TARTU ÜLIKOOL
1632
UNIVERSITAS TARTUENSIS

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID



1966

1

Autoritele

1. Käsikiri tuleb esitada masinakirjas 2-s eksemplaris, tekst lehe ühel küljel (ridade vahe 2. intervalli, vasakule jäetakse 3 cm laiune vaba äär).

2. Käsikiri esitatakse ajakirjale koos venekeelse kokkuvõttega, mille pikkus on kuni 1 lehekülg masinakirjas.

3. Originaalsetel uurimustel ja aktuaalsetel teemadel kirjutatud tööde pikkus võib olla kuni 5, ülevaadete ulatus 6—7 lehekülge masinakirjas, muudel artiklitel (kasuistika, märkmed ja teated praktikast, aruanded, konverentsid jne.) mitte üle 2—3 lehekülje vahega **2 intervalli, 30 rida lehel.** Siia on sisse arvatud kõik lisad: tabelid, diagrammid, fotod, joonised. Nimetatud materjalid kleebitakse üksikult laiade servadega paberile, millele kirjutatakse autori nimi, töö pealkiri ja joonise, foto vm. number ning ülaservale «ülemine». Tabelite, diagrammide, fotode ja jooniste loetelu lisatakse eri lehel (märgitakse nende numbrid, allkirjad ja käsikirja leheküljed, kuhu need tuleb paigutada).

4. Esimesel leheküljel tuuakse järgmised andmed: töö pealkiri, autori nimi ja initsiaalid, ametikoht, teaduslik kutse ja kraad, töö lähetanud asutuse nimetus (lisada asutuse juhataja perekonnanimi initsiaalidega, tema kutse, teaduslik kraad). **Töö lõpus on autori allkiri, tema aadress, telefoninumber ning ees-, isa- ja perekonnanimi. Kollektiivsetel töödel peavad olema kõikide autorite allkirjad, aadressid ning muud eespool mainitud andmed.**

5. Töö peab olema viseeritud asutuse juhataja ja teadusliku juhendaja poolt (märgitakse nende kutse, teaduslik kraad ja ametikoht).

6. Kodumaa autorite nimedele, kelle töid tekstis tsiteeritakse, lisatakse ees- ja isanime algustähed. Käsikirjas esitatavate tsitaatide õigsust (tsitaati tuleb kontrollida originaali järgi) peab autor kinnitama oma allkirjaga lehekülje äärel. Sulgudes või viitega joone all näidatakse tsitaadi allikas — selle nimetus (viimane väljaanne), väljaandmise koht, aasta, köide, anne (number), leheküljed.

7. Käsikirja lõpus esitatakse kasutatud kirjanduse nimestik. Trükitehnilistel põhjustel esitada esimeses järjekorras venekeelsed allikad ja seejärel kirjandus ladina tähestikku kasutatavates keeltes; mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel näidatakse autori nimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse ära autori perekonnanimi, initsiaalid, artikli pealkiri, **ajakirja täielik nimetus,** ilmumisaasta, köide, anne või number, kasutatud artikli **lehekülgede algus- ja lõpunumbrid.**

8. Toimetus jätab endale käsikirjade parandamise ja jooniste ümberpaigutamise õiguse, samuti võib toimetus autori nõusolekul avaldada artikli autoreferaadina, referaadina või annotatsioonina. **Käsikirja ei tagastata.**

9. Ajakirja toimetusele ei või esitada töid, mis on juba teistes väljaannetes trükitud või teistesse toimetustesse trükkimiseks saadetud.

10. Koos käsikirjaga esitatakse **asutuse tõend** selle kohta, **kas töö on plaaniline, mitteplaaniline või dissertatsiooni fragment.** Märkida, kas autor õpib aspirantuuris statsionaarselt, kaugõppe teel või eksternina.

11. **Eespool loetletud nõuete kohaselt vormistamata käsikirju ei saa toimetus võtta avaldamisele kuuluvate tööde plaani.**

12. Käsikirjad saata aadressil: Tallinn, Lossi plats 7, ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetus. (Toimetuse tel. 456—82).

JÄRGMISES NUMBRIS VÕITE LUGEDA:

Mudaravi laiendamise võimalustest ■ Einhorni niiditestist ■ Emaka funktsionaalsetest verejooksudest ■ Vastsündinute hemolüütilise haiguse ravist ■ Vanimast sanitaarhariduslikust eestikeelsest ajakirjast jm.

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

„НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД“
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
69111

SISUKORD
СОДЕРЖАНИЕ

1966

SISUKORD

GOLDBERG, A. — Meditsiinitöötajate päev 163
MEIKAS, U. — Kommunistliku töö liikumisest Eesti NSV tervishoiuasutustes 323
ROOTS, H. — Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» tööst aastail 1958—1965 403
SARAP, A. — Spetsialiseeritud meditsiiniline abi 243
TAMM, O. ja VASSILJEVA, K. — Nakkushaiguste vähendamisest ja likvideerimisest Eesti NSV-s 83

Teooria ja praktika

BIRK, R. — Alküülivate ühendite suhtes erineva tundlikkusega normaalsete kudede ja kasvajate hingamissüsteemi iseärasustest 184
HANSON, H., NOVEK, H. ja GROSS, J. — Immunohemopaatiate diagnoosimisest ja ravist 166
KADASTIK, A. — Hemolüütilist tõbe põdevate vastsündinute ravist . . 95
KADASTIK, H. — Onanismi psühhogeensed komplikatsioonid 182
KARUSOO, J. ja MASER, L. — Hormoonravi toimest kopsutuberkuloosihaigete neerupealiste koore talitlusvõimesse 425
KATSIN, J. — Dientsefaalsete häiretega haigete sanatoorsest ja kuurordiravist 100
KERES, L. — Ägeda kopsupõletikuga imikute kodusest ravimisest . . . 23
KERES, L. ja LAARMANN, L. — Vere hapete-leeliste tasakaalu nihete määramise mikromeetoditest 169
KIRT, H. — Teniarünhoosist Eesti NSV-s 435

СОДЕРЖАНИЕ

ГОЛЬДБЕРГ А. — День медицинских работников
МЕЙКАС У. — О движении за коммунистический труд в учреждениях здравоохранения Эстонской ССР
РООТС Х. — О работе журнала «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» за 1958—1965 годы
САРАП А. — Специализированная медицинская помощь
ТАММ О. и ВАСИЛЬЕВА К. — О снижении и ликвидации инфекционных заболеваний в Эстонской ССР

Теория и практика

БИРК Р. — О особенностях дыхательной системы нормальных тканей и опухолей с разной чувствительностью к алкилирующим агентам (Автореферат)
ХАНСОН Х., НОВЕК Х. и ГРОСС Ю. — О диагностике и лечении иммуногемопатий
КАДАСТИК А. — О лечении новорожденных, страдающих гемолической болезнью
КАДАСТИК Х. — Психогенные осложнения онанизма
КАРУСОО Я. и МАЗЕР Л. — О влиянии гормонотерапии на функцию коры надпочечников больных туберкулезом легких
КАЦИН И. — О санаторно-курортном лечении больных с диэнцефальными нарушениями
КЕРЕС Л. — О медицинском обслуживании в домашних условиях грудных детей, больных воспалением легких
КЕРЕС Л. и ЛААРМАНН Л. — О микрометодах определения сдвигов кислотно-щелочного равновесия крови
КИРТ Х. — О тениаринхозе в Эстонской ССР

KLINK, A. — Naha elektritakistusest kroonilise dermatoosi puhul . . . 433

KÕRGE, K. ja GROSS, J. — Kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkuse komplekssest ravist 250

KÖÖP, A. — Puusaliigese kaasasündinud nihestuse diagnoosimine imikutel 340

LAANE, E. — Latentne Hegglini sündroom türeotoksilise müokardidüstroofia puhul 179

LAANE, E. — Latentse Hegglini sündroomi määramine Valsalva katsu abil 30

LAURAND, V. — Sügava kaariese ja pulpiidi ravist kaltsiumhüdroksiidiga 349

LEHEPUU, B. — Müorelaksantide paravenoossest süstimisest 408

LIIVRAND, V. — Emaka funktsionaalsetest verejooksudest 91

LIIVRAND, V. — Neutraalsete 17-ketosteroidide ekskretsioonist, tupe tsütohormonaalsest reaktsioonist ja vereseerumi mineraalide tasakaalust emaka funktsionaalsete verejooksude puhul (Autoreferaat) 426

LINKBERG, A. ja TIHANE, H. — Kunstlik neer 326

MARDNA, A., SEPP, L. ja JUSKE, A. — Leukoos ja rasedus 336

MIKELSAAR, A. — Inimese kromosoomidest ja nende uurimise viisidest 172

MIKELSAAR, R. — Paraganglionide feokromotsütoomidest 272

MOSSIN, V. — Angiini retsidiivide põhjustest 27

MÄNNISTE, J. — Flebograafia alajäseme kroonilise veenipuudulikkuse diagnoosimisel 261

MÜLLERBEK, E. — Laste reuma profülaktikast 258

NURMAND, L. — Nahahaiguste ja gastroenteroloogiliste häirete seosest (Kirjanduse ülevaade) 16

PETLEM, H. — Ägedad verejooksud seedetrakti ülemistest osadest . . . 411

PURDE, M. — Kopsuvähk ja suitsetamine Eesti NSV-s 270

RAUDSEPP, J. — Mõnede kasvajatüvede kultiveerimisest kollageenil . 346

RÄTSEP, V. — Kroonilise gastriidi diagnoosimisest 5

SAARMA, V. — Valkteraapiast kroonilise hepatiidi ja maksatsirroosi puhul (Kirjanduse ülevaade) 255

SACHRIS, N. — Peensoole uurimise võimalustest ja viisidest 13

SALU, E. — Mõnede süstimislahuste omavahelisest sobimatusest . . . 428

SALUPERE, V. — Maoköndi kartsinoomist 415

SALUPERE, V., TAMM, A. ja KUTTI, B. — Maosekretsiooni mõningatest nihetest haavandtõve puhul . . 8

SOLOVJOV, V. — Mitraalstenoosi põdevate haigete kirurgilise ravi kogemusi 19

КЛИНК А. — Об электрическом сопротивлении кожи при хронических дерматозах

КЫРГЕ К. и ГРОСС Ю. — О комплексном лечении хронической сердечно-сосудистой недостаточности

КЕЭП А. — Диагностика врожденного вывиха бедра у новорожденных

ЛААНЕ Э. — Латентный синдром Хегглина при тиреотоксической дистрофии миокарда

ЛААНЕ Э. — Применение пробы Вальсальвы для выявления скрытого синдрома Хегглина

ЛАУРАНД В. — О лечении пульпитов и глубокого кариеса гидроокисью кальция

ЛЕХЕПУУ Б. — О паравенозном введении миорелаксантов

ЛИЙВРАНД В. — О функциональных маточных кровотечениях

ЛИЙВРАНД В. — Об экскреции нейтральных 17-кетостероидов, цитогормональной реакции влагалища и равновесии минералов сыворотки крови при функциональных маточных кровотечениях (Автореферат)

ЛИНКБЕРГ А. и ТИХАНЕ Х. — Искусственная почка

МАРДНА А., СЕПП Л. и ЮСКЕ А. — Лейкоз и беременность

МИКЕЛЬСААР А. — О хромосомах человека и методах их изучения

МИКЕЛЬСААР Р. — О феохромоцитомах параганглиев

МОСИН В. — Причины рецидивов ангин

МЯННИСТЕ Ю. — Флебография в диагностике хронической венозной недостаточности нижних конечностей

МЮЛЛЕРБЕК Е. — О профилактике ревматизма у детей

НУРМАНД Л. — О связи болезней кожи с нарушением пищеварения (Обзор литературы)

ПЕТЛЕМ Х. — Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

ПУРДЕ М. — Курение и рак легкого в Эстонской ССР

РАУДСЕПП Ю. — О культивировании некоторых штаммов опухолей на коллагене

РЯТСЕП В. — О диагностике хронического гастрита

СААРМА В. — О протеинотерапии при хронических гепатитах и циррозах печени (Обзор литературы)

САХРИС Н. — О возможностях и методах исследования тонкого кишечника

САЛУ Э. — О несовместимости некоторых растворов для инъекций

САЛУПЕРЕ В. — О карциноме культи оперированного желудка

САЛУПЕРЕ В., ТАММ А. и КУТТИ Б. — О некоторых сдвигах в желудочной секреции при язвенной болезни

СОЛОВЬЕВ В. — Опыт хирургического лечения больных митральным стенозом

SUBI, K., VASSILENKO, V. ja VODJA, R. — Andmeid 1965. aasta gripipuhangu kohta 86
SÄRGAVA, V. ja LIIV, V. Otogeensetest ajuabstsessidest 420
TAIGRO, V. ja KUUSIK, V. — Emakakaelavähk ja rasedus 333
TALIHÄRM, A. — Hormoonravi kasutamise kogemustest kopsukirurgias . 33
TAMM, O., PIHL, H., JÄNES, H. ja LENZNER, A. — Arstiteadusliku uurimistöö suunad nakkushaiguste ja hügieeni alal aastail 1966—1970 . . 246

TAMMERA, K. — Dupuytreni kontraktuuri kirurgilise ravi tulemustest . 418

TEEÄÄR, E. — Türeotoksikoosihaigete ravist pärast struuma resetseerimist 89

TIHANE, H. — Äge neerupuudulikkus ja selle ravi ekstrakorporaalse hemodialüüsi abil 329
TRINK, R. — Difenüülamiinireaktsioon reumat ja reumatoidartriiti põdevatel haigetel balneoravi perioodil . . 98

TÄLLI, H. — Hemorraagilise vaskuliidi etioloogiast 343
VAGANE, E. ja SAAVA, M. — Kolesteriini-ainevahetusest Eesti NSV elanikel 176
VIIRES, U. — Suprakromiaalsete rangluu nihestuste kirurgilisest ravist . 264
VILLAKO, K. — Gastroenteroloogia arendamise vajadusest Eesti NSV-s . 3

VINKMANN, F. — Pahaloomuliste kasvajate morfoloogilistest muutustest medikamentoosse ravi puhul (Kirjanduse ülevaade) 267

Tervishoiu organisatsioon

ELŠTEIN, N. — Ajutise töövõimetuse ekspertiisi parandamisest 103

ELŠTEIN, N. — Linnajaoskonna terapeut ja spetsialiseerumine . . . 275

MILLER, V. — Gastroenteroloogiakabineti tööst 36
NARMA, J. — Diktofoni kasutamisest haiguslugude vormistamisel . . . 188

PÄTIÄLÄ, J., SILLASTU, H. ja TANI, P. — Tuberkuloosihaigete rehabiliteerimisest Soomes 108
ROOSILEHT, A. — Profülaktiliste meditsiiniliste läbivaatuste ratsionaalsetest vormidest 351
SARAP, A. ja LUKAŠ, A. — Kohtumeditsiini ekspertide ülesandeid . . . 105
TAMM, O. — Sanitaar- ja epidemioloogiajaamade tegevusest 1965. aastal . 186
VAGANE, E. — Ühest mudaravi laiendamise võimalusest 113

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

ALLPERE, K., MILLER, V. ja VALDES, L. — Einhorni niiditest . . . 123

СУБИ К., ВАСИЛЕНКО В. и ВОДЬЯ Р. — Данные о вспышке гриппа в 1965 году
СЯРГАВА В. и ЛИЙВ В. — Об отогенных абсцессах мозга
ТАЙГРО В и КУУЗИК В. — Рак шейки матки и беременность
ТАЛИХЯРМ А. — Об опыте применения гормонотерапии в легочной хирургии
ТАММ О., ПИХЛ Х., ЯНЕС Х. и ЛЕНЦНЕР А. — Направления научно-исследовательской работы по инфекционным болезням и гигиене в 1966—1970 гг.
ТАММЕРА К. — О результатах хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена
ТЕЭЯАР Э. — О лечении больных тиреотоксикозом после резекции щитовидной железы
ТИХАНЕ Х. — Острая почечная недостаточность и ее лечение путем экстракорпорального гемодиализа
ТРИНК Р. — Дифениламиновая реакция у больных ревматизмом и ревматоидным артритом в период бальнеотерапии
ТЯЛЛИ Х. — Об этиологии геморрагического васкулита
ВАГАНЕ Э. и СААВА М. — О холестериновом обмене у жителей Эстонской ССР
ВИЙРЕС У. — Оперативное лечение супраакромиальных вывихов ключицы
ВИЛЛАКО К. — О необходимости развития гастроэнтерологии в Эстонской ССР
ВИНКМАНН Ф. — О морфологических изменениях в злокачественных опухолях при медикаментозном лечении их (Обзор литературы)

Организация здравоохранения

ЭЛЬШТЕЙН Н. — Об улучшении экспертизы временной нетрудоспособности
ЭЛЬШТЕЙН Н. — Городской участковый терапевт и специализация в медицине
МИЛЛЕР В. — О работе гастроэнтерологического кабинета
НАРМА Ю. — Об использовании диктофона при оформлении историй болезни
ПЯТИЯЛЯ Э., СИЛЛАСТУ Х. и ТАНИ П. — О реабилитации туберкулезных больных в Финляндии
РООЗИЛЕХТ А. — О рациональных формах профилактических медицинских осмотров
САРАП А. и ЛУКАШ А. — Задачи судебномедицинских экспертов
ТАММ О. — О деятельности санэпидстанций в 1965 г.
ВАГАНЕ Э. — Об одной возможности расширения грязелечения

Обмен опытом и казуистика

АЛЛПЕРЕ К., МИЛЛЕР В. и ВАЛЬДЕС Л. — Ниточный тест Эйнхорна

GOLDBERG, A. — Kahefaasilise meetodi tundlikkusest vee kolitiitri määramisel rosoolhappe agari abil . . 118

KIVILO, M., RÄTSEP, V. ja VAINO, A. — Anesteseerimisest bronhograafia ja endoskoopia puhul 354

LEMARINJE, V. — Tootmistraumade esinemissagedusest kommunistliku töö eesrindlaste hulgas 193

LEPIK, A. — Perfokaartide kasutamisest parodontopaatiat põdevate haigete dispanseersel ravimisel . . . 195

LEVINA, E — *Candida albicans*'i kiire identifitseerimine 2%-lisel riisiagaril ja inimese vereseerumis 191

MARDNA, L., ADAMS, A. ja VALDES, V. — Melanoblastoomist . . 125

MARDNA, L., KATINA, A. ja VALDES, V. — Pikaajalisest steroidravist põhjustatud neerupealiste atroofia . 42

MEIPALU, V. ja VASAR, H. — Tupeäigepreparaadi polükroomse värvimise meetod 357

MIKELSAAR, R. ja ARRO, M. — Soolepneumatoos lastel 121

PIHL, H., TEETSOV, A. ja TŠERNJAK, O. — Laps kõhutüüfuse kroonilise bakterikandjana 116

POKK, L. — Fibrosarkoom seitsmekuusel lootel 442

PURDE, M. ja JÄRVET, A. — Rinnanäärmevähi metastaasid munasarjades 129

SIBUL, V. — Veresuhkru määramisest 359

SILDVER, L. — Haruldastest kasvajatest lastel 128

SKORODKO, I. ja VALDES, V. — Sapipõierebend verevalumiga seedetrakti 131

SOLOVJOV, V. — Mitraalkomissurotoomia kopsuturse puhul . . . 278

ŠULTS, E. — *Ectopia vesicae urinariae* juht 441

TALIHÄRM, A. — Kaks kopsukondroomijuhtu 362

TEEÄÄR, Õ. ja LAURAND, V. — Pulpiitide ravimine diatermokoagulatsioonimeetodil 44

UMANSKI, S. ja RÄTSEP, V. — Maosekretsiooni määramise efektiivsed meetodid sondi kasutamiseta . . . 39

VANASELJA, T. — Lisakõhunääre kaksteistsõrmiksoole seinas . . . 189

VAPRA, A., LOSKIT, V., LEPASALU, L., EENMA, L., PURGA, Õ. ja TÜNDER, I. — Andmeid reumasse haigestumisest ja reumahaigete dispanseerimisest Tartus 438

ГОЛЬДБЕРГ А. — О чувствительности двухфазного метода определения коли-титра воды с помощью розолового агара

КИВИЛО М., РЯТСЕП В. и ВАЙНО А. — Об анестезии при бронхографии и эндоскопии

ЛЕМАРИНЬЕ В. — О частоте производственных травм среди передовиков коммунистического труда

ЛЕПИК А. — О применении перфокарт при диспансерном лечении больных пародонтопатией

ЛЕВИНА Э. — Ускоренная идентификация *Candida albicans* на 2% рисовом агаре и в сыворотке человека

МАРДНА Л., АДАМС А. и ВАЛЬДЕС В. — О меланобластоме

МАРДНА Л., КАТИНА А. и ВАЛЬДЕС В. — Об атрофии надпочечников при длительной стероидной терапии

МЕЙПАЛУ В. и ВАЗАР Х. — Метод полихромного окрашивания влагалищного мазка

МИКЕЛЬСААР Р. и АРРО М. — Пневматоз кишечника у детей

ПИХЛ Х., ТЭЕТСОВ А. и ЧЕРНЯК О. — Ребенок как хронический бациллоноситель брюшного тифа

ПОКК Л. — Фибросаркома у семимесячного плода

ПУРДЕ М. и ЯРВЕТ А. — Метастазы рака грудной железы в яичниках

СИБУЛЬ В. — Об определении сахара крови

СИЛЬДВЕР Л. — О редких опухолях у детей

СКОРОДЬКО И. и ВАЛЬДЕС В. — Разрыв желчного пузыря с кровоизлиянием в пищеварительный тракт

СОЛОВЬЕВ В. — Митральная комиссуротомия при отеке легких

ШУЛЬЦ Е. — Случай эктопии мочевого пузыря

ТАЛИХЯРМ А. — Два случая хондромы легкого

ТЕЭЯР Ы. и ЛАУРАНД В. — Лечение пульпитов методом диатермокоагуляции

УМАНСКИЙ С. и РЯТСЕП В. — Эффективные методы определения секреции желудка без применения желудочного зонда

ВАНАСЕЛЬЯ Т. — Добавочная поджелудочная железа в стенке двенадцатиперстной кишки

ВАПРА А., ЛОСКИТ В., ЛЕПАСАЛУ Л., ЭЕНМА Л., ПУРГА Ы. и ТЮНДЕР И. — Данные о заболеваемости ревматизмом и диспансеризации больных ревматизмом

Abiks velskritele ja õdedele

В помощь фельдшерам и сестрам

CHEVALIER, A. — Aju vaskulaarsest insuldist 443

KADASTIK, H. — Neurooside ravist . 47

KAHN, H. — Koolinoorte seksuaalkasvatusest 280

KUSLAP, T. — Enteroviirustest põhjustatud nakkused 132

ШЕВАЛЬЕ А. — О мозговом инсульте

КАДАСТИК Х. — О лечении неврозов

КАХН Х. — О сексуальном воспитании школьников

КУСЛАП Т. — Энтеровирусные инфекции

LEISNER, U. — Hilistest rasedustoksikoosidest 365
LÕIV, H. — Uurimismaterjalide võtmine laboratoorseks analüüsimiseks bakterhaiguste korral 287
LÕIV, H. — Veel kord uurimismaterjalide võtmisest laboratoorseks uurimiseks bakterhaiguste korral . . . 369
PALLADI, A. — Toksoplasmoos . . 138
PIHL, H. — Kõhutüüfuse rekonvalestsentide ja bakterikandjate meditsiinilisest teenindamisest 136
SCHAMARDIN, B. — Arteriaalne hüpertoonia 197
SCHAMARDIN, N. — Elukutse ja toit 447

VAPRA, A., PIHELGAS, D. ja ROOTSMÄE, I. — Bitsilliini manustamisest tingitud anafülaktilisest šokist . . 50
VEERMA, I. — Varajastest rasedustoksikoosidest 363
VEINPALU, E. — Verevalkude bioloogilisest funktsioonist ja nende uurimise tähtsusest 200
VODI, A. — Väikelaste parenteraalse toitmise tehnikast 283

ЛЕЙСНЕР У. — О поздних токсикозах беременности
ЛЫЙВ Х. — Забор материалов для лабораторных анализов при бактериальных заболеваниях
ЛЫЙВ Х. — Еще раз о заборе материалов для лабораторного исследования при бактериальных заболеваниях
ПАЛЛАДИ А. — Токсоплазмоз
ПИХЛ Х. — О медицинском обслуживании реконвалесцентов и бациллоносителей брюшного тифа
ШАМАРДИН Б. — Артериальная гипертония
ШАМАРДИН Н. — Профессия и питание
ВАПРА А., ПИХЕЛЬГАС Д. и РООТСМЯЭ И. — Анафилактический шок, вызванный введением бициллина
ВЕЭРМА И. — О ранних токсикозах беременности
ВЕЙНПАЛУ Э. — Биологическая функция белков крови и клиническое значение их определения
ВОДИ А. — О технике парентерального кормления детей раннего возраста

Kaadri ettevalmistamine

Подготовка кадров

HORN, A. — Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 375
HORN, A. — Täiendust keskharidusega meditsiinikaadrile 204

MAAROOS, I. — Uut kaadrit . . . 372
PÄRN, E. — Järjekordne lend Tallinna Meditsiinikoolist 374
SAARMA, J. — Kutse-eetika kasvatamisest Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas 52

SÕERDE, K. — Lõpetajaid Tallinna Meditsiinikoolist 204

ХОРН А. — Окончившие Тартускую медицинскую школу
ХОРН А. — Пополнение кадру медицинских работников со средним образованием
МААРООС И. — Новые кадры
ПЯРН Э. — Очередной выпуск Таллинской медицинской школы
СААРМА Ю. — О преподавании профессиональной этики на медицинском факультете Тартуского государственного университета
СЫЭРДЕ К. — Окончившие Таллинскую медицинскую школу

Sanitaarharidustöö

Санитарно-просветительная работа

PROPST, S. — Hügieeni õpetamisest üldhariduslikes koolides 376
SAKS, M. — Filmid sanitaarharidustöös 290
TAMM, O. ja JÄNES, H. — Sanitaarhariduslikest trükistest hügieeni ja nakkushaiguste alal 450

ПРОПСТ С. — О преподавании гигиены в общеобразовательных школах
САКС М. — Фильмы о санитарно-просветительной работе
ТАММ О. и ЯНЕС Х. — О санитарно-просветительной печати по гигиене и инфекционным болезням

Arstiteaduse ajaloost

Из истории медицины

GUSTAVSON, H. — Esimene eesti apteegimäärustik 55
GUSTAVSON, H. — Vanim eestikeelne sanitaarhariduslik ajakiri 141

KALNIN, V. — 100 aastat N. Nerlingi doktoridissertatsioonist 453
LEESMENT, L. — Sundusliku rõugepaneku algpäevilt Liivimaal . . . 208

RAUDSEPP, J. — Kasvajate paleopatoloogiast (Kirjanduse ülevaade) . . 205
SCHAMARDIN, B — Andmeid Vana-Liivimaa meditsiinilise kirjanduse ajaloost feodaalse killustatuse ajajärgul 296

ГУСТАВСОН Х. — Первый эстонский аптечный устав
ГУСТАВСОН Х. — Старейший санитарно-просветительный журнал на эстонском языке
КАЛНИН В. — 100 лет со времени докторской диссертации Н. Нерлинга
ЛЕЭСМЕНТ Л. — О первых обязательных прививках против оспы в Лифляндии
РАУДСЕПП Ю. — О палеопатологии опухолей (Обзор литературы)
ШАМАРДИН Б. — Данные к истории медицинской письменности Старой Ливонии в эпоху феодализма

Viisaastaku tähised

KADARIK, B. — Sanatooriumide ja puhkekodude võrk laieneb . . . 302
KINK, M. — Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehas rekonstrueeritakse . 300
KINK, M. — Uued haiglad, uued tervishoiuasutused 379
VAHTER, H. — Kõrgema haridusega meditsiinikaadri ettevalmistamisest . 456

Intervjuu

KADARIK, B. — Et arsti käed oleksid erialaseks tööks vabamad . . . 459

NSV Liidu tervishoiu ministri professor P. Petrovski muljeid Eesti NSV-st 380

ROKS, B. — Arstiteaduslikud uurimistööd 1967. aastal 303
Saksa DV tervishoiutöötajad Eesti NSV-s 457

Konverentsid ja nõupidamised

ARAK, E. — Farmatseutide konverents 460
BELTŠIKOV, J. — Rahvusvaheline uroloogide kongress 464
CHEVALIER, A. — Epilepsiat käsitlev plenaaristung 211
CHEVALIER, A. — Neurokirurgide konverents 462
FREIBERG, I. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduslik konverents 147
FREIBERG, I. — I üleliiduline lastekirurgide konverents 211
GUNTER, A. ja ELŠTEIN, N. — Nõupidamine terapeutilise abi parandamise küsimustes 211
JÄNES, H. — Teaduslik sessioon Kohtla-Järvel 61
KALNIN, V. ja TANNING, L. — Matemaatilised meetodid arstiteaduses . 305
KINK, M. — Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse juhtivate töötajate nõupidamiselt 461
KINK, M. — Sanitaarharidustöötajate seminarilt 210
KUSLAP, T. — Teaduslik sessioon Moskvas 64
LEHEPUU, B — I üleliiduline anestesioloogide ja reanimatoloogide konverents 386
LIBERMAN, B. — Üleliidulise Kardioloogide Teadusliku Seltsi juhatuse pleenumilt 62
LOOGNA, G. — Onkoloogia-alane nõupidamine 64
LUTS, A. — Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverents 146
LUTS, A. — Leedu NSV otorinolarüngoloogide konverents 462
MILLER, V. — Gastroenteroloogide konverents-seminar 304
MILLER, V. — Üleliiduline gastroenteroloogide konverents 385
MIROŠNITŠENKO, R. — Esimene endokrinoloogia-alane seminar Tallinnas 460

Вехи пятилетки

КАДАРИК Б. — Сеть санаториев и домов отдыха расширяется
КИНК М. — Реконструируют Таллинский химико-фармацевтический завод
КИНК М. — Новые больницы, новые учреждения здравоохранения
ВАХТЕР Х. — О подготовке медицинских кадров с высшим образованием

Интервью

КАДАРИК Б. — Чтобы врач имел больше времени для работы по специальности
Впечатления министра здравоохранения Союза ССР профессора Б. Петровского о Эстонской ССР
РОКС Б. — Медицинские исследовательские работы в 1967 году
Работники здравоохранения Германской ДР в Эстонской ССР

Конференции и совещания

АРАК Э. — Конференция фармацевтов
БЕЛЬЧИКОВ И. — Международный съезд урологов
ШЕВАЛЬЕ А. — Пленарное совещание по эпилепсии
ШЕВАЛЬЕ А. — Конференция нейрохирургов
ФРЕЙБЕРГ И. — Научная конференция медицинского факультета Тартуского госуниверситета
ФРЕЙБЕРГ И. — I Всесоюзная конференция детских хирургов
ГУНТЕР А. и ЭЛЬШТЕЙН Н. — Совещание по вопросам улучшения терапевтической помощи
ЯНЕС Х. — Научная сессия в Кохтла-Ярве
КАЛНИН В. и ТАННИНГ Л. — Математические методы в медицине
КИНК М. — Совещание руководящих работников санитарной и эпидемиологической службы
КИНК М. — Семинар работников санитарного просвещения
КУСЛАП Т. — Научная сессия в Москве
ЛЕХЕПУУ Б. — I Всесоюзная конференция анестезиологов и реаниматологов
ЛИБЕРМАН Б. — О пленуме правления Всесоюзного научного общества кардиологов
ЛООГНА Г. — Совещание по вопросам онкологии
ЛУТС А. — Конференция оториноларингологов Эстонской ССР
ЛУТС А. — Конференция оториноларингологов Литовской ССР
МИЛЛЕР В. — Конференция-семинар гастроэнтерологов
МИЛЛЕР В. — Всесоюзная конференция гастроэнтерологов
МИРОШНИЧЕНКО Р. — Первый семинар по эндокринологии в Таллине

MIROŠNITŠENKO, R. — XIV üleliiduline endokrinoloogia-alane dekaad . 462

MÄGI, M. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Neurcloogia Instituudi ja TRÜ neuroloogia kateedri ühendatud sessioon Tartus 59

MÜLLERBEK, E. ja LAAN, I. — Arutati aktuaalseid pediaatriaprobleeme . 383

PIHL, H. — Pasteuri-nimelise instituudi konverentsilt 385
RAHU, P. — Valga rajooni tervishoiutöötajate konverents 305
RAUDAM, E. — III ülemaailmne neurokirurgide kongress 213
REKK, T. — Stomatoloogide pleenum ja sessioon 59
ROHTLA, H. — VII vabariiklik ftisiaatrite konverents 61
RÄTSEP, V. — I vabariiklik gastroenteroloogia-alane seminar-konverents 60
RÄTSEP, V. — III üleliiduline onkoloogide konverents 149
ZOBEL, P. — Apteegitöötajate XII vabariiklik konverents 60
SAARMA, J. — V rahvusvaheline psühhofarmakoloogide kongress Washingtonis 463
SALZMAN, S. — Balti vabariikide XXV aastapäevale pühendatud konverents 144
SCHAMARDIN, B. — Teaduslik sessioon südame ja veresoonkonna tegevuse regulatsioonimehhanismide küsimustes 63
SCHAMARDIN, B. — Teaduste ajaloo konverents 63
SCHAMARDIN, N. — Kutse-nahahaigustealane seminar 210

SIBUL, U. — Tallinna kiirabijaama töötajate I teaduslik-praktiline konverents 145
SIIRDE, E. — Põhjamaade otorinolarüngoloogide kongress 462
SIIRDE, E. — Üleliiduline vokaalpedagoogika-alane konverents 212
SILLASTU, H. — Põhjamaade XXIII kopsuhaigustealane kongress . . . 387

TAMM, L. — Üleliiduline laste reumatoloogia alane konverents 212
TIHASE, N. — Töövõimetuse ekspertiisi alane vabariiklik seminar 148

VAHTER, H. — Arstide-kommunistide nõupidamine 306
VAPRA, A. — Üleliiduline geriaatria-alane seminar 462
VAPRA, A. — Üleliiduline gerontoloogia- ja geriaatria-alane konverents . 149
VARES, J. — Sanitaarinspektorite seminar 461
VEINPALU, E. — Füsioterapeutide ja kurortoloogide üleliiduline kongress . 64
VIHM, N. — Stomatoloogid arutasid parodontopaatiaalaseid probleeme . 383

МИРОШНИЧЕНКО Р. — XIV Всесоюзная декада по вопросам эндокринологии
МЯГИ М. — Объединенная сессия Института неврологии Академии медицинских наук СССР и кафедры неврологии Тартуского гос. университета в Тарту
МЮЛЛЕРБЕК Е. и ЛААН И. — Обсуждали актуальных проблем педиатрии
ПИХЛ Х. — Конференция института имени Пастэра
РАХУ П. — Конференция медицинских работников Валгаского района
РАУДАМ Э. — III Всемирный съезд неврохирургов
РЕКК Т. — Пленум и сессия стоматологов
РОХТЛА Х. — VII республиканская конференция фтизиатров
РЯТСЕП В. — I республиканская семинар-конференция по гастроэнтерологии
РЯТСЕП В. — III Всесоюзная конференция онкологов
ЗОБЕЛЬ П. — XII республиканская конференция аптечных работников
СААРМА Ю. — Международный съезд психофармакологов в Вашингтоне
ЗАЛЬЦМАН С. — Конференция, посвященная XXV годовщине Прибалтийских республик
ШАМАРДИН Б. — Научная сессия по вопросам деятельности регуляторных механизмов сердца и кровеносных сосудов
ШАМАРДИН Б. — Конференция по истории наук
ШАМАРДИН Н. — Семинар по вопросам профессиональных кожных заболеваний
СИБУЛЬ У. — I научно-практическая конференция работников станции скорой помощи города Таллина
СИЙРДЕ Э. — Съезд оториноларингологов северных стран
СИЙРДЕ Э. — Всесоюзная конференция по вокальной педагогике
СИЛЛАСТУ Х. — XXIII съезд северных стран по вопросам легочных заболеваний
ТАММ Л. — Всесоюзная конференция по детской ревматологии
ТИХАЗЕ Н. — Республиканский семинар по вопросам экспертизы нетрудоспособности
ВАХТЕР Х. — Совещание врачей-коммунистов
ВАПРА А. — Всесоюзный семинар по вопросам гериатрии
ВАПРА А. — Всесоюзная конференция по вопросам геронтологии и гериатрии
ВАРЕС Я. — Семинар санитарных инспекторов
ВЕЙНПАЛУ Э. — Всесоюзный съезд физиотерапевтов и курортологов
ВИХМ Н. — Стоматологи обсуждали проблемы пародонтопатии

VOLOŽ, O. — Tallinna Pelgulinna Haigla arstide I konverents . . . 146

Konsultatsioone

KALDMA, A. — Juriidilist nõuannet . 150

KALDMA, A. — Pidupäevadel tehtud töö kompenseerimisest 471

LAASIK, E. — Töövõime kaotuse astme kindlaksmääramisest 465

MEIKAS, U. — Juriidilist nõuannet 214, 307, 387, 470

PALGINÕMM, M. — Kohakaaslusest . 152

Tähtpäevad

Eesti NSV teeneline arst L. SÕRMUS 50-aastane 65

EINAR VAGANE 50-aastane . . . 217

EUGEN TALLMEISTER 50-aastane . 308

KIRA VASSILJEVA 60-aastane . . 389

LEIDA KERES 50-aastane 216

OLEV LEESIK 70-aastane 308

Professor FELIX LEPP 85-aastane . . 215

RALF UUETOA 60-aastane 390

ROOTS, H. — S. SALZMAN 60-aastane 465

VEERA PÄSMEL 60-aastane . . . 215

Nekroloogid

JOOSEP PILV 471

Proviisor JOHEL PATS 221

Kriitika ja bibliograafia

JÄNES, H. — Kiirgused ja organismid 152

PIHL, H. — Diskussioon mittenakkuslike haiguste epidemioloogia küsimustes 292

SIKK, M. — Tervishoiuprobleemid ajalehes «Edasi» 295

Referaate 218

Mitmesugust

JÄNES, H. — Geohügieen 390

JÄNES, H. — Mittekoosseisulised teaduslikud töötajad 227

KINK, M. — Nobeli preemiatest . . 226

MARIPUU, I. — Hingamisfüsioloogiaalaste terminite ühtlustamisest . . 66

SIKK, M. — Reisimärkmeid Rumeenia Sotsialistlikust Vabariigist 69

SIKK, M. — Tartu Tervishoiutöötajate Maja 230

TALLMEISTER, E. — 1965. aasta Nobeli preemia laureaadid 222

VAPRA, A., RIIV, J., SIBUL, S. ja SILLASTU, H. — Reisimärkmeid Jugoslaaviast 153

Uusi ravimeid

KANGRO, H. — Mõned uuemad ravimpreparaadid . . 71, 155, 233, 309, 395, 472

Kroonika . 72, 156, 234, 310, 396, 473

ВОЛОЖ О. — I конференция врачей Таллинской Пельгулиннаской больницы

Консультации

КАЛЬДМА А. — Консультация по юридическим вопросам

КАЛЬДМА А. — О компенсации за работу в праздничные дни

ЛААСИК Э. — Об установлении утраты трудоспособности

МЕЙКАС У. — Консультация по юридическим вопросам

ПАЛЬГИНЫММ М. — О совместительстве

Юбилейные даты

50-летие заслуженного врача Эстонской ССР Л. Сырмус

50-летие Эйнара Вагане

50-летие Эугена Таллмейстера

60-летие Киры Васильевой

50-летие Лейды Керес

70-летие Олева Леэзика

85-летие профессора Феликса Леппа

60-летие Ральфа Ууетоа

РООТС Х. — 60-летие С. Сальцмана

60-летие Веры Пясмель

Некрологи

ИОЗЕП ПИЛЬВ

Провизор ЁХЕЛЬ ПАТС

Критика и библиография

ЯНЕС Х. — Излучении и организмы

ПИХЛ Х. — Дискуссия по вопросам эпидемиологии неинфекционных заболеваний

СИКК М. — Проблемы здравоохранения в газете «Эдази»

Рефераты

Разное

ЯНЕС Х. — Геогигиена

ЯНЕС Х. — Внештатные научные сотрудники

КИНК М. — О Нобелевских премиях

МАРИПУУ И. — Об унификации терминов в области физиологии дыхания

СИКК М. — Путевые заметки из Румынской Социалистической Республики

СИКК М. — Дом медицинских работников города Тарту

ТАЛЛМЕЙСТЕР Э. — Лауреаты Нобелевской премии 1965 г.

ВАПРА А., РИЙВ Я., СИБУЛЬ С. и СИЛЛАСТУ Х. — Путевые заметки о Югославии

Новые лекарственные препараты

КАНГРО Х. — Некоторые новые лекарственные препараты

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg, E. Raudam, H. Roots (toimetaja asetäitja), **J. Saarma, A. Sarap** ja **O. Tamm** (toimetaja).

1

Jaanuar–Veebruar

9. AASTAKÄIK

KIRJASTUS «PERIOODIKA»
TALLINN 1966

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
69111

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 24. XII 1965. Trükkimisele antud 25. I 1966. Trükiarv 5350. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 1 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25 + 3 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,875. Arvutuspoognaid 8,3. MB-00933. Tellimise nr. 9865.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7, Telefon 456-82
Väljaandja: Kirjastus «Perioodika», Tallinn.

TEOORIA JA PRAKTIKA

GASTROENTEROLOOGIA ARENDAMISE VAJADUSEST EESTI NSV-s

Dotsent *K. VILLAKO*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedrist, juhataja dotsent *J. Riiv*)

Edusammud tervishoiu alal on vabariigis suured. Et nimetatud saavutustest esitati ülevaateid seoses Eesti NSV 25. aastapäevaga, pole mõtet neid enam korrata. Võib ainult lisada, et arstiteaduse kitsamate erialade edasiarendamine on mõneti olnud ebaühtlane. Tänu süstemaatilisele organiseerimistööle, vastavatele täienduskursustele ja seminaridele on arstid näiteks omandanud allergoloogia, reumatoloogia ja kardioloogia kaasaegsed teoreetilised alused. Võib julgesti kinnitada, et seetõttu osatakse neid haigusi täpselt diagnoosida ja otstarbekohaselt ravida. Hoopis vähe tähelepanu on aga pööratud gastroenteroloogiale. Samuti on enamikul arstidel teadmatuks jäänud seedeelundite haigustesse puutuvad uuemad seisukohad. Kuid suure osa nii jaoskonnaarstide kui ka internistide poole pöörduvatest haigetest moodustavad just need, kes kaebavad seedetrakti vaevusi.

Püüdsime selgitada gastroenteroloogiliste haiguste osatähtsust polikliinikus. Selleks kogusime andmeid Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinilisest osakonnast, Valga Rajooni Keskhaigla polikliinikust, Võru Rajooni Keskhaigla polikliinikust ja Kohtla-Järve Linna Haigla polikliinikutest kolme aasta kohta (1962—1964). Saadud tulemused peaksid iseloomustama olukorda ka vabariigi muudes rajoonides. Olgu lisatud, et Tallinna vastavad andmed vajavad edaspidi täpsemat uurimist.

Selgema ülevaate saamiseks kõrvutasime gastroenteroloogiliste haigete arvu kardioskleroosi, rinnaangiini, südameinfarkti, reumat ja hüpertooniatõbe põdevate haigete üldarvuga. Tulime järeldusele, et kolmel vaadeldaval aastal moodustasid võrreldavad haigete rühmad Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinilises osakonnas registreeritud haigete üldarvust peaaegu ühesuuruse osa, kusjuures selle aja jooksul registreeriti seedeelundite haigusi keskmiselt 7,3% ja võrdlusrühma haigeid 7,9%. Seega ületas võrdlusrühma haigete arv gastroenteroloogiliste haigete arvu ainult veidi (vt. tabel 1).

Tabel 1

Gastroenteroloogiliste haigete osatähtsus Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinilises osakonnas aastail 1962—1964

Aasta	Gastroenteroloogiliste haigete protsent		Kardioskleroosi, rinnaangiini, südameinfarkti, reumat ja hüpertooniatõbe põdevate haigete protsent	
	kõigist haigetest	esmakordselt registreeritutest	kõigist haigetest	esmakordselt registreeritutest
1962	7,6	6,1	7,3	3,0
1963	7,2	5,4	7,5	3,1
1964	7,2	5,4	8,9	3,5

Samasugune on haigete jaotumine ka Võrus. Valgas on võrdlusrühma kuuluvate haigete protsent umbes samasugune nagu Tartus, kuid seedeelundite haigusi põdevate haigete protsent on madalam, mis vaadeldavatel aastatel kõikus 6,4—6,9% vahel. Kohtla-Järve Linna Haigla polikliinikutes ületas seedeelundite haiguste all kannatajate koguarv võrdlusrühma haigete arvu 1962. aastal 1,4-kordselt ning 1963. ja 1964. aastal koguni 1,9-kordselt.

Esmakordselt registreeritud haigusjuhtude hulgas Tartus oli seedeelundite haigusi põdevaid isikuid 1,5 kuni 2 korda rohkem kui võrdlusrühmas. Kohtla-Järvel aga ületas esmakordselt registreeritud gastroenteroloogiliste haigete arv võrdlusrühma haigete vastava arvu 1962. aastal 2,6-kordselt. 1963. aastal oli neid koguni 4,8 korda ja 1964. aastal 3,5 korda rohkem kui võrdlusrühma kuuluvaid haigeid.

Kõigis eespool nimetatud polikliinikutes diagnoositi seedeelundite haigustest kõige sagedamini gastriiti. Gastriiti põdevate isikute arv ületas Tartus hüpertooniatõbe ja reumat põdevate haigete arvu tunduvalt (vt. tabel 2).

Tabel 2

Aasta	Gastriiti põdevate haigete protsent		Hüpertooniatõbe põdevate haigete protsent		Reumahaigete protsent	
	kõigist haigetest	esmakordselt registreeritutest	kõigist haigetest	esmakordselt registreeritutest	kõigist haigetest	esmakordselt registreeritutest
1962	3,2	2,0	2,3	0,7	1,2	0,5
1963	3,6	2,2	2,5	0,8	1,1	0,5
1964	3,3	2,2	2,9	0,8	1,1	0,5

Valgas ja Võrus on vastavad arvud üldjoontes samasugused kui Tartus. Kohtla-Järvel on gastriiti põdevate haigete protsent märksa suurem.

1963. aastal vabastati Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinilises osakonnas töölt seedeelundite haiguste pärast 13,0% kõigist sisehaiguste tõttu vabastatuist. Samal ajal ulatus reuma, südame ja veresoonte haiguste ning hüpertooniatõve all kannatavate haigete töövõimetuspäevade protsent 10,8-ni töövõimetuspäevade üldarvust. Esitatud andmed peaksid küllaldaselt tõendama, et gastroenteroloogilised haigused moodustavad arstlikus tegevuses tähtsa osa. On ilmne, et gastriiti diagnoositakse kergekäeliselt, kusjuures haige jäetakse liiga sageli lõplikult uurimata. Veelgi mõtlemapanevam on järgmine fakt. Tartu Linna Kliinilises Haiglas 1964. aastal diagnoositud seedetrakti pahaloomulistest kasvajatest avastati polikliinilises osakonnas ainult $^1/_5$. Umbes samasugune olukord valitseb ka vabariigi muudes polikliinikutes. Et maovähk on üks kõige sagedamini esinevaid pahaloomulisi kasvajaid, peab seedetrakti vaevuste ilmnemisel haigeid veelgi põhjalikumalt uurima.

Et olukorda parandada, tuleks hakata süstemaatiliselt täiendama arstide teadmisi esmajoones gastroenteroloogiliste haiguste diagnoosimise alal. Lisaks sellele on tungiv vajadus arstide järele, kes on saanud põhjaliku gastroenteroloogilise väljaõppe. Niisugune spetsialiseerumine võiks edukalt toimuda Tallinnas või Tartus. Olukorda võiks normaalseks pidada alles siis, kui suurematesse rajoonikeskustesse asuksid tööle nimetatud eriala spetsialistid.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna kolmes kateedris (üldkirurgia, sisehaiguste propedeutika ja teaduskonna sisehaiguste kateed-

rid) tutvustatakse üliõpilasi (õppeprogrammide ulatuses) gastroenteroloogia viimase aja saavutustega. Kuid hoopis ebatavalistes tingimustes peab töötama hospitaalsisehaiguste kateeder, kelle õppebaasiks on Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kardioreumatoloogiaosakond. Siia eksib seedeelundite haiguste juhte haruharva. Sellest johtuvalt saavad viimase kursuse üliõpilased liiga ühekülgse väljaõppe. Et sisehaigusi põdevad haiged puuduvad, käsitletakse enamikku vastavaid haigusi pinnapealselt ja teoreetiliselt. Siit tulekski otsida põhjust asjaolule, miks arstid tunnevad vähe huvi seedeelundite haiguste vastu.

Kõige lähemal ajal tuleks leida võimalusi hospitaalsisehaiguste kateedri õppebaasi laiendamiseks veel ühe üldosakonna võrra. Üheks võimaluseks oleks näiteks gastroenteroloogiaosakonna avamine Tartu Linna Onkoloogia Dispanseri statsionaaris.

Nagu eespool toodud andmed näitavad, tuleb erilist tähelepanu pöörata gastroenteroloogiliste haigete suurele arvule Kohtla-Järvel ja võibolla ka muudes tööstuskeskustes. Sinna tuleks juba lähemal ajal suunata spetsiaalse väljaõppe saanud gastroenteroloog. Nähtavasti on vajalik, et kaadri küllaldase olemasolu korral organiseeritaks haiglas gastroenteroloogiaosakond.

О НЕОБХОДИМОСТИ РАЗВИТИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ В ЭСТОНСКОЙ ССР

К. Виллако

Резюме

Практические врачи, благодаря систематической организационной работе, прохождению курсов повышения квалификации и семинарским занятиям овладели современными теоретическими основами многих медицинских дисциплин (аллергологии, ревматологии, кардиологии и др.). Вследствие этого улучшилось диагностирование этих заболеваний и их целесообразное лечение. Вопросам гастроэнтерологии, однако, не уделяется достаточного внимания, и большинство врачей не знакомо с новыми точками зрения на заболевания органов пищеварения, хотя большая часть больных, обращающихся к участковым врачам и специалистам по внутренним болезням, предъявляет жалобы на заболевания желудочно-кишечного тракта.

Данные, собранные нами в течение трех лет (1962—1964) в поликлиническом отделении Тартуской городской клинической больницы, в поликлиниках Валгаской и Выруской районных центральных больниц и в поликлиниках Кохтла-Ярвеской городской больницы, подтверждают сказанное выше. Можно полагать, что они характерны и для других районов и городов республики. Эти данные показывают, что количество больных гастроэнтерологическими заболеваниями превышает количество больных кардиосклерозом, стенокардией, инфарктом миокарда, ревматизмом и гипертонией вместе взятых, а в части первичных обращений больше в несколько раз (особенно в Кохтла-Ярве).

Для улучшения положения следует начать с систематического повышения знаний врачей в области диагностики желудочно-кишечных заболеваний. Специализацию врачей по гастроэнтерологии можно организовать в Таллине или в Тарту.

В самое ближайшее время нужно найти возможность расширить учебную базу кафедры госпитальной терапии Тартуского государственного университета и создать для этого еще одно отделение, где можно было бы давать будущим врачам основательную и всестороннюю подготовку по диагностированию заболеваний органов пищеварения.

KROONILISE GASTRIIDI DIAGNOOSIMISEST

Arstiteaduse kandidaat *V. RÄTSEP*

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Kroonilise gastriidi diagnoosimine on maohaiguste uurimisel keskse kohal. Kliinilis-laboratoorsete meetodite kõrval peetakse üheks põhiliseks röntgenoloogilist uurimist, kuid viimastel aastatel eelistatakse sellele gastroskoopiat ja gastrobiopsiat (1, 2, 3 jt.).

Mao sekretsioonivõime kompleksset uurimist kroonilise gastriidi puhul oleme käsitanud juba varem (4). Käesoleva artikli ülesandeks on omavahel võrrelda röntgenoloogilise, gastroskoopilise ja patohistoloogilise uurimise andmeid.

Kõikidel juhtudel, kus röntgenoloogiliselt oli diagnoositud normaalse seisundiga limaskesta, näitasid gastroskoopilised andmed vastupidist (vt. tabel 1), kusjuures ülekaalus olid superfitsiaalsed ja atroofilised muutused. Ja vastupidi — kui gastroskoopiliselt hinnati limaskesta seisund normaalseks, diagnoositi röntgenoloogiliselt kroonilist gastriiti.

Röntgenoloogiliselt avastatud polüpoosi korral diagnoositi gastroskoopilisel uurimisel osal juhtudest superfitsiaalset, atroofilist või hüpertroofilist gastriiti. Nimetatud gastriidivormide puhul võivad tekkida limaskesta jämenenud kurrud, mis röntgenoloogilisel uurimisel mõnikord simuleerivad polüpoosi. Kõik kolm gastriidivormi esinesid ka röntgenoloogiliselt diagnoositud polüpoosse gastriidi juhtudel.

Tabel 1

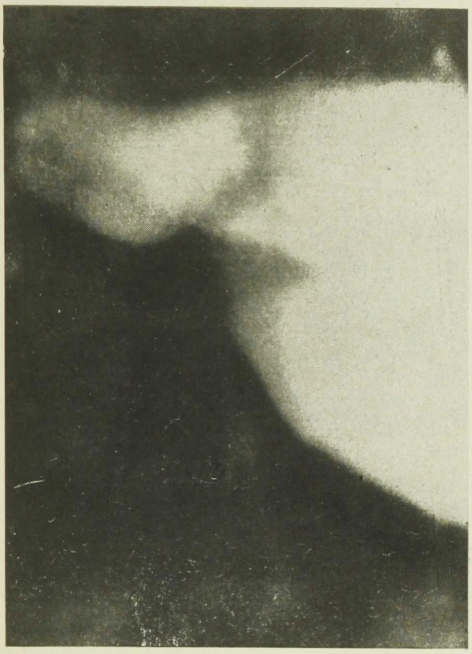
Gastroskoopiliste ja röntgenoloogiliste diagnooside sisuline ühtelangemine kroonilise gastriidi juhtudel

Röntgenoloogiline diagnoos / Gastroskoopiline diagnoos	Gastriit: atroofiline	hüpertroofiline	polüpoosne	rigiidne	krooniline	perigastriit	Vähk	Haavand	Polüpoos	Limaskest normaalne	Kokku	%
Gastriit: superfitsiaalne	3	6	3	3	37	7	3	2	2	11	77	32,5
atroofiline	21	5	1	4	18	6	3	5	4	10	77	32,5
hüpertroofiline		11	2		10	1	1	2	4	1	32	13,5
rigiidne	1			3			1				5	2,1
erosiivne		1				1	1				3	1,3
krooniline	1	1			3			1		1	7	2,9
polüpoosne									2	1	3	1,3
Perigastriit ja mao deformatsioon					2	1					3	1,3
Uuring ebaõnnestus	5	4		2	10	3	1				25	10,5
Limaskest normaalne					5						5	2,1
Kokku	31	28	6	12	85	19	10	10	12	24	237	100,0
%	13,1	11,8	2,5	5,1	35,9	8,0	4,2	4,2	5,1	10,1		

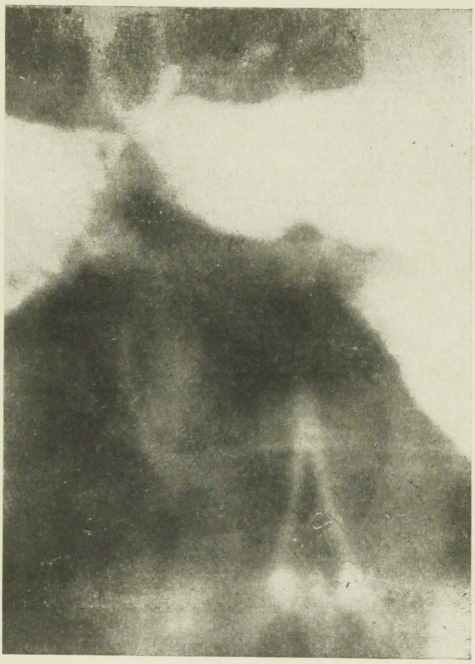
Superfitsiaalset ja erosiivset gastriiti ei diagnoositud röntgenoloogiliselt ühelgi juhul. See viitab asjaolule, et nimetatud gastriidivormidel ei ole spetsiifilisi tunnuseid, mis ilmnevad ainult röntgenoloogilisel uurimisel. Atroofilist gastriiti diagnoositi gastroskoopiliselt üle kahe korra sagedamini kui röntgenoloogiliselt.

Teises kroonilist gastriiti põdevate haigete rühmas võrreldi juhitava gastrobiopsia andmeid röntgenoloogiliselt ja gastroskoopiliselt määratud diagnoosiga (vt. tabel 2). Gastroskoopiliselt diagnoositud normaalne limaskest osutus patohistoloogilisel uurimisel kõikidel juhtudel atroofiliseks. Patohistoloogilise uurimise andmeil oli enamikul juhtudel tegemist atroofilise gastriidiga ja ainult ühel juhul superfitsiaalse gastriidiga. Gastroskoopiliselt määratud atroofilise gastriidi diagnoos leidis kinnitust ka kõikidel patohistoloogilistel uuringutel.

Esitatud andmetest nähtub, et atroofilist gastriiti diagnoositi patohistoloogiliselt tunduvalt sagedamini kui seda õnnestus avastada röntge-

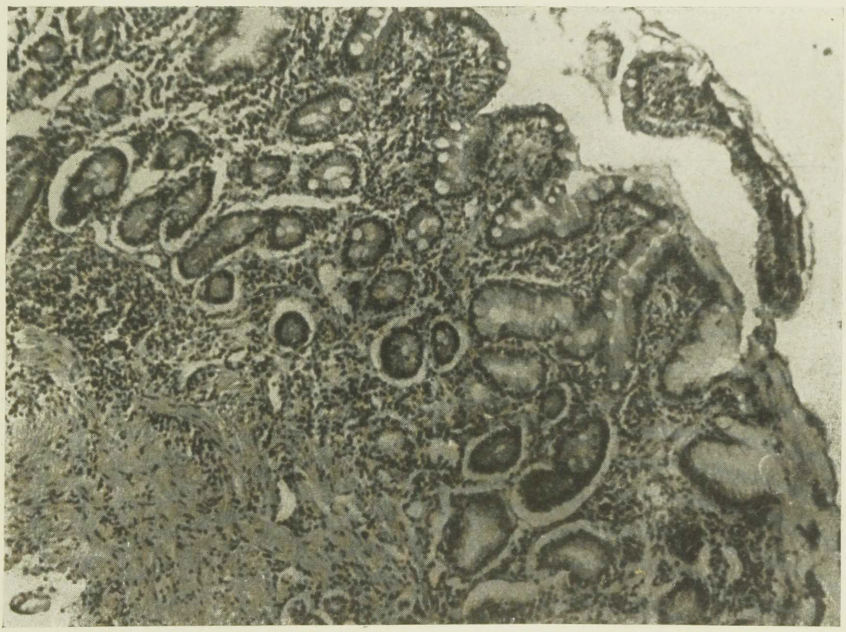


Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2

Röntgenoloogiline diagnoos: rigiidne antraalne gastriit. Gastroskoopiline diagnoos: superfitsiaalne gastriit



Mikrofoto 1

Samal haigel on tehtud juhitav gastrobiopsia. Patohistoloogiline leid: mao limaskesta ulatuslik atroofia algava papilloosi ja kroonilise põletikulise infiltratsiooniga, näärme-epiteeli nõrga atüüpia ning väljakujunenud intestinaalse metaplaasiaga (K. Titkin)

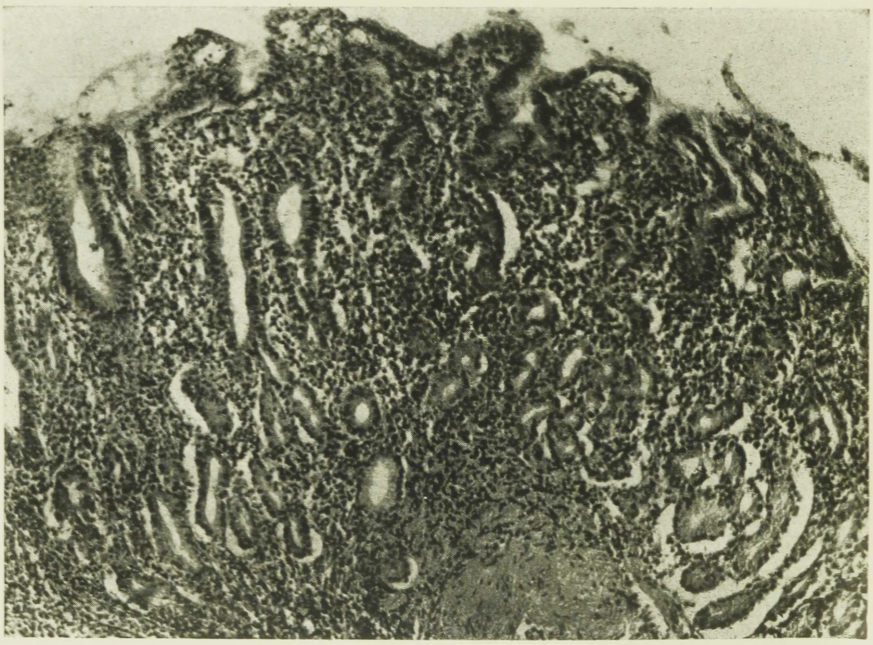


Röntgenogramm 3



Röntgenogramm 4

Röntgenoloogiline diagnoos: polüpoosne gastriit.
Gastroskoopiline diagnoos: atroofiline gastriit, limaskesta kurdude funktsionaalne jämenemine



Mikrofoto 2

Samal haigel on tehtud juhitav gastrobiopsia. Patohistoloogiline leid: mao limaskesta väljakujunenud atroofia algava papilloosi ja ulatusliku kroonilise põletikulise infiltratsiooniga (K. Titkin). Värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 75×

noloogiliselt ja gastroskoopiliselt. Seega oli enamikul kroonilist gastriiti põdevatel haigetel ülekaalus atroofiline vorm.

Neist tähelepanekutest järeldub, et gastroskoopilisel uuringul ei ole paljudel juhtudel võimalik eristada normaalset limaskesta atroofilisest, seda eriti atroofia algstaadiumis. Sel teel diagnoositud superfitsiaalse gastriidi iseloomulikud tunnused, nagu limaskesta punetus, turse, limakatud

Tabel 2

Juhitava gastrobiopsia andmete võrdlus röntgenoloogilise ja gastroskoopilise diagnoosiga kroonilise gastriidi puhul

Röntgenoloogiline diagnoos	Haigete arv	Gastroskoopia							Gastrobiopsia			
		superfitsiaalne gastriit	atroofiline gastriit	polüpoosne gastriit	rigiidne antraalne gastriit	limaskesta kurdude jämenemine	vähk	normis	superfitsiaalne gastriit	atroofiline gastriit	krooniline gastriit	normis
Vähk	5		1	—	3	—	1	—	—	4		1
Kasvaja	4		2	—	1		1			4		
Haavand	5	2	1		1			1		4		1
Polüüp	5	2				2		1	1	4		
Gastriit												
atroofiline	1		1							1		
hüperplastiline	3			2				1		2	2	
rigiidne antraalne	6	2	1		2	1				5		
polüpoosne	4		3			1				4		
krooniline	3	2						1		2		1
Kokku	36	8[1]	9[2]	2	7[3]	4	2	4	1	30	2	3

1) 5 juhul esinesid jämenenud limaskestakurrud
2) 3 juhul esinesid jämenenud limaskestakurrud
3) ei esinenud isoleeritud vormina. 3 juhul kaasnes superfitsiaalne ja 4 juhul atroofiline gastriit

jt., pole sellele gastriidivormile sugugi spetsiifilised, vaid nad viitavad ainult limaskestapõletikule, kusjuures limaskest võib olla atroofiline. Kirjeldatud nähud, mis tehti kindlaks gastroskoopiliselt, võivad mõnel juhul esineda patohistoloogilisel uuringul normaalseks osutunud limaskesta puhul. Võib oletada, et hüpereemia on neil juhtudel tingitud limaskesta verevarustuse muutusest, mis arvatavasti on ajutine ja funktsionaalne. Limakattude erinevat hulka ja muutlikku konsistentsi tuleb tõenäoliselt seostada mao limaskesta funktsionaalse seisundiga, mis igal inimesel on erisugune.

Mao limaskesta jämenenud kurrud võivad esineda erinevate gastriidivormide puhul. Sellistelt kurdudelt võetud koetükikeste patohistoloogiline uuring tõestas atroofilise gastriidi diagnoosi. Muutusi, mis oleksid andnud alust diagnoosida hüpertroofilist või hüperplastilist gastriiti, ei leitud. Meie arvates on jämenenud kurrud põhjustatud limaskesta lihaskihi funktsionaalsest seisundist, seepärast ei saa nad olla aluseks hüpertroofilise gastriidi diagnoosimisel, millise mõiste kasutamine nähtavasti ei ole põhjendatud. Analoogiline näib olevat ka polüpoosse gastriidi tekkimine.

Eespool öeldust järeldub, et röntgenoloogiline uurimine pole kroonilise gastriidi diagnoosimiseks küllaldaselt objektiivne. Mõnevõrra objektiivsem limaskesta muutuste hindamisel on gastroskoopia, kuid veelgi täpsema pildi nendest muutustest annab patohistoloogiline uuring (gastro-

biopsia), mis ongi aluseks õige diagnoosi määramisel (vt. tahvlid I ja II, röntgenogrammid 1, 2, 3, 4 ja mikrofotod 1 ja 2).

Et kroonilisi maohaigusi paremini kindlaks teha, oleks linnade ja rajoonide polikliinikutes tarvis organiseerida gastroenteroloogiakabinetid. Selle seisukoha õigsust kinnitavad head tulemused, mis on saadud Tallinna Tõnismäe Haigla polikliiniku gastroenteroloogiakabinetis. Ainult gastroenteroloogiakabinetis või -osakonnas on võimalik rakendada komplekssed uurimismeetodit, mis annab täpse ülevaate mao limaskesta seisundist ja on aluseks õige diagnoosi määramisel.

KIRJANDUS: 1. Канищев П. А. Методы диагностики заболеваний желудка. М., 1964. — 2. Рысс С. М. О некоторых актуальных вопросах в гастроэнтерологии. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1964. — 3. Andersch, H., Hohlfeld, K. E. Med. Bild, 1961, 2, 43—47. — 4. Rätsep, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 4, 39—42.

О ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

В. Рятсеп

Резюме

Диагностика хронического гастрита занимает центральное место в исследовании болезней желудка. Наряду с клинико-лабораторными методами одним из основных считается рентгенологическое обследование.

Но практика показала, что рентгенологическое исследование хронического гастрита недостаточно объективно. Несколько более объективна при оценке изменений слизистой гастроскопия, но еще более точную картину этих изменений дает патогистологическое исследование (гастробиопсия), которое и является основанием для определения правильного диагноза.

Для лучшей диагностики хронических болезней желудка следует создать в городских и районных поликлиниках гастроэнтерологические кабинеты. Правильность этого положения подтверждают хорошие результаты, полученные гастроэнтерологическим кабинетом поликлиники Таллинской больницы Тынисмяэ. В гастроэнтерологическом кабинете возможно применение комплексных методов обследования, что дает точную картину состояния слизистой желудка и является основой установления правильного диагноза.

MAOSEKRETSIOONI MÕNINGATEST NIHETEST HAAVANDTÕVE PUHUL

Arstiteaduse kandidaat *V. SALUPERE, A. TAMM* ja *B. KUTTI*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste kateedrist, juhataja professori kt. *K. Kõrge*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Maosisaldise peptilist toimet peetakse haavandtõve patogeneesis väga tähtsaks. Seda on haiguse erinevate vormide (*ulcus duodeni, ulcus ventriculi*) korral uuritud üsna põhjalikult [S. Rõss (7, 8), V. Tugolukov (10), L. Dragstedt (11, 12)]. Samal ajal on haavandtõbe põdevate haigete maosekretsiooni muutumist, nagu näiteks anatsiidsuse tekkimist jt., käsitletud võrdlemisi vähe. Kõrgenenud või normaalse happesuse vähenemist või anatsiidsuse ilmnemist peetakse maohaavandi maligniseerumise üheks oluliseks tunnuseks. Kui aga haavandtõbe põdeval haigel sedastatakse normaalset või kõrgenenud happesust, siis on vähe usutav, et tegemist on pahaloomulise degeneratsiooniga.

Et nimetatud küsimused on praktilise tähtsusega, siis käsitleme neid haiguslugude andmeil.

Ajavahemikul 1945—1964 viibis Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas ravil 1678 haiget, kel diagnoositi haavandtõbe, kus-

juures määrati täpselt haavandi lokalisatsioon. Püloroduodenaalses * piirkonnas leiti haavand 1393-l ja maokorpuses 285 haigel. Esimese suhe teisesse oli 4,9:1. See näitab püloroduodenaalse haavandi suuremat esinemissagedust, mida varem on kirjeldanud K. Villako (5).

Et maosekretsiooni ergutamiseks kasutatavad ained on erineva toime ja tugevusega, võtsime maosekretsiooni näitajate võrdlemisel tarvitusele vaid need andmed, mis olid saadud maosekretsiooni uurimisel ühe ja sama ärriti abil. Aastail 1945—1953 kasutati Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas sekretsiooniärritina peamiselt kofeiini ja alkoholi ning 1954. aastast alates insuliini. Erandjuhtudel uuriti basaalsekretsiooni. Algul kõikusid insuliiniannused 2—20 tü vahel, kuid 1959. aastast alates oleme süstinud 4 tü insuliini veeni. Üksikjuhtudel on basaalsekretsiooni uuritud ka pärast 1959. aastat ning rakendatud ärritina kartulimahla ja histamiini.

Käesolevas artiklis vaatleme peamiselt neid andmeid, mis saadi maosekretsiooni uurimisel insuliinärriti abil. Insuliin mõjustab maonäärmeid uitnärvi ergutamise teel. *Ulcus duodeni*'t põdevail haigeil, kel uitnärvi erutuslävi on kõrge, kutsub preparaat esile rohke maosekretsiooni, samal ajal kui *ulcus ventriculi* puhul jääb maosekretsioon enamasti normi piiresse või sellest madalamale. See erinevus on ühelt poolt tingitud uitnärvi erutusläve vähenemisest *ulcus ventriculi*'t põdevail haigeil ning teiselt poolt soolhapet ja pepsiini setserneerivate näärmerakkude kahjustusest kroonilise gastriidi tõttu, mis kaasneb nimetatud haavandtõvevormiga (7, 8, 9, 10).

Maosekretsiooni uurimise tulemustest insuliinärriti abil annab ülevaate tabel 1. Kooskõlas kirjanduses varem esitatud seisukohtadega täheldasime haigetel *ulcus ventriculi* puhul vähenenud või normaalse happesuse prevaleerimist, samal ajal kui *ulcus duodeni* korral oli happesus enamasti normaalne või kõrgenenud (7, 8, 10).

Insuliini maosekretsiooni ergutav toime puudus täielikult 1 *ulcus ventriculi*'t ja 11 *ulcus duodeni*'t põdeval haigel. Tekkis küsimus: millega seletada nimetatud haigetel esinenud anatsiidsust? Ühel neist (haiguslugu 1745/1960. a.) diagnoositi esimesel röntgenoloogilisel uurimisel *bulbus*'e deformatsiooni, kuid teistkordsel uurimisel seda enam ei leitud. Ka valude tekkimine sel haigel ei sõltunud söömisest, ühtlasi puudusid düspeptilised nähud täiesti. Teisel haigel (haiguslugu 93/1954. a.) esines iiveldus ja valud vallandusid füüsilise pingutuse korral, kusjuures need kiirgusid selga. Röntgenoloogiliselt diagnoositi tavalisest kitsamat *antrum*'it, gastroskoopiliselt aga jämenenud kurrulisust. Kolmandal haigel (haiguslugu 4338/1962. a.) võis röntgenoloogilise uurimise alusel oletada maokasvajat *antrum*'i piirkonnas. Operatsiooni ajal selgus, et haiguslikud muutused *antrum*'is puudusid. Võib arvata, et nimetatud 3 haigel oli haavandtõve kliiniline diagnoos vähe põhjendatud. Anatsiidsus võib haavandtõve korral olla ajutine. Näitena selle kohta esitame meie materjalides leidunud ühe anatsiidsusega *ulcus ventriculi* haigusjuhu lühikese kirjelduse.

J u h t 1. 28-aastasel naispatsiendil (haiguslugu 2388, 3030/1964. a.) tekkisid 1,5 aastat tagasi valud ülakõhu piirkonnas, mis polnud tingitud söömisest. Valud olid tuimad ja kiirgusid selga. Viimase 1,5 aasta jooksul kaotas haige 10 kg kehakaalust. Tundis alati iiveldust. Oksendas harva. Röntgenoloogilisel uuringul leiti haavand väikesel kõverikul maokorpuse keskosas (vt. tahvel III, röntgenogramm 1), mida kinnitas gastroskoopia. Kuigi diagnoositi insuliiniresistentset anatsiidsust, võis maokorpuse limaskestast biopsia teel saadud materjali põhjal kindlaks teha vaid kerge gastriidi, kusjuures atroofia puudus. Samal ajal oli limaskesta näärmeparen-

* Märkus: Püloroduodenaalseteks haavanditeks nimetame *antrum pyloricum*'i, *pylorus*'e ja *bulbus duodeni* haavandeid, mis sarnanevad üksteisega patogeneetiliselt, funktsionaalselt ja morfoloogiliselt. Lühiduse mõttes kasutatakse artiklis edaspidi püloroduodenaalse haavandi asemel nimetust *ulcus duodeni*.

hüüm kahjustamata (vt. tahvel III, mikrofoto 1). Selle leiu alusel seletati anatsiidsuse tekkimist aktiivsest haavandist lähtuvate mõjudega, mis pidurdasid maonäärmete talitlust. Alustati ravi (voodirežiim, säästev dieet, vereülekanded jm.). Pärast kolme nädala möödumist polnud haavand veel täielikult paranenud, kuid see oli vähenenud. Maosekretsiooni teistkordsel uurimisel leiti maosisaldises vaba soolhapet juba 17—24 ühikut. Maomahla kolmandal uurimisel, mis toimus 1,5 kuud pärast ravi algust, täheldati, et happesus oli veelgi kõrgenenud. Vaba soolhapet leidus kõige kõrgemas fraktsioonis juba 86 tiiterühikut.

Tabel 1

Haavandtõvehaigete maosekretsiooni uurimine insuliinärriti abil aastail 1954—1964

Aasta \ Happesus	*Ulcus ventriculi*				*Ulcus duodeni*				Kokku
	Anatsiidsus	Hüpatsiidsus	Normatsiidsus	Hüperatsiidsus	Anatsiidsus	Hüpatsiidsus	Normatsiidsus	Hüperatsiidsus	
1954		1				3	7	7	18
1955				1	2	2	7	9	21
1956		1		2		1	10	16	30
1957		1	2	2	1	2	9	6	23
1958		2		1	1	4	13	12	33
1959		1	2			5	6	13	27
1960		3	3	1	2	3	15	10	37
1961		2	8	1		3	11	11	36
1962		2	3	1	1	2	13	11	33
1963		2	8	1	4	1	15	17	48
1964	1	8	16	5		6	25	32	93
Kokku	1	23	42	15	11	32	131	144	399

Norm: insuliinärriti puhul 50—90 üh, kofeiin- ja alkoholärriti puhul 20—40 üh vaba soolhapet

Teine niisugune haigusjuht pärineb 1965. aastast (haiguslugu 469). Ka sel haigel oli maokorpuse haavand, mis kulges pinnagastriidi ja insuliiniresistentse anatsiidsusega. Pärast ravi leiti maosisaldises vaba soolhapet.

Kahel püloroduodenaalset haavandit põdeval haigel, kel insuliinärriti abil diagnoosisime anatsiidsust, ilmus pärast histamiini kasutamist maosisaldises vaba soolhape. Nendel juhtudel ei olnud tegemist nn. tõelise anatsiidsusega, s. o. anatsiidsuse aluseks polnud näärmerakkude orgaaniline kahjustus. Histamiini positiivne toime viitab võimalusele, et mingil põhjusel võis sekretsiooni ergutav *n. vagus*'e toime olla blokeeritud.

Nagu eelnevast nähtub, tuleb nn. tõelist anatsiidsust eristada sellisest anatsiidsusest, mis tekib mitte niivõrd maonäärmete orgaanilise kahjustuse tõttu, kui just muudel põhjustel (nõrkade sekretsiooniärritite toimel, pidurduse tõttu maonäärmetes jne.). Haavandtõbe käsitlevas kirjanduses leidub tõelise anatsiidsusega kulgenud haigusjuhtude kirjeldusi

vähe. Nii esitavad C. Morlock ja H. Ratke (15) ainult ühe niisuguse haigusjuhu, J. Kirsner (13) leidis 1963. a. haavandtõbe käsitlevast perioodikast ainult kaks haigusjuhtu.

J. Lorje (6) on seisukohal, et aktiivse *ulcus duodeni* korral ei saa olla tõelist anatsiidsust. Kui *ulcus duodeni*'ga kaasneb anatsiidsus, siis tuleb tema arvates arvestada kahte võimalust: kas haavandi diagnoos on vale või pole tegemist tõelise anatsiidsusega. *Ulcus ventriculi* korral on happesuse vähenemise üheks põhjuseks krooniline gastriit [J. Lorje (6), S. Rõss (7, 8), I. Marks ja H. Shay (14)]. Seda kinnitavad ka meie varajasemad uuringud (9). Gastriidi korral pidurduvad kahjustatud näärmete rakud nähtavasti kergemini kui normaalsete näärmete omad. Sellise kahjustusega võis tegemist olla neil käesolevas töös esitatud *ulcus ventriculi*'t põdevail haigeil, kel ravi tulemusena mao happesus taastus.

V. Bulavintseva ja N. Voštšanova (1) on seisukohal, et maohaavandi pahaloomulisust tuleb tõenäoliseks pidada alles siis, kui tegemist on anatsiidsusega või tunduva hüpatsiidsusega. Leidub ka teistsuguseid andmeid. V. Vassilenko (3, 4) järgi võivad nn. esmaselt haavanduva maovähi korral esineda haavandtõve sümptoomid, normaalne või kõrgenenud happesus ja kroonilise kalloosse haavandi röntgenoloogilis-gastroskoopiline pilt. Tema andmeil moodustab esmaselt haavanduv vähk 10% kõigist haavandumistest maos.

Viimase 4 aasta jooksul on Tartu Linna Kliinilises Haiglas viibinud 7 maovähihaiget, kel maosekretsioon säilis. Neist ainult 2-l esines alahappesus, ülejäänuil oli happesus normaalne (3 haigel) või kõrgenenud (2 haigel). 4 haigel diagnoositi maovähki juba enne operatsiooni kas röntgenoloogiliselt või gastroskoopiliselt. 3 haiget suunati operatsioonile

Tabel 2

Maosekretsiooni korduv uurimine haavandtõvehaigetel aastail 1945—1964

Happesus \ Juhtude arv		Kokku	Haavandi lokalisatsioon			Sekretsiooniärriti	
			Ulcus ventriculi	*Ulcus duodeni*	Mõlemad	Insuliin	Kofeiin
Langes	Normaliseerus	6		6		2	4
	Langes alla normi	6		6		2	4
Tõusis	Normaliseerus	6	2	4		1	5
	Tõusis üle normi	8	1	6	1	6	2
Jäi muutumatuks	Hüpatsiidsus	3	2	1			3
	Normatsiidsus	19	7	12		13	6
	Hüperatsiidsus	51	2	48	1	18	33
Kokku		99	14	83	2	42	57

kalloosse või malignisatsioonikahtlase haavandi diagnoosiga. Histoloogiliselt avastati kõigil 7 haigel maovähk. Ainult ühel juhul võis histoloogilises preparaadis märgata ka kroonilise haavandi tunnuseid.

Esitame lühidalt 2 haigusjuhtu.

Juht 2. 54-aastane meespatsient (haiguslugu 1374/1963. a.) oli haigestunud 2 aastat tagasi. Haige kaebused sundisid oletama *ulcus duodeni*'t. Valud ülakõhus tekkisid 3—3,5 tundi pärast söömist, harva tundis iiveldust. Kehakaal normis. Maosekretsiooni uurimisel insuliinärriti abil leiti vaba soolhapet, mis üksikutes fraktsioonides

ulatus 14—86 ühikuni. Korduvale röntgenoloogilisele uurimisele vaatamata ei leitud maos haiguslikke muutusi. Gastroskopeerimisel võis *pylorus*'e piirkonnast oraalsemal märgata mustjaspruuni verd, mis valgus korpuse suunas. Et veritsev ala oli nähtav vaid osaliselt, oletati *pylorus*'es haavandit. Operatsioonil avastati maokorpuse tagumisel seinal 4×5 cm läbimõõduga paksude servadega kausikujuline vähk, mis histoloogiliselt osutus *carcinoma solidum*'iks.

Juht 3. 34-aastane naispatsient (haiguslugu 3327/1965) oli haigestunud 3 aastat tagasi. Aasta hiljem diagnoositi maokorpuse piirkonnas haavandit, mis edaspidisel korduval uurimisel oluliselt ei muutunud (vt. tahvel III, röntgenogramm 2). Haiget raviti mitmetes raviasutustes, kuid tulemusteta. Seekordsel haiglasse saabumisel kaebas patsient närivat laadi kõhuvalusid, mis tekkisid pärast söömist. Insuliinärriti abil määrati maosisaldise vaba soolhappe kõikumine fraktsioonides 18—108 ühikuni. Aspiratsioonigastrobiopsia: pinnagastriit (vt. tahvel III, mikrofoto 2). Gastroskopeerimisel diagnoositi kalloosset maohaavandit. Operatsioonipreparaat: maokorpuse tagumisel seinal 5×6 cm läbimõõduga kausikujuline tuumor, mis histoloogiliselt oli adenokartsinoom.

Seega ainuüksi happesuse puudumine või selle kõrged väärtused ei ole küllaldased selleks, et otsustada, kas haavand on healoomuline või pahaloomuline. Kuigi maovähile enamasti eelneb limaskestaatroofia, võivad mao limaskesta struktuur ja maosekretsioon mitmel juhul jääda normaalseks. Esmaselt haavanduva maovähi hulka tuleb nähtavasti arvata ka osa käesolevas töös kirjeldatud haigusjuhtudest. On tarvis rohkem mõelda maovähi selle vormi esinemise võimalusele seda enam, et nimetatud vähivorm võib kulgeda säilinud maosekretsiooni korral.

Lõpuks puudutame happesuse muutumist seoses haavandtõve ravimisega. Aastail 1945—1964 uuriti maosekretsiooni korduvalt ainult 131 haigel 1678-st. 32 haigel tehti uuringud mõlema sekretsiooniärritiga, mille tõttu maosekretsioon enne ja pärast ravi ei olnud võrreldav. 99 haigel kasutati korduvatel uuringutel sama ärritit. Need juhud on toodud tabelis 2.

Happesus langes ravimise kestel vaid 12 haigel, kõrgenes 14 haigel ja jäi endisele tasemele 73 haigel. 14 haigest, kel happesus kõrgenes, muutus ta hüperatsiidseks 8 haigel. Mis 73 säilinud happesusega haigusjuhusse puutub, siis ainult 3 juhul jäi happesus endisele hüpatsiidsele tasemele, 19 haigel jäi see normaalseks ja 51 haigel kõrgenenuks. Et patsiendid lahkusid haiglast enamasti paranenutena, siis on selge, et haavandit võib pidada kliiniliselt paranenuks ka siis, kui happesus pole langenud. Ka kirjanduses leidub niisuguseid seisukohti. Nagu G. Burtšinski (2) märgib, normaliseerus kõrge happesus remissiooniperioodiks ainult $^1/_3$-l haigetest.

Seega pole ainuüksi happesuse muutustega võimalik täielikult seletada haavandi tekkimise-armistumise keerukat mehhanismi.

Järeldused

1. Insuliiniresistentne anatsiidsus tekib haavandtõve korral harva. Selle põhjuseks võib olla kas haavandi aktiivse faasi sekretsiooni pidurdav toime või pole haavandtõve diagnoos põhjendatud.

2. Maosekretsiooni korduv uurimine insuliini või histamiini abil, samuti aspiratsioonigastrobiopsia lubavad paljudel juhtudel kindlaks määrata mao limaskesta tegeliku talitlusvõime.

3. Ainult happesuse muutused pole küllaldased haavandi healoomulisuse või pahaloomulisuse üle otsustamiseks. Ka kõrge või normaalse happesuse korral võib tegemist olla pahaloomulise haavandumisega maos.

4. Enamikul haavandtõbe põdevatel haigetel ei muutu happesus ravimise tulemusena.

KIRJANDUS: 1. Булавинцева В. И., Вощанова Н. П. Предраковые заболевания желудка и роль диспансеризации в их выявлении и лечении. М., 1964. — 2. Бурчинский Г. И. Многотомное руководство по внутренним болезням, т. 4. М., 1965, 183—235. — 3. Василенко В. Х., Меликова М. Ю. Клинич. медицина,

V. Salupere



Röntgenogramm 1

Juht 1. Mao väikesel kõverikul korpuse keskosas lameda, veidi asümmeetrilise valliga ümbritsetud 1×2 cm läbimõõduga profiilnišš (sihtvõte)



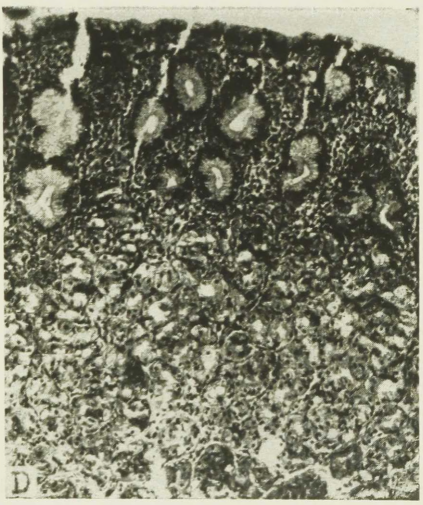
Mikrofoto 1

Juht 1. Pinnagastriit. Mc Manus-Hotchkissi reaktsioon, suurendus 80 korda



Röntgenogramm 2

Juht 3. Mao väikesel kõverikul korpuse keskosas 1×2 cm läbimõõduga profiilnišš (sihtvõte)



Mikrofoto 2

Juht 3. Pinnagastriit. Preparaat värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 80 korda

TAHVEL IV

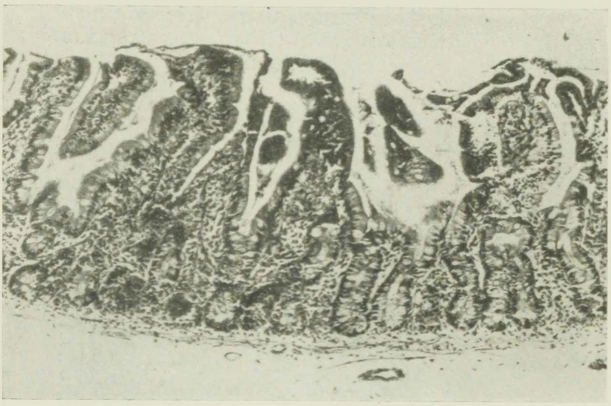
N. Sachris



Mikrofoto A



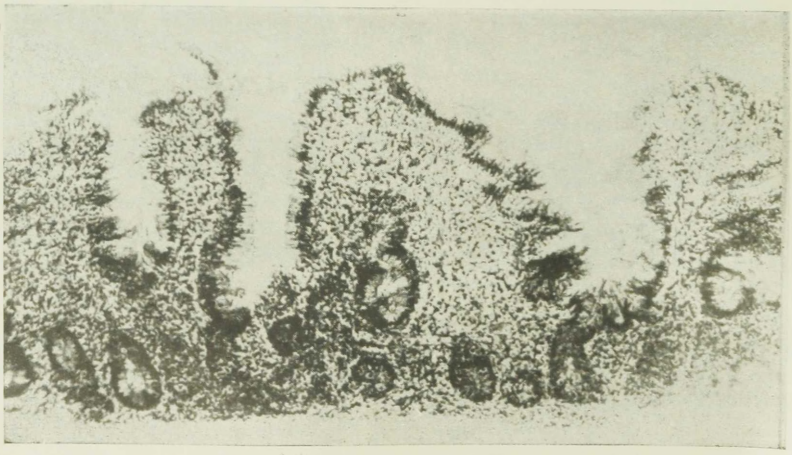
Röntgenogramm B



Mikrofoto C



Röntgenogramm D



Mikrofoto E

1964, 4, 29—37. — 4. Василенко В. Х. Многотомное руководство по внутренним болезням, т. 4. М., 1965, 236—291. — 5. Виллако К. П. Сов. медицина, 1957, 1, 67—69. — 6. Лорие И. Ф. Язвенная болезнь. М., 1958. — 7. Рысс С. М. Сов. медицина, 1963, 9, 11—16. — 8. Рысс С. М., Рысс Е. С. Терапевт. архив, 1963, 3, 3—11. — 9. Салупере В. П. Клинич. медицина, 1965, 10, 63—67. — 10. Туголуков В. Н. Клинич. медицина, 1963, 5, 92—97. — 11. Dragstedt, L. R. J. Amer. Med. Assoc., 1961, 177, 11, 758—762. — 12. Dragstedt, L. R. Amer. J. Surg. 1963, 105, 3, 293—294. — 13. Kirsner, J. B. Gastroenterology, 1964, 46, 6, 706—728. — 14. Marks, I. N., Shay, H. Lancet, 1959, 7083, 1107—1111. — 15. Morlock, C. G., Ratke, H. V. Gastroenterology, 1949, 13, 3, 241—245.

О НЕКОТОРЫХ СДВИГАХ В ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. Салупере, А. Тамм и *Б. Кутти*

Резюме

На материале историй болезни больных, находившихся на лечении в терапевтическом отделении Тартуской городской клинической больницы в период 1945—1964 гг., были изучены различные вопросы, касающиеся желудочной секреции при язвенной болезни.

В 399 случаях из 1678 больных была исследована секреторная деятельность с помощью инсулином. Только у 10 больных в желудочном содержимом отсутствовала свободная соляная кислота. Выяснилось, что истинная анацидность у больных язвенной болезнью бывает очень редко. Определение анацидности с помощью инсулина позволяет сказать, что: 1) активная язва тормозит секреторную деятельность главных клеток желудочных желез или 2) диагноз язвенной болезни был поставлен необоснованно. Для исключения первой названной возможности целесообразно повторно зондировать больного и сделать гастробиопсию. Выявление нормальной или повышенной кислотности не дает возможности исключить диагноз малигнизирующейся язвы.

У 7 больных гистологическое исследование подтвердило диагноз рака желудка, причем в 5 случаях кислотность желудочного сока была нормальной или повышенной, и в 2 случаях — пониженной.

У больных, страдающих язвенной болезнью, не было отмечено уменьшения секреции после клинического выздоровления от язвы.

PEENSOOLE UURIMISE VÕIMALUSTEST JA VIISIDEST

N. SACHRIS

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Gastroenteroloogia üldine areng sunnib nii röntgenoloogе kui ka kliinitsiste revideerima oma suhtumist peensoole patoloogiasse ja vajaduse korral kasutusele võtma uusi meetodeid või hoopis laiemalt rakendama juba ammu tuntuid, kuid mitmesugustel põhjustel vähe tähelepanu leidnud uurimisviise. Viimaste hulka kuulub peensoole röntgendiagnostika, mille olid detailselt välja töötanud Pansdorf ja R. Prévôt (18) juba neljakümnendate aastate alguseks. Me peame nende metoodikat kõige lihtsamaks ja füsioloogilisemaks ega ole vajadust tundnud jäävee abil passaaži forsseerimise või kontrastaine duodenaalsondiga manustamise järele, nagu seda mitmed autorid on soovitanud [C. Nice (17), R. Schatzki (19), R. Golden (12)]. Eriline ettevalmistus peensoole röntgenoloogiliseks uurimiseks pole meie arvates oluline, samal seisukohal on ka R. Marshak (16). J. Linjevski ja I. Pavlova (1) poolt soovitatud peensoole kontrasturimine soole kunstliku hüpotoonia taustal tuleb arvesse täiendava uurimisena juba varem avastatud haiguskahtlases piirkonnas. Lisauuringuna on arvestatav ka Chérigié' meetod, mida soovitab N. Rõbakova (3).

Pansdorfi meetodil on enamikul juhtudel võimalik teha ülesvõtteid kogu peensoolest 1—1½ tunni vältel pärast kontrastaine manustamise lõpetamist. Patsientidel, kel passaaž on kiirenenud, on kontrastaine selle aja jooksul jõudnud täita umbsoole.

Aastate vältel on palju peamurdmist põhjustanud normaalse ja patoloogilise röntgenipildi eristamine teineteisest. Kuhlmann on isegi avaldanud arvamust, et normaalset ja patoloogiliselt muutunud peensoolt polegi röntgenoloogiliselt võimalik diferentseerida. Selline skeptilisus on mõnevõrra arusaadav, kui arvestada, et kuni viimase ajani puudus võimalus kõrvutada röntgenoloogilise uurimise andmeid teisel teel saadud andmetega. Alles võrdlemisi hiljuti võeti kliinilises praktikas kasutusele resorptsioonitestid peensoole imendamisvõime määramiseks mitmesuguste ainete suhtes, ühtlasi leidis rakendamist biopsia.

Peensoole uurimisega vähe tegelevale röntgenoloogile võib raskusi tekitada peensoole limaskesta struktuuri faasilisus, millele on tähelepanu pööranud Štern [tsiteeritud V. Fanardžjani järgi (5)]. Meie arvates on kõige otstarbekam I. Tageri ja M. Šneiderise (4) limaskesta reljeefi tüüpide klassifikatsioon, mis baseerub hulgalistel röntgenoloogilistel andmetel. Nad eristavad: 1) sulgjat, 2) ristikurrulist, 3) korrapärast peenelaigulist ja 4) korrapäratut jämedalaigulist reljeefi. Viimast peavad autorid patoloogiliseks nähuks eriti siis, kui jämedalaigulised muutused püsivad ühes ja samas piirkonnas kogu uurimisaja vältel. Tuleb ühineda nende arvamusega, et pikikurruline reljeef selles piirkonnas viitab soolesisaldise edasiliikumisele ja on vastavas sooleosas ainult lühikest aega.

Patoloogilisteks muutusteks tuleb pidada ka üksikute sooleosade segmentatsiooni, baariumsulfaadi suspensiooni flokulatsiooni, üksiklingude dilatatsiooni, ristikurdude jämenemist, nende korrapäratust ja laatumist ning kontrastaine edasiliikumise märgatavat kiirenemist või aeglustumist. Eespool mainitud muutusi võib nimetada mittespetsiifilisteks soolesekretsiooni- ja motoorikamuutuste väljendajateks [W. Frik (11), J. Bernstein jt. (7)]. Teadlased juhivad ikka enam tähelepanu sellele, et peensoole limaskesta röntgenoloogiliselt sedastatavaid muutusi võib leida paljude haiguste puhul: viidatakse eeskätt sapipõie- ja sapiteede haigustele, pankrease afektsioonidele, mitmesugustele metabolismihäiretele, kombineeritud südameriketele jm. [J. Bernstein jt. (7)].

Peensoole patoloogiat on suuresti aidanud selgitada enterobiopsia kasutusele võtmine. See meetod on võimaldanud luua korrelatsioone histoloogiliste ja röntgenoloogiliste muutuste vahel. Seedetrakti limaskesta intravitaalne histoloogiline uurimine sai alguse 1949. a. Woodi poolt alustatud aspiratsioonigastrobiopsiast. Nimetatud uurimisviis kõigutas alusteni seni gastroskoopiale, vähem röntgenoloogilise uurimise andmetele rajatud mõisteid ja arusaamasid gastriidist. 1956. aastal tegi Shiner pikema gastrobiopsiainstrumendiga esimesed *duodenum*'i ja *jejunum*'i biopsiad. Et aga distaalsemaid sooleosi uurida, tuli konstrueerida uut tüüpi kapsel. Selles ei käivitatud proovitükki lõikavat nuga enam traattõmbitsa abil, nagu gastrobiopsia puhul, vaid proovitükki lõikav mehhanism vallandati õhu- või veesurve teel [W. Crosby ja H. Kugler (9), N. Henning jt. (14)].

Nõudeid hakkas täielikult rahuldama alles niisugune instrument, mis võimaldas protseduuri vältel võtta mitmeid proovitükke ja neid kapslist sondi kaudu välja uhtuda [K. Lehmann (15), S. Baker ja A. Hughes (6), R. Bolt (8), A. Haex jt. (13), Ts. Massevitš (2)]. Sellise instrumendiga on uurijal võimalus kohe pärast tükikese ekstsideerimist kontrollida saadud materjali ja vajaduse korral protseduuri korrata. Proovitükkide võtmine mitmetest kohtadest on vajalik ka diagnoosimise seisukohalt, sest ainult väheste afektsioonide korral on kogu peensool ühtlaselt tabatud, enamasti vahelduvad muutunud limaskestaga alad intaktsete piirkondadega. Niisugustele nõuetele vastabki dotsent K. Villako ja artikli autori juhendite järgi Tartu Riikliku Ülikooli eksperimentaaltöökojas konstrueeritud peensoole biopsiakapsel.

Peensool reageerib erinevatele agensitele kaunis ühekülgselt, tema võimalused reaktsiooni näitamiseks on piiratud [K. Elster (10)]. Histoloo-

gilises preparaadis võime haiguslikel juhtudel näha limaskesta partsiaalset või subtotaalset atroofiat, mille puhul hattude pikkus lüheneb limaskesta üldpaksuse suhtes. Pärsitud regeneratsioonile viitavad ka tsütoloogilised muutused epiteelis. Peensoole limaskesta põletiku interpreteerimisega tuleb olla väga ettevaatlik, sest põletikunähte on intensiivse resorptsiooniga kaasaskäivatest muutustest raske eristada.

Mikrofotol A (vt. tahvel IV) näeme tühisoole normaalset limaskesta, mille puhul leiame normist erineva röntgenipildi niudesoolest (vt. röntgenogramm B). Kliiniliselt oli tegemist kroonilise enterokoliidiga. Puhttehnilistel põhjustel ei saanud me võtta proovitükki niudesoolest. Mikrofotol C näeme lühenenud hattudega atroofilist limaskesta ja suhteliselt pikki krüpte. Peensoole röntgenoloogilisel uurimisel diagnoosisime duodenostaasi, üksikute lingude laienemist ja segmenteerumist. Samal haigel on näha laiguline ja korrapäratu reljeef tühisoole lõpposas (vt. röntgenogramm D). Kliiniliseks diagnoosiks jäi *duodenostasis et jejunitis acuta*, mis aga haiguse olemust täiel määral ei seletanud. Mikrofotol E näeme samuti partsiaalse atroofia histoloogilist pilti, mis on saadud suhkruhaige peensoolest. Patsiendil limaskesta muutusi röntgenoloogiliselt ei sedastatud.

Oleme arvamusel, et enterobiopsia on üks väärtuslikke täiendusi peensoole uurimisel, mis aitab korreleerida röntgenoloogilisel uurimisel saadavat diagnostilist informatsiooni.

KIRJANDUS: 1. Линевский Ю. В., Павлова И. С. Вестн. рентгенол. и радиол., 1965, 4, 37—39. — 2. Масевич Ц. Г. Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Л., 1964. — 3. Рыбакова Н. И. Вестн. рентгенол. и радиол. 1962, 2, 54. — 4. Тагер И. Л., Шнейдерис М. Б. Вестн. рентгенол. и радиол., 1960, 5, 58—62. — 5. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний пищеварительного тракта, т. 2, Ереван, 1964. — 6. Baker, S. J., Hughes, A. Lancet, 1960, 2, 686—687. — 7. Bernstein, J. S., Groisser, V. W., Lawrence, L. R. Amer. J. Digest. Diseases, 1963, 8, 2, 174—190. — 8. Bolt, R. J. J. Amer. Med. Assoc. 1964, 188, 1, 40—41. — 9. Crosby, W. H., Kugler, H. W. Amer. J. Digest. Diseases, 1957, 2, 236. — 10. Elster, K. Biblioth. gastroent., 1962, 5, 241—247. — 11. Frik, W. Biblioth. gastroent., 1962, 5, 200—208. — 12. Golden, R. Semaine hôpitaux Paris. Ann. radiol., 1961, 7, 559—568. — 13. Haex, A. J., Seeder, W. A., Webbers, P. P. Nederl. tijdschr. Geneeskunde, 1963, 107, 783—787. — 14. Henning, N., Zeitler, G., Neugebauer, J. Dtsch. med. Wochenschr. 1959, 84, 44, 1961—1963. — 15. Lehmann, K. E. Acta med. scand., 1961, 169, 2, 205. — 16. Marshak, R. H. Current Gastroenterology by G. McHardy, New York, 1962. — 17. Nice, C. M. Radiology, 1693, 80, 39. — 18. Prévôt, R. Fortschr. Geb. Röntgenstrahlen, 1940, 62, 341—388. — 19. Schatzki, R. Amer. J. Roentgenol., 1943, 50, 743—751.

О ВОЗМОЖНОСТЯХ И МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Н. Сахрис

Резюме

В связи с успехами развития техники биопсии тонкой кишки, дающей возможность гистологически исследовать слизистую оболочку последней, возникает необходимость сопоставить результаты биопсии с рентгенологическими данными. Сравнение гистологической и рентгенологической картин позволяет более подробно изучить нормальный тип рельефа слизистой и его патологические варианты. В статье приводятся сообщения ряда исследователей о том, что рентгенологические и гистологические изменения слизистой тонкой кишки наблюдаются при многих патологических состояниях пищеварительного тракта. Автор обследовал группу лиц с помощью обеих методик и привел характерные примеры.

NAHAHAIGUSTE JA GASTROENTEROLOOGILISTE HÄIRETE SEOSEST

(Kirjanduse ülevaade)

Dotsent *L. NURMAND*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedrist, juhataja Z. *Saar*)

Mao ja naha vastastikust mõju on näidanud B. Spiethoff (24), S. Ehrmann (9) ja teised teadlased. A. Fischer (11) tegi gastroskoopia 100 haigel ja leidis, et värskete naha manifestatsioonide puhul tekkis maos akuutsele gastriidile omane paiskatarr, kusjuures happesus oli normaalne või vähenenud. Vanemate, eriti allergiliste nahakahjustuste puhul esines alahappeline atroofiline gastriit.

G. Liberman (1) uuris maofunktsiooni 66 nahahaigusi põdeval haigel ja leidis enamikul neurosekretoorse aparaadi nõrgenenud ärritatavust nii mehhaanilise kui ka keemilise ärriti suhtes. Gastrogramm näitas normaalseid väärtusi 19 haigel, evakuatsioon oli normaalne 26-l, sekretsioon aga ainult 6 haigel.

Fermentatiivsete protsesside muutusi täheldati eeskätt kroonilise fotosensibilisatsiooni puhul. G. Korting ja B. Vialkovitsch (17) leidsid 70 nahahaigusi põdeval isikul normatsiidsust 77,1%, kuid normaalset proteolüüsi ainult 48,5%-l uurituist. Väga harva puuduvad proteolüütilised fermendid täiesti. Seost nahahaiguste ja valgu seedimise vahel pole esinenud.

Seedimise jõud ja mao motiliteet vähenevad penitsilliinravi toimel või operatsiooni tulemusena, mis kahtlemata avaldab mõju ka nahale. Näiteks W. Nikolowski (19) leidis 3400 nahahaigusi põdeva haige uurimisel, et 3,8%-l neist oli tehtud maoresektsioon. Neist omakorda 9%-l avastati seborroiline ekseem, kuid ei tulnud ette mitte ühtegi endogeense ekseemi juhtu. *Lichen chronicus simplex*'it täheldati maoresektsiooni puhul 6 korda sagedamini kui üldkontingendil.

W. Melzer ja M. Melzer (2) täheldasid, et pärast maoresektsiooni oli nahk 6 haigel kahvatu, kuiv ja ketendav. 3 haigel diagnoositi *purpura*'t. Nende juuksed olid hõredad, haprad ja pigmendita, küüned paksenenud ja triibulised. Esinesid hüpoproteineemia, hüperglobulineemia ja hüpolipoideemia. Nende muutuste põhjuseks peavad autorid valkude ainevahetuse häireid, mis on tekkinud pärast maoresektsiooni. Parakolibakterite tüvedega teostatud intrakutaansete testide alusel oletas W. Nikolowski (19) üksikjuhtudel enteraalse toksikoosi olemasolu nahal.

A. Gastrointestinaalsed häired nahahaiguste puhul.

1. *Perléche.*
2. *Acne necroticans.*
3. *Aphthae.*
4. *Porphyria.*
5. *Pruritus cutis.*
6. *Acne rosacea* puhul leidsid W. Brown kaastöötajatega (7) ning teised autorid alahappesust 30%-l, V. Rahmanov (3) aga kuni 85%-l haigetest.
7. *Urticaria acuta* korral konstateerisid G. Zina ja tema kaastöölised (28) antrumi spasme, limaskesta ödeemi, kiirenenud passaaži, sekretsiooni ja toonuse häireid, eriti peensooles.
8. *Combustio* võib põhjustada maohaavandtõbe. T. Gurling (13) kirjeldab 10 niisugust juhtu. Nimetatud haavandeid tuleb õnneks ette harva, kuid haigusjuhud lõpevad sageli letaalselt. Noortel kaasuvad mõnikord *melaena* ja veriokse.
9. *Cutis laxa* puhul diagnoosisid Agostini (5), Rossi ja Angst (22) mao ja peensoole vajet; võivad esineda ka retsidiveeruvad enterokoliidid.

10. *Pemphigus vulgaris* võib tabada seedetrakti, kuid sageli tekib haigetel ka mittespetsiifiline kõhulahtisus. St. Pastinsky jt. (20) diagnoosisid 22 haigest 5-l maohaavandit ja leidsid maomahlas eosinofiile; 25%-l haigeist avastati subatsiidsus ja 35%-l hüperatsiidsus.

11. *Lupus erythematodes acutus* põhjustab samuti mittespetsiifilise gastroenteriidi arenemist (mõnikord perforatsiooniga). *Lupus erythematodes chronicus* on sageli seotud subatsiidsusega või anatsiidsusega.

12. *Lichen ruber planus* tekitab mao limaskestal tüüpilisi lööbeid, nn. *Lichen gastrique*. Pärasooles täheldasid tüüpilisi muutusi L. Kleeberg (16) ja teised autorid.

13. *Mycosis fungoides*'e ja

14. *Morbus Darier*' korral tekivad sõlmekesed peamiselt *oesophagus*'e ja *rectum*'i piirkonnas.

15. *Morbus Recklinghausen* võib põhjustada neurofibroome ka seedetraktis. P. Feyrter (10) kirjeldab nende ultseroosset lagunemist. Maos tekkinud neurofibroomid on palju valulikumad kui nahal.

16. *Sarcoidum Boecki* ajal võivad mao limaskestal (ka sooltes) esineda kaltsiumisoolade ladestused.

17. *Morbus Pringli* ja

18. *Dermatomyositis* võivad põhjustada mao ja soolte häireid: gastroenteriiti, jämesoole inkontinentsust, stomatiiti ja igemete turset.

19. *Sclerodermia* haarab seedetrakti — tekib selle skleroseerumine.

20. Viimasel ajal vaadatakse Reynaud' sündroomile kui progresseeruva sklerodermia algstaadiumile. P. Sunder ja tema kaastöölised (25) leidsid selle sündroomi puhul kaksteistsõrmiksoole haavandeid, mao kriise ja sekretsioonihäireid.

21. *Hyalinosis cutis et mucosae* (ladestushaigus) puhul esinevad maomotiliteedihäired ja reljeefi jämenemine ning lamendumine.

22. Amüloidoosile nahas ja lihastes võib kaasuda mao ja soolte peristaltika puudumine.

23. Süüfilis põhjustab sageli maokatarri, limaskestaatroofiat ja haavandeid.

24. Dermatiidid võivad esile kutsuda maosekretsiooni, maksa ja pankrease funktsionaalseid häireid, mida eksperimentaalselt näitasid A. Deseaux ja E. Antoine (8).

B. Nahahaigused gastrointestinaalsete häirete puhul.

1. Maomahla vähesus võib soodustada *perléche* teket — G. Keyserlingki järgi 34-l 35 maohaigusi põdevast isikust (15).

2. *Gastritis chronica* puhul tekib sageli keelel hall katt.

3. *Ulcus ventriculi* võib põhjustada erosioone ja defekte keele tagumises osas, samuti veresoonte reaktsiooni kõrvalekaldumisi normist vastavates Headi tsoonides.

4. *Carcinoma ventriculi* metastaasid tekivad nahas harva, küll aga võib areneda ketendav erüteem kehal ja juuste piirkonnas. Sageli esinevad tromboflebiidid, kuid harvem kui pankrease kartsinoomi puhul. Võivad lisanduda *dermatomyositis, erythema exsudativum multiforme* või *acantosis nigricans*.

5. Soolte kartsinoidi puhul tekib väike, sageli multiipel kasvaja enamasti iileumis. Kasvaja sisaldab 5-oksütrüptamiini. Kliiniliselt täheldatakse veretungi pähe ja kuumushoogusid, tekivad teleangiektaasiad näol ja nahk pigmenteerub. Haigus kulgeb kroonilise enteriidi pildi all aastaid, haigetel suureneb histamiinisisaldus veres ja uriinis.

6. *Dyspepsiat* põdevatel haigetel esineb sageli *erythema hyperkeratoticum supraarticulare digitorum* — väikesed lillakad erüteemid sõrmeliigeste kohal ja peopesadel. Sarvkiht on paksenenud ja meenutab pellagrat. A. Ber (6) nägi sel puhul «määrdunud» põlvi ja küünarnukke. Võib

areneda *keratodermia* sõrmeliigeste kohal. Viimast tuleb eriti sageli ette alatoitumusega lastel.

7. *Colitis ulcerosa* võib põhjustada haavandeid ja lõhesid rektumis, polüüpe, fistuleid ja striktuure, mis paranevad halvasti. Need sümptoomid püsivad isegi koliidi inaktiivses staadiumis. Harvem tekivad eksanteemid, furunkulid, sõlmekesed ja *purpura* säärtel. R. Wiehl (27) kirjeldas üht ultseroosse koliidiga 74-aastast patsienti, kellel ristluu kohal paiknes punakaspruun infiltraat. Koliiti põdevatel haigetel on leitud *pyodermia gangrenosa*'t ja üksikjuhtudel *pyodermia vegetans*'i.

8. Vee-ainevahetuse häired organismis, mis on seotud gastrointestinaalsete häiretega, võivad E. Skramliku (23) arvates etendada patogeneetilist osa *dyshidrosis*'e tekkimisel. W. Nikolowski (19) arvestab siin ka mikroobseid tegureid sooltes.

9. Maoresektsioonist saab sageli alguse seborroiline ekseem, kusjuures J. Ingram (14) peab selle tekkimise põhjuseks gastrointestinaalset düsfunktsiooni ja ebaõiget toitumist.

10. Tonsillide ja hammaste põletikulised protsessid, seedetrakti kroonine infektsioon ja lamblioos võivad põhjustada *urticaria chronica* tekkimist.

11. Abdominaalsed häired võivad esile kutsuda *Oedema Quincke*. Th. Afendulis ja M. Gülzov (4) tekitasid allergilist gastriiti koertel sel teel, et nad süstisid neile hobuse seerumit. Allergeenina võivad toimida ka soolte seinte vigastused.

12. Seedetrakti häiretega on sageli seotud *ichtyosis vulgaris*. F. Kuhlmann ja D. Wagner (18) leidsid obstipatsiooni 12 ihtüoosi põdevast haigest 3-l, teistel aga kroonilist enteriiti. Soolehaigusi põdevatel isikutel on nahk tihti ihtüosiformne ja pigmenteerunud. Ihtüoos võib puuduliku toitlustamise korral ägeneda ja vastupidi — küllaldase toidu puhul taandareneda.

13. *Morbus Kaposii* korral võivad gastrointestinaalsed häired esineda veel enne naha muutusi.

C. Mao ja naha koordineeritud haigused.

Maohäired esinevad üheaegselt järgmiste nahahaigustega.

1. Progresseeruv sklerodermia.

2. *Endangitis obliterans* — 100 juhust 12%-l leiti subatsiidsust, 8%-l anatsiidsust ja 19%-l aküüliat, mis histamiini suhtes oli refraktaarne.

3. *Syndroma cutanea intestinale* puhul on G. Gottini ja S. Randazzo (12) kirjeldanud nahal esinevaid heleroosasid paapuleid, mille tsentrum langeb sisse ja kontuurid kaovad, kusjuures selline lööve kordub 3—4 korda nädalas. Tekivad väsimus, kehakaalu langus, veriokse, valud mao piirkonnas ja palavik. Kirjeldatud sündroomi tuleb ette harva, kuid sellised haigusjuhud lõpevad alati kiiresti surmaga.

4. *Schönleini* tüüpi vaskulaarse *purpura*'ga võivad kaasneda kõhu valulikkus, koolikud, oksendamine (oksemassid on sageli rohekad) ja verd sisaldav väljaheide. Sellist purpura kombinatsiooni seedetraktinähtudega nimetatakse «*Henochi purpura*'ks». Seda tuleb ette peamiselt lastel, kusjuures tavaliselt võivad tekkida retsidiivid (invaginatsioonioht!).

5. *Pseudoxanthoma elasticum* tekib sageli koos *elastorrhexis*'ega. Haigetel leitakse peritoneumis pseudoksantomatoosseid muutusi. Tihti esineb samaaegselt maovaje või duodeenumi *megabulbus*. Diagnostiline väärtus on maoverejooksudel (ilma haavandita). Verejooksust tingitud letaalset lõppu kirjeldavad A. Touraine (26) ja teised autorid.

6. *Morbus Osler* põhjustab sageli soolte verejookse.

7. *Acrodermatitis enteropathica*'t tuleb ette harva. Nahale ilmuvad atroofilised, sageli psoriaasikujulised erüteemid, mis korduvalt retsidiveeruvad. Haiguskolletes võivad tekkida ka villid või pustulid, mistõttu hai-

guspilt meenutab *epidermolysis bullosa*'t või *impetigo*'t. Haigust esineb ka perekonniti. Võivad kaasneda juuste väljalangemine, paronühhiad ja psüühilised häired. Üksikjuhtudel leitakse niisugustel haigetel lambliaid. J. Peutz (21) konstateeris, et haigetel tekib pigmentatsioon suu-ümber, jäsemete sirutuskülgedel, sõrmedel ja varvastel (nn. melaniinilaigud). Samal ajal areneb polüpoos maos ja sooltes, mõnikord emakakaelas, põies ja ninas. Sageli põhjustab see haigus invaginatsiooni ja nõuab laparotoomiat. Mõned autorid on täheldanud polüüpide maligniseerumist ja sekundaarset aneemiat.

Eespool toodud kirjanduse ülevaade näitab tihedat seost naha-haiguste ning seedetraktihäirete vahel, mida praktiseerival arstil tuleb haige uurimisel ja raviplaani koostamisel silmas pidada.

KIRJANDUS: 1. Либерман Г. Н. Вестн. венерол. и дерматол., 1959, 5, 25. — 2. Мельцер В. и Мельцер М. Вестн. венерол. и дерматол. 1960, 7, 19—21. — 3. Рахманов В. А. Патогенез и терапия дерматозов. М., 1961. — 4. Afendulis, Th. C. u. Gülzow, M. Z. ges. exptl. Med., 1939, 104, 167. — 5. Agostini. Ann. dermatol. et syphiligr. 1939, 10, 249. — 6. Ber, A. Acta endocrinol., 1954, 16, 305. — 7. Brown, W. H., Smith, M. S. a. McLacklan, A. D. Brit. J. Dermatol., 1935, 47, 181. — 8. Deseaux, A. e. Antoine, E. Presse méd., 1935, 1943. — 9. Ehrmann, S. Wiener Klin. Wochenschr., 1920, 38, 756. — 10. Feyrter, P. Über Neurome und Neurofibromatose nach Untersuchungen am menschlichen Magen-Darmschlauch. Wien, 1948. — 11. Fischer, A. Arch. Dermatol. und Syphilis, 1955, 71, 530. — 12. Gottini, G. B. e. Randazzo, S. Minerva dermatol., 1956, 31, 1. — 13. Gurling, T. B. Med. Chir. Trans., 1942, 25, 260. — 14. Ingram, J. T. Brit. Med. J., 1939, II, 5. — 15. Keyserlingk, G. Münchener med. Wochenschr., 1943, 223. — 16. Kleeberg, L. S. Zbl. Haut- und Geschlechtskrankh., 1937, 55, 66. — 17. Korting, G. N. u. Vialkowitsch, B. Dermatol. Wochenschr., 1955, 132, 1126. — 18. Kuhlmann, F. u. Wagner, D. Arch. Dermatol. und Syphilis. 1939, 179, 639. — 19. Nikolowski, W. Dermatol. Wochenschr., 1953, 128, 1165. — 20. Pastinsky, St. u. Vankos, J. Hautarzt, 1957, 8, 276. — 21. Peutz, J. L. Nederl. tijdschr. geneeskunde, 1921, 10, 134. — 22. Rossi u. Angst. Helv. paediatr. acta, 1951, 6, 245. — 23. Skramlik, E. Dermatol. Wochenschr., 1947, 119, 412. — 24. Spiethoff, B. Münchener med. Wochenschr., 1912, 59, 991. — 25. Sunder, P., Plassmann, P., Hillenbrand, J. u. Schurholz, A. Dtsch. med. Wochenschr., 1954, 1509. — 26. Touraine, A. Bull. Soc. franc. dermatol. et syphiligr., 1941, 48, 310. — 27. Wiehl, R. Z. Haut- und Geschlechtskrankh., 1956, 21, 184. — 28. Zina, G., Bonu, G., Lovera, G. Minerva dermatol., 1956, 31, 229.

О СВЯЗИ БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВАРЕНИЯ

(Обзор литературы)

Л. Нурманд

Резюме

На взаимосвязь пищеварительного тракта (особенно желудка) и кожного покрова указывали многие ученые. Согласно данным литературы, нарушения деятельности пищеварительного тракта могут быть вызваны более чем 20 заболеваниями кожи. В свою очередь, заболевания пищеварительного тракта (язвенная болезнь желудка, рак желудка, карцинома кишок, диспепсия, язвенный колит и т. д.) могут быть причиной кожных заболеваний.

Врач, обследуя больного и составляя план лечения, не должен забывать о тесной связи заболеваний кожи с нарушениями деятельности желудочного кишечного тракта.

MITRAALSTENOOSI PÕDEVATE HAIGETE KIRURGILISE RAVI KOGEMUSI

Eesti NSV teeneline arst *V. SOLOVJOV*
(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Kinnine mitraalkomissurotoomia on vasaku atrioventrikulaarsuistiku reumaatilise stenoosi puhul laialdaselt kasutusele võetud ja on päästnud tuhandete inimeste elu ning paljudele tuhandetele toonud tunduvat kergendust.

Meie kogemused hõlmavad 105 mitraalstenoosi põdenud haige kirur-

gilist ravi, neist üht on opereeritud kaks korda. Naisi oli 92 ja mehi 13, kelle vanus kõikus 21 ja 50 aasta vahel. Bakulev-Damiri klassifikatsiooni järgi jaotusid haiged järgmiselt: 16 haiget kuulus II staadiumi, 42 haiget III staadiumi ja 47 haiget IV staadiumi.

Meie tavalistest kliinilistest uuringutest, kaasa arvatud südame teleröntgenograafia, elektrokardiograafia ning fonokardiograafia, piisas mitraalstenoosi diagnoosimiseks enamikul juhtudel. Operatsioonieelne diagnoos oli õige kõikidel juhtudel.

Operatsioonid toimusid kombineeritud intubatsiooninarkoosis. Kõikidel juhtudel avati juurdepääs südamele eesmiselt-külgmiselt, vasakult viiendast roietevahemikust. Erandiks oli kaks haiget, kellel juurdepääs rajati kahe pleuralestme läbimise teel. Ühele neist tehti rekomissurotoomia, teist opereeriti mitraaltrikuspidaalse stenoosi tõttu. 14 haigel sooritati mitraalkomissurotoomia sõrmega, 91 haigel vatsakese kaudu instrumentaalselt, kusjuures kasutati Dubois' tüüpi dilataatorit.

Eelistame vatsakese kaudu tehtavat instrumentaalset mitraalkomissurotoomiat järgmistel põhjustel.

1. Kui komissurotoomiat tehakse sõrmega, ei õnnestu mitraalsuistikku alati küllaldaselt laiendada, eriti siis, kui klapihõlmad on tugevasti kokku kasvanud.

Ühel haigel osutus digitaalne mitraalkomissurotoomia üldsegi mitteadekvaatseks, sest suistikku oli võimalik laiendada 1 sentimeetrilt ainult 2 sentimeetrini (diameetris). Kahe aasta pärast tehti talle rekomissurotoomia dilataatori abil, kusjuures mitraalava laiendati kuni 4 sentimeetrini (diameetris) ja saavutati hea operatsioonijärgne tulemus.

2. Digitaalne mitraalkomissurotoomia on traumeerivam. Tavaliselt õnnestus mitraalsuistikku laiendada alles pärast mitmekordseid katseid, mis tekitasid südamele tunduva trauma. Komissurotoomia ajal registreerusid elektrokardiogrammil mitme sekundi vältel rühmiti tekkivad polütoopsed vatsakeste ekstrasüstolid, koronaarvereringe järsud häired ja rütmi aeglustumine. Kahel haigel esines lühiajaline asüstoolia.

Instrumentaalse komissurotoomia puhul täheldati elektrokardiogrammil ainult ekstrasüstolite väikseid rühmi komissuuri rebenemise momendil. Instrumentaalsel komissurotoomial on ka oma puudused. Dilataatoriga ei saa likvideerida klapialust stenoosi, mõnedel haigetel aga leidsime pärast dilataatori kasutamist ühe terveks jäänud komissuuri. Seepärast revideerisime alati pärast dilataatori kasutamist mitraalsuistikku ja klapialuseid struktuure sõrmega. 7 juhul avastasime omavahel kokkukasvanud klapialuseid struktuure (kõõluskeelikud, näsalihased), vaatamata dilataatori kasutamisele. 14 haigel leidsime pärast dilataatori tarvitamist ühe terveks jäänud komissuuri. Neist 12 juhul õnnestus komissuure sõrmega eraldada (nähtavasti olid nad instrumendiga varem rebestatud), ainult 2 juhul see ei õnnestunud.

Juhul, kui südame kõrvas leidub organiseerunud tromb või südame kõrv on väga väike, tuleb sõrm viia läbi kõrva tagumise seina või vasaku vatsakese seina tehtud ava. Sellele eelnevalt on tarvis teha tubakakottõmblus võimaliku ohtliku verejooksu sulgemiseks. 2 haigel rebenes südame kõrva haav sõrme sisseviimisel hoopis suuremaks. Surmava verejooksu ohu kõrvaldas eelnevalt asetatud tubakakottõmbluse kinnitõmbamine. 3 haigel avastati südame kõrvas trombid, mis olid kohevalt kinnitunud kõrva seina külge ja rippusid südame kotta.

Kahel juhul eemaldati trombid kojast ning kõrvast sõrme ja verejoa abil. Kolmanda haige puhul kasutati sama meetodit, ent tromb tuli lahti, libises läbi 1 sentimeetrini ahenenud mitraalsuistiku ja ummistas aordi bifurkatsiooni. Haige alajäsemetel ilmusid kohe isheemianähud. Pärast vatsakese kaudu tehtud instrumentaalset mitraalkomissurotoomiat rajati juurdepääs kõhu kaudu ja eemaldati 1×6 cm suurune tromb. Alajäsemete vereringe taastus. Haige paranes.

20 komissurotoomiast, mille puhul esines klappide kaltsinoos, tekkis ühel juhul trombemboolia peaajju, vaatamata sellele, et komissuuri rebestamise ajal suruti profülaktika mõttes kinni unearterid. Haigel tekkis parema kehapoole parees, mis hiljem järk-järgult taandus. Neljal haigel tekkis operatsiooni ajal virvendav arütmia, mis kadus pärast 3,0—15,0 ml 10%-lise novokaiinamiidilahuse süstimist. Tuleb mainida, et virvendav arütmia tekkis veel 5 haigel eri aegadel operatsioonijärgsel perioodil. Novokaiinamiidi kasutamisel taastus siinusrütm 3-l haigel 5-st.

Viimasel ajal oleme võitluses virvendava arütmia vastu hakanud laialdaselt kasutama elekterdepolarisatsiooni kombinatsioonis hinidiiniraviga nii enne kui ka pärast operatsiooni, mis on andnud häid ja püsivaid tulemusi.

Neljal haigel arenes kopsuturse operatsioonilaual operatsiooni algul, mis kohe pärast mitraalsuistiku laiendamist likvideerus. Ühel mitraalstenoosi põdeval haigel tekkis kopsuturse sünnituse ajal ja seda ei saadud konservatiivse raviga kupeerida isegi mitme tunni jooksul pärast sünnitust. Patsiendi seisund oli äärmiselt raske, tema elu päästis ainult mitraalkomissurotoomia. Kuuel haigel oli mitraalstenoos polüvalvulaarse rikke komponendiks. 5-l neist tehti mitraalaortaalne ja ühel mitraaltrikuspidaalne komissurotoomia.

105 opereeritud haigest suri kaks. Operatsioonijärgne suremus oli 1,9%. Mõlemal haigel olid IV staadiumi mitraalstenoos, südamelihase sügavad reumaatilised kahjustused ja kopsu kõrge hüpertensioon.

Operatsioonitulemusi hindasime mitte ainult haige subjektiivsete aistingute, vaid ka kliiniliste uuringute objektiivsete näitajate dünaamika ja haigete töövõime taastumise järgi. Operatsioonijärgsed hilistulemused 1—3 aasta jooksul on esitatud 70 haige kohta. 79,9%-l juhtudest olid tulemused väga head või head. 20,1%-l osutusid need keskpäraseks või ebarahuldavaks (kahel haigel olid pärast operatsiooni ebarahuldavad tulemused).

Väga heade või heade tulemuste puhul esineb soodne röntgenoloogiline dünaamika, mis seisab kopsujuure ja kopsujoonise normaliseerumises, pleura piirjoonte kadumises, kopsuarteri kaare tihkestumises, vasaku koja ja südame parema poole mõõtmetelt vähenemises ning parema vatsakese suurenemises. Neil registreeriti ka EKG dünaamikat, mis viitab vasaku koja ja parema vatsakese koormuse vähenemisele.

Keskpärasteks märgiti tulemused nendel haigetel, kel pärast operatsiooni tekkis üldseisundi subjektiivne paranemine (hingeldamine füüsilise koormuse puhul väheneb, kuid ei kadunud täiesti), röntgenoloogilise uurimise ja EKG andmed aga näitasid vastupidist dünaamikat.

Meie andmeil on operatsiooni tulemused haiguse III staadiumis niisama head kui II staadiumis. IV staadiumis tuleb sagedamini ette keskpäraseid tulemusi ja raviefekti puudumist.

Arvame, et haigete jaotamine Bakulev-Damiri klassifikatsiooni järgi ei ammenda haiguse kõiki iseärasusi. Oluliseks teguriks, millest oleneb komissurotoomia edukus, on stenoosi aste. Mida tugevam on stenoos, seda kiiremini progresseeruvad hemodünaamikahäired ja see määrabki kliinilise pildi raskuse. Tugeva stenoosiastmega haiged on surmale määratud juhul, kui komissurotoomiat ei tehta õigeaegselt, s. t. enne kui dekompensatsioon on jõudnud viiendasse staadiumi. Nendel haigetel on eriti kalduvus eluohtliku kopsuturse tekkimiseks.

Tugevaastmelise mitraalstenoosi puhul tuleb tavalised vastunäidustused operatsiooniks uuesti läbi vaadata. Nendel haigetel ei tohi pidada vastunäidustuseks väga aktiivset reumaprotsessi, ei tunduvaid muutusi müokardis ja klappides ega ka vanemat eluiga. Mitraalkomissurotoomia päästab nende inimeste elu. Ja kui edaspidiseid tulemusi ka hemodünaamika põhjal keskpäraseks hinnatakse, on operatsioon end ikkagi õigus-

tanud. Mitraalkomissurotoomia tähtsus ei seisa enamasti mitte ainult elu päästmises, vaid ka kaotatud töövõime taastamises. See võimaldab paljudel naistel rasestuda, rasedust säilitada ja normaalselt sünnitada.

Kõik heade ja väga heade tulemustega opereeritud haiged pöördusid tagasi tööle. Seitsmel opereeritud naisel oli sünnitus normaalne. Kahte naist, kes soovisid rasedust säilitada, opereeriti raseduse ajal. Mõlemad sünnitasid pärast operatsiooni ajaliselt.

Tehes kokkuvõtte toodud andmetest peab rõhutama, et mitraalstenoosi kirurgiline kõrvaldamine on ainult üks lüli haigete kompleksravis. Sellesse kompleksi lülituvad võitlus reumaprotsessiga, hemodünaamika- ja rütmihäirete ravimine konservatiivsete meetoditega, haigete dispanseerimine enne ja pärast operatsiooni.

Meie tagasihoidlikud kogemused ei hõlma mingeid uusi andmeid mitraalstenoosi ravimise probleemi kohta, tema tähtsust näeme selles, et ta kinnitab mitraalstenoosi kirurgilise ravi võimalust ja otstarbekohasust meie tingimustes.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

В. Соловьев

Резюме

Анализируется собственный опыт хирургического лечения 105 больных стенозом левого атриовентрикулярного отверстия.

Обычные клинические исследования, включающие в себя телерентгенографию сердца, электрокардиографию и фонокардиографию, являются достаточными для диагностики митрального стеноза у подавляющего большинства больных.

Наша предоперационная диагностика подтвердилась у всех оперированных больных. У шести больных митральный стеноз являлся компонентом поливальвулярного порока. У пяти из них произведена митральноаортальная и у одной больной — митральноутрикуспидальная комиссуротомия. У 91 больного произведена чрезжелудочковая инструментальная митральная комиссуротомия и у 14 — пальцевая.

Осложнение тромбэмболией на операционном столе наблюдалось в двух случаях, закончившихся благополучно. У одной из этих больных произведена эмболэктомия — эмбол удален из бифуркации аорты.

Отек легких, развившийся у четырех больных на операционном столе до момента комиссуротомии, был ликвидирован после адекватного расширения митрального отверстия.

У страдавшей митральным стенозом больной, в связи с развившимся во время родов отеком легких, произведена экстренная митральная комиссуротомия в первые часы после родов. Жизнь больной была спасена.

В случае возникновения мерцательной аритмии во время операции или в ближайший послеоперационный период применение новокаинамида, начатое без промедления, служило хорошим средством восстановления синусового ритма. В последнее время для этих целей нами успешно применяется электрическая деполяризация.

Умерло двое оперированных. Послеоперационная летальность — 1,9%. Отдаленные результаты изучены у 70 больных в сроки от одного года до трех лет после оперативного вмешательства. В 79,9% случаев результаты получены отличные и хорошие. Все больные с хорошими и отличными послеоперационными результатами трудоспособны.

Семь оперированных женщин имели нормальные роды. У больных с отличными и хорошими послеоперационными результатами отмечена благоприятная рентгенологическая динамика, которая заключалась в нормализации корней легких и легочного рисунка, исчезновении плевральных линий, уплотнении дуги легочной артерии, уменьшении размеров левого предсердия и правых отделов сердца, увеличении левого желудочка. У этих же больных зарегистрирована и ЭКГ-динамика, указывающая на уменьшение нагрузки на левое предсердие и правый желудочек.

У 20,1% оперированных результаты посредственные или неудовлетворительные (с неудовлетворительными результатами после операции было двое больных).

Оперативное устранение митрального стеноза является одним из звеньев комплексного лечения больных. Профилактика и лечение обострений ревматического процесса в послеоперационный период являются обязательными.

ÄGEDA KOPSUPÕLETIKUGA IMIKUTE KODUSEST RAVIMISEST

L. KERES

(Tartu Riikliku Ülikooli pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*)

Kopsupõletik moodustab viimastel aastatel Eesti NSV-s küllaltki tunduva osa kõikidest imiku surmapõhjustest. Et haiglates rakendatakse kopsupõletikku põdevate imikute ravimiseks uusi võtteid, on suremus seal järjest vähenenud. See ulatub viimastel aastatel ainult 1—2%-ni. Osa imikuist aga sureb juba enne haiglasse jõudmist või saabub sinna agoonias. Selle vältimiseks on katsetatud kahte moodust, nimelt kõikide kopsupõletikku põdevate imikute võimalikult varajast hospitaliseerimist [R. Sverdlova (3), E. Muraško (2) jt.] ja selliste ravitingimuste loomist kodus, mis vastaksid haigla omadele, nn. statsionaarse ravi korraldamist kodus [I. Sokolova ja J. Bortkevitš (4), K. Sokolova (5), I. Koršun (1) jt.].

Analüüsisime Eesti NSV-s 1963. aastal kopsupõletiku tagajärjel surnud imikute meditsiinilist teenindamist enne hospitaliseerimist. Selleks kasutati laste arenemislugude andmeid. Vaatluse alla võeti ainult need juhud, kus kopsupõletik oli põhihaiguseks ja diagnoosi õigsust kinnitasid lahangu andmed. Analüüsitavaid juhte oli kokku 82 (43 poeglast ja 39 tütarlast).

Tabel 1 näitab, et kõigist kopsupõletiku tagajärjel surnud 82 imikust olid pooled alla 3 kuu ja $^4/_5$ alla 6 kuu vanused. Seega on haigus eriti ohtlik esimestel elukuudel.

Tabel 1

Kopsupõletiku tagajärjel surnud imikute vanus ja elukoht

Imik suri	Vanus kuudes				Elukoht		Kokku	
	alla 3	3—5	6—8	9—11	maal	linnas või alevis		
Enne haiglasse saabumist:								
Enne arsti kutsumist	9	6	—	—	10	5	15	25
Enne arsti kohalejõudmist	3	—	—	—	2	1	3	
Teel haiglasse	3	1	—	—	4	—	4	
Kodusel arstlikul ravil	1	2	—	—	1	2	3	
Haiglas:								
Esimesel haiglas viibimise päeval	9	6	3	6	15	9	24	
Pärast esimest haiglas viibimise päeva	17	8	6	2	18	15	33	
Kokku	42	23	9	8	50	32	82	

25 imikut suri juba enne haiglasse jõudmist ja 24 esimesel haiglas viibimise päeval; ainult 33 imikut raviti seal 2—63 päeva (vt. tabel 1). Lapsed, kes surid enne hospitaliseerimist, olid kõik alla 6 kuu vanused.

Kopsupõletiku tagajärjel surnud 82 haigest oli maalapsi 50 ja linnades või alevites elunevaid lapsi 32. Kui arvestada seda, et Eesti NSV-s moodustas 1963. aastal maaelanike arv 39,7% ja linnaelanike arv 60,3% (6), siis suri kopsupõletikku maal elunevaid imikuid suhteliselt rohkem kui linnas.

Samuti näeme tabelist, et 15 last suri juba enne, kui vanemad jõudsid abi saamiseks arsti poole pöörduda. Neist 9 oli alla 3 kuu ja 6 last 3—5 kuud vanad. 10 last elas maal, 5 linnas (Narvas, Kohtla-Järvel,

Kiviõlis ja Tapal). Kolme lapse ema vaimne areng oli puudulik ja ühel juhul oli laps jäetud isa hooleks, kes joobnud olekus ei osanud imiku haigestumist tähelegi panna. Ülejäänud 11 juhul ei osanud vanemad imiku tervise seisundit õigesti hinnata. Neljal juhul nad ei märganudki, et laps oli haige (laps oli öösel rahutult maganud ja hommikul leiti surnuna jne.). 7 juhul teati, et laps oli haigestunud 1—3 päeva enne surma, kusjuures haigust peeti kergeks, mille tõttu arsti ei kutsutud. Kõik viimati mainitud 11 imikut olid ajaliselt sündinud ja neist 3 olid arsti arvates nõrga tervise seisundiga juba enne kopsupõletikku haigestumist, sest nad põdesid kas I astme rahhiiti või I—II astme hüpotroofiat.

Lapse haigestumist peavad esmajärjekorras tähele panema vanemad. Kui nad seda märkavad, peavad nad pöörduma arsti poole. Imikute patroneerimisel on peale haiguste vältimise võtete tarvis vanematele selgitada ka lapse haigestumise kindlakstegemist, nimelt käitumise, naha värvuse, une ja isu muutuse avastamise, ihusoojuse korduva mõõtmise ja hingamissageduse lugemise teel. Vanemad püüavad sageli lugeda imiku pulssi, kuid nad ei oska seda õigesti teha. Hoopis suurema tähtsusega on hingamissageduse lugemine. Kui laps sureb kopsupõletikku enne, kui märgatakse arsti poole pöörduda, siis see kinnitab, et vanemate väljaõpe patronaaži alal on olnud puudulik.

Et kopsupõletikku haigestumise täpset algust polnud küsitlemise teel võimalik kindlaks teha, on haiguspäevi hakatud arvestama lapse haigeksjäämisest alates. Vaatluse alla võeti 67 juhtu (vt. tabel 2), mil vanemad märkasid lapse haigestumist ja kutsusid arsti. Välja jäeti eespool kirjeldatud 15 juhtu, mil arsti poole pöörduti siis, kui laps oli juba surnud. 67 lapsest suri juba esimesel haiguspäeval 16 ja teisel haiguspäeval 6, seega üle $^1/_3$ juhtudest. Esimese haigusnädala jooksul suri 44 imikut, s. o. $^2/_3$ lastest.

Eespool toodud andmetest nähtub, et kopsupõletik võib imikueas kulgeda väga tormiliselt. Suur osa lastest suri neurotoksikoosi nähtudega (7), kusjuures lahangul diagnoositi enamikul mõlemapoolset väikesekoldelist kopsupõletikku.

Tabel 2

Imik suri	Mitmendal haiguspäeval kutsuti arst			Kokku lapsi
	esimesel	teisel	kolmandal või hiljem	
Kodus, enne arsti kohalejõudmist	2	1	—	3
Teel haiglasse	3	—	1	4
Haiglas:				
Hospitaliseeriti esimesel külastusel	16	7	14	37
Hospitaliseeriti 1—12 päeva pärast kodus ravimist (arsti või velskri poolt)	11	4	5	20
Suri kodus, kusjuures ravis arst	2	1	—	3
Kokku	34	13	20	67

Analüüsitud 67 juhust 47-l kutsuti arst juba esimesel (34 juhul) või teisel (13 juhul) haiguspäeval. 3 last suri enne arsti kohalejõudmist ja 3 teel haiglasse. Kuigi esimesel ja teisel haiguspäeval külastatutest hospitaliseeriti 23 juba esimesel päeval, ei suudetud neid siiski päästa. Esimesel korral jäi hospitaliseerimata kokku 23 last. Neist 20 toimetati haiglasse pärast 1—12-päevast kodust ravi. Kodune ravi kestis 10 juhul

ainult üks päev, 10 juhul 2—7 päeva ja 3 juhul 8—12 päeva. Lastest, keda algul raviti kodus ja hiljem hospitaliseeriti, suri 10 juba 1. või 2. päeval. On selge, et neil juhtudel oleks arst pidanud lapse haiglasse suunama juba varem. Arst ei hinnanud õigesti ka 3 imiku seisundit, kes surid koduse ravi ajal. Seega hilines 13 lapse hospitaliseerimine 4 juhul 1—2 päeva vanemate mittenõustumise tõttu. Üheksal juhul jäeti laps kodusele ravile meditsiinitöötaja korraldusel, kusjuures neid ravis 4 juhul pediaater, ühel juhul kiirabijaama arst, kahel juhul maa-jaoskonnaarst ja kahel juhul velsker. Neljal juhul oli arsti töö puuduseks see, et ta haige seisundit pidevalt ei kontrollinud. Esimesel juhul, s. o. väljakutsekülastusel, ei olnud imiku seisund raske. Tal esinesid hingamisteede viirusnakkuse või katarri nähud, kuid kopsupõletikku ei diagnoositud. Sel põhjusel ei külastatud haiget korduvalt. Lapse seisund äkki halvenes ja ta suri. Kolmel juhul arst ja kahel juhul velsker ei osanud imiku seisundi raskust õigesti hinnata.

Osal juhtudest ei arvestanud arstid lapse nõrka üldseisundit küllaldaselt. Kodusele ravile jäetud 23 haigest põdes 5 I või II astme rahhiiti, neist 3-l lisandus sellele I astme hüpotroofia. 2 last olid sündinud enneaegselt. Nimetatud lapsed oleks pidanud haiglasse paigutama kohe pärast esimest läbivaatust.

Kõik kodusele ravile jäetud lapsed hakkasid saama kas sulfaniilamiidipreparaate või antibiootikume kohe, kuid isegi varajane antibakteriaalne ravi ei vältinud lapse seisundi halvenemist ja surma. See on ka arusaadav, sest suur osa ebasoodsa kuluga kopsupõletikest on viirusliku etioloogiaga. Ravimisel oli puuduseks see, et küllaldaselt ei kasutatud vitamiine, samuti ei peetud lugu värskest õhust. Peale selle ei tehtud ühelegi kodusele ravile jäetud lapsele immunohemoteraapiat, s. o. sama viirusnakkuse läbipõdenud perekonnaliikme vere süstimist lihasesse.

Eespool toodud andmetest nähtub, et imikueas võib kopsupõletiku ja hingamisteede katarri puhul kergesti kujunema hakata eluohtlik seisund, mida arstid pole alati osanud arvestada. Seetõttu tuleb hingamisteede katarri ja viirusnakkusega laste tervist korduvalt kontrollida kuni nende täieliku tervistumiseni. Vanematele on tarvis anda täpsed juhised, kuidas nad peavad toimima lapse seisundi halvenemise korral. Kui oletatakse kopsupõletikku, tuleb kodusele ravile jätmisega olla väga ettevaatlik. Seda võib teha ainult linnas, kus haigla on lähedal. Kui haiglas on vähe voodikohti, tuleb esmajoones hospitaliseerida maalapsed.

Lubamatuid puudusi ilmnes raskes seisundis laste kiireloomulisel abistamisel kodus ja teel haiglasse, seda eriti maal. 13 imikul tõusis kehasoojus haiglasse saabumisel üle 40°, ühel isegi kuni 41,7°. Kuigi lastel ilmnesid neurotoksikoosinähud, ei süstitud neile kodus aminasiini, ühtlasi ei võetud mitte midagi ette palaviku vähendamiseks. Arst vaid määras diagnoosi ja tegi korralduse lapse hospitaliseerimiseks. Raskesti haigeid imikuid peaksid kiirabi korras teenindama ainult niisugused arstid, kel on teadmisi ja oskusi laste kiire abistamise alal. Kiirabiautos peab olema täielik varustus, et vajaduse korral kiiresti abistada haiget kodus ja haiglasse toimetamise ajal.

Põhjalikult on tarvis parandada imikute arstiabi maal ja viia see linnas elunevate laste meditsiinilise teenindamise tasemeni. Selleks tuleb tõsta maa-jaoskonnaarstide teadmisi imiku patoloogiast ja nõuda, et nad alati konsulteeriksid rajoonipediaatriga ning nõrga tervise seisundiga imikud hospitaliseeritaks juba kopsupõletiku kahtluse korral. Peale selle on oluline, et arst patroneeriks maal kõik imikud. Kõik nimetatu on ju ametlikult ette nähtud maal elunevate imikute meditsiinilisel teenindamisel, kuid seda ei rakendata veel igal pool. Osal juhtudest pole rajoonipediaatrite nõudlikkus küllaldane. Nad küll teavad, millised puudused esinevad, kuid ei suuda neid kõrvaldada. Mitmetel juhtudel alahindab maa-jaoskonnaarst imikute profülaktilise teenindamise tähtsust.

Eespool toodud analüüs näitab, et leidub veel palju konkreetseid võimalusi kopsupõletikku põdevate imikute suremise vähendamiseks. Nende võimaluste realiseerimine on pediaatrite ja maa-jaoskonnaarstide üks edasilükkamatuid ülesandeid.

Järeldused

1. Patronaažitööl tuleb senisest enam käsitleda imiku haigestumise varajaste tunnuste avastamist.
2. Rajoonipediaatrid peavad tungivalt nõudma, et maal töötavad arstid parandaksid imikute meditsiinilist teenindamist (regulaarne arstlik patronaaž, haigete imikute aktiivne külastamine, kopsupõletikku põdevate imikute varajane hospitaliseerimine jne.).
3. Bronhiiti ja kopsupõletikku põdevad rahhiidi, hüpotroofia tagajärjel ja muudel põhjustel nõrgenenud vastupanuvõimega imikud tuleb hospitaliseerida kohe.
4. Hingamisteede katarriga või viirusnakkustega imikute kodusel ravimisel tuleb arvestada kopsupõletiku kujunemise võimalust ja õpetada vanematele haige seisundi raskuse jälgimist.
5. Kiirabiautod peavad olema varustatud selliselt, et vältimatut abi andev arst saaks hospitaliseeritavatele raskesti haigetele imikutele juba kodus rakendada komplekssset ravi ja jätkata seda haiglasse toimetamisel.
6. Kiirabijaama arstid, kes teenindavad ka lapsi, peavad vastavatel kursustel omandama kõik teadmised ja oskused, mis on vajalikud haigete laste abistamiseks.

KIRJANDUS: 1. Коршун И. В. Труды VIII всесоюзного съезда детских врачей (26—30 VI 1962). М., 1964, 42—45. — 2. Мурашко Е. И. Вопр. охраны материнства и детства, 1961, 7, 78—82. — 3. Свердлова Р. Н. Вопр. охраны материнства и детства, 1964, 12, 68—71. — 4. Соколова И. Х. и Борткевич Я. С. В сб.: Вопросы патологии детского возраста, Л., 1959, 50—54. — 5. Соколова К. Ф. Пневмония у детей раннего возраста. М., 1964, 221. — 6. 25 aastat Nõukogude Eestit. Statistiline kogumik. Tallinn, 1965. — 7. Keres, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 3, 9—13.

О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ВОСПАЛЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Л. Керес

Резюме

Результаты анализа медицинского обслуживания 82 грудных детей, умерших от пневмонии в Эстонской ССР в 1963 году, показали, что 25 из них погибли еще до госпитализации и 25 — в первый день пребывания в больнице. На селе погибло относительно больше детей, чем в городах. Обращение к врачу было неудовлетворительным: 15 детей погибли еще до вызова врача и в 20 случаях родители обратились к врачу позже второго дня заболевания ребенка. В 13 случаях госпитализация запоздала из-за недостатков в медицинском обслуживании. Были недостатки и в лечении больных на дому. Из анализа выяснилось, что имелось много неиспользованных возможностей в улучшении медицинского обслуживания больных детей до их госпитализации и снижении смертности детей от пневмонии.

При патронажных визитах нужно обращать больше внимания на обучение матерей вопросам раннего выявления заболеваний грудного ребенка. Районные педиатры должны энергичнее требовать улучшения медицинского обслуживания детей на сельских врачебных участках (регулярный врачебный патронаж, активное и систематическое посещение больных детей, ранняя госпитализация и т. д.).

В машинах скорой помощи, обслуживающих сельское население, должны быть соответствующие средства для комплексного лечения тяжелых больных уже на дому и по дороге в больницу.

ANGIINI RETSIDIIVIDE PÕHJUSTEST*

Arstiteaduse kandidaat *V. MOSSIN*

Nakkushaiguste hulgas on angiin (gripi ja ägeda ülemiste hingamisteede katarri järel) esinemissageduselt kolmandal kohal. Sellest on tingitud ka suur töövõimetuspäevade arv. Kuigi angiini profülaktikale ja ravile pööratakse suurt tähelepanu, on haigus võrdlemisi levinud [L. Vassiljev (1), I. Mokerov (5), I. Gitis (2)].

Angiini erinevuseks on see, et paljudel isikutel tekib ta korduvalt. See on retsidiveeruv angiin, mis kõige rohkem soodustab reumasse haigestumist. Arvestused näitavad, et retsidiveeruvat angiini põdejate arv on võrdlemisi suur. Meie andmeil 1264 uuritust ei olnud varem angiini põdenud 505 (40%), kuid ülejäänud isikud (60%) olid sellesse haigestunud üks või mitu korda. 30%-l haigetest vallandus korduv angiin mõni päev kuni aasta pärast viimast haigestumist, kusjuures mõned neist põdesid angiini 2—3 ja rohkem korda mitme aasta jooksul, nimelt 7% — 1 kuni 2 aastat, 6% — 2 kuni 3 aastat, 8% — 3 kuni 5 aastat; 9%-l haigetest tekkis angiin uuesti 5 aasta pärast ja hiljem. Sellest nähtub, et angiinide probleem on kuni käesoleva ajani aktuaalne.

On teada, et niiske ja külm aastaaeg, halvad elamistingimused jm. soodustavad esmasesse ja retsidiveeruvasse angiini haigestumist, kusjuures need tegurid ei ole haiguse vahetuteks põhjustajateks. Esmane või retsidiveeruv angiin tekib sageli suveperioodil heades elutingimustes viibivatel isikutel.

Mitmeaastased otsingud, eriuurimused ja töökogemused võimaldasid välja selgitada mõned iseseisvat tähtsust omavad angiini retsidiveerumise konkreetsed põhjused.

I. Kurgumandlite fusospirohetoos — üks angiini retsidiivide põhjusi

Fusospirohetoosile on pühendatud hulgaliselt kliinilisi ja eksperimentaalseid töid, ent nende mikroorganismide igakülgne patoloogiline toime inimese organismisse ei ole käesoleva ajani veel kindlaks tehtud [V. Kudrjakov (4), J. Boe (7), E. Hampp ja S. Mergenhagen (9) jt.]. Nad pole ainuüksi Simanovski-Plaut-Vincenti angiini etioloogiliseks teguriks, vaid neid leitakse alaliselt kopsugangreeni ja -abstsessi, nooma, genitaalgangreeni, alveolaarse püorröa, pulpiitide, mädaste otiitide, haavandilise stomatiidi ja muude haiguste puhul [V. Ratner (6), L. Brown ja C. Rudolph (8) jt.]. Kirjanduses leidub viiteid üksikutele tähelepanekutele, kus fusospirohetoos põhjustas haiguse taaspuhkemist või pikemaajalist kulgu. J. Kots (3) avaldas 2 haavandilise stomatiidi juhtu, mis olid retsidiveeruva kuluga *Borrelia Vincenti* ja *Bact. fusiforme* esinemise tõttu. J. Huysmans (10) kirjeldab oma tähelepanekuid naise kohta, kes 20 aastat oli põdenud fusospirohetoosse etioloogiaga mädast silmapõletikku. Mõned teadlased on nimetatud mikroorganismi kandmisest avaldanud üksikjuhte, kus seda leiti tervete inimeste suukoopas (mitte mandlitel!).

Meie tähelepanekud näitasid, et Vincenti spiroheedid ja *Bact. fusiforme* põhjustavad angiini retsidiive. Kui pärast esmasest või retsidiveeruvast angiinist tervenemist (sõltumata haiguse kliinilisest vormist ja raskusastmest) leidub lakuunide sisaldises või kurgumandlite limaskestal fusobaktereid, siis on rekonvalestsent alatises ohus uuesti haigestuda angiini. Iseloomustav on see, et haigus puhkes taas igal aastaajal. Mõnel

---

* Käesolev töö on ette kantud 1965. a. Tallinnas terapeutide, pediaatrite, otorinolarüngoloogide, Tallinna I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Seltsi ning muude arstiteaduslike seltside konverentsidel.

haigel tekkis soojal aastaajal (juuni-august) mitu retsidiivi, kusjuures nad kulgesid ägedamalt kui esmane angiin. Retsidiivid langesid ära niipea kui kurgumandlid Vincenti spiroheetidest ja *Bact. fusiforme*'st täielikult saneeriti. Illustreerimiseks toome näite katserühma haigete hulgast.

Haige Š., 21 aastat vana, saabus haiglasse esimesel haiguspäeval (7. 08. 62, haiguslugu nr. 2210). Diagnoos: esmane lakunaarne angiin. Anamneesi andmeil ei ole angiini varem põdenud. Haiguse kulg keskmise raskusega. Temperatuur kuni 38° C. Mandlid: II astme hüpertroofia, lakuunidel rohkesti mädaseid katte, regionaarsed lõuaalused lümfisõlmed 1,5×1 cm, valulikud. Külmavärinad, neelamisel kurk valulik, ühtlasi peavalu.

Ravi: norsulfasool 0,5 4 korda päevas (kokku 6,5 g), aspiriini 0,5 4 korda päevas (kokku 2,5 g), veeni 2 süstet 40%-list glükoosilahust à 20 ml koos 3 ml 10%-lise askorbiinhappega, 5 seanssi ultralühilainet (iga seansi kestus 15 min.), iga päev 2 terakest polüvitamiine ja kurgu loputused sooja kaaliumpermanganaadilahusega.

Ravi tulemusena normaliseerus temperatuur ööpäeva jooksul, muud haigusnähud kadusid 3 ööpäeva vältel. Ent *Borrelia Vincenti* ja *Bact. fusiforme* leiti kurgumandlite äiges nii enne kui ka pärast ravi. Fusospirohetoosi ei saneeritud, sest haige kuulus katserühma. Ta kirjutati haiglast välja tervenenuna seitsmendal päeval. Ent ühe ööpäeva pärast tekkis retsidiiv, mille tõttu esimesel haiguspäeval (14. 08.) suunati uuesti haiglasse (haiguslugu nr. 2265).

Angiini retsidiiv kulges kliiniliselt samuti lakunaarse angiini vormina. Korduva angiini puhul ilmnesid samad sümptoomid, kuid kergemal kujul. 3-ööpäevase ravi (biomütsiini 2,2 g, norsulfasooli 5,5 g, 3 seanssi ultralühilainet, polüvitamiinid, loputused) järel kõik angiininähud kadusid, ent Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi avastati taas kurgumandli äietes nii enne kui ka pärast ravimist, olgugi et kurgumandlite koes ei esinenud mingeid põletikunähte. Ka seekord jäi suukoobas saneerimata. 7. päeval kirjutati patsient haiglast välja, kuid ta jäi rangele ambulatoorsele järelevalvele.

Järjekordne retsidiiv tekkis ühe ööpäeva järel pärast haiglast väljakirjutamist. Esimesel haiguspäeval (23. 08.) hospitaliseeriti patsient uuesti (haiguslugu nr. 2341). Teine retsidiiv kulges kliiniliselt samuti lakunaarse angiini vormina, ent seda iseloomustasid rohkem väljendunud sümptoomid kui esmase haigestumise puhul. Temperatuur tõusis 38,3° C-ni.

Haigele määrati biomütsiini 3,8 g, norsulfasooli 9,5 g, amidopüriini 1,5 g, 4 süstet glükoosi koos askorbiinhappega, 5 seanssi ultralühilainet ning polüvitamiine ja loputusi. Ravi kupeeris haiguse esimese 4 päeva jooksul, ent fusobaktereid avastati pärast kliinilist tervenemist uuesti. Saneerimiseks määriti kurgumandleid

Tabel

Vincenti spiroheetide ja käävikujuliste kepikeste esinemine angiinihaigete kurgumandlite äietes

Angiini kliiniline vorm	Kokku haigeid	Bakterioskoopia				Uuringute arv
		Avastati			Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi ei avastatud	
		Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi	Ainult Vincenti spiroheete	Ainult käävikujulisi kepikesi		
Katarraalne	31	5	5	—	21	47
Follikulaarne	30	3	4	—	23	42
Lakunaarne	280	47	41	4	188	428
Haavandiline	20	8	1	—	11	39
Nekrootiline	12	5	—	—	7	29
Hemorraagiline	2	—	—	—	2	3
Kokku	375	68	51	4	252	588
%-des	100	18,4	13,8	1,1	66,7	

2%-lise briljantrohelise alkoholilahusega (2 korda päevas 3 ööpäeva jooksul), mille järel Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi 3 üksteisele järgneva analüüsi puhul enam ei leitud. Rekonvalestsent Š. oli 2 aasta jooksul ambulatoorsel järelevalvel, kusjuures angiini retsidiive ei esinenud.

Toodud näitest nähtub, et senikaua kui mandli lakuuni sisaldises leidub Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi, ähvardab rekonvalestsenti haiguse taaspuhkemine. Analoogilisi asjaolusid täheldasime kõikide angiinivormide puhul. Pärast kurgumandlite hoolikat saneerimist fusospirohetoosse sümbioosi vastu lakkasid angiinide retsidiivid, mis kõige paremini kinnitab nende mikroorganismide osavõttu haiguse taaspuhkemisest.

Käesolevas kirjutises esitame Vincenti spiroheedi ja käävikujulise kepikese leviku eriuurimise andmed 375 mitmesugust angiini kliinilist vormi põdenud haige kohta. Üldse tehti 588 bakterioskoopilist uuringut. Kõik haiged olid 20—25-aastased mehed.

Selgus, et Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi (koos või ainult ühte) leiti $^1/_3$-l (33,3%) angiini põdevatest haigetest ning sõltumata angiini kliinilise vormi kulust. Ootamatuks erinevuseks oli see, et fusospiroheete ei avastatud 11-l (20-st) tüüpilist haavandilist angiini põdevast haigest, olgugi et neid uuriti kõige hoolikamalt.

Käesoleva töö käigus selgitati, et kliiniliselt ei ole võimalik oletada fusospirohetoosi olemasolu või puudumist ükskõik millise kliinilise vormi ja kuluga angiini puhul. Nimetatud mikroorganismide avastamiseks on ainult üks viis, s. o. bakterioskoopiline uurimine.

Fusospirohetoosi kvantitatiivses iseloomustuses ilmneb mõningane seaduspärasus. Nekrootiliste angiinide ja Simanovski-Vincenti angiini puhul avastatakse pooltel haigetel neid mikroorganisme mikroskoobi vaateväljas suurel hulgal, ülejäänud haigetel aga vähesel hulgal. Kõikide muude kliiniliste vormide puhul püsis see vahekord muutumatuna (1 : 4). Täheldati, et angiini retsidiivid tekivad sagedamini ja on raskema kuluga neil rekonvalestsentidel, kellel Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi esines suurel hulgal, ent see ei olnud rangelt seaduspärane. Samuti selgitati, et nimetatud mikroorganisme avastatakse esimeses analüüsiks võetud materjalis juba haiglasse saabumisel. Kui esimeses analüüsis Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi ei avastatud, siis ka järgmistel uuringutel neid tavaliselt ei leitud (väga harvadel juhtudel leiti ainult mõned üksikud). Kontrollimise mõttes uuriti kurgumandlite mikrofloorat 85 tervel isikul, kuid fusobaktereid ei avastatud ühelgi juhul.

Kokkuvõte

1. Vincenti spiroheetide ja käävikujuliste kepikeste leidumine kurgumandlite lakuunide sisaldises pärast angiini põdemist on angiini üks taastekkimise põhjusi.

2. Vincenti spiroheete ja käävikujulisi kepikesi (mõlemad koos, s. o. sümbioosis või eraldi) võib angiini põdevatel haigetel leida sõltumata sellest, missuguses kliinilises vormis või millises raskusastmes haigus kulgeb. 375 angiini põdeval haigel avastati nimetatud mikroorganisme 33,3%-l juhtudest.

3. Kõikide angiini põdevate haigete kurgumandlite lakuunide sisaldist tuleb uurida fusospirohetoosi suhtes. Kui see avastatakse, peab kurku hoolikalt saneerima, sest see hoiab ära haiguse taaspuhkemise pärast esmase angiini põdemist, retsidiveeruva angiini puhul aga väldib kindlasti uute retsidiivide tekkimist.

KIRJANDUS: 1. Васильев Л. В. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1957, 3, 34—37. — 2. Гитис И. И. Врачебн. дело, 1963, 3, 107—110. — 3. Коц Я. Л. Труды II съезда оториноларингологов УССР. Киев, 1950, 103—112. — 4. Кудряков В. Т. Клинич. медицина, 1944, 10—11, 63—69. — 5. Мокеров И. П. Сов. медицина, 1958, 8, 141—144. — 6. Ратнер В. А. Острые воспаления зева. М.,

1959. —7. Boë, J. Skr. Norske vidensk. akad. Oslo. I kl., 1941, 9, 1—190. — 8. Brown, L. R. a. Rudolph, C. E. Oral surg., Oral Med. and Oral Pathol. 1957, 10, 10, 1094—1099. — 9. Hampp, E. G. a. Mergenhagen, S. E. J. Infect Diseases, 1963, 112, 1, 84—99. — 10. Huysmans, J. H. Ophthalmologica, 1962, 144, 4, 309.

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ АНГИН

В. Мосин

Резюме

В статье сообщается, что из 1264 обследованных больных ангиной у 505 человек (40%) не было указаний на перенесенную ангину в прошлом. Остальные лица (60%) болели ангиной одно- или многократно в разные сроки. Известно, что сырой и холодный сезон года, плохие бытовые условия и т. п. способствуют повышению заболеваемости первичной и рецидивирующей ангиной, но не являются их непосредственной причиной. Автором были проведены специальные исследования, которые позволили выявить несколько конкретных причин рецидивов ангины, имеющих самостоятельное значение.

Установлено, что спирохеты Венсана и веретенообразные палочки являются одной из причин рецидивов ангины. Реконвалесценты после первичной или рецидивирующей ангины, у которых в содержимом лакун или на поверхности слизистой небных миндалин были обнаружены эти микроорганизмы, находятся под постоянной угрозой возврата болезни и, наоборот, тщательная санация небных миндалин от фузоспирохетозного симбиоза неизменно приводит к предупреждению или прекращению рецидивов. Возвраты ангины по этой причине возникали в любой период года и ежегодно составляли $^1/_3$ всех рецидивов.

Степень распространенности спирохет Венсана и веретенообразных палочек изучалась у 375 больных ангиной (катаральные — 31, фолликулярные — 30, лакунарные — 280, Симановского-Плаут-Венсана — 20, некротические — 12, геморрагические — 2), которым было сделано 588 бактериоскопических исследований содержимого лакун. Эти микроорганизмы были найдены в 33,3% случаев от общего числа обследованных лиц при всех клинических формах ангины (кроме геморрагических).

LATENTSE HEGGLINI SÜNDROOMI MÄÄRAMINE VALSALVA KATSU ABIL

E. LAANE

(Võru Rajooni Keskhaiglast, peaarst *H. Kalda*)

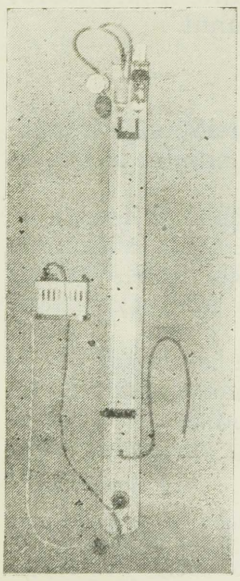


Foto 1

Hegglini sündroomi täheldatakse suhteliselt harva (3, 5) ja tihti kaasnevad sellega ka muud kliinilised ja subkliinilised tunnused, mis viitavad müokardi kontraktsioonivõime langusele (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12).

Tegime ülesandeks selgusele jõuda, kas Hegglini sündroom võib latentselt esineda juba enne muude kliiniliste tunnuste avaldumist. Selle kindlakstegemiseks osutus meie poolt proovitud meetoditest parimaks Valsalva katsu modifikatsioon fonokardiogrammi registreerimisel. Valsalva katsu ajal kasutame originaalset seadet (vt. foto 1), mis võimaldab saavutada vajaliku rõhu 8—14 sekundi jooksul pärast punnestuse algust. Niisugune rõhu tõus kopsudes väldib peaaegu täielikult rindkere lihaste pingutusvärina, mis tekitab nihkeid fonokardiogrammis. Sel teel saime Valsalva katsu ajal kvaliteetseid fonokardiogramme, mis võimaldasid täpselt määrata mehhaanilise ja elektrilise süstoli lõppmomente. Eelvõimendina kasutasime aparaati FKP-1. Fonokardiogrammi registreerisime sagedusribas 70—100 Hz. Botkini punkti või selle vahetusse lähedusse asetasime mik-

rofoni. Elektrokardiogramm registreeriti enamikul juhtudel II põhilülituses. Neil juhtudel, kus T-sakid osutusid elektrokardiogrammil halvasti eristatavateks, kasutasime üht CR-rinnalülitustest. Kõverad registreerisime elektrokardiograafil ЭКП-СЧ-3 (kahe kanaliga, tindiga kirjutav).

Hegglini sündroomi sihipäraseks väljaselgitamiseks oleme kuni 1965. a. 1. juulini uurinud 284 haiget, kellest 32-l täheldasime Hegglini sündroomi ka tavalistes tingimustes. Eespool toodud meetodil õnnestus meil täiendavalt tabada latentset Hegglini sündroomi veel 67 haigusjuhul.

Tabel 1

Haigusjuhud, mille puhul positiivne Hegglini sündroom ilmnes Valsalva katsu ajal

1.	Reumaatilised südamekahjustused (sellest reumokardiit 13 ja reumaatiline kardioskleroos 6 juhul)	19 juhtu
2.	Reumatoidne polüartriit	3 juhtu
3.	Hüpertüreoosist tingitud müokardidüstroofia	21 juhtu
4.	Hüpertooniatõbi	15 juhtu
5.	Kroonilised infektsioos-toksilised seisundid (neist 4 kopsutuberkuloosi, 3 angiokoletsüstiidi ja I dumping sündroomi juhtu)	8 juhtu
6.	Raseduse II poole toksikoos	1 juht
	Kokku	67 juhtu

Enamik autoreid peab positiivse Hegglini sündroomi tunnuseks II tooni ja T-saki lõpu vahelise intervalli kestust vähemalt 0,04 sekundit (1, 2, 3, 7, 10), Hegglin ise aga 0,02 sekundit (2, 5). Me võtsime Hegglini sündroomina arvesse ainult need juhud, kus nimetatud intervall vältas vähemalt 0,04 sekundit.

Peale haigete uurisime 81 tervet inimest. Kontrollrühmas mitte ühelgi juhul latentset Hegglini sündroomi ei leitud, küll aga avastati 26%-l tervetest (21 isikut) antihegglini sündroom. Viimane ei viita patoloogiale nii kirjanduse andmeil kui ka meie tähelepanekuil.

Tabelis 2 on toodud haigusjuhud, kus Hegglini sündroom ilmnes tavalistes tingimustes.

Tabel 2

Positiivse Hegglini sündroomiga haigusjuhud

1.	Hüpertooniatõbi	15 juhtu
2.	Türeotoksikoosist põhjustatud müokardidüstroofia	9 juhtu
3.	Kroonilised infektsioos-toksilised seisundid	5 juhtu
4.	Ateroskleerootiline kardioskleroos	2 juhtu
5.	Gripist põhjustatud müokardiit	1 juht
	Kokku	32 juhtu

Näitena toome hüpertüreoosi põdeva haige (15 a. vana) ja hüpertooniatõbe põdeva meespatsiendi (45 a. vana) fonokardiogrammid enne Valsalva katsu ja katsu ajal (vt. fotod 2, 2-a, 3 ja 3-a).

Meie arvates on positiivse Hegglini sündroomi ilmnemine Valsalva katsu ajal seletatav järgmiste momentidega. Kahjustatud müokard ei suuda hüpokseemia puhul vatsakestesisest rõhku hoida aordis ja kopsuarteris valitsevast rõhust kõrgemal (kogu elektrilise süstoli vältel), mille tõttu teine südametoon saabub varem, nimelt enne T-saki lõppu. Teiselt poolt on kahtlemata oluline kahjustatud müokardi repolarisatsioonifaasi pikenemine. Valsalva katsu ajal tekkiv hüpokseemia pole tingitud niivõrd hapnikuvaegusest (mis tekib hingamise peatamisel), kuivõrd südame verevarustuse halvenemisest punnestuse toimel.

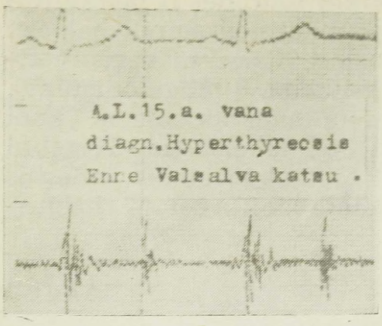


Foto 2

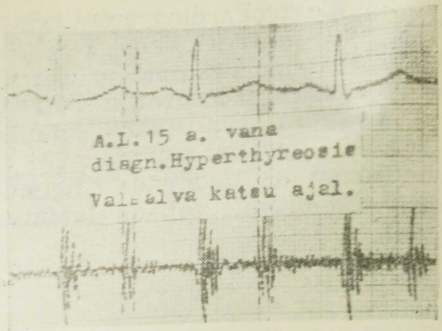


Foto 2a

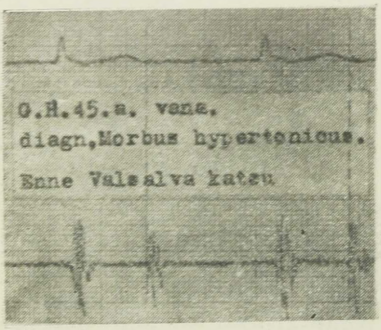


Foto 3

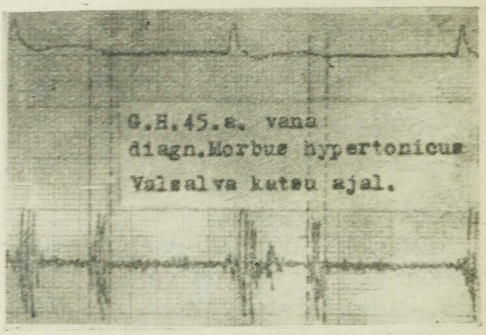


Foto 3a

Järeldused

1. Positiivset Hegglini sündroomi tuleb ette sagedamini kui üldiselt arvatakse, ent varjatud kujul.
2. Latentset Hegglini sündroomi võimaldab kindlaks teha Valsalva katsu modifikatsioon. Latentse Hegglini sündroomi esiletoomine võimaldab müokardi funktsionaalseid häireid paremini määrata kui tavaline rutiinne elektro-fonokardiograafiline uurimine.
3. Latentse Hegglini sündroomi väljaselgitamine võib olla olulise väärtusega hüpertooniatõbe, reumaatilist kardiiti, kardioskleroosi, hüpertüreoosi põdevate ja krooniliste intoksikatsioonide all kannatavate haigete uurimisel.
4. Hegglini sündroom on eriti tundlik näitaja hüpertüreoosist tingitud müokardidüstroofia väljaselgitamisel ja ravitulemuste hindamisel.

KIRJANDUS: 1. Гефтер А. И. Руководство по внутренним болезням, том 1, М., 1962. — 2. Ионаш Б. Частная кардиология, том 1. Прага, 1963. — 3. Кедров А. А. Руководство по внутренним болезням, том 1, М., 1962. — 4. Куршаков А. Н., Кириллов А. С., Селидовкина А. Л. Кардиология, том V. М., 1965. — 5. Лемперт Г. Л. Основы электрокардиологии. М., 1963. — 6. Михнев А. Л., Селедзевская И. К., Яновский Г. В. Клиническая фонокардиография. Киев, 1963. — 7. Павельский С. и Заводский З. Физиология и концепты в клинике внутренних болезней (перевод с польского). М., 1964. — 8. Тумановский М. Н., Сафонов Ю. Д. Функциональная диагностика заболевания сердца. М., 1964. — 9. Холльдак К. и Волф Д. Атлас и руководство по фонокардиографии (перевод с немецкого). М., 1964. — 10. Gitter, A., Heilmeyer, L. Taschenbuch Klinische Funktionprüfungen. 8. Auflage, Jena, 1963. — 11. Zárday, I. Praktische Kardiologie. Dresden und Leipzig, 1961, — 12. Zuckermann, R. Herzauskultation. Leipzig, 1963.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБЫ ВАЛЬСАЛЬВЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОГО СИНДРОМА ХЕГГЛИНА

Э. Лаане

Резюме

Синдром Хегглина рассматривается как признак понижения контрактильной способности сердца при нарушениях метаболизма миокарда. Перед нами была поставлена задача выяснить, не встречается ли синдром Хегглина в латентной форме до его обычного проявления и нельзя ли воспользоваться им для выявления скрытой сердечной недостаточности.

Для выявления латентного синдрома Хегглина мы предлагаем использовать модификацию пробы Вальсальвы, которую проводим с помощью оригинальной установки, дающей возможность добиться нужного внутриторакального давления в течение 8—14 секунд от начала опыта. Такой медленный подъем давления почти полностью исключает влияние дрожания мышц грудной клетки на электро-фонокардиограмму.

Для выявления латентного синдрома Хегглина специально обследовалось 284 больных. В 32 случаях синдром Хегглина проявлялся в обычных условиях. С помощью вышеприведенного метода удалось дополнительно выявить латентный синдром Хегглина в 67 случаях. Положительным мы считали синдром Хегглина при интервале между началом II тона и концом зубца «Т» не менее 0,04 сек.

Проведенная работа позволяет сделать следующие выводы:

1. Позитивный синдром Хегглина встречается чаще, чем обычно считают, но в латентной его форме.

2. Применение модифицированной пробы Вальсальвы дает возможность выявить латентный синдром Хегглина.

Выявление скрытого синдрома Хегглина дает возможность более точно определить функциональное расстройство миокарда.

3. Выявление латентного синдрома Хегглина может приобрести немалое значение при исследовании больных гипертонией, ревмокардитом, ревмокардиосклерозом, гипертиреоидозом, хроническими интоксикациями.

4. Скрытый синдром Хегглина может оказаться особенно ценным показателем при выявлении миокардиодистрофии, обусловленной гипертиреоидозом.

HORMOONRAVI KASUTAMISE KOGEMUSTEST KOPSUKIRURGIAS

A. TALIHÄRM

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *E. Kama*)

Kopsutuberkuloosi põdevail haigeil tekivad sageli hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi talitlushäired (1, 3, 6 jt.). Seejuures täheldatakse neerupealiste puudulikkuse mõju ka tuberkuloosse protsessi kulgemisele (6, 9 jt.).

Kirjanduses leidub suhteliselt vähe andmeid (10, 11, 12 jt.) kopsuoperatsioonide mõjust neerupealiste talitlusele, kusjuures need ja ravimeetodid on vastukäivad. Ühed autorid soovitavad neerupealiste talitlushäireid ravida hormoonide kompleksiga. Alles siis, kui Thorni test normaliseerub, tuleb üle minna kirurgilisele ravile. Kuid isegi osa nendest (13) väidab, et pärast kortisoonkuuri võib neerupealiste kahjustus varjatud kujul (pole määratav diagnostiliste testide abil) püsima jääda. Neerupealiste alatalitluse nähud võivad ilmneda stressiseisundis oleval haigel. Teised autorid (12) soovitavad negatiivse Thorni testi puhul 4 ööpäeva jooksul enne operatsiooni lihastesse süstida kortisooni 50—100 mg päevas, operatsioonipäeval aga 200 mg.

Neerupealiste talitlushäirete kindlakstegemisel on kliiniliste ja laboratoorsete andmete kõrval oluline koht Thorni testil, uriinis (ööpäeva jooksul eritatud hulk) leiduvate 17-ketosteroidide arvul ja perifeerse vere eosinofiilide absoluutsel arvul (2, 4, 5, 7, 8 jt.).

Kopsutuberkuloosihaigete kirurgilises ravis tuli meil varem ette raskeid hüpotooniajuhte nii operatsiooni ajal kui ka pärast seda. Hiljem, nende juhtude analüüsimisel tulime järeldusele, et me polnud hüpofüsaar-

adrenaalsüsteemi põhjalikule uurimisele küllaldaselt tähelepanu pööranud. Sageli on raske täpsustada, kas ja millisel määral on tuberkuloosihaige hormoonravi saanud. Seepärast määrame Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kopsukirurgiaosakonnas kõikidel haigetel, kel tehakse operatsioon narkoosiga, Thorni testi. Peab märkima, et Thorni test pole spetsiifiline ega näita neerupealiste õiget seisundit mitte kõikidel juhtudel.

Uurisime 190 kopsutuberkuloosihaiget, kellest 150-l teostati kopsuresektsioon, 6-l pleurektoomia, 20-l kavernotoomia ja 14-l ekstrapleuraalne pneumolüüs. Raviperioodi algul oli Thorni test negatiivne 43-l 190 haigest, mis moodustab 22,6% uuritutest. See arv ühtib põhiliselt kirjanduse andmetega. Näiteks A. Goldmanni jt. (11) andmeil oli Thorni test negatiivne 19-l 81 opereeritud kopsuhaigest, s. t. 23%.

Thorni test oli sagedamini negatiivne neil, kellel esines ulatuslik tuberkuloosne protsess tugevasti väljakujunenud intoksikatsiooninähtudega juba pikemat aega. Nii oli negatiivse Thorni testiga haigeid kõige rohkem kavernoosset kopsutuberkuloosi põdevate isikute rühmas. Kõigile haigetele, kel Thorni test osutus negatiivseks, määrati hormoonravi.

I rühma kuulus 21 haiget. Neile rakendati kombineeritud ravi (prednisoloon + AKTH) lühiajaliste kuuridena 10 päeva vältel (ühe kuuri jooksul manustati kokku 180—220 mg prednisolooni ja 50—70 üh AKTH-d) kas üks kord või korduvalt, mille tulemusena Thorni testid normaliseerusid. Alles siis tehti operatsioon. Haigele süstiti operatsioonieelsel päeval kortisooni 50 mg lihasesse, 1 tund enne operatsiooni 75 mg ja hiljem vastavalt vajadusele.

II rühma kuuluvat 22 haiget opereeriti ajal, mil Thorni test jäi negatiivseks [korduvad ravikuurid (prednisoloon + AKTH) ei andnud tulemusi 5 juhul]. Et kardiovaskulaarse kollapsi tekkimist ära hoida, manustasime neile kortisooni 1—2 päeva enne operatsiooni 75—125 mg lihasesse, 1 tund enne operatsiooni 125—150 mg ja pärast operatsiooni järjest väiksemates annustes, nimelt 125, 100, 75 jne. mg päevas.

Operatsioonijärgne periood möödus erisuguselt ravitud haigete rühmas oluliste erinevusteta. Viimati mainitud kortisoonravi ei osutu alati küllaldaseks, seda eriti neerupealiste puudulikkuse kaugele arenenud juhtudel ja raskete traumeerivate operatsioonide puhul (4, 5).

Anestesioloog peab operatsiooni ajal kogu aeg valvas olema seda enam, et ägeda neerupealiste puudulikkuse diagnoosimine osutub küllaltki keerukaks. Peamisteks varajasteks ja sageli esinevateks sümptoomideks on arteriaalse rõhu langus ja pulsi sagenemine, mis võivad alguse saada juba sissejuhatava narkoosi ajal. Nad võivad tingitud olla isegi väikestest barbituraadiannustest (200—300 mg). Mainitud sümptoomidele pööratakse tavaliselt vähe tähelepanu, sest nad on kergesti kõrvaldatavad. Oht seisab selles, et hüpotoonia hiljem süveneb, kusjuures tavaliselt kasutatavad ravimid enam mõju ei avalda. Teiseks ägeda adrenokortikaalse puudulikkuse tunnuseks narkoosi ajal on akrotsüanoos, vaatamata vere normaalsele hapnikusisaldusele ja kopsude adekvaatsele ventileerimisele.

Mõnel haigel areneb äge neerupealiste puudulikkus narkoosist väljumisel ja see avaldub esmajoones hingamise pärssumuses ja hilisemas ärkamises. Niisugustel juhtudel on ägedat neerupealiste puudulikkust veelgi raskem diagnoosida. Seda tuleb eristada trombembooliast ja peaajuhüpoksiast.

Ägeda neerupealiste puudulikkuse raviks operatsiooni ajal ja operatsioonijärgsel perioodil peab kohe veeni süstima hüdrokortisooni ja noradrenaliini, mille kasutamise metoodika on avaldanud V. A. Kovanjov (4).

Esitame juhu, kus äge neerupealiste puudulikkus ilmnes operatsiooni ajal, ehkki Thorni test enne kirurgilise ravi rakendamist osutus positiivseks.

Meespatsient H. D., 44 aastat vana (haiguslugu nr. 354). Diagnoos: *tuberculosis pulmonum fibrocavernosa* $\frac{0}{1c}$ BK+. Analüüsid, nende hulgas ka Thorni test, normaalsed. Operatsioon toimus 15. XI 1963. a. Tehti *resectio* S_1S_{11} *pulm. sin.* Mõni aeg pärast sissejuhatavat narkoosi (heksenaali 400 mg) nahalõike tegemise järel kadus ootamatult pulss kodarluuarteril. Vererõhku ei saanud määrata. Pulss unearteril kiire, 130 lööki minutis. Operatsioon katkestati. Süstiti veeni 40%-list glükoosilahust 60,0, 10%-list kaltsiumkloriidilahust 10,0, strofantiini 0,125 mg, B_1-vitamiini 200 mg, C-vitamiini 300 mg, noradrenaliini 1 mg ja kordiamiini 1,0. Sel teel õnnestus maksimaalset arteriaalset rõhku tõsta 120 mm Hg-ni, minimaalne ei olnud määratav. Pulsisagedus oli 108 lööki minutis. Operatsiooni jätkati. Umbes 1 tunni pärast langes vererõhk uuesti, mis ravile vaatamata kõikus 60—80 mm Hg piires. Haigel diagnoositi akrotsüanoosi ja oletati ägedat neerupealiste puudulikkust. Raviks manustati tilkinfusiooni teel hüdrokortisooni koos 5%-lise glükoosilahusega veeni, algul 25 üh, hiljem veel 25 üh ja 1 mg noradrenaliini. Vererõhk stabiliseerus 100—110/80—85 mm Hg piires. Operatsioon lõppes edukalt. Adekvaatne iseseisev hingamine taastus alles 40 minutit pärast operatsiooni lõppu ja haige ärkas 2 tundi hiljem. Järgmistel päevadel süstiti lihasesse kortisooni järjest väiksemates annustes.

Järeldused

1. Kopsutuberkuloosi põdevate haigete puhul tuleb arvestada neerupealiste alatalitluse võimalust.
2. Enne kirurgilise ravi rakendamist on Thorni testi määramine muude oluliste analüüside kõrval kohustuslik. Thorni testi on kerge teha ja see võimaldab neerupealiste talitluse välja selgitada.
3. Kopsuoperatsioonide ajal soovitame negatiivse Thorni testi puhul rakendada hormoonravi vähemalt 1—2 päeva enne operatsiooni (kortisooni 75—125 mg), operatsioonipäeval (kortisooni 125—150 mg) ja operatsioonijärgsel perioodil aga järjest väiksemates annustes 1 nädala jooksul.

KIRJANDUS: 1. Гурьева М. И. Пробл. туберкулеза, 1957, 3, 29—34. — 2. Дьяченко П. К., Виноградов В. М. Частная анестезиология. М., 1962, 165—189. — 3. Карусоо Я. Я. Сравнительное исследование функционального состояния коры надпочечников с целью определения реактивности у больных туберкулезом легких во время лечения. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1963. — 4. Кованев В. А. Грудн. хирургия, 1961, 3, 86—90. — 5. Кованев В. А. Вестн. Акад. мед. наук СССР, 1963, 9, 50—57. 6. Модель Л. М. Очерки клинической патофизиологии туберкулеза. М., 1962, 130—148. — 7. Натов Г. Е. и Сейдов М. С. Сердечно-сосудистый коллапс во время операции. М., 1961, 142—143. — 8. Селье Г. Очерки об адаптционном синдроме. М., 1960. — 9. Шмелев Н. А. Пробл. туберкулеза, 1957, 3, 20—28. — 10. Coppinger, W. R., Goldner, M. G. Surgery, 1950, 28, 1, 75—81. — 11. Goldmann, A., Brecler, I. A., Stern, E., Robinson, R. Diseases Chest, 1954, 6, 608—618. 12. Pekkarinen, A., Turunen, M. Acta tuberc. scand. 1955, 31, 241—262. — 13. Thorn, G. W. The Diagnosis and Treatment of Insufficiency. Springfield, 1951.

ОБ ОПЫТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГОРМОНОТЕРАПИИ В ЛЕГОЧНОЙ ХИРУРГИИ

А. Талихярм

Резюме

У больных, страдающих туберкулезом легких, часто возникают нарушения деятельности гипофизарно-адреналовой системы, причем отмечают влияние недостаточности надпочечников на течение туберкулезного процесса. В определении гипофункции надпочечников, наряду с клиническими и другими лабораторными данными, важное место занимает тест Торна.

В отделении легочной хирургии Республиканского противотуберкулезного диспансера обследовали 190 больных, из них у 43 тест Торна был отрицательным.

С целью предупреждения кардио-васкулярного коллапса этим больным назначали кортизон по 75—125 мг внутримышечно за 1—2 дня до операции, за 1 час до операции 125—150 мг и после операции в постепенно снижающихся дозах — 125, 100, 75 и т. д. мг в день.

TERVISHOIU ORGANISATSIOON

GASTROENTEROLOOGIAKABINETI TÖÖST

V. MILLER

(Tallinna Tõnismäe Haiglast, peaarst *A. Joakimov*)

Kliinilise gastroenteroloogia edusammud viimase aastakümne vältel on põhjustanud teatavat optimismi ja lootust gastroenteroloogiliste haiguste diagnoosimise ja haigete ravi parandamiseks. Leidub olulisi ümberhinnanguid seedeelundite haiguste, eriti gastriitide diagnoosimises. Maovähi, maksahaiguste ja sapiteede haiguste diagnoosimine ning diferentsiaaldiagnoosimine on muutunud nii terapeudi, röntgenoloogi kui ka kirurgi igapäevaseks probleemiks. Gastroenteroloogiliste haigete uurimine, ravi ja dispanseerimine on eriti aktuaalne igas polikliinikus ja haiglas veel seetõttu, et nimetatud haigeid on rohkesti, kusjuures täpne diagnoos selgub sageli alles pärast komplekssset uurimist. Tuleb arvestada ka seda, et seedeelundite laboratoorsed, röntgenoloogilised ja instrumentaalsed uuringud nõuavad palju aega. On juba ilmnenud pakiline vajadus spetsialisti — gastroenteroloogi — tööle asumiseks nii haiglas kui ka polikliinikus.

Et gastroenteroloogiliste haiguste diagnoosimist polikliinikus parandada, alustasime Tallinna Tõnismäe Haigla polikliinikus haigete spetsialiseeritud vastuvõttu 1963. aasta algul. 1. oktoobril 1963. a. avati polikliinikus haigla peaarsti käskkirja alusel gastroenteroloogiakabinet. Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjas nr. 150 (22. juulist 1965. a.) kinnitati Tallinna Tõnismäe Haigla gastroenteroloogiakabineti koosseis. Kabineti tööd on juhendanud Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri gastroenteroloogiaosakond.

Kirjandust, mis käsitleb töö korraldamist gastroenteroloogiakabinetis, haigete uurimise taktikat ja metoodikat polikliinikus, on väga vähe (1). Seetõttu võiksid mõningal määral huvi pakkuda meie töökogemused.*

Töö käigus on tekkinud mitmeid probleeme. Nendeks on gastroenteroloogiakabineti töö põhiülesanded, kabineti töömaht, polikliiniline uurimismetoodika, haigete dispanseerimine, dokumentatsioon, kabineti vahekord haigla osakondadega ning polikliiniku nakkushaiguste kabineti ja onkoloogiadispanseriga.

G a s t r o e n t e r o l o o g i a k a b i n e t i p õ h i ü l e s a n d e d on järgmised:

a) spetsialiseeritud abi andmine polikliinilistele haigetele ja instrumentaalsete uuringute tegemine nii polikliiniku kui ka haigla osakondades (seal, kus puuduvad spetsialiseeritud gastroenteroloogiapalatid või -osakonnad); b) haigla ja polikliiniku osakondade vahelise töö koordineerimine gastroenteroloogiliste haigete osas; c) gastroenteroloogiliste haigete (välja arvatud nakkushaiged) dispanseerimise korraldamine ja juhendamine.

T ö ö m a h t. Kabineti töömaht oleneb polikliinikusse pöördunud haigete arvust, kabineti meditsiinipersonali arvust, seal kasutatavast uurimismetoodikast ja kabinetis dispanseeritud haigete arvust.

1964. aastal pöördus Tallinna Tõnismäe Haigla polikliinikusse üle 3300 seedeelundite haigusi põdeva isiku (registreeritud täpsustatud diagnoosi talongi vorm nr. 25 järgi). Neist registreeriti gastriidi diagnoosiga 1677 haiget, haavandtõvega 685, maksa ja sapiteede haigustega üle 900

* Autorile teada olevail andmeil on organiseeritud ja töötavad gastroenteroloogiakabinetid ainult Tiraspolis (Moldaavia NSV), Moskvas, Leningradis ja Saaratovis.

haige. Võib arvata, et polikliinikus vastuvõetud gastroenteroloogiliste haigete arv on tegelikult suurem. Iga haige käib polikliinikus keskmiselt viis korda aastas, seega vastav arv aastas ulatub minimaalselt 16000-ni. Kui polikliinikus töötab üks gastroenteroloog, kes peale haige kliinilise läbivaatamise teeb ka instrumentaalseid uuringuid, siis tuleb (arvestades meie tingimusi) ambulatoorseks vastuvõtuks planeerida 60% tööajast. Ülejäänud aeg kulub diagnostilisteks protseduurideks (gastroskoopia, gastrobiopsia jm.) ja organisatsiooniliste küsimustega tegelemiseks. Kui polikliinikus töötab mitu gastroenteroloogi, siis saab ambulatoorseks vastuvõtuks planeerida rohkem aega, sest diagnostiliste protseduuride arv oluliselt ei muutu. Meie tingimustes, kus töötab üks gastroenteroloog, kes teeb protseduure ka haigetele haiglas, muutub vastuvõtt vaid konsulteerimiseks. Seda tuleb arvestada arsti töökoormuse planeerimisel, kusjuures ei tohiks lubada vastu võtta mitte üle kolme inimese tunnis. Seega üks gastroenteroloog saab aasta vältel teenindada keskmiselt 2500 isikut (esmaseid haigeid üle 500), mis moodustab ligikaudu $^1/_6$ polikliinikusse pöördunud gastroenteroloogiliste haigete üldarvust. Mida rohkem haigeid on kabinetis dispanseeritud, seda vähem aega jääb polikliinikusse esmaselt tulnud haigete konsulteerimiseks.

Meie tingimustes oleks kõiki polikliinikusse pöördunud gastroenteroloogilisi haigeid võimalik kabinetis vastu võtta sel juhul, kui seal töötaks vähemalt 4 gastroenteroloogi (polikliiniku teenindusrajoon hõlmab ligikaudu 80 000 elanikku). Tuleks õigeks pidada, et polikliinikusse pöördunud haige, kes kaebab seedeelundite häireid, vaataks gastroenteroloog kohe läbi. See kiirendaks haige uurimist tunduvalt ja oleks ökonoomsem, sest väheneks üldine külastuste arv (jääks ära nn. kahekordne pöördumine, s. o. esimesel korral rajooniarsti poole, hiljem gastroenteroloogi poole) *.

Polikliinikus kasutatav u u r i m i s m e t o o d i k a.

Gastroenteroloogiliste haiguste diagnoosimise täpsus suureneb haige kompleksse l uurimisel tunduvalt. Üldtunnustatud seisukoha järgi pole kroonilise gastriidi diagnoosimine ja haigusvormi määramine võimalik ilma elupuhuse histoloogilise uuringuta. E. Hafteri andmeil võis röntgenoloogilise uurimise alusel diagnoosi kindlaks teha ligikaudu 50%-l 2200 ambulatoorsest patsiendist, kes kaebasid vaevusi ülakõhus. Ülejäänud 50%-l haigetest tuli teha täiendavaid uuringuid, kusjuures diagnoositi gastriite 10%-l, «ärritatud mao sündroomi» 10%-l, allergilisi haigusi 5,8%-l, neurootilisi kaebusi 10%-l, muid haigusi (muuhulgas ka kõhunäärmehaigusi) 5%-l ja ebaselge päritoluga vaevusi 10%-l juhtudest (3).

Ambulatoorsete haigete uuringute kompleksi kuuluvad meie arvates peale metoodiliselt võetud anamneesi, maosekretsiooni funktsiooni määramise, duodenaalsondeerimise ja seedetrakti röntgenoloogilise uuringu ka Einhorni niiditest, gastrobiopsia ja gastroskoopia. Viimati nimetatud instrumentaalsete uurimismeetodite rakendamisel polikliinikus tuleb rangelt arvestada näidustusi ja vastunäidustusi. Pärast instrumentaalse uuringu lõpetamist on patsient soovitatav polikliinikusse jälgimisele jätta (2) vähemalt üheks tunniks.

Viimase kolme aasta vältel oleme gastroskoopiat rakendanud rohkem kui 450 haige puhul. Tüsistusena tekkis kahel juhul maoverejooks gastroskopeerimise ajal, kusjuures haiged hospitaliseeriti kohe pärast gastroskoopiat haigla kirurgiaosakonda. Mõlemal juhul diagnoositi maovähktõbe. Pärast gastrobiopsiat (ligikaudu 250 juhtu) polikliinikus tüsistusi ei ole tekkinud. Haigusnähud süvenesid pärast gastroskoopiat vaid ühel juhul, nimelt siis, kui haigel oli krooniline maohaavandtõbi (valud

* Tiraspoli Polikliiniku gastroenteroloogiakabineti juhataja A. V. Onilova suulise teate järgi töötab sealses kabinetis 4 gastroenteroloogi (polikliiniku teenindamispiirkonnas elab ligikaudu 90 000 inimest).

ägenesid ka pärast mao röntgenoloogilist uurimist). Patsiendil oli näidustatud kirurgiline ravi, millest ta aga keeldus.

Meie senistel kogemustel ei anna polikliinikus teostatud elektrogastrograafia (elektrogastrograaf ЭГС-3) olulist informatsiooni diagnoosi täpsustamiseks, küll aga on selle kasutamine mõeldav haige funktsionaalse seisundi jälgimiseks ja raviefekti hindamiseks.

Olulisi andmeid diagnoosi määramiseks saame Einhorni niiditestiga, mis on ambulatoorselt kergesti teostatav.

Haige d i s p a n s e e r i m i n e gastroenteroloogiakabinetis.

Kabineti dispanseerse töö maht ja ulatus sõltuvad dispanseerimist vajavate haigete arvust, kabinetis töötavate arstide arvust ja kabinetti konsultatsioonile ning uuringutele suunatud isikute arvust.

Meie polikliinikus, kus dispanseerimisele kuulub ligikaudu 700 mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõvega haiget ning niisama palju kroonilise gastriidiga haigeid, pole kõiki gastroenteroloogiakabinetis võimalik dispanseerida. Peame otstarbekaks seda teha ainult piiratud arvul, nimelt välja valida sellised haiged, kes põevad 1) maohaavandtõbe, 2) kroonilist gastriiti (kel mao limaskestas on histoloogiliselt avastatud prekantseroosi tunnused). Haigeid, kel magu on resetseeritud, dispanseerib gastroenteroloogiakabinetis kirurg. Kui seda põhimõtet rakendada, võib gastroenteroloog rohkem aega pühendada esmaste haigete konsulteerimiseks ja nende uurimiseks. Pärast konsultatsiooni jäetakse osa haigeid kabinetti arvele, n.-ö. dünaamilisele jälgimisele kas lühemaks või pikemaks ajaks. See võimaldab diagnoosi täpsustada sihipäraste ja korduvate uuringute põhjal, samuti jälgida haigusprotsessi kulgu ja ravi tõhusust.

D o k u m e n t a t s i o o n. Gastroenteroloogiakabinetis konsulteeritud, dünaamilisele jälgimisele võetud ja dispanseeritud haiged registreeritakse kartoteegis perfokaartidel (tüüp K-4). Kaardile on tunnused kodeeritud otsekoodis. Instrumentaalselt uuritud haiged registreeritakse žurnaali.

Diagnostiliselt ebaselgeid haigusjuhtumeid arutab üks kord nädalas konsiilium, millest võtavad osa röntgenoloog, kirurg ja gastroenteroloog. Konsiilium määrab haige edasise uurimis- ja ravitaktika.

On loogiline, et gastroenteroloogiakabinetist sisehaiguste osakonda suunatud haiged paigutatakse spetsialiseeritud palatitesse või gastroenteroloogiaosakonda. Sel juhul jätkuks sihipärane uurimine järgnevas etapis, s. o. haiglas, mille puhul arvestatakse gastroenteroloogiakabinetis ja polikliiniku röntgenikabinetis tehtud uuringute andmeid. Patsiendid, kel on näidustatud diagnostiline laparotoomia või kirurgiline ravi, suunatakse edasi kirurgiaosakonda. Pärast operatsiooni dispanseerib nimetatud haiged gastroenteroloogiakabinetis taas kirurg koos gastroenteroloogiga.

Seega gastroenteroloogiliste haigete uurimisel ja ravil kujuneks välja etapilisus. Mainitud etappide omavahelise töö koordineerimine ja uurimismetoodika ühtlustamine on gastroenteroloogiakabineti (või haigla gastroenteroloogiaosakonna) üks olulisemaid funktsioone.

KIRJANDUS: 1. О л е н о в а А. В. Доклады IV Республиканской научной конференции терапевтов Молдавской ССР. Кишинев, 1963, 14—15. — 2. B e r g m a n n, M. und E n g e l, Ch. Dtsch. Z. Verdauungs- und Stoffwechselkranhk., 1963, B. 23, 6, 257—274. — 3. H a f t e r, E. Schweiz. med. Wochenschr., 1961, 3, 81—85.

О РАБОТЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

В. Миллер

Р е з ю м е

С целью улучшения диагностики гастроэнтерологических заболеваний с начала 1963 года в Поликлинике таллинской больницы Тынисмяэ организовано специализированный прием больных. В октябре того же года был создан гастроэнтерологический кабинет. По известным автору данным, гастроэнтерологические кабинеты организованы и работают только в Москве, Ленинграде, Саратове и Тирасполе.

Основной задачей гастроэнтерологического кабинета является оказание специализированной помощи поликлиническим больным и проведение инструментальных исследований в поликлинике и в отделениях больницы (там, где нет специализированных гастроэнтерологических палат или отделений), а также координация работы с больницей и между отделениями, организация и руководство диспансеризации гастроэнтерологических больных.

Объем работы кабинета зависит от числа больных, обратившихся в поликлинику, от количества медицинского персонала кабинета, применяемой методики обследования и числа диспансеризированных кабинетом больных. Обратившегося в поликлинику больного с жалобами на нарушение пищеварения сразу должен принять гастроэнтеролог. Это значительно ускоряет обследование больного и уменьшает общее число посещений. На нашем опыте можно сказать, что всех гастроэнтерологических больных, обращающихся в поликлинику, можно было бы принять в кабинете в том случае, если в кабинете работают 4 гастроэнтеролога.

В комплекс обследования входит методически собранный анамнез, определение желудочной секреции, дуоденальное зондирование, ниточный тест Эйнхорна, рентгенологическое исследование пищеварительного тракта, гастробиопсия и гастроскопия.

Считаем целесообразной диспансеризацию только тех больных, которые страдают язвенной болезнью или хроническим гастритом (у кого в слизистой желудка гистологически обнаружены признаки преканцероза). Больных с оперированным желудком диспансеризует хирург в гастроэнтерологическом кабинете.

Больных, консультированных в кабинете, взятых на динамическое наблюдение или на диспансеризацию, регистрируют в картотеку на перфокартах (тип К-4).

Логично, если больные, направленные из кабинета в терапевтические отделения, были бы госпитализированы в специализированные палаты или гастроэнтерологическое отделение. В этом случае продолжается целенаправленное исследование больного на следующем этапе, причем с учетом данных обследования, проделанного в гастроэнтерологическом и рентгеновском кабинете поликлиники. Больных, которым показана пробная лапаротомия или хирургическое лечение, направляют дальше в хирургическое отделение. После операции этих больных снова берут на диспансерный учет хирург и гастроэнтеролог гастроэнтерологического кабинета.

Таким образом, создана этапность в обследовании и лечении гастроэнтерологических больных. Координация работы названных этапов между собой и унификация методики обследования является одной из наиболее важных функций гастроэнтерологического кабинета (или гастроэнтерологического отделения больницы).

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

MAOSEKRETSIOONI MÄÄRAMISE EFEKTIIVSED MEETODID SONDI KASUTAMISETA

S. UMANSKI ja arstiteaduse kandidaat *V. RÄTSEP*

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Maosekretsiooni uurimiseks sondeerimise teel on hulgaliselt vastunäidustusi. Näiteks aordi aneurüsm, veritsev maohaavand, söögitoru- ja maokasvajad, patsiendi kõrge vanus ning paljud muud tegurid ja põhjused piiravad sondi kasutamise võimalusi. Seda eriti just sellistel juhtudel, kus maosekretsiooni määramisel on suur diagnostiline väärtus. Näiteks maomahla uuriti 12,3%-l 514 söögitoruvähki põdevast haigest ja 48,1%-l 430 isikust, kel kasvaja arenes mao kardiaalses piirkonnas [J. Loskutova (4)].

Et haiget ebameeldivast protseduurist vabastada, on tarvitusele võetud palju selliseid meetodeid, mil sekretsiooni uurimisel magu ei sondeerita. Kõige õnnestunumateks neist tuleb pidada meetodit, mille puhul kasutatakse ioonivahetajavaike [P. Kaništšev (3), M. Serjogin ja J. Eidinov (6), J. Eidinov (10), Segal, Miller, Morton (5), H. Baur (11), G. Volkheimer ja G. Brüschke (15) jt.], ning uropepsiini määramist [L. Idelson (2), K. Villako (14), I. Dotškin (1), I. Smirnov (8), O. Sylvest (13), P. West,

F. Ellis ja B. Scott (16), O. Gregor (12) jt.]. Mõlemad meetodid on suure tähtsusega elanike massilistel profülaktilistel läbivaatustel mao vähieelse seisundiga isikute varajaseks väljaselgitamiseks [J. Eidinov (10)].

Aastail 1964—1965 uurisime maosekretsiooni kolme erinevasse rühma kuulunud isikutel, kusjuures kasutasime ioniiti КБ-4-2п. Uropepsiini määrasime Westi järgi (modifitseerinud L. Idelson).

Esimesse rühma kuulus 304 tervet isikut (286 meest ja 18 naist) vanuses 20—24 aastat, kusjuures nende töö- ja elutingimused olid enamvähem ühesugused. Proovieineks andsime 100 ml 15%-list etüülalkoholi. 175 isikul (57,7%) oli maomahla happesus normis (kiniini 50—150 gammat), 67 uuritul (22%) sedastati happesuse kõrgenemist (kiniini üle 150 gamma), 43-l (14,1%) aga selle vähenemist (kiniini 26—49 gammat) ja 19 isikul (6,2%) puudus vaba soolhape maomahlas hoopis (kiniini vähem kui 25 gammat). Seega oli eritunud kiniini keskmine hulk tervetel isikutel 102,8 gammat.

Tunduvalt väiksemad kõikumised ilmnesid uropepsiinihulga määramisel. 237 isikul (78%) oli see normi piires (lähtusime normist 12—45 üh tunnis), 43-l (14,1%) suurenenud ja 24 isikul (7,9%) vähenenud.

Kindlat parallelismi maomahla happesuse ja uropepsiini hulga vahel ei avastanud me mitte üheski uuritavate rühmas, ehkki enamikul juhtudel on kalduvus selleks vastavuseks kahtlemata olemas. Küllaltki sageli täheldasime uropepsiini normaalseid ja suurenenud väärtusi vaba soolhappe puudumise korral. Sellist mao mõlemate funktsioonide mittevastavust peame füsioloogiliselt võimalikuks, sest pepsiini nõristavad mao limaskesta näärmete pearakud, soolhapet aga näärmete panusrakud.

Teise rühma kuulus 16 ambulatoorset haiget (9 naist ja 7 meest) vanuses 30—40 aastat, kes olid Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris arvel. Neist 7 põdes kroonilist gastriiti, 3 mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe, 1 söögitoruvähki ja 5 isikut sapipõiehaigusi. Varematel aegadel oli enamikul neil sondeerimise teel määratud vaba soolhappe puudumine maosisaldises. Maosekretsiooni ärritina kasutasime II rühma haigetel 0,5 mg histamiini. Happesus oli normi piires 2 isikul, vähenenud samuti 2-l ning ülejäänud 12 patsiendil vaba soolhape maosisaldises puudus hoopis. Keskmine eritatud kiniini hulk selle rühma haigetel ulatus 28,8 gammani. Sama rühma 6 haigel oli uropepsiini eritumine normis, ühel kõrgenenud ja 9-l vähenenud. Uropepsiini ekskretsiooni keskmine väärtus I rühma haigeil oli 14,5 ühikut tunnis.

Kolmanda uuritavate rühma moodustasid Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri statsionaarsed haiged (26 meest ja 16 naist) vanuses 30—80 aastat. Neist 28 põdes maovähktõbe, 2 söögitoruvähki, 3 maopolüpoosi, 8 maohaavandtõbe ja 1 koletsüstopankreatiiti. 24 patsiendi puhul kasutati maosekretsiooni ärritina 15%-list etüülalkoholilahust (100 ml), 18 haigel 4 üh insuliini (sekretsiooni I faas) ja 0,5 mg histamiini (II faas). Sealjuures ei täheldanud me mingeid erinevusi sekretsiooni näitudes 5 haigel, kelle puhul kasutasime kahte eespool toodud ärritit. Selles rühmas sedastasime normaalset happesust 7 haigel, happesus oli normist madalam 15-l, 20-l maosisaldises vaba soolhape puudus. Keskmine eritunud kiniini hulk ulatus 33 gammani. Kolmanda rühma haigetel, kellel sondeerimine polnud vastunäidustatud, uurisime maosisaldist fraktsioonimeetodil 30 juhul pärast happesuse määramist ioniidi abil, kusjuures ärrititena kasutasime histamiini koos insuliiniga. Sel viisil saadud maosisaldises tehti kindlaks happesus, samuti pepsiin V. Tugolukovi (9) järgi ning kloriidid tavalisel teel.

Uurimistulemuste võrdlemisel selgus, et 27 juhul langesid erinevatel meetoditel tehtud happesuse uurimise tulemused täielikult ühte ja ainult 3 juhul ilmnes mõningane lahknevus. Sondeerimise teel saadud maosisaldises puudus vaba soolhape kahel juhul samal ajal, mil haiget

sondeerimata leiti kiniini ühel juhul 30 gammat ja teisel juhul 40 gammat.

Uropepsiini keskmine hulk ulatus haiglaravil viibivatel patsientidel 12 üh/tunnis. 12 haigel (31%) oli uropepsiini hulk normi piires, 28-l vähenenud, ühel suurenenud ja ühel ei sedastatud seda üldse. Kui tervete isikute rühmas uropepsiini hulk oli vähenenud vaid vähesel määral (8—11 üh/tunnis), siis maovähktõve ja -polüpoosi puhul vähenes see kuni 1—5 üh/tunnis. Ühel juhul eritus uropepsiini 110 üh/tunnis, mis O. Sizovi (7) andmeil võib ilmneda mao limaskesta turse tagajärjel. Sel puhul on pepsiini tavaline nõristumine makku arvatavasti raskendatud suurenenud inkretsiooni tõttu vereringesse. Eritunud pepsiini ja uropepsiini hulga võrdlemisel avastasime nende range vastavuse, mis kaldus kõrvale vaid üksikjuhtudel. Näiteks nimetatud juhul, mil uropepsiini hulk oli 110 üh/tunnis, leidus pepsiini maosisaldises ainult 0,3—0,4 g%.

25 juhul uuriti sondeerimise teel saadud maomahlas kloriide, kusjuures ainult 3 juhul avastati neid normaalsel hulgal. Ülejäänud juhtudel oli kloriidide hulk vähenenud, eriti tugevasti oli see vähenenud maovähktõve ja -polüpoosi puhul, mõõdukalt aga maohaavandtõbe põdevatel haigetel. Meie arvates viitab kloriidide vähenemine maosisaldises mao limaskesta atroofilistele muutustele.

Järeldused

1. Maomahla happesuse uurimisel ioniidi КБ-4-2п abil (indikaatoriks on kiniin) on kindel diagnostiline väärtus. Nimetatud meetodit kasutades saame ettekujutuse maosekretsioonist isegi niisugustel juhtudel, kus sondeerimine on alati vastunäidustatud.
2. Kiniini keskmiseks hulgaks, mis leidub tervetel inimestel 2 tunni jooksul eritatud uriinis, on 102,8 gammat ning uropepsiini keskmine hulk võrdub 30,1 üh/tunnis. Kiniini ja uropepsiini määramise teel võib mao funktsionaalset võimet küllaltki täpselt hinnata.
3. Tulemused, mis saadi maosekretsiooni uurimisel sondeerimise teel või vastupidi, langevad enamikul juhtudel täiesti ühte.
4. Üksikjuhtudel, mil mao limaskesta morfoloogilised muutused on suured, võib uropepsiini hulga vastavus maomahla pepsiini hulga suhtes järsult muutuda.

KIRJANDUS: 1. Дочкин И. И. Клинич. медицина, 1961, 2, 36—39. — 2. Идельсон Л. И. Терапевт. архив 1958, 2, 52—56. — 3. Канищев П. А. О некоторых методах диагностики заболеваний желудка. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1959. — 4. Лоскутова Е. В. Грудн. хирургия, 1959, 6, 87—95. — 5. Сегал, Миллер, Мортон. В кн.: Ионообменные смолы в медицине. М., 1956. — 6. Серегин М. С., Эйдинов Я. Б. Лабор. дело, 1963, 11, 29—32. — 7. Сизов О. Г. Лабор. дело, 1962, 11, 48—51. — 8. Смирнов И. П. Физиол. ж. СССР, 1962, 1, 82—85. — 9. Туголуков В. Н. Лабор. дело, 1962, 3, 3—6. — 10. Эйдинов Я. Б. Мед. газета, 1964, 27 октября. — 11. Baur, H. Schweiz. med. Wochenschr. 1957, 52, 1585—1587. — 12. Gregor, O. Casop. lékaru českych, 1956, XCV, 50, 1378—1383. — 13. Sylvest, O. Acta med. scand. 1949, v. 133, 4, 289—297. — 14. Villako, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 1, 43—47. — 15. Volkheimer, G., Brüschke, G. Z. ges. innere Med. 1959, 14, 12, 564—567. — 16. West, P. M., Ellis, F. W., Scott, B. Z. J. Lab. and Clin. Med. 1952, v. 39, 159—164.

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СЕКРЕЦИИ ЖЕЛУДКА БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО ЗОНДА

С. Уманский и *В. Рятсеп*.

Резюме

При многих болезнях, как, например, аневризме аорты, кровоточащей язве желудка, новообразованиях пищевода и желудка и др., противопоказано исследование желудочной секреции путем зондирования. Тем самым зондирование противопоказано именно при тех заболеваниях, где определение желудочной секреции имеет большое диагностическое значение. Наиболее удачным методом исследования секреции, при

котором не используют зондирование желудка, является метод с применением ионообменных смол, а также определение уропепсина.

Исследование желудочной секреции проводили у лиц, относившимся к трем определенным группам, используя при этом ионит КБ-4-2п. Уропепсина определяли по методу Веста (West), модифицированному Идельсоном. Первая группа исследуемых состояла из 304 здоровых человек, вторую группу составляли 16 амбулаторных больных, состоявших на учете в Таллинском республиканском онкологическом диспансере, а к третьей группе были отнесены 42 человека, находившихся на лечении в стационаре этого же диспансера.

Из результатов исследования выяснилось, что среднее количество хинина, выделившееся с мочой в течение двух часов у здоровых людей равнялось 102,8 гаммам, среднее же количество выделившегося уропепсина составляло 30,1 ед/в 1 час. С помощью определения хинина и уропепсина возможно достаточно точно оценивать функциональную способность желудка, причем полученные этим путем данные в большинстве случаев совпадали с результатами, полученными при зондировании желудка. Только в отдельных случаях, когда морфологические изменения желудка велики, количество уропепсина может не соответствовать количеству пепсина в желудочном соке.

PIKAAJALISEST STEROIDRAVIST PÕHJUSTATUD NEERUPEALISTE ATROOFIA

Eesti NSV teeneline arst *L. MARDNA*, *A. KATINA* ja *V. VALDES*
(Tallinna Vabariiklikust IV Haiglast, peaarst *V. Pobus*)

Viimase 10 aasta jooksul on kortikosteroide kasutatud üha laialdasemalt mitmete haiguste ravimiseks, muu hulgas ka kroonilise infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi korral. Muude tüsistuste hulgas, mida kutsub esile streroidhormoonide manustamine pika aja vältel, on kindel koht neerupealiste koorolluse atroofial. G. A. Šultsev ja A. M. Tsõganova kirjeldavad lahangu andmetega kinnitatud kahte neerupealiste atroofia juhtu, mis oli tingitud pikaajalisest ravist steroidhormoonidega (tsit. 2 järgi).

Allpool esitame meie tähelepanekud.

Naispatsient L., 72 aastat vana, põdes deformeerivat polüartriiti üle 20 aasta. 1948. aastast alates suutis liikuda ainult kõrvalise abiga, kuid 1954. aastast alates lamas pidevalt voodis. Üla- ja alajäsemete ning lülisamba kaelaosa liigesed moondunud, kusjuures nende liikuvus oli piiratud. Haigel tekkisid püsivad valud liigestes ka rahulikus olekus, kusjuures perioodiliselt võis märgata ühe või teise liigese punetust. Haiget raviti salitsülaatide, atofaani, plasmooli jm., ent tulemusteta.

1957. aastal määrati patsiendile haiglas ravil viibimise ajal esmakordselt kortisooni 3,0 g. Peagi pärast kortisoonravi algust vähenesid valud liigestes. Ka järgmiste aastate jooksul raviti patsienti steroidhormoonidega (metakorteen, prednisoon ja prednisoloon). Ravi toimus toetavate annustena 10—15 milligrammi ööpäevas (üks ravikuur 2,5—3,0 g) 2—3-kuuliste vaheaegade järel. Arvestades, et steroidhormoonid vähendavad organismi immunoloogilist kaitsevõimet, määrati patsiendile perioodiliselt antibiootikume (pentsilliin, tetraan B).

Pärast ravikuuri lõppemist glükokortikoididega sai haige 10 üh AKTH-d lihasesse kaks korda ööpäevas 7—10 päeva vältel.

Patsienti raviti kortikosteroididega $5^1/_2$ aasta jooksul, kusjuures ravikuure korrati väiksemate vaheaegade järel. Üldse kokku sai haige 9,0 g kortisooni (sealhulgas ka metakorteeni) ja 6,4 g prednisolooni.

Nimetatud aja jooksul paranes patsient sedavõrd, et liigestes kadusid valud täielikult, samuti punetus ja turse.

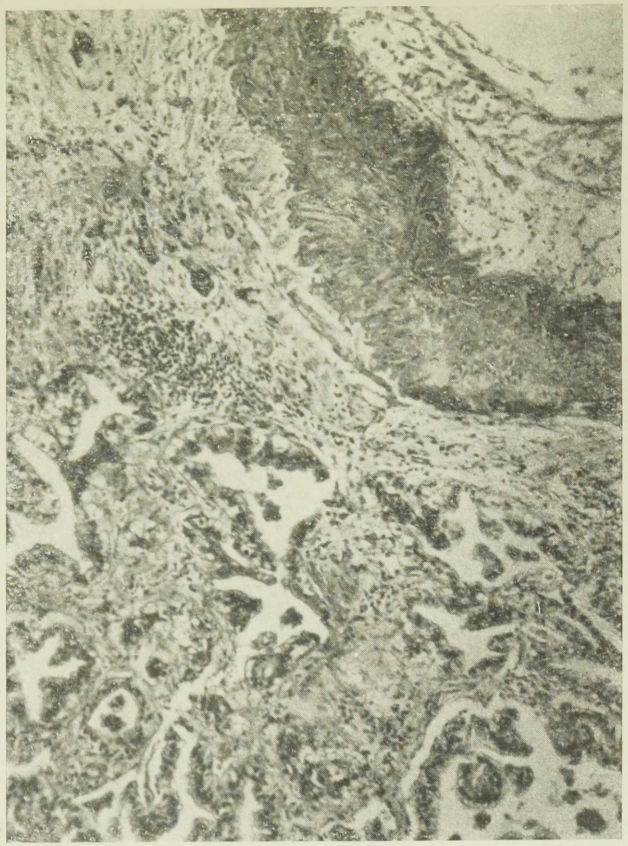
Enne ravi algust kortikosteroididega olid patsiendi sõrmeküüned mustad, moondunud ja kergesti murduvad. Ravi tulemusena muutusid küüned normaalseks (ühtlase pinna ja roosa värvusega). Neis liigestes, mis seni polnud täielikult jäigastunud (sõrme-, puusa-, alalõualiigestes), tekkis märgatavalt ulatuslikum liikuvus.

Ravimise ajal täheldati haigel hüperkortitsismi: suurt söögiisu, kehakaalu tunduvat suurenemist, rasvkoe ladestumist rangluualuses ja kaela tagumises piirkonnas, kuutaolist näokuju, Icenko-Cushingi tüüpi rasvumist, maskuliniseerumist (hääle bassonaalne tämber, karvakasv näol sel määral, et tuli habet ajada) ja eufooriat. Pärast preparaadi manustamise lõpetamist nimetatud nähud vähenesid või kadusid hoopis, kuid pärast uue ravikuuri alustamist ilmusid taas. Muudest kõrvalnähtudest täheldati vedelikupeetust organismis — turseid pahkluude ja selja ning ristluude piirkonnas. Need nähud kadusid võrdlemisi kergesti pärast kaaliumkloriidi (2,0 päevas) ja hüpotiasiidi manustamist.



Mikrofoto 1

Suure varba põialaba-varbalüli liiges (värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 10×)



Mikrofoto 2

Parema kopsu ülemine sagar. Fibroos ümarrakulise infiltratsiooniga. Muutunud läbimõõduga veresooned. Alveoolide atüüpiline silinderepiteel (värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 8×)

Mikrofoto 4

Ajuripats: a — eosinofiilsed rakud, b — basofiilsed rakud (värvitud hematoksüliin-eosiiniga, suurendus 10×)

Mikrofoto 3

Neerupealised [värvitud sudaaniga (III), suurendus 8×]

1958. aastal diagnoositi patsiendil haiglas viibimise ajal parempoolse kopsu ülemise sagara põletikku. 1961. a. juulis-augustis ja 1962. aasta jaanuaris ägenes parempoolne kopsupõletik pärast katkestatud steroidravi sunnitud jätkamist (antud juhul oli tegemist väljakujunenud «ärajätmise sümptoomiga», s. t. pärast steroidhormoonide manustamise lõpetamist intensiivistusid liigesevalud sedavõrd, et haigele tuli kortikosteroide uuesti määrata). Patsient hospitaliseeriti 1962. a. 20. veebruaril. Vitamiinide ja nüstatiini manustamisele vaatamata lisandus raske stomatiit, ühtlasi tekkisid lamatised. Haigel arenes komatoosne seisund ja kõikidele kasutusele võetud abinõudele vaatamata suri ta 2. märtsil 1962. a. Diagnoos lahangule saatmisel: krooniline deformeeriv polüartriit, parema kopsu ülemise sagara krooniline interstitsiaalne pneumoonia ägenemisstaadiumis, ateroskleroos, kardioskleroos, hüperkortitsism (Cushingi sündroom), lamatised küünarliigeste ja ristluu piirkonnas. Komatoosne seisund.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: krooniline anküloseeruv polüartriit (vt. tahvel V, mikrofoto 1). Parema kopsu ülemise sagara krooniline interstitsiaalne pneumoonia. Parema kopsu ülemise sagara alveolaarne kopsuvähk metastaasidega kesksein andi lümfisõlmedes (vt. tahvel V, mikrofoto 2). Fibrinoosne perikardiit. Hirsutism rasvkoe ladestumisega näo- ja kaelapiirkonnas (Cushingi aplikatsioonisündroom). Naha atroofia. Maksa rasvväärastus. Aordi, pärgarterite ja ajuveresoonte skleroos. Aterosklerootiline kardioskleroos. Nefrotsirroos. Müokardi pruun atroofia. Kopsuturse, anasarka. Lamatised vasaku küünarliigese ja ristluu piirkonnas. Kaheksia. Neerupealiste hüpotroofia. Neerupealiste kaal 3,55 g ja 4,35 g = 7,90 g. Koorolluse kiht (vt. tahvel VI, mikrofoto 3) suhteliselt õhuke, kõikides tsoonides rohkesti lipoide (polarisatsioon +). Ajuripatsi (vt. tahvel VI, mikrofoto 4) kaal 0,65 g. Enamik rakke eosinofiilid ja kromofoobid; basofiile vähe, nende protoplasma homogeenne, rohkete vakuoolidega.

Kirjeldatud haigusjuht annab tunnistust sellest, et pikaajaline ravi kortikosteroididega avaldab head toimet põhihaigusesse, kuid sellega kaasnevad mitmesugused ebasoodsad haigusnähud.

On teada, et glükokortikoidid vähendavad organismi vastupanuvõimet nakkuste suhtes. See seletub sellega, et toimides põletiku vastu, kahjustavad nad samal ajal organismi võimet bioloogiliste barjääride loomiseks nakkuse levikuteedel. S. Rjabov, V. Almazov jt. (3) näitasid töödes, et glükokortikoidide toimel muutub neutrofiilides rakusisene ainevahetus. See avaldub oksüdatsioonifermentide (oksüdaasid ja peroksüdaasid) aktiivsuse languses, glükogeeni vähenemises ja leelise fosfataasisisalduse suurenemises neutrofiilides. Nimetatud muutused on küllaltki seaduspärased ja põhjustavad neutrofiilide fagotsütaarse aktiivsuse vähenemist. Sellega võibki põhjendada kalduvust mädanikuliste haiguste arenemiseks steroidravi saavatel haigetel, nagu see ilmnes ka meie patsiendi puhul.

Kirjanduses leidub andmeid kopsukoe kahjustumisest isikuil, keda pikemat aega raviti kortisooni ja muude glükokortikoididega. A. Tšigirinski (4) kirjeldab kopsukoe progresseeruvat kahjustumist haigel, kes poole aasta jooksul oli sisse võtnud 700 tabletti (à 5 mg) prednisolooni. Autori arvates on glükokortikoidide kopsu parenhüümi kahjustav toime tingitud nende «pidurdavast» mõjust kopsude elastset karkassi moodustava sidekoe elementide mõningatele funktsioonidele. Samuti on kindlaks tehtud [A. I. Nesterov, J. A. Sigidin (tsit. 1 järgi)], et kortisooni toimel väheneb fibroblastide ja hüaluroonhappe hulk, mis võtavad osa sidekoe retikulaarsete ja elastsete kiudude moodustamisest.

Tõsi küll, kopsude kahjustus antud juhul oli teistsugust laadi, tegemist oli kroonilise interstitsiaalse pneumooniaga. Viimase ägenemine võis põhjustatud olla organismi immunobioloogiliste omaduste nõrgenemisest pikaajalise steroidravi toimel, kusjuures viimati mainitud tegurite osatähtsust ei saa välja lülitada.

Organismi reaktiivsuse langusega kortikosteroidide toimel võib seletada ka fibrinoos-purulentse perikardiidi tekkimist. Alveolaarne kopsuvähk arenes kroonilise pneumoonia taustal.

Haigete pikaajaline ravimine kortikosteroididega (kusjuures nende koguannused on küllaltki suured) võib esile kutsuda anatoomilisi muutusi neerupealiste koorolluses ja avaldada negatiivset mõju organismi reak-

tiivsusele. Neil põhjusil tuleb kortikosteroidide manustamist pidada põhjendatuks vaid niisugustel juhtudel, kus on tõenäoline, et raviefekt kaalub üles kõik võimalikud tüsistused.

KIRJANDUS: 1. Астапенко М. С. Врачебн. дело, 1960, 8, 33. — 2. Оржешковский В. В. Сов. медицина, 1958, 10, 108. — 3. Рябов С. И., Алмазов В. А. и др. Пробл. гематологии и переливания крови, 1961, 1, 31—35. — 4. Чигиринский А. Н. Клинич. медицина, 1961, 12, 100—102.

ОБ АТРОФИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ СТЕРОИДНОЙ ТЕРАПИИ

Л. Мардна, А. Катина и В. Вальдес

Резюме

Описывается случай анатомически подтвержденной атрофии надпочечников в связи с длительным лечением стероидными гормонами больной, страдавшей ревматоидным полиартритом.

Больная Л., 72 лет, страдала деформирующим полиартритом более 20 лет, причем последние 10 лет совершенно не могла передвигаться. Многие суставы обезображены, в покое испытывала в них боли. Начиная с 1957 года стала принимать кортизон, преднизолон и другие гормональные препараты. Всего за пять с половиной лет получила 9,0 г кортизона и 6,4 г преднизолона. Боли в суставах исчезли. Во время лечения у больной наблюдались побочные явления по типу Иценко-Кушинга, масуклинизация, задержка жидкости в организме. Кроме того, у больной, несмотря на периодическое применение антибиотиков, отмечалось обострение хронической пневмонии, и в конце концов она погибла от тяжелого фиброзно-гнойного перикардита.

На секции была обнаружена гипотрофия надпочечников, корковый слой которых относительно тонок, богат липоидами, клетки вакуолизированы.

Приведенный случай свидетельствует о том, что длительная терапия стероидными гормонами, положительно влияющая на основное заболевание, сопровождается рядом неблагоприятных явлений, важнейшие из которых — обострение очаговой инфекции, а последствием могут явиться значительные анатомические изменения коры надпочечников вплоть до атрофии. Поэтому применение стероидных гормонов следует считать оправданным только в тех случаях, когда имеется надежда, что лечебный эффект превысит всевозможные осложнения.

PULPIITIDE RAVIMINE DIATERMOKOAGULATSIOONIMEETODIL

Õ. TEEÄÄR ja *V. LAURAND*

(Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikust, peaarst Eesti NSV teeneline arst *G. Veerma*)

Uutest ja tõhusatest meetoditest pulpiitide ravimisel on viimasel ajal tähelepanu äratanud diatermokoagulatsioon, mille esmakordselt võttis kasutusele Feiger 1929. a. Diatermokoagulatsiooni kasutati esialgu peamiselt juurekanali steriilseks muutmiseks ja alles hilisemal perioodil (aastail 1940—1950) pulbi koaguleerimiseks. NSV Liidus on 1957. aastast alates pulpiitide ravimisega mainitud meetodil kõige rohkem tegelnud Moskva ja Kiievi uurijad [L. Rubin (7), S. Smirnov ja G. Gruzdeva (12), V. Semjonova (10), L. Urbanovitš (14)], kes seda raviviisi on täiustanud ja modifitseerinud ning mitmed teised (3, 4, 5, 8, 11, 13).

Diatermokoagulatsiooni teel devitaliseeritakse pulp nii ägedate kui ka krooniliste pulpiitide puhul. Enne seda tehakse juhte- või infiltratsioonianesteesia. Mitmed autorid koaguleerivad pulbi kogu ulatuses kuni *foramen apicis dentis*'eni. Selleks kasutatakse mitmesuguseid kõrgsagedusvoolul töötavaid diatermokoagulaatoreid, mille voolutugevus aktiivses elektroodis on 60—80 milliamprit. Protseduur seisab järgmises. Diatermokoagulaatori aktiivne elektrood viiakse hambaõõnde või juurekanalisse 2—5 sekundiks. Seejärel ekstirpeeritakse pulp ja täidetakse kohe juurekanal [S. Smirnov ja G. Gruzdeva (12), J. Piskunova (6)].

Paljud autorid töötlevad hambaõõnt ja juurekanalit pärast diatermokoagulatsiooni veel antiseptiliste ainete ja antibiootikumidega kas ühel korral või asetavad sinna ravimpasta teatavaks ajaks. Seejärel täidetakse õõs lõplikult.

Juhtudel, kui pulpi ei õnnestu arseeniga täielikult devitaliseerida, eemaldatakse arseen ja pulp devitaliseeritakse diatermokoagulaatori abil. J. Afanasjeva ja S. Repnikova (1) on pulpi koaguleerinud järk-järgult, s. t. algul hamba krooni pulpi, mis eemaldatakse, ja seejärel hamba juure pulpi.

Üks kõige sagedamaid tüsistusi diatermokoagulatsiooni puhul on verejooksu ja verevalumi tekkimine hamba juure tipu piirkonnas. Selle põhjuseks peab L. Rubin (7) koaguleerimata veresoone rebenemist. Diatermokoagulaatori nõela viimine läbi *foramen apicis dentis*'e või verevalum hamba juure tipu piirkonnas võib esile kutsuda periodontiidi. Viimane võib olla põhjustatud ka fosfaattsemendist, mis juurekanali täitmisel on üle tipu sattunud. Tavaliselt mööduvad mainitud periodontiidid pärast ühekordset penitsilliinblokaadi või mõneseansilist lühilaineravi [J. Piskunova (6)].

Diatermokoagulatsiooni mõju hambapulbile on eksperimentaalselt uurinud L. Urbanovitš (14). Katseloomadeks olid koerad. Saadud andmeil võis järeldada, et pärast diatermokoagulatsiooni kujuneb välja demarkatsioonijoon kärbunud ala ümber, kusjuures odontoblastide kihis erilisi muutusi ei ole leitud. L. Rubini ja L. Šiškini (9) andmeil pulp läbitamatutes juurekanalites ei koaguleeru. E. Lapidus (2) tuleb järeldusele, et pulpi on läbitavates juurekanalites võimalik devitaliseerida ainult diatermokoagulatsiooni abil.

Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus oleme diatermokoagulatsiooni kasutanud juba 1962. a. augustist alates. Pulpiite ravisime sel teel 165 patsiendil. Nimetatud meetodil devitaliseerisime peamiselt lõikehammaste ja eespurihammaste pulbi, purihammaste puhul tegime diatermokoagulatsiooni vaid neil juhtudel, kus arseeni toime oli mitteküllaldane.

Diatermokoagulatsiooni kasutati 121 juhul ägedate ja 44 juhul krooniliste pulpiitide raviks, kusjuures see oli 42 juhul üheseansiline ja 61 juhul kaheseansiline. Üheseansilise ravi puhul töötlesime juurekanalit pärast pulbi ekstirpeerimist piirituse ja eetriga ning täitsime selle kohe. Kui oli tegemist kaheseansilise raviga, tegime diatermokoagulatsiooni ja ekstirpatsiooni juba esimese vastuvõtu ajal, kusjuures hambaõõs ja juurekanal töödeldi kuni järgmise seansini kloorfenoolkampri, Platonovi vedeliku ja antibiootikumidega. Juurekanali täitsime lõplikult alles järgmisel visiidil.

Diatermokoagulatsiooni teostamiseks kasutame diatermiaaparaati DK-3. Protseduur toimub järgmiselt. Pärast infiltratsiooni- või juhteanesteesiat töödeldakse karioosne hambaõõs esmalt mehhaaniliselt ning seejärel piirituse ja eetriga. Kui tuimastus on küllaldane, eemaldatakse hambakrooni pulp. Seejärel asetatakse patsiendi randmele passiivne elektrood, mis kujutab endast pliist plaati. Elektrood isoleeritakse nahapinnast 4—5-kordse marliga, mis eelnevalt on veega niisutatud. Aktiivse elektroodina kasutatakse Milleri nõela, mis on kinnitatud aparaadi otsiku külge. Aktiivne elektrood paigutatakse juurekanali avale. Vastava pedaali abil ühendame aktiivse elektroodi vooluallikaga, seejärel läbime juurekanali kuni tipuni Milleri nõelaga ning tõmbame nõela ettevaatlikult tagasi. Koagulatsioon kestab 2—3 sekundit, millele järgneb ekstirpatsioon. Õige koagulatsiooni puhul eemaldub närv valge niidina. Pärast seda töödeldakse kanalit vesinikperoksiidi, piirituse ja eetriga ning plombeeritakse. Kui juurekanalis tekib verejooks, korratakse koagulatsiooni. Kanalid oleme täitnud fosfaattsemendiga. Mitmejuureliste hammaste puhul

koaguleeritakse pulp igas juurekanalis eraldi. Juhul, kui juurdepääs kanalisse on raskendatud, viiakse sinna Milleri nõel ja puudutatakse seda aktiivse elektroodiga. Läbitamatute kanalite puhul juhitakse nõel võimalikult sügavale, kusjuures vool lülitatakse sisse 5—6 sekundiks.

Pulpiitide ravimisel diatermokoagulatsiooni teel oleme saavutanud häid tulemusi. Ehkki diatermokoagulatsiooni üks seanss võtab rohkem aega kui ravi devitaliseerivate pastadega, on iga haige kohta kulutatud aeg üldkokkuvõttes lühem. Oluline on, et väheneks visiitide arv, mistõttu ravi muutuks vastuvõetavamaks ka patsiendile.

Tüsistustena pärast diatermokoagulatsiooni tekkis 8 korral verejooks, mis 4 juhul õnnestus peatada vesinikperoksiidiga töötlemisel ja 4 juhul diatermokoagulatsiooni kordamisel. Periodontiiti esines pärast juurekanali täitmist 5 juhul, mis möödus pärast soojutusravi.

Tuimastuse kohta peame vajalikuks märkida järgmist. Juhteanesteesiaga on alati võimalik valutustada kogu protseduur, kuid infiltratsioonianesteesia korral ei õnnestu seda alati teha. Umbes 20%-l juhtudest diatermokoagulatsioon langes ära pulbi valutundlikkuse tõttu.

Andmed hilistulemustest praegu puuduvad, kuid kliiniline raviefekt on hea, mistõttu seda meetodit võib pulpiitide ravimiseks julgesti soovitada.

KIRJANDUS: 1. Афанасева Ю. П., Репникова С. Н. Стоматология 1962, 1, 66. — 2. Лапидус Э. Я. Стоматология 1962, 2, 17. — 3. Марченко А. И. Отдаленные результаты лечения хронических периодонтитов диатермокоагуляцией. Проблемы стоматологии 1960, том V, 198. — 4. Марченко А. И. Стоматология, 1958, 6, 18. — 5. Новикова К. А., Тимошенко О. И. Стоматология, 1962, 1, 63. — 6. Пискунова Е. И. Стоматология, 1959, 2, 23. — 7. Рубин Л. Р. Стоматология, 1964, 2, 24. — 8. Рубин Л. Р., Жехова И. А., Пачкаева Н. А. Стоматология, 1962, 2, 16. — 9. Рубин Л. Р., Шишкин Л. С. Стоматология, 1962, 1, 64. — 10. Семенова В. Л. Стоматология, 1959, 3, 25. — 11. Слуцкая Р. Г., Сулименко П. А. и Кано М. Г. Стоматология, 1962, 1, 67. — 12. Смирнов С. И. и Груздева Г. А. Стоматология, 1957, 4, 20. — 13. Тезисы Всесоюзной стом. конференции в Москве 1962 г. — 14. Урбанович Л. И. Влияние диатермокоагуляций на пульпу зуба. Проблемы стоматологии 1960, том V, 163.

ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТОВ МЕТОДОМ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ

Ы. Теэяр и В. Лауранд

Резюме

Из новых и эффективных методов лечения пульпитов в последнее время обращает на себя внимание диатермокоагуляция, которую вначале применяли в основном для стерильной очистки корневого канала и лишь позднее (1940—1950 гг.) — для коагуляции пульпы.

Для проведения диатермокоагуляции мы применяем в Тартуской городской стоматологической поликлинике аппарат диатермии ДК-3.

С помощью диатермокоагуляции умертвляют пульпу как при острых, так и при хронических пульпитах. Перед этим производят проводниковую или инфильтрационную анестезию. При этом кариозную полость зуба вначале обрабатывают механически, затем спиртом и эфиром. Когда анестезия достаточна, удаляют пульпу зубной коронки. Вслед за этим на предплечье больного помещают пассивный электрод, представляющий собой свинцовую пластинку. Электрод отделен от кожной поверхности 4—5 слоями марли, смоченной в воде. В качестве активного электрода используют иглу Миллера, которая прикрепляется к клемме аппарата.

Активный электрод помещают в отверстии корневого канала. С помощью соответствующей педали его соединяют с источником тока, затем иглой Миллера проходят канал до верхушки и осторожно извлекают иглу обратно. Коагуляция длится 2—3 секунды, затем следует экстирпация. При правильной коагуляции нерв выделяется в виде белой нити. После этого канал обрабатывается перекисью водорода, спиртом, эфиром и пломбируется.

В Тартуской городской стоматологической поликлинике мы применяем диатермокоагуляцию уже с августа 1962 года и при лечении пульпитов достигли хороших результатов. Этот метод мы применяли для лечения 121 случая острых и 44 случаев хронических пульпитов. Клинический лечебный эффект этого метода хорош, поэтому его можно смело рекомендовать для лечения пульпитов.

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

NEUROOSIDE RAVIST

H. KADASTIK

Iga haiget on võimalik ravida seda edukamalt, mida rohkem see on suunatud haigust tekitanud tegurite vastu. Kui haiguse tekkepõhjused või isegi tekkemehhanism on ebaselged, määratakse üksikute haigusnähtude leevendamiseks sümptomaatiline ravi, mis haigust alati veel täielikult ei kõrvalda. Neurooside tekkemehhanismi mõistmine valmistas arstidele kuni käesoleva sajandi alguseni raskusi ja seetõttu piirdus ravi sel puhul vaid üksikute haigusnähtude sümptomaatilise kõrvaldamisega. Akadeemik I. P. Pavlovi õpetus neuroosidest avas nende olemuse ja näitas teed, kuidas haigeid põhjuslikult ja tõhusalt ravida.

Kuigi neurooside haiguspilt võib olla väga mitmesugune, on tekkepõhjused ikkagi taandatavad vähemalt ühele kolmest kõrgema närvitegevuse kõrvalekaldumisest: kas erutusprotsessi ülepingutus, pidurdusprotsessi ülepingutus või närviprotsesside liikuvuse ülepingutus. Seega peetakse neuroose kõrgema närvitegevuse funktsionaalseks häireks, kusjuures mingeid orgaanilisi ja anatoomilisi muutusi ajus ei esine. Seetõttu on arusaadav, et kirurgiline ravi, mida mõnede kapitalistlike maade neurokirurgid sel puhul rakendavad, ei too mingit kasu, küll aga võib põhjustada püsivat invaliidistumist.

Neurooside teke ja haiguspilt on väga individuaalsed ning olenevad inimese närvisüsteemi tüübist, elu jooksul tekkinud närvisüsteemi kahjustustest ja närvisüsteemi funktsionaalsest seisundist sel ajal, kui toimis neuroosi vallandav tegur. Nagu öeldud, on neuroosi tekkepõhjuseks närvisüsteemi ülepingutus. Viimane ei ole mingi kindlalt määratletava intensiivsusega ja kõikidele inimestele võrdselt toimiv tegur. Ühele inimesele on kerge solvamine juba erutusprotsessi ülepingutuseks, teisel aga ei kutsu isegi raske perekondlik õnnetus esile mingeid neuroosinähte. Inimesele võib üks ja sama tegur olla ühel juhul talutav, teisel korral aga osutuda ülepingutuseks. See sõltub närvisüsteemi töö- ja vastupanuvõimest, mis on individuaalselt erinev, kusjuures see on dünaamiline seisund.

Neuroosi vallandavaid konkreetseid tegureid on võimatu loetleda, kuid nad on kokku võetavad psühhotrauma ühise nimetuse alla. Psühhotrauma võib olla kas ühekordne ja tugev, ühele inimesele negatiivse toimega ärriti või aastaid kestev ja nagu märkamatult toimiv ebameeldiv olukord. Viimast varianti tuleb neuroosihaigetel ette märksa sagedamini, sageli on seda raske avastada. Liiatigi võib sama situatsioon ühele inimesele olla psüühiliselt traumeeriv, teisele aga hoopiski meeldiv. Nii näiteks üks perenaine kannatab ühisköögi kasutamisel väga, teine aga tunneb samal ajal ühisköögist kui mõnusast klatšimiskohast lausa lõbu. Paljude inimeste närvisüsteem kannatab halvasti ja ebarütmiliselt organiseeritud töö tõttu. Erakorraliste korralduste täitmisel tuleb sageli tähelepanu suunata uuele tegevusele, näiteks pingelisele tööle kuu või kvartali lõpupäevadel jne. Sellest tingituna närviprotsesside liikuvus pingutatakse üle ja tekib neuroos. Mõnele teisele inimesele on selline kindla korrata tööstiil kõige meeldivam.

Neuroose jaotatakse kolmeks põhivormiks. Neist kõige sagedamini esinevaks on neurasteenia, seejärel hüsteeria ning kõige harvem psühhasteenia.

Neurasteeniat põdevad haiged kaebavad peamiselt väsimust, alalist roidumust, huvi ja algatusvõime kahanemist ja tähelepanu nõrgenemist. Samal ajal võivad nad tühistel põhjustel kuni pisarateni ärrituda, samuti ägestuvad nad kergesti ja on kannatamatud. Neurasteenikud solvuvad kergesti ja tajuvad ebameeldi-

vaid tundeid kehas. Neid häirivad peavalu, käte värisemine, suurenenud higistamine, jäsemete külmus, punastamise ja kahvatamise kiire vaheldumine jne. Peaaegu alati kaasnevad raskused uinumisel ja unehäired, hommikuti ärkavad sellised haiged väsimustundega.

Hüsteeriale on iseloomulikud ebameeldivate elamuste ja muljete mõjul vallanduvad tormilised reaktsioonid, mil haiged nutavad tundide viisi kramplikult ja lärmakalt. Nende käitumises on palju teatraalsust ning nad otsivad lähedal olijatelt haletsust ja kaastunnet. Neil võivad tekkida liigutuste või tundlikkuse häired, kõnevõime kaotus, kõnnaku häired, hüsteerilised krambid jm. Kõik mainitud häired mööduvad haige õigel kohtlemisel ja psühhoterapeutilisel mõjustusel kiiresti.

Psühhasteenia korral on haigetel suuri raskusi kaasinimestega suhtlemisel ja igapäevastel toimetustel, sest nad analüüsivad alati oma käitumist, kaaluvad tarbetu põhjalikkusega läbi kõik poolt- ja vastu-asjaolud. Samal ajal ei suuda nad eraldada olulist ebaolulisest ning jäävad alati kõige suhtes kõhklevaks-kahtlevaks ja otsustusvõimetuks. Sellel pinnal võivad areneda mitmesugused sundmõtted ja -hirmud, mis varjutavad ja segavad elu.

Kuivõrd igasugune neuroos on mingist psüühiliselt traumeerivast olukorrast tekitatud, siis on esmaseks ravipõhimõtteks nimetatud olukorra muutmine. Tihti on seda raske täita. Kui arstil oleks võimalik peale retseptide või nende asemel välja kirjutada korteriordereid, soovitada häid abikaasasid, jagada meeldivaid ja tasuvaid töökohti jne., siis taanduksid neuroosid paljudel isikutel kiiresti. Selliseid sotsiaal-olustikulisi ümberkorraldusi pole meditsiinitöötajatel võimalik teha. Nad piirduvad ainult suunavate soovitustega. Kui ka viimaseid ei saa reaalselt teostada, tuleb peamist tähelepanu pöörata haigele endale ja püüda tõsta tema vastupanuvõimet traumeerivate olukordade suhtes. Neuroosihaigete üks peamisi ravimise vahendeid on psühhoteraapia, mille põhilised ülesanded on järgmised.

1. Tuleb muuta haige suhtumist psühhotraumat tekitanud teguritesse. Et neurooside põhjuseks on sageli konflikt inimese soovide ja nende täitumise ning eesmärkide ja võimete vahel, siis võib ravivalt toimida juba autoriteetne rahustav ja lohutav vestlus. Selleks tõestatakse haigele, et tema olukord on objektiivselt märksa parem kui paljudel teistel. Asjaolud, mis teda on häirinud, pole sugugi nii kohutavad, nagu ta seda ise arvab.

2. Peab muutma haige suhtumist oma haigusesse. Neile tuleb tõestada, et kuigi ta peab end raskesti haigeks, pole tema haiguslikud tunded tõsist laadi, vaid mööduvad talitluslikud häired.

3. Tuleb kõrvaldada aktiivsuse langus, treenida neurootilistele sümptoomidele vastu toimivaid võtteid, juhtida patsiendi tähelepanu positiivseid emotsioone pakkuvale tegevusele. Nimetatud ülesande täitmisel ei saa alahinnata kehakultuuri ja spordi ravitoimet ning kultuurilistest meelelahutustest osavõtmist.

4. Patsiendi sotsiaalne aktiviseerimine on tähtsaim ravikomponent. Haigeid ei tohi tegevuseta jätta. Nad võivad töö katkestada vaid ajutiselt ja lühikeseks ajaks. Kui ühel töökohal või alal tegutsemine on olnud ülepingutav, siis tuleb vastavalt arsti soovitusele töökohta vahetada või ümber spetsialiseeruda. Haigel ei tohi tekkida arvamust, et ta on töövõimetu invaliid.

5. Patsiendid peavad kõrvalekaldumatult täitma ravirežiimi. Selle all ei mõisteta mitte ainult ravimite kasutamise korda ja regulaarset raviprotseduuridel käimist, vaid peamine tähtsus on õigel töö- ja elurežiimil.

Kirjeldatud põhiülesannete täitmiseks peab iga meditsiinitöötaja neuroosihaigete ravimisel rakendama ratsionaalset (selgitavat) psühhoteraapiat. See seisab korduvates sihipärastes vestlustes haigetega kas individuaalselt või grupiviisiliselt. Eriarstid kasutavad seejuures tõhusamaid võtteid, näiteks sisendust nii haige ärkvel olles kui ka hüpnootilises seisundis.

Psühhoteraapia on kõikide neuroosivormide puhul üks peamisi, ühtlasi kõige tõhusam ravimeetod. Tuleb rõhutada, et neuroosihaigetele

ravimeid võib määrata, kuid psühhoteraapiat peab kasutama, et tervenemist saavutada. Patsiendile avaldab head mõju miljöö vahetamine kas või ajutiselt, mida tuleb paljudele neuroosihaigetele soovitada. Siin on omal kohal puhkekodud ja sanatooriumid isegi sel juhul, kui seal ravitakse tagasihoidlikult või üldsegi mitte (puhkekodudes).

Neuroosihaigete ravi on kompleksne. Peale psühhoteraapia on näidustatud mitmesugused füsioterapeutilised protseduurid, rahustavad ja üldtugevdavad medikamendid, uinutid jm. Ravimite kasutamisel tuleb olla tagasihoidlik ja neid määrata ainult siis, kui see tõesti on vajalik. Paljudel neuroosihaigetel, eriti hüsteeria puhul, võib tekkida harjumuslik vajadus ravimite järele ka siis, kui see pole põhjendatud. Niisugused haiged nõuavad pidevalt tablette ja süsteid ning ei taha kuulda nõuandeid elu- ja töörežiimi õigeks korraldamiseks, kuigi viimased abinõud on tähtsamad.

Et neuroosihaigete ravi on individuaalne, ei saa anda ka üldkehtivaid konkreetseid nõuandeid ega esitada retsepte, mis aitaksid kõiki võrdselt hästi. Neuroosihaigete põhjalikul küsitlemisel selguvad ebatervislikud ja nõrgestavad momendid nende elu- ja töökorralduses. Ei saa oodata raviefekti andaksiini, trioksasiini, broomi või palderjanitinktuuri manustamisest, kui neuroosihaige samal ajal raiskab pool ööd voodis lugemiseks ja magab vaid 5—6 tundi. Kas neurootilised seedehäired mööduvad ravimite abil, kui patsient samal ajal sööb vaid kaks korda päevas ja sedagi mitteregulaarselt. Kas neurootilised peavalud saavad kaduda peavalutablettide tarvitamisel, kui kogu päev veedetakse tubakasuitsuses toas ega taheta kuuldagi jalutuskäikudest värskes õhus, samuti ujumisest ja suusatamisest. Senikaua kui haige ei austa tervislikku ja korrapärast, kuid samal ajal ka vaheldusrikast elurežiimi, on väljavaated neuroosist vabanemiseks piiratud.

Neuroosi põdevad haiged statsionaarset ravi tavaliselt ei vaja, küll aga tuleb ägedatel haigusjuhtudel neile võimaldada lühiajalist puhkust ja mõnikord peab nad isegi haiglasse paigutama. Seda tehakse peamiselt ravitoimet avaldava miljöö loomiseks ja õige režiimi kohandamiseks. Algav neuroos ei anna veel alust ajutise töövõimetuslehe väljakirjutamiseks, ent mõnikord oleks puhkus profülaktika mõttes siiski vajalik. Niisugustel juhtudel soovitavad arstid töötajal puhkusele minna isegi talveperioodil, millest aga sageli keeldutakse. Suvine puhkus pakub meil tõesti rohkem võimalusi puhkeaja sisustamiseks. Kui aga neuroos algas talvel ja puhkust oodatakse suveni, siis võib juhtuda, et korraline puhkus enam ei kompenseeri seda ülepingutuse tagajärge, mida oleks saanud vältida, kui patsient oleks puhkusele läinud arsti poolt soovitatud ajal.

Neuroosid on taanduvad ja mööduvad funktsionaalsed haigused, kui neid ravitakse õigeaegselt ja õigesti. Kui profülaktilisi abinõusid ei rakendata, võivad neuroosinähud korduda ja pikemaks ajaks fikseeruda. Neurooside profülaktika on kõikide meditsiinitöötajate ülesandeks ja see ei nõua mingeid spetsiaalseid abinõusid. Kokkuvõtlikult võib öelda: elanikele tuleb õpetada psühhohügieeni reegleid ja tervislikke eluviise.

Kui elanikkond on vaimselt ja füüsiliselt tugev, juba lapsepõlvest peale karastatud, kui psühhotraumade võimalus on viidud miinimumini, siis muutub neuroos meil mineviku mõisteks.

О ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЗОВ

Х. Кадастик

Резюме

Хотя болезненные проявления при неврозах могут быть очень разнообразными, причины их возникновения все же укладываются в один из трех вариантов отклонений высшей нервной деятельности: перенапряжение процесса возбуждения, перенапряжение процесса торможения или перенапряжение подвижности этих процессов. Таким

образом, невроз считают функциональным нарушением высшей нервной деятельности, при котором в мозгу нет никаких органических и анатомических изменений.

Неврозы делят на 3 основные формы. Наиболее частой из них является неврастения, затем истерия и наиболее редкой является психастения.

Поскольку всякий невроз возникает в результате психотравматизирующих обстоятельств, то основным принципом лечения является изменение названных травмирующих обстоятельств. Часто же этот принцип трудно осуществить. Если бы врач имел возможность помимо рецептов или вместо них выписывать ордера на квартиру, рекомендовать хороших супругов, распределять приятные и хорошо оплачиваемые работы и т. д., то у многих лиц неврозы были бы быстро ликвидированы. Но такие социально-бытовые преобразования медицинские работники провести не могут. Они ограничиваются только направляющими рекомендациями. Но так как и последние реально не всегда возможно осуществить, следует основное внимание обратить на самого больного и стремиться повысить его сопротивляемость в отношении травматизирующих факторов.

Одним из основных методов лечения больных неврозом является психотерапия. Лечение как правило комплексное. Кроме психотерапии, применяют физиотерапевтические процедуры, седативные и общеукрепляющие медикаменты, снотворные и т. д. Следует соблюдать умеренность при применении лекарств и назначать их лишь тогда, когда это действительно необходимо. Лечение больных неврозом индивидуально. При опросе больных неврозами выясняются нездоровые и ослабляющие моменты в режиме их жизни и работы. Нельзя ждать лечебного эффекта от применения андаксина, триоксазина, брома и др. лекарств, если больной в это же время читает до полуночи в постели и спит лишь 5—6 часов.

Нельзя лечить невротические нарушения пищеварения, если при этом больной ест 2 раза в день и то нерегулярно. Также нельзя лечить невротические головные боли назначением таблеток от головной боли, если весь день проводят в накуренной комнате и даже не желают слушать о прогулках на свежем воздухе, а также о плавании или лыжах.

Профилактика неврозов является задачей всех медицинских работников. Это не требует никаких специальных средств. Следует учить население правилам психогигиены и здорового образа жизни.

BITSILLIINI MANUSTAMISEST TINGITUD ANAFÜLAKTILISEST ŠOKIST

Arstiteaduse kandidaat *A. VAPRA*, *D. PIHELGAS* ja *I. ROOTSMÄE*

(Tartu Riikliku Ülikooli hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja dotsent *V. Saarma*, Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*, ja Tartu Raudtee Polikliinikust, juhataja *N. Zolkina*)

Viimasel ajal täheldatakse bitsilliini manustamisest tingitud kõrvalnähte üha sagedamini. J. Gordon (4) leiab, et reumahaigetel, kellele tehti bitsilliinkuure profülaktika eesmärgil, on tundlikkus selle ravimi suhtes viimasel ajal tõusnud. Sedasama võime öelda ka meie tähelepanekuil. O. Sokolova-Ponomarjova (12), kes kasutas bitsilliinprofülaktikat 500 reumahaige lapse puhul, täheldas kergemaid kõrvalnähte (lööve, sügelemine) 2,2%-l, lokaalseid kõrvalnähte (turse, valulikkus) aga 14,4%-l. J. Kupčinskas ja G. Babašiskene (6) leidsid reumahaigetel sel puhul kõrvalnähte 15,5%-l juhtudest. Kui enne süstimist anti antiallergilisi vahendeid (dimedrool, diprasiin jm.) ning polüvitamiine, vähenesid kõrvalnähud tunduvalt.

Eriline tähtsus on rasketel anafülaktilistel reaktsioonidel, kusjuures neist kõige ohtlikum on anafülaktiline šokk. Selle esinemisest leidub kirjanduses (3, 5, 9, 10, 13, 14) viimasel ajal rohkesti andmeid. I. Mihhailova kaasautoritega (7), kes rakendas reumahaigetel bitsilliinprofülaktikat, täheldas anafülaktilist šokki 2-l 264 haigest.

Meie vaatluse all oli kaks isikut, kellel anafülaktiline šokk tekkis bitsilliini süstimise tulemusena.

J u h t 1. Naispatsient P. H., 35 aastat vana, viibis Tartu Linna Polikliinikus reuma tõttu ravil. 1964. aasta 6. oktoobril süstiti talle 300 000 ühikut bitsilliini. Penitsilliinipreparaate patsient varem saanud ei olnud. 7—8 minutit pärast süstimist tundis üle keha levivat kuumustunnet, nahk hakkas sügelema ja silmalaud tursusid. Haigel tekkisid hootine kõhuvalu ja oksendamine. Hingamine muutus raskeks. Patsient vajus kokku, kuid teadvust ei kaotanud. Pulss sage, nõrgalt palpeeritav. Arte-

riaalne rõhk 85/50 mmHg. Haigele süstiti kohe 20%-list kordiamiinilahust 2 ml lihasesse ja 10%-list kaltsiumkloriidilahust 10 ml veeni ning anti 0,05 g dimedrooli. Selle tulemusena seisund paranes. Ta suunati edasi Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda, kus süstiti 75 mg hüdrokortisoonilahust lihasesse (haiguslugu nr. 3124, 1964. a.). Vererõhk ja pulss normaliseerusid kiiresti.

Juht 2. Naispatsient S. A., 51 aastat vana. 11. II 1964. aastal süstiti Tartu Raudtee Polikliinikus 300 000 ühikut bitsilliini. Varem oli patsient penitsilliinisüsteid saanud korduvalt, kuid ülitundlikkuse nähte ei olnud tekkinud. 6—8 minutit pärast bitsilliini manustamist tekkisid haigel kuumus- ja iiveldustunne ning oksendamine. Hingamine muutus väga raskeks ja ta kaotas teadvuse. Nägu oli tugevasti tsüanootiline ja hingamine korisev. Pulss vaevalt palpeeritav ja vererõhk polnud mõõdetav. Üle keha levis nõgeselööve. Kätel ja jalgadel tekkisid nahaalused verevalumid. Kohe süstiti 1 ml 0,1%-list adrenaliinilahust lihasesse, 1 ml kofeiinilahust naha alla ja 10 ml 10%-list kaltsiumkloriidilahust veeni ning 1 ml 1%-list dimedroolilahust lihasesse. Hiljem manustati veel 75 mg hüdrokortisooni lihasesse ja süstiti dimedrooli samas koguses uuesti. Teadvus taastus, kuid patsient tundis end väga nõrgana. Haige hospitaliseeriti Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda (haiguslugu nr. 474, 1964. a.), kus talle määrati prednisolooni 5 mg neli korda päevas nelja päeva vältel ja dimedrooli 0,05 g kolm korda päevas. Patsient paranes haiglas hästi.

Enne bitsilliini süstimist on vaja selgitada, kas haigel on esinenud ülitundlikkust antibiootikumide suhtes või allergilisi haigusi (bronhiaalastma, nõgestõbi), sest niisugused haiged võivad olla tundlikud ka bitsilliini suhtes. Viimase kontrollimiseks on näidustatud skarifikatsioonitest või intrakutaanne proov (8). Kui reaktsioon osutub positiivseks, bitsilliini kasutada ei tohi. Samuti on keelatud intrakutaanse proovi tegemine haigetele, kel oletatakse anafülaktilist reaktsiooni, sest see ise võib anafülaktilise šoki esile kutsuda. Kuigi testid on negatiivsed, peab arvestama, et üksikjuhtudel võib anafülaktiline šokk ikkagi tekkida. Esimene süste on soovitatav teha õlavarre piirkonda selle arvestusega, et anafülaktilise reaktsiooni korral võib süstimiskohast ülespoole asetada žguti. Intrakutaanse reaktsiooni intensiivsus võib oleneda ka sellest, kas penitsilliini varem on kasutatud või mitte. V. Sirazedtinov (11), kes uuris intrakutaanset proovi 100 haigel, leidis, et 3%-l neist, kes penitsilliinravi varem ei olnud saanud, oli proov positiivne. Haigetel, kes seda olid saanud, osutus intrakutaanne proov 12%-l juhtudest positiivseks. Autor on arvamusel, et mainitud proovi võib kasutada orienteeruva testina. V. Blinova ja J. Žilinski (1) märgivad, et kui tekib kahtlus ülitundlikkuse suhtes, siis on enne süstimist soovitatav manustada desensibiliseerivaid vahendeid (dimedrool ja kaltsiumkloriid).

Kui on tegemist anafülaktilise šokiga, siis peab kohe süstima 0,5 ml 0,1%-list adrenaliinilahust lihasesse ja 0,2 ml sama lahust süstimiskohta (2). Raskematel juhtudel viiakse 0,2—0,3 ml 0,1%-list adrenaliinilahust veeni. Oluline on, et süstimislahus eelnevalt segataks verega. Vajaduse korral süstitakse adrenaliini uuesti. Veelgi tõhusam ravim on noradrenaliin, mida manustatakse veeni 1 ml 0,1%-lise lahusena koos 500 ml glükoosilahusega 3 tunni vältel. Kui adrenaliini pole käepärast, võib seda asendada 5%-lise efedriini- või 1%-lise mesatoonilahusega. Samaaegselt adrenaliini manustamisega on oluline anda antihistamiinseid preparaate parenteraalselt (1%-line dimedrooli- või 2,5%-line diprasiinilahus). Hea toimega on hüdrokortisoon (50—75 mg lihasesse). Hingamisraskuse ilmnemisel on oluline süstida 2,4%-list eufülliinilahust veeni (5—10 ml koos 40%-lise glükoosiga). On soovitatud rakendada ka 1%-lise promedooli- või 2,5%-lise aminasiinilahuse süsteid naha alla (9). Haige soovitatakse asetada Trendelenburgi asendisse (8). Vajaduse korral tehakse talle südame massaaži, kunstlikku hingamist suu suul meetodil, manustatakse hapnikku ja toimetatakse ta hingamiskeskusesse. Pärast anafülaktilist šokki tuleb haige hospitaliseerida ja teda ravida kortikosteroididega.

Polikliinikus ja haigla protseduurikabinetis peavad leiduma anafülaktilise šoki vastased vahendid. Oluline on, et need haiged, kellele süstitakse bitsilliini, viibiksid pärast süstimist vähemalt pool tundi meditsiinilise valve all, et vajaduse korral oleks võimalik abi anda õigeaegselt.

TRU Raamatukogu 5

Keskharidusega meditsiinitöötajatel, kes süstivad bitsilliini kodus, peaksid anafülaktilise šoki vastased vahendid (adrenaliin ja dimedrool) alati kaasas olema.

KIRJANDUS: 1. Блинова В. А., Жилинский Е. С. Антибиотики, 1964, 7, 667—669. — 2. Бородин Ю. П. Терапевт. архив, 1965, 2, 104—109. — 3. Глухарев А. Г. Вестн. венерол. и дерматол. 1964, 12, 73—74. — 4. Гордон Ю. Н. Клинич. медицина, 1962, 10, 108—112. — 5. Загидуллин З. Ш., Майроз Е. М. Сов. медицина, 1964, 2, 147. — 6. Купчинскас Ю. К., Бабашискене Г. А. Тезисы докладов Всесоюзн. ревматол. конференции, 14—16 декабря 1964 г., 37—38. — 7. Михайлова И. И. и др. Тезисы докладов Всесоюзн. ревматол. конференции 14—16 декабря 1964 г., 68—69. — 8. Планельес Х., Харитонова А. Побочные явления при антибиотикотерапии бактериальных инфекций. М., 1965, 291—310. — 9. Помасов Д. В. и др. Клинич. медицина, 1962, 1 144—145. — 10. Родикова Н. Н. и Сотникова Т. Н. Сов. медицина, 1964, 10, 144. — 11. Сиразетдинов В. Г. Антибиотики, 1964, 4, 372—374. — 12. Соколова-Пономарева О. Д. Тезисы докладов Всесоюзн. ревматол. конференции 14—16 декабря 1964 г., 86—87. — 13. Спектор А. М. Клинич. медицина, 1961, 9, 133—134. — 14. Хижняков О. И. Клинич. медицина, 1962, 10, 128.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК, ВЫЗВАННЫЙ ВВЕДЕНИЕМ БИЦИЛЛИНА

А. Вапра, Д. Пихельгас и И. Роотсмяэ

Резюме

Побочные явления при лечении бициллином наблюдаются все чаще, так как чувствительность больных ревматизмом к этому лекарству в последнее время повысилась. Приводится описание двух случаев анафилактического шока, вызванного введением бициллина.

Для предупреждения тяжелых анафилактических реакций следует до введения бициллина выяснить, не наблюдается ли у больного повышенной чувствительности к антибиотикам или предрасположения к аллергическим заболеваниям (бронхиальная астма, крапивница), так как у таких больных может быть повышенная чувствительность к бициллину. Для установления этого показана постановка скарификационной или внутрикожной пробы.

В поликлинике и процедурном кабинете больницы всегда под рукой должны быть средства против анафилактического шока. Необходимо, чтобы больные, которым был введен бициллин, находились не менее получаса после введения антибиотика под медицинским наблюдением.

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

KUTSE-EETIKA KASVATAMISEST TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNAS

Professor *J. SAARMA*

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan

Tervishoiuasutuste töö tase ning igale abivajajale antud abi kvaliteet sõltuvad meditsiinitöötajate teadmistest ja suhtumisest töösse. Meie ühiskonnas puudub äriline vahekord patsiendi ja arsti vahel, mis kodanlikes maades on meditsiinitöötajate töö kvaliteedi tõusu üks peamisi stiimuleid. Nõukogude arsti innustab hästi töötama vastutustunne rahva ja oma kutse ees. Seetõttu on meditsiinitöötajate ettevalmistamisel põhjalike teadmiste ja oskuste omandamise kõrval tähtis koht ka nende ideoloogilisel kasvatamisel.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas on üliõpilaste ideoloogilise kasvatamise üks olulisi komponente meditsiinitöötaja kutse-eetika põhimõtete õpetamine töös ja käitumises. Üliõpilaste õpetamine ja kasvatamine toimub põhiliselt kateedrite kaudu (loengud, praktilised tööd laboratooriumides ja kliinikutes ning tegevus erialaringides). Kutse-eetikaalane kasvatustöö on saanud õppetöö lahutamatuks osaks. Loengutel, eriti aga praktilistel töödel sisendavad õppejõud üliõpilastele nõukogude meditsiinitöötaja eetilisi käitumisnorme niihästi selgitava sõnaga, näidetega elust kui ka isikliku eeskujuga. Üliõpilaste moraalsete omaduste arendamine on teaduskonna partei- ja komsomoliorganisatsiooni, ametiühingu ja üliõpilaste teadusliku ühingu tegevuses üks põhiülesandeid. Kutse-eetikale pühendatud temaatilisi õhtuid, arutelusid ning vestlusi korraldavad kursuse- ja rühmajuhendajad ringides ja mujal. Kui üliõpilased või teaduskonna endised kasvandikud on eetikanormidest üle astunud, siis arutatakse seda küsimust kogu teaduskonnas.

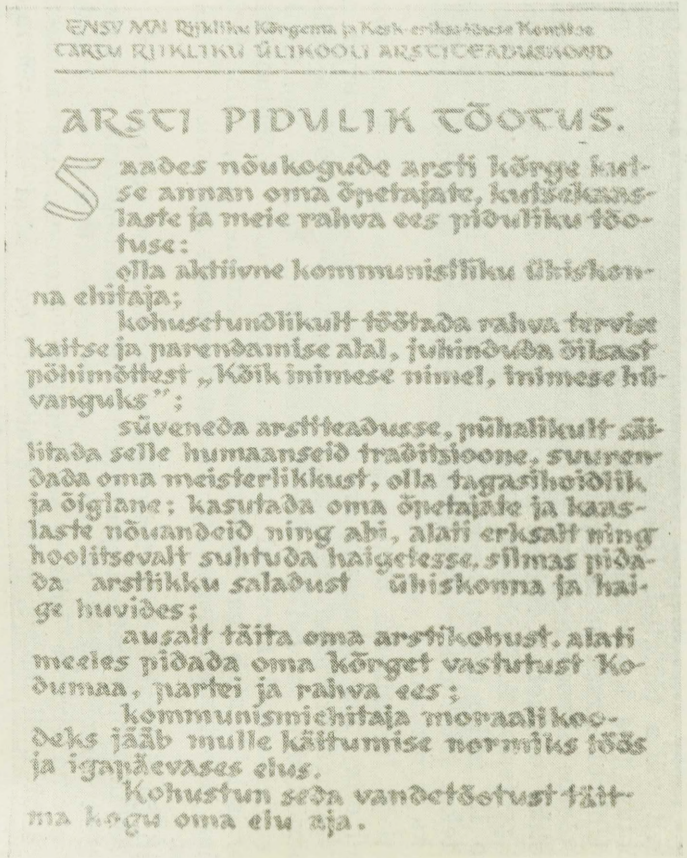
Meditsiinitöötaja kutse-eetika põhiprobleeme käsitletakse süsteemipäraselt 10-tunnilises loengute tsüklis. Et selle õppeaine üleliidulised programmid siiani puuduvad, siis toimuvad loengud teaduskonna õppemetoodilise komisjoni poolt kinnitatud programmi kohaselt. Kutse-eetikat loevad eraldi arstidele, stomatoloogidele ja farmatseutidele vastavate osakondade vilunud õppejõud. Loengutes käsitletakse nõukogude arsti kohta ühiskonnas, selle iseärasusi kodanlike maadega võrreldes ning meditsiinitöötaja ja haige suhteid ning tervishoiutöötajate omavahelisi vahekordi reguleerivaid eetikanorme.

Kirjastuse «Eesti Raamat» väljaandel ilmus 1965. aastal brošüür «Meditsiinitöötaja kutse-eetika». Rotaprindil on paljundamisel «Farmatseudi kutse-eetika» ja vene keeles «Arsti eetika». Need väljaanded aitavad omalt poolt kaasa meditsiinitöötajate noore põlvkonna kasvatamisele.

Mitmete aastate jooksul ei praktiseeritud Nõukogude Liidu meditsiiniliste õppeasutuste lõpetajatelt vandetõotuse võtmist. Käesoleval ajal on pärast pikka aega kestnud diskussiooni vastav projekt lõpuks põhimõtteliselt välja töötatud. Üksikutes meditsiinilistes õppeasutustes on vandetõotus juba kasutusele võetud. Nende hulka kuulub ka Tartu Riiklik Ülikool. Arstiteaduskond tuli arvamusele, et arsti ja farmatseudi pidulik tõotus ülikooli lõpetamisel etendab tähtsat osa noore spetsialisti kutse-eetika seisukohalt. Sellest lähtudes võeti 1963. a. kevadel tookordse dekaani professor A. Linkbergi algatusel kasutusele arsti pidulik tõotus (vt. foto 1.), mille eeskujuks oli Gorki Meditsiini Instituudi lõpetajate tõotuse tekst. 1964. a. kevadest alates annavad arstiteaduskonnas piduliku tõotuse ka farmatseudid (vt. foto 2).

Arsti ja farmatseudi tõotuse andmiseks valmistatakse teaduskonna lõpetajad ette juba kevadsemestri jooksul. Puhkelaagris tutvuvad nad tõotuse tekstiga, arutavad õppejõudude juhendamisel läbi sellesse kätketud põhimõtted ja saavad ülevaate tõotuse andmise korrast. See antakse pärast riigieksameid toimuval pidulikul lõpuaktusel. Lõputunnistuse kättesaamisel kirjutab iga lõpetaja tõotuse tekstile alla, millest üks eksemplar jääb temale, teine aga säilitatakse noore spetsialisti isiklikus toimikus.

Arsti ja farmatseudi kutse-eetiline kasvatamine ja arenemine ei katke veel ülikooli lõpetamisega. Arstiteaduskonna õppejõud ei saa ega taha sellest eemale jääda. Seepärast jälgib teaduskond huvi ja kaasaelamisega oma endiste õpilaste saavutusi ja eksimusi. Iga niisugune juhtum aitab meil mõista, mida kasvatustöös on tehtud hästi või mida on unustatud. Tihe side arstiteaduskonna lõpetajate ja asutustega, kus nad töötavad, samuti Tervishoiu Ministeeriumiga aitab tõhustada arstide noore põlvkonna ettevalmistamist tõelisteks rahva teenriteks.



ENSV MN Riikliku Kõrgema ja Kesk-erialaõppe Komitee
TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKOND

ARSTI PÕDULIK TÕOTUS.

Saades nõukogude arsti kõrge kutse annan oma õpetajate, kutsekaaslaste ja meie rahva ees põdulikku tõotuse:

olla aktiivne kommunismiliku ühiskonna ehitaja;

kohusetundlikult töötada rahva tervise kaitse ja parendamise alal, juhinduda õilsast põhimõttest „Kõik inimese nimel, inimese hüvanguks";

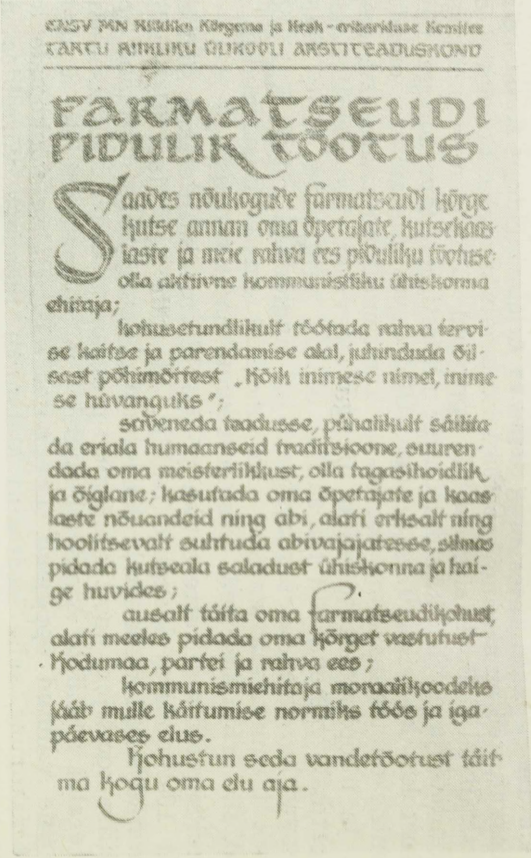
süveneda arstiteadusse, mõhalikult säilitada selle humaanseid traditsioone, suurendada oma meisterlikkust, olla tagasihoidlik ja õiglane; kasutada oma õpetajate ja kaaslaste nõuandeid ning abi, alati eriti ning hoolitsevalt suhtuda haigetesse, püüdes pidada arstlikku saladust ühiskonna ja haige huvides;

ausalt täita oma arstikohust, alati meeles pidada oma kõrget vastutust Kodumaa, parteid ja rahva ees;

kommunismiehitaja moraalikoodeks jääb mulle käitumise normiks töös ja igapäevases elus.

Kohustun seda vandetõotust täitma kogu oma elu aja.

Foto 1



ENSV MN Riikliku Kõrgema ja Kesk-erialaõppe Komitee
TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKOND

FARMATSEUDI PÕDULIK TÕOTUS

Saades nõukogude farmatseudi kõrge kutse annan oma õpetajate, kutsekaaslaste ja meie rahva ees põdulikku tõotuse:

olla aktiivne kommunismiliku ühiskonna ehitaja;

kohusetundlikult töötada rahva tervise kaitse ja parendamise alal, juhinduda õilsast põhimõttest „Kõik inimese nimel, inimese hüvanguks";

süveneda teadusse, püüdlikult säilitada eriala humaanseid traditsioone, suurendada oma meisterlikkust, olla tagasihoidlik ja õiglane; kasutada oma õpetajate ja kaaslaste nõuandeid ning abi, alati eriti ning hoolitsevalt suhtuda abivajajatesse, püüdes pidada kutseala saladust ühiskonna ja haige huvides;

ausalt täita oma farmatseudikohust, alati meeles pidada oma kõrget vastutust Kodumaa, parteid ja rahva ees;

kommunismiehitaja moraalikoodeks jääb mulle käitumise normiks töös ja igapäevases elus.

Kohustun seda vandetõotust täitma kogu oma elu aja.

Foto 2

О ПРЕПОДАВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

Ю. Саарма

Резюме

Уровень работы учреждений здравоохранения и качество оказываемой медицинской помощи зависят от знаний медицинских работников и от отношения их к работе. Чувство ответственности перед народом, любовь к своей профессии воодушевляет советского врача при выполнении им своего долга. Поэтому наряду с приобретением знаний и навыков значительное место в подготовке медицинских работников имеет их идеологическое воспитание. Проблемы профессиональной этики неразрывно связаны с учебно-воспитательной работой, проводимой на медицинском факультете Тартуского государственного университета. На лекциях, а в особенности на практических занятиях преподаватели как на личном примере, так и приводя соответствующие случаи из жизни и практики знакомят студентов с этическими нормами поведения врача. С основными проблемами профессиональной этики студенты знакомятся на 10-часовом лекционном цикле. Так как по этому предмету еще нет общесоюзной программы, то занятия проводятся по программе, утвержденной учебно-методической комиссией факультета.

Принесение профессиональной клятвы выпускниками медицинских учебных заведений многие годы в Советском Союзе не практиковалось. В отдельных медицинских учебных заведениях, в том числе и на медицинском факультете Тартуского государственного университета уже введено принесение врачебной клятвы. Первыми приняли торжественную клятву врачи выпуска 1963 года. Начиная с весны 1964 г. дают торжественное обещание и фармацевты. Это происходит на торжественном акте после окончания государственных экзаменов. Получая диплом об окончании высшего учебного заведения, выпускник расписывается под текстом клятвы, один экземпляр которой остается у него. Другой экземпляр хранится в личном деле молодого специалиста.

Воспитательная работа в области профессиональной этики не прерывается и после окончания университета. Преподаватели медицинского факультета с интересом и сочувствием следят за успехами и ошибками своих прежних воспитанников. Это помогает им понять, что в воспитательной работе было сделано правильно и что было забыто. Тесная связь с окончившими медицинский факультет и учреждениями, где они работают, помогают воспитывать молодых специалистов настоящими слугами своего народа.

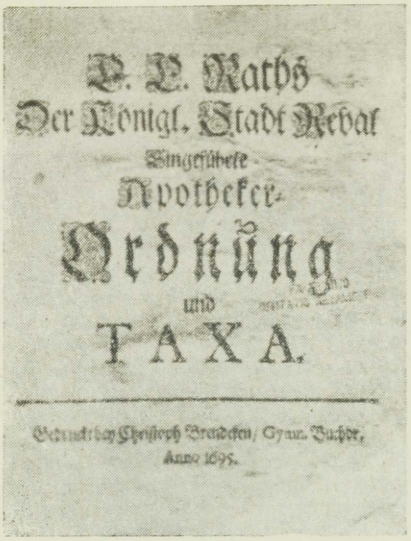
ARSTITEADUSE AJALOOST

ESIMENE EESTI APTEEGIMÄÄRUSTIK

H. GUSTAVSON

Kui heita pilk Tallinna elanike meditsiinilisele teenindamisele enne XVIII sajandi algust, paistab silma selle korraldamatus. Olgugi et mõnedes dokumentides määratakse kindlaks ravipersonali tasumäärad, mõned õigused, kohustused jms., võisid raad ja kindralkuberner neis küsimusis talitada nagu heaks arvasid. Eriti märgatav oli seadustähe puudumine apteegikorralduses. Apteeker müüs kaupa niisuguse hinna eest, nagu parajasti dikteeris konjunktuur ning vaevalt laskis südametunnistusel kaasa rääkida. Kuigi apteekrivandes olid ette nähtud mitmesugused piiravad nõuded (ravimite valmistamine retsepti järgi, ausus töös, keeld kangetoimeliste vahenditega vabalt kaubelda jne.), lubati endale ometigi laialdasi vabadusi. Eelkõige kannatas selle all elanikkond, kes läkitas raele vastavaid kaebusi. Magistraat suhtus neisse pikka aega jahedalt. Raehärrasid ei suutnud mõjutada isegi linna kõrgema meditsinaalametniku, linnaarst Himseli märgukiri 1637. aastal, milles ta soovitas kasutusele võtta mingisugune määrustik apteekide töö reguleerimiseks.

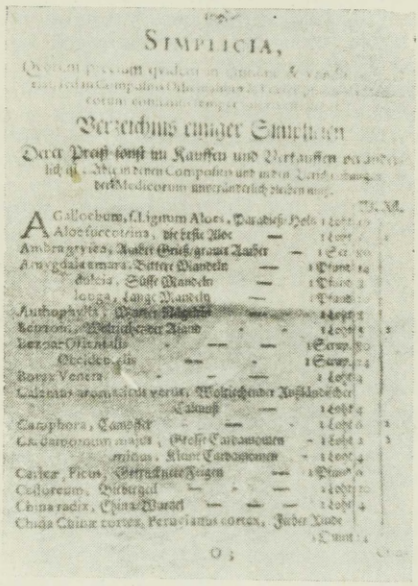
Umbes samasisulise ettepaneku tegi linnaarst Happel 1686. aastal, kuid seegi ei leidnud raeisandate juures kõlapinda. Kangekaelne Happel ei leppinud sellega ja pakkus 1691. aastal oma teeneid apteegimäärustiku koostamiseks Leipzigi, Kopenhaageni ja Frankfurdi (Maini ääres) vastavate väljaannete põhjal. Kahjuks pole magistraadi vastus säilinud. Võib-



E. E. Raths
Der Königl. Stadt Reval
Eingeführete
Apotheker-
Ordnung
und
TAXA.

Gedruckt bey Christoph Brandten, Gymn. Buchdr.
Anno 1695.

Foto 1



SIMPLICIA,

Verzeichnus einiger Simplicien

Foto 2

olla oli see vaid suuline. Tallinna gümnaasiumi trükikojas valmiski 1695. aastal Tallinna apteegimäärustik koos taksidega, mille tiitel kõlab järgmiselt: «*E. E. Raths der Königl. stadt Reval eingeführte apothekerordnung und taxa.*» Trükise mõõtmed on 19×15 cm ja neid 112-leheküljelisi eksemplare on teada olevail andmeil säilinud kolm, neist kaks Tallinna Linna Riiklikus Arhiivis ja üks Eesti NSV TA Raamatukogu haruldaste ja käsikirjaliste raamatute sektoris (vt. foto 1 ja 2).

Tiitellehel puudub koostaja nimi. Võib oletada, et selleks oli linnaarst Happel, sest trükise eessõnas on algallikatena mainitud tema poolt esitatud määrustikke, lisaks ka Riia oma. Seda arvamust näivad kinnitavat määrustiku kaalukad punktid linnaarsti õiguste jaluleseadmiseks, mida vaevalt mõni apteeker võis teha. Ja lõpuks: kas leidus Tallinnas kedagi peale Happeli, kes niisuguse asjaliku ja põhjaliku tööga oleks hakkama saanud? [1]

Trükise sissejuhatuses mainitakse mitmesuguseid kaebusi apteekrite kohta. Samas viidatakse asjaolule, et Tallinn otse kubiseb igasugustest hulgustest ja desertööridest, kes tegelevad ravimisega ja ohustavad linnakodanike tervist, kusjuures sellised nurgatohtrid võtavad arstidelt patsiendid ja apteekritelt kliendid.

Raamatu esimene osa sisaldab 36 punktist koosnevat määrustikku, millest püüame lühiülevaate anda.

P. 1 — Linnaarst peab kontrollima apteekide tööd ja jälgima arstiabi korraldust linnas. Erilist tähelepanu tuleb pöörata nurgatohtrite paljastamisele.

P. 2 — Linnas ei lubata kedagi arstipraksisega tegelda enne eksami sooritamist ja dokumentide esitamist.

P. 3 — Apteekrid, kirurgid, saunapidajad, ämmaemandad ja põetajad ei tohi ravida sisehaigusi.

P. 4 — Sellest keelust üleastujaid võib patsiendi surma korral kohtu alla anda.

P. 5 — Kirurgid ja ringihulkuvad arstid [2] võivad laipu lahata ainult kohaliku meediku juuresolekul.

P. 6 — Kui haavahaigused võtavad ähvardava vormi, peavad kirurgid arstiga konsulteerima.

P. 7 — Niisama peavad toimima ämmaemandad raskete sünnituste puhul. Määratakse kindlaks ravimid (põdrasarvesool, korallipulber jm.), mida ämmaemandail on lubatud iseseisvalt kasutada.

P. 8 — Apteeker peab ravimid valmistama ise ja eeskirjade järgi.

---

[1] Toompeal praktiseerisid küll arstid Fuchis ja Enitzel, kes aga raega ja üldse all-linnaga eriti heas vahekorras ei olnud.

[2] On mõeldud rändarste, keda määrustikus halvustavalt nimetatakse.

P. 13 — Ravimid olgu kvaliteetsed. Neid ei tohi hankida juhuslikelt kaubitsejatelt.

P. 15 — Apteeker ei tohi retsepti muuta arsti nõusolekuta.

P. 16 — Retsepte ei tohi vastu võtta isikutelt, kel pole õigust neid välja kirjutada.

P. 17 — Apteekrid ega sellid ei tohi tegelda haiguste ravimisega. Samuti on arstide autoriteedi mahakiskumine taunitav. Meedikutel ei ole omakorda lubatud haigeid teatava apteegi huvides mõjutada.

P. 19 — On keelatud mürgiste ainete müük tundmatule isikule.

P. 20 — Mürgiseid aineid on lubatud müüa ainult pitseeritud pakendis, millele on märgitud patsiendi nimi, tarvitamisõpetus, kuu- ja nädalapäev.

P. 21 — Eriti kangetoimelisi aineid hoitagu luku taga. Kaubitsejad ja rohupoodnikud tohivad mürke müüa ainult apteekritele.

P. 22—29 määravad kindlaks ravimite säilitamise ja valmistamise korra.

P. 30 — Eriti keeruliste ravimite valmistamisest peab osa võtma arst, kes jälgib tööd, kontrollib kvaliteeti ja seda allkirjaga kinnitab.

P. 31 — Seejuures peavad apteekrid vandega kinnitama, kui vana on iga ingredient. Meedik ei tohi enne lahkuda, kui ravim on täiesti valmis.

P. 35 — Apteekreilt tuleb võtta vanne käesoleva määrustikuga tutvumise kohta.

Järgneb ravimite takside loetelu, millest leiame nii tänapäevalgi tarvitatavaid kui ka üpris kummalisi ravimeid. Siin on 54 erisugust vett, 25 rasva, 32 palsamit, 32 suhkurdatud maiustust, 62 konservi, 23 koort (*cortices*), 39 elektuaariumi, 51 plaastrit, 40 essentsi, 82 ekstrakti, 70 õit, 38 vaiku, 306 kuivatatud taime, 55 liiki kive, 24 eri liiki puitu, 71 destilleeritud ja 57 teisel teel valmistatud õli, 44 pilli, 43 pulbrit, 142 juurt, 144 sorti seemneid, 12 lahust, 74 piiritust, 71 teed (*species aromaticae et purgantes*), 34 mahla, 97 siirupit, 20 tinktuuri, 49 salvi ja arvukalt muid ravimeid.

Et taksidest ülevaadet saada, pole lehti vaja kaua pöörata. Peagi hakkavad silma sellised nimetused nagu kooritud elevanditäid, konnakuduvesi, prepareeritud keldrikakandid, rästikurasv, inimrasv, kuivatatud kärnkonnad, inimnahast vöö, prepareeritud inimkolp [1], pulber metssea hammastest, hobuse käsnad, põletatud siilid ja pääsukesed, kuivatatud hundikõri, mitmed kalliskivid, jänese süda, prepareeritud vihmaussid, vihmaussiõli, magnetkivi, soku veri, madude nahad, jäneste karvad, kuivatatud merevaht, metssea põis, salvid soolenugiliste, unetuse ja tiisikuse vastu, herned, muumiatinktuur [2] ja palju muud taolist.

Kuigi paljud nimetused tunduvad meile võikatena, pole ometi palju aega tagasi, kui raeapteegis müüdi *blattae orientales* (idamaa täisid). Sellest kõneleb omaaegse apteegiomaniku Lehberti ettekanne 1905. aastast, milles ta avaldas lootust, et niisugused ravimid apteekidest peagi kaovad.

Muidugi ei puudu 1695. aasta taksides ka tolleaegsed kuulsad «universaalravimid», nagu teriakk, besoaar ja mitridaatsium nii puhtal kujul kui ka preparaatidena.

Taksidele järgnevad tööde hinnakiri (*taxatio laborum*), taara hinnad (*taxatio vasorum*) ja meditsiiniliste kaaluühikute võrdlustabel. Siinjuures on huvitav märkida, et taksides on mitmes kohas kasutatud õige meelevaldset mõõtühikut — peotäis.

Nagu teada, võis tolleaegsetest apteekidest osta ka maiustusi. Taksides on needki hinnatud. Leiame mitut sorti suhkrut, rosinaid, mandleid, suhkurdatud vürtsiküpsiseid, kaneelitorukesi, kaneeli- ja aniisivett, tsukaate, kompvekke (nn. morselle, mida müüdi traditsioonilise kaubana raeapteegis ja mida valmistati piparmündist, suhkrust ja tärklisest), martsipani (taksides märtsi leib, *panis martius*. Muide, XVII sajandi algul tegi

---

[1] Tolleaegse arusaama kohaselt sobisid ravimite valmistamiseks ainult vägivaldsel ja äkksurma surnud noorte ja tervete inimeste koljud. Näidustuseks olid vaimuhaigused ja muud patoloogilised protsessid pea ja kaela piirkonnas.

[2] Nii on mõnedki autorid avaldanud arvamust, et muumia all on mõeldud mingit idamaist mäevaiku, mitte inimeste säilmeid. Käesolevas kataloogis aga seisab selge sõnaga: *Mumia vera humana transmarina*, s. o. tõeline inimmuumia ülemeremaadelt.

tuntud Tallinna kiviraidur Arent Passer raeapteegile kaks kivist vormi martsipani valamiseks, millest üks oli kaunistatud suure, teine väikese linnavapiga) jne.

Kokkuvõttes peaks lisama, et kataloogis esinev nimistu ei ole Tallinna apteekides leidunud ravimite register. Ometigi annab see ülevaate tolleaegsetest ravimitest, mis enamikus olid esindatud ka meie apteekides.

Apteegimäärustiku tähtsust ei tohi alahinnata. Esiteks astus raad selle trükis avaldamisega esimese ametliku sammu linnas vohava nurgatohterdamise vastu, mida kohalikud meedikud vähemalt juba XVI sajandi 20-ndatest aastatest alates olid korduvalt asjata taotlenud. Teiseks oli viimane aeg kehtestada juriidilised normid nii apteekides kui ka linna meditsiinilises korralduses. Sellega kõrvaldati pettusmoment apteekrite töös ja seati jalule kindel kord ravimitega ümberkäimiseks. Samal ajal võimaldati asjaosalistele mõningat kaitset ja kinnitati trükisõnas linnaarsti kui tähtsa järelevalveametniku õigusi.

Pärast Rootsi haldusperioodi lõppemist Tallinnas 1710. aastal aktsepteeriti nimetatud määrustik kuni Peterburi meditsinaalkolleegiumi asutamiseni (1763. aastal), s. o. rohkem kui pool sajandit. Nimetatud keskasutuse poolt apteekritele ja meedikutele väljaantud uued määrused ja taksid kehtestati kogu impeeriumis. Oma aja auga ärateeninud 1695. aasta määrustik anti arhiivi.

ПЕРВЫЙ ЭСТОНСКИЙ АПТЕЧНЫЙ УСТАВ

Х. Густавсон

Резюме

До начала XVIII века жители Таллина с большим трудом могли получить врачебную помощь. Особенно заметным было отсутствие законов в организации аптек, хотя в клятве аптекаря были предусмотрены различные ограничивающие требования (изготовление лекарств по рецепту, запрет свободной торговли сильнодействующими средствами и т. д.).

В 1695 г. в типографии Таллинской гимназии был изготовлен первый Таллинский аптечный устав. Он состоял из 112 страниц, и, по имеющимся данным, сохранилось только 3 экземпляра.

В предисловии к изданию упоминаются различные жалобы в адрес аптекарей, а также указывается на большое количество самозванных знахарей в тогдашнем Таллине. Первая часть книги содержит устав, состоящий из 36 пунктов, затем идет перечень цен на лекарства, тару и оценку работ, а также сравнительная таблица единиц веса.

С опубликованием первого эстонского аптечного устава Городское управление сделало первый шаг против знахарей и установило юридические нормы в организации как аптек, так и медицинского обслуживания. Этим устранили момент обмана в работе аптекарей и установили твердый порядок в обращении с медикаментами.

В то же время была гарантирована определенная защита медицинским работникам и печатным словом подтверждены права городского врача как важного чиновника надзора.

Первый эстонский аптечный устав имел законную силу до 1763 года, когда была основана Петербургская медицинальная коллегия, новые уставы и таксы которой были действительны во всей империи.

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

NSV LIIDU ARSTITEADUSE AKADEEMIA NEUROLOOGIA INSTITUUDI JA TRÜ NEUROLOOGIA KATEEDRI ÜHENDATUD SESSIOON TARTUS

9.—12. juunini 1965. a. korraldasid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Neuroloogia Instituut ja Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia kateeder Balti liiduvabariikide neuroloogide osavõtul Tartus ühise sessiooni, mis käsitles närvisüsteemi vaskulaarseid ja infektsioosseid haigusi. Konverentsist võtsid osa ja esinesid ettekannetega Poola Rahvavabariigi teadlased professor Z. Kuligowski, dotsendid L. Iwanowski ja I. Wald. Sessiooni istungitel esitati kokku 44 ettekannet.

Mitmed neist käsitlesid aju magistraalarterite patoloogiat. Tähelepanu äratas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikme professor E. V. Šmidti ettekanne näidustustest ja vastunäidustustest unearteri kaelaosa stenoosi ja tromboosi kirurgiliseks raviks. V. S. Krõlov jt. (Moskva) rääkisid vertebraalarteri kahjustuste kirurgilisest ravist. Töö ajuinsultide kirurgilise ravi kogemustest esitasid aga E. Raudam, R. Paimre ja E. Kross. Mitu ettekannet (N. V. Vereštšagin, I. J. Kalinovskaja ja V. M. Salazkina, V. A. Tšuhrova, N. V. Vereštšagin ja V. M. Salazkina, N. V. Vereštšagin ja A. N. Koltover Moskvast) andis ülevaate vertebraal-basilaarsüsteemi arterite kahjustuste diagnoosimisest. E. Heinsoo (Tartu), L. K. Bragina, J. V. Bogatõrjov ja L. K. Bragina (Moskva) analüüsisid peaaju vereringe häirete angiograafilist diagnoosimist, A. Chevalier (Tallinn) kõneles tserebraalse pneumograafia osatähtsusest enne ajuhemorraagiate kirurgilist ravi. H. H. Jarullin (Moskva), F. M. Lissitsa (Riia) ja G. Eninja (Riia) andsid ülevaate reoentsefalograafiliste ja E. V. Golland (Moskva) piesopulsograafiliste uuringute tulemustest. TRÜ neuroloogia kateedri kollektiiv (A. Lendre, L. Luts, A. Tikk ja E. Tulmin) esitas töö mineraalide, vee- ja valkude ainevahetuse nihetest insultide korral, R. Zupping (Tartu) gaasivahetuse näitajatest ja arteriaalse vere gaasidest insultide ägedas faasis, A. Veldi aju hapnikupingest unearteri kompressiooni korral, V. Kuliukas (Kaunas) aga trombelastograafiast.

Prof. Z. Kuligowski (Varssavi) kõneles epilepsiahoogude tekkimisest pärast ajuinsulti, dotsent L. Iwanowski ajutüve vereringehäiretest, dotsent L. Klumbis (Kaunas) retikulaarformatsiooni mõjust vereringe regulatsioonile. Mitu tööd oli pühendatud patomorfoloogilistele muutustele ajuarterites.

A. Jotsevičiene ja G. Vittenstein (Kaunas) puudutasid ettekandes sinokarotiidse sündroomi ja karonaarhaiguse korrelatsiooni, P. Perli ja E. Birka (Riia) hüpertooniatõve-puhuste peavalude füsioloogilist mehhanismi.

Teiseks põhiprobleemiks sessioonil olid närvisüsteemi infektsioonid ja infektsioos-allergilised haigused. Huvi pakkusid professor L. M. Popova (Moskva) ja E. Raudami, A. Tiku ja A. Kaasiku ettekanded respiratoorsest abist närvisüsteemi haiguste korral. O. Preisene, Č. Grizickas ja E. Germaniškes (Vilnius) ja M. Farber (Narva) käsitlesid ajureumat, dotsent I. Wald (Varssavi) kõneles neurosüüfilise kliinilisest pildist penitsilliinravi epohhil.

E. Raudam ja T. Kuslap (Tartu, Tallinn) tegid kokkuvõtte ägedate viiruslike neuroinfektsioonide levikust Eesti NSV-s pärast poliomüeliidi likvideerimist. Neuroinfektsioonide kliinikust ja diagnoosimisest kõnelesid ka professor O. A. Hondakarjan, N. V. Galuzo ja L. M. Hvan (Moskva) ning O. Preisene (Vilnius). Parakliiniliste uurimismeetodite osatähtsusel neuroinfektsioonide diagnoosimisel peatusid I. V. Avižonene (Vilnius) ja L. Šerlin (Tallinn).

4 ettekannet oli pühendatud *sclerosis multiplex*'ile. P. Visockas ja R. Parnauskene (Vilnius) kõnelesid organismi reaktiivsuse muutustest ja N. V. Galuzo (Moskva) polüskleroosi ravist. H. Saar (Tartu) andis ülevaate *sclerosis multiplex*'i levikust Eesti NSV-s ning T. Upner ja Z. Grinberg (Riia) aga Läti NSV-s. V. E. Smirnov (Moskva) analüüsis neuroloogilistesse haigustesse haigestumise struktuuri Moskvas.

Sessiooni lõpupäeval, 12. juunil kogunesid osavõtjad eesti neurokirurgia rajaja professor Ludvig Puusepa mälestustahvli avamisele. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia- ja neurokirurgiaosakondade hoonele L. Puusepa t. 2 kinnitatud tahvli avas Tartu TSN Täitevkomitee esimees A. Karu. Professor L. Puusepa silmapaistvatele teenetele neurokirurgia arendamisel olid pühendatud akadeemik E. V. Šmidti, professor Z. Kuligowski ja dotsent E. Raudami sõnavõtud.

M. Mägi

STOMATOLOOGIDE PLEENUM JA SESSIOON

23., 24. ja 25. septembril 1965. a. toimusid Tallinnas Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi VI pleenum ja Stomatoloogia Teadusliku Uurimise Instituudi kolmas väljasõidusessioon.

Sessiooni avas Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi esimees, sotsialistliku töö kangelane professor A. Jevdokimov. Osavõtjaid tervitas Eesti NSV tervishoiu

minister A. Goldberg. Kuulati 43 ettekannet, mis käsitlesid suukoopa ja lõualuude hea- ja pahaloomuliste kasvajate diagnoosimise ja ravi uudsemaid seisukohti. Sessioonil märgiti, et praeguse ajani on veel lahendamata paljud küsimused, mis puudutavad nimetatud haigete etapilist ja dispanseerset ravi.

Sessioonil viibis üle neljasaja spetsialisti kõikidest liiduvabariikidest, teiste hulgas 28 professorit ja 45 arstiteaduse kandidaati. Külalised tutvusid Tallinna Linna Stomatoloogia Polikliiniku ja Tallinna Vabariikliku Haigla stomatoloogilise kirurgia-osakonna tööga. Samuti tutvuti Tallinna vaatamisväärsustega ja vaadati A. H. Tammsaare «Elu ja armastus» lavastust Riiklikus Vene Draamateatris.

25. septembril kell 14 algas Eesti Vabariikliku Stomatoloogide ja Hambaarstide Seltsi konverents, kus kuulati professor A. Jevdokimovi ettekannet «Uuematest andmetest alveolaarjätkete veresoonte ateroskleroosi kohta parodontoosi patogeneesis ja ravis». Samas esitati ka seltsi juhatuse aruanne ja valiti uus juhatus, kelle esimeheks sai Eesti NSV teeneline arst G. Veerma.

T. Rekk

APTEEGITÖÖTAJATE XII VABARIIKLIK KONVERENTS

14.—15. oktoobrini toimus Tallinnas apteegitöötajate XII vabariiklik konverents, millest võtsid osa ka Moskva, Läti ja Leedu NSV külalised. Samades ruumides, kus leidis aset konverents, oli korraldatud näitus, mille väljapanekud tutvustasid meie apteekide minevikku ja näitasid nende arenguteed viimase 25 aasta jooksul.

Konverentsi 4 istungil kuulati 23 ettekannet. Avasõna ütles Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Põhjaliku ülevaate apteegivõrgu tööst Eesti NSV-s 25 aasta jooksul esitas I. Podolski. Vabariikliku Farmatseutide Teadusliku Seltsi tegevust 15 aasta jooksul kirjeldas seltsi juhatuse esimees S. Pedak. D. Luik käsitles Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi tööd apteegivõrgu teaduslik-metoodilise keskusena. Ülevaatega Eesti NSV raviasutuste apteekide olukorrast ja päevamuredest esines E. Kuik. A. Kogani ettekandes toodud andmed võimaldasid võrrelda meie vabariigi apteekide saavutusi vennasvabariikide omadega. Kollektiivset materiaalset vastutust kui kommunistliku töösse suhtumise üht vormi käsitles B. Hein.

Konverentsi teine päev algas J. Tammeoru ettekandega «25 aastat Tartu Riikliku Ülikooli farmaatsiaosakonda», milles anti üksikasjalik ülevaade osakonna baasil tehtud teaduslikust tööst. Apteegiala Teadusliku Uurimise Keskinstituudi direktor A. Tentsova rääkis apteegialasest teaduslikust uurimistööst ja selle arenguperspektiividest. Instituudis on välja töötatud haiglatevaheliste apteekide ja rajooni keskapteekide tööprintsiibid, otsitud võimalusi üleminekuks ravimite tasuta väljastamisele, ühtlasi on püütud apteegikaupade inventeerimist mehhaniseerida. Tõsist tähelepanu pööratakse ratsionaalse mööbli konstrueerimisele apteekide tarvis, mis põhiliselt on lõpetatud ainult assisteerimisruumi osas. Suurt tööd on tehtud ja tehakse uute pakkimismaterjalide väljatöötamisel.

Ravimvormide tehnoloogia valdkonnast oli 2 ettekannet. L. Kirsch rääkis uutest põhiainetest ravimite valmistamisel ja L. Nikitina ravimite ja abimaterjalide steriliseerimisviiside võrdlevast uurimisest apteekides. Professor A. Siim esitas uurimuse aminohapetest haiguste patoloogias ja E. Vagane Eesti NSV maaja linnaelanike toitumise mõningatest erinevustest. Farmakoloogia-alastest ettekannetest võeti soojalt vastu J. Patsi töö ateroskleroosivastaste ravimite farmakoloogiast. Oopiumialkaloidide toorainest andis ülevaate A. Soom ja uuematest taimse päritoluga stimulaatoritest A. Jürison. A. Padar ja S. Pedak analüüsisid retseptuuri ja käsitlesid ravimite standardiseerimist.

Ettekannetega esinesid veel professor G. Kingisepp, V. Paškov, H. Mikk ja H. Gustavson. Läbirääkimistel võtsid sõna M. Bogdanova, J. Tammeorg, L. Pant, K. Sõerde, B. Mirov jt.

P. Zobel

I VABARIIKLIK GASTROENTEROLOOGIA-ALANE SEMINAR-KONVERENTS

12. nov. 1965. a. toimus Tartus gastroenteroloogia-alane seminar-konverents, millest võttis osa üle 30 arsti (terapeudid, kirurgid, röntgenoloogid ja onkoloogid) Tallinnast, Tartust ja peaaegu kõigist vabariigi rajoonikeskustest.

Dotsent K. Villako rõhutas oma ettekandes gastroenteroloogia-alase diagnoosimise parandamise vajadust. Üksikasjaliselt peatus ta neil võimalustel, mida tuleks laialdasemalt rakendada (gastroskoopia, gastrobiopsia jt.). Eriti oluliseks pidas K. Villako gastroenteroloogia-alase töö koordineerimist kogu vabariigis. Ühtlasi tuleks sellealaseid nõupidamisi perioodiliselt korraldada.

V. Salupere ettekanne oli pühendatud gastrobiopsiale. Ta käsitles detailselt uurimismetoodikat ja patohistoloogilise uurimise tulemuste seost kliiniku andmetega. V. Miller rääkis vabariigi esimese polikliinilise gastroenteroloogiakabineti (Tallinna Tõnismäe Haiglas) töö kogemustest. Kaasaja uurimismeetodite (mao funktsionaalse seisundi mitmekülgne uurimine, gastroskoopia, gastrobiopsia jt.) kasutamise tulemusena on krooniliste maohaiguste avastamine ja diagnoosimine tunduvalt paranenud.

Rohketes ja elavates sõnavõttudes rõhutati vajadust luua gastroenteroloogiakabinetid linnades ja suuremates rajoonikeskustes (või esialgu spetsialiseerida selle küsimusega tegelevad arstid) ning eraldada haiglates vastavad palatid. Jäi kõlama mõte, et prekantserooside ja vähikahtlaste juhtude ravimisel tuleks pidada tihedat sidet onkoloogiaasutustega. Seminar näitas, et vabariigis leidub suhteliselt küllaldaselt kaasaja uurimismetoodikat valdavaid spetsialiste, kelle juhendamisel toimub gastroenteroloogide pidev ettevalmistus.

V. Rätsep

VII VABARIIKLIK FTISIAATRITE KONVERENTS

17. ja 18. novembril 1965. a. toimus Tallinnas VII vabariiklik ftisiaatrite konverents, mille avas Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg. Konverentsist võttis osa ligi 300 arsti ja teaduslikku töötajat meie vabariigist, Moskvast, Leningradist ning Ukraina, Läti, Leedu ja Valgevene NSV-st.

Esimesel päeval käsitleti tuberkuloositõrje organisatsioonilisi küsimusi, eksperimentaalset ja laboratoorset uurimist ning kirurgilist ravi. Teine päev oli pühendatud tuberkuloosihaigete antibakteriaalse ravi probleemidele.

Ettekandega tuberkuloositõrjest Eesti NSV-s esines peaftisiaater E. Kama. Seoses elanikkonna materiaalse heaolu tõusu, tuberkuloosiasutuste võrgu laiendamise, ftisiaatrite kvalifikatsiooni tõusu ning profülaktilise töö ja ravi tõhustamise tulemusena muutuvad tuberkuloosialased epidemioloogilised näitajad pidevalt paremaks. See loob tingimused tuberkuloosi likvideerimiseks lähemate aastate jooksul. Tuberkuloositõrje alal tehtud tööd kohtadel analüüsisid I. Krainjaja (Tallinn), G. Arro (Tartu), E. Kongo (Võru). Elanikkonna fluorograafilise uurimise tõhususele oli pühendatud E. Vardja ettekanne. I. Einas jagas intrakutaanse tuberkuloosivastase vaktsineerimise ja revaktsineerimise kogemusi. Pikema ettekandega kaasaegsetest võimalustest ja meetoditest ravi tõhustamiseks tuberkuloosidispanseris esines esimesel istungil professor M. Oifebach (Moskva).

Eksperimentaalsete ja laboratoorsete uurimiste alalt esitati konverentsil mitu ettekannet (L. Jannus, V. Harjo, L. Rettau jt.), millest selgus, et vabariigi suuremates tuberkuloosiasutustes on loodud bakterioloogialaboratooriumide selline võrk, mis võimaldab ligikaudu 90% tuberkuloosihaigetest uurida bakterioloogiliselt. Tuberkuloosi kirurgilise ravi alalt käsitleti mitmeid aktuaalseid probleeme, nagu kopsuresektsiooni näidustusi ja hilistulemusi (V. Laisaar, E. Kama, U. Kreegimäe), kavernide ravi lahtisel meetodil (J. Ennulo), luutuberkuloosi kirurgilist ravi (K. Voltšonok) jne.

Teisel päeval analüüsiti tuberkuloosi antibakteriaalset ravi. Suurt tähelepanu pöörati esmaselt avastatud kavernoosset kopsutuberkuloosi põdevate haigete antibakteriaalsele ravile. Selles küsimuses oli ettekandeid nii meie vabariigist kui ka väljastpoolt (H. Pullisaar, J. Kuznetsova, L. Zamdborg jt.). Käsitlemist leidsid ka niisugused probleemid nagu antibakteriaalse ravi tõhusus (A. Mamolat, I. Bugakov jt.), tuberkuloosihaigete ravi nn. teise rea preparaatidega (M. Aljabina, A. Reinvald jt.) ning tuberkuloosi ägenemine ja retsidiivid (E. Seibe, allakirjutanu jt.).

Pikema ettekandega tuberkuloosset endobronhiiti põdevate isikute ravimise viiside võrdlevast hinnangust esines professor A. Tsigelnik (Leningrad).

Konverentsile järgneval päeval toimus vabariigi tuberkuloosiasutuste juhatajate ja teiste ftisiaatrite seminar tuberkuloosi uue kliinilise klassifikatsiooni kasutamisest NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Tuberkuloosi Keskinstituudi dispanseerse sektori juhataja professor M. Oifebachi juhendamisel.

H. Rohtla

TEADUSLIK SESSIOON KOHTLA-JÄRVEL

7. ja 8. detsembril 1965. a. toimus Kohtla-Järvel NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi XI teaduslik sessioon, mis traditsioonikohaselt oli pühendatud põlevkivitööstuse tööhügieeni ja kutsepatoloogia küsimustele.

Sessiooni esimesel päeval kuulati ettekandeid tolmupatoloogia valdkonnast (V. Küng, A. Võsamäe, B. Karpunin, I. Maripuu, G. Feoktistov jt.) ja onkoloogia alalt (P. Bogovski, L. Lahe, A. Võsamäe, M. Purde, V. Taigro ja E. Hint). Ühtlasi arutati instituudi spetsialistide poolt korraldatud elanikkonna massilise läbivaatuse tulemusi 1964. aastal Kiviõlis (I. Maripuu, B. Schamardin, I. Laan, J. Karusoo, A. Reinvald jt.).

Sessiooni teisel päeval analüüsiti V. I. Lenini nimelise Kohtla-Järve Põlevkivitöötlemise Kombinaadi tööliste tervise seisundit (H. Kahn, A. Sillam, V. Muzõka), kusjuures ettekannetega esinesid ka kombinaadi ambulatooriumi arstid J. Pjatigorskaja ja O. Golovtsov. I. Akkerberg esitas andmeid töötingimusi parandavate ürituste efektiivsuse kohta kombinaadi V gaasigeneraatorijaamas. Karboksühemoglobiini-sisaldusest Slantšõ Põlevkivigaasitehase tööliste veres kõneles L. Kildema.

Mitmed ettekanded (H. Künamägi, I. Veldre, I. Maasik) olid pühendatud põlevkivifenoolide toksikoloogiale ja nende normeerimisele vees. A. Sillam rääkis ravist ja profülaktikast nimme-ristluu piirkonna radikuliidi puhul põlevkivikaevuritel. E. Vagane andis ülevaate Kiviõli Põlevkivikeemiakombinaadi kaevurite ja tööliste toitumisest.

Sessioonist, mille programmis oli 26 ettekannet, võttis osa arvukalt arstiteadlasi, tervishoiutöötajaid, põlevkiviuurijaid ja insenere Kohtla-Järvelt, Kiviõlist, Jõhvist, Viivikonnast, Tallinnast, Slantsõst ja Moskvast.

Sessioonist osavõtjad märkisid positiivse asjaoluna, et Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut on viimastel aastatel süvendanud uurimistöid põlevkivitööstuse kutsehügieeni ja -patoloogia valdkonnas. Heakskiitu pälvisid täiskasvanud elanikkonna tervise seisundi kompleksed epidemioloogilised uurimised põlevkivibasseinis. Ühtlasi peeti vajalikuks, et instituut jätkaks kroonilise kopsupatoloogia ning bensooliga kokkupuutuvate tööliste tervise seisundi uurimist ja pööraks tulevikus tähelepanu ka tööfüsioloogia probleemidele põlevkivitööstuses. Põlevkivitöötlemise ettevõtete peaülesandeks tervishoiu alal peeti tootmisprotsesside edasist mehhaniseerimist ja komplekssset automatiseerimist ning võitlust atmosfääri ja veekogude saastamise vastu.

H. Jänes

ÜLELIIDULISE KARDIOLOOGIDE TEADUSLIKU SELTSI JUHATUSE PLEENUMILT

Südame arütmiale pühendatud Üleliidulise Kardioloogide Teadusliku Seltsi juhatuse pleenumist võttis osa üle 400 delegaadi ja külalise 30 NSV Liidu linnast. Pleenumil esitati üle 50 ettekande südame arütmia patofüsioloogiast, kliinikust ja ravimeetodeist. Professor V. V. Parin ja B. M. Fjodorov käsitlesid eksperimentaalseid uurimusi koertel, kel modelleeriti mitmesuguseid arütmiavorme. Saadud andmed kinnitasid kliinilist ettekujutust neuro-emotsionaalsete faktorite olulisest mõjust südamearütmiale. Ettekande autorid näitasid, et närvisüsteemi toime efekt südametegevusele sõltub müokardi kahjustuse astmest ja närvisüsteemi seisundist. Professor F. Z. Mejerson ja V. I. Kapelko jõudsid katsete põhjal järeldusele, kuivõrd südame hüperfunktsioon progresseerub, sedavõrd vabaneb süda uitnärvi pärssiva mõju alt. Samuti märgiti, et reserpiin suurendab südame tundlikkust uitnärvi suhtes, noradrenaliin ja iprasiid aga vähendavad seda.

Arütmia patogeneesi käsitlevates ettekannetes pöörati suurt tähelepanu elektrolüütide ja katehoolamiinide vahetusele (professor L. T. Malaja ja kaastöötajad, V. N. Brikker ja J. I. Volpert, professor M. J. Raiskina ja kaastöötajad jt.).

Professor P. E. Lukomski ja kaastöötajate ühises ettekandes analüüsiti arütmiaga tüsistunud müokardiinfarkti kulu ja diagnoosimise iseärasusi. Professor A. G. Dembo juhtis tähelepanu südame rütmihäiretele sportlastel, mis annavad tunnistust nende ebaotstarbekast treeningust. M. B. Tartakovski ja I. D. Pupko demonstreerisid originaalset aparaati südame rütmihäirete kiireks diagnoosimiseks, mis on mõeldud kasutamiseks elanike massilistel läbivaatustel.

Professor Z. I. Januškevičius ja P. A. Šnipas, professor V. P. Raduškevitš esitasid huvitavaid andmeid elektrilisest transtorakaalsest depolarisatsioonist. Defibrillaatori impulsilaengu (pinge 4000—7000 volti) abil õnnestus taastada siinusrütm haigeil, kel oli diagnoositud paroksüsmaalne tahhükardia, kodade ja vatsakeste fibrillatsioon, kusjuures nimetatud meetod oli efektiivne 80%-l juhtudest. Tüsistusi tekkis harva vatsakeste fibrillatsiooni näol, mis kõrvaldati defibrillaatori korduva laengu andmisega.

Täieliku atrioventrikulaarse blokaadiga haigete ravimiseks kasutatakse uut meetodit, mis kujutab endast organismi implanteeritavat elektristimulaatorit, mis on varustatud autonoomse toiteallikaga. Elektristimulaatori implanteerimise operatsioon on näidustatud Adams-Stokes'i atakkide või vereringe väljakujunenud puudulikkuse korral (akadeemik A. I. Bakulev, professor V. S. Saveljev, professor J. N. Mešalkin, professor N. V. Antelava, V. I. Burakovski, M. B. Tartakovski, R. B. Minkin jt.).

Pleenumil arutati hinidiinravi tõhusust ja kuulati informatsiooni uute arütmiavastaste ravimite (isonikamiid, aimaliin, kokarboksülaasid) toimest.

Eesti NSV Kardioloogide Seltsist esinesid ettekandega K. Rägo, R. Ridala ja E. Muuga südame kokkutõmmete struktuuri muutustest ekstrasüstoolia puhul. M. Luts juhtis tähelepanu elektrokardiogrammi PQ- ja RR-intervallide kestuse

paradoksaalse vastastikuse seose uurimise praktilisele väärtusele atrioventrikulaarse juhtivuse häirete diagnoosimisel.

Viimati mainitud ettekanded, samuti paljud teised said kõrge hinnangu osaliseks.

B. Liberman

TEADUSLIK SESSIOON SÜDAME JA VERESOONKONNA TEGEVUSE REGULATSIOONIMEHHANISMIDE KÜSIMUSTES *

29.—30. septembrini toimus Riias NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia meditsiini- ja bioloogiaosakonna väljasõidusessioon, kus käsitleti südame ja veresoonkonna tegevuse regulatsioonimehhanisme. Selle probleemi tähtsust südame ja veresoonkonna haiguste ravi ja profülaktika seisukohalt rõhutas avasõnas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor V. Zakussov. Professor S. Severin ja L. Tseitlin andsid ülevaate biokeemiliste protsesside nihetest müokardis, milles patoloogilised muutused olid esile kutsutud eksperimentaalselt. Sel puhul väheneb adenosiintrifosforhappe ja kreatiinfosforhappe hulk müokardis tunduval määral, mis võib olla müokardis toimuvate ainevahetusprotsesside koordinatsiooni häire üks põhjusi. Nimetatud protsesse on võimalik reguleerida fermentatiivsete protsesside mõjustamise teel.

Professor N. Kaverina kõneles farmakoloogiliste vahendite toimest koronaarvereringe närviregulatsioonisse. Sümpatolüütiliste raviainete manustamise teel on eksperimentaalselt õnnestunud tunduvalt vähendada pärgarterite spasmi. Professor M. Maškovski rääkis perifeersete adrenergiliste süsteemide blokeerimiseks ettenähtud farmakoloogiliste vahendite kasutamise võimalustest ja nende tähtsusest vereringe reguleerimisel. Professor M. Beljenki käsitles mõningaid uusi seisukohti, mis puudutasid eriti adrenaliini ja noradrenaliini toimet aktiveerivatesse fermendisüsteemidesse.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige M. Maršak esitas oma ettekandes «Regionaarse ja tsonaalse vereringe regulatsioonimehhanismidest» mõningaid uusi andmeid vasomotoorse keskuse struktuurist. J. V. Skards ja I. Silins kirjeldasid huvipakkuvaid tähelepanekuid veresoonte neuroreflektoorse reaktiivsuse ja toonuse muutustest haigeil, kel oli diagnoositud jäsemete vereringe orgaanilisi kahjustusi ja funktsionaalseid häireid. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige N. Gorev ja L. Tšerkasski käsitlesid eksperimentaalsete uuringute alusel südame ja veresoonkonna reaktsioonide iseärasusi pärast kopsu eemaldamist.

Professor A. Strukov peatus pikemalt müokardi ainevahetusprotsesside küsimustel. Ta rõhutas, et histokeemilised meetodid koos elektron- ja luminestsentsmikroskoopiaga võimaldavad määrata ja pidevalt jälgida erinevaid ainevahetushäireid müokardis juba patoloogilise protsessi algstaadiumis. B. Klossovski ja V. Jermakova kirjeldasid oma ettekandes fakte selle kasuks, et südametegevuse mõned häired ja südame erinev resistentsus eksogeensete ja endogeensete kahjustavate tegurite toime suhtes olenevad südame õigest arengust embrüonaalsel perioodil.

B. Lapin, L. Jakovleva ja G. Tšerkovitš käsitlesid südame ja veresoonkonna haiguste tekitamist ahvidel eksperimentaalselt. Uuringutest selgus, et juhul, kui ahvidele anti kolesteriini toiduga liiga palju, ei õnnestunud neil tekitada ateroskleroosi (ka siis, kui küllastamata rasvhapped olid toidust täielikult välja jäetud), küll aga soodustasid ahvide kestev häirimine ja liikumisvabaduse piiramine lipoidide ladestumist aordi sisekestas. Neuroosi taustal võivad neil areneda ka hüpertooniatõbi ja koronaarhaigus.

Eesti NSV-st võtsid sessioonist osa Ü. Lepp, G. Loogna ja allakirjutanu.

B. Schamardin

TEADUSTE AJALOO KONVERENTS

26.—27. oktoobrini 1965. a. korraldati Vilniuses VI Balti vabariikide konverents teaduste ajaloo alal. Konverentsi töö toimus plenaaristungitel ja sektsioonides (meditsiini-, matemaatika-, füüsika-, astronoomia-, geofüüsika- ja tehniliste teaduste sektsioonid).

Arstiteaduse ajaloo alaste ettekannete temaatika oli võrdlemisi laialdane. Nii esitati paljudes ettekannetes uusi täiendavaid andmeid mõnede teadlaste biograafiast (F. Erismani, I. Pavlovi jt.). Mitmed tööd käsitlesid Baltimaade kultuurikeskuste (Tartu ülikool ja Vilniuse ülikool) osatähtsust arstiteaduse eriharude arengule, osa neist oli pühendatud kohalike meditsiiniasutuste ja meditsiini-

* Sessiooni ettekanded on avaldatud teesidena (Выездная сессия отделения медико-биологических наук АМН СССР, посвященная проблеме — механизмы регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы, 29—30 сентября 1965 г. Тезисы докладов, Рига, 1965).

personali ajaloole, vaktsiinide kasutamise ajaloole Baltimaades, rahvameditsiinile, meditsiiniliste seltside ajaloole, ravi- ja profülaktikaasutuste võrgu arengule jm.

Konverentsil esitati töid ka Eesti NSV-st (V. Kalnin, E. Käer-Kingisepp, R. Pullat, Z. Saar, O. Tamm ja allakirjutanu).

Konverentsi materjalid on avaldatud kogumikus Материалы VI-ой конференции по истории науки в Прибалтике, Вильнюс, 1965.

B. Schamardin

FÜSIOTERAPEUTIDE JA KURORTOLOOGIDE ÜLELIIDULINE KONGRESS

25.—29. oktoobrini 1965. a. toimus Bakuus füsioterapeutide ja kurortoloogide üleliiduline kongress, millest võttis osa üle 1000 inimese, sealhulgas 18 Rumeenia, Poola, Ungari, Tšehhoslovakkia, Bulgaaria ja Saksa Demokraatliku Vabariigi külalist. Eesti NSV delegatsioon oli 7-liikmeline. Kongressi plenaaristungil ning kaheksa erineva sektsiooni koosolekutel kuulati ja arutati läbi üle 200 ettekande.

Plenaaristungil rõhutati, et ei saa normaalseks pidada praegust olukorda, mille puhul kõik haiged saavad sanatoorset ravi võrdse aja vältel, nimelt 26 päeva, vaatamata nende tervise seisundi suurtele iseärasustele. Samuti soovitati senisest palju laialdasemalt kasutusele võtta kohalikke looduslikke ravitegureid (Eesti NSV-s näiteks meremudasid) väljaspool kuurorte, s. o. haiglates ja polikliinikutes. Ühtlasi tuleb sanatooriumides rohkem tähelepanu pöörata haigete ravieelse seisundi täpsele hindamisele. Kurortoloogia-alases teaduslikus töös peeti vajalikuks rakendada kaasaja uuemaid uurimismeetodeid ja uurida näiteks mitmesuguseid muutusi organismis rakulisel ja molekulaarsel tasemel ning saadud andmed töödelda küberneetiliselt.

Sektsioonide istungitel pandi rõhku sellele, et sanatoorset ravi võimaldataks just haigetele lastele (eriti reumahaigetele). On tarvis tõhustada mitmesuguste bioloogiliselt aktiivsete orgaaniliste ainete ning mikroelementide uurimist ravimudades ja mineraalvetes. Väga elav oli diskussioon selles, millist mõju avaldab kuurordiravi stenokardiat põdevatele haigetele. Sel alal otsustati peatselt korraldada Kurortoloogia ja Füsioteraapia Keskinstituudis spetsiaalne sümpoosion.

Liigestehaiguste sektsioonis esitasid käesolevate ridade kirjutaja ja R. Trink ettekande, mis käsitles Haapsalu meremuda toimet patoloogilise protsessi aktiivsusesse ja neerupealise koore funktsioonidesse reumatoidartriiti põdevail haigeil.

Kongressil valiti Üleliidulise Füsioterapeutide ja Kurortoloogide Ühingu uus, 55-liikmeline juhatus, millesse meie vabariigist kuulub nüüd allakirjutanu. Ühingu esimeheks sai akadeemik A. N. Obrossov.

E. Veinpalu

ONKOLOOGIA-ALANE NÕUPIDAMINE

13. ja 14. dets. 1965. a. korraldas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut nõupidamise, millest võtsid osa Moskva ning mitme liiduvabariigi teadlased ja onkoloogid.

Päevakorras olid vähktõve epidemioloogia, profülaktilised läbivaatused ja vähihaigete dispanseerne teenindamine. Koosolijad andsid kõrge hinnangu instituudi poolt väljatöötatud perfokaartidele, mida on laialdaselt rakendatud vähktõve leviku uurimiseks vabariigis. Erineva lokalisatsiooniga kasvajate epidemioloogia kindlakstegemiseks koostati 7 programmi (ankeeti) ja tehti ettepanek luua NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia juurde nn. rahvuslikud uurimiskeskused. Nii hakatakse rinnanäärmekasvajaid uurima Tallinnas, kopsuvähki Moskvas, maovähki Vilniuses jne. Samuti kiideti heaks perfokaart haigete jälgimiseks, mis on kavandatud Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris. Nõupidamise otsuses pöördutakse NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poole ettepanekuga võtta nimetatud perfokaardid ja ankeedid aprobeerimisele suuremates onkoloogiadispanserites ja onkoloogia-alastes uurimisasutustes.

G. Loogna

TEADUSLIK SESSIOON MOSKVAS

19.—22. oktoobrini 1965. a. toimus Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirusentsefaliitide Instituudi teaduslik sessioon, mis oli pühendatud viirushaiguste aktuaalsetele probleemidele. Sellega tähistati ka instituudi 10 aasta tegevuse juubelit.

Sessiooni tööst võttis osa üle 350 teadlase kõikidest liiduvabariikidest ja 35 teadlast 8 välisriigist. Eesti NSV-st oli kohale sõitnud 3 inimest (K. Vassiljeva, V. Tapupere ja allakirjutanu). Ettekandega «Massilise poliomüeliidivastase immuniseerimise tulemustest NSV Liidus ja selle haiguse likvideerimise põhilistest aspektidest» esines professor M. Vorošilova.

ÜRO Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni viirushaiguste epidemioloogia grupi töötaja S. Drozdovi ettekandest selgus, et haigestumus poliomüeliiti langes Euroopa riikides 1964. aastaks summaarselt 26 korda, võrreldes ajavahemikuga

Portugal, Hispaania ja Kreeka), langes haigestumus koguni 216 korda. Samal ajal täheldati poliomüeliiti haigestumise tõusu 8 Lõuna- ja Kesk-Ameerika ning 7 Aafrika riigis.

Sessiooni lõppistung oli pühendatud leetrite probleemile. Sel alal esinesid kahe ulatuslikuma ettekandega professorid M. Tšumakov ja A. Smorodintsev. Leningradis toodetud leetrivaktsiiniga on vaktsineeritud 2,5 miljonit last 1—8 aasta vanuses. Seni leidub leetrivaktsiini osas veel mitmeid lahendamata seisukohti, nagu mittestandardne vaktsiiniviiruse tiiter, vaktsiini vähene püsivus ja tema kõrge reaktogeensus vaktsineerituil, kusjuures vaktsiini efektiivsuses on saadud erinevaid seroloogilisi tulemusi. Samuti pole lõplikult lahendatud küsimus, millisel koekultuuril vaktsiini toota. Professor A. A. Smorodintsev peab normaalseks asjaolu, et 40—50%-l vaktsineeritud lastest tekivad vaktsineerimisjärgsed reaktsioonid. Tema arvates ei kujune välja leetrivastast immuniteeti siis, kui puudub reaktsioon. Seroloogiline reaktsioon peab tekkima vähemalt 90%-l vaktsineerituist. Professor M. P. Tšumakov ei nõustunud vaktsiini reaktogeensuse suhtes professor A. A. Smorodintsevi seisukohaga ja pidas vajalikuks leida areaktogeenne kõrgete immunoloogiliste omadustega vaktsiin. Praegusel ajal tehakse Leningradis ja Moskva Poliomüeliidi ja Viirusentsefaliitide Instituudis ulatuslikke töid leetrivaktsiini probleemi alal.

T. Kuslap

TÄHTPÄEVAD

EESTI NSV TEENELINE ARST L. SÕRMUS 50-AASTANE



13. detsembril 1965. a. tähistas 50. sünnipäeva Tallinna Vabariikliku IV Haigla polikliiniku osakonnajuhataja Leida Sõrmus.

Leida Sõrmus-Talli sündis 13. detsembril 1915. aastal Virumaal Vaivara vallas talupidaja tütrena. Juba maast-madalast nõudis talutöö temalt jõukohast vanemate abistamist. Alghariduse sai ta sama valla algkoolis, mille lõpetamise järel siirdus Narva Ühisgümnaasiumi. 1933. aastal astus L. Talli Tartu ülikooli arstiteaduskonda.

Juba üliõpilaspõlves ilmutas L. Talli huvi teadusliku töö vastu. Tartu ülikooli farmakoloogia instituudis subassistendina töötamise ajal valmis tal auhinnatöö «Raua sisaldavus kodumaa tähtsamais toiduainetes» ning uurimistöö, mille kaasautoriks oli ka instituudi juhataja.

1940. aastal, pärast ülikooli lõpetamist siirdus L. Sõrmus-Talli Tallinna Linna Keskhaiglasse, kus töötas sisehaiguste osakonnas ordinaatorina ja 1945. aastast osakonnajuhatajana.

1949. aastast alates töötab L. Sõrmus Tallinna Vabariikliku IV Haigla osakonnajuhatajana, kus teda tuntakse kui kvalifitseeritud ja suurte kogemustega terapeuti. Suure andumusega suhtub L. Sõrmus oma kohustustesse, kusjuures peab sammu kaasaegsete meditsiinisaavutustega ning rakendab neid igapäevases töös. Juubilar on korduvalt viibinud Leningradi ja Moskva kliinikutes erialastel täienduskursustel. Erakordselt nõudlik enese ja kaastöötajate suhtes on juubilar pälvinud nii haigete kui ka kolleegide lugupidamise.

Kutsetöö kõrval lõpetas L. Sõrmus 1953. aastal EKP Tallinna Linnakomitee Marksismi-Leninismi Õhtuülikooli. L. Sõrmus on kahel korral valitud Eesti NSV Ülemnõukogu saadikuks (IV ja V koosseisus aastail 1955—1959 ja 1959—1963).

1957. aastal anti L. Sõrmusele Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. 1960. aastal autasustati teda Tööpunalipu ordeniga. 1961. aastast alates kuulub L. Sõrmus Nõukogude Liidu Kommunistlikku Parteisse.

Tähtpäeva puhul autasustati L. Sõrmust Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

Soovime juubilarile edaspidiseks tööks head tervist ja raugematut indu!

Kolleegid

MITMESUGUST

HINGAMISFÜSIOLOOGIA-ALASTE TERMINITE ÜHTLUSTAMISEST

Arstiteaduse kandidaat *I. MARIPUU*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Hingamistegevuse uurimine on peamiselt vajalik sisemeditsiini, rindkerekirurgia, kutsepatoloogia ja spordimeditsiini erialal. Ühtlasi etendab see tähtsat osa ajutise töövõimetuse ekspertiisi küsimuste lahendamisel. Et funktsionaalse diagnoosimise meetodid üha täiustuvad, on kirjandusse ilmunud rohkesti terminite sünonüüme, mis tekitab raskusi erinevate autorite poolt esitatud andmete mõistmisel ja nende võrdlemisel. Seepärast on paljude maade füsioloogid vajalikuks pidanud termineid ja sümboleid ühtlustada. Ameerika füsioloogide sellealased ettepanekud Atlantic City's 1950. a. osutusid niivõrd õigeaegseks ja otstarbekohaseks, et leidsid kiiresti tunnustust paljudes maades (3, 4, 6, 7). Peatselt lepiti kokku ka saksa- ja prantsuskeelse nomenklatuuri suhtes (5). Kõigi nende maade, sealhulgas ka Nõukogude Liidu (1, 2) ühtlustatud nomenklatuur ja sümbolid lähtuvad sisuliselt ingliskeelsest kirjandusest.

Ka vabariigi arstide hulgas tuntakse vajadust ühtlustatud hingamisfüsioloogia-alase terminoloogia järele, mis oleks kooskõlas kaasaegsete rahvusvaheliste traditsioonide ja standardiga. Sellest lähtudes koostati eestikeelne terminite nomenklatuur, mida arutati Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna füsioloogia, patoloogilise füsioloogia ja sisehaiguste kateedri õppejõudude nõupidamisel. Arutelust võtsid osa Ü. Lepp, K. Rägo, E. Hansson, E. Vasar, M. Kull ja H. Põder ning käesoleva kirjutise autor. Peeti vajalikuks kasutusele võtta ühtne hingamisfüsioloogia-alane terminoloogia nii õppe-, teaduslikus kui ka praktilises töös.

Terminoloogia ühtsuse huvides otsustati loobuda eesti keele algupäraga terminite loomisest. Analoogiliselt saksa, prantsuse ja nõukogude autoritega lähtuti põhiliselt ingliskeelsest nomenklatuurist. Et see omakorda on enamasti alguse saanud ladina- või kreekakeelsetest tüvedest, on ta rahvusvaheliseks standardiks eriti sobiv. Mitte kõiki termineid ei võetud üle, vaid tehti omapoolseid muudatusi, näiteks sõna *volume* sobivaimaks eestikeelseks vasteks on *maht*.

Terminite lühendeid aga peeti otstarbekaks anda eestikeelse termini kohta. See kergendaks nende mõistmist, kuna sõnu ja nende lühendeid esitatakse töödes tavaliselt regulaarselt. Mainitud seisukoht erineb tšehhoslovakkia autorite omast (7), kes kasutavad ingliskeelseid lühendeid.

Kiiresti arenevate teadusharude valdkonnas (näit. ventilatsiooni mehhaanika) võivad mõisted ja terminid peagi muutuda, täpsustuda ja osamõisteteks jaguneda. Seetõttu ei jää käesolevas töös esitatud nomenklatuur püsima, vaid rikastub aja jooksul uute terminitega. Artiklisse pole võetud kaasajal juba vähem kasutatavaid väljendeid, nagu apnoe paus, hingamisreserv, Harrisoni jt. indekseid.

Hingamistegevuse uurimisel enamkasutatav terminoloogia

Eestikeelne	Lühendid	Venekeelne	Ingliskeelne	Saksakeelne	Prantsuskeelne
Vitaalkapatsiteet	VK	Жизненная емкость легких	Vital Capacity	Vitalkapazität	Capacité vitale
Inspiratoorne reservmaht	IRM	Резервный объем вдоха	Inspiratory Reserve Volume	Inspiratorisches Reservevolumen	Volume de réserve inspiratoire
Eksspiratoorne reservmaht	ERM	Резервный объем выдоха	Exspiratory Reserve Volume	Exspiratorisches Reservevolumen	Volume de réserve exspiratoire
Funktsionaalne residuaalkapatsiteet	FRK	Функциональная остаточная емкость	Functional Residual Capacity	Funktionelle Residualkapazität	Capacité résiduelle fonctionelle
Residuaalmaht	RM	Остаточный объем	Residual Volume	Residualvolumen	Volume résidual
Totaalkapatsiteet	TK	Общая емкость легких	Total Lung Capacity	Totalkapazität	Capacité totale
Hingamismaht	HM	Дыхательный объем	Tidal Volume	Atemvolumen	Volume courant
Hingamise minutimaht	HMM	Минутный объем дыхания	Minute Volume	Atemminutenvolumen	Ventilation minute
Maksimaalne ventilatsioon	MV	Максимальная вентиляция легких	Maximum Breathing Capacity	Atemgrenzwert	Ventilation maximale
Forsseeritud vitaalkapatsiteet	FVK	Форсированная жизненная емкость	Forced Exspiratory Spirogram	Atemstosskurve	Epreuve d'exspiration forcée
Forsseeritud sekundiekspiratsioon	FSE	—	Forced Exspiratory Volume	Atemstosstest	Volume exspiratoire maximum/seconde
Ventilatsiooni ekvivalent	VE	Дыхательный эквивалент	Ventilation Equivalent	Atemaequivalent	Equivalent respiratoire
Hapniku kasutamise koefitsient	—	Коэффициент использования кислорода	—	O_2-utilisation	—
Hingamisfaaside ajaline suhe	HAS	Дыхательный коэффициент времени	—	Atemzeitquotient	—
Normväärtused	N	Должные величины	Predicted Values	Sollwerte	Formules de prévision

Sümbolite puhul peeti rangelt kinni nende täpsest mõttest. Kokkuleppe kohaselt kirjutatakse primaarsed sümbolid suurtähega rea kõrgusel, millest veidi allpool märgitakse sekundaarne sümbol kas suur- või väiketähega, kuid ptiikirjas (vt. sümbolite loetelu).

Primaarsed sümbolid

V — gaasi maht (ml või l)
P — gaasi rõhk (mm Hg)
F — gaasi partsiaalkontsentratsioon (%)
Q — vere maht
C — kontsentratsioon veres (%)
S — veregaasi küllastusaste
R — respiratoorne koefitsient

STPD — standardtemperatuur ja rõhk, kuiv õhk (0°, 760 mm)
BTPS — kehatemperatuur, rõhk, veeauruga küllastunud õhk
ATPD — ümbritsev temperatuur, rõhk, kuiv õhk
ATPS — ümbritsev temperatuur, rõhk, veeauruga küllastunud õhk
$\bar{x}$ — põikjoon sümbolil (keskmine väärtus)
$\dot{x}$ — punkt sümbolil (näitaja ajaühikus)
s — tasakaaluseisund (ingl. k. steady state)
f — pulsi ja hingamise sagedus

Sekundaarsed sümbolid

(gaasilise faasi jaoks)

I — inspiratsioonigaas
E — ekspiratsioonigaas
A — alveolaargaas
D — surnud ruumi gaas

(vere faasi jaoks)

b — veri (üldiselt)
a — arteriaalne
v — venoosne
c — kapillaarne

Näited:

$\dot{V}_{O_2}$ — hapniku kasutamine/min.

V_D — surnud ruumi gaasi maht

$P_{A_{O_2}}$ — hapniku partsiaalrõhk alveoolides

Hingamistegevuse uurimisel etendab tähtsat osa andmete ümbertöötamine. Töö korrektsuse huvides soovitatakse kõik staatilised ja dünaamilised mahu näitajad ümber arvestada, kusjuures tuleb arvesse võtta kehatemperatuuri, veeaurudega küllastatud gaasi ja õhurõhku (BTPS). Ühtlasi on gaasivahetuse (O_2, CO_2) näitajad tarvis üle viia standardsetele tingimustele, see on t° — 0°, rõhk — 760 mm Hg ja õhu niiskusaste — kuiv (STPD). Kombineeritud näitajate ja indeksite korral kasutatakse ATPS- ja ATPD-tingimusi.

Et hingamistegevuse näitajate varieeruvus tervetel inimestel on küllaltki suur (VK mõnede autorite järgi ±30%), etendab patoloogia hindamisel (individuaaljuhtudel) tähtsat osa võrdlus normväärtustega (должные величины) vastava isiku jaoks. Normväärtuste valemite rohkuse tõttu on soovitatav valida neist optimaalseim ja vajaduse korral (näiteks teaduslikus uurimistöös) võrrelda seda isiklikult saadud tulemustega terveil. Olgu märgitud, et mõningaid erinevusi põhjustavad aparatuuri omadused (näit. spirograafi hingamissüsteemi takistus jt.), mida standardiseerimisel on raske arvestada. Töö tulemusi võiks kahtlemata parandada sel teel, et funktsionaalse diagnoosimise laboratooriumid varustada kaasaegse kodumaise aparatuuriga.

Juuresolevas tabelis on esitatud eestikeelsed terminid paralleelselt vene-, inglis-, saksa- ja prantsuskeelsetega, mis võiksid abiks olla orienteerumisel erialases kirjanduses.

KIRJANDUS: 1. Вагнер Л. Б. Стандартизация определений и символов в физиологии дыхания. Новое в физиологии и патологии дыхания. М., 1961. 30—32. — 2. Комро Д. Г. и др. Легкие. Перевод с английского. М., 1961. — 3. Comroe, J. and oth. The Lung. The Year Book Publishers, Chicago, 1955. — 4. Gandevia, B.,

Hugh-Jones, P. Thorax, 1957, 12 (4), 290—293. — 5. Bolt, W. In: Küchmeister H. Klinische Funktionsdiagnostik. Stuttgart, 1956, 170—240. — 6. Pappenheimer, J. Federat. Proc. 1950. Vol. 91, 3, 602—605. — 7. Pelnář, P. Časop. lékařů českych, 1963, 29—30, 801—805.

ОБ УНИФИКАЦИИ ТЕРМИНОВ В ОБЛАСТИ ФИЗИОЛОГИИ ДЫХАНИЯ

И. Марипуу

Резюме

Исследование дыхательной функции человека интересует в основном специалистов по внутренней медицине, торакальной хирургии, профпатологии и спортивной медицине. Наряду с этим оно играет большую роль в решении вопросов экспертизы временной нетрудоспособности.

С усовершенствованием методов функциональной диагностики в литературе появляется большое количество терминов-синонимов, что создает трудности при оценке и сравнении данных различных авторов. В связи с этим физиологи многих стран сочли необходимой унификацию терминов и условных обозначений.

Врачи нашей республики также нуждаются в единой терминологии по физиологии дыхания, соответствовавшей современным международным стандартам и традициям. Исходя из этого, была составлена номенклатура терминов на эстонском языке, которая обсуждалась на совещании преподавателей кафедр физиологии, патологической физиологии и внутренних болезней медицинского факультета Тартуского государственного университета. Было решено применять единую терминологию по физиологии дыхания как в научной, педагогической, так и в практической работе.

В настоящей работе представлены эстонские термины параллельно с русскими, английскими, немецкими и французскими, что может помочь в работе со специальной литературой.

REISIMÄRKMEID RUMEENIA SOTSIALISTLIKUST VABARIIGIST

1965. a. augustis-septembris viibis Rumeenia Sotsialistlikus Vabariigis grupp eesti turiste. Sealhulgas oli ka meditsiinitöötajaid, kel osutus võimalikuks põgusalt tutvuda Rumeenia tervishoiusüsteemiga. Et ajakirja veergudel on Rumeenia üldisest meditsiinikorraldusest varem juttu olnud (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1962, 1, 77—79), jagame seekord muljeid Rumeeniast kui sanatooriumide ja kuurortide maast.

Rumeenias on üle 2000 mineraalveeallika, kümneid ravimuda leiukohti, suurepäraseid plaaže Musta mere ääres ja mägikuurorte Karpaatides. Praegu on Rumeenias 25 vabariiklikku kuurorti, mis töötavad aastaringselt ja üle 150 kohaliku tähtsusega kuurordi. Vabariiklikud kuurordid võtavad vastu 180 000 ja kohalikud 120 000 abivajajat aastas. Kuurordid koos puhkekodude ja pansionaatidega teenindavad isegi 600 000 inimest aastas. Meil avanes võimalus viibida Sinaia, Predeali ja Poiana-Brašovi mägikuurortides ning Musta mere ranniku kuurortides. Borseci süsihapu mineraalveega aga tegime tutvust iga päev lõunalauas. Seda vett saadetakse Rumeeniasse ja ka raja taha 16 miljonit liitrit aastas.

Sinaia on Rumeenia suurim ja kuulsaim mägikuurort, mida sageli nimetatakse «Karpaatide pärliks». Ega asjata asunud seal Rumeenia kuningate suveresidents — Peleši loss koos Pelišori ja Foišori lossidega. Esimene neist on praegu muuseum, kaks viimast aga kirjanike ja kunstnike puhkekodud. Sinaias on keskmiselt 1500 päikesepaistelist tundi aastas ja sademeid langeb 780 mm. Seal asub arvukalt sanatooriume, puhkekodusid, pansionaate, hotelle ja turismibaase, samuti töötab eeskujulik polikliinik kõigi erialakabinettidega. Prahovi jõeorus paiknevat Predeali mägikuurorti ümbritsevad igast küljest Lõuna-Karpaatide ahelikud. Sinna kaunisse paika on rajatud ka üliõpilaste puhkekodud. Veel põhja poole, suurest tööstuskeskusest Brašovist kuue kilomeetri kaugusele on ehitatud mägikuurort Poiana-Brašov (1020 meetri kõrgusel mere-

pinnast). Mägikuurortides ravitakse põhiliselt ülemiste hingamisteede mittetuberkuloosseid haigusi ja sekundaarseid aneemiaid. Sinna suunatakse ka need patsiendid, kes on raskeid haigusi põdenud.

Sinaia, Predeal ja eelkõige Poiana-Brašov on kogu Euroopas kuulsad kui talvekuurordid, mille juurde on rajatud mitmesuguse raskuskategooriaga suusatrassid, slaalominõlvakud ja hüppetrampliinid, bobi- ja kelgurajad.

Rumeenia on tuntud veel Musta mere ääres asuvate suurepäraste kuurortide poolest. Sealsed plaažid on suunatud itta, mida kohtab vaid üksikutes paikades maailmas. Meie turismigrupp veetis mere ääres 11 toredat päeva. Puhkajaid ja ravi vajajaid oli Poolast, Ungarist, Tšehhoslovakkiast, Jugoslaaviast, Inglismaalt ja eriti arvukalt Saksa Föderaalvabariigist. Tuntuim ja suurim kuurort Rumeenias Musta mere rannikul on Mamaia. Rohkem kui 7 km ulatuses kulgevad otse ranna ääres hotellid ja restoranid, vabaõhukinod ja -teatrid, mida ümbritsevad kaunid haljasalad ja pargid. Peeneliivaline rand on 200—300 meetrit lai ja laskub laugjalt merre. Sademeid on seal 400 mm ja päikesepaistet üle 2300 tunni aastas. Suplushooaeg kestab juuni algusest kuni septembri lõpuni.

Constantsast 13 km lõuna pool asub teine suurem mereäärne kuurort — Eforie. Sealses rajoonis on palju sanatooriume, puhkekodusid ja pansionaate. Efories oli võimalus külastada ka kuurordi polikliinikut. Eriti hea mulje jättis kõikide kabinettide ja abiruumide ruumikus ja avarus. Tähelepanu köitis polikliiniku füsioteraapia- ning vesi- ja mudaraviosakonna rikkalik sisustus. Musta mere äärsete kuurortide ahela lõpetab peaaegu Bulgaaria piiril asuv Mangalia. Olgu mainitud, et seal on kõige rohkem päikesepaistelisi päevi aastas ja kõige kõrgem keskmine temperatuur Rumeenias.

Peamisteks ravivahenditeks nimetatud kuurortides on merekliima, suplused, päikesevannid ja ravimuda. Väga head radioaktiivset ravimuda saadakse Eforiest 3 km kaugusel asuvast Techirgioli soolajärvest, mille kaldal on ka samanimeline kuurort. Peale selle kasutatakse viinamariravi, mille abil mõjutatakse ainevahetust ja tõstetakse organismi toitumisastet. Mereäärsetes kuurortides ravitakse rahhiiti, poliomüeliidi jääknähte, närvisüsteemi funktsionaalseid haigusi, reumat, neeruhaigusi, tugi- ja liikumisaparaadi haigusi, günekoloogilisi ja nahahaigusi. Laste ravimiseks on mitu septsialiseeritud sanatooriumi Techirgiolis ja Eforie-Südis.

Musta mere äärsed kuurordid on komplekteeritud kvalifitseeritud kaadriga. Kõrghooajaks suunatakse sinna spetsialiste Bukarestist, Jassõst, Klužist ja mujalt. Ka igas oblastikeskuses (neid on 16) töötavad balneoloogid, kelle ülesandeks on töötajate suunamine kuurorti vastavalt näidustustele. Rumeenia balneoloogilistes kuurortides ravitakse tasuta. Kulud kannavad tervishoiu ministeerium ja ametiühingud.

Kurortoloogia-alast teaduslikku uurimistööd teeb Rumeenias 1949. aastal rajatud Balneoloogia ja Füsioteraapia Instituut, kus töötavad kliiniline, eksperimentaalfüsioloogia ja kuurortide ressursside uurimise sektor. Viimase sektori raamidesse kuuluvad füüsikalis-keemiline, hüdrogeoloogia-, klimatoloogia-, radioloogia-, balneotehnika- ja topograafialaboratoorium. Instituudis valmistatakse ette balneoloogе (neid on Rumeenias ligi 300), ravikehakultuuriarste, meditsiiniõdesid, dieetõdesid ja kokki. Ka kõikide meditsiiniinstituutide juures töötavad balneofüsioteraapia kateedrid.

Tutvumine Rumeenia toredate sanatooriumide ja kuurortidega oli vabariigi meditsiinitöötajaile väga huvitav. Märkimist väärib kohalike arstide ja teiste tervishoiutöötajate sõbralik ja abivalmis suhtumine kolleegidesse Nõukogudemaalt.

M. Sikk

MÕNED UUEMAD RAVIMPREPARAADID

Kloorbutiin (*Chlorbutinum*, Хлорбутин)
Sünonüümid: *Leukeran, Chlorambucilum, Chloraminophene, Amboclorin.*

Kloorbutiin on keemiliselt ehituselt para N [di(2-klooretüül)] aminofenüülvõihape, vees praktiliselt lahustumatu valge kristalne pulber, mis kergesti lahustub piirituses. Preparaat toimib kasvajate koesse tsütostaatiliselt, kusjuures mõjub valikuliselt rohkem lümfoidsele koele kui granulotsütaarsetele elementidele. Kloorbutiin imendub hästi seedetraktist ja on efektiivne suu kaudu manustamisel.

Kloorbutiin on näidustatud lümfaatilise leukeemia, lümfogranulomatoosi ja lümfosarkoomi puhul ning seda võib kasutada niisugustel juhtudel, kus pole võimalik rakendada kiiritusravi.

Lümfogranulomatoosi puhul alustatakse ravi annuses 0,2 mg 1 kg kehakaalu kohta päevas, lümfosarkoomi ja lümfaatilise leukeemia puhul 0,1 mg 1 kg kehakaalu kohta päevas, kusjuures ravikuur kestab 3—6 nädalat. Ravikuuriks kasutatav üldkogus ei tohi täiskasvanud inimesel ületada 350—400 mg (6,5 mg/kg).

Ravikuuri vältel tuleb mitte harvem kui 2—3 korda nädalas teha patsiendil vereanalüüs ja lugeda leukotsüüte diferentseeritult ning määrata trombotsüütide, erütrotsüütide ja hemoglobiini hulk.

Raviperioodil võib haigel tekkida leukopeenia, aneemia ja trombotsütopeenia. Pärast ravi võib leukotsüütide arv väheneda veel 10—12 päeva jooksul. Ägeda leukopeenia arenemisel katkestatakse ravi, vajaduse korral tehakse patsiendile vereülekanne, määratakse vereloome stimulaatoreid, vitamiine jm. On soovitatav, et vereülekandeid koguses 100—125 ml tehtaks 1 kord nädalas kogu ravikuuri vältel.

Haigetele, kes on eelnevalt saanud kiiritusravi või muid tsütostaatilisi preparaate, ei määrata kloorbutiini varem kui 1,5—2 kuud pärast viimast ravikuuri.

Kloorbutiin on vastunäidustatud raskete maksa- ja neeruhaiguste, samuti ägedate seedetrakti haigestumiste puhul.

Preparaati väljastatakse tablettidena pakendites 0,002×100 ja 0,005×100.

Kloorbutiin kuulub A nimekirja.

Tsükvaloon (*Cycvalonum*, Циквалон)

Tsükvaloon on keemiliselt 2,6-divanillaal-tsükloheksanoon. Kollane peenekristalliline lõhnata meeldiva maitsega pulber, mis lahustub kuumas alkoholis, samuti vees leelise juuresolekul.

Tsükvaloon on aktiivne sapinõristi, stimuleerib sapi teket ja nõristust ning avaldab sapiteedesse põletikuvastast toimet. Põletikuliste elementide vähenemist sapis võib enamikul haigetel täheldada 2.—3. ravinädalal. Preparaat on hästi talutav ja vähe toksiline.

Tsükvalooni näidustusteks on kroonilised koletsüstiidid, kolangiidid, sapikivitõbi, koletsüstohepatiidid ja mitmesugused kollatõvevormid, mil on soovitatav kasutada sapinõristeid.

Tsükvalooni võetakse pärast söömist, kahel esimesel päeval 3 tabletti päevas, järgmistel 4 tabletti päevas. Ravikuur kestab 3—4 nädalat. Rasketel juhtudel korratakse kuure kuuajaliste vaheaegade järel.

Kõrvalnähtudena võivad esineda rõhumistunne sapipõie või maksa piirkonnas ja mõru maitse suus. Need nähud on kergesti mööduvad.

Vastunäidustuseks on sapiteede ummistus.

Preparaat on müügil tablettidena originaalpakendis 0,1×20.

Omefiin (*Omephinum*, Омефин)

Omefiin (1,3-2-oksümetüül-2-fenüülindandion) on kahvatukollane kristalne pulber, mis hästi lahustub alkoholis, kuid vees on lahustumatu.

Omefiinil on antikoagulantset aktiivsust, ta kutsub esile hüpoprotrombineemia. Protrombiinse aktiivsuse alanemist optimaalse tasemeni täheldatakse 24—48—72 tunni järel pärast esimest manustamist. Terapeutilistes annustes manustatuna ei toimi omefiin toksiliselt perifeerse vere elementidesse ega neerude ja maksa funktsionaalsesse seisundisse. Vere protrombiinne aktiivsus taastub algtasemeni 72—96 tunni jooksul pärast omefiini manustamise lõpetamist. Omefiini toime on kiirem, vähem püsivam ning vähem toksiline kui dikumariini ja pelentaani toime.

Näidustusteks on haigestumised ja patoloogilised seisundid, mil verehüüve on kõrgenenud: tromboflebiidid, müokardiinfarkt, kopsuinfarkt, trombootilised insuldid ja stenokardia. Teda kasutatakse ka profülaktika mõttes tromboosiide vältimiseks pärast operatsiooni.

Preparaati manustatakse tablettidena 0,05 pärast söömist. Esimestel päevadel tuleb anda suuremates annustes: I ööpäeval 150—200 mg (à 50 mg 3—4 korda päe-

vas) ja II ööpäeval 100 mg (50 mg 2 korda päevas), järgmistel päevadel 100—75—50 mg. Annused sõltuvad haige individuaalsest tundlikkusest, nad peavad põhinema vere protrombiinse aktiivsuse määramisel.

Preparaadi üledoseerimisel võivad tekkida verejooksud ninast, igemetest, verikusesus. Väikeste verejooksude puhul piisab preparaadi annuse vähendamisest või preparaadi manustamise katkestamisest. Tugevate verejooksude puhul on tarvis veeni süstida K-vitamiini ja teha vere- või plasmaülekandeid hemostaatilistes annustes. Omefiin võib põhjustada allergilise laadiga kõrvalnähte — peavalusid, sügelemist, dermatiiti, temperatuuri tõusu ja kõhulahtisust. Kui nimetatud nähte pole võimalik kõrvaldada, tuleb preparaadi manustamine katkestada või see asendada teise antikoagulandiga.

Vastunäidustuseks on hemofiilia, rasked maksahaigused, neerude funktsionaalsed häired, haavandtõbi, pea- ja seljaaju traumad.

Preparaati toodetakse tablettidena 0,05, kuulub A nimekirja.

Haisva ängelheina tinktuur (*Tinctura Thalictri Foetidi*, Настойка василистника вонючего)

Ängelheina tinktuuri valmistatakse haisva ängelheina maapealsetest osadest.

Tinktuur laiendab veresooni ja alandab vererõhku. Toimeaineteks on adrenolüütilise ja sümpatolüütilise toimega alkaloidid.

Näidustusteks on I, II ja III staadiumi hüpertooniatõbi.

Preparaat on vähe toksiline, kõrvalnähte (järsk vererõhu langus) esineb harva. Manustatakse 3—4 korda päevas 40 tilka, ravikuur kestab 3—4 nädalat. Vajaduse korral võib ravikuuri korrata.

H. Kangro

KROONIKA

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

14. oktoobril 1965. a. arutas kolleegium Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi otsuse (3. detsembrist 1964. a.) täitmist, mis puudutas Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama tegevust. Kuulati peaarst L. Stepanova aruannet ja mitmeid kontrollbrigaadi liikmete sõnavõtte.

Vastavalt kolleegiumi otsusele 3. detsembrist 1964. a. reorganiseeriti Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama struktuuri. Meretranspordiosakond viidi üle Vabariiklikusse Sadama Haiglasse. On paranenud koosseisude komplekteerimine ja kaadri jaotamine. Desinfektsiooni- ja parasitoloogiaosakondade tugevdamiseks suunati sinna tööle arstid I. Štšerbakov ja N. Gormulinski. 1965. a. suurenes nii epidemioloogia- kui ka sanitaarosakonna töötajate väljasõitude arv rajoonidesse. Nad on viibinud kõikides linnades ja rajoonides. Kontrollimistulemusi arutati kohapeal ja mitmetel juhtudel kanti sellest ette rajooni juhtkonnale. Samal ajal aga külastavad Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama juhtivad töötajad rajoone väga harva. 1965. a. II kvartalis viibis peaarst L. Stepanova rajoonides ainult 3 korral, tema asetäitja A. Kuklinov aga üldse mitte. IV kvartalis jäi 15 planeeritud seminarist täitmata 6 (3 plaanilist ja 3 tähtajalist). Direktiivdokumentide kohta ei peeta tsentraliseeritud arvestust.

Kolleegium märkis, et peaarst L. Stepanova ei ole tarvitusele võtnud kõiki abinõusid Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töö ümberkorraldamiseks. L. Stepanovat kohustati arvesse võtma kõiki soovitatud ettepanekuid ja neid loovalt rakendama Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töös.

Samal päeval kuulas kolleegium Harju rajooni peaarsti L. Siiraku ja Pärnu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja I. Vahula aruandeid ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Laste ja Emade Ravi-Profülaktilise Abi Osakonna juhataja L. Lavrova kaasaruannet meditsiinilisest teenindamisest eelkooliealiste laste asutustes.

Kolleegium märkis, et viimasel ajal on komplekteeritud lasteasutuste meditsiinitöötajate ametikohad Harju ja Pärnu rajoonis ning Pärnu linnas. Lasteasutusi, kus nimetatud ametikohad puuduvad, teenindavad territoriaalsed maa-arstijaoskonnad. Regulaarselt korraldatakse meditsiinilisi läbivaatusi ja kaitsepookimisi, mille tulemusena 1965. a. vähenes haigestumine soolenakkustesse. Saavutatu kõrval tuleb ette ka mitmeid puudusi. Meditsiinilise dokumentatsiooni vormistamisel tehakse vigu Keila lastepäevakodus ja Pärnu 15. lastepäevakodus.

Kolleegium kohustas Harju rajooni peaarsti L. Siirakut ja Pärnu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat I. Vahulat parandama sanitaar-hügieenilist ja epideemiatõrje režiimi eelkoolieaiste laste asutustes, eriti just ägedate soolenakkuste vältimiseks. Ühtlasi kohustati I. Vahulat organiseerima eelkoolieaiste laste asutustes spetsiaalne sanatoorne grupp, et saneerida haigust varem põdenud lapsi.

*

21. oktoobril 1965. a. kuulas kolleegium Kohtla-Järve TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja J. Lebedevi, Narva Linna Haigla, Tallinna Pelgulinna Haigla ja Nõmme Haigla peaarstide M. Sillandi, V. Ilmoja, A. Joosingu aruandeid ning peaterapeudi A. Gunteri ja peakirurgi Š. Gulordava kaasaruandeid uute ravi- ja diagnoosimismeetodite rakendamisest vabariigi raviasutustes. Viimase kolme aasta jooksul on vabariigi tervishoiuasutustes kasutusele võetud 120 uut uuringu- ja ravimeetodit. Aastail 1966—1970 on vabariigis ette nähtud rakendada üle 30 originaalse diagnoosimis- ja ravimeetodi.

Praktiseerivad arstid on teinud märkimisväärset tööd töötulemuste teaduslikul üldistamisel, kogemuste vahetamisel ja arstiteaduse saavutuste rakendamisel ravis ja profülaktikas. Uute diagnoosimis- ja ravimeetodite tarvitusele võtmisel esineb ka mitmeid olulisi puudusi, mis tuleb lähemal ajal kõrvaldada.

Kolleegium kohustas Narva Linna Haigla, Tallinna Pelgulinna Haigla ja Nõmme Haigla peaarste M. Sillandit, V. Ilmoja ning A. Joosingut plaanipäraselt kasutusele võtma uusi diagnoosimis- ja ravimeetodeid, kusjuures tuleb arvestada olemasolevat aparatuuri, samuti planeerida arstide kvalifikatsiooni tõstmist. Haigete tõhusamaks ravimiseks ja töövõime kiiremaks taastamiseks tuleb funktsionaalseid ravimeetodeid kasutada veelgi laialdasemalt. Ühtlasi kohustati süstemaatiliselt korraldama teaduslik-praktilisi konverentse diagnoosimise ja ravi aktuaalsetes küsimustes ja kõiki haigla arste informeerima teaduse uutest saavutustest.

*

25. novembril 1965. a. arutas kolleegium spetsialiseeritud meditsiinilise abi andmist lastele. Kuulati Tallinna ja Tartu linna TSN TK tervishoiuosakondade juhatajate L. Maureri ja V. Vessari aruandeid. Kolleegium märkis, et viimaste aastate jooksul on Tallinnas ja Tartus lastenõuandlad ümber korraldatud laia profiiliga lastepolikliinikuteks. 1964. a. rekonstrueeriti Tartus lastepolikliiniku ruumid, kusjuures kõikide peamiste erialade tarvis organiseeriti spetsiaalsed kabinetid. Viimaste aastate jooksul valmistati ette arste lastekirurgia, -ortopeedia, -neuroloogia, -endokrinoloogia, -uroloogia, -füsioteraapia, -röntgenoloogia, -oftalmoloogia, -otorinolarüngoloogia ja -kardioreumatoloogia erialal. Tallinnas ja Tartus töötavad peale selle veel laste surdologopeedia kabinetid, samuti on loodud lastekirurgiaosakonnad, mille tulemusena lastele antava kirurgilise abi kvaliteet on tõusnud.

Kolleegium märkis ka mitmeid puudusi. Lastele osutatav spetsialiseeritud abi jääb ikkagi maha meditsiinilise abi üldisest tasemest. Vabariigis ei ravita psühhoneuroloogilisi haigusi põdevaid, samuti logoneuroosidest tingitud kõnehäiretega lapsi haiglates. Spetsialiseeritud lasteosakonnad ja üldhaiglate palatid (Tartu Linna Kliiniline Haigla, Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla) on halvasti varustatud pehme ja kõva inventariga, samuti on puudus spetsiaalsest meditsiinilisest sisseseadest ja teenindavast personalist.

Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonide peaarste organiseerima spetsialiseeritud kabinetid laste meditsiiniliseks teenindamiseks ja 1. jaanuariks 1966. a. lahendama lastekirurgide kvalifikatsiooni tõstmise küsimus. Tallinna Vabariikliku Haigla lastekirurgiaosakonna baasil. Ühtlasi tuleb 1966. aastal organiseerida laste ravikehakultuuriosakond Tallinna I Lastepolikliiniku vabanevate ruumide arvel.

*

16. detsembril 1965. a. arutas kolleegium mürkkemikaalidega kokkupuutuvate põllumajandustöötajate töökaitset ja meditsiinilist teenindamist Võru ja Valga rajoonis. Kuulati nimetatud rajoonide keskhaiglate peaarstide H. Kalda ja P. Rahu aruandeid ning ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse inspektori O. Simsoni kaasaruannet.

Kolleegium märkis, et mõningatele saavutustele vaatamata esineb töös veel mitmeid puudusi. Nii Võru kui ka Valga rajoonis ei vasta mürkkemikaalide laod kehtivatele sanitaareeskirjadele. Mõlema rajooni tervishoiuasutuste meditsiinitöötajad kontrollivad pinnapealselt töötingimusi neis kohtades, kus kasutatakse mürkkemikaale, samuti ei tehta sanitaarselgitustööd nimetatud küsimuses elanikkonna hulgas küllaldaselt. Samal ajal on töötajad halvasti varustatud eririietuse ja kaitsevahenditega.

Valga ja Võru rajoonis korraldatakse regulaarseid meditsiinilisi läbivaatusi puudulikult, kusjuures neist ei võta osa kõik ettenähtud eriarstid. Keskhaiglad ei tee mürgistuste korral mürkkemikaalide laboratoorseid määramisi bioloogilises keskkonnas. Jaoskonnahaiglates puuduvad esmaabi andmiseks ravimid ja vastumürgid.

Kolleegium kohustas Võru ja Valga rajooni keskhaiglate peaarste (H. Kaldat ja P. Rahu) välja selgitama kõik meditsiinilisele läbivaatusele kuuluvad isikute rühmad, varustama tervishoiuasutusi ravimite ja vastumürkidega esmaabi andmiseks mürgistuste puhul mürkkemikaalidega, uurima regulaarselt mürkkemikaalide sisaldust toiduainetes ja väliskeskkonnas. Apteekide Peavalitsuse ülemale I. Podolskile ja Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse ülemale I. Isrinile tehti ülesandeks varustada rajoonide tervishoiuasutusi ravimite ja sisseseadega.

Samal päeval arutas kolleegium radioaktiivsete ainete ja ioniseeriva kiirgusega kokkupuutuvate meditsiinitöötajate töökaitse olukorda. Kuulati ministeeriumi pearöntgenoloogi S. Salzmani aruannet. Ajavahemikul 1964—1965 on mitmeti parandatud röntgenikabinettide ja radioloogiaosakondade töötajate töötingimusi. Tartu Vabariiklikus Struumatõrje Dispanseris on sisustatud eraldi palat haigete ravimiseks radioaktiivse joodiga. Onkoloogiadispanserites kontrollitakse dosimeetriliselt gammakiirgusega kokkupuutuvaid töötajaid. 1965. a. asusid uutesse ruumidesse 16 röntgenikabinetti. Siiski esineb veel mitmeid puudusi. 199 röntgenikabinetist ei vasta 82 põrandapind sanitaarnormidele ning 64 kabinetis puuduvad ventilatsiooniseadmed. Tartu Linna Onkoloogia Dispanseris ei ole kaitsesirme.

Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonide ja vabariiklike tervishoiuasutuste peaarste kõrvaldama eespool loetletud puudused, kusjuures Tallinna Vabariikliku Haigla ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla peaarstid A. Roosileht ja H. Kanter peavad tagama röntgenikabinettide ja -osakondade kontrollimist.

A. Kaldma

RAPLA RAJOONI TSN TÄITEVKOMITEE ISTUNGJÄRGULT

30. septembril 1965. a. toimus Rapla Rajooni TSN Täitevkomitee istungjärk, kus käsitleti rajooni tervishoiuasutuste tööd. Eelnevalt saatis sotsiaal- ja tervishoiukomisjon kõikidele rahvasaadikutele küsimustiku nimetatud asutuste kontrollimiseks, kusjuures oli juurde lisatud rajooni keskhaigla peaarsti õiend tervishoiuasutuste tööst. Hästi ettevalmistatud istungjärgul rääkisid saadikud puudustest ja esitasid väärtuslikke ettepanekuid elanike meditsiinilise teenindamise parandamiseks. Istungjärgu lõpul informeeris rajooni peaarst G. Sukles abinõudest, mida rakendatakse tervishoiuasutuste töö parandamiseks.

Istungjärgul võeti vastu üksikasjalik otsus, mille alusel kolhooside ja sovhooside juhatused eraldavad nõutava summa Rapla Rajooni Keskhaigla täiendava hoone ehitamiseks. Kogu istungjärgu töös peegeldus Rapla rajooni parteikomitee ja täitevkomitee hoolitsus ja abi tervishoiuasutustele.

T. Rekk

AUTASUSTAMISI

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga autasustati järgmisi vabariigi tervishoiutöötajaid:

Aksjonova, Ludmilla Mihhaili t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla kirurg
Birkenfeldt, Reinhold Rudolfi p. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja
Bogovski, Pavel Aleksandri p. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor
Borun, Jelizaveta Leibi t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla meditsiiniõde
Bunner, Antonina Karli t. — Pärnu rajooni Kergu Jaoskonnahaigla juhataja
Einsild, Aino Potapi t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla vanem-meditsiiniõde
Govenko, Lidia Ivani t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla arst
Haitov, Šmuel Leopoldi p. — Pärnu Linna Haigla osakonnajuhataja
Herodes, Lia Juliuse t. — Rapla Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde
Holm, Leili Aleksandri t. — Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla vanem-meditsiiniõde
Husso, Joosep Tooma p. — Jõgeva rajooni Palamuse Haigla juhataja
Kalda, Hillar Karli p. — Võru Rajooni Keskhaigla peaarst
Kallassalu, Ludmila Jaani t. — Valga rajooni Puka Haigla velsker
Karu, Salme Ado t. — Kunda apteegi juhataja
Kasik, Selma Vilhelmi t. — Viljandi Tuberkuloositõrje Dispanseri arst
Katina, Aleksandra Grigori t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla polikliiniku juhataja
Keskküla, Udo Tooma p. — Kohtla-Järve rajooni Kuremäe Haigla peaarst
Kiili, Kaljo Aleksandri p. — Põlva rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama juhataja

Kolju, Eduard Peetri p. — Tallinna Nõmme Haigla arst
Kovalenko, Naima Pauli t. — Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehase töötaja
Kudrjašova, Tamara Vassili t. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla hambaarst
Kuljus, Selma Ado t. — Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi peaarsti asetäitja
Kurvits, Erna Jaani t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla vanem-meditsiiniõde
Kuusik, Aleksis Aleksise p. — Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst
Kõiv, Marta Eduardi t. — Tallinna Linna Kiirabijaama meditsiiniõde
Kääri, Haldja Otto t. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarst
Lavrova, Lidia Paveli t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi osakonna ülem
Leesik, Olev Andrese p. — Valga Rajooni Keskhaigla arst
Lieberman, Boris Moissei p. — Tallinna Vabariikliku Haigla arst
Loiferman, Semjon Moissei p. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla peaarst
Luts, Udo Jaani p. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla peaarst
Masik, Irina Vilhelmi t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi valitsuse ülem
Mastbaum-Krivina, Jekaterina Abrami t. — Tallinna Tõnismäe Haigla laboratooriumijuhataja
Miländer, Vera Vladimiri t. — Harju rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloog
Murašev, Eugen Varfolomei p. — Tartu Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo ekspert
Mäe, Vilma Antsu t. — Tootsi haigla juhataja
Müürsepp, Stepan Agafoni p. — Võru rajooni Vastseliina Jaoskonnahaigla velsker
Niinemägi, Artur Roberti p. — Põlva rajooni Ahja Haigla juhataja
Nikolskaja, Nadežda Sergei t. — Sillamäe haigla arst
Oolo, Leida Augusti t. — Tartu rajooni Alatskivi arstijaoskonna desinfektor-vaktsineerija
Paimre, Evald Martini p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Autopargi direktor
Paroll, Arnold Juhani p. — Hiiumaa Rajooni Haigla peaarsti asetäitja
Peep, Miina Joosepi t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde
Pobus, Vladimir Ivani p. — Eesti NSV tervishoiu ministri esimene asetäitja
Põldmaa, Anita Hansu t. — Valga Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde
Pärn, Leida Hansu t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Autopargi autojuht
Radzimovski, Georgi Antoni p. — Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla peaarst
Rahu, Peeter Aleksei p. — Valga Rajooni Keskhaigla peaarst
Ratassepp, Peeter Jaani p. — Tartu rajooni Mehikoorma ambulatooriumi juhataja kt.
Ratnik, Silvia Aleksandri t. — Paide Rajooni Keskhaigla peaarst
Rattur, Evi Aleksandri t. — Kingissepa rajooni apteegi nr. 50 juhataja
Reinhold, Marta Georgi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla apteegi juhataja
Rjabova, Nadežda Ivani t. — Tallinna Merimetsa Haigla peaarsti asetäitja
Saar, Zinaida Nikita t. — TRÜ kateedrijuhataja
Sakland, Elfrida Arturi t. — Valga Raudteehaigla sanitar
Salzman, Samuil Moissei p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi pearöntgenoloog
Samoilik, Olga Antoni t. — Eesti Raudteekonna Polikliiniku arst
Sarap, Andrei Aleksandri p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem
Statsenko, Maria Sergei t. — Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehase tööline
Sukles, Gunnar Jüri p. — Rapla Rajooni Keskhaigla peaarst
Žamiro, Grigori Mihhaili p. — Narva Linna Haigla stomatoloogiakabineti juhataja
Tagen, Uno Alfredi p. — Tapa Linna Haigla kirurg
Tamm, Oku Maksi p. — Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja
Tootson, Richard Oskari p. — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja
Treskunova, Sofia Semjoni t. — Eesti Raudteekonna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama arst
Tšelak, Galina Mitrofani t. — Tallinna 2. Lastehaigla peaarsti asetäitja
Tšumakova, Ella Rudolfi t. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla vanem-meditsiiniõde
Untera, Evald Peetri p. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla peaarsti asetäitja
Urb, Juhan Johannese p. — Antsla apteegi juhataja
Ustinova, Cecilia Abrami t. — Tallinna Väikelastekodu peaarst
Vagur, Ursel Johannese p. — Rakvere rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst
Vahromejeva, Jevgenia Kuzma t. — Tallinna 1. Sünnitusmaja vanem-meditsiiniõde
Valmra, Silvia Arnoldi t. — Tartu Meditsiinikooli õppejõud
Vellerind, Hiid Johannese p. — Rakvere Rajooni Keskhaigla arst
Veštšezjorova, Olga Vassili t. — Valga Raudteehaigla arst
Viil, Heljo Jaani t. — Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehase direktor
Väärt, Evald Aleksandri p. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarst

FARMATSEUTIDE TEADUSLIKU SELTSI TEGEVUSEST 1965. AASTAL

1965. aastal möödus 15 aastat Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi asutamisest. Viimaste aastate jooksul on seltsi tegevus elavnenud. Sinna kuulub nüüd 271 tegevliiget, neist 53 võeti vastu 1965. aastal.

Üks populaarsemaid töövorme on seltsi iga-aastane väljasõidukonverents, mis korraldati (2.—4. juulini) Pärnus ja millest võttis osa 70 farmatseuti. Ettekandega Pärnu kuurordist ja tema raviteguritest esines L. Vernik. Kurortoloogia ja Reumatoloogia Teadusliku Seltsi poolt tervitas kokkutulnuid E. Veinpalu. Ta rääkis humisooli kliinilise kasutamise võimalustest. Eesti NSV elanike toitumisest andis ülevaate E. Vagane ja ravimtaimede kogumisest looduskaitse seisukohalt J. Tammeorg. H. Treufeldt analüüsis Pärnu apteekides esitatud retsepte. Ettekannete lõpul anti preemia Õ. Kallile teadusliku auhinnatöö «Lühike meditsiiniline terminoloogia» eest. Hiljem külastati sanatooriumi «Estonia», Pärnu Kuurordi Polikliiniku mudaravilat ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi Pärnu filiaali.

Tartu Farmatseutide Teadusliku Seltsi algatusel korraldati kaks õppeekskursiooni Moskva lähistel asuvasse Üleliidulisse Ravim- ja Aromaatsete Taimede Teadusliku Uurimise Instituuti. Tutvuti instituudis tehtava kompleksse uurimistööga, mille eesmärgiks on uute ravimite väljatöötamine, välismaiste ravimtaimede introduktsioon, metsikult kasvavate ravimtaimede kultiveerimine, nende varude kindlaksmääramine jm. Instituudil on oma botaanikaaed, abimajand ja katsejaamad kodumaa mitmesugustes klimaatilistes tsoonides. Uusi preparaate hakatakse tootma oma katsetehases. Külastati ka Moskva eksperimentaalapteeki, kus meie apteegitöötajail oli esmakordselt võimalik tutvuda ravimite müügi automaatidega.

Farmatseutide Teaduslik Selts on süstemaatiliselt korraldanud loengkoosolekuid, kus on kuulatud selliseid ettekandeid nagu «Apteegid Vanas Tallinnas» (H. Gustavson), «Pentoniitsavid salvide ja suspensioonide valmistamisel» (A. Janikessing), «Hiina rahvameditsiin» (T. Tõnissar), «Mesilasema toitepiim ja selle preparaadid» (H. Mikk), «Keemia-alasest terminoloogiast» (A. Raidaru), «Küberneetika ja arstiteadus» (P. Zobel) jne. On korraldatud ekskursioone tehastesse.

Tihenenud on sidemed vennasvabariikide farmatseutide seltsidega. 1965. a. algul esines S. Pedak Moskvas Üleliidulise Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatuse pleenumil aruandega seltsi tegevusest. Leedu Apteekide Peavalitsuse ja Farmatseutide Teadusliku Seltsi poolt 25.—26. mail Vilniuses korraldatud Leedu NSV apteegitöötajate I vabariiklikul kongressil viibisid külalistena S. Pedak ja allakirjutanu.

Farmatseutide Teaduslik Selts võttis aktiivselt osa apteegitöötajate XII vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi korraldamisest. S. Pedaku, J. Koitmetsa, H. Eigo ja A. Karruse initsiatiivil koguti vabariigi apteekidest ajaloolise väärtusega eksponaate, millest valik esitati konverentsi ruumides korraldatud näitusel. Tulevikus on plaanis eksponaatide kogumist jätkata ja apteegimuuseum avada Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevaks.

Vabariikliku konverentsi raames korraldati Farmatseutide Teadusliku Seltsi üldkoosolek, kes võttis vastu uue põhikirja ja muutis seltsi nimetuse (endine nimetus oli Vabariiklik Farmatseutiline Teaduslik Ühing). Uude juhatusse valiti S. Pedak (esimees), H. Kangro (esimehe asetäitja), P. Zobel (sekretär), E. Kuik (laekur), I. Podolski, E. Vagane, A. Siim, D. Luik, S. Tomingas, E. Paugus, H. Sikut, L. Tungla ja A. Karrus. Revisjonikomisjoni valiti J. Pats, M. Reinhold ja V. Koppel.

P. Zobel

JÄRGIMIST VÄÄRIV ÜRITUS

2. ja 3. novembril 1965. a. toimus Tartus Lõuna-Eesti sanitaar- ja epidemioloogiajaamade keskharidusega meditsiinitöötajate konverents. Taoline kokkutulek oli vabariigis esmakordne. Korraldamise raskus lasus Tartu linna ja rajooni sanitaar- ja epidemioloogiajaamadel. Osavõtjaid kogunes Tartu Tervishoiutöötajate Majja ligikaudu 160 Jõgeva, Paide, Põlva, Pärnu, Valga, Viljandi, Võru ja Tartu rajoonist ning Tartu linnast. Kuulati 14 ettekannet.

Epideemiatõrje aktuaalsetest probleemidest rääkisid H. Sepp (Viljandi), A. Samre (Tartu) ja L. Meinert (Valga). Ülevaatega desinfektsiooni korraldamisest esinesid J. Välling (Pärnu) ja N. Arulepp (Tartu). Epidemioloogi abi J. Vares esitas huvitava uurimuse helmintoositõrjest Tartu rajoonis. Kui 1959. a. oli ussnugilistega nakatunud 23,2% uuritud elanikest, siis käesoleval ajal on see langenud 5,5%-ni. Häid tulemusi on andnud kooliõpilaste massiline dehelmintiseerimine.

Toitlussanitaariat käsitlesid J. Tšornaja (Pärnu) ja E. Eiber (Tartu). Viimane esitas andmeid Tartu linna kooliõpilaste toitlustamisest viimase kolme

aasta jooksul. Selgus, et sooja toitu saab koolis vaid 37,8% Tartu üldhariduslike koolide õpilastest. Suurem on see protsent I—IV klassi õpilaste hulgas, hoopis madal aga vanemates klassides.

Põllumajanduslike mürkkemikaalide üha laialdasema kasutamisega seotud aktuaalsetel tervishoiualastel probleemidel peatusid M. Ploom (Valga) ja E. Kõrs (Tartu rajoon). Mõlemast ettekandest nähtus, et paljud rajoonide mürkkemikaalide laod ei vasta sanitaar-hügieenilistele nõuetele. Sageli rikutakse majandeis ohutustehnika nõudeid mürkkemikaalidega töötamisel. Kõik laohoidjad, puhtijad jt. ei käi profülaktilistel meditsiinilistel läbivaatustel.

Väga huvitava uurimuse instrumentaalsete ja laboratoorsete meetodite kasutamisest objektide kompleksel sanitaar-hügieenilisel hindamisel esitas sanitaararsti abi B. Padjus (Viljandi). Objektiivseid uuringuid on tehtud mitmetes rajooni tööstustes, koolides ja majandites. Saadud andmed on majandusjuhtidele võimaldanud teha konkreetseid ettepanekuid puuduste kõrvaldamiseks. See on Viljandis andnud häid tulemusi. Sanitaarvelskri tööst maa-arstijaoskonnas rääkis I. Väärsi (Tartu rajooni Kambja Haiglast).

A. Aaving andis ülevaate Tartu rajooni sanitaarharidustööst. Huvitavaid andmeid tööstustööliste sanitaaralastest teadmistest esitas sanitaararsti abi E. Kivilo (Tartu). Kui Tartu Alumiiniumivabrikus vastas küsitlusel õigesti vaid 10% töötajaist, siis toiduainetetööstustes (liha-, piima- ja kalakombinaat) küündis õigete vastuste arv 75—80%-ni.

Konverentsist võttis osa ka Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm, kes esines pikema sõnavõtuga. Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjaga avaldati tänu eeskujuliku töö eest J. Vällingule (Pärnu), A. Postile (Viljandi), S. Luigele (Valga), H. Roosipõllule (Jõgeva), T. Tahurile (Paide), T. Kaarele (Võru), J. Matsalule (Tartu rajoon) ja H. Leisnerile (Tartu linn).

Konverents õnnestus hästi. Saadi palju häid kogemusi ja värskeid mõtteid töö paremaks korraldamiseks. Tehti ettepanek moodustada vabariigis keskharidusega sanitaar- ja epidemioloogia-alal töötajate selts.

M. Sikk

ARSTIDE PÄEVAD SOOMES

14.—20. novembrini 1965. a. toimusid Soome arstide päevad Helsingis. Arstide päevade pidulik avamine oli 14. novembril 1965. a. Kauppakorkeakoulus (Kõrgemas Kaubanduskoolis), kus esinesid Soome Arstide Liidu Täienduskooli osakonna aseesimees professor M. Turunen, Meditsiininõukogu (Medical Board) juhataja professor N. Pesonen, Soome Arstide Liidu Valitsuse esimees dotsent M. Karvonen ja Tampere Keskhaigla peaarst dotsent L. Ojala.

Järgmistel päevadel toimusid haiglates hommikupoolikuti kolmepäevased loengutsüklid, kus Soome tuntumad teadlased, nagu professorid T. Putkonen, A. Turunen, M. Turunen, J. Pätiälä, U. Siirala jt., tutvustasid arste uuemate saavutustega meditsiini mitmesugustel aladel. Erisuguseid loengutsükleid oli 20. Õhtupoolikuti toimusid üldloengud iatrogeensetest haigustest, kiirabi küsimustest, uutest diagnoosimismeetoditest jm., millest võttis osa üle 800 arsti. Soome Arstide Liidu kutsel olid kohale sõitnud ka Põhjamaade (Rootsi, Taani, Norra ja Island), Saksa Föderaalvabariigi ja Inglismaa arstide esindajad.

Arstide päevade ajal oli avatud ulatuslik näitus, kus mitmesugused Soome, Lääne-Euroopa maade ja Ameerika firmad (Pharmacia, Orion, Winthrop, Ciba, Geigy, Godart, Electroyne jt.) tutvustasid väga mitmesuguseid uuemaid ravimeid ja demonstreerisid diagnoosimis- ja raviaparatuure. Firmade esindajad tutvustasid lühemates loengutes ravimeid ja aparaate.

Arstide päevade ajal külastati ühiselt ka mitmeid kunstinäitusi, panoraamkino ja viibiti Soome Rahvusteatri etendusel.

H. Sillastu

JÄRJEKORDNE KOGUMIK

Ilmus Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi järjekordne teaduslike tööde kogumik *, mis on pühendatud Eesti NSV 25. aastapäevale.

Kogumiku esimeses artiklis annab instituudi direktori asetäitja R. Silla ülevaate asutuse tööst viimastel aastatel. Sellele järgneb tervishoiu ministri asetäitja O. Tamme ülevaade Eesti NSV elanike sanitaar-epidemioloogilisest teenindamisest aastail 1940—1941. Muuhulgas selgub artiklist, et pärast nõukogude võimu taaskehtestamist Eestis olid aktiivsemateks organisaatoriteks sanitaar-epidemioloogia

* Сборник докладов пятой научной конференции, Таллин, 1965.

alal tervishoiu rahvakomissar V. Hion, riigi peasanitaarinspektor M. Kask, epideemiatõrje valitsuse ülem A. Paomees, Tartu Linna ja Maakonna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst F. Lepp jt.

Kogumikus esitatakse andmeid soolenakkuste, viiruste ja viirushaiguste, epideemilise hepatiidi, looduskoldeliste ja parasitaarsete haiguste ning laste ja noorukite hügieeni uurimise alalt.

Soolenakkuste etioloogia uurimisel (H. Pihl kaasautoritega) selgus, et peale mitut liiki düsenteeriatekitajate on meil avastatud veel 36 salmonellade ja 14 kolibakterite erinevat seroloogilist tüüpi ning mitmeid sooleviirusi.

Viirusnakkuste valdkonnas avaldatakse andmeid respiratoorsetest haigestumistest meie lastekollektiivides, mis on põhjustatud adenoviirustest (R. Vodja kaasautoritega). Instituudis jätkatakse uurimisi ka poliomüeliidi (A. Jõgiste), gripi (K. Subi) ja epideemilise müalgia immunoloogia (A. Jannus) alal. Viroloogilist uurimistööd käsitlevad L. Leesmendi ja kaasautorite ning A. Jannuse artiklid. Materjale interferooni uurimisest esitab L. Priimägi.

Epideemilise hepatiidi epidemioloogiat, diagnoosimist, kliinikut ja profülaktikat käsitleb kogumikus 9 tööd. Neist selgub, et see nakkus on meil levinud peamiselt koolides (G. Medinski ja J. Reinaru). Tõhusaks tõrjevahendiks on gammaglobuliin, millega võib mõjustada koguni haigestumise sesoonsust (H. Kreek). Diagnoosimisel peetakse tähtsaks ka selliseid uuringuid nagu komplemendi sidumise reaktsioon (H. Ilves), anti-O-streptolüsiini tiitri määramine (S. Kallas) ja uriini värvus-sadestusreaktsioon J. Kimbarovski järgi (J. Reinaru).

Looduskoldelistest ja parasitaarsetest haigustest leiavad käsitlemist toksoplasmoos ja ornitoos. Esitatakse seisukohti toksoplasmoosi puhul tehtavate immunoloogiliste reaktsioonide interpreteerimisest (D. Zasuhhin ja A. Jõgiste) ja andmeid lindude osast selle nakkuse epidemioloogias (A. Jõgiste). Ornitoosi uurimisel saadud esialgsed andmed (H. Pihl kaasautoritega) osutavad selle nakkuse võrdlemisi laialdasele levikule Eesti tuvide jt. lindude hulgas. Tõestati esmakordselt Nõukogude Liidus, et ornitoosi põevad kalkunid, aulid ja mõned kajaka liigid. Seroloogiliste ja kliiniliste uurimiste alusel on tõestatud selle nakkuse esinemine ka meie elanikel.

Laste ja noorukite hügieeni käsitleb M. Pavlovi töö sportimise ja liikumise toimest õpilaste töövõimesse. H. Roots ja A. Rihma esitavad täiendavalt andmeid Tallinna kooliõpilaste toitlustamisest. Samuti on uuritud õpilase organismi funktsionaalse seisundi muutusi ühe päeva jooksul (R. Silla), klassirežiimi toimet õpilaste termoregulatsiooni (E. Strižˇ kaasautoritega) ja tootmisõpetusega seotud probleeme (M. Teoste). Kogumik lõpeb V. Hioni uurimistöö kokkuvõttega, milles ta võrdleb Tallinna lasteaedade laste füüsilise arengu näitajaid NSV Liidu mõnede linnade analoogiliste andmetega.

H. Pihl

SISUKORD

Teooria ja praktika

K. VILLAKO — Gastroenteroloogia arendamise vajadusest Eesti NSV-s . 3

V. RÄTSEP — Kroonilise gastriidi diagnoosimisest 5

V. SALUPERE, A. TAMM ja B. KUTTI — Maosekretsiooni mõningatest nihetest haavandtõve puhul . . . 8

N. SACHRIS — Peensoole uurimise võimalustest ja viisidest 13

L. NURMAND — Nahahaiguste ja gastroenteroloogiliste häirete seosest (Kirjanduse ülevaade) 16

V. SOLOVJOV — Mitraalstenoosi põdevate haigete kirurgilise ravi kogemusi 19

L. KERES — Ägeda kopsupõletikuga imikute kodusest ravimisest . . . 23

V. MOSSIN — Angiini retsidiivide põhjustest 27

E. LAANE — Latentse Hegglini sündroomi määramine Valsalva katsu abil 30

A. TALIHÄRM — Hormoonravi kasutamise kogemustest kopsukirurgias . 33

Tervishoiu organisatsioon

V. MILLER — Gastroenteroloogiakabineti tööst 36

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

S. UMANSKI ja V. RÄTSEP — Maosekretsiooni määramise efektiivsed meetodid sondi kasutamiseta . . . 39

L. MARDNA, A. KATINA ja V. VALDES — Pikaajalisest steroidravist põhjustatud neerupealiste atroofia . 42

Õ. TEEÄÄR ja V. LAURAND — Pulpiitide ravimine diatermokoagulatsioonimeetodil 44

Abiks velskritele ja õdedele

H. KADASTIK — Neurooside ravist . 47

A. VAPRA, D. PIHELGAS ja I. ROOTSMÄE — Bitsilliini manustamisest tingitud anafülaktilisest šokist 50

Kaadri ettevalmistamine

J. SAARMA — Kutse-eetika kasvatamisest Tartu Riikliku Ülikooli Arsteteaduskonnas 52

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

К. ВИЛЛАКО — О необходимости развития гастроэнтерологии в Эстонской ССР

В. РЯТСЕП — О диагностике хронического гастрита

В. САЛУПЕРЕ, А. ТАММ и Б. КУТТИ — О некоторых сдвигах в желудочной секреции при язвенной болезни

Н. САХРИС — О возможностях и методах исследования тонкого кишечника

Л. НУРМАНД — О связи болезней кожи с нарушением пищеварения (Обзор литературы)

В. СОЛОВЬЕВ — Опыт хирургического лечения больных митральным стенозом

Л. КЕРЕС — О медицинском обслуживании в домашних условиях грудных детей, больных воспалением легких

В. МОСИН — Причины рецидивов ангин

Э. ЛААНЕ — Применение пробы Вальсальвы для выявления скрытого синдрома Хегглина

А. ТАЛИХЯРМ — Об опыте применения гормонотерапии в легочной хирургии

Организация здравоохранения

В. МИЛЛЕР — О работе гастроэнтерологического кабинета

Обмен опытом и казуистика

С. УМАНСКИЙ и В. РЯТСЕП — Эффективные методы определения секреции желудка без применения желудочного зонда

Л. МАРДНА, А. КАТИНА и В. ВАЛЬДЕС — Об атрофии надпочечников при длительной стероидной терапии

Ы. ТЕЭЯАР и В. ЛАУРАНД — Лечение пульпитов методом диатермокоагуляции

В помощь фельдшерам и сестрам

Х. КАДАСТИК — О лечении неврозов

А. ВАПРА, Д. ПИХЕЛЬГАС и И. РООТСМЯЭ — Анафилактический шок, вызванный введением бициллина

Подготовка кадров

Ю. СААРМА — О преподавании профессиональной этики на медицинском факультете Тартуского государственного университета

Arstiteaduse ajaloost

H. GUSTAVSON — Esimene eesti apteegimäärustik 55

Konverentsid ja nõupidamised

M. MÄGI — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Neuroloogia Instituudi ja TRÜ neuroloogia kateedri ühendatud sessioon Tartus 59

T. REKK — Stomatoloogide pleenum ja sessioon 59

P. ZOBEL — Apteegitöötajate XII vabariiklik konverents 60

V. RÄTSEP — I vabariiklik gastroenteroloogia-alane seminar-konverents . 60

H. ROHTLA — VII vabariiklik ftisiaatrite konverents 61

H. JÄNES — Teaduslik sessioon Kohtla-Järvel 61

B. LIBERMAN — Üleliidulise Kardioloogide Teadusliku Seltsi juhatuse pleenumilt 62

B. SCHAMARDIN — Teaduslik sessioon südame ja veresoonkonna tegevuse regulatsioonimehhanismide küsimustes 63

B. SCHAMARDIN — Teaduste ajaloo konverents 63

E. VEINPALU — Füsioterapeutide ja kurortoloogide üleliiduline kongress . 64

G. LOOGNA — Onkoloogia-alane nõupidamine 64

T. KUSLAP — Teaduslik sessioon Moskvas 64

Tähtpäevad

Eesti NSV teeneline arst L. Sõrmus 50-aastane 65

Mitmesugust

I. MARIPUU — Hingamisfüsioloogia-alaste terminite ühtlustamisest . . 66

M. SIKK — Reisimärkmeid Rumeenia Sotsialistlikust Vabariigist 69

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Mõned uuemad ravimpreparaadid 71

Kroonika 72

Из истории медицины

Х. ГУСТАВСОН — Первый эстонский аптечный устав

Конференции и совещания

М. МЯГИ — Объединенная сессия Института неврологии Академии медицинских наук СССР и кафедры неврологии Тартуского гос. университета в Тарту

Т. РЕКК — Пленум и сессия стоматологов

П. ЗОБЕЛЬ — XII республиканская конференция аптечных работников

В. РЯТСЕП — I республиканская семинар-конференция по гастроэнтерологии

Х. РОХТЛА — VII республиканская конференция фтизиатров

Х. ЯНЕС — Научная сессия в Кохтла-Ярве

Б. ЛИБЕРМАН — О пленуме правления Всесоюзного научного кардиологического общества

Б. ШАМАРДИН — Научная сессия по вопросам деятельности регулаторных механизмов сердца и кровеносных сосудов

Б. ШАМАРДИН — Конференция по истории наук

Э. ВЕЙНПАЛУ — Всесоюзный съезд физиотерапевтов и курортологов

Г. ЛООГНА — Совещание по вопросам онкологии

Т. КУСЛАП — Научная сессия в Москве

Юбилейные даты

50-летие заслуженного врача Эстонской ССР Л. Сырмус

Разное

И. МАРИПУУ — Об унификации терминов в области физиологии дыхания

М. СИКК — Путевые заметки из Румынской Социалистической Республики

Новые лекарственные препараты

Х. КАНГРО — Некоторые новые лекарственные препараты

Хроника

Õiendus

Eksikombel puuduvad lk. 64 kaks alumist rida, nimelt ... 1951—1955. Kui välja arvata riigid, kus poliomüeliidivastast vaktsineerimist elusvaktsiiniga ei tehtud või tehti seda ainult piiratud ulatuses (Prantsusmaa, Itaalia, ...

Tell. nr. 9865.

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
U. Meikas, A. Nordberg, E. Raudam, H. Roots (toimetaja asetäitja),
J. Saarma, A. Sarap ja **O. Tamm** (toimetaja).

2
Märts-
Aprill

9. AASTAKÄIK

KIRJASTUS «PERIOODIKA»
TALLINN 1966

TOIMETUSE NÕUKOGU

M. HOLM (Jõgeva)
A. JUHASOO (Põlva)
R. KARIES (Haapsalu)
A. KLINK (Võru)
H. KREEK (Pärnu)
J. LEBEDEV (Kohtla-Järve)
V. LUKA (Viljandi)
L. MAURER (Tallinn)
D. PÄRN (Hiiumaa)
P. RAHU (Valga)
L. SIIRAK (Harju rajoon)
M. SIKK (Tartu rajoon)
M. SILLAND (Narva)
G. SUKLES (Rapla)
A. TAMM (Paide)
U. VAGUR (Rakvere)
V. VESSAR (Tartu)
E. VÄÄRT (Kingissepa)

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
69111

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке

Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 23. II 1966. Trükkimisele antud 26. III 1966. Trükiarv 5300. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108 1/16. Trükipoognaid 5,25 + 2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,235. Tellimise nr. 1502. MB-03032.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7, Telefon 456-82
Väljaandja: Kirjastus «Perioodika», Tallinn.

NAKKUSHAIGUSTE VÄHENDAMISEST JA LIKVIDEERIMISEST EESTI NSV-s

O. TAMM ja *K. VASSILJEVA*

Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1960. a. määrus «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» kohustas tervishoiuorganeid lähemal ajal vähendama ja likvideerima esmajärjekorras nakkushaigused. Tänu arstiteaduse saavutustele ning elanike materiaalse ja kultuurilise taseme tõusule oli selle ülesande lahendamine osaliselt võimalik juba möödunud seitseaastakul.

Nakkushaiguste vähendamiseks ja likvideerimiseks on viimase viie aasta jooksul tugevdatud vabariigi tervishoiuasutuste materiaalset baasi ja tarvitusele võetud mitmeid organisatsioonilisi abinõusid. Erilist tähelepanu pöörati vaktsineerimisele. Kaitsepookimistega hõlmatud laste arv on pidevalt kasvanud ja paremini on korraldatud kaitsepookimiste arvestus. Lastepolikliinikutes organiseeriti vaktsineerimiskabinetid, polikliinikutes loodi nakkushaiguste kabinetid, Tallinnas, Narvas ja Rakveres anti ekspluatatsiooni uued nakkushaiglad jne. Et nakkushaigusi paremini diagnoosida, avati vabariiklik organisatsioonilis-metoodiline nakkushaiguste kabinet. Samuti pööratakse tähelepanu arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisele jne.

Võib öelda, et viimaste aastate jooksul on vabariigis tehtud tõhusat tööd nakkushaiguste vähendamiseks ja likvideerimiseks. Malaaria on NSV Liidus juba 1960. a. alates likvideeritud. Eesti NSV-s ei ole kohaliku päritoluga malaariajuhte pärast 1956. a. enam ette tulnud. Kui arvestada seda, et malaaria on levinud paljudes välisriikides, on selle nakkuse sissetoomise võimalus vabariiki ikkagi olemas. Seda soodustab mitmeti tööstusliku kalapüügi laienemine ja kalapüügilaevade kurseerimine välisriikide vetes ja sadamates.

Tihedas koostöös põllumajandustöötajate ja -asutustega, eelkõige aga veterinaariateenistusega oleme jõudnud niikaugele, et inimeste ja loomade haigestumist brutselloosi ja marutõppe pole viimasel ajal esinenud.

Kuigi paljude aastate vältel on registreeritud ainult üksikuid teetanusejuhte aastas, ei saa võitlust selle haiguse vastu veel rahuldavaks pidada. Lubamatult aeglaselt viiakse ellu aktiivset ja passiivset profülaktikat traumade puhul. Sanitaarselgitustöö sel alal on küllaltki puudulik. Meditsiinitöötajate poole pöördub mikrotraumadega veel liiga vähe elanikke.

Häid tulemusi on saavutanud Eesti NSV tervishoiuorganid difteeriasse haigestumise vähendamisel. Varajasematel aastatel oli difteeria Eesti NSV-s väga levinud. Sõjajärgsetel aastatel aset leidnud difteeriavastased vaktsineerimised vähendasid difteeriasse haigestumist tunduvalt. Haigestumise järjekindlat vähenemist võis märgata juba 1952. aastal. 1950. aastal küündis haigestumus 10 000 elaniku kohta 7,0, 1959. aastal 0,8 ja 1962. aastast alates on registreeritud ainult üksikuid difteeriajuhte. 1965. aastal ei ole vabariigis difteeriasse haigestumist enam ette tulnud.

Difteeriasse haigestumise ärahoidmiseks on kaitsepookimistega vaja hõlmata kõiki vaktsineerimisele või revaktsineerimisele kuuluvaid

elanikke, kusjuures edaspidi peab jälgima immuunsuse püsivust. Oluliseks ülesandeks on ka see, et difteeriatekitajate ringlust edaspidi vähendataks, mida on võimalik teha pisikukandjate aktiivse avastamise ja saneerimise teel.

Ei tohi unustada, et ulatusliku vaktsineerimise tulemusena võib difteeria kliiniline pilt muutuda atüüpiliseks, mis raskendab haiguse õigeaegset avastamist. Seetõttu on laboratoorne diagnoosimine praegu eriti tähtis.

Leetrite spetsiifilisele profülaktikale hakatakse pöörama erilist tähelepanu. Pärast selle probleemi põhjalikumat uurimist ja väiksema reaktogeensusega vaktsiinipreparaatide ning konkreetsete vaktsineerimisskeemide saamist hakatakse laialdaselt organiseerima spetsiifilist profülaktikat.

Viimaste aastate jooksul on loodud soodsad tingimused, mis võimaldavad tõhusalt võidelda läkaköha vastu. Tervishoiuasutuste käsutuses on mõjus profülaktikavahend — läkaköhavaktsiin ning selle kombinatsioonid difteeria ja teetanuse anatoksiinidega. Nende preparaatide kasutamine läkaköha profülaktikaks algas Eesti NSV-s 1957. a. lõpul ja andis esimesed tulemused juba 1959. a., mil haigestumise näitaja 10 000 elaniku kohta oli 23,1 (1958. aastal 53,8). Viimase kolme aasta jooksul on see veelgi vähenenud (1964. a. 1,4). 7 aasta vanuste laste vaktsineerimine alates 1963. a., samuti laboratoorne diagnoosimine (mis võimaldab diferentseerida läkaköha paraläkaköhast) on põhjuseks, miks läkaköhasse haigestumine ka edaspidi tunduvalt väheneb. Käesoleval ajal tuleb juba mõelda paraläkaköha profülaktikale, mida alustati vabariigis 1964. aastal. Esialgu toimub see paraläkaköha monovaktsiiniga võrdlemisi piiratud ulatuses. 1966. aastal laiendatakse seda tööd veelgi, kusjuures võetakse kasutusele kombineeritud preparaat AKDS-para.

Kõige edukam on vabariigis olnud võitlus poliomüeliidi vastu, millesse haigestumist pole enam registreeritud 1962. a. alates. Vaktsineerimise õige süsteem, selle täpne korraldamine, immuunsuse ja viiruse tsirkuleerimise kontrollimine elanike hulgas peavad saadud tulemusi stabiliseerima ka edaspidi.

Haigestumine epideemilisse hepatiiti püsib viimastel aastatel veel kõrgel tasemel, selle vähenemist täheldatakse ainult õpilaste hulgas. Et epideemiline hepatiit on küllaltki laialdaselt levinud, tuleb sellele nakkusele erilist tähelepanu pöörata, vaatamata sellele, et spetsiifilise profülaktika meetodid puuduvad. Et epideemilise hepatiidi kliiniline pilt on polümorfne, mille tõttu haigete täielik ja õigeaegne avastamine on raskendatud, on vaja laialdaselt kasutada käesoleval ajal soovitatavaid laboratoorseid uurimismeetodeid. Selleks on tarvis suurendada biokeemialaboratooriume. Rohkem tähelepanu vajab epideemilist hepatiiti põdenud isikute dispanseerimine epideemiaeelsel perioodil. Ka edaspidi on tarvis laialdaselt kasutada gammaglobuliinprofülaktikat õpilaste, eriti aga eelkooliealiste laste hulgas. Tunduvalt on vaja parandada gammaglobuliinprofülaktikat haiguskolletes.

Viimase ajani on vabariigis vähe tähelepanu pööratud parenteraalse hepatiidi profülaktikale. Üks abinõusid selle haiguse ärahoidmiseks, s. o. ühekordselt tarvitatavate nõelte kasutusele võtmine meditsiinipraktikas, on kõikides tervishoiuasutustes ette nähtud 1966. aastal. Ka edaspidi on tarvis tugevdada abinõusid raviasutustes kasutatava meditsiinilise instrumentaariumi nõuetekohaseks steriliseerimiseks tsentraliseeritud korras.

Kuigi ägedatesse soolehaigustesse haigestumine on tunduvalt vähenenud, püsis see (eriti düsenteeria) 1964. aastal, võrreldes 1963. aastaga, ikka veel kõrgel tasemel. Paljudes linnades ja rajoonides vallandub düsenteeriapuhanguid, tuleb ette haigestumise kõrgenemise sesoonsust, kusjuures haigestumine eelkooliealiste laste hulgas on kõrge. Kohalikud

ravi- ja profülaktikaasutused veel ei taga ägedate soolehaigustega haigete varajast avastamist, haiguse õiget diagnoosimist ja ravimist, mis isegi tähtsusetu ebasanitaarsuse puhul haiguskoldes põhjustab haiguse levimist. Mitteõigeaegne ja mitte alati kohe algul õigesti tarvitusele võetud abinõud haiguskoldes loovad sageli võimaluse haiguse veelgi laialdasemaks levikuks. Nakkushaiguste kabinetid, mis peavad tagama haigete dispanseerimise, ei tööta kõikides linnades ja rajoonides nõutaval tasemel.

Senisest suuremat tähelepanu on vaja pöörata eelkooliealiste laste asutuste sanitaarsele seisundile, sest nendele langeb küllaltki suur osa ägedate soolehaiguste puhangutest.

Soolenakkuste vastu võitlemiseks kasutatavate meditsiiniliste ürituste kompleks võimaldab vähendada neid haigusi ka edaspidi. Nakkuse levikuteede katkestamiseks on oluline tähtsus väliskeskkonna tervistamisel, veevarustuse ja kanalisatsiooni parandamisel. Samuti etendavad tähtsat osa linnade puhastamine, kärbsetõrje, eriti aga toitlustusettevõtete sanitaarse seisundi parandamine. Kõik need küsimused on tähtsad ka kõhutüüfusesse ja paratüüfusesse haigestumise vähendamisel, sest nimetatud haiguste puhul ei täheldata küllaldast vähenemistendentsi.

Vabariigi linnade, asustatud punktide ja üksikute objektide sanitaarse seisundi parandamise küsimus tuleb lahendada koos kommunaalmajanduse, ametkondlike ning majandusorganitega partei ja nõukogude asutuste juhtimisel, kusjuures on tarvis arvestada epidemioloogilist suunda ja lähtuda konkreetsest kohalikust olukorrast.

Ägedate soolehaiguste vähendamiseks on suur tähtsus elanike sanitaarkultuurilisel tasemel. Meil ei tohi olla inimesi, kes rikuvad hügieenireegleid. Meditsiinitöötajad peavad kasutama kõiki meetodeid, et õpetada inimestele, kuidas kaitsta ennast soolenakkustesse haigestumise eest ja aktiivselt osa võtta kõikide nakkushaiguste vähendamisest ja likvideerimisest.

О СНИЖЕНИИ И ЛИКВИДАЦИИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЭСТОНСКОЙ ССР

О. Тамм и К. Васильева

Резюме

В последние годы в республике проводилась действенная работа по снижению и ликвидации инфекционных заболеваний. Случаев заболевания малярией местного происхождения после 1956 года уже не было, также как и после 1962 года случаев полиомиелита. Значительные успехи достигнуты в деле ликвидации бруцеллеза и бешенства Отсутствие случаев заболеваний сыпным тифом свидетельствует об эффективности мероприятий по борьбе с этой инфекцией. Хорошие результаты были достигнуты работниками здравоохранения по снижению заболевания дифтерией, и начиная с 1962 г., регистрируются только единичные случаи этого заболевания, а с 1965 г. заболеваний дифтерией в республике не было.

Большое внимание обращается на профилактику кори, и в ближайшие годы специфическая профилактика этого заболевания будет широко внедрена в практику. В распоряжении органов здравоохранения с 1957 г. имеется вакцина против коклюша, вследствие чего заболеваемость этой инфекцией значительно снизилась. В 1964 г. начали применять специфическую профилактику паракоклюша.

Заболеваемость эпидемическим гепатитом в последние годы держится на высоком уровне, снижение наблюдается только среди детей школьного возраста. Несмотря на отсутствие методов специфической профилактики, на это инфекционное заболевание необходимо обратить пристальное внимание (ранний диагноз, диспансеризация реконвалесцентов, профилактика гамма-глобулином, предупреждение парэнтерального гепатита и т. д.).

Все еще регистрируются случаи острых кишечных заболеваний (особенно дизентерией). С целью уменьшения их числа необходимо обратить больше внимания на оздоровление внешней среды и проведение санитарно-просветительной работы.

ANDMEID 1965. AASTA GRIPIPUHANGU KOHTA

Arstiteaduse kandidaadid *K. SUBI* ja *V. VASSILENKO*, ning *R. VODJA*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

1965. aasta jaanuaris ja veebruaris registreeriti Tallinnas, Kohtla-Järvel, Narvas, Tartus jt. suuremates keskustes ning paljudes rajoonides ägedatesse hingamisteede katarridesse haigestumise järsku tõusu, mida epidemioloogiliselt ja kliiniliselt tõlgendati gripipuhanguna. Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida peamiselt laboratoorsete meetoditega selle epideemia laadi ja etioloogiat.

Kliinilisi andmeid kogusime Narvas, Kohtla-Järvel, Tallinnas ja Tartus kokku 143 haige kohta. Suurel osal neist algas haigus ägedalt: tekkisid tugev peavalu ja valud jäsemetes või kehas, kehatemperatuur tõusis 64%-l enamasti kohe haiguse algul (38—40° C) ja püsis mitu päeva. 36%-l uurituist oli see subfebriilne. Ülemiste hingamisteede katarri nähte (mõõdukas neeluhüpereemia) täheldasime 82%-l haigetest.

Gripi kulg oli üldiselt healoomuline, kuid paljudel põdejatel püsisid intoksikatsiooni nähud (loidus, apaatia, nõrkustunne) ka pärast ägedate nähtude möödumist. Haiguse ägedas perioodis tekkis 3 haigel bronhopneumoonia.

Viroloogilisteks uuringuteks võtsime 56 haigelt kurgu- ja ninalima, millega tegime 3 passaaži nii kanaembrüol kui ka koekultuuril HEp-2. Kanaembrüo amnionivedelikust ei õnnestunud meil ühelgi juhul gripiviirust isoleerida. Kõik passaažid koekultuuril osutusid tsütopatogeenset efekti tekitavate viiruslike agensite (adenoviirused, paljud *Coxsackie*, *ECHO*- jt. viirused) suhtes samuti negatiivseks.

71 haige paaris-seerumis uurisime hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsiooni ja komplemendi sidumise reaktsiooni abil antikehade tiitri muutusi. Esimeses reaktsioonis kasutasime gripi antigeenina viiruse tüvesid A-PR8, A_1-Pan, A_2-2GDR/63, B-Mih, teises reaktsioonis 2 viimast antigeeni ja osal juhtudest tüve C-1233. Peale gripiviiruse antikehade uurisime ka Sendai ja adenoviiruse antikehade tiitri dünaamikat. Hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsioonis oli indikaatoriks 0,75%-line inimese vere (0-grupi) erütrotsüütide suspensioon.

Tabel 1

Paaris-seerumite uurimise tulemused komplemendi sidumise reaktsiooni abil

Viirus	Haigete arv	Antikehade tiitri tõus		Keskmine geomeetriline tiiter		Tiitri tõusu koefitsient
		ei esine	esineb	I seerumis	II seerumis	
I. gripiviirus						
A_2	71	31	40	4,0±0,42	24,2±0,56	5,6
B	71	57	14	4,0±0,38	11,3±0,58	3,5
C	20	18	2	24,2±0,86	30,0±0,62	1,3
II. Sendai viirus	71	71	—	4,6±0,44	4,6±0,44	1,0
III. Adenoviirus	71	71	—	12,1±0,56	8,0±0,56	1,0

Seroloogiliste uurimiste tulemused näitavad ilmekalt, et gripipuhangut 1965. a. talvel põhjustas gripiviiruse tüüp A_2 (vt. tabel 1 ja 2).

Enamikul haigetest tõusis antikehade tiiter viiruse tüübi A_2 suhtes: komplementi siduvate antikehade osas 56%-l ja antihemaglutiniinide osas 62%-l haigetest. Tiitri küllaltki tugeva tõusu tagajärjel kasvas komplementi siduvate antikehade keskmine geomeetriline tiiter 4,0-st 24,2-ni

Tabel 2

Paaris-seerumite uurimise tulemused hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsiooni abil

Viirus	Haigete arv	Antikehade tiitri tõus		Keskmine geomeetriline tiiter		Tiitri tõusu koefitsient
		ei esine	esineb	I seerumis	II seerumis	
I. gripiviirus						
A	70	67	3	4,6±0,48	5,7±0,54	1,1
A_1	70	69	1	32,0±0,4	32,0±0,44	1,1
A_2	70	26	44	28,0±0,68	138,0±0,14	7,1
B	70	66	4	39,0±0,43	34,0±0,38	1,3
II. Sendai	70	65	5	13,9±0,52	13,9±0,54	1,3

ning antihemaglutiniinide keskmine geomeetriline tiiter 28,0-st 138,0-ni. Paralleelselt kummaski reaktsioonis täheldati antikehade tiitri tõusu 29-l, kusjuures ainult antihemaglutiniinide tiiter tõusis 15-l ja ainult komplementi siduvate antikehade tiiter 11 haigel. Seega õnnestus meil grippi seroloogiliselt diagnoosida 55 isikul ehk 77,5%-l uuritutest.

Eespool toodud tabelitest aga ilmneb, et osal haigetest tõusis antikehade tiiter ka teiste gripiviiruse tüüpide ja Sendai viiruse suhtes. Kõige sagedamini täheldasime seda gripiviiruse tüübi B komplementi siduvate antikehade puhul (14 haigel). Siit sai alguse küsimus, kas B või teiste viiruse tüüpide antikehade tiitri tõus oli tingitud segainfektsioonist või peegeldas see eespool nimetatud antikehade produktsiooni taasteket heteroloogilise antigeeni, käesoleval juhul tüübi A_2 toimel (anamnestiline reaktsioon).

Uurimistulemuste edasisel analüüsimisel selgus, et ühelgi haigel ei registreeritud tüübi B ega teiste uuritud viiruste antikehade tiitri tõusu omaette, nagu seda oleks võinud oodata segainfektsiooni korral, vaid see kaasnes alati tüübi A_2 antikehade tiitri tõusuga. Siinjuures tuleb märkida, et tüübi B antikehade tiiter tõusis just nendel haigetel, kellel immunoloogiline reaktsioon gripiviiruse tüübi A_2 suhtes oli tugevam. Näiteks isikutel, kellel tüübi B antikehade tiiter tõusis, oli tüübi A_2 komplementi siduvate antikehade tiitri tõusu koefitsient 8,7 ja nendel haigetel, kellel tüübi B antikehade tiiter ei tõusnud, oli see 3,7.

Küsimuse lõplikuks lahendamiseks kogusime osal isikutest, kellel konstateeriti tüübi B antikehade tiitri tõusu, vereseerumit veel kolmandat korda, umbes 2,5 kuud pärast haigestumist. Kirjanduse andmeil (3) on anamnestilisest reaktsioonist tingitud antikehade tiitri tõus lühiajaline. Uurimise tulemustest ilmneski, et kui gripiviiruse tüübi A_2 antikehade tiiter püsis kolmandas seerumiproovis endisel kõrgusel, siis oli tüübi B antikehade tiiter tunduvalt langenud. See tõestas veel kord, et vaadeldava puhangu põhjustas gripiviiruse tüüp A_2 ning küsimus teiste viiruste antikehade tiitri tõusust lahenes anamnestilise reaktsiooni, mitte aga segainfektsiooni kasuks.

Gripiviirus A_2 on tekkinud gripiviiruse A evolutsiooni tagajärjel, mis varem tsirkuleerinud gripiviirustest A ja A_1 erines bioloogiliste omaduste poolest [A. Gorbunova (2)]. Viirus A_2 avastati esmakordselt 1957. aastal

nn. aasia gripi pandeemia puhul. Järgmistel aastatel on ta olnud gripipuhangute kõige sagedasemaks tekitajaks nii Nõukogude Liidus kui ka teistes maades.

Gripiviiruse A (käesoleval ajal tüübi A_2) poolt tekitatud epideemiate suhteliselt sageda puhkemise peamisteks põhjusteks ongi mainitud tekitajate antigeense struktuuri suur muutlikkus ja immuunsuse lühiajalisus. Kui gripiviiruse B poolt põhjustatud immuunsus püsib keskmiselt 3—4 aastat, siis A_2 puhul on see aeg 1—2 aastat [A. Smorodintsev, A. Korovin (5)], mõnede autorite järgi [K. Vassiljev ja A. Berzupe (1)] isegi ainult pool aastat.

NSV Liidu Regionaalse Gripitsentrumi (4) andmeil oli humoraalne immuunsus 1964. a. tüübi A_2 suhtes eriti madal, mis kutsuski esile uue gripipuhangu 1965. aastal. Eriti laiaulatuslik oli see Leningradis. Leningradi kolleegid [E. Fridman jt. (6)] isoleerisid kaks viirustüve A_2. Nimetatud autorid juhivad tähelepanu sellele, et puhangu tekitajat oli erakordselt raske eraldada. See läks neil korda alles pärast rohkem kui 10 passaaži.

Meil ei õnnestunud gripi tekitajat isoleerida, kuid asjaolu, et tüvespetsiifiline hemaglutinatsiooni pidurdumise reaktsioon andis isegi rohkem positiivseid resultaate kui tüübispetsiifiline komplemendi sidumise reaktsioon, lubab eeldada, et uuritava gripipuhangu tekitaja antigeenne struktuur meie poolt antigeenina kasutatud tüvest A_2-2GDR/63 põhiliselt ei erinenud.

KIRJANDUS: 1. Васильев К. Т., Берзупе А. К. В кн.: Вопросы вирусологии. Рига, 1963, 87—93. — 2. Горбунова А. С. Вопр. вирусол., 1959, 4, 401—406. — 3. Закстельская Л. Я., Шендерович С. Б. Тезисы докладов межинститутской конференции по гриппу Академии Медицинских наук СССР в Ленинграде 20—24 июня 1961. Л., 131—132. — 4. Обзор Регионального центра СССР по гриппу, IV квартал 1964 г. М., 1965. — 5. Смородинцев А. А., Коровин А. А. Грипп. Л., 1961. — 6. Фридман Э. А. и др. Авторефераты и краткие сообщения к итоговой конференции Института имени Пастера с участием представителей северо-западных областей, 20—22 апреля 1965 г. Л., 1965, 48—49.

ДАННЫЕ О ВСПЫШКЕ ГРИППА В 1965 ГОДУ

К. Суби, В. Василенко и *Р. Водья*

Резюме

В январе и феврале 1965 года во многих городах и районах ЭССР было зарегистрировано заболевание острым катарром дыхательных путей, которое клинически и эпидемиологически расценивали как вспышку гриппа.

Были получены клинические данные относительно 143 больных. У большинства заболевание началось остро: возникли сильные головные боли, боли в теле или конечностях, повышение температуры тела, явления катарра верхних дыхательных путей.

У 56 больных была взята для вирусологических исследований слизь из носоглотки, которую провели через 3 пассажа как на курином эмбрионе, так и на культуре ткани HEp-2 и были получены отрицательные результаты.

У 71 больного изучали в парных сыворотках изменения титра антител с помощью реакций задержки гемагглютинации и реакции связывания комплемента. Результаты серологических исследований с очевидностью показывают, что вспышку гриппа зимой 1965 года вызвал вирус гриппа типа A_2.

Серологически удалось диагностировать грипп у 55 человек, т. е. у 77,5% обследованных.

У некоторых больных было обнаружено повышение титра антител также и по отношению к другим типам вируса гриппа и вирусу Сендай. Наиболее часто это относилось к комплемент-связывающим антителам типа B (у 14 больных).

Исследования показали, что в этих случаях имела место анамнестическая реакция, а не смешанная инфекция.

То обстоятельство, что штаммоспецифическая реакция задержки гемагглютинации дала даже больше положительных результатов, чем типоспецифическая реакция связывания комплемента позволяет предположить, что антигенная структура возбудителя вспышки гриппа существенно не отличалась от используемого в качестве антигена штамма A_2-2 GDR/63.

TÜREOTOKSIKOOSIHAIGETE RAVIST PÄRAST STRUUMA RESETSEERIMIST

E. TEEÄÄR

(Tartu Riikliku Ülikooli hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *H. Petlem*)

Enamikul türeotoksikoosihaigeist täheldatakse pärast struuma resetseerimist põhiainevahetuse, temperatuuri, pulsisageduse ja vererõhu tõusu, suurenenud higistamist, rahutust, nõrkustunnet jt. nähte. Selline operatsioonijärgne reaktsioon on spetsiifiline tüsistus, mis ilmneb juba esimestel päevadel pärast operatsiooni. Reaktsiooni olemus pole käesoleva ajani veel selge, kuid enamik endokrinoloogidest [näiteks I. Harvat (9), A. Martõnov (4), O. Nikolajev (6) jt.] arvab, et tegemist on türeotoksilise reaktsiooniga.

Kõige tõhusamaks sel puhul peetakse spetsiifilisi türeostaatilisi ravimeid (tiouratsiil, merkasoliil) ja joodi, mida sageli antakse haigetele enne operatsiooni pika aja vältel [V. Baranov (1), H. Lahey ja E. Bartels (13), Š. Milcu (5), G. Crile (11) jt.].

Reaktsiooni otsene ravi pärast operatsiooni seni kasutusel olevate võtete ja ravimitega (transfusioonid ja infusioonid, südamevahendid, uinutid jt. ravimid) jääb mõjuvuselt maha spetsiifilisest ettevalmistusest. Et niisugune ettevalmistus võtab sageli kaua aega või seda haiged isegi ei talu, jääb operatsioonijärgse ravi võimaluste uurimine endiselt aktuaalseks.

Viimastel aastatel on kirjanduses ilmunud üksikuid teateid hibernatsioonravi [A. Laborit ja P. Huguenard (3)] ja hüpotermia edukast kasutamisest pärast struuma resetseerimist [G. Gurevitš 1955 (2), M. Carbone 1962 (10), I. Gregl jt. 1962 (12), B. Petrovski ja V. Semjonov 1961 (7), S. Rjadnov 1962 (8)]. Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas kasutatakse nimetatud raviviisi juba 1960. aastast alates, kusjuures saadud kogemused lubavad teha mõningaid järeldusi.

Et türeotoksikoosihaigeid pärast operatsiooni edukalt ravida, on kõigepealt tarvis pidevalt jälgida haige kehatemperatuuri, pulsisagedust, vererõhku ja hingamistegevust. Alustasime seda juba operatsioonilaual ja jätkasime hiljem. Pärast operatsiooni tehti mõõtmisi 1—3-tunniliste vaheaegade järel olenevalt näitajate stabiilsusest (kõikumiste puhul mõõdetakse sagedamini). Pulsi kiirenemine ja temperatuuri tõus signaliseerivad reaktsiooni algust. Kui temperatuur tõusis 37,5—38° piiresse, süstisime püramidooni 5%-list lahust (5,0 lihasesse). Kergematel juhtudel sellega ravi piirduski. Kui püramidooni manustamisele vaatamata temperatuur taas tõusis ja reaktsiooninähud süvenesid, jätkasime ravi lüütiliste segudega.

Lüütiline segu sisaldas neuropleegilistest vahenditest kas aminasiini (2,5%-list lahust 1,0—2,0), heksametooni (2%-list lahust 1,0) või propasiini (2,5%-list lahust 2,0). Antihistamiinse komponendina kasutasime dimedrooli (2,5%-list lahust 2,0) ja valuvaigistina promedooli (2%-list lahust 1,0). Segu süstisime lihasesse.

Pärast püramidooni ja lüütiliste segude süstimist kerge ja keskmise raskusega operatsioonijärgse reaktsiooni nähud vähenesid või kadusid hoopis — haiged rahunesid, pulss aeglustus, temperatuur, põhiainevahetus ja vererõhk langesid.

Raske operatsioonijärgse reaktsiooni korral neist vahendeist tavaliselt ei piisanud, seda eriti Basedow' tüüpi türeotoksikoosiga haigeil. Neil juhtudel (peale medikamentoosse ravi) jahutasime haiget. Selleks eemaldasime haigel teki, jahutasime teda tuuliku abil ning mähkisime ta jahedatesse ja märgadesse linadesse. Nii oleme alandanud kehatemperatuuri 35°-ni (temperatuuri mõõdeti kaenlaaugus). Kui tekkis külmatunne, süsti-

sime lüütilist segu uuesti. Füsikaalne jahutamine on tõhus võte organismi reaktiivsuse ja põhiainevahetuse langetamiseks, mille tõttu sellel on kirjeldatud ravi puhul otsustav tähtsus. Selliselt toimisime kõige raskemate reaktsioonide korral, kusjuures ainult ühel juhul ei õnnestunud reaktsiooni nimetatud viisil kupeerida ja opereeritu suri.

Niisugune ravi on haigele säästlik, sest organismi elutegevust püütakse seejuures hoida normaalsel või sellest veidi madalamal tasemel. Et põhiainevahetus ja energiatarvidus langevad, väheneb ka hapniku-, vedelike- ja toitainete vajadus. Enamik haigeist suudab selle normaalse hingamise ning joomise ja toitumise teel rahuldada.

Täiendav ravi on näidustatud järgmistes olukordades. Hüpoksianähtude (rahutus, higistamine ja tsüanoos) ilmnemisel on haigele tarvis manustada hapnikku, mida on kõige otstarbekam teha epifarüngeaalsondi abil. Kui väline hingamine on takistatud (kõriturse, sekreedi peetumine hingamisteedes), tuleb viivitamata teha trahheostoomia, et tagada vaba välishingamine. Kas transfusioon- ja infusioonteraapia on vajalik või mitte, see sõltub verekaotuse suurusest ja vedelikuvahetuse häireist. Pooldame seisukohta, mille järgi kuni 10%-lise verekaotuse (vere üldhulgast) võib jätta asendamata ja ainult suuremate verejooksude korral on vajalik transfusioonteraapia. Nii tegime seda vaid 5,2%-l opereeritud türeotoksikoosihaigeist.

Vajadus infusioonteraapia järele tekib pärast operatsiooni peamiselt siis, kui haige ei saa juua või kui ta pärast operatsiooni korduvalt oksendab. Joomisest loobuvad haiged peamiselt *nervus recurrens*'i vigastuste korral, mil vedelik satub neelamise ajal kurku. Niisugustel juhtudel oleme vedelikku manustanud parenteraalselt. Infusioonide täpsemaks doseerimiseks tuleb vedeliku-ainevahetust jälgida joodud ja eritatud vedeliku hulga, seerumi elektrolüütide sisalduse jt. näitajate järgi. Infusioonteraapiaga liialdamine on ohtlik neil türeotoksikoosihaigeil, kel ilmnevad vereringe puudulikkuse nähud.

Neerupealiste talitluse puudulikkuse korral, mida türeotoksikoosi raske vormi puhul sageli ette tuleb, peab manustama kortikosteroide.

Artiklis kirjeldatud ravi on kasutamist leidnud Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas 950 struuma resetseerimise juhul. Neist 201 türeotoksikoosihaigel on pärast operatsiooni tehtud hibernatsioonteraapiat ja 20 kõige raskemal haigel veel hüpotermiat. Opereerituist suri 1, teised paranesid. Türeotoksikoosi raskuse pärast ei keeldutud sel perioodil opereerimast ühtki haiget.

Kirjeldatud ravimeetodi väärtus seisab selles, et ka raskesti haigetel võib struumat resetseerida, kusjuures enamikul haigeist saab lühendada operatsiooniks ettevalmistuse aega, s. t. lühendada kogu ravi kestust.

KIRJANDUS: 1. Баранов В. Г. Тезисы докл. II всесоюзной конф. эндокринологов. М., 1962, 48. — 2. Гуревич Г. М. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1955, 3, 44—46. — 3. Лабори А., Гюгенар П. Гибернотерапия (искусственная зимняя спячка) в медицинской практике. М., 1956. — 4. Мартынов А. В. Тр. XVII съезда российск. хирургов. М., 1925. — 5. Милку Ш. Терапия эндокринных заболеваний. Бухарест, 1962, 159. — 6. Николаев О. В. Хирургия эндокринной системы. М., 1952. — 7. Петровский Б. В., Семенов В. С. Клиника и хирургическое лечение тиреотоксического зоба. М., 1961, 116. — 8. Рядинов С. М. Тезисы докл. II всесоюзн. конф. эндокринологов. М., 1962, 346. — 9. Харват И. Клинич. медицина, т. XXXIII, 1955, 4. — 10. Carbone, M. Rassegna int. clin. e. terap. 1962, 42, 239. — 11. Crile, G. W. Practical Aspects of Thyroid' Disease. Philadelphia, 1950. — 12. Gregl, I. M., Weber, R. Anaesthesist. 1962, 11, 96. — 13. Lahey, H., Bartels, E. J. Surg., Gynecol. and Obstetr. 1945, 1.

О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э. Теэяр

Резюме

У большинства больных тиреотоксикозом после удаления щитовидной железы отмечают повышение основного обмена, температуры, частоты пульса и кровяного давления, усиленное потоотделение, чувство слабости и другие явления. Такая послеоперационная реакция является специфическим осложнением, которое проявляется уже в первые дни после операции. В последние годы в литературе появились единичные сообщения об успешном применении гибернации и гипотермии в этих случаях.

В Тартуской республиканской клинической больнице названный метод лечения применяется уже с 1960 года, причем приобретенный опыт позволяет сделать некоторые выводы.

Для успешного послеоперационного лечения больных тиреотоксикозом следует постоянно следить за температурой тела, частотой пульса, кровяным давлением и дыханием, а также за показателями водного обмена и содержанием электролитов в сыворотке крови. Легкие и средней тяжести послеоперационные осложнения купируются инъекциями пирамидона и литических смесей (аминазин, пропазин, гексаметон, димедрол, промедол). В тяжелых случаях, кроме названных методов лечения, следует применять лечение гибернацией и гипотермией, а в случае необходимости и лечение кислородом. Инфузионная терапия не имеет специфического значения в купировании послеоперационной реакции, но ее следует проводить при больших кровопотерях.

Описанное лечение было проведено в Тартуской республиканской клинической больнице в 950 случаях резекции щитовидной железы. Из них 201 больному тиреотоксикозом после операции было проведено лечение гибернацией и 20 самым тяжелым больным также и гипотермия. Из оперированных умер только 1 больной.

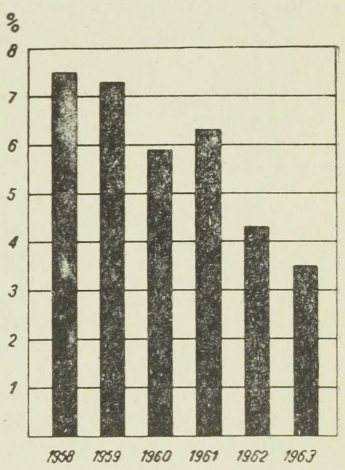
Ценность описанного метода заключается в том, что можно резецировать струму и у тяжелых больных, причем у большинства больных можно сократить период предоперационной подготовки, что означает также сокращение продолжительности лечения.

EMAKA FUNKTSIONAALSETEST VEREJOOKSUDEST

Arstiteaduse kandidaat *V. LIIVRAND*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja professor *V. Fainberg*)

Ajavahemikul 1958—1963 (incl.) on Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas ravil viibinud 722 emaka funktsionaalse verejooksuga haiget. Nende haigusjuhtude esinemissagedusest üksikutel aastatel annab ülevaate joonis 1. Jooniselt nähtub, et emaka funktsionaalse verejooksuga haigete arv on aasta-aastalt vähenenud. Kui 1958. a. moodustas see 7,5% statsionaaris ravil viibinud günekoloogilisi haigusi põdevate haigete üldarvust, siis 1963. a. ainult 3,5%. Elukutsete järgi jaotati nad järgmiselt: linnatöölisi 337 (46,7%), teenistujaid 117 (16,2%), maatöölisi 106 (14,7%) ja koduseid 162 (22,4%).

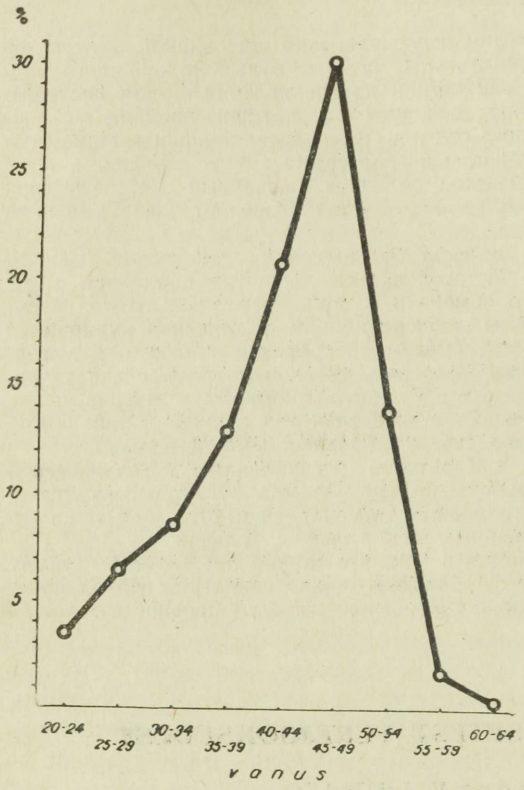


Joonis 1

Haigusjuhtude analüüsimine näitab, et emaka funktsionaalset verejooksu esineb kõige sagedamini naistel 40.—50. eluaasta vahel. Täpsema ülevaate ealisest jagunemisest annab joonis 2.

Menstruaaltsükli iseärasuste uurimisel ilmnes *menarche* varajane algus (12—14 a.) 407 (56,4%), hilisem algus (15—17 a.) 269 naisel (37,2%), tunduvat hilinemist (18—20 a.) täheldati 46 naisel (6,4%). 550-l (76,2%) kulges menstruatsioon eriliste kaebusteta, valudega aga 172 isikul (23,8%).

Vereeritus oli vähene 71 (9,8%), keskmine 493 (68,3%) ja rohke 158 juhul (21,9%). Menstruatsioon kestis kuni 5 päeva 582 (80,6%) ja üle selle 140 naisel (19,4%). 325 haigel (45,0%) oli menstruaaltsükkel seni olnud korrapärane, korrapäratusi ilmnes 361 haigel (50,0%). Häirete kestus: 2 kuud 119 juhul, 3—4 kuud 59 juhul, 5—6 kuud 51 juhul, 1 aasta 70 juhul, 2 aastat 34 juhul ja enam 28 juhul. Menstruatsioon oli lõplikult kadunud 36 haigel (5,0%), neist 1 aasta 12 juhtu, 2 aastat 8, 3—4 aastat 8, 4—5 aastat 2 juhtu ja kauem 6 juhtu.



Joonis 2

Generatiivse funktsiooni väljaselgitamiseks emaka funktsionaalse verejooksuga haigetel analüüsisime nende raseduste, sünnituste ja abortide arvu, mis on esitatud tabelis 1.

Emaka funktsionaalsete verejooksude sõltuvust eelnenud sünnitustest ja abortidest näitab joonis 3. Võib öelda, et verejooksu tuleb sagedamini ette naistel, kes on korduvalt sünnitanud. Abortide ja raseduste arvu on tarvis suhtuda kriitiliselt seoses abortide varjamisega.

Günekoloogilisi haigusi oli põdenud 337 naist (46,7%), neist adneksiiti 117, tservitsiiti 92, endometriiti 43 ja kolpiiti 43 naist. 21 naisel oli eemaldatud emakakaela polüüp ja 21 naisel munasarja tuumor. Varem põetud günekoloogilisi haigusi eitas 385 (53,3%) emaka funktsionaalse verejooksuga haiget.

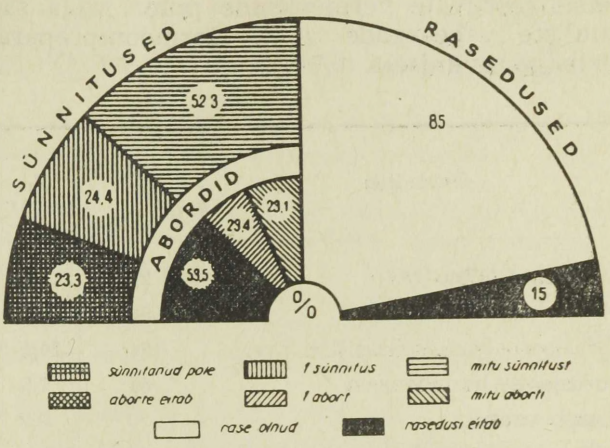
Günekoloogiline staatus osutus 425 juhul (58,9%) täiesti normaalseks.

Tabel 1

Raseduste arv	Haigete arv	Sünnituste arv	Haigete arv	Abortide arv	Haigete arv
0	109	0	168	0	386
1	115	1	176	1	169
2	139	2	152	2	90
3	122	3	111	3	41
4	96	4	60	4	14
5	57	5	18	5	7
6	36	ja	37	ja	15
7	14	enam		enam	
8	9				
9	7				
10	7				
ja enam	11				
kokku	722		722		722
keskmiselt rasedusi naise kohta	2,88	keskmiselt sünnitusi naise kohta	2,02	keskmiselt aborte naise kohta	0,93

Emakas oli veidi suurenenud ja pingus langenud 248 haigel (34,3%). Müoomi diagnoositi 33 (4,6%) ja tservitsiiti 16 naisel (2,2%).

Esmakordne verejooks oli tekkinud 503 (70,0%) ja korduv 219 haigel (30%). Teist korda esines verejooks 134 haigel, kolmandat 61, neljandat 15, viiendat 3, kuuendat 1, seitsmendat 2, kaheksandat 2 ja üheksandat korda 1 haigel. Verejooks kestis 10 päeva 212 juhul, 2 nädalat 138, 3 nädalat 133, 4 nädalat 140, 5 nädalat 10, 6 nädalat 30, 2 kuud 36 ja enam 23 juhul.



Joonis 3

193 naisel (26,7%) kaasnesid verejooksudega tuimad valud ristluupiirkonnas ja alakõhus. Subfebriilne temperatuur esines 11 juhul (1,5%), nõrkus ja väsimus 38 juhul (5,3%). 480 (66,5%) emaka funktsionaalse verejooksuga haigel subjektiivsed kaebused puudusid.

Analüüsitud 722 juhust teostati emakaõõne abrasioon 621-l, neist esmakordselt 451 (72,6%) ja korduvalt 170 juhul (27,4%). Seda tehti teist korda 104, kolmandat 35, neljandat 19, viiendat 4, kuuendat 5, kaheksandat 1, üheksandat 1 ja kümnendat korda 1 haigel. Emaka limaskesta histoloogilistest muutustest on antud ülevaade tabelis 2. Tabelist nähtub, et emaka funktsionaalsete verejooksude puhul sedastati endomeetriumi proliferatsioonifaasi sagedamini kui glandulaarset hüperplaasiat.

Tabel 2

Histoloogilised muutused	Juhtude arv	%
Endomeetriumi glandulaar-tsüstiline hüperplaasia	185	29,8
Endomeetriumi glandulaarne hüperplaasia	11	1,8
Endomeetrium proliferatsioonifaasis	335	54,0
Endomeetrium sekretsioonifaasis	46	7,4
Endomeetriumi atroofia	4	0,6
Histoloogiline diagnoos lahtine	40	6,4

Vere uuringute andmeil olid SR ja leukotsüütide arv suuremal osal juhtudest normi piires või ainult mõõdukalt tõusnud. Hemoglobiinisisaldus kõikus enamikul juhtudest 60—80% vahel. Normist kõrvalekaldumisi täheldati harva ka leukotsüütide valemis. Tuleb märkida, et erütrotsüütide ja trombotsüütide arvu ning veritsus- ja hüübimisaega on määratud ainult mõnel juhul, mille tõttu puudus võimalus üldistuste tegemiseks. Kui veritsus- ja hüübimisaeg olid peaaegu kõigil uurituil normis, siis saadi trombotsüütide osas 21,7%-l juhtudest normist madalamaid väärtusi.

Tupe-epiteeli tsütohormonaalset diagnoosimist kasutati harva, seda tehti ainult 121 korral. Esimest reaktsioonitüüpi täheldati 1 juhul, teist 2, kolmandat 55, kolmandat-neljandat 43 ning neljandat 20 juhul. Dünaamilisi uuringuid ei ole tehtud. Ka basaaltemperatuuri munasarjade talitluse hindamiseks on mõõdetud ainult mõnel haigel, niisama vähe on uuritud maksatalitlust.

Emaka funktsionaalsete verejooksude ravi ja selle tulemuste analüüs on esitatud tabelis 3. Ravil viibinud 722 haigest on endomeetriumi abrasioon teostatud 621-l (86,0%), mille järel verejooks lakkas 393-l (63,3%), kestis edasi aga 228 haigel (36,7%). Nendel juhtudel rakendati sümptomaatilist või hormoonravi. Analüüsimisel selgus, et abrasiooni on retsidiveeruvate verejooksude puhul väga sageli korratud, isegi paarikuuliste vaheaegade järel. Hormoonipreparaate on kasutatud ainult 70 haige ravimiseks (9,7%).

Tabel 3

Ravi liik	Juhtude arv	%	Mitmendal päeval (keskmiselt) verejooks lakkas	Tulemusteta ravi
Sümptomaatiline ravi	28	3,9	6	
Abrasioon	393	54,4	2	
Abrasioon+sümptomaatiline ravi	174	24,1	5	
Abrasioon+hormoonravi	54	7,5	11	
Hormoonravi	70	9,7	7	
neist androgeensed hormoonid	23		10	8
gestageensed hormoonid	11		7	4
östrogeenne hormoon	6		7	2
kortikoidhormoonid	30		4	5
Röntgenkastratsioon	3	0,4		

Kokkuvõttes võib öelda, et Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja andmeil on emaka funktsionaalsete verejooksude arv viimastel aastatel tunduvalt vähenenud, mis moodustas 1963. a. 3,5% günekoloogilisi haigusi põdevate haigete üldarvust. See on naistenõuandla ravi- ja profülaktilise töö parandamise tulemus. Naistenõuandlad on selles mõttes palju ära teinud. Korraldati verejooksudega haigete dispanseerimine, kusjuures neile määrati profülaktiliselt hormoonravi, et retsidiveeruvaid verejookse vältida. Puudusena tuleb märkida selle ravi vähest rakendamist statsionaaris. Retsidiveeruvate verejooksude puhul on hormoonravil kahtlemata suuremad eelised kui abrasioonil. Ta on vähem traumeeriv ja menstruaaltsükli korrigeerimisel annab kestvama ravitulemuse. Munasarjade talitluse hindamisel pööratakse tupe-epiteeli tsütohormonaalsele diagnoosimisele ja basaaltemperatuuri mõõtmisele veel vähe tähelepanu. Vere uuringutest tuleks igal emaka funktsionaalse verejooksuga haigel määrata ka erütrotsüütide ja trombotsüütide arv ning veritsus- ja hüübimisaeg.

О ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В. Лийвранд

Резюме

За период 1958—1963 гг. (включительно) в Тартуском городском клиническом родильном доме по поводу функционального маточного кровотечения находилось на лечении 722 больных. Количество больных с функциональными маточными кровотечениями уменьшается из года в год.

Наиболее часто встречается функциональное маточное кровотечение у женщин в возрасте 40—50 лет, а так же у повторно рожавших. Первичное кровотечение было у 70% и повторное — у 30% больных. При гистологическом исследовании слизистой матки чаще находили эндометрит в фазе пролиферации, реже — гландулярную гиперплазию.

В итоге можно сказать, что число больных с функциональным маточным кровотечением в Тартуском роддоме в последние годы значительно уменьшилось, в 1963 году составляя только 3,5% от общего числа гинекологических больных. Это является результатом улучшения профилактической и лечебной работы женских консультаций.

HEMOLÜÜTILIST TÕBE PÕDEVATE VASTSÜNDINUTE RAVIST

A. KADASTIK

(Tartu Linna Kliinilisest Sünnitusmajast, peaarst *I. Veerma*)

1958. aasta novembris tegime Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas esimese verevahetuse vastsündinule, mis õnnestus hästi. Sellest julgustatuna oleme seni (1965. aasta I kvartali lõpuni) hemolüütilist tõbe põdevate vastsündinute raviks seda teinud 47 korral. Käesolevas artiklis võtame vaatluse alla ainult aastail 1959—1963 aset leidnud hemolüütilisse tõppe haigestumise juhud, sest 1964. a. esinenud juhtude hilistagajärgi on veel vara hinnata.

Analüüsisime 34 juhtu (21 poissi ja 13 tüdrukut.) See arv ei näita haiguse täpset esinemissagedust, sest vaatlusperioodi esimestel aastatel ei määratud reesusfaktorit kõikidel rasedatel ja mõnigi kergemalt kulgenud vastsündinute hemolüütilise tõve juht võis jääda diagnoosimata. Kirjanduse andmeil (1) on vastsündinute hemolüütilisse tõppe haigestumise sageduse ja sünnituste arvu suhe 1:300—1:500.

34 juhust 31 oli tingitud ema ja lapse vere reesusfaktorite sobimatusest — ema veri oli reesusnegatiivne, lapse oma reesuspositiivne. Ainult kahel juhul oli tegemist sobimatusega ABO-süsteemis — emal oli 0-grupi veri, lapsel B-grupi veri. 34 hemolüütilist tõbe põdevast vastsündinust ainult üks sündis esimesest rasedusest, kusjuures sünnitaja eitas varajasemaid aborte ning vereülekandeid (6). Kolmandast või enamast rasedusest sündis 16 haiget. Üheteistkümnel juhul olid lapsed anamneesi andmeil sündinud surnutena või surnud ikteruse tõttu juba esimestel elupäevadel, nende hulgas oli ka vaimselt või füüsiliselt alaarenenud lapsi. Sellised anamneesiandmed viitavad reesuskonflikti tekkimise võimalusele. Iga raseda arvelevõtmisel on seetõttu tarvis erilist tähelepanu pöörata anamneesile, eriti andmetele eelmiste raseduste, sünnituste ja laste tervise seisundi kohta.

Hemolüütilist tõbe põdevad vastsündinud sündisid normaalselt. Ühel juhul, arvestades ühelt poolt ema reesusnegatiivset verd ja anamneesi andmeid, kuid teiselt poolt ema tungivat soovi saada elusat ja tervet last, tehti 3 nädalat enne sünnituse tähtaega keisrilõige.

Hemolüütilise tõvega samaaegselt ei esinenud ühelgi vastsündinul kaasasündinud väärarenguid. Ka kirjanduses ei leidu selle kohta andmeid.

Vaatluse all olevatest vastsündinutest olid kahed kaksikud. Kokkusattumusena oli kaksikute emadel ühesugune anamnees: eelmistest rasedustest oli üks laps elus, kuid alaarenenud, üks surnud ikteruse tagajärjel, üks sündinud surnult. 34 hemolüütilist tõbe põdevast vastsündinust 23 sündis Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas, 11 toodi rajoonihaiglatest Tartusse ravile. Verevahetus tehti 30 vastsündinule, neist oli Tartus sündinuid 22 ja mujalt ravile suunatuid 8.

Prognostilise väärtusega on bilirubiinikontsentratsioon lapse vereseerumis. Vere bilirubiinisisalduse ja ikteruse vahel pole küll absoluutset seost, kuid kriitiliseks väärtuseks peetakse seerumi bilirubiinisisalduse tõusu üle 18 mg% (1). Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas sündinud hemolüütilise ikterusega laste vere bilirubiinisisaldus (verevahetuse alustamise ajal) ületas selle piiri ainult kahel korral. Ühel juhul oli tegemist raske hüdroptilise vormiga, seerumis bilirubiini 30,4 mg%. Varajasele

verevahetusele vaatamata laps suri. Teisel juhul õnnestus kõrget bilirubiinisisaldust (23 mg%) lapse veres vere vahetamise teel vähendada 10 mg%-ni. Rajoonihaiglates sündinud ja Tartusse ravile toodud vastsündinutel oli bilirubiinisisaldus seerumis kõrge, neljal juhul üle 30 mg%.

Esimesel elutunnil täheldati ainult viiel hemolüüsist tingitud hemoglobiiniprotsendi langust, ühtlasi ilmnes naha ja limaskestade ikteerilisus. Nendel juhtudel oli bilirubiinihulk vastsündinu vereseerumis suurenenud juba sündimisel, mis ulatus nabaväädi veres 7—11,7 mg%-ni. Kõigil selle rühma lastel esines ka hepatosplenomegaalia. Vahetus tehti kohe, juba esimese 6 elutunni jooksul. Ülejäänud 29 lapsel arenesid kliinilised nähud alles hiljem.

Varajane verevahetus (esimese 6 elutunni jooksul) tehti veel neljal juhul. Hemolüütiline tõbi kulges neil vastsündinuil tagasihoidlikumalt ja kerge ikteerilisus avaldus alles 2—3 tundi pärast sündimist. Hemoglobiini langus oli väheldane (mitte alla 100‰). Emad ei olnud varem sünnitanud surnultsündinud või esimestel päevadel ikterusse surnud lapsi. Nendel juhtudel ei oodanud me haiguse tugevat väljakujunemist, sest ema ja lapse reesusfaktori sobimatus, algav hemolüüs ja anamneesi andmed olid küllaldaseks näidustuseks, et verd vahetada.

6—12 tundi pärast sündimist tehti verevahetus 8 juhul. Näidustusteks olid ema ja lapse reesusfaktori sobimatus, naha ja limaskestade ikteerilisus, bilirubiinisisalduse kiire tõus lapse veres ja hemoglobiiniprotsendi langus 86-ni.

12—24 tunni jooksul pärast sündimist leidis aset verevahetus 6 juhul. Siia rühma kuulus 2 rajoonihaiglatest toodud ja 4 Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas sündinud last. 24 tundi ja hiljem pärast sündimist tehti verevahetus 7 juhul, nende hulgas oli 3 Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas sündinud ja 4 rajoonihaiglatest toodud vastsündinut. Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas sündinud lastel toimus verevahetus pärast 12. tundi sellepärast, et haiguspilt kujunes välja aeglaselt, samuti arenesid vere muutused aeglaselt, mistõttu puudusid näidustused vältimatuks raviks.

Tabel

Verevahetusega ravitud hemolüütilist tõbe põdevad vastsündinud

Sünnikoht	vanus 6 tundi	suri	vanus 6—12 tundi	suri	vanus 12—24 tundi	suri	vanus üle 24 tunni	suri	kokku	suri
Tartu Linna Kliiniline Sünnitusmaja	9	2	6	—	4	—	3	1	22	3
Rajoonihaiglad	—	—	2	—	2	1	4	2	8	3
Kokku	9	2	8	—	6	1	7	3	30	6

Kui vaadelda hemolüütilisse tõppe suremise sõltuvust verevahetuse ajast, siis selgub, et see on kõige kõrgem hilise (üle 24 tunni pärast sündimist) verevahetuse korral. Varakult (kuni 6 tunni jooksul pärast sündimist) tehtud verevahetuse puhul suri 2 vastsündinut, kuid nimetatud juhtudel oli reesuskonflikt ema ja loote vahel välja kujunenud intrauteriinselt ning juba sündimisel ilmnesid lapsel ulatuslikud kahjustused (ödematoosne vorm). Teisel juhul lisandus kahjustava tegurina veel emal esinev krooniline infektsioon — toksoplasmoos. Seetõttu hukkusid lapsed juba vere vahetamise ajal. Surm ei olnud tingitud verevahetuse võimalikest tüsistustest, vaid hemolüütilise tõve üliraskest vormist.

Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas suri üks vastsündinu, kellel väheste veremuutuste ja haiguse kulu näilise kerguse tõttu jäi verevahetus tegemata, vaatamata ema ja lapse vere reesusfaktori sobimatusele. Last raviti küll konservatiivsete vahenditega, kuid see osutus mitteküllaldaseks.

Rajoonihaiglatest toodi Tartu Linna Kliinilisse Sünnitusmajja 3 vastsündinut vanuses 36—48 tundi. Siin ei jõutud verevahetust teha laste üliraske seisundi tõttu kohe saabumisel. Võib arvata, et transport raskendas vastsündinute olukorda veelgi. Kui arvestada nende seisundit Tartusse saabumisel, pidi hemolüütiline tõbi neil kindlasti avalduma juba esimestel tundidel pärast sündimist. Kiire verevahetus oleks neid võinud ehk päästa, kuid 2.—3. elupäevaks oli ka see ravivõte juba hilinenud.

Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas sündinud 23 vastsündinust 6-l seisund pärast verevahetust halvenes. Ilmnesid ajutuumaikterusele omased sümptoomid, nimelt imemisnõrkus, lihaste hüpertoonia, opistotoonus ja ühel juhul tekkisid isegi krambid. Sellist seisundit ei saa seletada ainult hemolüüsi intensiivsusega, sest verevahetus oli tehtud varakult. Tõenäoliselt tulevad arvesse ka vastsündinu individuaalsed iseärasused ja tema bioloogiline toonus. Ülejäänud vastsündinutel pärast verevahetust mingeid tüsistusi ei tekkinud. Naha ja limaskestade ikteerilisus taandarenes kuuel juhul juba viiendaks elupäevaks. Need kõik olid kerged hemolüütilise tõve juhud. Ülejäänud juhtudel taandus ikterus täielikult alles 10—14 päeva jooksul pärast verevahetust.

Verevahetusega edukalt ravitud 24 lapsest õnnestus meil katamnestilisi andmeid saada 21 kohta. 6 juhul pärinevad need Tartu Linna Lastepolikliiniku laste arenemislugudest, 6 lapse kohta saime andmeid vanemate vahetu küsitlemise teel, 9 juhul vastasid emad küsitluslehel esitatud küsimustele kirjalikult.

Katamnestiliselt selgitasime välja järgmist: verevahetusega ravitud kõikide laste kehaline areng on kulgenud iseärasusteta, lapsed on normaalse kaalu ja pikkusega; motoorikaareng on toimunud normaalselt; kõikide laste psüühiline areng vastab eale, välja arvatud üks laps, kes veel 3-aastasena kõneles puudulikult.

Erilist huvi pakkus 5 last, kellest kahel olid ebanormaalselt arenenud õed-vennad. Ka need 5 last on igakülgselt normaalselt arenenud. Verevahetusega ravitud laste puhul ei täheldatud suurenenud kalduvust interkurrentsetesse haigustesse haigestumiseks.

Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja kogemused kinnitavad kirjanduse andmeid (1, 2, 3, 4, 5, 7), et vastsündinute hemolüütilise tõve raviks (nii rasketel kui ka kergetel haigusjuhtudel) tuleb tingimata võimalikult vara teha verevahetus.

KIRJANDUS: 1. Бобев, Иванова. Болезни новорожденного. София, 1963. — 2. О значении резус-фактора в акушерстве и гинекологии. Министерство здравоохранения СССР. М., 1959. — 3. Пути снижения перинатальной смертности (Труды симпозиума по борьбе с перинатальной смертностью). М., 1964. — 4. Соловьева Т. Г. Резус-фактор. Л., 1963. — 5. Фанконин Г. и Вальгрен А. Руководство по детским болезням. М., 1960. — 6. Carol, W. u. a. Zbl. für Gynäkol., 1963, 41, 1459—1471. — 7. Peiper, A. Krankheiten der Neugeborenen. Leipzig, 1958.

О ЛЕЧЕНИИ НОВОРОЖДЕННЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А. Кадастик

Резюме

В 1959—1963 гг. в Тартуском городском клиническом родильном доме находилось на лечении 34 новорожденных с гемолитической болезнью (21 мальчик и 13 девочек). Из них 23 родились в Тарту, 11 поступили на лечение в Тарту из районных больниц.

В 31 случае заболевание было обусловлено несовместимостью резус-фактора в крови матери и ребенка, и только в 2 случаях имела место несовместимость групп крови.

Замещение крови провели 30 новорожденным, из них 22 рожденным в Тарту и 8 направленным на лечение из других мест.

Раннее замещение крови (в первые 6 часов жизни) провели 9 новорожденным, у которых уже в первые часы жизни отмечали, как следствие гемолиза, падение гемоглобина, желтушность, гепатоспленомегалию и увеличение количества билирубина в сыворотке крови (ь крови из пуповины 7—11,7 мг%), а также в тех случаях, где несовместимость резус-фактора ребенка и матери, начинающийся гемолиз и анамнестические данные были достаточным показанием к замещению крови.

В течение 6—12 часов после рождения провели замещение крови в 8 случаях. Показаниями служили несовместимость резус-фактора матери и ребенка, желтушность кожи и слизистых оболочек, быстрый подъем содержания билирубина в крови ребенка и падение процента гемоглобина до 86.

В течение 12—24 часов после рождения замещение крови произвели в 6 случаях. В эту группу вошли 2 доставленных из районных больниц и 4 рожденных в Тартуском городском клиническом роддоме детей.

Через 24 и больше часов после рождения произвели замещение крови в 7 случаях, в их числе 3 рожденным в Тарту и 4 новорожденным, доставленным из районных больниц. Замещение крови после 12 часов у рожденных в Тарту детей было сделано потому, что картина болезни развивалась медленно и отсутствовали показания к неотложной помощи.

При замещении крови, проведенном в течение до 6 часов, умерло 2 новорожденных. Смерть была вызвана не возможными осложнениями замещения крови, а сверхтяжелой формой гемолитической болезни. Умер также один новорожденный, которому из-за малых изменений в крови и видимой легкости течения болезни замещение крови сделано не было, несмотря на несовместимость резус-фактора ребенка и матери. Хотя ребенка и лечили консервативными средствами, но это оказалось недостаточным. Умерли также 3 новорожденных, доставленных из районных больниц, в возрасте 36—48 часов, которым не успели произвести замещение крови из-за крайне тяжелого состояния уже при поступлении.

После замещения крови состояние ухудшилось у 6 новорожденных, что проявилось в слабости сосания, гипертонии мышц, опистотонусе, а в одном случае даже судорогах. У остальных новорожденных никаких осложнений после замещения крови не возникло.

Катанамнестические данные удалось получить о 21 успешно излеченном ребенке. Физическое развитие всех детей, леченных замещением крови, протекало без особенностей, дети имеют нормальный вес и рост, психическое развитие соответствует возрасту, за исключением одного, речь которого в 3 года была еще недостаточно развита.

Опыт настоящей работы подтверждает, что при лечении гемолитической болезни новорожденных следует обязательно возможно более рано проводить замещение крови.

DIFENÜÜLAMIINIREAKTSIOON REUMAT JA REUMATOIDARTRIITI PÕDEVATEL HAIGETEL BALNEORAVI PERIOODIL

R. TRINK

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Eesti NSV sanatooriumides on balneoravi mitmesuguse etioloogiaga kroonilist polüartriiti põdevate haigete ravimisel keskse kohal. Seetõttu vajab eesti meremuda toime uurimine tõsist tähelepanu.

Käesolevas töös toome andmeid vereseerumi difenüülamiinireaktsiooni kohta 282 reumat või reumatoidartriiti põdeval haigel, kes viibisid ravil Pärnu sanatooriumis «Estonia». Uuritutest oli 76 mees- ja 206 naishaiget vanuses 17—64 aastat. 54 reumahaigel oli haigus inaktiivses faasis ja 60 haigel esimese astme aktiivsusega. Reumatoidartriiti põdevatest haigetest oli haigus inaktiivses faasis 40-l, esimese astme aktiivsusega 91 ja teise astme aktiivsusega 37 haigel. Raviks kasutati Haapsalu meremuda aplikatsioone ja merevee-, männiekstrakti- või radoonivanne. Enamik haigeist sai ka käsimassaaži ja suur osa neist tegeles ravikehakultuuriga.

Et difenüülamiinireaktsiooni tegemisel kasutatakse mitut varianti, on kirjanduse andmed selle reaktsiooni normaalväärtuste kohta küllaltki

erinevad. Näiteks A. Gamp (5) peab tervetel inimestel difenüülamiinireaktsiooni näitajaks * 200—290, E. Cecchi ja F. Ferraris (4) annavad normaalväärtusteks 120—140, O. Glazova jt. (1) 60—200 (M=160), I. Kahnovski ja I. Melkumova (2) 120—200 (M=180) jne. Me valisime E. Larski (3) poolt kirjeldatud mikromeetodi, mida on kasutanud enamik nõukogude autoreist. Kontrollrühma kuulus 44 doonorit, kelle vereseerumis saime reaktsiooni piirväärtusteks 119—178 (M=148±16).

Difenüülamiinireaktsiooni näitaja langes balneoravi mõjul 54-l, tõusis 57-l ning jäi muutumata 3 reumahaigel. Reumatoidartriiti põdevatest haigetest ilmnes langus 97 ja tõus 69 juhul, muutusi ei täheldatud 2 juhul. Difenüülamiinireaktsiooni aritmeetiline keskmine reumahaigete rühmas oli enne ravi 158±26,5, ravi keskel 161±26,6 ja ravi lõpul 160±27,9 ($P>0,05$). Reumatoidartriiti põdevatel haigetel oli see enne ravi 178±37,5, ravi ajal 180±41,7 ja ravi lõpul 174±34,7 ($P>0,05$). Nendest arvudest võib järeldada, et reaktsioon reuma ja reumatoidartriidi puhul balneoravi mõjul ei muutunud. Kui difenüülamiinireaktsiooni analüüsimisel lähtuti selle ravieelsete väärtuste erinevusest (normaalväärtuse ülemise piiri suhtes), selgus, et nii reumat kui ka reumatoidartriiti põdevatel haigetel tõusis reaktsioon ravi ajal sagedamini suhteliselt madalamate ja langes kõrgemate lähteväärtuste puhul. Langus oli matemaatiliselt tõepärane kummaski haigete rühmas (vt. tabel).

Tabel 1

Reumat ja reumatoidartriiti põdevate haigete difenüülamiinireaktsiooni muutumine balneoravi puhul

Difenüülamiinireaktsiooni ravieelne väärtus	Diagnoos	Uuritute arv	Haigete arv, kellel difenüülamiinireaktsiooni väärtus seoses raviga			Difenüülamiinireaktsiooni keskmised väärtused (optilise tiheduse ühik ×1000)			
			langes	tõusis	jäi muutusteta	enne ravi	ravi ajal	ravi lõpul	P dif.
üle 178	a) Reuma	25	22	3	—	194	170	166	<0,05
	b) Reumatoidartriit	81	58	21	2	212	202	191	<0,05
178 ja vähem	a) Reuma	89	32	54	3	147	158	159	>0,05
	b) Reumatoidartriit	87	39	48	—	149	162	157	>0,05

Vastastikuste lineaarsete korrelatsioonide arvutamine (korrelatsioonikoefitsiendi r leidmine) näitas, et difenüülamiinireaktsiooni arvuline näitaja on reumat ja reumatoidartriiti põdevatel haigetel otseses lineaarses korrelatsioonis haigusprotsessi aktiivsuse, punaliblede settereaktsiooni ning $alfa_2$- ja gamma-globuliinide sisaldusega vereseerumis. See tähendab, et haigusprotsessi aktiivsuse, settereaktsiooni kiiruse, vereseerumi $alfa_2$- ja gamma-globuliinide hulga suurenemisel tõuseb ka difenüülamiinireaktsioon ja vastupidi — viimane langeb mainitud komponentide vähenemise korral. Vastupidine lineaarne korrelatsioon ilmnes difenüülamiinireaktsiooni ja vereseerumi albumiinide hulga vahel. Kõik nimetatud korrelatsioonid olid ilmekamad reumatoidartriiti põdevatel haigetel, kusjuures korrelatsiooni tugevus kasvas enamikul juhtudest seoses raviga.

* Difenüülamiinireaktsiooni väärtusi väljendatakse optilise tiheduse ühikutes ×1000.

Balneoreaktsiooni esinemissageduse ja intensiivsuse astme näitajad olid difenüülamiinireaktsiooniga ühesuunalises lineaarses korrelatsioonis. Kui reaktsioon kõrgenes, tekkis sagedamini intensiivsem balneoreaktsioon. Tugevama balneoreaktsiooni korral esinesid ravi lõpul kõrgemad difenüülamiinireaktsiooni väärtused kui reaktsiooni puudumise või nõrgema reaktsiooni korral.

Difenüülamiinireaktsioon oli ravi tõhususega vastassuunalises lineaarses korrelatsioonis. Sellest järeldub, et balneoravi avaldab suuremat positiivset mõju neile haigetele, kel reaktsiooni algväärtused on madalamad. Vähema efektiivsuse puhul on difenüülamiinireaktsiooni väärtused ravi lõpul kõrgemad. Ka viimati nimetatud korrelatsioonid avaldusid reumatoidartriiti põdevatel haigetel tugevamini (korrelatsioonikoefitsiendi väärtused olid suuremad).

Kokkuvõte

1. Difenüülamiinireaktsioon on reuma ja reumatoidartriidi puhul üks tundlikumaid haigusprotsessi aktiivsuse näitajaid.
2. Kõrgenenud difenüülamiinireaktsiooniga haigetel tekib balneoravi mõjul reaktsiooni väärtuste matemaatiliselt tõepärane langus.
3. Difenüülamiinireaktsiooni muutused koos teiste kliinilis-laboratoorsete andmetega võimaldavad reuma ja reumatoidartriidi korral haigusprotsessi kulgu ja balneoravi toimet paremini hinnata.

KIRJANDUS: 1. Глазова О. И. и др. Терапевт. архив, 1961, 12, 30—35. — 2. Кахновский И. М. и Мелькумова И. С. Лабор. дело, 1961, 10, 8—10. — 3. Ларский Э. Г. Лабор. дело, 1957, 4, 13—15. — 4. Cecchi, E., Ferraris, F. Serum diphenylamine reaction in rheumatoid arthritis. Ref. Реф. журн. хим. Биолог. хим., 1956, 22, 21494. — 5. Gamp, A. Die Diphenylaminreaktion im Serum bei chronischrheumatischen Erkrankungen. Ref. Реф. журн. хим. Биолог. хим., 1956, 22, 21494.

ДИФЕНИЛАМИНОВАЯ РЕАКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПЕРИОД БАЛЬНЕОТЕРАПИИ

Р. Тринк

Резюме

У 282 больных ревматизмом и ревматоидным артритом, находившихся на лечении в санатории «Эстония» Пярнуского курорта, изучали дифениламиновую реакцию в сыворотке крови как до начала, так и во время бальнеологического лечения.

Результаты работы показали, что дифениламиновая реакция является одним из показателей активности процесса при ревматизме и ревматоидном артрите. У больных с повышенной дифениламиновой реакцией под влиянием бальнеотерапии получается статистически достоверное снижение величин реакции.

Изменения дифениламиновой реакции совместно с другими клинико-лабораторными данными дают возможность лучше оценивать течение болезненного процесса и действие бальнеотерапии при ревматизме и ревматоидном артрите.

DIENTSEFAALSETE HÄIRETEGA HAIGETE SANATOORSEST JA KUURORDIRAVIST

Arstiteaduse kandidaat *J. KATSIN*

(Riia ranniku kuurordi polikliinikust, peaarst *V. Verižnikov*)

Dientsefaalsete häirete probleem on viimasel ajal köitnud neuropatoloogide, psühhiaatrite ja terapeutide tähelepanu. Huvi selle vastu põhjustab tema teoreetiline ja praktiline tähtsus. Hüpotalamo-hüpofüsaarse piirkonna kahjustuse tagajärjel tekkivad kliinilised nähud on väga mitme-

kesised. On teada, et mitmed ebasoodsad tegurid võivad põhjustada nägemiskühmualuse piirkonna (*hypothalamus*) talitluse häireid. Et selle piirkonna veresooned on hõlpsasti läbitavad, võivad veres ringlevad toksiinid ja viirused intensiivsemalt ajju tungida. Peale viirusnakkuste (eriti gripi) on kohaliku entsefaliidi sagedaseks tekkepõhjuseks varem põetud malaaria. Nägemiskühmualuse piirkonna haigestumist võivad esile kutsuda basaalsed meningoentsefaliidid ja tsüstoossed arahnoidiidid. Sageli leidub haigete anamneesis kinnisi ajukolju traumasid.

N. N. Graštšenkovi esitatud kõige sagedamini esinevate kliiniliste sündroomide (neuroendokriinsed, vegetatiivvaskulaarsed ja neurotroofilised) klassifikatsioonis pole täpseid piire sündroomide vahel ja nad osaliselt katavad üksteist.

Meie vaatluse all oli 45 Riia rannas ravil viibivat dientsefaalse piirkonna häiretega patsienti, nende hulgas 26 naist ja 19 meest vanuses 25—46 aastat. Saatediagnoosideks olid neurasteenia, sundneuroos, hüsteeriline reaktsioon, klimakteeriline neuroos jt. Enamikul haigetest oli haigus krooniline ja retsidiveeruv. Haiguse algul ja selle arenemise erinevatel etappidel oli samal haigel esinenud mitmesuguseid kliinilisi pilte. Suurt osa etendasid ebasoodsad lisategurid, eriti nakkused. Anamneesis täheldati mõnel naishaigel menstruatsiooni hilist algust (15—17-aastaselt) ja klimakteeriumi varajast saabumist (36—38-aastaselt). Need naised talusid halvasti hormonaalse talitluse ümberkorralduse perioodi (rasedust). 28 dientsefaalsete häiretega haigel ilmnesid iseloomulike häiretena vistserosomaatilised paroksüsmid; täiesti põhjuseta tekkis enamasti õhtuti südamepekslemine (kuni 120 lööki minutis). Hoogudega kaasnesid peavalu, peapööritus, kõrgenenud janu- ja näljatunne. Haigetel tekkisid tursed näol ja labakätel ning valud rinde all. Nahkkatted olid kahvatud. Sümpaatilise toonuse tõusu puhul kõrgenes arteriaalne rõhk.

Täheldasime ka muid dientsefaalseid häireid, näiteks vasomotoorseid paroksüsme (mitmesuguseid veresoonte ahenemisest ja laienemisest tingitud kriise, regionaarseid punetusi, mitmesuguste nahapiirkondade kahvatuks ja tsüanootiliseks muutumist), sekretoorseid hooge, termilisi kriise (hüpo- ja hüpertermiat, vappekülma ja kuumushooge). Mõnel haigel tekkisid perioodiliselt peavaluhood, millega kaasnesid iiveldus ja oksendamine.

22 haige elektroentsefalogrammis täheldati aju bioelektrilise aktiivsuse langust, mis väljendus alfarütmi alanenud amplituudis ja perioodiliselt spontaanses depressioonis. 12 juhul esines beetalaineid. Mõnel haigel ilmnes elektroentsefalogrammis kurnatuse reaktsioon kõrgsageduslikule valgusärritusele (alfarütmi desünkronisatsiooni kujul). Kõrgema närvitalitluse häirete olemasolu kinnitasid sõnalis-motoorse katse andmed (A. G. Ivanov-Smolenski metoodika järgi) ja assotsiatsioonikatse näitajad. 28 haigel olid erutus- ja tingitud pidurduse protsessid nõrgenenud, mis väljendus tingitud seoste aeglustunud väljakujunemises pikenenud latentse perioodi puhul. Lihtsa motoorse reaktsiooni uurimine näitas, et dientsefaalsete häiretega haigetel on nad $1^1/_2$—2 korda aeglasemad kui tervetel inimestel. 12 haigel oli arteriaalne rõhk normaalne, 22-l ilmnes kalduvus hüpotensiooniks ja 11 haigel täheldati kõrgenenud arteriaalset rõhku. Ortostaatiline refleks oli kõrgenenud 13 haigel, klinostaatiline refleks tugevnenud 9 haigel, Aschneri sümptoom oli moondunud või tugevnenud 14 haigel. 16 haigel ilmnes soolestiku atoonia, 9-l sedastati maomahla alahappesust.

Kompleksses sanatoorses ja kuurordiravis olid nimetatud haigete puhul esikohal balneo- ja füsioteraapia ning medikamentoosne ravi. Ravi tuleb määrata rangelt individuaalselt, kusjuures peab arvestama haiguse vormi ja siseelundite reaktiivsuse laadi.

Hästi mõjusid kümblused vees, milles väävelvesiniku kontsentrat-

sioon ulatus 50 mg/l, kusjuures vannivee temperatuur oli 35—36° C ja vannis oleku kestus 10—12 min. Kokku määrati ravikuuriks 10 kümblust ülepäeviti. Head toimet avaldasid 36—37°-lised männiekstraktivannid, mida tehti ülepäeviti kestusega 10—15 min. (kuuriks 10—12 kümblust). Kuuri võib alustada mõne männiekstraktivanniga ja seejärel üle minna süsihappevannidele. Süsihappevanne temperatuuril 35° ja kestusega 8—10 min. tehti üle 1—2 päeva (8—10 kümblust ravikuuriks).

Süsihappevannid avaldavad peaaegu samasugust toimet kui pärlvannid. Viimaseid tehti temperatuuril 35° kestusega kuni 10 minutit. 12 haigele, kellel dientsefaalsed häired tekkisid pärast põetud nakkust, määrati mudamähised temperatuuril 35—36° kestusega 12 min. ülepäeviti, kokku 10 protseduuri. Arteriaalse rõhu kõrgenemise tendentsiga haigete puhul kasutati aeroionoteraapiat. Kõikidel haigetel masseeriti kaela- ja õlavöötme piirkondi.

Patogeneetiline ravi seisis vegetatiivse närvisüsteemi sümpaatilise või parasümpaatilise osa toonuse tõstmises või langetamises, mis saavutati vegetotroopsete vahenditega. Kasutati nasaalset ionogalvanisatsiooni 2%-lise kaltsiumkloriidilahusega, 0,25%-lise dimedroolilahusega ja 0,25%-lise novokaiinilahusega. Et sümpaatilise süsteemi talitlust tugevdada, ordineeriti sissevõtmiseks askorbiinhapet kuni 1 g ööpäevas ja kaltsiumipreparaate. Sümpaatilise aktiivsuse vähendamiseks anti haigetele reserpiini, spasmolüütikume, ganglione blokeerivaid aineid (pahhükarpiini ja pentamiini). Kasutati ka hormoonravi (AKTH, kortisoon, prednisoon ja prednisoloon). Neuropleegilisi vahendeid (andaksiini ja trioksasiini) määrati mitmele ilmsete astenoneuroosinähtudega haigele.

Ravi tulemusena paranes 14 haiget märgatavalt ja 18 haiget tunduvalt, 5 haiget paranes vähesel määral, 8 haige seisund jäi endiseks.

Katamnestilised andmed kinnitavad sanatoorse ja kuurordiravi tõhusust dientsefaalsete häiretega haigete ravimisel.

О САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИЭНЦЕФАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

И. Кацин

Резюме

Проблема диэнцефальных нарушений в последнее время привлекает внимание невропатологов, психиатров и терапевтов. Известно, что многие неблагоприятные факторы могут вызвать нарушения деятельности подбугровой области (гипоталамуса). Кроме вирусных инфекций (особенно гриппа) одной из наиболее частых причин диэнцефалита может быть ранее перенесенная малярия. Заболевания подбугровой области могут вызывать базальные менингоэнцефалиты и кистозные арахноидиты.

Под нашим наблюдением находилось 45 больных с нарушениями диэнцефальной области (26 женщин и 19 мужчин в возрасте 25—46 лет), которые находились на санаторно-курортном лечении на Рижском взморье. У 22 больных на электроэнцефалограмме было отмечено снижение биоэлектрической активности. У 28 больных были ослаблены процессы возбуждения и торможения, что проявлялось в замедленной выработке условных связей при удлиненном латентном периоде.

У 12 больных артериальное давление было нормальным, у 22 была отмечена наклонность к гипотензии и у 11 больных было отмечено повышение артериального давления. Ортостатический рефлекс был повышен у 13 больных, клиностатический рефлекс усилен у 9 больных, симптом Ашнера был извращен или уснлен у 14 больных.

В комплексе санаторно-курортного лечения названных больных на первом месте стояли бальнео- и физиотерапия, а также медикаментозное лечение. Лечение следует назначать строго индивидуально, при чем следует учитывать форму заболевания и характер реагирования внутренних органов.

AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE EKSPERTIISI PARANDAMISEST

Arstiteaduse kandidaat *N. ELŠTEIN*

(Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiu Osakonnast, juhataja *L. Maurer*)

Ajutist töövõimetust põhjustava haigestumise vähendamine on tervishoiuorganite tähelepanu keskpunktis.

Peab rõhutama: kui ajutise töövõimetuse ekspertiis on rangelt meditsiiniline probleem, siis sõltub töövõimetust põhjustav haigestumine paljudest teguritest, mille hulgas võrdselt organismi reaktiivsuse järgule, karastumusele jm. on suur tähtsus ümbritseval keskkonnal — töö- ja elutingimustel, kliima mõjul jm.

On selge, et ajutist töövõimetust põhjustava haigestumise vähendamiseks tuleb kindlaks teha, millised tegurid tekitavad või soodustavad haigestumist. Samuti on tarvis uurida ka ajutise töövõimetuse ekspertiisi korraldust.

Selle uurimiseks ja analüüsimiseks on Tallinna Linna Tervishoiu Osakonnas loodud komisjon. Sinna kuuluvad peaspetsialistid, nimelt terapeut, kirurg ja akušöör-günekoloog, sanitaar- ja epidemioloogiajaama sanitaarosakonna juhataja, arst-statistik, kaks haigla peaarsti asetäitjat ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu usaldusarst. Komisjoni tööst võtavad osa kõik linna ravi- ja profülaktikaasutuste peaarstide asetäitjad ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal. Igas kvartalis kuulab komisjon ettekandeid tööstusettevõtete tööliste ajutise töövõimetusega haigestumise analüüsimise tulemustest ja ajutise töövõimetuse ekspertiisist polikliinikutes. Ta võtab vaatluse alla raviasutuste kontrollimise andmed ja ajutise töövõimetuse ekspertiisi alased vaieldavad küsimused.

Huvitav on Tallinna ravi- ja profülaktikaasutustes korraldatud ajutise töövõimetuse ekspertiisi vigade analüüsimine. Väljaselgitatud puudused võib jaotada kolme rühma: a) eksimused diagnoosimisel ja ravimisel, b) eksimused ajutise töövõimetuse ekspertiisi alal, c) ambulatoorsete kaartide, haiguslugude ja töövõimetuslehtede hooletu täitmine, mille tõttu tundub, et viimaste väljaandmine ei ole põhjendatud.

Toome mõned näited sisehaiguste ebaõigest diagnoosimisest, mis oluliselt peegeldub ajutise töövõimetusega haigestumises.

Haiguste hulgas, mille puhul haiged pöörduvad arsti poole, nõuavad erilist tähelepanu ülemiste hingamisteede katarr, gripp ja angiin. Haigusjuhtude ja ajutise töövõimetuse päevade üldarv nimetatud haiguste puhul moodustab $^1/_3$ kuni $^1/_2$ kõikidest haigestumistest, millega kaasneb ajutine töövõimetus. Nii on see isegi aastatel, mil gripiepideemiat ei ole. Ambulatoorsete kaartide analüüsimine näitas, et mõned arstid ei oska ülemiste hingamisteede katarri diferentseerida katarraalsest angiinist. Muuseas, nende haiguste puhul on ka ajutise töövõimetuse ekspertiis erinev.

Sellega on nähtavasti seletatav asjaolu, et 3 aasta jooksul on Tallinna Tõnismäe Haigla polikliinikus töövõimetuslehtede järgi töölt vabastatud angiini põdevaid haigeid vähe. Vastav näitaja kõikus 4,3 kuni 4,4 päeva piires. Siinjuures tuleb rõhutada, et angiini, ägedat kopsupõletikku jt. krooniliseks muutuda võivaid haigusi põdenute enneaegne tööle kirjutamine on tõsine viga. Niisugused juhud nõuavad mitte vähem tähelepanu kui arsti poole pöördunud haige motiveerimata vabastamine töölt.

Tunduvaid erinevusi tuleb erinevates polikliinikutes ette hüpertooniatõve kindlaksmääramisel. Nähtavasti on ka siin põhjuseks hüpertooniatõve staadiumidest täpse ettekujutuse puudumine. On selge, et haiguse staadiumi õige määramine etendab haige töövõimetuse hindamisel olulist osa.

Meie arvates nõuab kõige tõsisemat tähelepanu seedeelundite haigusi põdevate haigete ajutise töövõimetuse ekspertiis. Ka kroonilise gastriidi diagnoosi pole vaja kurjasti pruukida. Põhihaigusena võib diagnoosi krooniline gastriit määrata ainult pärast muude seedeelundite haiguste väljalülitamist, võimaluse korral siis, kui see on gastrobiopsia uuringu põhjal kinnitust leidnud. Sellest järeldub, et ajutise töövõimetuse küsimusse kroonilise gastriidi (kui põhihaiguse) puhul tuleb suhtuda väga tähelepanelikult.

Viimaste aastate kirjanduse andmed näitavad haigestumise tõusu kroonilisse koletsüstiiti ja koletsüstokolangiiti. Ainuüksi leukotsüütide arvust duodenaalnõre A-, B- ja C-portsjonis ei piisa protsessi ägenemise või vaibumise üle otsustamiseks. On teada, et duodenaalnõres võib leukotsüüte suurel hulgal avastada ka pärast ägenemise vaibumist, kusjuures haige seisund on ilmselt paranenud. Seepärast tuleb ajutise töövõimetuse määramisel arvestada vaatlusandmete dünaamikat, temperatuurireaktsiooni, samuti settereaktsiooni kiirust ja leukotsüütide arvu perifeerses veres.

Vaevalt on vaja selgitada, et ajutine töövõimetus on otseselt seotud diagnoosimise ja raviga. Ent mitmed eksitused on tingitud ka ekspertiisitaktika puudustest. Näiteks sageli ei arvestata kroonilise haiguse ägenemist. On ju selge, et haiguste kombinatsiooni ja nende ühist mõju tuleb töövõimetuse astme kindlaksmääramisel arvestada. Põhjendatud läbitöötamist ootab veel diferentseeritud lähenemine haigete hospitaliseerimisele. Näiteks tuleb mao ja kaksteistsõrmiksoole haavanditega haiged haiguse ägenemisperioodil hospitaliseerida, mitte aga ambulatoorselt ravida, nagu seda tihti tehakse.

Kriitilist kontrollimist nõuab praegu ravi- ja profülaktikaasutustes kehtiv ajutise töövõimetusega haigestumiste analüüsimine. Analüüsimisel tuleb arvestada, kui kaua oli haige töövõimetuslehe alusel vabastatud ambulatoorse ja polikliinilise ravi ajal, haiglas ravimisel ja pärast haiglast väljakirjutamist. Siin kerkivad kogu ulatuses üles õigusjärgluse küsimused raviasutuste töös. Seda metoodikat on Tallinnas soovitatud rakendada sageli esinevate terapeutiliste ja mõnede kirurgiliste haiguste puhul.

Täiuslikkusest kaugel on ka vorm 3-1, mille järgi ajutise töövõimetusega haigestumist analüüsitakse. Meie poolt esitatud skeemi rakendamine «muude» haiguste rühma dešifreerimiseks ja sellele järgnev haigestumise analüüsimine polikliinikute kaupa aitasid välja selgitada mitmete haiguste hüperdiagnoosimise ja järelikult ka ebaõige ekspertiisitaktika. Nii oli otsus neuroosihaigete töövõimetuse kohta mõnel juhul (Nõmme Polikliinikus) tehtud liiga kergekäeliselt, olgugi et tööravi on sageli ravimeetodiks närvisüsteemi funktsionaalsete häirete korral. Ent kui haige pole töövõimeline, on otstarbekohane, et vastava otsuse teeksid spetsialistid, s. o. neuropatoloog ja psühhiaater. Dokumentide vormistamise vigu tundub olevat kerge kõrvaldada, kuid meie arvates nõuab see osakonnajuhatajate ja peaarstide süstemaatilist tööd ja suurt visadust.

Sihipärane töö, mis on tehtud Tallinnas ajutise töövõimetuse ekspertiisi parandamiseks, on andnud teatavaid tulemusi. Näiteks 1964. a. vähenes ajutise töövõimetusega haigusjuhtude arv 100 töötaja kohta, võrreldes 1963. aastaga, 13,8%, seega langes kõige madalamale viimase 5 aasta jooksul. Töövõimetuspäevade üldarv 100 töötaja kohta vähenes 1964. aastal 10,8%, võrreldes 1963. aastaga, ja oli kõige madalam viimase nelja aasta jooksul. Samal ajal suurenes keskmine haiguspäevade arv (ühe töövõimetuslehe kohta) 1964. aastal 10,5-ni (1963. aastal 10,0). Kahe esimese näitaja paranemise taustal tuleb viimase näitaja dünaami-

kat vaadelda kui arstide tõsisemat suhtumist ajutise töövõimetuse ekspertiisisse. Gripiepideemiat arvestamata võib öelda, et sama tendents püsis Tallinnas ka 1965. aastal. Kahtlemata avaldas mõju ametiühinguja administratiiv- ning majandustöötajate tunduv töö, ent mitte väiksemat osa ei etendanud tervishoiuorganid, kes on ajutise töövõimetuse ekspertiisile suurt tähelepanu osutanud.

Käesolev kirjutis ei ole kõiki ajutise töövõimetuse ekspertiisi küsimusi kaugeltki ammendanud. Ent tuleks rõhutada, et õige pole mitte ainult meditsiini-, ametiühingu- ja administratiiv-majandustöötajate sidemete tugevdamine, vaid ka ajutise töövõimetuse ekspertiisi kogu probleemi analüüsimine sellise plaani kohaselt, mille alusel ajutise töövõimetuse ekspertiisi käsitletakse tihedas seoses ja sõltuvuses diagnoosimise ja ravi kvaliteedist.

ОБ УЛУЧШЕНИИ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Н. Эльштейн

Резюме

Снижение заболеваемости с временной нетрудоспособностью предполагает изучение как факторов, обусловливающих или способствующих заболеваемости, так и анализа постановки экспертизы трудоспособности.

Недостатки, ведущие к неправильным заключениям о трудоспособности больных, подразделяются на три группы: а) неправильная диагностика и лечение; б) ошибки в самой экспертизе нетрудоспособности; в) небрежное оформление амбулаторных карт, историй болезни и листов нетрудоспособности, в результате чего выдача последних может казаться немотивированной.

В Таллине при горздравотделе создана комиссия по изучению и руководству экспертизой временной нетрудоспособности. Автором статьи предложены схема расшифровки группы «прочих» болезней, анализ нетрудоспособности во время амбулаторно-поликлинического лечения, в период пребывания и после выписки из стационара и др.

В деле постановки экспертизы нетрудоспособности в 1964—1965 гг. в Таллине достигнуты известные положительные результаты.

Для дальнейшего совершенствования этой работы имеет значение не только улучшение связи между медицинскими, профсоюзными и административно-хозяйственными работниками, но и рассмотрение проблемы в зависимости от экспертизы нетрудоспособности, от качества диагностики и лечения.

KOHTUMEDITSIINI EKSPERTIDE ÜLESANDEID

A. SARAP ja *A. LUKAŠ*

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo ülem

Nõukogude kohtumeditsiini iseärasuseks on tema orgaaniline side üldise tervishoiuorganisatsiooniga ja mitte ainult õigluse taotlemine, vaid ka kaasaaitamine elanike ravi ja profülaktilise abi igakülgseks parandamiseks.

Kõrvuti põhiülesandega, s. o. kvalifitseeritud kohtumeditsiini ekspertiisi tagamisega, on vabariigi kohtumeditsiinil tohutul hulgal materjali, mida saab kasutada tervishoiu ülesannete lahendamiseks ja töö parandamiseks. Peatume kohtumeditsiini materjalide kõige reaalsematel kasutamisvõimalustel. Üks kohtumeditsiini ekspertide osavõtu võimalusi tervishoiuorganite tööst on kliinilis-kohtumeditsiini konverentside korral-

damine raviasutustes. Nendel konverentsidel arutatakse surmajuhte, mis on tingitud traumadest ja mürgistustest, ootamatuid ja äkksurmajuhte, samuti ravi käigus surmaga lõppenud juhte.

Lahkdiagnooside, diagnoosimisvigade, mittekvaliteetse meditsiinilise abi ja raviarstide muude vigade kollektiivne arutelu konverentsidel aitab kaasa arstide kvalifikatsiooni tõstmisele. Ilmsiks tulnud puuduste analüüsimine kriitika ja enesekriitika korras suurendab raviarsti vastutustunnet. Ei saa õigeks pidada praktikas juurdunud arvamust, et kliinilis-kohtumeditsiinilistel ja kliinilis-anatoomilistel konverentsidel tuleb arutada ainult jämedaid vigu ja lahkdiagnoose. Diagnooside vastandamisel on küllaltki tihti ainult vormiline tähtsus, kuid hoopis suurem on see haige ravimise analüüsimisel. Seejuures peab arvestama, kas meditsiinilist abi anti õigeaegselt, ühtlasi ka seda, kas leidus võimalusi patsiendi elu päästmiseks.

Mainitud konverentsidel pole õige arutada ainult vigu ja puudusi. Väga tarvilik on päevakorda võtta raskete organisatsiooniliste ja praktiliste ülesannete eduka täitmise juhtude arutelu ja demonstreerimine (näiteks haigete ja kannatanute oskuslik abistamine, kogemuste vahetamine, arstiteaduse saavutuste ja paremate organiseerimisvormide propageerimine). Vabariigi Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo ekspertide korraldatud kliinilis-kohtumeditsiiniliste konverentside materjalide analüüsimine näitab, et need on kasuks tulnud elanike ravimisel ja profülaktilisel teenindamisel. Vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjale nr. 166 (10. aprillist 1962. a.) ja Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjale 24. aprillist 1963. a. on vabariigi kohtumeditsiini eksperdid kliinilis-kohtumeditsiinilisi konverentse hakanud korraldama tunduvalt aktiivsemalt.

Traumast ja mürgistustest põhjustatud surmajuhtude arutelu kõrval analüüsitakse ka äkksurmajuhte, kusjuures sellest võtavad osa polikliinikutes ja jaoskondades töötavad arstid. Niisugused konverentsid kulgevad elavalt. Need aitavad tõsta arstide kvalifikatsiooni ja nende vastutustunnet, sest konverentsidel käsitletakse konkreetseid juhtumeid ja isikuid. Peab ütlema, et nimetatud tähtsa abinõu rakendamisele ei pööra linnahaiglate ja rajoonide keskhaiglate peaarstid ühesugust tähelepanu. Kõige sagedamini on konverentse peetud Tallinnas ja Tartus, kus ravi- ja profülaktikaasutuste peaarstid ning kohtumeditsiini eksperdid hindavad õigesti nende tähtsust ja tarvilikkust. Samal ajal (1964. aastal) korraldati Kohtla-Järvel (tervishoiuosakonna juhataja J. Lebedev, kohtumeditsiini ekspert V. Käärik) ainult 3 kliinilis-anatoomilist konverentsi. Pärnus (haigla peaarst H. Brudel, rajooni kohtumeditsiini ekspert G. Filimonova) isegi mitte ühtegi, ehkki töö maht ja materjali hulk selleks oli küllaldane.

Samuti pööratakse mitteküllaldaselt tähelepanu meditsiiniliste dokumentide täitmise kvaliteedile. Ekspertiisi käigus nii surmajuhtude korral kui ka kehalise vigastuse raskusastme määramisel on pahatihti tegemist puudulikult vormistatud haiguslugude, individuaalsete ambulatoorsete kaartide ja muude meditsiiniliste dokumentidega. Et haiguslugu on diagnoosimise ja ravimenetluste täiuslikkuse ning kvaliteedi, samuti nende pidevuse ja järgnevuse peegeldaja, on sel suur meditsiiniline, sageli ka juriidiline tähtsus. Meditsiiniliste dokumentide vormistamise konkreetsete puuduste esiletoomine ja nende üksikasjalik analüüsimine konverentsidel aitavad kahtlemata parandada nende kvaliteeti.

Elu näitab, et sellised arutelud võimaldavad välja selgitada organisatsioonilisi ja muid puudusi ning rakendada abinõusid nende õigeaegseks kõrvaldamiseks.

Väga suur tähtsus äkksurmajuhtude profülaktikas on vastavate materjalide uurimisel kogu vabariigi kohta tervikuna, samuti rajoonides

ja linnades. Selline materjal on olemas vaid kohtumeditsiini ekspertidel. Äkksurmajuhtude analüüsimine, morfoloogiliste andmete vastandamine kliiniliste andmetega ja meditsiiniliste dokumentide samaaegne uurimine viitavad organisatsioonilistele ning ravi- ja diagnoosimisalastele puudustele. Selliselt on analüüsinud Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo töötajad [A. A. Lukaš (1964), M. F. Hotimskaja (1963), A. N. Krjukov (1963].

Analüüsi tulemustest selgub, et tingimata on vaja parandada eeskätt raviteenistuse ja vältimatu abi andmise organisatsioonilist külge, samuti täiustada haigete, eriti südame ja veresoonte haigusi põdevate isikute dispanseerset jälgimist.

Äkksurmajuhtude andmeid esitati mitmel vabariiklikul arstide konverentsil, kusjuures need põhjustasid elavaid diskussioone ja konkreetseid ettepanekuid. Tuleb märkida, et ootamatute ja äkksurmajuhtude põhjusi ning mainitud juhtude vältimise teid uuritakse veel mitteküllaldaselt.

Kohtumeditsiini ekspertide tervishoiu ülesannete lahendamisest osavõtu vormiks on peale eespool mainitute veel sanitaarselgitus- ja profülaktiline töö. Erinevate traumatismiliikide vältimiseks on oluline tähtsus trauma laadi ja tekkepõhjuste, samuti kiire esmaabi andmise kvaliteedi, ravimise jm. uurimisel. Sellest tööst pole kohtumeditsiini eksperdid veel nii aktiivselt osa võtnud kui nad seda peaksid. Muuhulgas, tööstus- ja põllumajandustraumatismi tekkepõhjusi ja nende vältimist puudutavaid küsimusi pole küllaldaselt selgitatud. Õeldu kehtib ka ravimitest põhjustatud ning tööstuslike ja elukondlike mürgistuste kohta. Kohtumeditsiini ekspertidel on küllaldaselt materjali, mida tuleb kasutada tervishoiu üldküsimuste lahendamiseks — laste äkksurmad, kriminaalabordid, seksuaalkuriteod ja pilastused, arstivead ja õnnetusjuhtumid meditsiinipraktikas ning palju muud. Selliseid juhte on võimalik vältida, kui laiendataks sanitaarselgitustööd elanike hulgas koos konkreetsete juhtude demonstreerimisega. Ehkki igal aastal peetakse ligikaudu 20 vestlust ja loengut, toimub see esialgu ainult üksikute kohtumeditsiini ekspertide omal algatusel (A. Lukaš ja E. Murašev) ega kanna plaanilist iseloomu. Et seda tööd parandada, peavad peaarstid hoolitsema selle eest, et kohtumeditsiini eksperdid esineksid vestluste ja loengutega ettevõtetes, asutustes, koolides, kolhoosides jm.

Üldiselt on teada alkoholijoobe põhjuslik seos õnnetusjuhtude ja kuritegudega. Profülaktiline ja sanitaarselgitustöö sel alal pole veel küllaldaselt sihipärane. Üheks põhjuseks on see, et vestluste ja loengute korraldamisel alkoholi kahjulikkusest, õnnetuste põhjustest autoliikluses, tänavaliikluse eeskirjade rikkumise tagajärgedest jm. teemadel puudub konkreetsus. Mainitud konkreetne materjal ongi kohtumeditsiini ekspertide käsutuses ja seda tuleb kuulajatele demonstreerida, kusjuures ära märkida konkreetsed sündmused ja isikud.

Kohtumeditsiini ekspertide tervishoiu ülesannete lahendamisest osavõtu laiendamine sõltub kohtumeditsiini ekspertide eneste initsiatiivist ja asjalikkusest, samuti nende tihedast koostööst tervishoiuorganitega.

Suur tähtsus niihästi kohtumeditsiinialase teenistuse parandamisele kui ka ekspertiisimaterjalide kasutamisele tervishoiu ülesannete lahendamise eesmärgil on kohtumeditsiini ekspertide perioodilistel aruannetel ja esinemistel. See peaks toimuma täitevkomiteede, aktiivide istungitel ja tervishoiuorganisaatorite nõupidamistel.

Meie ülesanne seisab selles, et peaarstid kasutaksid tunduvalt ulatuslikumalt kohtumeditsiini ekspertiisi andmeid rahva tervishoiu parandamiseks ja tunneksid rohkem huvi kohtumeditsiini ekspertiisi vajadustest.

ЗАДАЧИ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТОВ

А. Сарап и *А. Лукаш*

Резюме

Судебномедицинские эксперты городов, районов и бюро главной судебномедицинской экспертизы располагают значительным материалом, важным для решения многих общих вопросов по улучшению здравоохранения.

Выполняя основную задачу по обеспечению квалифицированной судебномедицинской экспертизы, судебномедицинские эксперты сталкиваются с различными сторонами организации здравоохранения и практического осуществления лечебно-профилактической помощи населению.

Обобщение многосторонней информации о недостатках организации и лечебно-профилактической помощи, накапливающейся у судебномедицинских экспертов, и использование ее для устранения недочетов является общей задачей судебномедицинских экспертов и руководителей здравоохранения.

Среди разнообразных форм участия судебномедицинских экспертов в решении общих задач здравоохранения наибольшее значение имеют клинико-судебномедицинские конференции, детальный разбор врачебных ошибок и несчастных случаев в медицинской практике, изучение происхождения травм, отравлений, скоропостижной смерти и внесение предложений по их профилактике, санитарно-просветительная работа и др. Все эти мероприятия судебномедицинскими экспертами республики проводятся недостаточно активно. Некоторые заведующие здравотделами и главные врачи больниц (Кохтла-Ярве, Пярну и др.) плохо изучают состояние судебномедицинской службы, не уделяют ей должного внимания и недостаточно привлекают судебномедицинских экспертов к участию в решении общих задач здравоохранения.

TUBERKULOOSIHAIGETE REHABILITEERIMISEST SOOMES

J. PÄTIÄLÄ, H. SILLASTU ja *P. TANI*

(Helsingi Ülikooli Kopsuhaiguste Kliinikust, juhataja professor *J. Pätiälä*, ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja professor *K. Kõrge*)

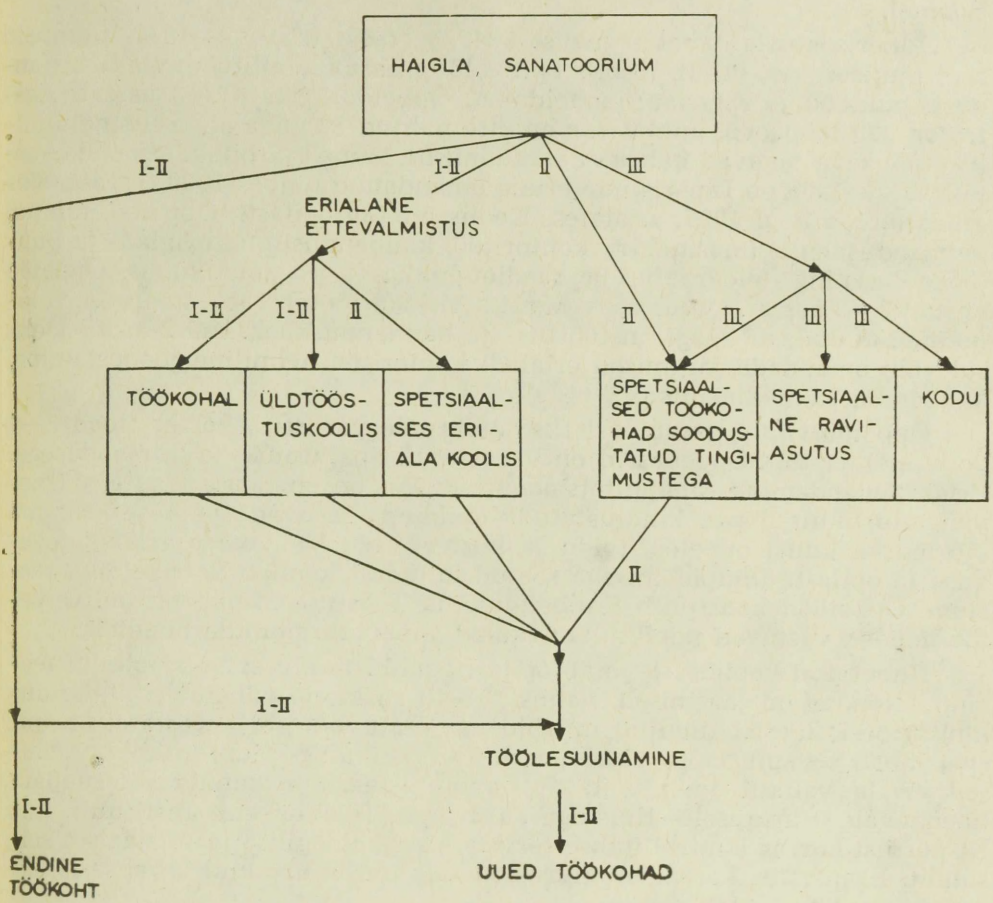
Haigete rehabiliteerimine on tervishoiukorralduse osa, mis hakkas eriti kiiresti arenema pärast Teist maailmasõda, kui põhiprobleemideks muutusid sõjas kannatada saanud inimeste tervise taastamine, nendele sobiva eriala õpetamine ja töökohtade tagamine. Tänapäeval hõlmab rehabiliteerimine mitmesuguseid haigusi põdevaid isikuid. Soomes pööratakse erilist tähelepanu tuberkuloosihaigete rehabiliteerimisele, mis on muutunud tuberkuloosivastase võitluse oluliseks koostisosaks.

Tuberkuloosivastane võitlus seisab haiguse profülaktikas, ravis ja haigete rehabiliteerimises. Viimane hõlmab peamiselt: 1) rehabiliteerimist haiglas ja sanatooriumis, 2) sanatooriumijärgset rehabiliteerimist, mis on seotud haigete või põdenute erialase ettevalmistusega, ja 3) nende tööle paigutamist omandatud erialal kas tavalistes või soodsamates tingimustes (vt. skeem).

Haiglas või sanatooriumis pakutakse haigetele mitmesugust meelelahutust, ühtlasi määratakse sobiv tööala ja vastav tööteraapia. Tuberkuloosihaigete rehabiliteerimine jätkub ka pärast haiglast või sanatooriumist lahkumist, kusjuures arvestatakse haigusprotsessi laadi, ravi tulemusi ja haige elukutset. Rehabiliteerimise seisukohalt jaotatakse tuberkuloosihaiged 3 rühma.

I rühma kuuluvad nii-öelda kerged ja hästi paranenud haiged, kellel kopsutuberkuloosi diagnoositi varakult, haigusprotsess oli enamasti vähese ulatusega ja ravi andis häid tulemusi. Neil isikuil ei esine olulisi kopsude talitlushäireid. Rõhuv enamik neist võib jätkata tööd kas vanal või mõnel uuel töökohal. Soovitatav on vältida rasket füüsilist tööd. Et

need inimesed pole invaliidid ei selle sõna otseses mõttes ega ka juriidilisest aspektist, siis peavad nad omandama uue sobiva eriala töökohal või üldtööstuskoolis tavalises korras (vt. skeem). Vajaduse korral saab neile uue sobiva töökoha muretseda Tuberkuloosiliidu kaudu. Tuberkuloosiliit on 1941. a. asutatud spetsiaalne organisatsioon, mis allub Sotsiaalminis-



S k e e m. Tuberkuloosihaigete rehabiliteerimise võimalused pärast haigla- või sanatooriumiravi

teeriumile. Seda organisatsiooni juhivad haiged (invaliidid) ja ka liikmeskond (praegu ligikaudu 31 000 inimest) koosneb peamiselt tuberkuloosihaigetest. Tuberkuloosiliit annab välja oma ajakirja ja mitmesuguseid informatsioonilisi trükiseid.

II rühma kuuluvad invaliidid, kes on paranenud või paranemas, kuid haigusprotsessi ja selle ravimise tulemusena (näiteks massiivse armkoe tekkimine, kirurgilise ravi järgsed seisundid jm.) esinevad neil püsivad kopsude talitlushäired. Kui need isikud on paranenud ega kujuta endast ohtu epidemioloogilises mõttes, siis peetakse neid Soomes kehtiva seaduse järgi invaliidideks. Nende inimeste kopsude talitlus on vähenenud sellises ulatuses (tavaliselt 25—30%), et neil võib tekkida raskusi elatise hankimisel.

Invaliidistunud isikute rehabiliteerimine pärast haigla- või sanatooriumiravi sõltub eelkõige patsiendi endisest elukutsest, east ja invaliidsust põhjustanud protsessi laadist. Endisel kutsealal on võimalik töötada siis, kui see ei ole seotud füüsilise pingutusega. Sageli aga tuleb kutseala

vahetada, s. o. omandada uus eriala, mis vastaks invaliidsuse astmele. Sobiva eriala võib omandada Tuberkuloosiliidu kaudu kas töökohal või tavalises korras üldtööstuskoolis. Neid võimalusi selle rühma isikute rehabiliteerimiseks kasutatakse Soomes suhteliselt vähe. Soomes saavad tuberkuloosihaiged uue eriala omandada peamiselt spetsiaalsetes koolides, mis asuvad Liperis (Ida-Soome), Kiipulas (Lõuna-Soome) ja Oulus (Põhja-Soome).

Liperis alustas kool tegevust 1947. a. (aastail 1942—1947 toimusid seal ajutised kursused). Koolis õpib 145 õpilast metallitööd, elektriasjandust, puutööd ja spetsiaal-laohoidmist. Õppetöö kestab 2—3 aastat. Aastas on 220 tööpäeva, puhkuseks on ette nähtud 12 nädalat. Seitsmetunnilise tööpäeva jagavad kaheks kahetunniline lõuna- ja puhkeperiood. Aastail 1947—1965 on Liperis uue eriala omandanud umbes 1000 õpilast. Kiipulas töötab kool 1957. a. alates. Koolis on 130 õpilast. Õppetöö toimub kaubanduskoolis (masinakiri, kontoritöö, kaubanduslikud erialad) ja puutöökoolis ning telegraafi- ja raadiotehnika-alases ametikoolis. Õppetöö kestab 2—3 aastat. Oulus asuv Merikoski kool töötab 1957. a. alates. Koolis on 130 õpilast. Seegi on tööstus- ja kaubanduskool, kus 2 aasta jooksul võib omandada järgmised erialad: kontoritöö, tehniline joonestamine, kaubandus ja mehhaanika.

Õppetöö vältel garanteeritakse õpilastele varustus, korter (toad 2—4 õpilasele) ja toit. Õppebaasid on varustatud aparatuuri ja kirjandusega. Eriala omandamine rehabilitatsioonikeskustes on enamasti tasuta, üksnes majanduslikult hästi kindlustatud õpilased tasuvad väikese summa (50 marka kuus) õppetöö, toidu ja korteri eest. Valdava osa kooli tegevuse ja õpilaste ülalpidamisega seotud kuludest kannab Sotsiaalministeerium. Õppetööd kontrollib Kaubanduse ja Tööstuse Ministeerium. Õppetöö nõuded vastavad täielikult tavaliste õppeprogrammide nõuetele.

Nimetatud koolidesse võtab õpilasi avalduste alusel Sotsiaalministeerium. Nõuded on järgmised: vanus 16—40 aastat ja vähemalt algharidus ning tuberkuloosist tingitud invaliidsus. Vastuvõtmisel arvestatakse eriti spetsialisti arvamust. Vajaduse korral (tervislikud põhjused, lahkarvamused eriala valikul jne.) võib Sotsiaalministeerium kandidaadi suunata täiendavale uurimisele Helsingis asuvasse Tööhügieeni Instituuti, kus ekspertiisi korras kontrollitakse tervise, psühholoogilist ja sotsiaalset seisundit. Ekspertiisi korraldanud osakondade ühisel arutelul tehakse lõplik otsus-soovitus.

II rühma haigete (invaliidide) üheks rehabiliteerimise võimaluseks pärast sanatooriumist lahkumist oleks nende suunamine spetsiaalsetesse soodsamate tingimustega töökohtadesse. Selliseid keskusi Soomes rajatud ei ole, küll aga on seda tehtud näiteks Inglismaal, kus vastavate asutuste võrk on hästi organiseeritud ja kannab nimetust «Employs Factories».

III rühma kuuluvad kroonilised tuberkuloosihaiged. Kopsutuberkuloos pole neil paranenud, kuigi haigusprotsess võib ajuti ka enam-vähem stabiilsena püsida. Enamik levitab tuberkuloosibaktereid. Mainitud haigete tervise seisund aga võib olla selline, et nad ajuti on suutelised tegema kergemat tööd. Anglo-Ameerika meditsiinilises kirjanduses nimetatakse niisuguseid haigeid «headeks kroonikuteks.»

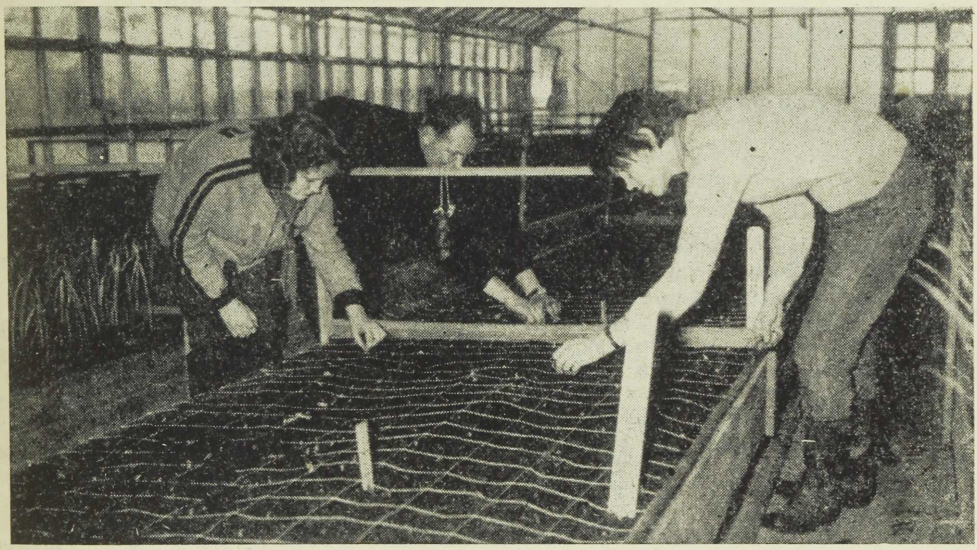
Krooniliste haigete puhul tuleb peamiselt tegelda ravi- ja hooldusküsimustega. See haigete kontingent on tõsiseks probleemiks kõikides maades, rehabiliteerimine saab siin olla üksnes suhteline ja piiratud.

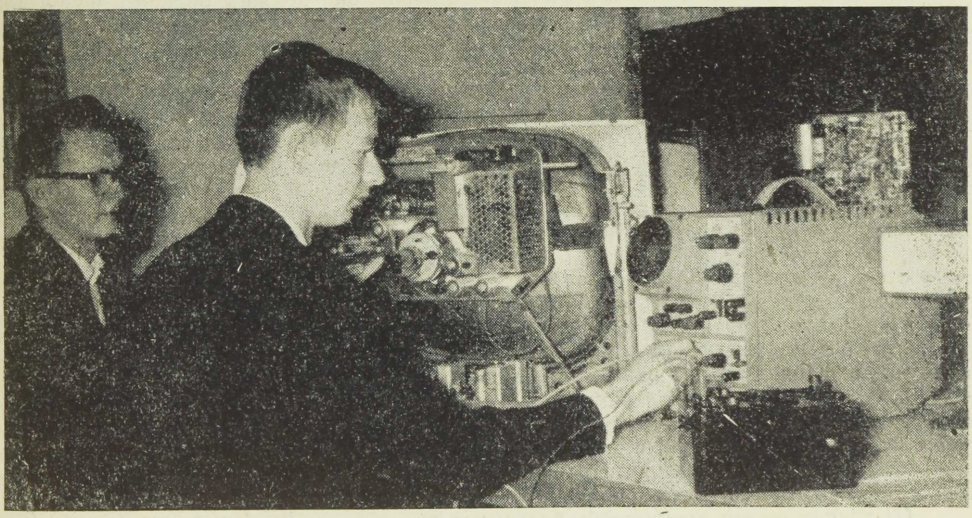
Üks võimalusi on krooniliste haigete kestev hoidmine haiglas või

---

Fotodel: õppetöö Kiipula rehabilitatsioonikeskuse kaubanduskoolis, puutöökoolis ja raadiotehnika-alases ametikoolis







sanatooriumis. See on otstarbekas epidemioloogia ja ravi seisukohalt ning võimaldab haigeid kasutada kergematel töödel. Püsiva hospitaliseerimise puuduseks on see, et nimetatud olukord mõjub ebasoodsalt haigete psüühikale, ühtlasi on haigla-sanatooriumikohad pikka aega ainult teatavate haigete rühma kasutada. Viimane asjaolu tekitab raskusi värskete, hiljuti avastatud tuberkuloosihaigete hospitaliseerimisel. Seetõttu osutub mõnikord vajalikuks suunata III rühma haigeid koju või spetsiaalsetesse raviasutustesse. Krooniliste haigete suunamine koju sõltub haigusprotsessi laadist ning perekonna majanduslikust ja sotsiaalsest seisundist. Samaaegselt jätkub ravi ja haige võib ajutiselt teha mõnda kergemat, enamasti meelelahutust pakkuvat tööd.

Spetsiaalseid asutusi krooniliste haigete ravimiseks on Soomes vähe. Nimetada võib vaid sõjainvaliidide-tuberkuloosihaigete kodu Honkalas, mis rajati 1948. aastal. Tööalased üritused on seal meelelahutuslikku laadi.

Rehabiliteerimise üheks vormiks oleks «heade kroonikute» suunamine soodsamate tingimustega töökohtadesse, kuid nimetatud keskusi, nagu juba öeldud, Soomes ei ole. Tuleb veel märkida, et ka sellistes soodsamates tingimustes töötavate krooniliste haigete arv on Soomes väga väike.

О РЕАБИЛИТАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ В ФИНЛЯНДИИ

Е. Пятияля, Х. Силласту и П. Тани

Резюме

В Финляндии особое внимание обращают на реабилитацию туберкулезных больных, что стало важной составной частью борьбы с туберкулезом.

Борьба с туберкулезом заключается в профилактике заболевания, в лечении и реабилитации больных. Последняя охватывает в основном: 1) реабилитацию в больнице и санатории, 2) реабилитацию после санатория, которая связана с профессиональной подготовкой больных или перенесших заболеваний и 3) их определение на работу по полученной специальности в обычных или облегченных условиях. С точки зрения реабилитации больных туберкулезом разделяют на 3 группы.

К I группе относятся так называемые легкие и хорошо поправившиеся больные, у которых туберкулез легких диагностировали рано, процесс был мало распространенным и лечение дало хорошие результаты. У этих лиц нет существенных нарушений деятельности легких. Подавляющее большинство из них могут продолжать работу на старом или каком-нибудь новом месте работы. Так как эти люди не являются инвалидами ни в прямом, ни в юридическом аспекте этого слова, они должны овладеть новой подходящей специальностью по месту работы или в обычном порядке в общей ремесленной школе. В случае необходимости им можно подыскать подходящее место работы через общества Туберкулезный Союз.

Ко II группе относятся инвалиды, которые поправились или поправляются, но у которых в результате болезненного процесса и его лечения (например, развитие массивной рубцовой ткани, состояние после хирургического лечения и др.) сохраняются нарушения легочной функции. Если эти лица поправились и не представляют эпидемиологической опасности, то по существующему в Финляндии закону их считают инвалидами.

Легочная деятельность у этих людей уменьшена в таком масштабе (обычно на 25—30%), что у них могут возникнуть затруднения при добывании средств существования. По прежней специальности они могут работать в том случае, если это не связано с физическим напряжением. Новой профессией, которая бы соответствовала степени инвалидности, можно овладеть или на рабочем месте, или в обычном порядке в общей ремесленной школе с помощью «Туберкулезного Союза». Эти возможности для реабилитации лиц этой группы в Финляндии используют сравнительно мало. Новую специальность в Финляндии можно приобрести преимущественно в специальных профессиональных школах. Учеба в них продолжается 2—3 года. Можно обучиться машинописи, конторской работе, техническому черчению, радиотехнике, столярным, слесарным работам, торговым специальностям и т. д. На время учебы обучающимся гарантировано снабжение, квартира и питание. Приобретение специальности в этих центрах реабилитации в большинстве бесплатное. Окончившие обеспечиваются работой.

III группа — это хронические больные туберкулезом. Легочный туберкулез у них не излечился, хотя временами болезненный процесс может быть относительно стабильным. Большинство из них выделяет бактерии туберкулеза. Однако, состояние здоровья

таких больных может быть таково, что временами они способны заниматься легким трудом. Этот контингент больных представляет серьезную проблему во всех странах, здесь реабилитация может быть только относительной и ограниченной. Одной из возможностей является постоянное пребывание хронических больных в больнице или санатории, но такое положение неблагоприятно отражается на психике больных и создает трудности для госпитализации свежих, недавно обнаруженных больных туберкулезом. В связи с этим иногда возникает необходимость направления больных III группы домой или в специальные лечебные учреждения. Последних же в Финляндии мало.

ÜHEST MUDARAVI LAIENDAMISE VÕIMALUSEST

Farmaatsiakandidaat *E. VAGANE*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*)

Meie mudaravikuurortide Haapsalu ja Kuressaare (Kingissepa) mudaravilad hävisid Suures Isamaasõjas. Nende reorganiseerimine on praegu pooleli. Haapsalus töötab sanatooriumi «Laine» juures väike suvilast ümberehitatud mudaravila. Projekt uue, ajakohase ehitamiseks on olemas, kuid viimasega ei ole veel algust tehtud. Kingissepas alustas 1965. aasta kevadel tööd «Mereranna» kolhoosi ehitatud mudaravila, mis aga kõiki ravi vajajaid rahuldada ei suuda. Hoopis suurem on uus, kolhooside, sovhooside ja teiste asutuste poolt kooperatiivselt ehitatav Kingissepa muda- ja vesiravila, mille seinad on juba üleval ja mille valmimist võib loota 1967. aastal (2). Ka Narva-Jõesuus on kolhoosnikute puhkekodu juurde alustatud uue ravikorpuse ehitamist, millesse tuleb vee- ja mudaraviosakond. Ravikorpus valmib samuti 1967. aastaks, kuid mudaraviga alustati juba 1965. aasta sügisel. Seejuures hakati kasutama suurt (50 000 m^3) ravimuda leiukohta Leningradi oblastis (3), mille on avastanud Moskva Spetsiaalse Hüdrogeoloogia Valitsuse ning Kurortoloogia ja Füsioteraapia Keskinstituudi ekspeditsioon. Mudaaplikatsioone

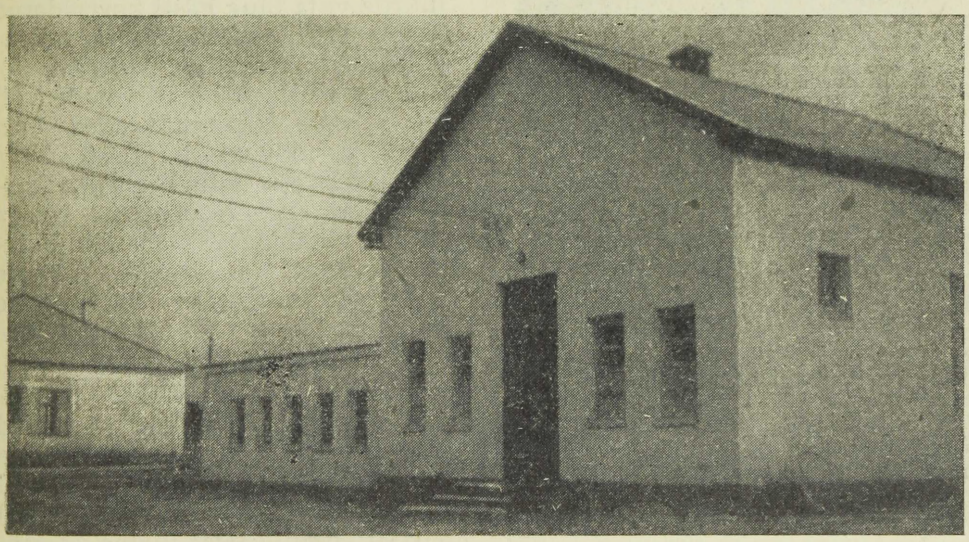


Foto 1

tehakse kolmes Tallinna haiglas. Mudaravi on kasutatud ka Rakvere haiglas. Need raviasutused saavad muda Haapsalust.

Pärast sõda kujunes meie tähtsaimaks mudaravikuurordiks Pärnu. Sõjaeelsega võrreldes tehakse seal mudaraviprotseduure tunduvalt roh-

kem. Pärnu lahe mudaressursid aga on mudaravila vajaduse katmiseks liiga väikesed ja seetõttu hangib kuurort muda Haapsalu lahest ning kasutab osaliselt ka regenereeritud muda. Eespool nimetatud ekspeditsioon andis Pärnu mudaravilale uue perspektiivi: avastati küllalt suur (30 000 m^3) uus mudaleiukoht Heinastes (Läti NSV piires), mis on Pärnule lähemal kui Haapsalu.

Arvesse võttes selleks ajaks väljakujunenud olukorda tehti NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudile ülesandeks uurida mudaravi näidustusi ja toimemehhanismi. Selleks loodi Pärnusse instituudi kurortoloogia- ja reumatoloogiasektor ning ehitati laboratoorium. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Loodusuurijate Seltsi liikmed (1) uurisid aastail 1957—1962 mitmeid meie mudaleiukohti. Eesti NSV ravimudaressursside vastu tundis 1963. a. huvi ülalmainitud Moskva ekspeditsioon, kelle üks ülesandeid oli mudaressursside hindamine ja nende laialdasema ekspluateerimise võimaluste selgitamine. Seejuures lähtuti seisukohast, et meie ravimuda võiks kasutada ka väljaspool vabariiki. Mõned aastad tagasi veetigi muda Leningradi. Enne sõda eksporditi seda paljudesse maadesse vähesel hulgal (umbes 10 tonni aastas).

Nagu näha, on peetud plaane ja tehtud palju tööd meie ravimuda uurimise ja mudaravilate planeerimise alal. Ometi ei saa veel väita, et mudaravi oleks kergesti kättesaadav ja et me seda looduslikku raviteguri kasutaksime küllaldasel määral. Kuni viimase ajani said isegi Haapsalu ja Kingissepa elanikud mudaravi ainult Pärnus, kus oma ravimuda puudub.

Mudaravi laiendamise vajalikkuse kohta pole meil kahesuguseid seisukohti. Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg märkis 1964. a. juulikuus EKP Keskkomitees peetud ettekandes, et lähema 2—3 aasta vältel on mitmete haiglate juurde vaja luua hästi korraldatud füsioteraapiaosakonnad, kus rakendataks ka muda- ja vesiravi (5). Rahvasaadik dotsent E. Raudam (4) tõstis selle küsimuse üles juba 1959. a. novembris Eesti NSV Ülemnõukogu istungjärgul, kusjuures ta tegi ettepaneku avada mudaravikabinette maa-ambulatooriumides ja linnades. Peale selle on mudaravi laiendamise kohta korduvalt sõna võetud ajalehtede ja ajakirjade veergudel.

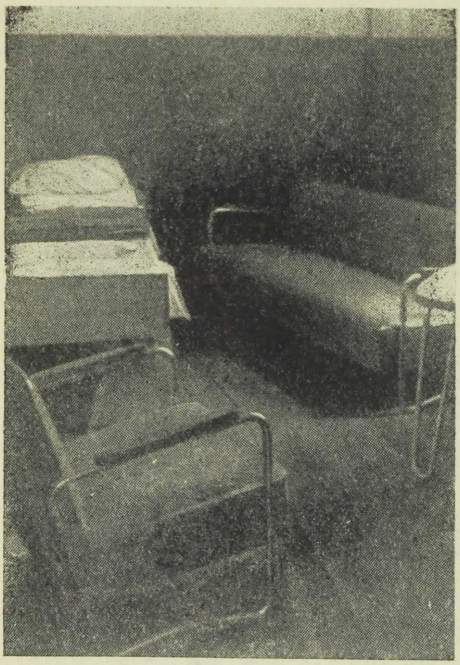


Foto 2

Meie arvates väärib märkimist töö, mida hiidlased on teinud oma ravimudavarude kasutusele võtmiseks. Enne sõda Hiiumaal mudaravilaid ei olnud. 1957. a. (7) tehtud analüüsidest selgus, et mõned Hiiumaa meremudad on oma füüsikalis-keemiliste omaduste poolest lähedased Haapsalu ravimudale. 1959. a. jaanuaris alustas äsja ülikooli lõpetanud arst E. Türi (6) mudaprotseduure Selja maahaiglas. Seal saadi häid tulemusi üle 200 haige ravimisel. Tingimuste parandamiseks ehitati Kärdla haigla lahkamiskamber ümber mudaravilaks (vt. foto 1), milleks ressursid andis Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium.

Juurdeehitatud majatiiba mahtus 3 basseini muda säilitamiseks ja regenereerimiseks. Protseduuride ruumis on kaks kušetti, vann ja dušš. Mainitud ruumi kõrval asuvad mudaköök muda ettevalmistamiseks, haigete puhkeruum (vt. foto 2), esik-riietusruum ja sanitaarsõlm. Mudaravila alustas tööd 1964. a. jaanuaris ning suudab päevas anda ravi üle 20 haigele (nii haiglas kui ka ambulatooriumis). Selline võimsus rahuldab kohalikud vajadused. Peale mudaaplikatsioonide võib kasutusele võtta muda galvaanilisteks protseduurideks ja günekoloogilisi haigusi põdevate haigete ravimiseks.

Mõne sobiva hoone mudaravilaks ümberehitamine pole suuri ressursse ega ajakulu nõudev töö. Kahe kušetiga mudaravikabinet võimaldab teha kuni 6000 protseduuri aastas, teiste sõnadega — anda ravi ligi 400 haigele. Statsionaaris kulub üheks protseduuriks keskmiselt 25—35 kg, ambulatooriumis 10—15 kg muda. Enamik mudaravilaist tarvitab regenereeritud muda, mis vähendab talveks varutava muda hulka.

Meie arvates võib selliseid või tarbe korral ka suuremaid mudaravikabinette avada mudaleiukohtade lähedal (näiteks Haapsalus jm.). Kingissepas talitati õigesti, et ei jäädud ootama suure mudaravila valmimist. Samasuguse arusaama kohaselt talitati Narva-Jõesuus.

Tallinna ja Rakvere haiglate eeskujul võib mudaravi kasutusele võtta kõigis Eesti NSV linnades. Suuremates linnades on arvatavasti otstarbekas ehitada mudaravila mitme haigla ja ambulatooriumi tarvis. Neid küsimusi oleks vaja arutada, et reaalseid plaane koostada.

Meie ravimuda hea toime on tuntud juba möödunud sajandist ja mudavarud on praktiliselt ammendamatud. See õigustabki mudaravi laialdast rakendamist.

KIRJANDUS: 1. Вагане Э. П. и Кыпман Л. Ю. Академия Наук Эстонской ССР. Таллин, 1963. Труды по курортологии I и II, 9—18, 7—11. — 2. Auväärt, V. Rahva Hääl, 1965, 7. juuli. — 3. Nigumann, V. Rahva Hääl, 1965, 23. juuli. — 4. Raudam, E. Rahva Hääl, 1959, 26. november. — 5. Roots, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 75—77. — 6. Türi, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 2, 35—37. — 7. Vagane, E. Nõukogude Hiiumaa, 1957, 19. september.

ОБ ОДНОЙ ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕНИЯ ГРЯЗЕЛЕЧЕНИЯ

Э. Вагане

Резюме

В послевоенном периоде важнейшим грязевым курортом нашей республики стал Пярну, где используется лечебная грязь, добываемая в Хаапсалуском заливе. Реорганизация разрушенных во время Великой Отечественной войны грязелечебниц Хаапсалу и Куressааре (Кингисепп) в настоящее время не завершена. Грязелечение стали применять в трех больницах Таллина, а также в Ракверескоей больнице. В прошлом году грязелечение введено и в Усть-Нарве. Несмотря на это, еще нельзя утверждать, что грязелечение легко доступно и что мы в достаточной мере используем этот лечебный фактор.

О необходимости расширения грязелечения и организационных мероприятиях неоднократно говорили в печати.

По нашему мнению, заслуживает внимания работа, проделанная жителями о. Хийумаа по использованию запасов своих лечебных грязей.

В январе 1959 года в сельской больнице Селья недавно окончивший Тартуский университет врач Э. Тюри начал проводить грязелечение, и получил хорошие результаты при лечении свыше 200 больных. Позже в Кярдлаской больнице прозекторская была перестроена в грязелечебницу. В процедурном помещении имеются 2 кушетки, ванна и душ. Рядом находятся кухня для приготовления грязи, помещение для отдыха больных, передняя-раздевалка и санитарный узел.

В пристроенном крыле здания размещено 3 бассейна для хранения и регенерации грязи.

Эта грязелечебница начала функционировать с января 1964 года и может в день отпустить процедуры более чем 20 больным. Это удовлетворяет местные потребности.

Такие, или в случае необходимости, большие кабинеты грязелечения можно открыть повсюду, где поблизости есть источники грязей. По примеру таллинских и Ракверескоей больниц грязелечение можно ввести во всех городах Эстонской ССР.

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

LAPS KÕHUTÜÜFUSE KROONILISE BAKTERIKANDJANA

Arstiteaduse kandidaat *H. PIHL*, *A. TEETSOV* ja *O. TŠERNJAK*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*, ja Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst *A. Aava*)

Kõhutüüfuse epidemioloogias on tänapäeval keskseimaks küsimuseks krooniline bakterikandmine. Erinevate autorite andmeil jääb haigust põdenuist bakterikandjaiks 3—5% (1, 3, 4 jt.), kes omakorda võivad saada uuteks nakkusallikateks. Arstiteaduse edusammudele vaatamata ei ole kõhutüüfuse krooniliste bakterikandjate ravi, kaasa arvatud mitmesugused kirurgilised võtted, osutunud kuigi mõjusaks. Kõige sagedamini leitakse baktereid kesk- või vanemaealistel isikutel. 73% kõigist kõhutüüfuse ja paratüüfuste kroonilistest bakterikandjatest Eesti NSV-s on 50-aastased või vanemad.

Kõhutüüfuse kroonilist bakterikandmist lastel täheldatakse võrdlemisi harva. Nii annab H. Bierschenk (2) ülevaate 486 bakterikandjast, kelle seas oli kuni 5 aasta vanuseid ainult üks isik. Lapsed aga võivad bakterikandjatena saada võrdlemisi ohtlikeks nakkusallikaiks, mida tõestab ka meie poolt kirjeldatud juht.

Tütarlaps Galja B., sündinud 6. XII 1963. a., haigestus 21. XII 1964. a., mil tekkis kõrge palavik. Koju kutsutud jaoskonnaarst saatis ta 25. XII 1964. a. Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse. Saatediagnoos: viirusnakkus, kopsupõletik?, rasvumine (haiguslugu nr. 1346). Et oletati kõhutüüfust, saadeti haige veri bakterioloogilisele uurimisele, milles 28. XII avastati *S. typhosa*, fagotüüp E_1. Patsienti raviti Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas 29. XII 1964. a. kuni 23. II 1965. a. Selle aja jooksul leiti tal kõhutüüfuse baktereid veel kolmel korral roojast ja ühel korral sapi A- ja B-fraktsioonist. Haigus kulges keskmise raskusega. Epidemioloogilisel uurimisel selgus, et Galja B. nakatajaks osutus tema ema Svetlana B., kes kõhutüüfuse kroonilise bakterikandjana oli arvel Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas, kusjuures tema poolt eritatavad kõhutüüfuse bakterid kuulusid samasse E_1-fagotüüpi. Ema ja laps elasid ühes toas kahetoalisest korterist, magasid ühes voodis. Majas puudusid veevärk ja kanalisatsioon.

Hiljem nakatas Galja B. kõhutüüfusesse kuus (!) ja tema ema ühe isiku. Nakkus levis järgmiselt (vt. skeem). Pärast haiglast lahkumist viis Svetlana B. tütre Galja 73-aastase Jelena A. juurde, kes haigestus kõhutüüfusesse 9. IV 1965. a. Et väljakutsutud jaoskonnaarst diagnoosis algul (10. IV 1965. a.) südamepuudulikkust ja grippi, hospitaliseeriti patsient Tartu Linna Kliinilisse Nakkushaiglasse alles 17. IV 1965. a. (haiguslugu nr. 649), kus teda raviti 52 päeva. Tema verest ja väljaheitest avastatud kõhutüüfuse bakterid kuulusid samuti E_1-fagotüüpi.

Maikuu algul haigestus kõhutüüfusesse ka Jelena A. 33-aastane poeg Andrei A., kes elas emaga ühes ja samas toas, kus viibis krooniline bakterikandja laps. Andrei A. suunati 18. V 1965. a. Tartu Linna Kliinilisse Nakkushaiglasse ravile (haiguslugu nr. 837), kus tal kõhutüüfuse komplikatsioonina tekkisid soole perforatsioon ja peritoniit, mille tõttu haige saadeti operatsioonile.

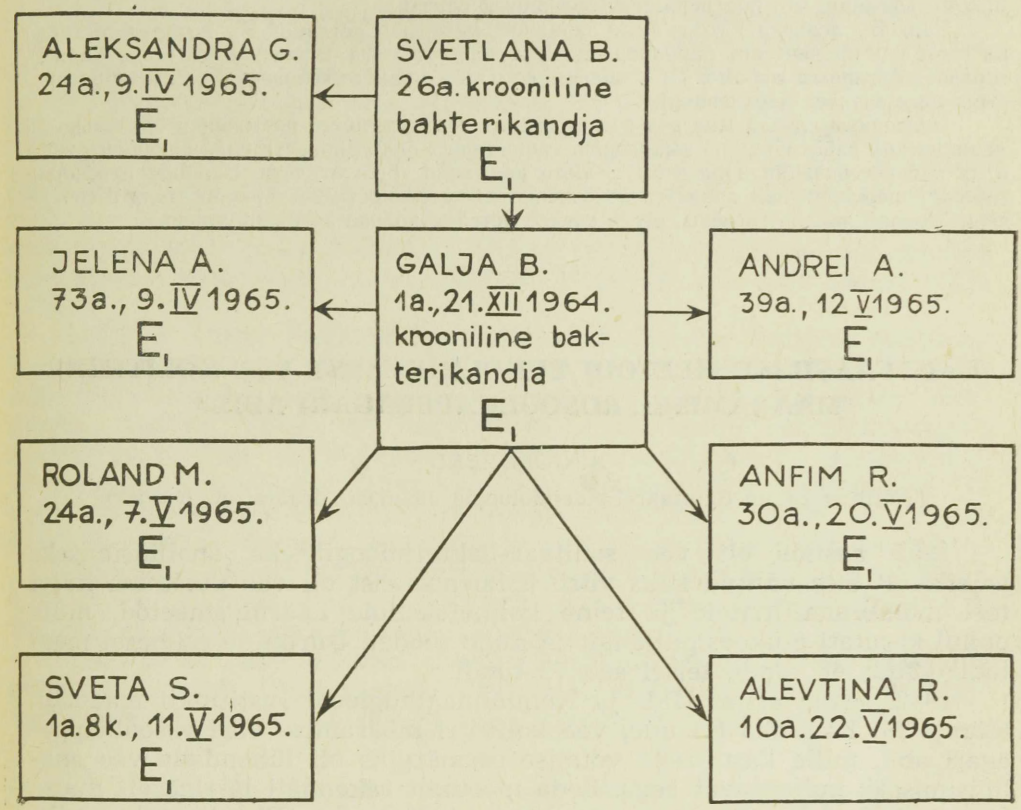
Järgmiseks Galja hoidjaks oli 78-aastane naiskodanik, kelle «kodusesse lastesõime» toodi veel teisigi lapsi. Siin nakatas Galja kaks isikut — 1 aasta 8 kuu vanuse Sveta S. (haiguslugu nr. 808) ning samas toas Galja ja Sveta hoidjaga elava 24-aastase Roland M. Kummalgi avastati nakkushaiglas E_1-fagotüüpi kuuluvaid haigusetekitajaid.

Et Galja B. oli nakatanud juba neli isikut ja tema ema oma korterikaaslase Aleksander G., (haiguslugu nr. 624), siis otsustati nad uuesti hospitaliseerida. Galja koos emaga viibis teistkordselt Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas 15. V — 26. VI 1965. a. Selle aja jooksul avastati nii Galjal (haiguslugu nr. 815) kui ka ta emal (haiguslugu nr. 816) kõhutüüfuse baktereid väljaheites ja sapis korduvalt. Hoolikale komplekssele ravile vaatamata (Galja ravimiseks kasutati ka kõhutüüfuse divaktsiini) lahkusid mõlemad haiglast ikkagi bakterikandjatena.

Kui eespool mainitud patsiendid viibisid ravil, paigutati Tartu Linna Kliinilisse Nakkushaiglasse kaks kõhutüüfust põdevat haiget Tartu rajoonist. Need olid

Anfim R., 34 aastat vana (haiguslugu nr. 901), ja Alevtina R., 10 aastat vana (haiguslugu nr. 926). Epidemioloogilisel uurimisel muuseas selgus, et mõlemad haiged olid Svetlana B. sugulased. Ühtlasi saadi teada, et Galja oli paar nädalat enne nende haigestumist viibinud mainitud sugulaste juures maal. Siingi kinnitas nakkuse leviku ahela tõenäolisust haige Anfim R. veres avastatud haigusetekitaja, mis kuulus samasse fagotüüpi (E_1), mis leidus ka Galja B. veres.

Kui Galja B. ja tema ema Svetlana B. asusid 1965. a. juulikuus omaette kahetoalisse veevärgiga korterisse, siis uusi haigestumisi seoses kirjeldatud bakterikandjatega 1965. a. teise poole jooksul ei täheldatud.



Skeem

Kõhutüüfuse krooniliste bakterikandjate, ühe aasta vanuse Galja B. ja tema ema Svetlana B. poolt põhjustatud haigusjuhtude leviku skeem (lahtreis eesnimi, perekonnanime algustäht, vanus, haigestumise aeg ja haigusetekitaja fagotüüp)

Esitatud andmed kinnitavad veel kord kõigi meditsiinitöötajate valvsuse tõstmise vajadust kõhutüüfuse krooniliste bakterikandjate avastamisel ja nende dispanseerimisel. Erilist tähelepanu nõuavad seejuures lapsed. Oluliseks profülaktikaabinõuks on bakterikandja teadlikkuse tõstmine ja isikliku hügieeni reeglite täitmine, mis aga laste puhul on küllaltki raske. Ühtlasi tuleb rõhutada kõhutüüfuse bakterite fagotüübi määramise tähtsust nakkuse leviku selgitamiseks.

KIRJANDUS: 1. Рогозин И. Бациллоносительство, БМЭ, т. 3, М., 1957, 504—518. — 2. Bierschenk, H. Z. ärtzl. Fortbild., 1964, 4, 328—335. — 3. Pihl, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 2, 82—86. — 4. Sedlak, J., Rische, H. Enterobacteriaceae-Infektionen, Leipzig, 1961.

РЕБЕНОК КАК ХРОНИЧЕСКИЙ БАЦИЛЛОНОСИТЕЛЬ БРЮШНОГО ТИФА

Х. Пихль, А. Теэтсов и О. Черняк

Резюме

Центральным вопросом в эпидемиологии брюшного тифа в настоящее время является хроническое бациллоносительство. По данным различных авторов, после заболевания остается 3—5% бациллоносителей, которые в свою очередь могут стать новыми источниками инфекции. Хроническое бациллоносительство у детей отмечают сравнительно редко. Однако, дети — бациллоносители могут стать довольно опасным источником инфекции, что подтверждает описанный случай.

Галя Б., девочка 1 года, была заражена матерью Светланой Б., которая состояла на учете как хронический бациллоноситель брюшного тифа. В течение полугода Галя Б. заразила брюшным тифом 6 (!) человек и ее мать — одного человека (см. схему распространения случаев заболевания).

Описанный случай еще раз подтверждает необходимость повышения бдительности медицинских работников по выявлению хронических бактерионостителей брюшного тифа и их диспансеризации. При этом особого внимания требуют дети. Важным профилактическим мероприятием является повышение сознательности бактерионосителя и соблюдение правил личной гигиены, что в случае детей довольно затруднительно.

KAHEFAASILISE MEETODI TUNDLIKKUSEST VEE KOLITIITRI MÄÄRAMISEL ROSOOLHAPPEAGARI ABIL *

A. GOLDBERG

(Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst *A. Kuusik*)

1955. aastani oli vee sanitaar-bakterioloogiliseks analüüsimiseks ametlikult ette nähtud kaks viisi. Esimene neist oli vee uurimine külvi teel membraanfiltritele ja teine kolmefaasiline käärimismeetod, mille puhul kasutati glükoosipuljongit ja Endo söödet. Uurimine esimesel meetodil vältas 48 tundi, teisel aga 72 tundi.

1942. aastal esitas Üld- ja Kommunaalhügieeni Instituudi teaduslik töötaja M. Kitšenko (1) uue, vee kolitiitri määramise viisi rosoolhappeagari abil, mille kasutusele võtmise eesmärgiks oli lühendada vee analüüsimiseks kulutatavat aega. Seda meetodit rakendati laialdaselt Suure Isamaasõja ajal erisuguste veeallikate uurimiseks. Et nimetatud viisi täiustada, võeti kasutusele niisugune tõhus sööde, millel soolebakterid areneksid ja kasvaksid hästi, kusjuures muude mikroobide kasv samal ajal oleks maksimaalselt pidurdatud. Nimetatud nõuetele vastaski M. Kitšenko esitatud diferentsiaal-rosoolhappeagar.

1949. aastal alustasid trusti «Lenvodoprovod» kesklaboratooriumi töötajad Leningradi Hügieeni ja Sanitaaria Instituudi ülesandel uurimistööd, et anda võrdlev hinnang standardsele kolmefaasilisele meetodile (mille puhul kasutatakse Endo söödet) ja rosoolhappeagarile.

Enamik autoreist viitas sellele, et M. Kitšenko soovitab kolitiitrit määrata rosoolhappeagarile külvamise teel, kusjuures tehakse ümberkülve esimeses faasis kasutatud söötmetelt.

M. Suraževskaja (5) ja teiste «Lenvodoprovodi» kesklaboratooriumi teaduslike töötajate uurimised näitavad, et nad ei kontrollinud M. Kitšenko meetodit niisugusel kujul, nagu see oli esitatud. Nad tegid vaid paralleelselt ümberkülve rosoolhappe püstagarile ja Endo söötmega katseklaasidesse. Nimetatud töötajate eespool toodud järeldustele vaatamata nende kontrolluuringuist selgus, et punase värvuse tekkimist

---

* Käesolev töö on ette kantud Tallinnas I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Eesti Vabariiklikus Teaduslikus Seltsis 8. detsembril 1965. a.

(kusjuures isegi moodustub gaas) Endo söötmel võivad põhjustada ka mittefekaalse päritoluga mikroobid.

Mitmed autorid [I. Kurotškin (3), M. Suraževskaja (5) ja teised (6, 7)] märgivad M. Kitšenko meetodi eeliseid. Selle väärtuseks on samuti see, et ta on tundlikum kui standardne kahefaasiline meetod külvamise teel membraanfiltritele, rääkimata kolmefaasilisest käärimismeetodist.

T. Nadson «Donbasvodtresti» Kontrolluurimise Kesklaboratooriumist märkis 1956. aastal, et uurimine külvi teel membraanfiltritele on mugav, lihtne ja täpne vaid sel juhul, kui veed on hästi filtreeruvad. Nad ei tohi sisaldada suurel hulgal kolloidaineid, mehhaanilisi osakesi ja rauaühendeid ning nad peavad olema võrdlemisi puhtad bakterioloogilises mõttes. Seda tõid oma töödes ära ka S. Petrovitš (4) ja V. Javrumov (6). Mehhaaniliste osakeste sisaldus vees aeglustab filtreerumist läbi membraanide mõnel juhul mitme tunni võrra, mis ei vasta GOST-i tingimustele.

Uurimistööde tulemused, mis on avaldatud mitmetes artiklites [M. Kitšenko (1, 2), I. Kurotškin (3) jt.], näitasid, et M. Kitšenko meetodil saab vee kolitriitrit määrata selgesti, täpselt ja kiiresti. Need andmed võimaldasid NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumil võtta nimetatud meetod riiklikuks üleliiduliseks standardiks nr. 5216-50, mis anti uuesti välja 1955. a.

Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaar-bakterioloogialaboratooriumis kasutati 1962. aasta juunini vee kolitiitri uurimiseks kolmefaasilist käärimismeetodit, mis sel ajal polnud enam standardne, hiljem mindi üle kahefaasilisele meetodile rosoolhappeagari kasutamisega (mis oli kinnitatud riiklikuks üleliiduliseks standardiks). Üleminekul jätkati meie laboratooriumis paralleelselt (võrdlemiseks) ja valikuliselt erisuguste veeallikate veeproovide analüüsimist ka kolmefaasilise käärimismeetodi järgi. Nii kontrollisime üldse 1062 veeproovi.

1062 paralleelselt tehtud uuringu tulemused langesid meie andmeil ühte 81,5% ulatuses. Peale selle osutus uus meetod väga tundlikuks ja täpseks, kusjuures analüüsi kestus lühenes 24 tunnini.

Käesolevas töös esitatud võrdleval analüüsimisel võeti veeproove arteesiakaevudest, väiksematest üldkasutatavatest puurkaevudest, individuaalmajade kaevudest, samuti linna veevärgist ja merelahest.

Tabel

Veeallikad	Uuritud proovide		Ühtelangevate tulemuste		Proovid, mille puhul täheldati suurimat väljakülvi			
					2-faasilisel meetodil GOST-i järgi		3-faasilisel mittestandardsel meetodil	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
Arteesiakaevud	450	43,3	342	76,6	72	16	36	8
Linna veevärk	200	18,4	181	90,5	14	7	5	2,5
Üldkasutatavad puurkaevud	200	18,4	160	80	26	13	14	7
Individuaalmajade kaevud	100	9,4	86	86	9	9	5	5
Merelaht	112	10,5	97	86,6	11	9,83	4	3,57
Kokku	1062		860	81,5	132	12,4	64	6,02

Tabelist nähtub, et uurimistulemuste ühtelangemise protsent oli kõige suurem linna veevärgist võetud proovide puhul, nimelt 90,5% ning kõige väiksem (76,6%) arteesiakaevude veeproovide puhul. Nimetatud

asjaolu äratas meis suurt kahtlust. Võib arvata, et arteesiakaevude veeproovide hulka sattusid ka veeproovid uute ehituste veevärgist. Viimast pole veeallikate uurimisel eraldi esitatud, sest kahefaasilise meetodi eelised, mille puhul kasutatakse rosoolhappeagarit, on niigi selged ja küllalt konkreetsed.

Vee uurimisel viimati mainitud kahefaasilisel meetodil täheldati suurimat väljakülvi 16%-l proovidest, samal ajal kui kolmeetapilisel kääримismeetodil ulatus see 8%-ni. Jaroslavli Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töötaja I. Kurotškini andmeil (3) oli väljakülv kahefaasilise meetodi puhul suurim 6,5%-l kõikidest veeproovidest. Seega jääb vee uurimisel juhtivaks ikkagi kahefaasiline meetod, mille puhul kasutatakse rosoolhappeagarit.

Muidugi, me püüame uuringute käigus saavutada suurimat täpsusprotsenti, kuid nähtavasti ka kirjeldatud meetodi puhul võib ilmneda väike protsent kõrvalekaldumisi. Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaar-bakterioloogialaboratooriumis ulatub see 6,02-ni.

Järeldused

1. Vee kolitiitri kahefaasiline määramine, mille puhul kasutatakse rosoolhappeagarit, on varem rakendatud uurimisviisist täpsem ja tundlikum ning nõuab vähe aega.
2. Nimetatud meetod on tehniliselt lihtne, mugav ja ei vaja mingeid täiendavaid seadmeid. Eriti tähtsatel ja erakorralistel juhtudel võib uurimise vältust lühendada 24—36 tunnini.
3. Kui arvestame täpselt esimese käärimisproovi (mis pärast esmast termostaadis hoidmist ei anna kasvu) lahjendusega tehtud külve ja ümberkülve rosoolhappeagarile, siis väljakülvi protsent tõenäoliselt tõuseb.
4. Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaar-bakterioloogialaboratooriumi materjalide järgi on väljakülv kahefaasilise meetodi puhul 2 korda suurem kui kolmefaasilise käärimismeetodi puhul.

KIRJANDUS: 1. Киченко М. Г. В сб.: Вопросы санитарной бактериологии. М., 1948, 117—126. — 2. Киченко М. Г. Лабор. дело, 1955, 6, 14—18. — 3. Курочкин И. Д. Лабор. дело, 1955, 6, 19—20. — 4. Петрович С. Л. Гигиена и санитария, 1952, 6, 19—22. — 5. Суражевская М. А. Лабор. дело, 1955, 2, 21—23. — 6. Яврумов В. А. Гигиена и санитария, 1952, 5, 52—53. — 7. Яврумов В. А. и Александрова Н. М. Гигиена и санитария, 1958, 1, 80—81.

О ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ДВУХФАЗНОГО МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЛИ-ТИТРА ВОДЫ С ПОМОЩЬЮ РОЗОЛОВОГО АГАРА

А. Гольдберг

Резюме

В санитарно-бактериологической лаборатории Таллинской городской санэпидстанции с июня 1962 года коли-титр воды определяют 2-фазным методом с применением розолового агара. С целью сравнения результатов исследования были обследованы параллельно и избирательно водные пробы из различных источников (артезианских колодцев, небольших общественных и индивидуальных колодцев, городского водопровода и морского залива) с помощью 3-фазного метода брожения.

Результаты 1062 сделанных параллельно исследований совпали в 81,5%, причем новый метод оказался очень чувствительным и точным. Одновременно продолжительность исследования сократилась до 24 часов.

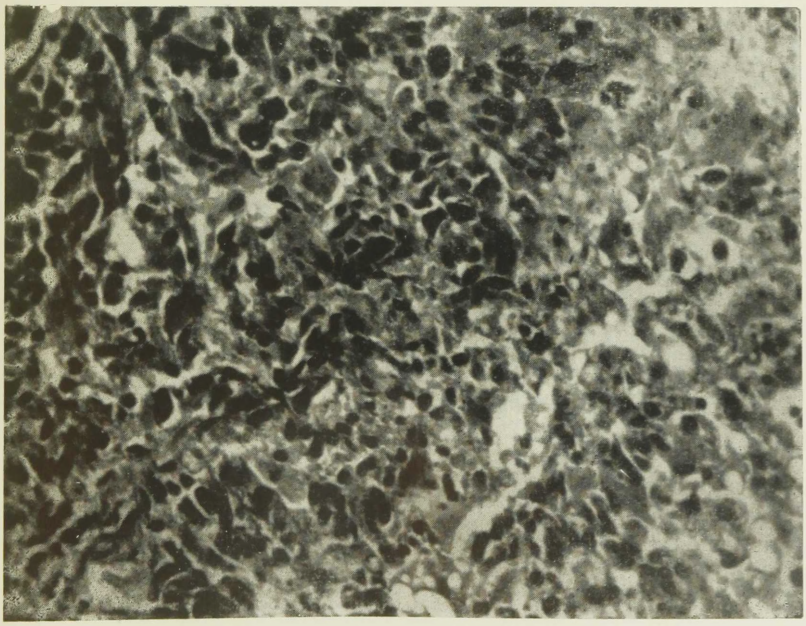
Названный метод технически прост, удобен и для введения его не требуется дополнительных установок.

R. Mikelsaar ja M. Arro

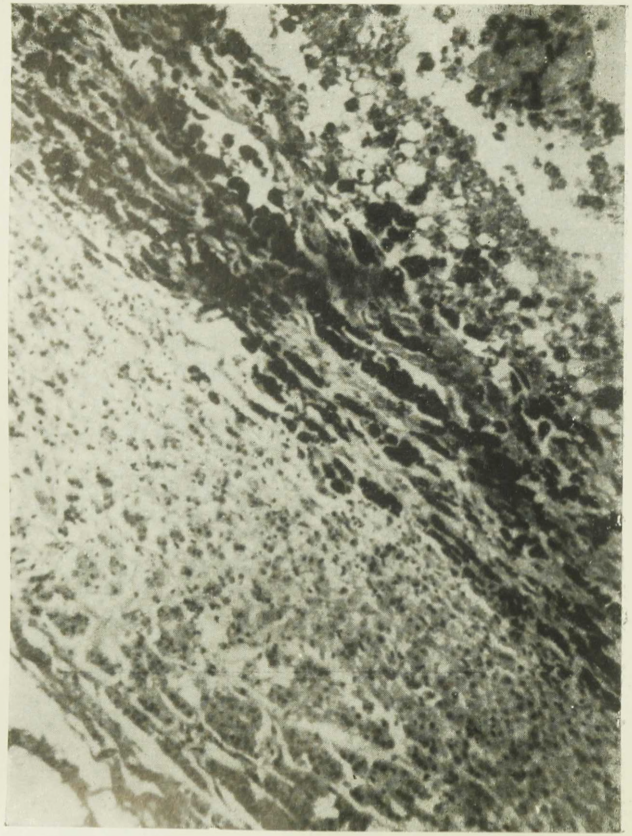


Mikrofoto
Õõned peensoole *t. submucosa*'s kolienteriiti põdeval lapsel (värvitud van Giesoni järgi, suurendus 60×)

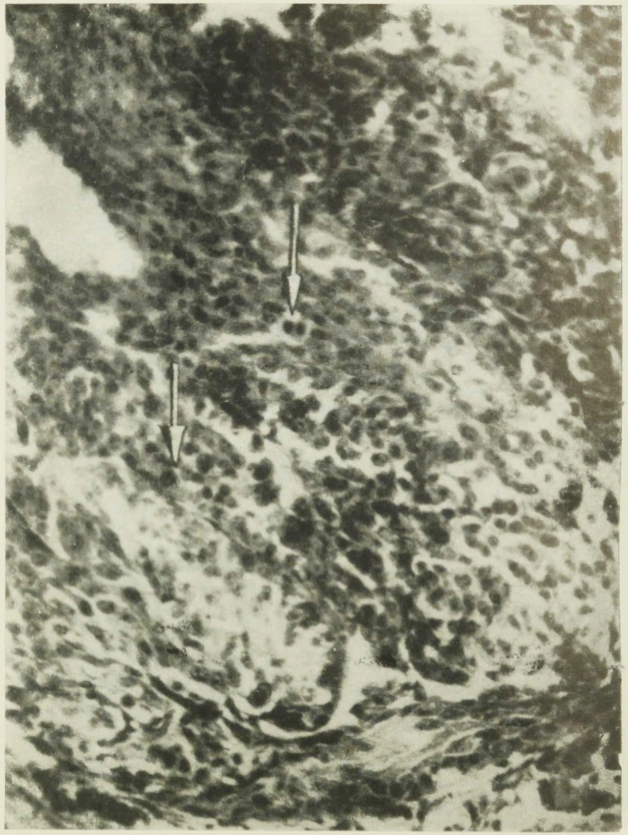
L. Mardna jt.



Mikrofoto 1
Melanoblastoomi metastaas maksas (värvitud hematoksiliin-eosiiniga, suurendus 20×)



Mikrofoto 2
Melanoblastoomi metastaas neerupealises (värvitud hematoksiliin-eosiiniga, suurendus 10×)



Mikrofoto 3
Nahalt eemaldatud maligniseerunud pigmentneevus (preparaat nr. 36963, → mitoosid (värvitud hematoksiliin-eosiiniga, suurendus 20×)

SOOLEPNEUMATOOS LASTEL

R. MIKELSAAR ja *M. ARRO*

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*, ja Tartu Linna Kliinilisest Nakkushaiglast, peaarst *V. Heidemaa*)

Soolepneumatoos ehk tsüstoidne pneumatoos on harva esinev haigus, mille puhul soole seinas tekivad gaasimullikesed. L. Kossi (7) andmeil on maailmakirjanduses kirjeldatud 255 pneumatoosijuhtu, neist ainult 31 esines lastel. Viimasel ajal on soolepneumatoosi avastatud kolienteriiti surnud imikutel (1, 2, 4, 6).

Pneumatoos lokaliseerub peen- või jämesooles, kuid võib samaaegselt esineda ka mõlemas. Väga harva on seda leitud maos (3). Kahjustatud piirkonnas on soole sein tursunud ja kärgja struktuuriga. Gaasimullikeste läbimõõt ulatub 0,1—3 cm. Lastel paiknevad nad *t. submucosa*'s, täiskasvanuil sagedamini *t. subserosa*'s ja lihaskestas. Mullikeste laatumise korral on limaskest serooskestaga mõnikord ühendatud väheste sidekoeliste väädikestega. Mõnede autorite arvates asetsevad gaasimullikesed laienenud lümfisoontes (6, 7, 8), teised peavad nende asupaigaks sidekoepilusid (5), sest õõntel endoteel enamasti puudub. Erinevalt täiskasvanuist ei leidu lastel gaasimullikeste ümbruses tavaliselt fibroosset kapslit ega võõrkeha-hiidrakke.

Pneumatoosi etiopatogenees on ebaselge. N. Gritsman (3) peab nimetatud haigust kaasasündinud lümfangiomatoosi avaldusvormiks, kuid on ilmne, et pneumatoos tekib harilikult pärast sündimist. Mehhaanilise tekketeooria pooldajad on arvamusel, et gaas satub soole seina kahjustatud limaskesta kaudu. Mitmesuguse päritoluga soolehaavandite puhul ja ebatihedate haavaõmbluste korral on pneumatoosi täheldatud peamiselt täiskasvanuil. Rohkem levinud infektsiooniteooria järgi tekib gaas soole seinas mikroobide elutegevuse tagajärjel. A. Žukovets (5) seostab pneumatoosi teket sepsisega. Gaasimullikeste lähedusest on leitud väga mitmesuguseid mikroobe, kuid puudub usaldusväärne kinnitus, et haigestumine soolepneumatoosi toimub nakatumise teel.

Kliinilises pildis domineerivad selle haiguse nähud, mille taustal pneumatoos tekkis. Et spetsiifilisi sümptoome haigusel ei ole, seepärast diagnoositakse seda harva. Teataval määral viitavad pneumatoosile soolepõletiku erakordselt raske ja polümorfne kulg ning äge oksendamine, eriti aga üha süvenev meteorism, kusjuures kõhuseinad on taignataolise konsistentsiga. Röntgenoloogiliselt leitakse deformeerunud soolekontuure. Sageli tekib spontaanne pneumoperitoneum (7). L. Koss (7) eristab kolme kliinilist pneumatoosivormi: 1) iileust, 2) peritoniiti ja 3) pseudoapendikulaarset vormi. Ravi on sümptomaatiline ning sõltub pneumatoosi kliinilisest vormist ja põhihaiguse laadist.

1964. aasta teise poole jooksul on Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuri lahangumaterjalis pneumatoosi diagnoositud viiel imikul.

Juht 1. Kahekuune imik V. T. (Tartu Linna Kliiniline Nakkushaigla, haiguslugu nr. 1806), sündis enneaegsena (kaalus 2 kg). 17. oktoobril 1964. a. tekkis sage oksendamine ning roe muutus vedelaks ja limaseks. Hospitaliseeriti 20. oktoobril mädase keskkõrvapõletiku ja bronhopneumoonia tõttu. Oletati ka kolienteriiti. Laps suri 24. oktoobril, kusjuures ilmnesid sooleparalüüsi ja tugeva meteorismi nähud. Juba kliinikus kahtlustati soolepneumatoosi.

Lahangul (protokoll nr. 360/64) leiti mõlemapoolne mädane ja laatuv bronhopneumoonia, parempoolne mädane keskkõrvapõletik ja nekrootilis-flegmonoosne peensoolepõletik, millele oli lisandunud kandidoos. Jämesool oli iseärasusteta. Peensoole keskosa seinas (poole meetri ulatuses) massiliselt 0,2 cm läbimõõduga gaasimullikesi. Bakterioloogilisel uuringul avastati südamest võetud veres, samuti põrnas, kopsus ja maksas *Escherichia coli* O111 : B4, O111 : H2 ning peen- ja jämesooles *Staphylococcus pyogenes*.

Juht 2. Viiekuune imik R. G. (Tartu Linna Kliiniline Nakkushaigla, haigus-

lugu nr. 1391) haigestus augusti algul. Tekkisid oksendamine ja tugev kõhulahtisus, roe oli vedel ja kollast värvust. Hospitaliseeriti 14. augustil, suri 25. augustil 1964. a.

Lahangul (protokoll nr. 280/64) diagnoositi katarraalset enterokoliiti. Jämesoole ja peensoole (alumise kolmandiku) seinas leidus massiliselt palja silmaga vaevalt märgatavaid gaasimullikesi. Bakterioloogilisel uuringul avastati roojas elupuhuselt *Shigella Newcastle* ning pärast surma *Shigella sonnei* ja *Escherichia coli* O111. Südamest võetud verest ja põrnakoest leiti *Escherichia coli* O111.

Juht 3. Neljakuune imik H. S. (Tartu Linna Kliiniline Nakkushaigla, haiguslugu nr. 1676) hospitaliseeriti 26. septembril 1964. a. oksendamise, kõhulahtisuse ja kõrge palaviku tõttu (39°). Haige suri 9. oktoobril, kusjuures tal ilmnesid süveneva intoksikatsiooni ja sooleparalüüsi nähud.

Lahangul (protokoll nr. 342/64) diagnoositi keskkõrvapõletikku ja nekrootilis-flegmonoosset enterokoliiti. Peen- ja jämesoole seinas rohkesti kuni 0,5 cm läbimõõduga gaasimullikesi. Bakterioloogiliselt avastati sooles ja südamest võetud veres *Escherichia coli* O111 ja *Candida albicans*.

Juht 4. Ühekuune imik A. V. (Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla, haiguslugu nr. 668) hospitaliseeriti 9. juunil 1964. a. hingamishäirete ja kõhulahtisuse tõttu. Roe kollane ja limata. Imik suri 23. juunil.

Lahangul (protokoll 199/64) leiti mõlemapoolne bronhopneumoonia ja katarraalne enterokoliit. Peensoole ülemise osa seinas massiliselt kuni 0,3 cm läbimõõduga gaasimullikesi. Bakterioloogilisel uurimisel avastati roojas elupuhuselt *Escherichia coli* 145 ja pärast surma *Staphylococcus pyogenes*.

Juht 5. 18-päevane imik H. P. (Tartu Linna Kliiniline Sünnitusmaja, haiguslugu nr. 1744), sündis tunduvalt enneaegsena. Üks nädal pärast sündimist tekkis parema abaluu piirkonnas nahaflegmoon, millest arenes septikopüeemia. Viimastel elupäevadel roojas sageli, tekkis tugev meteorism. Roe kollane, vedel ja limata.

Lahangul (protokoll nr. 285/64) diagnoositi flegmonoosset ösofagiiti, gastriiti ja enterokoliiti, ühtlasi ilmnesid söögitoru ja peensoole kandidoos, seroos-fibrinoosne peritoniit ja mädane bronhopneumoonia. Mao seinas oli massiliselt suuri gaasipõiekesi, mille läbimõõt ulatus 2 cm-ni. Bakterioloogiliselt avastati (elupuhuselt) nahaflegmooni mädas *Staphylococcus pyogenes*.

Histoloogilised muutused soolepneumatoosi poolt kahjustatud piirkondades olid ühesugused kõigil viiel juhul. Gaasi sisaldavad õõned paiknesid eranditult *t. submucosa*'s ja olid enamasti endoteelita (vt. tahvel I, mikrofoto). Õõntel puudus fibroosne kapsel, mis laste soolepneumatoosile on tüüpiline, ja nende vahetus ümbruses ei esinenud tavaliselt põletikulist infiltraati.

Kõigil kirjeldatud juhtudel olid oksendamine ja meteorism palju intensiivsemad kui harilikku soolepõletikku põdevail haigeil. Pneumatoosi puhul tekivad nähtavasti tunduvad toidu imendumise ja soole verevarustuse häired, mille tõttu suu kaudu manustatavad ravimid ja toitmine suurt mõju ei avalda. Nagu teada, tekivad pikaajalisel intravenoossel toitmisel organismis paratamatult kalorite puudujääk ja tagasipöördumatud ainevahetushäired.

Käesoleva töö andmed kõnelevad soolepneumatoosi tekkimise infektsiooniteooria kasuks. Kõigil lastel esines raske soolepõletik, millele oli iseloomulik mitmesuguste patogeensete mikroobide paljunemine (kolibakterite patogeensed vormid, püogeenne stafülokokk, *Shigella Newcastle, Shigella sonnei* ja *Candida*). Eriti torkab silma gaasi produtseeriva *Escherichia coli* patogeensete tüvede suur osatähtsus (3 juhul serotüüp Olll ja ühel juhul serotüüp 145).

Käesolevas artiklis kirjeldatud haigusjuhud näitavad, et soolepneumatoosi tuleb imikutel küllaltki sageli ette soolehaiguste hulgas, eriti kolibakteritest põhjustatud haiguste puhul. Kui viimaste kulg on atüüpiline ja raske, võib oletada, et tegemist on soolepneumatoosiga.

KIRJANDUS: 1. Балабан В. Г. Педиатрия, 1958, 5, 10—11. — 2. Вишневецкая Л. О. Педиатрия, 1960, 4, 27—29. — 3. Грицман Н. Н. Архив патологии, 1960, 1, 64—70. — 4. Гуревич П. С., Середина Н. И. Вопр. охраны материнства и детства, 1964, 8, 20—22. — 5. Жуковец А. В. Архив патологии, 1959, 2, 66—69. — 6. Полыковский Т. С. Архив патологии, 1960, 7, 90. — 7. Koss, L. G. Arch. Pathol., 1952, vol. 53, 523—525. — 8. Essbach, H. Paidopathologie. Leipzig, 1961.

ПНЕВМАТОЗ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Р. Микельсаар и *М. Арро*

Резюме

Пневматоз кишечника, или цистоидный пневматоз, — редкое заболевание, при котором в кишечной стенке возникают пузырьки газа.

Этиопатогенез пневматоза неясен. Сторонники механической теории считают, что газ попадает в кишечную стенку через поврежденную слизистую оболочку. Согласно более распространенной инфекционной теории газ в стенке кишечника возникает в результате жизнедеятельности микробов.

Пневматоз локализуется в тонком или толстом кишечнике, но может одновременно проявляться в обоих отделах кишечника. Очень редко встречают его в желудке.

В пораженном отделе стенка кишечника отечна и имеет ячеистую структуру. Размер газовых пузырьков достигает 0,1—3 см.

В клинической картине преобладают симптомы того заболевания, на основе которого возникает пневматоз. Так как болезнь не имеет специфических симптомов, диагноз устанавливается редко. На пневматоз могут указывать тяжелое и полиморфное течение энтерита, острая рвота и особенно нарастающий метеоризм. Рентгенологически обнаруживается деформированный контур кишечника. Часто возникает спонтанный пневмоперитонеум.

Лечение симптоматическое и зависит от клинической формы пневматоза и характера основного заболевания.

Приводится описание 5 случаев пневматоза у младенцев, которые прошли во II половине 1964 года через прозектуру Тартуской городской клинической больницы.

Полученные данные говорят в пользу инфекционной теории возникновения пневматоза. У всех детей наблюдалось тяжелое воспаление кишечника с характерным бурным размножением различных патогенных микробов.

Особенно бросается в глаза большое значение патогенных штаммов *Escherichia coli*, продуцирующих газы. Описанные случаи показывают, что пневматоз кишечника встречается у младенцев довольно часто среди заболеваний кишечника, особенно при заболеваниях, вызванных бактериями *Escherichia coli*. Если их течение атипичное и тяжелое, можно предположить, что имеется пневматоз.

EINHORNI NIIDITEST

K. ALLPERE, V. MILLER ja *L. VALDES*

(Tallinna Tõnismäe Haiglast, peaarst *A. Joakimov*)

Vaatamata röntgenoloogiliste ja muude kliiniliste uurimismeetodite arengule tekib praktiseerival arstil raskusi mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandite diferentsiaaldiagnoosimisel nn. ärritatud mao sündroomist. Üldtuntud on ka raskused mao ja kaksteistsõrmiksoole limaskesta erosioonide diagnoosimisel. Samuti pole kerge kindlaks teha seedetrakti verejooksude täpset lokalisatsiooni ja etioloogiat.

Üks vägagi lihtsaid meetodeid, mis seedetrakti ülemises osas võimaldab määrata veritsemist ja selle lokalisatsiooni, on Einhorni niiditest (autor esitas selle juba 1909. aastal). Nimetatud objektiivne uurimisviis on kahjuks kuni viimase ajani põhjendamatult unustusse jäänud ja väga vähe köitnud klinitsistide tähelepanu. See on seletatav niiditesti kasutusele võtmisele järgnenud röntgenoloogia võidukäiguga. Kuigi röntgenoloogiline ja endoskoopiline uurimine on pidevalt täiustunud, tuleb siiski ette juhte, kus veritsemist põhjustav patoloogiline protsess on jäänud avastamata (ka operatsioonilaual). Ja vastupidi — esineb juhte, kus röntgenoloogilise uuringu alusel oletatakse patoloogilist protsessi seal, kus seda tegelikult ei ole. See fakt on uurijaid sundinud taas pöörduma vanade diagnoosimismeetodite juurde, neid täiendama ja samal ajal otsima ka uusi (1, 2).

Tallinna Tõnismäe Haiglas ja selle polikliinikus oleme Einhorni niiditesti modifitseeritud kujul kasutusele võtnud.

Metoodika. 90 cm pikkuse jämeda valge niidi (soovitatav mitmekordselt kokkukeerutatud õmblusniit nr. 10) külge kinnitatakse duodenaalsondi oliiv, kusjuures oliivi terav serv on soovitatav katta kummiga (1...2 cm pikkuse sondijupiga). Niidile tehakse sõlm 80 cm kaugusele oliivist. Õhtul 1 tund pärast piimatoidu söömist tuimastatakse patsiendil pehme suulagi pulverisatsioonimeetodil, milleks kasutatakse 2,0...4,0 milliliitrit 3%-list lidokaiini- või trimekaiinilahust. Seejärel neelab patsient oliivi koos niidiga alla nii, et sõlm niidil jääks suu nurga juurde. Vaba niidiots kinnitatakse põsele paari leukoplastiribaga. 12 tunni pärast suunatakse patsient röntgenikabinetti, kus röntgenoloog röntgeniekraani ees tõmbab tal niidi koos oliiviga välja. Samal ajal määrab röntgenoloog oliivi asukoha sooles ja jälgib oliivi retrograadset liikumist.

Niit immutatakse reaktiiviga (30%-line äädikhappelahus, 5%-line püramidoonilahus 95%-lises alkoholis ja 3%-line vesinikülihapendi vesilahus võrdsetes osades) peitevere määramiseks. Selleks tilgutatakse rippuva niidi otsale reaktiivi. See voolab mööda niiti alla ja värvib positiivse reaktsiooni korral niidi teataval kõrgusel siniseks.

Niiditesti hinnang. Positiivse tulemuse korral on niit a) tumeda verega läbi imbunud, mis on silmaga nähtav, või b) reaktiivi abil muutub peiteveri niidil nähtavaks.

Niiditesti näidustused: 1) oletatav verejooks seedetrakti ülemises osas, 2) ebaselge etioloogia ja lokalisatsiooniga verejooks seedetraktist, 3) haigusjuhud, mille puhul röntgenoloogilisel uurimisel jäi diagnoos ebaselgeks, 4) kui röntgenoloogilisel uurimisel kontrastaine depoo on sedastatud seedetrakti ülemises osas (nn. kahtlusdiagnoos), 5) kui kliiniliste andmete põhjal oletatakse seedetrakti patoloogiat, mis ei leidnud kinnitust röntgenoloogilisel uurimisel, 6) mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe põdevate haigete dünaamilisel jälgimisel haavandi veritsemise kestuse määramiseks.

Vastunäidustused niiditestiks praktiliselt puuduvad.

Kirjanduse andmetest ja meie senistest kogemustest (üle 150 statsionaaris ja polikliinikus teostatud Einhorni niiditesti) võib järeldada, et kirjeldatud meetod on oma olemuselt objektiivne. Niiditesti kasutamisel saadud andmete hindamiseks tuleb oluliseks pidada makroskoopiliselt määratavat veritsemist, mida kinnitab positiivne peitevere reaktsioon. Eriti veenvaks asjaoluks on korduvalt saadud positiivne niiditest, mille puhul verd leidub samas kohas niidil. Ebaselge või nõrk reaktsioon ei luba küllaldase kindlusega teha diagnostilisi järeldusi. Tuleb märkida, et niidi võib peiteverega läbi immutada ka igemetest valguv veri, kusjuures peitevere reaktsioon on tugevasti positiivne niidi ülemises osas. Positiivsele reaktsioonile iseloomulik sinine värvus nõrgeneb niidi alumises osas. Haigusprotsessi lokalisatsiooni määramisel on tähtis positiivse reaktsiooni oraalne piir niidil.

Ka negatiivne niiditest (eriti korduval uuringul) on suure diagnostilise väärtusega. Juhtudel, kus röntgenoloogiliselt esineb kontrastaine depoo ja niiditest on negatiivne, võib suure tõenäolisusega arvata, et veritsev defekt limaskestal puudub. Seedetrakti verejooksude korral (mis on tõestatud peitevere määramisega väljaheites) lubab negatiivne niiditest oletada, et verejooks toimub peen- või jämesooles.

Korduvalt positiivne niiditest võimaldab diagnoosida limaskesta veritsevat defekti, mille avastamine röntgenoloogiliselt pole osutunud võimalikuks defekti väikese ulatuse või kaetuse tõttu.

Võib öelda, et kirjanduse andmeil ja meie seniste kogemuste põhjal on Einhorni niiditestil suur praktiline väärtus. Nimetatud meetod on haigele kergesti talutav ning selleks pole vaja ei mingit lisasisseseadet ega aparatuuri. Seda on soovitatav laialdaselt kasutada haigete uurimisel nii haiglas kui ka polikliinikus ja ambulatooriumis.

KIRJANDUS: 1. Папе Р. Радиология диагностика, 1963, 3, 244—254. — 2. Gülow, M. Z. ärtzl. Fortbild, 1963, 9, 508—515.

НИТОЧНЫЙ ТЕСТ ЭЙНХОРНА

К. Аллпере, В. Миллер и *Л. Вальдес*

Резюме

У практического врача часто возникают трудности при дифференциальном диагнозе язв желудка и двенадцатиперстной кишки от т. называемого «синдрома раздраженного желудка», а также при диагностике эрозий и определении точной локализации кровотечений пищеварительного тракта.

Очень простым методом является ниточный тест Эйнхорна, описанный автором уже в 1909 году и дающий возможность определить кровотечение и его локализацию в верхнем отделе пищеварительного тракта. Названный вид объективного исследования до последнего времени, к сожалению, оставался незаслуженно забытым и мало привлекал внимание клиницистов. Это объяснимо победным шествием рентгенологии, последовавшей вслед за применением ниточного теста.

В Таллинской больнице Тынисмяэ и ее поликлинике ниточный тест Эйнхорна применяется в модифицированном виде. За истекшее время проделано более 150 исследований. На основании литературных данных и опыта, полученного авторами, можно сказать, что ниточный тест Эйнхорна имеет большую практическую ценность. Названный метод легко переносится больными и не требует никаких дополнительных установок или аппаратуры. Рекомендуется широко его применять при исследовании больных как в больнице, так и в поликлинике и амбулатории.

Приводится методика, оценка теста Эйнхорна и показания к его применению.

MELANOBLASTOOMIST

Eesti NSV teeneline arst *L. MARDNA*, *A. ADAMS* ja *V. VALDES*

(Tallinna Vabariiklikust IV Haiglast, peaarst *V. Pobus*)

Melanoblastoom, mis on üks pahaloomulisemaid kasvajaid, tekib omandatud või kaasasündinud pigmentneevustest. Et mitmesuguseid pigmendimoodustisi esineb ligikaudu 90%-l inimestest, siis on eriti tähtis tunda nende maligniseerumise tunnuseid.

A. Šanini (3) järgi jaotatakse pigmentkasvajad kaasasündinud ehk embrüonaalseteks ja elu vältel omandatud pigmentkasvajateks, kusjuures mõlemad võivad olla väga erineva pigmenteerumisastmega.

Väikesed embrüonaalsed pigmentkasvajad suurenevad kasvueas koos lapse kasvamisega, puberteedieast alates nad aga enam ei muutu. Suuremad embrüonaalsed pigmentkasvajad, eriti papillomatoossed neevused, hakkavad puberteedieas märgatavalt suurenema. Seejuures võivad nad infiltreeruda, lõheneda, veritseda ja eritada ebameeldiva lõhnaga eritist. Nende kasvajate värvus on väga varieeruv.

Kaasasündinud pigmentkasvajate arenemine on seoses suguküpsuse ja vananemisega. Kõige suurem protsent melanoome langeb 40.—50. eluaastale. Omandatud pigmentkasvajaid tuleb ette suhteliselt harvem, kuid kalduvus maligniseeruda on neil mitu korda suurem kui embrüonaalsetel pigmentkasvajatel. Omandatud pigmentkasvajate tekkepõhjustena tuntakse mehhaanilist traumat, põletushaavade arme jne., kuid sageli jääb põhjus ebaselgeks. Nad lokaliseeruvad enamasti näol, kätel, labajalgadel, õlgadel ja kaenlaaukudes. Maligniseerumine toimub tavaliselt mõne kuu kestel, harvem aastate jooksul. Sellele aitab kaasa pidev traumeerimine. Pärast radikaalset kirurgilist ravi on prognoos maligniseerumata pigmentkasvajate korral hea.

Pigmentkasvajate maligniseerumise tunnusteks on nende kiire kasv (eriti kiirjas kasv, tihkenemine, pigmenteerumine või depigmenteerumine, vahel ka punetus ja turse). Lokaalsed nähud võivad pigmentkasvajas puududa, kuid kiiresti hakkavad suurenema regionaarsed lümfisõlmed ja

tihti on juba tekkinud hematogeenne külv. Nevogeensete kasvajate diferentsiaaldiagnoosimine on sageli väga raske. Pahaloomuline kasvaja võib simuleerida tavalist papilloomi. Kui selline kasvaja tavalise kosmeetilise operatsiooni teel eemaldada, tekib kiiresti lokaalne retsidiiv või disseminatsioon. Mõnikord on olukord vastupidine — väliselt pahaloomulisuse tunnustega (keskelt haavanduv, mädase ja verise eritisega) papilloom võib olla healoomuline. Makroskoopilisena diferentseerimine on tihti võimatu.

Alljärgnevalt esitame haigusjuhu, kus melanoblastoom jäi elupuhuselt diagnoosimata.

67-aastane naispatsient U. L. (haiguslugu nr. 258 1961. a.) hospitaliseeriti 18. märtsil 1961. a. Tallinna Vabariikliku IV Haigla sisehaiguste osakonda III astme kardiovaskulaarse puudulikkuse nähtude tõttu. 1961. a. veebruaris olid tekkinud kiiresti süvenev nõrkustunne, õhupuudus ja jalgade paistetus. Ambulatoorse kaardi andmeil oli patsiendile 1956. a. tehtud operatsioon flegmonoosse apenditsiidi tõttu. 1959. a. avastati operatsiooniarmist allpool tumedat värvust pigmentkasvaja (hemangioom?), mis 7. jaanuaril 1960. a. eemaldati.

Objektiivne seisund: akrotsüanoos, anasarka ja düspnoe; pulss arütmiline ja sage (130 korda minutis). Vererõhk 120/60 mmHg. Südametoonid väga tuhmid. Skleerad ikteerilised. Pindmine hingamine, parema kopsu alumise sagara kohal (taga) tasane hingamiskahin bronhiaalsete räginatega. Kõht puhitunud. Epigastriumis fibrolipomatoos. Maks suurenenud, tihke ja valulik, maksa parem sagar ulatub nabani. Põrn palpeeritav. Röntgenläbivalgustus 17. märtsil 1961. a.: parema kopsu keskmises sagaras keskmise intensiivsusega ebateravalt piiritletud varjustus — pneumooniale omane infiltratsioon. Süda mõlemas suunas dilateerunud, pulsatsioonid arütmilised ja pindmised. Hgb. 70%, leukots. 11000, basof. 0,5, eosof. 1, retikul. 2, promüelots. 1,5, keppt. 23,5, segmentt. 53,5, lümfots. 10, monots. 7. Anisotsütoos. SR 3 mm/l t. Bilirubiin 8 mg%.

Kliiniline diagnoos: maksavähk metastaasidega paremas kopsus, parempoolne perifokaalne kopsupõletik, südamelihase düstroofia ning südame ja vereringe III astme puudulikkus. Haige suri 21. märtsil 1961. a.

Väljavõtted lahanguprotokollist (IV-4/61).

Parema kopsu üla- ja kesksagar komplemisel tihke konsistentsiga. Lõikel parema kopsu keskosas tumepruun ala, mis tungib väätidena ümbruse halkjaspunasesse koesse. Parema kopsu üksikute bronhide limaskest laiguliselt pruunja varjundiga. Mediastinaalsed lümfisõlmed kuni 5 cm läbimõõduga ja tumeda, mustjaspruuni lõikepinnaga.

Maks kaalub 3460 g, hallikaspruunil lõikepinnal leidub hulgaliselt kuni 1 cm läbimõõduga tumepruune koldeid. Pankrease eesmisel pinnal üksik 0,5 cm läbimõõduga tumepruun sõlm, pankreas muus osas iseärasusteta. Põrn kaalub 1300 g, pehme konsistentsiga ja kergesti rebenev. Lõikepind tume, punakaspruun, kaabe rikkalik. Mesenteriaalsed lümfisõlmed on kuni 0,5 cm läbimõõduga, hallika lõikepinnaga, millel vähene pruun tähnilisus. Neerud on 11×6×5 cm suurused, lõdva konsistentsiga. Kihn eraldub kergesti, selle all on vähene sõmerus. Lõikepind kahvatu punakaspruun, joonis hägune. Neerupealised on suurenenud, 5 cm läbimõõduga, säsi lai, mustjaspruuni värvusega.

Histoloogilisel uurimisel leiti maksas (vt. tahvel I, mikrofoto 1), paremas kopsus, bronhis, neerupealistes (vt. tahvel II, mikrofoto 2) ja lümfisõlmedes laialdasi melanoblastoomi koldeid rikkaliku pigmendisisaldusega. Maksas tugevakujuline rasvväärastus, metastaaside piirkonnas maksarakud atrofeerunud. Neerudes hägune paisumus, kohati nekrootiline nefroos. Alakõhu armi piirkonnas tihke sidekude, kasvajarakke ei leidunud.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos. Melanoblastoom metastaasidega maksas, põrnas, paremas kopsus, neerupealistes, mediastinaalsetes ja mesenteriaalsetes lümfisõlmedes. Müokardi, maksa ja neerude düstroofia. Ikterus. Üldine rasvumine. Üldine mõõdukas ateroskleroos. Mõõdukas ateroskleerootiline kardioskleroos. Vana operatsioonijärgne arm paremal, alakõhu piirkonnas. Sidekoelised liited pimesoole ja kõhu eesseina vahel.

Melanoblastoomi algkoldeks tuleb pidada apendektoomia armi lähedusest eemaldatud sõlme, mille korduval histoloogilisel uurimisel (preparaat nr. 36963) sedastati järgmist.

Nahapinnal esileulatuv sõlm, mis on kaetud õhukese haavandunud epiteeliga. Sõlmes on rakkude hästi piirdunud kompleksid, mis pindmiselt on vahetus kontaktis epidermisega, basaalselt ulatuvad ümbruse epidermise tasapinnani. Rakud on osalt väikesed, intensiivselt värvunud, osalt suured ja heledad. Üksikutes rakkudes leidub pigmenti. Rakkude tuumad on kohati ebaühtlase suurusega, leidub mitoose.

Lähemas ümbruses esineb ümararakuline infiltratsioon, kohtab üksikuid melanofoore (vt. tahvel II, mikrofoto 3). Histoloogiline diagnoos. Maligniseerunud vähese pigmendiga piirineevus, mis on eemaldatud tervetest kudedest.

W. F. Leveri (2) järgi on aktiivsed just piirineevused (neevusrakkude moodustumine epidermodermaalsel joonel) ja maligniseerumine on tõenäoliselt siis, kui nende ümbruses leiduvad põletikuline infiltraat ja melanofoor. Suured heledad ja ümmarguse tuumaga rakud, mida leidus ka biopsiapreparaadis, on A. Šanini (3) järgi samuti üheks proliferatsiooni tunnuseks. Lahangumaterjali histoloogilisel uurimisel neevuse piirkonnas melanoomi rakke ei leidunud, mis viitab algkolde täielikule eemaldamisele pärast hematogeenset metastaseerumist. Nagu käesoleva juhu kirjeldusest nähtub, võib melaniinisisaldus algkolde ja metastaaside rakkudes olla väga erinev. Z. Gržebini (1) järgi on pigmentatsioon kõige intensiivsem melanoomi arengu kõrgperioodil. Seejuures võib pigmenti olla erinevates piirkondades erineval hulgal. Tõelisel melanoomil võib pigment mõnikord isegi puududa. Ka A. Šanini (3) järgi ei ole pigmendi hulk seostatav prognoosiga, kuigi tema arvates näitab nähtava pigmendi puudumine (premelanootiline faas) kasvaja aktiivset vohamist. Kirjeldatud haigusjuhu üheks omapärasuseks on primaarne hematogeenne külv ja sekundaarne lümfogeenne levik, sest kirjanduse andmeil [A. Šanin (3)] on primaarsed metastaasid regionaarsetes lümfisõlmedes sagedased.

KIRJANDUS: 1. Гржебин З. Н. и Цераидис Г. С. Основы гистопатологии кожи. М., 1960. — 2. Левер У. Ф. Гистопатология кожи. М., 1958. — 3. Шанин А. П. Пигментные опухоли. Л., 1959.

О МЕЛАНОБЛАСТОМЕ

Л. Мардна, А. Адамс и *В. Вальдес*

Резюме

Меланобластома, одна из наиболее злокачественных опухолей, возникает из врожденных или приобретенных пигментных пятен. Поскольку различные пигментные образования встречаются примерно у 90% людей, особенно важно знать признаки их малигнизации.

Развитие врожденных пигментных опухолей связано с половым созреванием и старением. Наибольший процент меланом падает на возраст 40—50 лет. Приобретенные пигментные опухоли встречаются относительно реже, но склонность их к малигнизации в несколько раз больше, чем у эмбриональных пигментных опухолей. Обычно малигнизация происходит в течение нескольких месяцев, реже — в течение нескольких лет, чему способствует постоянная травматизация.

Признаком малигнизации пигментных опухолей является их быстрый рост (особенно лучистый рост, уплотнение, пигментация или депигментация, иногда также покраснение и припухлость). Локальные признаки в пигментной опухоли могут отсутствовать, но быстро начинают увеличиваться регионарные лимфоузлы. Дифференциальный диагноз невогенных опухолей зачастую очень труден. Злокачественная опухоль может симулировать обычную папиллому, но иногда получается наоборот — папиллома с внешними признаками злокачественности может быть доброкачественной. Макроскопически поставить диагноз часто невозможно.

В статье описывается случай заболевания, где у больной 67 лет меланобластома при жизни оставалась недиагностированной. Из описанного случая видно, что содержание меланина в первичном очаге и метастазах может быть очень различным. В настоящей меланоме пигмент может иногда даже отсутствовать. Одной из особенностей описанного случая было также первичное гематогенное обсеменение и вторичное лимфогенное распространение, тогда как по литературным данным более часты первичные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

HARULDASTEST KASVAJATEST LASTEL

Arstiteaduse kandidaat *L. SILDVER*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Viimase 12 aasta jooksul on Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas diagnoositud kaks sellist kasvajajuhtu, mida tuleb ette haruharva, nimelt peritoneaalõõne primaarne sarkomatoos 6-aastasel lapsel ja seminoom väikelapsel.

Juht 1. Tarmo N. (haiguslugu nr. 1103/1957. a.), 6 aastat vana, hospitaliseeriti 1957. aastal. 2 kuud enne haiglasse saabumist tekkisid harvad ja nõrgad kõhuvaluhood. Tugevad hood vallandusid 4 päeva enne hospitaliseerimist, kusjuures kõht oli tunduvalt suurenenud. Saabumisel üldseisund võrdlemisi hea. Kehatemperatuur subfebriilne. Toitumus langenud. *Micropolyadenia.* Paremal pool alakõhu piirkonnas palpeeritav kanamunasuurune kõva ja mügariku pinnaga valutu tuumor. Nabast ülalpool vorstikujuline, samuti mügarik tuumor. Fluktuatsiooni sündroom tugevasti väljendunud. SR 37 mm. Pirquet' reaktsioon negatiivne, Mantoux' reaktsioon (1:1000 ja 1:100) negatiivne. BCG-test negatiivne. Peritoneaalõõne vedelik osutus eksudaadiks, mille sademes rohkesti granulo- ja lümfotsüüte, kuid kasvajarakke ei leitud.

Esialgu diagnoositi tuberkuloosset eksudatiivset peritoniiti, kusjuures haigusprotsessist olid hõlmatud ka mesenteriaalsed lümfisõlmed ja suur rasvik. Alustati tuberkuloosivastast ravi, mille käigus üldseisund jäi algul suhteliselt heaks. Mügarikud moodustised kõhuõõnes suurenesid ja neile lisandus veel uusi. Tuberkuliiniproovid teistkordselt negatiivsed. Alles neljandast ravinädalast alates hakkas üldseisund märgatavalt halvenema: laps muutus kahvatuks, kahheksia süvenes. Diagnoositi kõhukelme sarkomatoosi. Kaheksandal ravinädalal laps suri.

Lahangul (lahanguakt nr. 171/27, XII 1957. a.) leiti, et kõhukelme on liitunud kõhuõõne-elunditega, eriti aga suure rasvikuga, kusjuures viimane oli moondunud (mügarikuline). Liidete tõttu hulgaliselt õõnsusi, mis olid täitunud kollaka ja valkjaid helbeid (fibriini) sisaldava vedelikuga. Kõhukelmes kuni 2 cm läbimõõduga valge lõikepinnaga sõlmekesi. Patoloogilis-histoloogiliselt leiti fibrosarkoom.

Kirjanduses puuduvad andmed kõhukelme primaarsetest pahaloomulistest kasvajatest lastel. Antud juhul oli tegemist kasuistiliselt esineva ja raskesti diagnoositava haigusjuhuga. Esialgu leidus tuberkuloosi diagnoosimiseks küllaldaselt tugipunkte, nimelt dissotsiatsioon lapse suhteliselt hea üldseisundi ja tunduvate patoloogiliste muutuste vahel kõhuõõnes, eksudaat peritoneaalõõnes ja *micropolyadenia.* Arvestati võimalust, et seroossete kelmete tuberkuloosi puhul võivad tuberkuliiniproovid osal juhtudest jääda negatiivseks. Et tuberkuloosivastane ravi tulemusi ei andnud ja haigusnähud progresseerusid, siis võimaldas see diagnoosida kõhukelme pahaloomulist kasvajat, mis leidis kinnitust lahangul.

Juht 2. Aleksander P., 1 aasta 8 kuud vana (haiguslugu nr. 3/1953. a.). 1952. aasta oktoobris märgati parema munandikoti suurenemist. Detsembris saadi Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas munandikoti punkteerimisel verd, mille alusel diagnoositi traumaatilist hematotseelet, sest laps oli kukkunud. Kopsus avastatud infiltraadi tõttu oletati tuberkuloosi ja laps toimetati 2. I 1953. aastal Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse. Objektiivselt: munandikoti paremas pooles kanamunasuurune ja kõva siledapinnaline valulik tuumor. Munandikoti nahk sinakasroosa ja liikuv. Paremat munandit ei saanud palpeerida. Parema kopsu ülemises väljas ümar ja kastanisuurune õrn homogeenne varjustus. SR 20 mm, hgb. 59 üh, leukots. 12 700, absoluutne granulotsütoos.

Diagnoositi munandikoti pahaloomulist kasvajat, mille metastaasid ulatusid kopsu. 1953. a. veebruaris opereeriti Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas, kusjuures parem munand eemaldati. Patoloogilis-histoloogiliselt osutus kasvaja seminoomiks. 1953. a. mai lõpul tekkisid lapsel palavik, hingeldus ja bronhiit ning munandikott suurenes uuesti. 1953. a. juulis hospitaliseeriti ta lastehaiglasse teistkordselt. Hgb. 55 üh. Subfebriilne temperatuur. Munandikotis (paremal) avastati kasvaja retsidiiv, samuti ulatuslikud metastaasid kopsudes ja maksas. SR 43 mm. Väike patsient suri kodus.

Kuigi seminoome tuleb lapseeas ette väga harva, leidub kirjanduses tähelepanekuid, et nad võivad tekkida juba varaealistel lastel. M. Trapeznikova (2) uuritud seminoomiga haigetest oli noorim 9-kuune imik.

M. Trapeznikova andmeil areneb seminoom tunduvalt sagedamini paremas *testis*'es, nagu seda täheldasime ka meie haigel. Trauma ja krüptorhism soodustavad neoplasma teket või kiirendavad olemasoleva kasvaja arengut, seejuures kaasneb sageli sekundaarne *hydrocele* või *haematocele*. Ka kirjeldatud juhul võis trauma seminoomi arenemist soodustada. M. Trapeznikova ja K. Moskatševa (1) andmeil tekivad seminoomi metastaasid juba varakult retroperitoneaalsetes lümfisõlmedes, kopsudes, maksas jm. On väga tõenäoline, et juba lapse esmakordsel hospitaliseerimisel oli tegemist metastaasidega, kusjuures *haematocele* oli tuumorile kaasuvaks sekundaarseks haigusnähuks.

Haigusjuhust nähtub, et juba varaealistel lastel tuleb *haematocele* esinemisel oletada munandi pahaloomulise kasvaja võimalust, sest kukkumine põhjustab neil *haematocele*'t harva. Et kasvaja kaasnähuks võib olla ka *hydrocele*, siis tuleb patoloogia ilmnemisel teha munandikoti läbivalgustus.

KIRJANDUS: 1. Москачева К. А. Опухоли у детей. М., 1961. — 2. Трапезникова М. Ф. Урология, 1958, 1, 27—32.

О РЕДКИХ ОПУХОЛЯХ У ДЕТЕЙ

Л. Сильдвер

Резюме

В Тартуской городской клинической больнице в течение последних 12 лет было диагностировано 2 случая редких опухолей — первичный перитонеальный саркоматоз у шестилетнего и семинома у мальчика 1 года 8 месяцев.

В первом случае был поставлен диагноз туберкулезного экссудативного перитонита и начато противотуберкулезное лечение. С 4-ой недели лечения общее состояние ребенка стало ухудшаться и лишь тогда был диагностирован саркоматоз брюшины.

Во втором случае поставили диагноз травматического гематоцеле, так как у ребенка была травма. Позже дагностировали злокачественную опухоль и на операции удалили правое яичко. Через 6 месяцев ребенок заболел снова. В мошонке справа был обнаружен рецидив опухоли, а также обширные метастазы в легких и печени.

RINNANÄÄRMEVÄHI METASTAASID MUNASARJADES

Arstiteaduse kandidaat *M. PURDE* ja *A. JÄRVET*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor professor *P. Bogovski*, ja Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

1962. a. alates rakendatakse Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris rinnanäärmevähi ravimisel senisest rohkemal määral ovarektoomiat. Kirjanduse andmeil (3, 4, 6) kasutatakse seda meetodit viimasel ajal sagedamini kui kiiritust.

50 rinnanäärmevähiga haigest, kel hormonaalse mõjustamise eesmärgil eemaldati munasarjad kirurgiliselt, leiti 7-l varajasi metastaase. Kui seda tehtaks kõikidele rinnanäärmevähiga haigetele, siis kindlasti avastataks varajasi metastaase veelgi rohkem. Näiteks J. Kretz (5) leidis neid 20%-l naistest, kel oli diagnoositud nimetatud kasvajat. Meie patsientide keskmine vanus oli 40 aastat. Olgu mainitud, et Eesti NSV-s põevad rinnavähki peamiselt 60-aastased naised. Uuritud naised olid abielus ja korduvalt sünnitanud (peale 1 juhu). Kõikidel diagnoositi rinnanäärmevähi infiltratiivset vormi, kusjuures metastaase lümfisõlmedes ravimisperioodi kestel ei täheldatud.

Ovarektoomia ajal avastati metastaase nii samapoolses kui ka vas-

taspoolses munasarjas. Ühel juhul diagnoositi vähkkasvajat kummaski rinnanäärmes ja metastaase kummaski munasarjas. Histoloogilistel uuringutel selgus, et kõikidel juhtudel oli tegemist adenokartsinoomiga. Praegu on 7 metastaasidega haigest surnud 4. On andmeid, et rinnanäärmevähki põdevatest haigetest (üle 45 aasta vanuses) surevad sagedamini vallalised ja tavalisest hiljem abiellunud isikud. Rinnanäärmevähki haigestumist ja surmaga lõppenud juhte on ette tulnud ka nooremate naiste hulgas, kes on abiellunud vara ja last rinnaga toitnud. Kolmel patsiendil, kel ovarektoomia tegemisel avastati metastaasid munasarjades, pole senini retsidiive tekkinud. Ühel neist on ovarektoomiast möödunud juba üle 2 aasta. Varajaste metastaaside arenemine noortel naistel on kirjanduse andmeil seletatav sellega, et nii rinnanäärmesse kui ka munasarjadesse toimivad ühed ja samad vähi tekkimist soodustavad endokriinsed tegurid, eriti östrogeenide ülikküllus organismis (2, 7). Endokriinsete tegurite mõju kõrvaldamiseks soovitatakse rinnanäärmevähki põdevatel haigetel munasarjad kirurgiliselt eemaldada [naistel, kel menstruaaltsükkel pole kadunud, ja samuti neil, kel menopausi algusest on möödunud 5 aastat (3)].

Et meie materjal on vähene, ei saa ulatuslikumaid järeldusi teha. Praktika aga näitab, et vähktõbe põdevate haigete ravimise edukus oleneb mitte ainult esmase kolde, vaid samaaegselt ka metastaaside kõrvaldamisest (1). Seetõttu peame munasarjade kirurgilist eemaldamist väga soovitatavaks, sest see väldib rinnanäärmevähi metastaaside tekkimist ja pikendab nii mõnegi noorema patsiendi elu.

KIRJANDUS: 1. Лазарев Н. В. Казанский мед. ж., 1962, 2, 6—11. — 2. Пономарева П. И. Вопр. онкологии, 1963, т. 9, 1, 48—53. — 3. Холдин С. А. и Дымарский Л. Н. Вопр. онкологии, 1963, т. 9, 3, 96—102. — 4. Dao Thomas, L. Raamatus: Symposium on the prognosis of malignant tumours of the breast. S. Krager, Basel, New York, 1963, 135—149. — 5. Kretz, J. Krebsarzt, 1963, 18, 9—10, 328—337. — 6. Smithers, D. W. a. Payne, P. M. Raamatus: Symposium on the prognosis of malignant tumours of the breast. S. Krager, Basel, New York. 1963, 115—123. — 7. Sommers, S. C. Samas lk. 168—171.

МЕТАСТАЗЫ РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЯИЧНИКАХ

М. Пурде и *А. Ярвет*

Резюме

В Таллинском республиканском онкологическом диспансере начали с 1962 года более широко применять овароэктомию при лечении рака грудной железы. По литературным данным, названный метод в последнее время применяется более часто, чем облучение.

Из 50 больных с раком грудной железы, у которых с целью гормонального воздействия хирургически удалили яичники, в 7 случаях были найдены ранние метастазы. Средний возраст наших больных был 40 лет. У всех была диагностирована инфильтративная форма рака грудной железы, причем метастазов в лимфатических узлах в период лечения не отмечалось.

Так как наш материал невелик, мы не можем сделать более глубокие выводы. Практика же показывает, что успех лечения больных раком грудной железы зависит не только от удаления первичного очага, но также и от одновременного удаления метастазов. Поэтому мы считаем весьма желательным хирургическое удаление яичников, так как это исключает возникновение метастазов рака грудной железы и продлевает жизнь многим молодым больным.

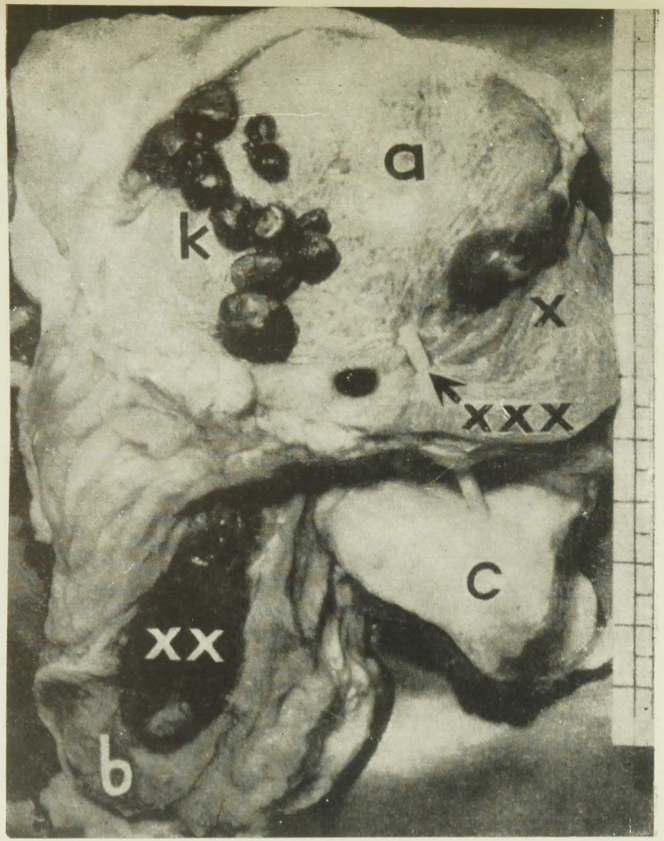
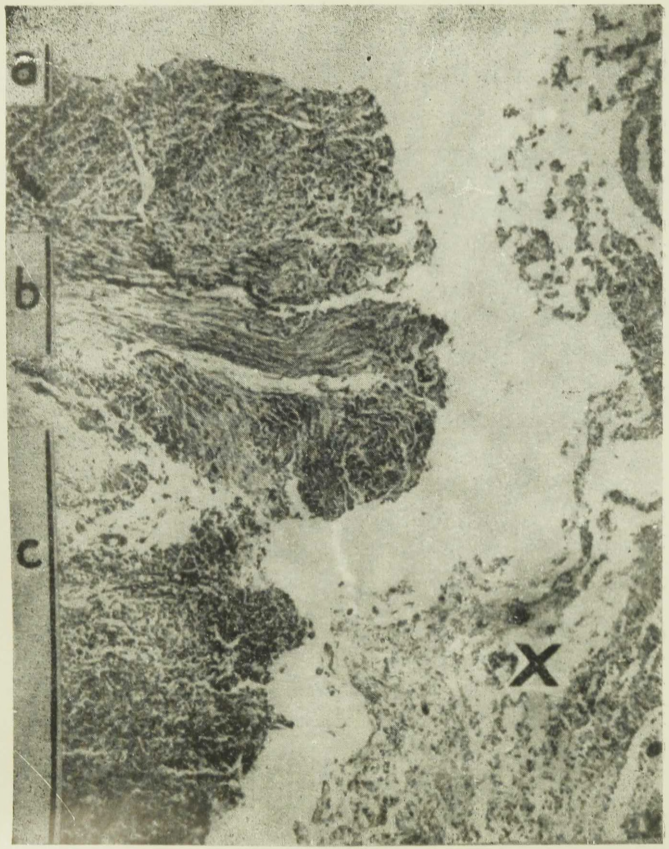


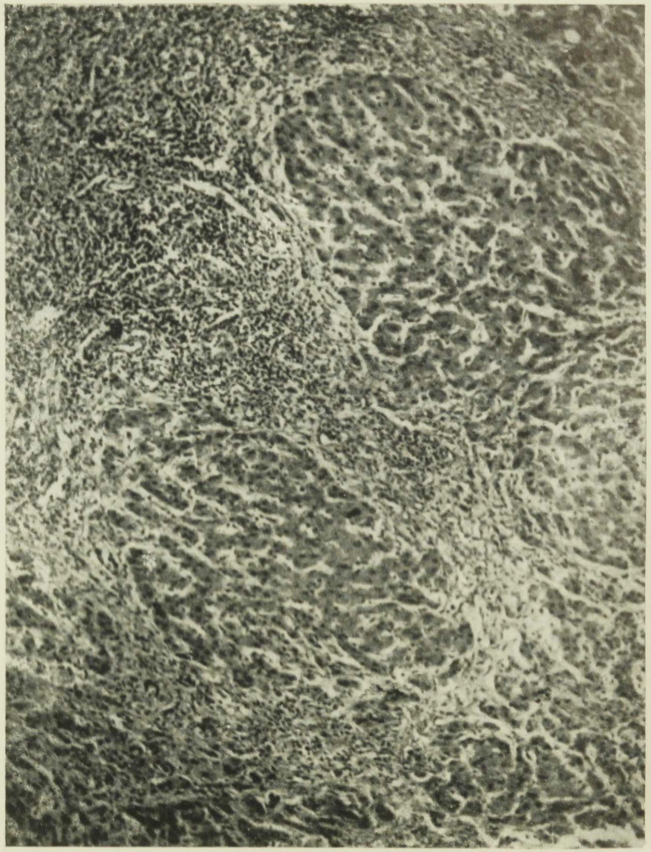
Foto
Makropreparaat: a — sapipõis, b — ühissapijuha, c — *duodenum*'i limaskest, k — sapipõiekivid, x — sapipõieseina rebend, xx — verehüüve ühissapijuhas, xxx — sond vanas fistulis



Mikrofoto 1
Sapipõieseina sidekoeline kiht. x — abstsess destrueeritud veresoonega (värvitud van Giesoni järgi, suurendus 100×)



Mikrofoto 2
Sapipõieseina rebend: a — limaskest, b — lihaskest, c — sidekoeline kiht. x — veri (värvitud van Giesoni järgi, suurendus 30×)



Mikrofoto 3
Maks. Anulaarne tsirroos, alaäge kolangiit (värvitud hematoksiliin-eosiiniga, suurendus 80×)

SAPIPÕIEREBEND VEREVALUMIGA SEEDETRAKTI

I. SKORODKO ja *V. VALDES*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Sapipõie profuusset verejooksu seedetrakti on kodumaises kirjanduses vähe käsitletud. Seda on uurinud V. Ivanov (1), A. Ljulka (2) ja A. Tšetšulin (4), kes on tulnud järeldusele, et sapipõie verejooksu esineb väga harva. Seetõttu ei saa haiguse kliinilise pildi iseloomulikke jooni üldistada. See omakorda valmistab suuri raskusi diagnoosimisel.

Esitame kasuistilise juhu Tallinna Vabariiklikust Haiglast, mille puhul hilisemal analüüsimisel võis siiski leida mõningaid pidepunkte diagnoosimiseks.

Naispatsient O., 89 aastat vana (haiguslugu nr. 13028), saabus 13. XI 1963 Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonda. Haige kaebas tugevaid valusid rindealuses piirkonnas, kusjuures viimase 7 päeva jooksul tundis tuima valu samas piirkonnas. Tund enne hospitaliseerimist oksendas ta umbes 800 ml helepunast verd, mille tõttu tekkisid üldine nõrkus ja lühiaegne teadvusetus. 1957. a. oli haigestunud ägedasse koletsüstiiti. Sel puhul oli teda ravitud Tallinna Vabariiklikus Haiglas. 1961. a. oli seedetrakti uuritud maovähi suhtes.

Haiglasse saabumisel oli haige raskes seisundis, vähe kontaktne. Kaebas teravaid hooti tekkivaid valusid ülakõhus, mis kiirgusid nimmepiirkonda. Nahk kahvatu. Pulss 84 lööki minutis, rütmiline, rahuldava täitumusega. Arteriaalne rõhk 120/50 mmHg. Temperatuur 36,4°. Keel kuiv, pruuni katuga kaetud. Kõht mõõdukalt puhitunud, mis valuhoogude vahepeal võttis osa hingamisest. Palpeerimisel kõht pehme, ülakõhu piirkonnas (eriti keskjoonest paremal) valulik. Sealsamas avastati 8×6 cm mõõtmetega kerakujuline elastne moodustis, mis oli vähe liikuv ja teravalt valulik. Štšetkin-Blumbergi sümptoom negatiivne. Maks ei olnud suurenenud. Soolteperistaltika loid. Vastuvõtuosakonnas oksendas mitu korda (kokku umbes 500 ml helepunast verd). Veri: hgb. 52%, leukots. 31700, valem: neutrof. 1,5%, keppt. 23%, segmentt. 67%, lümfots. 5% ja monots. 3,5%; anisotsütoos ja poikilotsütoos.

Eespool esitatud andmeil diagnoositi kas verejooksu maohaavandist või lagunemisstaadiumis vähkkasvajat. Haiget soovitati opereerida, millest ta aga kategooriliselt keeldus. Patsiendile kanti üle 250 ml verd ja manustati 10,0 ml 10%-list kaltsiumkloriidilahust, 5,0 ml 0,3%-list vikasoolilahust ja 1,0 ml 2%-list promedoolilahust. Ravile vaatamata kõhuvalud ei vähenenud. Perioodiliselt, 30—40-minutiliste vaheaegade järel oksendas haige 50—60 ml tumepunast verd. 14.09 hommikul täheldati skleerade kollasust. Pulss sagenes 120 löögini minutis, arteriaalne rõhk langes kuni 85/30 mmHg. Raviks kanti üle veel 1500 ml verd. Pidevalt manustati hapnikku ja südamevahendeid. Sellele vaatamata vererõhk ei tõusnud. Haige suri 15. XI 1963 südamepuudulikkuse tagajärjel.

Lahangul (lahanguprotokoll nr. 1311/63) leiti mao valendikus tumepruuni veresegust vedelikku. Mao limaskest muutusteta. Sapipõiest (vt. tahvel III, foto) viis kaksteistsõrmiksoole algossa 2 mm läbimõõduga tihkestunud seintega uuris, mille avast väljus verist vedelikku. Ühissapijuha oli tunduvalt laienenud, juha distaalses osas suur (2×1, 5×4,5 cm mõõtmetega) tihke verehüüve. Sellest kõrgemal asetses suur (1,5×1,5×4 cm) ovoidne kivi, mis otsapidi ulatus maksajuhasse. Selgelt väljendunud trabekulaarse joonisega sapipõies leidus 18 fasseteeritud mustjat kivi (läbimõõdud 0,5 ... 1,5 cm) ja 100 ml hüübimata verd. Sapipõie seina sisepinnal, mis on maksaga liitunud, paiknes 3 cm pikkune rebend, mille ümbruses koed olid verega läbi imbunud. Maks kaalus 1320 g, ebatasase pinnaga, tihke konsistentsi ja kollakaspruuni lõikepinnaga, kus võis märgata valkja sidekoe laike. Sapiteed märgatavalt laienenud. Soolte valendikus leidus tumedat veresegust soolesisaldist.

Histoloogiline uuring. Sapipõie seina kõigis kihtides mõõdukas ümararakuline infiltraat ja vähesel määral neutrofiile. Sidekoelises kihis apostematoosne kolle veresoonte destruktsiooni ja verevalumiga (vt. tahvel III, mikrofoto 1), mis ulatus läbi sapipõie seina värske rebendi sapipõie valendikku. Rebendi pind akuutse põletikuta (vt. tahvel IV, mikrofoto 2).

Maksas tugevasti väljaarenenud anulaarne tsirroos, rohkesti regenereerunud sapikapillaare. Interlobulaarselt oli mõõdukas ümararakuline infiltraat. Sapikapillaarides ja nende ümbruses leidus hulgaliselt leukotsüüte (vt. tahvel IV, mikrofoto 3).

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos oli järgmine. Krooniline apostematoosne koletsüstiit ja kolangiit, kolangiitiline maksatsirroos põrna hüperplaasiaga, sapipõie ja ühissapijuha kivid. Sapipõie-kaksteistsõrmiksoole fistul. Sapipõie limaskesta rebend koos verevalumiga sapipõide ja sealt kaksteistsõrmiksoolde. Aneemia. Sapipais sapipõies ja maksas. Kollatõbi. Neerupealiste koorolluse kõhetumine. Üldine ateroskleroos. Südame vasaku vatsakese ekstsentriline hüpertroofia (hüpertoonia?).

Mõõdukas ateroskleroотiline kardio- ja nefroskleroos. Kopsude krooniline emfüseem. Kalkuloosne struuma. Vasaku neeruvärati hüpernefroidne adenoom.

Käesoleval juhul oli verevalum tingitud sapipõie seina sidekoelise kihi veresoonte põletikulisest erosioonist, millele järgnes sapipõie seina rebend. Ühissapijuhas leiduvat verehüüvet tuleb pidada mehhaanilise kollatõve põhjustajaks. Tõenäoliselt tekkis vana fistul niisamasuguse abstsessi perforeerumisest ning koos maksa tsirrootiliste muutustega viitab kaua kestnud koletsüsto-kolangiidile. Kui arvestada neerupealiste koorolluse atroofiat, ei oleks haige operatsiooni talunud. Sellist sapipõie verejooksu kirjeldust vastavas kirjanduses me ei leidnud. R. Hanser (5) vihjab surmava verejooksu võimalusele juhul, kui maksaabstsess perforeerib veresoone ja sapijuha samaaegselt.

Et sapipõieverejooksu tuleb ette võrdlemisi harva, siis käesoleval juhul seda elupuhuselt ei diagnoositud. Niisugustel juhtudel tuleks arvestada anamneesi andmeil esinenud ägedat koletsüstiiti. Verejooksuga tüsistunud sapipõiehaigusele viitasid äge valusündroom, mida enamikul maoverejooksu juhtudest ei täheldata, ja elastne moodustis ülakõhus (paremal).

KIRJANDUS: 1. Иванов В. А. Вестн. хирургии, 1955, 10, 127—129. — 2. Люлька А. Н. Врачебн. дело, 1958, 10, 1087—1088. — 3. Розанов Б. С. Профузное желудочное кровотечение язвенного характера и их хирургическое лечение. М., 1950. — 4. Чечулин А. С. Вестн. хирургии, 1955, 10. 129—131. — 5. Hanser, R. In: Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, V Band, II Teil, Berlin, 1929.

РАЗРЫВ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ С КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЙ ТРАКТ

И. Скородько и *В. Вальдес*

Резюме

В отечественной литературе вопрос о профузном кровотечении из желчного пузыря в пищеварительный тракт освещен мало. Его изучали лишь отдельные авторы, которые пришли к выводу, что кровотечение из желчного пузыря встречается очень редко. Поэтому нельзя обобщить характерные черты клинической картины, что в свою очередь создает большие трудности в диагностике.

Представляется казуистический случай из практики Таллинской республиканской больницы, при ближайшем изучении которого можно все же найти некоторые опорные пункты для диагностики.

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

ENTEROVIIRUSTEST PÕHJUSTATUD NAKKUSED

Arstiteaduse kandidaat *T. KUSLAP*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Seoses viirushaiguste diagnoosimise arenguga viimasel kahel aastakümnel on käesoleval ajal juba võimalik määrata paljude nende etioloogilist struktuuri. Samal ajal on kasvanud viirushaiguste, eriti enteroviirustest põhjustatud nakkuste osatähtsus nakkushaiguste hulgas.

Enteroviirused jaotuvad kolme suurde gruppi: a) polioviirused, b) *Coxsackie* viirused ja c) *ECHO*-viirused.

Väga sageli võivad nimetatud viiruste kandjateks olla terved isikud, eeskätt eelkooliealised lapsed. Haigestumise, viirusekandmise ja samuti puhangute puhul täheldatakse kindlat sesoonsust (suve- ja sügiskuudel).

Kõige vanemateks esindajateks enteroviiruste hulgas on polioviirused. Kui K. Landsteiner ja E. Popper 1908. a. avastasid polioviiruse, siis pidasid nad seda algul neurōviiruseks. Alles hilisemad uurimised näitasid, et polioviirus kuulub enteroviiruste rühma. Samuti selgus, et on kolm erinevat polioviiruse antigeenset tüüpi, nimelt I tüüp — *Brunhilde*, II tüüp — *Lansing* ja III tüüp — *Léon*.

Suur tähtsus poliomüeliidi etioloogia uurimisel oli 1949. a. J. Endersi, F. Robbinsi ja T. Velleri (6) poolt kasutusele võetud koekultuuride meetodil, s. o. polioviiruse kultiveerimisel *in vitro*. See lõi avarad võimalused polioviiruse edaspidiseks uurimiseks ning oli eelduseks ka muude enteroviiruste avastamisele.

Kolmest polioviiruse tüübist etendab tähtsaimat osa I tüüp. See on laialdaselt levinud ja kõige sagedasemaks epideemiate tekitajaks, nagu see oli ka 1958. a. puhkenud ulatusliku poliomüeliidiepideemia ajal Eesti NSV-s.

Harvem on poliomüeliidiepideemiate põhjustajaks polioviiruse III tüüp. Polioviiruse II tüüp on peamiselt tuntud sporaadiliste haigusjuhtude tekitajana. On kirjeldatud ainult üksikuid tema poolt esilekutsutud epideemiaid.

Aastakümnete vältel oli poliomüeliidi probleem väga aktuaalne ka Eesti NSV-s ja saavutas kulminatsiooni 1958. a. 1959. a. alates vaktsineeriti vabariigi elanikke Sabini poliomüeliidivastase elusvaktsiiniga massiliselt, mis põhjustas haigestumise järsu languse.

1947. a. avastasid G. Dalldorf ja G. Sickles (5) New Yorgi osariigi linnakeses Coxsackie's esmakordselt teise suure enteroviiruste grupi — *Coxsackie* viirused. Neid eristati polioviirustest selle poolest, et samal ajal kui polioviirused ei olnud patogeensed vastsündinud hiirte suhtes, kutsusid *Coxsackie* viirused neil esile destruktiivseid muutusi lihastes, mis avaldusid lõtvade halvatustena. Samal ajal *Coxsackie* viirused ahvidele patogeensed ei olnud, küll olid seda aga polioviirused. 1950. a. jaotati *Coxsackie* viirused kahte alagruppi, nimelt A ja B. A-grupi viirused kutsuvad vastsündinud hiirtel esile eespool kirjeldatud muutusi. B-grupi viirused põhjustavad neil treemorit ja spastilisi halvatusi. Käesoleva ajani on A-grupis avastatud 24 ja B-grupis 6 erinevat antigeenset viirustüüpi.

Viirushaiguste diagnoosimise kohta tuleb märkida, et *Coxsackie* B-grupi viirused on koekultuuridel kergesti isoleeritavad ja mõned neist on osutunud apatogeenseteks vastsündinud hiirte suhtes, kuna *Coxsackie* A-grupi viirused ei ole koekultuuridel isoleeritavad, välja arvatud *Coxsackie* A-9, mida on võimalik isoleerida ahvi neerurakkudel. Seega võib neid eranditult diagnoosida ainult vastsündinud hiirtel.

Kolmanda enteroviiruste grupi moodustavad *ECHO*-viirused. Need avastas esimesena F. Robbins kaasautoritega (8) 1950. a. poliomüeliidiepideemia ajal Bostonis. 1955. a. klassifitseeris Ameerika rahvusliku lastehalvatusfondi juurde loodud komitee nimetatud enteroviirused ja iseloomustas neid. Nimetuseks said nad *ECHO*-viirused (*Enteric cytopathogenic human orphan viruses*). Käesolevaks ajaks on avastatud 31 erinevat antigeenset *ECHO*-viirustüüpi, *ECHO*-1 kuni *ECHO*-32 viirus (*ECHO*-10 viirus on üle viidud reoviiruste gruppi). *ECHO*-viirusele on omane, et neid saab isoleerida koekultuuridel, nad pole patogeensed ahvidele ega teistele laboratooriumis kasutatavatele katseloomadele (välja arvatud *ECHO*-9 viirus, mis kutsub esile muutusi vastsündinud hiirtel, nagu seda teevad *Coxsackie* A-viirused). Paljude *ECHO*-viiruste patogeenset toimet inimesesse ei ole kuni käesoleva ajani kindlaks tehtud. Senini on avastatud peamised enteroviirused, kuid kaugeltki mitte kõik.

Polioviirused võivad inimesel põhjustada kolme erinevat kliinilist haigusvormi: paralüütilist, aparalüütilist ja abortiivset. Viimast vormi arvatakse sageli ka aparalüütilise poliomüeliidi hulka.

M. Vorošilova (1) arvates on polioviiruse II tüübi ja *Coxsackie*

A-grupi vahepealseks viirustüübiks *Coxsackie* A-7. Viimane kutsub inimesel esile samasugused kliinilised sündroomid kui polioviirused. Käesoleva ajani on kirjeldatud 109 *Coxsackie* A-7 viirustüübist põhjustatud haigusjuhtu. Nendest 47 juhul diagnoositi paralüütilist poliomüeliiti, 27 juhul lõppes haigus halvatusega ja 2 juhul haiged surid. On huvitav märkida, et *Coxsackie* A-7 viirust isoleeriti ainult poliomüeliidikahtlastel haigetel.

Coxsackie A-7 viirusega sarnaseid omadusi täheldati esmakordselt viirustüvedel, mille isoleerisid 1952. a. poliomüeliidipuhangu ajal Karagandas kahelt paralüütilise haigusvormiga lapselt M. Tšumakov ja tema kaastöötajad (3). Algul pidasid autorid neid poliomüeliidiviiruse IV tüübiks (AB). Alles hiljem selgus, et tegemist on viirusega *Coxsackie* A-7.

Coxsackie A-grupi viirustüübid A-2, A-4, A-6, A-8 ja A-10 kutsuvad tihti esile palavikulisi haigestumisi ja herpangiine, A-9 põhjustab aseptilist meningiiti, A-16 enanteemiga stomatiiti ja A-21 ülemiste hingamisteede katarre. Paljude *Coxsackie* A-grupi viiruste etioloogiline osatähtsus on tänaseni teadmata.

Coxsackie B-grupi viirused võivad põhjustada aseptilist meningiiti, Bornholmi tõbe ja palavikulisi haigestumisi. 1962. a. tekkis Suure-Jaanis laiaulatuslik Bornholmi tõve puhang, mille oli vallandanud *Coxsackie* B-5 viirus (4). Viirused *Coxsackie* B-3 ja B-5 võivad esile kutsuda entsefalomüokardiite vastsündinutel ja imikutel ning *Coxsackie* B-4 ja B-5 healoomulist perikardiiti täiskasvanutel.

ECHO-viirused on põhiliselt aseptilise meningiidi tekitajateks (*ECHO*-2, -3, -4, -5, -6, -14, -16, -21), *ECHO*-11 ja *ECHO*-19 kutsuvad esile sageli kõhulahtisust ja *ECHO*-16 nn. Bostoni eksanteemi. Kõige ohtlikum on viirustüüp *ECHO*-9, mis tekitab samuti aseptilist meningiiti ja löövega palavikulisi haigestumisi ning samal ajal võib põhjustada epideemiaid.

Sooleviirused, mis üksteisest erinevad nii bioloogiliste kui ka antigeensete omaduste poolest, võivad inimorganismis põhjustada nii sarnase kui ka erineva sümptomatoloogiaga haigestumisi. Eriti suur tähtsus viirushaigustesse haigestumisel on organismi reaktiivsusel. Sooleviirused on laialdaselt levinud, peamiselt just väikelaste hulgas. Samal ajal aga põhjustavad nad kliiniliselt diagnoositavaid haigusjuhte suhteliselt harva. Enamikul juhtudest kulgevad enteroviiruste poolt tekitatud nakkused latentselt. Mis puutub enteroviirustest põhjustatud haiguste patogeneesi, siis valitseb arvamus, et see on kõigi kolme enteroviiruste grupi puhul ühesugune.

Organismi sattunud viiruse levikut jaotatakse 4 staadiumi (2), mille aluseks on võetud polioviiruse leviku skeem. Viirus paljuneb pärast organismi sattumist ülemistes regionaarsetes lümfisõlmedes, esmajoones mandlites ja seejärel soole limaskestas. Edaspidi tungib ta vereringesse, kus tekitab vireemia ja paljuneb. See staadium kestab 4—5 päeva. Sel ajal kehatemperatuur tõuseb ja ilmnevad atüüpilised haigusnähud. Lõpuks satub viirus kesknärvisüsteemi, kus kahjustab närvirakke.

Viiruse levik organismis võib igas kirjeldatud staadiumis katkeda. Sellest oleneb ka areneva haiguse kliiniline vorm — haigus võib kulgeda latentselt kõige kergematel juhtudel, kuid rasketel juhtudel võivad areneda paralüütilised haigusvormid.

Ainsaks nakkusallikaks on inimene, kas haige või täiesti terve viirusekandja. Haige nakatab terveid isikuid juba inkubatsiooniperioodil ja kataraalsete nähtude ilmnemisel on ta ümbruskonnale veelgi ohtlikum.

Mõnel juhul kestab viiruse eritamine isegi mitu kuud pärast tervistumist. Epidemioloogilisest seisukohast on väga oluline, et haige õigeaegselt isoleeritaks. Kahjuks aga tehakse seda enamikul juhtudest siis, kui kliinilised sümptoomid (näiteks halvatused) on juba täiesti välja kujunenud.

Kaugelt suuremat nakkusohtu kujutavad endast isikud, kes põevad latentset haigusvormi. Nii näiteks poliomüeliidi puhul tuli mõnede autorite (7) arvates ühe tüüpilise paralüütilise haigusjuhu kohta 100—200 sümptoomideta juhtu.

Viirust eritub haige ninaneelu sekreedi ja ühtlasi väljaheite kaudu. Näiteks ninaneeluruumist on polioviirust isoleeritud 3—5 päeva enne haigusnähtude ilmnemist (inkubatsiooniperioodis) ja 3—7 päeva vältel pärast haigustunnuste avaldumist. Väljaheitest leitakse viirust hoopis pikemat aega, nimelt 2—3 nädala vältel inkubatsiooniperioodist alates, mõnel juhul isegi 3—4 kuu jooksul pärast haigestumist.

Enteroviiruseid on isoleeritud ka aseptilist meningiiti põdevate haigete seljaajuvedelikust ja verest (poliomüeliidi puhul ainult väga harvadel juhtudel). Mis puutub viiruse ülekandumise viisidesse, siis on enamik autoritest arvamusel, et enteroviirustest põhjustatud sporaadiliste haigusjuhtude puhul kantakse viirus üle fekaal-oraalsel teel. Haiguspuhangute korral tuleb esmajoones arvestada viiruse levikut piisknakkuse teel.

Enteroviirustest põhjustatud epideemiaid tuleb ette peamiselt suve- ja sügiskuudel. Ainult üksikjuhtudel on neid registreeritud ka talvel. Sporaadilisi haigusjuhte registreeritakse kogu aasta, kuid enamik neist esineb samuti suve- ja sügiskuudel. Sageli puhkeb enteroviirustest põhjustatud epideemiaid lastekollektiivides (lastesõimed, lasteaiad, harvem koolid). Inkubatsiooniperiood kestab keskmiselt 2—8 päeva, sageli isegi 10—14 päeva. Suurem osa elanikest muutub enteroviiruste suhtes immuunseks pärast latentse nakkuse põdemist. Vastsündinutel võib esineda kaasasündinud immuniteet.

Käesoleval ajal ei ole enteroviirustest põhjustatud haigusi võimalik diagnoosida ainult kliiniliste sümptoomide järgi, rääkimata veel enteroviiruste erisuguste tüüpide poolt tekitatud haigusjuhtude diferentsiaaldiagnoosimisest. Pärast elanike massilist vaktsineerimist poliomüeliidivastase elusvaktsiiniga on ka lastehalvatuse diferentsiaaldiagnoosimine keerukamaks muutunud. Ainukesteks enteroviirustest põhjustatud nakkushaiguste diagnoosimise meetodeiks on viroloogilised ja seroloogilised uuringud, kusjuures peab arvestama ka igakülgseid kliinilisi ja epidemioloogilisi uuringuid. See eeldab tulevikus kõige tihedamat koostööd klinitsistide, epidemioloogide ja viroloogide vahel selleks, et tuua selgust enteroviirustest põhjustatud nakkushaiguste etioloogiasse, milles on veel palju lahendamata küsimusi.

KIRJANDUS: 1. Ворошилова М. К. и др. Методы лабораторной диагностики энтеровирусных инфекций. М., 1964. — 2. Чумаков М. П. и др. В кн.: Полиомиелит — детский паралич. М., 1953. — 3. Чумаков М. П. и др. Вопр. вирусологии, 1956, 1, 16—19. — 4. Яннус А. Э. Сборник докладов четвертой научной конференции. Таллин, 1963, 145—149. — 5. Dalldorf, G., Sickles, G. M. Science, 1948, 108, 61—64. — 6. Enders, J. F. a. oth. Science, 1949, 109, 85—87. — 7. Howe, H. A. Amer. J. Hyg., 1951, 54, 1, 113—117. — 8. Robbins, F. C. a. oth. Amer. J. Hyg., 1051, 54, 286—290.

ЭНТЕРОВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Т. Куслап

Резюме

Приводится классификация энтеровирусов и описывается их этиологическая структура. Дается обзор эпидемиологии, патогенеза, клинических форм, а также методов диагностики и средств профилактики инфекций, обусловленных энтеровирусами.

KÕHUTÜÜFUSE REKONVALESTSENTIDE JA BAKTERIKANDJATE MEDITSIINILISEST TEENINDAMISEST

Arstiteaduse kandidaat *H. PIHL*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Eesti NSV-s on võitluses kõhutüüfuse ja paratüüfuste vastu tehtud märkimisväärseid edusamme: võrreldes sõjajärgsete aastatega on nendesse nakkustesse haigestumiste arv mitmekordselt langenud. Viimasel ajal aga võib märgata langustendentsi vaibumist ja haigestumuse püsimist enam-vähem ühesugusel tasemel. Kõhutüüfusesse haigestumise vähendamist harvade üksikjuhtudeni võivad pidurdada mitmed tegurid, üks olulisemaid neist on bakterikandmine.

Kõhutüüfus ja paratüüfused, mille tekitajad avastati juba möödunud sajandil, kuuluvad põhjalikult uuritud nakkushaiguste hulka. Kahjuks aga on kogu maailmas rahuldavalt lahendamata jäänud nende haiguste puhul suhteliselt sageli tekkiva bakterikandmise patogeneesi, ravi ja profülaktika küsimused.

Kõhutüüfuse ja paratüüfuse bakterikandjaid on arvel peaaegu igas Eesti NSV linnas ja rajoonis. Pahatihti pööravad nii sanitaar- ja epidemioloogiajaama töötajad kui ka polikliinikute või ambulatooriumide personal neile veel vähe tähelepanu. Kuid V. Ždanovi (2) andmeil võivad bakterikandjad põhjustada 75% kõhutüüfusesse haigestumise juhtudest. Ka meie vabariigis on selle nakkuse allikateks peamiselt bakterikandjad. Meil kehtivas «Kõhutüüfuse ja paratüüfuse bakterikandjate avastamise, arvelevõtmise ning jälgimise juhendis» (3) eristatakse järgmisi bakterikandjate kategooriaid.

1. Ajutised bakterikandjad. Sellesse rühma kuuluvad kõhutüüfuse või paratüüfuse rekonvalestsendid, s. o. haigust hiljuti põdenud isikud, kellel bakterikandmine pärast tervistumist ei kesta üle kolme kuu.

2. Kroonilised bakterikandjad. Need on isikud, kes pärast haiguse põdemist levitavad baktereid kauem kui kolm kuud. Krooniliseks bakterikandjaks võib keskmiselt jääda kuni 5% haigeist (4, 5 jt.). See võib kesta väga pikka aega, sageli elu lõpuni.

3. Transitoorsed bakterikandjad. Selline bakterikandmise vorm tekib tavaliselt haigetega või krooniliste bakterikandjatega kokkupuutumisel, kui vastav isik on immuunne (kas varajasema põdemise või vaktsineerimise tõttu) või organismi sattunud bakterite hulk pole haigusnähtude esilekutsumiseks küllaldane. Transitoorne bakterikandmine on lühiajaline. Tavaliselt avastatakse sel puhul haigusetekitajaid ainult ühekordselt.

Epidemioloogiliselt peetakse kõige ohtlikumaks kroonilisi bakterikandjaid. Klassikaliseks näiteks on maailmakuulus kõhutüüfuse kroonine bakterikandja Mary Brown, kes M. Voiculescu (1) andmeil on elu jooksul, töötades majateenijana ja köögitüdrukuna, nakatanud üle 1000 inimese.

Kehtivate nõuete kohaselt on kõik haiglad, kus ravitakse kõhutüüfust või paratüüfusi põdevaid haigeid, enne rekonvalestsentide väljakirjutamist kohustatud tegema kindla arvu bakterioloogilisi analüüse. Pärast kehatemperatuuri normaliseerumist tuleb väljaheidet ja uriini uurida minimaalselt veel kolm korda viiepäevaste vaheaegade järel. Kui kliiniliste nähtude vaibumisest on möödunud 10 päeva, uuritakse ka kaksteistsõrmiksoole sisaldist.

Pärast haiglast lahkumist jääb kõhutüüfust või paratüüfust põdenud isik elukohajärgses arstijaoskonnas kolmeks kuuks dispanseerse järelevalve alla. Dispanseerimist juhendab nakkushaiguste kabinet. Esimese

kahe kuu jooksul tuleb rekonvalestsenti külastada kodus vähemalt üks kord nädalas ja läbivaatuse ajal mõõta ka kehatemperatuuri. Kolmandal kuul jätkatakse seda kahenädalaste vaheaegade järel. Ühtlasi uuritakse üks kord kuus kolme kuu jooksul rekonvalestsendi väljaheidet ja uriini bakterioloogiliselt, millele tähtaja lõpul lisandub sapianalüüs. Kui kehatemperatuur tõuseb või üldseisund halveneb (isu vähenemine, peavalu, unehäired jm.), hakatakse põdenut põhjalikumalt uurima, kusjuures tehakse ka verekülv. Haiguse retsidiveerumise korral saadetakse patsient uuesti haiglasse. Pärast kolme kuu möödumist võetakse rekonvalestsent sanitaar- ja epidemioloogiajaamas kaheks aastaks arvele. Siin tehakse tal väljaheite ja uriini bakterioloogiline analüüs kaks korda aastas. Enne arvelt kustutamist kontrollitakse veel kord ka kaksteistsõrmiksoole sisaldist.

Tunduvalt rangemad nõuded kehtivad nende isikute kohta, kes töötavad toitlustusettevõtteis, veemajanduse alal, laste- või raviasutustes, apteekides, farmaatsiatehastes või ka rongi-, laeva- või lennuliinidel, kui nad on seotud reisijate toitlustamisega.

Pärast haiglast väljakirjutamist ja enne endisele tööle lubamist uuritakse neil bakterioloogiliselt 5 korda ühe kuu jooksul rooja ja uriini ning üks kord sappi. Pärast kolm kuud kestnud dispanseerimist (polikliinikus või ambulatooriumis) võetakse nad sanitaar- ja epidemioloogiajaamas kuueks aastaks arvele. Esimesel aastal toimub nende bakterioloogiline uurimine üks kord kuus, järgmistel aastatel aga üks kord kvartalis.

Eespool loetletud asutustesse esmakordselt tööle asujail analüüsitakse rooja kaks korda (hiljem, tööl olles, tehakse seda üks kord aastas). Nende hulgas ei tohi olla kõhutüüfust või paratüüfust põdenuid. Kui nende anamneesis leidub andmeid selgitamata põhjusel tekkinud ja pikemat aega kestnud palavikuga kulgenud haigestumisest, siis lubatakse neid soovitud erialale tööle alles pärast uriini ja rooja kolmekordset ning sapi ühekordset bakterioloogilist uurimist.

Kõhutüüfust ja paratüüfust põdenute ning toitlustamise alal ja sellega võrdsetel kohtadel töötavate isikute korduv bakterioloogiline uurimine on vältimatu ja hädavajalik krooniliste bakterikandjate avastamise eesmärgil.

Kroonilised bakterikandjad on sanitaar- ja epidemioloogiajaamas arvel kuni bakterikandmise lõppemiseni, või kui seda ei juhtu, siis elu lõpuni. Iga bakterikandja kohta täidetakse vastav kaart (vorm nr. 30b), kus leiduvad andmed ka nende poolt nakatatud isikute kohta. Kaardile kantakse uriini ja rooja bakterioloogilise uurimise tulemused, mida bakterikandjatele tehakse kaks korda aastas. Vajalik on määrata haigusetekitajate fagotüüp, mis uute haigusjuhtude tekkimisel võimaldab selgitada epideemia-ahela tõenäolisi seoseid.

Kuigi kõhutüüfuse ja paratüüfuse krooniliste bakterikandjate meditsiiniline teenindamine on eeskirjade järgi sanitaar- ja epidemioloogiajaama kohustuseks, ei tohi sellest eemale jääda ka bakterikandja elukohajärgse (teataval määral ka töökoha) arstijaoskonna töötajad. On tarvis tunda jaoskonna piirkonnas elunevaid bakterikandjaid ja neid aeg-ajalt külastada.

Bakterikandjate epidemioloogilise ohtlikkuse vähendamiseks rakendatakse mitmesuguseid abinõusid. Kõigepealt tuleb rõhutada nende sanitaar-hügieeniliste teadmiste tõstmise vajadust. Iga bakterikandja varustatakse sellekohase meelespeaga, mille kättesaamist ta kinnitab allkirjaga. Selles esitatud materjale on soovitatav koos läbi arutada. Omandatud teadmiste taset on vahetevahel tarvis kontrollida. Jooksvaks desinfektsiooniks varustatakse bakterikandjad desifektsioonivahenditega, mille kasutamiseks on samuti vaja anda juhtnööre. Kui kroonilise bakterikandja korter ei vasta sanitaar- ja hügieeninõuetele ja võib soodustada nakkuse levikut, tuleb talle taotleda uus, heakorrastatud korter.

Meditsiinitöötajad peavad krooniliste bakterikandjate korral arvestama ka psüühiliste traumade ohtu. Bakterikandmise kroonilisus, selle raskesti ravitavus, pideva valvsuse vajadus, perekonnaliikmete ja töökaaslaste nakatamise võimalus, mõnikord ka elukutsest loobumise paratamatus võivad halvasti mõjuda patsiendi hingeelule. Sellest lähtudes ei tohi krooniliste bakterikandjate teenindamisel esineda kalgi ametnikuna, kes nõuab ainuüksi eeskirjade täpset täitmist, vaid bakterikandjatesse tuleb suhtuda säästvalt ja heatahtliku tähelepanelikkusega.

KIRJANDUS: 1. Войкулеску М. Брюшной тиф. В кн.: Инфекционные болезни т. II. Бухарест, 1964, 227—270. — 2. Жданов В. М. Эпидемиология, М., 1961, 127—132. — 3. Инструкция по выявлению, учету и наблюдению за брюшнотифозными и паратифозными бактерионосителями. М., 1961. — 4. Руководство по инфекционным болезням. Под ред. А. Ф. Билибина и Г. П. Руднева. М., 1962. — 5. Pihl, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 2, 82—86.

О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛУЖИВАНИИ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ И БАЦИЛЛОНОСИТЕЛЕЙ БРЮШНОГО ТИФА

Х. Пихль

Резюме

Уменьшению заболеваемости брюшным тифом препятствует ряд факторов, и одним из наиболее важных среди них является бактерионосительство.

Как известно, бактерионосителей подразделяют на три категории: временные, хронические и транзиторные. Эпидемиологически наиболее опасными считаются хронические бактерионосители.

Согласно существующим требованиям, все больницы, где лечат больных брюшным тифом или паратифами, обязаны перед выпиской реконвалесцента произвести определенное число бактериологических анализов. После выписки из больницы лицо, перенесшее брюшной тиф или паратиф, остается на 3 месяца на диспансерном наблюдении врача по месту жительства. Диспансеризацией руководит кабинет инфекционных болезней. По истечении 3 месяцев реконвалесцента берут на учет на 2 года в санэпидстанции.

Значительно более строгие требования существуют относительно лиц, работающих на предприятиях общественного питания, в области водного хозяйства, в детских и лечебных учреждениях, в аптеках, фармацевтических заводах, а также на железнодорожном, водном или авиатранспорте, если они связаны с питанием пассажиров. После 3-х месячной диспансеризации (в поликлинике или амбулатории) их берут на учет в санэпидстанции на 6 лет. При первичном приеме на работу в вышеназванные учреждения у поступающих дважды исследуют кал. Среди них не должно быть перенесших брюшной тиф или паратиф.

Хронические бактерионосители состоят на учете в санитарно-эпидемиологической станции до окончания бактерионосительства, а если этого не случается, то до конца жизни. На каждого бактерионосителя заполняется соответствующая карта (форма 30б), куда заносятся также данные и относительно инфицированных ими лиц.

Хотя медицинское обслуживание хронических бактерионосителей является задачей санэпидстанций, работники врачебного участка по месту жительства бактерионосителя также не должны оставаться в стороне. Необходимо знать живущих на участке бактерионосителей и периодически посещать их. Психику хронического бактерионосителя следует щадить, их обслуживание не следует проводить казенно, к ним следует относиться с доброжелательным вниманием.

TOKSOPLASMOOS

Dotsent *A. PALLADI*

Perinataalse suremise edasine vähendamine on nõukogude tervishoiuorganite üks tähtsamaid ülesandeid. Seepärast ongi aktuaalne mitmesuguste nakkushaiguste, sealhulgas ka toksoplasmoosi mõju uurimine loote üsasisesele arenemisele. Seda nakkust seostatakse paljude patoloogiliste seisundite tekkimisega. Eriti suur tähtsus on kaasasündinud toksoplasmoosivormide uurimisel, mis on üheks sünnitusabi, laste- ja silmapatoloogia tekkepõhjuseks.

Kodumaa ja välismaa teadlaste rohkearvulised kliinilised tähelepanekud ja eksperimentaalandmed kõnelevad sellest, et toksoplasmoos kulgeb emal enamasti varjatult, ent põhjustab siiski mitmesuguseid häireid loote arenemises.

Haiguse kliinilise pildi raskus vastsündinutel sõltub loote nakatumise ajast, ema organismi immunobioloogilisest seisundist, tekitaja virulentsusest ja paljudest muudest teguritest. Kui ema organismi kaitsereaktsioonid on küllalt väljendunud, s. t. kui tal on kõrge antikehade tiiter, siis võivad toksoplasmoosi sümptoomid vastsündinul puududa. Ent parasiite võib lapse elundites (mitteaktiivses seisundis) leiduda senikaua, kui säilib passiivne immuunsus (emalt saadud antikehad). Aktiivse immuunsuse puudumine lapsel põhjustab teataval ajal varjatud nakkuse ägenemist. Seda kontrollitakse seroloogiliste reaktsioonide tulemuste dünaamika hindamise alusel. Mainitud juhtudel püsib nende reaktsioonide antikehade tiiter nii emal kui ka vastsündinul lapse sündimise ajal võrdlemisi kõrge. Järgmise kolme kuni kuue kuu jooksul antikehade tiiter lapsel järk-järgult langeb ja muutub väga madalaks. Üheksandast kuni kaheteistkümnenda elukuuni tõuseb tiiter uuesti, mis langeb ühte nakkuse ägenemisega lapsel.

Haigus muutub mõnikord ägedaks raskete kesknärvisüsteemi, siseelundite, eriti sageli aga silmade kahjustuste puhul. Paljude teadlaste arvates on enamik koorioretiniitidest ja tagumistest uveiitidest (koorioidiit) toksoplasmoosi tagajärg.

Toksoplasmoossete uveiitide levimise uurimine mitmesugustesse vanusegruppidesse kuuluvate isikute hulgas (seroloogiliste reaktsioonide järgi) näitab, et neid põletikulisi protsesse tuleb sagedamini ette lastel ja noorukitel. Teiste uuritavate elanikegruppide hulgas tõuseb nakatuse protsent vanusega. Järelikult võib oletada, et on olemas põhjuslik seos toksoplasmoosse nakkuse ja mõnede silmahaiguste vahel. See võimaldab avaldada arvamust, et enamik koorioretiniitidest noorukitel ja täiskasvanutel, mida varem peeti omandatud toksoplasmoosiks, on nähtavasti kaasasündinud haiguse tagajärg, mis pikemat aega kulges varjatult.

Akušöör-günekolooge huvitab eriti küsimus: kas korduv üsasisene loote nakatumine on võimalik ka järgmiste raseduste ajal? Loomkatsed näitasid, et toksoplasmoodiumid kantakse järglastele üle mitme põlvkonna jooksul. See toimub isegi juhtudel, kui nakkus on tunginud organismi kaua aega enne rasestumist.

Muidugi ei saa loomkatse tulemusi inimestele täielikult üle kanda. Ent viimastel aastatel leiab see üha sagedamini kinnitust kliinikus. Toksoplasmoodiumide korduv eraldamine menstruatsiooniverest, loote mitmesugustest elunditest ja ühtede ning samade naiste looteveest lubab oletada, et tekitaja viibib organismis pikema aja jooksul mitteaktiivses olekus. Ei ole välja lülitatud võimalus, et ka rasedus võib olla tõukeks varjatud nakkuse ägenemisele.

Ajal, mil trofoblast tungib emaka limaskesta, hakkavad toksoplasmoodiumid aktiivselt paljunema ning võivad tungida lootesse ja moodustada emaka seinas uusi parasiitide kogumikke, niinimetatud tsüste. See protsess võib järgmiste raseduste puhul korduda, kusjuures parasiitide kolded emaka seinas muutuvad harjumuslike abortide, surnultsündimise ja loote arenguanomaaliate põhjustajateks. Sellist patoloogiat võib põhjustada mitte ainult toksoplasmoodiumide otsene toime lootele, vaid ka toksoplasmoosne endometriit.

Kuidas siis haigust õigeaegselt avastada?

Käesoleval ajal põhineb toksoplasmoosi diagnoosimine parasitoloogilisel ja immunoloogilisel uurimisel. Immunoloogilistest meetoditest kasutatakse tavaliselt värvusreaktsioone, komplemendi sidumise reaktsiooni ja nahasisest allergiaproovi. Ent isegi nende reaktsioonide positiivsed tulemused ei kinnita haiguse olemasolu.

Toksoplasmoosi, nagu paljude muudegi nakkuste puhul tuleb eristada mõisteid infitseeritus (nakatatus) ja haigestumine. Toksoplasmoosne nakkus on looduses laialdaselt levinud, kuid haigestumist ei esinegi nii sageli. Sümptoomideta pisikukandmine pole antud juhul erandiks. Ainult korduvad positiivsed seroloogilised reaktsioonid, kui arvestada antikehade tiitri dünaamikat (ainult siis, kui tiiter tõuseb), võivad näidata toksoplasmoosse protsessi aktiivsust. Toksoplasmoosi diagnoos määratakse ainult ühtsete kliiniliste, laboratoorsete, anamneesi- ja epidemioloogiliste andmete järgi (pärast hoolikat diferentsiaaldiagnoosimist).

Milline peab olema spetsiifiline ravi?

Rohkem kui 20 aastat on paljud mitmete maade teadlased uurinud arvukalt antitoksoplasmoosse aktiivsusega, erinevatesse keemiliste ühendite gruppidesse kuuluvaid preparaate. Toksoplasmoosi ravimiseks on kõige laialdasemalt soovitatud malaariavastast preparaati daraprimi, kodumaist kloridiini (kombinatsioonis sulfaniilamiidide ja kortikosteroididega), samuti antibiootikume, nagu spiromütsiini, kloortetratsükliini, tripatsiliini jt.

Kõik need preparaadid mõjuvad hästi haiguse ägedas staadiumis ja parasiidi kiire paljunemise perioodil inimese organismis. Mis puutub haiguse varjatud vormidesse, kui on tekkinud tsüstid, siis neil juhtudel on preparaadi toime nõrgem.

Nõukogude Liidus kasutatakse rasedate raviks laialdaselt kloridiini kombinatsioonis sulfaniilamiidipreparaatidega. Et raseduse varajasel tähtajal võib see loote arengule halvasti mõjuda, siis on neid otstarbekohane määrata enne rasedust või pärast kaheksanädalast rasedust. Ravi ajal peab pidevalt tegema vere- ja uriinianalüüse, sest kloridiin võib esile kutsuda verepildi muutusi (erütrotsüütide, hemoglobiini, leukotsüütide ja eriti trombotsüütide hulga languse).

Toksoplasmoosi põdevate isikute diagnoosimise ja ravi meetodite edasine uurimine ja täiustamine võimaldavad veel kindlamini arendada pealetungi sellele nakkusele.

ТОКСОПЛАЗМОЗ

А. Паллади

Резюме

Дальнейшее снижение перинатальной смертности является одной из важнейших задач органов советского здравоохранения. В связи с этим актуальным является изучение влияния различных инфекционных заболеваний, в том числе и токсоплазмоза, на внутриутробное развитие детей.

Многочисленные клинические наблюдения и экспериментальные данные указывают на то, что токсоплазмоз у матери протекает чаще всего скрытно, но вызывает различные расстройства в развитии ребенка. Иногда заболевание обостряется тяжелым поражением центральной нервной системы, внутренних органов и особенно часто — глаз.

Особенно интересен вопрос: возможно ли повторное внутриутробное заражение ребенка и во время следующей беременности? Опыты на животных показали, что токсоплазмы передаются потомству в течение нескольких поколений.

В настоящее время диагностика токсоплазмоза основана на паразитологических и иммунологических методах исследования. Для лечения токсоплазмоза рекомендуют противомалярийный препарат хлоридин (в комбинации с сульфаниламидами и кортикостероидами), а также антибиотики.

VANIM EESTIKEELNE SANITAARHARIDUSLIK AJAKIRI

H. GUSTAVSON

Käesoleval aastal möödub 200 talve ajast, mil hakkas ilmuma esimene eestikeelne perioodiline väljaanne

«Lühhike öppetus mis sees monned head rohhud täeda antakse, ni hästi innimeste kui ka weiste haigusse ning wiggaduste wasto, et se kellel tarwis on, woib moista, kuidas temma peab nou otsima ning mis tulleb tähhele panna igga haigusse jures, selle kõrwas on weel muud head nouud, öppetused ning maenitsussed leida, keik meie eesti ma rahwa kassuks ning siggiduseks üllespantud. Trükkitakse Poltsamaal 1766 (vt. foto 1).

Tollal oli Põltsamaa kujunenud teatavaks kultuurikeskuseks, mida põhjustas ka trükikoja asutamine Põltsamaa karjamõisas Kuningamäel 1766. aastal. Selles töötas ainult üks laduja, kes ühtlasi ka trükkis ühelainsal pressil. 1770. aastal ostis trükikoja endale kohalik tööstur ja mõisnik W. J. Lauw. Kolm aastat hiljem põles see maha, mis aga hiljem uuesti üles ehitati.

Mõni sõna ajakirja isadest ja saamisloost. Toimetajaks oli tuntud publitsist August Wilhelm Hupel (1737—1819). Muuhulgas tõlkis ta maakeelde P. E. Wilde sulest ilmunud arstiteadusliku ja moraalitseva sisuga artikleid, mis trükituna moodustasidki käsiteldava.

Väljaandjaks ja autoriks, ühtlasi trükikoja omanikuks oli *dr. med.* Peter Ernst Wilde (1732—1785). Väärib mainimist, et siit leidis tee rahva sekka ka sama ajakirja lätikeelne tõlge 1768. aastast (25 üksiknumbrit). Tõlkijaks oli Jakob Lange. Perioodiline väljaanne (formaat 14×18 cm) ilmus iga nädal, kokku 41 numbrit. Tiitellehel nimetatakse neid tükkideks, s. t. üksiknumbriteks. Traditsiooni mõttes nimetame neid edaspidi samuti.

Esimene tükk on tervikuna pühendatud usulis-moraalitseva kallakuga sissejuhatusele. Muuhulgas pöördutakse maarahva poole:

«Mittokord wingob so naene, mittokord ihkub so laps omma willetsusse ja häda sees, sinno silma ees, sul on wessi silmas, agga sinna ei moista ühtegi, misga nende wallo woiks wähhentud sada.»

II tükis soovitatakse ravimeid neile, kes peavad olema paha ilma ja paha tuule käes. Lubatakse tarvitada kadakamarju, kuid lisatakse, et parem on neid sisse võtta pärast viinas leotamist. See olevat suurepärane profülaktiline vahend:

«...se on sul parrem, kui keik mu ma ning saksa win... need kaddaka marjad kinnitawad sinno maggo ja kehha, nemmad ajawad kussi ning satawad sind nattukest higgistama, se läbbi lähheb mitto kurja, mis so terwist olleks rikkunud, ihho seest wälja.»

III tükk soovitab nakkushaigeid tervetest isoleerida, millist õpetust maarahvas kahjuks ei tahtvat omaks võtta. Nimelt peetavat epideemiate põhjuseks pinnast ja magamisaset. Edasi räägitakse haavade ravist, kusjuures soovitatakse neile asetada meevaha ja kanepi- või linaseemneõli plaaster, mis peab olema puhtal lõuendil. Enne seda tuleb mäda kas sooja veega, lubja- või tubakaveega ära pesta.

IV tükis kurdetakse laialdaselt levinud ebausu üle, mis olevat ebateadusliku ja kahjuliku ravi üks peamisi põhjusi. Maainimeste tavaline universaalne ravim olevat järgmine:

«...ma wiin ning piprad seggaminne ehk Juda sit, püssi rohhi ning muud asjad, mis ma ei taha keik nimmetada. Keigeennamiste arwad sa, et suitsetaminne teeb head, seepärast põlletad sinna vanna kinga nahka, samblid ehk mis muud on.»

Peale selle armastavat maarahvas aadrit lasta ja saunas leili võtta. Kui südame alt valutab, siis

«vannad naesed trikiwad tedda; kui seest wallutab siis pannewad nemmad potti nabba peäle»,

arvates, et naba on paigast nihkunud.

V tükis annab autor universaalse ravimi retsepti, mille koostisse kuuluvad odrad, mesi ja salpeeter. VI tükis kiidetakse püssirohtu kui ravimit, kuid lisatakse, et üks rohi olevat sellest veelgi parem ja mitte kallim. Selleks soovitatakse korjata teo- või austrite karpe, mida vedelevat linnade ümbruses külluses. Neid tuleb tuhaleeliseses vees keeta ja hiljem pulbriks hõõruda. Konnakarpe võivat asendada ka vähi- ja munakoored jm. Pulber olevat eriti tõhus haige mao puhul.

VII tükk käsib saunas mitte liiga palju vihelda, sest veri minevat vedelaks, ihu aga kangemaks. VIII tükis räägitakse laialdaselt levinud aadrilaskmisest. Seda tulevat teha siis, kui haigus alles algab, ka profülaktika eesmärgil kevaditi ja sügiseti.

IX tükis õpetatakse, kuidas toimida hommikuti tekkiva isutuse ja iivelduse korral. Selleks tuleb sisse võtta peotäis soola toobi õllega. Edasi räägitakse soolast kui universaalsest ravimist, mida ainult palaviku puhul ei tohtivat kasutada. Alkoholi liigse pruukimise vastu tõstetakse häält X ja XI tükis. Autor kaebab, et juuakse ise ja sunnitakse ka alaealisi jooma, kuni viin neile meeldima hakkab. Mõned emad andvat viina koguni rinnalastele. Kui nad siis oksendama hakkavad, olevat rõõm suur: sellised lapsed sigivat hiljem hästi (!).

XII ja XIII tükis õpetatakse ravimtaimi koguma ja vajaduse korral neid apteekrile viima. Kirjeldatakse nende mõju ja kangust. Loomade haigestumise puhul tarvitatavatele ravimtaimedele on pühendatud XIV tükk. Järgmisi, XVIII kaasa arvatud, võib nimetada ravimtaimede leksikoniks ühes tarvitamisõpetusega.

Et paljud inimesed langesid rästikuhammustuse ohvriks, puudutatakse seda küsimust XIX tükis. Selgitatakse, et maod ei nõela, vaid hammustavad. Sel puhul tuleb seda kohta kupukirvega sügavalt raiuda ja kupusarv imema panna. Peale võib mähkida saarepuu koort. Haava polevat paha pesta äädikaga, millele on lisatud teriakki. Seejärel määrida «poomõliga». Sisse võtta maipõrnikaid, kes on mee sisse uputatud ja sel viisil konserveeritud. Niisugust rohtu kästakse kodus alati valmis hoida. Hästi pidi mõjuma tahm, mis on punase vaskkatla küljest võetud koos vasekaapega.

XX tükis pöördutakse tagasi haavaravi juurde. Haavale ei lubata panna ämblikuvõrku, küll aga tammetaela. Haav soovitatakse kokku vajutada neljakordse riide abil ning see sidemega fikseerida. XXI tükis jätkub kirurgia käsitlemine, kusjuures kõneldakse haavadest, muljutustest ja nikastustest. Põrutatud kohale olevat kõige kasulikum panna äädikat, samuti puruks tambitud raudrohtu. Kannatanul keelatakse vihastamine, viina joomine; ta ei «... *pea mitte oma naise ligi saama*»*, vastasel korral minevat haav pahaks (vt. foto 2).

XXII ja XXIII tükis käsitletakse nahamädanikke, millele soovitatakse peale panna takjalehti, raudrohtu, teelehti, tinavalget, pajukoort või munaõli. Niisama hästi aitavat linaseemnekeedis piimas, karikakrad, haputaina segu mee ja seebiga, tuhas küpsetatud sibulad mee ja haputainaga, roti väljaheited jms. Paiseid lubatakse ettevaatlikult avada, kuid mäda ei tohtivat korraga välja lasta.

XXIV tükk annab ülevaate igasuguste plaastrite valmistamisest. XXV tükis räägitakse veterinaariast. Näiteks kinnitatakse muuhulgas, et sookailud tõstvat loomade sigivust.

Nagu kombeks, manitsetakse inimesi alandlikkusele ja sõnakuulelikkusele. Kolm järgmist numbrit ongi pühendatud moraali lugemisele.

---

* Nüüd ja edaspidi toome tsitaadid selguse mõttes tänapäeva kirjaviisis.

Toome paar tüüpilist väljavõtet: «*Sinu elupõlv on täis vaeva, palju tööd on sulle teha; aga seepärast ei pea sina mitte nurisema ega kurvaks minema; eks see ep ole patu pärast et meie peame oma palehigi sees leiba sööma . . . seesama mõte võib sind trööstida kõige sinu vaeva juures.*»

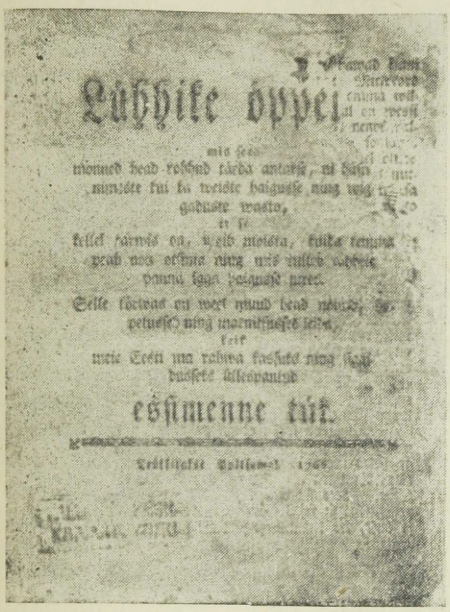


Foto 1

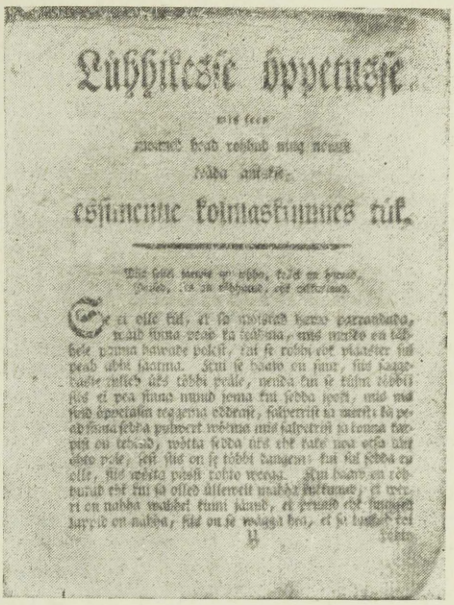


Foto 2

Kindlasti leidus ka neid, kes niisuguse lohutusega rahule ei jäänud, sest «*mõningad ütlevad mõisategu väga raske olevat, ning kangem kui nemad jõuavad kanda; seepärast ei tee nemad mitte heameelega seda mõisatööd, vaid kupja ja kiltri silma all peab seda tehtud saama, ning hirmuga peab sundima teolist et ta teeb mis kohus on. Ka leiab niisuguseid meeletumaid, kes arvavad et kõik mis mõisavälja peal kasvab, ka nende eneste oma pidi olema, seepärast et nemad ise seda maad künnavad, külvavad ning lõikavad . . .*»

«*. . . see on teie heaks, et teil on mõisavanemad, sest kui ep oleks neid, siis ütelge, kelle käest võiksite teie küll abi leida . . .*»

Autor veenab lugejat, et kuigi kõikidel inimestel on hing sees, on ühed ometi loodud «ausateks» ja vabadeks, teised aga pärisorjadeks. Mujal maailmas, kus pole ei teo- ega pärisorjust, olevat talupoegade olukord veel palju hullem: neilt nõutavat nimelt maksusid(!).

XXIX ja XXX tükis jätkatakse juttu alkoholi tarvitamise vastu ja järgmine (XXXI) kutsub üles säilitama sõbralikkust omavahelistes suhetes. XXXII tükis propageeritakse tervislikke roogasid ja XXXIII on pühendatud elamuhügieenile. Soovitatakse renoveerida suitsutaresid, millel puuduvad aknad ja korsten. Paraku ei näidata teed, kust võtta selleks raha. Üksiknumbri lõpus mainitakse siberi katku, mille raviks soovitatakse hispaania kärbse plaastrit, inimese väljaheiteid või küpsetatud sibulat välispidiseks kasutamiseks. Sissevõtmiseks peetakse sobivaks kamprit suhkruga.

Palju ruumi on jäetud rõugete käsitlemisele, tervelt viis üksiknumbrit. Maarahvast püütakse veenda kaitsepookimiste* vajalikkuses ja kirjeldatakse tõbe ennast, kuigi väga primitiivselt. XXXIX tükk kannab alapealkirja: «*Kuidas kärnad, muhud ja paised hõlpsasti võivad saada parandatud.*»

* Tollal kasutati inokulatsiooniks rõugehaigelt võetud materjali.

XL tüki alapealkiri kõlab: «*Mis tuleb tähele panna kui üks naisterahvas, kes käima peal, maha saab?*» Sel alal nõutakse ämmaemanda kohusetäitjalt küllaldasi teadmisi. Näiteks peab ta oskama kindlaks teha lapse asendi jne. Juttu on lapsevoodipalavikust, mille puhul soovitatakse sisse võtta salpeetrist ja konnakarpidest valmistatud pulbrit. Hea olevat poti kohal kükitada, milles on keev vesi mitmesuguste taimedega jms.

Viimases peatükis tehakse juttu lastehaigustest. Emadel soovitatakse imetamise ajal hoiduda vihastumisest, viina tarvitamisest ja *ropust elust*. Kui maimukesel on kõhuvalu, aitavat konnakarpidest või pojengijuurtest valmistatud pulber ja kummelid. Tekib aga ohatis või *valge kile*[1] suus, tuleb juua anda porgandimahla linaseemnetega. Juhtub laps jääma «*ummusisse*»[2], määrida küünlajupp õliga ja see ettevaatlikult pärasoolde pista. Köha puhul soovitatakse anda küpse naeri mahla jne.

Kokkuvõttes võiks öelda, et mainitud väljaanne võis küllaltki madala haridustasemega talurahvale anda mõndagi kasulikku. Propageeritud on hügieeni, ka kombelisust, samuti rõugete ärahoidmist. Ebausku on taunitud ja ka mõningaid ravivõtteid tuleb pidada tolle aja kohta ratsionaalseks, kuigi kahtlemata vähe mõjuvaks. Tekst aitab tõestada kohaliku elanikkonna äärmiselt raskeid elutingimusi ja halba majanduslikku seisundit, millest tingitud antisanitaaria oli paljude laastavate tõbede ja laialdaselt levinud nahahaiguste põhjustajaks. Naiste ebainimlikult raskele olukorrale viitavad väga laialt levinud naistehaigused. Harvad polnud ka südamehaiguste, reuma- ja malaariajuhud.

СТАРЕЙШИЙ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ НА ЭСТОНСКОМ ЯЗЫКЕ

Х. Густавсон

Резюме

В текущем году исполнится 200 лет выхода в свет первого периодического санитарно-просветительного издания на эстонском языке. Издателем и автором его был врач П. Э. Вильде, редактором — А. В. Хупель.

Названный журнал мог дать много полезных сведений сельскому населению с довольно низким уровнем образования. В нем пропагандировали гигиену, нравственность, а также профилактику оспы, рекомендовали некоторые лечебные приемы, осуждали суеверие. Из текста выясняется плохое материальное положение и исключительно тяжелые условия жизни населения. Первый эстонский санитарно-просветительный журнал выходил еженедельно менее чем в течение года (всего 41 номер).

Описывается содержание отдельных номеров и приводятся цитаты из текста.

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

BALTI VABARIIKIDE XXV AASTAPÄEVALE PÜHENDATUD KONVERENTS

25.—27. novembrini 1965. aastal toimus Tallinnas Leedu, Läti ja Eesti NSV röntgenoloogide-radioloogide III Balti vabariikide vaheline XXV aastapäevale pühendatud teaduslik-praktiline konverents. Konverentsi tööst võtsid osa ka Moskva ja Ukraina NSV teadlased ja arstid. Kolmel plenaaristungil ja kahes sektsioonis kuulati kokku 67 ettekannet.

Esimesel istungil peatuti seedetrakti haiguste röntgendiagnoosimisel. Kahes ettekandes (A. Aizenštat ja S. Nadot) käsitleti söögitorulahi songade röntgenoloogilisel uurimisel ilmnevate sümptoomide mitmekesisust. E. Kuus rääkis mao limaskesta reljeefi niisuguse uurimismeetodi eelistest, mille puhul baariumisegule lisatakse 1,2—2,2% tanniini.

Mitmes ettekandes oli juttu antraalstenooside diferentsiaaldiagnoosimisest, mao ülaosa vähist ja resetseeritud mao evakuatoorsest-motoorsest funktsioonist. N. Sachris demonstreeris seadist biopsia tegemiseks peensoolest, kusjuures protseduuri käiku saab kontrollida ekraanil. E. Juhansoo näitas kliiniliste materja-

[1] Soor
[2] Kõhukinnisus

lide põhjal, et sapipõiekivide korral ei täitu sapipõis kontrastainega väga paljudel juhtudel.

Angiogünekograafia alal kuulati 14 ettekannet. Aortograafia on õigustanud end aordi terminaalse osa ja niudearterite kahjustuste diagnoosimisel, neeruangiograafia aga ebaselge etioloogiaga hematuuria avastamisel (professor A. Linkberg kaastöötajatega). Et diagnoosida aordi aneurüsmi ja koarktatsiooni ning välja selgitada neerude ja neerupealiste kahjustusi, sondeeris A. Slaidõn rinna- ja kõhuaorti, kusjuures viis kateetri sisse läbi une- või reiearteri.

J. Kosar näitas, et avatud arteriaalse juha diagnoosimiseks piisab kolmes projektsioonis tehtud röntgenoskoopiast ja röntgenograafiast, seejuures tuleb ainult söögitoru baariumiseguga kontrasteerida.

Angiograafia on efektiivne unearteri kahjustuste ja lülisambaarterite vereringe häirete diagnoosimisel (E. Heinsoo). 19 haigel 24-st osutus võimalikuks ajukasvajaid diagnoosida karotiidse angiograafia abil (H. Mahlapuu ja T. Randvere).

Kusepõie kasvajate avastamist hõlbustab põide viidud 10%-line baariumsulfaadi emulsioon (I. Beltšikov ja L. Luik). Müoomide diferentseerimiseks muudest kasvajatest süstiti emaka lihasesse diodooni (A. Ernston, U. Leisner ja V. Meipalu). Emakakaelavähi diagnoosimist võimaldas paljudel haigetel pneumoperitoneum (V. Vaino ja R. Ernits).

Kopsuhaiguste röntgendiagnoosimist käsitleti 8 ettekandes. Kõige raskem on diferentsiaaldiagnoosimine kopsu keskmise sagara vähi või kopsu põletikulise protsessi puhul (V. Vitkene). Sageli kliiniliste sümptoomideta kulgevate kopsuinfarktide röntgenoloogilise diagnoosimise tähtsusest kõneles A. Poljakov. A. Pille ja N. Sachris väidavad, et röntgenograafiline ja spiromeetriline uurimine enne ja pärast operatsiooni võimaldab välja selgitada kopsu muutuste ulatuse ja laadi, mis on tähtis anesteesia- ja ravimeetodi valikul.

Allakirjutanu ja I. Oja esitasid andmeid pulmonektoomia, lobektoomia ja segmentektoomia hilistulemuste kohta (2—5 aastat). Pärast pulmonektoomiat on rindkereelundite ja mao nihkumised kõige suuremad. See põhjustab kogu organismis märgatavaid häireid, mille tagajärjel haige sageli muutub töövõimetuks.

Parasternaalseid lipoome võib avastada ainult röntgenoloogiliselt ja nende kirurgiline ravi annab häid tulemusi (J. Nemiro).

Lõppistungil kuulati ettekandeid fluorograafilise läbivaatuse korraldamisest Tallinnas (V. Bekker ja I. Krainjaja) ja selle meetodi kasutamisest mittespetsiifiliste kopsuhaiguste avastamiseks (E. Vardja), samuti südame mõõtmete kindlaksmääramiseks (A. Napa) ja ninakõrvalkoobaste uurimiseks (A. Bolojan). Harknäärme hüperplaasia diagnoosimiseks soovitab I. Novek kasutada prednisolooni.

Mitmed ettekanded käsitlesid kiiritusravi ja radioaktiivsete isotoopide kasutamist. M. Rang kõneles kogemustest kopsuvähi ravimisel gammakiirgust eritava radioaktiivse isotoobiga Co^{60}. A. Mardna ja L. Sepp rääkisid headest tulemustest erütreemiat põdevate haigete ravimisel radioaktiivse isotoobiga P^{32}. K. Villako esitas Schillingi proovi modifikatsiooni B_{12}-vitamiini puudusest tingitud aneemia diferentseerimiseks muudest aneemiavormidest. Sel puhul kasutatakse B_{12}-vitamiini, mis on märgitud CO^{58}-ga.

Esmakordselt kasutati Eesti NSV-s (H. Vadi) isotoobiga J^{131} märgitud glütseriintrioleiinhapet seedetrakti haiguste diferentsiaaldiagnoosimiseks ja rasva-ainevahetuse uurimiseks.

Samuti kuulati ettekandeid isotoobi J^{131} rakendamise perspektiividest Eesti NSV-s. J^{131} kasutatakse meil 1956. aastast alates (V. Paškov ja allakirjutanu) neerupealiste koorolluse funktsionaalse seisundi selgitamiseks türeotoksikoosi puhul ja enne ning pärast ravimist radioaktiivse joodiga (A. Astaškina ja I. Kalits), samuti neerude funktsionaalse seisundi määramiseks (A. Paškov). H. Sibula ettekanne käsitles raadiumi ja gammakiirtega ravitud emakakaelavähki põdevatel haigetel tekkivaid tüsistusi ja nende vältimise meetodeid.

Konverentsi ettekannete teesid ilmusid trükitult. Järgmine Balti vabariikide röntgenoloogide-radioloogide konverents peetakse 1967. aastal Riias ja pühendatakse Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevale.

S. Salzman

TALLINNA KIIRABIJAAMA TÖÖTAJATE I TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS

8. detsembril 1965. a. toimus Tallinna Kiirabijaama töötajate I teaduslik-praktiline konverents.

Konverentsi avas Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maurer, kes rõhutas esmaabi ja vältimatu abi tähtsust ning tehtud töö analüüsimise ja kogemuste vahetamise vajadust. M. Piskunov kirjeldas Tallinna Kiirabijaama 6 aasta tegevust. Spetsialiseeritud brigaadide töö tulemusena on raskete haiguste diagnoosimine ja ravi tunduvalt paranenud, ühtlasi on lühenenud

hospitaliseerimise aeg. Sisukate ettekannetega traumatismist Tallinna mitmes töös-tusettevõttes esinesid V. Strukov, E. Juhanson ja V. Lobastova. Laste traumatismist kõnelesid I. Jaaniste ja J. Olesk. Esiletõstmist vääris R. Laubre ettekanne tööstustraumatismi sagedamatest põhjustest mitmetes Tallinna käitistes.

L. Sellend rääkis maoverejooksude diagnoosimisest ja ravist. Vältimatut kirurgilist abi vajavate haigete hilinenud hospitaliseerimise põhjusi käsitles allakirjutanu. Võimaluse korral peaks ebaselge kliinilise pildi puhul haigeid dünaamiliselt jälgima üks ja sama arst.

Müokardiinfarkti varajase diagnoosimise ja haigete õigeaegse hospitaliseerimise tähtsust rõhutasid N. Elštein, L. Männiste, A. Gerassimenko, M. Hange jt. Terapeudi ja anestesioloog-reanimatoloogi koostöö vajadust esmaabi andmisel mürgistatuile kriipsutati alla G. Didõki, V. Strukovi ja A. Minini ühises ettekandes. M. Golneva sõnavõtt puudutas günekoloogilise esmaabi andmist, V. Tamm aga rääkis vältimatu abi andmisest lastele medikamentidest põhjustatud mürgistuste puhul.

Konverentsi lõpul demonstreeris V. Lavretsov filmi «Fragmente reanimatsioonist Tallinna Tõnismäe Haigla vastuvõtublokis».

U. Sibul

TALLINNA PELGULINNA HAIGLA ARSTIDE I KONVERENTS

10. detsembril 1965. a. toimus Tallinna Pelgulinna Haigla arstide I teaduslik-praktiline konverents, mis oli pühendatud haigla 10. aastapäevale. Osavõtjaid oli mitmest Tallinna raviasutusest.

Konverentsi avas Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja L. Maurer. Haigla peaarst V. Ilmoja andis ülevaate asutuse arengust aastail 1955—1965. Peamiseks teemaks oli hingamiselundite patoloogia. Ajutise töövõimetuse ekspertiisist kopsuhaiguste puhul rääkis peaarsti asetäitja E. Voog. Teraapiaosakonna arstid L. Reinaste, S. Popivšaja ja O. Volož kirjeldasid ägedate pneumooniate kulgu (1964. a. materjali andmeil) ja näitasid haiglaravi tähtsust sel puhul. Pikaldase kuluga pneumoonia juhte analüüsisid S. Künnapuu ja A. Kütt, kes tõid esile selle põhjused: hiline diagnoosimine, puudulik ravi, kaasnevad haigused jne. Ägedat pneumooniat põdenud isikute dispanseerimisest rääkis S. Künnapuu. O. Voložši, N. Mohhova ja K. Leivalti tööd olid pühendatud kopsuvähile, selle kliinilise kulu iseärasustele ning varem põetud kopsuhaiguste osatähtsusele vähi tekkes. Suurt huvi pakkus otorinolarüngoloogi V. Kaasiku ettekanne, milles juhiti tähelepanu kõrva-, nina- ja kurgupatoloogiale kopsuhaiguste puhul.

Ettekannetele järgnesid rohkearvulised sõnavõtud. Lõppkokkuvõttes rõhutas Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna peaterapeut N. Elštein konverentsi suurt praktilist tähtsust. On tervitatav, et teaduslikku tööd teevad mitte ainult haiglas, vaid ka polikliinikus töötavad arstid.

O. Volož

EESTI NSV OTORINOLARÜNGOLOOGIDE KONVERENTS

10. ja 11. detsembril 1965. a. toimus Tallinnas Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverents, millest võttis osa 105 spetsialisti, nende hulgas külalisi Leningradist, Riiast, Kaunasest, Vilniusest ja Rostovist. Kahe päeva jooksul kuulati 35 ettekannet ja vaadati 4 kitsasfilmi otorinolarüngoloogilistest operatsioonidest.

Professor E. Siirde andis ülevaate otorinolarüngoloogia arengust Nõukogude Eestis viimase 25 aasta jooksul. Kui enne sõda oli meil 7 kõrva-, nina- ja kurguarsti, siis nüüd töötab neid 77. Mainitud alal on kaitstud 1 doktori- ja 4 kandidaadidissertatsiooni ning trükis on avaldatud üle 200 teadusliku artikli. L. Espar käsitles Tallinna Vabariikliku Haigla andmeil kõrva-, nina- ja kurguhaiguste esinemise dünaamikat viimase 20 aasta jooksul. Järsult on vähenenud keskkõrvapõletike komplikatsioonide (mastoidiidid, meningiidid, siinustromboosid) ja nendest tingitud operatsioonide arv, seevastu on suurenenud kuulmise parandamiseks tehtud operatsioonide arv.

D. Kiiroja ja H. Kruuse rääkisid kirurgilisest ravist Ménière'i sündroomi puhul. Autorid said positiivseid tulemusi tümpanosümpatektoomia, kordektoomia ja jaluse alusplaadi perforeerimise teel. H. Alevi ettekandest selgus, et varases eas esineb ka tummadel ja kurttummadel lastel tasakaaluaparaadi arenemise häireid, mida tuleb arvestada kurtuse diagnoosimisel.

Uut meetodit kuulmishäirete diferentsiaaldiagnoosimisel — kõneaudiomeetria müra foonil — käsitles V. Särgava. Audiomeetrilise diagnostika täiustamisest kuulmist parandavate operatsioonide tegemiseks rääkis allakirjutanu. H. Kruuse analüüsis otoskleroosi kirurgilise ravi vahetuid ja hilistulemusi (202 juhtu). Püsivaid tulemusi saadi 61,5%-l juhtudest. Uute kirurgiliste ravimeetodite (stapedektoomia, stapedoplastika, polüetüleenprotees) kasutusele võtmine on raviefekti veelgi suurendanud. A. Särgava ja V. Liiv käsitlesid Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas tekkinud keskkõrvapõletike komplikatsioone (meningiit, siinustromboos, sepsis, ajuabstsess) ja nende ravi viimase 20 aasta jooksul.

Professor D. Pigulevski ja M. Plužnikovi (Leningrad) ettekanne oli pühendatud sisekõrva vedeliku biokeemilisele uurimisele olenevalt selle funktsionaalsest seisundist. E. Gaudinš (Riia) kirjeldas ümarakna ekraniseerimist kuulmisteravuse parandamiseks. Onkoloogia-alaseid küsimusi käsitlesid L. Katšane (Riia), G. Šimkuse (Vilnius), professor E. Siirde, E. Laamani ja K. Gerassimovi ning E. Jägari ettekanded. Istungi lõpul demonstreeriti kitsasfilme ülalõualuu elektrokirurgilisest resetseerimisest vähktõve puhul (professor N. Hodjakov) ja larüngektoomiast Tallinna Vabariiklikus Haiglas (allakirjutanu).

Teisel istungil kuulati M. Tiku ja A. Taukari ning L. Haabihti ettekandeid tuubuskvartsi ravi tõhususest allergilist rinopaatiat ja kroonilist tonsilliiti põdevail haigeil. Sama küsimust kroonilise tonsilliidi puhul valgustas I. Hondo (Vilnius). Verepildi muutusi mandlilähedases koes kroonilise tonsilliidi puhul kirjeldas A. Kiil. R. Aero ettekandes oli juttu siaalhappe määramisest reumaatilise protsessi varajasel diagnoosimisel pärast angiini ja paratonsillaarse abstsessi põdemist. I. Heinlo andis ülevaate hemostaatilise pasta kasutamisest verejooksude vältimiseks pärast tonsillektoomiat. Huviga kuulati A. Tuchi ettekannet difteeriasse haigestumise dünaamikast Eesti NSV-s.

Allergilise nohu puhul ninast võetud veres leiduvate eosinofiilsete leukotsüütide diagnostilisest tähtsusest rääkisid M. Lill ja S. Sibul. L. Ahu esitas huvitavaid andmeid hingamisteede ägedate gripoossete põletike kohta. V. Gugeli ettekandest selgus, et radioaktiivne jood imendub kroonilist põsekoopapõletikku põdevatel haigetel põsekoopast verre kiiremini kui tervetel. D. Daugerdas (Vilnius) puudutas otoantriitide ravi antropunktsiooni teel ja esitas ettepanekuid instrumentide ratsionaliseerimiseks. Söögitoru söövituste ravist kortikosteroididega rääkis G. Akatova (Riia). Kaks viimast ettekannet, mis hõlmasid ninakõrvalkoobaste kontraströntgenograafiat, esitasid A. Ašmanis (Riia) ja I. Heinlo. Konverentsi ettekanded avaldati trükis lühendatud kujul.

A. Luts

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNA TEADUSLIK KONVERENTS

15.—17. detsembrini 1965. a. toimus Tartus TRÜ Arstiteaduskonna teaduslik konverents, mis oli pühendatud Eesti NSV 25. aastapäevale. Traditsiooni kohaselt tehti aasta lõpul kokkuvõte saavutustest teaduslikus töös ja kavandati tulevikuplaane. Konverentsi ettekannetes anti ülevaade Tartu ülikooli tööst üldse, eriti aga nõukogude võimu ajal.

Dotsent Ü. Arend rääkis sidekoe reaktiivsusest ja düstroofiliste muutuste kujunemisest elundites eksperimentaalsel mõjustamisel. On kasvanud terve koolkond morfolooge, kes uurib muutusi sidekoes välistegurite toimel, kusjuures testobjektina kasutatakse maksa põletushaava. Sidekoe reaktiivsust jälgiti pärast erinevate farmakonidega mõjustamist, kusjuures seda vaadeldi seoses toitumuse, elekterkrampide ja ortostaasiga. Selgitati välja kesknärvisüsteemi osatähtsus sidekoe reaktiivsuse muutumises. Selle nihked on subkortikaalsete keskuste kahjustamisel tugevamad kui ajukoore mõjustamisel.

Dotsent K. Põldvere käsitles TRÜ Meditsiini Teadusliku Uurimise Keslaboratooriumi saavutusi kudede bioloogia alal. On rakendatud koekultuuride meetodit, mis lülitab välja kõik regulatsioonimehhanismid. Trüpsiniseeritud rakud ja koed säilitavad diferentseerumisvõime ja omapära. On selgitatud, et närvisüsteemi evolutsioon toimub eripärase mehhanismi järgi, s. t. mitte paralleelselt ega divergentselt, vaid mõlemas suunas, kusjuures närvitugikoe liikide üleminekut ei esine.

Dotsent A. Lenzner rääkis TRÜ mikrobioloogia kateedri mõningatest töötulemustest inimese mikrofloora laktobatsillide uurimisel. Laktobatsillid on tundlikud mikroobide indikaatorid ja organismis toimuvad muutused avalduvad nende liigilises koosseisus. See võimaldab uurida kasvajate diagnoosimist, haiguste teket, ravi toimet ja nakkushaiguste vältimist. Samuti on välja töötatud laktobatsillide isoleerimismetoodika ja identifitseerimise skeem.

Professor E. Siirde käsitles aeroionisatsiooni, aerosoolide ja elektroaerosoolide kasutamist arstiteaduskonnas. Tartu Riiklikus Ülikoolis on loodud rohkesti ionisaatoreid ja uurimisi on tehtud nii katseloomadel kui ka inimestel. Tuntakse ioonide üldist ja lokaalset toimet organismisse, organismi muutusi positiivse ja negatiivse laengu puhul. Ravimite manustamisel hingamisteede kaudu aerosoolina ja elektroaerosoolina avaldavad eriti soodsat toimet negatiivsed ioonid. Ioniseeritud hapniku kasutamine kunstliku hingamise aparaadis vähendab kopsutüsistusi. Aeroionisatsiooni kasutatakse edukalt kõrva-, nina- ja kurguhaigusi põdevate isikute ravimisel. On uuritud ka tervise seisundi sõltuvust meteoroloogilistest teguritest.

Arstiteaduse kandidaat N. Vihm peatus stomatoloogia-alastel teaduslikel töödel. Tähtsamateks probleemideks on olnud hambakaariese etiopatogenees, parodontoos, huule- ja suulaelõhede kirurgiline ravi ning hambumuse anomaaliate profülaktika ja ravi.

Dotsent R. Looga rääkis vereringe ja hingamisfüsioloogia-alasest uurimis-

tööst ülikoolis aastail 1927—1965. Uurimismetoodika täiustamiseks on konstrueeritud mitu originaalset aparaati. Samuti on välja töötatud uusi funktsionaalseid proove. Erilist tähelepanu pööratakse vereringe reflektoorse regulatsiooni ja hingamisregulatsiooni refleksidele uurimisele. Füüsilise töö ja sportimise puhul toimuvaid vereringe muutusi on selgitanud kehakultuuriteaduskonna töötajad. Uuriti ka vereringe perioodilisi muutusi, eriti respiratoorset arütmiat. Avastati mitmeid tegureid, mis seda mõjustavad, kusjuures eriti olulised on keskнärvisüsteemi funktsionaalne seisund ja vegetatiivne närvisüsteem. Edaspidi tuleb suuremat tähelepanu pöörata venoosse süsteemi talitluse uurimisele.

Dotsendid Ü. Lepp ja J. Riiv andsid ülevaate südame ja veresoonkonna patoloogia alasest uurimistööst. Sel alal tegeldakse kolme peamise probleemiga: kardiovaskulaarse regulatsiooni mehhanismid, südamerikked ja nende diagnoosimine ning hüpertooniatõbi ja ateroskleroos. Seoses südamekirurgia arenguga on eriti aktuaalseks muutunud südamerikete diagnoosimine. Hinnatavaid tulemusi on andnud sternokostaalse vibrokardiograafia rakendamine.

Professor A. Linkberg rääkis veresoonte haigustest ja veresoontekirurgiast. On täpsustatud alajäsemete veresoonte ateroskleroosi diagnoosimist ja on loodud kudede konserveerimise laboratoorium, mis võimaldab laialdasemalt rakendada veresoonte rekonstruktiivseid operatsioone. Häid tulemusi annab translumbaalne aortograafia. 1965. a. veebruaris loodi spetsialiseeritud veresoontekirurgia osakond. Alustati ka koronaarpuudulikkuse all kannatavate haigete kirurgilist ravi.

Dotsent L. Päi peatus reuma ja allergia uurimisel. On jälgitud inimorganismi reaktiivsust sõltuvuses neurohumoraalsest regulatsioonist reuma ja muude allergiliste haiguste puhul. Diagnoosimismeetodite täiustamine aitas parandada elanikkonna meditsiinilist teenindamist. On püütud leida laboratoorseid näitajaid reumat põdevatel haigetel, samuti on analüüsitud reuma kliinilist pilti matemaatilisest aspektist. Käesoleval ajal uuritakse mitmesuguseid immunoloogilisi probleeme ja immuunantikehade teket katseloomadel. Paljud tööd käsitlesid reuma profülaktikat.

Ülevaate gastroenteroloogia-alastest teaduslikest uurimustest arstiteaduskonnas ajavahemikul 1941—1965 esitasid professor E. Käer-Kingisepp ja dotsent K. Villako. Tõsteti esile uusi uurimismeetodeid ning laialdaselt kasutatavat gastroskoopiat ja gastrobiopsiat, mis võimaldavad objektiivselt hinnata seedeelundite funktsionaalset seisundit ja neis arenevaid patoloogilisi muutusi. Mitmetes töödes uuritakse muutusi opereeritud maos. Radioaktiivse koobalti abil on selgitatud tegureid, mis põhjustavad B_{12}-avitaminoosi. Kõhunäärme funktsiooni uurimine koertel andis väärtuslikke andmeid kõhunäärme talitlusrütmi kohta ööpäeva vältel. On uuritud ka neuraalseid mehhanisme seedenäärmete tegevuses ja fermentide koosseisu olenevalt toidust.

Dotsent L. Tähepõld rääkis sekretoorsete protsesside biokeemiast ja bioloogilise keemia kateedri perspektiividest. Seedenäärmetes toimub intensiivne fermentide biosüntees, kusjuures tähtsat osa etendab glutamiin, mida kasutatakse mukoproteiidide sünteesiks. Vähe tuntakse veel valgu struktuuri seost elundite funktsionaalse seisundiga, samuti valgu struktuuri ja ainevahetuse vastastikust seost. Kõige rohkem leidub andmeid lihaste ja närvisüsteemi biokeemia kohta. On uuritud küll mao üldvalku, kuid oluline on saada andmeid sekretsiooniprotsessi üksikutest lülidest molekulaarsel tasemel. On püütud isoleerida üksikuid valke. Ioonide transportimisel läbi membraanide on suur tähtsus müosiinitaolisel valgul ja selle adenosiintrifosfataasi aktiivsusel. On uuritud ka kõhunäärmenõre fraktsioone (ribonukleiinhappeid ja nende koostist).

Dotsent J. Tammeorg andis ülevaate farmaatsia-alastest teaduslikest uurimustest. Ta rõhutas akadeemik A. Tominga osatähtsust tugeva farmatseutide koolkonna kasvatamisel. Praegu on eriti aktuaalsed ravimtaimede kultiveerimine ja nende omaduste uurimine nii teoreetilisest kui ka praktilisest aspektist.

Dotsent E. Raudam esitas huvitavaid andmeid poliomüeliidist ja selle likvideerimisest Eesti NSV-s. Ta peatus üksikasjaliselt nimetatud haiguse kliinilisel pildil, poliomüeliiti põdevate haigete ravimisel ning haiguse epidemioloogial ja profülaktikal.

Külalistest esines konverentsil dotsent Karpinskaja Moskvast, kes rääkis molekulaarbioloogia filosoofilistest aspektidest.

I. Freiberg

TÖÖVÕIMETUSE EKSPERTIISI ALANE VABARIIKLIK SEMINAR

22.—24. detsembrini 1965. a. toimus Tallinnas arstlike tööekspertiisikomisjonide (ATEK) ja arstlike konsultatsioonikomisjonide (AKK) koostööd käsitlev vabariiklik seminar, mille korraldasid Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium ja Sotsiaalkindlustuse Ministeerium. Sellest võtsid osa arstid-eksperdid, terapeudid, peaarstide asetäitjad tööekspertiisi alal, haiglate ja polikliinikute osakonnajuhatajad ning Tervishoiu Ministeeriumi peaspetsialistid.

Seminaril esitasid ettekandeid Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi arstliku tööekspertiisi kateedri teaduslikud töötajad, Tartu Riikliku Ülikooli Arsti-

teaduskonna õppejõud, samuti Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi töötajad, arstid-eksperdid ja terapeudid. Tõstatati ja arutati mitmeid tähtsaid raviarstide ja ekspertide koostööd hõlmavaid küsimusi invaliidsuse profülaktikaks. Seminaril käsitleti hüpertooniatõve etioloogiat, patogeneesi, kliinilist kulgu, ravi ja profülaktikat, samuti nimetatud haigust põdevate isikute töövõimet ja töökorraldust. Ühtlasi kõneldi haigete silmapõhja muutustest, hüpertoonilistest kriisidest, elektrokardiograafiast ja röntgenoloogilistest muutustest hüpertoonia puhul, kusjuures lähtuti kliinilisest ja töövõimetuse ekspertiisi aspektist. Huvitavaid andmeid esitasid A. Brems, J. Kosar ja Ö. Kaik. Professor K. Kõrge käsitles peale muu hüpertooniatõve kliinikut ja diferentsiaaldiagnoosimist, dotsent Ü. Lepp profülaktikat ja kaasaegseid ravi meetodeid sama haiguse puhul.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. Sarap juhtis tähelepanu raviarstide ja töövõimetuse ekspertiisi alal töötavate arstide puudulikule koostööle invaliidsuse vältimiseks, töötajate otstarbekale töökorraldusele sõltuvalt nende tervise seisundist, sageli ja kaua põdevate isikute üleviimisele kergemale tööle vastavalt AKK ja ATEK-i soovitustele. Samuti märgiti, et arstid ei õpi küllaldasel määral tundma töötingimusi tööstusettevõtetes, kolhoosides ja sovhoosides. Paljudel juhtudel ei peeta silmas invaliidide töövõimalusi.

Töövõimetuse ekspertiisi edasise täiustamise eesmärgiks on invaliidsuse vähendamine ja vältimine. Töötajate töövõime taastamine ja invaliidide töö korraldamine meie vabariigis on endiselt aktuaalne.

N. Tihase

ÜLELIIDULINE GERONTOLOOGIA- JA GERIAATRIA-ALANE KONVERENTS

26.—29. oktoobrini 1965. a. korraldati Kiievis üleliiduline gerontoloogia- ja geriaatria-alane konverents.

Konverentsi töö toimus kahes sektsioonis: sisehaiguste ning psühhiaatria ja neuroloogia alal. Esimeses sektsioonis käsitleti vanadusest tingitud muutusi siseelundites, ühtlasi südameinfarkti, hüpertooniatõve, reuma, mittespetsiifiliste kopsuhaiguste ja seedetrakti haiguste omapära eakatel inimestel. Teises sektsioonis arutati vanadusest tingitud muutusi närvisüsteemis, ajuveresoonte skleroosi ning seniilseid ja preseniilseid psühhoose.

Professor D. F. Tšebotarjovi ettekandest «Geriaatria kui uus kliinilise meditsiini haru» selgus, et gerontoloogia ja geriaatria intensiivne areng on seotud tunduvate demograafiliste nihetega majanduslikult arenenud maades. Märgatavalt on suurenenud 60-aastaste ja vanemate inimeste arv. Keskmine eluiga on pikenenud eriti Nõukogude Liidus, kus see 1962/63. a. andmete järgi on 70 aastat (naistel 73, meestel 65 aastat). Nõukogude Liidus elab rohkem kui 21 miljonit 60-aastast ja vanemat inimest, kusjuures 2 miljoni isiku vanus ulatub 80 aastani ja üle selle. Geriaatria peamine ülesanne on uurida haiguste teket, nende kliinilist kulgu, ravi ja profülaktikat eakas vanuses (60—74 aastat) ja raugaeas (75—89 aastat) isikuil.

Konverentsist võttis osa üle 600 arsti ja teadusliku töötaja. Kuulati 127 ettekannet. Konverentsil esitatud tööd avaldati kahes kogumikus. Meie vabariigist esines allakirjutanu ettekandega «Materjale ägedate pneumooniate kliinikust ja ravi tulemustest eakas vanuses ja raugaeas isikuil». I. P. Ksenofontovi töö «Koevastaste antikehade dünaamika iseärasusi bronhiaalastmat ja pneumooniat põdevail isikuil eakas vanuses» avaldati samuti konverentsi tööde kogumikus.

29. oktoobrist kuni 1. novembrini toimus Gerontoloogia Instituudis ravi- ja profülaktikaasutuste töötajate seminar, kus käsitleti ratsionaalset toitumist, ravimite toime erinevusi eakas vanuses ja raugaeas isikuil, geriaatriakabinettide tööd jm. Geriaatriakabineti ülesandeks on korraldada organisatsioonilis-metoodilist tööd, dispanseerset teenindamist, analüüsida haigestumist jm. NSV Liidus on selliseid kabinette 68, neist Vene Föderatsioonis 32, Usbekistanis 16, Riias 1, Kaunases 1. Eesti NSV-s niisugune kabinet puudub, olgugi et eakaid ja vanaealisi inimesi on meil rohkem kui teistes liiduvabariikides, s. o. 15,2% elanike üldarvust.

A. Vapra

III ÜLELIIDULINE ONKOLOOGIDE KONVERENTS

15.—19. novembrini 1965. a. toimus Moskvas III üleliiduline onkoloogide konverents, kus käsitleti kantserogeneesi küsimusi. Kõne all olid veel pahaloomuliste kasvajate diagnoosimise ja kemoteraapia uued meetodid, ühtlasi mitmed organisatsioonilised probleemid.

Kantserogeneesi alalt esitas põhiettekande R. J. Kavetski (Kiiev), kes pidas vajalikuks rakendada mitmesuguseid füüsikalisi meetodeid (infrapunane spektrograafia, radiospektrograafia jt.) kantserogeense aine ja raku aktseptorite vahelise toime uurimiseks. Viimasel ajal pööratakse suurt tähelepanu kasvajaraku geneetilisele aparaadile, eriti nukleiinhapetele, mis on olulised valgu biosünteesi

reguleerimisel geneetilises koodis. Kiirgusenergia ja paljud kantserogeensed ained avaldavad mutageenset toimet, sest praeguste tõekspidamiste kohaselt seisab onkogeensete viiruste toimemehhanism geneetilise materjali üleandmises raku geenidele. On kindlaks tehtud, et kantserogeense teguri toime rakusse põhjustab organismis kompensatoorsete ja adapteeruvate ning kaitsereaktsioonide tekkimist, mille intensiivsusest ja laadist sõltub kasvajaraku arenemine. Pärilikkust ja kromosoomide osatähtsust kasvajate etioloogias käsitlesid veel J. J. Pogosjants (Moskva) ja J. M. Olenov (Leningrad).

Leningradi teadlase A. I. Rakovi ettekanne andis ülevaate pahaloomuliste kasvajate avastamise uutest viisidest. Ta rõhutas, et peale radioisotoopide, tsütoloogiliste ja täiustatud endoskoopiliste meetodite (gastroskoopia koos -biopsiaga, gastrofotograafia jt.) on vähktõve varajaseks avastamiseks oluline ka organisatsiooniline külg. Peab rohkem tähelepanu pöörama kasvajate diagnoosimisele üldravi-asutustes. On vaja luua ajakohase sisseseadega gastroenteroloogiakabinetid, pulmonoloogiakeskused, vaatluskabinetid, laboratooriumid tsütoloogiliseks ja patomorfoloogiliseks uurimiseks. Need võiksid olla vastavalt polikliinikute-, linnade- või isegi rajoonidevahelised. Mainitud spetsialiseeritud allasutuste loomise vajadust rõhutasid ka kõik teised sõnavõtjad. NSV Liidu tervishoiu minister B. V. Petrovski kriipsutas alla ravivõrgu spetsialiseerimise vajadust, et avastada vähkkasvajaid ja prekantseroose varajases staadiumis.

Kasvajate kemoteraapia alal esitas põhiettekande NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia president N. N. Blohhin. Laialdaselt kasutatavate alkaliseerivate, antimetaboliitide ja antibiootikumide rühma kuuluvate preparaatidega on pahaloomuliste kasvajate ravimisel saavutatud mõnesugust edu. Kui rakendada kemoteraapiat kombinatsioonis kirurgilise ja kiiritusraviga, siis annab see mõningate kasvajate puhul häid tulemusi.

Meie vabariigi esindajate A. Gavrilovi ja M. Kivilo sõnavõtud olid pühendatud perfokaartide kasutamisele onkoloogiaasutustes. K. Titkini ja allakirjutanu ettekanne käsitles mao prekantserooside diagnoosimist.

V. Rätsep

KONSULTATSIOONE

JURIIDILIST NÕUANNET

1. Kas autojuhtidele makstakse öötöö eest lisatasu?

Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi seletusele 11. veebruarist 1965. a. nr. 03—14/14 makstakse autojuhtidele, kes töötavad normeeritud tööajaga, öötöö eest lisatasu Töökoodeksi 96. paragrahvi alusel. Normeerimata tööajaga autojuhtidele öötöö eest lisatasu ei maksta.

2. Kas töötajatele tasutakse töö eest pidupäevadel kahekordselt?

Pidupäevadel (1. jaanuaril, 8. märtsil, 1., 2. ja 9. mail, 7. ja 8. novembril ja 5. detsembril) töötamise eest makstakse töölistele ja teenistujatele kahekordne tasu üle kuupalga vastavalt NSV Liidu Rahvakomissaride Nõukogu määrusele 24. septembrist 1929. a. ja NSV Liidu Töö Rahvakomissariaadi määrusele 9. veebruarist 1930. a. ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ringkirjale 3. juunist 1964. a. nr. 8—223/91.

3. Kuidas arvutatakse töötajale töötasu töö eest pidupäevadel?

Antud kuu tööpäevade arv korrutatakse tööpäeva pikkusega tundides — nii saadakse töötaja töökoormus kuus. NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 8. märtsist 1956. a. lühendati puhke- ja pidupäevaeelsetel päevadel tööpäeva kuue tunnini. Seega tuleb nende töötajate puhul, kelle tööpäev on pikem kui 6 tundi, kuu töötundide arvust lahutada antud kuu puhke- ja pidupäevaeelsete päevade ning üle 6 tunni ulatuva tööaja korrutis. Sel viisil saadakse töötaja töötundide arv antud kuus. Pidupäeval tehtud töö eest tasumiseks arvutatakse töötaja tunnitasu. Selleks jagatakse kuupalk töötundide arvuga ja jagatis korrutatakse pidupäeval tehtud töötundide kahekordse arvuga. Saadud summa makstakse töötajale üle kuupalga.

4. Kas ametiühingu kohalik komitee võib anda nõusoleku velskri vallandamiseks velskri ametikohalt koosseisu koondamise tõttu, kui samas asutuses töötab sel ametikohal meditsiiniõde?

Et ametiühingu kohalikult komiteelt saada nõusolekut töötaja vallandamiseks koosseisu koondamise eesmärgil, peab administratsioon esitama ametiühingu kohalikule komiteele kõrgema tervishoiuorgani koosseisu koondamise korralduse ning töötajate nimed, keda seoses koondamisega tuleks vallandada. Ametiühingu kohalik komitee ei tohi anda nõusolekut kõrgema kvalifikatsiooniga töötajate vallandamiseks koosseisu koondamise eesmärgil. Antud juhul tuleks vallandada velskri ametikohal töötav meditsiiniõde, kui puudub võimalus tema üleviimiseks teisele meditsiiniõe ametikohale.

5. Kas ametiühingu kohalik komitee või mõni muu ühiskondlik organisatsioon võib organiseerida igapäevaste tööülesannete täitmist ühiskondlikus korras?

Kõikides asutustes ja ettevõtetes võivad töötajaid ühiskondlikus korras tööle rakendada ainult ühiskondlikud organisatsioonid. Seda ei või teha aga igapäevaste tööülesannete täitmiseks. Viimast korraldab administratsioon ranges vastavuses Töökoodeksi ning muude määruste, juhendite ja eeskirjadega. Ühiskondlikus korras (kokkuleppel töötajatega) võib tervishoiuasutustes organiseerida selliseid töid, nagu territooriumi korrastamine, mööbli pisiremont, ruumide kaunistamine pidupäevade eel jne.

6. Kas meditsiiniõe tööstaaži arvestatakse aeg, mil ta töötas registraatorina registratuuris või desinfektorina?

Jah, arvestatakse, sest nii registraator kui ka desinfektor arvatakse töötasu arvutamisel keskharidusega meditsiinipersonali hulka (NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri 9. septembrist 1964. a. nr. 496 punkt 59).

7. Kas administratsioon on kohustatud keskmise töötasu arvutamisel puhkusraha maksmiseks arvesse võtma töötasu ajutise asendamise, ületunnitöö ja öötöö eest?

Vastavalt NSV Liidu Rahvakomissaride Nõukogu määrusele 25. juulist 1935. a. ja Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu otsusele 2. veebruarist 1936. a. võetakse puhkusraha saamiseks keskmise töötasu arvutamisel arvesse kõik summad, mis makstakse töötasufondist. Seega keskmise puhkustasu arvutamisel võetakse arvesse ka töötasu ajutise asendamise, ületunnitöö ja öötöö eest.

8. Kas arst võib haigestunud töötajat asendada ka siis, kui ta töötab 1,5 ametikohaga?

Töökoodeksi 62. paragrahvi V peatüki lõigu 22 ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ning Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu seletuse järgi 29. aprillist 1960. a. nr. 15/11 võivad arstid ja keskharidusega meditsiinitöötajad asendada ajutiselt puuduvaid töötajaid ka siis, kui kokku tuleb üle 2 ametikoha. Sel puhul tasutakse neile tegelikult kulutatud tööaja eest, kusjuures seda ei peeta kohakaasluseks.

U. Meikas

9. Kas kõrgema haridusega bioloog ja keemik võivad töötada ravi- ja profülaktikaasutuses arst-laborandi ametikohal?

Kõrgema haridusega bioloog ja keemik võivad töötada ravi- ja profülaktikaasutuses arst-laborandi ametikohal ning kõrgema haridusega laborandi ametikohal.

10. Kuidas määratakse kindlaks meditsiinitöötajate tööstaaž tunnistajate seletuste alusel?

Kui meditsiinitöötaja tööstaaži tõendavad dokumendid on Suure Isamaasõja ajal läinud kaduma seoses evakueerimisega tagalasse või loodusõnnetuse tõttu, võib tööstaaži kindlaks teha kahe isiku kirjaliku tunnistuse alusel, kes on töötanud koos tööstaaži tõendavaid dokumente taotleva isikuga. Nimetatud kahe isiku allkirjad peavad olema notari poolt kinnitatud. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi 12. veebruari 1965. a. välja antud seletuses, mis on kooskõlastatud NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Riikliku Töö ja Töötasu Komitee, NSV Liidu Rahandusministeeriumi ja Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukoguga, on ette nähtud erandjuht. Nimelt, kui endiste kaastöötajate-tunnistajate abil ei ole tööstaaži võimalik tõendada, võivad tervishoiuorganid arvesse võtta samasse süsteemi kuuluvate töötajate tunnistusi, kes antud isikut tunnevad.

Kirjalikud avaldused tööstaaži tõendamise kohta võetakse arvesse ka neil juhtudel, kui need avaldused on vastu võetud sotsiaalkindlustusorganite poolt.

11. Millistel juhtudel määratakse tähtajata invaliidsuse grupp?

Tähtajata invaliidsuse grupp määratakse invaliididele

üle 60 aasta vanustele meestele ja üle 55 aasta vanustele naistele, samuti invaliididele, kelle taasläbivaatuse tähtaeg on määratud selleks ajaks, kui mehed on saanud 60 ja naised 55 aastat vanaks:

a) esimese ja teise grupi invaliididele, kelle invaliidsuse grupp ei ole viimase 15 aasta jooksul muutunud või kellele on määratud kõrgem invaliidsuse grupp;

b) Suure Isamaasõja invaliididele, kellele invaliidsuse grupp määrati üldsummas 15 aastat ja enam haavatasaamise, põrutuste või haiguste tõttu;

c) meestele 55- ja naistele 50-aastaseks saamisel, kes viimase viie aasta jooksul olid tunnistatud esimese grupi invaliididekS;

d) Suure Isamaasõja invaliididele — meestele 55- ja naistele 50-aastaseks saamisel, kellele viimase viie aasta jooksul oli määratud haavatasaamise, põrutuste või haiguste tõttu üks invaliidsuse gruppidest.

A. Kaldma

Aastaiks 1966—1968 on lubatud koosseisuline kohakaaslus meditsiinitöötajaile ja farmatseutidele, samuti üldhariduslike koolide, keskeriõppeasutuste, eelkooliealiste laste asutuste ja koolivälistе lasteasutuste pedagoogidele.

Arstidele, keskharidusega meditsiinipersonalile (nendega töötasu suhtes võrdsustatud töötajaile) ja farmatseutidele tasutakse kehtestatud korra kohaselt kas ühes ja samas või erinevates asutustes kohakaasluse alusel töötamise eest, kuid mitte üle poole kohakaaslusjärgse ametipalga (palgamäära).

Liiduvabariikide ministrite nõukogu loal lubatakse arstidel erandjuhtudel töötada kohakaasluse alusel (kokku põhitöökohaga) kuni kahel ametikohal. Sel puhul tasutakse põhitöökohal ja kohakaasluse alusel töötamise eest kuni kahe ametipalga (palgamäära) ulatuses, kusjuures kohakaasluse alusel tehtud töö eest tasutakse mitte üle ametipalga (palgamäära), mis on ette nähtud nimetatud ametikohal töötajale.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ja Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu Presiidiumi määruse nr. 17/П-2 12. jaanuarist 1966. aastast järgi säilitatakse aastaiks 1966—1968 tervishoiu-, sotsiaalkindlustuse, eelkoolieaiste laste asutuste ja koolivälistе asutuste, iga tüüpi koolide ja internaatkoolide, samuti turismibaaside, kempingute, pansionaatide ja puhkekodude noorema meditsiinipersonali, noorema teenindava personali ja tööliste kohakaasluse alusel töötamise tingimused ja kord ühes ja samas asutuses. See on fikseeritud NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ja Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu määruses nr. 376/П-18 4. septembrist 1964. a.

Administratsioon võib nooremat meditsiinipersonali, nooremat teenindavat personali ja töölisi nende nõusolekul tööle rakendada kohakaasluse alusel, kuid mitte üle poole normaalse tööpäeva pikkuse, kusjuures tasutakse tegeliku tööaja eest.

Kohakaasluse alusel töötamine peab olema asutuse juhataja käskkirjaga õigeaegselt vormistatud.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ühise ringkirja nr. 7/650 5. augustist 1961. a. järgi tuleb kohakaaslust tõendavad dokumendid uuendada algava aasta jaanuarikuu jooksul kooskõlastatult ametiühingu kohaliku komiteega.

M. Palginõmm

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

KIIRGUSED JA ORGANISMID *

Viimase paari aastakümne jooksul on kogutud arvukalt andmeid kiirguste mõju kohta elusorganismidele. Radiobioloogia-alaste uurimistööde mahu kasv ja nende taseme järsk tõus on tingitud tuumaenergia ja märgitud aatomite laialdasest kasutamisest teaduses ja tootmises ning biosfääri saastumise süvenemisest 1950-ndatel aastatel. Praegu on juba olemas võrdlemisi terviklik ülevaade kiirguskahjustuste, sealhulgas ka geneetiliste kahjustuste tekkimisest ning arenemisest. Seetõttu on igati tervitatav, et möödunud aasta lõpul jõudis raamatukauplustesse esimene eestikeelne ülevaatlik väljaanne radiobioloogia alalt.

Radiobioloogia on teadusharu, mis on küllaltki tihedas seoses arstiteadusega. Seega on täiesti mõistetav, et kõne all oleva raamatu autor pidi paratamatult andma ülevaate ka meditsiiniprobleemidest. Nii on käsitletud mineviku kurbi kogemusi röntgenikiirte ja radioaktiivsete ainetega, looduslikku radioaktiivset fooni, kunstlikke kiirgusallikaid ja kiirguste toime füüsikalis-bioloogilisi aluseid. Ühtlasi on vaatluse alla võetud kiirituse toime inimesse (kiiritustõbi, kiirituskatarakt, mõju sugurakkudele ja rasedusele ning elueale) ja organismide pärilikkusse, kiiritusoht ja selle vältimine kosmoses viibimise ajal, somaatilised mutatsioonid (vähktõve ja leukeemia tekkimine), maksimaalne lubatav doos, kahekordistav doos ja muud probleemid.

* T. Orav. Kiirgused ja organismid. Kirjastus «Valgus», Tallinn, 1965, 128 lk.

T. Orav informeerib lugejat ohust, mida põhjustavad nn. tsivilisatsioonikiirgused (röntgendiagnostika, kiiritusravi, televisioon, lennud suurtes kõrgustes, tuumarelvakatsetused jm.) ja mille toime lisandub loodusliku fooni toimele. Need küsimused on erakordselt tähtsad, sest vastupidi enamikule muudest teguritest, millega organism paratamatult kokku puutub (toitained, valgus ja vesi), ei võta ioniseerivad kiirgused osa kudede ja struktuuride ülesehitamisest, eelkõige on nad kahjustava toimega.

Raamatus on toodud küllaltki palju andmeid meie vabariigist, sealhulgas ka autori enda poolt tehtud radiobioloogia-alaste uurimistööde kohta. Need ei puuduta küll meditsiinilist radioloogiat, kuid pakuvad huvi kiirguste toime seaduspärasuste mõistmiseks.

Meeldiv on konstateerida, et radiobioloog T. Orava raamatut läbib punase joonena kaasaegsele meditsiinile iseloomulik profülaktiline suund. Autor asub kaljukindlalt seisukohal, et kiirgusenergia ei tohi olla ohuks inimkonnale ei otseselt (haigestumise põhjusena) ega kaudselt (pärilikkuse mõjustamine), ta peab olema inimühiskonna järjekindlaks abiliseks.

Raamat on ülesehituselt loogiline. Arusaamatuks jääb ainult asjaolu, miks mõne peatüki või alapeatüki (lk-del 32, 45, 89 ja 106) lõppu on paigutatud lühike, mõnelauseline kokkuvõte, mis loetule midagi juurde ei lisa. Teos on kirjutatud üldiselt ladusas keeles, mis kergendab sisuga tutvumist. Raamatus kasutatud terminoloogia on korrektne, kohtab ainult üksikuid libastumisi. Näiteks lk-l 109 esineb sõna *uudikmoodustis*, mis nähtavasti on trükiviga, peab olema *uudismoodustis*; lk-l 110 kasutatakse üldtuntud termini *verelibled* asemel sõna *verekehakesed*; lk-del 45, 50, 53, 57 ja mujal on kogu aeg juttu kiiritustõvest, kuid lk-l 113 ilmub äkki kiiritushaigus jne.

«Kiirgused ja organismid» on populaarses vormis kirjutatud raamat, mis peaks huvi pakkuma igale arstile. Selles ei leidu küll andmeid kiiritustõve diagnoosimis- ja ravivõtete kohta, kuid lugeja saab üsna hea ülevaate ühe olulise välisteguri toimest elusorganismisse.

H. Jänes

MITMESUGUST

REISIMÄRKMEID JUGOSLAAVIAST

1965. a. augustis viibis Jugoslaavia Sotsialistlikus Föderatiivses Vabariigis grupp Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõude. 14-päevase ringsõidu ajal külastati Belgradi, Zagrebi, Plitviče järvede ala, Opatijat, Rijekat, Pulat ja Ljubljanat. Meditsiiniasutustest tutvuti Belgradi, Zagrebi ja Ljubljana haiglatega ning Belgradi Tuberkuloosi Instituudiga.

Föderatiivses Jugoslaavias on töötajatele tagatud tasuta arstiabi (polikliiniline ja haiglaravi, ravimid, sanatooriumid jm.). Riigis on kuus ülikooli. Arstide ettevalmistus kestab viis aastat, peale selle on ette nähtud 1-aastane praktika, mille järel antakse arstidiplom. Spetsialiseerumine kindlale erialale vältab 4 aastat. Huvitav on märkida, et ülikooli õppejõud saab pool töötasust ülikoolilt, pool ravivõrgult otsese ravitöö eest. Kiiduväärt on töökorraldus, mille alusel valvete eest statsionaaris tasutakse erisummadest, küll aga tekitab mõningal määral raskusi see, et iga meditsiinitöötaja peab puhkuse ajaks asetäitja ise leidma. Meditsiinikooli astujatel peab olema keskharidus. Sanitaride õppeaeg kestab 1 aasta. Otsitakse järjest uusi ja paremaid vorme töö korraldamiseks, mille eesmärgiks on rahva meditsiinilist teenindamist veelgi parandada. Niisugune suund väärib tunnustust.

Belgradis külastasime avarat linnahaiglat, kus meid väga sõbra-

likult vastu võeti. Sisehaiguste osakondade tööga, kus oli 320 voodikohta, tutvustas meid dotsent V. Jovanovic. Haiglas pööratakse suurt tähelepanu südame- ja kopsuhaiguste diagnoosimisele ja ravile. Sisehaiguste osakonnas, kus oli ka kunstlik neer, töötasid terapeudid tihedas kontaktis kirurgidega. Kunstlikku neeru kasutati peamiselt ägeda neerupuudulikkuse korral. Suure koormuse annavad sellele septilisest abordist tingitud neerukahjustused. Niisugune olukord on osaliselt tingitud sellest, et abordid pole seadusega lubatud.



Ekskursioonist osavõtjad arstid Ljubljana haigla kirurgiaosakonna trepil. Vasakult paremale: A. Vapra, Ljubljana haigla kirurgiaosakonna vanemõde, sama haigla osakonnajuhataja, K. Põder, E. Tammepõld, S. Laanes, A. Saava, H. Sillastu, I. Kõdar, V. Sillastu, J. Riiv, H. Piiper, H. Tulmin, I. Veerma, V. Saarma, R. Kaskmets

Sisehaiguste osakond oli hästi varustatud kaasaegse aparatuuri ja ravimitega. Summad ravimite hankimiseks määrab haigete struktuur. Vastavalt haigete kontingendile ja seisundi raskusele saadakse selleks täiendavaid summasid. Arstide töö otstarbekohasema korraldamise eesmärgil on kõikides osakondades masinakirjutajad, kes kõik haiguslood ja muud dokumendid arstide dikteerimise järgi üles kirjutavad.

Probleemid sisehaiguste osakondades on ligikaudu samad mis meilgi. Peamine tähelepanu on pööratud südame ja veresoonkonna haigustele (koronaarhaigus ja reuma). Sageli tuleb ette ka reumatoidartriiti. Belgradi linna haiglas oli omaette geriaatriaosakond, kus raviti 60-aastasi ja vanemaid haigeid. See paiknes esimesel korrusel ja palatites oli vähem haigeid kui tavaliselt. Patsiendid olid jaotatud vastavalt profiilile kolme gruppi: kirurgilisi, sise- ja närvihaigusi põdevad isikud.

Kirurgiaosakonnas olid ajakohased operatsiooniruumid ning hapnikuga varustatud tsentraliseeritud operatsioonitoad ja -palatid. Eksperimentaalselt uuriti ka neerutransplantatsiooni.

Kõrva-, nina- ja kurguosakonnas oli statsionaarne ja polikliiniline töö omavahel ühendatud. Rohkesti rakendati *ozaena* kirurgilist ravi.

Audiomeetriakabinet oli helikindel ja haige uurimise ajal isoleeritud. Foniaatriakabinet oli varustatud elektronstroboskoobiga.

Belgradi Tuberkuloosi Instituut on ülikooli õppebaasiks. Ta on varustatud esmaklassilise aparatuuri ja uurimisvahenditega. Rohkesti tehakse siin bronhoskoopilisi uurimisi koos ülesvõtetega (sageli värvilised). Konservatiivse ja kirurgilise ravi põhimõtted on enam-vähem samasugused kui meil. Rohkesti kasutatakse hormoonravi. Diferentsiaaldiagnoosimise seisukohalt pakkus huvi ehhinokokkoosijuhtude sage esinemine. Ljubljana (vt. foto) ja Zagrebi haiglates on ajakohased kirurgiaosakonnad.

Nõukogude Eesti arste võeti kõikjal sõbralikult vastu ja oldi väga huvitatud meditsiini saavutustest Eesti NSV-s. Lühiajaline ekskursioon võimaldas saada põgusa üldmulje Jugoslaavia Sotsialistlikust Föderatiivsest Vabariigist.

A. Vapra, J. Riiv, S. Sibul ja H. Sillastu

ПУТЕВЫЕ ЗАМЕТКИ О ЮГОСЛАВИИ

А. Вапра, Я. Рийв, С. Сибуль и *Х. Силласту*

Резюме

В августе 1965 года группа преподавателей медицинского факультета Тартуского Государственного Университета побывала в Федеративной Социалистической Республике Югославии.

За две недели посетили Белград, Загреб, район Плитвицких озер, Опатию, Риэку, Пулу и Любляны. Мы ознакомились также с больницами Белграда, Загреба и Любляны и с Белградским туберкулезным институтом.

Врачей Советской Эстонии повсюду дружески принимали и очень интересовались достижениями медицины в Эстонской ССР.

UUSI RAVIMEID

MÕNED UUEMAD RAVIMPREPARAADID

Furagiin (*Furaginum*, Фурагин)

Furagiin on 1(B-nitrofurüül 2)-akrilideen-aminohüdantoiin. Preparaat on oranž või pruunikasoranž peenekristalliline lõhnata pulber. Lahustub vees ja piirituses vähesel määral.

Furagiin on laia toimespektriga antibakteriaalne preparaat, mis toimib nii graampositiivsetesse kui ka graamnegatiivsetesse mikroobidesse. Preparaati kasutatakse kuseteede põletikulisi haigusi, püelonefriiti, tsüstiiti, prostatiiti ja uretriiti põdevate haigete raviks. Seda manustatakse suu kaudu 0,15—0,2 g pärast söömist 2—3 korda päevas. Ravikuur kestab 7—10 päeva sõltuvalt haiguse intensiivsusest, ravi tõhususest ja neerude funktsionaalsest seisundist.

Preparaadi vesilahust (1 : 13 000) kasutatakse günekoloogias desinfektsiooniks ja operatsiooni ajal kehaõõnte loputamiseks. Konjunktiviitide ja keratiitide puhul tilgutatakse 2 tilka vesilahust (1 : 13 000) 2—10 korda päevas silma.

Kõrvalnähtudena võivad kaasneda iiveldus, oksendamine ja allergiline lööve, mille vältimiseks tuleb patsiendile anda B-rühma vitamiine ja histamiinivastaseid preparaate.

Vastunäidustuseks on nitrofuraanrea preparaatide talumatus.

Furagiin kuulub B-nimekirja. Teda toodetakse pulbrina ja tablettidena à 0,05 g.

Kümotrüpsiin (*Chymotrypsinum*, Химотрипсин)

Kümotrüpsiin on sarvloomade kõhunäärmest isoleeritud proteolüütiline ferment. Preparaat on vees hästi lahustuv valge pulber. Vesilahused on ebapüsivad: 2—5° C juures säilivad nad 1 ööpäeva ja kõrgel temperatuuril muutuvad inaktiivseks.

Kümotrüpsiin on proteolüütilise ja põletikuvastase toimega. Lagundab kärbunud kudesid ja fibrinoosseid moodustisi, ühtlasi vedeldab viskoosseid eritisi ja eksudaate. Tervet kude kümotrüpsiin ei mõjusta.

Hingamisteede põletikuliste protsesside puhul inhaleeritakse aerosoolina, süstitakse lihasesse või viiakse pleuraõõnde.

Inhaleerimiseks lahustatakse 5—10 mg kümotrüpsiini 2—3 ml isotoonilises naatriumkloriidilahuses, millele võib lisada bronhe laiendavaid vahendeid (isadriini) ja antibiootikume. Lihasesse süstitakse 5—10 mg päevas 10—12 päeva vältel.

Pleuraõõnde viiakse 1 kord päevas 10—20 mg lahustatuna 20—50 ml füsioloogilises naatriumkloriidilahuses.

Ägeda kopsutuberkuloosi puhul peab kümotrüpsiini kasutama ettevaatlikult.

Kümotrüpsiini süstitakse lihasesse veel osteomüeliidi, parodontoosi, haimoriidi, tromboflebiidi ja otiidi puhul. Viimase raviks manustatakse 0,1%-list kümotrüpsiinilahust kõrvatilkadena. Selleks lahustatakse kümotrüpsiin füsioloogilises lahuses.

Kümotrüpsiini väljastatakse pudelites à 10 mg. Säilitatakse temperatuuril mitte üle 10° C.

Kümopsiin (*Chymopsinum*, Химопсин)

Kümopsiin sarnaneb füüsikaliste ja bioloogiliste omaduste poolest kümotrüpsiiniga, ent on vähem puhastatud. Näidustatud on vaid lokaalseks manustamiseks mädaste haavade korral ja inhaleerimiseks.

Mädaste haavade ja lamatiste puhul lahustatakse 25—50 mg kümopsiini 10—50 ml 0,25%-lises novokaiinilahuses. Lahusega niisutatakse steriilsed salvrätid, mis pannakse haavale 2 tunniks või kauemaks sõltuvalt kärbunud koe paksusest. Seejärel pestakse haava indiferentse lahusega. Protseduuri korratakse 1—2 korda päevas mitme päeva vältel. Kolmanda astme põletushaavadelt kõrvaldatakse kergesti eemaldatavad nekrotiseerunud koed ja puistatakse õhukese kihina kümopsiinipulbrit. Seejärel kaetakse haav isotoonilises naatriumkloriidilahuses niisutatud salvrätiga, millele omakorda asetatakse niiskuskindel side. Mähist vahetatakse 1 kord ööpäevas, kusjuures uue mähise tegemisel kõrvaldatakse kergesti eemaldatavad nekrotiseerunud koed.

Ülemiste hingamisteede põletikuliste protsesside puhul kasutatakse inhaleerimiseks kümopsiini analoogiliselt kümotrüpsiinile.

Säilitatakse temperatuuril mitte üle 10° C.

Milokordiin (*Milocordinum*, Милокордин)

Milokordiin on rahustava ja spasmolüütilise toimega südamevahend, mille koostisse kuuluvad broomisopalderjanhappe etüüleeter, fenobarbitaalnaatrium, humalaõli, piparmündiõli, piiritus ja vesi.

Näidustuseks on stenokardia- ja pseudostenokardiahood, tahhükardia, vegetatiivse närvisüsteemi häired ja soolte spasmid.

Määratakse 15—20 tilka 3 korda päevas. Enne manustamist võib milokordiini segada veega või anda suhkruga.

Milokordiin on Poola Rahvavabariigist imporditav preparaat.

Väljastatakse pudelikestes à 15 ml.

H. Kangro

KROONIKA

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

23. detsembril 1965. a. arutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium Tallinna ja Narva tekstiilitööstuse naistööliste haigestumist ja abinõusid ajutise töövõimetuse vähendamiseks. Kolleegium kuulas Tallinna ja Narva peaakušöör-günekoloogide M. Golneva ja T. Tšekotihonova aruandeid ja ministeeriumi peaakušöör-günekoloogi S. Naaritsa kaasaruannet.

Akušöör-günekoloogid on teinud suurt tööd massiliste profülaktiliste läbivaatuste korraldamiseks ja sageli haigestuvate naiste dispanseerimiseks, et haigestumist vähendada. Siiski on tekstiilitööliste akušöör-günekoloogilises teenindamises veel puudusi. Naiste üleviimine kergemale tööle on organiseeritud ebarahuldavalt. Akušöör-günekoloogidel ei ole vajalikku sidet ettevõtete juhtkondade ega ametiühinguorganisatsioonidega. Tallinna tekstiilitööstuse ettevõtete meditsiinipunktid pole aparatuuriga küllaldaselt varustatud ega keskharidusega meditsiinikaadriga piisavalt komplekteeritud.

Kolleegium kohustas Tallinna ja Narva TSN TK tervishoiu osakondade juhatajaid L. Maurerit ja B. Tsitlist, rajoonide haiglate peaarste ja Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehte korraldama naistööliste hulgas profülaktilisi üritusi ja igas kvartalis analüüsima haigestumist günekoloogilistesse haigustesse. Tekstiilikäitiste meditsiinipunktid tuleb sisustada tööstusettevõtete arvel.

A. Kaldma

10. veebruaril 1966. aastal kinnitas kolleegium ministeeriumi häälekandja «Nõukogude Eesti Tervishoid» vastloodud organi — toimetuse nõukogu — koosseisu.

Nõukokku kuulub 18 isikut vabariigi kõigist linnadest ja rajoonidest. Nende ülesandeks on toimetuse volinikena lahendada kohapeal kõik ajakirjaga seoses olevad küsimused, toimetust informeerida ja kursis hoida esilekerkivate aktuaalsete probleemidega, eriti silmas pidada praktilise väärtusega kogemuste edasiandmise vajadust. Nõukokku kuuluvad:

M. Holm — Jõgeva Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja; **A. Juhasoo** — Põlva

Rajooni Keskhaigla peaarst; **R. Karies** — Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja; **A. Klink** — Võru Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja; **H. Kreek** — Pärnu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst; **J. Lebedev** — Kohtla-Järve TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja; **V. Luka** — Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja; **L. Maurer** — Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja; **D. Pärn** — Hiiumaa Rajooni Haigla peaarst; **P. Rahu** — Valga Rajooni Keskhaigla peaarst; **L. Siirak** — Harju Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst; **M. Sikk** — Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti asetäitja; **M. Silland** — Narva Linna Haigla peaarst; **G. Sukles** — Rapla Rajooni Keskhaigla peaarst; **A. Tamm** — Paide Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja; **U. Vagur** — Rakvere Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst; **V. Vessar** — Tartu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja; **E. Väärt** — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarst.

Toimetuse ettepanekul kinnitas kolleegium «Nõukogude Eesti Tervishoiu» 1966. aasta metoodiliste ja suundaandvate kirjutiste plaani.

M. Kink

ARUTATI NLKP XXIII KONGRESSI DIREKTIIVIDE PROJEKTI

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kollektiiv arutas 12. märtsil 1966. aastal NLKP XXIII kongressi direktiivide projekti NSV Liidu rahvamajanduse arendamise viie aasta plaani kohta aastaiks 1966—1970. Selles on kindlaks määratud ülesanded ka nõukogude inimese tervise kaitseks ja meditsiinilise abi paremaks korraldamiseks. Viie aasta jooksul tugevdatakse ravi- ja profülaktikaasutuste materiaalset baasi tunduvalt. Samuti laiendatakse lasteasutuste ja sanatooriumide võrku. Erilist tähelepanu pööratakse haiguste profülaktikale.

MEDITSIINITÖÖTAJATE PÄEV

NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi 1965. aasta 10. detsembri seadluse järgi pühitsetakse meditsiinitöötajate päeva iga aasta juunikuu kolmandal pühapäeval.

TARTU MEDITSIINIKOOL 40-AASTANE

17.—18. detsembrini 1965. a. tähistas Tartu Meditsiinikool 40. aastapäeva. Kool on läbi teinud pika arengutee. 11 õpilasega alustanud Eesti Õdede Ühingu Õdedekoolist on saanud 450 õpilasega Tartu Meditsiinikool.

Juubeliüritustest võttis osa mitusada külalist, nende hulgas ligikaudu 300 endist kasvandikku kõikidest lendudest (esimene lend lõpetas 1928. aastal). Külalisi oli saabunud ka Tallinna ja Kaunase meditsiinikoolidest, samuti Riia 3. ja 4. Meditsiinikoolist. Tartu Riikliku Ülikooli aulas toimus pidulik aktus, kus Eesti NSV Ministrite Nõukogu Kõrgema ja Kesk-eriharidu se Komitee esindaja andis koolile üle uue lipu. Üksikasjaliku ülevaate kooli ajaloost esitas direktor V. Parvet. Seejärel autasustati mitmeid töötajaid ja õpilasi. Sõnavõtte ja tervitusi oli rohkesti.

18. detsembril toimus meditsiinikoolide õpilaste III teaduslik konverents. Pikema töö «Meditsiinitöötaja osatähtsusest elanikkonna ateistlikul kasvatamisel» esitas endine õpilane V. Timusk. Mitmed ettekanded olid Tartu Meditsiinikooli õpilastelt, näiteks N. Viljaste rääkis nõidumisest ja nõiarohtudest eesti rahvameditsiinis ning M. Lepik käsitles teemat «Kosmeetika ja silmaravi eesti rahvameditsiinis». Mõned tööd olid kollektiivsed. Nii oli õpetaja R. Markovitši juhendamisel III kursuse velskritel valminud ettekanne «Statistilisi andmeid vähktõvest Tartus» ja õpetaja E. Alliku juhendamisel III kursuse velsker-laborantidel «Viirushaiguste olemusest». Ettekannetega esinesid ka külalised Riia, Kaunase ja Tallinna meditsiinikoolidest. Konverents õnnestus igati hästi.

A. Horn

L. KUIK — FARMAATSIAKANDIDAAT

12. jaanuaril 1966. a. kaitses Tallinna Polütehnilise Instituudi sanitaartehnika probleemlaboratooriumi teaduslik töötaja L. Kuik Tartu Riikliku Ülikooli Arsti-teaduskonna Nõukogu ees väitekirja teemal «Eesti NSV maa-aluste vete joodi- ja fluorisisaldusest». Dissertatsioon valmis pikemaajalise uurimistöö tulemusena Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi hügieenisektori kommunaalhügieeni-laboratooriumis. Tööd juhendas bioloogia-kandidaat I. Veldre.

Uurimistöös leiti, et Eesti NSV kujutab endast joodivaest piirkonda. Struuma

vältimiseks on vaja tarvitada joodi. Fluorisisalduse poolest on erisuguste piirkondade veed erinevad. Lääne-Eestis ületab vee fluorisisaldus ettenähtud hügieeninormi tunduvalt, mis põhjustab hammaste fluoroosi. Idapoolsetel aladel on vesi fluorivaene, mille tõttu siin tuleb sagedamini ette hambasööbijat. Kohati leidub aga vett, mis sisaldab joodi ja fluori optimaalsel määral.

Oponentideks olid professorid M. Kask ja A. Siim.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Nõukogu andis L. Kuigile farmaatsia-kandidaadi kraadi.

H. Pihl

40 AASTAT HILJEM

Hiljuti toimus Tartus huvitav ja ainulaadne kokkutulek. 1926. aastal Tartu ülikooli lõpetanud arstid kogunesid Vana Anatoomikumi auditooriumisse, et tähistada oma 40-aastast tööjuubelit. Lõpetajaid oli tookord 99, neist elab ja töötab Eesti NSV-s 25, sõjakeerises sattus välismaale 44 ja surnud on 30. Kokkutulekust võtsid osa A. Linkberg, G. Rooks, J. Ennulo, L. Nurmand, V. Paškov, B. Nurmand, O. Peekna, O. Madissoo, S. Lõvi, N. Groševaja, F. Raudkepp, E. Säga, M. Ambos ja A. Valdma.

Kokkutuleku avas Eesti NSV teeneline teadlane professor A. Linkberg, kes meenutas möödunud õppeaastaid ja tolleaegseid õppejõude. Surma läbi lahkunud kolleege mälestati leinaseisakuga. Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu nimel tervitas kokkutulnuid J. Ennulo. Samasse lendu kuuluvalt endiselt tervishoiuministrilt V. Hionilt ütles tervitusi G. Rooks.

Edasi mindi ülikooli kohvikusse. Märkamatult möödusid tunnid täis mälestusi lõbusatest ja töörohketest üliõpilaspäevadest. Otsustati viie aasta pärast uuesti kohtuda.

L. Nurmand

VANEMA TEADUSLIKU TÖÖTAJA KUTSE ANDMISEST

NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-erihariduse Ministeeriumi bülletäänis, 1965, nr. 12, lk. 18 on toodud väljavõte Kõrgema Atestatsioonikomisjoni protokollist nr. 56-P, 30. oktoobrist 1965. a.:

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi epidemioloogiasektori juhatajale arstiteaduse kandidaat Hendrik Otto p. Pihlale — vanema teadusliku töötaja kutse.

J. Ots

TAPA PUNARISTLASTE TEGEVUSEST

Toimetus sai kirja Tapa I Keskkoolist.

«Tapa I Keskkoolis on meditsiinialane töö au sees. Meditsiinimaailma tarkuste taganõudmisega alustatakse juba II klassis. Kõikides klassides on Punase Risti volinikud, kes kontrollivad, et meie ümbrus oleks alati puhas. Nad teevad ka sanitaarselgitustööd nooremate õpilaste hulgas.

I—IV klasside õpilased on korraldanud palju häid ja sisukaid sanitaaralaseid üritusi. Et uusaasta tuleks rõõmsamini ka neile, kes viibivad haiglas, mindi külla lastepalatisse. Omatehtud näärieñted ja joonistatud plakatid olid lastele meeldivaks üllatuseks. Õpilaste hulgas liigub ringi rändav «doktor Aibolit», kes külastab ainult neid õpilasi, kes peavad lugu puhtusest ja oskavad seda nõuda ka teistelt. Korraldati mängudeõhtu, kuhu kutsuti ka lastearst ja lasteaiamudilased. Huvitav oli viktoriin esmaabi andmises, mille korraldasid IX-b klassi tublid kommunistlikud noored eesotsas Aili Pihla ja Sirje Eisleriga.

V—VIII klasside õpilased käivad koos kord nädalas. Õpitakse tundma nakkushaigusi, nende ärahoidmist, ühtlasi mähiste tegemist. Tublimad on Ene Kose, Helve Mikfeldt ja Mia Põliste VIII-c klassist. Viimane kavatseb pärast klassi lõpetamist edasi õppida meditsiinikoolis.

IX—XI klasside õpilased moodustasid sanitaarsalgad. Tublimad neist on IX-b ja XI-a klassi salgad. Viimase tegevust tõsteti esile 1964. a. suvel korraldatud vabariiklikul sanitaarpostide ülevaatusel, kust toodi koju esikoht ja karikas. Selle salga komandöriks on Maie Kobla, kes paistab silma ka komsomoli- ja sporditöös.

Hoopis uudne koolis on Noorte Meedikute Klubi. Selle asutamise mõte sai alguse Riia Pioneeride Palee juures tegutsevast noorte meedikute ringist. Klubisse võetakse konkursi alusel VIII—XI klasside õpilasi. Õppeaeg kestab 4 aastat. Tegevust suunab 5-liikmeline juhtkond, kelle presidendiks on IX-c klassi õpilane Heemi Toome. Klubil on oma määrus ja põhikiri. Taotletakse seda, et iga liige saaks Eesti NSV Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi aktivisti märgi.

Noorte Meedikute Klubi esimeseks ürituseks oli terviseolümpiaad, kus esitati küsimusi inimese anatoomia ja füsioloogia ning isikliku hügieeni valdkonnast.

Võitjaks tuli X-b klassi õpilane Jane Võrno. Klubis õpime ladina keelt õpetaja Laidve juhendamisel. Loenguid inimese anatoomiast peab kohaliku haigla kirurg U. Taagen. Pediaater H. Tensing aga tutvustab meile füsioloogiat. Korraldasime klubiõhtu, kus külalisteks olid haigla meditsiinitöötajad.

Sel poolaastal on kavatsusel teoreetilisi teadmisi ka praktikas rakendada. Selleks läheme haiglasse tööle. Võib-olla saame näha inimese opereerimist ja natuke ehk seal ka abiks olla. Varem oleme koolimajas klubiõhtutel opereerinud jänest ja koera. Osa õpilasi praktiseerib polikliinikus, need aga, keda huvitab rohkem rohuteadus, apteegis. Nooremad õpilased abistavad kooliarsti — nad süstivad, teevad sidemeid ja valmistavad stende.

Seda, et sanitaarharidustöö on meil heal järjel, näitab kapp karikatega Punase Risti nurgas. Õpilaste heaks abiliseks sel alal on matemaatikaõpetaja sm. Kõiv, kellele oleme palju tänu võlgu. Laud on täis suveniire, mis on saadud kingituseks sõpradelt. Neid aga leidub Tapa I Keskkooli punaristlastel kõikjal, nii kodu- kui ka välismaal».

Mati Viljak,
Tapa I Keskkooli õpilane

SISUKORD

O. TAMM ja K. VASSILJEVA — Nakkushaiguste vähendamisest ja likvideerimisest Eesti NSV-s 83

Teooria ja praktika

K. SUBI, V. VASSILENKO ja R. VODJA — Andmeid 1965. aasta gripipuhangu kohta 86

E. TEEÄÄR — Türeotoksikoosihaigete ravist pärast struuma resetseerimist . 89

V. LIIVRAND — Emaka funktsionaalsetest verejooksudest 91

A. KADASTIK — Hemolüütilist tõbe põdevate vastsündinute ravist . . 95

R. TRINK — Difenüülamiinireaktsioon reumat ja reumatoidartriiti põdevatel haigetel balneoravi perioodil . . . 98

J. KATSIN — Dientsefaalsete häiretega haigete sanatoorsest ja kuurordiravist 100

Tervishoiu organisatsioon

N. ELŠTEIN — Ajutise töövõimetuse ekspertiisi parandamisest 103

A. SARAP ja A. LUKAŠ — Kohtumeditsiini ekspertide ülesandeid . . 105

J. PÄTIÄLÄ, H. SILLASTU ja P. TANI — Tuberkuloosihaigete rehabiliteerimisest Soomes . . . 108

E. VAGANE — Ühest mudaravi laiendamise võimalusest 113

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

H. PIHL, A. TEETSOV ja O. TŠERNJAK — Laps kõhutüüfuse kroonilise bakterikandjana 116

A. GOLDBERG — Kahefaasilise meetodi tundlikkusest vee kolitiitri määramisel rosoolhappe agari abil . . 118

СОДЕРЖАНИЕ

О. ТАММ и К. ВАСИЛЬЕВА — О снижении и ликвидации инфекционных заболеваний в Эстонской ССР 83

Теория и практика

К. СУБИ, В. ВАСИЛЕНКО и Р. ВОДЬЯ — Данные о вспышке гриппа в Эстонской ССР в 1965 году 86

Э. ТЕЭЯР — О лечении больных тиреотоксикозом после резекции щитовидной железы 89

В. ЛИЙВРАНД — О функциональных маточных кровотечениях 91

А. КАДАСТИК — О лечении новорожденных, страдающих гемолитической болезнью 95

Р. ТРИНК — Дифениламиновая реакция у больных ревматизмом и ревматоидным артритом в период бальнеотерапии 98

Й. КАЦИН — О санаторно-курортном лечении больных с диэнцефальными нарушениями 100

Организация здравоохранения

Ы. ЭЛЬШТЕЙН — Об улучшении экспертизы временной нетрудоспособности 103

А. САРАП и А. ЛУКАШ — Задачи судебномедицинских экспертов 105

Э. ПЯТИЯЛЯ, Х. СИЛЛАСТУ и П. ТАНИ — О реабилитации туберкулезных больных в Финляндии 108

Э. ВАГАНЕ — Об одной возможности расширения грязелечения 113

Обмен опытов и казуистика

Х. ПИХЛЬ, А. ТЕЭТСОВ и О. ЧЕРНЯК — Ребенок как хронический бациллоноситель брюшного тифа 116

А. ГОЛЬДБЕРГ — О чувствительности двухфазного метода определения колититра воды с помощью розолового агара 118

R. MIKELSAAR ja M. ARRO — Soolepneumatoos lastel 121
K. ALLPERE, V. MILLER ja L. VALDES — Einhorni niiditest 123
L. MARDNA, A. ADAMS ja V. VALDES — Melanoblastoomist . . . 125
L. SILDVER — Haruldastest kasvajatest lastel 128
M. PURDE ja A. JÄRVET — Rinnanäärmevähi metastaasid munasarjades 129
I. SKORODKO ja V. VALDES — Sapipõierebend verevalumiga seedetrakti 131

Abiks velskritele ja õdedele

T. KUSLAP — Enteroviirustest põhjustatud nakkused 132
H. PIHL — Kõhutüüfuse rekonvalestsentide ja bakterikandjate meditsiinilisest teenindamisest 136
A. PALLADI — Taksoplasmoos . . 138

Arstiteaduse ajaloost

H. GUSTAVSON — Vanim eestikeelne sanitaarhariduslik ajakiri 141

Konverentsid ja nõupidamised

S. SALZMAN — Balti vabariikide XXV aastapäevale pühendatud konverents 144
U. SIBUL — Tallinna Kiirabijaama töötajate I teaduslik-praktiline konverents 145
O. VOLOŽ — Tallinna Pelgulinna Haigla arstide I konverents . . . 146
A. LUTS — Eesti NSV otorinolarüngoloogide konverents 146
I. FREIBERG — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduslik konverents 147
N. TIHASE — Töövõimetuse ekspertiisi alane vabariiklik seminar . . . 148

A. VAPRA — Üleliiduline gerontoloogia- ja geriaatriaalane konverents 149
V. RÄTSEP — III üleliiduline onkoloogide konverents 149

Konsultatsioone

U. MEIKAS, A. KALDMA — Juriidilist konsultatsiooni 150
M. PALGINÕMM — Kohakaaslusest . 152

Kriitika ja bibliograafia

H. JÄNES — Kiirgused ja organismid 152

Mitmesugust

A. VAPRA, J. RIIV, S. SIBUL ja H. SILLASTU — Reisimärkmeid Jugoslaaviast 153

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Mõned uuemad ravimpreparaadid 155

Kroonika 156

Р. МИКЕЛЬСААР и М. АРРО — Пневматоз кишечника у детей
К. АЛЛПЕРЕ, В. МИЛЛЕР и Л. ВАЛЬДЕС — Ниточный тест Эйнхорна
Л. МАРДНА, А. АДАМС и В. ВАЛЬДЕС — О меланобластоме
Л. СИЛЬДВЕР — О редких опухолях у детей
М. ПУРДЕ и А. ЯРВЕТ — Метастазы рака грудной железы в яичниках

И. СКОРОДЬКО и В. ВАЛЬДЕС — Разрыв желчного пузыря с кровоизлиянием в пищеварительный тракт

В помощь фельдшерам и сестрам

Т. КУСЛАП — Энтеровирусные инфекции
Х. ПИХЛЬ — О медицинском обслуживании реконвалесцентов и бациллоносителей брюшного тифа
А. ПАЛЛАДИ — Токсоплазмоз

История медицины

Х. ГУСТАВСОН — Старейший санитарно-просветительный журнал на эстонском языке

Конференции и совещания

С. ЗАЛЬЦМАН — Конференция посвященная XXV годовщине Прибалтийских республик
У. СИБУЛЬ — I научно-практическая конференция работников станции скорой помощи города Таллина
О. ВОЛОЖ — I конференция врачей Таллинской Пельгулиннаской больницы
А. ЛУТС — Конференция оториноларингологов Эстонской ССР
И. ФРЕЙБЕРГ — Научная конференция медицинского факультета Тартуского госуниверситета
Н. ТИХАЗЕ — Республиканский семинар по вопросам экспертизы нетрудоспособности
А. ВАПРА — Всесоюзная конференция по вопросам геронтологии и гериатрии
В. РЯТСЕП — III всесоюзная конференция онкологов

Консультации

У. МЕЙКАС, А. КАЛЬДМА — Консультация по юридическим вопросам
М. ПАЛЬГИНЫММ — О совместительстве

Критика и библиография

Х. ЯНЕС — Излучении и организмы

Разное

А. ВАПРА, Я. РИЙВ, С. СИБУЛЬ и Х. СИЛЛАСТУ — Путевые заметки о Югославии

Новые лекарства

Х. КАНГРО — Некоторые новые лекарственные препараты

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

Toimetuse kollegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg, U. Meikas, A. Nordberg, E. Raudam, H. Roots (peatoimetaja asetäitja), **J. Saarma, A. Sarap** ja **O. Tamm** (peatoimetaja)

3
Mai–
Juuni

9. AASTAKÄIK

KIRJASTUS «PERIOODIKA»
TALLINN 1966

TOIMETUSE NÕUKOGU

M. HOLM (Jõgeva)
A. JUHASOO (Põlva)
R. KARIES (Haapsalu)
A. KLINK (Võru)
H. KREEK (Pärnu)
J. LEBEDEV (Kohtla-Järve)
V. LUKA (Viljandi)
L. MAURER (Tallinn)
D. PÄRN (Hiiumaa)
P. RAHU (Valga)
L. SIIRAK (Harju rajoon)
M. SIKK (Tartu rajoon)
M. SILLAND (Narva)
G. SUKLES (Rapla)
A. TAMM (Paide)
U. VAGUR (Rakvere)
V. VESSAR (Tartu)
E. VÄÄRT (Kingissepa)

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
69111

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке

Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 23. IV 1966. Trükkimisele antud 27. V 1966. Trükiarv 5420. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,145. Tellimise nr. 3345. MB-04946.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82
Väljaandja: Kirjastus «Perioodika», Tallinn.

MEDITSIINITÖÖTAJATE PÄEV

A. GOLDBERG
Eesti NSV tervishoiu minister

19. juunil pühitseme esmakordselt meditsiinitöötajate päeva. NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadlus meditsiinitöötajate päeva tähistamise kohta on valitsuse järjekordseks tunnustuseks meedikute tööle. Nõukogude arstide, velskrite, meditsiiniõdede, ämmaemandate, farmatseutide ja teiste meditsiinitöötajate neljamiljoniline armee töötab ennastsalgavalt ja on ära teeninud rahva ja partei armastuse ning austuse.

Suure Isamaasõja rasketel päevadel ilmutasid kümned tuhanded arstid, õed, velskrid ja sanitarid ennenägematut mehisust ja kangelaslikkust nii rindel kui ka tagalas. Nad andsid tagasi elu ja tervise sadadele tuhandetele sõjameestele ja aitasid sellega kaasa võidu kiiremale saabumisele.

Ka rahu ajal töötavad meedikud käsi rüppe laskmata. 1964. aastal oli NSV Liidu põhilistes tööstusharudes tänu töötingimuste parandamisele, ravi ja profülaktilise abi ning arstliku tööekspertiisi kvaliteedi tõstmisele kõige vähem ajutise töövõimetusega haigestumisi (kogu sõjajärgsel perioodil). Seega säilitati tööstusele 137 miljonit tööpäeva, mille majanduslik efekt ulatus ligikaudu 1,5 miljardi rublani. Järelikult, mida paremini on korraldatud tööliste ja põllumajandustöötajate eelisteenindamine, seda tõhusam on meditsiinitöötajate panus rahvamajanduse arendamisse.

Tähtsaks tähiseks meie rahva kiirel edasiliikumisel kommunismile oli NLKP XXIII kongress. Kongressil tehti kokkuvõte partei ja rahva tohutu suurest tööst möödunud seitsme aasta jooksul ning kinnitati «NLKP XXIII kongressi direktiivid NSV Liidu rahvamajanduse arendamise viie aasta (1966—1970) plaani kohta».

Vabariigi töötajad, nende hulgas ka meditsiinitöötajad, on möödunud seitsme aasta jooksul saavutanud märkimisväärseid tulemusi töös. Ravi- ja profülaktikaasutuste varustamine sisseseade ja aparatuuriga on tunduvalt paranenud. On avatud uusi haiglaid, polikliinikuid ja sanatooriume. Tallinnas valmis Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri uus hoone.

Tunduvalt on täienenud meditsiinitöötajate pere. Arstide arvu poolest on Eesti NSV juba ammu mööda läinud paljudest arenenud kapitalistlikest maadest. 1966. aasta algul tuli meil 10 000 elaniku kohta 24,1 arsti (1958. a. 18,1). Keskharidusega meditsiinitöötajate arv aga suurenes samal ajal 28,2% võrra.

Rahva elatustaseme pidev tõus ja tervishoiu edusammud seitsme aasta jooksul on vahetult mõju avaldanud ka elanike tervisele. Näiteks on laste suremus sel perioodil vähenenud tunduvalt, ka elanike üldine suremus on langenud. Likvideeritud on haigestumine poliomüeliiti. Eesti NSV on esimene liiduvabariik, kus difteeriasse haigestumine langes sedavõrd, et tuli ette ainult üksikuid juhte. 1965. aastast alates pole enam registreeritud ühtegi difteeriasse haigestumist. Viimase viie aasta jooksul pole vabariigis esinenud ka ühtegi marutõve-, värske brutselloosi ega tulareemiajuhtu.

Abinõud tuberkuloosi varajaseks avastamiseks, massiline nahasisene vaktsineerimine, uued korterid, tasuta sanatooriumituusikud ja statsionaarne ravi kuni täieliku tervistumiseni on haigestumist järjekindlalt

vähendanud. Piisab sellestki, kui öelda, et ainult viimase seitsme aasta jooksul on tuberkuloosi haigestumine täiskasvanute hulgas langenud kolm korda, laste ja noorukite hulgas kuus korda. Raskeid tuberkuloosivorme, nagu lähemas minevikus olid tuberkuloosne meningiit ja luutuberkuloos, tuleb nüüd ette väga harva.

Seitseaastaku jooksul on voodite arv suurenenud 27,7%, somaatilisi haigusi põdevate laste voodite arv koguni 59,0%. Üksnes uutes hoonetes on riiklike kapitaalmahutuste arvel juurde saadud 1320 voodikohta. Tunduvalt on vähendatud pediaatrijaoskondade territooriumi. Laste ravi- ja profülaktikaasutustes töötab 396 pediaatrit (1958. aastal 263).

Lastesõimede ja -aedade arv on praegu üle kolme korra suurem kui 1958. aastal. Peale selle on meil pioneerilaagrid ja lastesanatooriumid, kus iga aasta puhkavad ning saavad ravi tuhanded lapsed.

NSV Liidu rahvamajanduse arendamise uues, viie aasta plaanis on tähtsal kohal väliskeskkonna tervistamine, töö- ja elutingimuste parandamine ning nõukogude inimeste tervise tugevdamine. Erilist tähelepanu pööratakse linnade ja asulate planeerimise ja ehitamise kvaliteedile, otsustavamalt hakatakse võitlema õhu ja veekogude saastamise vastu. Ettevõtetes võetakse laialdaselt kasutusele kaasaegseid ohutustehnika seadmeid ja luuakse optimaalsed sanitaar-hügieenilised tingimused.

Praegu on meie peamiseks ülesandeks teaduse saavutuste kiire rakendamine tervishoiu praktikasse. Laialdaselt hakatakse ehitama uusi haiglaid ja polikliinikuid, mis tagavad spetsialiseeritud arstiabi kõigile, kusjuures erilist tähelepanu pööratakse naiste ja laste ravi- ja profülaktikaasutuste võrgu laiendamisele. Paraneb haiglate varustamine sisseseade ja ravimitega. Kirurgiaosakondades eraldatakse täiendavalt vahendeid ravimite kulunormi suurendamiseks ning soodustuste tegemiseks ambulatoorsel ravil olevatele Isamaasõja invaliididele. Võetakse tarvitusele abinõud sanatoorse ravi edaspidiseks parandamiseks ja töötajate puhkamisvõimaluste paremaks korraldamiseks.

Haiglate arvu suurenemine toob kaasa ambulatooriumide ja polikliinikute arvu kasvu, kus teatavasti ravitakse 80 protsenti arsti poole pöörduvatest haigetest. Seepärast on tähtis, et järsult parandataks ka nende asutuste diagnoosimis- ja ravialast tööd ning need asutused muudetaks kvalifitseeritud diagnostikakeskusteks. Polikliinikute võrgu arendamisest ja nende töö korraldamisest sõltuvad paljuski elanike meditsiinilise abi kvaliteet ja kultuur.

Kaasaegses meditsiinis toimub üha suuremal määral spetsialiseerumine. Ent polikliinikutes jäävad endiselt juhtivateks jõududeks jaoskonnaterapeut, pediaater ja akušöör-günekoloog. Ainult nemad saavad süstemaatiliselt jälgida oma jaoskonna elanike tervise seisundit, uurida haigestumust, töö- ja elutingimusi ning korraldada elanike dispanseerset teenindamist. Seepärast on vaja tõsta jaoskonnaarstide kvalifikatsiooni, tugevdada nende autoriteeti ja tagada neile head töötingimused. Tuleb saavutada arstijaoskondade ja kõikide erikabinettide hea koostöö. Ent eelkõige on jaoskondi tarvis väiksemaks muuta (vastavalt normatiividele) ja täita kõik jaoskonnaarstide ametikohad.

Tuhanded lihtsad, tagasihoidlikud meditsiinitöötajad seisavad valvepostil päeval ja öösel. Nende tööpäev on täis pinget, muret ja erutust. Enamik meditsiinitöötajatest on kvalifitseeritud spetsialistid, kes oma kutseala armastavad. Vabariigis töötab üle 40 teenelise arsti, üle 200 meditsiinitöötaja on autasustatud märgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja paljud on saanud valitsuse autasusid. Teenitult anti meie arstidele Nõukogude Eesti preemia poliomüeliidi vastu võitlemise ja selle likvideerimise eest vabariigis.

Esimese meditsiinitöötajate päeva tähistamisel meenutame veel kord seda suurt lugupidamist, mida rahvas meedikutele osutab, ja püüame ennastsalgava tööga seda lugupidamist väärida.

ДЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

А. Гольдберг

Р е з ю м е

19 июня впервые будет праздноваться день медицинских работников. Четырехмиллионная армия советских врачей, фельдшеров, медицинских сестер, акушеров, фармацевтов и других медработников трудится самоотверженно, чем заслужила любовь и уважение народа и партии.

В дни Великой Отечественной войны тысячи врачей, сестер, фельдшеров и санитаров проявили невиданные мужество и героизм как на фронте, так и в тылу. Они возвратили жизнь и здоровье сотням тысяч солдат и тем самым способствовали более быстрому наступлению победы.

И в мирное время медики работают не покладая рук, ибо чем лучше организовано первоочередное обслуживание промышленных и сельскохозяйственных рабочих, тем значительнее вклад медицинских работников в развитие народного хозяйства.

Важным этапом в быстром движении нашего народа к коммунизму явился XXIII съезд КПСС. На съезде были подведены итоги огромной работы партии и народа за истекшие 7 лет и утверждены Директивы XXIII съезда КПСС по пятилетнему плану развития народного хозяйства Союза ССР на 1966—1970 гг.

Медицинские работники республики за 7 истекших лет тоже добились значительных успехов в работе. Открыты новые больницы, поликлиники и санатории. В Таллине построен новый Республиканский онкологический диспансер. Заметно пополнились ряды медицинских работников. В начале 1966 г. у нас было на 10 000 населения 24,1 врача (в 1958 г. — 18,1). Число же средних медицинских работников увеличилось на 28,2%.

За семилетку число коек возросло на 27,7%. Количество детских яслей и садов теперь в 3 раза больше, чем в 1958 году. Ежегодно в пионерских лагерях и детских санаториях отдыхают и лечатся тысячи детей.

Теперь главной нашей задачей является быстрое внедрение достижений науки в практику здравоохранения. Начинают широкое строительство новых больниц и поликлиник. В современной медицине все в бóльшей степени происходит специализация. Но в поликлиниках по-прежнему ведущими остаются терапевт, педиатр и акушер-гинеколог. Только они могут систематически следить за состоянием здоровья населения своего участка, изучать заболеваемость, условия труда и жизни и организовывать диспансерное обслуживание населения. Поэтому необходимо повышать квалификацию участковых врачей, укреплять их авторитет и создавать им хорошие условия труда. Следует добиться хорошего сотрудничества участковых врачей и врачей-специалистов.

Тысячи простых и скромных медицинских работников днем и ночью стоят на страже здоровья человека. Их день полон напряжения, забот и волнений. Большинство из них — квалифицированные специалисты, любящие свою профессию. В республике более 40 заслуженных врачей, свыше 200 медицинских работников награждены значком «Отличник здравоохранения», многие имеют правительственные награды. Заслуженно была присуждена нашим врачам премия Советской Эстонии за борьбу с полиомиелитом и ликвидацию его в республике.

В честь первого дня медицинских работников еще раз вспомним о том большом уважении, которое оказывает народ медикам, и сделаем все для того, чтобы самоотверженным трудом оправдать это уважение.

IMMUNOHEMOPAATIATE DIAGNOOSIMISEST JA RAVIMISEST

H. HANSON, H. NOVEK ja *J. GROSS*

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Immunohemopaatiateks nimetatakse verehaigusi, mille patogeneesis on otsustav osa antigeen-antikeha reaktsioonil. Organism võib sensibiliseeruda nii liigiomaste kui ka liigivõõraste antigeenide toimel. Antikehad võivad tekkida kõigi 3 vereraku liigi vastu. Antikehi jaotatakse neid põhjustanud antigeeni päritolu järgi järgmiselt [J. Dausset (7), R. Damerow (6)].

1. Heterofiilsed antikehad, mis tekivad liigivõõraste antigeenide mõjul sensibiliseerumise tagajärjel. Praktikas esinevad need antikehad peamiselt loomkatses (anti-M, anti-O jt. antierütrotsütaarsete testseerumite saamisel) või pärast tsütotoksiliste seerumite manustamist (antileukotsütaarsed antikehad).

2. Isoimmunisatsiooni tagajärjel tekkinud antikehad (antigeen on liigiomane, kuid erinevatelt indiviididelt). Antierütrotsütaarsed isoantikehad on määrava tähtsusega vastsündinute hemolüütilise tõve ja vereülekandejärgsete hemolüütiliste komplikatsioonide patogeneesis. Antileukotsütaarsed ja antitrombotsütaarsed isoantikehad põhjustavad pärast vereülekannet leukopeeniat ja trombotsütopeeniat.

3. Autoimmunisatsiooni tagajärjel tekkinud antikehad (nn. autoantikehad), mis on oluliseks lüliks nn. autoagressioonihaiguste patogeneesis [J. Dausset (7)]. Autoantikehad sugenevad bakterite, viiruste, keemiliste ainete jt. patogeneetiliste tegurite toimel muutunud kudedest vallandunud autoantigeenide mõjul [R. Damerow (6)], A. Benkö (5)]. Seega organismi oma rakud või valgud muutuvad välistegurite toimel patogeensteks (auto) antigeenideks.

Hematoloogiliste autoagressioonihaiguste (kitsamas mõttes immunohemopaatiate) klassifikatsioon J. Dausset (7), H. Wolfi (14), A. Benkö (5) ja I. Kassirski ning G. Aleksejevi (2) järgi on toodud tabelis.

Immunohemopaatiate klassifikatsioon

Vererakud	Sündroom	Spetsiifiline autoantikeha
Erütrotsüüdid	I. Soojaantikehadest tingitud omandatud hemolüütiline aneemia: 1. krooniline (Dyke-Youngi tüüpi) 2. akuutne (Lederer-Brilli tüüpi) 3. krooniline sümptomaatiline	Inkompleetsed soojaautoantikehad (harva ka soojahemolüsiinid)
	II. Külmaantikehadest tingitud omandatud hemolüütiline aneemia 1. krooniline külmaaglutinatsioontõbi 2. äge hemolüütiline aneemia	Monovalentsed külmahemolüsiinid Külmaaglutiniinid
	III. Bivalentsetest hemolüsiinidest tingitud paroksüsmaalsed hemoglobinuuriad	Bivalentsed hemolüsiinid Külmaaglutiniinid
Leukotsüüdid	Immunoleukopeeniad Immunoagranulotsütoosid	Aglutiniinid, lüsiinid, opsoniinid, pretsipitiinid
Trombotsüüdid	Immunotrombotsütopeeniad	Aglutiniinid, lüsiinid, opsoniinid, pretsipitiinid

Kirjeldatakse ka autoimmunopantsütopeeniat ja -koagulopaatiat, viimane avaldub kliiniliselt hemofiiliataolise hemorraagilise diateesina [E. Perlick (13)].

Immunohemopaatiate diagnoosimine ja diferentsimine teistest verehaigustest on suure praktilise tähtsusega, sest nende ravi ja profülaktika on teiste verehaiguste teraapiast ja profülaktikast erinev. Immunohemopaatiate diagnoosimisel on kasulik silmas pidada järgmist [A. Benkö (5)].

1. Immunohemolüütilisi aneemiaid iseloomustavad sümptoomid, mis on tingitud erütrotsüütide lühenenud elueast, nende osmootse ja mehhaanilise resistentsuse muutumisest ja suurenenud regeneratsioonist. Immunoleukopeenia või -agranulotsütoosiga haiged on tundlikud infektsioonide suhtes. Luuüdi võib mõnikord olla isegi normaalne. Immunotrombopeeniate puhul võib luuüdis konstateerida megakarüotsüütide arvu suurenemist või ka vähenemist. Võib leida hemorraagilise diateesi nähte, veritsusaja pikenemist ja verekämbu retraktsiooniaja pikenemist.

2. Haiguse patogenees vajab analüüsimist, s. o. kongenitaalsete ja antikehade teket mittepõhjustavate tegurite (näiteks hemolüütilised mürgid) väljalülitamist.

3. Allergilistele haigustele iseloomulikud sümptoomid (järsk algus, paroksüsmidena kulgemine, verepildis ja luuüdis monotsüütide, plasmarakkude ja lümforetikulaarsete elementide rohkenemine, beeta- ja gammaglobuliinide rohkenemine veres, steroidhormoonide positiivne raviefekt) on omased ka immunohemolüütilistele aneemiatele.

4. On vaja kindlaks teha autoimmunisatsiooni põhjustanud põhihaigus (viirushaigused, bakteriaalsed ja protosoilised infektsioonid, pahaloomulised kasvajad, kollagenoosid).

5. Autoantikehad avastatakse laboratoorsete testide abil. Erütrotsütaarsed autoantikehad jaotatakse 2 gruppi, nimelt soojaantikehad ja külmaantikehad. Soojaautoantikehi seovad erütrotsüüdid 37° temperatuuril, külmaautoantikehade termoamplituud on laiem (2 —20° ja isegi 37°). Mõlemad autoantikehade grupid esinevad nii kompleetsete ehk bivalentsete autoantikehadena (aglutinatsioon toimub *in vitro* ka füsioloogilises lahuses) kui ka inkompleetsete ehk monovalentsete autoantikehadena (aglutinatsiooni *in vitro* füsioloogilises lahuses ei toimu). Inkompleetsete soojaautoantikehade avastamiseks kasutatakse Coombsi testi, mis põhineb sellel, et inimese gammaglobuliiniga immuniseeritud küülikult saadud antigammaglobuliiniseerum aglutineerib soojaautoantikehadega sensibiliseeritud erütrotsüüte.

Uuritavaid erütrotsüüte pestakse füsioloogilises lahuses 3 korda ja seejärel valmistatakse nendest 1%-line suspensioon füsioloogilises lahuses. Esemeklaasile võetakse 1 tilk erütrotsüütide suspensiooni ja 2 tilka antiglobuliiniseerumit (Coombsi seerumit) ning segatakse klaaspulgaga. Kui 1—5 minuti pärast tekivad erütrotsüütide konglomeraadid, siis on test positiivne. Kontrollanalüüs tehakse normaalsete erütrotsüütidega.

Indirektne Coombsi test tehakse kahes etapis. 1. etapis fikseeritakse inkompleetsed antikehad normaalsetele erütrotsüütidele. Selleks valmistatakse uuritavast seerumist lahjendusrida ja igasse katseklaasi lisatakse 0,05 ml erütrotsüütide 1%-list suspensiooni. Pärast loksutamist jäetakse katseklaasid termostaati 37° temperatuuril 90 minutiks. Kui seerumis leidub inkompleetseid autoantikehi, siis fikseeruvad need selle aja jooksul erütrotsüütidele. Testi 2. etapp tehakse nagu direktne Coombsi test.

Külmaaglutiniinid esinevad teatud tiitris ka terves organismis ja need on panaglutiniinide omadustega [H. Hennemann (10)]. 0—5° temperatuuril on külmaaglutiniinide tiiter 1:8 normaalne, tiitri tõusu samal temperatuuril 1:64 või rohkem peetakse patoloogiliseks.

Kompleetseid külmaaglutiniine uuritakse seerumis, mis on hoitud

soojas kohas. 0,1 ml uuritavale seerumile (või selle lahjendustele) lisatakse esemeklaasil 0,05 ml kolm korda pestud 0-grupi erütrotsüütide 5%-list suspensiooni füsioloogilises lahuses. Pärast 1-tunnilist inkubatsiooni 4° temperatuuril kontrollitakse aglutinatsiooni. Positiivse katse puhul tehakse korduvad analüüsid kõrgemal temperatuuril (16°, 20°, 30°, 37°) mitmes lahjenduses. Inkompleetsed külmaaglutiniinid avastatakse Coombsi testiga paralleelselt 4° ja 22° temperatuuril.

Külmahemolüsiinide avastamiseks kasutatakse nn. Ehrlichi testi. Sõrmes tekitatakse pais (tavaliselt kasutatakse žgutti) ja sõrm asetatakse 10 minutiks jäävette. Pärast seda aspireeritakse žguti all olevast sõrmest U-kujulisse kapillaari verd. Kapillaaris olev veri tsentrifuugitakse. Hemolüüs U-kujulises kapillaaris viitab külmahemolüsiinide olemasolule. Võib kasutada ka A. Gitteri ja L. Heilmeyeri (8) poolt kirjeldatud Ehrlichi testi modifikatsiooni.

Leukoaglutiniinide avastamine *in vitro* toimub järgmiselt. Uuritav seerum inaktiveeritakse 56° temperatuuril 30 minuti vältel, tehakse lahjendused (1:1, 1:2, 1:4 jne.) ja lisatakse neile 0,5—1,0 ml leukotsüütide suspensiooni. Saadud segu inkubeeritakse 1—2 tundi termostaadis 37° temperatuuril. Leukoaglutiniinide olemasolule viitab leukotsüütide konglomeraatide avastamine mikroskoobi abil (suuremaid neist võib näha ka palja silmaga). Leukotsüütide suspensioon, mida kasutatakse uuringuks, saadakse terve inimese plasmast, mis on seisnud temperatuuril 40°. Optimaalne leukotsüütide kontsentratsioon on 3000—5000 rakku 1 mm^3-s.

Kirjeldatud teste kasutatakse Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas. Teisi laboratoorseid teste või nende modifikatsioone võib leida A. Bagdassarovi jt. (1), S. Martõnovi jt. (3), J. Dausset' (7), R. Damerowi (6), H. Lippelti ja J. Nogalski (12) jt. töödes. Coombsi seerumit saab ise valmistada [H. Hennemann (11)], kuid seda võib tellida ka Moskva või Leningradi hematoloogiakliinikutest.

Immunohemopaatia erivormide kliinilist pilti on küllaldase põhjalikkusega kirjeldatud verehaigusi puudutavates käsiraamatutes [I. Kassirski ja G. Aleksejev (2), W. Grunke (9) ja (4)]. Seepärast toome alljärgnevalt vaid mõne näite Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas diagnoositud ja ravitud immunohemopaatia juhtudest.

Juht 1. 44-aastane naishaige A. T. (haiguslugu 973/1963). Diagnoos: kroooniline hepatiit ja omandatud serogeenne (s. t. autoantikehadest tingitud) hemolüütiline aneemia. Kaks aastat pärast raskekujulise Botkini tõve põdemist oli tekkinud retsidiveeruv aneemia. Haiglasse saabumisel oli haige kollaka ja kahvatu jumega. Maks palpeeritav 1 põikisõrme ja põrn 4 põikisõrme ulatuses. Analüüsid: hgb. 41%, erütrots. 2,65 milj., leukots. 2400, SR 7 mm 1. tunnis, aniso- ja poikilotsütoos, trombots. 124 000, retikulots. 19%, Price-Jonesi kõver laienenud. Weltmanni lint: sade 1—10 klaasis. Erütrotsüütide hemolüüsi algus 0,40% NaCl, lõpp 0,28% NaCl. Müelogramm normaalne. Direktne Coombsi test positiivne, leukoaglutinatsioonireaktsioon tiitri 1:32 juures positiivne. Ehrlichi külmakats negatiivne. WaR negatiivne. Need andmed olid eespool toodud diagnoosi põhjendamiseks küllaldased. Ravi: 14 päeva vältel 30 mg prednisolooni *pro die*, 2 vereülekannet (à 100 ml) ja rauapreparaate. 10 päeva pärast ravi lõpetamist oli haigel hgb. 60%, leukots. 5600, Price-Jonesi kõver normaalne ja direktne Coombsi test positiivne.

I. Kassirski ja G. Aleksejevi (2) jt. järgi on steroidhormoonravi autoantikehadest tingitud hemolüütiliste aneemiate puhul valikraviks. Seda võib kombineerida ka splenektoomiaga [H. Hennemann (11)].

Juht 2. 17-aastane noormees V. P. (haiguslugu 1173/1963). Diagnoos: omandatud külmaautoantikehadest (-hemolüsiinidest) tingitud hemolüütiline aneemia. Haigestus kehvveresusse esmakordselt 6-aastaselt. Külmal aastaajal on ajuti tekkinud subfebriliteet, liigesevalud, kerge ikterus ja mõnikord ka kergekujuline aneemia. Haiglasse saabus 1963. a. kevadtalvel. Mõni nädal enne seda tekkisid eespool mainitud kaebused. Objektiivne leid: nahk ja limaskestad veidi ikteerilised, maks ja põrn ei ole palpeeritavad. Vereanalüüs: hgb. 87%, erütrots. 4,51 milj., SR 1 mm 1. tunnis, leukots. 6600. Uriinis sapipigmente ei leidunud. Väljaheide tumepruun. Bilirubiini vereseerumis 3,5 mg%, Hijmans van den Berghi reaktsioon: direktne — positiivne, indirektne — tugevasti positiivne. Erütrotsüütide resistentsus normaalne. Direktne Coombsi test negatiivne. Ehrlichi külmakats tugevasti positiivne. Aneemia

puudumise tõttu haiget seekord aktiivselt ei ravitud, vaid soovitati vältida külmetamist ja jäeti dispanseerse järelevalve alla.

Juht 3. 45-aastane naishaige L. R. (haiguslugu 70/1962 jt.) on korduvalt olnud kliinilisel ravil maksatsirroosi ja autoallergilise leukopeenia tõttu (valgeverepildis vormelementide vahekord tavaline, leukoaglutinatsioonireaktsioon lahjenduses 1:8 positiivne ja müelogramm normaalne). Pärast splenektoomiat (17. 02. 1962. a.) leukopeeniat enam ei esinenud, leukotsüüte 5 000—9 000, leukoaglutinatsioonireaktsioon negatiivne.

Toodud näidetest selguvad ka immunohemopaatiate ravimise põhiprintsiibid: põhihaiguse ravi, steroidhormoonravi koos antibiootikumidega, steroidhormoonravi koos splenektoomiaga, vitamiinravi ja vereülekanded. Tsütotoksilistest ainetest ja medikamentidest hoidumine ja haigete dispaneerimine võimaldavad vältida luuüdi kriise ja säilitada nende töövõimet pikema aja vältel.

KIRJANDUS: 1. Багдассаров А. А. и др. Пробл. гематол. и переливания крови, 1958, 4, 10—16. — 2. А. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. Клинич. гематология. М., 1963. — 3. Мартынов С. М. и др. Пробл. гематол. и переливания крови, 1957, 6, 15—20. — 4. Руководство по внутренним болезням, т. 6, М., 1962. — 5. Benkö, A. Z. ärztl. Fortbild., 1959,8/2, 503-506. — 6. Damerow, R. Klinik und Praxis der Immunhaematologie. Jena, 1958. — 7. Dausset, J. Immuno-hematologie biologique et clinique. Paris, 1954. — 8. Gitter, A. u. Heilmeyer, L. Taschenbuch klinischer Funktsionsprüfungen. Jena, 1961. — 9. Grunke, W. Lehrbuch der Hämatologie. Jena, 1962. — 10. Hennemann, H. Z. ges. innere Med., 1951, 13/14, 385—398. — 11. Hennemann, H. Erworbene hämolytische Anaemien. Leipzig, 1957. 12. Lippelt, H. u. Nogalski, J. Klin. Wochenschr., 1949, 11/12, 196—202. — 13. Perlick, E. Klinik der haemorrhagischen Diathesen. Leipzig, 1962. — 14. Wolf, H. G. Wiener Z. innere Med., 1954, 718, 269—304.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИММУНОГЕМОПАТИЙ

Х. Хансон, Х. Новек и *Ю. Гросс*

Резюме

Иммуногемопатиями называются болезни крови, в патогенезе которых основное значение имеет реакция антиген-антитело.

Диагностика и дифференциальный диагноз иммуногемопатий имеет большое практическое значение, так как их лечение и профилактика отличаются от терапии и диагностики других болезней крови.

При диагностике иммуногемопатий следует иметь в виду симптомы, обусловленные укороченным возрастом эритроцитов, изменением их осмотической и механической резистентности и увеличенной регенерацией. При анализе патогенеза заболевания нужно исключить конгенитальные факторы, а также возможное действие гемолитических ядов. Нельзя забывать, что симптомы, характерные для аллергических заболеваний, свойственны и иммуногемолитическим анемиям. Важно установить основное заболевание, вызывающее аутоиммунизацию.

Описываются лабораторные тесты, которые применяются в Тартуской городской клинической больнице для диагностики иммуногемопатий, и приводится описание 3 случаев заболевания.

Основными принципами лечения больных иммуногемопатиями являются лечение основного заболевания, терапия стероидными гормонами в сочетании с антибиотиками, гормонотерапия в сочетании со спленэктомией, витаминотерапия, переливание крови.

VERE HAPETE-LEELISTE TASAKAALU NIHETE MÄÄRAMISE MIKROMEETODITEST

L. KERES ja *L. LAARMANN*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Varaealiste laste haigestumisel esineb hapete-leeliste tasakaalu häireid (eriti atsidoosi) sagedamini kui vanematel lastel ja täiskasvanutel. Laboratoorseid uuringuid nende häirete kindlakstegemiseks aga ei tehta enamikus lasteosakondades veel küllaldaselt.

Organismi hapete-leeliste tasakaalust saab täieliku ülevaate, kui on teada vereplasma pH-, pCO_2- ja bikarbonaatide sisaldus (s. o. leelisreserv). Nimetatud kolmest komponendist on laboratooriumis tarvis määrata vähemalt kaks, kolmandat on võimalik ise välja arvutada. Varaealiste laste väikese kehakaalu tõttu ei ole õige, et vere uurimisel kasutatakse makromeetodeid, kusjuures üheks uuringuks kulub 3—5 ml verd. Tuleb rakendada mikromeetodeid, mille puhul piisab 0,2—0,5 ml verest (7).

Kõige paremaks hapete-leeliste tasakaalu uurimise viisiks tänapäeval on vere pH ja pCO_2 samaaegne määramine 0,2 ml verest, milleks kasutatakse P. Astrupi (nn. mikro-Astrupi) aparaati (4, 9). Kui nimetatud aparaat puudub, tehakse haiglas tavaliselt kindlaks (gasomeetriliselt van Slyke'i aparaadi abil või titrimeetriliselt) ainult leelisreserv. Selle määramiseks vereplasma väikese koguse puhul on vaja spetsiaalset Kopp-Natelsoni mikrogasomeetrit, kusjuures analüüsiks kulub ainult 0,03 ml vereplasmat (5). Haiglates laialdaselt kasutatavad titrimeetrilised leelisreservi määramise meetodid on vereplasma väikese koguse (0,1—0,2 ml) kasutamisel väga ebatäpsed, mille tõttu neid ei saa imikute uurimiseks soovitada.

Et leelisreservi väikesest vereplasma kogusest orienteeruvalt kindlaks teha, kasutavad P. Perfiletova (3), H. Cremer ja P. Knapstein (6) J. Woottoni ja E. Kingi (1949. a.) meetodi H. Lehmanni modifikatsiooni (8), mida hilisemas kirjanduses nimetataksegi H. Lehmanni meetodiks. Selle puhul võetakse rida proove, kusjuures indikaatori metüülpunase juuresolekul määratakse, millise kontsentratsiooniga H_2SO_4-lahuse lisamisel on vereplasma pH väärtus 5,5. G. Derviz, I. Vinogradova ja A. Safarova (1) soovitavad hapete-leeliste tasakaalu nihete kindlakstegemiseks veterinaariast üle võtta A. Nevodovi (2) mikromeetodi. Mainitud mikromeetodil määratakse titrimeetriliselt hemolüüsitud kapillaarsest verest leeliseste ainete üldvarud, seega vereplasma ja rakkudes olevate puhveraluste üldhulk. Uuringuks on vaja ainult 0,2 ml kapillaarset verd. Peab arvestama, et uuringu tulemust mõjustab vere hemoglobiinisisaldus, sest Hb on üks olulisemaid erütrotsüütidesiseseid puhveraluseid. Tavaliselt ulatub vere leelisvaru A. Nevodovi järgi 100—115 mekv./l (1, 2).

Käesolevas töös võrreldi H. Lehmanni ja A. Nevodovi meetodil saadud andmeid van Slyke'i meetodil saadud andmetega. Uuritavateks olid Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla patsiendid vanuses 5—15 a. Neil diagnoositi mitmesuguseid haigusi erinevas staadiumis. Kokku oli 42 last, kellel 53 korral määrati üheaegselt vereplasma leelisreserv van Slyke'i gasomeetrilisel makromeetodil ja H. Lehmanni meetodil ning vere leelisvaru A. Nevodovi meetodil.

Kui võrdlesime H. Lehmanni meetodil ja van Slyke'i gasomeetrilisel makromeetodil saadud tulemusi, selgus, et andmed ühtisid (või erinesid ± 1 mekv./l piires) 53 uuringust 37-l, seega $^2/_3$. Viie uuringu puhul oli H. Lehmanni meetodil saadud tulemus ühe mekv./l võrra suurem ja 11 uuringu korral 1—3 mekv./l võrra väiksem kui van Slyke'i meetodi puhul. Madalamaid väärtusi täheldati sagedamini siis, kui patsiendi vere leelisreserv oli kõrgem (25—27 mekv./l). P. Perfiletova võrdles samu meetodeid ja näitas, et erinevus ei küündinud kunagi üle 2 mekv./l. H. Lehmanni andmeil, kes võrdles oma tulemusi van Slyke'i titrimeetrilisel meetodil saadud andmetega, oli erinevus 100 juhust 11-l ± 2 mekv./l ja 5 juhul ± 3 mekv./l.

A. Nevodovi meetodil saadud tulemused erinesid van Slyke'i meetodil saadud tulemustest mitmeti; ka lõpptäpi määramine oli küllalt ebatäpne, sest ainult pärast 0,01 ml tiitrimislahuse lisamist muutub tulemus kohe 5 mekv./l võrra.

Eespool toodust selgub, et leelisreservi orienteeruvaks kindlakstegemiseks varaealistel lastel tuleks haiglas kasutusele võtta H. Lehmanni

meetod. See on kiiresti teostatav, lihtne ja igas laboratooriumis rakendatav.

Reaktiivid: 1) 0,1n H_2SO_4-lahusest valmistatakse tabeli järgi 11 töölahust, milleks kasutatakse äsja destilleeritud vett. Töölahused säilitatakse seestpoolt parafiinitud klaaspudelites või õhukindlalt suletud polüetüleenist pudelites. Etiketile märgitakse (tabeli järgi) sellise vereplasma bikarbonaatide sisaldus, mis antud happega segamisel võrdses koguses annab lahuse, mille pH on 5,5; 2) 0,2%-line metüülpunase alkohoolne vesilahus. 0,2 g metüülpunast lahustatakse 70 ml 90%-lises alkoholis, millele lisatakse destilleeritud vett niipalju, et lahust oleks 100 ml.

Tabel

H_2SO_4-töölahused		Leelisreservi väärtused	
0,1n H_2SO_4-lahuse hulk (ml)	Destilleeritud vee hulk (ml)	Bikarbonaate (mekv./l)	vol. % CO_2
30,3	kuni 100,0	16	35
34,0	„ 100,0	18	40
37,9	„ 100,0	20	44
41,7	„ 100,0	22	48
45,4	„ 100,0	24	53
49,0	„ 100,0	26	57
52,9	„ 100,0	28	62
56,7	„ 100,0	30	66
60,6	„ 100,0	32	70
64,2	„ 100,0	34	75
68,0	„ 100,0	36	79

5—6 cm kõrgustesse katseklaasidesse (diameeter 6—7 mm), mis on valmistatud leelisvabast klaasist, pipeteeritakse igaühte 0,2 ml metüülpunase lahust ja 0,1 ml H_2SO_4-töölahuseid tõusvas kontsentratsioonis. Katseklaasid nummerdatakse. Lahuste segamiseks rullitakse katseklaase peopesade vahel. Vereplasma hapete-leeliste tasakaalu reguleeritakse alveolaarõhu abil, mida ettevaatlikult puhutakse plasmasse mikropipeti kaudu sügava väljahingamise lõpul. Sama pipetiga lisatakse igasse katseklaasi 0,1 ml nimetatud vereplasmat. Katseklaasid suletakse kummikorkidega ja nende sisu segatakse uuesti peopesade vahel rullimise teel. 20 sekundi pärast hinnatakse, millise H_2SO_4-kontsentratsiooni puhul muutus kollane värvus punaseks. Esimeses punase värvusega katseklaasis on pH 5,5 ja sellele H_2SO_4-lahusele vastabki analüüsitava vereplasma leelisreservi väärtus (vt. tabel). Kui kõrvuti asetsevates katseklaasides on ühes täiesti kollane lahus ja teises täiesti punane, siis võetakse nende leelisreservide keskmine väärtus. Punakaskollase värvuse puhul tuleb arvesse esimene punase värvusega lahuse kontsentratsioon. Meie katsetest selgus, et värvuste ülemineku hindamisel on soovitatav kasutada otsapidi lahusesse pistetud filterpaberi ribasid, mis värvuste üleminekut võimaldavad paremini kindlaks teha, sest kalgendunud valk maskeerib värvust.

Et leelisreservi võimalikult vähesest vereplasmast määrata, võib võtta plasmat ja kõiki reaktiive ainult pooles koguses. Sel puhul saab värvuse muutuse filterpaberi abil kindlaks teha. Ühe katseklaasi tarvis kulub sellisel korral ainult 0,05 ml plasmat. Kui teha kõik 11 proovi, kulub katsete teostamisel poole kogusega ikkagi 0,55 ml plasmat. Et hapete-leeliste tasakaalu nihkeid orienteeruvalt määrata, võib haigel teha ainult 2 proovi leelisreservi normi alumise ja ülemise piiri väärtustele vastavate H_2SO_4-lahustega: imikutel 18 ja 24 mekv./l, 1—3-aastastel 20 ja 26 mekv./l, 4—15-aastastel 20 ja 28 mekv./l. Nii kulub selleks ainult 0,1 ml vereplasmat. Kui on teada, millises suunas leelisreservi nihe tõenäoliselt esineb, siis võib seda määrata ainult vastavas kitsas diapasoonis. Neljaks korraks on tarvis 0,2 ml plasmat, seega 0,5 ml verd, mida võetakse sõrme- või varbaotsast (7). Sel viisil võib analüüsi vajaduse korral teha mitu korda päevas.

Leelisreservi tuleks H. Lehmanni meetodil määrata kõigis haiglates, kus ravitakse varaealisi lapsi. Hingamise puudulikkuse, enteraalse toksikoosi, mürgistuste, neeruhaiguste jt. katastroofiliste seisundite puhul on ravi juhtimiseks hapete-leeliste tasakaalu tingimata tarvis korduvalt uurida ja patoloogiliste nihete puhul seda vastavalt korrigeerida.

KIRJANDUS: 1. Дервиз Г. В., Виноградова И. Л., Сафарова А. А. Лабор. дело, 1964, 2, 67—70. — 2. Неводов А. П. Лабор. практика, 1930, 3, 20—22. — 3. Перфилетова П. Е. Лабор. дело, 1963, 9, 26—27. — 4. Сулейманова Н. С. Педиатрия, 1964, 8, 53—57. — 5. Тодоров Й. Клинические лабораторные исследования в педиатрии. Перев. с болгарского языка. София, 1963. 705—706. — 6. Cremer, H. J., Krapstein, P. Arch. Kinderheilkunde, 1964, B. 171, 2, 110—115. — 7. Keres, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 30—33. — 8. Lehmann, H. Lancet, 1951, vol. I, 718—719. — 9. Siggaard-Andersen, O., Engel, K., Jorgensen, K., Astrup, P. Scand. J. Clin. and Lab. Invest., 1960, 12, 2, 172—176.

О МИКРОМЕТОДАХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СДВИГОВ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ КРОВИ

Л. Керес и *Л. Лаарманн*

Резюме

При заболеваниях детей раннего возраста нарушения кислотно-щелочного равновесия встречаются чаще, чем у детей более старших. Полную картину кислотно-щелочного равновесия организма можно получить, если знать pH плазмы крови, pCO_2 и содержание бикарбонатов, т. е. щелочной резерв.

При исследовании детей раннего возраста из-за их малого веса следует пользоваться микрометодами, при которых достаточным оказывается 0,2—0,5 мл крови.

В настоящей работе сравниваются данные, полученные методом Х. Лемачна и А. Неводова с результатами, полученными методом Ван-Слайка. С этой целью в Тартуской городской клинической детской больнице было произведено обследование детей в возрасте 5—15 лет. У 42 детей 53 раза были изучены одновременно щелочной резерв плазмы крови газометрическим методом Ван-Слайка и методом Х. Леманна, а также методом А. Неводова.

На основе полученных данных можно рекомендовать для ориентировочного определения щелочного резерва у детей раннего возраста метод Х. Леманна, который прост, легко осуществим и годен к внедрению в любой лаборатории.

INIMESE KROMOSOOMIDEST JA NENDE UURIMISE VIISIDEST

A. MIKELSAAR

(Tartu Riikliku Ülikooli Meditsiini Teadusliku Uurimise Kesklaboratooriumist, juhataja dotsent *K. Põldvere*)

Organismi pärilike tunnuste arenemisel etendavad väga olulist osa kromosoomid, s. o. evolutsiooni kestel väljakujunenud nukleoproteiidide kompleksid, mis on spetsialiseerunud päriliku informatsiooni säilitamisele, edasiandmisele ja realiseerimisele. Nende koostisse kuuluvas desoksüribonukleiinhappes on geenidena kodeeritud informatsioon, mis on vajalik kõikide valkude (sealhulgas fermentide) sünteesiks rakus. Üks geen (desoksüribonukleiinhappe molekuli osa) vastutab ühe valgu (fermendi) sünteesi eest. Kromosoomide arvu ja struktuuri muutumine toob kaasa nn. geenilise tasakaalu muutumise: mõnede geenide arv võib suureneda, mõned võivad kaduda, teiste funktsioon aga võib muutuda ümberpaigutumisel ühest kromosoomi osast teise või ühest kromosoomist teise.

Elusorganismides kulgevad kõik keemilised reaktsioonid fermentide vahendusel. On arusaadav, et nende sünteesi häirumisel takistub organismi normaalne areng. Fermendi sünteesi puudulikkus avaldub väga mitmesugustes vormides: see võib põhjustada loote surma juba väga varajases arenemisjärgus, võib olla aluseks anomaaliatega laste sündimisele ja võib põhjustada haiguse avaldumist täiseas.

Tuntakse nn. kromosomaalseid haigusi, mille puhul tavalise mikroskoobi abil on leitud spetsiifilisi kromosoomide muutusi keharakkudes, kusjuures patoloogilisi muutusi organismis saab pidada neist muutustest põhjustatuks. Siia kuuluvad Turner-Šereševski sündroom, Klinefelteri haigus, Langdon-Downi tõbi, D- ja E-trisoomia sündroomid, krooniline müeloidne leukeemia jt. Kromosoomide komplekti muutused on olulised spontaansete abortide, meeste ja naiste steriilsuse, kiiritussündroomi ja pahaloomuliste kasvajate tekkes ja arengus.

Kromosomaalsete haiguste õige diagnoosimine on aluseks õige raviplaani väljatöötamisel. Sugulise diferentseerumise häirete ravis on see juba palju kasu toonud. Kromosoomid asetsevad rakutuumas ja nad on tavalises mikroskoobis nähtavad ainult mitoosi ajal. Nad tulevad siis esile pikkade hästi värvuvate kepikesekujuliste moodustistena. Profaasi lõpul ja metafaasis võib näha, et kromosoom on moodustatud kahest pikipoolest ehk kromatiidist. Anafaasis eralduvad viimased teineteisest ja muutuvad tütarkromosoomideks.

Kromosoomile kinnitub mitoosi käävi niit. Niidi kinnitumiskohta nimetatakse tsentromeeriks ehk primaarseks sooniseks, mis kromosoomi jaotab kaheks ristipooleks ehk haaraks. Mõnel kromosoomil on otste lähedal veel sekundaarsed soonised, mis mõnikord eraldavad peene niidina väikese osa kromosoomist — satelliidi.

Kromosoomide peamisteks ehituskivideks on desoksüribonukleiinhappe molekulide kaksikspiraalid kompleksis aluseliste valkude histoonide ja happelise jääkvalguga. Peale selle kuuluvad kromosoomide koostisse ribonukleiinhape ning kaltsiumi ja magneesiumi ioonid.

Interfaasis ei ole kromosoomid tavalises mikroskoobis nähtavad, sest nad on siis despiraliseerunud ja adsorbeerivad vähe värvi. Interfaasis toimub raku elutegevuseks vajalike valkude peamine süntees ja despiraliseerunud seisund on oluline informatsiooni «lugemiseks» desoksüribonukleiinhappe pinnalt, sest ainult selles seisundis on kromosoom aktiivne, s. t. ta sünteesib oma pinnal valgusünteesiks vajalikku informatsioonilist ribonukleiinhapet.

Igas keharakus leidub diploidne arv kromosoome ($2n$). Küpsenud sugurakkudes on neid reduktsioonjagunemise tõttu poole vähem [haploidne arv (n)]. Viljastumisel saab laps nii isalt kui ka emalt n hulga kromosoome (23), nii et igal normaalsel inimesel on neid keharakkudes $n+n=2n$ (46). Iga tüüpi kromosoome saab ta kaks: ühe isalt ja teise emalt. Neid kromosoomide paare nimetatakse homoloogiliste kromosoomide paarideks, rakus sisalduvat kromosoomide komplekti aga kromosoomide garnituuriks.

Tunnuste gruppi (kromosoomide arv, vorm, mõõtmed jt. tunnused), mis on vajalik antud kromosoomide komplekti identifitseerimiseks, nimetatakse karüotüübiks (vt. tahvel XI). See on iseloomulik indiviidile ja liigile. Karüotüüpi skeemina nimetatakse idiogrammiks. Käesoleval ajal on inimese kromosoomid küllaltki hästi uuritud, näiteks kui üks uurija räägib kromosoomist nr. 1, siis on teistel täiesti selge, millest on juttu.

Kromosoome klassifitseeritakse vastavalt tsentromeeri asetusele ja kromosoomi pikkusele. Karüotüübi uurimisel paigutatakse kromosoomide paarid alanevas pikkuse järjekorras. Eristatakse kolme põhitüüpi (erinevused nende vahel ei ole absoluutsed): 1) akrotsentrikud — sageli satelliite kandvad lühikese, mõnikord isegi mittemärgatava väikese haaraga kromosoomid; 2) submetatsentrikud — ebavõrdse haarade pikkusega kromosoomid; 3) metatsentrikud — võrdse haarade pikkusega kromosoomid.

Inimese kromosoomid jaotatakse autosoomideks ja heterosoomideks ehk gonosoomideks (sugukromosoomideks). Autosoome on 7 gruppi, mis haaravad endasse 22 paari kromosoome.

A-grupp (1—3): esimese paari moodustavad meta-, teise submeta- ja kolmanda jällegi metatsentrilised, kuid esimestest lühemad kromosoomid. B-grupp (4—5): 2 paari suuri submetatsentrikuid. C-grupp (6—12): 6 paari keskmise suurusega submetatsentrikuid. D-grupp (13—15): 3 paari suuri akrotsentrikuid. E-grupp (16—18): 16. kromosoom on metatsentrik, 17. ja 18. submetatsentrikud. F-grupp (19—20): 2 paari väikseid metatsentrilisi kromosoome. G-grupp (21—22): 2 paari väikseid akrotsentrilisi kromosoome.

Sugukromosoome on nii mehel kui ka naisel üks paar. Naisel on nendeks kaks submetatsentrilist X-kromosoomi. Suuruse poolest on nad enam-vähem ühetaolised C-gruppi kuuluvate 6. ja 7. kromosoomiga. Mehel on üheks sugukromosoomiks samuti X-kromosoom, teiseks aga väike paralleelsete haaradega Y-kromosoom, mis G-grupi kromosoomidest on natuke pikem. Autosoomide arvu ja struktuuri üle saab otsustada ainult mitootiliste kromosoomide otsese uurimise teel. X-kromosoomide arvu kindlakstegemiseks on aga olemas kiirmeetod, mis põhineb interfaasis olevate tuumade uurimisel.

1949. a. avastas Barr emaste kasside rakutuumades tuumamembraani sisepinnal väikese intensiivselt värvunud kehakese, mida isastel kassidel ei olnud. Inimese keharakkude uurimisel tehti kindlaks samasugune erinevus: naistel oli niisugune kehakene, meestel ei olnud. Barri ehk sugukromatiinikehakene on üks spiralisatsiooniseisundis olev kromosoom naise kahest X-kromosoomist (vt. tahvel XI, mikrofoto 3). See kromosoom jääb rakus toimuvatest sünteesiprotsessidest kõrvale juba varases looteeas. Ta on normaalse naise arenguks vajalik ainult embrüogeneesi varaseimal etapil.

Barri kehakeste ja X-kromosoomide arvu vahel valitseb kindel sõltuvus: X-kromosoomide arv on sugukromatiinikehakeste arvust alati ühe võrra suurem. Metoodilise lihtsuse tõttu on sugukromatiinikehakeste uurimine väga sobiv X-kromosoomide arvu muutumisega seoses olevate haiguste kiireks selgitamiseks. Seda saab teha igas jaoskonnahaiglas, kus on mikroskoop.

Sugukromatiini uurimiseks võetakse natuke suuõõne limaskesta kaabet tagumiste purihammaste juurest, asetatakse see esemeklaasile ja lisatakse sinna tilk värvi (näiteks atseetorseiini). Lastakse paar minutit värvuda, pannakse peale katteklaas ja sellele filterpaber ning surutakse pöidlaga nii, et katteklaas oleks tugevasti vastu esemeklaasi. Selle tulemusena tuumad lamenevad ja sugukromatiinikehake tuleb hästi nähtavale. Uuritakse õliimmersioonobjektiivi abil. 10 minuti jooksul on võimalik saada orienteeruvad andmed X-kromosoomide arvu kohta. Sellisel viisil võib kiiresti diagnoosida Turner-Šereševski sündroomi, Klinefelteri haigust jms.

Peale suuõõne limaskesta rakkude sobivad sugukromatiini uurimiseks ka kõik teised keharakud: tupe limaskest, nahk, perifeerne veri jt. Perifeerses veres otsitakse neutrofiilsete leukotsüütide tuumade küljes nn. trummipulgakesi, mis vastavad Barri kehakestele teistes rakkudes. Viimasel ajal aga peetakse Barri kehakeste uurimist usaldusväärsemaks, sest trummipulgakeste esinemine sõltub menstruaaltsükli faasidest ja leukopoeesi intensiivsusest. Kui X-kromosoomide arv on üle kolme (patoloogias), siis trummipulgakeste arv sageli ei vasta sellele, s. t. pole alati ühe võrra väiksem.

Teiste kromosoomide uurimiseks pole selliseid kiirmeetodeid ja siin on kindlasti vajalikud kromosoomide uuringud metafaasis olevais rakkudes (vt. tahvel XI, mikrofoto 1). Põhimõtteliselt sobivad kromosoomide uuringuks kõik koed, mis sisaldavad palju jagunevaid rakke (luuüdi, *testis*) või mille jagunemist koekultuuris on võimalik stimuleerida (perifeerne veri, nahk, lootekoed jt.), sest, nagu eespool öeldud, kromo-

soomide uurimiseks kõlbavad vaid mitootiliselt jagunevad rakud. Metoodika erinevus tuleneb kudede kasvu laadist.

Suhtelise lihtsuse tõttu uuritakse tänapäeval kõige rohkem perifeerset verd. Selleks võetakse veenist 10 ml verd (vastsündinul piisab isegi 0,2 ml-st, mida saab sõrmeotsast). Leukotsüüdid eraldatakse erütrotsüütidest tsentrifuugimise teel või sel teel, et pärast 0,5 ml 10%-lise želatiinilahuse lisamist lastakse verd umbes tund aega seista. Seejärel eraldatakse plasmakiht leukotsüütidega, lisatakse veel kaks osa sünteetilist söödet (näiteks nr. 199), veidi fütohemaglutiniini (stimuleerib lümfotsüüte mitootiliselt jagunema) ja antibiootikume ning kultiveeritakse 10 ml-listesse pudelitesse (1,5 ml kaupa) valatuna 37° C juures 48—72 tundi. Pärast selle aja möödumist lisatakse kultuurile kolhitsiini (2—4 tunniks), mille toimel rakkude jagunemine metafaasis peatub (vastavalt kolhitsiini toimeaja kestusele suureneb kromosoomide uuringuks sobivate rakkude arv kultuuris). Seejärel viiakse rakud 20—40 minutiks hüpotoonilisse keskkonda (näiteks destilleeritud vette), mille toimel kromosoomid paisuvad, eemalduvad üksteisest ja muutuvad mikroskoobis hästi uuritavaks (võrdle mikrofoto 1 ja 2). Pärast seda fikseeritakse rakud metanooli ja jää-äädikhappe seguga (3 : 1), et säilitada antud momendile omast struktuuri. Fikseeritud rakkude suspensioonist tehakse äigepreparaadid, lastakse neil toatemperatuuril paar tundi kuivada, värvitakse (atseetorseiin jt.) ning sulundatakse (näiteks kanada palsamisse). Valmispreparaate uuritakse tavalises mikroskoobis väikese suurenduse juures ja märgistatakse kromosoomide uurimiseks sobivad metafaasiplaadid (kromosoomid peavad neis olema üksteisest eraldi ja ühes tasapinnas). Statistiliselt usaldusväärsete andmete saamiseks tuleb vaatluse alla võtta 30—100 rakku. Kromosoomid joonistatakse suures suurenduses ning joonistelt loendatakse nende arv rakkudes. Osa metafaasiplaatidest aga fotografeeritakse kromosoomide mõõtmiseks ja karüotüübi uurimiseks (kromosoomid lõigatakse fotodest välja ja kleebitakse paberile homoloogiliste paaride kaupa).

Perifeerse vere uurimine on lihtsam kui teiste kudede uurimine, kuid viimane võimaldab selgitada mosaiikide olemasolu (mosaiikideks nimetatakse organisme, kelle keharakkudes kromosoomide arv ei ole ühesugune).

Kromosoomide uuring annab ettekujutuse patsiendi (vajaduse korral ka tema vanemate ja sugulaste) kromosoomide arvust ja struktuurist ning võimaldab selgusele jõuda, kas anomaalia või haigus võib põhjustatud olla kromosoomide muutumisest või mitte.*

SOOVITATAV KIRJANDUS: 1. Штерн К. Основы генетики человека. М., 1965. — 2. Эфроймсон В. П. Введение в медицинскую генетику. М., 1964. — 3. Хромосомные болезни человека. Под ред. Е. Ф. Давиденковой. Л., 1965. — 4. Darlington, C. D. a. La Cour, L. F. The Handling of Chromosomes. London, 1962. — 5. Yunis, J. J. Human Chromosome Methodology. New York a. London, 1965.

О ХРОМОСОМАХ ЧЕЛОВЕКА И МЕТОДАХ ИХ ИЗУЧЕНИЯ

А. Микельсаар

Резюме

В формировании наследственных признаков организма большое значение имеют хромосомы. Во входящей в их состав дезоксирибонуклеиновой кислоте содержится закодированная в виде гена информация, необходимая для синтеза в клетке всех белков (в том числе и ферментов). Так как все химические реакции в живых организмах протекают с помощью ферментов, то понятно, что нарушение их синтеза задерживает развитие организма.

* Konsulteerimiseks võib pöörduda aadressil: Tartu, Burdenko t. 34, Tartu Riikliku Ülikooli Meditsiini Teadusliku Uurimise Kesklaboratoorium.

Известны многие так называемые хромосомные заболевания, при которых находят специфические изменения хромосомы, причем найденную в организме патологию можно считать обусловленной этими изменениями. Правильная диагностика хромосомных заболеваний является основой для выработки правильного плана лечения.

В статье дан обзор классификации хромосом и методов их исследования с целью диагностики хромосомных заболеваний.

KOLESTERIINI-AINEVAHETUSEST EESTI NSV ELANIKEL

Farmaatsiakandidaat *E. VAGANE* ja *M. SAAVA*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Südame ja veresoonte haiguste profülaktika on vabariigis väga aktuaalne. A. Gunteri (10) andmeil põhjustavad need haigused meil poole suremusest ja 70% invaliidsusjuhtudest. I. Levin (12) märgib, et 1958. a. olid Tallinnas 47,1% surmapõhjustest südame ja veresoonte haigused. Suremus kardiovaskulaarsetesse haigustesse on meil isegi suurem kui Ameerika Ühendriikides, Inglismaal, Rootsis jt. majanduslikult arenenud kapitalistlikes riikides, kus A. Merkovi (8) andmeil nimetatud haigused olid 1959. a. surma põhjusteks 32—40%-l juhtudest. Majanduslikult vähearenenud maades haigestutakse südame ja veresoonte haigustesse harva, näiteks Mehhikos, Guatemaalas, Filipiinidel ja Hispaanias moodustasid need 1959. a. ainult 2—12% surmapõhjustest (8). F. Arnemani (1) tööst selgus, et ajavahemikul 1946—1956 vähenes Eesti NSV maaelanike üldhaigestumus 21,3% võrra, kuid haigestumus südame ja veresoonte haigustesse suurenes 16% võrra, kusjuures nimetatud haiguste esinemissagedus suurenes juba vanuses 20—29 aastat.

N. Anitškovi tuntud kontseptsiooni järgi on ateroskleroosi arenemine seotud kolesteriini-ainevahetuse häiretega. Ateroskleroos on väga sageli müokardiinfarkti ja muude kardiovaskulaarsete haiguste põhjuseks. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla 1950.—1959. a. materjalide analüüsimisel K. Lust (13) selgitas, et ateroskleroos põhjustas südamelihase infarkti 55%-l juhtudest. Seega on üks tee südame ja veresoonte haiguste vastu võitlemiseks kolesteriini-ainevahetuse normaliseerimine.

Kirjanduses leidub vähe andmeid Eesti NSV elanike kolesteriini- ja rasva-ainevahetusest. Tuntud on I. Glazunovi (tsit. 5 järgi) uurimus, millest selgus, et Tallinna elanike vere kolesteriinisisaldus oli kõigis vanusegruppides (20—59 a.) tunduvalt kõrgem kui Dušanbe ja Rjazani elanikel. Autor seostab seda suremusega müokardiinfarkti, mis Tallinna elanikel oli 3,3 korda kõrgem kui Dušanbe elanikel ja üle kahe korra kõrgem kui Rjazani elanikel.

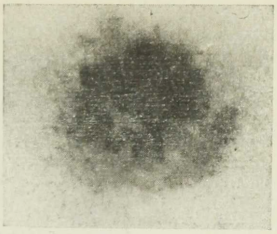
Aastail 1962—1964 uuriti (14) toitumise ja ainevahetuse iseärasusi Rapla rajooni «Tasuja» ning Paide rajooni «Võidu» kolhoosis, Märjamaa alevis ja Kiviõli linnas elunevatel inimestel. Uuringutega hõlmati 146 perekonda, neist 56 kolhoosniku, 60 põlevkivikaevuri ning põlevkivikeemiakombinaadi töölise ja 30 teenistuja peret. Muude biokeemiliste näitajate kõrval määrati ligi 300 täiskasvanul (2 isikut igast perekonnast) mai- ja oktoobrikuus vereseerumi üldkolesteriini-sisaldus Bljur-Neischle meetodil. Verd analüüsiks võeti uuritavatel veenist hommikuti enne söömist.

Töö tulemused on esitatud joonisel 1 ja 2. Joonisel 1 on toodud uuritud elanike rühmade vereseerumi üldkolesteriini-sisalduse keskmised näitajad ja aritmeetiliste keskmiste keskmised vead. Üldkolesteriini-sisalduse normiks vereseerumis pidasime A. Pokrovski (9) järgi 130—200 mg%. Joonisel 2 on näidatud Paide rajooni «Võidu» kolhoosi naiste ja meeste vereseerumi üldkolesteriini-sisalduse keskmised näitajad vanusegruppide

A. Mikelsaar



Mikrofoto 1
27-aastase normaalse mehe perifeerse vere kultuuri metafaasplaat (mõjustatud hüpotoonilise lahusega ja värvitud Giemsa ammoniaagimeetodil, suurendus 1350×)



Mikrofoto 2
Inimese 3 kuu vanuse loote kromosoomid. Trüpsiniseeritud koekultuur. Hüpotoonilise lahusega mõjustamata (värvitud tioniiniga, suurendus 1350×)



Mikrofoto 3
30-aastase normaalse naise suuõõne epiteelirakk Barri kehakesega (värvitud atseetorseiiniga, suurendus 1350×)

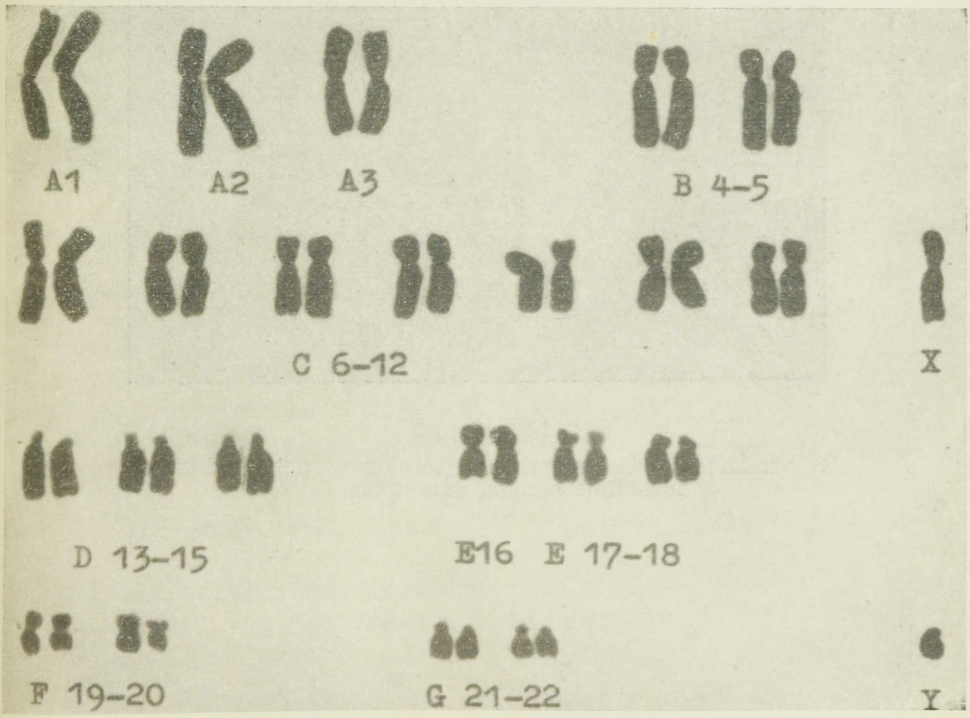
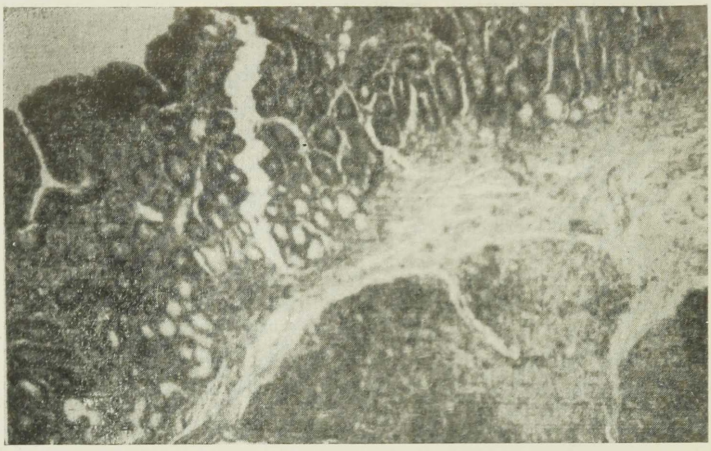
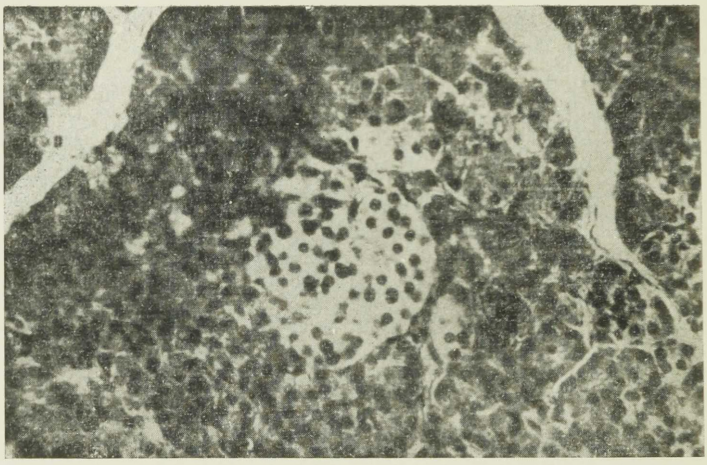


Foto
Karüotüüp, mis on koostatud mikrofotol 1 näidatud metafaasplaadist väljalõigatud kromosoomidest



Mikrofoto 1

Kõhunäärme kude paikneb kaksteistsõrmiksoole seina *t. submucosa*'s (värvitud hematoksüliineosiiniga, suurendus 36×)



Mikrofoto 2

Kõhunäärme kude Langerhansi saarekesega (värvitud hematoksüliineosiiniga, suurendus 144×)

järgi. Võrdluseks on joonisel ka I. Glazunovi andmed Tallinna meeste vereseerumi üldkolesteriini-sisalduse kohta.

Tööst selgus, et kõikides uuritud elanike rühmades ületas vereseerumi keskmine üldkolesteriini-sisaldus 200 mg% (aritmeetiliste keskmiste piirid 206—233 mg%). Hüperkolesterineemiat täheldati üksikutes rühmades 55—75%-l uurituist. Ka kõikides 30-aastaste ja vanemate isikute gruppides oli keskmine üldkolesteriini-sisaldus normist kõrgem. Isegi noortel (20—29 aastat) oli vereseerumi kolesteriinipeegel sageli üle 200 mg%. Selliseid andmeid sai ka I. Glazunov (tsit. 5 järgi).

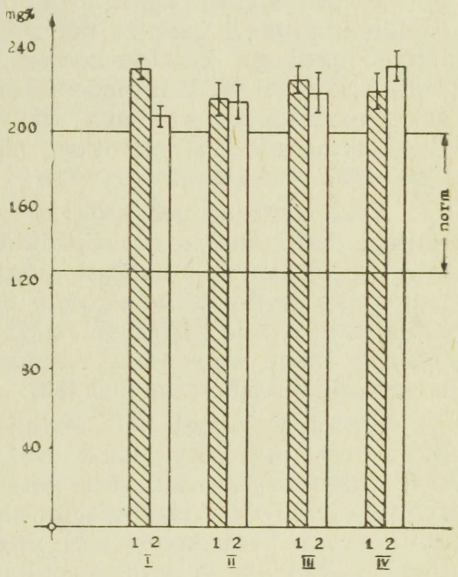
Vere kolesteriinipeegel tõusis vanusega, kuid statistiliselt ei õnnestunud tõestada olulist erinevust kõikide vanuserühmade vahel. Samuti ei täheldatud kindlat erinevust meeste ja naiste vereseerumi kolesteriinisisalduse ega ka mai- ja oktoobrikuus tehtud analüüside vahel.

Miks Eesti NSV elanike vere kolesteriinipeegel on kõrge? A. Mjasnikov (6) peab hüperkolesterineemia tekkimist mitmete tegurite kompleksse toime tagajärjeks. Selles kompleksis on olulisemad neuropsüühiline ülepinge ja organismi vajadustele mittevastav toit, mis pikapeale kutsuvad esile kolesteriiniainevahetuse häireid.

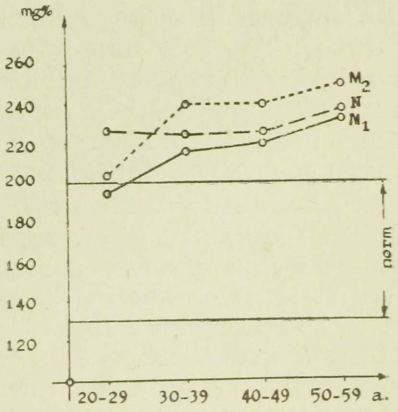
Närvisüsteemi tugeva pingutuse korral tõuseb ka vere kolesteriinisisaldus. Nii tekib hüperkolesterineemia üliõpilastel eksamiperioodil, artistidel esinemiste ajal jne. Närvisüsteemi erutavad ravimid (kofeiin, fenamiin jt.) tõstavad, kuid närvisüsteemi rahustavad farmakonid (kloraalhüdraat, amütaalnaatrium jt.) alandavad vere kolesteriinipeeglit (2, 6).

Inimese närvipinge iseloomustamiseks pole meil häid meetodeid ega näitajaid. Seetõttu püütakse seda teha mõningate kaudsete näitajate abil. Näiteks A. Mjasnikov (5) märgib, et Tallinna elanikel tuli üle elada Saksa okupatsiooni raskused, mida Dušanbe ja Rjazani elanikel polnud. Meie arvates väärivad tähelepanu veel muudki elanike närvipinget kaudselt iseloomustavad andmed.

Meie majandusteadlased (7) kinnitavad, et 1960. a. ületas keskmine tööstustoodang Eesti NSV elaniku kohta 30% võrra Nõukogude Liidu



Joonis 1.
Kiviõli linna (I), Märjamaa alevi (II), Rapla rajooni «Tasuja» kolhoosi (III) ja Paide rajooni «Võidu» kolhoosi (IV) elanike vereseerumi keskmine kolesteriinisisaldus.
1 — kevadel, 2 — sügisel



Joonis 2
Paide rajooni «Võidu» kolhoosi meeste (M_1), sama kolhoosi naiste (N) ja Tallinna meeste [M_2 (I. Glazunovi andmed)] vereseerumi kolesteriinisisaldus erinevate vanuserühmade järgi

keskmise tööstustoodangu elaniku kohta. Ka meie kolhoosnikute tööviljakus on teiste liiduvabariikide põlluharijate tööviljakusest märksa suurem (3). 1959. a. rahvaloenduse andmeil tegi Eesti NSV-s peamiselt vaimset tööd 23,7% töötajaist. Vaimse töö tegijate erikaal oli meil kõrgeim (Nõukogude Liidu keskmine 20,7%) ja vastavalt sellele füüsilise töö tegijate erikaal madalaim liiduvabariikide hulgas (4). Eesti NSV töötajaist üle poole (1959. aastal 50,1%) moodustavad naised. Naiste osavõtt kutsetööst on meil Nõukogude Liidu keskmisest (11) ainult mõnevõrra kõrgem, kuid ületab tunduvalt vastava näitaja kapitalistlikus Eestis. Töötavale naisele langeb peaaegu kõikide koduste tööde raskus. 25 aasta (1939.—1964. a.) vältel on Eesti NSV linnade elanike arv kasvanud rohkem kui kahekordseks, maaelanike arv aga on vähenenud 30% võrra. Kui 1939. a. elas Eesti linnades 34% elanikest, siis 1964. a. algul oli linnaelanikke juba 62% (15).

Need näitajad peegeldavad tsivilisatsiooni kiiret arengut vabariigis, millega käib kaasas neuropsüühiline ülepinge. Ameeriklased nimetavad kardiovaskulaarseid haigusi mõnikord «mänedžeri haigusteks», sest vastutusrikas ja närviline vaimne töö, millega kaasneb vähe liikuv eluviis, soodustab nende haiguste tekkimist. Ka meil täheldatakse müokardiinfarkti kõige sagedamini vaimse töö tegijail. Sellesse haigusse haigestuvad kõige rohkem mehed (13).

Ilmselt mõjustab kolesteriini-ainevahetust toit, kusjuures selles sisalduva rasva ja kolesteriini kõrval on tähtsad ka muud komponendid. Näiteks valguvaegus soodustab kolesteriinipeegli tõusu veres. Seevastu A-, B_6-, B_{12}-, PP-, C- ja P-vitamiinid aitavad kolesteriini-ainevahetust normaliseerida. Vere kolesteriinipeeglit alandavad küllastamata rasvhapped, linool-, linoleen- ja arahhidoonhape (F-vitamiin). Taimeraku kestaine tselluloos, toorkiud, pektiinained ja muud raskesti seeditavad toiduosised soodustavad kolesteriini eemaldamist organismist (2).

Eesti NSV elanike toit on seniste uurimistööde (14) järgi küllaldase kalorsusega ja rasvarikas. Tööliste ja kolhoosnikute toidu kalorsusest andis rasv 30—32% (norm 25—30%), teenistujate toidu kalorsusest koguni 36—39%. 87—95% rasvast moodustasid loomsed rasvad ja ainult 5—13% (norm 15—20%) taimerasv. Taimeõli tarvitasid ainult üksikud perekonnad, mille tõttu on väga tõenäoline, et Eesti NSV elanikel esineb küllastamata rasvhapete puudust. Märkimist väärib veel see, et toiduratsioonides oli rasva 20—50% rohkem kui valku. Köögivilja söödi 50%, puuvilja ja marju 25—35% ning leiba-saia 75% ulatuses füsioloogilisest normist, mis kehtib Nõukogude Liidu elanike kohta. Liiga palju tarvitati aga suhkrut (125% normist) ja muid rafineeritud toiduaineid, mille osatähtsus linnaelanike toidu kalorsusest moodustas juba 42—49%. Niisugused toiduratsioonid on vitamiini-, mineraalaine- ja jääkainevaesed.

Tsivilisatsiooni tõttu tekkinud uus, eluolustikuliste tegurite kompleks (kõrge närvipinge ja organismi vajadusi halvasti rahuldav toit) on tõenäoliselt üks peamisi põhjusi, mille tõttu Eesti NSV elanikel esineb kolesteriini-ainevahetuse häireid. Kolesteriini-ainevahetuse normaliseerimise abinõud võivad olla efektiivsed ainult siis, kui need ulatuvad ainevahetushäirete tekkepõhjusteni. Ratsionaalne töö- ja puhkusrežiim, vaimse töö tegijate närvisüsteemi tasakaalus hoidmine füüsilise aktiivsuse suurendamise teel, organismi vajadusi rahuldav toit ja toitumisrežiim peaksid kuuluma rakendatavate abinõude hulka.

On tarvis süvendada ja laiendada Eesti NSV elanike rasva-ainevahetuse iseärasuste uurimist selleks, et paremini välja selgitada seoseid rasvaainevahetuse häirete ja patoloogia tekkimise vahel. Uurima peab ainevahetust ka noorukitel ja lastel, sest on alust arvata, et ainevahetushäired saavad alguse juba enne täiskasvanuks saamist.

KIRJANDUS: 1. Арнеман Ф. Г. Здравоохранение Советской Эстонии. Сборник 6. Таллин, 1957, 33—42. — 2. Ганелина И. Е. и др. Обмен липидов и атеросклероз. М.—Л., 1965. — 3. Затраты труда на производство сельскохозяйственной продукции в колхозах и совхозах. Вестник статистики. 1963, 10, 88—94. — 4. Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года СССР (сводный том), М., 1962. — 5. Мясников А. Л. Терапевт. архив, 1960, 8, 3—14. — 6. Мясников А. Л. Атеросклероз. М., 1960. — 7. Научное совещание географов и экономистов Прибалтики. Резюме докладов. Таллин, 1963. — 8. Мерков А. М. Демографическая статистика. М., 1965. — 9. Руководство по изучению питания и здоровья населения. Под ред. А. А. Покровского. М., 1964. — 10. Gunter, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 3—7. — 11. Kaufmann, V. Eesti Kommunist. 1965, 8, 36—44. — 12. Levin, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 2, 41—45. — 13. Lust, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 1, 7—10. — 14. Vagane, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 3, 26—30. — 15. 25 aastat Nõukogude Eestit. Statistiline kogumik. Tallinn 1965.

О ХОЛЕСТЕРИНОВОМ ОБМЕНЕ У ЖИТЕЛЕЙ ЭСТОНСКОЙ ССР

Э. Вагане и *М. Саава*

Резюме

В 1962—1964 годах изучались особенности питания и обмена веществ у жителей двух колхозов Раплаского и Пайдеского районов, в поселке Мярьямаа и городе Кивиыли. Обследованием было охвачено 146 семей, члены которых имели различные специальности. Примерно у 300 взрослых наряду с другими биохимическими показателями определяли также общее содержание холестерина в сыворотке крови.

Результаты обследования показали (табл. 1 и 2), что во всех группах обследованного населения среднее содержание общего холестерина превышало 200 мг%. В отдельных группах гиперхолестеринемия была отмечена у 55—75% обследованных. Даже у молодых (20—29 лет) зеркало холестерина сыворотки крови часто было выше 200 мг%. Аналогичные данные были получены и другими авторами.

Авторы обсуждают различные причины, в результате которых у жителей Эстонской ССР нарушался холестериновый обмен. Одной из главных причин они считают большое нервное напряжение и питание, не удовлетворяющее потребности организма (нерациональное питание).

LATENTNE HEGGLINI SÜNDROOM TÜREOTOKSILISE MÜOKARDIDÜSTROOFIA PUHUL

E. LAANE

(Võru Rajooni Keskhaiglast, peaarst *H. Kalda*. Teaduslik juhendaja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kardioloogiakabineti juhataja *K. Rägo*)

Müokardi türeotoksilise kahjustuse tagajärjel tekkinud südame ja vereringe puudulikkuse korral on düstroofilised muutused südamelihases enamasti kaugele arenenud ja tihti ka taandarenematud (2). Ravi annab niisuguste seisundite puhul lühiaegseid ja ebapiisavaid tulemusi. Seetõttu on tähtis, et müokardi düstroofiat avastataks võimalikult vara ja õigesti hinnataks haiguse raskust (1). Selleks püüdsime kasutada Hegglini sündroomi, mis on müokardi kahjustuse ja kontraktsioonivõime vähenemise tunnuseks (3, 4, 6, 7). Hegglini sündroomi täheldatakse aga suhteliselt harva (9, 5) ja sellega koos esinevad sageli ka muud müokardi kontraktsioonivõime nõrgenemise tunnused. Latentset Hegglini sündroomi õnnestus määrata modifitseeritud Valsalva katsu abil elektrofonokardiograafilise uurimise ajal.

Et mõnede autorite (8) arvates viitab elektrilise süstoli pikenemine südame kontraktsioonivõime langusele, mis türeotoksilise müokardidüstroofia puhul on üsna iseloomulik muutus, siis jälgisime kõikide uuringute ajal ka elektrilise süstoli absoluutset ja relatiivset väärtust.

1965. a. 1. septembrini oleme eespool kirjeldatud meetodil uurinud 53 hüpertüreoosi põdevat haiget ja 51 isikut, kelle anamneesis esines kauakestnud hüpertüreoos. Viimane pakkus huvi just müokardidüstroofia säilimise võimaluse selgitamise aspektist. Peale selle uurisime

veel 38 eutüreoidse struumaga haiget, kellest 5-l täheldasime stabiilset elektrilise süstoli pikenemist.

Meie andmed näitasid, et hüpertüreoosi puhul esines 53 haigest 27-l, s. o. 51%-l, QT-aja pikenemine. Valsalva katsu ajal lisandus sellele sümptoomile elektrilise süstoli pikenemine 18 haigel (33% uurituist). Varem põetud hüpertüreoosi puhul sedastasime QT-aja pikenemist 35 haigel, s. o. 69%-l uurituist. Valsalva kats tõi pikenenud QT-intervalli esile veel 7 haigel (13% uurituist). Seega esines hüpertüreoosi ja varem põetud hüpertüreoosi puhul QT-aja pikenemine 59%-l uurituist. Peale selle näitas Valsalva kats elektrilise süstoli pikenemist täiendavalt 25 haigel (24%).

Klassikalist Hegglini sündroomi täheldasime viiel hüpertüreoosi põdeval haigel. Valsalva katsu abil saime latentse Hegglini sündroomi nähtavaks teha veel 32 haigel. Hüpertüreoosi läbipõdenud haigete grupis olid vastavad arvud 4 ja 24. Üldse ilmnes klassikaline Hegglini sündroom 104 uuritud juhust 9-l (8,6%). Valsalva kats tõi latentse Hegglini sündroomi esile 56 haigel (54%).

Kui QT-aeg enne Valsalva katsu oli oluliselt pikenenud ja katsu ajal pikenes veelgi — samal ajal mehhaanilise süstoli vältus lühenes üle 0,05″ —, olid ravi tulemused sageli erinevad, tihti lühiaegsed ja ebapüsivad. Igasugune füüsiline ülepingutus või interkurrentne patoloogiline protsess (ka ekstrakardiaalne) võis Valsalva katsu ajal Hegglini sündroomi uuesti esile kutsuda. Ravi hilinemise korral arenes kardiovaskulaarne puudulikkus osal nendest haigetest kiiresti.

Latentse Hegglini sündroomi puhul ei ole südameglükosiidid näidus-

Tabel 1

Elektrilise süstoli (QT) pikenemine hüpertüreoosi puhul enne Valsalva katsu ja selle ajal

Haigused	Uuritud haigete arv	QT-intervalli pikenemine enne Valsalva katsu		QT-intervalli pikenemise esiletulek Valsalva katsu ajal		Kokku QT-intervalli pikenemise juhte		Valsalva katsu relatiivne väärtus QT-intervalli pikenemise esiletoomisel
		juhtude arv	%	juhtude arv	%	juhtude arv	%	
Hüpertüreoos	53	27	51	18	33	45	83	$\frac{18\times100}{27}=67\%$
Läbipõetud hüpertüreoos	51	35	69	7	13	42	82	$\frac{7\times100}{35}=20\%$
Kokku	104	62	59	25	24	87	83	$\frac{25\times100}{62}=40\%$

tatud, sest nende toime türeotoksilise müokardidüstroofia puhul võib olla koguni negatiivne. Siinjuures lisame ravimisegu, millega saime latentse Hegglini sündroomi puhul üsna häid tulemusi: *Acidi ascorbinici* 0,3; *Acidi nicotinici* 0,03; *Thiamini bromati* 0,02; *Riboflavini* 0,005; *Pyridoxini* 0,01; *Acidi glutaminici* 0,25; *Reserpini* 0,00004; *Phenobarbitali* 0,02; *Coffeini puri* 0,01—0,02; *Theobromini* 0,1; *Glucosae* 0,4. Märgitud koostisega pulbrit andsime 2 korda päevas 30 päeva vältel.

Järeldused

1. Valsalva katsu modifikatsiooni rakendamine elektrofonokardiogrammi registreerimise ajal on tundlik meetod türeotoksilise müo-

kardidüstroofia hindamisel. Latentse Hegglini sündroomi esiletulek Valsalva katsu ajal viitab südame varjatud puudulikkusele.

2. Latentne Hegglini sündroom tuli esile 58% hüpertüreoosiga ja 47% läbipõetud hüpertüreoosiga haigel. Klassikalist Hegglini sündroomi sedastasime hüpertüreoosiga haigeil ainult 9,3% ja hüpertüreoosi põdenud haigeil 7,8%.

Tabel 2

Positiivne Hegglini sündroom hüpertüreoosi puhul enne Valsalva katsu ja katsu ajal

Haigused	Uuritud haigete arv	Klassikaline Hegglini sündroom		Hegglini sündroomi ilmumine Valsalva katsu ajal		Kokku klassikalist ja latentset Hegglini sündroomi		Valsalva katsu relatiivne väärtus Hegglini sündroomi esiletoomisel
		juhtude arv	%	juhtude arv	%	juhtude arv	%	
Hüpertüreoos	53	5	9,3	32	58	37	67	$\frac{32\times100}{5}=640\%$
Läbipõetud hüpertüreoos	51	4	7,8	24	47	28	55	$\frac{24\times100}{4}=600\%$
Kokku	104	9	8,6	56	53,7	65	62	$\frac{62\times100}{9}=620\%$

3. Südame kontraktsioonivõime languse tunnusena pole elektrilise süstoli pikenemisel omaette kindlat tähendust, kuid koos latentse Hegglini sündroomiga abistab see türeotoksilist müokardidüstroofiat diagnoosida

4. Latentse Hegglini sündroomi kindlakstegemine võimaldab õigeaegselt rakendada vajalikke ravi- ja profülaktikaabinõusid kardiovaskulaarse puudulikkuse vältimiseks.

5. Et hüpertüreoosi tagajärjel tekkinud düstroofilised muutused müokardis on suhteliselt püsivat laadi, on ka hüpertüreoosi varem põdenud haigeid tarvis dispanseerselt jälgida ja perioodiliselt uurida, et südame latentset puudulikkust välja selgitada.

KIRJANDUS: 1. Гефтер А. И. В кн.: Многотомное руководство по внутренним болезням, т. 1, М., 1962, 86—87, 89. — 2. Кедров А. А. Там же, 520—523, 556—557. — 3. Лемперт Г. Л. Основы электрокардиологии. М., 1963. — 4. Михнев А. Л. и др. Клиническая фонокардиография. Киев, 1963, 28—29, 122. — 5. Ряго К. Г. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1958, 3, 65—77. — 6. Тумановский М. Н., Сафонов Ю. Д. Функциональная диагностика заболевания сердца. М., 1964. — 7. Фитилева Л. М. Краткое руководство по фонокардиографии. М., 1962. — 8. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. М., 1957. — 9. Rägo, K. ja Ridala, R. Tartu Riikliku Ülikooli toimetised. Vihik 134. Arstiteaduslikke töid V. 1963, 91—96.

ЛАТЕНТНЫЙ СИНДРОМ ХЕГГЛИНА ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ МИОКАРДА

Э. Лаане

Резюме

Методом электрофонокардиографического исследования с применением модификации пробы Вальсальвы обследовано 53 больных, страдающих гипертиреозом, и 51 больной с продолжительным течением гипертиреоза в анамнезе.

Результаты исследований позволили сделать следующие выводы:

1. Применение модификации пробы Вальсальвы во время электрофонокардиографического исследования является чувствительным методом для оценки степени тиреотоксического поражения миокарда. Проявление латентного синдрома Хегглина во время пробы Вальсальвы указывает на скрытую сердечную недостаточность.

2. Латентный синдром Хегглина наблюдался у 58% больных гипертиреозом и в 47% случаев у больных, перенесших гипертиреоз ранее. Классический синдром Хегглина наблюдался только у 9,3% больных гипертиреозом и у 7,8% больных, перенесших гипертиреоз ранее.

3. Удлинение электрической систолы как признак понижения сократительной способности миокарда изолированно не имеет существенного значения, однако при наличии латентного синдрома Хегглина приобретает определенную ценность для диагностики тиреотоксической дистрофии миокарда.

4. Выявление латентного синдрома Хегглина дает возможность своевременно применять необходимые лечебно-профилактические мероприятия для предотвращения возникновения кардиоваскулярной недостаточности.

5. Возникающие при гипертиреозе дистрофические изменения в миокарде носят довольно стойкий характер. В связи с этим необходима диспансеризация больных, перенесших гипертиреоз.

ONANISMI PSÜHHOGEENSED KOMPLIKATSIOONID

H. KADASTIK

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Psühhoneuroloogia Haiglast, peaarst *H. Kadastik*)

Onanismiks (ka käsikiimluseks ehk masturbatsiooniks) nimetatakse oma suguelundite mehhaanilist ärritamist, et sel teel rahuldada sugutungi ja saavutada orgasmi. I. Metšnikov (5) pidas onanismi eelduseks looduse teatavat disharmooniat. Ta arvas, et seksuaaltunded tekivad juba siis, kui *coitus* ei ole veel võimalik ja seetõttu leiavad lapsed instinktiivselt niisuguse mooduse enese rahuldamiseks. L. Jakobsoni andmeil (4) alustavad poisid onaneerimist sagedamini 11—13 aasta vanuses. I. Porudominski (3) jt. järgi tuleb seda kõige rohkem ette puberteedieas, nimelt 14—18 aasta vanuses. Meie tähelepanekud näitavad, et poisid alustavad onaneerimist enamasti mõne vanema «sõbra» õpetuse kohaselt, harvem avastavad ise juhuslikult mõnutunde, mis tekib suguelundite mehhaanilisel ärritamisel.

Onaneerimine võib muutuda harjumuseks, mida iseloomustab üha sagedamini avalduv vajadus niisuguseks enese rahuldamiseks. Kui see toimuks pollutsioonide füsioloogilises rütmis, s. t. 2—3-nädalaste vaheaegade järel, siis ei tekiks füüsiliselt tervel ja kahjustamata närvisüsteemiga täiskasvanud inimesel mingeid kahjulikke tagajärgi. Onaneerimine võib muutuda väga sagedaseks (iga päev või isegi mitu korda päevas). See mõjub organismile kurnavalt, eriti kasvuperioodil, vähendab töövõimet ja põhjustab kiiret väsimist. L. Milmani (2) andmeil langeb dünamomeetri näitaja pärast onaneerimist $^1/_3$—$^1/_2$ võrra. Onanismi tagajärjel nõrgenevad sportlikud võimed ja võivad tekkida raskused õppetöös. Nende noorukite huviring kitseneb, nad sulguvad endasse ja hoiavad eemale kollektiivist. See kõik pidurdab nende mitmekülgset arenemist, kuigi eeldusi selleks on piisavalt.

Enesetunde ja käitumise muutused taanduvad kiiresti pärast onaneerimise lõpetamist. I. Porudominski (3) ja L. Jakobsoni (4) järgi loobutakse onaneerimisest 18. eluaastast alates ja pärast 25. eluaastat tuleb seda ette harva. L. Milmani andmeil kadus see harjumus 97%-l onaneerijaist pärast normaalse suguelu algust.

Rahva hulgas on laialdaselt levinud ekslik arvamus, nagu põhjustaks onaneerimine mitmesuguseid raskeid tagajärgi. Seda arvamust on sisendanud sajandivahetusel ilmunud kirjandus, milles onaneerimise kahjulikkust on liialt toonitatud. Nii loetles Fournier onaneerimise tagajärjena 100 haigust, Effertz kirjeldas 1894. aastal sellest tingitud ajukuivamist jne. Sellest on kuulnud iga onaneerija. Paljud neist püüavad onaneerimist lõpetada, kuid enamasti ei suuda oma halvast harjumusest nii kergesti vabaneda. Niisuguse seesmise pinge all elamine aga võib pikapeale esile kutsuda neuroosinähte.

Oleme kohanud mehi, kes kartusest onaneerimise kujutletavate tagajärgede ees on teinud enesetapmiskatseid. 1964. a. sügisel toodi haiglasse raskes seisundis 22-aastane debiilne noormees, kes oli sisse võtnud rotimürki. Ta oli onaneerinud juba aastaid. Pärast eluohtliku seisundi möödumist noormees rääkis, et ta oli kuulnud, nagu põhjustaks onaneerimine seljaaju kuivamist, vere vedelaks muutumist, lihaste kõhetust ja lõpuks mõistuse kadumist. Tal oli tekkinud hirm tuleviku pärast ja seetõttu otsustanud elu lõpetada.

Onaneerimise tagajärgi hinnatakse kirjanduses mitmeti. I. Porudominski (3) väidab, et onanism on kõige tähtsam impotentsuse põhjus. Hiljem ta aga selgitab, et see sugeneb enamasti hirmust onanismi võimalike tagajärgede ees, vähem onanismist otseselt. L. Milmani (2) andmeil oli ravile pöördunud impotentsuse kaebustega meestest lapse- või nooruki-põlves onaneerinud ainult 14%. Ta isegi kahtleb, kas onanism nendelgi juhtudel põhjustas impotentsust. Sadger (1912. a.) kinnitab, et hirm onaneerimisest tingitud impotentsuse ees ei ole millegagi põhjendatud. W. Stekel (5) ütleb kategooriliselt, et onanism ei põhjusta impotentsust mitte kunagi. E. Popov (1962. a.) peab onaneerimist kahjulikuks ainult siis, kui abielus olev mees eelistab seda *coitus*'ele. Enamik kaasaegsetest kodu- ja välismaistest seksoloogidest (Hesse, Spurgeon, Finkl, Vudbari, Timirez, L. Milman, I. Porudominski, N. Ivanov jt.) kinnitab, et onaneerimine pole kunagi nii kahjulik, kui seda kujutavad ette inimesed, kes sellega on tegelnud. Aastaid kestnud sagedase onaneerimise tagajärg võib olla samasugune kui loomulike seksuaalvahekordadega liialdamisel, s. o. seljaaju erektsiooni- ja ejakulatsioonikeskuste kurnatus.

I. Porudominski (3) seostab onanismi seksuaalsete perverssuste arenemisega, sest normaalne seksuaalärritus ei kutsuvat onaneerijatel esile enam küllaldast seksuaalset rahuldust. L. Milman (2) aga leidis, et 96%-l onaneerinutest ei ilmne mingeid kõrvalekaldumisi vastassooga suhtlemises ja ainult 4%-l võib täheldada seksuaaltungi nõrgenemist. Meie tähelepanekud kinnitavad seisukohta, et onaneerimise peamine kahjulikkus seisab just selles, kui suurel määral inimene autosugestiivselt sisendab haiguslikkust. Kui mees, kes noorpõlves on onaneerinud, ei anna ise sellele mingit tähendust, siis ei kannata ta ka selle all. Kui ta aga veel pärast harjumusest loobumist tunneb hirmu ja muret oma tervise pärast, hakkavad peagi ilmnema neuroosinähud, eriti aga seksuaalneuroosi sümptoomid. Seega seisab onaneerimise ohtlikkus just negatiivse autosugestiooni toimel arenevates psühhogeensetes komplikatsioonides, eeskätt neurooside tekkimises.

Et inimesed kannatavad ja muutuvad neurootikuteks sageli väärade arvamuste ja nendest tuleneva negatiivse autosugestiooni tõttu, siis seisab profülaktika eelkõige õiges seksuaalkasvatuses ning asjatundlikus sanitaarharidustöös. Eesti NSV haridusministri ja tervishoiuministri ühises kirjas 1963. a. novembrist peetakse vajalikuks koolides käsitleda esimesi seksuaalseid teemasid VII klassis. See on samm edasi pärast pikaajalist vaikimist. Tekib küsimus: kas seda VII klassis teha pole juba hilja? Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilaste küsitlemisel ilmnes, et 7% nendest sai esimesed teadmised seksuaalelust eelkoolieas (kuni 7 a.), kuni 14 a. 61% (algkoolis), 10% keskkoolis ja 6% ülikoolis. 16% üliõpilastest ei mäletanud täpselt, kuid oletasid, et informatsioon pärines varasemast noorusest. Seksuaalalaste teadmiste allikaks olid 53%-l kooli- ja mängukaaslased, 24%-l kirjandus, 6%-l vanemad, 1 juhul vanem vend ja 1 juhul abielus sõbratar, 2 üliõpilast oli lapsena juhuslikult näinud *coitus*'t, 13% nendest ei mäletanud täpselt, kuid märkisid, et informatsioon kindlasti ei pärinenud koolist ega kodust. Nagu näha, ei ole ükski küsitletud üliõpilane esimesi seksuaalalaseid teadmisi saanud koolis. See kinnitab veel kord, et seksuaalnähte on tarvis käsitleda juba koolis.

Seksuaalalast selgitustööd peavad esmajoones tegema arstid. Noorte

arstide ettevalmistus selleks on kahjuks küllaltki tagasihoidlik. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetajatele 1965. a. esitatud küsimusele: «Kas võite noortele abiellujatele seksuaalküsimustes nõu anda?» vastas 47% eitavalt, 30% kahtlevalt. 23% pidas end sel alal võimeliseks. On selge, et pealiskaudne ja väga üldises laadis antud seksuaalalane selgitus ei saa rahuldada abivajajaid. Peab ka märkima, et selles pidasid end kompetentseks eeskätt abielus olevad üliõpilased, kes ilmselt loodavad tugineda peamiselt isiklikele kogemustele, mis alati pole sugugi üldistatavad. See kõik näitab, et noorte arstide ettevalmistus seksuaalalaseks sanitaarharidustööks on üsnagi piiratud. Mainitud lünk õppeplaanides on vaja likvideerida. Selles suunas on Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond viimastel aastatel esimesi samme juba astunud. Seksuaalalaseid profülaktilisi nõuandeid peab iga arst andma niisama asjatundlikult nagu soovitusi toitumise, unerežiimi, töö ja puhkuse organiseerimiseks jms. Alati tuleb tähelepanu pöörata seksuaalelule tervikuna. Onaneerimise kui halva harjumuse vastu on vaja võidelda. Kui see pole ka alati edukas, siis on mitte vähem oluline ära hoida onaneerimise psühhogeenseid komplikatsioone. Need on õigeaegse asjatundliku sanitaarselgitustööga suurel määral välditavad.

KIRJANDUS: 1. Иванов Н. В. О лечении функциональных расстройств половой сферы мужчин и женщин. М., 1956. — 2. Мильман Л. Я. Импотенция. Л., 1965. — 3. Порудоминский И. М. Половые растройства у мужчин. М., 1960. — 4. Якобсон Л. Я. Онанизм. Л., 1925. — 5. БМЭ, изд. 2-е, т. 21, 877—881.

ПСИХОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОНАНИЗМА

Х. Кадастик

Резюме

Онанизм может стать болезнью, которая характеризуется довольно часто появляющейся потребностью в таком самоудовлетворении. Если бы это происходило в нормальном ритме поллюций, т. е. через 2—3 недели, то у физически здорового и со здоровой нервной системой взрослого человека не наблюдалось бы никаких вредных последствий. Но онанизм может стать очень частым (ежедневно или даже несколько раз в день). Это действует на организм, особенно в период роста, изнуряюще, снижает трудоспособность и вызывает быстрое утомление. У онанирующих юношей слабеют спортивные способности и даже возникают затруднения в учебе.

После прекращения онанирования самочувствие и нарушение поведения быстро восстанавливаются. В народе широко распространено ошибочное мнение, будто онанизм приводит к различным тяжелым последствиям. Это внушала литература, вышедшая на рубеже столетий, в которой вред онанизма значительно преувеличивался.

Поскольку люди страдают и становятся невротиками часто из-за ложных представлений и вытекающего из них отрицательного самовнушения, то профилактика заключается прежде всего в правильном половом воспитании и разумной санитарно-просветительной работе.

ALKÜÜLIVATE ÜHENDITE SUHTES ERINEVA TUNDLIKKUSEGA NORMAALSETE KUDEDE JA KASVAJATE HINGAMISSÜSTEEMI ISEÄRASUSTEST*

(Autoreferaat)

R. BIRK

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Alküülivad preparaadid moodustavad efektiivsetest kasvajavastastest ravimitest suure rühma. Viimasel ajal tehtud uurimiste alusel (A. Belousova, I. Romanova jt.) võib arvata, et alküülivate preparaatide kasvaja-

* Käesolev töö on tehtud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Onkoloogia Instituudi biokeemialaboratooriumis (juhataja professor V. Šapot).

vastase toime üks aluseid on kasvajarakus toimuvate energeetiliste protsesside, eelkõige oksüdatiivse fosforüleerimise kahjustamine. Seoses sellega pakub huvi mainitud preparaatide suhtes erineva tundlikkusega normaalsete kudede ja eksperimentaalsete kasvajate kudede võrdlev uurimine.

Uurimisobjektidena kasutati roti maksa- ja põrnakude ning rotile ja hiirele transplanteeritavate kasvajate kude (peamiselt sarkoomidest), mis alküülivate preparaatide suhtes on erineva tundlikkusega.

Raku hingamissüsteem lokaliseerub mitokondrites ning selles vabanev energia salvestatakse adenosiintrifosfaadi molekulidesse oksüdatiivse fosforüleerimise teel. Kasvajatest isoleeritud mitokondrite erihingamis- ja erifosforüleerimisaktiivsus (aktiivsus mitokondrivalgu 1 mg kohta) normaalsetest kudedest isoleeritud mitokondrite aktiivsusest oluliselt ei erinenud. Niisugune fakt kinnitab, et kasvajate kudede ja normaalsete kudede energeetilised protsessid on sarnased ning kasvajate mitokondrid energeetilisest seisukohast lähtudes täisväärtuslikud. Samale järeldusele jõuti ka mitokondriaalsete nikotiinamiidadeniinnukleotiidide (püridiinnukleotiidide) sisalduse määramise alusel.

Sellele vaatamata oli üldhingamismaht (hingamisaktiivsus koe 1 g kohta) normaalsetes kudedes suurem kui kasvajates. See sõltus peamiselt mitokondrite sisaldusest uuritava koe rakkudes. Eriti kõrget hingamisaktiivsust täheldati maksarakkudel — see ületas põrnarakkude aktiivsuse umbes 3 ja kasvajarakkude aktiivsuse isegi 5—10 korda. Alküülivate preparaatide suhtes erineva tundlikkusega kasvajarakkude hingamisaktiivsus oli peaaegu ühesugune.

Alküülivate preparaatide suhtes erineva tundlikkusega kudede mitokondrid erinevad ka fosforüleerimisreaktsioonide stabiilsuse poolest. Vähetundlikest kudedest ja kasvajatest (maks, sarkoom 180 ja Ehrlichi kasvaja) isoleeritud mitokondrid säilitasid kõrge fosforüleerimisaktiivsuse tunduvalt kestvamal inkubatsiooniperioodil kui tundlikest kudedest ja kasvajatest (põrn, sarkoom 45, Jenseni sarkoom) eraldatud mitokondrid.

Katsete tulemused lubavad oletada, et üheks asjaoluks, mis põhjustab kudede erinevat tundlikkust alküülivate preparaatide suhtes, on nende mitokondrite struktuuri ja funktsioonide erinev stabiilsus.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ НОРМАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ И ОПУХОЛЕЙ С РАЗНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АЛКИЛИРУЮЩИМ АГЕНТАМ

Р. Бирк

Резюме

Изучением дыхательной и фосфорилирующей активности и содержания никотинамидадениннуклеотида в митохондриях печени, селезенки и перевиваемых крысиных и мышиных опухолей с различной чувствительностью к алкилирующим агентам было установлено сходство удельной дыхательной и фосфорилирующей активности митохондрий нормальных и опухолевых клеток, а также полноценность энергетики опухолевых митохондрий. Однако общая мощность дыхательной системы клеток печени в 3 раза больше, чем клеток селезенки, и в 5—10 раз больше, чем клеток исследованных опухолей. Это объясняется различным содержанием в них митохондрий.

Митохондрии малочувствительных к алкилирующим агентам клеток (печени, саркомы 180, опухоли Эрлиха) характеризуются более прочной сопряженностью дыхания и фосфорилирования и сохранением высокой фосфорилирующей активности при более длительной инкубации по сравнению с митохондриями чувствительных клеток (селезенки, сарком 45 и Иенсена). Эти данные позволяют предполагать, что в основе различной чувствительности к алкилирующим агентам лежат различия в стабильности структуры митохондрий и различная повреждаемость их биохимических функций.

TERVISHOIU ORGANISATSIOON

SANITAAR- JA EPIDEMIOLOOGIAJAAMADE TEGEVUSEST 1965. AASTAL

O. TAMM

Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja, vabariigi peasanitaararst

Enamik sanitaar- ja epidemioloogiajaamadest suhtus möödunud aastal oma kohustustesse täie tõsidusega. Eriti tuleb märkida Tartu ja Viljandi rajooni edusamme sanitaarkontrolli ja nakkushaiguste vastu võitlemise alal. Töö oskusliku organiseerimise tulemusena paranes tunduvalt Pärnu ja Põlva sanitaar- ja epidemioloogiajaamade tegevus. Nende jaamade aastaaruanded peegeldasid tehtud tööd tõetruult. Rahule ei saanud aga jääda Kingissepa Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama 1965. a. aruandega, milles oli puudulikult valgustatud profülaktikaabinõude rakendamist nakkushaiguste tõrjeks.

1965. aastal paranes tervishoiuasutuste koostöö kohalike partei- ja nõukogude organitega. Ainuüksi täitevkomiteede istungitel arutati sanitaaria- ja epideemiatõrjeküsimusi Viljandis 13, Rakveres 9, Narvas, Võrus ja Kingissepas 7 korral jne. Jõgeval pühendati töörahva saadikute nõukogu istungjärk tervikuna sanitaariale.

Käesoleval ajal on väga oluline täiendada sanitaar- ja epidemioloogiaasutuste koosseisu püsiva kaadriga, sest kaadri voolavus on veel suur. 1965. aastal hakkas sanitaar- ja epidemioloogiajaamades tööle 15 noort spetsialisti. Suureks puuduseks on asjaolu, et sanitaar- ja epidemioloogiajaamad ei tegelnud sanitaarvelskrite kvalifikatsiooni tõstmisega küllaldaselt ja süstemaatiliselt. Nende tööst aga sõltub suurel määral epideemiatõrje ja profülaktikaürituste edukus.

Töötingimused on tunduvalt paranenud Tartu linna, Rapla, Tartu, Rakvere ja Võru rajooni sanitaar- ja epidemioloogiajaamades ja mujal. Kõikidel jaamadel ei ole veel nõuetekohaseid ruume. Narva, Valga, Haapsalu ja Hiiumaa sanitaar- ja epidemioloogiajaamad ning -osakonnad töötavad rasketes tingimustes.

Edusamme on tehtud sanitaarkeemia- ja bakterioloogialaboratooriumide arendamisel. 1965. a. hakkasid pestitsiidide sisaldust toiduainetes, õhus, vees ja pinnases peale Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama analüüsima Tartu, Pärnu ja Viljandi sanitaar- ja epidemioloogiajaamad. Ainult Kohtla-Järvel ei suudetud selle ülesandega toime tulla. Aruandeaastal sai 40% vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiajaamadest täiendavalt autosid. Enamikul jaamadest on meditsiinilist sisseseadet ja aparatuuri piisavalt. Seda ei saa veel öelda Valga, Kingissepa ja mõne teise sanitaar- ja epidemioloogiajaama kohta, kus pole isegi luksmeetreid.

Tööd soodustavad vastastikune abistamine ja kogemuste vahetamine. See on väga vajalik, sest sanitaar- ja epidemioloogiajaamad ei arene ühteviisi. Ühes on hea sanitaaraktiiv, teises on koolisanitaaria paremini korraldatud jne. Tunnustavaid sõnu on öeldud näiteks Tallinna, Tartu, Võru, Pärnu ja Kingissepa tervishoiu rahvaülikoolide kohta. Rakvere Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamal on häid kogemusi piimafarmide sanitaarse olukorra parandamisel. Tartu linna jaam paistab silma laboratooriumide hästi organiseeritud töö poolest jne.

On hakatud kasutama (kuigi veel mitte igal pool) ühtseid sanitaarjärelevalveobjektide kontrollimise skeeme, mis võimaldab iga objekti sanitaarset seisundit paremini jälgida. Suuremat tähelepanu on hakatud pöörama ennetavale sanitaarjärelevalvele. Eriti tuleb märkida Tallinna, Tartu, Viljandi, Rakvere jt. sanitaar- ja epidemioloogiajaamade tõsist

suhtumist ehitusprojektide läbivaatamisse. Kui 1964. a. anti sanitaarorganite nõusolekuta ekspluatatsiooni 8 tööstusobjekti, siis 1965. a. seda enam ei juhtunud.

Sanitaarjärelevalveobjektide komplekssel uurimisel on hakatud rohkem kasutama laboratoorseid meetodeid. 1965. a. suurenes atmosfäärse õhu analüüside arv (1964. a. võrreldes) 288,5% võrra. Kahjuks ei ole Narvas ja Kohtla-Järvel leitud võimalusi atmosfäärse õhu sanitaar-keemiliseks uurimiseks, kuigi just nendes piirkondades paiknevad suured tööstusettevõtted.

Desinfektsioonikorralduse tõhustamiseks ja sellealase kaadri paremaks väljaõpetamiseks rajati Tallinnas desinfektsioonijaam. Puudusena peab märkima, et kõiki tervishoiuasutuste juures olevaid desinfektsioonikambreid ei kasutatud 1965. a. otstarbekalt (Paide, Harju ja Viljandi rajoon). Kohtla-Järvel, Narvas, Põlvas ja mujal ei olnud kõik kambrid töökorras. Desinfitseerimise tulemuste objektiivseks hindamiseks tuleb nakkuskoldeid senisest rohkem bakterioloogiliselt uurida.

1965. a. korraldatud kaitsesüstimiste analüüs ja kohapeal kontrollimine näitasid, et nii süstimiste planeerimine kui ka selle tegelik täitmine on vabariigis paranenud. Hästi tulid selle tööga toime Tartu ja Põlva rajoon. Kahjuks peab nentima, et mõnes rajoonis (Rapla, Haapsalu, Paide ja Valga) ei ole kõik lapsed difteeria ja läkaköha vastu õigeaegselt vaktsineeritud ega revaktsineeritud. Ebarahuldavalt vaktsineeriti gripi vastu Kohtla-Järvel, Narvas ning Kingissepa, Rakvere ja Rapla rajoonis. Viies linnas ja rajoonis jäeti täitmata kõhutüüfusevastase vaktsineerimise aastaplaan (Kingissepas 55%, Võrus 64% jne.). Puudusi tuli ette ka teetanuse profülaktika alal.

Mõnevõrra paremini uuriti elanikke helmintide suhtes (1964. a. 46,9%, 1965. a. 50,8%). Väga hästi tehti seda Tartu linnas. Soolenugiliste vähendamiseks elanike hulgas tuleb edaspidi veelgi laialdasemalt rakendada dehelmintiseerimist ja samal ajal parandada nakkuskolde ja väliskeskkonna sanitaarseid tingimusi.

Sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töö tulemustest ilmneb, et edasiminek on vaieldamatu, kuid teha on veel palju. Pole kahtlust, et vabariigi sanitaar-epidemioloogiateenistus ületab kõik raskused ja täidab kõik temale pandud ülesanded.

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНЭПИДСТАНЦИИ В 1965 Г.

О. Тамм

Резюме

В 1965 году большинство санэпидстанций относилось с полной ответственностью и серьезностью к своим обязанностям. На многих станциях (Тарту, Вильянди, Пярну, Пылъва) санитарный контроль и борьба с инфекционными заболеваниями организованы хорошо. Значительно улучшилась совместная работа медицинских учреждений с местными партийными и советскими органами. Во многих местах улучшились общие условия работы, в результате чего был сделан большой шаг вперед в развитии санитарно-химических и бактериологических лабораторий. Этому во многом содействовали взаимопомощь и обмен опытом.

Для улучшения дезинфекционной работы в Таллине была создана самостоятельная дезинфекционная станция. Лучше, чем в 1964 году, планировали и провели защитные прививки (особенно в Тартуском и Пыльваском районах). Сделаны успешные шаги в обследовании населения на гельминтозы.

Большим недостатком в деятельности санитарно-эпидемиологических станций является текучесть кадров, борьба с которой ведется еще слабо. Нерешенными остаются и другие вопросы.

На основе вышеизложенного можно сказать, что санэпидстанции республики приложат все силы к выполнению больших задач, стоящих на данном этапе перед работниками здравоохранения.

DIKTOFONI KASUTAMISEST HAIGUSLUGUDE VORMISTAMISEL*

J. NARMA

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

1965. aasta oktoobrikuust alates kasutatakse Tallinna Vabariiklikus Haiglas haiguslugude vormistamisel katseliselt Üleliidulise N. A. Semaško nimelise Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiuorganisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudi poolt soovitatud diktofoonilist meetodit. Meetod seisab selles, et arstid ei kirjuta haiguslugu ise, vaid dikteerivad selle teksti (anamneesi, objektiivsed andmed, haiguse kulu, operatsioonide kirjeldused, raviprotseduurid ja epikriisid) telefoni teel diktofoonilises keskuses asetsevasse magnetofoni. Keskuse personal trükib dikteeritud teksti haigusloo blanketile või lisalehtedele.

Kasutatakse magnetofoni «Komeeta», mille magniitlülitile on monteeritud lisaseade. Viimane annab dikteerijale vastussignaali (undav heli) ühenduse saamise kohta. Magnetofonilindi veomehhanismi käivitab dikteerija hääl. Magnetofon seiskub 3 sekundi jooksul pärast dikteerimise lõpetamist ja käivitub uuesti siis, kui dikteerimist jätkatakse. Kirjeldatud automaatseadme skeemi lõid eespool nimetatud instituudi töötajad ja seda täiendasid Tallinna Vabariikliku Haigla insenerid M. Luus ja S. Turnau.

Diktofooniline keskus on haigla telefonikeskjaama kaudu ühendatud kõikide haigla sisetelefonidega. Põhimõtteliselt on andmeid võimalik dikteerida ka linnavõrgu iga telefoni teel.

Dikteeritud tekstiga lindid asetatakse teistele magnetofonidele, mis masinakirjutajate töö hõlbustamiseks on varustatud jalglülitite ja kõrvaklappidega. Masinakirjutajatena töötavad nii meditsiinilise keskharidusega töötajad kui ka eriettevalmistuseta masinakirjutajad.

Kõik korraldused laboratoorsete analüüside, medikamentoosse ravi, füsioteraapia ja ravikehakultuuri, dieedi ja režiimi kohta kannab arst nn. korralduslehele, mis pärast haigusloo lõpetamist kleebitakse sellesse. Korralduste leht on koostatud tabelina ja igal järgmisel päeval tarvitseb arstil teha vaid märkus korralduse jätkamise või lõpetamise kohta. Nende lehtede täitmiseks kulutab arst keskmiselt 15—20 minutit 20 haige kohta.

Diktofone kasutatakse praegu lastekirurgia-, kõrva-, nina- ja kurguhaiguste, üldkirurgia-, rindkerekirurgia- ja kardiopulmonoloogia-osakonnas. Dikteerimist alustab arst tervitusega keskuse personalile, nimetab oma nime, osakonna ja palati numbri, haige nime, haigusloo numbri ning selle dikteeritava osa nimetuse (anamnees, objektiivne staatus, operatsioonikirjeldus, *decursus*, epikriis ja soovitud eksemplaride arvu). Epikriisid trükitakse 3 eksemplaris, millest üks lisatakse haigusloole, teine ambulatoorse kaardi juurde või suunatakse haigusloo väljavõttena rajooni keskhaiglasse. Kolmas eksemplar säilitatakse haigusloo juures ja antakse välja mitmesugustele asutustele nende kirjalikul nõudmisel. Dikteerimisele kulutavad arstid osakonna profiilist sõltuvalt 15—40 minutit päevas. Vabaneva aja arvel on neil võimalik rohkem tähelepanu pöörata haigetele, osa võtta konsiiliumidest ja konsultatsioonidest, koguda andmeid teaduslikuks tööks, juhendada keskharidusega meditsiinipersonali tööd jm.

Diktofonide kasutamisel tuleb ette rida raskusi. Nendest tähtsamad on järgmised. 1. Haiguslugu ei ole pidevalt osakonnas. Selle puuduse vältimiseks viiakse haiguslugu diktofoonilisse keskusesse ainult üks kord, hiljem tsirkuleerib keskuse ja osakonna vahel haigusloo lisaleht (vorm nr. 3-a). Igas haigusloos jäetakse trükkimata üks leht, kuhu võivad sisse-

* Avaldatakse mõttevahetuse korras.

kirjutusi teha konsultandid, röntgenoloogid, valvearstid jt. 2. Masinakirjutajad ei tunne meditsiinilist terminoloogiat. Sellest raskusest aitab üle saada diktofoonilise keskuse personali kvalifikatsiooni tõstmine. Arstid peavad ladinakeelsete terminite korral erilist tähelepanu pöörama heale diktsioonile. 3. Telefoni kasutamine haiguslugude vormistamisel koormab haiglasisest telefonisidet.

Esialgsed kogemused võimaldavad siiski anda üldiselt positiivse hinnangu diktofoni kasutamisele haiguslugude vormistamisel. Arstide tööaja kulu teatavate kogemuste omandamisel on 25—45 minutit päevas (koos korralduslehtede täitmisega). Masinakirjutajad võivad tööpäeva kestel trükkida 50—60 haiguslugu. Seega on keskharidusega meditsiinipersonali ja masinakirjutajate ametikohtade arv suhteliselt väike ja kulutused nendele kompenseeritakse arstide tööaja sihipärasema kasutamisega.

Edaspidi on ette nähtud ehitada igasse osakonda spetsiaalne sideliin, mis ordinaatorite ruumi ühendab diktofoonilise keskusega. Osakonnast saab siis telefonikeskjaama vahenduseta valida kas eesti või vene keelele ettenähtud magnetofonigrupi. Automaatne lisaseade annab ühenduse vaba magnetofoniga. Niisugused täiendused võimaldavad arstide ajakulu haiguslugude vormistamisel veelgi vähendada.

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДИКТОФОНА ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ

Ю. Нарма

Резюме

С октября 1965 г. в Таллинской республиканской больнице при оформлении историй болезни начали использовать диктофон. Врачи по телефону диктуют текст истории болезни на магнитофон, расположенный в диктофоническом центре. Персонал центра печатает продиктованный текст на бланк истории болезни или добавочные листки. Применяется магнитофон «Комета» с вмонтированным дополнительным устройством к магнитному включателю, которое подает сигнал (гудящий звук) диктующему о наличии соединения. Магнитофон приводится в движение голосом диктующего. Лентопротяжный механизм магнитофона останавливается через 3 секунды после окончания подачи текста и снова приводится в движение тогда, когда продолжают диктовать.

Ленты с продиктованным текстом помещают на другие магнитофоны, которые для облегчения работы машинисток снабжены ножными включателями и наушниками. В качестве машинисток работают как средние медицинские работники, так и машинистки без специальной подготовки.

На диктовку врачи затрачивают в день 15—40 минут в зависимости от профиля отделения. Несмотря на некоторые трудности, встречающиеся при использовании диктофона, на основе первоначального опыта можно все же дать положительную оценку применению его при оформлении историй болезни. Машинистки за день пишут 50—60 историй болезни. При этом число штатных мест машинисток и лиц со средним медицинским образованием сравнительно невелико и расходы на них окупаются более целесообразным использованием рабочего времени врачей.

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

LISAKÕHUNÄÄRE KAKSTEISTSÕRMIKSOOLE SEINAS

T. VANASELJA

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist,
peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

G. Mazdrakovi andmeil on rahvusvahelises kirjanduses esitatud üle 500 lisakõhunäärme juhu kirjelduse. J. Borbosa uuris 471 lisakõhunääret, millest 27,7% paiknes kaksteistsõrmiksooles, 25,5% maoseinas, 5,3% Meckeli divertiikulis ja 2,8% peensoole seinas. 23,7%-l leiti lisakõhunääre

maksas, sapipõie, sapiteede või jämesoole seinas, mesenteeriumis, põrnas ja isegi keskseinandis. Lisakõhunäärme suurus oli väga erinev — läbimõõt 0,5 kuni 6 cm. Enamikul juhtudest (45,5%) paiknes see *t. submucosa*'s, 25,1% juhtudest täheldati nääret *t. mucosa*'s ja harvem *t. subserosa*'s (15,1%).

Lisakõhunäärme puhul haigetel tavaliselt mingeid tüüpilisi kaebusi ei olnud, küll aga tekkisid need sõltuvalt lisakõhunäärme lokalisatsioonist.

Järgnevalt esitame Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris avastatud lisakõhunäärme kirjelduse.

27. novembril 1962. a. hospitaliseeriti dispanseri gastroenteroloogiaosakonda naispatsient T. N., 46 aastat vana (haiguslugu nr. 972/1962). Diagnoos: *tumor pancreatis*? Haige kaebas pidevat tuima valu paremal pool roietekaare all ja mao piirkonnas, kuivustunnet ja mõru maitset suus. Iga kord pärast söömist oksendas 4—5 korda.

Aasta tagasi olid patsiendil tekkinud pärast hapukapsa, suitsukala ja hernesupi söömist valud mao piirkonnas. 1962. a. jaanuaris olid ilmunud ägedad valud ülakõhus. Haige oli hospitaliseeritud Tallinna Tõnismäe Haiglasse, kus diagnoositi ägedat sapipõiepõletikku. Samasugused valud kordusid kahe kuu pärast, mil patsient viibis uuesti haiglas. Seekord diagnoositi ägedat pankreatiiti. Ravi tulemusena ägedad nähud möödusid. 1962. a. augustikuust alates tundis haige end eriti halvasti: valu muutus pidevaks ja kiirgus selga, suus kuivustunne. Oktoobris muutus oksendamine sagedasemaks (kuni 20 korda ööpäevas). Haige kõhnus. 23. oktoobril 1962. a. hospitaliseeriti patsient Tallinna Sadama Haiglasse. Kliinilise pildi alusel oletati kõhunäärme kasvajat, mille tõttu haige toodi üle Tallinna Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserisse.

Anamneesi andmeid. Abielus, üks normaalne sünnitus, aborte eitab. On põdenud leetreid, sarlakeid, kopsupõletikku ja tüüfust. Ema oli surnud maovähki. Patsient ei ole suitsetanud ega tarvitanud alkohoolseid jooke.

Objektiivselt. Korrapärase kehaehituse ja rahuldava toitumusega, välimus vastab eale. Nahk ja limaskestad normis. Intensiivne punane dermografism. Keel kuiv, kergelt valge katuga kaetud.

Süda ja kopsud iseärasusteta. Kõht kergelt puhitunud, palpeerimisel tugev valulikkus paremal pool roietekaare all, kust valud kiirgusid selga ja paremasse õlga. Vereanalüüs: hgb. 73 üh, erütrots. 3.920.000, leukots. 4900, SR 10 mm 1. tunnis. Valem: keppt. 10, segmentt. 47, eosinof. 4, basof. 2, lümfots. 34, monots. 3. Bilirubiini 1,28 mg%. Diastaas 16 üh. Proseriiniproov: I diastaas 16 üh. II diastaas 16 üh. Transaminaasi 16 üh. Üldvalku 9,5 g%, α_1 — 4,4%, α_2 — 14,4%, β — 14,0%, γ— 17,6%, alb. 49,5%. Uriin patoloogilise leiuta. Jääklämmastikku 15 mg%. Duodenaalnõre I fraktsioon kollane, kogus 20 ml. Mikroskoopiliselt: lame-epiteeli keskmiselt, üksikuid leukotsüüte, lima keskmiselt. II fraktsioon kuldkollane, kogus 15 ml. Mikroskoopiliselt: epiteelirakke vähe, leukotsüüte 0—2—4 vaateväljas, lima vähe. III fraktsioon rohekaskollane, kogus 50 ml. Mikroskoopiliselt: leukotsüüte 0—2—4 vaateväljas, lima vähe.

Fraktsioneeritud maomahla analüüs	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Üldine happesus	10	10	50	50	60	52	48	62	44
Vaba soolhape	0	0	32	32	42	40	24	44	32

Mikroskoopiliselt: lame-epiteeli vähe, leukotsüüte palju, erütrotsüüte vähe. Lima palju, detriiti. Röntgenoloogiline diagnoos: *Gastritis chronica granulosa. Dyskinesia ventriculi.* Koletsüstogramm: sapipõis hästi täitunud, pirnikujuline (9 cm pikk, laiem ots 4 cm, kitsam 2 cm lai), diagonaalse asetusega III—IV lumbaallüli korpuste kõrgusel, sileda kontuuriga. *Ductus hepaticus, choledochus* täitunud, muutusteta.

17. detsembril 1962. a. konsulteeriti patsiendi suhtes terapeudiga, kes arvas, et tegemist on vegetatiivsete häirete või sapipõiekividega. Pärast haiglaravi (anti kollargooli, aminasiini, allokooli, dimedrooli, pankreatiini ja bellaspooni) oksendas haige vähem ja enesetunne oli veidi parem. 20. XII 1962. a. kirjutati ta haiglast välja ja määrati ambulatoorne ravi. Põhidiagnoos: *Cholecystitis chronica. Gastritis chronica.* Kaasnevad haigused: *Vegetoneurosis. Pancreatitis chronica.*

25. I 1963. a. hospitaliseeriti haige onkoloogiadispanserisse uuesti, sest kõik haigusnähud ilmnesid endise ägedusega. Kliiniliselt oletati kõhunäärme kasvajat, mille tõttu diagnoosimise eesmärgil otsustati teha laparotoomia, mis leidiski aset 30. I. 1963. a. Selgus, et sapipõis oli normaalse suurusega. Põletiku tunnuseid ja sapipõiekive ei leitud. Magu, põrn, kõhunääre ja maks normis. Parem neer asetses veidi madalamal, oli aga tavalise kuju ja suurusega. *Pars horizontalis superior duodeni* eesseinas 2×1,5 cm suurune kasvajataoline moodustis, mis struktuuri poolest meenutas kõhunäärme kude. Tegemist oli *t. submucosa*'s paikneva *pancreas aberrans*'iga, millel ühendust soolevalendikuga ei sedastatud (vt. tahvel XII, mikrofoto 1 ja 2). Lisakõhunääre eemaldati, samuti teda ümbritsev limaskest 1×0,5 cm suurusel alal. Sooleseina defekt suleti kaherealise õmblusega ja kaeti rasvikuga. Operatsiooni-

järgne periood möödus tüsistusteta. Haige paranes ja 11. II 1963. a. lahkus haiglast.

Patohistoloogiline uuring nr. 25905 (K. Titkin): *Heterotopia pancreatis in partem horisontalis duodeni.* Pahaloomulisust ei sedastatud.

1963. a. novembris kontrolliti patsiendi tervise seisundit. Tunneb end tervena, kusjuures kõik objektiivsed näitajad on normi piires.

ДОБАВОЧНАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА В СТЕНКЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Т. Ванаселья

Резюме

В статье описывается случай добавочной поджелудочной железы, обнаруженной у больной в Таллинском республиканском онкологическом диспансере.

Больная 46 лет была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение диспансера с диагнозом опухоль поджелудочной железы. Заболела она год назад и жаловалась на постоянную тупую боль в области правого подреберья и желудка. В дальнейшем состояние больной ухудшилось, причем клиническая картина была довольно неясной. В связи с этим была предпринята диагностическая лапоротомия.

Во время операции у больной в передней стенке двенадцатиперстной кишки было обнаружено опухолеподобное образование размером 2×1,5 см, которое оказалось добавочной поджелудочной железой.

Ее удалили вместе с окружающей слизистой. Дефект в стенке кишки закрыли двойным швом и покрыли сальником.

Через год после операции состояние больной было проверено. Она чувствует себя совершенно здоровой, причем все объективные показатели в пределах нормы.

CANDIDA ALBICANS'i KIIRE IDENTIFITSEERIMINE 2%-LISEL RIISIAGARIL JA INIMESE VERESEERUMIS *

E. LEVINA

(Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *I. Krainjaja*)

Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri laboratooriumis leitakse peaaegu pooltel tuberkuloosihaigetel röga uurimisel pärmisarnaste seente hulka kuuluvat *Candida*'t. Mikrobioloogiliselt diagnoositakse *genus Candida*'sse kuuluvaid seeni 34—54%-l juhtudest sõltuvalt haigetel kulgevast tuberkuloossest protsessist (2).

Antibiootikum- ja hormoonravi laialdane kasutamine dikteerib vajaduse tuberkuloosihaigeid mükoloogiliselt uurida. Seda tingivad ka tuberkuloosihaigete organismis toimuvad spetsiifilised ja mittespetsiifilised nihked, mille tõttu *genus Candida*'sse kuuluvad pärmisarnased seened võivad muutuda patogeenseks ja tekitada kandidoose [P. Kaškin (2), A. Arijevitš ja Z. Stepaništševa (1)].

Candida perekonda kuuluvate seente diagnoosimine peab raviasutuse laboratooriumis olema korraldatud selliselt, et nende identifitseerimine oleks täpne ja kiire ning samal ajal küllaltki lihtne ja otstarbekas.

Candida albicans on teistest samasse perekonda kuuluvatest pärmisarnastest seentest kõige patogeensem inimesele ja loomale, samuti on see kõige laialdasemalt levinud (teda on isoleeritud 82%-l uuritud haigetest). *C. albicans* erineb kõigist muudest pärmisarnaste seente liikidest klamüdospooride moodustamise võime poolest. Klamüdospooride kui liigi iseloomuliku tunnuse kindlakstegemine on kõige usaldusväärsemaks ja lihtsamaks meetodiks *C. albicans*'i identifitseerimisel.

C. albicans'i samastamiseks soovitatud mitmetest söötmetest (maisisööde, Jelinovi riisisööde, kartuli-porgandi-sapisööde, riisiagar jt.) valisime A. Krebsi (4) soovitatud riisiagari (2% riisi + 2% agarit + vesi).

120 *C. albicans*'i kultuurist, mida kasvatasime nimetatud söötmel, ilm-

* Käesolev töö on ette kantud Leningradi Arstide Täiendamise Instituudi mikrobioloogia kateedri konverentsil 21. veebruaril 1966. aastal.

nesid 118 juhul (s. o. 98,3%) selgesti nähtav filamentatsioon ja klamüdospoorid (vt. tahvel XIII, mikrofoto 1). Kahest tüvest, mis klamüdospoore ei moodustanud, osutus üks *Candida stellatoidea*'ks. Pärast *C. albicans*'i väljakülvamist 1%-lisest glükoosipuljongist hoidsime külve termostaadis temperatuuril +37° C 48 tundi, seejärel toatemperatuuril 24 tundi. Peaaegu kõigil juhtudel moodustas *C. albicans* klamüdospoore 2%-lisel riisiagaril nimetatud aja jooksul.

C. albicans'i kultuuride kasvatamisel ühtlastes tingimustes võime juba teisel päeval näha peale klamüdospooride moodustumise ka tüüpilist kasvu: filamentatsiooni väänilisi niidikesi, mis asetsevad kolooniate ümber radiaalselt ja annavad *C. albicans*'i kolooniatele ämblikku meenutava kuju (vt. tahvel XIII, mikrofoto 2).

Pärmisarnaste seente hulgas on leviku ulatuse ja patogeensuse poolest järgmisel kohal *Candida tropicalis*, mis mikroskoobi all (väike suurendus) on *C. albicans*'ist hästi eraldatav seetõttu, et filamentatsiooni niidid on sirged ja moodustavad tähte meenutava kuju (vt. tahvel XIV, mikrofoto 3). Seega juba teisel päeval võime saada orienteeriva ettekujutuse uuritavas materjalis leiduvate seente liikidest sel juhul, kui patoloogilises materjalis on olemas *C. albicans* + *C. tropicalis* või kombinatsioonis muude seente kolooniatega.

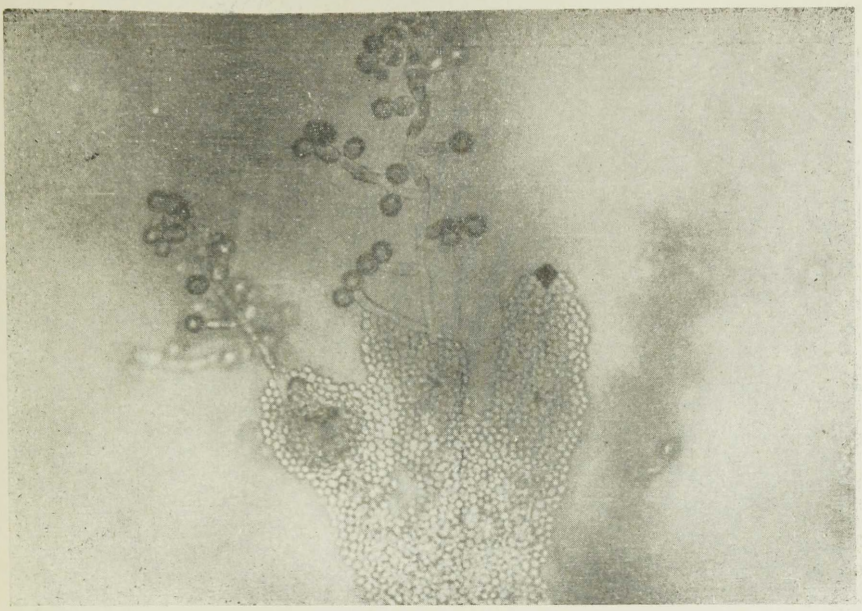
Meie poolt kasutatud meetod vabastab laboratooriumi puhaskultuuri isoleerimise vajadusest *C. albicans*'i identifitseerimiseks, samuti tahketel söötmetel kasvavate kolooniate ja muudel spetsiaalsetel söötmetel arenevate kolooniate filamentatsiooni ning kasvutüüpide mikroskoopilisest uurimisest. Ühtlasi jääb ära ka fermentatiivse aktiivsuse määramine Hissi söötmetel. Seega on nimetatud meetodil suuri eeliseid, sest *C. albicans* identifitseeritakse ühekordse külvamise teel ainult ühele söötmele.

Kirjeldatud meetodil kontrollisime mitmete välismaiste autorite [C. Taschdjian, J. Burchall ja P. Kozina (5), S. Andleigh (3)] soovitatud kiirmeetodit *C. albicans*'i ja samasse rühma kuuluva, kuid harvemini esineva *C. stellatoidea* mikrobioloogiliseks diagnoosimiseks. Kiirmeetod, mida eespool nimetatud kirjandusallikates soovitatakse kui spetsiifilist mõlema eespool nimetatud pärmisarnaste seente identifitseerimiseks, seisab selles, et inimese või mõnede loomade vereseerumisse (-plasmasse) külvatud *C. albicans* ja *C. stellatoidea* annavad pärast kolm tundi termostaadis (temperatuuril +37° C) hoidmist seenerakkude spetsiifilise kasvu.

Sel eesmärgil kontrollisime tuberkuloosihaigetelt isoleeritud pärmisarnaste ja pärmseente 93 erisugust kultuuri seenerakkude moodustumise suhtes inimese vereseerumis. Neist 68 *C. albicans*'i kultuuri, mis hiljem identifitseeriti klamüdospooride moodustumise põhjal riisiagaril, andis rakuliste elementide kasvu (vt. tahvel XIV, mikrofoto 4) inimese vereseerumis juba kolme tunni jooksul (külve hoiti termostaadis temperatuuril +37° C). Ülejäänud 25 kultuurist, mis identifitseeriti muude meetodite abil, kuulus 8 *C. tropicalis*'e, 5 *C. pseudotropicalis*'e, 3 *C. krusei*, 3 *Trichosporon*'i, 3 muude pärmisarnaste seente ja 2 pärmseente liiki. Ühte kultuuri polnud võimalik samastada. Loetletud 25 kultuuri puhul ei esinenud rakkude kasvu fenomeni inimese vereseerumis ei 3 ega 24 tundi väldanud inkubeerimisel (temperatuuril +37° C).

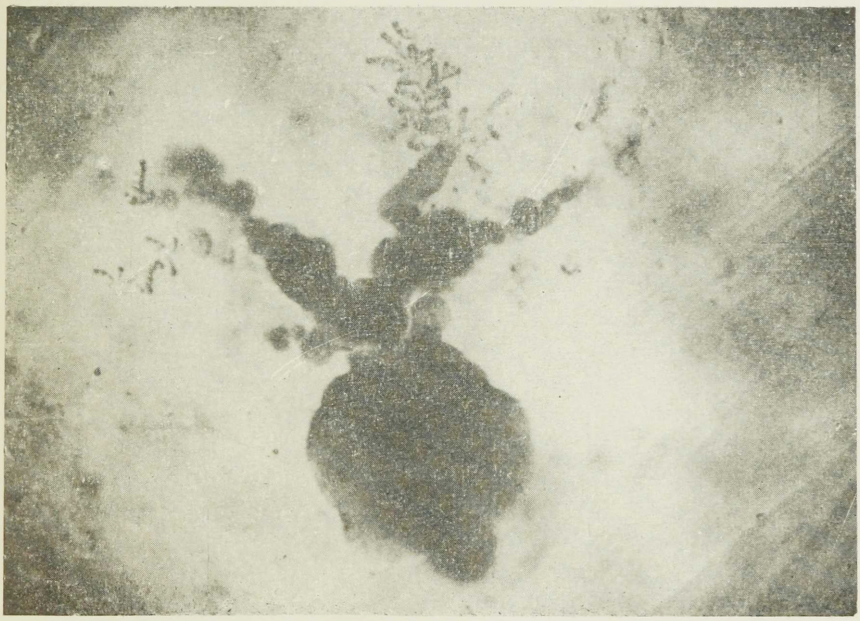
Samal meetodil uuriti 48 pärm- ja pärmisarnaste seente muuseumikultuuri, mis saadi Leningradi Arstide Täiendamise Instituudi mikrobioloogia kateedri mükoloogialaboratooriumist käesolevas töös kirjeldatud uuringuteks.

16 *C. albicans*'i liiki kuuluva muuseumikultuuri puhul täheldasime seenerakkude kasvu inimese vereseerumis (4 kultuuri puhul tekkis kasv pärast teistkordset külvi seerumisse). Ülejäänud muuseumikultuuridest kuulus 7 *C. tropicalis*'e, 3 *C. pseudotropicalis*'e, 7 *C. krusei*, 7 mitmesuguste muude pärmisarnaste seente ja 8 erinevate pärmseente liiki. Neist kõigist ei täheldatud mitte ühelgi juhul rakuliste elementide kasvu inimese vere-



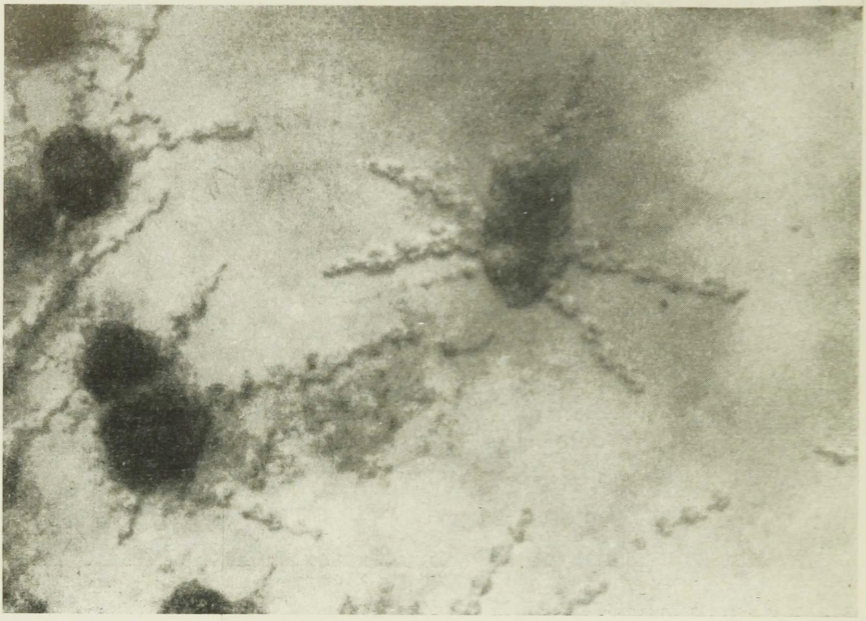
Mikrofoto 1

C. albicans'i klamüdospoorid, pseudomütseelid ja blastospoorid 2%-lisel riisiagaril (suurendus 144 ×)



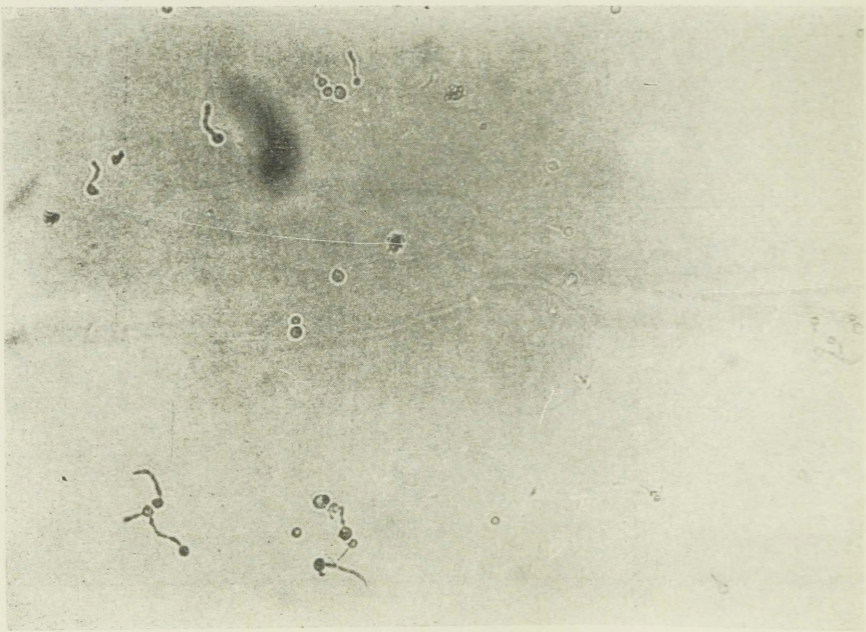
Mikrofoto 2

C. albicans'i koloonia filamentatsiooni vääniliste niidikeste, glomeerulite ja klamüdospooridega 2%-lisel riisiagaril (suurendus 36 ×)



Mikrofoto 3

C. tropicalis'e tähekujuline koloonia filamentatsiooni sirgete niidikestega 2%-lisel riisiagaril (suurendus 36×)



Mikrofoto 4

C. albicans'i rakud inimese vereseerumis (suurendus 144×). Natiivpreparaat

seerumis ei 3 ega 24 tundi väldanud inkubeerimisel (temperatuuril +37° C).

Üldse kokku uurisime 141 mitmesuguste pärm- ja pärmisarnaste seente kultuuri, millest 84 kuulus *C. albicans*'i, 33 *Candida* muudesse liikidesse ja 24 mitmesuguste muude pärm- ja pärmisarnaste seente liikidesse. Meie esialgsed tähelepanekud *C. albicans*'i seenerakkude kasvamise kohta inimese vereseerumis 3 tunni jooksul (kusjuures külve inkubeeritakse temperatuuril +37° C) lubavad kirjeldatud meetodit soovitada ravi- ja profülaktikaasutuste laboratooriumidele *C. albicans*'i kiireks identifitseerimiseks. Sellele peaks järgnema kultuuri külv 2%-lisele riisiagarile klamüdospooride moodustumise jälgimiseks, et mikrobioloogilist diagnoosi lõplikult kinnitada.

Kirjeldatud viisi kui valikmeetodi kasutamine võimaldab lühema aja jooksul identifitseerida ka muid, inimese vereseerumis mittekasvavaid *Candida* ja pärmseente liike tavaliselt rakendatavate testide abil.

KIRJANDUS: 1. Ариевич А. М. и Степанищева З. Г. Кандидамикозы как осложнение антибиотикотерапии. М., 1965. — 2. Кашкин П. Н. Кандидозы, М., 1958. — 3. Andleigh, S. H. Mycopathol. et Mycol. appl., 1964, 23, 2, 81—84. 4. Krebs, A. Leitfaden für bakteriologische Untersuchungen bei Tuberculose. Jena, 1961. — 5. Taschdjian, C. L. a. oth. Amer. J. Diseases Children, 1960, 99, 212—215.

УСКОРЕННАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ *CANDIDA ALBICANS* НА 2% РИСОВОМ АГАРЕ И В СЫВОРОТКЕ ЧЕЛОВЕКА

Э. Левина

Резюме

В Таллинском городском противотуберкулезном диспансере *Candida albicans* идентифицируется по образованию хламидоспор. Средой, на которой образование хламидоспор происходит постоянно и быстро, является 2% рисовый агар (2% риса, 2% агара, вода). Из 120 культур *C. albicans* 118 дали на этой среде филаментацию и отчетливо видимые хламидоспоры. Хламидоспоры выявлялись, как правило, в течение третьих суток после засева рисового агара бульонными культурами грибов.

Колонии *C. albicans* на 2% рисовом агаре имеют характерный паукообразный вид из-за извитых нитей филаментации. Колонии *Candida tropicalis* напоминают звезды благодаря прямым нитям филаментации. По характерному виду колоний на рисовом агаре можно получить ориентировочное представление о грибном пейзаже исследуемого материала.

Описанный метод разрешает сэкономить ряд твердых и жидких (в том числе и сахарных) питательных сред.

Для быстрой идентификации *C. albicans* был применен еще один способ, рекомендуемый рядом зарубежных авторов. Способ основан на прорастании клеточных элементов *C. albicans* через 3 часа после посева выделенных культур в сыворотку крови человека. Специфичность этого теста для *C. albicans* проверялась на 2% рисовом агаре выявлением хламидоспор. Была проверена 141 культура различных дрожжеподобных и дрожжевых грибов.

Полученные предварительные результаты разрешают рекомендовать этот способ как ориентировочный для предварительной идентификации *C. albicans* и быстрого отбора непрорастающих видов грибов.

TOOTMISTRAUMADE ESINEMISSAGEDUSEST KOMMUNISTLIKU TÖÖ EESRINDLASTE HULGAS

V. LEMARINJE

(Tallinna Vabariiklikust Sadama Haiglast, peaarst *G. Radzimovski*)

Mitmed autorid (1, 2, 3, 4) on esitanud andmeid selle kohta, et tootmistraumasid tuleb ette vähe novaatorite, tootmiseesrindlaste ja kommunistliku töö eesrindlaste hulgas.

V. Karaulovi (1) andmeil on traumajuhtude arv vähenenud Judino raudteejaama (Kaasani Raudtee) veduridepoos töötavate novaatorite ja

tootmiseesrindlaste hulgas üheteistkümne aasta jooksul 20 korda ning moodustas 1958. aastal 0,5 ja 0,4 traumajuhtu 100 töölise kohta. Vigastuste arv ülejäänud tööliste puhul samal perioodil mitte ei vähenenud, vaid suurenes. J. Minajeva ja G. Rudenko (2) märgivad, et 1961. aastal täheldati Kirovi Tehase niisugustes tsehhides, kus tehnilised seadmed olid vananenud, traumajuhte sageli. Samal ajal kommunistliku töö brigaadides tootmistraumasid üldse ei esinenud. N. Novikov (3) kõrvutab andmeid tootmistraumade kohta Kiievi Metallitehase eesrindlaste ja ülejäänud tööliste seas aastail 1948—1950. Selgus, et tööõnnetuste arv on tootmistöö eesrindlaste puhul 7—12 korda väiksem kui teiste tööliste puhul. Analoogilisi andmeid hüdroelektrijaamade ehitajate kohta toob P. Radkin (4).

Sama küsimust uurisime ajavahemikul 1962—1964 aset leidnud tööõnnetuste kohta koostatud aktide (vorm N-1) järgi Tööpunalipu ordeniga autasustatud Tallinna Masinatehase ja tehase «Ilmarine» tööliste hulgas.

Andmeist nähtub, et tootmistraumade esinemissageduse aasta keskmine näitaja kommunistliku töö eesrindlaste hulgas oli Tallinna Masinatehases 2 korda, tehases «Ilmarine» isegi üle 2,5 korra madalam kui ülejäänud tööliste hulgas. Üksikutel aastatel oli see erinevus isegi 3—4-kordne.

Märkus. Kommunistliku töö eesrindlaste arv Tallinna Masinatehases moodustas 1962., 1963. ja 1964. aastal 19,2%, 22,1% ja 31,3% tehase tööliste üldarvust. Tehase «Ilmarine» vastavad näitajad olid 8,5%, 24,3% ja 31,1%.

1964. aastal vähenes traumade arv kommunistliku töö eesrindlaste hulgas, võrreldes 1962. aasta andmetega, Tallinna Masinatehases 34,5% võrra ja tehases «Ilmarine» 76,7% võrra. Samal ajal oli nimetatud näitaja ülejäänud tööliste osas vastavalt 20,6% ja 66,7%. Seega traumajuhtude arv vähenes kommunistliku töö eesrindlaste hulgas 13,9% ja 10,0% võrra rohkem kui muude tööliste hulgas. 85% traumajuhtudest Tallinna Masinatehase ja tehase «Ilmarine» kommunistliku töö eesrindlaste hulgas ajavahemikul 1962—1964 oli tingitud tehnilistest ja sanitaar-hügieenilistest põhjustest: seadmete konstruktsioonide, varjete ja kaitseseadmete ebatäiuslikkus, tööriistade ja seadmete korrastamatus, töökohtade puudulik valgustus jm. Seega põhjused ei sõltunud töölistest endist.

Tootmistraumade märgatavam vähenemine kommunistliku töö eesrindlaste hulgas ei ole juhuslik. Kommunistliku töö eesrindlased on eeskujuks oma töökoha õige korraldamise, tööaja otstarbeka kasutamise ning ohutustehnika ja tööstussanitaaria eeskirjade range täitmise poolest. Neid iseloomustavad kõrge töökultuur ja rütmiline töötamine. See kõik soodustab mitte ainult kõrget tööviljakust, vaid viib võimalikud traumajuhud miinimumini.

KIRJANDUS: 1. Караулов В. Ортопедия, травматол. и протезир., 1961, 2, 46—48. — 2. Минаева Е. и Руденко Г. Сов. здравоохранение, 1962, 9, 47—51. — 3. Новиков Н. Травматизм в металлообрабатывающей промышленности и борьба с ним (по материалам ведущих предприятий г. Киева). Автореф. дисс. канд. мед. наук, Киев, 1951. — 4. Радкин П. Медико-санитарное обслуживание на строительстве гидросооружения. Автореф. дисс. д-ра мед. наук, М., 1959.

О ЧАСТОТЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ СРЕДИ ПЕРЕДОВИКОВ КОММУНИСТИЧЕСКОГО ТРУДА

В. Лемаринье

Резюме

Автор изучал производственный травматизм среди передовиков коммунистического труда завода «Ильмарине» и Таллинского ордена Трудового Красного Знамени машиностроительного завода. Работа проведена на основе актов (форма N-1) о несчастных случаях, которые имели место в период с 1962 по 1964 год.

По полученным данным, среднегодовой показатель частоты производственных травм у передовиков коммунистического труда Таллинского машиностроительного завода был в два раза ниже, а на заводе «Ильмарине» даже в два с половиной раза ниже показателя частоты производственных травм у остальных рабочих.

Количество производственных травм у передовиков коммунистического труда по сравнению с другими рабочими за этот период уменьшилось на 13,9 и 10%, причем 85% травм у передовиков коммунистического труда было обусловлено техническими и санитарно-гигиеническими недостатками (несовершенство конструкции установок, недостаточное освещение рабочих мест и т. д.).

PERFOKAARTIDE KASUTAMISEST PARODONTOPAATIAT PÕDEVATE HAIGETE DISPANSEERSEL RAVIMISEL

A. LEPIK

(Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikust, peaarst Eesti NSV teeneline arst *G. Veerma*, ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna stomatoloogia kateedrist, juhataja dotsent *N. Vihm*)

Seoses informatsiooni mahu suure kasvuga on mitmesugustes rahvamajandusharudes hakatud kasutama perfokaarte. Nende abil saab andmed kiiresti kätte ka siis, kui kaarte on rohkesti. Informatsiooni kogumist ja sorteerimist on hakatud täiustama ka meditsiinis (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

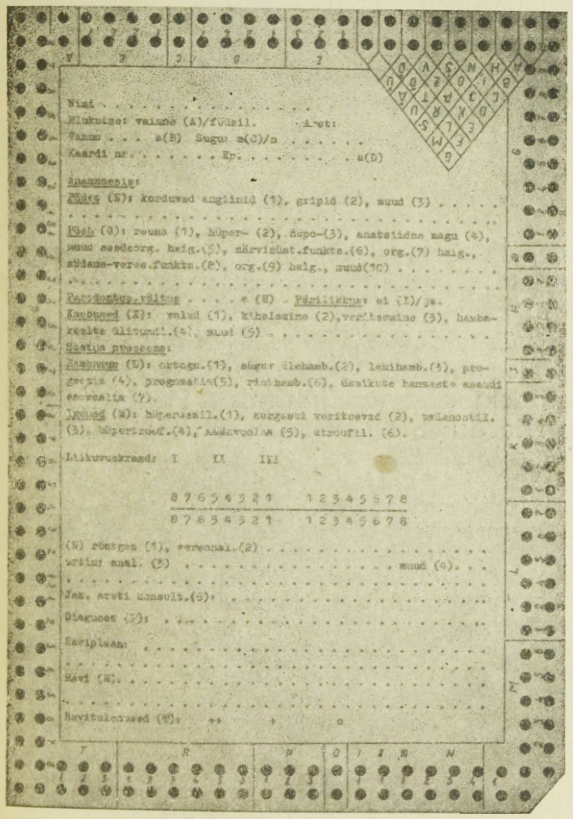


Foto 1

Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus oleme koostanud perfokaarte, millest üks kujutab endast parodontopaatiat põdevate isikute ambulatoorset haiguslugu ja teine on mõeldud haigete dispanseersele arvele võtmiseks. Aluseks võtsime rahvusvaheliselt kindlaksmääratud formaadiga (207×147 mm) perfokaardi K-5. Need täidetakse lisaks ambulatoorsele kaardile, kusjuures viimasele kantakse ainult parodontopaatiat põdeva isiku ravi plaan ja tehtud raviprotseduurid kronoloogilises järjekorras.

Perfokaardile 1 (vt. foto 1) kirjutatakse haige nimi, elukutse, vanus, sugu ning ambulatoorse kaardi number, raviarsti nimi ja arvelevõtmise kuupäev. Ajakulu vähendamiseks märgitakse anamneesiandmed ja lokaalne staatus allakriipsutamise teel (2). Lisatakse veel kliinilised uuringud (röntgenoloogiline, vere jm. uuringud), diagnoos ja kompleksse ravi plaan. Pärast ravikuuri lõpetamist kantakse kaardile tehtud kuurid ja tulemuste hinnang.

Et parodontopaatia on krooniline haigus, mis nõuab teatavate ajavahemike järel ravikuuride kordamist, siis tuleb nimetatud haigust põde-

vad isikud dispanseerida (3). Dispanseersele arvele võtmiseks koostasime teise perfokaardi (vt. foto 2), millele märgitakse patsiendi nimi, ambulatoorse kaardi number, elukoht, arvelevõtmise kuupäev, arvelt kustutamise kuupäev ja järelkontrolli tähtpäev, samuti diagnoos. Vastavasse tabelisse pannakse kirja ravikuur, korduskuurile kutsumise kuupäev,

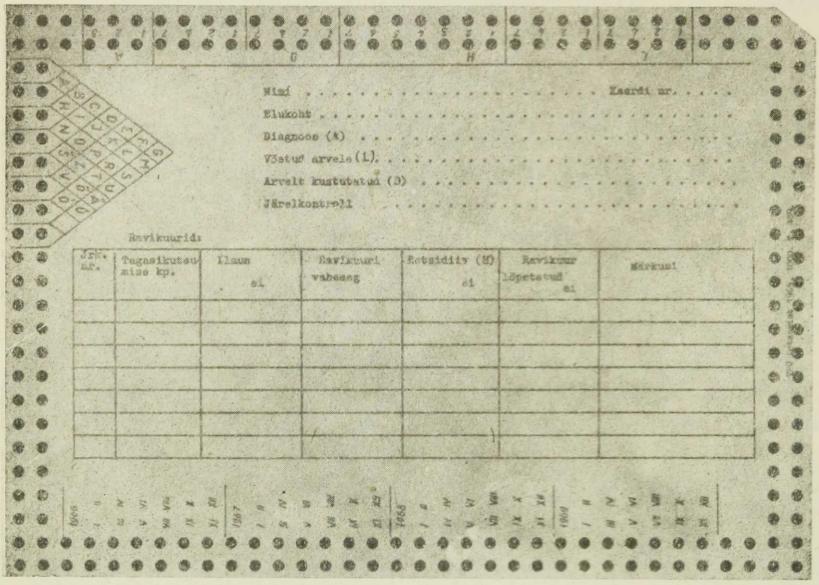


Foto 2

ravile ilmumise aeg, kuuride vaheaja kestus, retsidiivide tekkimine ja kuuri lõpetamise aeg. Dispanseeritava haige väljakutsumise tähtaja märkimiseks kasutatakse perforatsiooni kaardi alumisel serval.

Eespool toodud perfokaardid võimaldavad väikse ajakuluga koguda haige kohta andmeid, mille järgi koostatakse raviplaan. Samuti kergendavad nad kogutud andmete mitmekülgset analüüsimist. Perfokaartide kasutamine hõlbustab haigete perioodilist tagasikutsumist ja ravitulemuste jälgimist tunduvalt.

KIRJANDUS: 1. Гаврилов А. Н. и Кивило И. О. Материалы Всесоюзного Совещания по применению карт с перфорированными краями. Таллин, 1965, 26—29. — 2. Евраков Д. и Атанасова Ел. Пародонтопатии. София, 1962. — 3. Кузнецов В. Н. Труды III Республиканского съезда стоматологов Украинской ССР. Киев, 1964, 344—347. — 4. Роометс С. Перфокарты и их применение. Таллин, 1965. — 5. Karu, T. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 72—74. — 6. Lõiv, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 5, 51—54. — 7. Paulson, J. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 3, 71—74. — 8. Pullisaar, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 2, 112—114. — 9. Põldvere, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 1, 68—72. — 10. Võhandu, L. ja Tamm, O. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 69—72.

О ПРИМЕНЕНИИ ПЕРФОКАРТ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТОПАТИЕЙ

А. Лепик

Резюме

В связи с большим ростом объема информации в медицине начали совершенствовать сбор и сортировку ее. Применяется это и в Тартуской городской стоматологической поликлинике.

Было составлено 2 типа перфокарт, из которых одна представляет собой амбулаторную историю болезни больного пародонтопатией, а вторая предназначается для

взятия таких больных на диспансерный учет. Перфокарты дают возможность с минимальной затратой времени собрать о больном данные, необходимые для выработки плана лечения. Они также значительно облегчают разносторонний анализ собранных данных, периодический вызов больных на контроль и наблюдение за результатами их лечения.

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

ARTERIAALNE HÜPERTOONIA

Arstiteaduse kandidaat *B. SCHAMARDIN*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Arteriaalse hüpertoonia all mõistetakse arteriaalse rõhu kõrgenemist. Arteriaalset hüpertooniat ei tule vaadelda iseseisva haigusena, vaid kui sümptoomi, mis kaasneb paljude haigustega, eelkõige hüpertooniatõvega.

Arteriaalse hüpertoonia hindamisel on oluline silmas pidada, et ühekordsel mõõtmisel sedastatud kõrgenenud vererõhk võib olla juhuslikku laadi ja sõltuda mõningatest füsioloogilistest tingimustest (näiteks pärast söömist, lühiajalist füüsilist pingutust, psüühilist erutust jne. võib see kõrgem olla). Seepärast tuleb haigusliku sümptoomina arvesse arteriaalne rõhk, mis korduval kontrollimisel on olnud kõrge.

Normaalset ja kõrgenenud vererõhku pole võimalik kindlalt piiritleda. Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni soovituste kohaselt peetakse normi piiriks 140/90 mmHg, kõrgenenuks aga 160/95 mmHg ja enam. Isikud, kelle vererõhk ulatub üle 140/90 mmHg, kuuluvad hüpertooniakahtlaste hulka. Sellistel juhtudel peab vererõhku mõõtma korduvalt. Ühtlasi tuleb silmas pidada, et vererõhk tõuseb vanemaealistel, mistõttu nimetatud normid kehtivad eeskätt kuni 60 aasta vanuste isikute kohta.

Vererõhu hindamisel tuleb arvestada mõnikord esinevat asümmeetriat. Seetõttu on vererõhku soovitatav mõõta alati ühel ja samal käel. On kindlaks tehtud, et vasakul käel on vererõhk mõnevõrra madalam kui paremal, seepärast tuleks seda mõõta vasakul käel.

Hüpertooniatõbi on üks laialdaselt levinud südame ja veresoonkonna haigusi, mistõttu selle varajane diagnoosimine on tähtis ravi ja profülaktika seisukohalt. Nõukogude teadlaste G. Langi ja A. Mjasnikovi teooria järgi etendab hüpertooniatõve arenemises tähtsat osa kõrgema närvitalitluse häire — neuroos, mis väljendub vasomotoorsete keskuste talitluse muutumises. Sellest tingituna tõuseb väikeste veresoonte (arterioolide) toonus, mis omakorda suurendab arterisisest rõhku. Hüpertooniatõve edasiarenemisel soodustavad arterioolide spasmi tekkimist veel mõned humoraalsed tegurid, sealhulgas neerude osavõtul toimiv aine — reniin. Haiguse arenemisele aitavad kaasa pidev närvipinge, ebameeldivad elamused, klimakteerium jm.

Hüpertooniatõve kliinilises kulus eristatakse järgmisi staadiume.

I staadiumis on haigusnähud ebapüsivad. Haiged kaebavad peavalu, peapööritust ja raskustunnet peas, suurenenud erutatavust, unehäireid, südamepekslemist või valusid südame piirkonnas. Vererõhu tõus pole suur ega püsiv ja normaliseerub pärast puhkamist.

Hüpertooniatõve II staadiumis on mainitud nähud intensiivsemad ja kestavad pikemat aega. Arteriaalne rõhk on kõrgenenud, kuid vahetevahel ta muutub ja võib langeda normini (labiilne faas), mõnikord aga on püsivalt kõrgenenud (stabiilne faas). Viimasel juhul areneb

südame vasaku vatsakese hüpertroofia, mida saab diagnoosida haige läbivaatusel ning elektrokardiograafilisel ja röntgenoloogilisel uurimisel. Silmapõhja vaatlemisel täheldatakse silmaarterite ahenemist ja nende väänilisust.

Hüpertooniatõve III staadiumis arenevad koos püsivalt kõrge vererõhuga ateroskleerootilised muutused südame, peaaju ja neerude veresoontes. Need muutused kutsuvad esile funktsionaalseid häireid, nagu nägemise halvenemine, peaaju verevarustuse häired, südame ja veresoonte ning neerude puudulikkus. Ajuti võivad tekkida hüpertoonilised kriisid, mille puhul vererõhk tõuseb järsku, kusjuures lisanduvad piinavad peavalud, peapööritus, oksendamine, valud ja surumistunne jäsemeis.

Hüpertooniatõvest tuleb eristada muid haigusi, millega kaasneb hüpertoonia. Vererõhu kõrgenemist muude haiguste puhul nimetatakse sümptomaatiliseks hüpertooniaks. A. Mjasnikov liigitab viimase nelja põhirühma: 1) neeruhaigustega kaasnev hüpertoonia; 2) endokriinne hüpertoonia; 3) kesknärvisüsteemi orgaanilisest kahjustusest (kasvajad, ajutraumad) põhjustatud hüpertoonia; 4) hemodünaamika häiretest tingitud hüpertoonia. Kõige sagedamini tuleb ette neeruhaigustega kaasnevat hüpertooniat. Neerupõletikku ehk glomerulonefriiti põdevail haigeil täheldatakse seda nii haiguse ägeda kui ka kroonilise vormi puhul, kusjuures vererõhk on eriti kõrge kroonilise glomerulonefriidi neerupuudulikkuse staadiumis. Neerupõletiku iseloomulikeks sümptoomideks on veel näo tursumine (eriti silmaalustes piirkondades) ning valgu ja erütrotsüütide leidumine uriinis.

Samuti täheldatakse sümptomaatilist hüpertooniat kroonilist püelonefriiti põdevail isikuil, kel põletikuline protsess on haaranud neeruvaagna ja neerukoe. Uriinis leidub rohkesti leukotsüüte (püuuria ehk mädakusesus), mõnikord on nende arv ka veres suurenenud, eriti noored vormid. Kehatemperatuur tõuseb perioodiliselt. Diagnoosi ja haigusprotsessi asukohta aitab täpsustada neerude röntgenoloogiline uurimine, kusjuures kontrastaine on viidud neeruvaagnasse. Arteriaalse hüpertoonia seost haigusprotsessiga kinnitab see, et vererõhk normaliseerub pärast ravimist antibiootikumidega või pärast kahjustatud neeru kirurgilist eemaldamist.

Hüpertooniat tuleb ette ka paljude muude neeruhaiguste puhul (neerutuberkuloos, neerukivitõbi) ja neeruarterite haiguste, nagu tromboosi, ateroskleroosi ja panarteriiidi korral. Hüpertoonia esineb veel koos mõne muu haigusega, millele kaasub neerukahjustus (sklerodermia, *lupus erythematodes*, sõlmiline periartriit jm.). Kõik need haigused kulgevad iseloomulike kliiniliste nähtudega, kuid ühiseks tunnuseks on neerude veresoonte ahenemine või neerude verevarustuse halvenemine, mis soodustab vererõhku tõstvate humoraalsete tegurite (reniin jm.) liigset produktsiooni.

Hüpertoonia esineb ka endokriinsete haiguste puhul. Basedow' tõve ja türeotoksikoosi korral tõuseb süstoolne vererõhk tavaliselt vähesel määral, diastoolne aga on normaalne. Hüpertooniale lisanduvad muud nimetatud haigusele iseloomulikud nähud, nagu kilpnäärme suurenemine, punnissilmsus, pulsi kiirenemine, kõhnumine, põhiainevahetuse kõrgenemine jm.

Icenko-Cushingi sündroomi puhul kaasuvad hüpertooniale veel suhkrusisalduse tõus (hüperglükeemia) ja erütrotsüütide rohkenemine veres (polüglobuulia). Ühtlasi langeb vere kaltsiumisisaldus ja uriinis leidub suhkrut. Mineraalainete vähenemine luudes kutsub esile osteoporoosi ja kere piirkonnas areneb liigne rasvkude. Kõhunahal võib näha punakasvioletseid nahaarme (*striae rubrae*). Haige nägu aga on ümarjas, meenutades täiskuud. Haiguse põhjuseks peetakse neerupealise koorolluse hormoonide liigset produktsiooni, mis omakorda võib olla tingitud ajuripatsi või vaheaju häiretest (näiteks kasvaja) ja kaasuvatest hormonaalsetest

nihetest (kortikotroopse hormooni liigne produktsioon) või neerupealiste koorolluse kasvajast.

Kui neerupealised nõristavad aldosterooni ülemäära (näiteks neerupealiste kasvajate puhul), areneb nn. primaarne aldosteronism ehk Conni sündroom, millele lisandub hüpertoonia. Conni sündroomi iseloomustab veel kaaliumisisalduse langus veres. Kaaliumi hulga vähenemine organismis kutsub esile lihaste nõrkuse hoogusid, perioodiliselt isegi paralüüse, ühtlasi suureneb uriini hulk (polüuuria), kusjuures uriini reaktsioon on alati leelisene.

Endokriinne hüpertoonia on ka feokromotsütoomi ja paraganglioomi (neerupealiste säsiolluse või sümpaatiliste ganglionide kasvajad) puhul esinev vererõhu tõus. Seejuures täheldatakse sagedamini hooti tekkivat ehk paroksüsmaalset hüpertooniat. Feokromotsütoomi oletatakse siis, kui hüpertooniaga kaasnevad tugevad peavalud, südamepekslemine ja erutushood, treemor, naha kahvatumine, higistamine, vahel ka kõhuvalud, iiveldus ja oksendamine. Feokromotsütoomi diagnoosi kinnitab pärast sellist hoogu võetud uriiniproov, mille puhul ilmneb katehhoolamiinide sisalduse tunduv suurenemine. Täheldatakse ka suhkru leidumist uriinis (glükosuuria) ja hüperglükeemiat. Niisuguse hoo võib esile kutsuda neerude piirkonna detailne palpeerimine.

Sageli kaasub hüpertoonia närvisüsteemi orgaanilistele kahjustustele (eriti ajukasvajate puhul). Mõnikord on raske eristada ajukasvaja tunnuseid hüpertooniatõve nähtudest, eriti ajuvereringe häirete puhul (tugevad peavalud, peapööritus jm). Diagnoosi aitavad määrata vaid spetsiaalsed keerukad uuringud, nagu pneumoentsefalograafia jm.

Hemodünaamikahäiretest põhjustatud hüpertooniana tuleb arvesse kõrgenenud vererõhk, mis kaasneb aordiskleroosi, aordi koarktatsiooni ja südame puudulikkusega.

Aordiskleroosi puhul tõuseb ainult süstoolne vererõhk, diastoolne on normaalne. Vererõhu kõrgenemist põhjustab asjaolu, et aordis ja suurtes veresoontes toimunud ateroskleerootiliste muutuste tõttu on kadunud nende elastsus. Selline hüpertoonia esineb vanemaealistel inimestel. Röntgenoloogilisel uuringul leitakse, et aort on niisugustel juhtudel laienenud ja tihkestunud.

Paishüpertooniat täheldatakse südame parema vatsakese puudulikkusest tingitud vereringehäirete (südame mitraalklapi rike, kopsuemfüseem) korral. Hüpertooniale kaasuvad paisunähud suures vereringes (maksa suurenemine, nahaaluse koe tursed). Paishüpertoonia möödub pärast strofantiini või digitaalise manustamist ravikuuri vältel.

Aordi koarktatsioon, mille üheks sümptoomiks võib olla hüpertoonia, on põhjustatud aordi valendiku kaasasündinud ahenemisest. Hüpertooniat sedastatakse nendes arterites, mis väljuvad ülalpool ahenenud aordi piirkonda, s. o. tavaliselt pea ja ülajäsemete arterites. Samal ajal on vererõhk alajäsemete arterites tunduvalt madalam.

Hüpertoonia puhul tuleb ravi esmajoones suunata selle haiguse vastu, mis hüpertoonia esile kutsus (nefriidi ja püelonefriidi ravi, neerupealiste ja ajukasvajate eemaldamine jne.).

Hüpertooniatõve I staadiumis on vaja reguleerida puhkus- ja töörežiimi, mõõdukalt tegelda kehakultuuriga. Vajaduse korral anda rahusteid (broom, palderjan). Haiguse II staadiumis määratakse lisaks vererõhku alandavaid vahendeid: reserpiini (0,1—0,25 mg 2—3 korda päevas) olenevalt vererõhust ja dibasooli 0,02—0,05 g (võib lisada ka 0,015 g luminaali) 2—3 korda päevas. Kui vererõhk püsib kõrge, siis anda 75—100 mg hüpotiasiidi ööpäeva kohta. Hüpotiasiidi on soovitatav võtta 4—5 päeva järjest, seejärel teha 2—3-päevane vaheaeg ja siis ravi korrata. Hüpertooniatõve raskematel juhtudel (III staadium) aitavad peale loetletud vahendite hästi 25%-lise magneesiumsulfaadilahuse süstimine

lihasesse (5—10 ml ööpäevas) ning ganglione blokeerivate ravimite (heksoonium, pentamiin jt.) manustamine.

Hüpertooniliste kriiside puhul süstitakse 3—4 ml 1%-list dibasoolilahust veeni. Näidustatud on ka magneesiumsulfaadi ja ganglione blokeerivate ainete kasutamine.

Hüpertooniatõbe põdeva haige ravikuur kestab tavaliselt mitu kuud. Ravi lõpetatakse siis, kui vererõhk on püsivalt normaalne.

Sümptomaatilise hüpertoonia raviks kasutatakse edukalt ka hüpotensiivseid preparaate. Näiteks kroonilise nefriidi puhul väldib 25%-lise magneesiumsulfaadilahuse süstimine mõningate häirete tekkimise (südame ja veresoonkonna puudulikkus, ajuhäired). Sümptomaatilise hüpertoonia raviks võib kasutada samu vahendeid mis hüpertooniatõve korral. Vererõhu järsu tõusu puhul, nagu see esineb feokromotsütoomi põdevatel haigetel, võib kiiret raviefekti saada, kui süstida dibasoolilahust veeni (analoogiliselt hüpertooniliste kriiside kupeerimisega).

Kirjeldatud haiguslike seisundite sümptomaatika ja raviviiside tundmine võimaldavad keskharidusega meditsiinitöötajail paremini täita arsti korraldusi haigete hooldamisel ja ravimisel, samuti nendes küsimustes orienteeruda.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ

Б. Шамардин

Резюме

Под артериальной гипертонией понимают повышение артериального давления. Артериальную гипертонию следует рассматривать не как самостоятельное заболевание, а как симптом, сопутствующий многим заболеваниям, в первую очередь гипертонической болезни.

Гипертоническая болезнь является одной из наиболее распространенных болезней сердца и сосудов, и потому ранняя ее диагностика важна с точки зрения лечения и профилактики.

От гипертонической болезни следует отличать другие болезни, которые сопровождаются так называемой симптоматической гипертонией.

Последние делят на 4 основные группы: 1) гипертония, сопровождающая заболевания почек, 2) эндокринная гипертония, 3) гипертония, обусловленная органическим поражением центральной нервной системы, 4) гипертония, вызванная нарушениями гемодинамики.

При гипертонии следует в первую очередь лечить то заболевание, которое вызвало гипертонию (лечение нефрита и пиэлонефрита, удаление опухолей мозга и надпочечников и т. д.). Для лечения симптоматической гипертонии с успехом применяют также и гипотензивные препараты.

VEREVALKUDE BIOLOOGILISEST FUNKTSIOONIST JA NENDE UURIMISE TÄHTSUSEST

Arstiteaduse kandidaat *E. VEINPALU*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Verd jaotatakse kaheks põhiliseks osaks: vereplasmaks (maht 55—58%) ja vere vormelementideks ehk vererakkudeks (42—45%). Terve inimese vereplasma sisaldab umbes 8 g% valku. Keemiliste sadestusmeetoditega on verevalke õnnestunud lahutada kolmeks komponendiks: albumiinid (4—5 g%), globuliinid (2,5 g%) ja fibrinogeen (0,3 g%). Kahel viimasel aastakümnel laialdaselt levinud paberelektroforees võimaldab vere seerumi valke lahutada viieks fraktsiooniks, nimelt albumiinideks

(4,5 g%), alfa$_1$- (0,4 g%), alfa$_2$- (0,8 g%), beeta- (0,9 g%) ja gammaglobuliinideks (1,4 g%). Kahjuks ei saa paberelektroforeesi teel määrata fibrinogeeni hulka.

Varem peeti verevalke organismi elutegevuse jääkproduktideks. Hilisemad uurimised näitasid, et verevalgud pole hoopiski ainevahetusprotsesside jääkproduktid, mille ülesandeks on säilitada teatavaid vere füüsikalis-keemilisi omadusi (kolloidosmootne rõhk, viskoossus ja konstantne reaktsioon), vaid nad kujutavad endast aineid, mis aktiivselt võtavad osa organismi ainevahetusest, kaitsereaktsioonidest ja teistest funktsioonidest. Näiteks langeb verevalkudele tähtis osa antikehade moodustamisel organismis, mitmesuguste mineraalainete nagu kaltsiumi, raua jt., samuti enamiku hormoonide, medikamentide ning muude veres ringlevate ainete transpordis jne.

Kui vaadelda verevalkude bioloogilist funktsiooni üksikute fraktsioonide kaupa, võib öelda järgmist. Albumiinid vastutavad eeskätt vere kolloidosmootse rõhu konstantsuse säilitamise eest. Näiteks kui organismi tabab mingi kahjustav tegur (infektsioon või trauma), siis suureneb tavaliselt globuliinide hulk (ükskõik millise fraktsiooni arvel). Selle tagajärjel tekib vere kolloidosmootse rõhu muutus, mille tasakaalustamiseks osa albumiine ladestub maksas ja tõenäoliselt ka põrnas. Peale selle võtavad albumiinid osa veres ringlevate ainete transportimisest. Viimane funktsioon kuulub põhiliselt aga beeta- ja alfaglobuliinidele. Gammaglobuliinid on kõigepealt tegevad antikehade produktsioonis ja transpordis. On andmeid, et 98% kõikidest immuunglobuliinidest leidub gammaglobuliini fraktsioonis. Fibrinogeenile, nagu teada, langeb pearõhk vere hüübimise protsessis. Viimase aja uurimused, eriti märgistatud aminohapetega tehtud tööd, näitavad, et verevalgud on koevalkudega pidevas vastastikuses seoses. Nimelt lähevad verevalkude koostisosad vahetpidamata üle koevalkudeks ja vastupidi. Selliste alaliste ehitus- ja lammutusprotsesside puhul on verevalkude vahekord küllaltki stabiilne, s. t. verevalkude koostisosad küll kogu aeg vahelduvad, kuid püsib valgufraktsioonide ja -molekulide struktuur.

Mõned aastakümned tagasi arvati, et verevalkude geneesis ja regulatsioonis etendab põhilist osa maks, eelkõige maksa parenhüüm. Hilisemad uurimised näitasid, et maksas moodustuvad küll albumiinid, kuid globuliinide ja fibrinogeeni tekkimises on tähtsad veel luuüdi, põrn jt. elundid, mis sisaldavad aktiivset mesenhüümi. Käesoleval ajal on paljud autorid [F. Wuhrmann, Ch. Wunderly (4) jt.] jõudnud järeldusele, et verevalkude moodustamisest võtab osa kogu intra- ja ekstramedullaarne retikuloendoteliaalne süsteem.

Verevalkude geneesiga on väga tihedas seoses nende regulatsioon. Eksperimentaalselt on tõestatud, et verevalkude regulatsioonist võtavad osa mõned sisesekretsiooninäärmed, peamiselt hüpofüüs ja neerupealised. Samuti näidati, et verevalgu fraktsioonide vahekord sõltub kesknärvisüsteemi seisundist. Seega on verevalkude regulatsioonis oluline osa tõenäoliselt neurohumoraalsel süsteemil. Seda on kõige paremini iseloomustanud F. Wuhrmann ja Ch. Wunderly (4), kes väidavad, et verevalgud kujutavad endast hästi treenitud, kiiresti mobiliseeritavat, kõrgesti spetsialiseeritud ja kindlalt juhitud «armeed».

Põhjused, mis verevalkude suhteliselt stabiilses süsteemis kutsuvad esile patoloogilisi muutusi, on üldjoontes järgmised. 1. Verevalke sünteesivate elundite häired ja kahjustused. Viimaste all mõtleme retikuloendoteliaalkude ja aktiivset mesenhüümi sisaldavaid elundeid (maksa, põrna, luuüdi, lümfoidset kude jt.). 2. Verevalkude regulatsiooni häired. Siin tuleb esijoones kõne alla endokriinse ja neurovegetatiivse süsteemi düsfunktsioon. 3. Verevalkude hulga suurenemine ja vähenemine alimentaarse teguri, plasmakaotuse või kudede valgutarviduse muutumise tõttu.

Et paljude haigusprotsesside puhul esineb tavaliselt kas üks või rohkem nimetatud põhjustest, siis saab selgeks, miks organismi talitlushäirete korral täheldame peaaegu alati ka verevalkude nihkeid. Vere koguvalgu tõusu nimetame hüperproteineemiaks, langust aga hüpoproteineemiaks. Düsproteineemia all mõistetakse verevalgu fraktsioonide kvantitatiivseid normist kõrvalekaldumisi ning paraproteineemia all valgufraktsioonide kvantitatiivseid nihkeid koos kvalitatiivsete muutustega. Arsti ja velskri ülesandeks on mainitud muutusi avastada ning õigesti tõlgendada, ühtlasi kõrvutada neid haiguse kliiniliste tunnuste, teiste laboratoorsete ja muude uuringute andmetega. Verevalkude uurimine abistab tõhusalt nii diagnoosimisel kui ka ravitulemuste, haige tervistumise astme ja prognoosi hindamisel.

Verevalgu pilt ehk proteinogramm võib teatava haiguse korral olla võrdlemisi tüüpiline (näiteks müeloomi puhul esineb alati paraproteineemia). Enamasti aga on verevalkude muutused mittespetsiifilised, s. t. nad on eri haiguste puhul tingitud samadest põhjustest. Kirjanduses (4) on toodud tüüpilised verevalkude muutused, mida võib kohata teatavate haigusrühmade puhul.

1. Akuutse põletiku tüüp esineb krupoosse pneumoonia, eksudatiivse kopsutuberkuloosi, akuutse polüartriidi, sepsise, flegmooni jt. ägedate põletikuliste protsesside korral. Proteinogrammile on iseloomulik alfa$_1$- ja alfa$_2$-globuliinide tunduv rohkenemine ning albumiinide ilmne vähenemine. Haigusprotsessi hilisemas järgus hakkab ka gammaglobuliinide hulk tõusma. Vere koguvalgu hulk on muutusteta või veidi suurenenud.

2. Subakuutse kroonilise põletiku tüüp. Seda kohtab vähese aktiivsusega kopsutuberkuloosi, tsüstiiti, püeliiti, koletsüstiiti ja endokardiiti põdevatel haigetel. Valgupildile on iseloomulik albumiinide sisalduse vähene langus ning gamma-, mõnikord ka alfaglobuliinide rohkenemine. Vere koguvalgu hulk jääb normaalseks.

3. Hepatiidi ehk maksa parenhüümi difuusse kahjustuse tüüpi leitakse hepatiitide, maksarakkude toksiliste kahjustuste, hemolüütiliste protsesside, teatavate polüartriidi- ja leukeemiavormide, vereloome ja lümfaatilise koe kasvajate korral. Proteinogrammis täheldatakse tugevat beeta- ja gammaglobuliinide rohkenemist ning albumiinide vähenemist. Vere koguvalgu sisaldus on mõnevõrra langenud.

4. Maksatsirroosi tüüp esineb mitmesuguse etioloogiaga maksatsirroosi, raske induratiivse kopsutuberkuloosi, alaägeda septilise endokardiidi, mõnede polüartriidi- ja näljadüstroofiavormide puhul. Iseloomulik on gammaglobuliinifraktsiooni tugev tõus, millega sageli kaasneb ka beetaglobuliinide rohkenemine. Albumiinide langus on suur. Koguvalgu hulk on vähenenud.

5. Oklusioonikteruse tüüpi leitakse haigetel, kellel esineb sapiteede sulgus (sapiteede või pankrease vähk, sapikivitõbi jms.). Valgupildis on albumiinide mõõdukas vähenemine ja kõikide globuliinifraktsioonide tõus. Koguvalgu sisaldus on normaalne või veidi vähenenud.

6. Nefrootilise sündroomi tüüpi kohtame näiteks lipoidse ja amüloidse nefroosi, nefriidi, nefroskleroosi, raskete terminaalsete kopsutuberkuloosi- ja kahheksiavormide puhul. Ilmneb erakordselt tugev albumiinide vähenemine ja gamma-, sageli ka alfaglobuliinide rohkenemine. Vere koguvalgu hulk on väga tugevasti vähenenud.

7. Pahaloomuliste tuumorite tüüp esineb kartsinoomi, sarkoomi jt. pahaloomuliste kasvajate korral. Proteinogrammis ilmneb kõikide globuliinifraktsioonide peaaegu võrdne tõus albumiinide arvel. Koguvalgu sisaldus on algul normaalne, kuid haigusprotsessi pikema kestuse korral see veidi väheneb.

8. Beeta$_1$- ja gammaplasmotsütoomi tüübi puhul täheldatakse vastavate valgufraktsioonide sisalduse suurenemist veres.

Käesoleva kirjutise raames ei ole võimalik kirjeldada vere proteinogrammi muutusi üksikute haiguste kaupa. Nendega tutvumiseks võib kasutada mõningaid käsiraamatuid (2, 3, 4). Et konkreetse materjali järgi siiski näidata verevalkude kliinilise uurimise tähtsust mõne kindla haiguse korral, kirjeldame alljärgnevalt verevalkude muutusi, mida leidsime ägedat reumat põdevatel haigetel.

Ägedat reumat põdevatel haigetel sõltuvad seerumivalgu fraktsioonide vahekorra muutused reumaatiliste puhangute arvust. Akuutse reuma esimesi puhanguid iseloomustab alfa-, eeskätt alfa$_2$-globuliinide rohkenemine, akuutse reuma korduvaid atakke aga kõrged gammaglobuliinide väärtused. Desensibiliseeriv ravi toimib hästi nendesse ägedat reumat põdevatesse haigetesse, kellel esineb kõrge alfa$_2$-globuliinide algnivoo koos gammaglobuliinide mõõduka rohkenemise ja albumiinide vähenemisega. Alfa$_2$-globuliinide ja albumiinide madalamate algväärtuste ning gammaglobuliinide tunduva rohkenemise korral on desensibiliseeriva ravi toime nõrgem. Hea raviefektiga kaasneb seerumivalgu fraktsioonide vahekorra suhteliselt kiire normaliseerumine. Halvemate ravitulemuste puhul kalduvad seerumivalgud pikema aja jooksul normist kõrvale.

Eespool toodust järeldub, et verevalkude muutused reumat põdevail haigeil on samuti mittespetsiifilist laadi, mis väljendavad organismi reaktiivsuse muutumise iseärasusi. Koos kõigi muude kliiniliste andmetega võimaldab proteinogramm reuma kliinilist vormi siiski täpsemalt diagnoosida, määrata organismi reaktiivsusele vastavat ravi ning paremini hinnata ravi tulemusi, ühtlasi haige tervistumise astet. Sama võib kahtlemata öelda ka verevalkude kliinilise uurimise tähtsuse kohta paljude teiste haiguste korral. Seepärast jääb ainult soovida, et verevalkude uurimine leiaks kiiremini tee kõikidesse vabariigi raviasutustesse.

KIRJANDUS: 1. Antweiler, H. J. Die quantitative Elektrophorese in der Medizin. Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1952. — 2. Dittmer, A. Papierelektrophorese. Jena, 1961. — 3. Emmrich, R. Das Bluteiweissbild. Stuttgart, 1952. — 4. Wuhrmann, F., Wunderly, Ch. Die Bluteiweisskörper des Menschen. Basel, 1952.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ БЕЛКОВ КРОВИ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Э. Вейнпалу

Резюме

Раньше белки крови считались остаточными продуктами жизнедеятельности организма. Более поздние же исследования показали, что белки крови являются веществами, принимающими активное участие в процессах обмена веществ, в защитных реакциях и других функциях организма. Большую роль белки крови играют и в образовании антител в организме, а также в транспорте различных минеральных веществ, таких, как кальций, железо и другие, а также большинства гормонов, медикаментов и других циркулирующих в крови веществ.

Причинами, вызывающими патологические изменения в сравнительно стабильной системе белков крови, являются: 1) нарушения и повреждения органов, синтезирующих белки крови, 2) расстройства в регуляции белков крови и 3) изменения притока и оттока белков крови вследствие алиментарных факторов, потери плазмы или изменения потребности тканей в белках.

Картина белков крови, или протеинограмма, при определенном заболевании может быть сравнительно типичной (например, при миэломе всегда имеется парапротеинемия). В большинстве же случаев изменения белков крови не специфичны. В статье описываются приведенные в литературе примеры о типичных изменениях белков крови при определенных группах заболеваний.

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

LÕPETAJAID TALLINNA MEDITSIINIKOOLIST

26. veebruaril 1966. a. andis Tallinna Meditsiinikooli direktor Argo Rooks pidulikul aktusel diplomid kätte järjekordsele lennule. Lõpetajaid oli kokku 50, neist kiitusega 6.

Akušöörid

Maimu Aggoraiuja
Raaja Haakana
Milvi Jäälaid
Evi Kansvei
Ilme Kapsi
Virve Kastein
Veevi Koel
Rutt Lepik
Aili Linroos
Manda Lõõts
Liia Maasikas
Tiiu Minka
Tiiu Mutvei
Aimi Mägi (kiitusega)
Tiiu Nirgi
Maie Nugis
Aita Ploom
Helgi Prost
Laine Põdersalu
Viivi Riesen (kiitusega)
Ulve-Ann Ritslaid
Tiiu Salumets
Miia Simson
Aime Sirg
Tiina Tamm
Virve Tasso
Tatjana Torosjan
Olli Tõnurist (kiitusega)
Aino Varul

Farmatseudid

Maigi Alas
Milvi Arjasepp (kiitusega)
Airi Fritsche
Aimi-Ille Jõhverd
Maret Kala
Ilme Kalvik
Evi Kepp
Ive Kull
Ester Kärm
Anne Mägar
Mari Männi
Eimy Preisfreund (kiitusega)
Ene Pruul
Koidu Põdra
Milvi Põldemaa
Vaike Pärn
Made Sannik
Helve Siegert
Tiiu Toobal
Marie Vaarman (kiitusega)

Meditsiiniõed

Valentina Koloskova (mittestatsionaarselt)

K. Sõerde

TÄIENDUST KESKHARIDUSEGA MEDITSIINIKAADRILE

Viimastel aastatel on Tartu Meditsiinikooli lõpetanud igal aastal kaks lendu. 1965/1966. õppeaasta sügisel sooritasid riigieksamid ja said diplomid järgmised õpilased.

Meditsiiniõed

Tiina Kotkas
Aide Maksimova
Fatina-Svetlana Nenenko
Tiiu Mai Pajumägi
Juta Sillari
Niina Zubenko

Hambaarstid

Reet Karu
Riina Ratnik

4. märtsil 1966. a. toimus Tartu Meditsiinikoolis lõpuaktus, kus anti diplomid velskrite osakonna lõpetajaile. Aktuse avas õpetaja L. Pala-

mets, peokõne pidas kooli direktor V. Parvet. Kuulati rohkesti tervitussõnavõtte ja vaadati kooli isetegevuslaste ettekandeid.

Velskrid

Reet Alev
Jüri Belorukov
Elgi Ehte
Katrin Johari (kiitusega)
Malle Kahre
Margareta Kaschan
Laine Koeva
Marju Maasepp
Aino Miil
Veera Narva
Maie-Aet Norvik
Aime Ottel
Kaia Paas
Valentina Peets
Tiiu Pettai
Aino Puusepp
Luule Rammo
Virve Reinart
Ene Rebane
Maimu Rooger
Ravo Runnel
Maaja Rääk
Maret Saabel
Tamara Somelar (kiitusega)
Evi Varrik
Milvi Vindi

Meditsiiniõed

Kaja Arula
Hilja Eensalu
Lüüdi Kallaste
Marju Klade

Lasteasutuste meditsiiniõed

Edit Käsik

Käesoleva õppeaasta kolmas lend lõpetab meditsiinikooli juulikuu algul. Diplomid saavad meditsiiniõed ja velsker-laborantide osakonna viimase kursuse õpilased.

Sügisel, augustikuus, võtab kool taas vastu uusi õpilasi meditsiiniõdede, velskrite, velsker-laborantide ja sanitaarvelskrite erialale.

A. Horn

ARSTITEADUSE AJALOOST

KASVAJATE PALEOPATOLOOGIAST

(Kirjanduse ülevaade)

J. RAUDSEPP

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Statistika viimaste aastakümnete jooksul näitab, et haigestumine mõnedesse pahaloomulistesse kasvajatesse (peamiselt vähktõppe) on tõusnud. Võib tekkida küsimus: kas kasvajad on omased ainult kaasajale või eksisteerib see haigus juba iidsetest aegadest? Siin saab mõningat selgust tuua paleopatoloogia, s. o. teadus haigustest, mida võib kindlaks teha muistsetel looma- ja inimjäänustel, nagu M. Ruffer (15) esmakordselt formuleeris.

Ameerika anatoom ja antropoloog R. Moodie (9) avaldas 1923. a. monograafia miljoneid aastaid tagasi elanud loomaliikide paleopatoloogiast. Selles töös kirjeldab autor üht vanimat teada olevat kasvajat — osteoomi mosasaurusel. Kasvaja paiknes järsult piiritletuna kahe lülikeha vahel ja oli põhjustanud anküloosi. Mikroskoopiline uurimine näitas selg-

roolüli struktuuri muutusi ja tõelise kasvajakoe olemasolu. Iidse päritoluga kasvajatest kirjeldab sama autor hemangioomi ühel dinosaurusel. Et kõnesolevad ürgsed roomajad elasid mesosoikumis, seega oli kasvajatega tegemist juba ligikaudu 100 miljonit aastat tagasi. Kas see on piiriks? Selgus, et ei. Kivisöeajastul, s. t. 250 miljoni aasta eest elanud kala (*Phanerosteon mirabile*) sabauimel leiti osteoom (10). See on kõige varajasemasse aega kuuluv kasvaja, mis selgroogsetel kunagi on kindlaks tehtud.

Eelajalooliste inimeste luukasvajatest peetakse vanimaks nn. Kanami lõualuu osteosarkoomi (11). Lõualuu leiti 1932. a. Keenias ja see kuulub ühele primaatidest, kes elasid Aafrikas alampleistotseenis umbes 500 000 aastat tagasi. Lõualuust tehtud preparaadil on näha koldeline moodustis, mida paleopatoloogid peavad subperiostaalseks luustuvaks sarkoomiks. Tunduvalt «noorematekс» on L. Palesi andmeil kaks neoliitikumist pärinevat reieluukasvajat.

Rikkalikumad on kasvajate leiud muistsest Egiptusest. G. Smith ja W. Dawson (17) kirjeldavad kolme osteosarkoomi õlavarre- ja reieluul. Need leiud on pärit Gise püramiidide lähedal asuvast nekropolist ja kuuluvad vaaraode V dünastia valitsemisaega (umbes 2700 aastat e. m. a.). Viimasel ajal siiski kaheldakse, kas ongi tegemist reieluu osteosarkoomiga, pigem peetakse seda osteokondroomiks (14). M. Ruffer (15) kirjeldab Vana-Rooma-aegsetest Aleksandria katakombidest leitud suurt kasvajat vaagnaõõnes, mida ta peab osteosarkoomiks.

Vähkkasvajate leiud Egiptuses pärinevad IV sajandist. Neist ühel juhul oli pahaloomulisest protsessist kahjustatud koljupõhimik, teisel juhul ristluu. Arvatakse, et esimesel juhul on tegemist nasofaarünksist ja teisel juhul pärasoolest lähtunud vähkkasvaja poolt tekitatud luukahjustusega. Ptolemaioste valitsemisaega kuuluva naismuumia uurimisel leitud patoloogiline pilt on sarnane munasarja mõlemapoolse tsüstadenoomiga. Mida pajatavad vähkkasvajatest vanadel egiptlastel nende oma arstiteaduslikud papüürused? J. Wolffi (20) andmeil olevat Ebersi arstiteaduslikus papüüruses neid nimetatud ja ravimiseks isegi mitmeid vahendeid soovitatud. K. Sudhoff (18) seevastu jõuab järeldusele, et veenvaid kirjalikke tõendeid vähkkasvaja kohta neis papüürustes ei leidu.

Mis Vana-Egiptuse elanikel esinenud muude kasvajaliikide paleopatoloogiasse puutub, siis teatab L. Rogers (13) kahest arvatavast meningioomijuhust. Neid kasvajaid on kaudsel teel püütud identifitseerida koljus leitud hüperostootiliste protsesside varal. Esimene juht on pärit vaaraode I dünastia valitsemisajast (umbes 3400 aastat e. m. a.). Kolju hüperostoos olevat siin põhjustatud parema parietaalpiirkonna meningioomist. Teise kolju (kuulub vaaraode XX dünastia valitsemisaega, umbes 1200—1100 aastat e. m. a.) difuusne kärgja ehitusega hüperostoos olevat reaktsiooniks sarkomatoossele meningioomile.

Vähkkasvaja paleopatoloogiat Nõukogude Liidu maa-alal on käsitlenud D. Rohlin (4). Ta on leidnud iidseid vähkkasvaja metastaase lülisamba lülides üheksal korral. Vanim taoline leid kuulub aastasse 1500 e. m. a. Teised on dateeritud VII, III ja I sajandiga e. m. a. Märkimisväärseim on X—XI sajandisse (m. a. j.) kuuluv leid — vähkkasvaja skleroseerunud metastaasid elatanud naise rinna- ja ülemistes nimmelülides. Autor peab nende algkoldeks kopsuvähki. Ta põhjendab seda asjaoluga, et selle naise pikkade toruluude diafüüsidel leiti tugeva luustumise jälgi, nagu need on tüüpilised Marie-Bambergeri sündroomile. Nimetatud sündroomiga olevat tegemist juhtudel, kus haigel on periostaalne luustumine veres tsirkuleerivate toksiinide mõjul intensiivistunud. Viimased tekivad haiguste korral (bronhoektaasiad ja kopsuvähk), mil koed lagunevad suures ulatuses.

D. Brothwell (7) on uurinud Inglismaal muistsete sakside skeletijäänuseid ja kirjeldab kaheksat luukasvajat. Sama autor (8), võttes osa

ekspeditsioonist Socotra saarele India ookeanis, leidis varasest keskajast pärineva inimese lõualuujäänustes odontoomi. Teise keskajast pärit oleva luukasvaja (osteoomi) juhuna võiks nimetada C. Wellsi (19) leidu Inglismaal. Kõnesolev 6,5—8 mm mõõtmetega kasvaja paiknes puusanapas.

Healoomuliste luukasvajate leide Nõukogude Liidu alal on kirjeldanud samuti D. Rohlin (4). Huvitavamad neist on kaks VI—XII saj. pärinevat osteoomi (üks kuklaluul, teine alalõualuu nurga piirkonnas), üks X—XI sajandisse kuuluva naise skeleti põlveliigese piirkonna ulatuslik osteokondromatoos ja samast ajavahemikust pärit olev õlavarreluu osteoom.

Luukasvajate leviku kohta muistses Baltikumis on andmeid V. Derumsilt (2). Ta leidis ühtekokku kaheksa osteoomi skeletijäänustel, mis kuuluvad ajavahemikku VI—XVII saj.

1930. a. satuti Põhja-Ameerikas mõnede indiaanlaste matmispaikade uurimisel vanemale naisskeletile (12), mille lähemal vaatlusel täheldati mitmetes luudes koldelisi kahjustusi, nagu need on iseloomulikud plasmotsüstoomile. Nõukogude Liidust on teada teine analoogiline juht (4). Leid kuulub III—IV sajandisse e. m. a. ja on päevavalgele tulnud matmispaikade uurimisel Krasnojarski piirkonnas.

Millisel määral võiks kasvajate paleopatoloogia abistada kasvajate esinemissageduse üle otsustamisel minevikus ja tänapäeval? Mitmed paleopatoloogid väidavad, et luukasvajaid tuli kauges minevikus ette harva (6, 16). Neid esineb harva ka praegu. L. Goldšteini (tsit. 3 järgi) andmeil moodustavad luukasvajad 1,5—5% kõikidest pahaloomulistest kasvajatest. Eriti kasinaid andmeid annab osteosarkoomi paleopatoloogia. N. Trapeznikov (5) märgib, et pahaloomulisi luukasvajaid on praegugi palju harvemini kui muid luukasvajaid. Seega ei ole osteosarkoomi esinemissagedus aegade jooksul märgatavalt muutunud. Öeldu võib jääda mõnevõrra tinglikuks ühe paradoksi tõttu. Nimelt on kasvajate paleopatoloogilised leiud võrdlemisi põhjalikult läbi uuritud, mida ei saa aga öelda luukasvajate praegusaegse uurimise kohta. L. Goldšteini (tsit. 3 järgi) teateil on skeleti healoomuliste ja pahaloomuliste kasvajate sagedust seni puudulikult uuritud. N. Trapeznikov (5) kirjutab: «Nii kodukui välismaises kirjanduses puuduvad täpsed statistilised andmed pahaloomulistesse luukasvajatesse haigestumise kohta.»

Mida paleopatoloogia lubab öelda vähkkasvaja esinemissageduses toimunud nihete kohta? Siin on olukord märksa keerukam. Vähkkasvaja paleopatoloogias saab ju esmaste kollete üle otsustada üksnes kaudselt, metastaaside järgi luudes. S. Reinbergi andmeil on luudesse metastaseerumise poolest esikohal eesnäärmevähk (60—84%), teisel rinnanäärmevähk (50—73%) ja kolmandal kohal kopsuvähk (46%). Maovähk metastaseerub luudesse keskmiselt 12%-l juhtudest. Nagu näeme, metastaseeruvad praegu (arvatavasti oli see nii ka minevikus) kõige enam levinud kasvajavormid (mao- ja kopsuvähk) luudesse mitte eriti sageli. Et senine paleopatoloogiline materjal vähkkasvaja metastaaside kohta luudes on vähene, on sellest järeldatud vähkkasvaja harvemat esinemist minevikus (1). Et A. Lembergi andmeil on 88,2% luulistest metastaasidest osteoklastilise iseloomuga (mistõttu nad säilivad pinnases halvasti) ja ainult 5,6% osteoplastilised (seetõttu on pinnases enam vastupidavad), siis ei kajasta need leiud vähkkasvaja tõelist esinemissagedust varajasematel aegadel täpselt.

Kasvajaid käsitlevad paleopatoloogilised uuringud (seda paleopatoloogia osa võiks nimetada ka paleo-onkoloogiaks) võimaldavad mõnevõrra selgust tuua küsimusse, kuivõrd sagenenud on haigestumine pahaloomulistesse kasvajatesse varajasemate aegadega võrreldes. Samuti lubaksid nad jälgida kasvajate esiletulekut organismide evolutsiooniredelil kümneid ja sadu miljoneid aastaid tagasi.

Paleopatoloogia võtab kasvajatelt eesõiguse olla ainult tsiviliseeritud ühiskonna haiguseks. Põhjus või põhjused, mis viivad kasvajate tekkimisele, pidid seega olemas olema juba kauges minevikus.

KIRJANDUS: 1. Дэрумс В. Я. Из истории медицины, V, Рига, 1963, 81—97. — 2. Дэрумс В. Я. Об остеопатологии по материалам археологических раскопок в Прибалтике. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Рига, 1964. — 3. Петров Н. Н., Холдин С. А. Злокачественные опухоли, 1962, т. III, часть 2. — 4. Рохлин Д. Г. Болезни древних людей. М.-Л., 1965. — 5. Трапезников Н. Н. Лечение первичных опухолей костей. Автореф. дисс. д-ра мед. наук. М., 1964. — 6. Ackerknecht, E. H. Anthropology today: selections. Univ. Chicago Press, 1962. — 7. Brothwell, D. R. J. Roy. Anthropol. Inst., 1961, 91, 2. 318—344. — 8. Brothwell, D. R. Brit. Dental. J., 1959, 107, 12, 400—401. — 9. Moodie, R. L. Paleopathology. An introduction to the study of ancient evidences of disease. Univ. Illinois Press, 1923. — 10. Moodie, R. L. Science, 1927, 46, 1718, 540. — 11. Oakley, K. P. Nature, 1960, 185, 4717, 945—947. — 12. Ritchie, W. A., Warren, S. L. Amer. J. Roentgenol., 1932, 28, 5, 622—628. — 13. Rogers, L. Brit. J. Surg., 1949, 36. 144, 423—424. — 14. Rowling, J. T. Proc. Royal Soc. Med., 1961, 54, 50, 409—415. — 15. Ruffer, M. A. J. Pathol. and Bacteriol., 1914, 18. 480—484. — 16. Sigerist, H. E. A history of medicine. Vol. I. Primitive and archaic medicine. N. Y., 1951. — 17. Smith, G. E., Dawson, W. R. Egyptian mummies. London, 1924. — 18. Sudhoff, K. Monatschr. Krebsbekämpf., 1933, 4. 171—174. — 19. Wells, C. J. Bone and Joint Surg., 1962, 44-B, 4, 948—949. — 20. Wolff, J. Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Jena, 1933, Bd. I.

О ПАЛЕОПАТОЛОГИИ ОПУХОЛЕЙ

(Обзор литературы)

Ю. Раудсепп

Резюме

Многие литературные данные свидетельствуют о том, что различные опухоли встречались уже у древних пресмыкающихся, живших в мезозойский период, а также у рыб каменноугольного периода. Из опухолей, наблюдающихся у доисторического человека, наиболее древней считается остеосаркома нижней челюсти, которая была обнаружена у одного примата, жившего 500 000 лет тому назад. О костных опухолях у людей, живших в более позднем периоде — неолите, свидетельствуют данные Л. Пейлса. Значительно более богаты находки опухолей в древнем Египте (остеосаркома и др.).

Разрешением этих вопросов занимается палеопатология — наука о заболеваниях, которые можно определить по останкам древних животных и людей, как впервые это сформулировал М. Руффер. Палеопатологические исследования позволяют дать ответ на вопрос, насколько участилась заболеваемость злокачественными опухолями в настоящее время по сравнению с древними временами. Палеопатология лишила опухоли привилегии быть заболеванием людей только цивилизованного общества. Поэтому причины, вызывающие появление опухолей, должны были существовать уже в далеком прошлом.

SUNDUSLIKU RÕUGEPANEKU ALGPÄEVILT LIIVIMAAL

L. LEESMENT

Kaitsepookimisest rõugete vastu Baltimaadel on kirjutatud juba XVIII sajandil [vt. 1790. aastal Tallinnas ilmunud F. G. Arveliuse «*Ramma Josepi Hädda-* ja *Abbi-Ramat*» (eriti lk. 71 jj.)]. Ametliku rõugepanekuni jõuti Liivimaal alles järgmise sajandi algul. Nimelt seoses Liivimaa talurahvaseaduse kehtestamisega 1819. a. oli Riias kokku tulnud rõugepanekut korraldav komitee (*Livl. Gouvernements—Schutzblattern—Impfungs—Comitee*) ja välja töötanud reglemendi, mis ilmus Liivimaa kubermanguvalitsuse ukaasi (ukaas nr. 5948, 22. novembrist 1820. a.) lisana ning avaldati trükituna kolmes keeles, nimelt saksa (*Reglement*), läti (*Likkumi*) ja eesti (*Seädus*) keeles.

Mainitud instruktsioon sisaldab 11 paragrahvi. Instruktsioonist selgub, et rõugepanek oli maksuline. Pookijatele maksti iga lapse pealt 15 kopikat hõberaha, *«kui rouged heaste on külgehakkand»*. Nimetatud summa saadi vallalaekast, mis lastevanematelt hiljem sisse nõuti.

Rõugepanek oli ühtlasi kohustuslik. § 4 on öeldud: *«Koggokonna- ja kirriko-vöörmöndrite kohhus on, kui käsku savad, kõik lapsed, kel rouged veel pannemata on, jalla peält senna via, kus tohter pogib; ning ka veel pärrastki nendega senna minna, kui sellejärrele tulleb vadata, kuida rouged hakkand»*. Järgmine, § 5 näeb ette trahvi käsu mittetäitmise korral: *«Vannemad, vöörmöndrid ja perremehhed»*, kes rõugepaneku käsku ei täida, peavad trahvi maksma, nimelt *«igga lapse peält, kes tullemata jäi, kahhekordse pokimise rahha, mis on: 30 kopikad hõbbe rahha vallalaeka maksvad»*.

Rõugetevastase kaitsepookimise täpseks registreerimiseks olid ette nähtud nöörraamatud. § 10 määrab, et igas kogukonnakohtus peab neid olema kaks, kuhu kantakse sisse *«nende laste, ja nende vannemate nimmed, kel rougid pantud»*.

Instruktsioonis on käsitletud ka rõugepaneku kontrollimist. § 11 ütleb, et üks neist nöörraamatuist jääb kogukonnakohtusse, kuna teine eksemplar läheb järelevalveasutustele aruande korras, kust raamat kogukonnakohtule (s. t. vallakohtule) hiljem jälle tagastatakse. Nimelt saatsid vallakohtud aruanded rõugepaneku kohta igal aastal järelevalveinstantsile — kihelkonnakohtule.

Küllaltki huvitav on teada, kuidas seda ametlikku kaitserõugete paneku ukaasi üksikutes valdades tegelikult ellu rakendati. Mõningaid andmeid selle kohta leidub ametliku rõugepaneku registreerimise raamatuis, mis pärinevad möödunud sajandi kahekümnendatest aastatest. Allakirjutanu on vastavad andmed saanud Kilingi-Nõmme ümbruskonnast (endisest Pati vallast). Pati vallakohtu protokoll nr. 1 (26. veebruarist 1822. a.) sõnab nõnda.

«Nr. 1 selle 26-mal Februari ku päeval 1822 aastal Patti koggokonna kohtus olli toimetamas Rehema Jaan kohto vannem, Kurmi Pet, Pedi Jaan kohto mehe. Moisa valitsus kullutab koggokonna-kohtulle koggokonna vörmendritel Kallita Ans, Kinioia Jaan ja kiriko vörmender Saunametza Pet, se käsk, mis kihhelkonna-kohtust selle 18-mal Febr. ku päval 1822 sai antut. Kihhelkonna-kohus annab täda koggokonna kohtule, koggokonna vormenditel ja kirriko vormenditel, et se nende ohl(hool) ja murre päb ollema, et rouge pakkimene sab koggokonnas eddessi avvitut se käsk selleperrast taieste taidetut, ja kui ohloto (hooletu) neid leitakse, savad nemad 25 Rub. pel rapitud (trahvitud).

+++ Rehema Jaan
+++ Kurmi Pet
+++ Pedi Jaan».

Pati valla aruandes ajavahemiku kohta 1. I-l. VII 1821. a. nähtub järgmist. Rõugepaneku alla kuulus 1. I 1821. a. 46 last

1. I — 1. VII 1821. a. tuli juurde		21 „
Kokku 1. VII 1821		67 „
Kaitserõugeid poogitud,		55 lapsel
neist hakanud		43 „
Rõugeid poogitud kaks korda	pole hakanud	6 „
Rõugeid poogitud üks kord	pole hakanud	2 „
«Es olle mitte õigid rougid ehk ei olnud välja todud»		4 „

Endises Jäärja vallamajas, mis asub Kilingi-Nõmmest lõuna pool, leidus samuti rõugepanemise raamat ametliku rõugepaneku algpäevilt,

1821. aastast, kus muuhulgas on öeldud: «Impfungs Buch» ja edasi: «. . . *said keik selle koggokonna lapsed 14. aastast sadik, sest rouge pokiast Hirurgus Rimannist läbbi vadetud sel 26.* [V 1821].

Andmeid rõugepaneku kohta leidus näiteks veel Suislepa ümbruskonnas, nimelt endises Vooru kroonuvallas säilinud raamatus «*Impfungs Buch des publiken Gutes Worokülll*» («Vooru riigimõisa rõugepaneku raamat»), mida oli korralikult peetud.

Lõpuks, mis puutub rõugepanekusse endises Eestimaa kubermangus, siis on selle kohta 1896. aastal ajakirjas «*Эстляндские губернские ведомости*» nr. 7—9 ilmunud artikkel «*Краткий исторический очерк развития оспопрививания в Эстляндской губернии*» (1821—1896 г.).

О ПЕРВЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРИВИВКАХ ПРОТИВ ОСПЫ В ЛИФЛЯНДИИ

Л. Леэсмент

Резюме

О противооспенных прививках в Прибалтике писали уже в конце XVIII века, но к обязательным прививкам перешли лишь в начале следующего столетия. В 1819 году в Риге собрался комитет по организации оспопрививания в связи с введением крестьянского закона в Лифляндии. Комитет выработал постановление, которое было опубликовано в печати на 3-х языках (немецком, латышском и эстонском).

Приводятся различные данные о проведении противооспенных прививок и выдержки из вышеназванных инструкций по оспопрививанию.

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

SANITAARHARIDUSTÖÖTAJATE SEMINARILT

1. ja 2. märtsil 1966 toimus Tallinnas sanitaarharidustöö instruktorite seminar. Sanitaarharidustööd Eesti NSV-s analüüsisid tervishoiu ministri asetäitja, vabariigi peasanitaararst O. Tamm ja Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst T. Raudsepp. Ministri asetäitja märkis, et elanike tervishoiualaste teadmiste kasvu tulemusena on sanitaarne olukord tööstusettevõtetes, sovhoosides ja kolhoosides paranenud. Õpilaste hulgas on avardunud arusaamad isikliku hügieeni reeglite täitmise vajalikkusest. Need ja mitmed muud plussid ei tohi varjutada miinuseid sanitaaralase propaganda organiseerimisel. Peamiseks puuduseks on kõrvalekaldumine sanitaarharidustöö põhisuunast. Haigustest, nende diagnoosimisest ja haigete ravist on räägitud ja kirjutatud võib-olla juba piisavalt, seevastu märgatavalt vähem on tegeldud tervete eluviiside propageerimisega, tervise säilitamise ja haiguste vältimise küsimustega.

Ettekannetes peegeldus elavalt kõik, mis meie sanitaarharidustöös on aktuaalne. T. Raudsepp kõneles sanitaarharidustöö planeerimisest, S. Propst sanitaarharidustööst koolis, R. Käbin elavsõnast sanitaarharidustöös ja sanitaarminimumi kursustest, E. Laido sanitaarharidustööst naiste ja laste hulgas, S. Propst ja L. Hain näitlikkusest sanitaarharidustöös, F. Bochman terviseülikoolide tegevusest ja A. Aland sanitaarhariduslike filmide kasutamisest. Sõnavõtjatest puudutasid G. Varik (Võru) sanitaarharidustööd ajalehe ja R. Teppo (Kohtla-Järve) raadio vahendusel. Instruktorite tööl peatus D. Simre (Pärnu).

M. Kink

KUTSE-NAHAHAIGUSTEALANE SEMINAR

25. märtsil 1966. a. korraldati Tallinnas dermatoveneroloogide seminar, kus praktiseerivaid arste tutvustati kutse-nahahaiguste diagnoosimise ja ravimise meetodite ning profülaktikaga.

Seminari avas R. Uuetoa, kes rõhutas vajadust pöörata senisest suuremat tähelepanu kutse-nahahaigustevastasele võitlusele ja profülaktikale, ühtlasi tuletas meelde, et kõik kutse-nahahaiguste juhud tuleb registreerida.

N. Schamardin andis ülevaate kutse-nahahaigusi põhjustavatest keemilistest, füüsikalistest ja infektsioos-parasitaarsetest teguritest ning kirjeldas nende haiguste kliinilist pilti. Sõnavõttudes märgiti, et paljud keemilised ained võivad põhjustada ka muid häireid organismis. Puudutati kutse-nahahaigusi põdevate haigete dispanseerimist, tööekspertiisi ja ravi. Profülaktikavahenditest tõsteti esile tööprotsesside mehhaniseerimist, hermetiseerimist ja automatiseerimist. Räägiti ka kutse-nahahaiguste juhtude arvelevõtmisest ja aruandlusest.

H. Vahter käsitles põhjalikult kutse-nahahaiguste diagnoosimist ja diferentsiaaldiagnoosimist, kusjuures eriti tähtis on varajane diagnoosimine. Muuhulgas soovitas ta rakendada luminestsentsmeetodit. Peamist tähelepanu pööras ta põlevkiviõlidest tekitatud nahakahjustustele.

G. Sillard rääkis Tartu Linna Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri töö kogemustest kutse-nahahaiguste alal.

N. Schamardin

EPILEPSIAT KÄSITLEV PLENAARISTUNG

26. märtsil 1966. a. toimus Tallinnas L. Puusepa nimelise Eesti NSV Neuropatoloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuse laiendatud plenaaristung, kus käsitleti epilepsia diagnoosimist ja ravi meie vabariigis. Nõupidamisele kogunesid Tallinna, Tartu, Narva, Pärnu, Viljandi, Kohtla-Järve jt. linnade neuroloogid, neurokirurgid ja psühhiaatrid, kokku 90 inimest.

Istungil kuulati viit ettekannet, mis peegeldasid vabariigi raviasutuste peamisi seisukohti epilepsia diagnoosimise ja ravi valdkonnas. Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast esines M. Mägi, kes puudutas epilepsia klassifikatsiooni, elektrodiagnoosimist, kliinilist diagnoosimist ja ravi. Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia Haiglas omandatud kogemustest epilepsia ravimisel kõneles L. Kivivare. Ta märkis, et 1959. a. alates on broomipreparaatide osatähtsus tunduvalt vähenenud ja fenobarbitaali kõrval on tarvitusele võetud palju uusi ravimpreparaate, nagu triometiin, difeniin, heksamidiin, klorakoon, bensonaal jt. I. Kärner näitas Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgiaosakonnas kogutud andmeil, et pneumoentsefalograafial on terapeutiline toime nii traumaatilise kui ka tundmata etioloogiaga epilepsia puhul. Epilepsiahaigete ambulatoorsest ravist rääkis Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla arst I. Tergem. Sama haigla arst J. Tepp andis ülevaate statsionaarse ravi mõjust epileptilisi psühhoose põdevatele haigetele.

Istungil rõhutati epilepsia konservatiivse kombineeritud ravi tõhusust. Soovitati mitmesuguste medikamentide (suurtes annustes) kombineeritud kasutamist pika aja vältel, tööravi ja õiget töökorraldust, organismi üldtugevdavat ravi ja üksikjuhtudel kirurgilist ravi. Istungi lõpul võttis seltsi juhatus vastu mitmeid otsuseid epilepsiahaigete ravi organisatsioonilise külje parandamiseks.

A. Chevalier

I ÜLELIIDULINE LASTEKIRURGIDE KONVERENTS

22.—24. detsembrini 1965. a. toimus Moskvas I üleliiduline lastekirurgide konverents, millest võttis osa 468 isikut kõikidest liiduvabariikidest.

Ettekande lastekirurgiast NSV Liidus ja selle parendamisest esitas professor J. Issakov. Lastekirurgia tunnistati iseseisvaks distsipliiniks, kusjuures peeti vajalikuks selle igakülgset ja kiiret arendamist, et lahendada teoreetilisi probleeme ning laiendada raviasutuste võrku ja ette valmistada kvalifitseeritud kaadrit.

Kokku kuulati 94 ettekannet, mis hõlmasid anestesioloogiat ja reanimatsiooni, kopsukirurgiat ja mitmesuguseid probleeme lastekirurgia valdkonnas.

Konverentsil võeti vastu resolutsioon, milles märgiti saavutusi, kuid toodi esile ka raskusi (peamiselt organisatoorset laadi), mis takistavad lastekirurgia üldist arengut. Ühtlasi kavandati abinõud lastele antava kvaliteetse kirurgilise abi parandamiseks.

I. Freiberg

NÕUPIDAMINE TERAPEUTILISE ABI PARENDAMISE KÜSIMUSTES

26.—29. jaanuarini 1966. a. toimus Moskvas liiduvabariikide tervishoiu ministeeriumide, kraide ja oblastite tervishoiuosakondade peaterapeutide nõupidamine.

Ettekande terapeutilise abi olukorrast ja arenguperspektiividest NSV Liidus esitas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut professor J. Tšazov. Vaatluse all olid spetsialiseeritud meditsiinilise abi arendamine ja terapeutide kaadri ettevalmistamine. Igale liiduvabariigile, oblastile või mitmele oblastile peab olema

tagatud iga liiki spetsialiseeritud meditsiiniline abi. Peale kardioreumatoloogia tuleb tervishoiuorganitel lähematel aastatel tähelepanu pöörata neuroloogiale, toksikoloogiale, endokrinoloogiale, allergoloogiale, gastroenteroloogiale ja hematoloogiale. On ilmne, et igas linnas või rajoonis pole tarvis kunstlikku neeru või hingamiskeskust. Kahtlemata peab arvestama ühe või teise meditsiiniharu spetsiifikat ja kohalikke tingimusi. Ühtlasi tuleb aparatuuri kasutada ratsionaalselt.

Spetsialiseeritud meditsiinilise abi arendamiseks on tarvis kaadrit ja vastavat aparatuuri. Spetsialiseeritud abi vajavate haigete toitmiseks ja ravimiseks määratud summasid suurendatakse. Esmajoones puudutab see neuroloogiaosakondi ja osakondi, kus ravitakse müokardiinfarkti põdevaid haigeid.

Mis terapeutide ettevalmistamisse puutub, siis ühelt poolt soovitati pikendada instituudis õppimise aega, teiselt poolt viia kogu arstide spetsialiseerimise ja täiendamise süsteem NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi alluvusse. Professor D. Presnjakov, A. Tšiž jt. soovitasid teraapiaosakondades sisse seada vanemordinaatori ametikoht. Peeti vajalikuks välja töötada dispanseerimise efektiivsuse kriteeriumid.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut A. Gunter rääkis tööstusettevõtete tööliste meditsiinilisest teenindamisest, spetsialiseeritud kabinettide tööst ja dispanseerimisest. Mitmed sõnavõtjad — professor G. Tsõgankov, professor N. Moltšanov jt. — kiitsid heaks, et esmakordselt Eesti NSV-s rakendatakse ägedat pneumooniat või angiini põdenud isikute dispanseerset jälgimist. Huvipakkuv oli Tallinnas kasutusele võetud müokardiinfarkti põdenud haige kontrollkaart.

Pikema sõnavõtuga esines NSV Liidu tervishoiu minister professor B. Petrovski. Ta kriipsutas alla, et ministeeriumi peamisteks ülesanneteks on suunata arstiteaduse arengut, panna rõhku kaadri ettevalmistamisele ja arendada meditsiinitööstust. Erilist tähelepanu tuleb pöörata spetsialiseeritud meditsiinilisele abile. Ettekandes käsitleti mitmeid tähtsaid küsimusi, nagu arsti autoriteet, halvasti korraldatud meditsiinilise selgitustöö kritiseerimine, võitlus iseravimise põhimõtete vastu ja ravimite, eriti antibiootikumide ebaõige tarvitamine.

A. Gunter ja N. Elštein

ÜLELIIDULINE VOKAALPEDAGOOGIKA-ALANE KONVERENTS

26. jaanuarist kuni 1. veebruarini s. a. korraldas NSV Liidu Kultuurimisteerium Moskvas üleliidulise vokaalpedagoogika-alase konverentsi, kus arutati lauljate ettevalmistamist ja selle parandamise võimalusi.

Peale konservatooriumide ja muusikakoolide laulupedagoogide olid kohale tulnud füsioloogid ja foniaatrid. Osavõtjate hulgas oli endisi ja praegusi nimekaid lauljaid. Lauluõpetajad käsitlesid peamiselt vokaalkunsti õpetamise metoodika täiustamist. Foniaatria aspektist valgustati kaasaegse teaduse seisukohti laulja hääleelundite talitlusest. Laulupedagoogikas tuleb leida veel objektiivseid meetodeid, et hinnata õige laulmise füsioloogilisi aluseid, samuti ebaõiget laulmise tehnikat. Selles mõttes pakkus huvi L. Dmitrijevi ja M. Nozadze (Moskva) demonstreeritud helifilm, kus röntgeni abil jälgiti laulja diafragma liigutusi, samuti kõri, kõripealise ja keelepära asendit.

Professor V. Jermolajev Leningradist jt. avaldasid arvamust, et laulmist ei ole soovitatav õppida nina-kõrvalkoobaste kroonilisi põletikke ja allergilist rinopaatiat põdevail isikuil.

Eesti NSV-st viibisid konverentsil laulupedagoogid Tallinna Riiklikust Konservatooriumist eesotsas T. Kuusikuga, Tartu Muusikakoolist R. Jõks ning arstiteaduse kandidaat S. Jõks ja allakirjutanu.

E. Siirde

ÜLELIIDULINE LASTE REUMATOLOOGIA ALANE KONVERENTS

2. ja 3. märtsil toimus Moskvas laste reumatoloogia alane konverents, millest võttis osa üle 500 arsti ja teadusliku töötaja. Konverentsi avapäeval käsitleti reuma morfogeneesi ja patogeneesi. Reuma patogeneesis peeti oluliseks valkude, lipoidide ja kollageeni-ainevahetuse, samuti fermendisüsteemide tasakaalu häireid.

Professor I. M. Ljampert rääkis uutest suundadest reuma immunoloogias. Ta rõhutas, et tüüpiliste reumakahjustuste patogeneesis on suur tähtsus lümfoidsete rakkude spetsiifilisel sensibiliseerumisel. E. A. Nadeždina kirjeldas anti-

kardiaalseid autoantikehi reumahaigetel lastel. Antikardiaalsete autoantikehade tiiter on kõrgenenud klapirikete arenemise perioodil. Tiitri määramine võimaldab seroloogiliselt diagnoosida esmast kardiiti lastel, kel on täheldatud kardiotonsillaarset sündroomi.

Professor A. I. Strukov rääkis reuma morfogeneesist, kusjuures ta rõhutas varajase diagnoosimise tähtsust. Reuma aktiivsuse kindlakstegemiseks soovitas ta lümfisõlmede punktsiooni või biopsiat.

Konverentsi teisel päeval esitati andmeid reuma kulu ja kliinilise pildi muutumise kohta viimase 10—15 aasta jooksul, samuti käsitleti reuma etapilise ravi printsiipe, mitraalstenoosi diagnoosimist ja kirurgilist ravi. Kriipsutati alla varajase kirurgilise ravi tähtsust mitraalstenoosi korral, mil parenhümatoossete elundite kahjustused on veel väikesed.

Eesti NSV-st viibisid konverentsil A. Vares, E. Müllerbeck ja I. Laan.

L. Tamm

III ÜLEMAAILMNE NEUROKIRURGIDE KONGRESS

23.—28. augustini 1965. a. toimus Kopenhaagenis III ülemaailmne neurokirurgide kongress, millest võtsid osa 92 riigi esindajad. Delegaatide arv ulatus tuhandeni. Nõukogude Liidust oli 14-liikmeline delegatsioon eesotsas N. Burdenko nimelise Neurokirurgia Instituudi direktori professor A. Arutjunoviga.

Kongressil arutatavaks peamiseks probleemiks olid pea- ja seljaaju vigastused. Kuulati ettekandeid ja vaadati suurepäraseid filme ajuoperatsioonide uutest meetoditest, laseri toimest katseloomade ajusse, aju lokaalsest hüpotermiast (kuni +7° C) jne.

Suurt tähelepanu pöörati ajuvigastustega haigete ravi organisatsioonilisele küljele ja püüti vastata Ülemaailmse Neurokirurgia Föderatsiooni poolt esitatud küsimusele: «Mida meie, maailma neurokirurgid oleme teinud aju- ja seljaajuvigastuste ravi alal?» Ettekannetest selgus, et näiteks Kanadas on ajuvigastused surma põhjuseks 25%-l õnnetusjuhtumitest. 1963. a. hukkus USA-s vigastuste tagajärjel 101 000 inimest, kusjuures surma põhjuseks olid kõige sagedamini peavigastused. Ka Jaapanis on koljuvigastused tähtsaks sotsiaalseks ja meditsiiniliseks probleemiks. Selles 97 miljoni elanikuga riigis juhtub igal aastal ligikaudu 500 000 peavigastust, kusjuures hukkub umbes 19 000 inimest. Maailma suurimas linnas Tokios (10 290 000 elanikku) tuleb igal aastal ette umbes 45 000 peavigastust, neist umbes 1 600 juhtu lõpeb surmaga. Mainitud vigastused on Jaapanis surma põhjuste hulgas seitsmendal kohal. Euroopas (*excl.* Inglismaa) leiab igal aastal aset umbes 1 500 000 peavigastust, kusjuures 75 000 juhul kaasnevad koljusisesed verejooksud. Raskete peavigastuste tagajärjel sureb Euroopas 50—70% vigastatutest.

Toodi esile ka organisatsioonilisi puudusi. Neurokirurgiahaiglates ei jätku voodeid, neurokirurgiakliinikud paiknevad pealinnades või ainult suuremates linnades, kirurgidel ei ole küllaldast neurotraumatoloogiaalast ettevalmistust, vältimatu abi organiseerimine on puudulik jne.

Väga huvitavaid ettekandeid (koos filmide demonstreerimisega) esitati kinniste ajukoljuvigastuste tekkemehhanismi kohta. Ahvidel sooritatud katsetega (mis olid filmitud kiirusega 3 000 võtet sekundis) näidati, et pea põrkamisel vastu takistust surutakse aju inertsi mõjul kokku. Kinnises koljuõõnes komprimeeritud ajuosade piirkonnas tekib ülerõhk, teistes koljuõõne osades aga alarõhk. Aladel, kus koljusisene rõhk langes alla ühe atmosfääri, koevedelikud gaasistusid, hiljem aga tekkisid ajukoe kärbus ja verejooksud. Seega kinnise ajukoljuvigastuste puhul pole ajukahjustuse põhjuseks koljusisene ülerõhk, vaid rõhu langus koljuõõnes alla ühe atmosfääri. Isegi kuni 40 atmosfäärine ülerõhk koljuõõnes ei tekita olulist ajukahjustust.

NSV Liidu teadlastelt oli 4 ettekannet (professorid Graštšenkov, Grigorovitš, Babitšenko ja Kandel). Allakirjutanu ja dotsent J. Reineti ülevaade, mis käsitles neurokirurgilisi haigusi põdevatel haigetel esinevate kopsukomplikatsioonide elektroaerosoolravi, avaldati kongressi materjalides.

29. augustil 1965. a. oli allakirjutanul võimalus osa võtta ka rahvusvahelisest stereotaktilisele kirurgiale pühendatud konverentsist, mis toimus samuti Kopenhaagenis. Seni on inimestel tehtud ligikaudu 24 000 niisugust operatsiooni, mille abil saab kõrvaldada lihaste rigiidsust, värisemist, valusid ja krampe. Stereotaktiliste operatsioonide tehnikat täiustatakse pidevalt ning nimetatud meetod leiab üha suuremat tunnustust ja laialdasemat rakendamist.

Üleliiduline Neurokirurgide Teaduslik Selts astus III ülemaailmse neurokirurgide kongressi ajal Ülemaailmse Neurokirurgide Föderatsiooni liikmeks.

E. Raudam

KONSULTATSIOONE

JURIIDILIST NÕUANNET

1. Kas lähedases sugulusvahekorras olevatel isikutel on lubatud töötada tervishoiuasutustes alluvuse või kontrolli vahekorras olevatel ametikohtadel?

Vene NFSV RKN-i määruste järgi 21. detsembrist 1922. a., 10. detsembrist 1923. a. ja 5. juunist 1928. a. on meditsiinipersonalil lubatud töötada alluvuse või kontrolli vahekorras olevatel meditsiinilistel ametikohtadel maal asuvates tervishoiuasutustes, vaatamata lähedasele sugulusvahekorrale (vanemad ja lapsed, vennad ja õed, abikaasad, abielupoolte vanemad, õed, vennad ja lapsed).

2. Kas töötaja on kohustatud esitama asutuse juhatajale kirjaliku või suulise avalduse, kui ta läheb puhkusele graafiku kohaselt?

Vastavalt «Korralise ja lisapuhkuse eeskirjad» sätetele, mis on kinnitatud NSV Liidu Töö Rahvakomissariaadi poolt 30. aprillil 1930. a., on tööandja kohustatud teatama igale töötajale tema puhkuse algusest ja lõpust hiljemalt 15 päeva enne puhkust. Selleks pannakse tööruumidesse (osakondadesse, kabinettidesse jm.) vastavad teadaanded. Töötajad, kes saavad puhkust individuaalkorras (ajutine töövõimetus, ühiskondlike kohustuste täitmine jne.), peavad sellest teatama kirjalikult.

Seoses puhkusele minekuga ei ole töötaja kohustatud esitama kirjalikku avaldust ja temalt ei või seda nõuda.

3. Kas meditsiiniõel või arstil on õigus saada asendustasu, kui ta täitis töölt puuduva kolleegi ülesandeid oma tööpäeva jooksul, kuigi tema graafikus ettenähtud töötundide arv kuus selle tõttu ei suurenenud?

Keskharidusega meditsiinitöötajatele ja arstidele tasutakse ravi- ja profülaktikaasutustes tegeliku tööaja eest (mitte meditsiinilist abi saanud kodanike arvu või tööhulga järgi). Seega ei ole töötajatel õigus saada asendustasu, kui nad täitsid töölt puuduva kolleegi tööülesanded tööpäeva jooksul. Ravi- ja profülaktikaasutuste administratsioon on kohustatud jälgima, et täiendavate tööülesannete täitmine ei kahjustaks antava meditsiinilise abi kvaliteeti ja meditsiinipersonali tervist.

4. Kas peaarsti asetäitja majandusalal võib nõuda, et keskharidusega meditsiinitöötajad (ja nendega töötasu suhtes võrdsustatud töötajad) täidaksid sanitari ülesandeid?

Töökoodeksi 36. paragrahvi järgi ei või töötajalt nõuda niisuguste tööülesannete täitmist, mis ei kuulu tema kohustustesse.

5. Kuidas tasuda ületundide eest tervishoiutöötajatele, kes töötavad kuugraafiku järgi, kusjuures nad ei tööta iga päev?

Tervishoiutöötajatele, kes töötavad ravi- ja profülaktikaasutustes, kus peab töötama kauem, kui seda lubab normeeritud tööpäev ja kus tööd pole vahetuste kaupa võimalik organiseerida, arvestatakse antud kuul ületundideks tööaeg, mis ületab selle kuu plaaniliste töötundide summa. Vastavalt Töökoodeksi paragrahvidele 60 ja 97-l tasutakse antud kuul nende ületundide eest, mis ei ületa kahte tundi päevas, poolteisekordselt. Ülejäänud tundide eest makstakse kahekordselt.

Näiteks kui arsti plaaniliste töötundide arv kuus oli 167 (antud kuus on 26 tööpäeva) ja tegelikult töötas ta 221 tundi (ilma kohakaasluse ja ajutise asetäitmiseta), siis saab ta tasu 221—167=54 ületunni eest järgmiselt: poolteisekordselt 26×2=52 tunni eest ja kahekordselt 54—52=2 tunni eest.

6. Kuidas tasutakse tervishoiuasutuste autojuhtidele, kui nad põhitöö kõrval täidavad sanitari kohustusi?

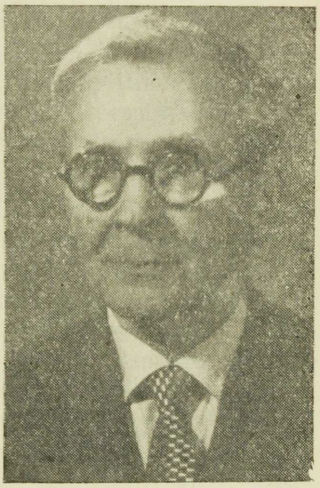
Tervishoiuasutuste autojuhtidele, kes põhitöö kõrval täidavad sanitari kohustusi (haigete kandmine), makstakse täiendavalt töötasu kuni 20% sanitari ametipalgast, mida autojuht saaks töötades sanitarina. Konkreetse summa sanitari palgast määrab tervishoiuasutuse juhataja ja kooskõlastab ametiühingu kohaliku komiteega.

Sellist töö tasustamist võib rakendada ainult siis, kui kõik koosseisus ettenähtud sanitari ametikohad (haigete kandmiseks) pole asutuse koosseisus avatud või kui asutuse koosseisus olevad sanitari ametikohad (haigete kandmiseks) pole komplekteeritud.

Ühe sellise vaba sanitari ametikoha arvel võib lisatasu maksta ainult ühele autojuhile.

U. Meikas

PROFESSOR FELIX LEPP 85-AASTANE



2. mail 1966. aastal tähistasid vabariigi tervishoiutöötajad professor Felix Lepa 85. sünnipäeva ja 60-aastast tööjuubelit.

F. Lepp sündis Võrumaal endises Tsooru vallas töölise perekonnas. Alghariduse sai ta Rõuge vallakoolis. Seejärel (1910. a.) lõpetas ta Tartus gümnaasiumi eksternina ja alustas õpinguid Tartu ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1918. aastal *cum laude*. Esimese maailmasõja ajal töötas F. Lepp Orjoli sõjaväehospidalis ordinaatorina.

Arstlikku tegevust alustas F. Lepp koolarstina. Hiljem töötas ta Tartu Nakkushaigla juhatajana, seejärel konsultandina jne. 1940. aastal organiseeris juubilar Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama ja oli ka selle esimeseks peaarstiks.

Praktilise tegevuse kõrval tegi F. Lepp pidevalt teaduslik-pedagoogilist tööd. 1924. aastal kaitses ta doktoridissertatsiooni «Pleuravedelikkude bakterioloogiline ja eksperimentaalne uurimine». Palju aastaid pidas ta loenguid arstiteaduskonna üliõpilastele tuberkuloosi epidemioloogiast, nakkus- ja sisehaigustest. 1944. a. valiti F. Lepp Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia ja nakkushaiguste kateedri juhatajaks ja talle anti professorikutse. Sel töökohal pühendas ta kogu energia ja oskuse noore kaadri kasvatamisele. Tema juhendamisel on kandidaadiväitekirja edukalt kaitsnud 17 inimest, neist 6 aspiranti. Paljudele dissertantidele on juubilar olnud abivalmis oponendiks.

1960. aastal läks F. Lepp pensionile, kuid tänaseni võtab ta aktiivselt osa noorte teadlaste juhendamisest. Juubilari sulest on ilmunud ligikaudu 100 teaduslikku ja populaarteaduslikku tööd. F. Lepp on Tartu Arstide Seltsi asutajaid ja paljude Tartu arstide seltside auliige.

Nõukogude valitsus on professor F. Leppa autasustanud Tööpunalipu ordeniga ja medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945». Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 26. maist 1956. a. anti talle Eesti NSV teenelise teadlase aunimetus.

Juubilari armastatud ütluseks on «Elagu noorus!». Ütleme siis talle: «Põlegu noorustuli tema südames veel kaua!»

A. Lenzner

VEERA PÄSMEL 60-AASTANE

14. aprillil 1966. a. tähistas 60. sünnipäeva ja 35-aastast tegevust farmaatsia alal Apteekide Peavalitsuse apteegivõrgu organiseerimisosakonna juhataja Veera Päsmel.

Veera Aleksandri t. Päsmel sündis 14. aprillil 1906. a. Alatskivil. Pärast üldhariduse omandamist Tartus töötas ta Valga ja Võru apteekides praktikandina. Ajavahemikul 1929—1933 õppis V. Päsmel Tartu ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas. Õppevaheaegadel töötas ta apteekides. Pärast ülikooli lõpetamist asus ta tööle Tallinna Linna



Apteeki. 1940. a. suunati V. Päsmel Viru tänava apteeki, mida ta juhatas apteegi hävimiseni sõjatules. Aastail 1944—1951 oli V. Päsmel Tallinna apteegis nr. 5 ja nr. 2 juhataja abiks. 1951. a. kutsuti ta Apteekide Peavalitsusse, kus töötab vastutusrikkal ametikohal kuni tänaseni.

Veera Päsmel on kõrge kvalifikatsiooniga spetsialist, kes on kiindunud oma erialasse. Tema juhtimisel on apteekide tööd kaasaja nõuete kohaselt ümber korraldatud. Juubilari initsiatiivil on sisustatud kümneid uusi apteeke.

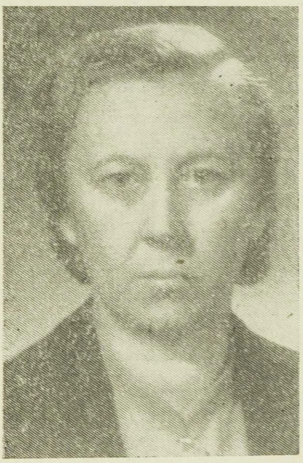
V. Päsmelil on suuri teeneid farmatseutide kaadri kasvatamisel. Ta on töötanud Tallinna Meditsiinikoolis õppejõuna ja olnud paljude täienduskursuste organiseerijaks ja lektoriks. V. Päsmel on osa võtnud farmatseutide vabariiklike konverentside korraldamisest ja informatiivsete materjalide väljaandmisest. Ta on Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi üks asutajaid ja selle kauaaegne juhatuse liige. V. Päsmel kuulub Apteekide Peavalitsuse Apteekide Nõukokku.

Juubilari viljakat tööd on hinnatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Soovime juubilarile head tervist ja raugematut indu töös ka edaspidiseks!

Kolleegid

LEIDA KERES 50-AASTANE



24. aprillil 1966. a. sai 50-aastaseks Tartu Riikliku Ülikooli pediaatria kateedri juhataja dotsent Leida Keres.

Leida Mihkli t. Keres sündis 24. aprillil 1916. a. Kilingi-Nõmmel. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetas ta 1940. a. Pärast seda töötas ta pediaatria kateedri assistendina. 1958. aastal määrati ta TRÜ pediaatria kateedri juhatajaks. Üliõpilaspõlves kirjutas L. Keres teadusliku töö «Imikute suremus Tartus, selle põhjused ja abinõud suremuse vastu võitlemiseks», mis tunnistati I auhinna väärilisiks.

1951. a. kaitses L. Keres kandidaadiväitekirja teemal «Soolepõletikkude puhul imikute ja väikelaste roojas leiduvate lahustunud valkude diagnostiline väärtus». 1958. a. anti talle dotsendikutse. L. Keres on 30 trükis ilmunud teadusliku töö autor, õpperaamatu «Juhendeid lastearstidele» kaasautor ja TRÜ rotaprindil trükitud 5 õpperaamatu autor või kaasautor. Peale selle on ta kirjutanud 24 populaarteaduslikku artiklit ja osa võtnud 2 populaarteadusliku raamatu koostamisest. L. Kerese tööde uurimisobjektiks on ägedat pneumooniat põdevate imikute patogeneetiline ravi, laste kaasasündinud väärarendite põhjuste selgitamine ning uute profülaktikavõtete rakendamine

imikute haigestumise ja suremise vähendamiseks. L. Kerese juhendamisel on kaitstud 1 ja valmimisel 4 kandidaadiväitekirja. Samuti on ta juhendanud 8 üliõpilaste auhinnatööd.

L. Keres võtab aktiivselt osa nii Vabariikliku kui ka Tartu Pediaatrite Seltsi tööst ja ühiskondlikust elust. Aastail 1959—1963 valiti ta Tartu Linna TSN saadikuks. 1964. a. alates juhatab ühiskondlikul alusel töötavat TRÜ arstide spetsialiseerimise ja täiendamise kateedrit.

1948. a. autasustati juubilari medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945» ja 1965. a. ordeniga «Austuse märk». 1963. a. anti talle Eesti NSV teenelise arsti aunimetus.

Kogu vabariigi pediaatrid, eriti aga kaastöötajad Tartu Riiklikust Ülikoolist ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, samuti kõik endised ja praegused õpilased õnnitlevad nooruslikku juubilari ning soovivad talle väsimatut indu teaduslikus, pedagoogilises ja arstitöös.

Kolleegid

EINAR VAGANE 50-AASTANE



7. juunil 1966. a. tähistas 50. sünnipäeva NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi biokeemialaboratooriumi juhataja Einar Vagane.

Einar Pauli p. Vagane sündis Tallinnas «Volta» tehase töölise pojana. Lõpetanud 1935. a. Tallinnas gümnaasiumi, töötas ta 2 aastat Hiiu-Kärdla apteegis praktikandina. 1938. a. astus E. Vagane Tartu ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonda, kuid õpingud katkestas sõda. Suure Isamaasõja ajal teenis ta algul Krasno-Uralskis tööpataljonis, seejärel Eesti Laskurkorpuses apteegi juhatajana ja farmatseudina. 1943. a. suunati E. Vagane õppima Moskva Farmaatsia Instituuti. Seejärel lähetati tööle Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi operatiivgruppi Leningradis ja pärast Eesti NSV vabastamist Apteekide Peavalitsusse. 1945. a. jätkas E. Vagane õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas, mille lõpetas 1946. a. Aastail 1946—1948 töötas ta TRÜ Arstiteaduskonna farmakognoosia kateedri juures.

1948. a. alates töötab juubilar NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis algul noorema, siis vanema teadusliku töötajana ja viimased 15 aastat laboratooriumi juhatajana. 1950. a. kaitses E. Vagane kandidaadiväitekirja ja talle anti farmaatsiakandidaadi kraad ning 1954. a. vanema teadusliku töötaja kutse.

E. Vagase teaduslik tegevus on olnud mitmekülgne. Üle kümne aasta on ta pühendanud vitaminoloogiale ja Eesti NSV elanike toitumise ning ainevahetuse iseärasuste uurimisele. Tema sulest on ilmunud rohkem kui 30 teaduslikku uurimust nii vabariiklikes kui ka üleliidulistes väljaannetes.

E. Vagane on tuntud energilise organisaatorina, kes kuulub kolme instituudi teaduslikku nõukokku ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Meditsiinilisse Nõukokku. Peale selle on ta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi toitlustuskomitee esimees ja mitme teadusliku seltsi

juhatuse liige. Ühtlasi võtab E. Vagane sageli sõna loengusaalides, raadios, televiisoris jm. Ta on avaldanud üle 60 populaarteadusliku artikli.

1955. a. alates kuulub E. Vagane Nõukogude Liidu Kommunistlikku Parteisse. Teda on autasustatud Tööpunalipu ordeniga.

Soovime juubilarile jätkuvat energiat veel paljudeks aastateks!

Kaastöötajad

REFERAATE

Suitsetamisest võõrutamine. V. N. Kudrjašova. (Применение цититона и никотиновой кислоты в практике санаторно-курортного лечения). Врачебное дело, 1966, 2, 147—148.

Jalta sanatooriumis «Livadia» on sanatoorse ja kuurordiravi kompleksi võetud ka meetodid patsientide suitsetamisest võõrutamiseks. Töötati välja metoodika ravimiseks tsütitooni ja nikotiinhappega. Viimasel on organismi stimuleeriv ja desintoksikatsiooni soodustav toime.

0,15%-list tsütitoonilahust süstitakse patsiendile lihasesse 0,5 ml kaks korda päevas (enne hommikueinet ja kaks tundi hiljem) kuue päeva jooksul. Samal ajal loputavad patsiendid suud mitu korda päevas 0,25%-lise hõbenitraadilahusega. Järgnevate 6—10 päeva kestel võtavad haiged 3—4 korda päevas enne söömist sisse 0,1 g nikotiinhapet koos 0,3 g glükoosiga. Sel viisil organismi viidud nikotiinhape tekitab iivelduse, mis intensiivistub suitsetamise puhul. Suitsetamisest loobumisel tekkivad abstinentsinähud kaovad pärast tsütitoonilahuse süstimist.

Enamikul patsientidest kadus suitsetamissoov esimesel ravipäeval, mitmed neist jätkasid sellele vaatamata suitsetamist. Mõnedel ravitavatest soov küll säilis, aga nõrgenes tunduvalt. Teisest-kolmandast ravipäevast alates ilmnes patsientidel vastikustunne suitsetamise ja tubakalõhna vastu — suitsetamine kutsus esile mõrutunde suus ja iivelduse.

Üksikutel raskematel juhtudel pikendati tsütitoonkuuri 10—12 päevani, kusjuures kuuel viimasel päeval võtsid patsiendid veel nikotiinhapet eespool toodud annuses.

Käesolevaks ajaks on suitsetamisest loobunud üle 400 sanatooriumis ravil olnud isiku.

Ref. N. Järv

Menstruatsioon ja sport. T. Cséffalvay (Vom Zyklus abhängige Leistungsfähigkeit der Frau und die Transponierung der Menstruation). Medizin und Sport, 1966, Heft 1, lk. 1—5.

Naised on käesoleval sajandil, eriti paaril viimasel aastakümnel hakanud innukalt spordiga tegelema. Küsimus sellest, millisel määral naise organism seejuures intensiivseks sportlikuks tegevuseks kohane on, huvitab eriti spordiarste ja günekolooge.

Aastaid tagasi peeti mõistlikuks menstruatsiooni ajal spordiga üldse mitte tegelda, kõnelemata võistlemisest. Seisukoht, mille kohaselt naise kehaline jõudlusvõime menstruatsiooni ajal on tunduvalt madalam, oli laialdaselt levinud. Leidus teadlasi, kes kahtlesid naise «vaimses terviklikkuses» menstruatsiooni ajal ja neid, kes arvasid, et naiselt ei tohiks sel ajal isegi täit vastutust nõuda. Seda laadi arvamusi on viimaste aastakümnete uurimused tugevasti korrigeerinud.

Kui meenutada, et naise kehatemperatuur on *corpus-luteum*-faasis mõne kümnendiku kraadi võrra tavalisest kõrgem, et põhiainevahetus kõigub vastavalt tsükli muutustele ja et ka muud sisenõristusnäärmed on tsüklist märgatavalt mõjustatud, siis ei tohiks jõudlusvõime muutused olla eriti üllatavad. Kuid mida ütlevad objektiivsed andmed?

H. Noacki ja tema kaastöötajate põhjalikud uurimused selgitasid lihaste jõu muutusi tsükli vältel. Erisuguste lihaste jõudlusvõime võrdlemisel täheldati kõige paremaid tulemusi menstruatsioonijärgsel ajavahemikul, saavutuste miinimumi aga mitte menstruatsiooni ajal, vaid enne seda.

Mis kopsude jõudlusvõimesse puutub, siis tegi G. K. Döring kindlaks, et vitaalkapatsiteet väheneb menstruatsioonieelsel perioodil märgatavalt. Süsihappegaasi alveolaarne partsiaalrõhk saavutab optimumi vahetult pärast menstruatsiooni ja miinimumi enne seda. Sellest järeldab G. Döring, et suguhormoonid mõjuvad otseselt hingamisele.

Uurimuste alusel sama autor oletab, et vegetatiivse närvisüsteemi toonuse muutused põhjustavad tsüklilise muutuse pulsisageduses, kusjuures selle vähenemine menstruatsiooni ajal langeb ühte parasümpaatilise süsteemi muude nihetega.

Samuti selgitas G. Döring, et tasakaaluregulatsioon funktsioneerib kõige paremini pärast menstruatsiooni.

Kesknärvisüsteemi talitlust, mille kvaliteet on võistlusspordile kindlasti niisama oluline kui puhtmuskulaarsed funktsioonid, on menstruatsiooni ajal palju uuritud. Uuemad andmed tõestavad üllataval kombel, et reaktsiooniaeg ja koordinatsioonivõime ei viita menstruatsioonipäevil ega üheski muus tsükli ajalõigus jõudlusvõime nimetamisväärsele langusele. Kui tervis on korras ja menstruatsioon kulgeb normaalselt, ei saa naise vaimsete funktsioonide nõrgenemisest juttugi olla. See ei tähenda veel seda, nagu teatavad psüühilised reaktsioonid poleks tsükli faasidest sõltuvad. R. A. McCance'i, M. C. Luffi ja E. E. Widdowsoni «kõrgenenud meeleolu graafik» näitab selgesti postmenstruaalset tippu. Ka see viitab naise kehalise ja psüühilise heaolutunde harjale menstruatsioonijärgsel perioodil.

G. Döringi tähelepanekud tõestavad nii depressiivse meeleolu kui ka ärritatavuse silmapaistvat tõusu premenstruaalsel ajal ja nende miinimumi postmenstruaalsel ajavahemikul.

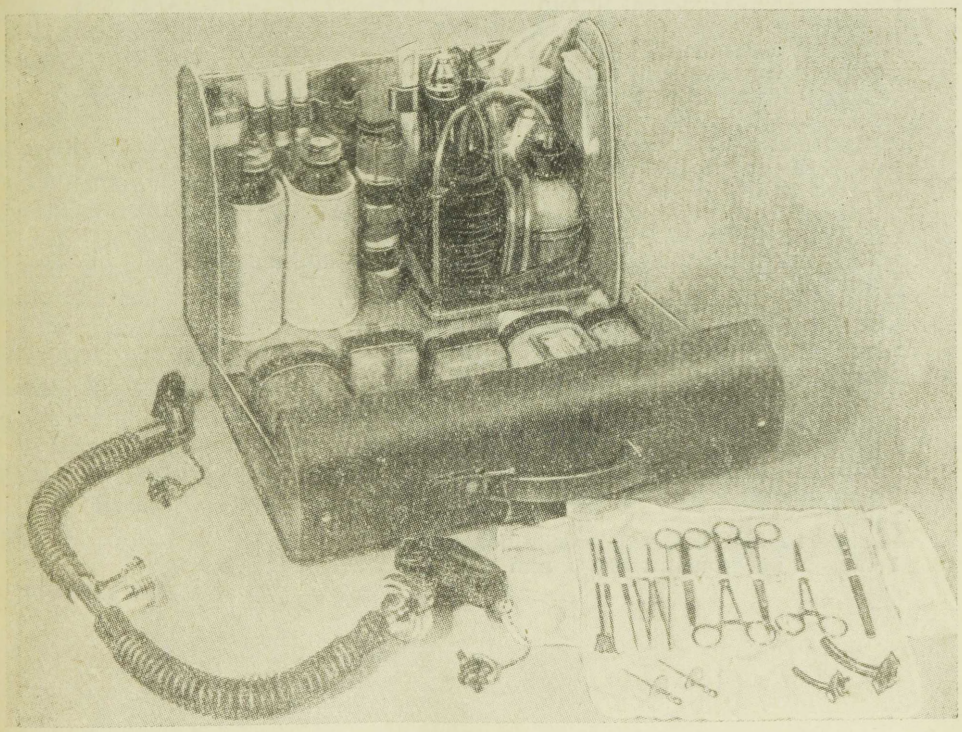
Kaugelt üle 90 protsendi naissportlastest ei näe menstruatsioonis spordile mingit takistust. K. Tosetti andmeil katkestas ainult 3% küsitletuist menstruatsiooni ajal korrapärase treeningu. 60% naissportlastest saavutab sel perioodil samasuguseid või isegi paremaid tulemusi kui tavaliselt.

Kokku võttes võib öelda, et kõige madalama jõudlusvõimega aega kujutab endast mitte menstruatsioon, vaid *premenstruum*. Teiste sõnadega: jõudlusvõime tõus algab *premenstruum*'is, jätkub menstruatsiooni ajal ja saavutab lae *postmenstruum*'is. Seda tõsiasja kinnitavad ka C. Müller i tähelepanekud, mille järgi enamik spordiõnnetustest juhtub *premenstruum*'is.

Uus esmaabipaun Saksa DV-s. K. Herrmann (Instrumentarium für Erste Hilfe: Der neue Nothilfskoffer). Medizintechnik, 1965, 1, lk. 2, lk. 41.

Saksa Demokraatlikus Vabariigis võeti tervishoiu ministeeriumi algatusel tarvitusele uus esmaabipaun, millega viie aasta kestel varustatakse järk-järgult kõik arstid. Pauna kaubastab Versorgungsdepot für Pharmazie und Medizintechnik Leipzigis.

Senised, arstide endi sisustatud paunad ei vastanud iga kord nõuetele, eriti raskete õnnetuste puhul. Enamasti polnud neis vahendeid ega instrumente hingamisteede sekreedist puhastamiseks, nõrgenenud või halvatud hingamistegevuse nor-



Saksa DV uus esmaabipaun. Paremal väike aspiratsioonipump koos pudeliga sekreedi kogumiseks. Vasakul kaks pudelit verd asendavate infusioonilahustega. Vasakul ees komplekt kunstliku hingamise tegemiseks suu suul meetodil

maliseerimiseks ega intubatsiooniks. Samuti puudusid trahheotoomia- ja infusiooniriistade komplektid koos verd asendavate lahustega.

Kohvrikujuline paun on hallist tehisnahast mõõtmetega 510×350×170 mm. Tõmbelukuga suletuna kaitseb ta esmaabivahendeid hästi tolmu eest. Pauna on lihtne autosse kaasa võtta ja transportida. Sisu on paigutatud käepäraselt. Kohvrisse sobitatud liikuvat termoduurplaati saab kasutada lauakesena, millele abiandmise korral asetatakse instrumendid. Transportimisel on instrumentaarium steriliseeritavas taskus, mis omakorda on kaitstud plastikaatkotikesega.

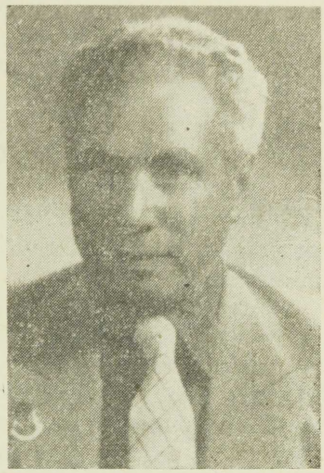
Esmaabipauna sisu:

1. Ravimid
   - 3 ampulli analgeetikumi
   - 5 ampulli (à 5 ml) 2%-list novokaiinilahust
   - 5 ampulli (à 1 ml) noradrenaliinilahust (1 : 1000)
   - 3 antiseptilist tupsutit
   - 1 tuub antiseptilist vedelseepi, 50 g
   - 5 ampulli prednisolooni à 25 mg
   - 2 pudelit verd asendavate infusioonilahustega, à 500 ml
   - 4 purunemiskindlat nõu ampullide hoidmiseks
2. Sidumisvahendid
   - 2 žgutti
   - 2 kolmnurkset rätti
   - 3 erineva suurusega marlisidemete komplekti
   - 1 haavapakend
   - 10 vedrunõela
   - 1 tsink-kautšukplaaster
   - 1 plastikaatkotike puitspaatlitega
   - 1 pakk ligniini (100 g)
   - 2 komplekti põletushaavade töötlemiseks
   - 3 ampulli atraumaatiliste nõeltega ja kahes jämeduses dederoonniidiga
3. Instrumentaarium ja abivahendid
   - 1 kirurgiline pintsett 14,5 cm
   - 1 anatoomiline pintsett 14,5 cm
   - 1 kirurgilised käärid (nüri otstega, kumerad) 14,5 cm
   - 1 skalpell 4 cm
   - 2 teravat, ühe haruga trahheaalkonksu
   - 1 avata trahheaalkanüül 6 mm
   - 1 avata trahheaalkanüül 10 mm
   - 1 õõnessond 13 cm
   - 1 Kocheri veresulgur 13 cm
   - 1 Kocheri veresulgur 16 cm
   - 1 Hegari nõelahoidja 15 cm
   - 2 Straussi tiibkanüüli
   - 1 sterilisaator 5 ml rekordsüstlaga ja 6 nõelaga
   - 1 sterilisaator 2 ml rekordsüstlaga ja 6 nõelaga
   - 1 Listeri käärid 20 cm
   - 2 infusioonivahendite komplekti koos ühenduskanüüliga
   - 1 maosond (läbimõõt 7 mm, suurus 7)
   - 1 komplekt kunstliku hingamise tegemiseks suu suul meetodil
   - 3 aspiratsioonikateetrit (läbim. 3, 5 ja 7 mm)
   - 1 jalgpump aspiratsiooniks (väike mudel)
   - 2 Mayo' kanüüli (keelehoidjad) nr. 0 ja nr. 2
   - 1 suuavaja (kummist)
   - 1 lapik taskulamp patareiga
   - 1 kollane rasvapliiats
   - 1 linasest riidest tasku instrumentide hoidmiseks
   - 2 plastikaatkotikest instrumentide tasku kaitseks
   - 1 käterätt plastikaatkotikeses
   - 1 märkmik
   - 1 pliiats
   - 1 linasest riidest tasku kateetrite hoidmiseks
   - 1 klaasist ühendustoru 100×4 mm

Ref. B. Kadarik

PROVIISOR JOHEL PATS

28. VIII 1901 — 27. II 1966



27. veebruaril 1966. a. suri ootamatult tööülesannete täitmisel Haapsalus Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi analüütik ja kauaaegne Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatuse liige proviisor Johel Pats.

J. Pats sündis 28. augustil 1901. a. Vilniuses käsitöölise perekonnas. 1925. a. astus ta Tartu ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonda, mille lõpetas 1930. a. kiitusega. 1931. a. anti talle töö eest «Kodumaa puukoorte parkainete sisalduvusest» farmaatsiamagistri kraad. Aastail 1931—1937 oli J. Pats Kanepis apteegi juhatajaks. Seejärel töötas retseptaar-kontrolörina Tartu Keskapteegis. Aastail 1940—1941 oli ta Tartu Emajõe apteegi juhatajaks.

Suure Isamaasõja päevil töötas J. Pats Kirovi apteekides esialgu retseptaar-kontrolörina, hiljem oblastiapteegi juhatajana. 1944. a. kutsuti ta Eesti NSV Apteekide Peavalitsusse Leningradis, kus töötas reevakueerimiseni. Aastail 1945—1951 oli J. Pats Tallinnas Eesti NSV Apteekide Peavalitsuses esialgu varustusosakonna, hiljem apteekide osakonna juhatajaks. Viimased 15 aastat töötas ta Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumis, kus ta loengute, seminaride ja konsultatsioonidega võitis suure populaarsuse ja lugupidamise nii farmatseutide kui ka arstide hulgas. Oma rikkalikke kogemusi jagas J. Pats ka noortele. Suure Isamaasõja ajal töötas ta Kirovi Meditsiinikoolis pedagoogina, hiljem Tallinna Meditsiinikoolis.

J. Pats on andnud suure panuse uute ravimite propageerimisse. Tema sulest on ilmunud raamat «Uuemaid ravimeid», mitmeid farmakoloogia-alaseid tõlkeid ja artikleid. Loenguid uutest ravimitest pidas ta kogu vabariigis. Ühiskondlikus korras võttis J. Pats osa «Eesti Nõukogude Entsüklopeedia» koostamisest.

J. Pats oli aktiivne Farmatseutide Teadusliku Seltsi liige, ühtlasi võttis pikemat aega osa seltsi juhatuse tegevusest. Suurte kogemustega proviisorina kuulus ta Apteekide Peavalitsuse Apteekide Nõukokku.

J. Patsi on autasustatud medaliga «Ennastsalgava töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945» ja rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane». Eesti NSV 25. aastapäeva puhul kanti J. Patsi nimi Tervishoiu Ministeeriumi auraamatusse.

Kaastöötajad tundsid teda kui sõbralikku, abivalmis, suurte teadmiste ja kogemustega mitmekülgset inimest.

J. Patsi ootamatu surm on suureks kaotuseks kogu farmatseutide perele.

Kolleegid

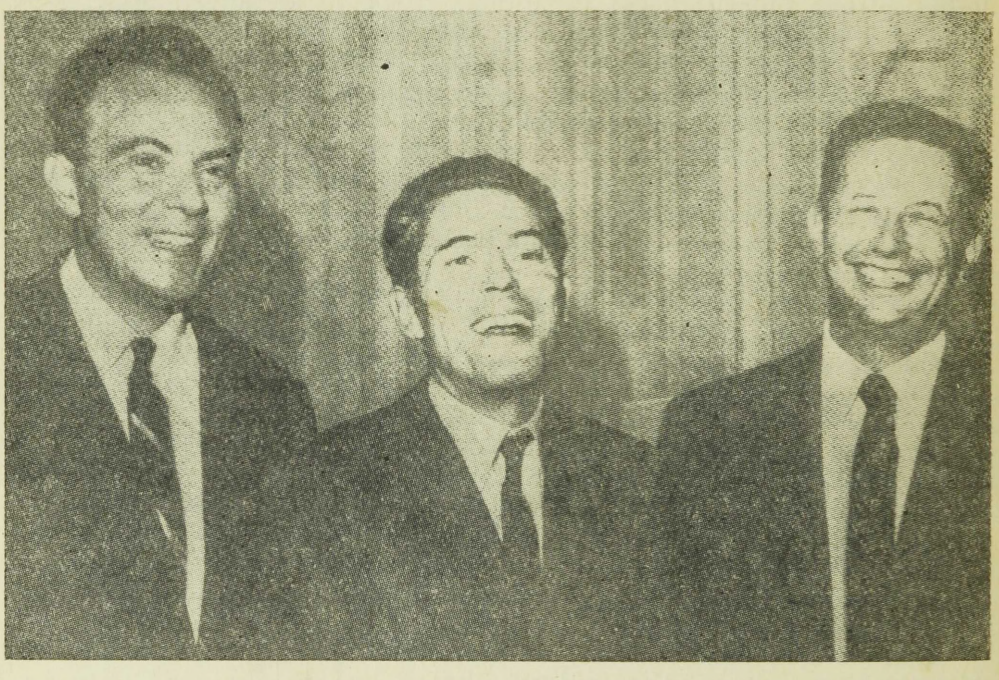
1965. AASTA NOBELI PREEMIA LAUREAADID

Dotsent *E. TALLMEISTER*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedrist, juhataja dotsent *A. Lenzner*)

Möödunud aasta 10. detsembril toimus Stokholmis pidulik Nobeli preemiate kätteandmine silmapaistvate saavutuste eest teaduse ja kirjanduse valdkonnas. Nobeli auhind meditsiini ja füsioloogia alal anti prantsuse teadlastele Andrè Lwoffile, Jacques Monod'le ja François Jacobile.

Vanim laureaatidest on vene päritoluga A. Lwoff, kes on sündinud Ainay-le-Château's 1902. aastal. Ta on Pariisi Pasteuri Instituudi kauaaegne juhataja ja Sorbonne'i ülikooli professor mikrobioloogia alal. Silmapaistva teadlasena mikroobide füsioloogia ja viroloogia valdkonnas on A. Lwoff valitud Chicago, Oxfordi ja Glasgow' ülikoolide audoktoriks. Temast 8 aastat noorem pariislane J. Monod, kes 1959. aastal nimetati Pariisi ülikooli professoriks, on juba üle 13 aasta töötanud Pasteuri Insti-



1965. aasta Nobeli preemia laureaadid arstiteaduse ja füsioloogia alal, prantsuse teadlased François Jakob, Jacques Monod ja André Lwoff

tuudi biokeemiaosakonna juhatajana. F. Jacob, kolmest teadlasest noorim, on sündinud 1920. aastal Nancy's. Hakates 1938. aastal arstiteadust õppima, kavatses ta spetsialiseeruda kirurgiks. Kui sakslased 1941. aastal okupeerisid Prantsusmaa, liitus ta vastupanuliikumisega ja võttis osa sõjategevusest fašistliku Saksamaa vastu Põhja-Aafrikas ja hiljem Prantsusmaal. Ta sai kaks korda haavata ja talle anti sõjaliste teenete eest auleegioni komandöri nimetus. Pärast sõda jätkas ta pooleli jäänud õpinguid. 1950. aastal sai ta professor A. Lwoffi kaastöötajaks ja kümme

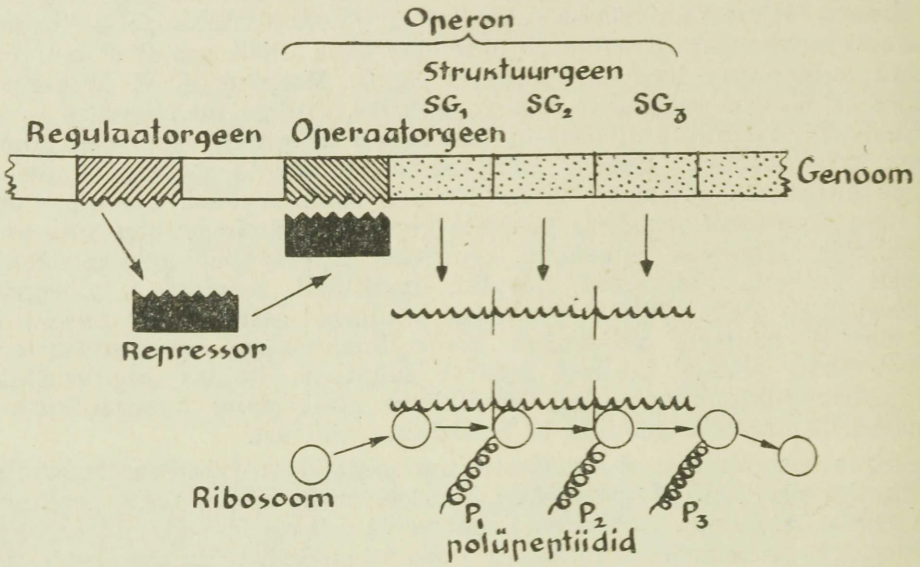
aastat hiljem oli ta juba Pasteuri Instituudi mikroobide geneetika osakonna juhataja. Nagu ta ise ühes intervjuus («Uppsala Nya Tidning» 15. oktoobrist 1965. a.) ütles, tunneb ta end eriti austatud olevat seetõttu, et jagab Nobeli auhinda oma õpetaja professor A. Lwoffiga.

1965. aasta Nobeli preemia määramine meditsiini ja füsioloogia alal kolmele Pasteuri Instituudi teadlasele on teatavas mõttes järgnevaks lüliks varajasematel aastatel märkimist leidnud avastustele molekulaarbioloogia valdkonnas. Nii said 1959. a. Nobeli preemia Arthur Kornberg ja Severo Ochoa desoksüribonukleiin- ja ribonukleiinhappe bioloogilise sünteesi mehhanismi avastamise eest elusrakus. 1962. aastal Nobeli preemiaga auhinnatud teadlased Francis Crick, Maurice H. F. Wilkins ja James D. Watson selgitasid oma uurimustes, milline on elusraku geneetilise koodi keemiline struktuur, mis tagab informatsiooni ülekandmise ühelt generatsioonilt teisele. 1965. aasta laureaadid meditsiini alal on nende küsimuste uurimisel astunud veelgi sammu edasi. See oli võimalik tänu nimetatud teadlaste püsivale koostööle nende probleemide uurimisel, mis paiknevad biokeemia, geneetika ja mikrobioloogia piirialadel. Nobeli preemia määranud Karolini Instituudi teadlaste kolleegiumi motiveeringu järgi väärisid prantsuse teadlased selle autasu fermentide ja viiruste sünteesi geneetilise kontrollmehhanismi avastamise eest. Nende tööd aitasid olulisel määral selgitada, kuidas reguleeritakse desoksüribonukleiinhappe kui pärilikkuse materiaalse kandja üksikute geneetiliste ühikute, geenide ja tsüstronite talitlust.

Suur osa nimetatud teadlaste uurimistöödest käsitleb fermentide beetagalaktosidaasi ja permeaasi sünteesimise mehhanisme bakterite geneetikas laialdaselt kasutatava *Escherichia coli* tüvedel. Nimelt on nende fermentide produktsioon mõnel *E. coli* tüvel konstitutiivset laadi (s. t. püsivalt omane) ega sõltu substraadist. Sama mikroobi teistele tüvedele on aga vajalik vastava substraadi, s. o. söötmes antud juhul leiduva laktoosi olemasolu, et indutseerida vastavate fermentide produktsiooni bakterirakus. Nimetatud nähtusi määravate geneetiliste seaduspärasuste uurimisel kasutasid prantsuse teadlased konjugatsiooniprotsessi. Viimane seisab kahe erinevate omadustega *E. coli* auksotroofse mutandi omavahelises ristamises, mille puhul eriliste omadustega F^+ või Hfr doonorbakteritelt kantakse teatav osa pärilikku ainet üle retsipient- ehk F-bakterirakku. Bakteritüvede ristamised (kui ühel partneril oli konstitutiivne, teisel aga indutseeritav võime eespool nimetatud fermente produtseerida) võimaldasid kindlaks teha, et indutseeruvus on aktiivsem ehk dominantne vorm. See fakt aga ei sobinud kujutlusega, mille järgi indutseeruvatel bakteritel nagu puuduks midagi, mis fermentide sünteesiks on vajalik.

Vastupidi senistele seisukohtadele F. Jacob ja J. Monod oletasid, et indutseeruvad bakterirakud produtseerivad aktiivselt mingit substantsi, niinimetatud repressorit, mis pärsib teatavate fermentide produktsiooni. Konjugatsiooniprotsessi ajalise jälgimise teel nad tõestasid, et substraadis leiduv induktor pärsib repressori talitlust. Seejuures on repressori toime väga spetsiifiline, mõjustades ainult teatavaid fermendisüsteeme, antud juhul beetagalaktosidaasi ja permeaasi produktsiooni. On teada, et mõne aminohappe, näiteks histidiini sünteesi determineerib koguni 8 erinevat fermenti, kusjuures neid kõiki võidakse ühesainsas mutatsiooniprotsessis pärssida. Seega repressor ei kontrolli mitte üht geeni, vaid omavahel funktsionaalselt seotud geenide rühma. F. Jacobi ja J. Monod' järgi on elusraku kromosoomil lähestikku asetatud ja omavahel funktsionaalselt seotud nn. struktuurgeenid nende naabruses paikneva erilise operaatorgeeni kontrolli all. Kogu vastav kompleks kannab nimetust operon (vt. skeem). Seejuures võib operaatorgeen viibida kas avatud või suletud olekus. Kui operaator on avatud, siis moodustab iga struktuurgeen vastavas operonis informatsioonilist ribonukleiinhapet. Tänu

sellele sünteesitakse neid polüpeptiide, mille struktuuriline informatsioon on vastava geeni poolt kodeeritud. Seevastu aga suletud operaatori puhul ükski vastava operoni geen informatsioonilist ribonukleiinhapet ei moodusta. Operaatorit aga pärsib spetsiifiline tsütoplasmaatilise päritoluga repressor, mis omakorda kujutab endast erilise regulaatorgeeni produkti. Arvatakse, et eksisteerib kahte tüüpi repressoreid. Ühed neutraliseeritakse substraadi ehk induktori toimel, mille tulemu-



Skeem

sena pärsitakse repressori ja operaatorgeeni vaheline seos. Sel teel vabastatakse omakorda vastavate struktuurgeenide talitlus. Teist tüüpi repressorid aktiveeritakse spetsiifiliste metaboliitide ehk korepressorite toimel, mille tulemusena repressor astub kontakti vastava operaatorgeeniga. Sel puhul lülitatakse välja kõigi struktuurgeenide talitlus antud operonis.

Ettekujutus operonist võimaldab mõista, miks näiteks funktsionaalselt lähedased geneetilised lookused bakteri kromosoomil on omavahel aheldatud. Nii on selgunud, et *Salmonella typhimurium*'i kromosoomis kodeerivad ühte operoni ühendatud geenid trüptofaani biosünteesiks vajaliku nelja fermendi produtseerimist. Nende geenide talitlust reguleerib omakorda intratsellulaarne metaboliit — trüptofaan. Trüptofaan on sel juhul ise korepressoriks, mida vastavalt on vaja operoni siduva repressori aktiveerimiseks. Kui trüptofaani on liiga vähe, siis repressor inaktiveeritakse ja operon on taas avatud. See tagab vastava informatsioonilise ribonukleiinhappe ja ühtlasi trüptofaani biosünteesi reguleerivate fermentide kiire sünteesimise. Kui aga trüptofaani on ülekülluses, siis aktiveeritakse repressor ja suletakse operaator. Sel teel pärsitakse ajutiselt kõigi trüptofaani sünteesi reguleerivate fermentide süntees.

Prantsuse uurijate poolt kirjeldatud bakteriraku regulatsioonimehhanism on ilmselt rakendatav ka kõrgemalt organiseeritud elusrakkude puhul. Niisugune mehhanism annab elusrakule võimaluse end kohandada vastavalt olukorra nõuetele, käivitada uusi fermendisüsteeme, kui see on vajalik, või ajutiselt välja lülitada teisi, kui teatavaid metaboliite ähvardab kuhjuda nii suurel hulgal, et see võib raku elutegevust kahjustada.

Värskete Nobeli laureaatide teised tööd käsitlevad viiruste kui raku-

siseste parasiitide reproduktsiooni peremeesrakus ja süsteemi viirusrakk geneetilisi aspekte. Viirus paljuneb peremeesrakus nii, et sunnib viimast viirusosakese spetsiifilises nukleiinhappes leiduva geneetilise koodi põhjal produtseerima uusi viirusosakesi. Analoogiliselt peremeesrakule on ka viiruse geneetilises aines reguleerivad süsteemid. Tänu sellele toimub viirusosakeste biosüntees harmooniliselt, kindla süsteemi järgi (reaktsiooniproduktide tekkimise järjekorra alusel). Viirusosakeste biosüntees tervikuna aga enam ei allu peremeesraku regulatsioonimehhanismidele. Kuid viiruse autonoomne paljunemisprotsess ühes sellele järgneva peremeesraku hävinemisega pole ainsaks viiruse eksisteerimisvormiks. Eelkõige A. Lwoffi aastaid kestnud uurimised tõestasid, et viiruse geneetiline aine võib teatavates tingimustes integreeruda peremeesraku geneetilisse aparaati. Niisugusel juhul on välistatud viiruse autonoomne paljunemine, mis säilib normaalselt arenevas peremeesraku genoomis proviirusena. Peremeesraku saatus sõltub olulisel määral sellest, kas keskkonna tingimused soodustavad tsütoplasmaatilise repressoraine sünteesi, mis pidurdab viiruse autonoomset paljunemist rakus (viirus muudetakse proviiruseks), või sissepääsenud viiruse geneetilisest informatsioonist juhitud eriliste «varajaste valkude» sünteesi (viirus paljuneb autonoomselt ja hävitab peremeesraku). Proviiruse poolt rakku toodud võõras geneetiline informatsioon võib põhjustada ka peremeesraku pärilike omaduste muutusi. Lisaks sellele võivad mitmesugused füüsikalised ja keemilised tegurid, mõjudes regulaatorgeenile või repressorile, häirida raku regulatsioonimehhanisme, mille tagajärjel spetsiifiliste valkude biosünteesi enam ei kontrollita. Oletatakse, et niisugune raku autoregulatsiooni kahjustus tuleb arvesse ka normaalse raku degenereerumisel kasvajarakuks.

Nagu üldiselt märgitakse, võib A. Lwoffi, J. Monod' ja F. Jacobi poolt selgitatud elusraku regulatsiooniprintsiipe arvestada ka kõrgemate organismide elutegevuses, mille puhul muidugi lisanduvad veel intertsellulaarsed tegurid neurohumoraalse ja muu regulatsiooni näol. Nende teadlaste poolt esitatud raku autoregulatsiooniteooria järgi on võimalik mitmesuguseid bioloogilisi ja meditsiinilisi nähtusi, sealhulgas ka kantserogeneesi vaadelda hoopis uuest aspektist, mis kahtlemata on tuhandetele uurijatele suureks stiimuliks selle komplitseeritud protsessi olemuse selgitamisel.

KIRJANDUS: 1. Жакоб Ф., Волман Э. Пол и генетика бактерий, М., 1962. — 2. Зилбер Л. Ж. гиг. эпидемиол. микробиол. и иммунол. 1962. VI, 3, 217—229. — 3. Стент Т. Молекулярная биология вирусов бактерий, М., 1965. — 4. Уоддингтон К. Морфогенез и генетика. М., 1964. — 5. Bargmann, W. Dtsch. med. Wochenschr., 1965, 47, 2128—2129. — 6. Geissler, E. Bakteriophagen, Objekte der modernen Genetik, Berlin, 1962. — 7. Hayes, W. The Genetics of Bacteria and their Viruses, Oxford, 1964. — 8. Jacob, F. u. Brenner, E. C. R. Acad. Sci., Paris, 1963, 256, 298. — 9. Jacob, F. u. Wollmann, E. L. C. R. Acad. Sci., Paris, 1958, 247, 154. — 10. Jacob, F. u. Monod, J. J. Mol. Biol. 1961, 3, 318. — 11. Lwoff, A. Bacteriol. Revs. 1953, 17, 269. — 12. Lwoff, A. Biochem. J. 1965, 96, 289. — 13. Monod, J., Changeux, J.-P. u. Jacob, F. J. Mol. Biol. 1963, 6, 306. — 14. Pollock, M. R. Nature, 1965, 208, 5017, 1250—1252. — 15. Thimann, K. V. Das Leben der Bakterien. Jena, 1964.

ЛАУРЕАТЫ НОБЕЛЕВСКОЙ ПРЕМИИ 1965 ГОДА

Э. Таллмейстер

Резюме

В статье приводится краткий обзор научной деятельности французских ученых — сотрудников института Пастера в Париже — Андре Львоффа, Жака Моно и Франсуа Жакоба, получивших Нобелевскую премию 1965 г. в области медицины. По словам профессора Жакоба, заведующего отделом генетики микроорганизмов в институте Пастера, цель их работы заключалась в том, чтобы дать более точное понятие о регу-

ляторных механизмах живой клетки. По их данным, живая клетка представляет собой своеобразный автоматизированный завод, который функционирует только тогда, когда это необходимо для нее. Имеющиеся механизмы позволяют клетке не только строить тот или иной специфический компонент, когда это нужно, но и подавлять его синтез, когда этот компонент не нужен.

При заражении клетки вирусом в нее вводятся дополнительные фрагменты генетической информации. В противоположность тому, что наблюдается при синтезе клеточных компонентов, какие-либо ограничения, связанные с регуляцией при синтезе компонентов вируса, отсутствуют. Такой неограниченный синтез приводит к нарушению гармонии, существующей в клетке. В некоторых случаях вирусный геном создает собственную специфическую систему подавления. До тех пор, пока информация вируса не воспринимается и не реализуется, генетический материал вируса может сохраняться в клетке как интегрированный элемент.

На основании данных работ французских ученых различные канцерогены могут действовать на систему, регулирующую передачу информации в живой клетке, а это способствует селекции клеток с нарушенной системой информации.

Благодаря созданной французскими учеными теории о регуляторных механизмах живой клетки имеется возможность по-новому интерпретировать различные биологические и медицинские феномены, в том числе и канцерогенез.

NOBELI PREEMIATEST

Nobeli preemia andmist peetakse tänapäeval üheks kõrgemaks tunnustuseks teadusliku või kirjandusliku tegevuse alal.

Preemiale pani aluse Alfred Nobel (1833—1896), rootsi insener ja ettevõtja, kes sai laialdaselt tuntuks dünamiidi leiutamisega. Tema leiutustegevuse iseloomustamiseks olgu öeldud, et ta oma eluajal võttis 355 patenti; enamikus olid need seotud lõhkeainetehnikaga.

Töösturina jättis Nobel maha suure pärandi. Tema testamendis leidub järgmine lõik, millega pandi alus Nobeli fondile.

«Minu muu realiseeritava varandusega talitatakse järgmiselt: testamendi täitja poolt kindlatesse väärtpaberitesse realiseeritud kapital peab moodustama fondi, mille iga-aastased protsendid jagatakse nende vahel, kes möödunud aastal on inimkonnale suuremaid teeneid osutanud. Protsendid jagatakse viieks võrdseks osaks, millest üks osa langeb sellele, kes füüsika alal on teinud tähtsaima avastuse või leiutise, üks osa sellele, kes on teinud tähtsaima leiutise või paranduse keemia alal, üks osa sellele, kes on teinud tähtsaima leiutise füsioloogia või meditsiini alal, üks osa sellele, kes kirjanduse alal on avaldanud parimat idealistlikus suunas, üks osa sellele, kes kõige enam või kõige tõhusamini on kaasa aidanud nii rahvaste vennastusele ja sõjavägede kaotamisele või vähendamisele kui ka rahukongresside moodustamisele ja rahuaate levitamisele. Auhinnad füüsika ja keemia alal jaotab Rootsi Teaduste Akadeemia, füsioloogiliste või meditsiiniliste tööde eest Karolini Instituut Stokholmis; kirjanduse eest Stokholmi Akadeemia ja rahu eest võitlejaile Norra stortingi poolt valitav viieliikmeline komisjon.

Minu tungiv soov on, et auhindade jagamisel ei võetaks arvesse ühessegi natsiooni kuuluvust, nii et auhinna saaks väärikaim, olgu ta skandinaavlane või mitte.

Pariis, 27. novembril 1895.

Alfred Bernhard Nobel».

Nobeli fondi põhimääruse kinnitas Rootsi valitsus 1900. aastal, preemiaid hakati määrama aasta hiljem. Praeguseni on neid antud 274, kusjuures need jagunevad 359 laureaadi vahel 31 maalt. Preemia saajate hulgas figureerivad niisugused nimed nagu Albert Einstein, abielupaar Curie'd, abielupaar Joliot-Curie'd, Ivan Pavlov, Ilja Metšnikov, Robert Koch, Anatole France, Romain Rolland, Bernard Shaw, Ernest Hemingway jt. Juba esimesed, 1901. aasta laureaadid olid markantsed. Füüsikaauhinna sai Wilhelm Conrad Röntgen röntgeni- ehk, nagu ta ise nimetas, x-kiirte avastamise eest. Arstiteaduspreemia anti difteeriavastase seerumi loojale Emil Adolf Behringile, rahupreemia prantsuse keeles kirjutavale Šveitsi kirjanikule Henri Dunant'ile. Dunant'i Prantsuse-Austria sõda kujutav teos «Un Souvenir de Solférino» ja kirjaniku edasine energiline humanistlik tegevus said tõukejõuks nende Genfi konventsioonide loomisele, mis normeerivad haavatute kohtlemist sõjas.

Mis kirjanduspreemiasse puutub, siis on Alfred Nobeli tingimus teose

idealistliku suuna kohta juba ammu kõrvale jäetud. Kõige ilmekamalt näitab seda äsjane kirjandusauhinna määramine Mihhail Solohhovile.

On ette tulnud aastaid, mil üks või teine Nobeli preemia on jäänud välja andmata. Et auhinnakomiteede vaateväljalt ei puuduks ükski arvesse tulev kandidaat, pöörduti möödunud aastal rohkem kui viie tuhande teadlase ja kirjandusteadlase poole kogu maailmas palvega saata oma ettepanekud.

Nobeli preemiate üleandmine toimub traditsiooni kohaselt Stokholmis kindla tseremoonia raames ja suure pidulikkusega. Auhinnad annab laureaatidele Rootsi kuningas. «Наука и жизнь» (1965, nr. 3) kirjeldab tseremoonia käiku järgmiselt.

10. detsembril kogunevad frakki rõivastunud laureaadid Kontserdihoonesse. Nad jäävad niikauaks kulisside taha, kuni saal täitub. Kuninga ja kuningliku perekonna saabumist kuulutavad fanfaarihelid. Siis ilmuvad aukandjad, kes on dekoreeritud ordenite ja särpidega, nende järel ranges järjestuses auhinna saajad. Iga laureaadi kõrval sammub Rootsi akadeemik. Vaiba ees auhinna saajad peatuvad, kummarduvad ja võtavad istet. See on ainulaadne silmapilk: kõik tseremooniast osavõtjad — ka kuninglik perekond — seisavad, laureaadid istuvad.

Rootsi akadeemia liige kõneleb laureaadi töö väärtusest ja tähtsusest. Siis sammub laureaat astmetest alla ja kuningas annab talle kaunilt kujundatud diplomi. Ka seejuures peetakse kinni kindlast korrast: esimestena saavad preemia füüsikud, nende järel keemikud, seejärel bioloogid jne. Koos diplomiga antakse üle suur kuldmedal. Kõnede ja auhindade andmise vaheaegadel mängib orkester. Tseremoonia lõpeb Rootsi hümniga. Samal õhtul toimub raekoja kuldses saalis bankett mitmesajale osavõtjale.

Iga laureaat peab Stokholmis viibimise ajal pidama ettekande, mis on pühendatud tema tööle.

M. Kink

MITTEKOOSSEISULISED TEADUSLIKUD TÖÖTAJAD

Arstiteaduse kandidaat *H. JÄNES*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Viimaste aastate vältel on teaduslikust uurimistööst vabariigis osa võtnud kaugelt üle saja praktiseeriva arsti, kes on sellesse lülitunud kümnete teaduslike seltside kaudu. See on tervitatav nähtus, sest ravi- ja profülaktikaasutustesse koguneb aastate ja aastakümnete jooksul palju faktilist materjali (kliiniliste vaatluste ja laboratoorsete analüüside andmed, lahanguprotokollid, röntgenifilmid, sanitaar-hügieeniliste uurimiste tulemused, demograafilised materjalid jms.), mis vajab analüüsimist ja üldistamist. Siin ootab avar, kuid suurelt osalt veel kasutamata tööpõld. Iga meediku kohustuseks on vaagida arstiteaduse seniseid kogemusi ja kujundada uusi, üldistavaid seisukohti.

Arstide seltsidel on suuri teeneid teadusliku tegevuse populariseerimisel oma liikmete hulgas, kuid ikkagi annab tunda metoodilise juhendamise puudumine praktikute teaduslikus töös. Senisest palju rohkem tervishoiuvõrgu arste tuleks hõlmata kaalukamate uurimistöödega, mida tänapäeval saab teha ainult kollektiivselt, mitme eriala spetsialistide ühendatud jõududega. Vabariigi teadusliku uurimise asutuste ülesanne on sellele igati kaasa aidata.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Klii-

nilise Meditsiini Instituut on juba rohkem kui 10 aasta vältel teaduslikule tööle kaasa tõmmanud praktiseerivaid arste, kellel on selleks huvi ja eeldusi. Esmajoones on see toimunud mittekoosseisuliste teaduslike töötajate kaadri komplekteerimise teel. Sellesse kuuluvad arstid, kes töötavad oma tavalisel kutsealal, kuid samal ajal teevad ka teaduslikku tööd (eelkõige instituudis uuritavate probleemide raames). Mittekoosseisuliste teaduslike töötajate tööplaanid, ühtlasi teaduslikud juhendajad ja konsultandid kinnitatakse instituudi teaduslikus nõukogus. Samas kuulatakse perioodiliselt nii juhendajate (konsultantide) kui ka töötajate endi tegevuse aruandeid. Töö kulgemist arutatakse üksikasjalikult laboratooriumis, mille juurde mittekoosseisuline töötaja kuulub.

Mittekoosseisuliste teaduslike töötajate arv on pidevalt püsinud 10—15 inimese ümber. Seda pole eriti palju, kuid tuleb silmas pidada, et need ei ole juhuslikult või muuseas kasuistilisi tähelepanekuid tegema hakanud inimesed, vaid kvalifitseeritud spetsialistid. Nad töötavad süstemaatiliselt ja on valinud uurimiseks teema, mis nii mõnigi kord annab välja kandidaadiväitekirja mõõdud. Peab rõhutama, et neil juhtudel ei ole tegemist instituudi töötajatele materjali kogumisega, vaid iseseisva uurimistööga. Valdav osa mittekoosseisulistest teaduslikest töötajatest on aktiivsed arstide seltside liikmed.

Käesoleval ajal töötab instituudi mittekoosseisulisi teaduslikke töötajaid Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris, Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris, Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas, Ed. Vilde nimelises Tallinna Pedagoogilises Instituudis, Tallinna Tõnismäe Haiglas, Maardu Keemiakombinaadi meditsiini- ja sanitaarosakonnas ning mujal.

Mittekoosseisuliste teaduslike töötajate uurimistemaatika on peamiselt kliinilist laadi, vähemal määral tehakse laboratoorset ja eksperimentaalset tööd. Kui arvestada tervishoiuvõrgu arstide kutsetegevuse spetsiifikat ja nende käsutuses olevat uurimismaterjali, on see täiesti seaduspärane nähtus. Uurimistemaatika tuleneb üldreeglina instituudi töö temaatikast. Näiteks onkoloogia-alaseid kliinilisi uurimisi täiendavad Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja J. Beltšikovi töö «Profülaktiliste läbivaatuste tähtsusest eesnäärmevähi ja vähieelsete seisundite avastamiseks» ning Maardu Keemiakombinaadi meditsiini- ja sanitaarosakonna arsti L. Metsise töö, mis käsitleb kroonilise maopatoloogia ja maovähi varajaste vormide diagnoosimise uusi meetodeid (kationiitide kasutamist maomahla happesuse uurimisel, gastroskoopiat jms.), ja teised uurimused.

Mitmeid mittekoosseisulisi teaduslikke töötajaid on kaasa tõmmatud tuberkuloosiprobleemi lahendamisele vabariigis. Nii uurib Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri laboratooriumi juhataja V. Harjo isonikotiinhappe derivaatide suhtes resistentsete tuberkuloosibakterite kliinilist ja epidemioloogilist tähtsust, sama dispanseri kopsukirurgiaosakonna anestesioloog A. Talihärm naatriumi- ja kaaliumi-ainevahetuse muutusi haigetel seoses ftisiokirurgiliste operatsioonidega, samuti vahetult operatsioonile järgneval perioodil, tuberkuloosi epidemioloogiat käsitleb organisatsioonilis-metoodilise kabineti juhataja H. Pullisaar jne.

Et instituudi mittekoosseisulised teaduslikud töötajad tegelevad aeganõudvate kliiniliste uurimistega oma vabast ajast, pole nende töö produktiivsust õige võrrelda kutseliste teaduslike töötajate töö produktiivsusega. Peab aga tähendama, et mittekoosseisuliste töötajate sulest ilmub iga aasta vähemalt kümmekond originaalseid uurimistulemusi kajastavat publikatsiooni nii vabariiklike ja üleliiduliste kui ka rajataguste väljaannete veergudel.

Et visaduse ja püsivusega võib ka raviasutuses töötav arst teadus-

likus töös märkimisväärset edu saavutada, sellest kõnelevad konkreetsed faktid. Mullu kaitses kandidaadiväitekirja «Gastroskoopia ja juhitava gastrobiopsia väärtusest maovähi ning krooniliste maohaiguste diagnoosimisel» Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri gastroenteroloogiaosakonna juhataja V. Rätsep, kes on instituudi mittekoosseisuline töötaja 1961. aastast. Töömahuka kliinilis-eksperimentaalse uurimuse on lõpetanud Tallinna Tõnismäe Haigla kirurgiaosakonna juhataja U. Sibul, kes töötab instituudi mittekoosseisulise töötajana samuti 1961. aastast. Kõigi eelduste kohaselt kaitseb ta veel käesoleval aastal mao veresoonte topograafiat käsitleva kandidaadiväitekirja, milles esitatud järeldustel on oluline tähtsus operatiivse kirurgia (eeskätt mao resetseerimine kõrges tasapinnas) seisukohalt.

Instituudi teadusliku nõukogu ettepanekul tänavu saadud loomingulise puhkuse vältel jõudis kandidaadidissertatsiooni «Urogenitaaltrakti trihhomonoosi patogeneesist, diagnoosimisest ja profülaktikast naistel» põhiliselt vormistada Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja ordinaator H. Kaarma, kes on mittekoosseisulisena instituudi juures töötanud ainult neli aastat. Kandidaadiväitekirja kirjutab ka Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri anestesioloog M. Kivilo, kes on 1963. a. alates uurinud seost ühelt poolt lihasrelaksantide toime ja teiselt poolt vöötlihase elektrolüütide ja veesisalduse vahel.

Ühiskondlikel alustel tehtav teaduslik töö loob soodsad eeltingimused teadlaste järelkasvuks. Mitmed instituudi mittekoosseisulised teaduslikud töötajad on siirdunud teaduspõllule. Näiteks endine Tallinna Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri arst E. Rõigas, kes aastail 1955—1957 töötas mittekoosseisulise teadusliku töötajana, on nüüd instituudi protozooloogia- ja mikrobioloogialaboratooriumi vanem teaduslik töötaja. Mittekoosseisulise töötajana alustatud uurimistöö kujunes kandidaadiväitekirjaks «Meeste urogenitaaltrakti põletike trihhomonaalsest etioloogiast», mille eest E. Rõigas 1961. a. sai arstiteaduse kandidaadi kraadi; kolm aastat hiljem anti talle vanema teadusliku töötaja kutse mikrobioloogia ja dermato-veneroloogia alal.

Endine Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri lasteosakonna arst E. Raukas, kes algul töötas samuti mittekoosseisulise teadusliku töötajana, astus 1961. a. aspirantuuri. Möödunud aastal kaitses ta aspirantuuri ajal valminud väitekirja «Tuberkulostaatiliste preparaatide, AKTH ja kortikosteroidhormoonide koosmõju naatriumi- ja kaaliumi-ainevahetusele kopsutuberkuloosi põdevatel haigetel» ning töötab nüüd instituudi koosseisulise teadusliku töötajana. Teaduslikule tööle on siirdunud ka endised mittekoosseisulised töötajad A. Koloss, G. Feoktistov ja teised.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kogemused näitavad, et praktiseerivate arstide töötamine mittekoosseisuliste teaduslike töötajatena õigustab end igati. See võimaldab instituudil laiendada nii praktilise kallakuga kui ka teoreetilise suunitlusega uurimistööde rinnet. Samal ajal on teaduslike küsimuste lahendamine igapäevase töö kõrval heaks ettevalmistavaks kooliks tulevastele aspirantidele ja teaduslikele töötajatele. Praktiseeriv arst saab kontrollida enda sobivust kutseliseks teaduslikuks tööks, omandab teatava vilumuse ning metoodilise pagasi ja süveneb uuritavasse probleemi põhjalikult. Ta võib alustada ja sageli ka lõpetada materjali kogumist kandidaadiväitekirja koostamiseks ja sooritada kandidaadiminimumi eksamid.

Ja lõpuks — ei tohi unustada, et teaduslik tegevus tõstab tunduvalt arsti erialast kvalifikatsiooni, eriti tema teoreetiliste teadmiste taset, mis ei saa jätta positiivset mõju avaldamata elanikele antava arstiabi kvaliteedile ja profülaktilise töö edukusele.

ВНЕШТАТНЫЕ НАУЧНЫЕ СОТРУДНИКИ

Х. Янес

Резюме

Эстонский институт экспериментальной и клинической медицины Академии медицинских наук СССР уже более 10 лет привлекает к научной работе практических врачей, проявляющих к этому интерес и имеющих предпосылки. В первую очередь это происходит за счет комплектования кадров внештатных научных сотрудников. Сюда относятся врачи, работающие по своей специальности и в то же время занимающиеся и научной работой (прежде всего в пределах проблем, изучаемых институтом).

Рабочие планы, а также научные руководители и консультанты утверждаются Ученым советом института, который периодически заслушивает отчеты о деятельности как сотрудников, так и их руководителей. Ход работы подробно обсуждается в лаборатории, к которой относится внештатный сотрудник.

В настоящее время внештатные научные сотрудники института работают в Таллинском республиканском онкологическом диспансере, Республиканском противотуберкулезном диспансере, Тартуском городском клиническом родильном доме, Таллинском педагогическом институте им. Эд. Вильде, Таллинской больнице Тынисмяэ, медсанчасти Маардуского химкомбината и др.

Опыт Эстонского института экспериментальной и клинической медицины Академии медицинских наук СССР показывает, что работа практических врачей в качестве внештатных научных сотрудников оправдывает себя полностью. Это позволяет институту расширить фронт исследовательских работ как практического уклона, так и теоретического направления. В то же время решение научных вопросов наряду с повседневной работой является хорошей школой подготовки будущих аспирантов и научных работников. Практический врач может начать, а зачастую и закончить сбор материала для кандидатской диссертации и сдать экзамены кандидатского минимума.

Научная деятельность значительно повышает профессиональную квалификацию врача, особенно уровень его теоретических знаний, что не может не оказать положительного влияния на качество врачебной помощи населению и успешность профилактической работы.

TARTU TERVISHOIUTÖÖTAJATE MAJA

Tartus Tiigi tänavas asuvas punases kahekorruselises telliskivihoones on vabariigi ainulaadseim kultuuriasutus — Tartu Tervishoiutöötajate Maja, mis pärast põhjalikku ümberehitust avas 1964. a. novembris taas uksed. Saal mahutab nüüd 200 inimest. Saali kõrval on näitlejate ja laste toad. Alumisel korrusel paiknevad kohvik, raamatukogu ja administratsiooniruumid.

Hiljuti tehti Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee pleenumil kokkuvõtteid Tervishoiutöötajate Maja esimesest tööaastast. Siinkohal mõningaid arve ja fakte.

Tervishoiutöötajate Maja juhib 15-liikmeline nõukogu eesotsas Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja arsti L. Aleviga. Töö otsesteks korraldajateks on direktor J. Pikver ja kunstiala juhataja V. Pütsep. Tervishoiutöötajate Maja baasil tegutseb 29 täiskasvanute isetegevusringi ligikaudu 400 osavõtjaga. Nende hulka kuuluvad ka linna ja rajooni suuremate raviasutuste isetegevuskollektiivid. Viimastest tuleks nimetada L. Ustavi juhatusel töötavat naiskoori. Kõrge kunstilise tasemega koori laul on kõlanud nii meie vabariigis kui ka Riias, Vilniuses, Moskvas, Kiievis ja mujal. Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri näitering on mitmel korral esitanud Ed. Vilde näidendi «Pisuhänd» ja Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla sõnakunstnikud E. Ranneti näidendi «Karikas ja madu». Draamakollektiivid on külakosti viinud Tallinna, Suure-Jaanisse, samuti Taagepera, Pühajärve ja Sõmera tuberkuloosisanatooriumidesse.

Laste ja mudilaste isetegevusringe töötab 6 enam kui 200 osavõtjaga. Laste näitering on lavale toonud S. Maršaki «Tare-tarekese» ja balletiring lühiballeti «Laanerahva talvepidu», 1966. a. aprillis esietendus lasteballett «Peretütar ja vaenelaps». 1965. aastal andsid Tartu Tervishoiutöötajate Maja isetegevusringid 81 kontserti ja isetegevusõhtut ligi 6000 kuulajale-vaatajale.

Isemajandavas õmblusringis omandab oskusi rohkem kui 80 inimest. Vene, saksa ja inglise keele ringides õpib 75 tervishoiutöötajat. Hiljuti alustas tegevust peotantsuring.

Suure populaarsuse on võitnud loengud, mis käsitlevad meditsiini aktuaalseid probleeme. Möödunud aastal tutvustati kuulatajele vabariigi ja Tartu tervishoiuasutuste saavutusi ja perspektiive. Loengutsüklis «Meditsiin kui ühiskondlik nähtus» anti ülevaade tervishoiu arengust alates ürgkogukondlikust korrast kuni sotsia-

lismiajastuni. Mitmetes ettekannetes käsitleti usu ja meditsiini vahekorda. Erinevates loengutsüklites kõneldi vähktõve profülaktikast ja tuberkuloosi likvideerimise võimalustest. 1965. aastal peeti kokku 546 loengut. Käesoleva aasta esimesel poolel on kavas sellised ettekanded nagu abielu tervishoid, telepaatia, kilpnäärme haigused ja muud teemad. Lektoriteks on Tartu tuntumad arstid ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud.

Tervishoiutöötajate Majas tegutseb kommunistliku töö kool, mida juhib Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst G. Arro. Õppustel, millest võtab osa üle 200 tervishoiutöötaja, täiendatakse erialaseid, samuti üldpoliitilisi ja kultuurialaseid teadmisi.

Tartu Tervishoiutöötajate Majas on loodud noorte meedikute kool-klubi, mille tegevust juhib Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogia Jaama sanitaarharidustöö kabineti juhataja M. Raig. Õpingutest võtab osa üle 30 üldhariduslike koolide vanemate klasside õpilase. Neil kõigil on kavas õppimist meditsiini alal jätkata ka edaspidi. Loengutel ja praktikumidel saavad noored teadmisi isikliku ja koolihügieeni alalt, ratsionaalsest toitumisest, nakkushaiguste vältimisest jne.

Populaarsuse on võitnud klubiõhtud. Mõnusas vestluses kohvitassi juures on esinenud juba mitmed nimekad kultuuritegelased ja teadlased. Muljeid Taani, Soome ja Šveitsi tervishoiukorraldusest jagasid dotsent E. Raudam ja professor J. Saarma. Tervishoiutöötajail olid külas ka akadeemik P. Ariste, kirjanik A. Kaal, «Vanemuise» peanäitejuht K. Ird jt. 1966. aasta esimesel poolel räägiti Kuuba meditsiinist, matemaatika ja meditsiini ühistest probleemidest, looduskaitsest. Maikuus kohtuti Eesti NSV Riikliku Noorsooteatri peanäitejuhi V. Pansoga.

Märkigem veel, et Tartu Tervishoiutöötajate Maja on baasiks mitmesugustele täienduskursustele, seminaridele ja teaduslikele konverentsidele. Siin toimuvad paljude arstide seltside, õdede nõukogude, Punase Risti Seltsi linna- ja rajoonikomitee koosolekud ning linna ja rajooni raviasutuste puhkeõhtud.

Tervishoiutöötajate Majas on enam kui 10 000-köiteline raamatukogu ja lugemissaal. Käesolevast aastast alates võib seal lugeda paljusid erialaseid kodu- ja välismaa perioodilisi väljaandeid, mida linna muudes raamatukogudes ei ole. Kohviku ruumes on välja pandud Tartu kunstnike uuemad tööd.

Seoses Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 50. aastapäevaga võttis Tartu Tervishoiutöötajate Maja endale aastaiks 1965—1967 mitmeid kohustusi. Lisaks eespool nimetatule on kavas kohtumisõhtud vanade revolutsionääride, kommunistliku töö eesrindlaste, kirjanike, kunstnike, heliloojate ja näitlejatega. Kohvik-klubis arutatakse ateismi, bioloogia, füüsika, astronoomia ja muude teadusalade aktuaalseid probleeme. Kevadel toimus ülelinnaline tervishoiutöötajate kunstilise isetegevuse ülevaatus, suvel on plaanis korraldada Tõrvas pioneerilaager tervishoiutöötajate lasteperele.

Tartu Tervishoiutöötajate Maja on muutunud Tartu linna ja rajooni tervishoiuasutuste kultuurielu keskuseks, kusjuures ta on leidnud n.-ö. oma näo muude kultuuriasutuste hulgas.

M. Sikk

MÕNE REAGA

Läti NSV A. Kirchenšteini nim. Mikrobioloogia Instituudi teadlastel õnnestus fotografeerida viiruse kõiki arenemisetappe rakutuumas alates nakatumisest (s. o. viiruse sissetungimisest rakku) kuni raku täieliku hävimiseni. Eksperiment kestis ligikaudu aasta. Viiruse ja raku vastastikuse toime kõiki staadiume vaadeldi kokku 102 tunni jooksul. Umbes 100 sel ajal tehtud mikrofotot annab täpse pildi kõnesolevast keerukast protsessist. Seega õnnestus läti teadlastel üksikasjalikult näha elusviiruse tungimist rakku, viiruse paljunemist ja ka seda, kuidas ta lõpuks hävitab raku.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikme V. Kovanovi juhtimisel töötaval teadlaste grupil (Moskva I Meditsiiniinstituudis) läks korda ühendada eluskude sünteetilise materjaliga — luua isepärane ühend elusast ja mitteelusast. Katseid tehti koos NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Elundite ja Kudede Siirdistutamise Laboratooriumi töötajatega. Niisugune poolbioloogiline protees asendab edukalt haigusest kahjustatud veresooni.

Protees kujutab endast sünteetilisest materjalist karkassi, mis on täidetud kollageeniga. Viimane imendub organismi aegamööda. Noor sidekude «toitub» kollageenist, kasvab ja täidab karkassi järk-järgult. Järgnedes kollageenile moodustab sidekude uued veresoone seinad, kusjuures kollageeni imendumise kiirus vastab sidekoe kasvamise kiirusele. Poolbioloogilise proteesi koostisse kuuluvad ka vere hüübimist takistavad ained — antikoagulandid, mis hoiavad ära trombide tekkimise isegi veenide operatsioonide puhul, mil need kõige sagedamini moodustuvad. Kollageeni imendumise kiiruse reguleerimine sõltub haige vanusest. Uus protees on väljunud laboratooriumi seinte vahelt, kusjuures esialgsed tulemused on head.

A. Višnevski nim. Moskva Kirurgia Instituudis konstrueeriti orgaanilisest klaasist haavalaiendaja, millesse on monteeritud miniatuursed valgusallikad. Neid kasutatakse keerukate operatsioonide korral.

Leningradis võeti kasutusele uut tüüpi kiirabiauto ZIL-118A, mille meeskonda kuuluvad ka kirurg ja reanimaator ZIL-118A on konstrueeritud ja täiendatud Moskva Lihhatšovi-nimelises Autotehases ning varustatud moodsate instrumentide ja aparatuuriga. Uut tüüpi kiirabiauto teeb esialgu proovisõite, kuid juba praegu on paljud inimesed tänulikud kihutavale «operatsioonisaalile».

Nõukogude bioloogid on kindlaks teinud, et kümme tuntud toataime hävitavad kahjulikke baktereid ja ainurakseid. Nimetatud taimede hulka kuuluvad ka *Hippeastrum, Agapanthus ja Amaryllis.* Nad puhastavad õhku tolmust ja samal ajal rikastavad seda hapnikuga. Eksperimentaalselt on tõestatud, et mainitud taimed eritavad fütontsiide, mis hävitavad taime läheduses leiduvad mikroobid ja infusoorid kolme kuni viie sekundi jooksul.

Viimase aasta jooksul tegutseb Praha Psühhiaatria Kliinikus nn. usalduskabinet, kus kogenud arstid annavad telefoni teel nõu raskетes konfliktiseisundis olevatele isikutele. Statistilised andmed kinnitavad, et ligikaudu 52% väljakutsujaist tõesti viibis raskes situatsioonis ja ainult 16% pöördus arsti poole põhjuseta.

Esimesel kohal on perekonna- ja partnerikonfliktid (56%). Et usalduskabinetist antakse ainult «esmaabi», võtab edaspidi patsiendi oma hooldusele sama kliiniku nn. tülinõuandla.

Praha heade kogemuste eeskujul asutati möödunud aasta septembris samasugune keskus ka Brnos.

Hapniku (95%) ja süsihappegaasi (5%) segu (karbogeeni) inhaleerimine suurendab pahaloomuliste kasvajate puhul kudede sensitiivsust kiirituse suhtes. Sellistele järeldustele jõudsid Tšehhoslovakkia Teaduste Akadeemia Biofüüsika Instituudi teadlased loomkatsete põhjal Brnos. Teiseks radiosensitiivsuse tõstmise võimaluseks peavad nad kasvajat ümbritseva koe infiltreerimist hapnikuga, s. o. hapnikupolstri rajamist. Mõlemad meetodid on arstipraktikas täiesti rakendatavad.

Bulgaaria ravimpreparaati «Tabex» kasutatakse edukalt suitsetamisest võõrutamiseks. «Tabex» sisaldab alkaloidi tsütisiini, mille toimel (manustatakse järjest väiksemates annustes) taastub suitsetaja häiritud vegetatiivse närvisüsteemi tasakaal ja kustub pikaajalisel suitsetamisel arenenud patoloogiline tingitud refleks.

Cluj kliiniku arstide grupil on õnnestunud kasutada kunstlikku neeru inimorganismi eluohtlike häirete kõrvaldamiseks barbituurhappemürgistuse puhul. Saadud tulemused tõestavad paljudel loomkatsetel saadud andmeid, et kunstlik neer ise kõrvaldab kehast toksiinid lühikese aja vältel ka siis, kui mürgistus on kaugele arenenud.

Dresdeni teadlased võtsid kasutusele immunoloogilise testi, mille abil rasedust on võimalik diagnoosida juba kolmandal tunnil pärast viljastumist.

Clevelandi (Ohio osariik) teadlastel õnnestus kuni 27 tundi elus hoida koeri, kelle süda oli asendatud plastmassist südamemudeliga. Enamik katsealustest käitus pärast südamevahetusoperatsiooni ja narkoosi möödumist täiesti tavaliselt. Hiljem surid kõik koerad erinevatel aegadel hulgaliste embolite tagajärjel. Üks eksperimenteerivaist teadlastest avaldas arvamust, et plastmass-süda suudaks nähtavasti täita neid nõudeid, mida täiskasvanud inimese vereringe esitab loomulikule südamele.

Värske keedusoolalahuse ja teatavate antibiootikumidega töödeldud valgete Yorkshire'i tõugu sigade nahk on osutunud täiesti kõlblikuks materjaliks suure pindalaga haavade ajutiseks katmiseks. Ameerika Ühendriikide Plastilise Kirurgia Seltsi kongressil esitati andmeid mainitud viisil ettevalmistatud seanaha kasutamisest, kusjuures saavutati häid tulemusi põletushaavade ravimisel. Patsientidel olid kahjustatud suured nahapinnad kuni sügavate kihtideni.

Standmore'i Ortopeedia Haigla arst J. Scales katsetab õhkpadivoodit raskete põletushaavadega haigete ravimiseks. Nagu loomkatsete tulemused näitavad, võib

nimetatud ravimeetodit pidada tõhusaks. Puhastatud ja soojendatud suruõhu mõjul tekib põletushaavale juba 1,5 tunni jooksul kaitsekiht, mis väldib mähise ja voodipesu kleepumist haavale.

Grupp inglise teadlasi soovitab doonoritelt verd võtta süstimisnõelaga varustatud plastikaatkotikesse, mis pärast vere ülekandmist hävitatakse. Vererõhu mõjul täitub kotike veeni viidud nõela kaudu lühikese aja jooksul, kusjuures hemolüüsi tekkimise oht on minimaalne.

UUSI RAVIMEID

MÕNED UUEMAD RAVIMPREPARAADID

Koletsiin (*Cholecinum*, Холецин)

Sünonüüm: Bilival.

Koletsiin on naatriumkoleinaadi ja letsitiini ühend. Preparaat on mõru maitsega kollakas pulber, mis hästi lahustub vees ja alkoholis.

Koletsiinis sisalduv naatriumkoleinaat on sappi nõristava toimega, letsitiin kui sappi kolloidset seisundit stabiliseeriv aine takistab sapikivide teket ja suurenemist.

Koletsiin on näidustatud sapikivitõve, kroonilise koletsüstiidi, koletsüstohepatiidi ja mitmesuguste kollatõvevormide puhul. Kõhukinnisuse korral normaliseerib soolestiku tegevust.

Koletsiini võetakse 15—30 minutit enne söömist 2 tabletti 3 korda päevas. Ravikuur kestab 3—4 nädalat. Kui haige enesetunne paraneb, võib annust vähendada.

Kõrvalnähuna võib tekkida kõhulahtisus, mis kaob pärast annuse vähendamist.

Koletsiini väljastatakse tablettidena pakendis 0,5×25.

Tisertsiin (*Tizercinum*, Тизерцин)

Sünonüümid: Levomepromazin, Nozinan.

1 dražee sisaldab 25 mg 3-metoksü-10-(2-metüül-3-dimetüülaminopropüül) fenotiasiinmaleinaati. 1 ampullis on 25 mg 3-metoksü-10-(2-metüül-3-dimetüülaminopropüül) fenotiasiinhüdrokloriidi.

Tisertsiin on kiiresti toimiv rahusti, millel on tugev antidepressiivne toime.

Preparaat on näidustatud psühhomotoorse erutuse, hallutsinatoorsete psühhooside, skisofreenia ja mitmesuguste depressioonivormide puhul. Kasutatakse ka raviks enne ja pärast operatsiooni, samuti narkoosi tugevdamiseks.

Doseerimine oleneb haiguse laadist, haige seisundist, ravi efektiivsusest ja muudest teguritest. Raskete juhtude puhul süstitakse lihasesse korraga 25 mg 2—3 korda päevas. Kui haige tisertsiini hästi talub, suurendatakse annust järk-järgult 350—800 mg ööpäevas. Ravikuuri lõpul vähendatakse ööpäevast annust kuni 12,5—50 mg. Kergematel juhtudel manustatakse tisertsiini suu kaudu 12,5—50 mg ööpäevas.

Vastunäidustatud on vereloomeelundite ja maksahaigused.

Kõrvalnähtudena võivad tekkida hüpotoonia, unisus, kuivustunne suus ja tahhükardia.

Tisertsiin on müügil dražeedena 25 mg×50 ja 25 mg×500, ampullides 25 mg×5 ja 25 mg×100.

Tisertsiin on Ungari Rahvavabariigist imporditav preparaat.

NO-ŠPA (*Nospanium hydrochloricum*, НО-ШПА)

NO-ŠPA on 6,7,3,4-tetraetoksü-1-bensaal-1,2,3,4-tetrahüdroisokinoliinhüdrokloriid.

Preparaat on tugev spasmolüütiline vahend, mis hästi imendub soolestikust. NO-ŠPA toimib vahetult silelihaskoesse nagu papaveriin, kuid NO-ŠPA toime on tõhusam ja püsivam kui papaveriini oma.

NO-ŠPA tarvitamise näidustusteks on mao-, maolukuti ja soolespasmid, koletsüstiit, sapikivitõbi, spastiline kõhukinnisus, koliit, proktiit, tenesmid, düsmenorröa, neerukivitõbi, püeliit, tsüstiit, perifeersete veresoonte haigused, pärgarterite spasmid, rinnaangiin ning mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandid.

Tavaline annus täiskasvanuile on 1—2 tabletti 3 korda päevas või 2—4 ml 1—3 korda päevas. 2%-list lahust süstitakse naha alla või lihasesse, ägeda angiospasmi puhul veeni. Haavandtõve raviks kasutatakse NO-ŠPA-d kombinatsioonis atropiiniga.

Preparaat on müügil tablettidena (0,04×20) ja ampullides (2 ml×10). Ühes ampullis on NO-ŠPA-d 0,04.

NO-ŠPA-d imporditakse Ungari Rahvavabariigist.

Fentoolamiin (*Phentolaminum*, Фентоламин)

Sünonüümid: Regitine, Dibasin, Rogitine.

Fentoolamiin on keemiliselt 2-[N (metaoksüfenüül) N (paratolüül) aminometüül] imidasoliin. Preparaadi hüdrokloriid on valge või kergelt kollaka värvusega pulber, mida manustatakse suu kaudu. Fentoolamiinmetaansulfonaat on valge kristalne pulber, mis lahustub vees. Kasutatakse parenteraalseks manustamiseks.

Fentoolamiin on adrenolüütilise toimega raviaine. Adrenaliini ja noradrenaliini aktiivse antagonistina laiendab ta perifeerseid veresooni, eriti arterioole ja eelkapillaare, parandab limaskestade, naha ja lihaste verevarustust.

Näidustuseks on perifeersete veresoonte haigused — endarteriiit, akrotsüanoos, Raynaud' sündroom, ajuveresoonte spasmid ja ateroskleerootiline gangreen. Preparaati võib kasutada hüpertooniatõbe põdevate haigete raviks, eriti aga hüpertoonilise kriisi kupeerimiseks iseseisvalt või koos gangliolüütiliste vahenditega.

Perifeersete veresoonte haiguste puhul antakse täiskasvanuile fentoolamiinhüdrokloriidi (0,05) 3—4 korda päevas pärast söömist, raskematel juhtudel suurendatakse annust 0,1-ni 3 kuni 5 korda päevas. Fentoolamiinmetaansulfonaadi 1%-list lahust süstitakse lihasesse või veeni 1 ml. Ravikuur kestab 3—4 nädalat.

Kõrvalnähtudena võivad tekkida peapööritus, tahhükardia, naha punetus ja sügelemine, nina limaskesta tursed, iiveldus ja kõhulahtisus. Mainitud nähud kaovad, kui annust vähendada.

Süstimisel võib tüsistusena tekkida ortostaatiline kollaps. Viimase vältimiseks peab haige pärast süstimist vähemalt 2 tundi lamama.

Vastunäidustuseks on stenokardia, südamelihase kahjustused, müokardiinfarkt ja hüpotoonia.

Fentoolamiini müüakse tablettidena (pakendis 0,025×30) ja ampullides, mis sisaldavad 0,05 fentoolamiinmetaansulfonaati süstelahuste valmistamiseks.

Preparaat kuulub B-nimekirja.

H. Kangro

KROONIKA

NSV LIIDU TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMILT

Praegu kehtiv meditsiinilise arvestuse ja aruandluse dokumentatsioon vajab täiustamist. Haiguslugude, ambulatoorsete kaartide ja paljude teiste meditsiiniliste dokumentide täitmine nõuab arstilt palju aega.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil kuulati meditsiinilise dokumentatsiooni läbivaatamiseks loodud erikomisjoni ettepanekuid. Eelnevalt arutasid komisjoni liikmed dokumentide vormi muutmist mitmesuguste ravi- ja profülaktikaasutuste administratsiooniga ja praktiseerivate arstide ning uurimisasutuste spetsialistidega.

Kolleegiumil pöörati erilist tähelepanu uute dokumentide projektidele. Näiteks tehti ettepanek sisse seada statsionaarse haige kaart (lisalehtede ja rebitava talongiga), mis peab asendama haiguslugu (vorm nr. 3), tuberkuloosihaige statsionaarset haiguslugu (vorm nr. 3 tub.), statsionaarist lahkunu kaart (vorm nr. 266) ja muud dokumendid.

Statsionaarse haige kaardil on lühendatud ja lihtsustatud protokolliosa, kusjuures seda hakkab täitma peamiselt keskharidusega meditsiinipersonal (vastuvõtutoa meditsiiniõde jt.). Mis puutub andmetesse, mille sissekandmine kuulub arsti kompetentsi, siis on siin ette nähtud uus ja lihtsam moodus. Üksiklehtedele (kaardi lisalehed) kirjutab arst lühidalt kaebused, anamneesi, märgib ära ainult avastatud patoloogilised muutused ja faktid, mis vahetult käivad haiguse kohta.

Esmase läbivaatuse tulemused kirjutatakse lühidalt eriblanketile, kusjuures kirjeldatakse avastatud patoloogilist seisundit. Visiidi ajal märgib õde arsti ettekirjutused erilehele, seejärel kontrollib seda arst ja kirjutab alla. Temperatuurileht jääb endiseks.

Väärtuslikuks uuenduseks on statsionaarse haige kaardi rebitava talongi kasutusele võtmine. (See on kohandatud nn. masintöötlemiseks). Sellel on vabu kohti, kuhu saab märkida veel mitmesuguseid täiendavaid andmeid (haigestumuse uurimiseks, hospitaliseeritud haigete koosseisu jm. kohta). Uuel kaardil on erileht, millele kleebitakse analüüsiblanketid ja muud dokumendid. Kaardile märgitakse konsultantide sissekirjutused, milles on erilist tähelepanu pööratud haige patoloogilisele seisundile ja ettekirjutustele. Operatsiooni protokoll kirjutatakse erilehele. Lõpuks kirjutab arst lühikese epikriisi ja soovitused, mis saadetakse polikliinikule.

Uus on ka ambulatoorse haige ühtne individuaalkaart. See asendab praegu käibel olevat kahte vormi — suurt ja nõuetele mittevastavat ambulatoorse haige meditsiinilist kaarti ja ambulatoorse haige individuaalkaarti (arvestusvorm nr. 25).

Samuti on välja töötatud meditsiiniliste kaartide uute tüüpide projektid suguja seenhaigusi põdevate haigete jaoks (arvestusvorm nr. 65 ja nr. 65-a).

On läbi vaadatud ka sünnitusabi ja günekoloogia ning laste ravi- ja profülaktikaasutuste meditsiinilise arvestuse ja aruandluse dokumendid. Statsionaarse haige kaart (kuni 15. a. vanustele lastele) on ette valmistatud kahes variandis. Kummalgi variandil on ühtne anamneesi ja staatuse üksikasjalik küsitlus, kusjuures on arvestatud, et seda saab täita mitmesuguste nosoloogiliste vormide ja erinevas vanuses laste kohta. Arsti tööaja kokkuhoiu eesmärgil saab paljudele küsimustele vastata ühe sõnaga või allakriipsutusega. On ette nähtud täita ainult need lahtrid, mis sisaldavad antud haige kohta vajalikke andmeid.

Muutmisele tuleb ka sünnitusabis ja günekoloogias kasutatav dokumentatsioon — sünnituslugu (arvestusvorm nr. 96), vastsündinu arenemislugu (arvestusvorm nr. 97), raseda ja sünnitanu individuaalkaart (arvestusvorm nr. 111), raseduse katkestamise kaart (arvestusvorm nr. 3-abort) ja günekoloogilisi haigusi põdeva haige ambulatoorne kaart (arvestusvorm nr. 25).

Kolleegium otsustas esitatud meditsiinilise dokumentatsiooni projektid võtta aluseks tüüp-arvestusvormide väljatöötamisel. 1966. aasta II ja III kvartali jooksul aprobeeritakse uusi vorme 80 ravi- ja profülaktikaasutuses.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Ravi ja Profülaktilise Abi ning Emade ja Laste Ravi ja Profülaktilise Abi Peavalitsusele tehti ülesandeks välja töötada statsionaarse haige tüüpkaardi lisalehtede projektid tuberkuloosi, psühhiaatria, onkoloogia, neurokirurgia, stomatoloogia ja muudele haiglatele ning «kitsa» profiiliga osakondadele, samuti uued analüüsiblankettide vormid jm. N. A. Semaško nim. Üleliidulisele Sotsiaalhügieeni ja Tervishoiu Organisatsiooni Teadusliku Uurimise Instituudile tehti muuhulgas ülesandeks kindlaks määrata esmase meditsiinilise dokumentatsiooni masintöötlemise meetod.

J. Ots

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

10. veebruaril 1966. a. arutas kolleegium tsemenditehase «Punane Kunda» töötajate töökaitset ja meditsiinilist teenindamist. Kuulati Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarsti P. Otti aruannet ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse vaneminspektori L. Pieli kaasaruannet.

Kolleegium märkis, et tsemenditehase «Punane Kunda» töölisi teenindab meditsiinilis-sanitaarosakond tsehhijaoskonna printsiibil. Tehase velskripunkt on varustatud füsioterapeutilise aparatuuriga ning seal paiknevad hambaravi- ja günekoloogiakabinet. Töötajaid hospitaliseeritakse Kunda meditsiinilis-sanitaarosakonna statsionaaris väljaspool järjekorda. Tänu ravile ja profülaktikaüritustele oli haigestumus «Punases Kundas» viimase kolme aasta jooksul madalam kui sama tootmisharu teistes ettevõtetes. Kahjuks peab nentima, et töötajate meditsiinilises teenindamises esineb veel puudusi.

Tööliste perioodilisel läbivaatusel ei peeta kinni NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjast nr. 137 (7. septembrist 1957. a.). Tsehhi arst annab haiguslehti välja ebaõigesti neljaks ja kuueks päevaks, kusjuures haiguslehe pikendamisel pärast kuuendat päeva puudub haigla peaarsti allkiri.

Ajutist töövõimetust ja traumatismi analüüsitakse pealiskaudselt. Haigestumine günekoloogilistesse haigustesse on tavalisest kõrgem. Hügieenituba aga on sisustamata.

Kolleegium kohustas Rakvere Rajooni Keskhaigla peaarsti P. Otti ja Rakvere Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti U. Vagurit täitma plaanilised tervistavad üritused ja parandama töötingimusi. Sanitaar- ja epidemioloogiajaamal esitada tsemenditehase administratsioonile ettepanekud tööliste sanitaarse teenindamise parandamiseks.

Töövõimetuslehtede vormistamisel ja väljaandmisel on tarvis kehtestada kindel kord. Tsemenditehase «Punane Kunda» meditsiinilis-sanitaarosakonna peaarstil T. Kaljustel tuleb iga päev kontrollida kuueks päevaks või kauemaks välja antud töövõimetuslehtede põhjendatust.

*

18. veebruaril 1966. a. arutas kolleegium tuberkuloositõrje olukorda Jõgeva ja Pärnu rajoonis. Kuulati Jõgeva rajooni peaarsti E. Tormeti ja Pärnu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhataja I. Vahula aruandeid ning Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti E. Kama kaasaruannet.

Kolleegium märkis, et tuberkuloositõrje on mõlemas rajoonis paranenud. Hästi on organiseeritud profülaktiline röntgenoloogiline-fluorograafiline uurimine ja tuberkuloosialaste uuringute arvestus kogu elanikkonna hõlmavuse kohta. Mõlemas rajoonis seati sisse perfokaartide kontrollkartoteegid. 1965. a. jooksul uuriti rohkem kui 80% elanikest. Lapsi ja noorukeid on tuberkuloosi vastu vaktsineeritud ja

revaktsineeritud regulaarselt. Ravi ja diagnoosimine tuberkuloosiasutustes on paranenud. Kariloomade haigestumine tuberkuloosi on tegelikult likvideeritud.

Sellele vaatamata esineb ka puudusi. Jõgeva Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaam pole tuberkuloositõrjet küllalt aktiivselt korraldanud. Halvasti kontrollitakse kohustuslike tuberkuloosialaste uurimiste täitmist. Ftisiaatri ja epidemioloogi ühiskülastusi tuberkuloosikolletesse ei tehta regulaarselt. Ka Pärnu Sanitaar-Epidemioloogia Jaam ei kontrollinud kohustuslike kontingentide tuberkuloosialast uurimist.

Kolleegium kohustas Jõgeva rajooni peaarsti E. Tormetit ja Pärnu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat I. Vahulat jälgima, et sanitaar- ja epidemioloogiajaamad rangelt kontrolliksid kohustuslike tuberkuloosialaste uurimiste täitmist. Ühtlasi tuleb parandada täiskasvanute tuberkuloosivastast revaktsineerimist. Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst peab abistama Jõgeva ja Pärnu rajooni tervishoiuasutusi esmaste batsillaarsete tuberkuloosihaigete statsionaarse ravi organiseerimisel.

*

24. märtsil 1966. a. kuulas kolleegium peahügienisti O. Simsoni aruannet «Abinõudest elanike tervise kaitsmisel seoses taimekaitsevahendite laialdase kasutamisega põllumajanduses». Tartu, Kohtla-Järve, Pärnu ja Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama juurde moodustati kesklaboratooriumid mürkkemikaalide määramiseks toiduainetes ja väliskeskkonnas.

Linnade ja rajoonide tervishoiutöötajad on tõhusalt kontrollinud põllumajandustöötajate töökaitse olukorda ja meditsiinilist teenindamist. Tervishoiutöötajatele korraldatakse seminare mürgistuste ravi ja profülaktika alal. Kolleegium märkis, et paljude majandite mürkkemikaalide laod ei vasta sanitaareeskirjadele. Puudus on individuaalkaitsevahenditest ja eririietusest, samuti ei ole korraldatud eririietuse pesemist ja parandamist.

Kolleegium kohustas Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse ülemat I. Maasikut käesoleval aastal pidevalt kontrollima mürgistuste vältimise abinõusid. Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülemale A. Sarapile tehti ülesandeks korraldada linnahaiglate ja rajoonide keskhaiglate arst-laborantide ettevalmistamist.

Samal päeval kuulas ja arutas kolleegium Apteekide Peavalitsuse juhataja I. Podolski aruannet vabariigi apteekide tööst 1965. a. Uus apteek avati Lasnamäel ja Tudulinna apteek sai uued ruumid. Avati apteekide filiaalid Tõnismäe, Pelgulinna ja Kopli haigla polikliinikutes, kus võetakse vastu ka retsepte. Velskriämmaemandapunktide sulgemise tõttu ei tööta 14 II grupi ja 1 I grupi apteegipunkt. Apteegivõrgu kaubakäibeplaan täideti 1965. a. 110,3%, selle hulgas jaekäive 107% ja hulgikäive 117,5%. Kolleegiumil kinnitati Apteekide Peavalitsuse bilanss, samuti määrati kindlaks ravimite jaotamine vabariigi linnades ja rajoonides.

Kolleegium kohustas ministeeriumi plaani-rahandusosakonna juhatajat M. Palginõmme muretsema Apteekide Peavalitsusele omakäibevahendeid. Ehitusosakonna juhatajal J. Kivimäel tuleb plaani võtta Tartu Apteegilao külmladude ehituse finantseerimine 1967. a.

*

31. märtsil arutas kolleegium kutsehaiguste probleeme Eesti NSV-s. Kuulati peahügienisti O. Simsoni aruannet ja peakutsepatoloogi I. Maripuu kaasaruannet. Viimastel aastatel on mõningaid kutsehaigusi avastatud märgatavalt rohkem. Peamised kutse-nahahaigused on ekseemid ja dermatiidid. Palju haigusjuhte põhjustas Kohtla-Järve Põlevkivikombinaadis toodetud liimi K-17 kasutamine. Profülaktikaabinõude rakendamine vähendas haigestumist kutse-nahahaigustesse järsult. 1965. a. alates on registreeritud mürakahjustuse juhtumeid «Balti Manufaktuuris», Sindi 1. Detsembri nim. Vabrikus jm.

1965. a. tuli ette 79 kuulmiskahjustuse juhtu. Mainitud juhte pole esinenud Narva «Kreenholmi Manufaktuuris». Muudest kutsehaigustest tuleks nimetada vibratsioontõbe, perifeerse närvisüsteemi kahjustusi, mürgistusi elavhõbeda, plii, etüleeritud bensiiniga jne. Kõige rohkem esineb kutsehaigusi Tallinnas, Tartus, Kohtla-Järvel ja Narvas.

Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid ja peaarste koostama töötajate nimekirjad, kes peavad käima perioodilistel meditsiinilistel läbivaatustel (Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi metoodiline juhend 8. aprillist 1965. a.). Ühtlasi tuleb tagada olukord, et kutsehaigusi põdevad töötajad arvele võetaks.

Samal päeval arutas kolleegium elanikele antavat stomatoloogilist-ortopeedilist abi. Aruande esitas Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülema asetäitja T. Rekk. Kolleegium märkis, et vabariigi kõigis rajoonides ja vabariigilise alluvusega linnades on avatud stomatoloogia-ortopeediaosakonnad ja -kabinetid. Viimaste aastate jooksul on väikesi ortopeediaosakondi ühendatud Tallinnas, Pärnus jm. Kvalifikatsiooni tõstmiseks on stomatolooge suunatud täiendusinstituutidesse väljapoole vabariiki ja spetsialiseerimisele kohalikesse baasidesse. Hambatehnikute kvalifikatsiooni tõstmiseks aitab kaasa Vabariikliku Stomatoloogide Seltsi juurde loodud hambatehnikute sektsioon.

Kahjuks peab nentima, et elanikke ei varustata hambaproteesidega veel küllaldaselt (Tallinnas, Pärnus, Narvas, Kohtla-Järvel, Haapsalus, Viljandis jm.). Tallinnas, Kohtla-Järvel ja Rapla rajoonis on ortopeediaosakondi, kus hambaproteeside valmistamine on madalal tasemel.

Tallinna Linna Stomatoloogia Polikliinikul ja Viljandi Rajooni Keskhaiglal on spetsiaalsed kõrgsagedusvoolul töötavad aparaadid proteeside valamiseks, mis aga ei tööta täie koormusega. Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsus ei varusta hambaproteesimislaboratooriume vajalike materjalidega (vaha, AKR jne.) küllaldaselt. Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid ja peaarste elanike paremaks teenindamiseks laiendama stomatoloogia-ortopeediaosakondi 1966.—1969. a. jooksul. Hambatehnikuil lubada töötada ainult tükitöö alusel. Tuleb tagada, et kõigis ortopeediaosakondades valmistataks kullast hambaproteese ja võetaks vastu hambakulda ümbertöötlemiseks. Stomatoloogid ja hambatehnikud peavad hambaproteese valmistama kaasaja nõuete kohaselt. Tagada, et stomatoloogilist abi antaks nii lastele kui ka täiskasvanutele kohapeal. Kolleegium kohustas Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat L. Maurerit ja Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarsti L. Abramit tarvitusele võtma abinõud, et valmistataks büügelproteese ja proteeside valamiseks tarvitatavaid kõrgsagedusaparaate kasutataks otstarbekalt.

A. Kaldma

KALJO VILLAKO — ARSTITEADUSE DOKTOR



4. juunil 1965. aastal kaitses Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia juures doktoridissertatsiooni Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedri dotsent K. Villako. 29. jaanuaril 1966. aastal kinnitas NSV Liidu Kõrgema ja Keskeriharidu se Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon otsuse anda K. Villakole arstiteaduse doktori kraad.

Väitekirjas «Difüllobotrioosse aneemia patogenees» käsitleb autor meie tingimustes aktuaalset probleemi — laiussi invasioonist tingitud aneemia tekkimist. Ajakohaste uurimismeetodite, nagu märgistatud B_{12}-vitamiini imendumistesti, autoradiograafia jm. abil lahendati nimetatud probleem ammendavalt. Sellega pandi punkt uurimistele, mida alustati Tartus juba möödunud sajandil.

K. Villako juhendab gastroenteroloogia-alase uurimisrühma tööd TRÜ Arstiteaduskonnas. Erilist tähelepanu pööratakse peensoole funktsiooni ja struktuuri uurimisele seedeelundite patoloogia puhul. Aprobeeritakse originaalset seadist peensoole biopsia tegemiseks ja erisuguseid meetodeid peensoole resorbeerimisvõime selgitamiseks.

K. Villako on oma uurimistulemusi ette kandnud paljudel vabariiklikel, vabariikidevahelistel ja üleliidulistel konverentsidel. Tema sulest on ilmunud 30 uurimistööd, millest suur osa on avaldatud üleliidulistes ja ka välismaistes teaduslikes ajakirjades. K. Villako juhendamisel on valminud kaks kandidaaditöö ja mitmed üliõpilaste võistlustööd. Meie röntgenoloogide noorem põlvkond võib K. Villakot nimetada oma õpetajaks.

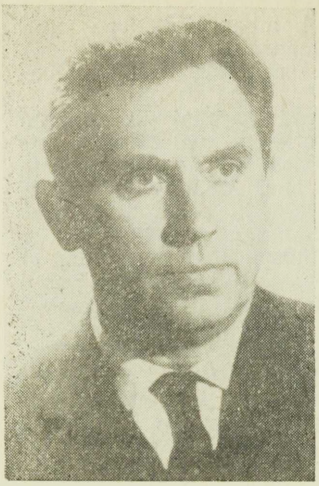
Õnnitleme K. Villakot arstiteaduse doktori kraadi saamise puhul ja soovime talle ka edaspidiseks teravat mõistust ja vaibumatut energiat niihästi uute teaduslike probleemide lahendamiseks kui ka meditsiinikaadri kasvatamiseks.

J. Riiv

HERMAN VAHTER — ARSTITEADUSE DOKTOR

NSV Liidu Kõrgema ja Kesk-eriharidu se Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon kinnitas arstiteaduse doktori kraadi Tartu Riikliku Ülikooli nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri dotsendile Herman Vahterile.

H. Vahter kaitses 21. detsembril 1964. a. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Õpetatud Nõukogu ees väitekirja teemal «Nahareaktsioonist põlevkivi utmisproduktidele». Nimetatud uurimus on autori pikema aja töö tulemus. Ta töötas välja kutse-nahakahjustuste varajase diagnoosimise meetodid ja andis esimesena põhjaliku ülevaate kutse-nahakahjustuste kliinikust ja profülaktikast põlevkivitööstuses. Ühtlasi selgitas ta põlevkiviproduktidest põhjustatud nahakahjustuste patogeneesi.



H. Vahter sündis 1920. a. Muhu saarel väiketalupidaja perekonnas. Tartu Riikliku Ülikooli Arsiteaduskonna lõpetas ta 1946. a. Juba üliõpilasena töötas H. Vahter dermatoloogia ja veneroloogia kateedri assistendi kohusetäitjana. Sel ajal ilmus ka tema esimene teaduslik töö.

H. Vahteri uurimuste tulemused on avaldatud ühe monograafiana, rohkem kui 40 teadusliku artiklina keskajakirjades, teaduslikes kogumikes, vabariiklikes väljaannetes ja teesidena VIII rahvusvahelise onkoloogide kongressi materjalides. Tema sulest on ilmunud populaarteaduslikke raamatuid ja õppemetoodilist kirjandust.

H. Vahter täidab Tartu Riikliku Ülikooli Arsiteaduskonna prodekaani vastutusrikkaid ülesandeid. Ta on armastatud pedagoog ja abivalmis spetsialist-konsultant. Kommunistina võtab ta aktiivselt osa ühiskondlik-poliitilisest elust.

Soovime värskele arstiteaduse doktorile jätkuvat muhulase visadust ja edu uute teaduslike probleemide lahendamiseks!

Kolleegid

SOOLENAKKUSTE VÄHENDAMISE ABINÕUDEST

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjas nr. 669 (16. novembrist 1965. a.) «Abinõudest düsenteeria ja teiste ägedate soolenakkuste edaspidiseks vähendamiseks» tunnistati kehtetuks varajasemad sellekohased käskkirjad ja juhendid.

Käskkirjas kohustatakse kõiki liiduvabariike välja töötama soolenakkuste vähendamise kompleksplaan aastaiks 1966—1970. Suurt tähelepanu on tarvis pöörata veevarustuse ja kanalisatsiooni parandamisele ja toitlustamissanitaariale. Tuleb laiendada võimalusi haigete ravimiseks kodus. Et nakkushaigusi põdevaid haigeid etapiviisiliselt ravida, on nakkushaiglates tarvis avada osakonnad diagnoosimiseks või vastavad palatid haiglate nakkushaiguste osakondades, samuti osakond lastelerekonvalestsentidele. Kroonilist düsenteeriat põdevate laste jaoks tuleb luua erisanatooriumid. Soolenakkuste teadusliku uurimise temaatikat on vaja laiendada. Soovitatav on kasutama hakata kohalike düsenteeriatekitajate suhtes adapteeritud bakteriofaagi ja haiguse diagnoosimiseks prof. Tšuverkalovi soovitatud allergilist nahaproovi.

Düsenteeria kergete ja keskmise raskusega vormide puhul lubatakse kasutada ka A. Bilibini soovitatud ravikuuri, mis kestab kaks päeva (!). Sel puhul ravitakse haigeid antibiootikumide ja ftalasooliga (tetratsükliini 0,2×3, levomütsetiini 0,5×3 ja ftalasooli 1,0×3 päevas). Haiged taluvad ravi hästi ja harva tuleb ette ravimi tarvitamisest põhjustatud haigust. Muidugi on seejuures olulised vitamiinide ratsionaalne ordineerimine, dieet ja kaasnevate haiguste kupeerimine. Samuti kehtivad sellegi ravikuuri puhul kõik epideemiatõrjenõuded.

Käskkiri on vajalikuks tööjuhiseks igale meditsiinitöötajale.

H. Pihl

TEADAANNE

1967. aasta kevadel või suve algul toimub Tartus Eesti NSV terapeutide konverents, kus arutatakse järgmisi küsimusi: 1) terapeutilise abi korraldamine vabariigi elanikele, 2) sisehaiguste kulg eakatel inimestel, 3) nefroloogia aktuaalsed küsimused.

Avaldused ettekannetega esinemiseks tuleb saata 1966. aasta 1. oktoobriks aadressil: Tallinn, Lossi plats 7, Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium, peaterapeut A. Gunter. Ettekannete teesid eesti ja vene keeles (mitte üle kahe lehekülje masinakirjas 2 reavahega) esitada hiljemalt 15. novembriks 1966 samal aadressil.

Eesti NSV Terapeutide Vabariikliku Teadusliku Seltsi juhatus

POLIKLIINIKU ARSTI TEATMIK

Kirjastuselt «Valgus» ilmus raamat arstidele «Polikliiniku arsti teatmik».

Raamat on mõeldud nii linna- kui ka maajaoskonnaarstidele, samuti velskriämmaemandapunktide juhatajatele. Siin on lühidalt esitatud tähtsamad organisatoorsed, diagnostilised, profülaktilised ja terapeutilised juhised enam levinud haiguste kohta.

Tervishoiuorganisatsiooni alalt on teatmikus kirjutisi ambulatoorse arstiabi korraldamise, elanike dispanseerse teenindamise ja ajutise töövõimetuse ekspertiisi valdkonnast. Sisehaigustest kirjeldatakse mitmesuguseid südame-, kopsu-, seedetraktihaigusi, samuti tuberkuloosi diagnoosimist. Edasi antakse ülevaade kirurgilistest haigustest, samuti närvisüsteemi haigustest. Teatmik hõlmab ka lapseea iseärasusi ja lastehaigusi ning sünnitusabi ja naistehaigusi. Raamatus on käsitlemist leidnud veel naha- ja suguhaigused, silmahaigused ning kõrva-, nina- ja kurguhaigused. Mürgistuste kohta esitatakse informatsioonilisi andmeid ja valgustatakse peamiste kliinilis-laboratoorsete uuringute diagnostilist osatähtsust.

Teatmiku trükiarv on 5 000. Hind 1 rbl. 90 kop.

A. Suurvärav

SISUKORD

A. GOLDBERG — Meditsiinitöötajate päev 163

Teooria ja praktika

H. HANSON, H. NOVEK ja J. GROSS — Immunohemopaatiate diagnoosimisest ja ravimisest 166

L. KERES ja L. LAARMANN — Vere hapete-leeliste tasakaalu nihete määramise mikromeetoditest 169

A. MIKELSAAR — Inimese kromosoomidest ja nende uurimise viisidest 172

E. VAGANE ja M. SAAVA — Kolesteriini-ainevahetusest Eesti NSV elanikel 176

E. LAANE — Latentne Hegglini sündroom türeotoksilise müokardidüstroofia puhul 179

H. KADASTIK — Onanismi psühhogeensed komplikatsioonid 182

R. BIRK — Alküülivate ühendite suhtes erineva tundlikkusega normaalsete kudede ja kasvajate hingamissüsteemi iseärasustest (Autoreferaat) 184

Tervishoiu organisatsioon

O. TAMM — Sanitaar- ja epidemioloogiajaamade tegevusest 1965. aastal . 186

J. NARMA — Diktofoni kasutamisest haiguslugude vormistamisel . . . 188

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

T. VANASELJA — Lisakõhunääre kaksteistsõrmiksoole seinas . . . 189

E. LEVINA — *Candida albicans*'i kiire identifitseerimine 2%-lisel riisiagaril ja inimese vereseerumis . . . 191

V. LEMARINJE — Tootmistraumade esinemissagedusest kommunistliku töö eesrindlaste hulgas 193

A. LEPIK — Perfokaartide kasutamisest parodontopaatiat põdevate haigete dispanseersel ravimisel . . . 195

Abiks velskritele ja õdedele

B. SCHAMARDIN — Arteriaalne hüpertoonia 197

E. VEINPALU — Verevalkude bioloogilisest funktsioonist ja nende uurimise tähtsusest 200

СОДЕРЖАНИЕ

А. ГОЛЬДБЕРГ — День медицинских работников

Теория и практика

Х. ХАНСОН, Х. НОВЕК и Ю. ГРОСС — О диагностике и лечении иммуногемопатий

Л. КЕРЕС и Л. ЛААРМАНН — О микрометодах определения сдвигов кислотно-щелочного равновесия крови

А. МИКЕЛЬСААР — О хромосомах человека и методах их изучения

Э. ВАГАНЕ и М. САВА — О холестериновом обмене у жителей Эстонской ССР

Э. ЛААНЕ — Латентный синдром Хегглина при тиреотоксической дистрофии миокарда

Х. КАДАСТИК — Психогенные осложнения онанизма

Р. БИРК — О особенностях дыхательной системы нормальных тканей и опухолей с разной чувствительностью к алкилирующим агентам (Автореферат)

Организация здравоохранения

О. ТАММ — О деятельности санэпидстанций в 1965 г.

Ю. НАРМА — Об использовании диктофона при оформлении историй болезни

Обмен опытом и казуистика

Т. ВАНАСЕЛЬЯ — Добавочная поджелудочная железа в стенке двенадцатиперстной кишки

Э. ЛЕВИНА — Ускоренная идентификация *Candida albicans* на 2% рисовом агаре и в сыворотке человека

В. ЛЕМАРИНЬЕ — О частоте производственных травм среди передовиков коммунистического труда

А. ЛЕПИК — О применении перфокарт при диспансерном лечении больных пародонтопатией

В помощь фельдшерам и сестрам

Б. ШАМАРДИН — Артериальная гипертония

Э. ВЕЙНПАЛУ — Биологическая функция белков крови и клиническое значение их определения

Kaadri ettevalmistamine

K. SÕERDE — Lõpetajaid Tallinna Meditsiinikoolist 204
A. HORN — Täiendust keskharidusega meditsiinikaadrile 204

Подготовка кадров

К. СЫЭРДЕ — Окончившие Таллинскую медицинскую школу
А. ХОРН — Пополнение кадру медицинских работников со средним образованием

Arstiteaduse ajaloost

J. RAUDSEPP — Kasvajate paleopatoloogiast (Kirjanduse ülevaade) . . 205
L. LEESMENT — Sundusliku rõugepaneku algpäevilt Liivimaal . . . 208

Из истории медицины

Ю. РАУДСЕПП — О палеопатологии опухолей (Обзор литературы)
Л. ЛЕЭСМЕНТ — О первых обязательных прививках против оспы в Лифляндии

Konverentsid ja nõupidamised

M. KINK — Sanitaarharidustöötajate seminarilt 210
N. SCHAMARDIN — Kutse-nahahaigustealane seminar 210

A. CHEVALIER — Epilepsiat käsitlev plenaaristung 211
I. FREIBERG — I üleliiduline lastekirurgide konverents 211
A. GUNTER ja N. ELŠTEIN — Nõupidamine terapeutilise abi parendamise küsimustes 211
E. SIIRDE — Üleliiduline vokaalpedagoogika-alane konverents 212
L. TAMM — Üleliiduline laste reumatoloogia alane konverents 212
E. RAUDAM — III ülemaailmne neurokirurgide kongress 213

Конференции и совещания

М. КИНК — Семинар работников санитарного просвещения
Н. ШАМАРДИН — Семинар по вопросам профессиональных кожных заболеваний
А. ШЕВАЛЬЕ — Пленарное совещание по эпилепсии
И. ФРЕЙБЕРГ — I Всесоюзная конференция детских хирургов
А. ГУНТЕР и Н. ЭЛЬШТЕЙН — Совещание по вопросам улучшения терапевтической помощи
Э. СИЙРДЕ — Всесоюзная конференция по вокальной педагогике
Л. ТАММ — Всесоюзная конференция по детской ревматологии
Э. РАУДАМ — III Всемирный съезд невро-хирургов

Konsultatsioone

U. MEIKAS — Juriidilist nõuannet . . 214

Консультации

У. МЕЙКАС — Консультация по юридическим вопросам

Tähtpäevad

Professor Felix Lepp 85-aastane . . 215
Veera Päsmel 60-aastane 215
Leida Keres 50-aastane 216
Einar Vagane 50-aastane 217

Юбилейные даты

85-летие профессора Феликса Леппа
60-летие Вера Пясмель
50-летие Лейда Керес
50-летие Эйнара Вагане

Referaate . . . 218

Рефераты

Proviisor JOHEL PATS 221

Провизор ЁХЕЛЬ ПАТС

Mitmesugust

E. TALLMEISTER — 1965. aasta Nobeli preemia laureaadid . . . 222
M. KINK — Nobeli preemiatest . . 226
H. JÄNES — Mittekoosseisulised teadusliikud töötajad 227
M. SIKK — Tartu Tervishoiutöötajate Maja 230
Mõne reaga 231

Разное

Э. ТАЛЛМЕЙСТЕР — Лауреаты Нобелевской премии 1965 г.
М. КИНК — О Нобелевских премиях
Х. ЯНЕС — Внештатные научные сотрудники
М. СИКК — Дом медицинских работников города Тарту
В нескольких строках

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Mõned uuemad ravimpreparaadid 233

Новые лекарственные препараты

Х. КАНГРО — Некоторые новые лекарственные препараты

Kroonika 234

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
U. Meikas, A. Nordberg, E. Raudam, H. Roots (peatoimetaja asetäitja),
J. Saarma, A. Sarap ja **O. Tamm** (peatoimetaja)

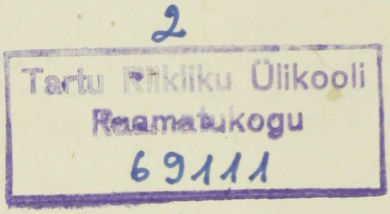
4
Juuli–
August

9. AASTAKÄIK

KIRJASTUS «PERIOODIKA»
TALLINN 1966

TOIMETUSE NÕUKOGU

M. HOLM (Jõgeva)
A. JUHASOO (Põlva)
R. KARIES (Haapsalu)
A. KLINK (Võru)
H. KREEK (Pärnu)
J. LEBEDEV (Kohtla-Järve)
V. LUKA (Viljandi)
L. MAURER (Tallinn)
D. PÄRN (Hiiumaa)
P. RAHU (Valga)
L. SIIRAK (Harju rajoon)
M. SIKK (Tartu rajoon)
M. SILLAND (Narva)
G. SUKLES (Rapla)
A. TAMM (Paide)
U. VAGUR (Rakvere)
V. VESSAR (Tartu)
E. VÄÄRT (Kingissepa)



Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 24. VI 1966. Trükkimisele antud 22. VII 1966. Trükiarv 4400. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,325. Tellimise nr. 4907. MB-07910.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 456-82
Väljaandja: Kirjastus «Perioodika», Tallinn

SPETSIALISEERITUD MEDITSIINILINE ABI

A. SARAP
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja

Tervishoiukorralduse ja meditsiini arengu iseloomulikuks jooneks viimase kümne aasta jooksul on spetsialiseeritud meditsiinilise abi arenemine. On välja kujunenud suur hulk uusi erialasid, näiteks kirurgia on jagunenud 21 erialaks, sisemeditsiinis on üle 10 eriala jne. Seda on soodustanud arstiteaduse ja meditsiinitehnika kiire areng, samuti meditsiinitöötajate teadmiste täienemine ja süvenemine üksikute erialade piires.

Kiires tempos on arenenud spetsialiseeritud meditsiiniline abi ka meie vabariigis. Seda soodustas NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus 1960. a. 14. jaanuarist «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest.» See ajalooline dokument näitas mitmeks aastaks nõukogude tervishoiu peamise arengusuuna ja muutus meditsiinitöötajate ja tervishoiuorganite programmiks nõukogude inimeste tervise tugevdamisel ja nende eluea pikendamisel.

Spetsialiseeritud meditsiinilise abi arengut ja täiustamist vabariigis iseloomustavad järgmised peamised momendid: kindla profiiliga arstide arvu suurenemine, spetsialiseeritud vastuvõttude korraldamine, samuti spetsialiseeritud kabinettide ja osakondade loomine ambulatooriumides ja polikliinikutes, spetsialiseeritud osakonnad või voodikohad üldhaiglates, spetsialiseeritud asutuste (lastestomatoloogia jm. dispanserite, polikliinikute) avamine, kaasaja uurimis- ja ravimeetodite kiire ning laialdane rakendamine.

Käesoleval ajal töötab vabariigis 36 tuberkuloosidispanserit ja -kabinetti, 13 onkoloogiakabinetti ja 2 onkoloogiadispanserit, 37 neuroloogia-, 28 otorinolarüngoloogia-, 28 silma-, 22 nakkushaiguste-, 14 noorukite-, 11 uroloogia-, 8 endokrinoloogiakabinetti ja 2 endokrinoloogiadispanserit, 10 kardioreumatoloogia- ja teisi kabinette. Enamikus rajoonikeskustes antakse elanikele polikliinilist abi vähemalt 15 erialal.

Eriti edukalt ja sihipäraselt on korraldatud spetsialiseeritud meditsiinilise abi andmine Kohtla-Järvel. Loodi mitme osakonnaga lastehaigla, polikliinikutes avati 11 uut erialakabinetti ja haiglates profileeriti voodikohad. Entusiasmi ja suuri organisatoorseid võimeid näitasid seejuures linna tervishoiuosakonna juhataja J. Lebedev ja 1. linnahaigla peaarst G. Kamõnin. Tallinnas ja Tartus avati uued spetsialiseeritud osakonnad voodikohtade ümberprofileerimise arvel. Nii loodi Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas kardioreumatoloogia-, rindkerekirurgia-, traumatoloogiaosakonnad koos traumapunkti ja hingamiskeskusega. Tartu Linna Kliinilises Haiglas avati uroloogia-, laste- ja veresoontekirurgia-osakonnad, Tallinna Vabariiklikus Haiglas töötavad juba kardioreumatoloogia-, laste- ja rindkerekirurgia-osakonnad. Häid tulemusi on saadud haiglavoodite ümberprofileerimise teel Paide, Jõgeva, Põlva jt. rajoonides.

Spetsialiseeritud meditsiiniline abi arenes mitte ainult haiglate spetsialiseeritud voodikohtade ja polikliinikute kabinettide arvu suurenda-

mise tõttu, vaid, mis on peamine, tsentraliseerimise ja üksikute spetsialiseeritud kabinettide, osakondade ja laboratooriumide ühendamise teel. Peab mainima, et sel perioodil arenes eriti hoogsalt kirurgia-alane spetsialiseeritud meditsiiniline abi. Selle heaks on palju teinud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg Š. Gulordava.

NLKP XXIII kongressi otsustes nähakse ette spetsialiseeritud meditsiinilise abi arendamist ja täiustamist. Et neid ülesandeid täita, tuleb eelkõige arvesse võtta ravi- ja profülaktikaasutuste spetsialiseeritud kabinettide (osakondade) töökogemusi, arstiteaduse ja tehnika arengutaset nimetatud ajavahemikul, majanduslikke näitajaid, spetsialiseeritud meditsiinilise abi andmise hõlpsust elanike teenindamisel ja selle kättesaadavust maaelanikele.

Spetsialiseeritud ambulatoorse-polikliinilise abi korraldamisel tuleb kõikides üle 30 tuhande elanikuga rajoonides ette näha kaks neuropatoloogi, samuti okulisti ja otorinolarüngoloogi ametikohad. Iga 4—5 stomatoloogi kohta peab olema üks stomatoloog-protesist. Spetsialiseeritud kabinetid on tarvis hästi sisustada kaasaja diagnoosimisvahenditega. Sealjuures tuleb teadlikult ja laialdaselt kasutada efektiivseid diagnoosimis- ja ravimeetodeid ambulatooriumides ja polikliinikutes. Selles osas peavad suuremat abi osutama vabariigi ning linnade ja rajoonide peaspetsialistid ning arstide seltsid.

Peaarsti asetäitjate ülesandeks on spetsialiseeritud kabinettide töö süstemaatiline analüüsimine. Need peavad töötama täie koormusega ja igati abistama jaoskonnaarste. Niisugused kabinetid peavad haigeid õigeaegselt välja selgitama, neid dispanseerima ja vastavalt kabineti profiilile profülaktilisi abinõusid välja töötama ning jaoskonnaarstidele pidevalt nõu andma ja neid metoodiliselt juhendama.

Elanike statsionaarse spetsialiseeritud meditsiinilise abi alal on rajoonides meie arvates vaja kasutusele võtta spetsialiseeritud voodikohti, kusjuures tuleb arvestada kogu rajooni voodikohtade arvu, ja organiseerida ühtseid suuri profileeritud osakondi. Praegu ehitatavas uues Tartu Linna Kliinilises Haiglas tuleb luua spetsialiseeritud osakondi, näiteks gastroenteroloogia-, allergoloogia-, ortopeedia- ja nefroloogiaosakonnad. Gastroenteroloogiaosakonnad peab avama ka Tallinnas, Kohtla-Järvel, Narvas ja Pärnus, seda tingib asjaolu, et elanike hulgas on mao- ja soolehaigustesse haigestumine kõrge. Väga vajalik on Tallinnas asutada keskus tromboembooliliste, terminaalses seisundis ja mürgistustega haigete jaoks.

Tuberkuloosiasutuste võrk rahuldab käesoleval ajal elanike peamised nõudmised. Kui arvestada suurt edu tuberkuloosi haigestumise vähendamise alal elanike hulgas, ei ole tuberkuloosiasutuste arvu nähtavasti tarvis suurendada.

Statsionaarne onkoloogiline abi tuleb keskendada peamiselt Tallinna, Tartu, Pärnu ja Kohtla-Järvele, kus on loodud tingimused kompleksseks raviks. Seda ülesannet aitab lahendada uus, kõige ajakohasema meditsiinitehnikaga sisustatud Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser.

Perspektiivis on statsionaarse spetsialiseeritud abi korraldamine maarajoonide elanike tarvis sellistel kitsastel erialadel nagu neurokirurgia, ortopeedia, uroloogia, endokrinoloogia, oftalmoloogia, otorinolarüngoloogia jt. Seda on otstarbekas teha Tartu, Tallinna, Kohtla-Järve haiglates. Tallinna Vabariiklik Haigla on maksimaalselt vaja vabastada linnaelanike teenindamisest. Tallinna elanikud peavad spetsialiseeritud haiglaravi (peale onkoloogilise ja dermatoveneroloogilise) saama Tallinna linnahaiglates. Seoses sellega tuleb Tallinna Vabariiklik Haigla vabastada linnaelanike polikliinilisest teenindamisest, kusjuures samas haiglas peab töötama hästi sisustatud polikliinik, kus antakse ainult konsultatsioone.

Tähtsaks ülesandeks on kliiniliste ja bakterioloogiliste laboratooriu-

mide laiendamine ja täiustamine, nende varustamine kaasaegse sisseseadega, samuti neis heade töötingimuste loomine. Keerukaid biokeemilisi, viroloogilisi ja muid analüüse on otstarbekohane teha ühes kesklaboratooriumis, mitte aga mitmes laboratooriumis. Selle kasulikkust näitavad veenvalt Tallinna Biokeemia Kesklaboratooriumi töökogemused. Biokeemiliste uuringute üldarv Tallinnas suurenes sama koosseisu puhul 1965. aastal 30 protsendi võrra (1963. a. võrreldes) ja samal ajal laienes uuringute diapasoon tunduvalt.

Tsentraliseerimise kasulikkusest kõnelevad ka Tallinna dispanseerse endokrinoloogia osakonna kogemused. Näiteks oli linna endokrinoloogia-osakonna arstidel 1965. aastal 19 816 visiiti, sealhulgas endokrinoloog-günekoloogil 1311. Samu endokrinoloogе, kes töötasid linna mitmes polikliinikus (enne tsentraliseerimist), külastas 1964. aastal 15 319 haiget, s. o. tunduvalt vähem.

1. jaanuariks 1966. a. suurenes arvelevõetud suhkruhaigete arv (1964. a. võrreldes) 44,6 % võrra. On uuritud ligikaudu 500 suhkruhaigete sugulast. 1965. aastal ei surnud ühtki suhkruhaiget diabeetilise kooma tagajärjel. Dispanseerses osakonnas võeti arvele endokriinsete-günekoloogiliste haigustega ja kilpnäärmehaigusi põdevad haiged. On välja antud metoodiline kiri suhkruhaigete väljaselgitamiseks, suhkruhaige meelespea, korraldatud endokrinoloogia-alane seminar jaoskonnaterapeutidele. Peab esile tõstma seda, et niisugune diapasooni laienemine ja töö kvaliteedi paranemine said teoks juba dispanseri esimesel tööaastal.

On teada, et iga ürituse edu tagab kaader. See kehtib ka eriarstide kohta. Nad ei pea istuma kabinetis haigeid oodates, vaid on tarvis, et nad oleksid oma ala organisaatoriteks ja leiaksid endale kindla koha profülaktika-alases töös.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

А. Сарап

Резюме

Развитие и совершенствование специализированной медицинской помощи в Эстонской республике характеризуется увеличением числа врачей определенного профиля, развитием специализированных врачебных приемов, кабинетов и отделений в составе амбулаторно-поликлинических учреждений, развитием сети специализированных коек в составе общих больниц, организацией специализированных учреждений (диспансеров, поликлиник) и возможностью быстрого и широкого внедрения в практику современных методов обследования и лечения больных.

Специализированная медицинская помощь в республике развивалась по пути централизации, путем объединения отдельных специализированных кабинетов, отделений и лабораторий.

Для развития амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи во всех районах с населением более 30 тысяч жителей необходимо предусмотреть не менее двух невропатологов, окулиста и отоларинголога. На 4—5 стоматологов необходимо иметь одного стоматолога-протезиста.

Врачи специализированных кабинетов должны своевременно выявлять заболевания, диспансеризировать больных, разрабатывать профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости в соответствии с профилем кабинета, и оказывать постоянную консультативную и методическую помощь участковым врачам.

В связи со строительством новой Тартуской городской клинической больницы необходимо создать новые специализированные отделения, такие, как гастроэнтерологическое, аллергологическое, ортопедическое и нефрологическое. Гастроэнтерологические отделения необходимо создать и в гг. Таллине, Кохтла-Ярве, Нарва и Пярну. Необходимо также создать в г. Таллине центр для лечения больных с тромбоэмболическими заболеваниями, терминальными состояниями и отравлениями.

Стационарную специализированную помощь в сельских районах надо развивать из расчета всего коечного фонда района и держать курс на организацию единых крупных профилированных отделений по 6 основным медицинским специальностям. Узкоспециализированную стационарную помощь целесообразно развивать и обеспечить в городах республиканского подчинения. Важной задачей является дальнейшее расширение и укрепление клинических и бактериологических лабораторий, физиотерапевтических и лечебно-физкультурных отделений, их следует оснастить современным оборудованием.

Известно, что успех любого дела зависит от работы кадров. Это относится в первую очередь к врачам специалистам, которые не должны отсиживаться в кабинетах в ожидании больных, а быть организаторами своего дела и уметь находить свое место в профилактической работе.

TEOORIA JA PRAKTIKA

ARSTITEADUSLIKU UURIMISTÖÖ SUUNAD NAKKUSHAIGUSTE JA HÜGIEENI ALAL AASTAIL 1966—1970

Eesti NSV peasanitaararst *O. TAMM* ja arstiteaduse kandidaadid *H. PIHL*, *H. JÄNES* ja *A. LENZNER*

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumist, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*, ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedrist, juhataja dotsent *A. Lenzner*)

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus 1960. a. 14. jaanuarist «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» kohustab tervishoiuorganeid ja arstiteaduslikke uurimisasutusi keskendama tähelepanu meetodite ja vahendite otsimisele nakkushaigustesse haigestumise järsuks vähendamiseks. Eesti NSV-s on sel alal märkimisväärseid saavutusi. Ent tuleb veel ette ägedate soolenakkuste, infektsioosse hepatiidi, hingamiselundite nakkuste (gripi) juhte.

Soolenakkusi on seni uurinud peamiselt Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi (TEMHI) epidemioloogiasektor ja vähemas ulatuses Tartu Riikliku Ülikooli (TRÜ) mikrobioloogia ja samuti nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedrid. Instituudi epidemioloogiasektoril tuleb käesoleval viisaastakul seda tööd mitte üksnes jätkata, vaid laiendada. Soolenakkuste uurimisel on esmajärjekorras vaja tähelepanu pöörata nende epidemioloogia iseärasustele kohalikest tingimustest lähtudes. Epidemioloogilisel analüüsimisel on muuhulgas tarvis rakendada kaasaegseid statistilisi meetodeid, kusjuures materjali läbitöötamiseks on vaja kasutada ka elektronarvuteid. Meil on kohapeal olemas võimalused heade spetsialistidega konsulteerimiseks ja baas mitmete arvutuskeskuste näol.

Erilist tähelepanu tuleb pöörata soolenakkuste leviku tegurite, esmajärjekorras veefaktori selgitamisele, sest Eesti NSV territooriumi hüdrogeoloogilised iseärasused soodustavad veehorisontide reostumist. Vabariigis on ligi kümmekond erinevatele ametkondadele alluvat asutust ja laboratooriumi, kes tegelevad vee uurimisega. Nendega peavad arstiteadlased oma uurimistööd veelgi paremini koordineerima. Esialgsed tähelepanekud viitavad sellele, et koostöö hügienistide, infektsionistide, hüdrogeoloogide jt. erialade spetsialistide vahel on soolenakkuste kollete uurimisel suure väärtusega ja perspektiivne. Selles osas annab oma

panuse TRÜ hügieeni kateeder, kellel on teatavaid kogemusi nii joogiveeallikate kui ka reovete uurimise alal. Käesoleval viisaastakul jätkavad selle kateedri töötajad peamiselt mikroelementide sisalduse uurimist Eesti NSV vetes.

On vaja jätkata ja laiendada ebaselge etioloogiaga soolenakkuste (nn. kliinilise düsenteeria, enterokoliidi jt.) etioloogia ja epidemioloogia uurimist, sest nende erikaal teiste nakkuste kõrval on veel tunduvalt suur.

Soolenakkuste profülaktika valdkonnas tuleb anda hinnang epideemiatõrje tõhususele ning leida täiendavaid abinõusid ja teid haigestumise järsuks vähendamiseks.

TRÜ Arstiteaduskonna mikrobioloogia kateeder jätkab ka eelseisval viisaastakul inimese soolemikrofloora uurimist organismi mitmesuguste füsioloogiliste ja patoloogiliste seisundite puhul. Kateedri töötajad on planeerinud mikrofloora muutuste jälgimist ka mõnede soolenakkuste korral, mis teoreetilisest aspektist täiendavad TEMHI-s korraldatavaid uurimistöid ja võivad saada väärtuslikuks panuseks soolenakkuste komplekssel tundmaõppimisel. Lähematel aastatel on plaanis asutada mikrobioloogia kateedri juurde probleemilaboratoorium laktobatsillide uurimiseks. Selle ülesandeks on vabariigi piimatööstust muuhulgas varustada laktobatsillide tüvedega tõhusate bakteriaalsete ravim- ja profülaktikapreparaatide tootmiseks.

Viisaastakul jätkab soolenakkuste uurimist ka TRÜ nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateeder. Siin pööratakse peamist tähelepanu seede- ja ainevahetushäiretele varaealistel lastel soole kolinakkuse ja düsenteeria puhul. Samuti selgitatakse histokeemilisi muutusi koliitide korral.

Ägedate soolenakkuste kõrval pälvib vabariigis uuel viisaastakul tõsist tähelepanu infektsioosne hepatiit. Kuigi meil on teatavaid saavutusi selle haiguse varajase diagnoosimise ja gammaglobuliinprofülaktika alal, jätkatakse TEMHI epidemioloogiasektoris selle nakkuse epidemioloogia, varajase diagnoosimise võimaluste ja profülaktika uurimist. Instituudi teadlased mõistavad, et infektsioosse hepatiidi nakkusallika varajaseks avastamiseks, isoleerimiseks ja epideemiatõrje abinõude õigeaegseks rakendamiseks on vaja leida lihtsaid, kuid usaldusväärseid laboratoorseid jt. meetodeid. Ühtlasi on väga tähtis, et õpitaks tundma selle nakkuse leviku teid. Täpsustamist vajavad nakkuse leviku võimalused parenteraalsel teel. Infektsioosse hepatiidi profülaktika eesmärgil tuleb meditsiinilisi instrumente lähemal ajal hakata tsentraliseeritud korras steriliseerima.

Infektsioosse hepatiidi uurimist jätkatakse ka TRÜ nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedris. Siin pööratakse tähelepanu selle nakkuse mõnele patogeneesi küsimusele ning õpitakse tundma muutusi mineraalide ja vee-ainevahetuses.

Viirushaiguste uurimisel jääb Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis endiselt juhtivaks ja suunavaks keskuseks TEMHI viroloogiasektor. Peale selle suurenevad viirushaiguste diagnoosimise võimalused Tallinna Merimetsa Haigla ja Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla viroloogialaboratooriumides. Instituudi viroloogiasektoris uuritakse aastail 1966—1970 respiratoorsetest ja enteroviirustest põhjustatud haigestumiste kliinilisi ja epidemioloogilisi iseärasusi. Ühtlasi õpitakse tundma vastavate viirustüvede bioloogilisi omadusi Eesti NSV-s. Seejuures pööratakse erilist tähelepanu grupiviisilistele haigestumistele ja puhangutele, kusjuures püütakse selgitada epideemiaahelat, viiruse levikuteid ja ülekandemehhanismi. Samuti jälgitakse viiruste tsirkuleerimist antud piirkonnas ja nende bioloogiliste omaduste muutumist puhangute ajal.

NSV Liidu rahvamajanduse arendamise viie aasta plaan näeb ette elanike materiaalse heaolu tõstmise kõrval mitmeid abinõusid välis-

keskkonna tervendamiseks. Vabariigis aastail 1966—1970 toimuv teaduslik uurimistöö hügieeni alal hõlmab peaaegu kõiki selle distsipliini eriharusid. TEMHI hügieenisektoris jätkatakse kõigepealt laste- ja noorukitehügieeni alaseid töid. Instituudi koolihügienistid on võtnud ülesandeks laste ja noorukite kehalise koormuse normeerimise teaduslike aluste väljatöötamise. Siinjuures peetakse silmas organismi terviklikku arengut (vaimne ja kehaline areng, tervise seisund jms.). Samuti uuritakse Eesti NSV õpilaste tervise seisundit ja töövõimet sõltuvalt koolide sanitaar-hügieenilistest tingimustest.

Koolihügieeni-alaste uurimistööde korraldamisel on väga tähtis, et tööd koordineeritaks teiste asutustega. Laiendamist vajab koostöö TRÜ sporditeooria kateedriga ja Ed. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudiga. Mainitud tööst peavad osa võtma kooliarstid ning sanitaar- ja epidemioloogiajaamade sanitaararstid.

Viisaastakul laieneb tunduvalt toitlushügieenialane temaatika. Uurimistöö toimub siin põhiliselt kahes suunas.

1. Elanike tegeliku toitumise uurimine. Sel puhul selgitatakse toitumise mõju tervise seisundile ning koostatakse ja propageeritakse uusi ratsionaalseid toiduratsioone.

2. Mitmesuguste mittenaturaalsete lisandite (pestitsiidid, konservandid jms.) sisalduse uurimine toidus ja nende bioloogilise toime määramine. Seda laadi uuringud on vajalikud selleks, et uute tehnoloogiliste protsesside kasutusele võtmisel toiduained säilitaksid maksimaalselt naturaalsed omadused ega samal ajal saastuks organismile kahjulike ainetega.

Kõigi nende küsimustega hakkavad tegelema TEMHI töötajad. 1968. aastani jätkatakse mõningaid toitumisalaseid uurimistöid ka NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi (Eesti EKMI) biokeemialaboratooriumis.

Edaspidi on kavas veel uurida vabariigi toiduainete keemilist koostist (mineraalained, mitmesugused vitamiinid jm.). Samuti kavatsetakse välja töötada töötajate mitmesuguste kontingentide profülaktilise toitlustamise juhised.

TEMHI-s on rajamisel õhuhügieenilaboratoorium, mille esimene ülesanne on anda sanitaarhügieeniline põhjendus kahjulike heitproduktidega ettevõtete paigutamiseks Tallinna uues generaalplaanis.

Tööhügieenialane teaduslik töö on vabariigis koondunud Eesti EKMI-sse. Suur osa nimetatud instituudi toksikoloogia- ja tööhügieenilaboratooriumis tehtavatest uurimistöödest kuulub tööstustoksikoloogia valdkonda. Jätkatakse rahvamajanduses laialdaselt kasutatavate põlevkivitoodete, s. o. põlevkiviõlide ja -fenoolide, toksilisuse uurimist. Lähemate aastate jooksul tuleb selgitada, millised komponendid põlevkivi kuivutmise esmastoodetes on peamisteks toksilisteks agensiteks. Selgitatakse keemiliste ja füüsikaliste meetoditega töödeldud õlitoodete toksilisust, et tervishoiu seisukohalt hinnata esmastoodete edasise töötlemise tehnoloogiat ja uusi tooteid. Uurimisobjektide hulka kuuluvad ka uue tehnoloogia teel (tahke soojuskandjaga utmisseadmetes) saadud õlid, samuti töötlemata õlidest valmistatavad kaubatooted.

Et selgitada põlevkivifenoolide toksilisuse (mis on suurem kui kivisõe või turba töötlemisel saadud fenoolidel) sõltuvust fenoolide keemilisest koostisest, kavatsetakse teha mitmeid töid, mis iseloomustavad üheja kahealuseliste fenoolide, oksikumarooni, dimetüülfenoolide, 5-metüülresortsiini, dimetüülresortsiinide jt. seni uurimata fenoolide toksilisust ning nende kombineeritud toimet organismisse.

Loetletud uurimistööd annavad lähteandmeid põlevkivitoodete lenduvate ja lendumatute komponentide sanitaarseks normeerimiseks õhus ja veekogudes ning võimaldavad kaubatooteid hügieeni seisukohalt standardiseerida. Paralleelselt sellega töötatakse välja praktilised juhen-

did intoksikatsioonide vältimiseks põlevkivitoodete kasutamisel rahvamajanduses keemilise toorainena või valmistoodetena. Peale selle annavad loomkatsete tulemused metoodilisi näpunäiteid tööstusmürgistuste varajase diagnoosimise ja patogeneetilise ravi kohta.

Nimetatud praktilise kallakuga ülesannete lahendamise kõrval pööratakse tähelepanu ka teoreetilistele küsimustele. Peamiseks nende hulgas on organismi adaptatsiooni füsioloogiliste piiride uurimine kahjulike keemiliste ainete suhteliselt tähtsusetute kontsentratsioonide pikaajalisel toimimisel. Selle uurimissuuna sihiks on kriteeriumide leidmine tööstusmürkide toime hindamiseks kaitse- ja kompensatoorsete reaktsioonide tasapinnal, et kahjulike ainete sisaldust tootmisruumide õhus edaspidi normeerida bioloogiliselt rohkem põhjendatud positsioonidelt.

Käesoleval viisaastakul jätkatakse ka töötingimuste ja töötajate haigestumise uurimist põlevkivibasseini uutes ettevõtetes, kus rektifitseeritakse fenoole, toodetakse õlikoksi, sünteetilisi pesemisvahendeid, iooni-vahetajavaike jms., et selgitada uute tehnoloogiliste protsesside ja tootmisseadmete rakendamisel ilmnevaid tervishoiu seisukohalt ebasoodsaid tegureid, anda projekteerimisorganisatsioonidele lähtematerjale teiste analoogiliste ettevõtete projekteerimiseks ja välja töötada abinõusid töötingimuste parandamiseks konkreetses tehases või tsehhis.

Toksikoloogia- ja tööhügieenilaboratoorium töötab tihedas kompleksis Eesti EKMI kutsepatoloogialaboratooriumiga, kus viisaastaku vältel uuritakse tööstusmürkide ning muude keemiliste ja füüsikalis-keemiliste välistegurite toimel sugenevaid patoloogilisi protsesse töölistel. Hügieeniprobleemidega on kaudses seoses ka sama instituudi onkoloogia- ja morfoloogialaboratooriumide tööd, mis käsitlevad väliskeskkonna saastumise ja mitmesuguste põlevkivitoodete kantserogeenset või kokantserogeenset toimet organismisse, põlevkivitoodete dekantserogeniseerimist ja teisi probleeme.

Nagu eespool toodud põgusast ülevaatest nähtub, on arstiteadlaste ülesanded nakkushaiguste ja hügieeniprobleemide uurimise alal vabariigis laialdased. Nende edukaks täitmiseks on vaja laiendada teadlaste koostööd praktiseerivate arstidega. Meie sanitaar- ja epidemioloogiajaamadesse ning nakkushaiglatesse koguneb igapäevase töö käigus väärtuslikku materjali. Seni aga on selle teaduslik läbitöötamine olnud mitterahuldav. Meie arstiteaduslikes asutustes on otstarbekas tunduvalt laiendada arstide ja ka teiste spetsialistide rakendamist mittekoosseisuliste teaduslike töötajatena, mis uurimistööde rinnet võimaldab tunduvalt laiendada.

НАПРАВЛЕНИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ И ГИГИЕНЕ В 1966—1970 гг.

О. Тамм, Х. Пихль, Х. Янес и А. Ленцнер

Резюме

Изучением кишечных инфекций в Эстонской ССР до сего времени занимались в основном сектор эпидемиологии Таллинского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены и в меньшей степени кафедры микробиологии и инфекционных болезней Тартуского государственного университета.

Сектор эпидемиологии института должен обратить внимание на особенности эпидемиологии кишечных инфекций в местных условиях. Особое внимание следует обратить на факторы распространения кишечных инфекций, в первую очередь на выяснение водного фактора, так как особенности территории Эстонской ССР способствуют соединению водоносных слоев. Необходимо продолжить и расширить изучение этиологии и эпидемиологии кишечных инфекций неясной этиологии (так называемой клинической дизентерии, энтероколита и др.), так как их удельный вес наряду с другими инфекциями еще довольно большой.

Кафедра микробиологии медицинского факультета ТГУ продолжит изучение микрофлоры человека при различных физиологических и патологических состояниях организма. В ближайшие годы планируется создание при кафедре проблемной лаборатории для изучения лактобацилл.

На кафедре инфекционных болезней, дерматологии и венерологии ТГУ основное внимание обращено на нарушение пищеварения и обмена веществ у детей раннего возраста при колибациллярной инфекции кишечника и дизентерии.

Изучение эпидемиологии, возможностей ранней диагностики и профилактики инфекционного гепатита продолжают в Таллинском н.-и. институте ЭМиГ. На кафедре инфекционных болезней, дерматологии и венерологии ТГУ обращают внимание на некоторые вопросы патогенеза этой инфекции и исследуют изменение водного и минерального обмена.

В изучении вирусных заболеваний человека по-прежнему ведущим центром остается Таллинский н.-и. институт ЭМиГ, где исследуются клинические и эпидемиологические особенности респираторных и энтеровирусных заболеваний.

Планируемая на 1966—1970 гг. научно-исследовательская работа по гигиене охватывает почти все отрасли этой дисциплины. Школьные гигиенисты Таллинского н.-и. института ЭМиГ поставили перед собой задачу выработать научные основы нормативов физической нагрузки детей и подростков. Изучают они также и состояние здоровья и трудоспособности учащихся ЭССР в зависимости от санитарно-гигиенических условий в школах. В институте расширяется также и тематика пищевой гигиены, идущая в двух направлениях — изучения фактического питания населения и изучения различных ненатуральных примесей к пище и определения их биологического действия.

В Таллинском н.-и. институте ЭМиГ организуется лаборатория гигиены воздуха, первоочередной задачей которой является санитарно-гигиеническое обоснование размещения предприятий с вредными отходами в новом генеральном плане Таллина.

Научная работа в республике по гигиене труда сосредоточена в Эстонском институте экспериментальной и клинической медицины АМН СССР. Преобладающая часть научных работ относится к области промышленной токсикологии. Продолжается токсикологическое изучение широко применяемых в народном хозяйстве сланцевых продуктов — сланцевых масел и фенолов. Эти работы дают исходные данные для санитарной нормировки летучих и нелетучих компонентов сланцевых продуктов в воздухе и водоемах и стандартизации промышленных товаров в соответствии с требованиями гигиены. Обращается внимание и на теоретические вопросы с целью найти критерии для оценки действия промышленных ядов на основе защитных и компенсаторных реакций.

Продолжается также изучение условий труда и заболеваемости трудящихся на новых предприятиях сланцевого бассейна. Лаборатория токсикологии и гигиены труда работает в тесной связи с лабораторией профпатологии, где в течение пятилетки будут изучаться патологические процессы, возникающие у рабочих под действием промышленных ядов и других химических и физико-химических внешних факторов.

KROONILISE KARDIOVASKULAARSE PUUDULIKKUSE KOMPLEKSSEST RAVIST

K. KÕRGE ja *J. GROSS*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sisehaiguste kateedrist, juhataja professor *K. Kõrge,* ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Ollakse arvamusel, et kui digitaalis ja strofantiin kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkusega haigete ravimisel tulemusi ei anna, on tavaliselt tegemist haiguse lõppstaadiumiga, mille puhul südame jõureservid on lõplikult ammendatud. Niisugune pessimistlik seisukoht ei ole alati põhjendatud. Südameglükosiidide terapeutilise mõju vähenemine (kui see ei ole tingitud ravimi ebaõigest doseerimisest) on sageli tingitud sellest, et raviplaan pole kompleksne. R. Mežebovski ja O. Gusseva (7) järgi tuleb südameglükosiidide manustamisele puuduliku reageerimise puhul arvestada südamelihase põletikulise ja toksilise kahjustuse olemasolu, hüpoksia mõju ja ainevahetuse muutusi südamelihases. Üldiselt on teada, et ägeda reumaatilise müokardiidi puhul areneva südamepuudulikkusega haigetele on eelkõige tarvis anda antireumaatikume ja türeotoksikoosist tingitud südamehäireid on võimalik kõrvaldada ainult põhihaiguse ravi-

mise teel. Kardiovaskulaarse puudulikkuse ravis on suure, sageli isegi otsustava tähtsusega energeetilisteks protsessideks vajalike biokeemiliste tingimuste normaliseerimine.

Alljärgnevalt vaatleme raskekujulise kardiovaskulaarse puudulikkuse ravi tõhustamise võimalusi, kusjuures toetume Tartu Linna Kliinilise Haigla kogemustele ja kirjanduse andmeile. Raskekujulise kardiovaskulaarse puudulikkusega haigeile manustame strofantiini veeni tilkinfusiooni teel (0,25—0,35 mg 200 milliliitris 5%-lises glükoosilahuses), mis tunduvalt suurendab glükosiidide terapeutilist efekti. Mainitud ravivõtte kohta meie kliinikus on juba varem andmeid avaldanud D. Pihelgas (15). Infusioonivedelikule lisame 1 ml 5%-list B_1-vitamiinilahust, sest tiamiinfosfaadil (kokarboksülaasil) on oluline osatähtsus püruuvhappe ja piimhappe oksüdatsiooniprotsessil südamelihases. Lihasesse võib süstida ka 100 mg kokarboksülaasi 2—3 korda päevas. Eriti oluline on selle preparaadi manustamine südame rütmi- ja erutusjuhtivuse häirete puhul. Koronaar- ja neeruvereringe parandamiseks, bronhide laiendamiseks ja vee reabsorptsiooni pärssimiseks neerukanalikestes lisame infusioonivedelikule veel 5—10 ml 2,4%-list eufülliinilahust.

Südameglükosiidide terapeutilise mõju vähenemine võib olla tingitud hüpokalieemiast, mille tekkimine on võimalik kaaliumi suurenenud eliminatsiooni tõttu diureesi intensiivistumise tagajärjel. Kaaliumi normaalne nivoo vereseerumis on 4,1—5,6 mekv./l. Hüpokalieemiat tuleb konstateerida siis, kui kaaliumi hulk seerumis on alla 4 mekv./l. Häired ilmnevad juba 3,5 mekv./l juures: tekib tahhükardia, kardiovaskulaarne puudulikkus süveneb ja arteriaalne rõhk langeb. Elektrokardiogrammis avaldub hüpokalieemia intervalli QRST pikenemises, ST-saki depressioonis, T-saki lamenemises, U-saki ilmumises ning T- ja U-saki liitumises. Tuleb aga lisada, et kirjeldatud muutuste puudumine hüpokalieemia olemasolu veel ei eita. Kaaliumivaegus süveneb eriti siis, kui naatriumi juurdevool samal ajal on küllalt suur. Kaaliumivaeguse tingimustes esinevale südameglükosiidide terapeutilise mõju nõrgenemisele kaasub nende toksilise mõju tugevnemine.

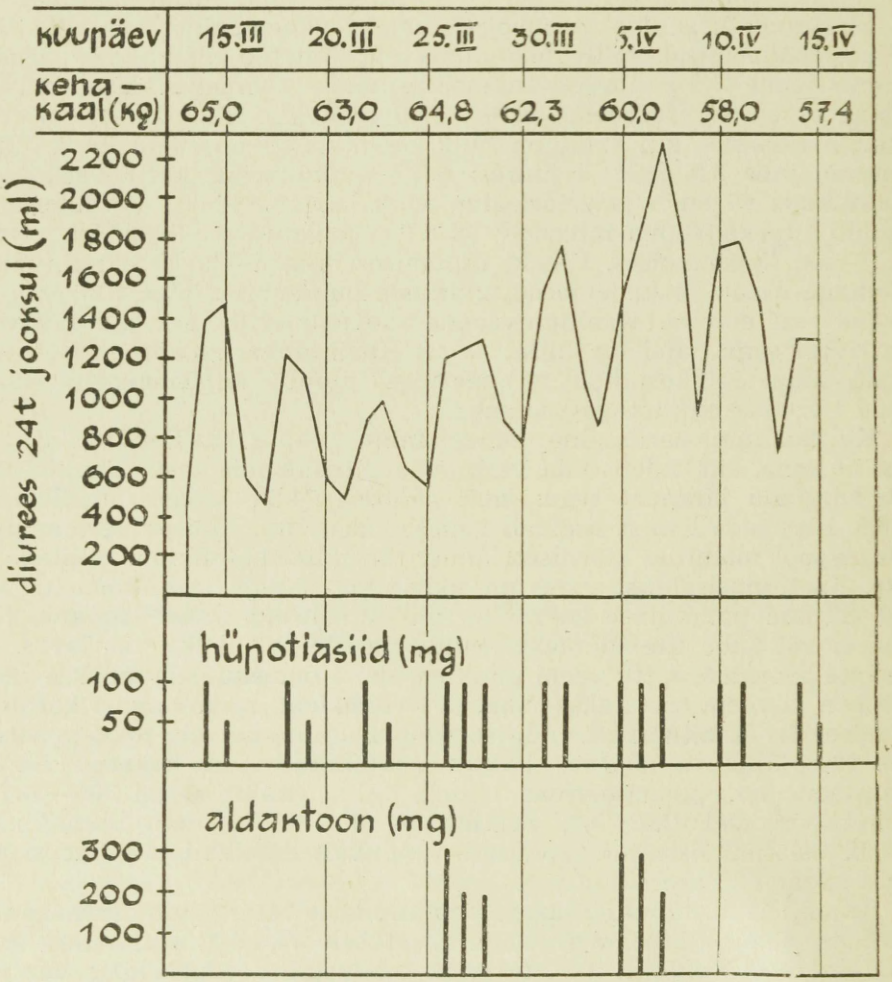
Kui kaaliumi peroraalne manustamine (6—8 g kaaliumkloriidi) tulemusi ei anna, siis tuleb seda veeni viia infusioonide teel. Tüvilahusena võib kasutada järgmist segu: *kalii chlorati* 74,56, *aquae destillatae ad* 1000,0. 1 ml seda lahust sisaldab 1 mekv. kaaliumi. Konservvere ampullis võib eespool mainitud steriilset lahust tarvitamiskõlblikuna säilitada üle aasta. Kaaliumisisaldust veres on soovitatav jälgida leekfotomeetri abil, kuid viimase puudumise korral ei tohi nimetatud ravist loobuda. Kaaliumi ei või anda üle 15 mekv. tunnis ja üle 160 mekv. ööpäevas. Kui tugevate ödeemide tõttu veeni punkteerida ei õnnestu, siis tehakse veenisektsioon ja veeni asetatakse sond, mis võimaldab ravimilahust korduvalt infundeerida. Kaaliumravi võib isegi lootusetuina näivate haigete seisundisse tuua üllatava pöörde. Paljudes kliinikutes on hakatud edukalt manustama nn. polariseerivat lahust, mida viiakse veeni 300—500 ml tilkinfusiooni teel (KCl 3,0, insuliini 6—10 üh., 5%-list glükoosilahust 1000,0). Insuliini lisamine soodustab tunduvalt kaaliumi ja glükoosi pääsemist südame lihaserakkudesse.

Kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkuse ravis tuleb oluliseks edusammuks pidada glükokortikoidide kasutusele võtmist. Kui sellest mõne aasta eest veel hoiduti, sest kortisoon soodustab keedusoola ja vee retineerumist organismis, siis praegu on seisukohad muutunud. Kroonilise südamepuudulikkuse ravimise tulemuste märgatavat paranemist pärast prednisolooni ja deksametasooni kasutusele võtmist kirjeldavad R. Mežebovski (6), V. Serkova (9), K. Volkova (1), N. Ivanenko (2), M. Brandon (11), M. Edelman (13), H. Linke (14) jt. Loetletud autorid on prednisolooni määranud 15—100 mg päevas.

Meie kogemused kinnitavad täielikult prednisolooni positiivset osa

südamepuudulikkuse kompleksses ravis, kusjuures efekti saavutamiseks piisab küllaltki tagasihoidlikust annusest (15—20 mg päevas). Ei ole otstarbekohane anda nimetatud ravimit sellises annuses, mis neerupealiste koore talitlust tunduvalt pärsib. H. Linke (14) kogemuste järgi on deksametasoonil tugevam diureesi soodustav toime kui prednisoloonil.

Täit selgust prednisolooni toimemehhanismi kohta südamepuudulikkuse ravis veel ei ole. Arvesse tulevad järgmised tegurid: kroonilise südamepuudulikkuse puhul täheldatud neerupealiste koore puudulikkuse [A. Meštšerjakov (8), G. Klimenko ja O. Sergejev (3), J. Kots (5) jt.] kompenseerimine, kardiaalsete ödeemide patogeneesis aldosterooni aktiivsuse oluline pärssimine [H. Linke (14), M. Brandon (11)], neurohüpofüüsi antidiureetilise hormooni sekretsiooni pärssimine [J. Dingmann ja G. Thorn (12)], kudede hapnikutarviduse vähendamine [D. Scarpelli kaasautoritega (16)], seerumivalkude koostise normaliseerimine — albumiinide hulk suureneb [M. Edelman (13)]. Tuleb arvestada ka prednisolooni mõju mineraalide ainevahetusele, kapillaaride permeaablusele (transsudatsioon redutseerub), filtratsioonile neerudes jm. Olgu mainitud, et kor-



Joonis

Diureesi intensiivistumine aldaktooni mõjul 42-aastasel naispatsiendil E. S. (haiguslugu 818/1966). Diagnoos: *Insufficientia et stenosis valv. mitralis. Tachyarhythmia absoluta. Insufficientia cardiovascularis chronica* II b. Peale joonisel näidatud diureetikumide manustati patsiendile pidevalt strofantiini (*resp.* korglükooni), eufülliini ja kaaliumkloriidi tilkinfusiooni teel veeni ja deksametasooni

tikosteroidpreparaatidel, eelkõige hüdrokortisoonil võib südameinfarkti šokistaadiumis olla haige elu päästev toime.

Prednisolooni oleme edukalt kasutanud ka pulmokardiaalse puudulikkuse puhul, kui glükosiidravi efekt sageli jätab soovida. Kahtlemata on siin oluline preparaadi desensibiliseeriv ja antiflogistiline mõju kopsude põletikulisele protsessile, mille tagajärjel takistus väikeses vereringes väheneb. Sel puhul määrame haigele prednisolooni ja antibiootikume aerosoolidena. Aldosterooni antagonistina soovitavad J. Sedlák ja M. Piźl (18) kasutada ka progesterooni (50 mg lihasesse).

On vaja tähelepanu pöörata hüpoproteineemia vältimisele ja vajaduse korral selle kõrvaldamisele (valgurikas toit, plasmainfusioonid), sest tursete tekkimine on intensiivsem siis, kui vereplasma kolloidosmootne rõhk langeb. Pealegi sõltub südameglükosiidide toime nende sidumisest seerumi albumiinidega. Eespool kirjeldatud ravivahenditele lisandub muidugi hapniku manustamine ninasondi kaudu (haige hingab segu, milles on 70—80% hapnikku ja 20—30% õhku).

Kardiovaskulaarse puudulikkuse korral kasutatavate ravimite hulka kuuluvad alati ka diureetikumid. Neist kõige populaarsem on hüpotiasiid, mille toime ei sõltu alkaloosist ega atsidoosist (nagu fonuriidil ja merkusaalil). Uudsete diureetikumidena kasutatakse üha enam spirolaktoonide hulka kuuluvaid aldosterooni pärssivaid raviaineid (aldaktoon), mille toimel väheneb keedusoola ja vee tagasiresorptsioon neerukanalikeste distaalses osas. Teistest diureetikumidest (näiteks hüpotiasiidist) erineva ründepunkti tõttu on aldaktooniga võimalik tugevat diureetilist efekti saada (vt. joonis) ka siis, kui muud diureetikumid enam ei mõju. Diureetikumide toimet tugevdab B_6-vitamiin, mida süstitakse veeni 100—125 mg päevas 3—5 päeva jooksul [F. Komarov ja kaasautorid (4)]. Ravi algul tuleb haigetele süstida morfiini või pantopooni selleks, et nad saaksid magada.

Eespool kirjeldatud kombineeritud ravi tõhusust illustreerib alljärgnev haiguslugu.

61-aastane meespatsient A. P., kolhoosnik, saabus 4. IX 1963. a. Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda ravile (haiguslugu nr. 2828). Diagnoos: *Cardiosclerosis atherosclerotica. Insufficientia cardiovascularis chronica* III. Patsient oli haigust põdenud juba 20 aastat. Südame puudulikkuse nähud on esinenud viimase 3 aasta jooksul. Korduvalt on ravitud ambulatooriumis, mis aga 1963. a. kevadel enam tulemusi ei andnud. Haige paigutati maikuus rajoonihaiglasse raskekujulise paisusündroomi ja düspnoe tõttu. Ligikaudu 3 kuud väldanud ravi (digitaalist 0,05 g 3 korda päevas, hiljem strofantiini, diuretiini, novuriiti ja merkusaali) tulemusi ei andnud. Tartu Linna Kliinilisse Haiglasse saabumisel diagnoositi üldist anasarkat, astsiiti ja püsivalt rasket ortopnoed. Elektrokardiogramm: siinusrütm, Hisi kimbu parema sääre täielik blokaad, ventrikulaarsed ekstrasüstolid. Vererõhk 115/70 mm Hg. Pulsisagedus 95—105. Haigele manustati tilkinfusiooni teel veeni iga päev 0,25 mg strofantiini 200 ml 5%-lises glükoosilahuses, 1 ml 5%-list B_1-vitamiinilahust ja 10 ml 3%-list kaaliumkloriidilahust. Viimast hakati hiljem manustama suu kaudu. 27 päeva vältel sai patsient 15 mg ja siis 20 päeva jooksul 10 mg prednisolooni päevas. Mitu korda nädalas anti 100 mg hüpotiasiidi. Kirjeldatud ravi mõjul suurenes diurees (4000 ml-ni ööpäevas), vähenesid tursed (patsiendi kehakaal langes ravi vältel 20 kg võrra), kadus düspnoe ja juba paarinädalase ravi järel sai ta lamades magada.

Kirjeldatuga sarnaseid, s. o. tavalise ravi suhtes resistentseid haigusjuhte on Tartu Linna Kliinilises Haiglas esinenud 12 korral. Kombineeritud raviga saavutati häid tulemusi 8-l, osalisi tulemusi 2 haigel. 2 juhul jäi ravi tagajärjetuks.

Raskekujulise kroonilise südamepuudulikkuse puhul võivad tulemusi anda ka mõned kirurgilised ravimeetodid. Üldtuntud on aadrilaskmise hea mõju kõrge venoosse rõhu ja kopsupaisu korral. Ravile visalt reageeriva kardiovaskulaarse puudulikkuse põhjuseks võib olla pärast müokardiinfarkti põdemist tekkinud südameseina aneurüsm. J. Schlichteri jt. (17) andmeil tekib südameseina aneurüsm umbes 20%-l infarkti põdenud haigetest. 70%-l neist areneb südame puudulikkus, kusjuures 48%-l oli see surma põhjuseks. Kahjustatud on peamiselt vatsakesed. Sellises olu-

korras raskeneb südame töö tunduvalt. Suur osa vatsakeses leiduvast verest jääb süstoli ajal jääkverena aneurüsmikotti, mille tõttu südame löögimaht väheneb ja südame puudulikkus areneb üsna kiiresti. Et niisugusel juhul on tegemist mehhaanilise põhjusega, siis südameglükosiidid ei aita ja südamepuudulikkus lõpeb ventriikulite virvendusega. Kirurgilise ravi puhul rakendatakse kas plastikat, mille eesmärgiks on aneurüsmist kahjustatud seina tugevdada ja kokku suruda (näiteks lihaselapi või mõne tehismaterjali abil), või resektsiooni, kusjuures laienenud südameosa eemaldatakse ja vatsakese ääred ühendatakse U-kujulise õmblusega. Kuigi esimese meetodi puhul on operatsioonitrauma väiksem, varitseb haiget embooliaoht. Teise meetodi rakendamisel väheneb küll vatsakese õõs ja papillaarlihased võivad vigastuda, kuid embooliaoht on väiksem. Haiget on soovitatav opereerida mitte hiljem kui 3 kuud pärast infarkti [V. Šmitt ja I. Kudasz (10)].

39-aastane naispatsient H. U. (Tartu Linna Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonna haiguslugu nr. 1805/1961. a.) oli 5 aasta eest põdenud müokardi anterolateraalse seina raskekujulist infarkti, mille tagajärjel jäi püsima krooniline kardiovaskulaarne puudulikkus IIb. Haige oli sunnitud pidevalt kasutama südamevahendeid (gitaleeni, lantosiidi jt.) ja diureetikume, millel oli ainult nõrk ja ajutine toime. 1962. a. sügisel diagnoositi südameseina aneurüsmi. Teda opereeriti sama aasta detsembris NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Südame- ja Veresoontekirurgia Instituudis (Moskvas). Operatsioon seisnes aneurüsmikoti tugevdamises tehiskiust materjaliga. 6 kuu jooksul pärast operatsiooni paranes haige kardiovaskulaarse süsteemi talitlus sellisel määral, et ta kahe aasta vältel südameglükosiide ei vajanud. Diureetikume kasutas 1—2 korda kuus. Ta suutis puhkamata käia 3—5 km ja oli võimeline laboratooriumis töötama. 1964. a. sügisest alates tekkisid patsiendil stenokardilised vaevused ja ekstrasüstolid ning ta muutus jällegi refraktaarsemaks südamevahendite suhtes. Seisund paranes uuesti siis, kui lisaks südameglükosiididele manustati adenosiintrifosforhapet, kokarboksülaasi ja prednisolooni. Kuigi haige ka praegu (1966. a. algul) peab südamevahendeid ja diureetikume regulaarselt tarvitama, tuleb ta vereringe seisundit paremaks hinnata kui enne südameseina aneurüsmioperatsiooni.

Medikamentoosse ravi suhtes resistentse südamepuudulikkuse lõppstaadiumis võib haigele tunduvat kergendust tuua reie- või niudeveenide ligeerimine. Nimetatud operatsiooniga muudetakse «märg» dekompensatsioon «kuivaks» — kaovad maksapais, astsiit, paisunähud neerudes ja haiget piinav hingeldus ning ta saab jälle lamades magada. On andmeid, et pärast sellist operatsiooni südameglükosiidide toime paraneb.

Lõpuks olgu veel mainitud, et raviefekti puudumine südameglükosiidide kasutamise korral võib olla tingitud eksudatiivse või adhesiivse perikardiidi olemasolust, mille puhul võib tulemusi saavutada ainult mehhaanilise takistuse kõrvaldamise teel (prednisoloonravi, perikardi punkteerimine, kirurgiline ravi).

KIRJANDUS: 1. Волкова К. И. Клинич. медицина, 1964, 12, 55—62. — 2. Иваненко Н. А. Врачебн. дело, 1965, 4, 131—132. — 3. Клименко Г. А., Сергеев О. И. Кардиология, 1964, 2, 16—24. — 4. Комаров Ф. И. и др. Кардиология, 1964, 2, 53—55. — 5. Коц Я. И. Терапевт. архив, 1960, 10, 61—64. — 6. Межебовский Р. Г. Лечение и профилактика сердечной недостаточности. М., 1963. — 7. Межебовский Р. Г., Гусева О. А. Клинич. медицина, 1962, 3, 112—117. — 8. Мещеряков А. В. Кардиология, 1964, 5, 30—34. — 9. Серкова В. К. Сов. медицина, 1963, 3, 131. — 10. Шмитт В., Кудас И. Восстановительная хирургия сердца и сердечной сорочки. Л., 1961. — 11. Brandon, M. L. Corticosteroids in medical practice. Springfield, 1962. — 12. Dingmann, J. F., Thorn, G. W. J. Clin. Endocrinol. and Metabol., 1955, 15, 871—872. — 13. Edelman, M. Kardiol. polska, 1962, 5/4, 287—304; ref.: Excerpta med. sec. VI, 1963, 7, 6. — 14. Linke, H. Dtsch. Gesundheitswesen, 1964, 3, 38—40. — 15. Pihelgas, D. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 3, 38—40. — 16. Scarpelli, D. G. a oth. Proc. Soc. Exptl. Biol. and Med., 1953, Vol. 84, 94—96. — 17. Sedlák, J., Pižl, M. Klin. Wochenschr., 1962, 7, 360—362. — 18. Schlichter, J. jt. Tsit. 10 järgi.

О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

К. Кырге и *Ю. Гросс*

Резюме

Для повышения эффективности лечения хронической сердечно-сосудистой недостаточности сердечными глюкозидами авторы рекомендуют применяемый ими метод комплексной терапии — внутривенные капельные инфузии строфантина с витамином B_1, эуфиллином и хлористым калием в комбинации с 15—20 мг преднизолона per os, мочегонными и ингаляциями кислорода. При этом необходимо учитывать возможность недостаточно эффективного лечения сердечно-сосудистой недостаточности при неточном диагнозе (в случаях, когда недостаточность обусловлена тиреотоксикозом, активным ревмокардитом, перикардитом и т. д.)

Приводятся показания для оперативного лечения хронической сердечно-сосудистой недостаточности, например операции перикардиолиза, ушивания аневризмы сердца, лигирования подвздошных или бедренных вен.

VALKTERAAPIAST KROONILISE HEPATIIDI JA MAKSATSIRROOSI PUHUL

(Kirjanduse ülevaade)

V. SAARMA

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja dotsent *V. Saarma*)

Maksas sünteesitakse enamik valkudest (albumiinid, alfa- ja beetaglobuliinid ning fibrinogeen), siin toimuvad aminohapete desamineerimine, kusiaine süntees jne. Maks on ühtlasi valkude reservuaariks. Iga difuusne maksakahjustus avaldub eelkõige valgu-ainevahetuse häiretes. Kõige ohtlikum on albumiinide sisalduse vähenemine veres, sest rasvu, bilirubiini ning paljusid ioone ja hormoone transpordivad albumiinid. S. Kaplanski (5) arvates on iga maksakahjustuse puhul tegemist valgusisalduse vähenemisega (isegi siis, kui proteinogramm näitab normaalset albumiinide hulka), sest olemasolevad albumiinid ei ole täisväärtuslikud, nad on immunoloogiliselt muutunud ja ei täida oma ülesandeid. Seetõttu peab kroonilist hepatiiti ja maksatsirroosi põdevate haigete ravikompleksi kuuluma ka valkteraapia.

Nende haigete toitlustamisel kasutatakse rikkalikult kergesti omastatavaid loomseid valke. S. Rõssi (8) järgi peab päevane toit sisaldama 100 g valku, sealhulgas vähemalt 60 g, H. Kleini (23) arvates koguni kuni 80 g peab olema loomse päritoluga. G. Rössger (33) soovitab lisada veel piimahüdrolüsaati, mille valk on juba lõhustatud ja seega paremini omastatav. Nagu A. Siimu ja V. Tali (34) kromatograafilised uuringud näitasid, saadakse aminohapperikas piimahüdrolüsaat lõssi hüdrolüüsimisel (pankreatiini ja soolhappe juuresolekul). Hüdrolüsaatravi säästab seedenäärmeid, mis valgurohke toidu kasutamisel üle koormatakse. Pealegi on piimahüdrolüsaadid kättesaadavad ja odavad. Seda ravimeetodit on hakatud juurutama Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas. Esialgsed tähelepanekud kõnelevad preparaadi soodsast toimest maksakahjustuste puhul.

Erisugustest aminohapetest peetakse organismile vajalikumaks metioniini ja glutamiini. Mõlemat aminohapet on enamikul juhtudest soovitatav kasutada üheaegselt. Metioniinil on tähtis osa koevalkude, fermentide ja proteohormoonide moodustumises ning koliini sünteesis. Koliin on vajalik maksa rasvväärastuse vältimiseks.

Metioniini ööpäevaseks annuseks (*per os*) peetakse 2—4 g (6, 29).

J. Laberke ja K. Vetter (26) leidsid metioniinisooli rikkalikult värskes kapsas. Nende andmeil katab üks liiter kapsamahla haige ööpäevase metioniinivajaduse. Talvel võib kapsamahla kasutada kontsentraadina. Glutamiin on vajalik nii mitme teise aminohappe sünteesimiseks kui ka vaba ammoniaagi sidumiseks organismis.

Teatavasti on maksakooma aminohapete desamineerimise häiretest tingitud ammoniaagikontsentratsiooni suurenemise tagajärg. Vastupidi enamikule aminohapetele, mille manustamine põhjustab kooma süvenemist nende puuduliku desamineerimise tõttu, on glutamiini kasutamine kooma puhul otseselt näidustatud. Glutamiin on ainus aminohape, mis seob veres leiduvat vaba ammoniaaki. Glutamiini manustatakse nii suu kaudu kui ka tilkinfusiooni teel (25%-lise naatriumglutaminaadilahusena veeni) 2—5 g päevas (11, 12, 14) sõltuvalt vajadusest. F. Wewalkal (36) õnnestus maksapuudulikkust kupeerida 10%-lise naatriumglutaminaadi intraperitoneaalse süstimise teel.

Värativeeni saabuvas veres leiduvat ammoniaaki kasutatakse kusiaine sünteesimiseks normaalsetes tingimustes nn. arginiintsükli kaudu. Andmed maksapuudulikkusest tingitud kooma ravimise kohta arginiiniga on siiani veel vastukäivad. 25—50 g arginiini (manustatud tilkinfusiooni teel) annab D. Labby (25), A. Fischeri (18) ning J. Dubrisay ja kaastööliste (16) andmeil hoopis püsivama raviefekti kui glutamiin. Kuid A. Egense'il (17) ei õnnestunud vere ammoniaagisisaldust arginiini abil üldse mõjustada, küll aga sai tulemusi glutamiininfusioonidega.

Kroonilist hepatiiti ja maksatsirroosi põdevaid haigeid, kel ei esine maksapuudulikkust, on soovitatav ravida mitmesuguste aminohapete komplekside ja valgulahustega. Eriti oluline on neid manustada haigetele, kellel on arenenud astsiit, sest hüpoproteineemia soodustab transudatsiooni. Raviks võib kasutada konservverd või plasmat, ühtlasi fermentatiivselt hüdrolüüsitud valgulahuseid (aminopeptiid ja hüdrolüsiin). Viimased sisaldavad kõiki organismile vajalikke aminohappeid ning on heaks valguallikaks eriti haigete parenteraalsel (subkutaansel, intramuskulaarsel, intravenoossel või perrektaalsel) toitmisel.

Valgu-ainevahetusest võtavad osa ka hormoonid. On andmeid, et testosteroon suurendab albumiinide ja vähendab gammaglobuliinide sisaldust veres ning pidurdab maksa rasvväärastust ja maksarakkude nekrotiseerumist (32) katseloomadel, kes põevad maksatsirroosi. Esimesi kliinilisi kogemusi testosteroonravi alal esitasid itaalia teadlased. M. Girolami (19, 20, 21) kasutas maksatsirroosi ravimisel testosterooni suurenevates annustes koos B_{12}-vitamiini suurte annustega järgmise skeemi kohaselt. Kahel esimesel ravinädalal manustati 50 mg testosteroonproprionaati ülepäeviti, kahel järgmisel nädalal sama annus iga päev. Kolm nädalat pärast viimast süstimist alustati taas kahenädalast ravitsüklit, kusjuures iga päev süstiti 100 mg hormooni naha alla. Ravikuure korrati kliiniliste nähtude (ikteruse ja astsiidi) taandarenemiseni. Raviefekti säilitamiseks süstiti edaspidi kaks korda kuus 100 mg testosteroonproprionaati koos B_{12}-vitamiiniga (500 γ). Ravikuuri algul sageli väheneb diurees, mida kupeeriti diureetikumidega. Kuuri lõpul ilmnes haigetel menstruaaltsükli häireid, mis olid kõrvaldatavad follikuliinipreparaatidega. Suurte testosterooniannustega on häid ravitulemusi saanud veel A. Puoti (31), L. Fomina (9), L. Boikalov (1) ja V. Wynn kaastöölistega (37).

Hoopis vasturääkivad on nii eksperimentaalsed kui ka kliinilised andmed kortikoidhormoonide toime kohta. Nende kasutamisel kroonilist hepatiiti ja maksatsirroosi põdevatest haigetest osa küll kliiniliselt paraneb (4, 24, 28), kusjuures isegi maksa funktsiooni näitajad normaliseeruvad (2), kuid kortikoidide toime valgu-ainevahetusse on veel lõplikult selgitamata. Mõned autorid on konstateerinud neerupealiste koore hormoonide toimel ilmnevat valgusünteesi elavnemist (3, 10, 13), kuid leidub ka vastupidiseid andmeid (7, 15). F. Hemingtoni (22) järgi hüdro-

kortisoon ammoniaagisisaldust ei mõjusta. Valgu-ainevahetuse tasakaalustamiseks on eriti näidustatud B-vitamiinide kompleks (18, 20) ja E-vitamiin (8, 23, 30, 35). M. Laznička (27) kasutas nimetatud vitamiinipreparaatide asemel edukalt õllepärmi. Tema andmeil sisaldab 45-grammine päevane õllepärmi annus piisavalt nikotiinhapet, koliini, E-vitamiini-taolist toimefaktorit III ja kõiki B-rühma vitamiine, välja arvatud B_{12}-vitamiin. Õllepärmi tarvitamisel saadud ravitulemused ei erinenud vastavate vitamiinipreparaatidega saadud tulemustest.

Eespool toodud andmed näitavad, et kroonilist hepatiiti ja maksatsirroosi põdevate haigete valgu-ainevahetuse normaliseerimiseks on mitmeid võimalusi. Millises ulatuses ja missuguses kombinatsioonis kirjeldatud ravivahendeid rakendada, see oleneb haige seisundist.

KIRJANDUS: 1. Бойкалов Л. К. Сов. медицина, 1963, 3, 79—81. — 2. Вишневский Л. С. и Хобыкин А. В. Врачебн. дело, 1961, 8, 35—38. — 3. Гасанов С. Г. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1959, 5, 40—44. — 4. Жеребцов Л. А. Терапевт. архив, 1963, 8, 44—48. — 5. Капланский С. Я. Терапевт. архив, 1962, 2, 3—12. — 6. Корнилова И. И. и Ярцева А. М. Сов. медицина, 1961, 5, 63—65. — 7. Медник Г. Л. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1957, 3, 6, 36—39. — 8. Рысс С. М. Клинич. медицина, 1960, 4, 24—29. — 9. Фомина Л. Г. Терапевт. архив, 1964, 36, 6, 94—95. — 10. Юдаев И. А. и Лебедева М. Б. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1957, 3, 6, 13—20. — 11. Alexander, J. W. and Porter, C. E. Gastroenterology. 1954, 26, 926—928. — 12. Benhamon, J. P. et al. Semaine hôpitaux Paris, 1956, 34, 1978—1979. — 13. Bermann, D. a. oth. Endocrinology, 1947, 41, 238—264. — 14. Chaikin, N. a oth. Amer. J. Gastroenterol. 1956, 26, 3, 258—266. — 15. Dontenwill, W., Frank, H. Z. ges exptl. Med. 1957, 128, 6, 629—639. — 16. Dubrisay, J. et al. Arch. malad. appar. digest. et malad. nutr. 1965, 54, 1—2, 81—89. — 17. Egense, A. J. Acta med. scand. 1963, 173, 1, 7—12. — 18. Fischer, A. Z. ärtzl. Fortbild, 1961, 1, Juli, 13, 761—767. — 19. Girolami, M. Rassegna Ital. gastroenterol. 1956, 2, 10, 549—560. — 20. Sama. Ärtzl. Wochenschr. 1957, 29, Juli, 640—642. — 21. Sama. Federazione medica. 1962, 2, 11—27. — 22. Hemington, F. a. oth. Metabolism, 1964, 13, 12, 1413—1424. — 23. Klein, H. Münchener med. Wochenschr. 1960, 26, 1278—1283. — 24. Klin, F. a. oth. Amer. J. Med. 1963, 35, 3, 310—322. — 25. Labby, D. Amer. J. Digest. Diseases 1953, 3, 2, 126—136. — 26. Laberke, J., Vetter, K. Med. Klinik. 1956, 51, 2178—2180. — 27. Laznička, M. Z. ges. innere Med. 1957, 8, 377—378. — 28. Mackay, L., Wood, J. Gastroenterology. 1963, 8, 128—134. — 29. Müting, D. Z. ges. innere Med. 1957, 12, 24, 1107—1118. — 30. Nattermann. Internist. 1964, 4, 4, 649—651. — 31. Puoti, A. Rassegna Ital. gastroenterol. 1956, 2, 11, 609—611. — 32. Reqoeczi, E., Germer, W. Dtsch. Arch. klin. Med. 1959, 203, 6, 624—639. — 33. Rössger, G. Z. ges. innere Med. 1957, 12, 572. — 34. Siim, A., Tali, V. EPA teaduslike tööde kogumik. 1959, 9, 171—175. — 35. Sime, J. a. oth. Proc. Soc. Exptl. Biol. and Med. 1956, 12, 3, 556—558. — 36. Wewalka, F. Wiener klin. Wochenschr. 1957, 5, 85—86. — 37. Wynn, V. a. oth. Lancet. 1961, 1, 69—75.

О ПРОТЕИНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ И ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

(Обзор литературы)

В. Саарма

Резюме

Приводятся литературные данные о включении протеинотерапии в лечебный комплекс при хронических гепатитах и циррозах печени. Наряду с диетой, содержащей полноценные белки, рекомендуются и гидролизаты молока, богатые аминокислотами.

Помимо переливания крови и плазмы, ценным источником аминокислот и пептидов являются белковые гидролизаты — аминопептид и гидролизин. Из отдельных аминокислот в терапии хронических заболеваний печени большое значение имеют метионин и глутаминовая кислота. С помощью последней возможно эффективное лечение даже гепатической комы.

В процессе нормализации обмена белков участвуют также гормоны и витамины, в том числе тестостерон, витамины группы Б и витамин Е, которые необходимо включать в схему комплексного лечения.

LASTE REUMA PROFÜLAKTIKAST

Arstiteaduse kandidaat *E. MÜLLERBEK*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Kaasaegsed põhimõtted reuma ja selle retsidiivide vältimiseks baseeruvad sellel, et reumaatiline protsess on infektsioos-allergiline. Reuma profülaktikas on kolm põhilist ülesannet [A. Nesterov (9), O. Sokolova-Ponomarjova (10) jt.]. Esimene neist on lapse organismi immunobioloogilise vastupanuvõime tõstmine, mis saavutatakse siis, kui peetakse silmas järgmisi momente: otstarbekas režiim, regulaarne füüsiline koormus, karastamine ja ravikehakultuur, sisukas suvepuhkus jms. Suur tähtsus on ratsionaalsel toitumisel. Leidub viiteid koguni sellele, et reuma vältimisele aitab kaasa küllaldane munakollasesisaldus toidus. Organism peab piisavalt saama C-vitamiini ja bioflavonoide, mis toimivad põletiku vastu, reguleerivad sidekoe põhiolluse permeaablust ning tõenäoliselt stimuleerivad ka antihüaluronidaasi aktiivsust ja neerupealiste tegevust.

Võitluses streptokokilise infektsiooni vastu peavad paljud nõukogude ja välismaa teadlased tähtsaks antibakteriaalsete vahendite kestvat ja süstemaatilist kasutamist. Sulfaniilamiididega tehtud katsed ei olnud tõhusad, sest tekkisid ebasoovitavad kõrvalnähud (leukopoeesi pidurdumine ja resistentsed streptokokitüved). H. Woodi (19) ja P. Schumacheri (16) andmeil jäi tüsistuste protsent ikkagi kõrgeks (21—26%).

Ameerika Südamehaiguste Seltsi instruktsiooni järgi soovitatakse profülaktiliselt ravida kõiki reumahaigeid. 1950. aastast alates kasutatakse Ameerika Ühendriikides ja paljudes Euroopa maades reuma profülaktikaks mitmesuguseid penitsilliinipreparaate. G. Stollermani (17, 18) andmeil vähendab pidev bensatiinpenitsilliinprofülaktika retsidiive 20 korda. Positiivse hinnangu annavad sellele ravile J. Denny kaastöötajatega (13), A. Moga ja A. Yancu (15), B. Massel (14) jt.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Reumatismi Instituudi instruktsiooni kohaselt soovitatakse võitlust streptokokilise infektsiooni vastu korraldada laial rindel. Alustada tuleb üldhügieenist [A. Nesterov (8)], nagu elumajade ja üldkasutatavate ruumide korrashoiust, eriti selliste ruumide, mis on kollektiivide kasutada (koolid, lasteaiad, sõjaväeosad). Seejärel peab jälgima, et nakkusjuhtude ilmnemisel (angiin, sarlakid, kroonilised põletikukolded) kõiki haigeid ravitaks ja tervetest isoleeritaks. Võitlusele streptokokiliste infektsioonide vastu pööras erilist tähelepanu A. Nesterov. Ta pidas reumahaigete ja reuma poolt ohustatud isikute ravimisel eriti tähtsaks vahendiks kestva toimega penitsilliinipreparaate.

Vastavalt NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi instruktsioonile tehakse bitsilliinprofülaktikat kevadel ja sügisel kõikidele reumahaigetele. Sõltuvalt haige seisundist korratakse seda 3—5 aasta jooksul pärast viimast ägedat hoogu. Positiivsete hinnangute kõrval [A. Nesterov (8), B. Leites (6), A. Bolotina kaasautoritega (2), O. Sokolova-Ponomarjova (10), Martsinetško (7), E. Jufa kaasautoritega (12) jt.] on nimetatud profülaktikale osaks saanud ka mõnevõrra skeptiline suhtumine. A. Volovik (3) arvab, et profülaktika ei ole teaduslikult põhjendatud ja tulemused pole küllalt veenvad. Z. Edelmani (11) järgi takistab penitsilliini pidev manustamine antikehade moodustumist, sensibiliseerib organismi ja võib põhjustada mitmeid tüsistusi. Häid tulemusi said L. Assejeva ja T. Rudneva (1) salitsülaatide, püramidooni, antibiootikumide (penitsilliin, bitsilliin) ja tuberkuloosivastaste vahendite kasutamisel. Nimetatud autorid arvavad, et otsustavat osa ei etenda mitte ravimid, vaid ravivõtete kompleks, mida dispanseerimisel rakendatakse. Kirjanduses leidub andmeid, et pürami-

dooni manustamise kombineerimine balneoteraapiaga võimaldab likvideerida reuma retsidiive [I. Krassikova (5)], ultraviolettkiiritus erüteemdoosides aga vähendab järsult retsidiivide arvu jne.

R. Kaljužnaja ja A. Fašinskaja (4) näitavad, et parim profülaktika reuma ägenemise ja südamekahjustuste progresseerumise korral on reumahaigetele lastele heade elamistingimuste loomine pärast ägeda hoo möödumist.

Nagu esitatust nähtub, on reuma profülaktika alal veel palju vaieldavaid küsimusi. See sundiski meid analüüsima profülaktika ja dispanseerimise tulemusi lastel, kes esmakordselt haigestusid reumasse aastail 1958—1962. Nimetatud ajavahemikul võeti arvele 495 esmase ägeda reumahooga last. 166 neist jälgiti regulaarselt 5—6 aasta jooksul, 81 last 4 aasta jooksul, 87 last 3 aasta vältel, 64 last 2 aasta jooksul ja 15 last vähem kui 2 aasta jooksul. Pideva dispanseerse valve all olnud 495 haigest sai regulaarset (kevadel ja sügisel) retsidiivivastast aspiriinravi 264 haiget (I rühm). Osa neist raviti viimase 2 aasta jooksul ka penitsilliini või bitsilliiniga. Et bitsilliini 1963. aasta 1. jaanuarini ei manustatud süstemaatiliselt, siis ei olnud meil võimalik eraldada haigete erirühma, keda oleks ravitud bitsilliiniga. Seetõttu said I rühma haiged kõige sagedamini aspiriini (3—5 nädala jooksul); üldtugevdava ravina anti samal ajal ka vitamiine, kusjuures kehtis vastav erirežiim.

II haigete rühm (149 last) dispanseeriti ja jälgiti pidevalt. Sellesse rühma kuuluvad lapsed ei saanud reumavastaseid vahendeid, neile määrati C- ja B-rühma vitamiine, ühtlasi olid ette nähtud vastav režiim ja üldtugevdav ravi. Aspiriini ja penitsilliini määrati pärast interkurrentsete haiguste põdemist ainult mõnele üksikule. III haigete rühma (56 last) jälgiti korrapäratult, samuti said nad profülaktilist ravi mitteregulaarselt. IV rühmas oli 26 haiget last, keda mitmesugustel põhjustel jälgiti puudulikult ja nad ei saanud retsidiivivastast ravi üldse.

1964. aastal võeti arvele kõik mainitud haiged. Need, kelle kohta puudusid korduvate kliinilis-laboratoorsete ja funktsionaalsete uurimiste andmed, kutsuti reumakabinetti täiendavaks uurimiseks. Saadud andmed on toodud tabelis.

Tabel

Retsidiivid ja südamerikked lastel pärast esimest reumahoogu

Haigete rühm	Laste üldarv	Retsidiivid		Südamerikked	
		arv	%	arv	%
I	264	43	16,2	23	8,7
II	149	52	34,8	45	30,2
III	56	21	37,4	11	20
IV	26	10	38,4	9	34
Kokku	495	126	25,4	88	17,5

Nagu tabelist nähtub, tekkis I rühma haigetel retsidiive 2 korda ja südamerikkeid peaaegu 4 korda harvem kui teistes rühmades. Seega annab kevadel ja sügisel tehtud medikamentoosne profülaktika häid tulemusi reuma retsidiivide ja südamerikete vältimiseks.

Tõenäoliselt on profülaktilise ravi tõhususe aluseks eespool nimetatud ravimite desensibiliseeriv ja antibakteriaalne toime, kuid ei tohi tähele panemata jätta ka psüühilist tegurit. Kui reumahaigele lapsele määratakse reumavastaseid või teisi ravivahendeid, siis muudab see lapse vanemate silmis tavaliselt väga haigeks, mis paneb neid tõsisemalt suhtuma ka muudesse arsti korraldustesse. See aga tagab enamikule haigetest vajaliku režiimi, küllaldase vitamiinide andmise, parema toitmise jne.

Tuleb märkida, et pärast esimest reumahoogu, mis võib kulgeda kergelt, loobuvad mõned vanemad lapse dispanseerimisest ja keelduvad ka profülaktilisest ravist. Pärast korduvat haigushoogu, eriti pärast südamerikke tekkimist, nad sellest tavaliselt enam ei loobu. See näitab, et arstid peavad lastevanemate hulgas sanitaarselgitustööd tegema veelgi ulatuslikumalt.

Tuusikute jaotamisel sanatooriumidesse, sanatoorsetesse pioneerilaagritesse ja metsakooli eelistame mõnikord neid, kel ägedaid reumahooge on korduvalt tekkinud ja kellel on arenev või juba väljakujunenud südamerike. Selline väär taktika tuleneb enamasti kohtade vähesusest nendes asutustes. On hädavajalik, et reumahaige laps saaks sanatoorset ravi kohe pärast esimese ägeda haigushoo möödumist. Pärast sanatoorset ravi peaks seesama laps suunatama metsakooli. Sel teel võime nii reuma retsidiive kui ka südamerikke tekkimist kindlamini ära hoida. Tulemused oleksid palju paremad, kui reumahaigeid lapsi oleks pärast ägeda hoo möödumist võimalik paigutada erisanatooriumi. Kahjuks Eesti NSV-s sellist sanatooriumi ei ole. Selle hädavajaliku lüli puudumine reumahaigete etapilises ravis raskendab nende teenindamist.

Tallinna reumakabineti töö analüüsimise alusel võib teha järgmised järeldused.

1. Reumahaigete laste pidev dispanseerimine samaaegse profülaktilise ravi rakendamisega vähendab reuma retsidiivide sagedust 2 korda ja südamerikete arvu 2—4 korda.
2. Eesti NSV-s on kindlasti tarvis avada sanatoorium reumahaigete laste ravimiseks haiguse hoojärgsel perioodil.

KIRJANDUS: 1. Асеева Л. О., Руднева Т. М. Педиатрия, 1961, 8, 79—82. — 2. Болотина А. Ю. и др. Ближайшие результаты бициллино-профилактики ревматизма. В кн.: Вопросы ревматизма. М., 1961, 23—31. — 3. Воловик А. Б. Педиатрия, 1957, 12, 3—9. — 4. Калюжная Р. А., Фашинская А. М. Сов. медицина, 1958, 9, 138—143. — 5. Красикова И. А. Педиатрия, 1963, 4, 65—66. — 6. Лейтес Б. Г. Вопр. охраны материнства и детства, 1964, 9, 85—89. — 7. Марцинечко И. А. Педиатрия, 1963, 4, 59—64. — 8. Нестеров А. И. Терапевт. архив, 1959, 7, 3—15. — 9. Нестеров А. И. Клинич. медицина, 1958, 5, 3—17. — 10. Соколова-Пономарева О. Д. Педиатрия, 1962, 3, 3—8. — 11. Эдельман З. И. Педиатрия, 1962, 3, 8—14. — 12. Юфа Е. Я. и др. Вопр. ревматизма, 1961, 4, 49—52. — 13. Denny, J. F. W. a. oth. J. A. M. A., 1950, v. 143, p. 151. — 14. Massel, B. F. Present Status of Penicillin Prophylaxic of Rheumatic Fever. — 15. Moga, A., Yancu, A. Profilaxia si trantamentul medical complex al reumatismului. Luerarile congresului national de stiinte medicale, Bucuresti, 1957, 1, 3—5. — 16. Schumacher, P. Hippokrates (Studig.) 1960, Bd. 31, 185—193. — 17. Stollermann, G. H. Am. J. Med., 1954, v. 17, 757—767. — 18. Stollermann, G. H. Die Behandlung und Überwachtung des Rheumafiebers. Basel, 1960. — 19. Wood, H. F. Amer. J. Cardiol., 1958, v. 1—4, 456—463.

О ПРОФИЛАКТИКЕ РЕВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ

Е. Мюллербек

Резюме

В области профилактики ревматизма еще много спорных вопросов. В связи с этим был проделан анализ результатов профилактики и диспансеризации детей, впервые заболевших ревматизмом в 1958—1962 гг., состоящих на учете в Таллинском ревматологическом кабинете.

В течение названного промежутка времени было взято на учет 495 детей с первой ревматической атакой. Из них 264 больных (I группа) получали регулярно противорецидивное лечение аспирином и витаминами и оставались на определенном особом режиме. II группа больных (149 детей) была на постоянном диспансерном наблюдении. Эти дети не получали противоревматических средств, им были назначены витамины групп В и С, общеукрепляющее лечение и соответствующий режим. Больные III группы (56 детей) наблюдались нерегулярно и профилактическое лечение было несистематическим.

В IV группе было 26 больных детей, которых по различным причинам наблюдали недостаточно и противорецидивное лечение они не получали вообще.

При анализе катамнестических данных выяснилось, что постоянная диспансеризация больных ревматизмом детей с одновременным профилактическим медикаментозным лечением уменьшает частоту рецидивов ревматизма в 2 раза и число пороков сердца — в 2—4 раза.

По этой причине в Эстонской ССР необходимо создать санаторий для лечения детей ревматиков в межприступном периоде.

FLEBOGRAAFIA ALAJÄSEME KROONILISE VEENIPUUDULIKKUSE DIAGNOOSIMISEL

J. MÄNNISTE

(Maardu Keemiakombinaadi meditsiinilis-sanitaarosakonnast, peaarst *J. Luberg*)

Alajäseme krooniline veenipuudulikkus (varikoos, tromboflebiit, trofiline haavand jt.) kulgeb enamasti sümptoomkompleksina (staas, induratsioon, flebiit), mille aluseks on nii veeniklappide puudulikkus kui ka sulgussündroom.

Raviplaani koostamisel tuleb igal konkreetsel juhul hoolikalt arvestada kõiki patogeneetilisi momente. Trendelenburg-Trojanovi, Perthese, Pratti jt. proovid (1, 3) ei võimalda täpselt määrata kahjustatud ühenduvate veenide ja veeniklappide topograafiat, ühtlasi süvade veenide kahjustust või läbitavust. Funktsionaalne flebograafia annab toopilise diagnoosi ja tal on seega määrav tähtsus selgusele jõudmisel, kas haiget on tarvis opereerida või mitte.

Kasutasime peamiselt otsest flebograafiat pindmise pöiaveeni või *v. malleolaris medialis*'e kaudu. a ja b võtete (kahes projektsioonitasapinnas) puhul võtsime abiks reiežguti, et vältida kontrastaine kiiret eemaldumist pindmiste veenide kaudu. c võte tehakse pärast jäsemele toetumist ja sel puhul määratakse kontrastaine retrograadne liikumine ning jääkveri. Kontrastainena kasutasime 50%-list diodoonilahust. Tüsistusi ei tekkinud. Kasutasime antikoagulantkaitset (2).

Flebograafiat tegime järgmiste näidustuste korral.

1. Ülekaalus on funktsionaalse puudulikkuse sündroom (süvade, ühenduvate või pindmiste veenide klappide puudulikkus):
   a) nähtav varikoos;
   b) jäseme jämenemine difuussete flebektaasiate tõttu;
   c) induratsioon koos veenilaienditega;
   d) haavand.
2. Ülekaalus on sulgussündroom (tromboflebiit):
   a) äge pindmine tromboflebiit vaibestaadiumis;
   b) süvade veenide arvatav sulgussündroom.
3. Veeni kompressioonipais (tuumor ja lümfisõlm).
4. Ebaselge etioloogiaga ödeem, kui on välistatud selle kardiaalne või renaalne päritolu.

Vastunäidustused on samad mis muudegi plaaniliste operatsioonide puhul. Tarvis on määrata tolerantsus joodi suhtes.

Funktsionaalne flebograafia võimaldab toopiliselt diagnoosida:

1) pindmiste, ühenduvate ja süvade veenide klappide puudulikkust;
2) veenide osalist või täielikku sulgust;
3) venoosset staasi pindmistes või süvades veenides.

Kirurgilise ravi korral on meetod suure väärtusega nähtamatute laienenud veenitüvede ja ühenduvate veenide avastamiseks. Flebograafiliselt uuriti 28 haiget (13 meest ja 15 naist). Kolmel osutusid sääreveenid normaalseks. Flebograafia andmeil jaotasime haiged 4 gruppi (vt. tabel).

Tabel

Diagnoos	Haigete arv	Jääkkontrastaine	
		pindmistes veenides	süvades veenides
1) *Insufficientia vv. communicantes, Varices cruris*	5	5	0
2) *Insufficientia chronica totalis venarum cruris* a) *Thrombophlebitis chronica*	9	9	9
b) *Thrombophlebitis acuta*	5	5	5
3) *Thrombophlebitis profundae chronica, Insufficientia valvularis vv. profundae*	5	0	5
4) *Thrombosis vv. profundae totalis cruris*	1	0	0
Kokku	25	19	19

Jääkkontrastaine näitab venoosset staasi pindmistes või süvades veenides, samuti selle ulatust. Venoosne staas esineb nii puudulikkuse kui ka sulgussündroomi puhul.

Esitame iga grupi kohta tüüpilised flebogrammid, kusjuures võrdleme neid kliiniliste andmetega.

Juht 1. 36-aastane meespatsient A. E. Vaevused olid kestnud umbes aasta. Pärast pikka aega seismist tekkisid sääremarjas valu, ülemäärane raskustunne alajäsemes, puisus ja vahetevahel sipelgate jooksmist meenutav tunne. Objektiivselt: labajalg ja sääre alumine kolmandik pastoossed, säär pigmenteerunud. Patsient suunati profülaktiliselt läbivaatuselt uuringutele. Operatsioonil leiti induratiivne tselluliit sääre tagapinnal varikoosi piirkonnas, flebosklerоos. Flebogramm (a ja b võte): süvad veenid täitunud ja mõõdukalt laienenud, ühenduvad veenid sääre ülemises kolmandikus laienenud. Nähtavad olid süvade veenide üksikud funktsioneerivad klapid. *V. poplitea*'s funktsioneeriv klapp. Pindmises süsteemis ainult mõned täitunud ja väänilised veenid. c võte — süvades veenides kontrastaine jälgi minimaalselt; *v. saphena magna* süsteemis vääniline ja jämedatüveline varikoos, mis oli täitunud retrograadselt. Diagnoos: *Insufficientia vv. communicantes* (sääre ülemises kolmandikus) *et vv. superficiales. Varices cruris* (*v. saphena magna* alumises kolmandikus) vt. tahvel XV, flebogrammid 1 a, b, c).

Juht 2. 46-aastane naispatsient K. K. Vaevused olid kestnud 10 aastat. Pärast pikemaajalist seismist ja käimisel tekkisid sääres valud, öösiti aga säärelihaste krambid. Raskustunne alajäsemes. Objektiivselt: labajalg ja säär pastoossed, jäse mõõdukalt jämenenud; nahaalune kude indureerunud, nähtav varikoos, ekseem ja haavand. Trombotest 7. Operatsioonil leiti flebosklerоos, induratiivne tselluliit lümfangiektaasiate ja nendes seiskunud lümfiga. Flebogramm (a ja b võte): süvades veenides kontrastainet suhteliselt vähe, see paiknes ebaühtlaselt. Süvad veenid tugevasti laienenud, klappideta. Ühenduvad veenid kotjalt laienenud, diameeter ületas süvade veenide oma. Induratiivses alas tihe pesadena täitunud veenide võrk üksikute jämedate väänilistе tüvedega nii *v. saphena magna* kui ka nahaveenide süsteemis sääre tagumisel pinnal. c võte — jääkkontrastaine põhiliselt pindmises süsteemis, laienenud ühendavates veenides ja ka süvade veenide laienenud osades. Diagnoos: *Insufficientia totalis vv. cruris sin. Varices.*

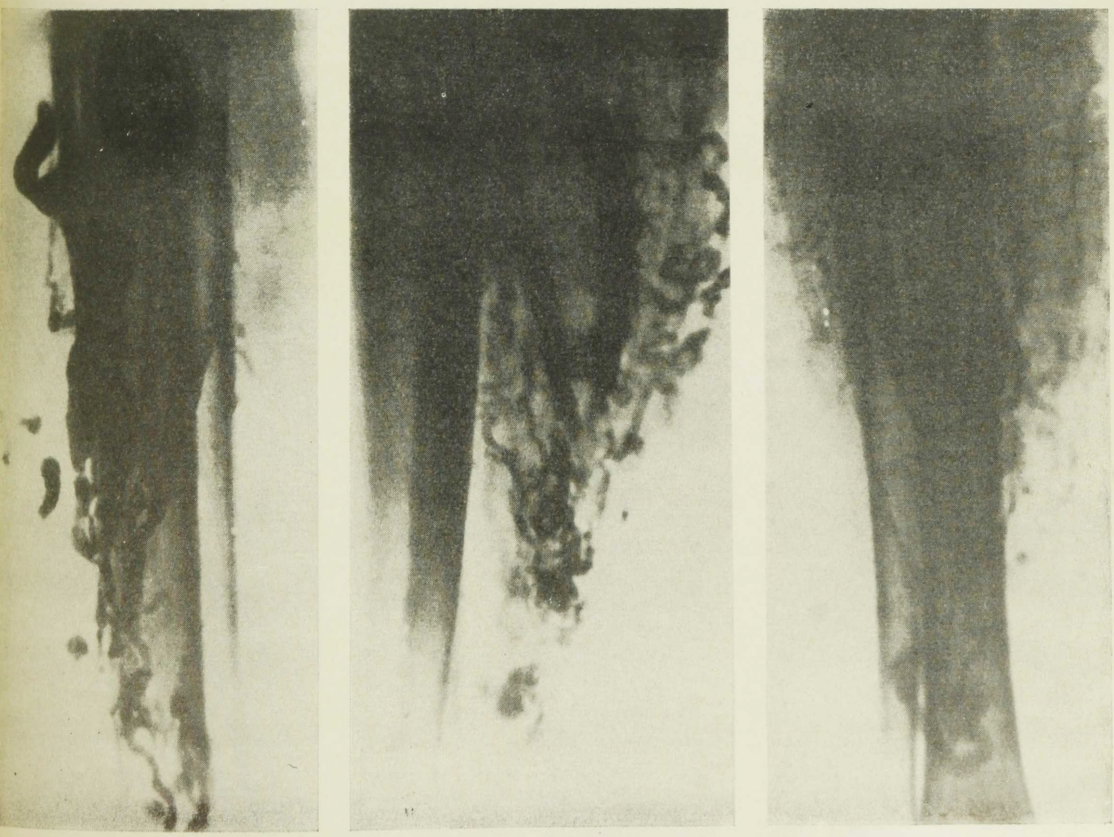
Ulatuslik primaarne ja sekundaarne varikoos, klappide puudumine, veenide ebaühtlane laienemine ja seinte kahjustus vastasid krooonilisele tromboflebiidile (vt. tahvel XV, flebogrammid 2 a, b, c).

Juht 3. 40-aastane naispatsient T. H. Vaevused olid kestnud 5 aastat. Äge tromboflebiit oli tekkinud umbes kuu aega tagasi. Flebogramm (a ja b võtted): vastasid põhiliselt eelmisele variandile. Kontrastaine täitis veeniosasid ebaühtlaselt. c võte: süvad veenid läbitavad. Jääkverd leidus üksikutes pindmistes harudes, veenikomude süsteemis, samuti laienenud süvades ja ühenduvates veenides. Diagnoos: *Insufficientia totalis venarum cruris sin. Thrombophlebitis superficialis acuta.*

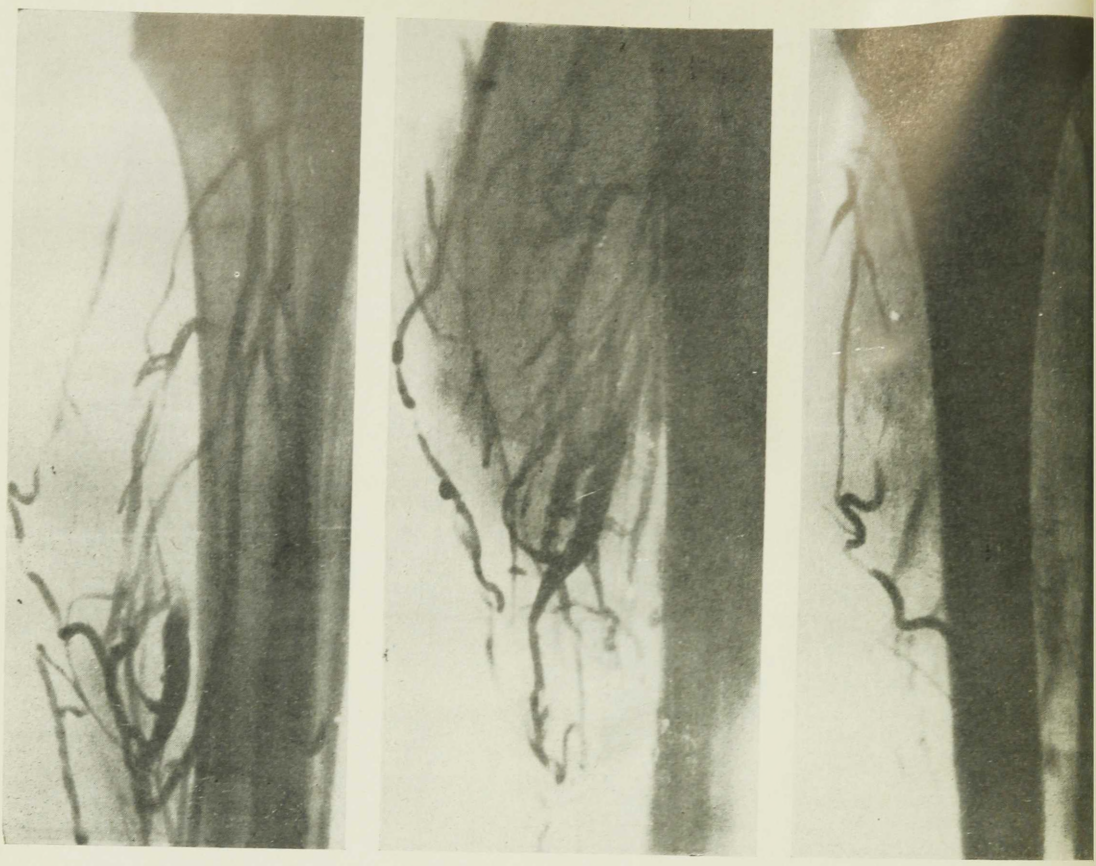
Juht 4. 23-aastane meespatsient B. L. Vaevused olid kestnud 5 aastat. Rahuolekus tekkisid sääremarjas valud, mis pärast pikemaajalist seismist tugevnesid, kuid käimisel kadusid. Raskus- ja kuumustunne alajäsemes, sageli paresteesiad. Objektiivselt: parem labajalg pastoosne, säärel kerge anasarka, jäse 1,5 cm võrra jämenenud, nahk läikiv. Homansi sümptoom positiivne. Sääre eesmisel pinnal vana haavand. Trombotest 6/7, fibrinolüütiline aktiivsus 18,1%. Flebogramm (a ja b võte): süvad



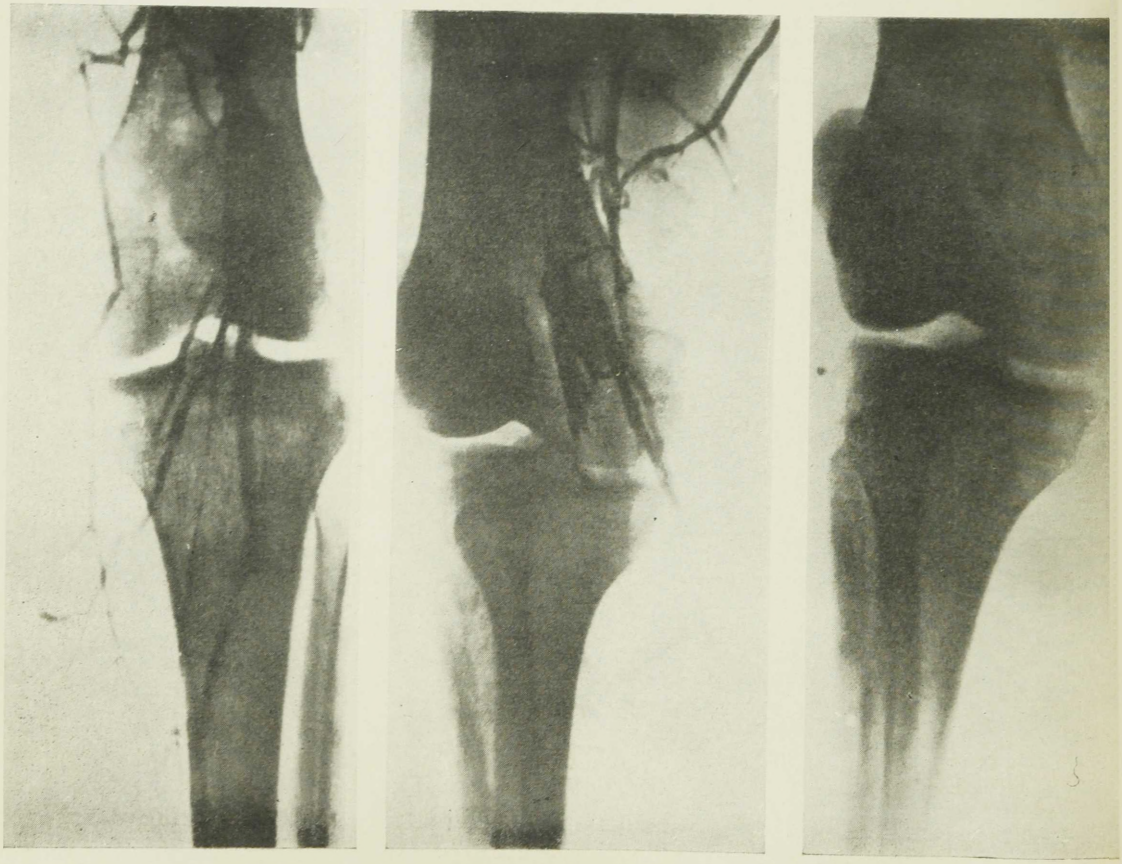
Flebogrammid 1 a, b, c



Flebogrammid 2 a, b, c



Flebogrammid 3 a, b, c



Flebogrammid 4 a, b, c

veenid täitunud, klappe ei ole näha. *Vv. tibialis post.* sakilisus kitsenemisega. Sääre keskmises kolmandikus *vv. communicantes*'ed laiad. Diameeter ületas süvade veenide oma. Pindmised veenid iseärasusteta. c võte — jääkkontrastaine põhiliselt ühenduvates ja süvades veenides, vähesel määral ka pindmistes harudes. Diagnoos: *Thrombophlebitis chronica profundae cruris dex. Insufficientia valvularis vv. profundae cruris dex.* (vt. tahvel XVI, flebogrammid 3 a, b, c).

Juht 5. 35-aastane naispatsient L. H. Vaevused olid kestnud 6 kuud. Alajäsemesse tekkis järsku terav valu, mis tugevnes käimisel. Esinesid raskus- ja kuumustunne ning paresteesiad. Objektiivselt: labajalg ja säär tugevasti tursunud, reis mõnevõrra vähem ja jäse 2,5—3 cm võrra jämenenud. Nahk läikiv, koed tihkestunud ja rigiidsed. Homansi sümptoom positiivne. Palpeerimisel valulikkus *fossa ovalis*'e piirkonnas. Flebogramm (a ja b võte): süvad veenid ei ole täitunud alates *v. poplitae*'st. Esinesid katkestussümptoom ja osaline *vv. tibialis post.* rekanalisatsioon ülaosas. Reiel ja sääre ülemises kolmandikus oli välja kujunenud kollateraalide võrk. Pindmised veenid täitunud, klapid nähtavad, varikoosi ei esine. c võte — jääkkontrastaine puudus. Diagnoos: *Thrombosis vv. profundae totalis cruris sin.* (vt. tahvel XVI, flebogrammid 4 a, b, c).

Viimasel juhul oli venoosne staas ka kapillaarides ja põhjustas manifestse ödeemi. Pindmine süsteem ei ole äravoolu puudulikkust võimeline kompenseerima. Algav rekanalisatsioon ei kõrvalda lõplikult staasi kapillaarides ega lümfiteedes, sest klappide talitlus ei taastu.

Flebograafia on alajäseme kroonilise veenipuudulikkuse toopilise diagnoosi panemisel olulise tähtsusega. Flebograafia tehniline lihtsus, kusjuures protseduur ei koorma haiget, samuti vähesed vastunäidustused võimaldavad seda senisest laialdasemalt rakendada. Ka rajoonihaiglates, kus põhiliselt ravitakse alajäsemete veenide haigusi põdevaid isikuid, on flebograafiat täiesti võimalik teha.

KIRJANDUS: 1. Мамамтавришвили Д. Г. Болезни вен. М., 1964. — 2. Перлик Э. Антикоагулянты. Л., 1965. — 3. Přerovský, I., Linhart, J., Dejdur, R. Krankheiten der tiefen Venen der unteren Gliedmassen, Jena, 1960.

ФЛЕБОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ю. Мяннисте

Резюме

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей (варикоз, тромбофлебит, трофическая язва и др.) протекает как застойный индуративно-воспалительный симптомокомплекс, в основе которого лежит как недостаточность клапанов вен, так и синдром закупорки. Пробы Тренделенбурга-Троянова, Пертсон Пратта и др. не обеспечивают точное определение топографии поражения соединительных вен и клапанов, а также проходимости или поражения глубоких вен. Функциональная флебография ставит точный диагноз и имеет решающее значение в выяснении вопроса о необходимости оперативного лечения больного.

Флебографически было обследовано 28 больных (13 мужчин и 15 женщин), в качестве контрастного вещества применяли 50%-ный раствор диодина. Осложнений не было. У пяти больных диагностировали недостаточность соединительных вен и варикоз, у 14 — хроническую венозную недостаточность с острым или хроническим тромбофлебитом, у пяти — недостаточность и тромбофлебит глубоких вен голени, у одного больного — тотальный тромбоз глубоких вен голени.

У трех обследованных патологических изменений вен не наблюдалось.

Представляются типичные флебограммы из каждой группы обследованных больных и приводятся клинические данные (о пяти случаях).

Техническая простота флебографии, легкость процедуры для больного, небольшое число противопоказаний дают возможность более широкого применения флебографии.

SUPRAAKROMIAALSETE RANGLUU NIHESTUSTE KIRURGILISEST RAVIST

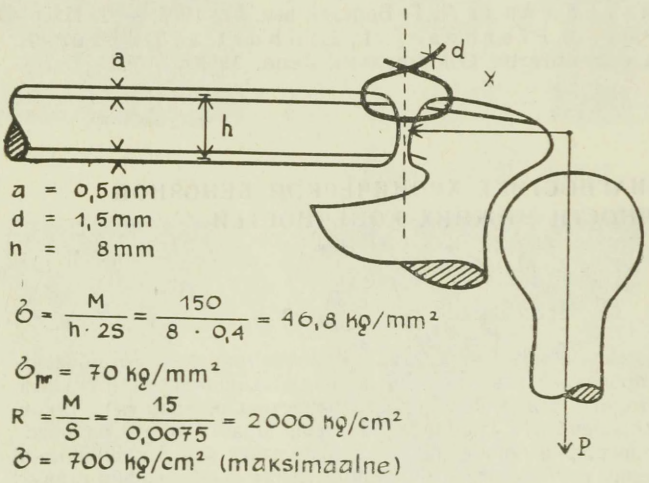
U. VIIRES

(Maardu Keemiakombinaadi meditsiinilis-sanitaarosakonnast, peaarst *J. Luberg*)

Rangluu akromiaalse otsa nihestused moodustavad 3,9—16% kõikidest nihestustest [S. Freidlin (7), J. Džanelidže (3) jt.]. Selle vigastuse kirurgiliseks raviks on soovitatud kümneid meetodeid [S. Bunnell (8), H. Cadenat (9), A. Grigorjev (2), S. Tkatšenko ja V. Jantšur (6) jt.], kuid ükski autor ei ole leidnud ammendavat lahendust. Tekivad retsidiiv- ja subluksatsioonid, artroosid jne.

Kliinilised ja röntgenoloogilised uurimised näitavad, et supraakromiaalse nihestuse puhul dislotseerub õlaliiges allapoole, mis toob kaasa klassikalise trepisümptoomi tekkimise. Dislokatsiooni ulatus sõltub peamiselt lukseerunud käe raskusest ja kangi õla pikkusest nihestusjoonest vertikaalteljeni. Dislotseerumist saab ära hoida lukseerunud liigese fikseerimisega. On võimalik välja arvutada koormus, mis langeb *articulatio acromio-clavicularis*'ele staatilistes ja minimaalselt dünaamilistes tingimustes. Näiteks 80 kg kehakaaluga mehe käe raskus (P) on nii meie mõõtmiste kui ka kirjanduse (4) andmeil ligikaudu 5 kg ja kangi õla pikkus (x) 30 mm. Sellisel juhul võrdub jõumoment (M) *articulatio acromio-clavicularis*'es liigesele 150 kg mm (vt. arvutusskeem 1).

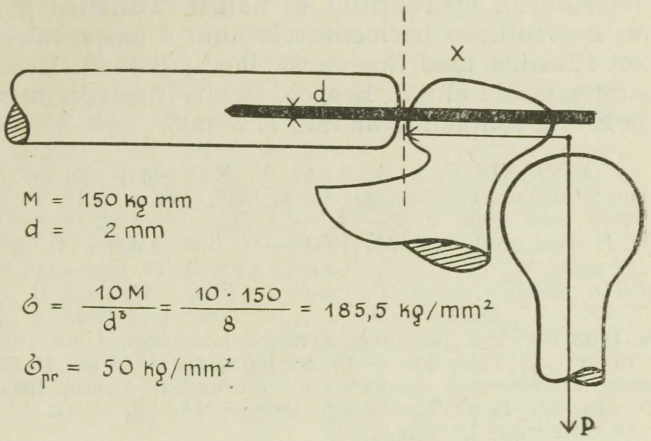
Lukseerunud rangluu distaalse otsa fikseerimiseks *acromion*'iga on tarvitatud siidi, kõõlust, fastsiat ja traati. Võtame vaatluse alla neist kõige tugevama materjali — traadi. Kui kasutada traatfiksatsiooni (vt. arvutusskeem 1), selgub, et minimaalse koormuse puhul *articulatio acromio-clavicularis*'ele sugeneb retsidiiv. Traat ei katke, sest selles tekkiv muljumispinge (σ) on 46,8 kg/mm², vastupidavus (σ_{pr}) aga 70 kg/mm², kuid toimub luukoe läbilõikumine traadi all. See on paratamatu, sest luule langev koormus (R) on 2000 kg/cm², kuid akroomioni kompaktse koe vastupidavus (σ_m) ainult 500—700 kg/cm², s. o. ligikaudu kolm korda nõrgem. Kui kasutada nõrgemat materjali (siidi või fastsiat), puruneb liigese minimaalsegi koormamise korral *acromion*'it ja *clavicula* distaalset otsa fikseeriv materjal. S. Bunnell (8) ühendab siidi abil *clavicula* distaalse otsa nii *acromion*'i kui ka *processus coracoideus scapulae*'ga. Sellisel juhul koormatakse kõigepealt *clavicula* ja *acromion*'i vahelist ühenduskohta, kus siidile langev pinge (σ) on 93,7 kg/mm². Et siidi (nr. 10) vastupidavus tõmbe suhtes (σ purunemine) on 8,5 kg/mm², siis ületab pinge vastupidavuse ja siid katkeb, mille tagajärjel tekib reluksatsioon. Kui ühendada *clavicula* distaalne ots ja *processus coracoideus scapulae* kõõluse, fastsia, siidi või traadiga (3, 8), kasutades seejuures küllalt vastupidavat materjali ja tugevdades fiksatsiooni jäseme välise immobiliseerimisega, siis kasvab katkenud liigese-



Arvutusskeem 1

kapsli ja rebenenud ligamentide asemele armkude. Armkoe venimine (näiteks kehalise töö tagajärjel) võib põhjustada subluksatsiooni. Kui fiksatsioonimaterjal on tekkivast pingest (σ — 25 kg/mm^2) nõrgem, siis see katkeb. Sel juhul on operatsioon ebaõnnestunud.

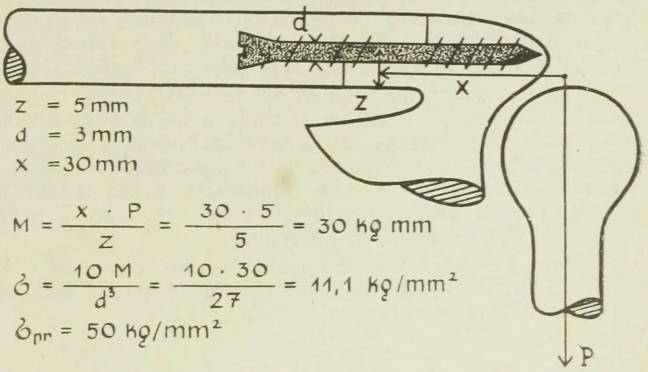
Viimastel aastatel on fiksatsiooniks kasutatud metallvarrast [A. Grigorjev (2), E. Wachs (12) jt.]. Vastavast analüüsist (vt. arvutusskeem 2) selgub, et vardale langev pinge ületab varda vastupidavuse ligikaudu 3,5 korda. Olukorra muudab veel halvemaks oht, et murdunud varda osad võivad migreerida ja tüsistusi põhjustada [S. Tkatšenko ja V. Jantšur (6), meie tähelepanekud]. Juba eespool toodud näidete järgi võib öelda, et kõik seni esitatud meetodid on puudulikud, sest vajatakse lühemat või pikemat aega kestvat lisafiksatsiooni, ja sellele vaatamata tekivad 5—20,7 %-l juhtudest retsidiivid [A. Grigorjev (2), S. Tkatšenko ja V. Jantšur (6) jt.].



Arvutusskeem 2

1961. aastast alates on käesoleva töö autor kasutanud kirurgilist ravi, mille puhul fiksaatorile langev koormus on metalli vastupidavusest rohkem kui neli korda väiksem ja ka luu vastupidavus on küllaldane (10). See võimaldab loobuda välisfiksatsioonist ja alustada funktsionaalset ravi juba esimestel päevadel pärast operatsiooni, mille tõttu käe funktsioon ja töövõime kiiresti taastuvad.

Ravi põhineb luuplastikal ning *clavicula* distaalse otsa ja *acromion*'i ühendamisel metallfiksaatoriga. *Clavicula* distaalsele otsale ja *acromion*'ile moodustatakse tapikujulised luutransplantaadid, luud reponeeritakse ja nende seis fikseeritakse spetsiaalse kruvifiksaatoriga. Biofüüsikalisest analüüsist (vt. arvutusskeem 3) selgub, et sel puhul jääb küllaldaselt varujõudu: fiksaatorile langev pinge (σ) on 11,1 kg/mm^2, fiksaatori vastupidavus (σ_{pr}) aga 50 kg/mm^2, s. o. üle nelja korra suurem (võttes aluseks minimaalse koormuse *articulatio acromio-clavicularis*'ele). Surve luule (R) on 41,9 kg/cm^2, luu tugevus (σ_m) aga umbes 80 kg/cm^2 (1), mis samuti on küllaldaseks reserviks. Vastavalt kannatanu individuaalsetele iseärasustele võib kruvifiksaatori keerme harja kõrgust suurendada. Sel teel saab survet luule vähendada kuni 30 kg/1 cm^2 kohta.



Arvutusskeem 3

Kirjeldatud meetodi puhul likvideeritakse küll *articulatio acromio-clavicularis*, kuid mingit funktsionaalset häiret vastaval ülajäsemel ei

teki, sest selle liigese funktsiooni võtavad üle *articulatio sterno-clavicularis* ja rindkere-abaluu muskulaarne ühendus. Kui kasutati dünamomeetrilist ja kinematograafilist meetodit, siis selgus, et opereeritud ülajäsemete funktsionaalsed näitajad olid normis. Käesolevas töös kirjeldatud ravimeetod hoiab ära retsidiivide ja subluksatsioonide tekkimise võimaluse, sest röntgenograafilised ja histoloogilised uuringud näitavad, et *clavicula* ja *acromion*'i ühenduskohale tekib luukoeline ühendus.

Kirjeldatud viisil on ajavahemikul 1961. a. septembrist 1965. a. detsembrini opereeritud 43 haiget. Tüsistusi pole tekkinud. Opereerituid on kontrollitud perioodiliselt kuni 4 aasta vältel. Enamik neist teeb rasket füüsilist tööd (kaevurid, laadijad jne.). Kaebusi vigastatud ülajäseme suhtes ei ole olnud. Eespool öeldu illustreerimiseks toome tahvlitel XVII ja XVIII röntgenogrammid 1, 2 ja 3.

KIRJANDUS: 1. Вийрес У. Материалы первого съезда травматологов-ортопедов республик Прибалтики. Рига, 1964, 285. — 2. Григорьев А. Я. Здравоохранение Белоруссии, 1962, 2, 53—54. — 3. Джанелидзе Ю. Ю. Собрание сочинений (ред. Н. Н. Приоров). т. 5, М., 1953. — 4. Каплан А. В. Закрытые повреждения костей и суставов. М., 1956. — 5. Николаев Л. П. Руководство по биомеханике. т. 1, Киев, 1947, 152—153. — 6. Ткаченко С. С., Янчур В. Н. Вестн. хирургии, 1962, 12, 67—70. — 7. Фрейдлин С. Я. Ортопедия, травматол. и протезир., 1955, 2, 50—54. — 8. Bunnell, S. M. Surg., gynecol. and obstetr., 46, 1928, 563. — 9. Cadenat, H. J. Chirurg., 40, 1932, 801. — 10. Seppo, A., Viires, U. ENSV VIII vabariikliku kirurgide konverentsi ettekannete referaadid, Tartu, 1962, 64—65. — 11. Viires, U. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 16—18. — 12. Wachs, E. Atlas der operativen Chirurgie. Leipzig, 1961.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СУПРААКРОМИАЛЬНЫХ ВЫВИХОВ КЛЮЧИЦЫ

У. Вийрес

Резюме

На основании проведенного изучения сопротивления материалов (кость и металл) автор анализирует используемые в настоящее время методы оперативного лечения супраакромиального вывиха ключицы. Из физико-математического расчета выясняется, что кость и фиксирующий материал представляют собой две противоположности, которые для прочной и устойчивой фиксации нужно уравнять, иначе может возникнуть прорез кости или слом фиксирующего материала. Некоторые из предложенных методов оперативного лечения приближаются к этому, но только при помощи дополнительной иммобилизации соответствующей верхней конечности. Для полного и быстрого восстановления функции поврежденной верхней конечности необходимо избавиться от дополнительной иммобилизации. Однако предложенные до настоящего времени оперативные методы лечения не позволяют этого делать.

В 1961 г. автор предложил оперативный метод, который соответствует вышеизложенным условиям, т. е. сопротивление в металле примерно в четыре раза больше, чем возникающее напряжение. Механическая реакция костной ткани на месте контакта с металлом в два раза меньше, чем сопротивляемость костной ткани. Таким образом, имеющийся достаточный запас прочности освобождает нас от применения дополнительных средств иммобилизации и позволяет уже с первых послеоперационных дней начать разработку функции конечности.

Предложенная операция, применяемая в период с 1961 по 1965 г. в 43 случаях, протекала без осложнений, и нормальная функция соответствующих верхних конечностей была восстановлена полностью.

PAHALOOMULISTE KASVAJATE MORFOLOOGILISTEST MUUTUSTEST MEDIKAMENTOOSSE RAVI PUHUL

(Kirjanduse ülevaade)

F. VINKMANN

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Käesoleval ajal on kemoteraapial juba kindel koht onkoloogilises praktikas, sest umbes 50% haigetest saab nimetatud ravi kas omaette või kombineerituna muude meetoditega (13). Et ülevaade ravitulemustest oleks täielikum, tuleb biopsia teel saadud materjali histoloogiliselt uurida. Patoloog-anatoomi ja klinitsisti koostöö huvides on vajalik, et ka viimane tunneks morfoloogilisi muutusi, mis toimuvad kasvajas antiblastoomsete preparaatide toimel. Järgnevalt kirjeldataksegi autori ja kirjanduse andmeil pahaloomuliste kasvajate morfoloogilist pilti (nende taandarenemisel) pärast mitmesuguste ravimite kasutamist.

Alküleerivad ühendid (sarkolüsiin, dopaan, TioTef jt.). Selle rühma ühendite toimel hakkab kasvaja taandarenema. Sel puhul tekkivaid morfoloogilisi muutusi on juba hästi tundma õpitud (8, 9, 10, 15, 16). On kindlaks tehtud, et nimetatud ravimid vahetult kahjustavad intensiivselt jagunevaid rakke, mistõttu mitootiline protsess on häiritud. Seejuures tekivad kasvajas mitmetuumalised rakud ja hiidrakud. Kasvajarakkude tuum ja tuumake suurenevad, kromatiin fragmenteerub ja tuum laguneb. Tsütoplasmas vähenevad metakromaatilise substantsi, ribonukleiinhappe hulk, ilmuvad vakuoolid ja lipoidid. Mainitud destruktiivsed ja düstroofilised protsessid põhjustavad kasvajarakkude hävimist. Olgu märgitud, et kirjeldatud muutused pole rangelt spetsiifilised ainult alküleerivate preparaatide toimele. Neid tuleb eristada üsna samalaadsetest spontaanselt tekkivaist muutustest kasvajas. Sarkolüsiini suhtes tundlikud kasvajad (seminoomid, kolangiotsellulaarsed vähid, Ewingi sarkoom, retikulosarkoomid jt.) võivad preparaadi toimel täielikult nekrotiseeruda. Seejuures aktiviseerub makrofaagide resorptiivne funktsioon, intensiivistuvad reparatiivsed protsessid ümbritsevas sidekoes. Mõnikord võivad ravi toimel nekrotiseerunud kasvajakoe perifeerias säilida kasvajarakud, millel on tugevad düstroofia ja nekrobioosi tunnused, kuid spontaanselt tekkivate nekroosikollete perifeerias leidub alati intensiivselt proliferee-ruv kasvajakoe tsoon hulgaliste mitoosidega.

Pärast kasvajarakkude kahjustumist ja hukkumist jämenevad strooma kollageenikiud ja kaovad argürofiilsed kiud, ühtlasi ilmuvad makrofaagid, plasmarakud, lümfo- ja leukotsüüdid. Samal ajal kujuneb ümber vaskularisatsioon ja närvikiud regenereeruvad. Stroomareaktsioon on suunatud sellele, et hukkunud kasvajarakud eemaldada ja nekroosikolded resorbeerida. Eduka ravi korral tekib kasvaja kohal armkude.

Müeloomtõbe põdevate haigete ravimisel sarkolüsiiniga täheldatakse kasvajarakkude tuumaaine laostumist ja selle valgumist protoplasmasse või väljapoole rakku. Hukkunud kasvajarakkude vahele kogunevad valgud, mis vähehaaval muutuvad osteoidseks massiks (1).

Hormoonravi. Kui eesnäärme adenokartsinoomi ravimisel kasutatakse östrogeene (sünestrool), omandavad vähirakud väga mitmesuguse kuju ja suuruse. Esineb mukoidoos ja hüdroopiline väärastus, kusjuures ilmuvad lipoidsed elemendid. Võib olla kaks võimalust: kas vähirakkudes on sedastatavad nekrobioosi ja atroofia kõik staadiumid või rakud hävinevad täielikult. Palju vähirakke hukkub destruktiivse düstroofia tõttu. Sel puhul muutuvad need sarvestunud kettudeks, mis irduvad või moodustavad sibulamugula struktuuri (kihistudes üksteise peale). Neis kettudes säilivad püknootilised tuumad, kuid viimastes ei leidu keratohüaliini.

Deskvamatiivset düstroofiat (11) tuleb eristada lamerakulisest metaplaasiast, mis vahel tekib eesnäärme adenokartsinoomis ja võib üle minna sarvestuvaks lamerakuliseks vähiks. Sel puhul ei anna östrogeenidega ravimine tulemusi. Kasvajarakkude hukkumisega kaasneb energiline stroomareaktsioon ning arenevad koldelised ümarrakulised infiltraadid. Ravi lõpuks ilmuvad kasvaja kohale fibroretikulaarse strooma alad, milles hajutatult paiknevad atroofiliste vähirakkude jäänused.

Morfoloogiline pilt rinnanäärmevähi parenhüümi hävinemisel on ühesugune nii vanade, keda raviti östrogeenidega (sünestrool ja dietüülstilböstrool), kui ka noorte naiste puhul, kellele manustati androgeene (testosteroonpropionaat). Nende hormoonide toimel kaovad kasvajais mitoosid. Toimub vähirakkude atroofia skirroosse ehitusega piirkondades, rakkudest kaob protoplasma, tuumad kortsuvad, asetudes tihedalt üksteise kõrval, ja moodustavad fasseteeritud tuumade kogumeid. Teistes kasvaja vohamise piirkondades areneb rasvväärastus, kusjuures rakud muutuvad detriidiks. Viimane imendub või sellesse ladestuvad lubjasoolad, mis moodustavad mikroliite. Intraduktaalsetes adenokartsinoomides kulgevad düstroofia ja nekroos deskvamatiivse düstroofia näol, mis vahel samuti lõpeb mikroliitide moodustumisega. Vähirakud hukkuvad mitte ainult juhade ja tsüstide keskosas, kus see toimub ka spontaanselt, mis on tingitud halvast toitumisest, vaid ka piki basaalmembraane, kus verevarustus on hea.

Rinnanäärmevähi strooma muutused östrogeenide ja androgeenide toimel on iga hormooni puhul spetsiifilised (2). Östrogeenidega ravimisel dekollageniseerub kogu rinnanäärmes leiduv sidekude (kasvaja strooma kaasa arvatud). Sidekoe moodustavad paljastunud argürofiilsed kiud, rohkearvulised fibroblastid, polüblastid, lümfoidsed rakud ja plasmarakud. Androgeenide manustamisel avaldub rinnanäärme enda ja kasvaja strooma ümberkujunemine selles, et toimuvad kollageniseerumine ja laialdane hüalinoos, ühtlasi kaovad sidekoest mukoidsed ained, kusjuures strooma rakkude üldarv väheneb.

Alkaloid kolhamiini (omaiini) kasutatakse nahavähi raviks novoomaiinisalvina. Paranemisprotsessis on eristatavad staadiumid, mis olenevad kasvaja ehitusest ja ravi vältusest (7). Pärast esimesi aplikatsioone väheneb mitooside arv kasvajas järsult ja stroomas areneb äge põletik. Edaspidi tekivad vähirakkudes kõrvuti mitooside tunduva pidurdumisega ka düstroofia ja nekrobioos. Ilmuvad hiidrakud vakuoolidega tuumade ja tsütoplasmaga, samuti väikesed kortsunud tuumadega rakud. Ravikuuri keskel pindmised pehmenenud kasvajapiirkonnad irduvad, äge põletik vaibub ja läheb üle produktiivsesse faasi. Kasvaja stroomas ja kasvajaga piirnevas naha retikulaarses kihis ilmub rohkesti makrofaage, nuumrakke, retikulaarseid rakke ja epitelioidseid rakke ning fibroblaste. Makrofaagid resorbeerivad osa hukkunud kasvajarakke, ülejäänud likvideeruvad lüüsi teel. Nimetatud piirkonnad asendatakse koheva sidekoega. Keskmiselt 13.—15. ravipäevaks hukkuvad viimased kasvajarakud. Nende asemele vohab sidekude, mis hiljem muutub armkoeks. Seejuures osa argürofiilsetest kiududest kollageniseerub.

Antibiootikum krutsiin, kahjustamata peremeesorganismi kudesid, kutsub esile mitut liiki kasvajate taandarengu inimesel ja katseloomadel (5, 12). Mainitud ravimi toimel väheneb järsult mitooside arv kasvajas, vähenevad tuuma ja tuumakese mõõtmed, nende omavaheline suhe on peaaegu normaalne, samuti väheneb polümorfism. Kasvajarakkude eluvõime vähehaaval nõrgeneb, edaspidi toimub nende lüüs. Lagunenud koe ümber areneb intensiivne makrofaagne, lümfo- ja histiotsütaarne reaktsioon. Sidekude vohab kasvajasse ja lõpuks asendatakse see armkoega.

Kasekäsn. Mitmete autorite (6, 14) ja meie (3, 4) tähelepanekud katseloomadel ja inimestel näitavad, et kasekäsnapreparaadid pidurda-

vad mõnda liiki kasvajate kasvu, kusjuures nendes ilmnevad ka morfoloogilised muutused. Vähehaaval väheneb mitooside arv ja kasvajarakud muutuvad mitmekujuliseks. Neis süvenevad pikkamööda düstroofilised nähud. Ühtlasi intensiivistub kollageenikiudude moodustumine, mis ümbritsevad kas iga üksikut kasvajarakku või düstroofiliste rakkude väiksemaid rühmi.

Esitatud ülevaatest võib järeldada, et mitmesuguste kasvajate morfoloogiline pilt muutub nende taandarenemisel, mida põhjustab erisuguste ravimite toime. Sel puhul arenevad peale üldist laadi muutuste ka spetsiifilised erinevused, mis olenevad nii kasvaja liigist kui ka raviaine omadustest. Igal üksikul juhul täheldatakse kasvajas pärast ravikuuri konkreetseid morfoloogilisi muutusi. Et neid avastada ja spontaansetest muutustest eristada, tuleb enne ravimist biopsiamaterjali muutuste laad kindlaks teha ja ravi ajal (kui see on võimalik) kasvajakude uuesti histoloogiliselt uurida. Kui kõrvutada morfoloogilist pilti kliinilisega, võib ravi efektiivsuse kohta anda objektiivse hinnangu. Kasvaja taandarenemise protsesside tundmaõppimisel medikamentoosse ravi puhul on mitte ainult praktiline tähtsus (haigete valik neile sobivaks eri liiki raviks, terapeutilise efekti hindamine, komplekssе ravi ratsionaalsete meetodite otsimine), vaid see pakub ka teoreetilist huvi. See võimaldab paremini mõista preparaatide toimet, samuti protsesse, mis põhjustavad vähihaige paranemist.

KIRJANDUS: 1. Авдеева И. А. VIII Международн. противорак. конгресс. Тр. т. 6, М.-Л., 1963, 303—306. — 2. Авербах М. М. Патология дисгормональных заболеваний и рака молочной железы. М., 1958. — 3. Боговский П. А., Лоогна Г. О. Материалы конф. по опосредован. воздействию на опухолевый процесс. Л., 1963, 21—22. — 4. Боговский П. А. и др. Тез. докл. IV Республиканской научно-практич. конф. рентгенол., радиол. и онкологов ЭССР. Таллин, 1963, 175—176. — 5. Клюева Н. Г., Роскин Г. И. Известия АН СССР, серия биол. 1963, 28(3), 366—390. — 6. Комплексное изучение физиологически активных веществ низших растений. М.-Л., 1961. Гл. ред. Якимов П. А. — 7. Краморенко И. Т. и др. Вопр. онкологии, 1962, 7, 3—11. — 8. Ларионов Л. Ф., Преснов М. А. Архив патологии, 1958, 1, 32—39. — 9. Преснов М. А. VIII Международн. противорак. конгресс. Тр. т. 6, М.-Л., 1963, 152—155. — 10. Пресс Б. О. Там же, 306—307. — 11. Рапопорт Я. Л. Успехи соврем. биол., 1952, 1, 64—80. — 12. Симпозиум по проблеме «Круцин в терапии рака». М., 1963. — 13. Химотерапия рака, ВОЗ, Женева, 1962. — 14. Чага и ее лечение применение. Л., 1959. Под ред. П. К. Булатова. — 15. Bauer, E., Busch, W. Arch. Geschwulstforsch., 1960, 16, 1, 20—30. — 16. Domagk, G. Dtsch. med. Wochenschr., 1956, 81, 21, 801—806.

О МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ИХ

(Обзор литературы)

Ф. Винкманн

Резюме

В настоящее время химиотерапия занимает уже определенное место в онкологической практике, так как около 50% больных получает это лечение или в комбинации с другими методами, или самостоятельно.

Морфологическая картина различных опухолей при обратном их развитии изменяется, что обусловлено действием отдельных средств. При этом наряду с изменениями общего порядка выявляются также и специфические различия, которые зависят как от вида опухоли, так и от свойств лечебного препарата. Для того чтобы их выявить и отличать от спонтанных изменений, необходимо установить характер изменений в биопсийном материале до лечения, а во время лечения снова гистологически изучать опухолевую ткань. При сопоставлении морфологической картины с клинической можно дать объективную оценку эффективности лечения.

Изучение процессов обратного развития опухоли при медикаментозном лечении имеет не только практическое значение (выбор больных для подходящего им вида лечения, оценка терапевтического эффекта, поиски рациональных методов комплексной терапии), но представляет также и теоретический интерес. Это помогает лучше понять действие лечебных препаратов и те процессы, которые обусловливают улучшение состояния раковых больных.

KOPSUVÄHK JA SUITSETAMINE EESTI NSV-s

Arstiteaduse kandidaat *M. PURDE*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Eesti NSV-s on kopsuvähk levinud haigus. Sellesse haigestutakse nii linnas kui ka maal, olgugi et maal õhk ei ole saastunud. 1964. a. ulatus haigestumuse indeks 100 000 maaelaniku kohta 41,4-ni. Kui aastail 1958—1960 oli kopsuvähki haigestumuse indeks meeste hulgas 31,0 ja naiste hulgas 5,2 (16), siis 1964. aastal olid vastavad näitajad 61,5 ja 16,4. 1958. aastaga võrreldes on kopsuvähki haigestunute arv suurenenud ligi 4-kordseks. Mehed surevad sellesse 4 korda sagedamini kui naised.

Tabel 1

Suremus kopsuvähki 100 000 elaniku kohta

	Norras*		Soomes*		Eesti NSV-s	
	Mehed	Naised	Mehed	Naised	Mehed	Naised
Pealinnas	24	4	82	5	47	11
Teistes linnades	19	2	74	4	40	7
Maarajoonides	7	—	55	—	58	10
Kogu maal	11	3	62	5	50	10

Nagu tabelist 1 nähtub, on meeste suremus kopsuvähi tagajärjel meie maaelanike hulgas suurem kui Soomes. Norraga võrreldes on Soomes suremine kopsuvähki suurem, mida seletatakse peamiselt sellega, et soomlased suitsetavad rohkem (2, 3). Ka teiste, saastamata õhuga piirkondade kohta, kus on uuritud kopsuvähi teket soodustavaid tegureid (näiteks Šveitsis), arvatakse, et haigestumuse ja suremuse tõus on seotud suitsetamise levikuga (12, 14).

Eesti NSV-s uurisime anamneesimeetodil (perfokartoteek) suitsetamise levikut endises Märjamaa rajoonis, Tallinnas, Maardus ja Kiviõlis, kokku ligi 11 000 inimest (15).

Tabel 2

Suitsetajate arv protsentides

	Märjamaa rajoonis	Maardus	Kiviõlis
Mehed	62	67	69
Naised	2	4	6

Kui võrrelda meie andmeid muude Nõukogude Liidu autorite (1, 5) andmetega, peab ütlema, et Eesti NSV-s suitsetatakse tõepoolest palju. S. Slinini (5) järgi suitsetab töölistest 56% ja kolhoosnikutest 30%, kuid meie andmeil vastavalt 69% ja 62% (vt. tabel 2). Inglismaal suitsetab juba $^3/_4$ meestest ja $^1/_2$ naistest (13), kusjuures Inglismaa on tuntud kõrge suremuse poolest kopsuvähki (8, 9).

Tabelist 3 nähtub, et suitsetamine on eriti levinud nooremate seas. See annab põhjust oletada, et haigestumine kopsuvähki Eesti NSV-s tõuseb.

* Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni andmed 1964. a. (3).

Meie vabariigis suitsetatakse peamiselt sigarette, paberosse tarvitab kuni 30% vanematest meestest, piipu suitsetavad üksikud (vt. tabel 4).

Tabel 3

Suitsetamise levik meeste hulgas vanuserühmade järgi protsentides

Vanus	Märjamaa rajoonis		Kiviõlis	
	Ei suitseta	Suitsetab	Ei suitseta	Suitsetab
20—29	32	68	36	64
30—39	35	65	24	76
40—49	41	59	30	70
50—59	38	62	33	67
60—69	46	54	42	58
70 ja vanemad	56	44	65	35

Kirjanduse andmeist nähtub, et kopsuvähki haigestumisel on olulised suitsetamise intensiivsus ja kestus aastates (6, 7, 11, 17). Meie vabariigis uurisime nii terveid suitsetajaid kui ka kopsuvähki põdevaid mehi.

Tabel 4

Meeste poolt suitsetatud sigarettide arv päevas

Sigarette päevas	Kiviõlis	Märjamaa rajoonis
Kuni 10	30%	38%
Kuni 20	65%	52%
Üle 20	5%	10%

Tabelist nähtub, et enamik kopsuvähki põdevatest meestest suitsetas palju ja ainult 2% vähe. Seevastu tervetest meestest suitsetas palju kõigest 18%.

Kuigi täiskasvanute hulgas on tehtud suitsetamisvastast selgitustööd, on see veel vähe tulemusi andnud (2). On oluline, et selgitustööd tehtaks

Tabel 5

Suitsetajate arv tervete ja kopsuvähki haigestunud meeste hulgas

Terved (Kiviõlis)				Kopsuvähki põdevad haiged Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris			
Ei suitseta	31%			3%			
Suitsetab	69%			97%			
Indeks	I	II	III	Indeks	I	II	III
	46	36	18		2	13	85

Indeks saadakse, kui päevas tarvitatud sigarettide arv korrutada suitsetamise kestusega aastates. Indeks I (1—200), indeks II (201—400), indeks III (401 ja rohkem).

juba noorukite hulgas. Küsitlesime 528 14—26 aasta vanust Tallinna Polütehnikumi õpilast. I kursusel suitsetas 9% poistest, kuid II ja III kursusel juba pooled. Enamik neist hakkas suitsetama 15.—17. eluaastal (73%). Päevas tarvitatakse keskmiselt 5—10 sigaretti, millised arvud ühtivad ka kirjanduse andmetega (10,4). Koos vanusega suureneb tarvitatud sigarettide arv.

R. Waller (8) peab kopsuvähki haigestumise erinevusi maa- ja linnaelanike vahel suurematekskui elukutsete järgi jaotatud rühmade vahel.

Kopsuvähi teket soodustavatest teguritest Eesti NSV-s on suitsetamine tõenäoliselt üks olulisemaid.

KIRJANDUS: 1. Беляев И. И. Гигиена и санитария, 1965, 2, 85—88. — 2. Всемирная организация здравоохранения. Хроника, 1963, т. 17, 5, 164—167. — 3. Здоровье мира, 1964, сентябрь, 18—23. — 4. Гуткин А. Я. Гигиена и санитария, 1963, 6, 76—82. — 5. Мережинский В. М. Здравоохр. Белоруссии, 1964, 11, 86—88. — 6. Мерков А. М. Вопр. онкологии, 1955, 5, 109. — 7. Слинин С. М. Клинич. медицина, 1960, 10, 105—109. — 8. Уоллер Р. И. В кн.: VII Международный противораковый конгресс. М., 1962, т. 2, 580—581. — 9. Чаклин А. В. В кн.: Краевые особенности распространения злокачественных опухолей. М., 1963. — 10. Akkermann S. Ärztliche Jugendkunde, 1963, 718, 275—279. — 11. Buechley Robert, W. Lancet, 1964, 7349, 4 July, 37. — 12. Gsell, O., Jung, C. Dtsch. med. Wochenschr., 1964, 19, 909—919. — 13. Konttinen, A. Duodecim, 1964, 80, 341—347. — 14. Oettlé, A. G. Bull. of Hygiene, 1964, Vol. 39, 5, 482—483. — 15. Purde, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 4, 14—17. — 16. Purde, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 20—22. — 17. Wellmann, K. Dtsch. med. Wochenschr., 1964, 22, 1085—1086.

КУРЕНИЕ И РАК ЛЕГКОГО В ЭСТОНСКОЙ ССР

М. Пурде

Резюме

В Эстонской ССР рак легкого является довольно распространенной болезнью. Даже в сельской местности, где практически воздушный бассейн не загрязнен, рак легкого встречается весьма часто. Так, заболеваемость сельского населения в 1964 г. составила 41,1 на 100 000 человек. По сравнению с 1958 г. показатель заболеваемости раком легкого в 1964 г. повысился в четыре раза. Это обстоятельство заставляет обратить серьезное внимание на широко распространенную вредную привычку курения. По-видимому, курение является серьезным фактором, способствующим повышению заболеваемости раком легкого в республике.

В Эстонской ССР в сельской местности курит 62% мужчин, в промышленных районах с более молодым составом населения — 69% мужчин. Процент курящих женщин равен соответственно 2 и 6. Приведенные выше цифры были получены при изучении данных об 11 000 профилактически осмотренных лиц сельского и городского населения. Учитывая широкое распространение курения среди молодежи, можно предполагать повышение заболеваемости раком легкого в ближайшие годы. В связи с этим перед онкологами и врачами общелечебной сети стоит большая задача по проведению профилактической работы среди молодежи.

PARAGANGLIONIDE FEOKROMOTSÜTOOMIDEST

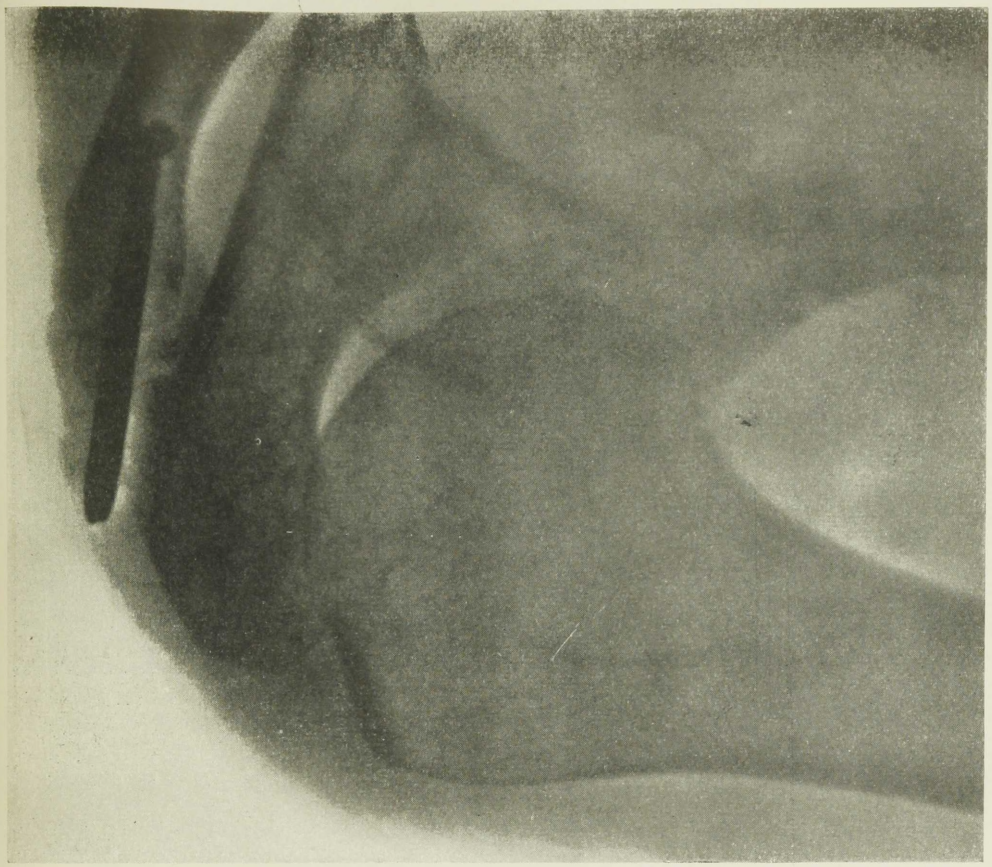
R. MIKELSAAR

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

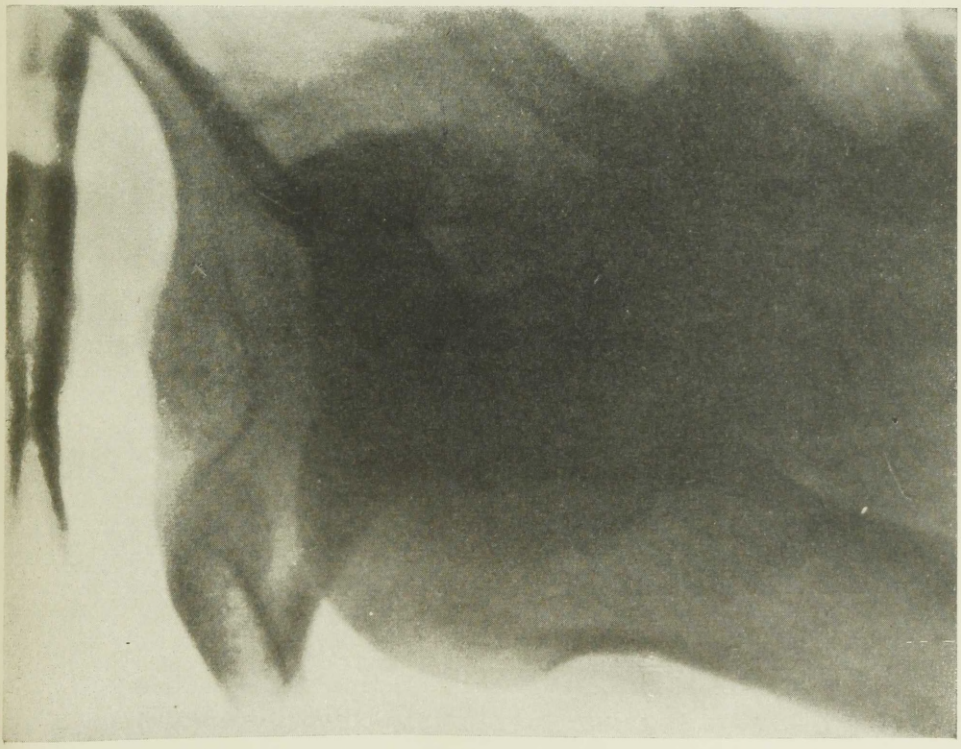
Sümpaatilise närvisüsteemi talitlusele analoogilise talitlusega endokriinkude leidub peale neerupealiste veel nn. kroomafiinsetes paraganglionides, millest suurim asetseb aorditaguses sidekoes, alumise mesenteriaalarteri väljumiskoha läheduses (lumboaortaalne paraganglion ehk Zuckerkandli organ). Väiksemaid paraganglione leidub veel mitmel pool neerude, pankrease, maksa ja sugunäärmete naabruses. Täiskasvanuil säilib tavaliselt ainult lumboaortaalne paraganglion (3).

Nagu neerupealise säsi kasvajaid, mis produtseerivad hormoone, nimetatakse ka paraganglionide kroomafiinsetest rakkudest lähtunud kasvajaid feokromotsütoomideks. Kui neerupealiste feokromotsütoome oli kogu maailmas 1951. aastani kirjeldatud juba üle 200 (12), siis paraganglionide kroomafiinse koe kasvajaid tuleb ette tunduvalt harvem — mõnede autorite andmeil paiknevad vaid 10—12% feokromotsütoomidest väljaspool neerupealiseid (11, 12). Kodumaisest kirjandusest õnnestus meil leida ainult 3 paraganglionide feokromotsütoomi juhu kirjeldust (1, 5, 11).

Seoses adrenaliini tüüpi ainete produtseerimisega on feokromotsütoomide puhul tegemist ainulaadse «looduse eksperimendiga»: nendele kas-



Röntgenogramm 2



Röntgenogramm 1

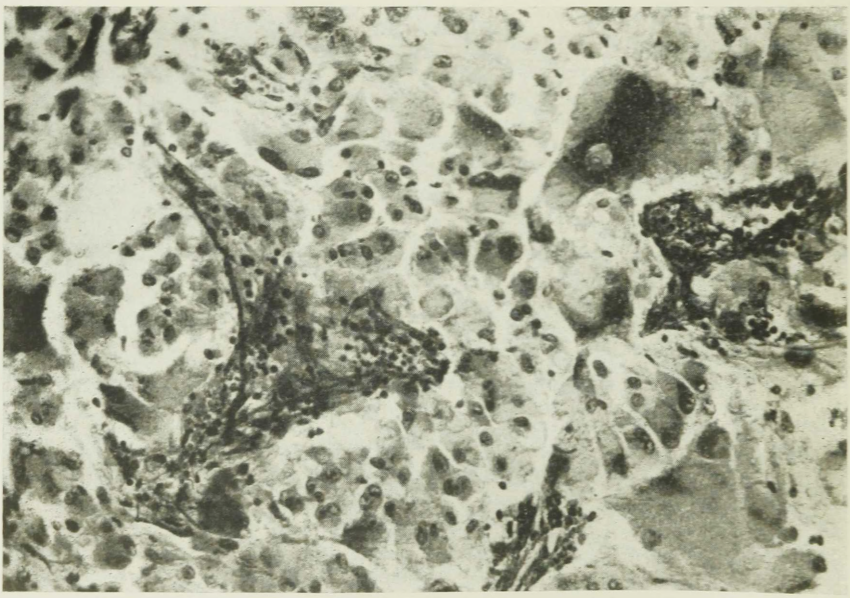
TAHVEL XVIII

U. Viires



Röntgenogramm 3

R. Mikelsaar



Mikrofoto
Lumboaortaalse paraganglioni feokromotsütoom. Kroomafiinse koe kasvajale tüüpiline rakkude erakordselt tugev polümorfism ja hiidrakud. Värvitud van Giesoni järgi (suurendus 180×)

vajatele iseloomulik kliiniline pilt näitab, milleni viib nn. ohuhormoonide ebanormaalselt suur hulk organismis. Silmatorkavamaks sümptoomiks seejuures on kõrgenenud arteriaalne rõhk, mis võib olla kas alaline (kui kasvaja produtseerib peamiselt noradrenaliini) või esineda paroksüsmidena (kui ülekaalus on adrenaliini teke). Paroksüsmaalset hüpertooniat esineb feokromotsütoomide puhul 30—50% juhtudest (2, 13). Lisaks vererõhu kõrgenemisele tekivad feokromotsütoomi põdevatel haigetel sageli stenokardia, südamekloppimine, hingeldus, peavalu, rahutustunne, seedehäired ja glükosuuria. Kroonilise arteriaalse hüpertoonia tagajärjel arenevad välja südame vasaku vatsakese hüpertroofia ja üldine arterioskleroos. Haige võib surra ajuverevalumi, müokardiinfarkti, südame puudulikkuse või kopsuturse tõttu (1, 2, 3).

Feokromotsütoomidele ja ka normaalsele kroomafiinsele koele on omane võime kroomisooladele spetsiifiliselt reageerida. Positiivne kroomafiinne reaktsioon on võimalik vaid 4—6 tunni vältel pärast surma (8, 9, 14, 15). kuid see ei takista feokromotsütoomide diagnoosimist, sest nende kasvajate histoloogiline pilt on küllaltki spetsiifiline (6). Iseloomulikust mikroskoopilisest struktuurist hoolimata diagnoositakse paraganglioome väga harva nähtavasti seetõttu, et ei oletata niisugust tüüpi kasvajate esinemise võimalust väljaspool neerupealiseid ja epiteliaalse ehituse tõttu peetakse neid kartsinoomideks.

Feokromotsütoomide lõikepind on kollakaspruun või hallikasroosa, nende konsistents pehme; kasvajakoes leidub sageli verevalumeid. Histoloogilise ehituse poolest meenutavad feokromotsütoomid neerupealise säsi. Kasvaja koosneb polügonaalsetest protoplasmarikastest tumedate tuumadega rakkudest, mille diameeter on 15—45 mikromeetrit. Tuumad on erakordselt polümorfsed, sageli leidub mitmesuguse kujuga hiidrakke (6). Sidekoeliste «vaheseinte» tõttu on kasvajal alveolaarne ilme.

Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuri lahangumaterjalis on viimastel aastatel esinenud 3 paraganglionide feokromotsütoomi juhtu.

Juht 1. 52-aastane meespatsient M. hospitaliseeriti 24. detsembril 1946. a. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakonda (haiguslugu nr. 3013), et ravida prostata adenoomi. Haiglas kaebas urineerimistakistust. Prostata tundus *per rectum* palpeerimisel suurenenud ja veidi valulik. Haige kõne ja psüühika oli aeg-ajalt ebaselge. Vererõhk 230/110 mm Hg; pulss tugeva täitumusega, pingeline. Elektrokardiogramm: siinustahhükardia, elektriline süstol pikenenud, aktivatsioon vasakus vatsakeses aeglustunud ja repolarisatsioon difuusselt häiritud. Veresuhkur: 163 mg%. Veri: SR 40 mm tunnis, hgb. 82 ühikut, leukots. 17500, erütrots. 4,3 milj. 29. detsembril kaotas haige järsku teadvuse, jäsemeis tekkisid sirutuskrambid ja hingamine muutus arütmiliseks. Süstoolne vererõhk osutus nii kõrgeks, et Riva-Rocci aparaadiga polnud seda enam võimalik mõõta, diastoolne rõhk oli ligikaudu 190 mm Hg. Haige viidi üle närviosakonda (haiguslugu nr. 1316/1955). Arenesid kooma, jäsemete rigiidsus ja Babinski sümptoom d>s. Haige suri teadvusele tulemata 31. detsembril. Kliiniline diagnoos: *morbus hypertonicus* III; *haemorrhagia cerebri; adenoma prostatae.*

Lahangul leiti kõhuaordi-taguses sidekoes 8×4 ja 5×4 cm suurune õhukese sidekoelise kapsliga ümbritsetud roosakashalli lõikepinnaga kasvajaline moodustis, mille alumine ots ulatus bifurkatsiooni piirkonda. Kasvaja, mis oli alveolaarse ehitusega, koosnes suurtest protoplasmarikastest rakkudest, mille tuumades oli täheldatav feokromotsütoomile omane väga tugev polümorfism (vt. tahvel XVIII, mikrofoto). Patoloogilis-anatoomiline diagnoos (lahanguprotokoll nr. 431): *pheochromocytoma paraganglii aortici lumbalis, hypertrophia ventriculi sinistri cordis, atherosclerosis aortae; haemorrhagia regionis frontalis hemisphaerii dextri cerebri; adenoma prostatae.*

Teisel juhul oli tegemist pankrease saba piirkonna feokromoblastoomiga, millele lisandusid metastaasid maksas. Mainitud juht oli eriliseks harulduseks seetõttu, et üksnes 8—14% kõikidest kroomafiinse koe kasvajatest (1, 8) on pahaloomulised.

Kolmandal juhul oli feokromotsütoom lähtunud neeruvähki põdeva haige vasaku pararenaalpiirkonna paraganglionist.

Kõigil eespool kirjeldatud juhtudel jäi feokromotsütoom elupuhuselt diagnoosimata. Kahel viimasel juhul oli ilmselt selle põhjuseks kliiniliste

sümptoomide puudumine. Teisel juhul puudus hormonaalne aktiivsus, sest kasvajarakud olid ebaküpsed. Kolmandal juhul suri haige tõenäoliselt neeruvähi tõttu enne kui katehhoolamiinide produktsioon ületas normi piirid. Feokromotsütoomile tüüpiline kliiniline pilt ilmnes ainult esimesel juhul. Kui haigel oleks kõhu piirkonda hoolikalt palpeeritud või kasutatud mõnda allpool kirjeldatud testidest, siis oleks paraganglioomi kahtlemata ka kliiniliselt diagnoositud.

Kuigi feokromotsütoomi tuleb ette ainult 0,5%-l hüpertooniatõve kahtlusega haigetest (3), peab kroomafiinse koe kasvaja suhtes kontrollima kõiki arteriaalset hüpertooniat põdevaid haigeid. Kindlaimaks meetodiks on katehhoolamiinide määramine uriinis, kusjuures nende hulk võib ületada normaalse taseme 100—1000 korda (2). Feokromotsütoomile iseloomulikku vererõhu tõusu on üsna lihtne provotseerida järgmiste vahenditega: 1) neerupealiste ja paraganglionide piirkonna masseerimine, 2) külmtest (haige käed asetatakse külma vette küünarliigeseni), 3) histamiintest (veeni süstitakse 0,025—0,05 mg histamiini koos 0,25 ml füsioloogilise lahusega), 4) tetraetüülammooniumkloriidtest (veeni manustatakse 300—500 mg nimetatud ainet) ja 5) metüülatsetüülkoliintest (naha alla süstitakse 25 mg metüülatsetüülkoliini). Kirjeldatud teste tuleb teha ettevaatlikult, et mitte põhjustada vererõhu eluohtlikku kõrgenemist. Pneumosuprarenograafia puhul on vaja arvestada feokromotsütoomide võimalikku paiknemist ka paraganglionide piirkonnas.

Feokromotsütoomide elupuhune diagnoosimine on eriti oluline seetõttu, et nende kasvajate kõrvaldamise korral on võimalik saavutada haigete täielikku tervistumist. Seejuures tuleb aga arvestada järgmisi ohte: 1) kui kasvajat tugevasti muljuda, võib verre sattuda korraga väga suurel hulgal katehhoolamiine, 2) katehhoolamiinide taseme järsu languse tõttu tekib haigel pärast operatsiooni kergesti kollaps. Kirjeldatud tüsistuste võimalusele vaatamata ilmub viimase aja kirjanduses üha sagedamini teateid feokromotsütoomide edukast opereerimisest (3, 4, 7, 10).

Järeldused

1. Feokromotsütoomide diagnoosimisel tuleb arvestada nende paiknemise võimalust ka väljaspool neerupealiseid (paraganglionides).
2. Iga arteriaalse hüpertoonia juhu korral on võimaliku feokromotsütoomi avastamiseks vaja rakendada vererõhu tõusu provotseerivaid teste.

KIRJANDUS: 1. Авербах М. М. Клинич. медицина, 1953, 8, 57—63. — 2. Андреев Д. В кн.: Эндокринно-обменная диагностика. София, 1964. — 3. Астраханов В. И. Хирургия, 1951, 12, 28—34. — 4. Голин Е. Е. и др. Клинич. медицина, 1956, 10, 67—69. — 5. Голосовская М. А., Соколовская Р. Д. Вопр. онкологии, 1955, 4, 98—102. — 6. Горнак К. А. Архив патологии, 1951, 4, 84—87. — 7. Косвен А. М., Гришпун А. С. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1959, 2, 106—109. — 8. Николаев О. В. и др. Феохромоцитома. М., 1965. — 9. Пирс Э. Гистохимия. М., 1962. — 10. Рабинович М. С. Терапевт. архив, 1941, 2, 255—261. — 11. Эрина Е. В. Клинич. медицина, 1952, 1, 54—57. — 12. Graham, J. B. Internat. Abstr. Surg., 1951, 92, 105—110. — 13. Lance, E. M. a oth. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1958, 106, 25—37. — 14. Lillie, R. D. Histopatological Technic. New York, 1948. — 15. Sevki, K. Virchows Arch. pathol. Anat. und Physiol. 1935, 294, 65—69.

О ФЕОХРОМОЦИТОМАХ ПАРАГАНГЛИЕВ

Р. Микельсаар

Резюме

В хромаффинных параганглиях имеется эндокринная ткань, по своей функции аналогичная функции симпатической нервной системы. Опухоли, развивающиеся из хромаффинных клеток параганглиев, называют феохромоцитомами. По данным различных авторов, эти опухоли встречаются редко. Несмотря на характерную микроскопическую структуру, их редко диагностируют, так как не предполагают возможности опухолей

такого типа вне надпочечников, а вследствие эпителиального строения ошибочно считают параганглиомы карциномами.

Феохромоцитомы, имеющие мягкую консистенцию, на разрезе желтовато-коричневого или серовато-розового цвета. В опухолевой ткани часто находят кровоизлияния. По гистологическому строению феохромоцитомы напоминают мозговое вещество надпочечников. Опухоль состоит из полигональных, богатых протоплазмой клеток с темными ядрами. Ядра исключительно полиморфны, часто встречаются гигантские клетки различной формы. Из-за соединительнотканных «перегородок» опухоли имеют альвеолярный вид.

В клинической картине ведущим симптомом является повышенное артериальное давление, которое может быть постоянным или проявляться в виде пароксизмов.

Дополнительно у больного могут наблюдаться стенокардия, сердцебиение, одышка, головные боли, расстройства пищеварения и глюкозурия.

Описываются три случая феохромоцитом параганглиев по материалам вскрытий прозектуры Тартуской городской клинической больницы.

TERVISHOIU ORGANISATSIOON

LINNAJAOSKONNA TERAPEUT JA SPETSIALISEERUMINE

Arstiteaduse kandidaat *N. ELŠTEIN*
Tallinna linna peaterapeut

Võib öelda, et suurem osa arstidest on internistid ja enamik internistidest on jaoskonnaarstid. Millisel määral jaoskonnaarstid on ette valmistatud töötamiseks jaoskonnas? Missuguseid nõudeid esitatakse käesoleval ajal joskonnaarstile? Ja lõpuks: kas jaoskonnaarste on üldse tarvis ette valmistada, kui arvestada üha progresseeruvat spetsialiseerumist?

Tulevaste jaoskonnaarstide ehk, nagu neid mõnel maal nimetatakse, «*general practitioner*'ide», «*G. P.*-de» või «*Allgemeinerpraktiker*'ide» väljaõpe ja ettevalmistus on arutlusobjektiks kogu maailmas. Seda probleemi on kaks korda arutatud ka Ülemaailmses Tervishoiu Organisatsioonis ja 1964. aastal Kanadas toimunud esimesel rahvusvahelisel üldmeditsiinialaste kolledžite ja akadeemiate õppejõudude konverentsil.

Muidugi on suur erinevus kapitalistlike maade praktiseeriva üldarsti ja meie jaoskonnaarsti vahel. Peale erinevate õigusalgmete ja erisuguste tervishoiusüsteemide, millel nende töö rajaneb, peab praktiseeriv üldarst olema umbes meie maa-arsti prototüüp. On tarvis, et ta tunneks sisemeditsiini, «väikest» kirurgiat, sünnitusabi jms. Meie linnajaoskonna arst on eelkõige terapeut, tema tegevus peegeldab kvaliteedi poolest kõrgemat spetsialiseerumise astet meditsiinis.

Spetsialiseerumise eelised on üldtuntud: spetsialist tunneb oma eriala märksa põhjalikumalt, mistõttu tema abi haigele on palju kvalifitseeritum. Spetsialiseerumisele on tänuvõlgu kõik kaasaegse arstiteaduse suuremad saavutused. Spetsialiseerumine aitab mõningal määral toime tulla ka üha kasvava informatsiooniga. Viimast raskust ei maksa alahinnata. Piisab, kui meenutada, et maailmas ilmub üle 14 000 meditsiinilise ajakirja [F. B. Rogers (8)]. Kui arst tahaks jälgida meditsiinilist informatsiooni ainult maailma perioodilise kirjanduse kaudu ning ainult oma erialal, siis peaks ta lugema 638 artiklit päevas [A. Voskressenski ja A. Prohhorov (1)].

Kus on spetsialiseerumise piir ja kas on vaja sinnapoole püüda? Ameerika Ühendriikides ilmub ajakiri, mis on pühendatud peavalule («*Headache*»), Itaalias põrnahaigustele («*Splene*»), Prantsusmaal veenide haigustele («*Phlebologie*»), Hollandis epilepsiale («*Epilepsia*»). Mitmel maal antakse välja ajakirju, mis käsitlevad jämesoolehaigusi, maksahaigusi, suhkurtõbe jm. Ent nende väljaannete taga on ka vastavad kitsa eri-

ala spetsialistid. Kui profiliseerumise ideed arendaksime loogilise täiuslikkuseni, siis peab igal haigel olema meditsiiniline kvalifikatsioon oma haiguse diagnoosimiseks, et otsustada, millise elundi haiguste spetsialisti juurde tuleks pöörduda. Teiseks võimaluseks on, et haige juurde peavad ühel ajal tulema kümned arstid, kellest igaüks eitab «oma» patoloogiat. Kumbki tee pole vastuvõetav.

Rumeenia üldarstide teadusliku seltsi president prof. M. Voiculescu (10) kirjutab, et seal, kus spetsialiseerumine on kõige ulatuslikum (Rootsi, USA, Šveits) ja kus üldarstide arv samal ajal väheneb, tõusis niisuguste hospitaliseeritud haigete arv, keda statsionaaris ei olnud vaja ravida.

M. Voiculescu (10) kirjutab, et spetsialist on see, kes teab üha rohkem ja rohkem üha väiksemast ja väiksemast. Et kitsa eriala spetsialist oma vaatevinklist lähtudes otsustab, kas haiget hospitaliseerida või mitte, on tal raske tervikuna hinnata haige seisundit ja haigust. Selle tagajärjel pikeneb haige teekond vajaliku spetsialisti ja õige diagnoosi ning õigeaegse ravi juurde tunduvalt.

Välismaised autorid jõudsid esimesel pilgul paradoksaalsele järeldusele, et mida kõrgem on ambulatoorse-polikliinilise võrgu spetsialiseerumine, seda rohkem peab statsionaaris olema üldarste, kes suudavad mis tahes haigust õigesti diagnoosida.

Nii Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni seisukoha kui ka paljude maade kogemuste järgi võib väita, et profiliseerumine ainult varjutas teravat vajadust praktiseerivate üldarstide järele. Puudutades niinimetatud üldpraktikat märgib Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni ekspertide komitee (4): «Palju mitmesuguseid meditsiinilise teenindamise süsteeme võib välja töötada ja on välja töötatud. Neis pööratakse erilist tähelepanu küll ühele, küll teisele komponendile antud süsteemis, kuid keskne koht kõikides neis peab olema antud nn. perekonnaarstile, kes tunneb oma haigeid, nende perekonda, nende sotsiaalset seisundit...» Meie maa tingimustest lähtudes on selleks jaoskonnaterapeut.

Kõike eespool öeldut oli vaja meenutada. Et kardioreumatoloogia-, gastroenteroloogia-, endokrinoloogia- jm. kabinettide arv üha suureneb, mille kasulikkuses pole kahtlust, vaatavad paljud arstid jaoskonnaarstile nagu «teise liigi» arstile. Nende vaated pärinevad instituudi- või ülikoolipäevilt. Tundub, et õigus on A. Kedrovil (2), kes kirjutab, et «laboratooriumide ja kliinikute spetsialiseerumise printsiip ei tohi otseselt hõlmata üliõpilasi kõrgemas koolis õppimise ajal.»

Kahjuks ei ole paljud arstid tööks jaoskonnas küllaldaselt ette valmistatud ei kvalifikatsiooni poolest ega ka psühholoogilises mõttes. Nende seisukohalt on jaoskonnaarst eriarsti täielik vastand.

Linnajaoskonna arst on eelkõige terapeut. Jaoskonnaarst on spetsialist, kes meie arvates peab tundma 1) sisemeditsiini, eelkõige ägedate ja alaägedate sisehaiguste diagnoosimist, ravi ja profülaktikat, sest nimetatud haigusi põdevaid isikuid on jaoskonnaterapeudi patsientide hulgas kõige rohkem; 2) sisehaiguste ja nende piirialadesse kuuluvate vältimatu abi vajavate seisundite puhul diagnoosimist ja esmaabi ning 3) nakkushaiguste diagnoosimist.

Tähtsaks võib nimetada ka jaoskonnaarsti ettevalmistuse teisi aspekte. Rootsis on loodud spetsiaalne üldmeditsiinilise praktika («*General Practice*») kateeder. Huvitavad on ka Gorki Meditsiiniinstituudi hospitaalteraapia kateedri kogemused (5). Seal loetakse mitme aasta jooksul sisehaiguste teraapia üldaluseid fakultatiivse kursusena. Arvatavasti võib vaielda, millisel määral mõned neist loengutest on otstarbekohased, ent tervikuna väärivad sealsed kogemused tähelepanu. Loengud, nagu «Diagnoosimise metoodikast», «Kaasaegse praktilise meditsiini põhialused», «Farmakoteraapia üldprintsiipidest» jne., tõstaksid kahtlemata ükskõik

millise eriala arsti, eriti aga tulevase jaoskonnaterapeudi kvalifikatsiooni. Sellest aspektist pakuvad huvi ka TRÜ Arstiteaduskonna viimaste kursuste üliõpilastele peetavad loengud, neist näiteks desensibiliseerivad vahendid, hormoonipreparaadid, psühhofarmakonid, geneetika alused, ravikehakultuur siseelundite haiguste puhul jt.

Jaoskonnaarsti ettevalmistamisel peab suurt tähelepanu pöörama haiguste diagnoosimisele ja haigete ravile polikliinikus. Terapeudi töö spetsiifikas, võrreldes näiteks kirurgi tööga, on eriti suures ülekaalus haiglaväline abi. Ühel ja samal ajal ei saa kõnelda polikliiniku suurest osatähtsusest ning loenguid pidada peamiselt statsionaaris ravitavate haigete kohta. Saksa DV-s (ka meie vabariigis) on näiteks välja antud polikliiniku tööd käsitlev spetsiaalne käsiraamat (9). Terapeutide ettevalmistust tööks ambulatooriumis ja polikliinikus käsitleb nüüd bibliograafiliseks harulduseks muutunud M. Mastbaumi (3) raamat.

Iga aastaga kasvab vajadus eakate inimeste siseelundite haiguste kulu ja ravimise iseärasuste uurimiseks. See probleem on tihedasti seotud kombineerunud patoloogiaga, kahe või rohkema haiguse vastastikuse mõjuga. Seoses keskmise eluea pikenemise ja hospitaliseeritavate haigete «vanemaks muutumisega» tuleb üha harvem ette isikuid, kes põevad ainult ühte haigust. Viimane kulgeb ealiste muutuste või teiste krooniliste haiguste taustal. Näiteks koos J. Klušinaga tehtud analüüs näitas, et vereringeelundite haiguste tõttu sisehaiguste osakonda hospitaliseeritud haigetest kombineerus põhihaigus 65,8%-l muude haigustega, hingamiselundite haiguste puhul oli see protsent 53,5, seedeelundite haiguste korral 47,3 jne. D. Tšebotarjovi (6) andmeil on ambulatooriumidesse ja polikliinikutesse pöördujatest umbes 30% üle 50 aasta vanad, nendest hospitaliseeritakse üle 50 protsendi.

Eespool öeldust lähtudes oleks otstarbekohane, et jaoskonnaarsti ettevalmistus hõlmaks ka kaasaegse meditsiini üldprobleeme, geriaatriat, polikliinilist ravi (jutt on sisehaiguste kulu, diagnoosimise ning haigete ravi iseärasustest polikliinikus) ning vältimatut abi vajavate haiguste diagnoosimist ja ravi.

Nähtavasti tuleb jaoskonnaarsti kutsetöö iseärasusi arvestada ka nende igapäevase kvalifikatsiooni tõstmisel. Seda küsimust oleme üksikasjalikult käsitlenud (7). Tuleb ainult uuesti rõhutada, et üld- ja sisehaiguste piirialade patoloogia ning geriaatria probleeme tuleks analüüsida seminaridel, konverentsidel ja arstide seltside koosolekutel. 1965. aastal Tallinnas korraldatud seminari «Kaasaegse sisemeditsiini üldküsimused» ning sisemeditsiini, sünnitusabi ja günekoloogia üldprobleeme käsitleva konverentsi kogemused näitavad, et nimetatud küsimustele tuleb veel rohkem arstide, eriti jaoskonnaarstide tähelepanu pöörata.

Lõpuks rõhutaksime veel kord, et jaoskonnaterapeut pole mitte arst üldises mõttes ega ka mitte dispetšer, vaid ta peaks olema laia silmaringiga spetsialist, kellele esitatakse spetsiifilisi nõudeid. Viimast asjaolu tuleb arvestada ka niisuguste arstide kasvatamise protsessis ja nende kvalifikatsiooni tõstmisel igapäevase töö kõrval.

KIRJANDUS: 1. Воскресенский А. Д. и Прохоров А. И. В кн.: Кибернетику на службу коммунизму. М., 1961, 132. — 2. Кедров А. А. Терапевт. архив, XXXVII, 1965, 9, 115—118. — 3. Мастбаум М. И. Симптоматология и амбулаторная практика. Казань, 1941. — 4. Общая практика. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Серия технических докладов, № 267. Женева, 1965. — 5. Общие основы терапии внутренних болезней. Под ред. Вогралика В. Г. и Иорданского Н. Н., Горький, 1961. — 6. Чеботарев Д. Ф. В кн.: Проблемы гериатрии в клинике внутренних болезней. Киев, 1965, 3—6. — 7. Elštein, N. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 5, 50—53. — 8. Rogers, F. B. New England J. Med., 1962, 267, 14, 704—708. — 9. Schliephake, E. Medizinische Poliklinik. Jena, 1953. — 10. Voiculescu, M. Viața medicală, 1965, 14, 943—954.

ГОРОДСКОЙ УЧАСТКОВЫЙ ТЕРАПЕВТ И СПЕЦИАЛИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ

Н. Эльштейн

Резюме

Прогрессирующая специализация в медицине не уменьшает значения и необходимости участковых терапевтов, которые в условиях Советского Союза по характеру своей деятельности отличаются от общепрактикующих врачей капиталистических стран. Помимо различных правовых начал и различных систем здравоохранения, на которых основана их работа, врач общей практики — это в какой-то мере прототип нашего сельского врача, который должен знать и внутреннюю медицину, и малую хирургию, и акушерство и т. д.

Таким образом, деятельность городского участкового врача в наших условиях по сравнению с общепрактикующим отражает качественно более высокий этап в специализации медицины.

Городской участковый врач — это прежде всего терапевт, который должен знать внутреннюю медицину, диагностику и первую помощь при неотложных состояниях в терапии и смежных областях, диагностику инфекционных болезней. Поэтому неправильно рассматривать участкового терапевта как антипод врачу-специалисту.

В процессе подготовки будущих участковых врачей особое внимание следует уделять общим проблемам современной медицины, геронтологии и гериатрии, особенностям течения, диагностики и лечения внутренних болезней в условиях поликлиники.

Этим же вопросам наряду с диагностикой смежной с болезнями внутренних органов патологии необходимо уделять внимание и при повышении квалификации участковых терапевтов в процессе их повседневной деятельности.

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

MITRAALKOMISSUROTOOMIA KOPSUTURSE PUHUL

Eesti NSV teeneline arst *V. SOLOVJOV*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Kopsuturse on paljude haiguste ohtlik tüsistus, mis esineb ka mitraalstenoosiga haigetel. Mitraalstenoos põhjustab teatavas staadiumis hüpertensiooni- ja venoosse paisu nähte väikeses vereringes. Mõnel neist haigeist häirub kopsumembraani permeaablus ning vedelik koguneb interstitsiaalsesse koesse ja alveoolidesse. Seda nimetataksegi kopsuturseks. Pikemat aega kestnud mitraalstenoos osutub kahjustatud müokardi taustal teguriks, mis alati mõjutab ägeda südamenõrkuse algstaadiumi tekkimist ja püsimist ning põhjustab kõige sagedamini kopsuturset.

Kopsuturse tekkimisel ei anna niisuguste haigete konservatiivne ravi kõikidel juhtudel tulemusi. Sellises olukorras (jätkuva kopsuturse tingimustes) pidime haige elu päästmiseks kohe tegema mitraalkomissurotoomia.

115 meie poolt opereeritud mitraalstenoosiga haigest 10-l diagnoositi enne operatsiooni rasket ja ägedat kopsuturset. Viiel juhul rakendati konservatiivset ravi, mille puhul kopsuturset õnnestus suurte raskustega kupeerida. Hiljem opereeriti nad plaanilises korras (vatsakesekaudne instrumentaalne mitraalkomissurotoomia). Operatsioonil avastati 4 haigel tugev, ühel üsna tunduv mitraalsuistiku stenoos.

Enne operatsiooni nende haigete kohta saadud röntgenoloogilised ja elektrokardiograafilised andmed viitasid olulistele muutustele südamelihases. Neljal haigel ilmnes kopsuturse operatsioonilaual enne mitraalkomissurotoomia alustamist. Ühel tekkis see enne narkoosi, kolmel pärast sissejuhatavat narkoosi ja trahhea intubeerimist. Meie katsed neid haigeid kopsutursest konservatiivsete meetoditega välja tuua osutusid vähe efektiivseks.

39-aastane naispatsient M. (haiguslugu nr. 5040/1964. a.) oli hulk aastaid põdenud reumaatilist mitraalriket. Tallinna Vabariikliku Haigla rindkerekirurgiaosakonda saabumisel diagnoositi tal III staadiumi mitraalstenoosi (Bakulevi klassifikatsiooni järgi). Pärast vastavat ettevalmistust võeti ette plaanipärane operatsioon. Enne sissejuhatava narkoosi alustamist tekkis raske kopsuturse, mida konservatiivsete meetoditega ei saadud kupeerida. Haiget opereeriti jätkuva kopsuturse ajal, kusjuures kasutati kombineeritud intubatsioonnarkoosi. Rindkereõõs avati vasakult, selles leiti 500 ml läbipaistvat vedelikku. Kops tursunud, raske ja peaaegu õhutühi. Anestesioloog kõrvaldas bronhidest verist vahutavat vedelikku. Perikard avati ulatuslikult ja selle õõnes oli samuti palju vedelikku. Südamelihas sinakat värvust. Vasaku vatsakese ülaosas oli palpeeritav diastoolne värin. Kopsuarter laienenud (diameeter kuni 5 cm) ja selle seinad pinge all. Vasaku koja kõrva alusele asetati sulgur. Kõrva tipp resetseeriti ja moodustunud haava kaudu viidi sõrm vasakusse kotta.

Mitraalsuistiku läbimõõt oli alla 0,6 cm (normaalselt on see kuni 5 cm), selle ääred olid karedad, kuid kaltsinoos puudus. Seejärel tegime skalpelliga läbiva torkehaava vasaku vatsakese ülaossa ja viisime spetsiaalse, Dubois' tüüpi laiendaja vasaku vatsakese õõnde ning sealt edasi mitraalsuistikku (sõrmele vastu) ja sooritasime mitraalkomissurotoomia. Laiendasime mitraalava diameetrit 4 cm-ni. Südamekõrvale tehti side. Vatsakese haav õmmeldi kinni. Diastoolne värin südametipul kadus. Kopsuarter muutus pehmeks, südamelihas roosaks. Kõik kliinilised kopsuturse nähud taandarenesid kiiresti ja möödusid operatsiooni lõpuks täiesti.

Nagu sel, nii ka ülejäänud kolmel juhul likvideeris mitraalkomissurotoomia kopsuturse. Kõik haiged tervistusid.

Erilist tähelepanu väärib kopsutursega tüsistunud mitraalstenoosi juht sünnitajal. See oli meil 5. juht, mil olime sunnitud tegema mitraalkomissurotoomia kopsuturse ajal.

23-aastane naishaige G. (haiguslugu nr. 3298/1963. a.) saabus Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonda. Diagnoos: kopsuturse. Haige oli väga raskes seisundis. Südametipu kohal oli kuulda presüstoolselt tugevnev diastoolne kahin koos kloppiva I tooniga. Süstoolne kahin ja aktsentueeritud II toon olid kuulda kopsuarteril. Kopsudes ohtralt märgi räginaid. Köha vahuse-verise rögaga. Maks ulatus roietekaare alt nelja põikisõrme võrra välja ja oli komplemisel valulik.

Südamekirurg, kardioloog ja akušöör-günekoloog pidid otsustama: kas alustada võitlust kopsuturse vastu konservatiivsete meetoditega või otsekohe, enne sünnitust, teha mitraalkomissurotoomia, et mitte riskida iga hetk tekkida võiva taandarenematu südamenõrkusega. Alanud sünnitus raskendas olukorda äärmiselt ja soodustas kopsuturse tugevnemist.

Kopsuturset püüdsime kupeerida konservatiivsete meetoditega, pidades meeles, et kui olukord nõuab, siis teeme õigeaegselt mitraalkomissurotoomia. Isegi osalise ajutise edu puhul oleks tekkinud reaalne võimalus kiirendada sünnitust vaakuumeksktraktori abil, tagada olukord, et laps sünniks normaalselt, ilma keisrilõiketa, mis olukorda oleks võinud veelgi komplitseerida. Kompleksne konservatiivne ravi andis mõningaid tulemusi. Kopsuturse sümptoomid edasi ei arenenud ja haige seisund mõnevõrra isegi paranes. Sünnitus oli võrdlemisi energiline, kuid väituste perioodi väljalülitamiseks kasutati vaakuumekstraktorit. Sündis normaalne laps. Tund aega pärast sünnitust hakkas kopsuturse uuesti süvenema ja haige seisund muutus veelgi raskemaks. Suurenes elu ähvardav oht. Haige viidi operatsioonilauale. Kombineeritud intubatsioonnarkoosi all avati vasak pleuraõõs, milles leidus 800 ml läbipaistvat vedelikku. Palju vedelikku oli ka perikardiõõnes. Vasak kops oli raske, tursunud, tihke ja elastset konsistentsi. Südamelihas sinakat värvust. Südametipul palpeeritav diastoolne värin. 6 cm-ni laienenud kopsuarter tugeva pinge all. Haigele tehti vatsakese kaudu instrumentaalne komissurotoomia. 0,5 cm läbimõõduga mitraalava laiendati 4 cm-ni. Pärast seda muutus kopsuarter pehmeks. Diastoolne värin südametipul kadus. Südamelihas muutus roosaks.

Operatsiooni ajal reageeris süda igale manipulatsioonile järskude rütmihäiretega. Ilmusid küllaltki pikaajalised grupilised polütoopsed vatsakeste ekstrasüstolid. Koronaarvereringe häirete taustal vaheldus tahhükardia aeg-ajalt ähvardava bradükardiaga. Pärast operatsiooni lõpetamist möödusid kõik kopsuturse kliinilised nähud kiiresti ja kadusid mõne tunni jooksul täielikult. Seega päästis õigeaegne mitraalkomissurotoomia ka selle haige elu. Patsient tervistus ja kirjutati koos lapsega koju.

Peab mainima, et Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakondades hukkus enne südamekirurgiaosakonna avamist 3 sünnitajat, kellel esines kopsutursega tüsistunud mitraalstenoos. Kõik nad surid kopsuturse tõttu kas sünnituse ajal või mõni tund pärast seda, vaatamata kompleksse konservatiivsele ravile.

Meie tagasihoidlike kogemuste alusel võib kopsutursega tüsistunud mitraalstenoosi ravimise taktika kohta öelda järgmist: 1) mitraalstenoo-

sist põhjustatud kopsuturset pole alati võimalik konservatiivsete meetoditega kupeerida; 2) kui konservatiivne kopsutursevastane kompleksravi tulemusi ei anna, siis on näidustatud õigeaegne mitraalkomissurotoomia; 3) mitraalstenoosiga sünnitajad peavad olema mitte ainult akušöör-günekoloogi, vaid ka südamekirurgi ja kardioloogi kontrolli all. Viimased peavad mitraalkomissurotoomiaks iga hetk valmis olema.

МИТРАЛЬНАЯ КОМИССУРОТОМИЯ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

В. Соловьев

Резюме

В статье приводятся данные о 10 из 115 оперированных больных. У 5 из них наступивший отек легких при суженном левом атриовентрикулярном отверстии был купирован консервативными методами лечения. Остальным 5 больным в срочном порядке была произведена операция митральной комиссуротомии на фоне продолжающегося отека легких. У одной из этих больных, которая была беременна, отек легких при митральном стенозе наблюдался в начале родовой деятельности. Консервативная терапия в данном случае дала лишь неполный временный эффект. Больная родила с помощью примененного вакуум-экстрактора. Однако в ближайший послеродовой период отек легких стал прогрессировать. Тогда жизнь молодой матери пришлось спасать оперативным путем. Ей была произведена митральная комиссуротомия. Все больные выздоровели. На основании результатов нашего опыта мы пришли к следующим выводам:

1. Далеко не всегда отек легких, вызванный митральным стенозом, может быть купирован консервативными методами лечения.

2. При отсутствии эффекта от проведенной комплексной противоотечной консервативной терапии больным показано своевременное проведение операции — митральной комиссуротомии.

3. Роженицы, страдающие митральным стенозом, должны находиться под постоянным наблюдением не только врача акушера-гинеколога, но и врачей кардиохирурга и кардиотерапевта. Последние в любой момент должны быть готовы к производству экстренной митральной комиссуротомии на фоне продолжающегося отека легких.

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

KOOLINOORTE SEKSUAALKASVATUSEST

Arstiteaduse kandidaat *H. KAHN*

Eesti NSV haridusministri ja tervishoiu ministri ringkirja 23/26. novembrist 1963. a. nr. 1-1384/1-10-8 «Isikliku hügieeni õpetamisest keskkoolide ja kaheksaklassiliste koolide V ja VII klassi õpilastele» alusel korraldatakse 1963/1964. õppeaastast alates meie koolides lühiajalisi kursusi seksuaalküsimuste selgitamiseks. Ringkirjale lisatud programmi kohaselt on ette nähtud tütarlastele kaks tundi V ja neli tundi VII klassis, poeglastele neli tundi VII klassis.

Kahjuks enamik arstidest, velskritest ja meditsiiniõdedest (kaasa arvatud kooliarstid ja koolimeditsiiniõed) ei pea ennast seksuaalkasvatuse alal kompetentseks, mistõttu 1964/1965. ja 1965/66. õppeaastal jäid paljudes vabariigi koolides nimetatud vestlused ära. Et seksuaalkasvatusalaseid kursusi korraldada, tuleks kõikidel kooliarstidel ja meditsiiniõdedel, samuti teistel asjasthuvitatud meditsiinitöötajatel ning pedagoogidel lühikese aja jooksul end ette valmistada.

Kõigepealt peab arvestama seda, et valdav enamik noortest saab teadmisi inimese sugulisest arenemisest, suguelu hügieenist, suguelust ja rasestumise vältimise viisidest oma eakaaslastelt, endast pisut vane-

matelt poistelt-tüdrukutelt või täiskasvanutelt. Niisugune informatsioon on tavaliselt ühekülgne, primitiivne või labane, mille tõttu paljudel noortel tekib seksuaalküsimustest moonutatud või koguni ebaterve ettekujutus. See asjaolu mõnevõrra raskendab kursuste korraldamist, kuid samal ajal rõhutab nende vajalikkust.

Seksuaalkasvatuse tundides tuleks juhinduda järgmistest nõuetest: 1) vestlused poistele ja tütarlastele toimugu eraldi; 2) poistega peab rääkima mees, tütarlastega naine. Kõrvalisi kuulajaid, ka õpetajaid, ei pea viibima ruumis, kus leiab aset vestlus; 3) vestlustest ei tohi osa võtta erineva vanusega õpilased (näiteks V ja VII klassi õpilased); 4) seksuaalkasvatustöös tuleb pearõhk panna hügieenile ja moraaliküsimustele. Missuguseks kujuneb inimese suhtumine seksuaalküsimustesse, sellest oleneb suurel määral tema käitumine elukaaslase ja perekonna suhtes.

V klassi tütarlastele peab seletama menstruatsiooni tekkimise põhjusi, selle kulgu ja õpetama täitma isikliku hügieeni nõudeid menstruatsiooni ajal. Lühidalt tuleks kõnelda ka sekundaarsete sugutunnuste arenemisest. Rõhutame, et nii menstruatsioon kui ka muud puberteedieale iseloomulikud nähtused on seaduspärased ja käivad käsikäes inimese arenemisega. Soovitatav on tähelepanu pöörata sellele, et seoses kehalise ja vaimse arenemisega suurenevad ka kohustused. Seega peab õppetöösse suhtuma tõsisemalt, rohkem huvi tundma oma kodu ja välimuse vastu ning jälgima enda käitumist.

VII klassi poistele tuleb 4 õppetunni jooksul kõnelda puberteediea põhietappidest ja nende iseärasustest. Kehalistest muutustest rääkides antakse lühike ülevaade ka sisesekretsiooninäärmete, eriti sugunäärmete toimest. Kindlasti on vaja seletada niisuguseid nähtusi nagu pollutsioon ja onaneerimine. Kuigi viimasesse suhtume eitavalt, ei pruugi selle negatiivset mõju tervisele üle hinnata. Kõnelda tuleb ka sugurakkude omadustest, viljastumisest ja loote arenemisest.

Isikliku hügieeni osas tuleks peatuda järgmistel teemadel: hoolitsemine ihu ja riiete puhtuse eest, päevarežiimi koostamine, alkoholi ja suitsetamise kahjulikkus.

Suurt tähelepanu väärivad vaimse arengu iseärasuste ja neist tulenevate ohtude käsitlemine. Aja nappusele vaatamata tuleks sellele eraldada siiski vähemalt $^1/_3$ ettenähtud ajast. Teatavasti esineb selleealiste noorte käitumises vastuolulisust, tasakaalutust, äärmustesse kalduvust ja kergesti mõjutatavust. Seepärast peavad noored juba varakult õppima vahet tegema hea ja halva vahel ning kontrollima oma mõtteid ja tegevust. Väga suur osatähtsus on enesekasvatamisel. Kindlasti on vaja rääkida sõprusest, armastusest, hoolitsemisest kodu eest, vanemate abistamisest ning kohustusest ühiskonna ees.

Programmi kohaselt tuleks puudutada veel varajase suguelu kahjulikkust ja ohtlikkust (rasestumine, suguhaigused). Ühtlasi rääkida, kuidas luua harmooniline abielu (vaimne ja füüsiline küpsus, oma väljavalitu põhjalik tundmine ja majanduslik sõltumatus).

Analoogilist kava võib üldjoontes kasutada ka tütarlastele määratud vestlustes. Kesksel kohal võiksid olla menstruatsiooniga seotud küsimused (füsioloogia, hügieen, menstruatsioonihäired), käitumiskultuur ning enesevalitsemine ja tahtejõu kasvatamine. Teisejärgulist tähelepanu peaks pöörama terve ja elujõulise abielu eeltingimustele, varajase suguelu kahjulikkusele ja ohtlikkusele ning puberteedieas sagedamini esinevatele tervisehäiretele.

Et laste arenemises tuleb ette üsna suuri individuaalseid erinevusi, võib kogemuste põhjal öelda, et eespool nimetatud küsimuste selgitamine on osale VII klassi õpilastele varajane. Niisuguseid kursusi oleks otstarbekohasem korraldada mitte seitsmendas, vaid kaheksandas klassis. Veelgi parem oleks, kui sel teemal kõneleksid lastega nende vanemad.

See võimaldaks igaühele individuaalselt läheneda. Oht, et selgitustöö võib kasu asemel kahju tuua, oleks tõenäoliselt tunduvalt väiksem kui praegu. Kahjuks peab ütlema, et enamik lastevanematest ei pööra laste seksuaalkasvatusele nimetamisväärset tähelepanu ja küllaltki sageli pole nad suutelised niisugust kasvatustööd tegema. Seega on isikliku hügieeni nõuete käsitlemine koolis täiesti põhjendatud ja vajalik. Kõrvuti nimetatud kursustega on mõned koolid korraldanud vestlusi ja loenguid puberteediea iseärasustest ja seksuaalkasvatusest ka lastevanematele. Kogemused on näidanud, et lastevanemad tunnevad mainitud küsimuste vastu suurt huvi ja et täiskasvanutel on sel alal väga tagasihoidlikud teadmised.

Eraldi tuleb peatuda keskkooli lõppklassi õpilaste isikliku hügieeni õpetamisel. Kui mõne viimase õppeaasta jooksul oli selleks ametlikult eraldatud üsna rohkesti aega tootmisõpetuse tundide arvel, siis eelolevast õppeaastast alates on isikliku hügieeni kursus tootmisõpetuse tundide üldarvu vähendamise tõttu ametlikust programmist välja jäetud. Kahtlemata avaldab see koolinoorte seksuaalkasvatusele negatiivset mõju. Ei tohi unustada, et just keskkooli või tehnikumi lõppklassi jõudnud noorele alles sobibki (ja on juba hädavajalik) seksoloogia tähtsamaid küsimusi üksikasjalikult tutvustada. Tõenäoliselt leitakse edaspidi uuesti võimalused niisuguste kursuste ametlikuks lülitamiseks õppeprogrammidesse. Seni aga tuleb püüda taolisi kursusi korraldada ühiskondlikus korras.

Silmas pidades abiturientide vanust ja nende arenemise taset võib põhjalikumalt käsitleda mitte ainult isikliku hügieeni, vaid ka moraali, abielu, seksuaalelu jm. probleeme. Oleks hea, kui ettenähtud tunnid toimuksid kord nädalas à kaks tundi. Kursuse sisustamiseks võiks soovitada järgmist plaani.

I nädal. Inimese anatoomia ja füsioloogia. Anda ülevaade kõrgemast närvitalitlusest, sisesekretsiooninäärmetest, vere koostisest, südamest ja vereringest. II nädal. Mehe ja naise suguelundite ehitus ja talitlus. Munaraku ja seemneraku ehitus. Menstruatsioon. Sugunäärmete mõju inimese psüühikale ja siseelundite talitlusele. III nädal. Ülevaade inimese põlvnemisest. Inimese erinevus loomadest. Inimene ja ühiskond. Elumõtte küsimus. Moraalinormid. Inimese positiivsed ja negatiivsed jooned. IV nädal. Enesekasvatuse tähtsus. Peamised viisakusreeglid. Tahtejõu kasvatamine. Kuidas õppida. Kutsevalik. Suhtumine töösse. V nädal. Inimese eluea põhietapid. Puberteediea iseärasused. Isikliku hügieeni nõuded. Suitsetamise ja alkoholi kahjulikkus. VI nädal. Varajase suguelu kahjulikkus ja ohtlikkus. Viljastumine. Abordi kahjulikkus. Onaneerimine ja abinõud sellest hoidumiseks (kindel päevarežiim, tegelemine kehakultuuriga jm.). VII nädal. Normaalne suguelu. Suguelu hügieen. Rasedus. Loote arenemine. Hoolitsemine imiku eest. VIII nädal. Rasestumisvastased meetodid. Perekond ja selle tähtsus ühiskonna seisukohalt. IX nädal. Mitmikud. Pärilikkus. Sugukromosoomid. Pärilikud haigused, nende profülaktika ja ravi. X nädal. Suguhaigused (nende tunnused, profülaktika). Seksuaalperverssused. Noores eas sagedamini põetavad haigused ja tervisehäired. XI nädal. Seltsimehelikkus, sõprus, armumine ja armastus. Armukadedus. Kohustus ja vabadus inimestevahelistes suhetes. XII nädal. Elukaaslase valik. Abielu. Hoolitsemine perekonna eest.

Seoses eespool tooduga tahaks tähelepanu pöörata mõnedele momentidele. Abiturientide küsitlemised on näidanud, et paljudel noortel, kellele peatselt antakse küpsustunnistus, on teadmised inimese keha ehitusest ja talitlusest hämmastavalt väikesed. Nii näiteks leidub XI klassi õpilasi, kes ei tea, kus asetseb kilpnääre, kellel puudub ettekujutus südame tegevusest, rääkimata vere koostisest, vereringest jm. Seepärast

tuleb anatoomia ja füsioloogia käsitlemisel puudutada ainult kõige olulisemat, et õpilasi mitte koormata teisejärguliste küsimustega.

Teiseks. Näitlikus kavas on meditsiinialaste teemade kõrval küllaltki suurt tähelepanu pööratud eetikale ja mõningal määral isegi filosoofia ja psühholoogia valdkonda kuuluvatele probleemidele. Võib-olla valmistab see meditsiinitöötajaile mõningaid raskusi. Olgu öeldud, et niisugustel küsimustel on noorte seksuaalkasvatuses aga väga suur tähtsus.

Kolmandaks. Eespool esitatud kava sobib üldjoontes nii noormeestele kui ka neidudele. On vaja teada mitte ainult oma soo iseärasusi, vaid ka vastassoo omi. Sellegi poolest peaks noormeestele peetavates vestlustes lähtuma ikkagi meessoo, neidudele aga naissoo seisukohalt. Näiteks neidudele tuleks üksikasjalikumalt kõnelda rasedusest ja hoolitsemisest imiku eest, noormeestele peaks põhjalikumalt selgitama alkoholi ja suitsetamise kahjulikkust ning vastutustundest suguelu võimalike tagajärgede ees.

Tahaks loota, et meditsiinitöötajad mõistavad noorte seksuaalkasvatuse suurt tähtsust ja leiavad aega vastavasisuliste loengute ja vestluste ettevalmistamiseks.

SOOVITATAV KIRJANDUS: 1. Заяц Л. Д., Шибаев А. Н. В семье растет дочь. М., 1964. — 2. Нейберг Р. Вопросы пола (книга для молодежи). М., 1960. — 3. Чучелов Н. Н. О половом воспитании. М., 1964. — 4. Hynie, J. Noorukist meheks, Tallinn, 1962 ja 1964. — 5. Kadastik, H. Vestlusi noorukitele, Tallinn, 1963. — 6. Kahn, H. Õpi ennast tundma, Tallinn, 1966. — 7. Peter, R. jt. Tütarlapsest naiseks, Tallinn, 1962 ja 1964. — 8. Weber, G., Weber, D. Du und ich,

О СЕКСУАЛЬНОМ ВОСПИТАНИИ ШКОЛЬНИКОВ

Х. Кахн

Резюме

На основании циркулярного письма министра просвещения и министра здравоохранения Эстонской ССР от 23/26 ноября 1963 года в школах Эстонской ССР начиная с 1963/64 учебного года организуются краткосрочные курсы по разъяснению учащимся сексуальных вопросов. К сожалению, большинство врачей, фельдшеров и медицинских сестер (включая школьных врачей и медсестер) не считают себя компетентными (подготовленными) в вопросе сексуального воспитания, в связи с чем в 1964/65 и в 1965/66 учебных годах во многих школах республики беседы на эти темы не проводились.

Для того чтобы организовать курсы по сексуальному воспитанию учащихся, всем школьным врачам и медицинским сестрам, а также другим заинтересованным медицинским работникам и педагогам необходимо за короткий срок подготовиться.

В статье приводятся основные принципы сексуального воспитания школьников и методика обучения в объеме программы, дополняющей названное выше циркулярное письмо. Обращается также внимание на выбор тем для лекций и на индивидуальный подход к ученикам в разъяснении вопросов сексуального воспитания.

VÄIKELASTE PARENTERAALSE TOITMISE TEHNIKAST

Meditsiiniõde *A. VODI*

Vedelikke, soola-, valgu- ja muid toitainete lahuseid manustatakse parenteraalselt juhtudel, kui haiget pole võimalik suu kaudu toita. Parenteraalne toitmine suu kaudu toitmist ei asenda, küll aga väldib tugevate ainevahetushäirete tekkimise. Esimesel võimalusel tuleb alati üle minna enteraalsele toitmisele. Parenteraalset toitmist kasutatakse järgmistel juhtudel.

1. Asendusravina ägedate vaegusseisundite puhul (näiteks sagedane oksendamine, mis põhjustab koevedeliku ja eriti kloriidide vähenemist, kõrge palavikuga kulgev haigus, kusjuures veekaod on suured jne.).

2. Põhiravina juhtudel, mille puhul toitainete imendumine seedetraktist on takistatud (näiteks soolestenoos, täielik isutus, joogist keeldumine, äge kõhulahtisus jne.).

Enne kui alustada parenteraalset toitmist, on laboratoorsete ja kliiniliste meetodite abil vaja kindlaks teha haige seisund. Samuti tuleb teha vere ja uriini ionogrammid ning kalorsuse arvestus. Igasugune järelemõtlematus vedeliku parenteraalsel manustamisel on ohtlik. Nii põhi- kui ka asendusraviks kasutatakse peamiselt järgmisi lahuseid.

1. 5%-list glükoosi- ja 5%-list fruktoosilahust viiakse organismi veekadude asendamiseks (kõrge kehatemperatuuri ja hingelduse korral).

2. Ringeri või füsioloogilist lahust infundeeritakse vee- ja elektrolüütide kao puhul (kõhulahtisus või siis, kui suu kaudu toitmine pole võimalik). Alati peaksid käepärast olema ka kaaliumkloriidi-, naatriumkloriidi- ja naatriumlaktaadi ühemolaarsed lahused. Hüpoproteineemia puhul on olukord raskem. Et plasma manustamine taastab efektiivselt verevalkude hulka ja onkootset rõhku, on toitmiseks vaja valkude hüdrolüsaate (näit. aminokroviin) või aminohappeid.

Rasvu viiakse organismi rasvaemulsioonidena, eriti neil juhtudel, kus on tarvis manustada väikest vedelikuhulka, mis sisaldaks rohkesti kaloreid. Et süsivesikute hulka ei saa piiramatult tõsta, tuleb kõne alla etüülalkoholi kui energeetilise aine lisamine toitelahusele.

Parenteraalse toitmisviisi puhul on välja lülitatud toitainete ja vee sooletraktist imendumise füsioloogiline regulatsioon. Seetõttu tuleb parenteraalselt toidetavaid haigeid hoolikalt jälgida, kusjuures silmas pidada lahuste üle- ja aladoseerimise võimalusi.

Nahaalune infusioon. Nahaalust infusiooni tehakse kõhu piirkonnas või reie lateraalsel poolel. Selleks kasutatakse süstalt, automaatsüstalt või Bobrovi aparaati. Infundeeritakse võimalikult aeglaselt ja jälgitakse, et nahk ei muutuks süstimiskohal valgeks. Süstitav lahus soojendatakse kehatemperatuurini, sest liiga kuum lahus laiendab veresooni ja tekivad verevalumid. Lahuste nahaalune infundeerimine ei ole iga kord otstarbekohane, eriti siis, kui lahuseid on tarvis viia vereringesse teataval ajal ja täpselt doseeritud hulgal. Nahaaluse infusiooni teel saab manustada peamiselt vett, glükoosilahust ja isotoonilisi soolalahuseid.

Nahaalust infusiooni ei saa rakendada anhüdreemilise šoki, tursete jne. puhul, sest ravimilahuste resorptsioon nahaalusest koest on aeglustunud. Kirjeldatud põhjustel infundeeritakse ravimilahuseid tavaliselt veeni.

Ühekorde infusioon veeni. Seda tehakse kõige sagedamini küünraveeni. Imikuil saab hästi punkteerida oimuveene ja malleoluste piirkonnas asetsevaid veene. Kägiveeni punkteeritakse arsti juuresolekul. Et kägiveeni punkteerimisel võib tekkida õhkemboolia, siis viimase vältimiseks kasutatakse nõela koos süstlaga. Imikute süstimiseks võetakse peenemad (nr. 0425, 0625), vanemate laste puhul jämedamad nõelad (nr. 0840). Neid peab enne teritama, sest teravat nõela on kergem väikesesse veeni viia. Protseduuri ajaks pannakse laps lamama. Tema käsi või pea (olenevalt punkteeritava veeni asukohast) tuleb hästi fikseerida. See ei tohi aga tekitada lapsele valu ega olla ebameeldiv.

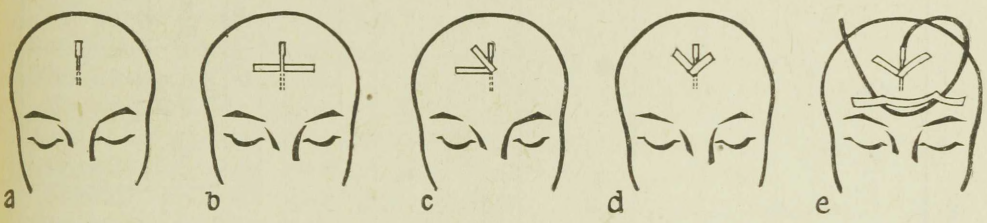
Ühekordsel süstimisel veeni saab vedelikke manustada ainult väikeses koguses lühikese aja vältel. Tilkinfusiooni teel on toitaineid ja vedelikku võimalik viia organismi suuremal hulgal ja pikema aja vältel. Sel puhul ei teki südame ja veresoonte ülekoormust. Tilkinfusioone tehakse veenipunktsiooni või veenisektsiooni teel.

Veenipunktsioon. Veenipunktsiooniks võib valida mis tahes hästi nähtava veeni. Kõige sobivam on küünraveen. Lapse käsi fikseeritakse kindlalt (seotakse Krameri lahasele). Lahas polsterdatakse korra-

likult vati ja marliga, eriti kaenla alla ulatuv lahase ots. Imikute puhul võib punkteerida otsmikuveeni. Nõel viiakse veeni nagu tavalise ühekordse ülekande korralgi, kuid fikseeritakse leukoplastiga.

Tilkinfusiooniseadis koosneb järgmistest osadest. 1. 500—1000 ml mahuga gradueeritud klaasanum (Bobrovi aparaadi nõu), millesse valatakse infundeeritav füsioloogiline või glükoosilahus. 2. Kummivoolik, mille läbimõõt on 3 mm ja pikkus 100—120 cm. Voolik koosneb kahest osast, mida ühendab tilgamõõtja. Kummivooliku ülemine ots on lühikese ja jämeda nõela või klaastoru abil ühenduses anumaga. Nõel või klaastoru torgatakse läbi anumat sulgeva kummikorgi, kusjuures selle vaba ots ulatuks 2—3 cm sügavusele vedelikku. Kummivooliku alumises otsas on veeni viidav nõel. 3. Nõel, mille jämedus on 3 mm ja pikkus 15 cm, või klaastoru torgatakse kummikorgist läbi selliselt, et nõela või klaastoru ülemine ots ulatuks vedelikunivoost kõrgemale. 4. Tilgamõõtja. 5. Metallsulgur, mille abil reguleeritakse täpne tilkade arv minutis. Sulgur asetatakse tilgamõõtjast kõrgemale. 6. Tilgamõõtjast madalamale ja nõela lähedale pannakse 7—8 cm pikkune kontrollklaas, mille abil kontrollitakse, et kummivoolikusse ei satuks õhku. Kummivooliku otsa kinnitatakse omakorda 35—40 cm pikkune peenike elastne kummivoolik, mis kanüüli abil ühendatakse veeni viidava nõelaga. Elastse kummivooliku vahendusel on nõela kerge fikseerida (vt. joonis 1).

Anum vajaliku vedelikuhulgaga pannakse statiivile 60—100 cm



Nõela fikseerimine punkteerimisel:
a — veeni punkteerimine, b — nõela alla viiakse leukoplastiriba, c ja d — nõel fikseeritakse leukoplastist aasaga, e — nõela ja naha vahele asetatakse marlitupsuti selliselt, et nõela asend ei muutuks ja kummivoolik fikseeritakse leukoplastiga

kõrgusele haige voodist. Kui fikseerimine on lõpetatud, vabastatakse kummivoolikule asetatud metallsulgur. Tilkumist reguleeritakse vastavalt arsti korraldusele (tavaliselt 30 tilka minutis). Lapse käed ja jalad, olenevalt punktsiooni asukohast, kinnitatakse voodi külge sidemega, et lapse liigutamise puhul nõel veenist ei väljuks.

Et veeni viidava vedeliku temperatuur püsiks 40° C, pannakse kummivoolik kahekordselt kokkupandud soojenduskoti vahele. Süsteemi kontrollimisel ei tohi kummivoolik olla pingul, klaastorude ja kummivooliku ühenduskohtadel ei tohi olla õhupilusid.

Pärast tilkinfusiooni kaetakse torkekoht steriilse tupsuti või piirituses niisutatud vatitükiga, mida hoitakse veritsemise lakkamiseni.

Seadise puhastamine ja steriliseerimine. Pärast igakordset tilkülekannet peab meditsiiniõde ülekandesüsteemi destilleeritud veega läbi uhtuma ja kontrollima, et kanüüli ei jääks hüübinud verd. Ülekandesüsteem hoitakse kuivana või steriliseeritakse kohe, kui alustatakse järgmist tilkinfusiooni. Selleks keedetakse tilkumisseadist bidestilleeritud veega täidetud sterilisaatoris vähemalt 45 minutit. Enne keetmist eemaldatakse kummivoolikutelt metallklemmid. Ülekandesüsteemi steriliseerimine kirjeldatud viisil ei taga absoluutset steriilsust. Otstarbekohasem on kasutada autoklaavi, sest see võimaldab kiiresti steriliseerida niihästi ülekandesüsteemi kui ka nõelu ja süstlaid ning pärast steriliseerimise lõpetamist on need täiesti kuivad.

Kummivoolikud kaotavad pärast mitmekordset steriliseerimist

Leht nr. _____

Nimi: _____ Haiguslugu nr.: _____ Kuupäev: _____ Haiguspäev: _____ Kaal: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Kellaaeg	Keha-temperatuur	Hingamise sagedus	Pulsi sagedus	Üldseisund	Süda, vereringe	Hingamise tüüp	Nahk, limaskest	Uriin	Iste	Jook	Söök	Ravimid, (g, ühik)					Märkused (labor. andmed)
Vesi:							Kokku:										

Ioon	Kadu	Saanud	+ −
Na+			
Cl−			

Kaod:			Saanud	+ −
Higistamine	Eritised	Kokku		

Vajadus				Saanud				+ −			
Valk	Süsivesikud	Rasv	Kalorite hulk	Valk	Süsivesikud	Rasv	Kalorite hulk	Valk	Süsivesikud	Rasv	Kalorite hulk

elastsuse, mistõttu eelistatumad on polüvinüülkloriidtorud. Viimased on vastupidavamad kuumutamise suhtes, samuti kergesti puhastatavad ja nägusamad. Viimasel ajal toodetakse steriilses pakendis plastmassist vereülekande (tilkinfusiooni-) süsteeme ühekordseks kasutamiseks. Enne tilkülekande alustamist peab meditsiiniõde pesema käed seebi ja harjaga soojaveekraani all. Seejärel riietub ta puhtasse kitlisse, katab juuksed mütsiga ja paneb ette suud ja nina katva maski.

Ülekandeid tehakse tavaliselt protseduuritoas. Laps tuuakse sinna pärast seda, kui kõik ettevalmistused on lõpetatud.

Mõnikord, sõltuvalt lapse seisundist, tehakse ülekanne (nimelt tilkülekanne) palatis. Tilgutussüsteem täidetakse protseduuritoas steriilse lahusega vahetult enne ülekannet. Ülekande ajal on tarvis vältida tehnilisi vigu. Personalil tuleb käituda rahulikult. Last peab hooldama vilunud ja teadlik meditsiiniõde.

V e e n i s e k t s i o o n. Veenisektsiooni tehakse samal eesmärgil kui veenipunktsiooni ja neil juhtudel, kus tilkülekanne veenipunktsiooni teel pole võimalik. Veeni setseerib arst.

Parenteraalsete infusioonide tegemisel tuleb silmas pidada mitmesuguste paiksete tüsistuste tekkimise võimalusi. Neist sagedasemateks on intravenoosse tilkinfusiooni puhul tekkiv tromboflebiit ja infundeerimisel naha alla võib areneda lokaalne põletikuline protsess. Patsiendi ebaõige fikseerimine võib põhjustada naha ja perifeersete närvide kahjustusi.

Et parenteraalse toitmise ajal vältida kõiki vigu, peab lühikeste ajavahemike järel jälgima ja registreerima järgmisi näitajaid: 1) haige psühhomotoorne seisund; 2) vererõhk, hingamis- ja pulsisagedus; 3) nahatemperatuur, naha niiskusaste ja värvus, samuti küünte värvus; 4) veenide täitumine; 5) uriini eritumine, uriini hulk ja pH ning urineerimissagedus; 6) haige hematokritt (imikuil on see 35%).

Saadud andmed kantakse raskesti haige jaoks koostatud individuaalkaardile. Niisuguse kaardi (vt. lk. 286) koostas Tallinna Merimetsa Haigla peaarsti asetäitja M. Martson ja see abistab tublisti meditsiiniõde haige lapse hooldamisel.

О ТЕХНИКЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

А. Води

Резюме

При парентеральном кормлении детей раннего возраста большое значение имеют деятельность и умение медицинской сестры, которая должна знать и в совершенстве владеть техникой подкожных инфузий, внутривенных и капельных вливаний. Она должна также знать, как очищать, хранить и стерилизовать систему для капельного вливания и другие инструменты. В то же время медицинская сестра обязана внимательно следить за тяжелобольным ребенком как во время вышеназванных процедур, так до и после них.

В статье подробно описываются различные способы парентерального кормления детей раннего возраста.

UURIMISMATERJALIDE VÕTMINE LABORATOORSEKS ANALÜÜSIMISEKS BAKTERHAIGUSTE KORRAL

H. LÕIV

Haige eritiste, eksudaatide jm. uurimismaterjalide bakterioloogilise analüüsi järgi määratakse sageli lõplikult haiguse diagnoos ja ravi taktika. Bakterioloogilise uurimise kvaliteet sõltub uurimismeetodist ja -tasemest, samuti uurimismaterjali võtmisest, selle säilitamise viisist ja laboratooriumisse saatmise tingimustest.

Uurimismaterjali kogumine on niisama tähtis kui iga järgnev bakterioloogilise uurimise etapp. Veel enam, halvasti või valesti kogutud materjali analüüsi tulemus võib põhjustada eksidiagnoosi ja sellest tulenevaid tagajärgi. Näiteks nahal või õhus leiduvate stafülokokkidega saastunud verekülvi alusel võib ekslikult diagnoosida sepsist. Seetõttu on rangelt vaja kinni pidada uurimismaterjali kogumise ja laboratooriumisse saatmise nõudeist.

1. Uurimismaterjal võetakse enne lokaalse või üldravi alustamist antibiootikumide ja sulfoonamiididega.
2. Ravi ajal võetakse materjal vähemalt 6—12 tundi pärast lokaalset ravimenetlust.
3. Uurimismaterjal võetakse aktiivsest haiguskoldest, kusjuures välditakse proovi reostumist kõrvaliste või haiguskolde ümbruses leiduvate mikroobidega nii enne kui pärast proovi võtmist (näit. kurgulima võtmisel).
4. Materjal kogutakse tingimata steriilsete vahenditega (tampoon, süstal, kateeter, skalpell jne.) ja paigutatakse steriilsesse anumasse (katseklaas, Petri tass, purk jne.).
5. Uurimismaterjali võetakse tarvilikus koguses, näit. mäda kogutakse mitu milliliitrit või võetakse mitme tampooniga.
6. Uurimismaterjal saadetakse laboratooriumi kohe, sest vastasel korral mikroobid hävinevad (näiteks tampoonil kuivamise tõttu, seljaajuvedeliku jahtumise tõttu, roojas happeliste ühendite tekkimise tagajärjel jne.)
7. Uurimismaterjal kogutakse ja säilitatakse sellisel viisil, et see ei nakataks ümbrust. Näiteks roe, röga jm. ei tohi sattuda purgi välispinnale, katseklaas ei tohi transportimisel puruneda jne.
8. Katseklaasi ülaosa ja kork peavad kuivaks jääma, sest vastasel korral tungivad kõrvalised mikroobid mööda niisket pinda katseklaasi.
9. Uurimismaterjalile ei lisata antiseptikume.
10. Uurimismaterjali kohta täidetakse saateleht, millele märgitakse patsiendi passi andmed, uurimismaterjali nimetus, samuti anatoomiline kohanimetus, kust materjal on võetud, diagnoos, uurimise siht (arvatav haigusetekitaja), kuupäev ja saatva raviasutuse nimetus.

M ä d a. Lokaalseid mädapõletikke võivad tekitada stafülo-, strepto- ja pneumokokid, anaeroobsed streptokokid, *Haemophilus influenzae, Escherichia coli, Proteus, Pseudomonas aeruginosa, Bacteroides, Clostridia, Mycobacterium tuberculosis, Fungi* jt.

Kinniste paisete pind desinfitseeritakse ja tehakse sisselõige, millest mäda võetakse tampooni või süstla abil. Lahtiste mädanike korral eemaldatakse pealmine osa, mis võib olla reostunud õhu ja ümbruse mikrofllooraga. Peale selle võib elusaid mikroobe leida vaid põletikuliste kudede ja mäda piiril, kuna mädas on mikroobid fagotsüütide poolt hävitatud, mistõttu mäda on steriilne.

Et tampoonid liiga ruttu ei kuivaks, valatakse katseklaasi põhja 1—2 tilka steriilset füsioloogilist lahust, kuid seejuures välditagu tampooni märgumist.

K u r g u l i m a. Kurgulimas eluneb hulgaliselt mikroobe (püogeensed kokid, *Corynebacterium diphtheriae, Haemophilus pertussis, Haemophilus influenzae*, enterobakterid, *Pseudomonas aeruginosa, Fusobacterium fusiforme* (*angina Vincenti* tekitaja), *Neisseria catarrhalis, Fungi, Candida, Bacteroides, Listeria monocytogenes*).

Kurgulima uurimine võib anda kolmesugust informatsiooni: 1) haigusetekitaja avastamine, näiteks angiini puhul streptokokid, fusobakterid ja spiroheedid jne.; 2) pisikukandjate väljaselgitamine, näiteks difteeriabakterite, meningo-, pneumo- ja streptokokkide kandjad; 3) viitab organismis esineva nakkuse etioloogiale, näiteks streptokokkidest põhjustatud nefriit.

Uuritav haige pannakse istuma näoga valguse poole. Proovi võtja fikseerib vasaku käega patsiendi pea, kusjuures ise seisab haige kõrval, et vältida nakatumist juhul, kui haige köhib. Lima võetakse haigestunud piirkonnast (puhetus, katt ja haavand) steriilse tampooni abil või nende nähtude puudumisel mandlitelt ja kurgukaartelt. Tampoon ei tohi reostuda mikroobidega ümbritsevalt alalt ega ka süljega.

Tampoonilt valmistatakse äigepreparaat, et määrata valitsev mikrofloora ja valida õige bakterioloogiline uurimisviis. Fusospirohetoosi (*angina Vincenti*) tekitajad — *Fusobacterium fusiforme* ja *Borrelia vincentii* — leitakse ainult preparaadi mikroskoopimisel. Seetõttu võivad *angina Vincenti* tekitajad rutiinsel uurimisel avastamata jääda, kui ei nõuta fusobakterite uurimist eraldi.

Ninalima. Uurimise siht sarnaneb eelmisega, kuid enamasti tehakse analüüs difteeriatekitaja leidmiseks. Proovi võtmisel ninast välditagu ninasõõrme serva puudutamist, et tampoon ei reostuks mittespetsiifilise mikroflooraga. Tampooni hoitakse käes pliiatsitaoliselt ja sõrmede vahel tampooni pöörates viiakse see ninakarbikuteni (tampooni esimene takistus).

Ninaneelulima. Lima võetakse uurimiseks meningokokkide ja läkaköhabakterite suhtes. Selleks kasutatakse täisnurga all painutatud traadist tampooni. Painutatud osa pikkus on 2 cm (vt. joonis). Külvid tehakse Petri tassis olevale soojale söötmele kohe haige voodi juures. Söötmeid ei tohi lasta jahtuda.



Lima võtmine ninaneelust

Kõrva-, nibujätke- ja siinuste eritised. Neil juhtudel on haiguse tekitajateks sagedamini kokid (stafülo-, strepto- ja pneumokokid), *Haemophilus influenzae, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Proteus, Escherichia coli, Aerobacter aerogenes, Corynebacterium diphtheriae, Fungi* jt.

Proovi võtmiseks kasutatakse kahte tampooni, kusjuures tuleb vältida tampoonide kuivamist.

Konjunktiivi sekreet. Sagedasemad silma sidekesta põletiku tekitajad on *Haemophilus aegyptius, Haemophilus influenzae, Moraxella lacunata, Diplococcus pneumoniae, Neisseria gonorrhoeae, Corynebacterium diphtheriae.*

Proovid võetakse kummastki silmast eraldi tampooniga, mis on niisutatud füsioloogilises lahuses.

Eritised uretriitide ja vaginiitide puhul. Nende tekitajateks võivad olla *Neisseria gonorrhoeae, Streptococcus faecalis, Streptococcus haemolyticus*, stafülokokid, *Escherichia coli, Aerobacter aerogenes, Bacteroides*, anaeroobid (*Veillonella*), *Candida* jt.

Täiskasvanutel võetakse eritist tampooni või traataasa abil *urethra*'st või *vagina*'st. Lastel tekkiva vulvovaginiidi puhul võetakse uurimismaterjal *vagina*'st steriilse tampooniga.

Bakterioloogiline uurimine endometriidi puhul. Puerperaalnakkuse puhul on haigusetekitajad kahte liiki: 1) väljastpoolt sattunud, mida genitaaltraktis tavaliselt ei leidu, näiteks *Streptococcus haemolyticus*; 2) sageli on genitaalides näiteks anaeroobsed streptokokid ja bakteroidid, *Escherichia coli*, stafülokokid ja *Clostridium perfringens*. Et enamikul juhtudest tuleb mõelda anaeroobsetele mikroobidele, siis peab seda saatelehele eraldi märkima, sest tavaliselt kasutatakse anaeroobset kultiveerimist harva.

Proov võetakse emakakaela kanalist, kusjuures välditakse saastumist tupeflooraga.

Seljaaju-, pleura-, perikardi- ja peritoneumi-

v e d e l i k. Nimetatud vedelikes esinevad mikroorganismidest sagedamini kokid, näiteks *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Brucella*, *Listeria monocytogenes*, mõned enterobakterid, *Mycobacterium tuberculosis*, *Bacteroides* ja *Fungi*.

Uurimiseks võetakse vedelikud punktsiooni teel. Vedelik aspireeritakse süstlasse või lastakse voolata truakaari kaudu katseklaasi. Uurimiseks vajalik vedelikuhulk on 10 ml. Nende operatsioonide puhul peab aseptikanõudeid eriti täitma. Vedelik tuuakse kohe ja soojalt laboratooriumi.

L i i g e s e õ õ n e v e d e l i k. Liigeseõõnevedelik on enamikul juhtudest steriilne. Vahel harva võib selles leida *Neisseria gonorrhoeae* ja muid kokke. Vedelik aspireeritakse süstlasse ja seejärel surutakse katseklaasi.

Enamik nimetatud uurimistest kuulub mitteepideemiliselt levivate bakterhaiguste rühma, s. o. kliinilise bakterioloogia valdkonda. See haiguste rühm jäi varajasematel aegadel bakterioloogiliselt uurimata. Puuduse likvideerimiseks asutati Tallinna Linna TSN Tervishoiu Osakonna Kesklaboratooriumi baasil bakterioloogialaboratoorium, mis praegu kuulub Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama bakterioloogialaboratooriumi koosseisu.

ЗАБОР МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Х. Лыйв

Р е з ю м е

Качество бактериологического анализа выделений, эксудатов и других материалов зависит не только от методов и уровня исследования, но и от правильного забора материала для исследования, способа его хранения и условий транспортировки в лабораторию.

Забор материала для исследования так же важен, как и каждый последующий этап бактериологического анализа, причем результат плохо или неправильно взятого для исследования материала может привести к ошибочному диагнозу со всеми вытекающими из этого последствиями.

В статье говорится о требованиях, предъявляемых к забору и направлению в лабораторию материалов для исследования, и детально описывается, как это надо делать в случае гноя, слизи глотки и носоглотки, выделений из уха, сосцевидного отростка и синусов, конъюнктивального секрета и спинно-мозговой, плевральной, перикардиальной, перитонеальной и внутрисуставной жидкостей.

SANITAARHARIDUSTÖÖ

FILMID SANITAARHARIDUSTÖÖS

Sanitaarharidustöös on tähtsal kohal mitmesugused meditsiinialased filmid. Kahjuks peab nentima, et nimetatud filme on veel vähe demonstreeritud. Selle üheks põhjuseks on asjaolu, et paljud asutused ja organisatsioonid pole teadlikud nende hankimise võimalustest.

Filmide näitamiseks tuleb koostada plaan ja vähemalt 3 päeva enne demonstreerimist Vabariikliku Filmilaenutuse Kontoriga kokku leppida. Selleks pöörduda Tallinnas Narva mnt. 63 (tel. 25-919 ja 25-720), Tartus H. Heidemanni t. 38 (tel. 26-82) ning Kohtla-Järve osakonnas Jõhvi-Edise (tel. 28-87).

Eesti NSV Vabariiklikus Filmilaenutuse Kontoris leiduvatest filmidest on osa hariliku laiusega (35 mm) ja osa kitsasfilmide koopiad. Viimaseid on otstarbekohane näidata seal, kus nõuetekohased aparaadiruumid puuduvad.

Kõigepealt nimetaksime mõningaid kitsasfilme, mis on ette nähtud meditsiinikoolidele. Neist võiks kasutada «Ateroskleroos ja koronaarpuudulikkus» (4 osas),

* — kitsasfilm
** — tavalise laiusega (35 mm) film
*** — tavalise laiusega (35 mm) ja kitsasfilm

«Sünnitusabi» (6 osas), «Loote ja vastsündinu asfüksia» (4 osas), «Üldkirurgia» (6 osas), «Valutustamine kirurgias» (6 osas) ja «Psüühiliste haiguste sümptomatoloogia» (6 osas). Meditsiinitöötajaile on pühendatud filmid «Tervise nimel»** (2 osas), milles käsitletakse meditsiinitöötajate võitlust inimese tervise eest, «Epilepsia» (4 osas) ja «Kõik oleks võinud olla teisiti»** (2 osas).

Sanitaarharidus- ja meditsiinialaseid filme on meil rohkesti. Kirjeldaksime neid teemade kaupa. Südamehaiguste profülaktika. «Südant peab hoidma»*** (1 osas), milles räägitakse reumaatilistest haigustest ja läbipõetud haiguste tagajärgedest. «Südamekaaslane»*** (1 osas) käsitleb südameoperatsioone, «Erutatud süda»*** (1 osas) annab ülevaate südameveresoonte haiguste profülaktikast, «Tuk-tuk»* (2 osas) tutvustab südamevereringet.

Soolte haigused. «Seda peab teadma»* (1 osas) käsitleb düsenteeriast hoidumist.

Gripp. «Ütleme gripile ei»* (1 osas), «Hoidke lapsi!»* (1 osas) ja «Gripile ei»** (1 osas).

Vaktsineerimine. «Ranged abinõud»* (1 osas).

Doonorlus. «Südame käsul»** (1 osas).

Kirurgia. «Kirurgi portree»** (3 osas) ja «Tähelepanu — operatsioon»* (2 osas).

Sünnitusabi ja günekoloogia. «Enne lapse sündi»*** (1 osas), milles analüüsitakse enneaegse sünnituse põhjusi, «Iga naine peab seda teadma»*** (1 osas) vähi tekkepõhjustest. «See pole haigus»*** (1 osas) käsitleb klimakteeriumi, «Ma polnud küllalt tähelepanelik»** (1 osas) räägib abordi kahjulikkusest. Kõik nimetatud filmid on alla 16 aasta vanustele keelatud. «Nende eest hoolitsetakse»* (1 osas) annab juhendeid vastsündinu eest hoolitsemisest ja «Aga mina ei teadnudki»** (1 osas) annab ülevaate raseda juriidilistest õigustest.

Närvisüsteemi haigused. «Sõna ravib»** (2 osas) selgitab sõna mõju inimese ajukoore kaudu (alla 16 aasta vanustele keelatud).

Poliomüeliit. «Lootuse sügis»** (2 osas), milles räägitakse poliomüeliidivastasest võitlusest Eesti NSV-s.

Silmade tervishoid. «Hoidke nägemist lapsepõlvest peale!»***(1 osas) analüüsib lühinägevuse põhjusi lastel, «Hoidke silmi!*** (1 osas).

Võitlus soolenugilistega. «Ohtlik kostitus»*** (1 osas).

Ornitoos. «Ornitoos»*** (1 osas).

Kehakultuur. «Nad on teie sõbrad»** (1 osas) peatub arstide ja treenerite tööl, «Pikendatud noorus»** (1 osas) juhib tähelepanu sellele, kuidas kehakultuur aitab pikendada eluiga, «Ma ei taha enneaegu vananeda»** (1 osas).

Nahahaiguste profülaktika. «Kui tähtis on hoolitseda naha eest»** (1 osas) ja «Mis tõi teda siia?»*** (1 osas) valgustavad loomade kaudu edasikantavaid nahahaigusi.

Võitlus kärbestega. «Halastust ei ole»** (1 osas).

Peale mainitute on veel palju muid filme, nagu «Võitlus valuga»** (2 osas, alla 16 a. vanustele keelatud), ringvaade «Tervis» nr. 5, 6, 7, ja 9*, «Läbi terve elu»* (1 osas), milles jutustatakse jaoskonnaarstist, «Maailm avaneb kapillaarides»** (2 osas), mis käsitleb mikrobioloogiat. «Elukiired»** (1 osas) räägib ultravioletkiirte tervistavast mõjust, «Perekonna sõbrad»*** (1 osas) lastearstidest ja «Teie tervise heaks»*** (1 osas) annab ülevaate nõukogude arstiteaduse saavutustest. «Teie riskite eluga»*** (1 osas) arsti poole pöördumise tarvilikkusest, «Vibratsioontõbi»*** kirjeldab vibratsioontõve tekkepõhjusi ja ravi, «Suhtuge sellesse tõsiselt!»*** (1 osas) jutustab Punase Risti Seltsi tegevusest. «Süda tuksub jälle»*** käsitleb inimese elustamist, «Tervise saladus»** (1 osas) — tervislikku toitumist, «Toksoplasmoos»*** (1 osas) — suhteliselt vähe tuntud haigust. «Palun tähelepanu!»* (1 osas) tehakse juttu vaimse töö tervishoiust, «Tööstushügieen»* (1 osas) keemiatööstusest, «Olge vee peal ettevaatlikud!»* (2 osas) õnnetuste vältimisest veekogudel viibimisel, «Nähtamatute sõprade otsingul»* (2 osas) — kasulikest mikroobidest, «Tähelepaneliku silmaga»* (1 osas) laste lülisamba kõverdumisest.

Eespool toodud filmid on valminud aastail 1963—1966. Filmilaenutuskontoris leidub veel varasematest aastatest pärinevaid filme, mida võib näidata suure eduga. Hakkab silma, et filmid paljudest tõsistest haigustest ei ole veel leidnud teed kinoekraanile. Samuti pole käsitletud elu- ja töötingimuste, nagu müra, tolmu, inimeste käitumise, saastunud õhu jne. mõju inimese tervisele. Loodame, et meditsiinitöötajate aktiivsel kaasabil saame üle ka sellest lüngast.

M. Saks

MITMESUGUST

DISKUSSIOON MITTENAKKUSLIKE HAIGUSTE EPIDEMIOLOOGIA KÜSIMUSES

Arstiteaduse kandidaat *H. PIHL*

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Seni oleme pidanud endastmõistetavaks, et mõisted «epideemia» ja «epidemioloogia» on seotud nakkushaigustega. Seda kinnitavad oskussõnastikud, entsüklopeediad ja mitmesugused käsiraamatud (1, 2, 15, 16 jt.). Ka «Õigekeelsuse sõnaraamat» (17) nimetab epideemiat (r ä n d)-t a u d i k s ja epidemioloogiat õ p e t u s e k s t a u d i d e s t.

Kui resümeerida NSV Liidu silmapaistvamate epidemioloogide I. Jolkini (5), V. Ždanovi (6), L. Kats-Tšernohvostova (9) jt. arvamusi, siis võiks epidemioloogiat defineerida teadusena, mis uurib nakkushaiguste tekkimise, levimise ja vaibumise seaduspärasusi ning töötab välja nende tõrje- ja profülaktikaabinõud. Mitmed, eriti anglo-ameerika teadlased annavad mõistele «epidemioloogia» hoopis erineva sisu. Tüüpiliseks näiteks on B. Mac Mahoni ja kaasautorite monograafia «Epidemiologic Methods», mille venekeelne tõlge ilmus 1965. a. pealkirja all «Epidemioloogiliste meetodite kasutamine mitteinfektsioossete haiguste uurimisel» (10). Selles nimetatakse epidemioloogiat teaduseks haiguste levikust ja seda mõjustavaist tegureist. Esitatud määratlusest ilmneb, et epidemioloogiat ei trakteerita ainuüksi nakkushaigusi käsitleva distsipliinina, vaid teadusharuna, mis tegeleb kõikide haiguste levikuga. Ka mõistele «epideemia» annavad nimetatud autorid uue sisu, mõeldes selle all mistahes haigusesse tavalisest sagedamat haigestumist. Niisugused muudatused teoreetilistes kontseptsioonides kajastuvad ka praktikas. Nii on B. Mac Mahoni ja kaasautorite arvates Ameerika Ühendriikides tegemist vähemalt kahe mittenakkusliku haiguse epideemiaga, nimelt koronaarhaiguse ja kopsuvähi sageda esinemisega. Muuhulgas nad kinnitavad, et epidemioloogilisel uurimisel saadud andmed emakakaelavähi puudumise kohta nunnadel olevat üks väärtuslikke tähelepanekuid selle haiguse etioloogiat selgitava hüpoteesi püstitamisel.

J. Galston (14) kõneleb koguni alkoholismi, abielulahutuste, sigimatuse, õigusnormide rikkumise, migreeni, anoreksia jms. epideemiast ja epidemioloogiast. Mitmed meie arstiteadlased on niisugustesse epideemia ja epidemioloogia tõlgendustesse suhtunud kriitiliselt. Nii nimetas J. Kazanskaja (8) 1953. a. J. Galstoni arvamusi reaktsiooniliseks. J. Ragozin kaasautoritega (7) analüüsis J. Gordoni seisukohti, mille järgi termin «epidemioloogia» on tervishoiu diagnostiline distsipliin (*the diagnostic discipline of pyblic health*). Ühtlasi ta väidab, et niisugused tõlgendused võtavad epidemioloogialt tema peamise uurimisobjekti, s. o. nakkushaigused.

Kui mittenakkuslike haiguste epidemioloogiasse seni suhtuti enamasti eitavalt, siis vallandas 1965. a. 12. oktoobril ajalehes «Meditsinskaja Gazeta» ilmunud A. Tšaklini (12) artikkel «Pahaloomuliste uudismoodustiste epidemioloogia» nimetatud küsimuses elava diskussiooni. Sellest võtsid arvukalt osa mitmete erialade arstiteadlased.

A. Tšaklin, kes oli NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Onkoloogia Instituudi pahaloomuliste kasvajate epidemioloogia (!) sektori juhataja, kirjutab muuhulgas, et ta kahtleb, kas mõiste «epideemia» hõlmab ainuüksi nakkushaigusi. Edasi käsitleb ta epidemioloogiliste uurimismeetodite rakendamise perspektiive pahaloomuliste kasvajate etioloogia selgitamisel ja nende profülaktikas. Kahjuks

on selles probleemirikkas artiklis ka möödalaskmisi. Nii kirjutab autor ekslikult loomade kasvajate epidemioloogiast, arvestamata terminit «epizootoloogia». Sellest järeldub, et neil, kes mittenakkuslike haiguste epidemioloogiaga tegelevad või hakkavad tegelema, tuleks eelkõige tutvuda senise, s. o. klassikalise epidemioloogiaga, mis väldib nii terminoloogilisi kui ka sisulisi eksimusi.

Kui jutt on juba terminoloogiast, siis võiks viidata sellele, et kreekakeelne väljend ἐπι-δήμιος vastab eesti keeles ligilähedalt «rahva seas levinud» (*ἐπί* on pronoomen, δῆμος — maa, rahvas). Mõiste «epidemioloogia» moodustamiseks on lisatud veel λόγος (sõna, õpetus, teadus). Seega võiks öelda, et epidemioloogia on teadus rahva (*resp.* inimeste) hulgas levivatest nähtustest, milleks võivad olla ka nakkushaigused.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teraapia Instituudi organisatsioonilis-metoodilise osakonna juhataja I. Rõvkin (11) rõhutab, et mittenakkuslike haiguste epidemioloogia uurimist juhib Ülemaailmne Tervishoiu Organisatsioon. Nii uuritakse kogu maailmas (kaasa arvatud Nõukogude Liit) südame ja vereringe haiguste epidemioloogiat. On selgunud, et hüpertooniatõbi areneb peamiselt nendel isikutel, kelle tegevus on seotud kõrge neuropsüühilise pingega. Kui viimane soodustab koronaarsoonte ateroskleroosi, siis füüsiline tegevus pidurdab selle tekkimist. I. Rõvkin on arvamusel, et mittenakkuslike haiguste uurimine seoses töö- ja olustikutingimustega vastab nõukogude arstiteaduse profülaktilisele suunale. Mõiste «mittenakkuslike haiguste epidemioloogia» kasutamine on igati õigustatud.

A. Šadrin rõhutab (13) veel, et pole põhjust karta, nagu mittenakkuslike haiguste epidemioloogiaga tegelemine desorganiseeriks sanitaar- ja epidemioloogiaasutuste tegevust ning vastavate distsipliinide õpetamist meditsiiniõppeasutustes. Tema arvates ei hõlma sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töö üksnes nakkushaigusi. Mittenakkuslike haiguste epidemioloogia ja profülaktika teaduslik põhjendus ainult rikastab nende tegevust.

G. Goldberg (3) väidab, et ajaloos on ette tulnud juhtumeid, kus terminit «epidemioloogia» on kasutatud mittenakkuslike haiguste puhul. Nii nimetas N. Pirogov sõdu traumade epideemiaks, endokrinoloogias aga tuntakse juba ammu mõistet endeemia. Seejuures ta leiab, et nakkushaiguste uurimise ja tõrjega tegelevaid asutusi pole õige kohustada tegelema ka mittenakkuslike haiguste epidemioloogiaga. Samuti ei pea ta otstarbekaks viimase lülitamist epidemioloogia praegustesse õppeprogrammidesse. Et mittenakkuslike haiguste epidemioloogia on tihedasti seotud onkoloogia, kardioloogia jm. distsipliinidega, siis peaksid seda käsitlema ja ellu rakendama vastavate erialade spetsialistid.

Eitavale seisukohale termini «mittenakkuslike haiguste epidemioloogia» suhtes on asunud professor I. Jolkin (4). Ta meenutab 1960. a. Prahas korraldatud rahvusvahelist sümpoosioni, kus võeti vastu järgmine epidemioloogia mõiste määratlus: «Epidemioloogia on arstiteaduse iseseisev haru, mis tegeleb nakkushaiguste tekkimise ja leviku põhjuste uurimisega inimühiskonnas, kasutades saadud teadmisi nende haiguste vastu võitlemiseks, vältimiseks ning likvideerimiseks». Ülemaailmne Tervishoiu Organisatsioon nimetatud seisukohta ei arvestanud, vaid koguni asus mittenakkuslike haiguste epidemioloogia uurimise organiseerija positsioonile. I. Jolkin arvab, et epidemioloogia lihtsalt ei suuda uurida kõigi haiguste tekke ja leviku seaduspärasusi. Ta ei nõustu epidemioloogia muutmisega konkreetsest nakkushaigusi käsitlevast teadusest mingiks üldteaduseks. I. Jolkin rõhutab, et selgepiiriliselt on vaja eristada epidemioloogiat kui teadust ja epidemioloogilise uurimise viise. Seega nõustub ta epidemioloogilise uurimise meetodite kasutamisega ka muude haiguste tundmaõppimiseks.

Kokku võttes tuleb alla kriipsutada sellise mõttevahetuse vajalikkust ja kasulikkust. Diskussioon mittenakkuslike haiguste epidemioloogia valdkonnas on kaasa aidanud juba ammu kasutusel olevate mõistete ja terminite sisu avamisele ning erinevate arstiteaduse distsipliinide lahknevuste ja kokkupuutealade konkretiseerimisele. Mida ulatuslikumalt arstiteadus rakendab epidemioloogilise uurimise meetodeid, seda viljakam on võitlus inimese tervise ja heaolu eest.

Epidemioloogidel ei tohiks olla põhjust nördida, vaid nad peaksid pigem rahuldust tundma, sest nende poolt aegade jooksul väljatöötatud ja ajaloo proovitules karastunud uurimismeetodid on end õigustanud ja üldise tunnustuse leidnud. Selguse huvides oleks nakkushaiguste ja mittenakkuslike haiguste epidemioloogiat otstarbekohane hakata mingil viisil eristama terminoloogia seisukohalt. Nii võiks klassikalise epidemioloogia kõrval, mis piirdub nakkushaigustega, mittenakkuslike haiguste epidemioloogiat nimetada n o s o e p i d e m i o l o o g i a k s (kr. νόσος — haigus) analoogiliselt juba kasutatavatele terminitele nosogeograafia, nosograafia, nosoloogia jt.

Näib, et käesoleval ajal tuleks epidemioloogidel vähem diskuteerida terminoloogiliste lahkuminekute üle ja rohkem mõelda hoopis mahajäämise võimalusele. Mittenakkuslike haiguste spetsialistid on epidemioloogilistel uurimistel, mis sageli hõlmavad vägagi arvukaid kontingente, omandanud mitte üksnes epidemioloogilise uurimise põhialused, vaid nad täiendavad neid meetodeid kaasaja teaduse saavutuste varal. Ka nakkushaiguste uurijatel on aeg täiustada kogutava informatsiooni registreerimise süsteemi (perfokaartide kasutamine jms.) ning mõelda laekuvate andmete programmeeritud läbitöötamisele elektronarvuteil. Epidemioloogidel on ajaga vaja sammu pidada, sest seda nõuab nende püüdluste lõppeesmärk — nakkushaiguste likvideerimine.

KIRJANDUS: 1. БМЭ, изд. второе, М., 1964, т. 35, 609—629. — 2. БСЭ, изд. второе, М., 1957, т. 49, 117—121. — 3. Г о л ь д б е р г Г. Мед. газета, 21 января 1966 г. — 4. Е л к и н И. Мед. газета, 21 января 1966 г. — 5. Е л к и н И. И. Предмет и задачи эпидемиологии. В кн.: Курс эпидемиологии, М., 1958, 5—7. — 6. Ж д а н о в В. М. Эпидемиология, М., 1961. — 7. Избранные вопросы эпидемиологии. Под ред. И. И. Рагозина и др., М., 1964. — 8. К а з а н с к а я Ю. А. Сов. здравоохр., 1953, 3, 51—58. — 9. К а ц - Ч е р н о х в о с т о в а Л. Я. Эпидемиология. М., 1957. — 10 М а к М а н Б. и др. Применение эпидемиологических методов при изучении неинфекционных заболеваний. М., 1965. Перев. с англ. — 11. Р ы в к и н И. Мед. газета, 8 февраля 1966 г. — 12. Ч а к л и н А. Мед. газета, 12 октября 1965 г. — 13. Ш а д р и н А. Мед. газета, 8 февраля 1966 г. — 14. G a l s t o n, J. tsit. 8 j. — 15. Võõrsõnade leksikon. Tallinn, 1961. — 16. Wörterbuch der Medizin. Berlin, 1964. — 17. Õigekeelsuse sõnaraamat, Tallinn, 1960.

ДИСКУССИЯ ПО ВОПРОСАМ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Х. Пихл

Р е з ю м е

Обмен мнениями по вопросу эпидемиологии неинфекционных болезней, в котором принимают участие многие видные специалисты нашей страны, является полезным и даже необходимым.

Подобная дискуссия подтверждает, что чем шире различные специалисты применяют в своей области эпидемиологические методы исследования, тем плодотворнее их борьба за здоровье и благополучие человека.

У эпидемиологов не может быть повода к недовольству. Наоборот они должны быть удовлетворены, так как выработанные и испытанные ими методы оправдали себя и заслужили общее признание. Эпидемиологи не могут относиться отрицательно к стремлениям онкологов, терапевтов и других специалистов как можно глубже изучить причины возникновения и распространения болезней.

Однако для ясности целесообразно было бы терминологически разграничить эпидемиологию инфекционных и неинфекционных болезней. Довольно обоснованно наряду с классической эпидемиологией, ограничивающейся изучением инфекционных болезней, называть эпидемиологию неинфекционных болезней нозоэпидемиологией («нозос» по-

гречески обозначает болезнь) аналогично применяющимся уже понятиям нозогеографии, нозографии, нозологии и т. д.

Необходимо отметить, что понятия эпидемии и эпидемиологии лингвистически не являются связанными с понятием инфекции. В греческом языке они обозначают распространение среди народа каких-либо явлений, которыми могут быть и инфекции.

В настоящее время эпидемиологи должны не дискутировать расхождение во взглядах с другими специалистами, а наоборот, уделять больше внимания опасности возможного отставания.

В своих исследованиях, охватывающих часто большой контингент больных, специалисты неинфекционных болезней не только применяют эпидемиологические методы, но и дополняют их современными достижениями науки и техники.

TERVISHOIUPROBLEEMID AJALEHES «EDASI»

Et vabariigis populaarteaduslikku meditsiinilist ajakirja veel ei ilmu, on tervishoiuküsimuste käsitlemisel perioodikas suur tähtsus. Käesolevas kirjutises on vaatluse alla võetud Tartu linna ja rajooni häälekandjas «Edasi» 1965. aastal ilmunud tervishoiuteemalised artiklid.

Möödunud aastal avaldati «Edasis» 181 tervishoiuteemalist kirjutist (aasta kogumahust moodustab see 2,3%). Probleeme, mida ajaleht peab valgustama, on küllaltki palju. Ometi võiks tervishoiule antud ruum suurem olla (3—5%). Kõigist tervishoiule pühendatud kirjutistest moodustavad üle poole ja mahult ligi kolmandiku informatsioonilised lühiartiklid ja intervjuud. Aktuaalseid probleeme käsitlevaid artikleid on vaid 31 (27% mahust) ja sanitaarhariduslikke kirjutisi 18 (vähem kui 20% mahust). Artiklite autoreiks on 67 juhul (37%) tervishoiutöötajad ja 114 juhul (63%) ajakirjanikud. Viimastele kuulub lõviosa informatsioonilistest kirjutistest.

Kõige paremini on «Edasis» kajastatud Tartu linna, rajooni ja ka vabariigi tervishoiuasutuste tööd informatsioonilistes kirjutistes. On valgustatud meditsiinikooli ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna tegevust. Märkimist on leidnud kõigi arstiteaduslike väitekirjade kaitsmine Tartus. Ajalehes peegeldub ka Tervishoiutöötajate Maja tegevus. Ühtlasi ei ole unustatud tervishoiutöötajaid-juubilare. On tervitatav, et enamik linna ja rajooni täitevkomiteedes arutatud tervishoiuprobleemidest on jõudnud ajalehe veergudele. Tehakse juttu ka alalise tervishoiukomisjoni tööst. Samuti on käsitletud Punase Risti Seltsi ja rahvaülikooli tervishoiuteaduskonna tegevust.

Eraldi tuleks mainida intervjuusid aktuaalsetel teaduslikel teemadel mitmete arstiteaduskonna õppejõududega. Professor A. Linkberg vestles veresoonte kirurgia saavutustest Tartus ja üleliidulisest kirurgide konverentsist. Dotsent E. Raudam pajatas, mis on uudist neuroloogias ning andis ülevaate Jerevanis ja Kopenhaagenis toimunud konverentsidest. Muljeid Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni Euroopa büroo seminarilt jagas professor J. Saarma. Gerontoloogia ja geriaatria kohta esitatud küsimustele vastas hospitaalsisehaiguste kateedri assistent A. Vapra.

Ulatuslikumate probleemide käsitlemist ajalehes jätkab 1964. aastal alustatud diskussioon «Et arstiabi muutuks veelgi kättesaadavamaks». Tehakse juttu vabariigilise, linnalise ja rajoonilise alluvusega raviasutuste ning ülikooli arstiteaduskonna vahekorrast. Sama probleemi puudutab toimetuse töötaja G. Kuldvere «Kliinik ja kateeder» (30. jaanuaril). Tema 4. augustil ilmunud artiklis «Peost suhu elamisele kriips peale» tehakse juttu Tartu raviasutuste arenguperspektiividest. Kirjutises «Teadlased leiaksid veel rutem ja rohkem» räägib S. Vissak 1961. aastal loodud TRÜ elektrofüsioloogia- ja biofüüsikalaboratooriumi tööst organismi, eeskätt vereringe ja hingamise reguleerimise printsiipide väljaselgitamisel. «Edasi» vestlusringis arenenud mõttevahetusest tervishoiu-

asutuste kommunistliku töö liikumise alal annab ülevaate 20. jaanuari leht.

Kõige nõrgemad on kahtlemata sanitaarhariduslikud kirjutised, nende puhul ei ole lähtutud linna ja rajooni reaalsetest tingimustest. Gripi-, kõhutüüfuse- ja düsenteeria-alased artiklid on kirjutatud kuivalt ja igavalt ning ei kutsu lugema ega täida oma ülesannet.

Nende kõrval leidub mitmeid huvitavaid kirjutisi. Näiteks TRÜ Meditsiini Teadusliku Uurimise Kesklaboratooriumi teadusliku töötaja L. Allikmetsa ülevaade psühhofarmakoloogiast ja A. Arhipenko artikkel «Ravimine ravimiteta» Bakuu tervisetsooni kohta.

Uudne ja kiiduväärt on toimetuse algatus anda aktuaalsete tervishoiuprobleemide valgustamiseks ruumi mitmes ajalehenumbris. Mullu ilmus farmakoloogiaprofessor G. Kingissepa sulest kolme järgneva kirjutisena «Must vedelik», milles tehti juttu kohvist, selle omadustest ja toimest organismile. Aasta parimaks looks oli kahtlemata dotsent J. Riivi mõnusas stiilis kirjutatud viies ajalehenumbris jooksnud artikkel «Silm silma vastu oma südamega». Mainitud kirjutise tõstis ka Ajakirjanike Liit esile 1965. a. paremate artiklite hulgas.

«Edasis» on ilmunud tervishoiuasutuste tööst mitmeid huvitavaid reportaaže ja olukirjeldusi. Pealkirja all «Halloo, 03!» teeb ajakirjanik Ü. Vooglaid juttu linna kiirabijaamast. Sama autori fotoreportaaž «Kuremajas» pajatab huvitavat sünnitusmajast. Rubriigis «Meie päevade inimesi» jutustatakse dotsent L. Keresest ja arstiteaduse doktor L. Schotterist.

Tervishoiuprobleemid, eelkõige informatsioon linna ja rajooni tervishoiuasutuste tööst on ajalehes «Edasi» üsna laialdaselt ja mitmekülgselt kajastatud. Vajaka aga jääb sanitaarhariduslikest artiklitest nii kvantitatiivses kui ka kvalitatiivses mõttes. Ei saa leppida stiihilisusega: elatakse nagu juhusliku materjali najal, peost suhu. Tervishoiualases propagandas oleks tarvis kasutada mitmekesiseid ajakirjanduslikke žanre. Toimetuse juurde tuleks koondada ühiskondlik aktiiv linnas ja rajoonis töötavaist kogemustega arstidest, kes aitaksid leida kõige pakilisemad tervishoiuprobleemid ning asuksid neid valgustama.

M. Sikk

ARSTITEADUSE AJALOOST

ANDMEID VANA-LIIVIMAA MEDITSIINILISE KIRJANDUSE AJALOOST FEODAALSE KILLUSTATUSE AJAJÄRGUL

Arstiteaduse kandidaat *B. SCHAMARDIN*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski)*

Andmeid Vana-Liivimaa meditsiinilise kirjanduse kohta on vähe säilinud ja seda on vähe uuritud. Seni teati ainult ühe puhtmeditsiinilise sisuga koodeksi («Compendium medicum» 1431. aastast) olemasolust, mida hoitakse Tallinna Linna Riiklikus Arhiivis. Mitmete uurijate [K. Vassiljev kaasautoritega (3) jt.] arvates on mainitud raamat kuulunud Tallinna dominiiklaste kloostri raamatukogule. Võrdluseks olgu märgitud, et vana-vene meditsiinilist kirjandust on uuritud üksikasjalikumalt ja selle kohta on ilmunud mitmeid monograafiaid [L. Zmejev (5), M. Lahtin (6), V. Gruzdev (4), N. Bogojavlenski (1)]. Teatavat huvi võib pakkuda ka meditsiinilise sisuga käsikirjaline koodeks, mida säilitatakse Eesti NSV Riikliku Ajaloomuuseumi dokumentide fondis*.

* Fond 237, nim. 1, s.-ü. 1.

Selle pruunikas nahkköites koodeksi mõõtmed on 29×23,5 cm, ta on suletud vasest sulguriga ja sisaldab 310 lehte (à 2 lehekülge). Enamik lehtedest on paberist (mitmesuguste vesimärkidega), osa aga pärgamendist. Teos on kirjutatud gooti tähtedega ja ladina keeles, kusjuures rohkesti on kasutatud lühendeid, mis lugemist raskendab.

Koodeks koosneb mitmest pealkirjata traktaadist, kuid nende päritolule ja algallikaile mõnikord viidatakse tekstis.

Esimene, mahukaim traktaat, mis võtab enda alla 131 lehte, käsitleb sisehaigusi: südame-, rinnanäärme-, maksa-, põrna-, neeru-, sooltehaigusi jm. Traktaadi lõpul leiame väärtuslikke andmeid, mis võimaldavad koodeksi päritolu kohta järeldusi teha. Nii võib 131. lehel oleva märkme (see sissekanne on lõpetatud 10. novembril 1411. a.) järgi arvata, et selle traktaadi (võib-olla ka teisedki traktaadid) kirjutas Liivimaalt pärinev Lubbert (Lubbertus), kes oli õppinud Paaduas ja kuulanud Jacobus de Forlinio loenguid. Ilmselt on traktaat Jacobus de Forlinio (surnud 1413. a. Paaduas) loengute järgi kirja pandud, kes teatavasti [M. Neuburger (8)] oli Paadua ülikooli filosoofia ja arstiteaduse professoriks, samuti üks kuulsamaid Hippokratese, Ibn Sina ja Galenose kommenteerijaid. Koodeksis tsiteeritaksegi neid autoreid korduvalt.

Omaette traktaat (lk. 193a—200b) on pühendatud dieteetikale ja mitmesuguseid haigusi põdevate haigete hooldamisele. Näiteks on määratud podagrahaigete toitumisrežiim (Arnoldus de Villanova * järgi), kusjuures hoiatatakse tarvitamast ube, sealiha, jahikulli ja muude ulukite liha.

Üks traktaatidest (lk. 201a—221b) käsitleb mitmesuguste haiguste sümptoome ja ravi. Sümptoomide loetelu on esitatud teatmiku kujul. Käsikirjas leiame veel pealkirju, nagu «sügeliste vastu», «vereköhimise vastu», «rinnavalude vastu» ja «vesitõve vastu». Edasi kirjeldatakse ravitoiminguid ja mitmesuguste vahendite rakendamist. Tolle aja meditsiini mõistete kohaselt ei puudu siin ka vahendid «kurjade vaimude väljaajamiseks».

Filosoofilise sisuga traktaat (lk. 222a—235a) on esitatud peamiselt Aristotelese järgi. Selles mainitakse 11 raamatut metafüüsikast, 8 raamatut füüsikast, raamatut eostumisest ja kehast jne.

Traktaat palavikust (261a—282b) on kirjutatud Burchardus Albertuse järgi (Montpellier' ülikoolist). Traktaat anatoomiast (lk. 285a—302b) tugineb Mondino töödele (märge lk. 302b). Teatavasti oli Mondino Luzzi (1270?—1326) professoriks Bolognas. 1316. aastal koostas ta anatoomia õpiku, mis kahe sajandi kestel oli ainsaks anatoomia käsiraamatuks Lääne-Euroopas. Oma teostes kommenteeris ta sageli Hippokratest.

Koodeksi lõpul (lk. 303a—309a) antakse mitmesuguseid ravimite valmistamise (pillid, pulbrid, tinktuurid jm.) retsepte ja juhendeid. Kahel viimasel leheküljel (310a—310b) loetletakse aineid, mida kasutada ravimite valmistamiseks. Leheküljed algavad pealkirjaga: «Selleks juhuks, kui neid aineid, mis on kasulikud haiguste raviks, ei leidu — põhiainete ja aseainete nimestik» (näiteks «pro acacia — succus levistini, pro accedula — fructus tamarindi» jne.). Koodeksi mõnel lehel leidub marginaale, mis nähtavasti kujutavad hilisemaid märkmeid ja juurdekirjutusi (erinevate käekirjadega kirjutatud).

Kui otsustada koodeksi sisu järgi ja lähtuda Lubberti viitest õpingute kohta Paaduas (ilmselt Paadua ülikoolis, mis asutati 1222. a.), võib järeldada, et mitte ainult esimene traktaat, vaid ka muud osad on arstiteaduse üliõpilase üleskirjutused. Seda kinnitab ka traktaatide sisu ühtelangemine keskaegsete ülikoolide arstiteaduse kursusega, mis näiteks on

* Arnoldus de Villanova (1235—1312) oli silmapaistev hispaania arst ja kirjanik, Montpellier' ülikooli professor. Ta oli keskaegse skolastika vastane, kommenteeris keskajal tuntud teost «Regimen sanitatis salernitanum», töid teraapiast, dieteetikast ja toksikoloogiast.

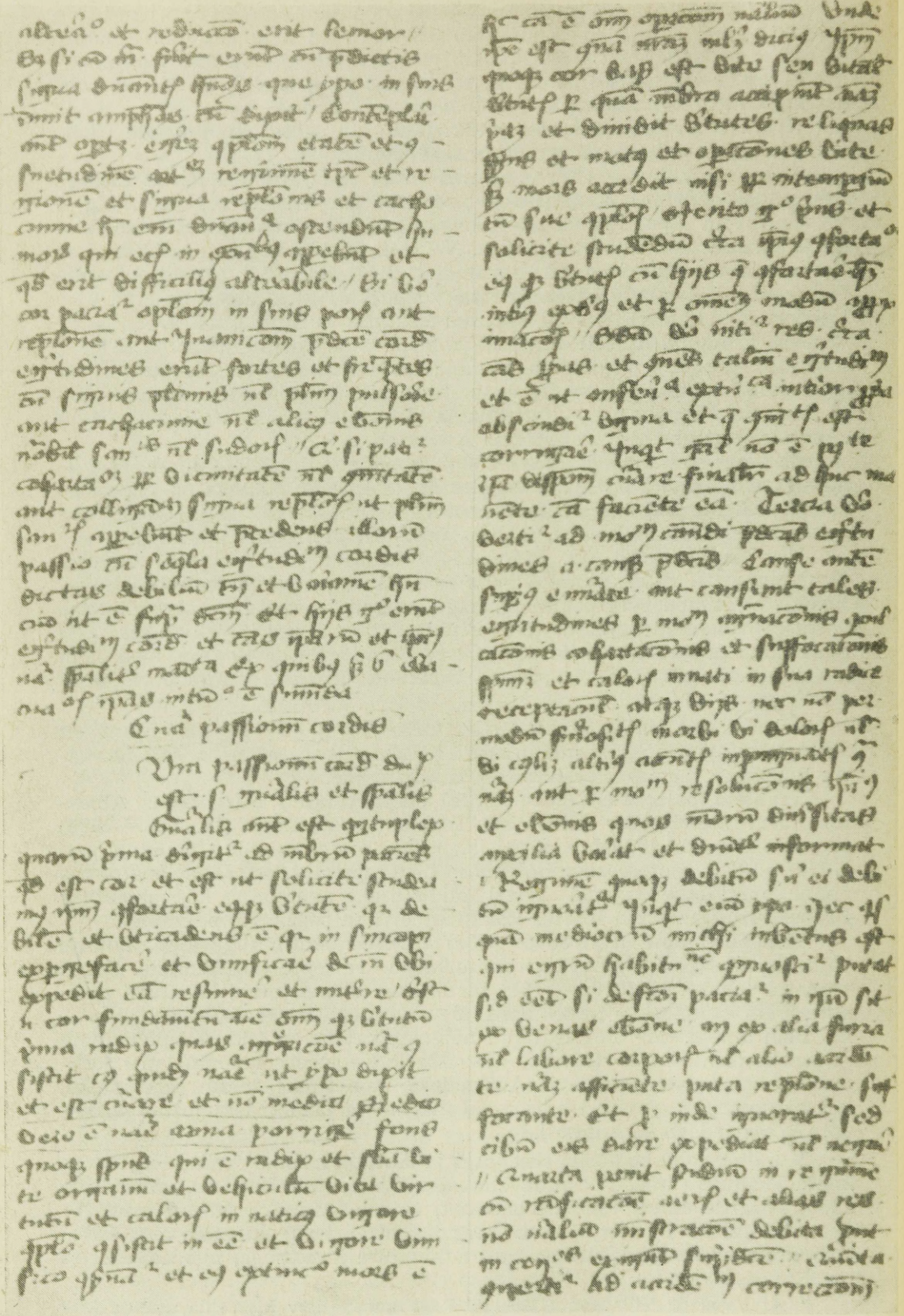


Foto.
Lehekülg käsikirjalisest meditsiinilisest koodeksist

esitatud F. Borodulini (2) raamatus. Arvatavasti toodi koodeks Tallinna ja paigutati ühe kloostri (dominiiklaste või naistsistertslaste) raamatukokku, kust ta pärast reformatsiooni tõenäoliselt sattus endiste kloostrite raamatute fondist moodustatud raamatukokku, hiljem aga Eesti NSV Riikliku Ajaloomuuseumi dokumentide fondi. Seda oletust kinnitab asjaolu, et ka paljud teised Eesti NSV Riiklikus Ajaloomuuseumis leiduvad käsikirjad on niisuguse päritoluga.

Andmed Lubberti isiku, tema rahvuse, päritolu ja elukutse või tegevuse kohta on ebapiisavad. Koodeksis märgitakse, et ta on pärit Liivimaalt — «de Lyvonia». L. Arbusowi järgi mainitakse Tallinnas aastail 1429, 1431, 1432 ja 1433 kedagi Lubberti-(Lubberdi) nimelist, kes traktaadi kirjutajaga võib identne isik olla. Et Lubbert õppis Paaduas, võib arvata, et ta sai seal arstikutse ja tuli tagasi kodumaale (Vana-Liivimaale) ning asus Tallinna.

Märkimist väärib veel Eesti NSV Riikliku Ajaloomuuseumi dokumentide fondis leiduv käsikiri *, mis sisaldab ka meditsiinilisi fragmente (arstimisõpetusest ja retseptuurist, ühe anatoomilise joonise inimesest, taimsete, loomsete ja mineraalsete ravivahendite loetelu jne.). Andmeid käsikirja päritolu ega vanuse kohta ei leidu, kuid üksikute fragmentide kirja järgi võib oletada, et need pärinevad XV—XVI sajandist (H. Saha).

Käesolevas töös uuritud käsikirjade dešifreerimisest võttis osa Tallinna Linnamuuseumi vanem teaduslik töötaja H. Saha, kellele siinjuures tänu avaldan.

KIRJANDUS: 1. Богоявленский Н. А. Древнерусское врачевание в XI—XVII вв. Источники для изучения истории русской медицины. М., 1960. — 2. Бородулин Ф. Ф. История медицины. М., 1961. — 3. Васильев К. Т., Григораш Ф. Ф., Краусс А. А. Материалы по истории медицины и здравоохранения Латвии. Рига, 1959. — 4. Груздев В. Ф. Русские иконописные лечебники. Л., 1946. — 5. Змеев Л. Ф. Русские врачебники. СПБ, 1896. — 6. Лахтин М. Ю. Старинные памятники медицинской письменности. М., 1911. — 7. Arbusow, L. Livlands Geistlichkeit vom Ende des 12. bis in 16. Jahrhundert. Mitau, 1904. — 8. Neuburger, M. Geschichte der Medizin. Bd. II, Stuttgart, 1911.

ДАННЫЕ К ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПИСЬМЕННОСТИ СТАРОЙ ЛИВОНИИ В ЭПОХУ ФЕОДАЛИЗМА

Б. Шамардин

Резюме

Сведения о медицинской письменности в Старой Ливонии очень скудны, поэтому этот вопрос мало изучен. В связи с этим некоторый интерес представляет рукописный кодекс медицинского содержания, находящийся в документальном фонде Эстонского государственного исторического музея. Он состоит из ряда отдельных частей (трактатов), не имеющих заглавий, но в некоторых случаях со ссылками на их происхождение.

Первый наиболее объемистый трактат охватывает 131 страницу и содержит учение о внутренних болезнях (болезни сердца, молочной железы, печени, селезенки, кишечника, почек и др.). В конце этого трактата имеются очень ценные сведения о его происхождении, из которых следует, что этот трактат (как, по-видимому, и другие трактаты кодекса) был написан выходцем из Ливонии Луббертом (запись закончена 10 ноября 1411 г.) во время его учебы в Падуе по лекциям Якова де Форлинио (Jacobus de Forlinio). Таким образом трактат представляет собой, очевидно, запись лекций Якова де Форлинио, который, как известно, был профессором философии и медицины Падуанского университета (умер в 1413 г. в Падуе) и одним из наиболее известных комментаторов Гиппократа, Ибн Сины и Галена. Поэтому в тексте рукописи неоднократно встречаются ссылки на этих авторов.

Один из трактатов посвящен вопросам диететики и режима больных при различных заболеваниях по Арнольду из Виллановы, другой — лечению различных заболеваний и их симптомов, перечень которых дается в форме справочника.

Далее следуют трактат по философии и трактат о лихорадках. Трактат по ана-

* Fond 237, nim. 1, s.-ü. 205.

томии приводится по Мондино из Болоньи, известному автору руководства по анатомии (составлено им в 1316 г.).

В конце кодекса приводятся различные рецепты, методы изготовления лекарств (пилюль и др.). Две последние страницы его содержат перечень веществ-заменителей при изготовлении лекарств.

Судя по содержанию кодекса, а также исходя из указаний Лубберта об учебе в Падуе (очевидно, в Падуанском университете), можно предположить, что не только первый трактат, но и остальные части кодекса представляют собой записи медицинской учебы.

Заслуживает внимания вторая рукопись, хранящаяся в Эстонском государственном историческом музее, которая также содержит медицинские фрагменты (о лечении и рецептуре, анатомический рисунок человека, перечень растительных, животных и минеральных средств и т. д.). Данные о происхождении и давности этой рукописи отсутствуют. По шрифту отдельных фрагментов можно предположить, что они написаны в XV—XVI столетиях.

VIISAASTAKU TÄHISED

TALLINNA KEEMIA JA FARMAATSIA TEHAS REKONSTRUEERITAKSE

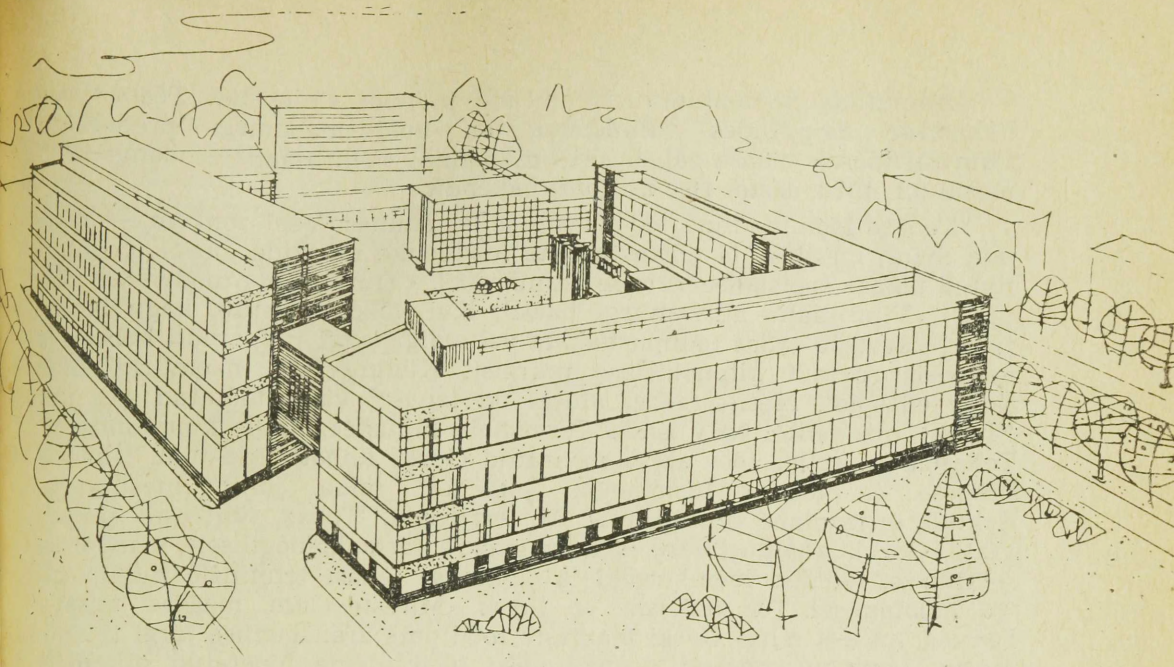
Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehas, mis pärast Eesti NSV Rahvamajanduse Nõukogu likvideerimist kuulub jälle NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi alluvusse, lõpetas seitseaastaku silmapaistva eduga. Kogutoodang kasvas 2,5-, tööviljakus 1,5-kordseks. Omahind langes 95,3-lt 86,9-le. Seitsme aasta plaan ületati 21,8% ehk 7,3 miljoni rubla ulatuses. Üleplaanilist toodangut anti seejuures peaaegu niisama palju, kui palju plaanis oli ette nähtud anda ühe aasta kogutoodanguna. Niisuguste näitajate üle võib rõõmu tunda iga ettevõte.

Veelgi rohkem võib seda tunda murrangu üle, mis toimub tehases rahvamajanduse arendamise viie aasta plaani alusel. Ettevõte rekonstrueeritakse. Nagu juba rekonstrueerimise ulatusestki võib näha, on ministeeriumil tehasega suurejoonelised kavatsused. Kui ettevõte seni kuulus väikeste hulka, siis viisaastaku lõpuks astub ta Nõukogude Liidu farmaatsiatehaste esiritta.

Praegu on tehase tootmispind väike, automatiseerimine ei tule kõne alla, jaoskondade ja ladude vahelist transporti ega laomajandust ei saa vajalikul määral mehhaniseerida. Seetõttu on rekonstrueerimine hädavajalik. Et võimsust olulisel määral tõsta ja nõudmisi kvantiteedi ja kvaliteedi poolest paremini rahuldada, on tingimata vaja uusi ruume ja moodsat sisseseadet. Õiguse nendele on tehase töötajad tubli tööga välja teeninud. Matrossovi tänava äärde, vanadest töökodadest linna poole ehitatakse uus, neljakorruseline tootmishoone, mille pikkus on 70 ja laius 18 meetrit. Arhitektuuriline lahendus leiti hoonele «Eesti Tööstusprojektis» (arhitekt U. Rosme, projekti peainsener H. Verk). Rekonstrueerimisele kulutatakse umbes 3,5 miljonit rubla.

Suur osa uutest korpustest kavatsetakse sisustada kõige ajakohasemate seadmetega. Ampullide valmistamine automatiseeritakse. Automaatliini ühest otsast läheb klaastoru sisse, teisest otsast tulevad ampullid välja — lõigatuna, pestuna, täidetuna, steriliseerituna ja nägusalt pakituna. Esmakordselt luuakse võimalus aseptiliseks tootmiseks. Mitmekordselt laieneb kahe tsellofaanlehe vahele pakitavate tablettide tootmine automaatide abil.

Rekonstrueerimist alustatakse 1967. ja lõpetatakse 1969. aastal. Toodangut hakatakse uues tootmishoones andma 1969. a. viimases kvartalis. Ettenähtud võimsuse saavutab tehas 1970. aastal.



Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehase rekonstrueerimise projekti perspektiivvaade Tondi jaama poolt (arhitekt U. Rosme, projekti peainsener H. Verk)

Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehas on 1914. a. saksa apteekrite poolt asutatud aktsiaseltsi «Ephag» (Estländische Pharmazeutische Handelsgesellschaft) järglane. Nagu mäletab tehase direktori asetäitja teaduslikul alal keemiakandidaat A. Sinka, oli vabriku aktsionärideks kodanliku perioodi lõpul ümmarguselt 60 farmatseuti, arsti ja ärimeest, valdavas osas sakslased, kuigi osa aktsiatest oli juba eestlaste kätte läinud. Vabrikus töötas 40 inimest, ampullide osakonnas 7. Masinaid ei olnud, iga ampull pesti ja täideti ükshaaval, kõik tehti käsitsi. Päevas täideti 500 ampulli. Praegu valmistatakse päevas 250 000 ampulli, seega tunduvalt rohkem kui tol ajal aasta jooksul.

Tehase kasvust viimastel ja eelolevatel aastatel annavad mõnesuguse pildi järgmised arvud.

	1958	1965	1970
Kogutoodang (tuhandetes rublades)	3147	8081	20 685
Ravimid ampullides (miljoneid ampulle)	31,2	70,6	100
Ravimid jaepakendis (miljoneid pakendeid)	24,1	43,3	150
Tööliste arv	234	396	991

Nagu näeme, on viie aasta plaanis peaõhk pandud ravimitele jaepakendis, mille toodang kasvab 3,5 korda. Näitena võib öelda, et 1965. a. toodeti apilaaki 89 tuhat jaepakendit, 1970. aastal suureneb toodang 1,0 miljonile jaepakendile. Barbamüüli valmistamine tõuseb vastavalt 4,2 miljonilt 6,5 miljonile, piperasiin-adipinaat 4,2 miljonilt 21,0 miljonile.

Uutena on nomenklatuuris (arvud jällegi miljonites jaepakendites) aspiriin 6,5, norsulfasool 13,0, kodeiin-terpiinhüdraat 4,0, piperasiin-kofeiin 3,1, askofeen 2,0 jne.

Tablettide kõrval hakatakse valmistama draažeesid ja kestaga tablette. Viimastest toodetakse palderjanijuure pulbrit 2,5, sedasama koos bromiidide ja kodeiiniga 1,5, naatriumparaaminosalitsülaati 1,0, kamfodaali (jood, kaaliumjodiid, monobromaatkamper ja fenobarbitaal) 0,5. Naatriumparaaminosalitsülaati hakatakse tootma ka granulaadina — 1,0 miljon jaepakendit.

Ampullide nomenklatuuris on uue tootena aminasiin. Tõenäoliselt hakatakse ampullides valmistama ka uusi maomürgi preparaate. Suuresti tõuseb tehase galeenilises osakonnas «Viprosaali» toodang: 1965. aastal 0,1, 1970. aastal 10,7 miljonit pakendit.

Tehase loominguline töö jätkub selles suunas. Veel rohkem — ravimid mao-, mesilas- ja teiste taoliste looduslike mürkide alusel on muutunud tehase spetsialiseerumise eesmärgiks. «Vipraksiini» toodetakse rästiku-, «Viprosaali» gürzamürgi baasil. Kui kõik õnnestub, nagu loodetakse, kavatseb tehas tootma hakata valuvaigistavat preparaati kobra- ja epilepsia ravimit kilpnokislase mürgist. Kümmekond maomürki ootab järge edaspidi. Mesilasmürgi alusel on tehasel välja töötatud viis uut ravimit, mis esitati NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumile kinnitamiseks. Tehasele on selles töös abiks määratud Gorki Lobatševski-nim. Ülikooli inimese ja looma füsioloogia kateeder, mida juhib mesilasproduktide eriteadlane professor N. M. Artjomov. Tehas sünteesib preparaate, Gorkis analüüsitakse neid, uuritakse farmakoloogiliselt, standardiseeritakse, tehakse loomkatseid ja aidatakse tehast tehniliste tingimuste väljatöötamisel. Töö tellijaks on tehas. Ministeerium määras piisava summa, millest tehas Gorki teadlaste tööd oma äranägemise järgi finantseerib. Lepingu kohaselt peavad need tööd olema lõpetatud hiljemalt 1967. aastal.

Head sidemed on tehase juhtkonnal Tartu Riikliku Ülikooliga, Harkovi Farmaatsia Teadusliku Uurimise Instituudiga ja Novosibirski Meditsiini Instituudi kaudu tuntud reumatoloogi professor Zalesskiga, kes tehast spetsiifilistes probleemides vajaduse korral abistavad.

Tehase laboratoorium, kus töötab 13 inimest, on kitsaks jäänud. Olukorra parimat lahendust näevad tehase teaduslikud töötajad selles, et praegune laboratoorium muutuks uute ravimite sünteesimise instituudiks, koosseisuga 40 inimest. Instituut jääks seejuures, nagu praegune laboratooriumgi, tehasega vahetult seotuks.

M. Kink

SANATOORIUMIDE JA PUHKEKODUDE VÕRK LAIENEB

NLKP XXIII kongressi direktiivides rõhutatakse vajadust parandada töötajate ravi ja puhkuse korraldamist. Mida kavatsetakse meil sel alal teha ametiühingute kaudu? Esitasime selle küsimuse Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu esimehe asetäitjale Ü. Käbinile.

«Viisaastaku kestel laiendame märgatavalt mudaravi saamise võimalusi», jutustas U. Käbin. «Kohtade arv sanatooriumides suureneb 550 võrra ehk üle 40%. 1967. a. hakkame ehitama uut mudaravilat Haapsallu, millega loodame Haapsalu kuurordi kunagise kuulsuse taastada. Ravila valmib 1969. aastal. Maksumuseks on arvestatud ümmarguselt 1 miljon rubla. Uues raviasutuses on võimalik teha 800 protseduuri vahetuses. Mudaravila ja sellega ühenduses olev polikliinik sisustatakse kõige ajakohasemate meditsiiniliste aparaatidega. Ruumide jaotus tagab patsientidele maksimaalsed mugavused, samuti kiired ja häireteta raviprotseduurid. Haapsalu sanatooriumi «Laine» laiendame 1969. aastal 300 voodikoha võrra, samuti ehitatakse sinna söökla.

Pärnus võtsime juba tänavu, viisaastaku esimesel aastal sanatooriumi «Rahu» juures kasutusele 150 voodikohta uues moodsas hoones. Sanatooriumi «Estonia» osana valmib kliimaravipaviljon, kus 100 ravialusel on korraga võimalik võtta õhu- ja päikesevanne varakevadest hilissügiseni.

Järgmisest aastast alates rekonstrueeritakse ka teised Pärnu sanatooriumid. Aastail 1967—1968 ehitatakse sanatooriumi «Sõprus» juurde eeskujulikult heakorrastatud 100 voodikohaga hoone, mille igal toal on omaette duširuum. Et kuurordi polikliiniku võimsust suurendada — praegu tehakse 1200 protseduuri vahetuses —, tuleb vesi- ja mudaravilat aastail 1967—1968 osaliselt rekonstrueerida. Selle tulemusena hakatakse ravimudavarusid heaperemehelikult kasutama, kuid ühtlasi tõuseb ka vannide ja kušettide arv.

Puhkekodudes suureneb kohtade arv viisaastaku kestel 800 võrra, s. o. peaaegu kaks korda.

Täiesti uus, ligi 400 inimesele ettenähtud puhkekodu rajatakse Narva-Jõesuusse, kuhu ehitatakse üks suurem, 265 kohaga korpus ja kaks väikest, 52 kohaga maja.

Võsu puhkekodu laiendatakse. Esialgu kavatsetakse ehitada ümmarguselt 200 kohta 52-kohaliste suvemajade näol.

Vastavalt valitsuse määrusele võivad asutused ja ettevõtted puhkekodude ehitamisest otseselt osa võtta. Oleks hea, kui võimalikult paljud asutused ja ettevõtted — oma töötajate huvides — meiega sel eesmärgil kontakti astuksid. Asjahuvilistel tuleb sõlmida leping Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukoguga (Tallinn, Pikk jalg 11) ja osamaks üle kanda.»

B. Kadarik

INTERVJUU

ARSTITEADUSLIKUD UURIMISTÖÖD 1967. AASTAL

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Meditsiinilisel Nõukogul valmis olulisemate probleemide uurimise temaatiline plaan aastaks 1967. Vestlesime sel puhul nõukogu esimehe A. Gunteri ja teadusliku sekretäri I. Freibergiga.

Millise ulatuse võtab meditsiiniline uurimistöö järgmisel aastal?

Meie plaanis on 28 probleemi, mis praegu on kõige aktuaalsemad nii rahvamajanduse kui ka kohaliku patoloogia uurimise seisukohalt. Rohkesti on niisuguseid teemasid, mille kallal töötamine jätkub aastast aastasse ja mis kindlasti lähevad ka viie aasta plaani. Viimane on praegu veel lõplikult koostamata.

Kas aastaplaanil on mõni eriti iseloomustav joon?

On. Rõõmustaval kombel püütakse probleeme rohkem kui kunagi varem kompleksselt lahendada. Ühe küsimuse igakülgsele selgitamisele on korraga pühendunud mitu teadlast või teadlaste rühma. Eriti ilmekalt väljendub see Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna ja Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi temaatilistes plaanides.

Missugused tööd on kõige aktuaalsemad?

Esimesena peaks nimetama südame, vereringe ja hingamise füsioloogiat ning patoloogiat käsitlevaid uurimisi. Veresoonte kirurgia diagnostilisi ja kirurgilisi meetodeid arendavad professor A. Linkbergi õpilased K. Põder, K. Kull, H. Tikko jt. Kaasasündinud südamerikete kirurgilise raviga ekstrakorporaalse vereringe abil tegelevad A. Kliiman, E. Kõo, J. Samarüütel, J. Väli, M. Luts ja M. Pedaja. Kuid on veel palju huvitavaid küsimusi. R. ja L. Loogad ja M. Lööper jälgivad hemodünaamika regulatsiooni organismis tervikuna ja seda nii normaalsetes kui patoloogia tingimustes. K. Rägo, Ü. Lepp, K. Valgma, E. Maiste, M. Luts ja I. Liiv on hõivatud südametegevuse muutuste kvantitatiivse analüüsiga normis ja patoloogiliste muutuste puhul sternokostaalse vibrokardiograafia ja teiste mehaaniliste kardiograafiliste meetodite abil. Selgituseks tuleks märkida, et sternokostaalne vibrograafia on K. Rägo poolt välja töötatud meetod. Muide, aktuaalsed on enam või vähem kõik tööd, mis on plaani võetud. Kõiki ei jõua kahjuks ainult nimetada.

Mida võib öelda vähktõve uurimise kohta?

Sellega tegeleb meil peamiselt Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Uuritakse põlevkiviproduktide kantserogeensust, kasvajate geograafia iseärasusi Eesti NSV-s, kasvajarakkude ainevahetust, vähieelseid seisundeid seoses teiste haigustega jne. Uurijaid (G. Loogna, A. Võsamäe, J. Raudsepp, H. Turu, M. Purde, E. Hint, V. Taigro jt.) juhendab NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor P. Bogovski.

Mida teevad psühhiaatrid?

Tunnustust leidnud töid närvisüsteemi ja kõrgema närvitalitluse füsioloogia ja patoloogia alal jätkatakse. Professor J. Saarma, M. Saarma, M. Värk ja V. Kangur selgitavad ravimite toimet depressiivse sündroomiga skisofreeniahaigete neurodünaamikale. Huvitav on L. Allikmetsa, A. Üpruse ja E. Tiigimäe teema neuro- ja psühhofarmakonide toimest üksikute ajuosade funktsioonile.

Neuroloogid A. Veldi ja M. Pedaja uurivad peaaju sügava ja pikaajalise hüpotermia toimet organismi mitmesugustesse ainevahetusprotsessidesse. Uurimistöid tehakse loomkatsete alusel. K. Põldvaret, M. Viikmaad, U. Pruuli, S. Veromani, M.-A. Kooli, J. Kärnerit, A. Mikelsaart ja I. Viilupit huvitavad närvikoe ja -rakkude determinatsioon ja plastilisus eksperimendi ja patoloogia tingimustes.

TRÜ neuroloogia kateedris tegelevad uurimisega peale E. Raudami veel A. Tikk, L. Luts, E. Tulmin, A. Lendre jt. Üks huvitavamaid teemasid on mineraali- ja gaasi-ainevahetuse dünaamika koljutrauma ja ajuinsuldi puhul.

Mis TRÜ Arstiteaduskonnas veel uudist on?

Valdava osa meie aastaplaani võetud töödest moodustavadki arstiteaduskonna omad.

Teaduskonna sisehaiguste kateedris (prof. K. Kõrge ja kaastöölised) süvendatakse allergia uurimist veelgi.

Hospitaalsisehaiguste kateedris äratavad tähelepanu L. Päi, A. Raudsepa, A. Šefferi jt. reumatoloogia-alased tööd. Uuritakse reuma ja mõnede kollagenooside immunopatoloogiat, täiustatakse nende diagnoosimist jne. Väike ekskurss Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti: seal täpsustatakse mudaravi näidustusi (E. Veinpalu jt.) ja töötatakse välja laste mudaravi metoodikat (E. Müllerbek).

Pediaatria kateedri töödest nimetagem laste pneumoonia (L. Keres, T. Soo, M. Lill, L. Sildver, H. Tälli, L. Boston, A. Paves) ja toksoplasmoosi uurimist (H. Kääri).

Biokeemia kateeder tegeleb sekretoorsete protsesside ja närvisüsteemi funktsionaalse biokeemiaga, kusjuures uurimine toimub subtsellulaarsel tasemel (L. Tähepõld, H. Lind, M. Laaspere, L. Villako jt.)

Farmatseudid J. Tammeorg, A. Kruse, L. Philips, V. Koppel, I. Tammaru, A. Soon, P. Zobel tunnevad huvi ravimtaimede kultiveerimisega seoses olevate küsimuste vastu vabariigis.

Füsioloogia kateedris uuritakse mao ja üksikute seedeelundite ainevahetust, seedimise ja ainevahetuse regulatsioonimehhanisme jne. (prof. E. Käer-Kingissepp, S. Teesalu, E. Vasar).

Otorinolarüngoloogia kateedris arendatakse töid aeroionisatsiooni alal ja selgitatakse selle toimet ülemiste hingamisteede haigustele. Sellega tegelevad prof. E. Siirde, S. Sibul, K. Gerassimova ja A. Jents. Kasutatakse originaalset aparatuuri, mis on Tartu füüsikute töö.

Kuidas areneb arstiteaduse ajaloo uurimine?

V. Kalnin on esitanud huvitava teema: «Profülaktika ideed Tartu ülikooli õppejõudude töödes kuni 1940. aastani.» L. Schotter, V. Kalnin, Õ. Mandel ja L. Aarman uurivad TRÜ oftalmoloogia kateedri ajalugu 100 aasta jooksul (1867—1967), selle asutamisest kuni meie ajani.

Tervishoiu organisatsiooni alal kujuneb ilmselt palju huvi pakkuvaks N. Elšteini doktoridissertatsioon, mis käsitleb kliinilis-organisatsioonilisi küsimusi linnaelanike meditsiinilise teenindamise parandamise eesmärgil. Autor on välja töötanud uued dispanseerimise vormid sisehaiguste puhul. Rohke materjali läbitöötamist on soodustanud elektronarvuti kasutamine.

Vestluse käigus puudutati ka uurimistöö suundasid nakkushaiguste ja hügieeni alal. Kuid neid probleeme on juba ammendavalt käsitletud O. Tamme, H. Pihla, H. Jänese ja A. Lenzneri artiklis meie käesoleva numbri 246. leheküljel.

Vestles B. Roks

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

GASTROENTEROLOOGIDE KONVERENTS-SEMINAR

19. aprillil 1966. a. toimus Tartus teine vabariiklik gastroenteroloogide konverents-seminar, kus käsitleti mao pahaloomulist haavandit. Nimetatud probleem hõlmab nii maligniseerunud kroonilise maohaavandi kui ka haavandunud vähi (sealhulgas ka esmaselt haavandunud vähk).

N. Sachris rääkis röntgendiagnoosimise ja diferentsiaaldiagnoosimise võimalustest. Nimetatud küsimust valgustas V. Rätsep põhjaliku kirjanduse ülevaate ja Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri patsientide haiguslugude analüüsi alusel. Ettekanne hõlmas nii endoskoopia ja juhitava gastrobiopsia kasutamise võima-

lusi diferentsiaaldiagnoosimisel kui ka kirurgilise ravi näidustusi kroonilise maohaavandi korral. Opereeritute haiguslugude analüüsimine võimaldas välja selgitada maligniseerunud kroonilise maohaavandi (haavandivähi) ja haavandunud vähi esinemissagedust. V. Valdes kirjeldas kroonilise maohaavandi, haavandivähi ja haavandunud vähi patohistoloogilisi iseärasusi, samuti nimetatud tõbede diferentsiaaldiagnoosimist.

Arvukatest sõnavõttudest ja vaidlustest tegi kokkuvõtte K. Villako. Jõuti järeldusele, et kroonilise maohaavandi, haavandivähi ja haavandunud vähi diferentsiaaldiagnoosimine on väga tähtis. Õiget diferentsiaaldiagnoosimist võimaldavad (kuigi mitte alati) hea aparatuur ja haige dünaamiline jälgimine nii enne kui ka pärast konservatiivset ravi.

V. Miller

VALGA RAJOONI TERVISHOIUTÖÖTAJATE KONVERENTS

28. aprillil 1966. a. toimus Valga rajooni tervishoiutöötajate konverents, millest võtsid osa ka Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm, EKP Valga Rajoonikomitee sekretärid U. Veeperv ja A. Reidla, Valga Rajooni TSN Täitevkomitee aseesimees E. Ganzen jt.

Suure huviga kuulati U. Veeperve ettekannet, milles ta andis ülevaate NLKP XXIII kongressi tööst. Kongressi otsused ja direktiivid kohustavad töötama veelgi paremini. Sellest lähtudes analüüsis U. Veeperv Valga rajooni asutuste ja ettevõtete tööd, kusjuures peatus niihästi edusammudel kui ka puudustel. Elanike tervise kaitsest rääkides tõi ta esile peamised saavutused ning puudujäägid ravi- ja profülaktikaasutuste töös.

Tervishoiuasutuste tööst ja perspektiividest kõneles allakirjutanu. Riiklikud kulutused tervishoiu alal rajoonis on seitseaastaku jooksul kasvanud 1,8-kordseks. Seoses tervishoiutöötajate palkade tõstmisega suurenesid kulutused töötasudele samal ajal 1,9-kordseks. On kasvanud ka rajooni tervishoiuvõrk. Valga Rajooni Keskhaiglas on nüüd 130 voodikohta, samuti on haigevoodite arv suurenenud tuberkuloosihaiglas ja Tõrva Linna Haiglas. Rajooni tervishoiuasutused suudavad elanike vajadusi paremini rahuldada. Tunduvalt on kasvanud kaader. Kõik velskriämmaemandapunktid ja tervishoiupunktid on komplekteeritud velskritega ning maahaiglad arstide ja hambaarstidega. Ravi- ja profülaktikaasutuste töö kajastub rajooni elanikkonna tervise seisundi paranemises. Peab ütlema, et rajooni elanike, samuti asutuste ja ettevõtete sanitaarkultuur on tõusnud. Ettekandes toodi esile ka mitmeid puudusi töö organiseerimises.

Edasi käsitleti NLKP XXIII kongressi direktiividest tulenevaid ülesandeid, mis kajastusid ka konverentsi otsuses.

Lõpuks andis oma tööst aru õdede nõukogu. Eesrindlikud ravi- ja profülaktikaasutused ning osakonnad said rändvimplid ja mälestusesemed.

P. Rahu

MATEMAATILISED MEETODID ARSTITEADUSES

10.—14. maini 1966. a. toimus Tartus seminar, kus käsitleti matemaatiliste meetodite rakendamist arstiteaduses. Osa võttis 40 arsti kogu vabariigist.

Seminari avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Ta rõhutas, et kaasaja meditsiin nõuab arstidelt matemaatiliste meetodite põhjalikumat tundmaõppimist ja nende rakendamist teaduslikus töös ning praktikas.

Dotsent L. Võhandu rääkis meedikute ja matemaatikute vahelisest koostööst. Tartu Riikliku Ülikooli biofüüsika probleemilaboratoorium on aidanud arstidel läbi töötada uurimistööde tulemusi. Pidevalt koostatakse uusi programme uurimisandmete töötlemiseks elektronarvutitel. Arstid peavad oskama materjali selleks ette valmistada, tundma programmeerimise aluseid ning saadud andmete statistilist analüüsimist. L. Võhandu tutvustas muuhulgas tema poolt välja töötatud nn. kauguste meetodit. See võimaldab leida seoseid mitmete näitajate vahel, mis iseloomustavad uuritavaid objekte. S. Veldre loeng käsitles erinevate ravimeetodite kliiniliste tulemuste statistilise analüüsi metoodikat. Ta tutvustas korrelatsioonikoefitsiendi kui üldistavama näitaja kasutamise eeliseid mitmetel erijuhtudel. S. Veldre ja L. Tanningu juhendamisel tehti praktilisi harjutusi statistiliste näitajate usaldatavuse hindamiseks ja statistilise seose määramiseks. V. Kalnin pidas vajalikuks haigestumuse, suremuse ja letaalsuse üldnäitajaid standardiseerida, et ebaoluliste tunnuste mõju elimineerida. Ta tutvustas Kerridge'i pöördstandardiseerimise meetodit, mida saab kasutada ka siis, kui elanike vanuseline koosseis pole teada. Teisel loengul rääkis V. Kalnin lühitabelite koostamisest suremuse kohta ja keskmise eluea arvutamisest Tartust saadud näidete alusel. Niisuguseid tabeleid on soovitatav kasutada ka kroonilisi haigusi põdevate haigete ravimise ja dispanseerimise efektiivsuse uurimiseks.

Perfokaartide kasutamise võimalustest kõnelesid A. Saava ja S. Veldre. Osavõtjad said näpunäiteid perfokaartide kasutamiseks kirjanduse läbitöötamisel,

teaduslikus töös ja tervishoiuasutuste arvestusvormide (nr. 266, 281, 25-v jt.) asendamiseks perfokaartidega. Räägiti ka Tallinnas väljatöötatud ääresälkkaartidest vähi uurimiseks, mis kogu Nõukogude Liidus kasutusele võetakse ning siseperforatsiooniga kaartide perspektiivikusest. R. Markovitš tutvustas ääresälkkaartide kasutamist Tartu Linna Onkoloogia Dispanseris.

Seminari praktilistes tundides õpetati osavõtjaile arvutuslükati ja aritmomeetri käsitsemist (A. Saava ja L. Tanning).

Huvitav oli ekskursioon Tartu Riikliku Ülikooli arvutuskeskusse, kus L. Võhandu tutvustas lähemalt meditsiinialaste andmete töötlemist elektronarvutil. Ta soovitas kasutada pliiatsiga märgistatud perfokaarte. Niisugustelt kaartidelt saab informatsiooni vahetult elektronarvutisse anda, kusjuures käsitsi töö on viidud miinimumini. L. Võhandu pidas otstarbekaks asutada Tartus ja Tallinnas meditsiinialased elektronarvutuskeskused, kus saaks läbi töötada kogu vabariigi raviasutuste informatsiooni. Ravi kvaliteedi parandamisele aitaks suuresti kaasa see, kui näiteks arvutuskeskusse koguda andmed kõikide haiglate patsientide haiguste kohta, diagnoosid ja ravi tulemused. Arstidel tarvitseb vaid teletaibi teel teatada hospitaliseeritud patsiendi haiguse kirjeldus. Elektronarvuti otsib «mälust» kõik analoogilised juhud ja saadab vastuse (kõik võimalikud ravivariandid) haiglasse teletaibi teel. Eriti suurt abi annaks see väikestele haiglatele, kus pole kõiki eriarste. Juba praegu peaks suurtesse raviasutustesse planeerima informatsiooni kogumiseks inseneri ametikoha. Niisuguseid insenere hakkab ette valmistama Tallinna Polütehniline Instituut. Vabariigil on eeldusi olla sel alal esimene Nõukogude Liidus.

Seminaril peeti vajalikuks välja töötada programmid ravi- ja profülaktikaasutuste uue aruandevormi andmete töötlemiseks (I. Levina) ja töövõime ajutise kaotusega seotud haigestumise põhjalikumaks uurimiseks (M. Sikk). Igas haiglas peaks olema vähemalt üks aritmomeeter. Arstidele tuleks korraldada statistikaalaseid täienduskursusi ja arstiteaduskonna üliõpilastele on vaja õpetada senisest enam meditsiinilist statistikat.

V. Kalnin ja L. Tanning

ARSTIDE-KOMMUNISTIDE NÕUPIDAMINE

14. mail 1966. aastal toimus Tartus nõupidamine, kus arutati Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XXIII kongressi otsuseid ja arstide-kommunistide ülesandeid.

Nõupidamisest võttis osa 82 arsti. Pikema ettekandega esines Eesti NSV tervishoiu ministri esimene asetäitja E. Kama, kes andis ülevaate tervishoiualastest saavutustest seitseaastaku vältel vabariigis, ühtlasi analüüsis puuduste põhjusi ja selgitas tervishoiutöötajate kohustusi. Põhiülesandeks jääb elanike meditsiinilise teenindamise parandamine, eelkõige spetsialiseeritud arstiabi ja polikliinilise töö korraldamine. Meditsiinitöötajad, eriti arstid-kommunistid peavad igati kaasa aitama selliste tingimuste loomisele, mis soodustavad haigestumise vähenemist. On tarvis tugevdada teadlaste ja praktikute koostööd. Arstide ettevalmistamisel tuleb suuremat tähelepanu pöörata organisatoorsetele ja ökonoomika-alastele küsimustele. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan professor J. Saarma käsitles ülesandeid, mida arstiteaduskonnal tuleb täita seoses Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XXIII kongressi otsustega. Väga tähtis on tõsta õppekasvatustöö kvaliteeti. On tõenäoline, et viisaastaku lõpuks on kõikidel kateedrijuhatajatel arstiteaduse doktori kraad. Kahe aasta jooksul võetakse teaduskonnas kasutusele täiesti uus õppeplaan, mis vastab tegeliku elu vajadustele. Suurt rõhku pannakse praktiliste oskuste omandamisele, samuti polikliinilisele ja profülaktilisele tööle. J. Saarma kriipsutas alla, et arstiteaduskonna õppejõud peavad hoolitsema selle eest, et iga noor arst oleks hea spetsialist, aktiivne ühiskonna liige ja väsimatu kommunismiehitaja.

T. Nilson Viljandi Rajooni Keskhaiglast arvas, et arstiteaduskonna õppeplaanis peaks rohkem tähelepanu pöörama tööekspertiisile. M. Ratt Sõmera Kopsutuberkuloosi Sanatooriumist rääkis alkoholismivastase propaganda kogemustest. J. Beltšikov Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist rõhutas onkoloogiaalase ettevalmistuse vajadust vanemate kursuste üliõpilastele. Tartu Riikliku Ülikooli rektor professor F. Klement peatus spetsialistide ettevalmistamisel ja tervishoiuasutuste profileerimisel. On oluline, et arstid tunneksid hästi ühte eriala, kuid samal ajal oleksid kursis ka biokeemia, meditsiinilise psühholoogia, matemaatika, küberneetika ja informatsiooni teooriatega. Vabariigis tuleb luua suured spetsialiseeritud meditsiinikeskused. Dotsent E. Raudam juhtis tähelepanu polikliinilise töö parandamisele. Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium peab raviasutuste kompleksse planeerimisega rohkem tegelema, kusjuures tuleb arvestada nii rajoonide kui ka kogu vabariigi vajadusi. Meditsiinitöötajate kohustuseks on tõsta tervishoiuasutuste töökultuuri ning suunata kõik jõud elanike meditsiinilise teenindamise parandamisele.

Mitmetel arstide-kommunistide ülesannetel peatusid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud D. Metšetin, Z. Saar ja A. Lind, M. Potašenkov Tartu Linna Onkoloogia Dispanserist ja V. Jürisson Tallinna Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist.

H. Vahter

KONSULTATSIOONE

JURIIDILIST NÕUANNET

1. Kas administratsioon võib sanitari puhkuse ajaks ajutise asetäitjana tööle võtta sama asutuse sanitari ja tasuda selle eest nagu kõrgema haridusega ja keskmeditsiinipersonali hulka kuuluvale töötajale?

Noorema meditsiinipersonali kohta ei kehti NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ning Üleliidulise Ametiühingute Keskнõukogu Sekretariaadi seletus nr. 15/11 (29. aprillist 1960. a.), mille järgi kõrgema ja keskmeditsiinipersonali hulka kuuluvatele töötajatele tasutakse ajutise asendamise eest ühekordselt (mitte ametipalga vahe ega ületunnitöö tasu).

Nooremat meditsiinipersonali võib kohakaasluse alusel lubada töötada ajutiselt puuduva töötaja asemel. Kui sanitar töötab 1,5 ametikohal, võib ta teha ainult ületunnitööd. Noorema meditsiinipersonali tööle rakendamine selliselt on ette nähtud Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruses nr. 21 (22. jaanuarist 1960. a.) «Teenistusalase kohakaasluse piiramise kohta» (punkt 2) ja NSV Liidu Töö Rahvakomissariaadi 1932. a. 19. jaanuari määruses «Meditsiini- ja sanitaartöötajate kohakaasluse korrast» ning NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi ringkirjas nr. 03-8/4 (11. jaanuarist 1966. a.), NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ja Üleliidulise Ametiühingute Nõukogu Sekretariaadi seletuses «Tasu maksmise korrast ajutise asendamise eest».

2. Kas administratsioon võib sanitari kohustada asendama teist ajutiselt puuduvat sanitari, kusjuures talle tasutakse nagu kohakaasluse alusel töötamise korral?

Kohakaasluse alusel võib tööle rakendada ainult töötaja nõusolekul. Seega ei saa ajutiselt puuduva sanitari kohustuste täitmist teiselt sanitarilt nõuda.

Kui administratsioon kohustab sanitari pärast tööaega teist sanitari asendama, siis peab ta selle vormistama ületunnitööna.

3. Kellelt administratsioon peab saama loa, et meditsiinipersonal võib ületunde teha?

Tervishoiuasutustes ei ole tavaliselt vaja ületunnitööd teha. Et nooremale meditsiinipersonalile, samuti teenindavale personalile ja töölistele pole ajutise asendamise eest lubatud tasuda nagu keskmeditsiinipersonali hulka kuuluvatele töötajatele või arstidele, võib administratsioon nooremat meditsiinipersonali kohustada asendama puuduvat sanitari, kusjuures neile tuleb tasuda nagu ületunnitöö eest.

Et tööliste ja teenistujate huvides tööd pärast tööaega maksimaalselt vähendada, peab administratsioon ületunnitöö tegemiseks saama loa ametiühingu kohalikult komiteelt (NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadlus 15. juulist 1958. a. «Ametiühingu käitis- ja kohaliku komitee õiguste põhimääruse» kinnitamise kohta).

Administratsioon peab ületunnitöö tegemise loa taotlemisel näitama, milleks see vajalik on, keda võetakse tööle, millistel kuupäevadel ja mitmeks tunniks (märkida kellaajad) ja missugusele ametikohale. Ametiühingu kohalik komitee annab loa ületundide tegemiseks ainult siis, kui ta peab seda vajalikuks ja kui tööd pole võimalik teisiti korraldada.

4. Kas töötajat võib ajutise asetäitjana tööle võtta 6 kuuks?

Ajutise asetäitjana töötamise kestus on ette nähtud NSV Liidu Kesktäitevkomitee ja Rahvakomissaride Nõukogu 14. jaanuari 1927. a. määruses «Ajutiste tööliste ja teenistujate töötingimustest». Töölisi ja teenistujaid võib ajutiselt puuduvate töötajate asemel tööle võtta mitte rohkem kui 4 kuuks. Kui ajutine asendamine kestab üle 4 kuu, loetakse ajutine asetäitja alaliseks töötajaks. Samuti arvatakse alaliseks töötajaks see vallandatud ajutine tööline või teenistuja, kes oli töötanud 4 kuud ja võeti enne ühe nädala möödumist uuesti tööle.

Erandiks on need töötajad, kes asendavad tuberkuloosi põdevaid ajutiselt töövõimetuid töölisi ja teenistujaid. Asutuste juhatajad võivad ajutiselt töövõimetutele tuberkuloosi põdevatele töötajatele võtta asendaja kuni 12 kuuks.

5. Kas administratsioonil on õigus enda käes hoida töölt vabastatud töötaja tööraamatut?

Administratsioon on kohustatud töötajale andma tööraamatu tema töölt vabastamise päeval ja märkima (täpses vastavuses kehtiva seadusandluse sõnastusega) vabastamise põhjuse. Tuleb ette juhtumeid, kus administratsioon ei anna tööraamatut töötajale, kellel on asutuse vastu võlgnevusi (pole tagastanud eririietust, instrumente jne.). Administratsiooni selline tegutsemisviis on seadusvastane, sest

igasuguseid materiaalseid võlgnevusi võib asutus nõuda seaduses ettenähtud korras. Seega töölt vabastatud töötaja tööraamat antakse temale töölt vabastamise päeval.

Kui administratsioon tööraamatut tagastamast siiski keeldub, on töötajal õigus pöörduda töötülide komisjoni poole avaldusega ja nõuda asutuselt tööraamatu kinnipidamise aja eest töötasu (kuid mitte rohkem kui 20 päeva eest), kusjuures töötaja ei tohi olla uuel kohal töötanud. Kui töötaja oli tööraamatuta oma süü tõttu, siis selle aja eest tasu ei maksta.

Töölt vabastatud töötajatele tööraamatu tagastamise kord on kehtestatud NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga 19. märtsist 1957. a. nr. 50-M «Tervishoiusüsteemi asutuste ja ettevõtete ja organisatsioonide tööliste ning teenistujate töö sisekorra tüüpeeskirjad» ja NSV Liidu Ülemkohtu pleenumi määrusega 16. maist 1952. a.

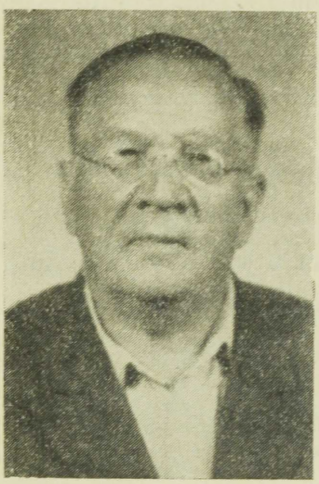
6. Mitu vaheaega peab emale andma imiku toitmiseks puhke- ja pidupäevaeelsetel päevadel?

Emadele antakse imiku toitmiseks vaheaeg mitte harvem kui iga 3,5 tunni järel. Et puhke- ja pidupäevaeelsetel päevadel on kuuetunniline tööpäev, siis antakse emadele ainult üks vaheaeg. Soovi korral võib selle viia tööpäeva lõppu.

U. Meikas

TÄHTPÄEVAD

OLEV LEESIK 70-AASTANE



28. mail sai 70-aastaseks Valga Rajooni Keskhaigla akušöör-günekoloog Olev Andrese p. Leesik.

O. Leesik sündis 28. mail 1896. a. Tartumaal endises Rõngu vallas talupidaja perekonnas. Lõpetanud Rõngu kihelkonnakooli, astus ta Valga reaalkooli. Aastail 1915—1917 õppis ta Riia polütehnikumis ja ajavahemikul 1917—1923 Tartu ülikooli arstiteaduskonnas. Rohkem kui 42-aastase arstliku tegevuse vältel on O. Leesik töötanud Tartu ülikooli naistekliinikus assistendina (1924—1925), arstina Viljandis (1925—1932), Palal (1932—1940) ja Paides (1940—1941). 1941. a. lõpust alates kuni tänaseni töötab juubilar Valga Rajooni Keskhaiglas akušöör-günekoloogina.

O. Leesikul on suuri teeneid elanike meditsiinilise teenindamise korraldamisel sõjajärgsel perioodil Valga linnas ja rajoonis. Akušöör-günekoloogina on ta oma eriala saavutustega pidevalt kursis olnud ning aktiivselt neid praktikasse rakendanud. Oma teadmisi on ta edasi andnud paljudele noortele kolleegidele.

Soovime juubilarile ka edaspidiseks jõudu, reipust ja energiat ning palju edu ja õnne!

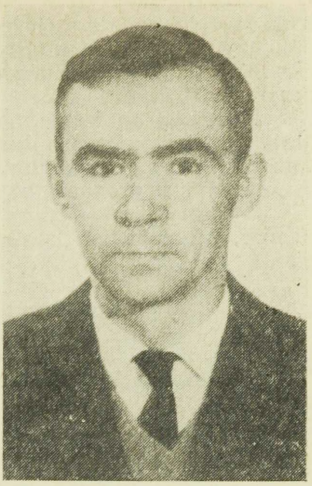
Kolleegid

E. TALLMEISTER 50-AASTANE

1. augustil 1966. a. sai 50-aastaseks Tartu Riikliku Ülikooli mikrobioloogia kateedri dotsent E. Tallmeister.

Eugen Teodori p. Tallmeister sündis 1. augustil 1916. a. Riias. Alg- ja keskhariduse sai ta Tallinnas. Seejärel jätkas õpinguid Tartu ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1940. a. kiitusega.

Huvi mikrobioloogia-alase uurimistöö vastu tärkas E. Tallmeistril juba üliõpilaspõlves. 1938. a. valmis tal professor K. Schlossmanni juhendamisel auhinnatöö teemal «Väävlisvesiniku käärimisest ja selle põhjustajaist Eesti ravimudades». Uurimus tunnistati I auhinna väärilisekс.



Pärast ülikooli lõpetamist lähetati E. Tallmeister jaoskonnaarstiks Valjalasse Saaremaale. Suure Isamaasõja algul mobiliseeriti juubilar Nõukogude Armeesse, kus sanitaarroodu komandörina võttis osa 7. eesti laskurdiviisi lahinguoperatsioonidest Kalinini, II Balti ja Leningradi rindeil. 1947. a. demobiliseeriti E. Tallmeister «Punase Tähe» ordenikandjana.

Samal aastal sai juubilarist Tartu Riikliku Ülikooli mikrobioloogia ja nakkushaiguste kateedri aspirant. Sellest ajast alates töötab ta ülikoolis, kus ta hoole ja armastusega õpetab ja kasvatab noori nõukogude arste.

1951. a. kaitses E. Tallmeister edukalt professor F. Lepa juhendamisel valminud kandidaadiväitekirja «*Escherichia coli* osatähtsus imikute ja väikelaste kõhulahtisuse puhul». Tema sulest on ilmunud ligi 30 teaduslikku artiklit, mis on avaldatud nii vabariigi kui ka üleliidulistes väljaannetes. Põhilise osa tema uurimustest moodustavad tööd, mis käsitlevad imikute ja väikelaste ägedate soolenakkuste etiopatogeneesi mitmesuguseid aspekte. E. Tallmeister on mikrobioloogia õpiku kaasautoriks. Peale selle on ta avaldanud populaarteaduslikke kirjutisi.

Pingsa teaduslik-pedagoogilise tegevuse kõrval on E. Tallmeister alati abivalmis konsultant praktiseerivatele arstidele ja võtab aktiivselt osa ühiskondlik-poliitilisest elust. Ta on olnud Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna ametiühingu büroo esimees, Arstiteaduskonna Õpetatud Nõukogu sekretär, I. I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Vabariikliku Teadusliku Seltsi Tartu filiaali esimees jne.

Soovime juubilarile head tervist, jätkuvat indu ja edu tema armastatud tööpõllul!

Kolleegid

UUSI RAVIMEID

MÕNED UUEMAD RAVIMPREPARAADID

Dekamiin (*Decaminum*, Декамин)

1,1 Dekametüleen-bis-(4 aminokinaldiinkloriid)

Sünonüümid: Dekadin, Dequalin chlorid, Dequalon, Dequaspon, Evasol, Sorot, Gargilon, Polycidine.

Dekamiin on nõrgalt kollaka või roosaka varjundiga valge peenekristalliline pulber. Lahustub vähe külmas vees, kuumas vees 1:16, väga vähe piirituses.

Dekamiin on antibakteriaalse ja fungitsiidse toimega ravim.

Preparaati kasutatakse pärmisarnaste seente *Candida albicans*'i liiki kuuluvate seente poolt põhjustatud haiguste, soori, naha ja küünte kandidamükooside, samuti jalapõia epidermofüütia raviks.

Dekamiin on näidustatud ka suukoopa põletikuliste protsesside, angiinide, tonsilliitide, stomatiitide, farüngiitide, glossiitide ja suu limaskesta haavandite puhul.

Nahahaiguste raviks hõõrutakse dekamiini 0.5—1%-list emulsioonsalvi kahjustatud kohtadesse 1—2 korda päevas. Ravikuuri kestus oleneb haiguse laadist ja kulust. Kuur kestab tavaliselt 2—3 nädalat.

Suukoopa ja neelu põletikuliste protsesside puhul tarvitatakse ravimit karamellidena (iga karamell sisaldab 0,15—0,25 mg dekamiini). 1—2 karamelli pannakse keele alla ja hoitakse seal täieliku imendumiseni. Karamelle võetakse iga 3—5 tunni järel, raskete infektsioonide puhul iga 2 tunni järel.

Dekamiin on hästi talutav.

Toodetakse 0,5- ja 1%-lise emulsioonsalvina ning karamellidena, mis sisaldavad 0,15—0,25 mg dekamiini.

Säilitatakse valguse eest kaitstud kohas.

Nuredaal (*Nuredalum*, Нуредал)

1-[2(besüülkarbamiid)-etüül]2-isonikotinoüülhüdrasiin.

Nuredaal on antidepressiivse ja analgeetilise toimega preparaat. Laiendab ka koronaarveresooni.

Nuredaal on ferment monoaminooksüdaasi inhibiitor. Ta suurendab noradrenaliini- ja serotoniinisisaldust ajukoes, kusjuures takistab nende lagunemist. Monoaminooksüdaasi blokeerimine mõjustab põhilisi füsioloogilisi ja patoloogilisi protsesse, mistõttu preparaadil on lai toimespekter.

Samuti on näidustatud psühhoneurootilised, reaktiivsed ja psüühilised depressioonid, reumaatilise laadiga kroonilised haigused. Ravimit määratakse ka valude puhul neuriidi, neuralgia, radikuliidi või pahaloomuliste kasvajate põdemisel.

Nuredaal on vastunäidustatud erutatud olekus haigete puhul, sest ravim stimuleerib motoorseid funktsioone. Samuti ei tohi seda võtta hepatiiti põdenud haiged. Preparaati ei tohi anda koos melipramiiniga. Kombinatsioonis muude ravimitega tuleb nuredaali kasutada ettevaatlikult, sest ta võib nende toimet potentseerida.

Preparaadi kestval tarvitamisel tuleb verepilti ja maksa talitlust perioodiliselt kontrollida.

Nuredaali manustatakse suu kaudu. Algul määratakse 1—2 dražeed päevas, vajaduse korral võib annust suurendada 3—4 dražeeni 1—2 korda päevas. Pikemaajalise ravikuuri puhul on suurim ööpäevane annus 200 mg (8 dražeed).

Ravim on müügil pakendites 0,025×50 ja 0,025×500.

Nuredaal on Ungari Rahvavabariigist imporditav preparaat.

Orniid (*Ornidum*, Орнид)

N-orto-broombensüül N-etüül N-dimetüülammooniumbromiid.

Analoogilise toimega ortobroombensüületüül-dimetüülammoonium-toluoolsulfonaadid on välismaal tuntud Bretyloni, Bretylii tosylase, Darenthini nime all.

Orniid on valge lõhnata pulber, mis hästi lahustub vees ja piirituses.

Orniid on sümpatolüütilise toimega preparaat. Tema tarvitamisel väheneb adrenergilise mediaatori sisaldus sümpaatilistes närvilõpmetes, kusjuures adrenoreaktiivsed süsteemid ei blokeeru.

Preparaat alandab vererõhku. Orniid imendub seedetraktist hästi ja avaldab tõhusat toimet nii parenteraalse kui ka peroraalse manustamise korral.

Maksimaalne hüpotensiivne efekt avaldub suu kaudu manustamisel 3—5 tunni pärast ja püsib ühekordse tarvitamise järel 3—8 tundi.

Orniidi kasutamise näidustuseks on hüpertooniatõbi II ja III staadiumis, hüpertoonilised kriisid, kroonilise nefriidi hüpertooniline vorm, arteriaalne hüpertoonia, rasedustoksikoosid ja perifeersete veresoonte spasmid.

Suu kaudu manustamisel antakse algul 0,05 g 2—3 korda päevas. Seejärel suurendatakse annust järk-järgult 0,1—0,15 g 3—4 korda päevas.

Lihasesse ja naha alla süstitakse 0,5—1 ml 5%-list lahust 2—3 korda päevas. Hüpertooniliste kriiside kupeerimiseks süstitakse lihasesse 2 ml 5%-list lahust.

Ravikuur kestab 3—4 nädalat.

Orniid on tavaliselt hästi talutav, kuid sümpatolüütilise toime tõttu võivad tekkida kõrvalnähud. Võib täheldada lühiajalist nina limaskesta turset, üldist nõrkust, kuumustunnet, valu südame piirkonnas ja sääremarjalihastes. Kõrvalnähud mööduvad, kui annust vähendatakse või ravi katkestatakse. Ortostaatilise hüpotoonia vältimiseks peab haige pärast orniidi sissevõtmist 1,5—2 tundi lamama.

Vastunäidustatud on ajuvereringe häired, müokardiinfarkt, kaugele arenenud ateroskleroos, hüpotoonia ja neerude puudulikkus.

Orniidi lastakse välja tablettidena à 0,05 ning ampullides à 1 ml 5%-list lahust.

Preparaat kuulub B-nimekirja.

H. Kangro

KROONIKA

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

14. aprillil 1966. a. kuulati Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjoni ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ühisel istungil Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse juhataja I. Isrini aruannet 1965. aasta kohta. Nimetatud valitsus ja selle allasutused tegelevad tervishoiuvõrgu majandusküsimustega, nagu raviasutuste varustamine inventari ja seadmetega, optika- ja põetusvahendite müümine elanikele jaekaubandusvõrgu kaudu, raviasutuste teenindamine veo- ja sanitaarautodega, autode remontimine, raviaparaatide monteerimine, remontimine ja hooldamine. Samuti kantakse hoolt raviasutuste pesu õmblemise ja spetsiaalse mööbli valmistamise eest. 1965. a. täitis ja ületas Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsus kõik plaanilised ülesanded.

Saavutustele vaatamata ilmneb siiski mitmeid puudusi. On tulnud kaebusi, et sanitaarautod hilinevad. Arstiriistade ja Meditsiiniliste Aparaatide Remontimise Töökojale on esitatud pretensioone raviaparatuuri hooldamise kohta. Narvas

pole avatud optika- ja arstiriistade kauplust. Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsus pole küllaldast tähelepanu pööranud toodete väljalaskehindade alandamisele.

Eesti NSV Ülemnõukogu tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjon ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium kohustasid Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse juhatajat I. Isrinit parandama allasutuste juhtimist, mis tunduvalt aitaks kaasa raviasutuste teenindamisele. Ühtlasi tuleb jälgida raviaparatuuri kasutamist kohapeal ja teha ettepanekuid kasutamata aparatuuri suunamiseks niisugustesse tervishoiuasutustesse, kus sellest puudust tuntakse.

*

21. aprillil kuulas kolleegium Jõgeva rajooni peaarsti E. Tormeti ja Rapla rajooni peaarsti G. Suklese aruandeid laste teenindamisest ravi- ja profülaktikaasutustes. Kaasaruandega esines peapediaater A. Vares. Kolleegium märkis, et laste teenindamine on Jõgeva ja Rapla rajoonis paranenud. On tõusnud pediaatrite, samuti jaoskonnaarstide, patronaažiõdede ja velskri-ämmaemandapunktide juhatajate kvalifikatsioon.

Kuid sellele vaatamata jätab laste teenindamine mainitud rajoonide ravi- ja profülaktikaasutustes soovida. 1965. a. oli laste suremus neis rajoonides vabariigi keskmisest tunduvalt suurem, mis 1966. a. I kvartalis suurenes veelgi. Lastenõuandlate töös tuleb ette mitmeid puudusi. Nii näiteks pole korraldatud tervete laste eraldi vastuvõttu vanematele sobival ajal. Laste suhteliselt kõrge suremus Jõgeva rajoonis on tingitud sellest, et naistenõuandla ja meditsiinitöötajad pole küllaldaselt tähelepanu pööranud rasedate töökaitsele ja antenataalsele profülaktikale.

Kolleegium kohustas Jõgeva ja Rapla rajooni peaarste likvideerima organisatsioonilised puudused lastenõuandlate töös ühe kuu jooksul. Jaoskonnapediaatritele ja -arstidele, patronaažiõdedele ja velskri-ämmaemandapunktide juhatajaile teha ülesandeks süstemaatiliselt jälgida imikute füüsilist ja vaimset arenemist. On tarvis rohkem rõhku panna rahhiidi profülaktikale, kusjuures suur tähtsus on laste õigel ja ratsionaalsel toitmisel.

A. Kaldma

28. aprillil 1966. a. arutas kolleegium vältimatu abi andmist Tallinnas ja Tartus. Aruandega esinesid Tallinna ja Tartu Linna TSN TK tervishoiuosakondade juhatajad L. Maurer ja V. Vessar ning kaasaruandega peakirurg Š. Gulordava.

Kolleegium märkis, et vältimatu abi andmine on Tartus ja Tallinnas mõnevõrra paranenud. Haiglates on loodud laste- ja rindkerekirurgia, gastroenteroloogia-, veresoontekirurgia-osakonnad ja osakonnad südameinfarkti põdevate isikute ravimiseks. On täienenud kiirabijaamade materiaal-tehniline baas. Tallinna Kiirabijaamas tegutseb spetsialiseeritud brigaad. Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas töötab edukalt reanimatsioonikeskus. Sellest tingituna on suremus äkiliste haigestumiste tagajärjel vähenenud. Kolleegium märkis ka mitmeid puudusi. Nii antakse Tallinnas vältimatut kirurgilist abi mitmes haiglas, samuti puudub reanimatsioonikeskus. Kõik jaoskonnaarstid ei ole varustatud esmaabivahenditega, et haigestunutele kodus abi anda.

Kolleegium kohustas Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehte ja Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat L. Maurerit eraldama Tallinna Vabariiklikus Haiglas ja Tõnismäe Haiglas haigevoodid reanimatsioonialast abi vajavatele isikutele. Nõmme ja Kopli polikliinikute juurde tuleb avada Tallinna Kiirabijaama filiaalid. Haiglate peaarstid peavad jälgima, et jaoskonnaarstid oleksid varustatud esmaabipaunade ja muude vahenditega.

A. Sarap

*

19. mail kuulas kolleegium Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti I. Štšerbakovi aruannet helmintooside profülaktikast Eesti NSV-s. Viimastel aastatel on sel alal tehtud märkimisväärset tööd. Helmintooside esinemissagedus on vähenenud kaks korda. Peale linna- ja rajoonihaiglate ning sanitaar- ja epidemioloogiajaamade laboratooriumide uuritakse helmintoose mitmete rajoonide jaoskonnahaiglais. Jõgeval, Tartus ja Põlvas loodi helmintositõrjegrupid.

Siiski tuleb ette ka puudusi. Mitmetes linnades ja rajoonides (Narva, Rakvere, Rapla, Põlva) ei uurita ega ravita isikuid, nagu see plaanis on ette nähtud. Mõnes linnas ja rajoonis jäeti 1966. a. I kvartalis paljud haiged dehelmintiseerimata. Sanitaarselgitustööd tehakse pealiskaudselt ja elanikele ei selgitata tarvilikul määral helmintooside profülaktikat. Igal pool pole veel korraldatud elanike küsitelu teniarünhoosi põdevate isikute väljaselgitamiseks.

Kolleegium kohustas vabariigi linnade tervishoiuosakondade juhatajaid ja rajoonide peaarste jälgima, et kõik tervishoiuasutused varustataks mikroskoopidega ja personal saaks helmintoloogia-alase väljaõppe. Kõik helmintoose põdevad isikud (eriti lapsed) tuleb dehelmintiseerida ja dispanseerida täieliku tervistumiseni. Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarsti T. Raudsepa ülesandeks on 1966. a. välja anda helmintoose käsitlevat kirjandust. Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst I. Štšerbakov peab tõhusamalt kontrollima kolleegiumi otsuste täitmist kohtadel, samuti meditsiinikaadri ettevalmistamist laboratoorse helmintoloogilise

diagnostika alal. Apteekide Peavalitsuse ülemal I. Podolskil tuleb paremini korraldada soolenugilistevastaste preparaatidega varustamist. Uute diagnoosimis- ja ravimeetodite kasutusele võtmisel peavad abistama peaspetsialistid A. Gunter, A. Vares ja K. Vassiljeva.

H. Kirt

19. mail arutas kolleegium tuberkuloosiasutuste haiglavoodite otstarbekat kasutamist. Viimastel aastatel on tuberkuloositõrjes märgatavat edu saavutatud. 1965. a. vähenes tuberkuloosi haigestumine, võrreldes 1958. a., rohkem kui 2 korda, laste ja noorukite hulgas enam kui 6 korda. 1966. a. on tarvis reorganiseerida tuberkuloosiasutuste võrk.

Kolleegium otsustas, et 1966. a. 1. septembriks tuleb Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi noorukiteosakond (100 voodit) ümber korraldada täiskasvanuile. Samaks ajaks likvideerida sanatooriumi juures töötav kool. 1966/1967. a. korraldatakse tuberkuloosi põdevate laste ravi ja õppetöö järgmiselt. Taevaskoja Vabariiklikus Laste Tuberkuloosisanatooriumis toimub õppetöö eesti keeles I—VIII klassini ja Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri lasteosakonnas V—XI klassini ning vene keeles I—X klassini. Kolleegium tegi Taevaskoja sanatooriumi peaarstile E. Petropavlovskajale ja Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarstile G. Arrole ülesandeks avada V—VIII klassid vastavalt vajadusele. 1967. a. alates tuleb reorganiseerida Tallinna Vabariiklik Väikelaste Kopsutuberkuloosi Sanatoorium somaatilisi haigusi põdevate laste sanatooriumiks.

A. Kaldma

AUTASUSTAMISI MEDITSIINITÖÖTAJATE PÄEVA PUHUL

Teenete eest rahvatervishoiu arendamisel ja elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel anti Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega Eesti NSV teenelise arsti aunimetus järgmistele meedikutele:

Espar, Linda Juhani t. — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja
Fuks, Tatjana Mihhaili t. — Rakvere rajooni Viru-Roela Haigla juhataja
Kalde, Laine Tõnise t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla osakonnajuhataja
Laamann, Endel Kustase p. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla osakonnajuhataja
Liberman, Boris Moissei p. — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja
Radzimovski, Georgi Antoni p. — Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla peaarst
Schotter, Leo Hansu p. — arstiteaduse doktor, Tartu Riikliku Ülikooli professor

Hea töö eest elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel autasustas NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium märgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV meditsiinitöötajaid:

Ajasta, Niin — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja
Alvre, Elma Voldemari t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla Saarepeedi velskri-ämmaemandapunkti juhataja
Amisep, Linda Nikita t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kaadriosakonna vaneminspektor
Aru, Kaljula Augusti p. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla osakonnajuhataja
Avdejeva, Oksana Aleksandri t. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla osakonnajuhataja
Bõstrova, Lidia Mihhaili t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla osakonnajuhataja
Didenko, Jelena Stepani t. — Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama laboratooriumijuhataja
Ersto, Evi Martini t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla Naiste Nõuandla juhataja
Fuks, Grigori Moissei p. — Pärnu Linna Haigla röntgenoloog
Ivanov, Vladimir Ivani p. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri röntgenitehnik
Jalakas, Leena Hansu t. — Iru Invaliidikodu meditsiiniõde
Jannus, Arnold Eduardi p. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor
Juhasoo, Ado Augusti p. — Põlva Rajooni Keskhaigla peaarst
Jänes, Eevi Gerhardi t. — Paide Rajooni Keskhaigla akušöör
Kaarna, Õie Johannese t. — Valga rajooni Tsirgulinna Jaoskonnahaigla sanitaarvelsker
Kalde, Evi Eduardi t. — Paide Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde
Kalits, Irina Anatoli t. — Tartu Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri osakonnajuhataja
Kanevskaja, Ida Paveli t. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla peaarsti asetäitja

Kasper, Ellu Jaani t. — Tartu Linna II Lastesõime juhataja
Katina, Aleksandra Grigori t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla polikliiniku juhataja
Kivivare, Leida Aleksandri t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla osakonnajuhataja
Klink, Ain Bernhardi p. — Võru Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja
Kovaljova, Isabella Asvaduri t. — Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama osakonnajuhataja
Koren, Vladimir Grigori p. — Narva Linna Haigla osakonnajuhataja
Kreegimäe, Ursel Valteri p. — Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri osakonnajuhataja
Kuljus, Selma Ado t. — Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi peaarsti asetäitja
Kõrv, Helgi Aleksandri t. — Vabariikliku Vereülekande Jaama laborant
Kärner, Hilda Jaani t. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla vanem-meditsiiniõde
Laasi, Valda Jaani t. — Tallinna Vabariikliku Haigla vanem-meditsiiniõde
Laasik, Paul Jaani p. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla osakonnajuhataja
Leier, Aleksei Vassili p. — Kingissepa rajooni Kallemäe velskri-ämmaemandapunkti juhataja
Lever, Marta Georgi t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi pearaamatupidaja asetäitja
Liiv, Voldemar Eduardi p. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla ordinaator
Margus, Viive Ludvigi t. — Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama osakonnajuhataja
Mišina, Veera Filipi t. — Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla polikliiniku juhataja
Muratova, Zinaida Ivani t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse inspektor
Muhhina, Aleksandra Aleksandri t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla meditsiiniõde
Oršanskaja, Rahil Afroimi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla arst, vabariigi peapatoloog-anatoom
Panikovskaja, Nadežda Nikolai t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla osakonnajuhataja
Prükk, Leili Jaani t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla vanem-meditsiiniõde
Puusepp, Heino Augusti p. — Tartu rajooni Teedla velskri-ämmaemandapunkti juhataja
Pärlist, Marju Karli t. — Tallinna 2. Lastehaigla peaarsti asetäitja
Pärnamägi, Hilda Ado t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla statistik
Rang, Maimu Antoni t. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri radioloog
Raud, Õie Jaani t. — Võru Rajooni Keskhaigla kabinetijuhataja
Rebane, Emilia Andrese t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla sanitar
Rosenberg, Elfriede Hermani t. — Tallinna Krooniliste Haigete Haigla vanem-meditsiiniõde
Ruus, Paul Kusta p. — Pärnu Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri arst
Ründal, Helgi Karli t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla vanem-meditsiiniõde
Saar, Edgar Vladimiri p. — Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama instruktor
Sarv, Anne Raimondi t. — Kuuda Vabariikliku Leprosooriumi epidemioloogi abi
Semevski, Oleg Vladimiri p. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla osakonnajuhataja
Sibul, Vello Alfredi p. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla akušöör-günekoloog
Sibul, Uno Friedrichi p. — Tallinna linna peakirurg
Sims, Asta Arnoldi t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla Laste Nõuandla juhataja
Simson, Olaf Arturi p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse peainspektor-hügienist rahvamajanduse kemiseerimise alal
Sukles, Lilli Jaani t. — Rapla Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja
Tamm, Oku Maksi p. — Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja, Eesti NSV peasanitaararst
Tiideman, Elmar Karpi p. — Koluvere Invaliidide kodu velsker
Uibo, Asta Jaani t. — Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla osakonnajuhataja
Valdes, Vello Alberti p. — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja
Vanaveski, Benita Johannese t. — Tallinna 1. Lastehaigla meditsiiniõde
Vassiljeva, Elvi Aleksei t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla vanem-meditsiiniõde
Veske, Maret Arturi t. — Vabariikliku Vereülekande Jaama osakonnajuhataja
Veskis, Elli Aleksandri t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla Laste Nõuandla juhataja
Viiding, Aino Hermani t. — Valga Krooniliste Haigete Haigla vanem-meditsiiniõde

Kauaaegse laitmatu töö eest tervishoiuasutustes ja aktiivse ühiskondliku tegevuse eest kanti Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi auraamatusse järgmiste töötajate nimed:

Asser, Maimu Karli t. — Põlva Rajooni Keskhaigla terapeut
Berezin, Mefodi Jakovi p. — Harju Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaararsti abi

Chevalier, Anatoli Viktori p. — Tallinna Vabariikliku Haigla vanemordinaator
Demšakov, Georgi Sergei p. — Narva Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaararsti abi

Espar, Linda Juhani t. — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja
Jenidortseva, Margarita Ivani t. — Võru Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja
Kalamees, Linda Gustavi t. — Rapla Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde
Karssanov, Mihhail Aleksei p. — Paide rajooni Esna Jaoskonnahaigla juhataja
Kongo, Erich Otto p. — Võru Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst
Krjukov, Aleksandr Nikolai p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo laboratooriumijuhataja

Laiksaar, Herbert Karli p. —Rapla rajooni Märjamaa Haigla velsker
Loige, Elmar Arnoldi p. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla otorinolarüngoloogiakabineti juhataja
Loorits, Lembit Gustavi p. — Põlva rajooni Lepassaare velskri-ämmaemandapunkti juhataja

Mardna, Adda Eduardi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja
Miländer, Veera Vladimiri t. — Harju Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloog

Olmre, Anastasia Justini t. — Tallinna apteegi nr. 13 retseptaar
Pullisaar, Hans Peetri p. — Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti asetäitja

Purre, Endla Jaani t. — Pärnu Tuberkuloositõrje Dispanseri osakonnajuhataja
Roots, Riho Johannese p. — Viljandi Rajooni Keskhaigla patoloog-anatoom
Siir, Hõilme Reinu t. — Harju rajooni Kuusalu Jaoskonnahaigla patronaažiõde
Svitškarjova, Antonina Ivani t. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi vanem teaduslik töötaja

Särg, Helju Peedu t. — Vigala apteegi juhataja
Škodina, Veera Lavrenti t. — Tallinna I Sünnitusmaja peaarst
Špor, Valentina Grigori t. — Tallinna Tõnismäe Haigla osakonnajuhataja
Zaitseva, Jekaterina Ivani t. — Tallinna Vabariikliku Väikelaste Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi meditsiiniõde

Tamjärv, Evi Karli t. — Harju rajooni Keila Haigla röntgenikabineti juhataja
Tasa, Lucia Mihhaili t. — Apteekide Peavalitsuse Kingissepa Rajooni Keskapteegi juhataja
Ungermann, Valli Johannese t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla stomatoloogiakabineti juhataja

Vardja, Tiiu Karli t. — Tallinna Stomatoloogia Polikliiniku peaarsti asetäitja
Verbovataja, Anastasia Porfiri t. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla günekoloogiakabineti juhataja

Hoolsa ja kohusetruu töö eest avaldas Eesti NSV tervishoiu minister tänu järgmistele töötajatele ja premeeris neid rahaliselt:

Abolkaln, Linda Juhani t. — Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse pearaamatupidaja

Aleksejeva, Jekaterina Fjodori t. — Tallinna Vabariikliku Väikelaste Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi sanitar

Bachverk, Konstantin Alberti p. — Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri instruktor

Belov, Inta Karli t. — Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi analüütik
Bever, Niina Jevgeni t. — Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla meditsiiniõde
Gutman, Vaike Augusti t. — Tallinna apteegi nr. 4 defektaar
Hinto, Ksenja Jaani t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sanitar
Hiob, Aide Kaarli t. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri sanitar
Kaasik, Selma Jüri t. — Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama desinfektsiooniosakonna instruktor

Kadak, Elsa Eduardi t. — Rakvere rajooni Kadrina apteegi nr. 68 juhataja
Kaplieva, Milla Ivani t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo laborant

Koonik, Henri Evaldi p. — Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse peainsener
Kross, Enno Juhani p. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla hingamiskeskuse juhataja

Lumeste, Aleksandra Nikolai t. — Haapsalu Vabariikliku Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla peaarst

Preeks, August Juhani p. — Tartu Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri peaarsti asetäitja administratiiv-majanduse alal

Rammo, Aili Johannese t. — Kohtla-Järve apteegi nr. 79 retseptaar
Roosileht, August Augusti p. — Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst

Rubanovitš, Josif Mendeli p. — Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse plaanio-sakonna juhataja
Suuk, Erna Karli t. — Tallinna Vabariikliku Haigla õde-perenaine
Tamm, Valentina Peetri t. — Tallinna Vabariikliku Haigla meditsiiniõde
Toots, Silvia Leopoldi t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla vanem-meditsiiniõde
Troon, Aksel Pauli p. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla autojuht
Uustani, Hinga Erichi t. — Tallinna Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri ravikehakultuuri instruktor
Vaikla, Olga Augusti t. — Haapsalu Vabariikliku Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla mudaravila sanitar
Veermäe, Valve Karli t. — Tallinna Vabariikliku Haigla vanemlaborant
Väre, Hans Jaani p. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla peaarst

Hoolsa ja kohusetruu töö eest avaldas Eesti NSV tervishoiu minister t ä n u järgmistele töötajatele:

Abram, Linda Eduardi t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarst
Aero, Anne-Liis Augusti t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla lastepsühhiaater
Allik, Eugen Alfredi p. — Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla laboratooriumi-juhataja
Arbeiter, Helle Oskari t. — Valga Rajooni Keskhaigla okulist
Bezrukova, Maria Ivani t. — Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla vanem-meditsiiniõde
Bogdanov, Grigori Nikolai p. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri kirurg
Dambe, Ella Jaani t. — Pärnu Linna Haigla kokk
Gamburg, Erlen Rufi t. — Narva Linna Haigla Balti Soojuselektrijaama tsehhiarst
Ilmoja, Vello Aleksandri p. — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst
Järvson, Elfriede Alviine t. —Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama pea-raamatupidaja
Kadastik, Heiti Johannese p. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogia Haigla peaarst
Kalda, Hillar Kaarli p. — Võru Rajooni Keskhaigla peaarst
Karki, Niina Borissi t. — Tallinna Tõnismäe Haigla osakonnajuhataja
Kasak, Mia Augusti t. — Põlva Rajooni Keskhaigla Räpina sisehaigusteosakonna juhataja
Kask, Meedi Juhani t. — Paide Rajooni Keskhaigla operatsiooniõde
Kask, Mihkel Andrese p. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieeni kateedri juhataja
Kiili, Kaljo Aleksandri p. — Põlva Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst
Kurg, Aino Karli t. — Valga Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama bakterioloog
Kullamaa, Selma Augusti t. — Kingissepa Väikelastekodu juhataja
Kuus, Helju Jaani t. — Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi osakonnajuhataja
Kuusiku, Erna Mihkli t. — Hiiumaa Rajooni Haigla vanem-meditsiiniõde
Kõre, August Jaagu p. — Pärnu Linna Haigla osakonnajuhataja
Laretei, Kalju Juhani p. — Tartu rajooni Alatskivi ambulatooriumi juhataja
Lazareva, Helgi Roberti t. — Võru Rajooni Keskhaigla pediaater
Laurits, Leonora Ferdinandi t. — Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama osakonnajuhataja
Lemmats, Endla Juhani t. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla vanem-meditsiiniõde
Liiv, Helja Kustase t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla vanem-meditsiiniõde
Lust, Karl Karli p. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla osakonnajuhataja
Martõnova, Galina Aleksandri t. — Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama osakonnajuhataja
Maurer, Lennart Augusti p. — Tallinna Linna TSN Tervishoiu Osakonna juhataja
Maurer, Rosalie Ivani t. — Võru Rajooni Keskhaigla akušöör
Mihhailova, Iraida Viktori t. — Hiiumaa Rajooni Haigla pediaater
Mikkel, Elmar Hendriku p. — Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla osakonna-juhataja
Niglas, Maria Semjoni t. — Paide Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja
Nilgo, Haljeva Villemi t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla osakonnajuhataja
Noorväli, Aino Aleksandri t. — Tapa Linna Haigla meditsiiniõde
Oinak, Paul Vassili p. — Võru rajooni Urvaste velskri-ämmaemandapunkti juhataja
Olvet, Arvo Ando p. — Tapa Linna Haigla osakonnajuhataja

Plamus, Erna Karli t. — Haapsalu rajooni Palivere velskri-ämmaemandapunkti juhataja
Pruuli, Arnold Johani p. — Viljandi Rajooni Abja haigla peaarst
Pärn, Daina Eduardi t. — Hiiumaa Rajooni Haigla peaarst
Rahu, Peeter Aleksei p. — Valga Rajooni Keskhaigla peaarst
Raidve, Linda Juhani t. — Tallinna I Sünnitusmaja pediaater
Randla, Vaike Augusti t. — Tallinna apteegi nr. 9 juhataja
Raudsepp, Linda Alberti t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla meditsiiniõde
Reisberg, Õie Juliuse t. — Tapa Linna Haigla peaarst
Saks, Asta Dimitri t. — Pärnu Linna II Lastesõime juhataja
Siimre, Adolf Ado p. — Tallinna Vabariikliku IV Haigla neuroloogiakabineti juhataja
Siirak, Liivia Ernsti t. — Harju rajooni peaarst
Silland, Salme Peetri t. — «Kreenholmi Manufaktuuri» polikliiniku peaarsti asetäitja
Sokolova, Serafima Matvei t. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla vanem-meditsiiniõde
Sukles, Gunnar Jüri p. — Rapla Rajooni Keskhaigla peaarst
Tamm, Virve Karli t. — Tallinna Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna peapediaater
Tedremaa, Heinar Leonhardi p. — Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama sanitaararsti abi
Tokalova, Klavdia Aleksandri t. — Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama osakonnajuhataja
Toomingas, Juta Ernsti t. — Tallinna I Lastehaigla pediaater
Truhhatšova, Anna Vassili t. — Narva Linna Nakkushaigla osakonnajuhataja
Vihm, Nadežda Aleksandri t. — Tartu Riikliku Ülikooli stomatoloogia kateedri juhataja
Väärt, Evald Aleksandri p. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarst

VÄITEKIRJADE KAITSMINE

26. mail 1966. a. kaitses Eesti NSV Teaduste Akadeemia Bioloogia, Meditsiini ja Põllumajandusteaduste Nõukogu ees kandidaadiväitekirja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi protozooloogia- ja mikrobioloogialaboratooriumi noorem teaduslik töötaja Uno Nigesen. Dissertatsiooni teemaks oli «Aglutinatsioonireaktsioon ja seroprotektsioonitest urogenitaaltrakti trihhomonoosi korral». Oponeerisid Eesti NSV teeneline teadlane professor F. Lepp ja Tartu Riikliku Ülikooli nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri vanemõpetaja arstiteaduse kandidaat E. Tammepõld. Nõukogu otsustas U. Nigesenile anda arstiteaduse kandidaadi kraadi.

20. juunil kaitses NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi reumatoloogia- ja kurortoloogialaboratooriumi noorem teaduslik töötaja Ester Luiga Leningradi Pediaatria Instituudi Teadusliku Nõukogu ees kandidaadiväitekirja teemal «Reumahaigete laste neerupealiste koore talitlus mitmesuguste ravimeetodite kasutamise puhul». Oponentideks olid Leningradi Pediaatria Instituudi lastehaiguste propedeutika kateedri juhataja professor A. Volovik ja S. M. Kirovi nimelise Leningradi Arstide Täiendamise Instituudi pediaatria kateedri juhataja dotsent G. Zaitseva. Nõukogu otsustas E. Luigale anda arstiteaduse kandidaadi kraadi.

H. Jänes

KUNSTILISE ISETEGEVUSE ÜLEVAATUSELT

28.—29. maini toimus Tartus tervishoiutöötajate kunstilise isetegevuse vabariiklik ülevaatus. Osavõtjaid oli ligi 700 Tartust, Tallinnast, Kohtla-Järvelt, Pärnust ning Kingissepa, Valga, Võru, Rakvere ja Viljandi rajoonist.

Kooridest said esikoha Tartu Tervishoiutöötajate Maja naiskoor ja Võru Rajooni Keskhaigla segakoor «Tervis». Parimaks meesansambliks osutus Tervishoiu Ministeeriumi Autopargi «Lauluveljed». Võitjaile pakkus tõsist konkurentsi Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri meesansambel. Laureaatideks said ka Tartu Kliinilise Sünnitusmaja naistrio ja Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi meeskvartett. Vokaalsolistidest oli teistest tublisti parem Erika Pedraudse Võrust.

Instrumentalistidest tulid esikohale Tallinna Tõnismäe Haigla instrumentaaltrio ja Tartu Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogia Jaama elektrikitarristid Endel Kõrs ja Väino Kolde. Võitja diplom anti ka Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi segarahvatantsurühmale ja Tallinna Nõmme Haigla naisvõimlemisrühmale.

Deklamaatoreist pälvisid laureaadi nimetuse Hilja Alekand Pilguse Psühhoneuroloogia Haiglast ja Imbi Soop Tallinna Nõmme Haiglast. Sõnalavastustest

osutusid kõrgetasemeliseks E. Ranneti «Karikas ja madu» Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla näiteringi esituses (lavastaja H. Jallai) ja G. Priede «Kuigi on sügis» Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi näiteringi esituses (lavastaja S. Kuljus).

Ülevaatuse üldvõitjaiks tulid Tartu linna ja rajooni meditsiinitöötajad. Teise koha saavutasid Tallinna isetegevuslased napi eduga Kingissepa rajooni isetegevuslaste ees. Žürii eesotsas Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimehe U. Meikasega märkis ülevaatuse kõrget kunstilist taset. Kahju, et ülevaatusest ei võtnud osa kõikide linnade ja rajoonide meditsiinitöötajad.

M. Sikk

MEDITSIINITÖÖTAJATE PÄEV TALLINNAS

16. juunil kogunesid Tallinna tervishoiuasutuste töötajad «Tööstusprojekti» avarasse aulasse, et esmakordselt tähistada meditsiinitöötajate päeva. Piduliku koosoleku avas Eesti NSV Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimees U. Meikas. Pikema sõnavõtuga esines Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg, kes rääkis vabariigi tervishoiu saavutustest ja tulevikuperspektiividest uuel viisaastakul.

Meditsiinitöötajate päeva puhul märgiti ära paljude arstide, velskrite, meditsiiniõdede, sanitaride jt. hea töö. NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirja luges ette L. Amisep. Selle käskkirjaga sai «Tervishoiu eesrindlase» rinnamärgi 66 vabariigi meditsiinitöötajat, sealhulgas 27 Tallinnast. Märgid andis kätte tervishoiu minister A. Goldberg. Publik aplodeeris igale autasustatule ja rahvarõivais neiud ulatasid neile lillekimbu.

Kokkutulnuid tervitas Tallinna Linna TSN Täitevkomitee esimehe asetäitja R. Ristlaan. Pärast seda anti kätte Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aukirjad ja rinnamärgid «NSV Liidu sanitaarkaitse eesrindlane». Ühtlasi anti üle NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee aukirjad, NSV Liidu Punase Risti Seltsi Keskkomitee aukirjad ning NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee ja NSV Liidu tervishoiu ministri ühine aukiri. Mitmetele meditsiinitöötajatele anti ka EKP Tallinna Linnakomitee aukirjad.

Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga avaldati tänu ja premeeriti rahaliselt 26 meditsiinitöötajat. Ministri käskkirjaga avaldati tänu hoolsa ja kohusetruu töö eest 59 inimesele. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi auraamatusse kanti 30 tervishoiutöötaja nimi.

Pärast lühikest vaheaega algas kontsert. Rohkem kui paaritunnilise eeskava täitsid ainult meditsiinitöötajad, kes tulid sellega hästi toime. Tallinlastele tõid külakosti tervishoiutöötajate kunstilise isetegevuse vabariikliku ülevaatuse laureaadid Tartust, Pärnust ja mujalt. Tublideks lauljateks osutusid Pärnu Linna Haigla töötajad. Samuti meeldis publikule Tartu Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogia Jaama elektrikitarristide esinemine. Tantsijatest tulid lavale Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi segarahvatantsurühm ja Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehase välejalgsed naised. Huvi pakkus Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sõnalavastus, milles anti põgus ülevaade meditsiinist minevikus, olevikus ja tulevikus. Tormilise aplausi aga päästis valla Tervishoiu Ministeeriumi Autopargi meesansambli «Lauluveljed» esinemine.

Õhtu läks igati korda, sest oli ju parajal määral pidulikkust ja mõnusat vaatamist-kuulamist.

H. Tiits

TERVISHOIUTÖÖTAJATE SUVEPÄEVAD VALGERANNAS

18. juuni õhtupoolikul vurasid autod ja bussid Valgeranna suunas. Sinna sõitsid tervishoiutöötajad, et osa võtta meditsiinitöötajate päeva puhul korraldatud suvepäevadest. Saabujaid võtsid laagriplatsil vastu loosungid «Tere tulemast!», «Head tuju!», «Tule ja löö kaasa!». Lehvisid punased-sinised lipud.

Hakkas kerkima telklinn. Varajasemad olid Paide rahvas ja saarlased. Ühe telgi juures pidas vahti samblast koer ja samas võis lugeda silti «Ettevaatust! Kuri koer!» Selle lähedal oli «elamu», mis kandis nime «Individuaal», veidi eemal aga kerkis «ühiselamu». Kaugemal paistsid silma liivale kujundatud «Kiirabijaam 03» ja puid ühendav kaunis ämblikuvõrk, paar sammu edasi Tallinna IV Lastehaigla «Karikas ja madu».

Õhtuks jõudis Valgeranda üle 1200 meditsiinitöötaja. Kellaosutid lähenesid 7-le, kui kostis laagri komandandi käsklus: «Laager valvel!» Heisati laagrilipp. Selle au osaliseks said Tartu rajooni meedikud. Avasõna ütles ja kõiki laagrist osavõtjaid tervitas tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm. Sõna võtsid A. Muller Tallinnast, ajakirja «Veseliba» peatoimetaja J. Šusters Riiast jt. NSV Liidu

tervishoiu minister B. Petrovski tervitas meditsiinitöötajate suvepäevadest osavõtjaid telegraafi teel.

Peagi võis näha, millised on meditsiinitöötajate sportlikud võimed. Juba kostiski Valgeranna mändide vahelt tormiline reageerimine võrkpallimängule. Seekord proovisid jõudu Lõuna-Eesti ja Põhja-Eesti naised. Mängu võitsid ülekaalukalt lõunaeestlased. Meestest tulid võitjaks aga põhjaeestlased. Otse rannaliival võisteldi kolmikhüppes.

Et meditsiinitöötajate hulgas on palju muusikaharrastajaid, seda näitas ilmekalt nende esinemine. Võimsalt kõlas Tervishoiu Ministeeriumi Autopargi meesansambli «Lauluveljed» laul. Hästi esinesid ka Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi meeskvartett ja Pärnu Linna Haigla ansamblid. Soojalt võeti vastu Sõmera sanatooriumi rahvatantsijad jt.

Kontserdi lõpul tervitas suvepäevalisi Moskva Lihhatšovi-nimelise Autotehase esindaja. Hilisõhtul süüdati lõke.

Pühapäev veedeti mõnusalt. Selgus, et tervishoiutöötajad oskavad mitte ainult õpetada, kuidas karastava supluse, metsaõhu ja päikesega tervisele kasu tuua, vaid mõistavad sellest ka ise lugu pidada.

Suvepäevi tuleb igati õnnestunuks lugeda. Igale osavõtjale tuletab neid meelde nägus sirmiga mütsike, mis kannab meditsiini embleemi ja teksti «Tervishoiutöötajate suvepäevad. Valgerand 1966.» Loodame, et niisugune üritus muutub igaaastaseks traditsiooniks.

I. Kask

TURISMIMATKAD SAKSA DEMOKRAATLIKKU VABARIIKI

I. Metšnikovi nimeline Mikrobioloogide, Epidemioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Teaduslik Selts korraldas 1966. aasta maikuus kahenädalase turismimatka Saksa Demokraatlikku Vabariiki. Reisist võttis osa 31 inimest Tallinnast, Tartust, Viljandist, Kohtla-Järvelt ja Võrust. Matka jooksul läbiti autobussiga üle 3200 km ja viibiti rohkem kui kümnes linnas, kus peale ajalooliste ja kultuurimälestusmärkide ning muude vaatamisväärsuste tutvuti ka paljude meditsiiniasutuste tegevuse ja saksa kolleegide tööga.

Saksa Demokraatliku Vabariigi pealinnas Berliinis külastati Buchi kliinikuid, Immunobioloogia Instituuti, Saksa Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse Vähi Uurimise Instituuti, Saksa Töömeditsiini Keskinstituuti ja Berliini Ringkonna Hügieeniinstituuti. Leipzigis käidi Karl Marxi nimelise Ülikooli kliinikutes ja ringkonna hügieeniinstituudis. Ka Karl-Marx-Stadtis tutvuti ringkonna hügieeniinstituudiga. Eisenhüttenstadtis vaadati linnahaiglat, Dresdenis aga veedeti üks õhtupoolik Saksa Hügieenimuuseumis.

Reis oli huvitav ja andis osavõtjatele palju kasulikke tähelepanekuid.

J. Kärt

*

1966. aasta mais-juunis toimus Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi algatusel kahenädalane ekskursioon Saksa Demokraatlikku Vabariiki.

Külastati mitmeid linnu: uut linna Eisenhüttenstadti, kunstiaarete ja kunstikogude asukohta Dresdenit, portselanitööstuse poolest tuntud Meissenit, vanu linnu Naumburgi ja Weimarit, messilinna Leipzigit, keskaegset Wernigerodet, masinaehituskeskust Magdeburgi ja vabariigi pealinna Berliini. Ühtlasi käidi looduslikult kaunimates kohtades Saksa-Šveitsi ja Harzi mäestikus.

Ekskursiooni üldisele programmile vaatamata püüti leida võimalus töökogemuste vahetamise eesmärgil külastada apteeke. Tutvusime vaid linna- ja suuremate haiglate apteekidega. Linnaapteegid ei varusta raviasutusi medikamentidega ja teenindavad ainult elanikke. Et ekstemporaalselt valmistatud ravimeid nõutakse vähe (hõlmab vaid 7—10% üldretseptuurist), on jooksev töö lihtsustatud ja võimaldab valmisravimite suure valiku tõttu abivajajaid kiiresti teenindada. Paistis silma ravimdroogide suur osatähtsus (nomenklatuuris ligikaudu 160 liiki).

Muljeterikas reis pakkus palju huvitavat ja oli heaks aktiivseks puhkuseks.

H. Kangro

SISUKORD

A. SARAP — Spetsialiseeritud meditsiiniline abi 243

Teooria ja praktika

O. TAMM, H. PIHL, H. JÄNES ja A. LENZNER — Arstiteadusliku uurimistöö suunad nakkushaiguste ja hügieeni alal aastail 1966—1970 . 246

K. KÕRGE ja J. GROSS — Kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkuse komplekssest ravist 250

V. SAARMA — Valkteraapiast kroonilise hepatiidi ja maksatsirroosi puhul (Kirjanduse ülevaade) . . . 255

E. MÜLLERBEK — Laste reuma profülaktikast 258

J. MÄNNISTE — Flebograafia alajäseme kroonilise veenipuudulikkuse diagnoosimisel 261

U. VIIRES — Supraakromiaalsete rangluu nihestuste kirurgilisest ravist 264

F. VINKMANN — Pahaloomuliste kasvajate morfoloogilistest muutustest medikamentoosse ravi puhul (Kirjanduse ülevaade) 267

M. PURDE — Kopsuvähk ja suitsetamine Eesti NSV-s 270

R. MIKELSAAR — Paraganglionide feokromotsütoomidest 272

Tervishoiu organisatsioon

N. ELŠTEIN — Linnajaoskonna terapeut ja spetsialiseerumine . . . 275

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

V. SOLOVJOV — Mitraalkomissurotoomia kopsuturse puhul 278

Abiks velskritele ja õdedele

H. KAHN — Koolinoorte seksuaalkasvatusest 280

A. VODI — Väikelaste parenteraalse toitmise tehnikast 283

H. LÕIV — Uurimismaterjalide võtmine laboratoorseks analüüsimiseks bakterhaiguste korral . . . 287

Sanitaarharidustöö

M. SAKS — Filmid sanitaarharidustöös 290

СОДЕРЖАНИЕ

А. САРАП — Специализированная медицинская помощь 243

Теория и практика

О. ТАММ, Х. ПИХЛ, Х. ЯНЕС и А. ЛЕНЦНЕР — Направления научно-исследовательской работы по инфекционным болезням и гигиене в 1966—1970 гг. 246

К. КЫРГЕ и Ю. ГРОСС — О комплексном лечении хронической сердечно-сосудистой недостаточности 250

В. СААРМА — О протеинотерапии при хронических гепатитах и циррозах печени (Обзор литературы) 255

Е. МЮЛЛЕРБЕК — О профилактике ревматизма у детей 258

Ю. МЯННИСТЕ — Флебография в диагностике хронической венозной недостаточности нижних конечностей 261

У. ВИЙРЕС — Оперативное лечение супраакромиальных вывихов ключицы 264

Ф. ВИНКМАНН — О морфологических изменениях в злокачественных опухолях при медикаментозном лечении их (Обзор литературы) 267

М. ПУРДЕ — Курение и рак легкого в Эстонской ССР 270

Р. МИКЕЛЬСААР — О феохромоцитомах параганглиев 272

Организация здравоохранения

Н. ЭЛЬШТЕЙН — Городской участковый терапевт и специализация в медицине 275

Обмен опытом и казуистика

В. СОЛОВЬЕВ — Митральная комиссуротомия при отеке легких 278

В помощь фельдшерам и сестрам

Х. КАХН — О сексуальном воспитании школьников 280

А. ВОДИ — О технике парентерального кормления детей раннего возраста 283

Х. ЛЫЙВ — Забор материалов для лабораторных анализов при бактериальных заболеваниях 287

Санитарно-просветительная работа

М. САКС — Фильмы в санитарно-просветительной работе 290

Mitmesugust

H. PIHL — Diskussioon mittenakkuslike haiguste epidemioloogia küsimustes 292
M. SIKK — Tervishoiuprobleemid ajalehes «Edasi» 295

Arstiteaduse ajaloost

B. SCHAMARDIN — Andmeid Vana-Liivimaa meditsiinilise kirjanduse ajaloost feodaalse killustatuse ajajärgul 296

Viisaastaku tähised

M. KINK — Tallinna Keemia ja Farmaatsia Tehas rekonstrueeritakse . 300
B. KADARIK — Sanatooriumide ja puhkekodude võrk laieneb . . . 302

Intervjuu

B. ROKS — Arstiteaduslikud uurimistööd 1967. aastal 303

Konverentsid ja nõupidamised

V. MILLER — Gastroenteroloogide konverents-seminar 304
P. RAHU — Valga rajooni tervishoiutöötajate konverents 305
V. KALNIN ja L. TANNING — Matemaatilised meetodid arstiteaduses . 305
H. VAHTER — Arstide-kommunistide nõupidamine 306

Konsultatsioone

U. MEIKAS — Juriidilist nõuannet . 307

Tähtpäevad

OLEV LEESIK 70-aastane 308
E. TALLMEISTER 50-aastane . . . 308

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Mõned uuemad ravimpreparaadid 309

Kroonika . . . 310

Разное

Х. ПИХЛ — Дискуссия по вопросам эпидемиологии неинфекционных заболеваний
М. СИКК — Проблемы здравоохранения в газете «Эдази»

Из истории медицины

Б. ШАМАРДИН — Данные к истории медицинской письменности Старой Ливонии в эпоху феодализма

Вехи пятилетки

М. КИНК — Реконструируют Таллинский химико-фармацевтический завод
Б. КАДАРИК — Сеть санаториев и домов отдыха расширяется

Интервью

Б. РОКС — Медицинские исследовательские работы в 1967 году

Конференции и совещания

В. МИЛЛЕР — Конференция-семинар гастроэнтерологов
П. РАХУ — Конференция медицинских работников Валгаского района
В. КАЛНИН и Л. ТАННИНГ — Математические методы в медицине
Х. ВАХТЕР — Совещание врачей-коммунистов

Консультации

У. МЕЙКАС — Консультация по юридическим вопросам

Юбилейные даты

70-летие ОЛЕВА ЛЕЭЗИКА
50-летие ЭУГЕНА ТАЛЛМЕЙСТЕРА

Новые лекарственные препараты

Х. КАНГРО — Некоторые новые лекарственные препараты

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
U. Meikas, A. Nordberg, E. Raudam, H. Roots (peatoimetaja asetäitja),
J. Saarma, A. Sarap ja **O. Tamm** (peatoimetaja)

5
September–
Oktoober

9. AASTAKÄIK

KIRJASTUS «PERIOODIKA»
TALLINN 1966

TOIMETUSE NÕUKOGU

M. HOLM (Jõgeva)
A. JUHASOO (Põlva)
R. KARIES (Haapsalu)
A. KLINK (Võru)
H. KREEK (Pärnu)
J. LEBEDEV (Kohtla-Järve)
V. LUKA (Viljandi)
L. MAURER (Tallinn)
D. PÄRN (Hiiumaa)
P. RAHU (Valga)
L. SIIRAK (Harju rajoon)
M. SIKK (Tartu rajoon)
M. SILLAND (Narva)
G. SUKLES (Rapla)
A. TAMM (Paide)
U. VAGUR (Rakvere)
V. VESSAR (Tartu)
E. VÄÄRT (Kingissepa)

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
69111

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 25. VIII 1966. Trükkimisele antud 26. IX 1966. Trükiarv 4450. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,7. Arvutuspoognaid 8,015. Tellimise nr. 6199. MB-07992.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Tartu maantee 16. Telefon 220-07, 233-98.
Väljaandja: Kirjastus «Perioodika», Tallinn

KOMMUNISTLIKU TÖÖ LIIKUMISEST EESTI NSV TERVISHOIUASUTUSTES

U. MEIKAS

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee esimees

Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei XXIII kongressi poolt püstitatud ülesannete täitmine kommunistliku ühiskonna materiaal-tehnilise baasi loomisel on tihedalt seotud töötajate kommunistliku teadlikkuse kasvatamisega. Tervishoiutöötajate hulgas tehtava kasvatustöö üheks levinumaks vormiks on liikumine õppida elama ja töötama kommunistlikult. Tänavu möödub 5 aastat sellest, kui sellesse liikumisse lülitusid esimesed tervishoiutöötajad. Praegu on kommunistliku töö liikumisest hõlmatud 107 tervishoiuasutust 8911 osavõtjaga. Ainult Paide rajoon on sellest kõrvale jäänud. Kommunistliku töö eesrindlase nimetus on antud 2681 töötajale.

Kommunistlik töö asutuses on vastutusrikas ja tõsine ülesanne. See nõuab, et ühiskondlikud aktivistid ja juhtivad töötajad oleksid laia silmaringiga, õige elutunnetusega inimesed, kellel on selge, milline peab olema tulevase, kommunistliku ühiskonna inimene; inimesed, kes igas olukorras oskavad kasutada otstarbekaid kasvatustöö meetodeid. Sellest aspektist on seni paremaid tulemusi saavutanud Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam, Haapsalu Vabariiklik Defektiivsete Väikelaste Kodu, Roela jaoskonnahaigla, Ahja jaoskonnahaigla jt. Edu tagatiseks on siin olnud konkreetsed, töötajate eale ja võimetele vastavad individuaalkohustused.

Kontrollimisel on selgunud, et sageli võetakse kohustused vastu üldsõnalistena. Konkreetsuse puudumine ei võimalda aga kohustuste mahtu ja nende täitmist kontrollida. Sellega kaob võimalus juhtida ja planeerida liikumist õppida elama ja töötama kommunistlikult tervikuna ning iga sellest osavõtja isiku kujundamist eraldi. Seepärast peab individuaalkohustustes täpselt näitama, millised täiendavad kohustused võetakse (kohustuste maht, täitmise aeg, enesetäiendamise viis jne.). Kohustusi ei tohi fikseerida sel viisil: õpin tegema laboratoorseid analüüse, vaid: õpin arst A. Õunapuu juhendamisel määrama SR-i, leukotsütoosi, hemoglobiini hiljemalt 20. detsembriks 1966. a. Samuti pole õige sõnastada kohustust sellisena: võtan osa poliitinformatsioonidest, vaid näiteks: teen 1966. a. jooksul 2 ettekannet sise- ja 3 välispoliitilisest olukorrast. Kui töötaja tõstab kvalifikatsiooni erialakirjanduse lugemise

teel või laiendab oma teadmisi ühiskonnaõpetuse, kunsti, kirjanduse alal, tuleb näidata olulisemad teosed, monograafiad, artiklid koos autorite nimedega ja tähtaeg, millal esitab neist kokkuvõtte kollektiivile. Sellistele koosolekutele kutsutakse spetsialiste, kes annavad tehtud tööle hinnangu.

Enamik meie töölistest ja teenistujatest loeb pidevalt ilukirjanduslikke teoseid, külastab teatrit, kontserte, kunstinäitusi jne. Tavaliselt toimub see juhuslikult, ilma kindla plaanita. Et töötaja isiksuse kujunemist soovitud sihis suunata, on individuaalkohustustesse vaja võtta ka konkreetsete ilukirjanduslike teostega tutvumine. Näiteks juhul, kui töötaja ei ole kutse-eetika küsimustes enda vastu küllalt nõudlik, on otstarbekas soovitada tal teha ettekanne ilukirjanduslike teoste (Koptjajeva «Ivan Ivanovitši» või Cronini «Tsitadelli») alusel, kus ta võrdleb teose kangelaste tööd oma asutuse töötajate saavutustega.

Teatrikülastuste planeerimisel tuleb soovitada ühe ja sama näidendi, ooperi, balleti korduvat vaatamist-kuulamist kas erineva koosseisu või kollektiivi esituses. See on tarvilik selleks, et kujundada õiget seisukohta elu ja kunsti küsimustes (erinevate lavastuste, erinevate kunstnike poolt esitatu võrdlemise tulemusena).

Et iga üksiku töötaja arengut sihipäraselt suunata, tuleb ühiskondlikel organisatsioonidel ja administratsioonil töötajaid individuaalkohustuste võtmisel ja fikseerimisel igati abistada. Kohustustes peaks olema arvestatud töötaja võimeid ja tegelikke võimalusi, iga, hariduslikku taset, tervislikku seisundit, perekondlikku olukorda, huvialasid, töötaja nõrkusi ja puudusi. Need arutavad läbi osakonnajuhataja ja ametiühingu rühmaorganisaator töötaja osavõtul. Kui kohustusi ei ole võimalik täita (näide: laboratoorseid analüüse soovib aasta jooksul õppida 25 inimest, laboratoorium suudab aga ette valmistada 11 inimest) või kui need monotüüpsetena isiksuse kujunemist vajalikus suunas ei taga (ainult tööalased, ainult ühiskondlikku tööd käsitlevad jne.) või on üldsõnalised ega aita töötajal vabaneda olulistest puudustest, siis tehakse ettepanek kohustusi täiendada või asendada need uutega. Seejuures tuleb meeles pidada, et töötaja võtab endale kohustused vabatahtlikult. Ametiühingu rühmaorganisaator ja osakonnajuhataja peavad olema niivõrd autoriteetsed ja esitama omapoolsed ettepanekud selliselt, et töötajal oleks selge nende muudatuste vajalikkus ja otstarbekus.

Individuaalkohustuste läbiarutamine töötaja juuresolekul võimaldab tal kohustuste vajalikkust põhjendada, sunnib teda nende mahtu ning oma võimeid veel kord kaaluma. Ühiskondlikel organisatsioonidel, administratsioonil, kogu kollektiivil aga on võimalik teha omapoolseid parandusi ja täiendusi, et aidata töötajal ületada kitsaskohti töös, kõrvaldada puudusi teadmistes ja käitumises.

Peame rangelt jälgima, et individuaalkohustuste läbiarutamisega ei kaasneks isiku solvamise juhte või teisi selliseid nähte. Edasi kinnitatakse töötaja individuaalkohustused ametiühingu kohaliku komitee laiendatud koosolekul ja tehakse kõigile teatavaks.

Pärast kohustuste kinnitamist ei pöörata sageli küllaldast tähelepanu nende täitmise kontrollile, mille tõttu tööd segavaid asjaolusid ei kõrvaldata õigeaegselt ja kohustused jäävad lihtsalt paberile. Kõige otstarbekamaks on seni osutunud ametiühingu rühmaorganisaatori ja osakonnajuhataja ühine kontroll kohustuste täitmise üle. Selline koostöö võimaldab kiiresti lahendada mitmesuguseid esilekerkivaid küsimusi ning tihendab kontakti töötajate ja administratsiooni vahel.

Liikumise õppida elama ja töötama kommunistlikult konkreetne ning õige korraldamine tervikuna sõltub paljudest teguritest — töötajate maa-

ilmavaatest ja üldhariduslikust tasemest, erialasest kvalifikatsioonist, asutusele antud ülesannetest, tema materiaal-tehnilisest baasist jne., samuti juhtivate töötajate, ühiskondlike aktivistide, peaarsti ja juhatajate võimetest.

Tervishoiuasutuste juhatajad peavad olema poliitiliselt arenenud, laia silmaringiga, oma kutsealale andunud töötajad, sest siis leiavad kõik päevakorda kerkinud küsimused õige lahenduse ja seega liikumine õppida elama ja töötama kommunistlikult on käesoleval ajal tervishoiutöötajate õigeks kasvatustöövormiks.

О ДВИЖЕНИИ ЗА КОММУНИСТИЧЕСКИЙ ТРУД В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР

У. Мейкас

Р е з ю м е

В этом году исполняется 5 лет с того времени, как первые работники здравоохранения включились в движение за коммунистический труд. Теперь этим движением охвачено 107 медицинских учреждений с 8911 участниками. В стороне оказался только Пайдеский район. Звание передовика коммунистического труда присвоено 2681 работнику.

Организация коммунистического труда в учреждениях является ответственной и серьезной задачей. Практика показала, что без конкретных индивидуальных обязательств невозможно организовать соревнование — учиться работать и жить по-коммунистически. Индивидуальные обязательства работника не должны формулироваться общими словами, а должны представлять собой подробный план развития личности, в котором показан его дополнительный вклад (помимо прямых служебных обязанностей) в повышение профессионального мастерства и формирование мировоззрения. Для того чтобы целеустремленно направлять развитие каждого работника, общественные организации и администрация должны всячески помогать им при принятии и фиксировании индивидуальных обязательств. В обязательствах следует учитывать способности и реальные возможности работника, его возраст, образование, состояние здоровья, семейное положение, круг интересов, а также и недостатки. Обязательства обсуждаются заведующим отделением и профгрупоргом совместно с работником. При этом необходимо помнить, что обязательства берутся добровольно.

Индивидуальные обязательства работника утверждаются на расширенном заседании местного комитета профсоюза и затем объявляются всем.

Часто после утверждения обязательств не обращают должного внимания на контроль их выполнения, своевременно не устраняют мешающие работе обстоятельства, и обязательства остаются просто на бумаге. Наиболее целесообразным оказался общий контроль выполнения взятых обязательств заведующим отделением и профгрупоргом. Такая совместная работа позволяет быстро решать возникающие в ходе соревнования вопросы и укрепляет контакты между работниками и администрацией.

KUNSTLIK NEER

A. LINKBERG ja *H. TIHANE*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja professor *A. Linkberg*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Üks silmapaistvaid saavutusi ägeda neerupuudulikkuse ravis viimaste aastakümnete jooksul on ekstrakorporaalse hemodialüüsi kasutusele võtmine. Kehavälist vereringet katsetas vere puhastamiseks mürkainetest esmakordselt J. Abel kaastöölistega aastail 1913—1914 ning nimetas selleks otstarbeks konstrueeritud aparaadi kunstlikuks neeruks (1).

Põhikonstruktsiooni poolest võib praegu kasutatavaid hemodialüsaatoreid jaotada kahte põhirühma (4, 7).

1. Torudialüsaatorid, mille hulka kuuluvad W. Kolffi (1943), N. Alwalli (1947), W. Kolffi ning B. Watschingeri (1956) jt. poolt konstrueeritud aparaadid.

2. Plaatdialüsaatorid, mille põhitüübiks on USA-s L. Skeggsi ja ja J. Leonhardi poolt 1948. a. konstrueeritud kunstlik neer. Selle modifikatsioonideks on kodumaine hemodialüsaator, Halstrupi «Nephra 2» jt.

Kaks dialüsaatorite rühma erinevad põhiliselt selle poolest, et torudialüsaatorite puhul voolab veri kehavälises vereringes tsellofaantorus, plaatdialüsaatorite korral seevastu laiade tsellofaanlestmete ehk fooliate vahelises kapillaarpilus. Nii ühel kui ka teisel dialüsaatoritüübil on puudusi ja eeliseid. Kunstliku neeru konstruktsioonist olenemata on ekstrakorporaalse hemodialüüsi üks peamisi ülesandeid asendada neerude funktsiooni lühemaks või pikemaks ajaks ja abistada neid ekso- või endogeensete mürkide elimineerimisel [G. Jutzler jt. (4)].

Kunstlikku neeru võib kasutada peamiselt järgmisel eesmärgil (4, 5, 7): 1) valgu-ainevahetuse lõpp- ja vaheproduktide eemaldamiseks organismist, 2) vee ja elektrolüütide tasakaalu häirete korrigeerimiseks, 3) ödeemivedeliku eemaldamiseks organismist, 4) ekso- ja endogeensete mürkainete elimineerimiseks.

See osutub võimalikuks eeskätt kolme füüsikalise protsessi varal, mis toimuvad dialüsaatoris (2, 3, 7).

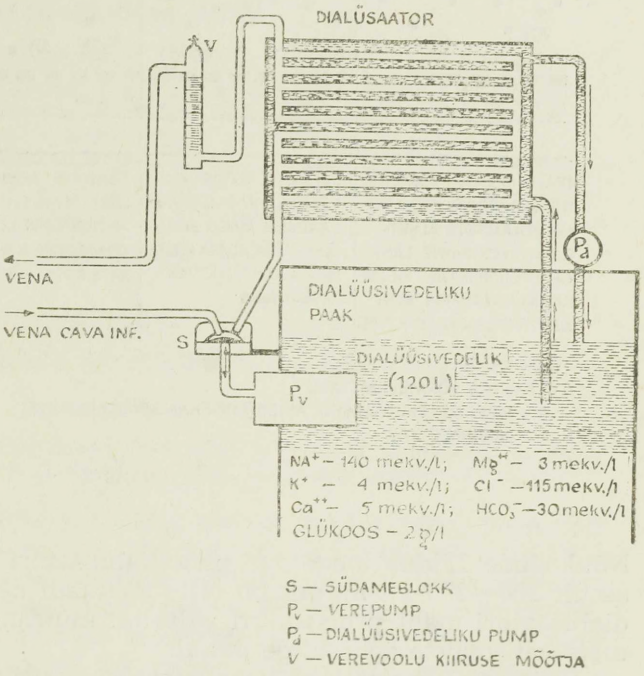
1. Dialüüsi teel, mis kujutab endast selektiivset difusiooni läbi semipermeaabli membraani (tsellofaani). Dialüüsi tulemusena tasakaalustub väikemolekulaarsete ainete (kusiaine, kreatiniin, elektrolüüdid jt.) kontsentratsioon mõlemal pool membraani, s. o. veres ja dialüüsivedelikus.

2. Osmoosi teel, mis põhjustab vee liikumise kõrgema osmootse kontsentratsiooniga vedeliku, s. o. dialüüsivedeliku suunas.

3. Ultrafiltratsiooni teel, mida põhjustavad kõrge hüdrostaatiline rõhk tsellofaanlestmete vahel, kus paikneb veri, ja dialüüsivedeliku madal rõhk. Filtratsioonirõhu toimel surutakse vesi ja väikemolekulaarsed ained läbi membraani dialüüsivedelikku. Nii näiteks põhjustab filtratsioonirõhk 250 mmHg ultrafiltratsiooni keskmiselt 7 ml/minutis, s. t. 1 tunni vältel väljub vereringest filtratsiooni tagajärjel ligikaudu 420 ml vedelikku (7).

Nagu märgitud, on dialüsaatoris semipermeaabli membraanina kasutusel tsellofaan, mis koosneb tselluloosist, glütseriinist kui pehmendajast ning sisaldab umbes 0,1% väävlit. Vees tsellofaan paisub ning temas tekivad submikroskoopilised, samuti 6—8-nanomeetrilise läbimõõduga avad, mida läbivad vesi, elektrolüüdid ja väikemolekulaarsed lämmastikuühendid. Verevalgud, vormelemendid, samuti mikroobid neid avasid ei läbi.

Hemodialüsaator koosneb kahest vedelikuruumist — vere kapillaarsest ruumist ja seda ümbritsevast dialüüsivedelikuga täidetud ruumist, mis on eraldatud tsellofaanlestmega (vt. joonis 1 ja 2). Läbi semipermeaabli vahetusmembraani eemalduvad eespool kirjeldatud protsesside teel retentsiooniproduktid verest. Kunstlik neer lülitatakse vereringesse kas venovenoosse või arteriovenoosse šundina. Venovenoosse lülituse korral viiakse polüetüleenkateeter *vena saphena* kaudu *vena cava inferior*'i, kust veri membraanpumba abil suunatakse dialüsaatorisse ning edasi teise polüetüleenkateetri kaudu tagasi mõnda nahaalusesse veeni (tavaliselt *vena cubitalis*'esse). Kuid võib kasutada ka arteriovenoosset lülitust. Sel puhul viiakse kanüül või kateeter arterisse, tavaliselt valitakse selleks *arteria radialis*, kust veri juhitakse dialüsaatorisse ja sealt tagasi venoossesse süsteemi. Sel puhul võivad tekkida hemodünaamikahäired, mistõttu seda meetodit kasutatakse suhteliselt vähe. Dialüsaatori tromboseerumise vältimiseks on haige hepariniseeritud ning hemolüüsi vähendamiseks verega kokkupuutuvad aparaadi detailid silikoniseeritud.



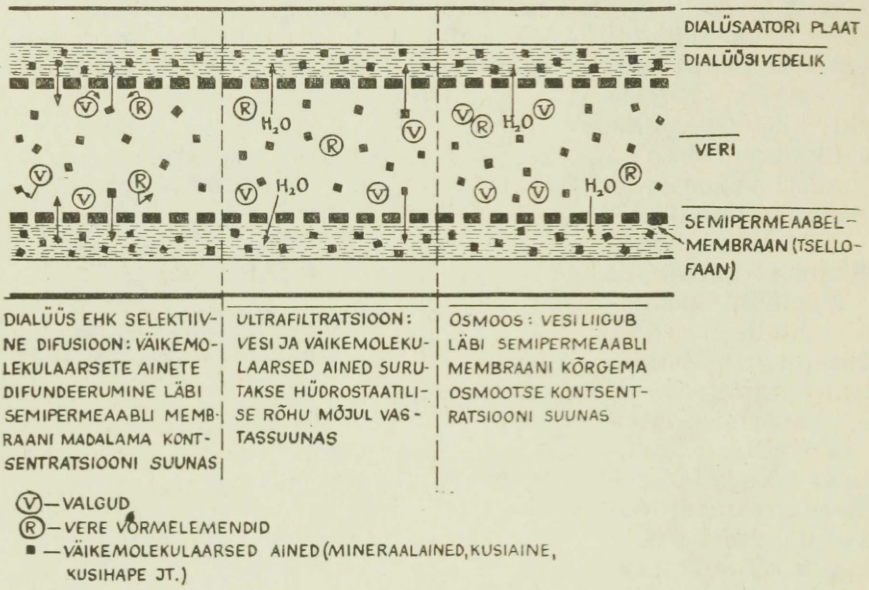
Joonis 1

Dialüüsivedelik sarnaneb plasma ultrafiltraadiga, s. t. see sisaldab enamikku vereplasmas esinevatest tähtsatest elektrolüütidest (Na^+, K^+, Ca^{++}, Cl^-, Mg^{++}, HCO_3^-), kusjuures nende kontsentratsioon vastab vereplasma kontsentratsioonile. Kui ühe või teise elektrolüüdi kontsentratsiooni veres on vaja vähendada, siis vähendatakse selle kontsentratsiooni dialüüsivedelikus. Dialüüsivedeliku osmootsuse tõstmiseks lisatakse sellesse glükoosi. Dialüüsivedelik ringleb dialüsaatoris kiirusega 3—5 liitrit minutis. Seejuures vajatakse 6 tundi kestvaks dialüüsiks keskmiselt 360 liitrit puhast apürogeenset dialüüsivedelikku. Seda pole vaja steriliseerida, kuid ta peab olema täiesti puhas, sest vastasel korral tekivad haigel mitmesugused reaktsioonid (tugev vappekülm jms.).

Dialüüs kestab keskmiselt 6 tundi, mille vältel kogu veri läbib dialüsaatori ligikaudu 12 korda (arvestades, et verevoolu keskmine kiirus on 200 ml/min.). Seejuures elimineeritakse organismist 100—160 g kusiainet, kusjuures kusiaine kontsentratsioon veres langeb keskmiselt 50—75 % võrra (2, 3, 4, 7). Eemaldatud ainete hulk sõltub kunstliku neeru puhastusvõimest, mida analoogiliselt neerude omaga hinnatakse *clearence* põhimõttel, s. o. plasma hulga järgi, mis minutis puhastatakse mingist elimineeritavast ainest, näiteks kusiainest. Seejuures on termin «clearence» kunstliku neeru puhul asendatud sõnaga «dialysance», sest dialüsaatori dialüüsivõime pole konstantne suurus, vaid langeb pidevalt vastavalt sellele, kuidas kõrgeneb elimineeritavate ainete kontsentratsioon dialüüsi-

vedelikus (2, 3, 7). Kunstliku neeru dialüüsivõime sõltub nn. aktiivse pinna suurusest, verevoolu kiirusest, dialüüsivedeliku segunemise kiirusest, temperatuurist jm. (2, 7). Kui aktiivse pinna suurus on 1500 cm^2 ja verevoolu kiirus 200 ml minutis, siis on kodumaise plaatdialüsaatori «dialysance» 120—130 ml minutis (nimetatud väärtused kehtivad kusiaine kohta, kusihappe puhul on «dialysance» tunduvalt väiksem).

Dialüsaatorid, mis enne dialüüsi tuleb täita vere, plasma või plasmat asendavate lahustega, on väga varieeruva mahuga, nimelt 200—2000 ml.



Joonis 2

Nõukogude Liidus toodetava plaatdialüsaatori nn. surnud maht ulatub ainult 200—250 ml-ni, mis on selle aparaadi üks häid omadusi. Seejuures dialüsaatori maht protseduuri vältel ei muutu, nagu seda tuleb ette mitmete välismaiste aparaatide puhul.

Viimastel aastatel on konstrueeritud eriti väikese mahuga dialüüsiaparaate. Näiteks nn. kapillaarneerud mahutavad ainult 27,5 ml verd, kusjuures need koosnevad 10 cm pikkustest 55-nanomeetrilise sisediameetriga atsetaat-tselluloostorukestest. Torukeste hulk ulatub tuhandetesse ja dialüüsi aktiivne pind on keskmiselt 1900 cm^2 (3). Lisaks sellele on ameeriklased kasutusele võtnud võrdlemisi lihtsa konstruktsiooniga kunstlikud neerud, mida võib edukalt rakendada kroonilist ureemiat põdevate haigete koduses ravis. Nimelt paigaldatakse selline aparaat haige kodusse ja 1—2 korda nädalas tehakse hemodialüüs.

Ekstrakorporaalse hemodialüüsi peamiseks kasutusalaks jääb siiski eelkõige ägeda neerupuudulikkuse ravi. Kroonilise puudulikkuse korral on korduv hemodialüüs mõeldav peamiselt sel juhul, kui selle loomulikuks jätkuks on edukas neerutransplantatsioon. Otstarbekas on kompenseeritud puudulikkuse ravi ägenemisperioodil, mil eduka dialüüsi ja konservatiivse ravi tulemusena neerude funktsioon küllaltki pikaks ajaks paraneb.

Ägeda neerupuudulikkuse korral on patomorfoloogilised muutused sageli reversiiblid ning tavaliselt 3—4 nädala pärast neerude funktsioon taastub. Sellistel juhtudel on kunstliku neeru kasutamine kõige efektiivsem. Ka mitme eksogeense päritoluga mürgistuse korral annab hemodialüüs väga häid tulemusi.

Nagu eespool toodust selgub, kujutab kunstlik neer endast aparaati,

mille abil on võimalik ekstrakorporaalne hemodialüüs mitmesuguste ainete eemaldamiseks verest. Seejuures hemodialüüs neerukoe regeneratsiooni otseselt ei mõjusta, vaid asendab neerusid, puhastab vere retentsiooniproduktidest ning soodustab sel teel neerukoe taastumist. Kunstlik neer ei ole mõeldud neeruhaiguste ravimiseks, vaid ta täidab neerude ülesannet sel ajal, kui need ei ole talitlusvõimelised.

KIRJANDUS: 1. БМЭ, 2-ое изд., т. 26, 469—490. — 2. Fritz, K. W. Dtsch. Arch. klin. Med., 1964, 209, 663—675. — 3. Gurland, H. J. Internist, 1965, 6, 4, 185—191. — 4. Jutzler, G. H. u. and. Anaesth. praxis, 1966, 1, 1, 67—77. — 5. Kolff, W. J. Münchener med. Wochenschr., 1965, 107, 36, 1702—1706. — 6. Renner, E. Internist, 1965, 6, 4, 196—206. — 7. Sartorius, H. Klinik und Therapie des Wasser- und Elektrolythaushaltes für die Praxis. Mit einem Anhang Extrakorporale Hämodialyse, Stuttgart, 1964.

ИСКУССТВЕННАЯ ПОЧКА

А. Линкберг и *Х. Тихане*

Резюме

Приводятся основные принципы функционирования искусственной почки и подробно описывается конструкция советского аппарата «искусственная почка». Обращается внимание на возможности использования искусственной почки и показания к ее применению. Одновременно освещается используемая в клинической практике методика.

ÄGE NEERUPUUDULIKKUS JA SELLE RAVI EKSTRAKORPORAALSE HEMODIALÜÜSI TEEL

H. TIHANE

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja professor *A. Linkberg*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Äge neerupuudulikkus (*insufficientia renalis acuta*) tekib peamiselt päsmakeste või tubulaarse süsteemi raske kahjustuse tagajärjel. Olenevalt parenhüümi kahjustuse ulatusest neerude talitlus kas nõrgeneb tunduvalt või lakkab täielikult. Selle tõttu jäävad valgu-ainevahetuse lõpp-produktid organismist elimineerimata ning vee- ja elektrolüütide ainevahetuses ning hapete-leeliste tasakaalus tekivad muutused. Organismi sisekeskkonna homöostaasi nihked põhjustavad omakorda rakkude normaalse ainevahetuse häireid — katabolism hakkab prevaleerima anabolismi üle. Sõltuvalt katabolismi intensiivsusest ja organismi vedelikuruumide suurusest tõuseb valguvaese ja kaloriterikka toidu korral kusiaine kontsentratsioon plasmas ööpäeva jooksul 26—92 mg% võrra (5). Kui kusiaine kontsentratsioon tõuseb üle 300 mg%, siis tekivad ureemianähud (5, 7). Seejuures kontsentratsiooni suurenemine pole ureemia kliinilise pildi põhjustajaks, vaid neerupuudulikkuse näitajaks. Ureemia sümptoomkompleksi ilmumise peamiseks põhjuseks on fenoolitaoliste aromaatsete ühendite kontsentratsiooni kasv koevedelikes (5, 6, 11).

Nagu eespool toodust selgub, tingib sisekeskkonna homöostaasi häirumine katabolismi intensiivistumist ja rakkude hävimist, mis omakorda süvendavad nihkeid koevedelike koostises. Areneb *circulus vitiosus*. Kui seda õigel ajal ei katkestata, järgneb organismi paratamatu hukkumine. Kaasajal leidub mitmeid ravivõtteid, mis neerupuudulikkuse korral võimaldavad kõrvaldada verre kuhjunud aineid. Efektiivseks on osutunud ekstrakorporaalne hemodialüüs kunstliku neeru abil.

Ekstrakorporaalne hemodialüüs on näidustatud peamiselt ägeda neerupuudulikkuse korral, sest enamasti niisugustel juhtudel on neerude patomorfoloogilised muutused reversiiblid ning teatava ajavahemiku järel võivad neerud jälle edukalt täita oma ülesandeid sisekeskkonna homöostaasi reguleerimisel.

Vastavalt patogeneesi iseärasustele eristab J. Hamburger (1) ägeda neerupuudulikkuse kolme vormi.

1. Funktsionaalne äge neerupuudulikkus, mida põhjustavad vee- ja elektrolüütide ainevahetuse häired (hüpokalieemia, eksikoos jt.), stressiseisundid ning hingamis- ja vereringehäired. Funktsionaalne puudulikkus on tingitud prerenaalsetest teguritest (vereringe või vere biokeemilise koostise muutustest), mille kõrvaldamisel ka neerude normaalne talitlus taastub. Kui aga prerenaalsete tegurite toime on kestev, võivad neerude parenhüümis tekkida morfoloogilised muutused, mille normaliseerimiseks on vajalik pikaajaline ravi.

2. Aktuutne nefropaatia (tubulaarse süsteemi kahjustus) nefrotoksiinide, müo- ja hemolüüsi ning šoki tagajärjel või neerupäsmakeste blokeerimine anuuriaga kulgeva ägeda glomerulonefriidi korral. Niisuguste seisundite puhul põhjustavad ägeda neerupuudulikkuse renaalsed tegurid, sest neerude parenhüümi kahjustus on primaarne.

3. Äge neerupuudulikkus postrenaalsete tegurite, nimelt ekskretoorsete teede blokaadi tagajärjel. Selle põhjuseks võivad olla ureetri toppumine konkremendiga (nefrolitiaasi korral), ureteriit, eesnäärme adenoom jms.

Funktsionaalse neerupuudulikkuse ja kuseteede blokaadist tingitud neerupuudulikkuse korral neerude morfoloogilised muutused kas on väikesed või puuduvad ning pärast etioloogiliste tegurite kõrvaldamist neerude talitlus paraneb või isegi normaliseerub. Akuutse nefropaatia juhtudel aga ilmnevad tubulaarses süsteemis tugevad patoloogilis-morfoloogilised muutused, mis tavaliselt on küll reversiiblid, kuid paranemiseks kulub 30—60 päeva (2, 3, 16).

Akuutse nefropaatia korral areneva neerupuudulikkuse patogeneesis eristatakse peamiselt kolme staadiumi (3, 5, 6, 10, 16, 17).

1. Akuutse kahjustuse staadium, mille vältel kahjustava agensi toimel arenevad muutused neeru parenhüümis, eeskätt tubulaarses süsteemis. Selles staadiumis ei ole spetsiifilisi kliinilisi sümptoome, mis viitaksid tekkivale neerupuudulikkusele. Täheldatakse vaid diureesi vähenemist (alla 20 ml tunnis). Kliiniliselt prevaleerivad neerupuudulikkust esilekutsunud haigusliku seisundi nähud (kollaps, šokk, mürgistus jne.).

2. Neerupuudulikkuse ehk oligoanuuria staadium, mille vältel veres tõuseb väikemolekulaarsete lämmastikainete ja kaaliumi kontsentratsioon. Selles staadiumis kahjustatud epiteelirakud irduvad ja topistavad tuubuluste valendiku, mis põhjustabki oligo- või anuuria. Filtratsioon päsmakestes osaliselt säilib, kuid ultrafiltraat surutakse tuubuluste blokaadi tõttu läbi basaalmembraani rebendite interstitsiaalkoesse. Seetõttu tekib interstitsiaalne nefriit, kusjuures komprimeeritakse tuubuluste valendik ja nende blokaad suureneb veelgi. Oligoanuuria staadium vältab keskmiselt 10—15 päeva (3).

3. Restitutsiooni ehk polüuuria staadium, millele on iseloomulik asoteemia vähenemine, eksikoos ja hüpokalieemia. Selles staadiumis on irdunud epiteel tuubulustest eemaldunud. Nende valendik on vaba, kuid noor regenereeruv epiteel ei ole normaalseks reabsorptsiooniks ja ekskretsiooniks veel võimeline, mistõttu neerude kaudu eritub rohkesti vett (2—8 liitrit ööpäevas) ja elektrolüüte. Areneb nn. elektrolüütdiabeet (16), mille tagajärjel võivad tekkida eksikoos, hüponatrieemia, hüpokalieemia ja alkaloos. Restitutsioonistaadium kestab 10—15 päeva, mille vältel tuubuluste regenereerunud epiteel omandab järk-järgult reabsorptsiooni- ja ekskretsioonivõime ning seetõttu stabiliseerub organismis ka vee ja elektrolüütide tasakaal.

Ägeda neerupuudulikkuse ravi erisugustel perioodidel on erinev. Akuutse kahjustuse staadiumis on peamiseks eesmärgiks etioloogiliste tegurite kõrvaldamine: kaotatud vere ja vedeliku adekvaatne asendamine, elektrolüütide tasakaalu korrigeerimine, hingamis- ja vereringe-

häirete ravimine jne. Neerupuudulikkuse staadiumis tuleb asoteemia ja hüperkalieemia kõrvaldada, milleks kasutatakse ekstrakorporaalset hemodialüüsi. Polüuuria staadiumis on tähtis, et eritunud vesi ja elektrolüüdid asendataks.

Nagu eespool toodust selgub, on hemodialüüs ainult osa, kuid kõige raskem ja vastutusrikkam etapp neerupuudulikkuse üldisest ravist. Neerupuudulikkuse staadiumis on hemodialüüsil kolm põhilist ülesannet (9): 1) retentsiooniproduktide (kusiaine jt.) eemaldamine verest, 2) elektrolüütide tasakaaluhäirete korrigeerimine, 3) hüperhüdratatsiooni kõrvaldamine ultrafiltratsiooni teel.

Kunstliku neeru kasutamine on näidustatud ureemia teatavas staadiumis. H. Edeli (7), J. Doyle'i (6) ja H. Sartoriuse (12) järgi on ägeda neerupuudulikkuse korral hemodialüüsi näidustuseks järgmised nähud.

1. Kliinilised sümptoomid: üle 10 päeva kestnud oligo- või anuuria, korduv oksendamine, somnolentsus, neuromuskulaarse erutatavuse tõus, rahutus, hingamishäired, kalduvus ureemilisteks verejooksudeks ning aju- ja kopsuturse.

2. Biokeemilis-laboratoorsed näitajad: jääklämmastiku sisalduse suurenemine üle 200 mg% (*urea*), kaaliumi kontsentratsiooni tõus vereplasmas üle 7 mekv./l ning bikarbonaatide kontsentratsiooni langus alla 10 mekv./l.

Alati ei esine vastavust kliinilise sümptomatoloogia ja vere biokeemilis-laboratoorsete näitajate vahel. Selle põhjuseks võivad olla mitmesugused septilised protsessid, ateroskleroos ja «veemürgitus», mis tekib 5%-lise glükoosilahuse rohke infusiooni tulemusena, samuti maksakahjustused, aneemia, alatoitlus ja hüpovitaminoosid, kuid ka medikamendid, sest ureemiahaigetel on tolerantsus barbituraatide, oksendamisvastaste ja rahustavate vahendite ning mitmesuguste teiste ravimite suhtes langenud. Näiteks ureemiale iseloomulikku sümptoomide kompleksi on täheldatud septiliste seisundite korral, kusjuures asoteemia puudus või oli nõrgalt väljendunud. Seega tuleb tähelepanu pöörata ka muudele samal ajal põetavatele haigustele, mis võivad soodustada ureemia sündroomi arengut (5, 7).

1960. aastast alates seoses P. Teschani jt. (15) ning B. Scribneri jt. (14) töödega on kasutusele võetud nn. profülaktiline hemodialüüs, mille puhul hemodialüüsi alustatakse enne raske ureemilise kooma väljaarenemist. Profülaktilise hemodialüüsi korral jääb ureemiline intoksikatsioon arenemata ning seetõttu ei teki vereringe, hingamise ega kesknärvisüsteemi talitluse tugevaid häireid. Konservatiivne ravi on sel puhul märgatavalt lihtsam, sest ulatuslikke muutusi elektrolüütide ja vee-ainevahetuses ning hapete-leeliste tasakaalus ei ilmne. Samuti esineb vähem ureemilisi verejookse ja haavade paranemine pole häiritud. Ka mitmesuguste komplikatsioonide lisandumine on õigel ajal diagnoositav ning seetõttu nende ravi lihtsam.

Seega ei tule ägeda neerupuudulikkuse korral oodata raske ureemilise kooma arenemist, et siis alustada ekstrakorporaalset hemodialüüsi, sest sellisel juhul on ravi efektiivsus väiksem ja komplikatsioonid sagedamad. Seetõttu on oluline, et ägeda neerupuudulikkusega haiged saabuksid kunstliku neeru tsentrumisse õigel ajal. See on tähtis ka seepärast, et nimetatud haiged vajavad tavaliselt mõningat ettevalmistust hemodialüüsiks.

Ägeda neerupuudulikkusega haigete ravis tuleb veel tähelepanu pöörata järgmistele asjaoludele. Oligoanuuria korral ei tohi liialdada infusioonteraapiaga ega elektrolüütide ja antibiootikumide manustamisega.

Anuuria puhul kaotab haige kopsude ja naha kaudu 500—1000 ml vett, millest 50—75% vabaneb endogeensel teel, nimelt ainevahetusprotsesside käigus (5, 6, 17). Niisugusel juhul ei tohi organismi viidud

vedeliku hulk ületada 500—600 ml ööpäevas. Vedeliku liigse manustamise korral suureneb organismis vee hulk. See väljendub kehakaalu suurenemises ja nn. vesikopsude [«Wasserlunge» (2)] tekkimises, mis röntgenoloogiliselt avaldub kopsuväljade ühtlase looristumisena. Ka keedusoola võib anda ainult siis, kui naatriumi kontsentratsioon vereplasmas on tugevasti langenud. Vastasel korral soodustab naatriumi manustamine aju- ja kopsuturse tekkimist. Organismile vajaliku veehulga katmiseks on sobivaim 10—20%-line glükoosilahus, mis koos insuliiniga soodustab ka kaaliumi deponeerimist rakkudes. Iga 2 grammi glükoosi kohta lisatakse 1 ühik insuliini.

Antibiootikumidest on oligoanuuria korral vastunäidustatud streptomütsiin, kanamütsiin ja kolimütsiin nende tugeva toksilisuse ja aeglase elimineerumise tõttu (8, 13). Tetratsükliini-rühma antibiootikumide annust tuleb vähendada, neid manustada keskmiselt 0,5—1,0 g kahe ööpäeva kohta (13). Seevastu penitsilliini, levomütsetiini ja erütromütsiini võib anda samades annustes kui neerude normaalse tegevuse korral.

Lõppkokkuvõtteks võib märkida, et ägeda neerupuudulikkuse ravi edu ekstrakorporaalse hemodialüüsi teel sõltub neerupuudulikkust esilekutsunud tegurite laadist, kahjustuse raskusest, kuid ka sellest, missugune on haige seisund vahetult enne hemodialüüsi.

Käesoleva artikli eesmärgiks on mõnevõrra piiritleda kunstliku neeru kasutamise näidustusi ägeda neerupuudulikkuse ravis, sest 1966. a. märtsikuust alates töötab Tartu Linna Kliinilise Haigla baasil kunstliku neeru tsentrum, mis teenindab kogu vabariigi elanikkonda.

KIRJANDUS: 1. Амбурже Ж. и др. Почечная недостаточность (перев. с французск.) М., 1965. — 2. Alwall, N. Dtsch. med. Wochenschr. 1958, 83, 22, 950—958. — 3. Braun, L., Beckmann, L. Landarzt, 1963, 39, 32, 1373—1378. — 4. Braun, L., Meyer, D. Med. Welt, 1965, 49, 16, 810—814. — 5. Brod, J. Die Nieren. Berlin, 1964. — 6. Doyle, J. E. Extracorporal Hemodialysis Therapy in Blood Chemistry Disorders. Springfield (III). 1962. — 7. Edel, H. H. Internist, 1965, 6, 4, 167—175. — 8. Fritzer, W. u. and. Wiener Z. innere Med., 1964, 45, 9, 359—367. — 9. Kolff, W. I. Münchener med. Wochenschr., 1965, 107, 36, 1702—1706. — 10. Lutzeyer, W. Chirurg, 1962, 33, 5, 222—228. — 11. Sarre, H. u. and. Internist, 1965, 6, 10, 446—454. — 12. Sartorius, H. Klinik und Therapie des Wasser- und Elektrolythaushaltes für die Praxis. Stuttgart, 1964. — 13. Scheide, N. u. and. Dtsch. Gesundheitswesen, 1965, 20, 51, 2265—2270. — 14. Scribner, B. H. a. oth. tsit. 12 järgi. — 15. Teschan, P. E. a. oth. Ann. Internal. Med., 1960, 53, 5, 992—1016. — 16. Truss, F. Chirurg, 1961, 90, 8, 199—204. — 17. Wetzels, E. Fortschr. Med. 1965, 83, 3, 79—82.

ОСТРАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУТЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ДИАЛИЗА

Х. Тихане

Резюме

Острая почечная недостаточность возникает в основном как последствие тяжелого поражения системы клубочков или канальцев. В зависимости от распространенности поражения паренхимы функция почек или значительно ослабляется, или полностью прекращается. В результате этого конечные продукты белкового обмена не выделяются из организма и возникают сдвиги в кислотно-щелочном равновесии и водно-солевом обмене.

Сдвиги гомеостаза организма вызывают в свою очередь нарушения нормального клеточного обмена — катаболизм начинает преобладать над анаболизмом. В зависимости от интенсивности катаболизма и величины водных запасов организма концентрация мочевины в плазме при пище, бедной белками и богатой калориями, повышается в течение суток на 26—92 мг%. Повышение концентрации мочевины является показателем почечной недостаточности.

В настоящее время существуют различные лечебные приемы, позволяющие удалять скопившиеся в крови вещества, возникающие при почечной недостаточности. Эффективным оказался экстракорпоральный гемодиализ с помощью искусственной почки. Экстракорпоральный диализ показан в основном при острой почечной недостаточности, так как в большинстве таких случаев патоморфологические изменения в поч-

ках обратимы и через определенный промежуток времени почки могут возобновить свою деятельность по регуляции гомеостаза. Лечение острой почечной недостаточности в отдельные периоды различно. Экстракорпоральный диализ является только частью, но самым тяжелым и ответственным этапом в общем лечении почечной недостаточности.

С 1960 года начал применяться так называемый профилактический гемодиализ, при котором гемодиализ начинают до развития тяжелой уремической комы. При профилактическом гемодиализе уремическая интоксикация не развивается, в связи с чем не возникает тяжелых расстройств кровообращения, дыхания и деятельности центральной нервной системы. В таких случаях и консервативное лечение значительно проще, так как нет обширных изменений в водно-солевом обмене и кислотно-щелочном равновесии. Таким образом, при острой почечной недостаточности не следует ожидать развития тяжелой уремической комы, чтобы начать экстракорпоральный диализ. Поэтому очень важно, чтобы больные с острой почечной недостаточностью своевременно поступали в центр «искусственная почка» для экстракорпорального гемодиализа. Тем более, что названные больные обычно нуждаются в некоторой подготовке перед началом гемодиализа.

Успех лечения острой почечной недостаточности экстракорпоральным диализом зависит от природы факторов, вызывавших острую почечную недостаточность, тяжести поражения, а также от того, каково состояние больного непосредственно перед гемодиализом.

С марта 1966 года на базе Тартуской городской клинической больницы работает центр «искусственная почка», который обслуживает население всей республики.

EMAKAKAELAVÄHK JA RASEDUS

Arstiteaduse kandidaat *V. TAIGRO* ja *V. KUUSIK*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*, ja Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Emakakaelavähki diagnoositakse rasedusperioodil harva. Tegelikult pole nimetatud vähi ja raseduse üheaegne kulg haruldaseks nähtuseks. Kuigi emakakaelavähi tunnused rasedatel on samasugused kui vastavad tunnused mitterasedail, ei diagnoosita naistenõuandlates seda õigel ajal, mille tagajärjel ka ravi tulemused halvenevad.

Kirjanduse andmeil esineb emakakaelavähki 0,75—2,8%-l rasedatest [A. Serebrov (4), B. Bassin (1), P. Soroka (5, 6), K. Komenko (2)]. Seevastu K. Coydoul (7) täheldas emakakaelavähki sünnitusjärgsel perioodil 9 juhul 256 rasedast. G. Hoyden (8) on avaldanud andmed 12 emakakaelavähi juhu kohta 81806-st. Andmete lahkuminek tuleneb sellest, et ühed autorid arvutavad haigestumise protsendi sünnituste üldarvust, teised aga kõigi emakakaelavähki põdevate haigete arvust, kes on saabunud raviasutusse.

Aastail 1959—1963 Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris ravitud isikute haiguslugude analüüsimine näitas, et kasvaja koos rasedusega esines 1593 emakakaelavähki põdevast haigest 22-l (1,4%). Seejuures avastati vähk 11 naisel rasedusperioodil, 6-l esimestel kuudel pärast sünnitust ja 5 naisel 12—30 päeva pärast aborti.

Haiguse staadiumide järgi jaotus meie raviasutuses ravil olnud 1593 patsienti järgmiselt: esimene staadium 30,6%, teine 41,3%, kolmas 24,8% ja neljas 3,3%.

22 haigest, kellel emakakaelavähk avastati raseduse ajal, sünnitusjärgsel perioodil või varsti pärast aborti, kuulus esimesse staadiumi 13, teise 6, kolmandasse 2 ja neljandasse 1 haige. Kolmanda ja neljanda staadiumi vähktõbi oli arenenud ühel juhul VIII, teisel IX ja kolmandal juhul II raseduskuul. Nendel kõigil täheldati veritsussümptoomi ajavahemikul II kuni IV raseduskuuni. Neist ühel hinnati veritsust kui ähvardava abordi ja kahel kui platsenta eesasetsuse (*placenta praevia*) tunnust.

Enamiku haigete vanus kõikus 31—39 aasta vahel. Kõige noorem oli 23-, kõige vanem 44-aastane. Abielus oli 20, vallalisi 2. Neljal naisel avastati emakakaelavähk profülaktilisel läbivaatusel, ülejäänud pöördusid naistenõuandlasse mitmesuguste kaebustega. Peaaegu kõik olid korduvalt sünnitanud: 2 haiget 1 kord, 3 — 2 korda, 4 — 3 korda, 3 — 4 korda, 2 — 5 korda ja 3 haiget 9 või 10 korda.

Aborte oli tehtud 11 patsiendile. Suurem osa haigetest (18) kaebas vereseguse eritise eritumist. 11 rasedast, kes põdesid emakakaelavähki, esinesid 6-l mitmesuguse intensiivsusega veresegused eritised. 6 haigel, kel emakakaelavähk avastati pärast sünnitust, täheldati veritsussümptoomi 2 kuni $5^1/_2$ kuu jooksul. Viiest naisest, kel emakakaelavähk avastati kohe pärast aborti, kaebas vereseguse eritise eritumist ainult kolm. Kahel oli valgevoolus, ühel esinesid valud. Sageli trakteerivad arstid areneva emakakaelavähi üht sagedast tunnust — veritsust — rasedusaegse või sünnitusjärgse tüsistusena.

Kuuel juhul hinnati veritsussümptoomi kui ähvardava abordi tunnust. Kui raseduse varajases staadiumis ähvardava abordi tunnuseks sageli peetakse ekslikult veritsust, mis on tingitud lagunevast emakakaelavähist, siis raseduse hilisjärgus vaadeldakse seda tihti platsenta asetsuse patoloogiana, sünnitusjärgsel perioodil aga raseduse patoloogilise kulu tunnusena (polüüp, emaka subinvolutsioon, metroendometriit jne.). Siinkohal toome niisuguse näite.

Haige B., 39 aastat vana, sünnitusi on olnud 10, aborte pole olnud. Diagnoos onkoloogilisse raviasutusse saabumisel: *Ca colli uteri*, II staadium. Anamneesi andmeil kogu rasedusperioodil tugev valgevoolus. Kuu aega pärast sünnitust algasid tupest veresegused eritised. Haige pöördus naistenõuandlasse, kus teda uuriti ainult bimanuaalselt (peegleid ei kasutatud). Arst arvas, et tegemist on veritsusega sünnitusjärgsel perioodil ning määras raviks antibiootikume, emaka kokkutõmbumist soodustavaid ja hemostüptilisi vahendeid. Et ravi ei olnud küllalt tõhus, pöördus patsient uuesti naistenõuandlasse, kus avastati ulatuslik veritsev erosiivne ektroopium. Raviks määrati tampoonid, mille kasutamine tulemusi ei andnud. Alles pärast suure verejooksu tekkimist tehti biopsia, mille alusel diagnoos täpsustati.

Kirjeldatud juhul rikkus arst ravimise üldtuntud nõudeid erosiivsete ektroopiumide puhul. Nimetatud haiguse ajal ei peeta otstarbekaks ravimist tampoonidega, vaid on soovitatav teha biopsia ja olenevalt histoloogilise uuringu andmeist määrata elektrokirurgiline või kirurgiline ravi. Niisama jämedaks veaks tuleb pidada emakakaela erosioonide ravimist diatermokoagulatsiooniga, kui enne seda pole tehtud biopsiat. Naistenõuandlate arstide sellise hoolimatu suhtumisega tuleb onkoloogidel küllalt sageli kokku puutuda. Eespool mainitud 22 haigest ühel sooritati $6^1/_2$ kuud pärast sünnitust diatermokoagulatsioon, kusjuures eelnevalt ei tehtud biopsiat ega uuritud haiget kolpotsütoloogiliselt. Biopsia pärast diatermokoagulatsiooni võimaldas määrata täpse diagnoosi, kuid ravile saabumisel oli tegemist juba II staadiumi vähiga. Ka sel juhul pahaloomulise kasvaja avastamine hilines.

Meie tähelepanekud kinnitavad kirjanduse andmeid, et rasestuda võib ka areneva vähiprotsessi puhul [M. Lehtman ja N. Bulatova (3)]. Nii esines ühel 27-aastasel naisel emakakaelavähk III staadiumis II raseduskuul. Tuleb märkida, et nimetatud haigel tekkisid verejooksud suguühte puhul viimase 6 kuu vältel. Teine haige (32 aastat vana) oli rase juba kaheksandat kuud, kuid tõenäoliselt tekkis ka temal rasedus sel ajal, mil vähk juba arenes, sest ravile saabumisel oli patsiendil emakakaelavähk III staadiumis.

Kui rasedus ja emakakaelavähk esinesid üheaegselt ja kui rasedus oli kestnud vähem kui 28 nädalat, ei arvestanud me ravimeetodi valikul loote elu. Enamikul juhtudest tegime emaka totaalse ekstirpatsiooni koos emakamanuste eemaldamisega (Wertheimi järgi), seejärel määrasime kiiritusravi. Enne Wertheimi operatsiooni rasedust ei katkestatud.

22 haigest opereeriti 20 Wertheimi järgi, ühte (IV staadium) raviti sümptomaatiliselt ning üks (III staadium) keeldus edasisest ravist. 19 naist opereeriti ja seejärel määrati neile kiiritusravi. Üks (III staadium) sai algul kiiritusravi (röntgenkiiritus 10 000 r ja raadiumkiiritus 6200 mgt) ning seejärel opereeriti Wertheimi järgi. Meie poolt opereerituist elab 17, kellest 13 opereeriti üle viie aasta tagasi, 1 haige kuni 5 aastat tagasi, 1—4 aastat ja 2 haiget kuni kaks aastat tagasi.

B. Bassin (1) toob andmeid 34 ravitu kohta, kel emakakaelavähki diagnoositi raseduse ajal. Nendest elavad ja on terved 5 aastat ja enam 6 haiget, kuni 5 aastat 6, kuni 3 aastat 2, kuni 2 aastat 1, seitsme kohta meil teated puuduvad ja 10 haiget suri. Tuleb märkida, et Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on ravi tulemused mainituga võrreldes paremad.

Rahuldavatele tulemustele vaatamata ei tohi unustada, et enamikul taolistest haigusjuhtudest on tegemist noorte naistega, kel on lapsed ja perekond. Seepärast ei tohi me saavutatuga rahule jääda. On tingimata tarvis rakendada profülaktilisi abinõusid, mis aitaksid emakakaelavähki õigel ajal avastada. Näiteks kolposkoopiline ja tsütoloogiline uuring võimaldab diagnoosida emakakaelavähi selliseid varajasi vorme, mida kliiniliselt pole võimalik avastada. Seepärast tuleb patsiente kõikides naistenõuandlates uurida nimetatud meetodeil.

KIRJANDUS: 1. Басин Б. Л. Мед. ж. Узбекистана, 1962, 3, 62—64. — 2. Коменко К. К. Акушерство и гинекология, 1953, 3. — 3. Лехтман М. И. и Булатова Н. Ш. Сов. здравоохр. Киргизии, 1956, 2, 40—43. — 4. Серебров А. И. Рак матки, М., 1960. — 5. Сорока П. Г. Акушерство и гинекология, 1960, 3, 108. — 6. Сорока П. Г. Вопр. онкологии, 1962, 5, 114—118. — 7. Goydoul, K. Zbl. Gynäkol., 1957, 6, 239. — 8. Hoyden, G. E. Zbl. Gynäkol., 1959, 39, 567.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

В. Тайгро и *В. Куузик*

Резюме

Рак шейки матки в период беременности диагностируется редко. В действительности же одновременное течение беременности и названного рака не является редким. Хотя признаки рака шейки матки у беременных такие же, как и у небеременных, в женских консультациях диагноз своевременно не ставится, в связи с чем ухудшаются и результаты лечения.

По литературным данным, рак шейки матки встречается у 0,75—2,8% беременных. Анализ историй болезни лиц, находившихся на лечении в Таллинском республиканском онкологическом диспансере в 1959—1963 гг., показал, что из 1593 больных раком шейки матки сочетание этого процесса с беременностью наблюдалось у 22 (1,4%). При этом у 11 женщин рак обнаружили в период беременности, у шести — в первые месяцы после родов и у пяти — через 12—30 дней после аборта. Из названных 22 больных к первой стадии относились 13, ко второй — шесть, к третьей — две и к четвертой — одна больная. Почти у всех больных симптомы кровотечения обнаруживались в период между 2-м и 4-м месяцами беременности.

Из 22 больных 20 были оперированы по Вертхейму, одну (в IV стадии) лечили симптоматическими средствами и одна (в III стадии) отказалась от дальнейшего лечения.

19 оперированных получили рентгенотерапию только после операции. Одна больная получила вначале облучение, а затем была оперирована. Из оперированных живет 17, из них 13 были оперированы более 5 лет тому назад, одна больная — до 5 лет, одна — до 4 лет и две больных — до 2 лет тому назад.

Кольпоскопическое и цитологическое обследования позволяют диагностировать такие ранние формы рака шейки матки, которые клинически обнаружить не удается. Поэтому всех пациенток женских консультаций необходимо обследовать названными методами, а для улучшения гинекологической помощи в республике следует создать в крупных городах (Таллине, Тарту, Кохтла-Ярве) цитологические центры.

Хирургическое лечение (операция по Вертхейму) больных, страдающих раком шейки матки, в сочетании с рентгенотерапией дает хорошие результаты.

LEUKOOS JA RASEDUS

A. MARDNA, L. SEPP ja *A. JUSKE*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Leukoosi ja raseduse samaaegset esinemist on täheldatud suhteliselt harva. 1920. aastani leidus rahvusvahelises teaduslikus kirjanduses ainult kolm niisuguse juhu kirjeldust. Selle kombinatsiooni põhjuseks peetakse leukeemiliste infiltraatide teket suguelundites. Viimasel ajal aga on leukoosi ja samaaegset rasedust sagedamini kirjeldatud [J. A. Kassirski, D. Kerner (tsit. 1 järgi)]. Nii ägeda kui ka kroonilise müelo- ja lümfoleukoosi korral võib leukeemilist infiltraati leiduda kõikides suguelundites. Seda on täheldatud endomeetriumis, emakakaelas, parameetriumis, munajuhades ja -sarjades (ühel või mõlemal pool), samuti *excavatio rectouterina*'s. Tumoroosseid infiltraate leidus peamiselt ägeda leukoosi puhul. Kui leukeemilisi tuumoreid palja silmaga vaadata, siis meenutavad need solitaarseid või multiipleid sõlmi. Harvem tuleb ette amenorröat, mille põhjuseks võivad olla ulatuslikest leukeemilistest infiltraatidest tingitud endomeetriumi atroofia või munasarjade kahjustused. Umbes pooltel leukoosi põdevail naistel tekivad patoloogilised verejooksud, mis tavaliselt on haiguse esimeseks kliiniliseks sümptoomiks.

Leukoosi puhul esinevaid profuusseid verejookse võivad põhjustada:

1) hemorraagiline diatees (kusjuures suguelundites muutusi ei täheldata),

2) endo- ja müomeetriumi leukeemilised infiltraadid,

3) suguelundite verdumine alumiste piirkondade haavanduvate infiltraatide tõttu.

Leukoosi raseduse ajal täheldatakse sagedamini kroonilise müeloleukoosi puhul, harvem aga viimase ägeda vormi korral. Väga harva on leukoos kombinatsioonis kroonilise lümfoleukoosiga. Põhjuseks võib olla haigestumine lümfoleukoosi vanemas eas (üle 50 aasta) või leukeemiliste infiltraatide arenemine suguelundites.

Kirjanduse andmeil [V. Akkerman (1)] kaasus enamikul juhtudest rasedusele leukoos, kuid mitte vastupidi.

L. Javorkovski ja G. Fonarevi (8) tähelepanekuil kulges raseduse ajal arenev äge leukoos kõikidel juhtudel alaägedalt, kusjuures ilmnesid raske aneemia ja kehatemperatuuri tõus. Samal ajal täheldati suhteliselt head trombopoeesi. Hemorraagiline diatees polnud välja kujunenud.

Raseduse ajal tekkiva ägeda leukoosi prognoos on ebasoodne nii emale kui ka lootele. K. Buteiko (2) andmeil halveneb leukoosi kulg II—IV raseduskuuni ja vahetult pärast sünnitust. Haigete seisundi paranemist täheldati VII—IX raseduskuuni. Muutused ema haiguse kulus kajastuvad ka loote vereloomes. II—V kuuni on loote vereloome hepatolienaalset, V—VII kuust alates aga medullaarset tüüpi, kusjuures see sarnaneb täiskasvanu vereloomega [W. Brand, H. Boenig (tsit. 2. järgi)].

D. Kerneri (tsit. 1 järgi) andmeil suri raseduse ajal või vahetult pärast sünnitust $^2/_3$ leukoosi põdevaist naistest. Surma põhjusteks olid üldine kurnatus, sünnituse ajal tekkinud kollaps ja emakaverejooks.

Ägedat leukoosi põdevate haigete looted surid raseduse ajal (VII raseduskuuni) või laps suri kohe pärast sündimist. Lõpuni arenenud raseduse korral ei ole vastsündinuil leukoosi tunnuseid esinenud.

Kongenitaalse leukoosi kohta leidub kirjanduses vähe andmeid. Viirusteooria pooldajad on seisukohal, et haigestutakse diaplatsentaarsel teel, s. t. leukoosiviirus kandub leukoosi põdevalt emalt lootele (analoogiliselt luuesega, viirushepatiidiga, toksoplasmoosiga jne.).

Aastail 1950—1961 oli Tallinna Vabariiklikus Haiglas ravil viibinud 143 leukoosihaiget, neist 64 naist. 2 juhul (3,1%) esinesid leukoos ja rase-

dus samaaegselt. Kirjanduse andmeil on see suhe kõikuv — ägedate leukooside puhul 5,2% ja krooniliste leukooside korral 10,7% (3, 4, 5, 6, 9).

Juht 1. Naispatsient H., 34 aastat vana, viibis 24. 1960. a. kuni 18. 09. 1960. a. (haiguslugu nr. 2435) Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonnas. Diagnoos: *graviditas in menso VII. Anaemia hypochromica.* Rh (—). Patsiendil oli see teine rasedus, esimene sünnitus 1954. a., mis oli kulgenud normaalselt. Laps terve. Teise raseduse esimesel poolel sedastati patsiendil aneemiat, mille tõttu rajooni naistenõuandla suunas ta Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakonda.

Haige üldseisund rahuldav. Elundid patoloogiata. Verepildi dünaamika on esitatud tabelis 1.

Ravi: aneemiavastane, üldtugevdav, vereülekanded [Rh(—)]. Ravi toimel verepilt oluliselt ei muutunud. Hüpokroomse aneemia tekkimise põhjuseks peeti rasedust ja reesusnegatiivset verd.

28. 09. 1960. a. saabus ta (haiguslugu nr. 2839) sünnitusosakonda uuesti, kusjuures subjektiivsed kaebused puudusid. Aneemiavastane ravi ei andnud tulemusi: nõrkustunne suurenes ning perifeerses veres ilmusid hemotsütoblastid. See andis alust esialgse diagnoosi — hüpokroomne aneemia — muutmiseks. Uus diagnoos: alaäge hemotsütoblastoos. Konsiiliumi otsusel tehti 8. 10. 1960. ema ja lapse huvides *sectio caesarea transversalis isthmica.* Sündis elus poeglaps, kehakaal 3350 g. Operatsioonijärgne periood iseärasusteta. Pärast sünnitust suurenesid kaenla lümfisõlmed ja põrna oli võimalik palpeerida. Lisaks aneemiavastasele ravile määrati hormoonravi (kortisoon ja AKTH). Ravi vältel kaebusi ei tekkinud. Üldseisund rahuldav. 20. 11. 1960. a. lahkus patsient haiglast kliinilise remissiooni staadiumis. 20. 11. 1960. a. soovitati jätkata vitamiin- ja hormoonteraapiat ambulatooriumis. Seisundi halvenemise tõttu hospitaliseeriti patsient 1961. a. jaanuari lõpul rajoonihaiglasse. Diagnoos: *Haemocytoblastosis, Anaemia secundaria.* Lisaks eespool mainitud ravimitele anti 6-merkaptopuriini. Objektiivselt: kaela, kaenla ja kubeme lümfisõlmed suurenenud ning septiline kehatemperatuur.

Aneemia süvenes ja haige suri 23. 02. 1961. a., s. o. $4^1/_2$ kuud pärast haigestumist.

Vastsündinul tekkis hemolüütiline ikterus, mis 3 nädala jooksul taandus. Verepilt normi piires. Käesoleva ajani on lapse verepilt olnud normis.

Antud juhul avaldus leukoos koos aneemiaga raseduse esimesel poolel. Seejuures kulges rasedus tüsistusteta ja vastsündinul verehaiguse tunnuseid ei olnud. Hormoonide pideva manustamisega saavutati küllaltki pikaajaline remissioon ($4^1/_2$ kuud). Kirjanduse andmeil suri enamik haigeist pärast sünnitust või järgmise 3 kuu jooksul.

Kroonilist müeloleukoosi põdevail haigeil on raseduse kulg soodsam. On kirjeldatud juhte (10, 12), kus haigetel ka korduva raseduse puhul tüsistusi ei ole tekkinud ja sünnitus on kulgenud normaalselt. Samuti on krooniline leukoos ägenenud raseduse ajal. Meie osakonnas on neli korda ravil viibinud kroonilist müeloleukoosi põdev naispatsient R.

Juht 2. Naispatsient R., 24 aastat vana (haiguslugu nr. 10793), suunati 1. 08. 1958. a. esimest korda Tallinna Vabariiklikku Haiglasse. 1957. a. tekkisid pärast normaalset sünnitust nõrkustunne, südamepekslemine ja valud paremal pool roietekaare all. Varem oli viibinud rajoonihaiglas. Diagnoos: *Cholecystitis. Reactio leucaemoidea.* Diagnoosi täpsustamiseks suunati patsient Tallinna Vabariiklikku Haiglasse.

Objektiivselt: elundsüsteemid patoloogiliste muutusteta.

Verepildi dünaamika on esitatud tabelis 2.

Sternaalpunktaadis promüelotsüüte 9%, müelotsüüte 7,5%, noori vorme 23%. Müelo- ja hemogrammi andmeil pandi diagnoos *Myeloleucosis chronica* ning määrati üldtugevdav ravi.

Teist korda raviti teda Tallinna Vabariiklikus Haiglas 5. 03. — 23. 03. 1959. a. (haiguslugu nr. 3441). Kaebas tugevat nõrkustunnet ja südamekloppimist. Objektiivselt: maksa serv palpeeritav, põrn kahe põikisõrme võrra allpool vasakut roietekaart. Ravi: aneemiavastane, üldtugevdav, tehti vereülekandeid. Pärast haiglaravi tundis end umbes aasta vältel rahuldavalt.

Kolmandat korda viibis haiglas 29. 04 — 28. 05. 1960. a. (haiguslugu nr. 6317). Kaebas raskustunnet vasakul ülakõhus. Objektiivselt: põrna alumine piir naba kõrgusel, mediaalne piir ühe põikisõrme võrra üle keskjoone. Komplemisel põrn tihke ja valutu. Maks ühe põikisõrme võrra allpool paremat roietekaart. Regionaarsed lümfisõlmed polnud palpeeritavad. Haiglas viibimise ajal diagnoositi rasedust (II raseduskuu), mis meditsiinilistel näidustustel katkestati. Raviks kiiritati (kokku 620 r) põrna piirkonda, tehti vereülekandeid, manustati tiofosfamiidi 110 mg, vitamiine ja aneemiavastaseid preparaate. Ravi tulemusena enesetunne paranes.

Tabel 1

Kuupäev	Hemoglobiin	Erütrotsüüte	Leukotsüüte	Trombotsüüte	Basofiile	Eosinofiile	Hemotsütoblaste	Noori vorme	Kepptuumalisi	Segmenttuumalisi	Lümfotsüüte	Monotsüüte	SR
22. VIII 1960	48%	2 850 000	1 450	138 260					5,0	50,0	39,0	6,0	45 mm/t.
26. VIII 1960	47%		3 400			1,0			16,0	51,0	29,0	3,0	62 mm/t.
6. X 1960						7,0	53,5		11,0	9,5	19,0		
(operatsioon)	44%	2 310 000	1 350	137 500									
13. X 1960	34%		1 500			4,0	54,0		10,0	18,0	14,0		
21. X 1960	41%	2 270 000	1 500	15 500		7,0	50,0	1,0	13,0	23,0	6,0		
5. XI 1960	50%		2 700			19,0	48,0		15,0	12,0	6,0		61 mm/t.
17. XI 1960											19,0		
(rajoonihaiglas)	55%		2 000			11,0	41,0	1,0	1,0	12,0			
3. II 1961	31%	2 550 000	115 000				51,0			6,0	43,0	11,0	79 mm/t.
20. II 1961	10%		1 200										87 mm/t.

Tabel 2

Kuupäev, aasta	Hemoglobiin	Erütrotsüüte	Leukotsüüte	Trombotsüüte	Basofiile	Eosinofiile	Müeloblaste	Promüelotsüüte	Müelotsüüte	Noori vorme	Kepptuumalisi	Segmenttuumalisi	Lümfotsüüte	Monotsüüte	SR
3. VIII 1958	73%	4 050 000	30 800	485 000	6,5	3,5		3,0	9,5	12,0	10,5	50,0	7,5	0,5	5 mm/t.
6. III 1959	51%	2 500 000	118 500	325 000	7,5	1,5	3,0	16,5	2,5	30,5	12,5	23,0		3,0	25 mm/t.
30. IV 1960	47%		160 200		8,0	3,0	2,5	7,0	12,6	12,5	24,0	27,5	3,5		40 mm/t.
23. V 1960	50%		34 400		6,0		1,0	2,5	5,5	16,5	18,5	45,0	4,5	0,5	
30. VIII 1961	42%	2 010 000	187 000	1 150 000	9,0	1,0	3,0	12,5	8,5	22,5	18,5	24,0	1,0		23 mm/t.
17. XI 1961	57%	3 440 000	65 500	605 000	3,0	3,0	1,0	6,0	8,0	11,5	26,0	40,5	1,0		8 mm/t.

Põrna mõõtmed vähenesid. 1961. a. juunis oli patsiendil enneaegne sünnitus (VII raseduskuu). Laps elus ja terve. Pärast sünnitust tekkisid suured verejooksud, nõrkustunne süvenes. Niisugune seisund püsis rajoonihaiglas, kus ta viibis lühikest aega. Neljandat korda raviti teda Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonnas 29. 08 — 18. 11. 1961. a. (haiguslugu nr. 12 744). Objektiivselt: nahk kahvatu ja kollane, kaenla ja kubeme lümfisõlmed kuni oasuurused, liikuvad, komplemisel valutud. Maks kolme põikisõrme võrra allpool paremat roietekaart, põrn kahe põikisõrme võrra ülalpool sümfüüsi. Raviks tehti vereülekandeid, määrati antibiootikume, müelosaani (420 mg) ja kiiritati (kokku 1250 r) põrna piirkonda. Ravi tulemusena enesetunne ja üldseisund paranesid, kehatemperatuur normaliseerus, põrna mõõtmed vähenesid (varem ulatus põrn kuni nelja põikisõrme kaugusele sümfüüsist). Pärast haiglast lahkumist määrati üldtugevdav ravi. 1962. a. maikuuni haige seisund rahuldav, kuid septembris see halvenes ja aneemia süvenes (hgb. 30%, leukots. 120 000). Haige suri 14. 10. 1962. a. jaoskonnahaiglas.

Antud juhul oli kroonilist müeloleukoosi põdeval haigel olnud kolm rasedust, millest kaks oli lõppenud sünnitusega, kusjuures mõlemal korral pärast sünnitust leukoos ägenes.

Raseduse mõjust leukoosi kulule, samuti arsti ravitaktika kohta sel puhul pole ühtset seisukohta. Mitmed autorid [G. Dastajants, D. Kerner (tsit. 1 järgi)] arvavad, et rasedus võib põhjustada põhihaiguse ägenemist. See on aluseks, mille tõttu rasedus tuleks kohe algul katkestada. Teiste autorite [G. Harris, P. Paracchi (tsit. 1 järgi)] andmeil rasedus leukoosi kulgu ei halvenda, mistõttu rasedust ei soovitata katkestada eriti siis, kui leukoos areneb raseduse teisel poolel. R. Stodtmeisteri, M. Weberi (tsit. 7 järgi) arvates kompenseerib loote luuüdi ema vereloomeelundite kahjustusi raseduse ajal, kuid pärast raseduse katkestamist või sünnitust kaob tasakaal ja tekib emaka vereloome dekompensatsioon.

Meie vähesed andmed ei luba üldistavaid järeldusi teha. On kujunenud ühtne arvamus, et leukoosihaigetel tuleks viljastumist vältida või katkestada rasedus juba algul, sest peaaegu alati on raseduse ajal täheldatud põhihaiguse halvenemist. Igal üksikjuhul on raseduse katkestamist siiski tarvis kaaluda, kusjuures peab arvestama haige üldseisundit, haiguse kulu iseärasusi, hematoloogilisi andmeid jne. ning soodsate tingimuste korral jääda äraootavale seisukohale. Operatsioon on näidustatud loote või ema elu päästmiseks.

Leukoosi põdevat rasedat ravitakse samuti nagu tavalist leukoosihaiget. Kogu rasedusperioodi vältel on seda tarvis teha kompleksselt ja aktiivselt.

Ravi määramisel tuleks kaaluda mõnede preparaatide (6-merkaptopuriin) ja röntgenkiirituse kasutamist. Thierschi (tsit. 11 järgi) tähelepanekuil põhjustas tsütostaatiliste raviainete manustamine III—VIII rasedusnädalal sageli aborti. Tuli ette juhte, kus rasedus oli kestnud normaalse aja, kuid lapsed sündisid arenguanomaaliatega (anentsefaalia, koljudefektid, huulelõhe jne.). Nimetatud kahjustusi ei täheldatud, kui ravi alustati IV raseduskuul.

KIRJANDUS: 1. Аккерман В. В. Клинич. медицина, 1960, 103—107. — 2. Бутейко К. П. Пдобл. гематол. и переливания крови, 1957, 5, 58—60. — 3. Елизарова Н. А., Ступницкая В. М. Клинич. медицина, 1962, 6, 104—106. — 4. Мясников Н. Н. Пробл. гематол. и переливания крови, 1958, 6, 55—56. — 5. Шапиро З. А. Врачебн. дело, 1957, 9, 985—986. — 6. Ширшина А. С. Акушерство и гинекология, 1956, 1, 75—76. — 7. Шнейдер М. С., Костенко О. В. Терапевт. архив, 1959, 8, 25—29. — 8. Яворковский Л. И., Фонарев Г. А. Пробл. гематол. и переливания крови, 1958, 6, 20—23. — 9. Яновский Д. Н. Клинич. медицина, 1958, 7, 45—56. — 10. Franz, G., Siegeler, H. Zbl. Gynäkol., 1961, 7, 23—33. — 11. Otto, H. Z. ges. innere Med. 10, 1960, 488—495. — 12. Otto, H. Z. ges. innere Med., 1961, 14, 616—619.

ЛЕЙКОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

А. Мардна, Л. Сепп и А. Юске

Резюме

Сочетание лейкоза и беременности встречается довольно редко. До 1920 года в мировой научной литературе описывалось лишь три таких случая. В настоящее время названные случаи заболевания описываются чаще.

Многие авторы считают, что беременность является причиной обострения основного заболевания (хронической или острой формы лейкоза), и рекомендуют прерывать беременность в самом ее начале. Другие авторы считают, что беременность не ухудшает течения лейкоза и прерывать ее не рекомендуют, особенно в таких случаях, когда лейкоз развивается во второй половине беременности.

Из числа больных лейкозом, находившихся на лечении в Таллинской республиканской больнице с 1950 года, только у двух имело место сочетание лейкоза с беременностью. Небольшой материал не позволяет, однако, сделать обобщающие выводы. Но все же создалось общее впечатление, что больные лейкозом должны избегать беременности или прерывать ее в самом начале, так как почти всегда во время беременности наблюдается ухудшение основного заболевания. В каждом отдельном случае вопрос прерывания беременности нужно взвесить, учитывая при этом общее состояние больной, особенности течения заболевания, гематологические данные и т. д., и при благоприятных условиях остановиться на выжидательной позиции.

Операция показана для спасения жизни матери или плода.

Приводится описание двух случаев заболевания.

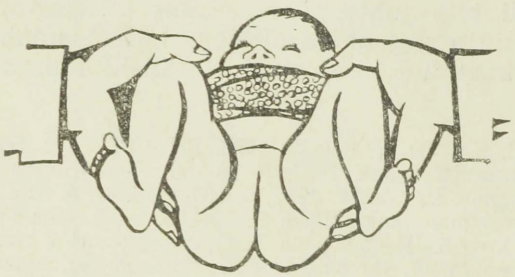
PUUSALIIGESE KAASASÜNDINUD NIHESTUSE DIAGNOOSIMINE IMIKUTEL

A. KÖÖP

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Puusaliigese kaasasündinud nihestus lastel on puusaliigese düsplaasia tagajärg. Düsplaasiale on omased puusaliigese luustumisprotsessi häired ja kõigi puusaliigest moodustavate kudede mittetäisväärtuslikkus.

Puusaliigese düsplaasia ravi on seda edukam, mida nooremas eas seda alustatakse. Kui ravi alustada enne 3 kuu vanuseks saamist, võib enamik tervistuda juba esimese eluaasta jooksul. Et ravi imikueas on väga tõhus ja ambulatoorsetes tingimustes lihtne, siis tuleb puusaliigese arenguhäireid diagnoosida juba esimeste elukuude jooksul. Puusaliigese düsplaasia varajane kindlakstegemine kuulub akušööride, vastsündinutega tegelevate pediaatrite, röntgenoloogide ja ortopeedide otseste ülesannete hulka.



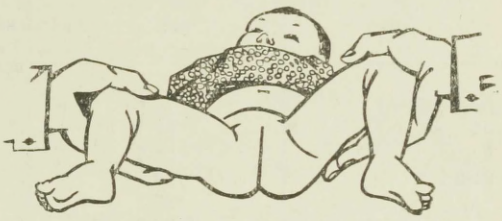
Joonis 1

Kuigi düsplaasia diagnoosimine on võrdlemisi raske, võib kliiniliste sümptoomide järgi küllaltki täpselt öelda, kas esineb patoloogia või on tegemist terve ja normaalse puusaliigesega.

Üks haiguse tunnuseid on nn. ebapüsiva puusaliigese sümptoom, mille olemasolu tuleb kindlaks teha esimeste elupäevade jooksul. Hiljem sümptoom kaob, kusjuures seda võib sedastada 1,5—2 kuu vanustel lastel vaid üksikjuhtudel. Nimetatud sümptoom tehakse kindlaks järgmisel viisil. Mähkmeteta imik asetatakse selili ja ta jalad haaratakse selliselt, et reied jäävad põidla ja nimetissõrme vahele, ülejäänud sõrmeotsad aga toetuvad reieluu suure pöörla piirkonnale

(vt. joon. 1). Jalad painutatakse põlvedest ja puusaliigestest täisnurga alla ning lähendatakse põlved. Järgmise liigutusega eemaldatakse põlved teineteisest ja reied püütakse viia horisontaaltasapinnani (vt. joonis 2). Positiivse sümptoomi korral on selle liigutuse ajal kuulda (või tunda sõrmeotstega) «naksuv» heli puusaliigese piirkonnas. Kui kirjeldatud võte esimesel katsel ei õnnestu, sest laps võib liigutada või lihaseid pingutada, siis on seda tarvis korrata. Mainitud sümptoomi kindlakstegemisel ilmneb harilikult ka teine väga oluline sümptoom, nimelt piiratud abduktsioon puusaliigeses (vt. joonis 2).

Kui tegemist on normaalsete puusaliigestega, siis õnnestub reied horisontaaltasapinnani viia. Kahepoolse düsplaasia korral on abduktsioon kummaski puusaliigeses piiratud (see võib esineda ka füsioloogiliselt lihaste kõrgenenud toonuse korral, samuti võivad seda põhjustada mõned muud puusaliigese haigused, näiteks *coxa vara* jt.). Abduktsiooni asümmeetria viitab ühe puusaliigese düsplaasiale.



Joonis 2

Puusaliigese düsplaasiat võib oletada ka nahavoltide asümmeetria puhul (vt. joonis 3). Nahavoltide asetust vaadeltakse sirutatud reitel, genitaalidel ja tuharatel. Voldid peavad kummalgi kehapoolel olema kohakuti ja normaalselt leidub neid kummalgi jäsemel ühepalju. Jäseme seis välisrotatsiooniasendis viitab samuti puusaliigese patoloogiale, eriti aga düsplaasia tüsistumisele subluksatsiooni või luksatsiooni näol (vt. joonis 3).

Vastsündinut tuleb puusaliigeste patoloogia suhtes uurida ka muude väärarengute korral, nimelt siis, kui laps sünnib tuharseisus ning puusaliigese nihestust on ette tulnud vendadel, õdedel ja vanematel.

On kirjeldatud veel mitmeid düsplaasia kliinilise uurimise võtteid, mis praktikas aga pole laialdast kasutamist leidnud kas uurimisvõtte keerukuse või vähese usaldusväärsuse tõttu.



Joonis 3

Ainuüksi kliiniliste sümptoomide järgi pole puusaliigese patoloogiat võimalik kindlalt diagnoosida, patoloogiat täpsustab röntgenogramm, mis võimaldab kontrollida atsetabulaarindeksit ja reieluu proksimaalse metafüüsi asendit liigesenapa suhtes. Röntgenogrammi hindamisel on osutunud otstarbekaks kasutada Hilgenreineri skeemi. Selle järgi tõmmatakse röntgenifilmil horisontaaljoon läbi puusaliigese nappa moodustava vaagnaluu luustunud osa alumise tipu. Selle põhijoone abil määratakse järgmised suurused.

1. Atsetabulaarindeks (vt. tahvel XXI). Täiendav joon ühendab liigesenapa alumise ja ülemise serva vaagnaluul. Normaalse puusaliigese korral võib tekkiva nurga suurus olla kuni 3 kuu vanustel $<35°$ ja üle 3 kuu vanustel lastel $<20°$ (1, 2).

2. Suurus *h*, s. o. reieluu proksimaalse metafüüsi kõrgeima punkti ja horisontaaljoone vaheline kaugus (vt. tahvel XXI). Normaalselt on *h* alla 3 kuu vanustel 6 mm ja üle 3 kuu vanustel lastel 7 mm. *h* lühenemine näitab reieluu nihkumist ülespoole. Reieluu proksimaalse otsa *lateropositio*'t saab hinnata ka Erlacheri lõigu järgi (Erlacheri *d*), mis kujutab endast kaugust reieluu

proksimaalse otsa mediaalseima punkti ja liigesenapa vahel horisontaaltasapinnas. See kaugus on normaalselt 5 mm. Erlacheri *d* suurenemine viitab lateropositsioonile.

3. Suurus *d* — vahemaa liigesenappa moodustava vaagnaluu alumise tipu ja reieluu proksimaalse metafüüsi kõrgeima punkti projektsiooni vahel (horisontaalsel abijoonel). *d* maksimaalne suurus võib olla 16 mm, *d* suurenemine üle selle näitab reieluu nihkumist lateraalsele.

Tabel

Normaalse puusaliigese röntgenogrammi hindamine Hilgenreineri skeemi järgi

Iga	$\alpha°$	*h* mm	*d* mm
Vastsündinu	29,5	9,4	12,0
2—3 nädalat	27,1	9,4	15,0
1 kuu	26,7	9,5	15,3
2 kuud	24,7	9,6	15,5
3 „	23,3	9,6	16,0
4 „	22,0	9,7	16,5
5 „	21,3	9,8	16,5
6 „	20,2	9,9	17,0
7 „	19,0	10,0	17,0
8 „	18,0	10,0	17,5
9 „	18,0	10,5	18,0
10—12 kuud	17,5	11,0	18,0

Atsetabulaarindeksi ja suuruste *h* ja *d* muutumise seoses lapse eaga on P. Minina (4) esitanud tabelis. Tabelis toodud arvud erinevad T. Brovkina poolt antud näitajatest ainult veidi. K. Krumin (3) annab koguni 22 autori andmed atsetabulaarindeksi kohta, kusjuures ilmnevad küllaltki suured kõikumised.

Puusaliigese seisundi hindamine Hilgenreineri skeemi järgi nõuab, et see röntgenifilmile joonistataks, milleks on soovitatav kasutada täiendatud nurgamõõtjat. Harilikule läbipaistvast materjalist nurgamõõtjale joonistame allapoole nulljoont (1 cm kaugusele mõlemale poole keskjoont) millimeetervõrgustiku suurusega 10×10 mm. Vähese kontrastsusega röntgenifilmi korral on reieluu proksimaalse otsa ülemine tipp filmil kasulik märkida pliiatsiga või kasutada võrgustikku, mille joonte vahe on 2 mm. See hõlbustab suuruste hindamist ja tagab küllaldase täpsuse.

Tingimata on vajalik, et röntgenogramm oleks kvaliteetne. Lapse asümmeetriline asend võib põhjustada *lateropositio* eksliku diagnoosimise. Röntgeniülesvõtte tegemise ajal peab laps lamama selili, kusjuures vaagen ja lülisamba nimmeosa on vastu kassetti või vastu lauda surutud ning jalad paralleelselt sirutatud, põlvekedrad ülespoole. Röntgeniaparaadi tsentraalkiir peab olema suunatud sümfüüsile. On tarvis, et kassett asetseks paralleelselt frontaaltasapinnaga. Säritusaeg tuleb valida võimalikult lühike, sest laps võib liigutada. Ka röntgenifilmi järgi saab otsustada, kas asend on olnud õige või mitte. Selleks on tarvis jälgida sümfüüsi ja ristluu luustumistuumade sümmeetrilist asetust või toppurmulkude sarnasust. Kui aluseks võtta kliiniline pilt ja seda röntgenograafiliste andmetega täiendada, võib täiesti kindlalt diagnoosida puusaliigese piirkonna väärarengut, ühtlasi kindlaks määrata patoloogia ulatuse.

KIRJANDUS: 1. Бровкина Т. А. Труды юбилейной научной сессии, посвященной 100-летию со дня рождения Г. И. Турнера. М.—Л., 1959, 192—197. — 2. Бровкина Т. А. (составитель). Ранняя диагностика и лечение детей с врожденным вывихом бедра. Методические указания Государственный научно-исследовательский институт им. Г. И. Турнера, 1961. — 3. Крумиць К. А. Научные труды Рижского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии, т. VI. Рига, 1961, 349—361. — 4. Минина Р. М. (под общей ред.). Врожденный вывих бедра и его лечение. Минск, 1963.

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННЫХ

А. Кёэп

Резюме

Врожденный вывих бедра у детей является следствием дисплазии тазобедренного сустава. Чем раньше начинают лечение дисплазии сустава, тем более оно успешно. Если лечение начать в возрасте до трех месяцев, большинство детей может выздороветь уже в течение первого года жизни. Так как лечение в раннем возрасте очень эффективно и доступно проведению в амбулаторных условиях, необходимо диагностировать нарушения развития тазобедренного сустава уже в течение первых месяцев жизни.

Основными симптомами врожденного вывиха бедра у новорожденных являются симптом «неустойчивого тазобедренного сустава», ограниченная абдукция в суставе, асимметрия бедер, гениталий и ягодичных складок, а также положение конечности в состоянии наружной ротации. Остальные симптомы не имеют особого значения для практической работы. Ограничение абдукции обычно выявляется при определении симптома «неустойчивого тазобедренного сустава».

Патологию тазобедренного сустава не всегда удается точно определить лишь при помощи клинических признаков, уточняет ее рентгенография, которая дает возможность проверить ацетабулярный индекс и положение проксимального метафиза бедра относительно вертлужной впадины. При оценке рентгенограмм оказалось целесообразным применение схемы Хильгенрейнера.

Для определения величин «*h*» и «*d*» мы рекомендуем дорисовать к обычному угломеру, сделанному из прозрачного материала, ниже мении нуля миллиметровую сетку. Это дает возможность сразу определять названные величины и отпадает необходимость в нанесении дополнительных мений на рентгенограмму.

Если за основу диагноза взять клиническую картину и дополнить ее рентгенологическими данными, можно совершенно точно диагностировать порок развития в области тазобедренного сустава и одновременно установить объем патологии.

HEMORRAAGILISE VASKULIIDI ETIOLOOGIAST

H. TÄLLI

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*)

Laste haigestumine hemorraagilisse vaskuliiti on sõjajärgsetel aastatel pidevalt tõusnud [A. Abezgauz (1), V. Nassonova (4), Z. Danilina (2), A. Tur (6)]. Seda näitab ka Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas säilinud materjal. L. Kerese (8) andmeil viibis aastail 1945—1954 haiglaravil 20 hemorraagilist vaskuliiti põdevat last, s. o. keskmiselt 2 last aastas. Ajavahemikul 1959—1962 oli ravil sama diagnoosiga 38 last, keskmiselt 9—10 last aastas.

Viimasel ajal tuleb sageli ette kergeid hemorraagilise vaskuliidi juhte, mille puhul haigestumisele ei eelne angiini ega hingamisteede katarri. Niisugustel juhtudel tekib küsimus: kas haige põeb hemorraagilist vaskuliiti või on vasopaatia mõne põhihaiguse kaasnähuks? Samuti kerkib küsimus nende haigete ravimise taktika kohta. Käesoleva töö eesmärgiks on selgitada, milline on haiguse kliiniline pilt ja kulg lastel, kes enne hemorraagilisse vaskuliiti haigestumist olid täiesti terved. Nimelt kellel ei eelnenud angiini ega hingamisteede katarri, ühtlasi neil, kes ka varem ei olnud põdenud eksudatiivset diateesi, reumat, tuberkuloosi, kroonilist tonsilliiti, korduvaid hingamisteede katarre või mõnda pikaldase kuluga põletikku. 38 hemorraagilise vaskuliidi diagnoosiga lapsest oli selliseid haigeid 17, nende hulgas 6 poeg- ja 11 tütarlast vanuses 7 kuud kuni 13 aastat. 15-l uurituist algas haigus üldiste nähtudega, nagu temperatuuri tõusu, peavalu ja halva enesetundega. Nendega kaasnesid neelu lümfoepiteliaalringi hüpereemia, nohu, köha, kuid katarraalsed nähud jäid kõigil tagaplaanile ja kliiniline pilt vastas rohkem viirusnakkusele kui külmetuskatarrile. Kahel lapsel oli hemorraagiline sündroom ainsaks haiguse tunnuseks.

Hemorraagilised nahanähud tekkisid 10 lapsel kohe esimese haiguspäeva, 7 lapsel aga 2.—5. haiguspäeva jooksul. 6 juhul esinesid ainult täppverevalumid, 8-l olid mitmesuguse suurusega nahaverevalumid, kusjuures 5 juhul leiti ka sufusioone. Kolmel lapsel, kel haigestumisel ilmnesid nõgestõve nähud, olid samal ajal papuloosne ja hemorraagiline lööve. Lööve kadus keskmiselt 4—5 päeva pärast.

Liigesed olid valulikud ja tursunud 17 haigest 10-l, neist enamikul tekkisid liigesevalud 2.—4. haiguspäeval. 2 haigel ilmusid mainitud nähud 1—2 päeva enne verevalumi tekkimist.

Hooti tekkisid ägedad kõhuvalud 8 lapsel, neist ühel 1 päev enne nahaverevalumeid. 8 abdominaalse sündroomiga lapsest 6 oksendas korduvalt, kusjuures ühel sisaldas okse verd. Roojas leidus värsket verd 3 haigel, neist 2-l samal ajal mustjaspruuni verd.

Neerukahjustuse nähte täheldati 4 lapsel. Ühel oli ainult mikrohematuuria, mis kadus teisel haigusnädalal, 3 lapsel tekkis teisel haigusnädalal äge koldeline nefriit.

Vereanalüüside andmed olid väga varieeruvad. SR 12—54 mm tunnis, leukots. 3800—18 600, kusjuures leukotsütoos oli 4-l, leukopeenia aga 11 lapsel. Eosinofiiliat (eosinofiile kuni 7%) täheldati 5 juhul. Hüübimis- ja veritsusaeg ning trombotsüütide arv, kuju ja aglutinatsioonivõime olid kõigil haigetel normi piires. Kolmel lapsel oli Kontšalovski proov ravile saabumisel nõrgalt positiivne, mis esimese ravinädala jooksul muutus negatiivseks.

Kõrgenenud kehatemperatuur püsis 1—4 päeva. Enamikul haigetest oli see mõõdukas, kolmel kuni 38,5°. 17 lapsest 13 paranes kiiresti, kusjuures ei tekkinud retsidiive ega tüsistusi. Need lapsed lahkusid haiglast tervetena 2.—4. ravinädalal (ravi vältas keskmiselt 17,2 päeva). 3—7 aasta jooksul, mis on möödunud paranemisest, ei ole ühelgi ravil olnud lastest retsidiive tekkinud. Neljal juhul oli haigus lainelise kuluga ja korduvate retsidiividega, neist kolmel arenes nefriit. Need haiged viibisid haiglas 42—197 päeva ja lahkusid sealt paranenutena. Retsidiive pole ka neil seni esinenud. Tüsistusena tekkinud nefriidi puhul olid üldseisundi häired veidi tugevamad ja nahanähud ulatuslikumad kui nendel lastel, kellel tüsistusi ei sugenenud.

Eespool toodud andmeil võib öelda, et kui verevalumid tekivad esimestel haiguspäevadel, siis on kliinilised nähud ja haiguse kulg üldiselt samasugused kui Schönlein-Henochi kirjeldatud klassikalise haiguspildi puhul. Hemorraagilist vaskuliiti põdevatele haigetele manustati desensibilisatsiooni eesmärgil kortikosteroidhormoone ja dimedrooli, 1962. aastal ka pipolfeeni. Samal ajal said kõik ühte, kahte või kolme antibakteriaalset ravimit. Peale selle anti neile askorbiinhapet (300—600 mg päevas), rutiini ja kaltsiumisooli.

Hemorraagilise vaskuliidi kulg lastel

Uuritavad	Uuritute arv	Paranes kiiresti	Ebasoodne kulg				
			alaäge kulg	nefriit	retsidiiv	surm	Kokku
Varem terved lapsed	17	13	1	3	—	—	4
Varem kroonilisi või ägedaid haigusi või allergoose põdenud lapsed	21	10	3	5	3	—	11

Tabelist nähtub, et haigus kulges üldiselt soodsamini selle rühma haigetel, kes varem olid terved. Peab siiski arvestama, et ka neil juhtudel võib kulg olla alaäge ja tekkida nefriit, eriti siis, kui desensibiliseerivat ravi ei alustata kohe pärast haigestumist.

Hemorraagilise vaskuliidi patogeneesi seletatakse tänapäeval järgmiselt: mitmesuguste tegurite (mikroobide, seente, viiruste, keemiliste ühendite) toimel võivad vereseerumis tekkida antikapillaarsed antikehad, mis kahjustavad kapillaare kas otseselt või närvisüsteemi kaudu. Nii keskkui ka vegetatiivse närvisüsteemi kahjustumine toob kaasa veresoonte troofika häirumise. Veresoonte muutused on esialgu funktsionaalsed (läbilaskvuse suurenemine ja spasmid), hiljem tekib põletikulist laadi trombovaskuliit [A. Abezgauz (1), V. Danilina (2), I. Kassirski ja G. Aleksejev (3), V. Nassonova (4)]. Meie haigetel ei saa hemorraagilise vaskuliidi põhjuseks olla sensibiliseerumine mõne ravimi suhtes, sest lastele enne haigestumist neid ei antud.

Viirustest ja riketsiatest põhjustatavaid hemorraagilisi palavikke ja nefrosonefriite, mida levitavad väikestel närilistel parasiteerivad lestalised, on kirjeldatud Kaug-Idas, Omskis, Usbekistanis, Bukoviinas, Novgorodis, Kaliningradis, Skandinaavias ja Kesk-Euroopas [B. Ugrjumov (7), A. Smorodintsev jt. (5), R. Bieling ja O. Gsell (9)]. Seega võib hemorraagilist palavikku geograafilise asukoha tõttu ette tulla ka Eesti NSV-s. Levitajatena tulevad arvesse hiirtel esinevad lestalised. Me ei täheldanud hemorraagilist vaskuliiti nakkuskolletena, ka polnud teda sagedamini suvel ega sügisel. Samuti ei vastanud kliiniline pilt hemorraagilisele palavikule.

Hemorraagilisse vaskuliiti haigestusid sageli lapsed, kes anamneesi andmeil olid kokku puutunud viirusnakkusi põdenud isikutega. Kliinilise pildi, haiguskulu ja vereanalüüsi järgi võis osal haigetest samuti oletada viirusnakkust. Hemorraagiline vaskuliit puhkes peamiselt talvel ja varakevadel, mil igal aastal sageneb ka haigestumine viirushaigustesse.

Viimastel aastatel on üha laialdasemalt levinud mitmesuguste viiruste (*Coxsackie*, *ECHO*, adenoviirused jt.) poolt tekitatud haigused, mis kirjanduse andmeil [I. Kassirski ja G. Aleksejev (3), V. Nassonova (4), A. Abezgauz (1)] võivad põhjustada ka hemorraagilist vaskuliiti. Viirusnakkust meenutavate juhtude korral ei saa kapillaaride permeaabluse suurenemist seletada nende toksilise kahjustusega, sest meie haigetel puudusid rasked intoksikatsiooninähud ja Kontšalovski proov oli peaaegu kõigil negatiivne. Kapillaaride kahjustus arenes nähtavasti ikkagi organismi sensibiliseerumise tagajärjel. Seda tõestab nefriidi tekkimine kolmel haigel.

Kokkuvõtteks tuleb öelda, et hemorraagiline vaskuliit võib sugeneda ilma eelneva haigestumiseta. On väär, kui neil juhtudel nahaverevalumeid peetakse sekundaarseks *purpura*'ks ja haige jäetakse desensibiliseeriva ravita. Igapäevases töös tuleb arvestada, et ka hemorraagilise vaskuliidi mõõdukate algnähtude ilmnemisel võib ravi hilinemise tagajärjel tekkida nefriit.

KIRJANDUS: 1. Абезгауз А. М. Геморрагические заболевания у детей. Л., 1963. — 2. Данилина З. А. Клиника и лечение капилляротоксикоза у детей. М., 1963. — 3. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1955. — 4. Насонова В. А. Сов. медицина 1951, 9, 18—22. — 5. Смородинцев А. А. и др. Геморрагический нефрозо-нефрит. М., 1953. — 6. Тур А. Ф. Гематология детского возраста. Л., 1963. — 7. Угрюмов Б. А. Клиника геморрагических лихорадок. Киев. 1961. — 8. Keres, L. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised nr. 57, 135—141, 1958. — 9. Bieling, R., Gsell, O. Die Viruskrankheiten des Menschen. Leipzig, 1962.

ОБ ЭТИОЛОГИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

Х. Тялли

Резюме

С 1959 по 1962 год в Тартуской городской клинической детской больнице находилось на лечении 38 больных геморрагическим васкулитом.

Первую группу больных составили 17 больных, которые до заболевания были совершенно здоровы, то есть не имели перед этим ни ангины, ни катара верхних дыха-

тельных путей и раньше не болели ни аллергозами, ни хроническими воспалительными процессами. У всех больных были кожные высыпания. У десяти из 17 больных были суставные симптомы, у восьми — сопутствующий абдоминальный синдром. Поражение почек наблюдалось у четырех больных, из них у одного была только микрогематурия, у трех развился нефрит. Течение болезни было легким или средней тяжести у 13 больных, неблагоприятное подострое течение было у четырех больных, из них у трех в связи с нефритом. Рецидивов не имелось.

Вторую группу больных составил 21 больной, у которых геморрагическому васкулиту предшествовали заболевания ангиной или катаром верхних дыхательных путей или которые раньше страдали аллергозами или хроническими воспалительными процессами. Из этой группы 10 больных выздоровели быстро, у 11 больных течение болезни было неблагоприятным. Из последних у трех было подострое течение с обострениями, у пяти развился нефрит, у трех больных имелись повторные рецидивы.

Из анализа выяснилось, что геморрагический васкулит у детей может начаться без предшествующего заболевания. Течение болезни у больных часто носило общий характер с течением вирусных инфекций.

MÕNEDE KASVAJATÜVEDE KULTIVEERIMISEST KOLLAGEENIL

Arstiteaduse kandidaat *J. RAUDSEPP*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Onkoloogia Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor *N. Blohhin* ning Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

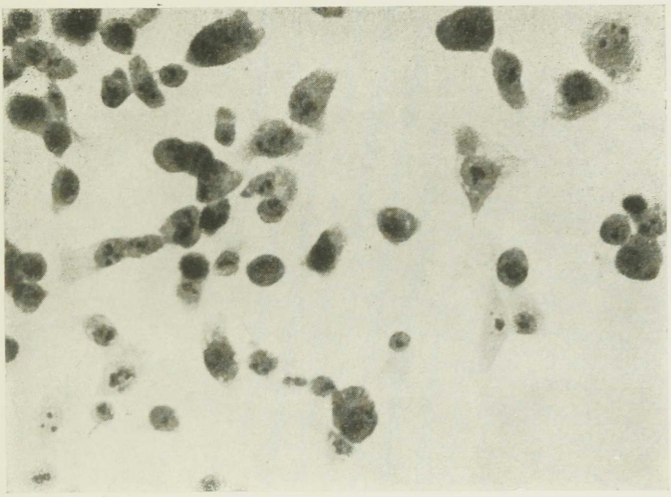
Kasvajate kemoteraapia saab tõhus olla ainult siis, kui konkreetsele haigele, õigemini kasvajale on valitud kõige sobivam antiblastiline preparaat. Kasvaja ravimitundlikkuse võimaldab määrata nn. esmaste *in vitro* kultuuride saamine kasvajast. Enne niisuguse uurimisviisi praktikasse kasutusele võtmist tuleb lahendada kolm põhiküsimust: 1) milline kudede kultiveerimise meetod oleks kliinilise praktika seisukohalt kõige sobivam? 2) millised kriteeriumid lubavad katsetega *in vitro* kõige objektiivsemalt kindlaks teha, et just teatav preparaat on kõige toimivam? 3) kas esineb korrelatsioon *in vitro* ja *in vivo* saadud tulemuste vahel?

On olemas mitmeid inimese kasvajate kultuuride saamise viise. Enamikul juhtudest on kasvajaid enne vaja trüpsiniseerida, et lõhustada nende koekomplekse trüpsiini või desoksüribonukleaasiga (4, 7). Kasvajatükikesi kultiveeritakse kanaembrüo mesonefronil (8) või tselluloosist käsnatükikestel (6). Kuid tehnilistel või muudel põhjustel on need meetodid ulatuslikumaks praktiliseks tööks ebasobivad. Seetõttu püüdsime kasutada lihtsamat teed — kultiveerimist kollageenil. See võte on küll ammu tuntud (3), kuid kirjanduses leidub üksnes kasinaid teateid selle kasutamisest onkoloogias. Mõned viimastest töödest (1, 5) näivad kinnitavat nimetatud meetodi kõlblikkust kasvajate jälgimiseks *in vitro*. Enne inimeselt pärinevate kasvajate uurimist otsustasime kontrollida kollageenil kultiveerimise sobivust esmaste kultuuride saamiseks nendest kasvajatest, mis hiirtele ja rottidele on transplanteeritavad. Katsetes kasutati järgmisi hiirte kasvajaid: hepatoom 22, lamerakuline eesmaovähk OŽ-5, Harding-Passey melanoom, Ehrlichi kasvaja, sarkoom 180 (Crocker), sarkoom 298, sarkoom 37 ja roti sarkoom 45.

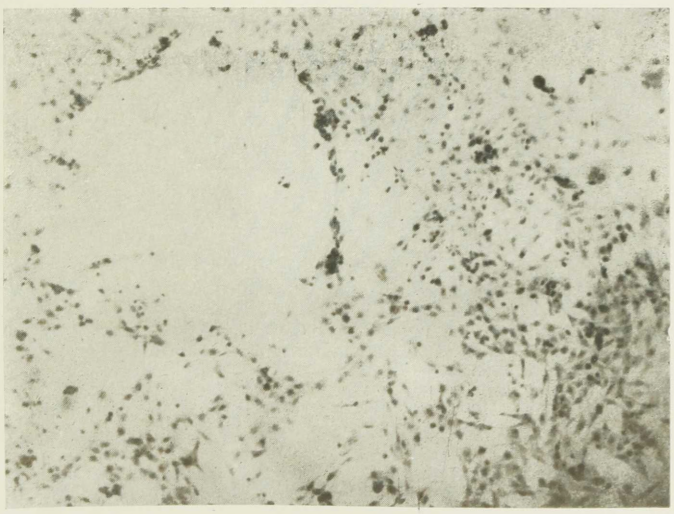
M e t o o d i k a. Kultiveerimine kollageenil toimus R. Ehrmanni ja G. Gey (3) modifitseeritud meetodil, mida on kasutanud V. Gelštein ja T. Jagorskaja (1). Ööpäev enne kultiveerimist kaeti esemeklaasid (7,5×0,8 cm) rotisaba kõõlustest valmistatud kollageenilahuse õhukese kihiga. Pärast seda tilgutati Petri tassile veidi 25%-list ammoniaagilahust, et soodustada kollageenikile tekkimist. Järgmisel päeval asetati igale esemeklaasile neli 0,5 mm^3 suurust kasvajatükikest, seejärel paigutati need vertikaalselt tavalistesse katseklaasidesse. Viimased asetati üheks



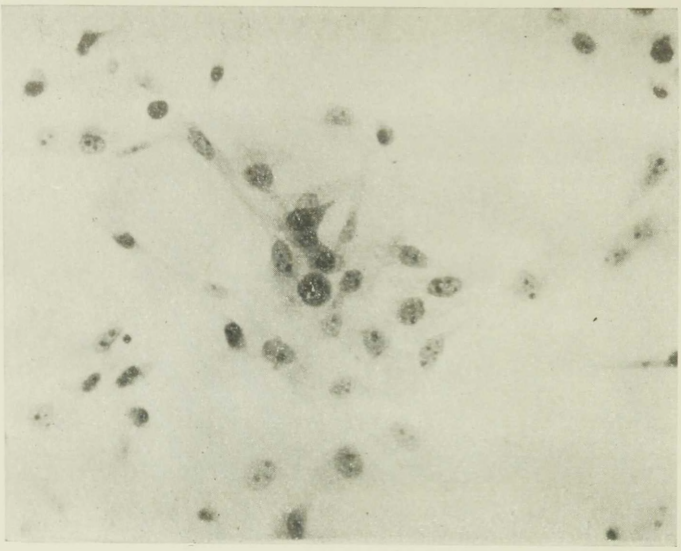
Mikrofoto 1. Sarkoom 180. Koekultuuri vanus 3 päeva. (Suurendus 75×)



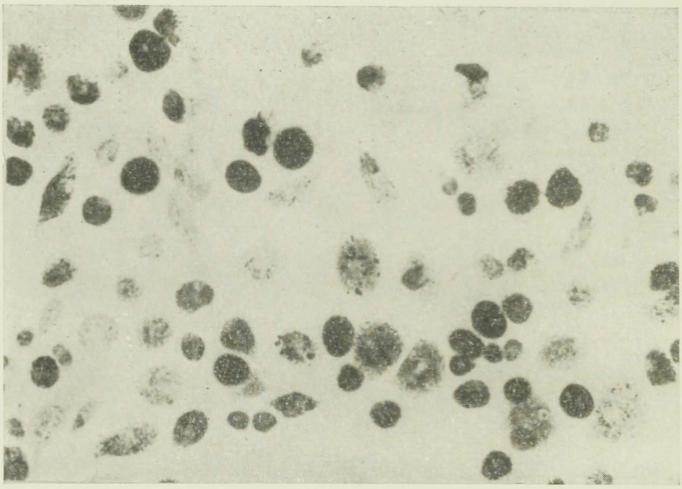
Mikrofoto 2. Sarkoom 180. Koekultuuri vanus 10 päeva. (Suurendus 270×)



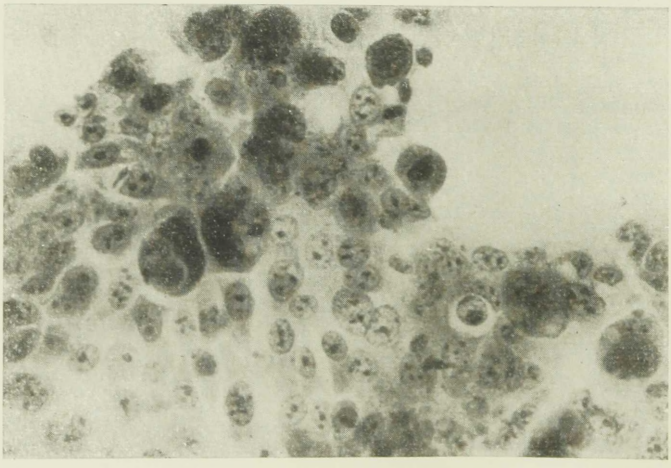
Mikrofoto 3. Sarkoom 45. Koekultuuri vanus 6 päeva. (Suurendus 75×)



Mikrofoto 4. Sarkoom 45. Koekultuuri vanus 6 päeva. (Suurendus 270×)



Mikrofoto 5. Harding-Passey melanoom. Koekultuuri vanus 6 päeva. (Suurendus 270×)



Mikrofoto 6. Lamerakuline eesmaovähk OŽ-5. Koekultuuri vanus 3 päeva. (Suurendus 270×)

tunniks termostaati (+36° C). Igasse katseklaasi valati 10 cm^3 järgmise koostisega söödet: 0,5%-list laktalbumiini hüdrolüsaati 70%, inaktiveeritud vasikaseerumit 20%, 9—11-päevaste kanapoegade embrüonaalekstrakti 10 ja 40%-list glükoosilahust 2 tilka iga 10 cm^3 söötme kohta. Ühes katses (sarkoomiga 45) kasutati söödet 199, millele lisati 20% inaktiveeritud vasikaseerumit. Iga katse puhul oli tarvitusele võetud 16 katseklaasi üldse 64 eksplantaadiga. Pärast 3—4-, 5—6-, 7—8- ja 10—12-päevast kultiveerimist paigutati 3—4 esemeklaasi, millel olid kasvajatükikesed, fikseerimiseks Bouini lahusesse, värviti hematoksiliiniga ja sulundati kanada palsamisse. Kasvaja kultiveeritavuse hindamiseks mõõdeti kasvutsooni diameeter ja määrati mitootiline indeks.

K a t s e t u l e m u s e d. Eksplantaatide kasv esemeklaasidel avaldus kasvutsooni tekkimises nende ümber. Võrdlev hinnang kasvajate kultiveeritavuse kohta kollageenil antakse tabelis. Tabelist nähtub, et kollageenil kasvas kõige paremini hepatoom 22, mida kinnitavad ka kirjanduse andmed (1). Kõigi 64 eksplantaadi puhul täheldati intensiivset kasvutsooni. Kasvaja suurim mitootiline aktiivsus ilmnes 3. ja 6. kultiveerimispäeval. Tsütoloogiliselt iseloomustavad hepatoom 22 kasvutsooni polümorfsed ja suure kromatiinirikka tuumaga rakud. Nende tsütoplasma sisaldab sageli vakuoole, mis V. Gelšteini (1) andmeil värvuvad sudaan III-ga. Vakuolisatsioon on eriti märgatav 10.—12. kultiveerimispäeval, kui kasvu intensiivsus on juba minimaalne (mitootiline indeks 0,1%).

Kultiveeritavuse intensiivsuse poolest on teisel kohal sarkoom 180 (vt. tahvel XIX, mikrofoto 1). 64 eksplantaadist tekkis 15,6% kasvutsoon, mille maksimaalne mitootiline aktiivsus ilmnes 8. kultiveerimispäeval. Kui tsütoloogilise pildi järgi otsustada (vt. tahvel XIX, mikrofoto 2), koosneb kasvutsoon polümorfsetest kasvajarakkudest. Võib kohata ka hiidrakke.

Kolmandal kohal on sarkoom 45. Kultiveeritud eksplantaatidest kasvas 11%. Suurim mitootiline aktiivsus ja kasvutsoon ilmnesid 6. kultiveerimispäeval (vt. tahvel XIX, mikrofoto 3). Huvitav on see, et veidi vanema sarkoomi 45 (võetud 18. päeval pärast transplanteerimist) kasvatamine kollageenil (kasutades söödet 199) andis kasvutsooniga eksplantaate (59%) märgatavalt rohkem. V. Starikova (2) ei leidnud kirjanduses sarkoom 45 kasvutsooni tsütoloogilist iseloomustust. Nagu nimetatud autor, nii täheldasime ka meie kahesuguse ehitusega kasvutsooni. Osas kultuurides koosnes see fibroblaste meenutavatest ümmarguse tuuma ja jätketega rakkudest. Pikad tsütoplasmaatilised jätked põimuvad siin-seal tihedalt üksteisega läbi (vt. tahvel XX, mikrofoto 4). Leidub ka histiotsüütidetaolisi rakke, samuti vakuoliseeritud hiidrakke ja fibroblaste. Teistes kultuurides moodustasid polügonaalsed ümmarguste tuumadega kasvajarakud tihedalt üksteise kõrval paikneva rakkude kihi.

Ülejäänud kasvajad (lamerakuline eesmaovähk OŽ-5, Harding-Passey melanoom ja sarkoom 298) kasvasid kollageenil puudulikult (6,2—7,8%). Tsütoloogiliselt võib Harding-Passey melanoomi kasvutsoonis täheldada kolme laadi rakke (vt. tahvel XX, mikrofoto 5): melaniiniga ülitäitunud makrofaage, fibroblaste ja tõelisi kasvajarakke. Viimastel on ümmargune või fibroblaste meenutav kuju kahe või enama jätkega. Osa kasvajarakkudest sisaldab melaniini, teistes see puudub. Lamerakulise eesmaovähi OŽ-5 kasvutsoon koosneb tihedalt üksteise kõrvale paigutatud rakkudest (vt. tahvel XX, mikrofoto 6). Ehrlichi kasvaja ja sarkoom 37 kollageenil ei kasvanud.

Meie poolt uuritud kasvajaid võib kollageenil kultiveeritavuse suhtes tinglikult liigitada kolme rühma: 1) kasvajad, mis arenevad kollageenil hästi või peaaegu rahuldavalt (hepatoom 22, sarkoom 45 ja sarkoom 180); 2) kollageenil puudulikult prolifereeruvad kasvajad (lamerakuline eesmaovähk OŽ-5, Harding-Passey melanoom, sarkoom 298) ja 3) tüved, mida kollageenil ei õnnestunud kultiveerida (Ehrlichi kasvaja, sarkoom

37). Olgu märgitud, et meie ülesandeks ei olnud optimaalse söötme leidmine ühe või teise kasvajatüve jaoks. Et kasvajate kasv sõltub söötme koostisest ja paljudest teistest koekultuuri kasvu mõjustavatest teguritest, on ammu teada ja seda näitavad ka katseandmed sarkoom 45-ga. On võimalik, et ka need kasvajad, mis kasvasid kollageenil puudulikult või ei kasvanud, oleksid söötmete varieerimisel andnud paremaid tulemusi. Meie ülesandeks oli selgitada kasvajate kultiveerimise võimalusi kollageenil söötmetega, mida valmistatakse tsentraliseeritud korras (laktalbumiini hüdrolüsaat ja sööde 199), et nimetatud meetodit hiljem praktilises töös laialdasemalt kasutada.

Lõppkokkuvõttes võib kultiveerimist kollageenil hinnata kui lihtsat ja kiiret meetodit, mis võimaldab kasvajakultuuri tsütoloogiliselt analüüsida juba 3.—4. kultiveerimispäevast alates. Seejuures tuleb eriti esile tõsta kasvutsooni morfoloogilise ja kasvajale tüüpilise histoloogilise pildi suurt sarnasust. Meie katsete tulemused kõnelevad sellest, et analoogilisi uurimisi on vaja jätkata inimese kasvajatega.

KIRJANDUS: 1. Гельштейн В. И., Ягорская Т. А. Вопр. онкол., 1964, 10, 9, 58—65. — 2. Старикова В. Б. Сравнительное исследование чувствительности культур нормальной и злокачественной соединительной ткани крыс к действию бластомогенных веществ. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1964. — 3. Ehrmann, R. L. Gey, G. O. J. Nat. Cancer Inst., 1956, 16, 6, 1375—1390. — 4. Fadei, L., Nachtigal, M. Arch. Geschwulstforsch. 1963, 21, 3, 201—207. — 5. Isao Yamane, Tatunori Tuda Med. and Biol., 1903, 66, 1, 46—49. — 6. Leighton, J. Nat. Cancer Inst., 1951, 12, 3, 545—551. — 7. Madden, R. E., Burk, D. J. Nat. Cancer Inst., 1961, 27, 841—861. — 8. Wolff, E. C. Acad. sci., 1958, 346, 1116—1118.

О КУЛЬТИВИРОВАНИИ НЕКОТОРЫХ ШТАММОВ ОПУХОЛЕЙ НА КОЛЛАГЕНЕ

Ю. Раудсепп

Резюме

Химиотерапия опухолей может быть эффективной лишь тогда, когда конкретному больному или, вернее, опухоли выбран наиболее подходящий антибластический препарат. Определить лекарственную чувствительность опухоли помогает получение из опухоли *in vitro* так называемых первичных культур.

Цель настоящей работы — решение вопроса, какой метод культивирования на тканях был бы наиболее подходящим с точки зрения клинической практики. До того как приступить к исследованию опухолей человека, необходимо проверить, подходит ли избранный метод культивирования (в данном случае культивирование на коллагене) для получения первичных культур от опухолей, трансплантируемых на мышей и крыс. В опытах использовали следующие опухоли мышей: гепатому 22, плоскоклеточный рак преджелудка ОЖ-5, меланому Гардинга-Пасси, опухоль Эрлиха, саркому 180 (Крокера), саркому 298, саркому 37 и саркому крысы 45.

Культивирование на коллагене производили модифицированным методом Р. Эрмана и Г. Гея. За сутки до культивирования предметные стекла (7,5×0,8 см) покрывали тонким слоем раствора коллагена, изготовленного из сухожилий хвоста крысы. После этого в чашку Петри вливали немного 25% раствора аммиака, чтобы способствовать образованию коллагеновой пленки. На следующий день на каждое предметное стекло помещали 4 кусочка опухоли величиной 0,5 мм³, затем стекло вертикально располагали в обычной стеклянной пробирке. Пробирки ставили на 1 час в термостат (+30°). В каждую пробирку вливали 10 см³ среды следующего состава: 70% гидролизата 0,5% лактальбумина, 20% инактивированной сыворотки теленка, 10 капель эмбрионального экстракта 9—11-ных дневных цыплят и 2 капли 40% раствора глюкозы на каждые 10 см³ среды.

Для каждого опыта использовали 16 пробирок — всего 64 эксплантата. После 3—4, 5—6, 7—8 и 10—12-дневного культивирования 3—4 предметных стекла с кусочками опухоли помещали для фиксации в фиксирующую смесь Буэна, окрашивали гематоксилином и заливали канадским бальзамом. Для оценки культивируемости опухоли измеряли диаметр зоны роста и определяли методический индекс.

Хорошо или удовлетворительно росли на коллагене гепатома 22 (100%), саркома 45 (59%) и саркома 180 (15,6%). Остальные опухоли (плоскоклеточный рак преджелудка ОЖ-5, меланома Гардинга-Пасси и саркома 298) давали на коллагене недостаточный рост (6,2—7,8%). Опухоль Эрлиха и саркома 37 не дали роста.

Культивирование на коллагене следует оценивать как простой и быстрый метод, позволяющий цитологически анализировать культуру опухоли уже на 3—4-й денй культивирования. При этом следует отметить большое сходство типичной для опухоли гистологической и морфологической картины зоны роста. Из результатов опытов вытекает вывод о необходимости продолжения аналогичных исследований с опухолями человека.

SÜGAVA KAARIESE JA PULPIIDI RAVIST KALTSIUMHÜDROKSIIDIGA

V. LAURAND

(Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikust, peaarst Eesti NSV teeneline arst *G. Veerma*, ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna stomatoloogia kateedrist, juhataja dotsent *N. Vihm*)

Kaasaegses kirjanduses leidub üha sagedamini andmeid sügava kaariese ja pulpiidi ravimise kohta kaltsiumhüdroksiidiga. [M. Berman kaasautoritega (1), E. Lapidus (3), K. Kapur jt. (6), I. Lowney jt. (7)].

Et ennetada patoloogilisi protsesse periodondis, ühtlasi kogu organismis, on pulpi tarvis säilitada elujõulisena (2). Seda võimaldab kaltsiumhüdroksiid. Kui Hermann 1920. aastal märkis vaid kaltsiumhüdroksiidravi kasutamise võimalust, siis tänapäeval on mainitud ravim paljude importpreparaatide aluseks (3). Kaltsiumhüdroksiid toimib põletikuvastaselt ja stimuleerib pulbi plastilist funktsiooni. Kirjanduse andmeil põhjustab ravim pindmist söövitusnekroosi, mida demarkatsioonijoon eraldab tervest koest. Traumaatiline ja keemilis-toksiline kahjustus püsivad mõne päeva. Järgmises faasis areneb sidekude, mis hiljem asendub dentiiniga (6). Sekundaarse dentiini tekkimiseks kulub keskmiselt 4—6 nädalat (7).

Ravimeetodeid on mitmeid. I. Lowney (7) asetab pulbile kaltsiumhüdroksiidi pulverisaatori abil ja paigutab pulbile metall-lehekese või eugenool-tsinkoksiidpasta ja ajutise täidise. Kui kaebusi ei teki, paneb 10 päeva pärast jäävtäidise. M. Berman jt. (1) prepareerivad karioosse õõne, töötlevad seda piirituse ja eetriga, asetavad sinna kaltsiumhüdroksiidpasta ning tupsutavad selle kuivaks kaltsiumoksiidpulbriga. Samas paigutatakse jäävtäidis kõva konsistentsiga fosfaattsementalusele.

Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus kasutatakse kaltsiumhüdroksiidravi 1964. aasta maikuust alates. Ravitud on 164 hammast järgmiste diagnoosidega: *caries profunda* (69 juhtu), *pulpitis traumatica* (7 juhtu), *pulpitis acuta partialis* (64 juhtu) ja *pulpitis chronica simplex* (24 juhtu). Raviti kõiki erinevaid jäävhambaid. Patsientide vanus oli 17—50 aastat. Ravi oli näidustatud hammaste puhul, mille elektrijuhtivus ei ületanud 35—40 mA. Mõõtmised tehti kõbrukeselt ja lõiketeralt. Kasutati järgmist meetodit: ravitav hammas isoleeriti ja karioosne õõs prepareeriti aseptiliselt. Valu puhul tuimastati 2%-lise novokaiinadrenaliini- või lidokaiinilahusega. Kaviteeti pesti kehatemperatuurini soojendatud 3%-lise vesinikperoksiidilahusega ja kuivatati sooja õhuga. Piiritust ja eetrit ei kasutatud. Kui tekkis verejooks, asetati pulbi koele 1—2 minutiks 5%-lise vesinikperoksiidi- ja adrenaliinilahusega immutatud steriilne vatikuulike või tükike hemostüptilist käsna. Kaltsiumhüdroksiid segati *ex tempore* steriilsel klaasplaadil pastaks ja viidi sondi abil 0,5 mm paksuse kihina kaviteedi põhja. Preparaati peetakse kõlblikuks, kui selle pH on 8—10 (1). Selline hüpertooniline pasta aitab ühtlasi kaasa eksudaadi eemaldamisele põletikukoldest ja soodustab leeliselise fermendi fosfataasi toimet.

Täidis tuleb pastale asetada ettevaatlikult, sest surve tekitaks pulbi hüdraulilise rõhu muutusi, staasi, tromboosi ja valulikkust. Laboratoorsete analüüside andmeil väheneb pasta mõju pehme konsistentsiga fos-

faattsemendis leiduva fosforhappe neutraliseeriva toime tõttu (4). Kõva konsistentsiga fosfaattsementi aga on kaavumi seintele ja põhjale raske jaotada. Pealegi halveneb jäävtäidise siduvus alusega, sest viimane kõveneb kiiresti. Alus ei võimalda ääri hermeetiliselt sulgeda, mis omakorda soodustab täidise väljalangemist ja reinfektsiooni. Isolatsioonimaterjalina kasutati steriilset pehme konsistentsiga dentiini. Kõvenenud dentiinile asetati fosfaattsementalus. Et kaltsiumhüdroksiid õhu süsihappegaasiga ühinedes inaktiveerub, ühtlasi pole ajutine täidis pasta hermeetiliseks katmiseks küllaldane, siis kasutati 153 juhul ühe- ja 11 juhul kaheseansilist ravi. Ka kirjanduses [P. Scheer (8), T. Haverla (5)] soovitatakse ravi lõpetada teisel seansil. Esimesel seansil asetati hambaõõnde kaltsiumhüdroksiidpastat, dentiini ja fosfaattsementtäidis. Pärast 5—6 päeva möödumist (kui kaebused puudusid) plombeeriti hammas lõplikult. Valu kadus tavaliselt pärast kaltsiumhüdroksiidi asetamist kas kohe või 2—3 tunni jooksul. Harva tekkis esimestel päevadel kõrgenenud tundlikkus temperatuuri suhtes, mille puhul andis häid tulemusi 0,5%-lise novokaiinilahusega tehtud blokaad.

1—2 nädala pärast kontrollimisel selgus, et raviefekt oli hea kõikide erinevate hammaste, eriti aga molaaride ja premolaaride puhul. See on seletatav hästi arenenud kollateraalide olemasoluga neil hammastel. Elektroodontodiagnoosimise teel saadud arvulised väärtused püsisid 1,5—2 kuu jooksul muutumatutena või langesid pisut, vaatamata kliinilisele paranemisele.

Järelkontrollil (4—6 kuu pärast) leiti, et hambad on elujõulised ja funktsioneerivad normaalselt. Elektroodontodiagnoosimisel saadud andmed aga olid normis või sellele ligilähedased (4—18 mA).

Ebaõige näidustuse ja täidise halva hermeetilisuse tõttu tuli devitaliseerida 6 hammast, mille puhul oli tegemist pulpiidiga.

Vastunäidustuseks pidasime pulpiidi hilisvorme, sügavaid igemetaskuid, mädaeritust, hamba liikuvust ja raskeid kroonilisi haigusi (tuberkuloos, suhkurtõbi jt.).

Meie kogemuste järgi tuleb kaltsiumhüdroksiidravi pidada otstarbekaks. See meetod täiendab sügava kaariese ja pulpiidi bioloogilise ravimise võimalusi.

KIRJANDUS: 1. Берман М. М. и др. Стоматология, 1964, 2, 20—23. — 2. Гаврилов Е. И. О биологии и патологии пульпы зуба. М., 1961. — 3. Лапидус Э. Я. Стоматология, 1964, 2, 23—24. — 4. Свраков Д., Кеворкян Е. И. Труды IV Всесоюзн. съезда стоматологов. М., 1964, 214—218. — 5. Haverla, T. Prakt. zubní lékař., 1960, 8, 253—256. — 6. Kapur, K. K. a. oth. Oral Surg., Oral Med. and Oral Pathol., 1964, 17, 5, 640—649. — 7. Lowney, I. I. Dent. Dig., 1963, 69, 11, 494—497. — 8. Scheer, P. Dtsch. zahnärztl. Z., 1960, 18, 1297—1308.

О ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТОВ И ГЛУБОКОГО КАРИЕСА ГИДРООКИСЬЮ КАЛЬЦИЯ

В. Лауранд

Резюме

Приводится обзор литературы и анализ современного состояния вопроса лечения глубокого кариеса и воспалений пульпы гидроокисью кальция, положительно действующей на воспаление и повышающей регенерацию твердых тканей зуба. Препарат годен при р 8,0—10,0. При таком р создаются наилучшие условия для деятельности фосфатазы.

Всего лечили 164 зуба с глубоким кариесом, травматическим, острым и хроническим простым пульпитом. Через полтора-два месяца после лечения электровозбудимость зуба повышалась до нормы или почти до нормы (4—18 мкА). Положительные результаты были получены у 158 зубов. Депульпировать пришлось 6 зубов. На основании личных наблюдений автор пришел к выводу, что лечение гидроокисью кальция дает хорошие результаты и является перспективным биологическим методом.

PROFÜLAKTILISTE MEDITSIINILISTE LÄBIVAATUSTE RATSIONAALSETEST VORMIDEST

A. ROOSILEHT

Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst

Profülaktilistel läbivaatustel on ravi- ja profülaktikaasutuste töös suur tähtsus. NSV Liidus tehakse igal aastal seoses profülaktiliste läbivaatustega ligikaudu pool miljardit mitmesugust uuringut, mille peale ümmarguselt 50 tuhat arsti kulutab kogu tööpäeva. Seega läbivaatuste õige korraldamine ja otstarbekate vormide rakendamine on eriti oluline.

Profülaktilised läbivaatused jaotatakse 3 rühma: eelnevad, perioodilised ja sihipärased. Esimesed kaks hõlmavad teatavaid tööliste ja teenistujate rühmi (toiduainetetööstuse, lasteasutuste jm. asutuste töötajad, kes on kohustatud sanitaarraamatut pidama, samuti tervistkahjustavates tingimustes töötavad isikud, töölisnoored jne.). Tuberkuloosi, onkoloogiliste ning naha- ja suguhaiguste avastamiseks korraldatavate sihipäraste läbivaatuste ulatus sõltub tervishoiuasutuste võimalustest ja ülesannetest.

Eelnevate meditsiiniliste läbivaatuste eesmärgiks on selgitada: 1) kas antud ametikohale asuval isikul pole haiguslikke seisundeid või kehalisi defekte, mis takistavad tööülesannete täitmist; samuti tehakse kindlaks, kas ta seetõttu võib ohustada töökaaslaste ja teenindatavate elu ja tervist; 2) kas antud ametikohale pretendeeriv töötaja ei põe haigusi, mis ebasoodsate tootmistegurite toimel võivad progresseeruda.

Et läbivaatusel antud arstlikul otsusel on töölevõtmisel määrav osa, peavad arstid rangelt juhinduma instruktsioonidest. Tervistkahjustavale kutsealale töölevõtmise kord on ette nähtud NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjas (nr. 136-m, 7. septembrist 1957. a.). Selles antakse tervistkahjustavate kutsealade nimekiri ja vastunäidustuste loetelu. Eelnevale läbivaatusele kuuluvad ainult need, kes hakkavad tööle nimetatud juhendis loetletud kutsealadel. Kategooriliselt on keelatud anda tööstusettevõtte kaadriosakonnale andmeid töötaja tervise seisundi kohta neil juhtudel, kui ta asub tööle juhendis märkimata kutsealale.

Arstid ei tohi juhendis toodud haiguste nimekirja omavoliliselt laiendada.

Sagedasemateks vigadeks eelnevatel läbivaatustel on: 1) mõned ravi- ja profülaktikaasutused hõlmavad tööstusettevõtete administratsiooni nõudmisel eelnevate läbivaatustega kõiki töölevõetavaid, kusjuures kutseala ja töökohta ei arvestata; 2) arstlik otsus on tihtipeale liiga pealiskaudne, mis raskendab hilisematel läbivaatustel avastatud patoloogiliste seisundite dünaamika hindamist; 3) arstid pole kõikidest võimalikest kutsekahjustustest alati teadlikud.

Perioodilisi meditsiinilisi läbivaatusi tehakse eespool mainitud loetelus märgitud kutsealade töötajatele. Nende eesmärgiks on avastada kutsemürgistusi ja -haigusi varajases staadiumis, samuti muid haigusi. Iga haige tuleb dispanseerida ning koostada ravi- ja tervistavate ürituste individuaalplaan. Igal järgmisel läbivaatusel peab rakendatud abinõude tõhusust kontrollima.

Enne perioodilisi läbivaatusi koostab ettevõtte administratsioon koos tsehhiarstiga töötajate nimekirja, mis kooskõlastatakse tööstus-sanitaararstiga. Puuduseks raviasutuste töös paljude aastate vältel on olnud see, et läbivaatustega hõlmatakse põhjendamatult ka selliseid töötajaid, kelle töötingimused ei ole tervisele kahjulikud. See suurendab asjatult arstide töö mahtu, kusjuures kahe silma vahele võivad jääda need, kellele tõepoolest tuleks erilist tähelepanu pöörata.

NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjas nr. 136-m (7. septembrist 1957. a.) on kindlaks määratud tervistkahjustavates tingimustes töötavate isikute uurimise ulatus ja läbivaatusest osavõtvad eriarstid, samuti läbivaatuste sagedus.

Üheks perioodiliste läbivaatuste vormiks on töötajate tervise kontrollimine eriarstide komisjoni poolt. Sel puhul koostatakse kalenderplaan ja uuritavate nimekiri igaks komisjoni tööpäevaks. Tööliste suunamise eest kannab hoolt ettevõtte või tsehhi administratsioon. Kõigile nimekirja võetutele antakse üks nädal enne läbivaatust ringkäiguleht, millele on märgitud nõutavad laboratoorsed uuringud. Kas viimased tehakse õigel ajal või mitte, seda kontrollib tsehhivelsker, kusjuures vajaduse korral kasutab tsehhi administratsiooni abi.

Seda laadi perioodilistel läbivaatustel on ka puudusi. Kõigepealt häirib see tsehhi töörütmi. Et töötajate tööaega kokku hoida, hakati läbivaatusi tegema tööstusettevõtete tervishoiupunktide ruumes. Eriarstide sagedane puudumine polikliinikust küllaltki pika aja vältel halvas omakorda polikliiniku tööd. Sealt ei saanud paljud töölised komisjoni tööpäevadel arstiabi isegi ägeda haigestumise puhul.

Seetõttu on küllaltki levinud tavaks teha läbivaatusi polikliinikus igal tööpäeval. Niisugune kord võimaldab polikliiniku arstidel töökoormust reguleerida nädalapäevade kaupa. Juba eelmisel päeval broneeritakse talongid kõikide eriarstide juurde. Et läbivaatus laabuks ja ajakadu oleks väiksem, on soovitatav, et läbivaatuse ajal viibiks polikliinikus ka tervishoiupunkti velsker. Viimane kooskõlastab eelmisel päeval tsehhi juhtkonnaga, keda järgmisel päeval läbivaatusele saata. Koostatakse nimekiri, mille järgi otsitakse välja ambulatoorsed kaardid. Seejärel suunab velsker töötajad laboratooriumi, röntgenikabinetti, hiljem kirurgi, okulisti, dermatoloogi, günekoloogi jt. eriarstide juurde. Lõpuks vaatab töötajad läbi tsehhiterapeut, kes teeb otsuse igaühe tervise seisundi ja töövõime kohta, samuti teeb kindlaks kutsehaiguse või muude haiguste olemasolu ja kannab ambulatoorsele kaardile ravi- ja tervistavate ürituste plaani. Selle meetodi puuduseks on asjaolu, et töötajad pärast tööaega läbivaatusele ei tule ja broneeritud aeg jääb kasutamata. Üldiselt ettevõtete administratsioon selliselt korraldatud läbivaatusi ei poolda, sest töötaja kulutab polikliinikus käimiseks terve tööpäeva.

Polikliinikus või haiglas käib arstlikel uuringutel ja ravil aasta vältel $^2/_3$ kõikidest töötajatest, Donetski 17. meditsiinilis-sanitaarosakonna andmeil isegi 75—85% töötajatest. Seda asjaolu arvestavad paljud polikliinikud ja meditsiinilis-sanitaarosakonnad perioodiliste läbivaatuste korraldamisel. Haige suunatakse täiendavatele uuringutele ja eriarstide vastuvõtule viimasel külastusel (ambulatoorse ravi puhul) või statsionaaris ravil viibimise viimastel päevadel. Saadud andmete alusel tehakse otsus ja koostatakse individuaalne ravi- ja tervistavate ürituste plaan.

Et polikliiniku registratuuri töötajad teaksid, kes kuuluvad perioodilistele läbivaatustele, on nende ambulatoorsed kaardid soovitatav märgistada erisuguse kleebisega, millele märgitakse iga antud kutsekahjustuse puhul ettenähtud uuringud ja arsti eriala. Pärast iga uuringut kantakse andmed kaardile. Ambulatoorseid kaarte kontrollitakse oktoobris-novembris. Kõik antud aastal polikliinikusse tulemata jäänud töötajad kutsutakse sinna aasta lõpul.

Kui töötajail on üks ambulatoorne kaart elukohajärgses ja teine töökohajärgses polikliinikus, võib juhtuda, et viimast külastatakse aasta jooksul vähe. On soovitatav, et töötajatele antaks spetsiaalne kaardike, millele on märgitud passi andmed, elukutse, tööstaaž, tervistkahjustavad tegurid ja perioodiliste läbivaatuste uuringud. Kaart annab õiguse elukohajärgses polikliinikus vastuvõtule minna eelisjärjekorras. Samal ajal tagab polikliinik vajalike uuringute tegemise. Uuringute andmed toob töötaja tsehhiterapeudile, kes teeb otsuse tema tervise seisundi ja töö-

võime kohta ning koostab individuaalse ravi- ja tervistavate ürituste plaani.

Tsehhijaoskonna arstide (resp. tervishoiupunktide arstide ja tööstusettevõtteid teenindavate jaoskonnaterapeutide) teadmiste kasv kutsepatoloogia alal on paljusid polikliinikuid ja meditsiinilis-sanitaarosakondi võimaldanud üle minna perioodiliste läbivaatuste valikulis-etapilise vormi kasutamisele. Sel puhul vaatab pärast laboratoorseid ja röntgenuuringuid töötajad läbi kõigepealt tsehhiterapeut. See toimub tööstusettevõtte tervishoiupunktis või polikliinikus (spetsiaalse väljakutse või tavalise pöördumise korras). Kogemuste järgi võib öelda, et rohkem kui 90%-l juhtudest otsuse tegemiseks eriarstide abi ei vajata, ainult 2—10% läbivaadatuist suunatakse eriarsti vastuvõtule.

Senised töötulemused näitavad, et valikulis-etapilise perioodiliste läbivaatuste puhul kutse- ja muude haiguste varajaste vormide avastamise efektiivsus ei lange. Arstlike uuringute arv aga väheneb ligikaudu kaks korda, tunduvalt väiksem on ka eriarstide koormus. Et nimetatud vormi kõikides ravi- ja profülaktikaasutustes rakendada, peab tingimata tõstma jaoskonnaarstide kvalifikatsiooni kutsepatoloogia alal.

Perioodiliste läbivaatuste andmed vaatab läbi komisjon, kelle koosseisu kuuluvad tsehhiterapeut, tööstus-sanitaararst ja administratsiooni esindaja. Seejärel koostab komisjon antud tööstusettevõtte või tsehhi tervistavate ürituste üldplaani.

О РАЦИОНАЛЬНЫХ ФОРМАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

А. Роозилехт

Резюме

Правильная организация и применение целесообразных форм профилактических медицинских осмотров очень важны, так как в каждый год по всему Советскому Союзу в связи с осмотрами проводится около полумиллиарда различных исследований, на которые примерно 50 тысяч врачей затрачивают полный рабочий день.

Целенаправленные осмотры организуют для выявления туберкулеза, онкологических и кожно-венерических заболеваний, причем объем их зависит от задач и возможностей медицинских учреждений. Предварительными и профилактическими осмотрами охватывают определенные группы рабочих и служащих (работники детских учреждений, общественного питания и другие, которые обязаны иметь санитарные книжки, а также лица, работающие на вредных производствах, подростки и т. д.).

Цель этих осмотров — выявить, нет ли у лиц, принимаемых на работу, болезненных состояний, могущих препятствовать выполнению производственных заданий или угрожающих жизни и здоровью других работников. Выясняют также, нет ли у лица, претендующего на данную должность, заболеваний, которые могут прогрессировать под влиянием неблагоприятных производственных факторов. Одновременно ставится целью выявление ранних стадий профессиональных болезней и интоксикаций, а также и других болезней.

При организации предварительных и периодических осмотров имеется ряд недостатков, а также при этом допускаются и некоторые ошибки. По этим причинам следует считать более целесообразным периодический избирательно-этапный осмотр. При его организации учитывают то обстоятельство, что в поликлинике и больнице в течение года проходит обследовании и лечении 2/3 всех трудящихся. При последнем посещении в случае амбулаторного лечения или в последние дни пребывания в стационаре больного направляют на дополнительные обследования и на прием к врачам-специалистам. На основе полученных данных составляется решение и индивидуальный план лечебно-оздоровительных мероприятий. На амбулаторные карты лиц, подлежащих периодическим осмотрам, желательно сделать специальные наклейки, на которых записать необходимые исследования и специальность врача-консультанта. После каждого исследования данные заносят в карту. Карты контролируют в октябре—ноябре, и всех трудящихся, которые в текущем году не явились в поликлинику, вызывают туда в конце года. Рекомендуется, чтобы трудящимся были даны специальные карточки, в которых отмечены паспортные данные, профессия, стаж работы, а также вредные производственные факторы и исследования периодических осмотров. Названные карточки дают право на предпочтительный прием в районной поликлинике, причем отпадает необходимость в проведении исследований в этой поликлинике. Данные исследования

трудящихся приносит цеховому терапевту, который дает заключение о состоянии его здоровья и трудоспособности, а также составляет план лечебно-оздоровительных мероприятий. Опыт показывает, что при избирательно-этапных периодических осмотрах эффективность выявления ранних форм профессиональных и других заболеваний не уменьшается, в то время как количество врачебных обследований уменьшается примерно в 2 раза, причем нагрузка узких специалистов значительно уменьшается.

Для того чтобы применять такие формы профилактических осмотров во всех учреждениях здравоохранения, необходимо повышать квалификацию врачей по профпатологии.

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

ANESTESEERIMISEST BRONHOGRAAFIA JA ENDOSKOOPIA PUHUL

M. KIVILO, arstiteaduse kandidaat *V. RÄTSEP* ja *A. VAINO*

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *A. Gavrilov*)

Meie vabariigis kasutatakse endoskoopia ja bronhograafia puhul kõige sagedamini limaskestade lokaalanesteesiat. Kahjuks ei garanteeri see uuritava subjektiivset heaolu, ei kõrvalda lihasepinget ning sageli ei pärsi küllaldaselt ka kaitsereflekse. Niisugused puudused mõjuvad negatiivselt uuringu kvaliteedile. Lokaalanesteesia on ohtlik, sest on ette tulnud surmaga lõppenud intoksikatsioonijuhte (1, 3, 4, 6). Seetõttu kasutatakse endoskoopiate ja bronhograafia puhul anesteseerimiseks järjest sagedamini pindmist narkoosi koos lihasrelaksatsiooniga, mis loob optimaalsed tingimused uuringuks.

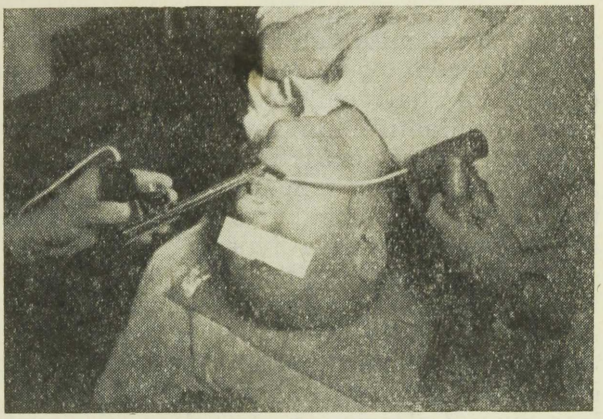
Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris on 1962. a. 4. jaanuarist 1966. a. 30. aprillini tehtud 149 endoskoopiat (bronho-, ösofago- ja gastroskoopiat) ning 126 bronhograafiat pindmises narkoosis täieliku lihasrelaksatsiooni foonil. Saadud kogemuste järgi peame sellist anesteesiaviisi nimetatud uuringute puhul valikmeetodiks.

Käesolevas artiklis kirjeldatakse kahte suhteliselt vähe levinud meetodit — bronhograafiat kahevalendikulise intubatsioonitoru kaudu ning endoskoopiatepuhust anesteseerimist apnoe tingimustes (nn. difusioonhingamise ajal).

B r o n h o g r a a f i a. Bronhide kontrasteerimist kahevalendikulise intubatsioonitoru kaudu kirjeldas E. Rügheimer (8) 1956. a. Sellist võtet kasutatakse Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris 1964. a. jaanuarikuust alates. Carlensi või Kubrjakovi intubatsioonitoru viiakse trahheasse ja vasakusse peabronhi pärast 0,5 mg atropiini, 0,2—0,5 g barbituraatnarkootikumi ning 100—150 mg depolariseeriva toimemehhanismiga lihasrelaksandi manustamist röntgeniaparaadi laual lamava haige veeni. Kui ollakse veendunud, et intubatsioonitoru asetseb õigesti (kontroll röntgeniaparaadi ekraanil), täidetakse intubatsioonitoru mõlemad mansetid õhuga. Sel teel isoleeritakse bronhiaalpuud hermeetiliselt teineteisest. Pärast mansettide täitmist peavad mõlemad kopsupooled olema vabalt ventileeritavad ning intubatsioonitoru ühte valendikku puhumisel ei tohi teise valendiku kaudu õhk väljuda. Pärast niisugust kontrolli ühendatakse intubatsioonitoru valendik (mille kaudu ventileerub uuringule mittekuuluv kopsupool) Beaveri hingamisklapi vahendusel hingamislõõtsa või -kotiga.

Sel teel on tagatud ühe kopsupoole katkestamatu ventileerimine kogu uuringu vältel, millest täielikult piisab küllaldase gaasidevahetuse tagamiseks ka siis, kui ventileeritakse tavalise õhuga. Samal ajal on uuritav kopsupool intubatsioonitoru teise valendiku kaudu hästi kontrasteeritav. Kontrastaine (jodolipool, millele on lisatud norsulfasooli) viime bronhidesse 2—3 mm läbimõõduga plastmasskateetri kaudu läbi intubatsioonitoru vaba valendiku. Kateetri tipu asukoht bronhiaalpuus on hästi

kontrollitav röntgeniaparaadi ekraanil, kui kateeter on eelnevalt täidetud kontrastainega. Pärast bronhide kontrasteerimist, ülesvõtete tegemist ning kontrastaine tagasiaspireerimist ventileeritakse juba mõlemat kopsupoolt kuni küllaldase spontaanse hingamise ja köharefleksi taastumiseni, mille järel eemaldatakse intubatsioonitoru. Vajaliku narkoosi ja lihasrelaksatsiooni astme säilitamiseks manustatakse uuringu käigus vajaduse korral fraktsioneerituna barbituraatnarkootikumi ja lihasrelaksanti, milleks õõnesnõela hoitakse veenis kuni külgsuunaliste röntgenogrammide tegemiseni (vt. tahvel XXI).



Aparatuuri ühendus difusioonhingamisega ösofagoskoopia puhul. Hapniku insuflatsioon toimub narkoosiaparaadi adapteriga ühendatud peene plastmass-sondi kaudu

Kirjeldatud meetodil on seni tehtud 57 bronhograafiat (haigete vanus 34—72 aastat). Ühelgi juhul ei ole tekkinud olulisi komplikatsioone. Ainukeste tüsistustena oleme täheldanud kerget valulikkust neelamisel, nagu seda sageli tuleb ette pärast trahhea intubeerimist, mõne tunni jooksul möödu vat köha ja lihaste valulikkust 1—2 päeva jooksul pärast uuringut. Viimane on tingitud depolariseeriva toimemehhanismiga lihasrelaksantide kasutamisest ja möödub jäljetult. Arvestades narkoosi induktsioonist kuni ekstubatsioonini kestab uuring keskmiselt 10,2 minutit (kõige lühem 5,5 ja kõige pikem 17 minutit).

Kirjeldatud bronhograafiate puhul omandatud kogemused näitavad, et selline meetod vabastab haige subjektiivsetest ebameeldivustest, mis lokaalanesteesia puhul on paratamatu, muudab bronhograafia võimalikuks ka erakordselt labiilse psüühika ning kõrgenenud köharefleksi puhul. See lühendab uuringu kestust tunduvalt, samuti haige ja personali kiirituskoormust, väldib kontrastaine sattumist teise peabronhi süsteemi, tagab ühe kopsupoole katkestamatu ventilatsiooni kogu uuringu vältel, muudab bronhide täitumise ventilatsioonist välja lülitatud kopsupooles ühtlasemaks ning vähendab kontrastaine alveoolidesse sattumise võimalust, garanteerib haige liikumatuse röntgeniülesvõtte ajal (kopsu ventilatsioon katkestatakse ülesvõtte ajaks) ning vähendab infektsioosse kopsupatoloogia puhul personali nakatumisohtu köharefleksi puudumise tõttu.

Kui näidustatud on nii bronhoskoopia kui ka bronhograafia, on otstarbekas need teha ühe seansi jooksul, sest haige tajub seda ühe uuringuna kahe asemel ning aja kokkuhoid on niisugusel juhul eriti suur. Ka siis, kui puuduvad otsesed näidustused diagnostiliseks bronhoskoopiaks, on haiget otstarbekas bronhoskopeerida vahetult enne bronhograafiat (röntgenikabinetis), sest see võimaldab bronhe puhastada võimalikest eritistest ning tagab sellega ühtlasema ja täielikuma kontrasteerumise. Liiatigi vähendab mõlema uuringu ühendamine haige voodipäevade arvu.

Kõnealuse meetodi puuduseks on külgülesvõtte kvaliteedi mõningane halvenemine haige passiivsuse tõttu, samuti see, et anestesiolooge on vähe. Viimane asjaolu on ületatav, kui kasutusele võtta vastavad organisatoorsed abinõud. Kirjeldatud meetodi puuduseks on ka see, et väikelastel ei ole võimalik kasutada kahevalendikulist intubatsioonitoru. Täiskasvanute puhul on meetodi eelised neist puudustest kaalukamad.

Endoskoopia nn. difusioonhingamise (apnoe) tingimustes.

Ösofagoskoopia (ja üksikjuhtudel ka gastroskoopia) puhul kasutati Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris varem tavalist pindmist intubatsioonnarkoosi täieliku lihasrelaksatsiooni foonil. Peatselt selgus, et intubatsioonitoru sageli takistab suuresti endoskoobi sisseviimist ja sellega manipuleerimist. 1965. a. aprillist alates kasutame seetõttu nende uuringute puhul pindmist narkoosi apnoe tingimustes, mis tagab organismi varustamise hapnikuga nn. difusioonhingamise teel (vt. foto).

Difusioonhingamise oluliseks eeltingimuseks on lämmastiku kõrvaldamine kopsualveoolidest. Piisab, kui uuritav haige hingab 1—2 minuti vältel poollahtise hingamiskontuuriga aparaadist puhast hapnikku (7). Väljakujunenud emfüseemi korral kulub denitrogeniseerimiseks 2—7 minutit (7). Pärast nimetatud aja möödumist on kopsualveoolid täidetud tegelikult puhta hapnikuga. Et hemoglobiin seob hapnikku pidevalt, tekib kopsualveoolides negatiivne rõhk. See põhjustab gaaside liikumist, mis suundub ülemistest hingamisteedest alveoolidesse. Kui trahheasse insufleerida hapnikku sellises hulgas, mis ületab hemoglobiiniga seostuva hulga, täituvad alveoolid kogu aeg puhta hapnikuga ning vere varustamine hapnikuga ei häiru. Seega ei ole hapniku insufleerimise eesmärgiks mitte «hapniku puhumine kopsudesse», vaid lämmastikuvaba alveolaarruumi isoleerimine atmosfäärsest õhust ja hemoglobiiniga seostuva hapniku pidev asendamine. Selleks piisab hapniku insufleerimisest trahheasse kiirusega 2—5 liitrit minutis (7).

Kuigi veri on hapnikuga küllaldaselt varustatud (oksügenatsiooniks), on difusioonhingamise lubatav kestus siiski üsna piiratud, sest kopsude ventilatsiooni puudumise tõttu ei eemaldu süsihappegaas organismist, mille tagajärjel tekivad progresseeruv hüperkapnia ja atsidoos. Kuigi I. Žorov (2) kirjeldab difusioonhingamise juhtu kuni 30 minuti vältel, L. Barth (7) ning E. Sinevitš ja J. Šanin (5) 20 minuti vältel, ei saa seda ohutuks pidada. Difusioonhingamise lubatud kestuseks on 15 minutit (5, 7, 9), mis on küllaldane aeg edoskopeerimiseks.

Difusioonhingamise tingimustes endoskopeerimise korral kasutatakse samasugust narkoosi premedikatsiooni ja sissejuhatust kui bronhograafia puhul. Selle täienduseks ventileeritakse uuritava kopse (poollahtise hingamiskontuuriga narkoosiaparaadi maski kaudu) puhta hapnikuga 2—5 minuti vältel. Täieliku relaksatsiooni ja apnoe saabumisel viiakse trahheasse larüngoskoobi kontrolli all 3—4 mm läbimõõduga paarikümne sentimeetri pikkune sond (plastmass, duodenaalsondi tükk). Sond on ühendatud narkoosiaparaadi adapteriga ning selle kaudu insufleeritakse trahheasse hapnikku 6—10 liitrit minutis. Selline sond ei takista endoskopeerimist mingil määral. Narkoosi ja lihasrelaksatsiooni säilitamiseks manustatakse vajaduse korral fraktsioneeritult barbituraatnarkootikumi ja lihasrelaksanti. Seejuures tuleb hoolikalt vältida ka minimaalse spontaanhingamise ajutist taastumist uuringu ajal, sest see viiks kopsudesse lämmastikurikka toaõhu, mis järsult halvendaks vere oksügenatsiooni jätkuva difusioonhingamise puhul. Uuringu lõpul ventileeritakse maski abil haige kopse kuni adekvaatse spontaanhingamise taastumiseni.

Sellisel viisil oleme anesteseerinud 21 ösofago- ja 3 gastroskoopia puhul. Uuritud haiged olid 42—71 aastat vanad, nendest neljal oli kompenseeritud südamepatoloogia. Difusioonhingamine kestis keskmiselt 12,5 minutit, ühel juhul 23 minutit. Viimati mainitud juhul arenesid mõõduka hüperkapnia nähud, mis kiiresti likvideerusid pärast kopsude normaalse ventilatsiooni taastumist. Muid komplikatsioone ei tekkinud, välja arvatud eespool kirjeldatud lihasevalud uuringule järgnevate päevade jooksul.

Võrreldes tavalise intubatsioonnarkoosiga on difusioonhingamise eelisteks kõnealuse endoskoopia puhul endoskoobiga manipuleerimise vabadus ja vaatevälja täielik liikumatus.

KIRJANDUS: 1. Бойкова Б. А. и др. Хирургия, 1961, 4, 27—31. — 2. Жоров И. С. Общее обезболивание. М., 1964, 105—110. — 3. Лукомский Г. И. Вестн. хирургии, 1961, 5, 100—105. — 4. Семенов В. И. Сов. медицина, 1959, 12, 104—107. — 5. Синевич Е. Е., Шанин Ю. Н. Вестн. хирургии, 1960, 7, 33—39. — 6. Феофилов Г. Л. Хирургия, 1962, 10, 134—135. — 7. Barth, L. Bronchoskopische Arbeitsmethoden und ihre Ergebnisse. Berlin, 1962, 8—15. — 8. Rügheimer, E. Zbl. Chirurgie, 1956, 81, 2113—2116. — 9. Stoffregen, J. aus: Symposion über aktuelle Fragen der Anästhesiologie. Berlin, 1959, 15—26.

ОБ АНЕСТЕЗИИ ПРИ БРОНХОГРАФИИ И ЭНДОСКОПИИ

М. Кивило, В. Рятсеп и *А. Вайно*

Резюме

В нашей республике при бронхографии и эндоскопии чаще всего пользуются местной анестезией. К сожалению, она не гарантирует обследуемому субъективного хорошего самочувствия, не снимает мышечное напряжение, а часто недостаточно тормозит и защитные рефлексы. В связи с названными недостатками для анестезии при бронхографии и эндоскопии все чаще стали применять поверхностный наркоз с мышечной релаксацией, что создает оптимальные условия для исследования.

В Таллинском республиканском онкологическом диспансере у 57 больных была проведена бронхография через интубационную трубку с двумя просветами. Опыт показал, что этот метод избавляет больного от неприятных ощущений, делает возможной проведение бронхографии даже у больных с очень лабильной психикой и повышенным кашлевым рефлексом, значительно уменьшает продолжительность обследования и облучение больного и персонала, исключает попадание контрастного вещества в систему главного бронха, обеспечивает непрерывную вентиляцию половины легкого в течение всего исследования, способствует равномерному заполнению бронхов выключенной из вентиляции половины легкого и уменьшает возможность попадания контрастного вещества в альвеолы, гарантирует неподвижность больного во время проведения рентгеновских снимков и уменьшает опасность заражения персонала в связи с отсутствием кашлевого рефлекса у больного. Если больному показаны как бронхоскопия, так и бронхография, целесообразно их производить в течение одного сеанса.

При эзофагоскопии и гастроскопии целесообразно пользоваться поверхностным наркозом в условиях апноэ, обеспечивая снабжение организма кислородом путем так называемого диффузионного дыхания, при котором из легочных альвеол удаляют азот и через зонд инсуффлируют в трахею кислород — 6—10 литров в минуту.

Допустимая продолжительность диффузионного дыхания (15 минут) достаточна для эндоскопии.

Этим методом в Таллинском республиканском онкологическом диспансере до настоящего времени было анестезировано 23 больных.

По сравнению с обычным интубационным наркозом преимущества диффузионного дыхания заключаются в свободе манипуляций эндоскопом (интубационная трубка не мешает) и в полной неподвижности поля зрения.

TUPEÄIGEPREPARAADI POLÜKROOMSE VÄRVIMISE MEETOD

Arstiteaduse kandidaat *V. MEIPALU* ja *H. VASAR*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja professor *V. Fainberg*)

Tupe tsütodiagnostilise uurimise meetodeid kasutatakse laialdaselt teaduslikus ja praktilises tegevuses. See võimaldab hinnata suguhormoonide nivood organismis (2, 5, 14), määrata sünnituse tähtaja (4, 8, 10) ja diagnoosida emakavähki (14, 15).

Tsütodiagnoosimise tõhusus oleneb suurel määral sellest, millisel viisil äigepreparaate värvitakse. Igapäevaseks kliiniliseks tööks soovitatavad hematoksiliin-eosiiniga (6), fuksiiniga (7), karbool-metüleensinise lahusega (1) värvimise meetodid või koguni natiivpreparaatide kasutamine (7) pole tänapäeva teaduse tasemel ega võimalda õiget diagnoosi määrata.

Tupeäigepreparaatide värvimisel tuleb silmas pidada mitmeid nõudeid. Hormonaalses tsütodiagnostikas kasutatavad värvimislahused peavad võimaldama selgesti eraldada atsidofiilseid ja basofiilseid tupeepiteelirakke. Seejuures on tarvis, et atsidofiilsete epiteelirakkude tsüto-

plasma värvuks erineva intensiivsusega vastavalt östrogeenide nivoo kõrgusele organismis. Hästi peab värvuma tuumakromatiin, et oleks võimalik diferentseerida vesikuloosseid, prepüknootilisi ja püknootilisi tuumi. Tuumakromatiini hea värvumine on emakavähi tsütodiagnoosimise eelduseks, sest ainult see võimaldab näha tuuma kuju, suuruse, tsütoplasma ja tuuma vahekorra muutusi, kindlaks teha atüüpilisi ja asümmeetrilisi mitoose jne.

Loetletud nõuetele vastab G. Papanicolaou meetod (11), kuid selle praktikasse juurutamist raskendavad liigne ajakulu ja värvimislahuste valmistamiseks kasutatavate reaktiivide defitsiitsus. Sellest lähtudes on kasutusele võetud mitmeid lihtsamaid ja kiiremaid värvimisviise (3, 12, 13).

Käesoleva töö ülesandeks oli välja töötada meile kättesaadavatel reaktiividel baseeruv värvimismeetod, mis vajaks vähe aega, kuid vastaks kõikidele kaasaja nõuetele.

Katsete aluseks võtsime E. Entschevi (9) meetodi. Töö käigus asendasime paralleelkatsetes defitsiitseid reaktiive kättesaadavamatega (näiteks lichtgrüni asendasime briljantrohelisega). Kvaliteetsemate preparaatide saamiseks muutsime üksikute värvimislahustega värvimise kestust ning lahuste koostist (näiteks toluidiinsinise piirituslahuse asendasime toluidiinsinise vesilahusega).

Alljärgnevalt esitame meie poolt väljatöötatud värvimismeetodi lõplikul kujul:

1) tupeäigepreparaadid fikseerida 95%-lise etüülalkoholi ja eetri segus (võrdsetes osades) vähemalt 15 minutit; 2) loputada kraaniveega; 3) värvida 1%-lise toluidiinsinise vesilahusega 9—10 minutit; 4) loputada kraaniveega; 5) loputada 45%-lise etüülalkoholiga; 6) värvida polükroomse värvilahusega (eosiinbriljantroheline) 2—3 minutit; 7) loputada 45%-lise etüülalkoholiga; 8) loputada 95%-lise etüülalkoholiga; 9) tsütoplasma atsido- ja basofiilsuse selgemaks eraldamiseks on soovitatav seejärel värvida 1%-lise toluidiinsinise vesilahusega 20—30 sekundi vältel; 10) loputada kraaniveega; 11) loputada 95%-lise etüülalkoholiga; 12) kuivatada toatemperatuuril.

V ä r v i m i s l a h u s t e v a l m i s t a m i n e. 1%-lise toluidiinsinise lahuse valmistamiseks lahustatakse 0,5 g toluidiinsinist 50 ml aniliinvees (5 ml keemiliselt puhast aniliini lahustatakse loksutamise teel 50 ml destilleeritud vees ja filtreeritakse läbi veega niisutatud filterpaberi). Sademelt dekanteeritud lahus on tarvitamiskõlblik pärast 1—2-päevast seismist.

Polükroomse värvimislahuse saamiseks valmistatakse kaks lahust: a) 0,075 g briljantrohelist lahustatakse 5 ml destilleeritud vees (loksutada 4—5 minutit) ja lisatakse kuni 50 ml 45%-list etüülalkoholi; b) 0,3 g vees lahustuvat eosiini lahustatakse loksutamise teel 5 ml destilleeritud vees ja lisatakse kuni 50 ml 45%-list etüülalkoholi. Mõlemad värvilahused valatakse kokku ja segatakse hästi, lisatakse 0,6 g fosforvolframhapet ja 2 tilka liitiumkarbonaadi küllastatud lahust. Seejärel filtreeritakse segu läbi filterpaberi. Saadud lahus on värvuselt tumesinine kuni violetne.

Kirjeldatud meetodil värvub epiteelirakkude tuumakromatiin punakasvioletseks kuni sinakasvioletseni. Basofiilsete epiteelirakkude tsütoplasma värvub siniseks ja atsidofiilsete rakkude tsütoplasma roosast kuni punaseni. Leukotsüütide tuumad on tumevioletsed ja tsütoplasma sinakas ning erütrotsüüdid helepunased. Siinjuures peame vajalikuks rõhutada, et valmispreparaatide kvaliteet oleneb äigepreparaadi võtmise viisist: preparaat peab olema õhuke ja rakud terved.

Värvimine kestab kokku 14—15 minutit, kusjuures samal ajal võib värvida mitu preparaati. Preparaatide kvaliteet ei ole halvem kui

E. Entschevi (9) originaalmeetodi puhul. Atsido- ja basofiilsete rakkude eraldamise seisukohalt on meie poolt kirjeldatud viis parem kui kodumaises kirjanduses avaldatud S. Dokumovi (3) värvimismeetod.

Meie värvimismeetod on kasutamist leidnud Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas. Et värvimine nõuab vähe aega ja reaktiivid on kättesaadavad, siis on seda võimalik kasutada igas rajoonihaiglas.

KIRJANDUS: 1. Андросов Я. С. Педіатрія, акушерство і гінекол. 1952, 2, 31. — 2. Арсеньева М. Г. Акушерство и гинекология, 1963, 2, 72—76. — 3. Докумов С. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 103—104. — 4. Жидовски Я. Н. Акушерство и гинекология, 1960, 2, 37—45. — 5. Кватер Е. И. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии. М., 1961. — 6. Петрова Е. Н. Новости медицины. Вып. 16. Вопросы акушерства и гинекологии. М., 1950, 11—15. — 7. Руководство по клиническим лабораторным исследованиям. М., 1960. — 8. Burger, P. Zbl. Gynäkol., 1964, 86, 17, 578—580. — 9. Entschev, E. M. Zbl. Gynäkol., 1963, 85, 28, 1008—1011. — 10. Osmond-Clarke, F. a oth. J. Obstetr. and Gynecol. Brit. Empire, 1964, 71, 2, 231—236. — 11. Papanicolaou, G. N. Atlas of exfoliative cytology. Harward, 1954. — 12. Pundel, J. P. Acquisitions recents en cytologie vaginale hormonale. Paris. 1957. — 13. Shorr, E. Proc. Soc. Exptl. Biol. and Med., 1940, 43, 501—506. — 14. Zinser, H. Zytodiagnostik in der Gynäkologie. Jena, 1957. — 15. Timonen, S., Meyer, B. Ann. chirurg. et gynaecol. fenniae. 1963, 52, 3, 338—350.

МЕТОД ПОЛИХРОМНОГО ОКРАШИВАНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА

В. Мейпалу и *Х. Вазар*

Резюме

Качество цитодиагностики в значительной степени зависит от того, каким образом окрашивают мазок.

Рекомендуемые для повседневной клинической работы методы окрашивания гематоксилин-эозином, фуксином, раствором карболметиленовой синьки не соответствуют уровню современной науки и не обеспечивают установление правильного диагноза.

При выработке метода окрашивания из доступных нам реактивов в основу опытов был взят метод Е. Энчева. В параллельных опытах дефицитные реактивы были заменены доступными. Для получения более качественных препаратов изменялась продолжительность окрашивания отдельными красящими растворами, а также состав растворов.

Приводятся данные о методике окрашивания и приготовления необходимых красящих растворов.

Окрашивание продолжается в течение 14—15 минут, причем одновременно можно окрашивать несколько препаратов.

Для выявления ацидо- и базофильных клеток описанный метод лучше, чем рекомендуемый метод окрашивания С. Докумова.

Описанный в настоящей работе метод окрашивания применяется в Тартуском городском клиническом родильном доме, но его можно использовать и в любой районной больнице.

VERESUHKRU MÄÄRAMISEST

V. SIBUL

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *H. Kanter*)

Tavaliselt mõistetakse veresuhkru all veres leiduvat glükoosi, kuid laiemas mõttes hõlmab see kõiki veres olevaid taandavate omadustega aineid (s. o. glükoos, kusihape, kreatiniin, C-vitamiin, glükoosamiin, glutatioon, ergotioniin jt.). Kui veresuhkru määramiseks kasutada suhkru taandavatel omadustel põhinevaid meetodeid, nagu Hagedorn-Jenseni, Folini, Crecelius-Seiferti jt. omad, ei saagi kindlaks teha ainult glükoosisisaldust veres, vaid redutseerivate ainete üldhulga (2, 4, 5). Seega nendel meetoditel määratud suhkruväärtused on nn. jääkreduktsiooni tõttu tegelikust glükoosisisaldusest kõrgemad [Hagedorn-Jenseni järgi 10—15 mg% (5)]. Ühel ja samal isikul aga on jääkreduktsioon enam-vähem konstantne ja ei sõltu insuliini ega glükoosi tarvitamisest. Veresuhkru hulga kõiku-

mised sõltuvad peamiselt glükoosi väärtuste muutumisest veres. Kui arvestada viimati öeldut, on Hagedorn-Jenseni jt. meetodid ikkagi suure kliinilise väärtusega nii praegu kui ka edaspidi.

Hagedorn-Jenseni meetod on üks tuntumaid veresuhkru (nn. näivsuhkru) määramise viise. Kuid see nõuab küllaltki palju tööd ja võib anda väga ebatäpseid tulemusi, kui kõiki nõudeid rangelt ei järgita.

Siinkohal tahaksin soovitada orienteerivat veresuhkru määramise viisi (1), mida saab kasutada igas haiglas. See põhineb Crecelius-Seiferti meetodil, mis on üks lihtsamaid ja kiiremaid, kuid pole samuti mitte eriti täpne. Kliinikute igapäevaseid vajadusi see siiski rahuldab. Nimetatud meetodil saadud tulemusi oleme täpsete standardlahustega korduvalt kontrollinud ja võime öelda, et vead on minimaalsed.

Meetodi põhimõte on järgmine. Veres sisalduvad taandavate omadustega ained redutseerivad leeliselises keskkonnas kuumutamisel pikriinhappe punakaspruuniks pikramiinhappeks. Tekkinud värvuse intensiivsus, mis on proportsionaalne veresuhkru kontsentratsiooniga, määratakse fotoelektrokolorimeetri või Sahli hemomeetri abil (sobivad ka muud kolorimeetrid, nagu Dubosque'i jt.).

Enne vere võtmist ei tohi haige süüa ja peab viibima täielikus rahuseisundis (5). Täiskasvanute puhul on tarvis, et söömisest vereanalüüsini mööduks vähemalt 8—12 tundi.

Kapillaarse (arteriaalse) vere suhkrusisaldus on venoosse vere omast 10—50 mg% võrra madalam. See on seletatav sellega, et enne vere jõudmist veenidesse kasutavad koed osa suhkrust. Kui patsient on söömata ja absoluutses rahuseisundis, siis on erinevus minimaalne — ligikaudu 4% (5). Käesoleval ajal kasutatakse analüüsiks peamiselt kapillaarset verd. Veresuhkru sisaldus oleneb ka dieedist. Süsivesikuterohke toidu korral on see väiksem kui valgu- ja rasvarikka toidu puhul. See on tingitud organismi harjumusest omastada süsivesikuid, kusjuures ka insuliini produktsioon on sel juhul intensiivsem (5).

Vere võtmine. 1,8 milliliitrisse destilleeritud vette võetakse sõrmest 0,2 ml verd. Et tekiks täielik hemolüüs, tuleb segu hoolikalt segada.

Reaktiivid. 1. 1,2%-line (küllastatud) pikriinhappelahus. Selle valmistamiseks kuumutatakse veevannis 1,2 g pikriinhapet, mis on eelnevalt lahustatud 90—95 ml destilleeritud vees. Pärast jahtumist lisatakse destilleeritud vett nii palju, et lahuse hulk oleks 100 ml. 2. 20%-line naatriumhüdroksiidilahus. Selleks lahustatakse 20 g naatriumhüdroksiidi 80 ml destilleeritud vees. 3. Glükoosi standardlahused, mis sisaldavad glükoosi 150 mg%, 300 mg%, 450 mg%. Termostaadis eelnevalt kuivatatud glükoosi kaalutakse 150 mg, 300 mg ja 450 mg, mis lahustatakse 100-milliliitristes mõõtekolbides ja lisatakse destilleeritud vett kuni mõõtekriipsuni. Nii saadakse kolm erineva kontsentratsiooniga standardlahust.

Analüüsi käik. Sõrmest võetud verele, mis on hemolüseerunud 1,8 ml destilleeritud vees, lisatakse 1 ml 1,2%-list pikriinhappelahust. Segu loksutatakse ja jäetakse siis mõneks minutiks seisma, et verevalgud täielikult sadestuksid. Lahus tsentrifuugitakse või filtreeritakse. Filtreerimisel kasutatakse keedetud filterpaberit. Seejärel võetakse 1 või 1,5 ml tsentrifugaati või filtraati, millele lisatakse vastavalt 0,1 või 0,15 ml 20%-list naatriumhüdroksiidilahust (on oluline, et tsentrifugaadis või filtraadis oleks leelist 1/10). Katseklaas pannakse kohe keema täpselt 5 minutiks (tsentrifugaat koos leelisega ei tohi enne keema panekut seista!). Analoogiliselt toimitakse standardlahustega, kusjuures katseklaasidesse võetakse 0,2 ml vere asemel 0,2 ml igast standardlahusest. Üheaegselt uuritava segu keetmisega keedetakse 5 minutit ka standardlahuseid. Pärast keetmist jahutatakse katseklaasid külmas vees.

Kolorimeetria. Esiteks määratakse visuaalselt, missuguse stan-

dardlahuse värvus sarnaneb uuritava lahuse värvusega kõige rohkem. Selle standardlahusega võrreldaksegi uuritavat lahust kolorimeetriliselt, fotoelektrokolorimeetri või Sahli hemomeetri abil.

1. Uuritava lahuse kontsentratsiooni määramine fotoelektrokolorimeetri abil. Fotoelektrokolorimeetril määratakse nii standard- kui ka uuritava lahuse ekstinktsioon (võib kasutada rohelist filtrit). Kui standardlahuse kontsentratsioon on teada, saab välja arvutada ka uuritava lahuse kontsentratsiooni.

Näide. 300 mg%-lise standardlahuse ekstinktsioon on 0,20, uuritava lahuse ekstinktsioon 0,24, siis

300 mg% vastab ekstinktsioon 0,20
x mg% „ „ 0,24

$$x = \frac{0{,}24 \cdot 300}{0{,}20} = 360 \text{ mg\%}.$$

2. Uuritava lahuse kontsentratsiooni määramine Sahli hemomeetril. Võetakse kaks ühesuguse läbimõõdu ja graduatsiooniga Sahli hemomeetri toru. Ühte torusse pannakse uuritav lahus, teise standardlahus, kusjuures märgitakse ära viimase algnivoo. Seejärel lahjendatakse standardlahust destilleeritud veega, kuni see omandab uuritava lahuse värvuse (valitakse selline standardlahus, mille värvus on uuritavast natuke tumedam). Pärast seda märgitakse standardlahuse lõppnivoo. Et standardlahuse kontsentratsioon on teada, võime arvutada ka uuritava lahuse kontsentratsiooni.

Näide. Kui 150 mg%-lise standardlahuse algnivoo on 30, lõppnivoo 50, siis uuritava lahuse kontsentratsioon

$$c = \frac{c_{st} \cdot H_{alg}}{H_{lõpp}} = \frac{150 \cdot 30}{50} = 90 \text{ mg\%}.$$

Uuritava lahuse kontsentratsiooni määramiseks fotoelektrokolorimeetril võib kasutada ka erinevate kontsentratsioonidega glükoosilahuste abil moodustatud standardkõverat ehk -graafikut. Niisuguse graafiku miinuseks on see, et uue pikriinhappe kasutusele võtmisel, fotoelektrokolorimeetri lambi vahetamisel jne. pole graafik enam kehtiv. Suuremate kontsentratsioonide puhul ei tohi võtta väiksemat küvetti, vaid tuleb uuritavat lahust lahjendada, mis vea võimalust tunduvalt suurendab. Meetodi puhul, mil iga kord enne analüüsi valmistatakse standardlahus, võib tumedamate lahuste korral kasutada väiksemaid ja heledamate puhul suuremaid küvette, samuti saab pikriinhappest tingitud värvust iga kord arvesse võtta jne. (värvus oleneb suuresti pikriinhappe puhtuse astmest.) Pikriinhapet võib ka ise sünteesida (3). Sünteesimine pole keerukas, seda tuleb tingimata teha tõmbekapis, sest reaktsiooni käigus eraldub intensiivselt mürgist lämmastikdioksiidi.

KIRJANDUS: 1. Горфинкель М. А. Лабор. дело, 1962, 8, 50—51. — 2. Збарский и др. Практикум по биологической химии. М., 1962. — 3. Криницкий А. Ф. Врачебн. дело, 1958, 9, 973—974. — 4. Петрунькина А. М. Практическая биохимия. Л., 1961. — 5. Тодоров Й. Клинические лабораторные исследования в педиатрии. София, 1961.

ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ САХАРА КРОВИ

В. Сибуль

Резюме

Метод Хагедорн-Енсени является одним из наиболее точных методов определения сахара крови. Но в то же время он довольно трудоемок, причем результаты могут быть неточными, если строго не соблюдать все требования.

В связи с этим мы рекомендуем способ ориентировочного определения сахара крови, который можно применять в любой больнице. Он основан на методе Крецелиус-Зейферта — одном из наиболее простых и быстрых. Хотя он также не особенно точен, все же вполне удовлетворяет повседневные потребности больниц. Этот метод мы повторно проверяли в своей лаборатории с аналитически точными стандартными растворами и при этом убедились, что ошибки минимальны.

Принцип метода заключается в том, что содержащиеся в крови вещества, обладающие редукционными свойствами, в щелочной среде при подогревании редуцируют (восстанавливают) пикриновую кислоту в красновато-коричневую пикраминовую кислоту. Интенсивность возникшего цвета, которая пропорциональна концентрации сахара крови, определяется с помощью фотоэлектроколориметра или гемометра Сали (для этого пригодны и другие колориметры).

KAKS KOPSUKONDROOMIJUHTU

A. TALIHÄRM

(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst Eesti NSV teeneline arst *E. Kama*)

Kopsu ümarkollete etioloogia on väga erinev ning selle kindlaksmääramisel tuleb kliinilises praktikas ette raskusi. Diferentsiaaldiagnoosimisel on tarvis eristada kuni 72 nosoloogilist ühikut (3, 4).

Kopsu ümarkolded osutuvad sageli perifeerias paiknevateks kopsuvähkideks, mõnevõrra harvem tuberkuloomideks või healoomulisteks kasvajateks (1, 2). Viimastest sagedasem on kopsukondroom ehk -hamartoom. See esineb peaaegu alati üksikuna, kusjuures diameeter tavaliselt ei ulatu üle 5 cm. Kui kopsukondroom kasvab bronhi valendikku, võib ta esile kutsuda bronhi ahenemise ja bronhoektaasia. Kopsukondroomi kliiniline pilt on enamasti sümptoomideta. Kondroomi leitakse nii kopsuvärati piirkonnas kui ka subpleuraalselt. Röntgenoloogiliselt on see homogeenne ja selgete polütsükliliste kontuuridega, kusjuures perifeerses osas täheldatakse sageli lubjastumisi.

Kliinilise pildi poolest ja röntgenoloogilistel andmetel on ta tuberkuloomist kõige raskemini diferentseeritav.

Esitame kaks kopsukondroomijuhtu, mis diagnoositi operatsiooni ajal.

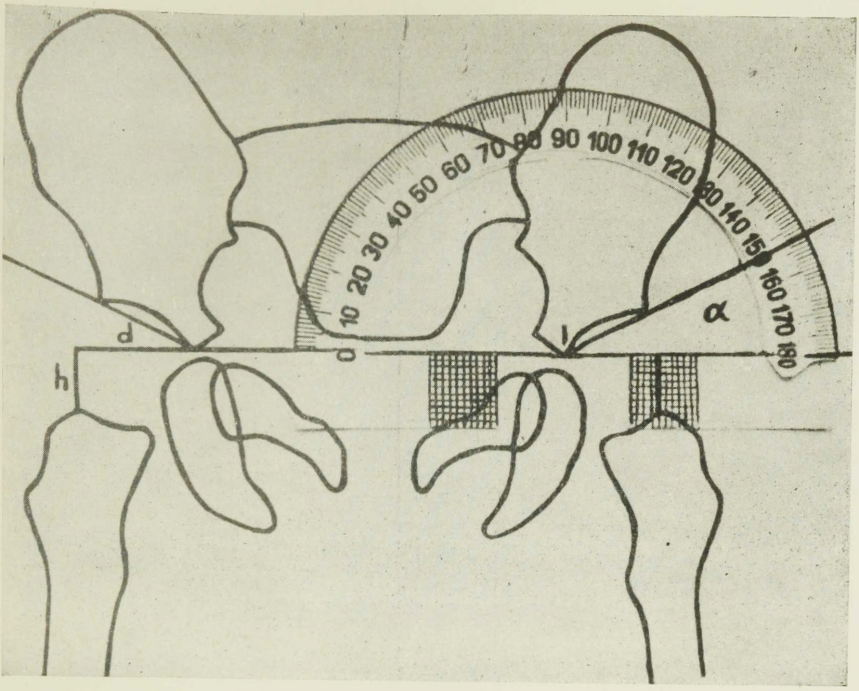
Juht 1. (vt. tahvel XXII, röntgenogramm 1). Meespatsient E. O., 31 aastat vana, elukutselt autojuht (haiguslugu nr. 357/1963. a.). Profülaktilisel röntgenoloogilisel läbivalgustusel märgati paremas kopsus ümarvarju. 30. VII 1959. a. oli arvele võetud kopsutuberkuloomi tõttu. Ambulatooriumis oli raviks määratud ftivasiidi ja 4-amino-2-hüdroksübenseenkarboksüülhappe naatriumi. Gradueeritud Pirquet' reaktsioon positiivne.

1. X 1963. alates viibis ravil Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kopsukirurgiaosakonnas. Diagnoos: *tuberculoma pulmonis dextra.* Vereanalüüs 2. X 1963. a.: hgb. 88 üh. l. tunnis, leukots. 9300 (valem normis), SR 3 mm tunnis. Uriini, Zimnitski, Quicki proovid normis. Thorni test positiivne, rögas tuberkuloositekitajaid. EKG normis. Spiromeetria 5400, Štange-Sobrazes 54″—37″. 14. X 1963. a. operatsioon — *resectio* S_1-2 *pulm. dex.* Operatsioonipreparaat: teise segmendi ülemise sagara hilaarses osas 2,5×2,5×3 cm suurune, ümbritsevatest kudedest hästi eralduv, tihke, osaliselt luustunud valkjasbeežika värvusega kasvajataoline moodustis. Ümbritsevas kopsukoes koldelisi muutusi ei leitud.

Patohistoloogiline diagnoos: *chondroma lobi superioris pulmonis dextra.* 26. XI 1963. a. lahkus patsient haiglast rahuldavas seisundis.

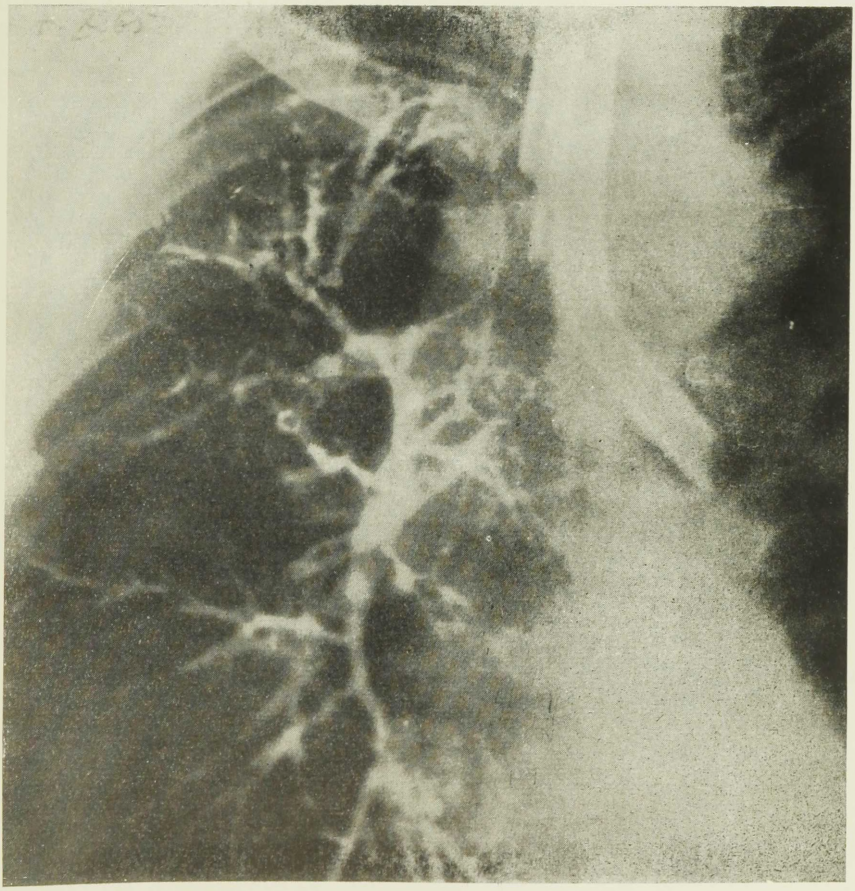
Juht 2. (vt. tahvel XXII, röntgenogramm 2). Naispatsient E. L., 27 aastat vana, oli 1954. a. tuberkuloosidispanseris arvele võetud vasakpoolse koldelise kopsutuberkuloosi tõttu. Teda oli ravitud ambulatoorselt, seejärel viibinud Taagepera sanatooriumis, kus paranes. 1956. a. oli leitud tuberkuloomitaoline moodustis paremas kopsus. Ta oli korduvalt viibinud sanatooriumis ja teda oli ambulatoorselt ravitud, kuid tulemusteta.

A. Kööp



Joonis

M. Kivilo, V. Rätsep ja A. Vaino

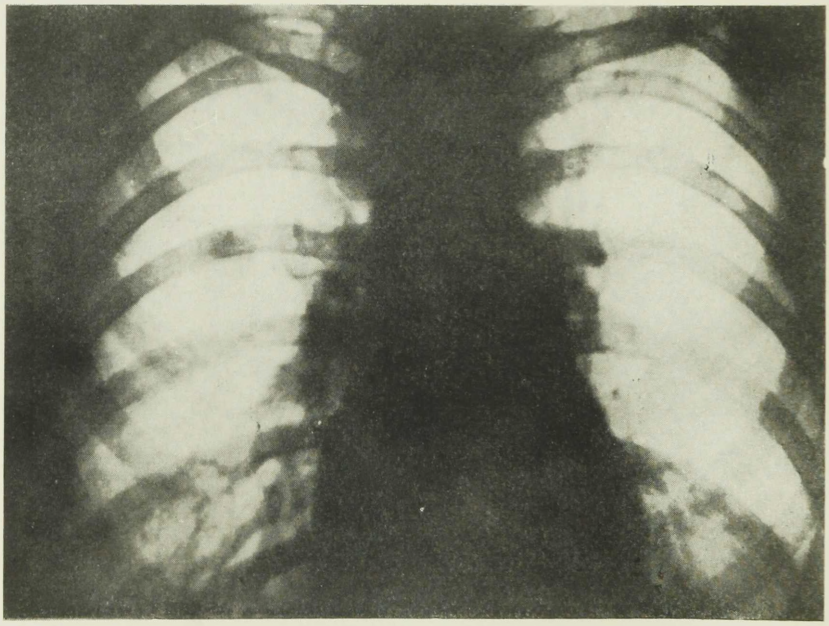


Kahevalendikulise intubatsioonitoru kaudu kontrasteeritud bronhogramm

A. Talihärm



Röntgenogramm 1



Röntgenogramm 2

2. I 1964. a. suunati Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kopsukirurgia-osakonda. Saatediagnoos: *tuberculoma pulmonis dextra* (haiguslugu nr. 409/1964). Vereanalüüs: hgb. 73 üh, leukots. 5400 (valem normis), SR 12 mm tunnis. Uriin normis, Thorni test positiivne, rögas tuberkuloositekitajaid, spiromeetria 2900, Stange-Sobrazes 29″—23″.

15. I 1964. a. operatsioon — *resectio S_6 pulmonis dextra*. Operatsioonipreparaat: kopsukoe külge sidekoelise väädikesega liitunud 2×2×2,5 cm suurune ümmargune krobelise pinna ja tihke konsistentsiga kasvajataoline moodustis. Ümbritsevas kopsukoes koldelisi muutusi ei täheldatud.

Patohistoloogiline diagnoos: *Myxochondroma pulmonis dextra*. 4. II 1964. a. kirjutati haige koju rahuldavas seisundis.

Esitatud juhud näitavad ilmekalt tuberkuloomi ja kondroomi diferentseerimisel tekkivaid raskusi. Lubjastumised ümarkoldes (juht 1) ja varem põetud tuberkuloos (juht 2) on tavaliselt aluseks tuberkuloomi diagnoosimisel. Kirurgiline ravi on näidustatud nii tuberkuloomi kui ka kondroomi korral.

KIRJANDUS: 1. Волин Е. М. Периферический рак и шаровидные образования в легких. М., 1964. — 2. Крымова К. Б. и Волин Е. М. Тезисы докладов 2-й научной сессии Института грудной хирургии 23—25 II 1959 г. М., 1959, 36—37. — 3. Ravelli, A. Radiol. clin., 1951, 20, 3, 173—182. — 4. Weicksel, P., Braun, H. Z. Tuberk., 1956, 107, 4—5, 227—235.

ДВА СЛУЧАЯ ХОНДРОМЫ ЛЕГКОГО

А. Талихярм

Резюме

Этиология круглых легочных очагов очень разнообразна, и в клинической практике при ее определении возникают затруднения. Часто круглые легочные очаги оказываются расположенным на периферии раком легкого, реже туберкуломой или доброкачественной опухолью. Из последних более часто является хондрома легкого, или гамартома, которая почти всегда встречается в виде солитарного узла (диаметр обычно не превышает 5 см). Клиническая картина хондромы легкого обычно бессимптомна.

Описывается 2 случая хондромы легкого, которые были диагностированы во время операции в отделении легочной хирургии Таллинского республиканского противотуберкулезного диспансера.

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

VARAJASTEST RASEDUSTOKSIKOOSIDEST

I. VEERMA

Rasedustoksikoosideks nimetatakse haigusi, mis võivad esineda ainult rasedatel ning tüsistavad raseduse ja sünnituse kulgu. Pärast sünnitust või raseduse katkestamist toksikoosinähud kaovad. Nende etiopatogeneesis on palju ebaselget. Nõukogude akušöörid pooldavad neurogeenset teooriat, mille järgi rasedustoksikoosid on neuroosiga sarnanevad kortikovistseraalse päritoluga haigused. Nende patogeneesis etendavad olulist osa kesknärvisüsteemi funktsionaalsed häired. Raseduse ajal ilmnevad patoloogilised reaktsioonid olenevad närvisüsteemi tüübi iseärasustest, hormonaalsetest häiretest, närvisüsteemi seisundist jm.

Varajaste ja hiliste rasedustoksikooside vaheliseks piiriks peetakse 20. rasedusnädalat. Varajaste toksikooside puhul tekivad oksendamine (*emesis, hyperemesis gravidarum*), dermatoosid, psüühilised häired ja korea.

Enamik rasedaist kaebab iiveldustunnet ja kerget oksendamist, kuid üksikjuhtudel võib välja areneda nn. lakkamatu oksendamine. Sel juhul

peab haige hospitaliseeritama. Haiguse kliinilises kulus eristatakse kolm faasi:

I faas (kerge vorm) on neuroos, mille puhul prevaleerivad ajukoore tegevuse dünaamika häired: koore aktiivsus on langenud ja koorealuste keskuste erutatavus tõusnud.

II faasis (keskmise raskusega vorm) lisanduvad toitumuse, süsivesikute ja rasva-ainevahetuse häired. Kehakaal langeb. Uriinis leidub atsetooni.

III faasi (raske vorm) iseloomustavad mineraalide ja valgu-ainevahetuse häired ning vitamiinivaegus. Elundites tekivad taandarenematud morfoloogilised muutused.

Tähtsamad sümptoomid on süljevoolus, iiveldustunne ja oksendamine. Kergematel juhtudel oksendab haige peamiselt hommikuti pärast söömist. Raskematel juhtudel on oksendamine peaaegu lakkamatu. Samal ajal esinevad valud mao piirkonnas, alakõhus ja ristluu piirkonnas. Enesetunne muutub paremaks, kui haige lamab selili. Kui ta küljeli pöörab või üles tõuseb, siis hakkab taas oksendama. Peatselt ilmuvad maitsmis- ja haistmishäired, samuti isutus, kusjuures mõned lõhnad või toidud võivad oksendamist eriti soodustada. Maomahla happesus on langenud (pärast proovieinet), vaba soolhape enamasti puudub. Ilmnevad kõhukinnisus ja rõhitised, mõnikord tekib suu limaskesta põletik.

Kergemaid toksikoosijuhte iseloomustab emotsionaalne püsimatus, kuid hiljem areneb välja depressioon, tähelepanuvõime langeb ja haige muutub apaatseks. Vasomotoorsetest häiretest on täheldatud hüpotooniat, süstoolse rõhu langust ja diastoolse tõusu (pulsirõhk väheneb). Mida raskemaks haigus muutub, seda rohkem tõuseb diastoolne rõhk. See reegel kehtib hiliste rasedustoksikooside kohta. Vasomotoorne labiilsus avaldub punases tugevnenud dermografismis, peapööritustes, higistamises jms. Kui haigus edasi areneb, muutub nahk kuivaks ja selle turgor langeb. Uriinis leitakse atsetooni, urobiliini, erütrotsüüte ja kusesilindreid. Kehakaal langeb. Erandjuhtudel võib haigus lõppeda kooma ja isegi surmaga.

Ravi tuleb alustada varakult. Väga tähtis on rasedaga hea kontakt saavutada, et võita tema usaldus ning teada saada, kas ta soovib rasedust säilitada. Igasugune ravi võib jääda tagajärjetuks, kui naine ei taha last saada. Meie ülesanne on äratada naises positiivseid emotsioone ja veenda teda kiires paranemises. Soodsalt mõjub miljöö muutmine (hospitaliseerimine ja töölt vabastamine), kui see tagab ajutiseltki füüsilise ja psüühilise rahu.

Raviainetest kasutatakse eeskätt rahusteid. Soovitatakse broomi ja kofeiini. Broom kontsentreerib pidurdusprotsesse ajukoores ja tasakaalustab erutusprotsesse. Tema toimel langeb koorealuste keskuste erutatavus. Kofeiin aga tõstab ajukoore toonust. Rasedale süstitakse 10 ml naatriumbromiidi 10%-list lahust veeni ja 1 ml kofeiini 10%-list lahust naha alla 1—2 korda päevas. Peatsele raviefektile vaatamata tuleb ravi jätkata veel 10—15 päeva jooksul, et saavutada küllaldane broomi kontsentratsioon veres.

Edukalt kasutatakse aminasiini 2,5%-list lahust (1 ml 2—3 korda päevas naha alla). Aminasiinil on tugev antiemeetiline ja sedatiivne toime. Pärast ravimi süstimist peab haige paar tundi lamama, sest selle toimel võib vererõhk tunduvalt langeda. Hästi mõjub ka spleniin (1 ml 4 korda päevas 8—10 päeva jooksul), mis normaliseerib lämmastiku-ainevahetust ja tugevdab maksa antitoksilist funktsiooni.

Raskematel juhtudel tuleb õigel ajal võidelda nälguse, vedeliku ja soolade kao ning vitamiinide vaeguse vastu. Vitamiine manustatakse suurtes annustes: askorbiinhapet 250—1000 mg, tiamiini 50 mg ja püridoksiini 5—10 mg päevas. Sõltuvalt elektrolüütide sisaldusest veres tehakse tilkinfusioone 5%-lise glükoosi- või soolalahustega. Dieet peab olema indi-

viduaalne. Süüakse tihti, kuid iga kord vähe. Ravi vältel on vaja kontrollida haige kaaluiivet, vererõhku ja atsetooni leidumist uriinis.

Oksendamine mõjub negatiivselt raseda generatiivsele funktsioonile ja võib sageli olla abordi põhjuseks. Mainitud haigus on peaaegu alati reflektoorset laadi, mistõttu ka järgmised rasedused kulgevad samuti oksendamisega. Rasedustoksikooside profülaktikas on oluline koht rasedate varajasel arvelevõtmisel, et kergemaid toksikoosivorme õigeaegselt avastada. Praegu on iga rasedustoksikoosi põdevat haiget alati võimalik terveks ravida.

О РАННИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

И. Веэрма

Резюме

Токсикозами беременности называют болезни, которые могут быть только у беременных и которые осложняют течение беременности и родов. Границей между ранними и поздними токсикозами считают 20-ю неделю беременности. После родов или прерывания беременности явления токсикоза исчезают.

В патогенезе токсикозов беременности важная роль принадлежит функциональным нарушениям центральной нервной системы. Проявляющиеся во время беременности патологические реакции зависят от особенностей типа нервной системы, гормональных расстройств, состояния нервной системы и др.

Ранние токсикозы беременности проявляются в виде рвот, дерматозов, хореи и некоторых психических нарушениях. В единичных случаях может развиться так называемая неукротимая рвота, при которой больную нужно обязательно госпитализировать. Более легкие случаи токсикоза характеризуются эмоциональной неустойчивостью, позже может развиться снижение внимания, апатия и депрессия. Вазомоторная лабильность выражается в повышенном красном дермографизме, головокружениях, потливости и гипотонии, при которой диастолическое давление повышается.

Лечение следует начинать рано. Важно пробудить в женщине положительные эмоции и убедить ее в быстром выздоровлении. Из лекарств советуют применять бром, кофеин, аминазин, спленин и др. В более тяжелых случаях необходимо своевременно начать борьбу с голоданием, потерей жидкости и солей и витаминной недостаточностью.

В профилактике токсикозов беременности важное место принадлежит раннему взятию на учет беременных, чтобы уже в ранней стадии выявлять более легкие формы токсикозов.

HILISTEST RASEDUSTOKSIKOOSIDEST

U. LEISNER

Hilised rasedustoksikoosid on kindla sümptomatoloogiaga haigestumised, mis tekivad raseduse teisel poolel.

Hilised rasedustoksikoosid liigitatakse nendele iseloomuliku sümptoomide triaadi (*hydrops*, *hypertonia* ja *albuminuria*) alusel järgmisteks kliinilisteks vormideks: *hydrops gravidarum*, *hypertonia gravidarum*, *nephropathia gravidarum*, *praeeclampsia* ja *eclampsia*. Hilistoksikoose jaotatakse veel esmasteks ja teisesteks. Esmased tekivad ainult seoses antud rasedusega ja mööduvad pärast sünnitust kiiresti. Teisesed toksikoosid arenevad mõne olemasoleva või varem põetud haiguse (hüpertoonia, nefriit jt.) taustal, kujunevad tavaliselt raseduse varasemates staadiumides ja taandarenevad pärast sünnitust aeglaselt (põhihaiguse kulg tihti halveneb).

Sageli esinev hilistoksikoos on rasedusturse ehk *hydrops gravidarum* (15—20% toksikooside üldarvust). Seda iseloomustab turse tekkimine, mis tavaliselt algab alajäsemetelt, seejärel levib alakõhule ja edasi üle kogu

keha (*anasarca*). Kudede pastoossust ja jalgade vähest tursumist õhtuti ei hinnata kui rasedusturset, eriti kui kaaluiive on normaalne. Kuigi tursete diagnoosimine on lihtne, unustatakse tihti elementaarsed võtted, nagu säärte palpeerimine ja raseda kaalumine iga kord külastuse ajal. Kaalumuutuste hindamisel tuleb lähtuda raseda algkaalust, kaalu dünaamikast ja kaaluiibe suhtest teiste toksikoosisümptoomidega. Normaalse raseduse jooksul võtab naine kaalus juurde 10—11 kg. Kaalu suurenemine üle 50 grammi päevas (350 grammi nädalas) pärast 30. rasedusnädalat viitab juba veepeetusele ka siis, kui nähtavad tursed puuduvad. 20—25% rasedusturse juhtudest areneb edasi rasedusnefropaatiaks. Rasedushüpertoonia ehk *hypertonia gravidarum* tekib monosümptomaatilise toksikoosina (5—7% toksikooside üldarvust) suhteliselt harva. Iseloomulikuks sümptoomiks on vererõhu kõrgenemine, kusjuures albuminuuria ja tursed puuduvad. Rasedushüpertooniat tuleb diferentsida teistest hüpertoonilise sündroomiga kulgevatest haigustest, eelkõige hüpertooniatõvest. Selleks on kõiki rasedaid vaja varakult kontrollida ja vererõhu muutumist dünaamiliselt jälgida. Vererõhu kõrgenemine raseduse esimesel poolel viitab hüpertooniatõvele.

Kui vererõhk enne rasedust oli normaalne, siis peetakse patoloogiliseks vererõhuväärtusi 130/90—135/90 mm Hg. Nii süstoolse kui ka diastoolse rõhu kõrgenemine 10—15 mm Hg võrra on normotoonikuil haiguslik, eriti siis, kui see tõus on püsivat laadi. Suurt tähtsust pööratakse pulsirõhule, s. o. süstoolse ja diastoolse rõhu vahele. Normaalselt on see 40—50 mm Hg. Madalamaid pulsirõhu väärtusi peetakse patoloogiliseks, olenemata süstoolse ja diastoolse rõhu absoluutsetest väärtustest. Vererõhku peab mõõtma mõlemal käel. Vererõhu erinevus paremal ja vasakul käel ei ületa normaalsel rasedal 5—10 mm Hg. Toksikooside korral võib selline asümmeetria olla küllaltki suur, üksikjuhtudel kuni 50 mm Hg.

Erilist tähelepanu vajavad hüpotooniat põdevad isikud. Vererõhu kõrgenemist $^1/_3$ võrra tuleb nende puhul hinnata kui hüpertoonilist sündroomi.

Rasedusnefropaatia ehk *nephropathia gravidarum*'i korral ilmneb sümptoomide triaad: hüdrops, hüpertoonia ja albuminuuria. Raskusi võib tekitada varajane diagnoosimine, sest kõik sümptoomid ei ole alati võrdselt välja arenenud; üks neist sageli puudub.

Et patoloogilist albuminuuriat õigeaegselt selgitada, tuleb peale vererõhu ja kaaluiibe dünaamilise jälgimise uurida uriini valgusisaldust iga kord, kui rase külastab nõuandlat. Nõrku valgujälgi täheldatakse ka normaalse raseduse puhul. Patoloogiliseks peetakse tugevate jälgede leidu. Raske nefropaatia korral võib uriini valgusisaldus suureneda kuni 20% ja üle selle. Uriini settes leitakse silindreid, neeruepiteeli jms. Albuminuuriat võib diagnoosida ainult kateetriga võetud uriini uurimise alusel, sest valgurikast tupesekreeti sisaldava uriini analüüsimisel ei saa tõepäraseid andmeid.

Sagedamini nefropaatia, harvem monosümptomaatiliste toksikooside korral ilmneb *praeeclampsia* ehk eklampsism. Preeklampsia nähud (peavalu, nägemishäired, vahetevahel valud roietekaare all, iiveldustunne, oksendamine ja erutatus) on tingitud ajuvereringe häiretest ja koljusisese rõhu tõusust. Preeklampsiat nimetatakse ka eklampsia prodromaalperioodiks. See võib kesta mõnest sekundist mõne tunnini ja isegi kauem.

Eclampsia on rasedustoksikoosi lõppetapiks. Iseloomulik on tooniliskloonilistele krampide ootamatu ilmumine. Eklampsia ei teki kunagi ilma eelnenud toksikoosi sümptoomideta.

Kirjeldatakse eklampsiajuhte rasedusturse või rasedushüpertoonia korral. Sel juhul on tegemist nn. monosümptomaatilise eklampsiaga.

Eklampsia võib tekkida raseduse ja sünnituse ajal, aga ka pärast sünnitust. Krambihoole järgneb komatoosne seisund, mille järel haige teadvus taastub aeglaselt. Mida kestvam on kooma, seda halvem on prognoos. Vererõhu järsk langus pärast krambihoogu ja pidev kõrge kehatemperatuur viitavad ajuverevalumile. Krambihood võivad korduda. Enamasti täheldatakse 1—2 krambihoogu, üksikjuhtudel mitukümmend. Mõnikord kulgeb eklampsia krampideta (*eclampsia sine eclampsia*), siis kaasneb sellega tavaliselt ajuverevalum ja prognoos on eriti halb. Eklampsia esinemine kõneleb rasedate halvast teenindamisest nõuandla või arstijaoskonna piirkonnas.

Hiliste rasedustoksikooside eduka ravi eelduseks on nende varajane diagnoosimine ja ravi kiire alustamine. See sõltub naistenõuandlate, maaarstijaoskondade, velskri-ämmaemandapunktide töö õigest korraldamisest. Tähtis on rasedad varakult hõlmata, et kõiki raseduspuhuseid muutusi dünaamiliselt jälgida. Enne 30. rasedusnädalat on tarvis, et rase külastaks nõuandlat üks kord kuus, hiljem kaks korda kuus ja raseduse viimase kuu jooksul üks kord nädalas. Iga külastuse ajal peab rasedat kaaluma, mõõtma vererõhku mõlemal käel ja uurima uriini valgu suhtes. Kõiki rasedaid, kellel on diagnoositud hilistoksikoos, tuleb ravida statsionaaris.

Hiliste rasedustoksikooside ravis on kesksel kohal dieet. Toit peab olema soolavaene, sest suur soolasisaldus halvendab märgatavalt toksikoosi kulgu. Piirata soovitatakse ka naatriumi sisaldavaid ravimeid. Toit peab olema valgurikas, sest rasedatel esineb kalduvus hüpoproteineemiaks, peale selle rahuldab ema organism ka areneva loote vajadusi. Valku antakse 2 g kehakaalu 1 kg kohta päevas. Juhul, kui uriiniga kaotatakse rohkem valku, tuleb valgu osatähtsust toidus veelgi suurendada. Vajaduse korral on ette nähtud koormusvabad päevad, mille jooksul haigele antakse ainult kuni 1 kg kohupiima koos suhkruga (150—200 g).

Põhiliseks ravimiks hiliste rasedustoksikooside teraapias on magneesiumsulfaat, mida kasutatakse Brovkini ravikuuri näol: 25%-list lahust süstitakse 20 ml korraga 4 korda ööpäevas 4-tunniliste vaheaegade järel (kokku mitte üle 24 g magneesiumsulfaati ööpäevas). Raskemate toksikoosivormide korral soovitatakse kuur täielikult lõpule viia. Kui kuuri on vaja korrata, peab vaheaeg olema vähemalt 12 tundi.

Kergemate rasedustoksikooside korral soovitatakse magneesiumravi individualiseerida, kusjuures manustatakse näiteks 10—20 ml 2 korda päevas. Väga harva tuleb ette inimesi, kes magneesiumi ei talu: pärast süstimist tekivad tugev kuumustunne, üldine halb enesetunne, rahutus ja peavalu. Neil juhtudel tuleb ravi katkestada. Antidoodina kasutatakse kaltsiumkloraadi 10%-list lahust, mida süstitakse veeni.

Sageli manustatakse magneesiumteraapia ajal uuemaid, hüpotensiivseid ja sedatiivseid aineid (aminasiin, reserpiin, apressiin, redergaam). Aminasiini ordineeritakse dražeedes või süstimislahusena lihasesse 1 ml 2,5%-list lahust (25 mg) 1—3 korda päevas (süstimiste vaheajad olgu vähemalt 4—8 tundi). Ööpäevane annus ei tohi ületada 200 mg. Kiire efekti saamiseks võib rasketel haigusjuhtudel aminasiini süstida ka veeni (1—2 ml 2,5%-list lahust koos 40 ml 40%-lise glükoosilahusega). Hiliste rasedustoksikooside puhul võib aminasiinravi teha ainult statsionaaris. Pärast aminasiini manustamist peavad haiged 2—3 tundi lamama, et vältida võimalikku ortostaatilist kollapsit. Sünnituse ajal ei soovitata aminasiinravi kombineerida magneesiumteraapiaga, see tekitaks verejooksuohtu platsentaarperioodil.

Reserpiini määratakse tavaliselt 0,1—0,25 mg 3 korda päevas. Vajaduse korral võib ööpäevast annust suurendada kuni 1,0—1,5 mg. Head hüpotensiivset efekti saadakse reserpiini kombineerimisel aminasiiniga.

Tursete ilmnemisel kasutatakse diureetikumidena peamiselt diuretiini ja hüpotiasiidi. Diuretiini manustatakse 7 päeva vältavate kuuridena 3 korda päevas (0,5 g). Ravi võib alustada ka tõukeannustega, s. o. 1,0 g

3 korda päevas. Hüpotiasiidi ühekordseks annuseks on 25—50 mg. Ööpäevane annus ei tohi ületada 100 mg. Tehakse 3—5-päevaseid ravikuure, mille vaheajad on 3—5 päeva. Hüpotensiivsete preparaatidega koos manustamisel vähendab hüpotiasiid proteinuuriat.

Eklampsia ravimisel kehtib Strogonovi profülaktikaprintsiip. Haigele tuleb võimaldada maksimaalne rahu, mistõttu eemaldatakse kõik võimalikud välisärritid. Kõik manipulatsioonid (kateteriseerimine, süsted ja vaginaalne järelevaatus) teostatakse kerges eeternarkoosis. Krampide tekkimisel võetakse appi jällegi eeternarkoos. Muide, narkoosi otstarbekohasus vahetult krambihoo ajal on vaieldav, sest sel perioodil kannatab raseda organism hapnikuvaeguse all. Krambi ajal soovitatakse narkoos katkestada, mida jätkatakse pärast krambi lõppemist.

Eklampsia ilmnemisel alustatakse või jätkatakse magneesiumteraapiat. Süstitakse ka 25—50 mg aminasiini koos glükoosiga veeni. Seejärel võib süstida lihasesse (olenevalt haige üldseisundist ja vererõhu väärtustest). Kasutatakse suurtes annustes glükoosi (hüperglükeemia!) ja vitamiine. Määratakse ka muid hüpotensiivseid vahendeid, kuid krampide ja kooma ajal ainult süstimislahustena.

Kui olemasolevaid teraapiavahendeid oskuslikult kasutada, saab enamiku eklampsiajuhtudest konservatiivselt ravida. Keisrilõiget tehakse ainult erandjuhtudel ja kindlate näidustuste korral: krampide jätkumine vaatamata ravile, kestev komatoosne seisund, anuuria ja reetina irdumine.

Raskete eklampsiavormide ravi, hooldamise ja transportimise lahendab akušöör koos anestesioloogiga. Haigeid kestva koomaga, mille põhjuseks on enamasti ajuverevalum, ravitakse Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla respiratsioonitsentrumis. Avardunud on ka eklampsia puhul esineva anuuria ravimise võimalused seoses kunstliku neeru kasutusele võtmisega Tartu Linna Kliinilises Haiglas.

О ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННОСТИ

У. Лейснер

Резюме

Поздние токсикозы беременности на основе свойственных им симптомов делят на следующие клинические формы: водянка беременных, гипертония беременных, нефропатия беременных, преэклампсия и эклампсия. Поздние токсикозы подразделяют еще на первичные и вторичные. Первичные возникают только в связи с данной беременностью и быстро проходят после родов.

Вторичные токсикозы развиваются на фоне какой-то существующей или ранее перенесенной болезни, проявляются обычно на ранних стадиях беременности и после родов медленно уменьшаются, причем течение основного заболевания часто может ухудшаться.

Водянка беременных характеризуется появлением на нижних конечностях отеков, которые распространяются на низ живота и дальше по всему телу. Увеличение веса тела больной более чем на 50 граммов в день (350 граммов в неделю) уже указывает на задержку воды, даже если отсутствуют видимые отеки.

Гипертонию беременных следует дифференцировать от других заболеваний, протекающих с гипертоническим синдромом, в первую очередь от гипертонической болезни. Повышение кровяного давления в первой половине беременности свидетельствует о гипертонической болезни.

При нефропатии беременных имеется триада симптомов: водянка, гипертония и альбуминурия. Часто, однако, один из симптомов отсутствует. Чаще проявляющаяся при нефропатии преэклампсия вызвана нарушениями кровообращения в мозгу и повышением внутричерепного давления. Преэклампсию называют также продромальным периодом эклампсии. Для эклампсии характерно неожиданное появление тонико-клонических судорог.

Предпосылкой для успешного лечения поздних токсикозов беременности является ранняя их диагностика и быстрое начало лечения. Центральное место в лечении занимает диета. Пища должна быть бессолевой и богатой белками. Основным препаратом в лечении поздних токсикозов беременности является сульфат магнезии (в виде кур-

сов). Часто его применяют в комбинации с гипотензивными и седативными средствами (аминазин, резерпин, апрессин, редергам). При появлении отеков применяют диуретин и гипотиазид. При лечении эклампсии действителен профилактический принцип Строгонова. Больной следует обеспечить максимальный покой, причем все манипуляции проводят под легким эфирным наркозом. Во время судорог рекомендуется прекращать наркоз.

Умелое использование имеющихся лечебных средств дает возможность консервативного лечения большинства случаев эклампсии.

VEEL KORD UURIMISMATERJALIDE VÕTMISEST LABORATOORSEKS UURIMISEKS BAKTERHAIGUSTE KORRAL

H. LÕIV

Eelmises artiklis (Nõukogude Eesti Tervishoid, 1966, 4, 287—290) käsitleti peamiselt mäda ja eksudaatide kogumist, mida tehakse harvem ning mille tõttu võib-olla juhtub ka rohkem vigu. Järgmised kirjeldatavad materjalid on uurimissageduse poolest esikohal ja seepärast peatutakse vaid olulistel momentidel. Puudutatakse ka uurimismaterjalide võtmist laibalt, samuti bakterioloogilist uurimist anaeroobsete mikroobide suhtes.

Verekülv. Verekülvis võib leiduda järgmisi patogeenseid mikroorganisme: püogeensed kokid (stafülo-, strepto-, pneumo-, meningo- ja gonokokid), enterobakterid (*Salmonella*, *Escherichia coli*, *Proteus*), *Pseudomonas aeruginosa* (sün. *Bacterium pyocyaneum*), *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Histoplasma capsulatum*, anaeroobsed mikroobid, *Bacteroides*, *Listeria monocytogenes*.

Mainitud mikroobid põhjustavad mitmesuguseid haigusi (kõhutüüfus, salmonelloos, pneumoonia, meningiit, peritoniit, endokardiit, osteomüeliit, sepsis, haavanakkused jne.), mille korral võib nende tekitajaid leida veres.

Verekülv osutub negatiivseks, kui ei täideta kõiki nõudeid. Külv tuleb teha haigusnähtude ägenemise või kehatemperatuuri tõusu korral ja kindlasti enne antibiootikumravi alustamist. Tüüfusebaktereid leidub veres varakult ja verekülvi võib teha juba inkubatsiooniperioodil. Subakuutse endokardiidi puhul tehakse külvid iga kahe tunni järel. Ühel või kahel korral saadud negatiivne verekülv ei eita bakterieemiat, kui vere uurimisel pole vastavaid nõudeid silmas peetud (Verekülvi tehnika, vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 5, 359—361).

Vere võtmine seroloogiliseks uurimiseks. Sagedamini tehakse järgmisi seroloogilisi reaktsioone: Widali reaktsioon tüüfuse, salmonelloosi, kolienteriidi, düsenteeria, difteeria ja muude haiguste avastamiseks, hemaglutinatsioonireaktsioon tüüfuse, kolienteriidi, Botkini tõve jm. kindlakstegemiseks, Wrighti reaktsioon brutselloosi avastamiseks, komplemendi sidumise reaktsioon süüfilise ja viirushaiguste diagnoosimiseks.

Vere võtmise tehnika sarnaneb verekülvi korral kasutatava tehnikaga. Seroloogiliseks uurimiseks vajalik verehulk on 3—5 ml. Vere võtmise järel eemaldatakse süstlalt nõel ja veri surutakse steriilsesse katseklaasi, kus see koaguleerub ja eraldub seerum. Katseklaasi ei tohi loksutada, sest võib tekkida hemolüüs, mis mõnda seroloogilist reaktsiooni segab. Verd on soovitatav võtta enne söömist, sest vastasel korral saadakse hüloosne seerum.

Verega kokkupuutunud süstlaid ja nõelu keedetakse 45 minutit või steriliseeritakse autoklaavis (0,5 atmosfäärise rõhu all 30 minuti jooksul), et vältida seerumhepatiidi edasikandumist.

Väljaheide. Väljaheide sisaldab suurel hulgal mitmesuguseid mikroobe: *E. coli*, *Aerobacter aerogenes*, *Proteus*, *Ps. aeruginosa*, strepto- ja stafülokokid, *Clostridia*, *Bacteroides*, pärmseened jt.

Proovi võtmisel peab täitma mitmeid olulisi nõudeid. Käimlapott olgu desinfitseeritud, kusjuures selles ei tohi leiduda desinfektsiooniainet. Poti põhja on soovitatav asetada puhas tualettpaber.

Kogutakse oasuurune tükike väljaheidet, kusjuures seda võetakse mitmest erinevast kohast ning valitakse limaseid ja veriseid osiseid. Seejärel paigutatakse kogutud materjal laboratooriumist väljastatud steriilsesse purki ja saadetakse kahe tunni jooksul laboratooriumi. Vastasel korral hakkavad saprofüüdid vohama ja lämmatavad patogeenseid mikroobe, ühtlasi tekivad happelised produktid, mis samuti hävitavad patogeenseid mikroobe.

Väljaheite proovi võib võtta ka 8 mm läbimõõduga klaastoru või tampooni abil.

Algloomade uurimiseks võetud väljaheide ei tohi jahtuda.

O k s e. Oksemassides võib leiduda kokke, enterobaktereid, batsille jm. Okse kogutakse steriilsesse purki, mis on suletud veekindla materjaliga (pärgament, plastikaat jms.)

U r i i n. Uriini bakterioloogilisel uurimisel võib kohata järgmisi mikroobe: *E. coli*, *Paracolobactrum*, *Proteus*, *Salmonella*, *Aerobacter*, stafülo- ja streptokokid (*Str. faecalis*), *Ps. aeruginosa*, *Brucella*, *M. tuberculosis*, anaeroobsed mikroobid. Uriinis esinevad difteroidid, *B. subtilis*, pärmseened, *Candida* ja mõnikord ka kokid on pärit ümbritsevast piirkonnast.

Enne uriini kogumist desinfitseeritakse ureetra välisava 2%-lise boorhappe- või õrnroosat värvust kaaliumpermanganaadilahusega. Naistel võetakse uriini kateetriga.

Kui oletatakse bakteroididega nakatumist, siis tehakse külv söötmesse haige voodi juures, sest osa bakteroididest hävineb kokkupuutumisel atmosfääri hapnikuga.

Uurimismaterjali saatelehele kirjutatakse erimärkus anaeroobide suhtes uurimise kohta.

R ö g a. Rögas tuleb ette järgmisi mikroorganisme: kokid (stafülo-, strepto- ja pneumokokid), *Neisseria catarrhalis*, enterobakterid (*E. coli*, *Proteus*), *Ps. aeruginosa*, *H. influenzae*, *K. pneumoniae*, *Bordetella pertussis*, *M. tuberculosis*, anaeroobid ja *Fungi*.

Röga uuritakse bakterioloogiliselt sagedamini pneumoonia, bronhoektaasia, kopsuabstsessi, tuberkuloosi ja mükooside puhul. Selleks kogutakse röga, mis pärineb hingamisteede sügavatest piirkondadest ja väljub tugeval köhimisel. Analüüsimiseks tuleks võtta hommikust röga, sest hommikuti on rögaeritus intensiivsem. Enamasti uuritakse röga tuberkuloosibakterite suhtes. Sel eesmärgil uuritakse ka maoloputusvett. Viimast võetakse sondi abil pärast klaasi vee joomist. Kogutud materjal neutraliseeritakse 20%-lise soodalahusega, kusjuures reaktsiooni jälgitakse lakmuspaberi abil. Maoloputusvett soovitatakse uurida peamiselt lastel, kuid mõnikord ka täiskasvanutel.

Krooniliste bronhiitide korral on uurimismaterjal otstarbekas koguda bronhoskoobi abil, et määrata spetsiifiline floora, kuid mitte kurgu või suukoopa floora. Väikelastel võetakse proov ninaneelust tampooniga pärast köhimist.

M ü k o o s i d. Organismis paiknemise järgi jaotatakse mükoosid järgmiselt: 1) pindmised, mille puhul nahk, juuksed ja küüned on kahjustatud; 2) sügavad mükoosid, mis esinevad kopsukoes, sooles jm. Esimesse rühma kuuluvad dermatomükoosid, mille tekitajaks on sagedamini *Trichophyton sp.*, harvem *Epidermophyton* ja *Microsporon*. Nimetatud seened ja *Candida*, *Nocardia* (erütrasma tekitaja), samuti *Blastomyces* kahjustavad nahka. Laboratoorseks uurimismaterjaliks on nahakaabe. Kaabe võetakse 5—6 kohalt haigestunud piirkonnas, soovitatav servmistelt aladelt. Kaabe paigutatakse Petri tassi või steriilsete esemeklaaside vahele. Teise rühma kuuluvad bronhopulmonaalsed mükoosid: kandidamükoos, geotrihhoos, krüptokokkoos (blastomükoos), aspergilloos, penit-

silloos, mukormükoos, aktinomükoos ja sooletrakti mükoosid (kandidamükoos, aktinomükoos). Esimesel juhul on uurimismaterjaliks röga, teisel juhul väljaheide.

Röga uurimisel peab senisest rohkem tähelepanu pöörama seentele. Sagedamini esinevateks seenteks on *Clyptococcus* (*Torula*) seljaajuvedelikus; *Candida albicans* vagiinas, rögas, kõris, suukoopas, bronhides, nahal ja küüntel; muud seened nahal, juustel, väliskõrvas, rögas, mädas ja kehaõõnte eksudaatides.

Uurimismaterjali võtmine laibalt. Lahkama peab 1—2 tunni jooksul pärast *exitus*'t, sest vastasel korral tungib kudedesse soole mikrofloora, mis segab bakterioloogilist diagnoosimist.

Uuritakse verd ja elundite tükikesi. Südame parema vatsakese pind kuumutatakse 2—4 cm^2 tulise metallspaatliga. Läbi kuumutatud piirkonna sisenetakse pastööri pipetiga. Pipetti tunginud veri surutakse sealt (balooniga pipett) steriilsesse katseklaasi. Mõned autorid soovitavad verd võtta *v. saphena*'st malleooluste piirkonnas, sest südameveri võib soolefflooraga reostunud olla. Pärast elundite pinna kuumutamist metallspaatliga võetakse neist skalpelli ja kääride abil oasuurused koetükikesed. Selleks kasutatakse ka steriilseid teravaservalisi klaastorusid (diameeter 8—10 mm). Elunditest võetud tükid paigutatakse steriilsesse katseklaasi, purki või Petri tassi. Soolele asetatakse 4 ligatuuri, kusjuures lõige tehakse ligatuuride vahelt. Uuritakse nii peen- kui ka jämesoole sisaldist.

Uurimine anaeroobsete mikroobide suhtes. Tavaliselt anaeroobe ei uurita. Kuid see on vajalik, sest nende osatähtsus nakatumisel on suurem kui arvatakse. Tänapäeval võimaldab anaeroobe uurida lihtne ja kättesaadav metoodika. Neid peab uurima aeroobidega samal ajal, sest ainult sel juhul saadakse usaldusväärseid andmeid.

Proove tuleb analüüsida nii aeroobide kui anaeroobide suhtes sepsise (verekülv), otiidi, mastoidiidi, sinusiidi, abstsesside, haavandite, abordi- ja sünnitusjärgsete põletike, haavade, lahtiste luumurdude ja kehaõõnte põletike korral.

Käesoleval ajal on loodud kõik võimalused kliinilis-bakterioloogiliste uurimiste laialdaseks rakendamiseks. Need uurimised annavad informatsiooni õigesti valitud antibiootikumravist, haiglasisesest infektsioonist ja selle levikust, samuti võimaldavad kontrollida diagnoosi ja kasutusele võtta profülaktikaabinõusid.

ЕЩЕ РАЗ О ЗАБОРЕ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Х. Лыйв

Резюме

В предыдущей статье на эту же тему («Здравоохранение Советской Эстонии», 1966, 4, 287—290) в основном освещали забор гноя и эксудатов, что делают редко и потому могут чаще совершать ошибки. Следующие описываемые материалы по частоте исследования стоят на первом месте и поэтому мы остановимся только на существенных моментах.

Посев крови следует делать при обострении болезненных явлений или повышении температуры тела и обязательно до начала лечения антибиотиками. Отрицательный ответ посева крови одно- или двухкратно еще не отрицает бактериемию, если при исследовании крови не учитывают соответствующие требования. Для серологического исследования берут 3—5 мл крови, причем техника забора крови сходна с применяемой при посеве крови. После взятия крови со шприца снимают иглу и кровь выдавливают в стерильную пробирку, где она свертывается и отделяется сыворотка. Пробирку нельзя взбалтывать, так как может получиться гемолиз, который мешает некоторым серологическим реакциям.

При заборе кала отбирают и собирают слизистые и кровянистые частицы, которые помещают в выданные лабораторией стерильные баночки и отправляют в течение 2 часов в лабораторию. В противном случае сапрофиты начинают размножаться и

подавляют патогенные микробы, а также одновременно возникают кислые продукты, также уничтожающие патогенные микробы.

Рвотные массы собирают в стерильную банку, прикрытую водонепроницаемым материалом (пергамент, пластикат и т. п.).

До забора мочи наружное отверстие уретры дезинфицируют 2%-ным раствором борной кислоты или нежно-розовым раствором гипермангината калия.

Для бактериологического исследования собирают мокроту из глубоких отделов дыхательных путей, которая выделяется при сильном откашливании. У детей раннего возраста анализ мокроты берут с помощью тампона из носоглотки после откашливания.

При микозах материалом для лабораторного исследования является кожный соскоб. Соскоб берут в 5—6 местах пораженной поверхности, желательно с краевых участков. Соскоб помещают в чашку Петри или между двумя стерильными предметными стеклами.

При бронхопульмональных микозах материалом для исследования является мокрота, при микозах кишечного тракта — кал.

Описывается также забор материалов от трупа.

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

UUT KAADRIT

Tänavu saatis Tartu Riiklik Ülikool rahva teenistusse üle 650 noore spetsialisti, sealhulgas 203 arstiteaduskonna lõpetajat. Arstikutse sai 163, stomatoloogi — 19 ja proviisorikutse 21 isikut.

Arstiteaduskonna pidulikul aktusel ütles riigieksamite komisjoni esimees arstiteaduse doktor V. Küng, et lõpetajate teadmiste tase oli kõrge. Nende hulgas on palju komsomoli- ja ametiühinguorganisatsiooni ning Üliõpilaste Teadusliku Ühingu aktiviste, kes on mitmete teaduslike tööde autorid.

Noored arstid, stomatoloogid ja proviisorid andsid pidulikul aktusel ühise vandetõotuse.

Arstid

Gennadi Aavik
Reet Akkel
Epp Altrov
Helgi Andre
Liivi Araste
Maie Assor
Tiiu Aug
Galina Belokurova
Alfred Bers
Tiia Bogun
Ludmila Dubrovskaja
Aili Eller
Veera Figurova
Ariana Goff
Larissa Goljanova
Jüri Gontšarov
Anna Groševaja
Boris Gur-Arje
Šelja Gus
Henrieta Harlamova
Evi Haviko
Maie Heinaste
Gluuni Hendrikson
August Jaadla
Aime Jesse
Aili Joot
Elli Juckum
Sven-Johann Juckum
Maie Juhkam
Enn Jõeste
Jaan Jänes
Tiiu Järv
Rita Kaik
Evi Kaljuste
Karl Kanne
Irene Karpa
Milvi Karro
Laur Karu (kiitusega)
Hele Kase
Aili-Tiiu Kengsepp
Liidia Kepp
Tiiu Kiidla
Larissa Kislitskaja
Virve Kiverik
Aino-Mall Kivisikk
Jaan Kojus
Aivi Koldits
Malle Kont
Milvi Koplus
Urve-Leena Koskvee
Alli Krehhova
Viive Kristian
Valentina Kukuškina
Ilmar Kuldkepp
Galina Kuur
Uku Kuningas
Matti Kõrge
Nella Kõrtsini
Endla Kööbi
Helmut Kööbler
Malle Külaots
Maie Laaniste
Taimi Laats
Elvine Laksberg

Alla Lamanova
Hugo Leivo
Mare Liiv
Mare Lill
Anne Linalaid
Peeter-Harry Loit (kiitusega)
Hele-Maire Loog
Valeri Luuk
Virge Lõokene
Jaak Maaroos
Reet Maisalu
Mati Majass
Ene Makke
Silvia Malva
Peeter Mardna
Urve Mardna
Helle Merisalu
Ilmar Merisalu
Helle Mesipuu (kiitusega)
Milvi Miggur
Ruth Mikelsaar
Mai Mikk
Eva Moor
Leonhard Mossin
Teresa Mägi
Aasa Männiksaar
Villu Mölder
Juta Nilson
Leili Noobel
Tamara Novikova
Malle Oja
Virge Pajula
Küllike Pajuri
Taimi Palk
Peep Palo
Tiia Pals
Maie Palu
Jakob Patursky
Elma Pavlova
Reet Peentaim
Ants Peetsalu
Aleksander Petrov
Tiiu Proses
Valve Poormeister
Reet Pärna
Niina Pärnpuu
Reet Radamus
Tatjana Raie
Tõnis Rajamets
Eve Rattasep
Heidi-Ingrid Rattur
Lindu Raudma
Tiiu Reek
Maie Ruussaar
Tiiu-Liis Saares
Eevi Sarapuu
Marve Sarapu
Marje Saue
Eela Siilak
Tiit Siivelt
Helgi Silm
Svetlana Sokolova
Jevgenia Solk
Ilmar Soomere (kiitusega)
Alissa Stepanova
Ene Sults
Lagle Suurorg
Jelena Sõrg
Marina Šanina
Margarita Zadvornova
Ljudmila Zaruba
Mairi Zimmer
Dmitri Želnin
Kaljo Talussaar
Agu Tamm (kiitusega)
Aleksander Tammet
Toivo Tarus
Ursi Tilk
Nora Toots
Meeli Treimann
Uku Truupõld
Liivi Turk
Anneliis Tõldsepp
Balint Tõrõk
Jaak Uibu
Tiiu Urres
Helle-Mai Vahtel
Aime Vaiguste
Maret Vaino
Silvi-Miralda Vanatoa
Toivo Velgre
Anu Veske
Maie Viirendi
Irina Vittenberger
Vassili Vorošilo
Lehte-Maret Välling
Rahuleid Välling
Ain Värimäe
Jaak Öpik

Stomatoloogid

Urve Erikson
Mall Grigagin
Marge Jaagusoo
Laine Johanson
Meeri Kutti
Mari Metsalind
Tamara Nagland
Anu Priikask
Riina Pärtna
Kaarin Reiter
Tiina Ristkok
Milvi Ristoja
Riina Rumberg
Aime Rästa
Juta Samlas
Anu Sooäär
Riina Terasmaa
Ene Tivik
Helene Uustalu

Proviisorid

Anneli Aso
Tiia-Mae Haga
Helve Jaago
Maie Jaanso
Urve Jonas
Ivi-Sirje Laur
Viivi Livental
Laidi Must
Helga Nõu
Juta Org
Liia Otlik
Malle Randmets
Tiia Raud
Anne-Liis Raudsepp
Marge Rängel
Liina Sorga

Aino Tari
Karin-Ingeborg Treu
Reet Unt
Anne Vesmes
Milvi Voog

I. Maaroos

JÄRJEKORDNE LEND TALLINNA MEDITSIINIKOOLIST

2. juulil 1966. a. toimunud pidulikul aktusel andis Tallinna Meditsiinikooli direktor A. Rooks diplomid XXI lennu lõpetajaile. Seekord oli lõpetajaid 103, neist kaugõppeosakonnast 27. Diplomi kiitusega sai 4 meditsiiniõde.

Statsionaarne osakond

Meditsiiniõed

Rael Aasumäe
Mari Alavina
Niina Andrienko
Dina Arhangelskaja
Kristi Arumäe
Maria Derivolkova
Piia Eelma
Siiri Eensalu (kiitusega)
Mare Gailan
Linda Geering
Rimma Geller
Maimu Haamer
Karin Hallas
Mai Hallik
Ene Heinmets
Ene Heinola
Rahel Hiiemäe
Leigi Hiob
Niina Hmeljova
Anne Holmberg
Niina Ignaševa
Helgi Ije
Maie Ilves
Silvi Jansen
Ruth Josev
Ilme Jõeranna
Urve Kabelmets
Maire Kaldma
Irma Kiiranen
Milvi Kiis
Marge Kivistik
Valentina Komelkova
Anne Kont
Heli Kruus
Evi Kudrešova
Anne Kõlu
Vaike Kõmmus
Natalja Lapina
Tiiu Lappert
Koidu Maak
Heda Maurer
Malle Metsamärt
Aino Must
Sigrid Mänd
Anne Pallas
Astra Pank
Eha Parksepp
Nadežda Plaunova
Ekaterina Potapova
Astrid Põldoja
Mare Päärsalu
Juta Pütt
Malle Randma
Ene Reinkort
Malle Reinvalla
Tiiu Remmelgas
Silvia Rikman
Kaie Roosipuu (kiitusega)
Aino Rättel
Liivi Sadam
Galina Samohvalova
Violeta Sapan
Lidia Savastejeva
Valve Sepp
Anne Solntsev
Tamara Solovjeva
Zinaida Solovova
Tiia Tabur
Evvelina Timošenko
Reet Trik
Niina Tulkina
Maia Udras
Ene Vasar
Ene Vellika
Silvia Vorp

Akušöörid

Ingrid Kore

Kaugõppeosakond

Meditsiiniõed

Antonina Arno
Elvi Arumäe
Astra Auspere
Eugenia Bogatšova
Tatjana Džmelik
Ludmilla Grebenjuk
Tabiita Jürisoo
Maimu Jõenurm
Tamara Komjagina
Eva Kõrtsini

Urve Lõhmus
Salme Mägi (kiitusega)
Maire Mällo
Maret Nigol
Valve Oder
Linda Ojasalu
Edith Peil (kiitusega)
Kunda Pringel
Malle Ringmäe
Salme Rõhu
Sinaida Skrebuhhova
Virve Zujeva
Niina Topilo
Heljo Urb
Agnes Vallist
Aino Veide
Ivar Ventsel

E. Pärn

TARTU MEDITSIINIKOOLI LÕPETAJAD

1966. a. juunis toimus Tartu Meditsiinikoolis teine riigieksamite sessioon. Seekord oli lõpetajaid 103, neist meditsiiniõdesid 85 ja velskerlaborante 18. 2. juulil anti kätte diplomid.

Päevases osakonnas

Meditsiiniõed

Reet Adamson
Selma Fain
Lehte Hint
Ingrid Hämarsalu
Malle Juhkason
Helju Jõeveer
Maria Järvetar
Helen Kahro
Elma Kallas
Maria Karimõisa
Malle Karu
Malle Karus
Helve Kasak
Tiia Kasak
Juta Kaur
Asti Keek
Ly Kivimägi
Helle Konsa
Valli Kravtšuk
Kristiine Kurvits
Aime Kuum
Anne Kõll
Malle Kärbis
Siiri Lepasepp
Heivi-Markit Lohk
Ene Luik
Mare Lumi
Siiri Madise
Astrid Meier
Helve Murd (kiitusega)
Kersti Muru
Elle Mäe
Lea Mägi
Ene Napritson
Tiiu Niittee
Salme Nurk
Hele Orav
Mare Paap
Siina Piusvere
Helga Pnev
Kai Pruuli (kiitusega)
Evi Püssa
Viive Raudmets
Siiri Roosaar
Maia Schmidt (kiitusega)
Tiiu Sild
Anu Soonberg
Angelina Talantseva (kiitusega)
Tiiu Tomp
Evi Toomsalu
Pilvi Treimann
Maie Urv
Erme Vaaks
Viive Vahi (kiitusega)
Leili Veeremaa
Selma Veider
Maila Viisut
Ellen Virkus
Sonja Volžina
Anne Võõras

Õhtuses osakonnas

Maie Allan
Helve Hermann
Ene Karrin
Heidi Kolbak
Malle Lillo
Hella Ojaperv
Anu Valgma

Kaugõppeosakonnas

Iraida Alla
Maie Ennok
Astrid Etti
Koidula Ilvar
Heljo Jauk
Heljo Järg
Laine Kirsimäe
Elle Länts
Maria Nurmse
Asta Saaren
Tiiu Tõnno
Koidula Viia
Tiiu Vilks

Lasteasutuste meditsiiniõed

Kaugõppeosakonnas

Koidu Kerner
Vaike Park

Aili Rüüsak
Esta Tomberg

Leida Uuspõld

Velsker-laborandid

Päevases osakonnas

Elvi Kalda
Malle Karu
Antonina Kirppu
Irene Kroll
Elvi Kusma
Silvi Liimets
Mare Leemet
Laine Leemet
Raili Lõhmus
Maimu Martis
Merike Mäevälja
Juta Mägi
Laine Paabo
Anne Põlluste (kiitusega)
Mare Ramp
Ada Soomann
Meeli Soon
Aino Tilk

A. Horn

SANITAARHARIDUSTÖÖ

HÜGIEENI ÕPETAMISEST ÜLDHARIDUSLIKES KOOLIDES

S. PROPST

(Vabariiklikust Sanitaarhariduse Majast, peaarst *T. Raudsepp*)

Hügieeninõuete teadliku täitmise aluseks on tervishoiualased teadmised, mida lapsed peavad saama nii kodus kui ka koolis. Seepärast ongi tervishoid võetud koolide õppeprogrammidesse. Hügieenialaseid teadmisi kogub õpilane mitme erineva õppeaine (kodulugu, bioloogilised distsipliinid, kehaline kasvatus, füüsika, keemia, töö- ja tootmisõpetus) omandamise käigus, kuid ainult kindla programmi kohane hügieeni aluste õpetamine annab tervishoiust süstemaatilisi teadmisi. Tervishoidu õpetavad küll pedagoogid, kuid ka kooli meditsiinitöötajad peavad huvi tundma selle vastu, kuidas seda tehakse erinevate ainete tundides.

Kooli sanitaarharidustöö plaanis peavad olema ette nähtud abinõud tervishoiualaste teadmiste õpetamise järjekindlaks parandamiseks: õppealajuhataja peab kontrollima aineõpetajate temaatilisi plaane tervishoiu aluste õpetamise seisukohalt, tuleb korraldada lahtisi tervishoiutunde, muretseda näitlikke õppevahendeid ja populaarteaduslikku meditsiinilist kirjandust jm.

Algklassides (I—IV klassini) õpetatakse tervishoidu koduloo programmi järgi. I—III klassini on hügieenialane materjal aasta ulatuses jaotatud enam-vähem ühtlaselt, mis moodustab küllaltki olulise osa koduloost (I klassis 33 teemast 10, II klassis 36 teemast 6 käsitleb tervishoidu). Lapsed saavad algteadmisi peamistest hügieeninõuetest (päevarežiim, keha puhtuse eest hoolitsemine, riietuse hügieen ja karastamine). Samuti valgustatakse neid järgmistes küsimustes: nakkushaigused, loomad kui haiguste edasikandjad ja soolenugilised. Neid teadmisi süvendatakse ja põhjendatakse anatoomilis-füsioloogiliselt seisukohalt IV klassis, kus 8 tundi on pühendatud teemale «Inimese keha ja selle eest hoolitsemine». Programmis on ette nähtud algul käsitleda elundite ehitust ja tähtsust ning alles seejärel tervishoidu. Seda aga ei saa otstarbekaks pidada. Tihedam seos hügieeninõuete õpetamise ja elundite talitluse käsitlemise vahel tekiks sel juhul, kui elundite anatoomia ja füsioloogia õppimisele kohe järgneks ka seda puudutav tervishoiulõik.

Õpilaste tervishoiualaste teadmiste kontrollimine on näidanud, et programmis ettenähtud materjali on nad puudulikult omandanud. Tal-

linna koolide viiendate klasside õpilastele esitati küsimusi isikliku hügieeni ja elamuhügieeni alalt, samuti nakkushaiguste ja sooleparasiitide kohta. 74% neist teadis, et nakkushaigused levivad pisikute kaudu, kuid ainult üks viiendik tegi vahet piisk- ja soolenakkuse vahel. 70%-l õpilastest polnud vähimatki ettekujutust sooleparasiitidest ning ainult 3% neist mõistis, et juur- ja puuvilja on tarvis pesta ussnugiliste munade eemaldamiseks. Naha puhtuse vajaduse põhjendamisel mainisid pooled õpilased naha tähtsust ainult gaasivahetuse seisukohalt, jättes nimetamata kõik muud funktsioonid. Pooltel polnud rahuldavaid teadmisi karastamisest, hammaste tervishoiust ega elamuhügieenist.

Et tervishoiu õpetamist algklassides õigesti korraldada, tuleb kindlad tervishoiutunnid õppeprogrammi alusel planeerida juba õppeaasta algul. Ainult sellisel juhul on võimalik küllaldasel määral rõhutada kõikide hügieeninõuete tähtsust.

Kahjuks ei suuda kõik algklasside õpetajad hügieeninõudeid lastele selgitada lihtsalt, huvitavalt ja üldistavalt, nagu õpetamine nooremas koolieas seda nõuab. Meditsiinitöötajatel tuleks õpetajaid tervishoiutundide korraldamisel abistada, soovitada neile populaarteaduslikku kirjandust ning näitlikke vahendeid (plakatid ja flanellograaf).

Keskmises vanuseastmes (V—VIII klassini) saadakse hügieenialaseid teadmisi peamiselt botaanika, zooloogia ning inimese anatoomia ja füsioloogia õppimisel. Kuid ka sellistes ainetes nagu füüsika, keemia, tööõpetus ja kehaline kasvatus leidub rohkesti tervishoiu elemente. Näiteks VI klassis õpitakse botaanikatundides tundma mikroobe, sealhulgas ka haigusi tekitavaid mikroobe ning nendest hoidumise abinõusid. Sama klassi füüsikakursuse käsitlemisel tuleks veevarustuse tundmaõppimisel neist tingimata veel kord rääkida, kusjuures eriti oleks tarvis rõhutada joogivee puhastamise viise kui ühte tähtsat abinõu võitluses tõvestavate mikroobide vastu. Niisuguseid kokkupuutepunkte eri õppeainete programmides tuleb ette rohkesti, eriti aga VIII klassis, kus hügieeni õppimisel moodustab põhitelje inimese anatoomia ja füsioloogia kursus. Inimese organismi õpitakse tundma elundsüsteemide kaupa, kusjuures iga elundsüsteemi anatoomilis-füsioloogilisele kirjeldusele järgneb tervishoidu käsitlev osa.

Et anatoomia ja füsioloogia on küllaltki rasked õppeained, ei pöörata nende õpetamisel alati küllaldast tähelepanu tervishoiule. Anatoomia ja füsioloogia õpitakse selgeks omaette, kusjuures neid ei seostata tervishoiunõuetega. Viimased omakorda aga õpitakse selgeks ilma et neid anatoomilis-füsioloogiliselt põhjendataks. Mehhaaniliselt omandatud teadmised aga ununevad kiiresti ning õpilastel ei kujune kindlaid oskusi ega harjumusi, mis kogu elu jooksul aitaksid säilitada ja tugevdada tervist.

Paljude keskkooliõpilaste teadmised tervisest ja tervise säilitamise võimalustest on ebapiisavad. Sellest andsid tunnistust umbes 200 IX klassi õpilasele esitatud küsimustele saadud vastused. Neid õpilasi, kes teadsid nakkushaiguste leviku kahte teed, oli 40%. Ainult 8%-l oli ettekujutus ka nakkuste leviku kolmandast teest. Neljandik õpilastest teadis, et sooleparasiidid eritavad inimese organismi toksilisi aineid. Teadmised tervislike eluviiside tähtsusest olid ebarahuldavad. Ainult 20% oskas kehakultuuri mõju inimese organismile põhjendada füsioloogia aspektist ning 13% selgitas päevarežiimi vajalikkust seoses tingitud reflekside kujunemisega. Õpilaste arusaamad suitsetamise kahjulikkusest olid äärmiselt ühekülgsed. 57% vastas, et suitsetamine mõjub kahjustavalt kopsudele ning et selle tagajärjel tekib kopsuvähk.

Nikotiini ja alkoholi ohtlikkusest tuleb rääkida mis tahes elundsüsteemi kirjeldades, sest ainult nii on võimalik kujundada õiget arusaamist nende tegurite mitmekülgsest ebasoodsast mõjust organismile. Soovitatav oleks korraldada ka üldistavaid hügieenialaseid tunde (näiteks

teemal «Kehakultuuri tähtsus inimese organismile», «Alkoholi kahjulikkus» jms.).

Et inimese anatoomia ja füsioloogia kursus tõepoolest lõpetaks selle hügieenialase hariduse, mille nooruk koolist ellu minnes peab kaasa saama, siis tuleb selle aine õpetamisel silmas pidada järgmisi põhinõudeid.

1. Tervishoiualast materjali peab käsitlema võrdselt anatoomia ja füsioloogiaga.

2. Hügieeniküsimused tuleb alati seostada anatoomia ja füsioloogiaga.

3. Tervishoidu peab õpetama kaasaegsel teaduslikul tasemel. Seepärast on tarvis, et õpilased loeksid iseseisvalt populaarteaduslikku meditsiinilist kirjandust, koostaksid loetu põhjal referaate ja neid ette kannaksid.

4. Anatoomia ja füsioloogia teoreetilised seisukohad tuleb siduda praktilise hügieeniga, õpilaste füüsilise kasvatuse ja tööga. Eriti peab rõhku panema hügieeni õpetamisele kehalise kasvatuse tundides.

5. Tervishoiu aluste õpetamisel tuleb võimalikult rohkem kasutada näitlikke vahendeid, katseid, demonstratsioone, rakendada enesevaatlusi, teha ekskursioone. Meditsiinitöötajate abi ekskursioonide korraldamisel uurimisinstituutidesse, laboratooriumidesse, sanitaar- ja epidemioloogiajaamadesse ning mujale on hädavajalik.

6. Et õppematerjali käsitlemiseks ettenähtud tundide arv on piiratud ning ei võimalda kõike huvitavat lisamaterjali alati kasutada, siis võiks huvipakkuvaid küsimusi puudutada ka klassivälises töös. Klassiväline töö (temaatilised õhtud, ringide töö, tervisepäevad, tervisenädalad ja seinalehed) tugevdab ja süvendab tundides omandatud tervishoiualaseid teadmisi.

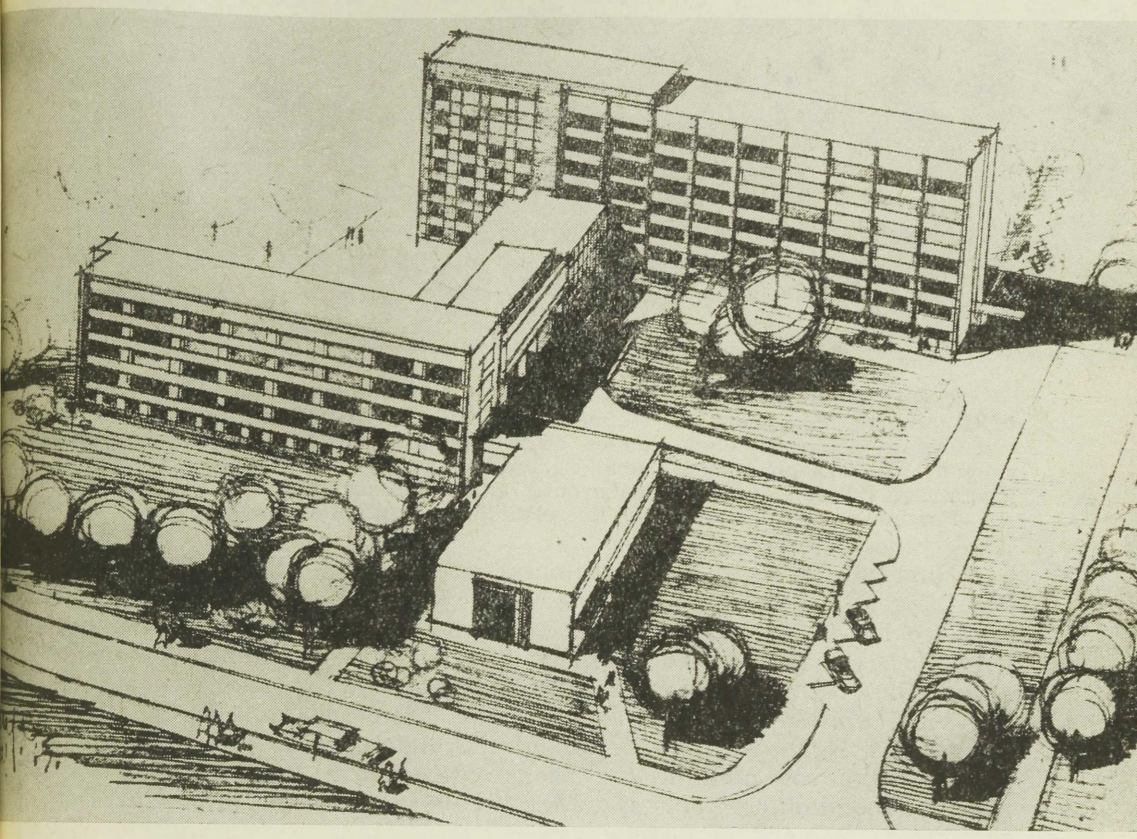
О ПРЕПОДАВАНИИ ГИГИЕНЫ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛАХ

С. Пропст

Резюме

Основой сознательного выполнения требований гигиены являются знания в области охраны здоровья, которые дети должны получать как дома, так и в школе. В школе гигиену преподают педагоги, но и медицинские работники школы должны интересоваться, как это проводится на уроках по различным предметам. Они должны всячески помогать учителям в проведении уроков гигиены, рекомендовать подходящую научно-популярную литературу и различные наглядные пособия (плакаты и др.).

Чтобы подросток действительно усвоил то гигиеническое образование, которое он должен получить, уходя из школы в жизнь, следует иметь в виду следующие обстоятельства. Гигиену следует преподавать на современном научном уровне, причем теоретические положения анатомии и физиологии нужно связывать с практической гигиеной, работой и физическим воспитанием учеников. При этом следует как можно больше пользоваться наглядными пособиями, опытами, демонстрациями, применять самоконтроль. Нужно также устраивать экскурсии в исследовательские институты, лаборатории, санитарно-эпидемиологические станции и др. Число часов, отведенных для освещения учебного материала, ограничено. Поэтому желательно, чтобы интересные вопросы затрагивались также и во внеклассной работе (тематические вечера, дни здоровья, недели здоровья, стенные газеты и т. д.). Также необходимо, чтобы ученики самостоятельно читали научно-популярную медицинскую литературу, составляли на основе прочитанного рефераты и делали по ним доклады.



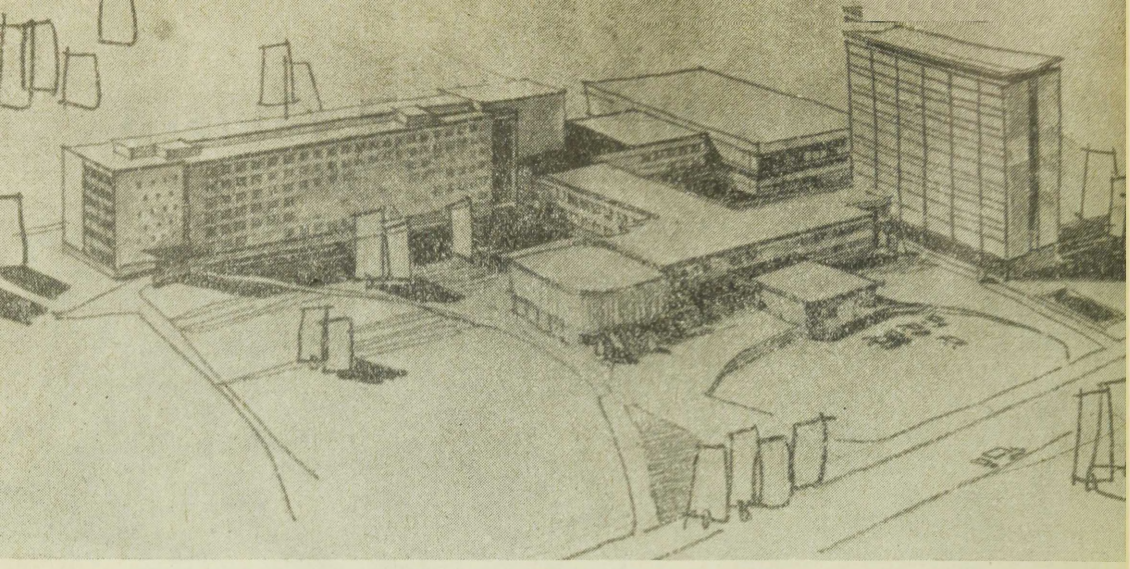
Uus, 265 kohaga sünnitusmaja Tallinnas Sõle tänavas (arhitekt K. Luts, projekti peainsener A. Kõrge). Valmib viisaastaku jooksul

UUED HAIGLAD, UUED TERVISHOIUASUTUSED

Mis on viie aasta plaanis kapitaalehituse alal? Selle küsimuse esitasime Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kapitaalehitusosakonna juhatajale J. Kivimäele, kes informeeris meid järgnevast.

Viisaastakule langeb kõigepealt mitmete ulatuslike tööde lõpetamine. Jätkatakse Tartu Kliinilise Haigla väljaehitamist, milleks on ette nähtud 2 miljonit 50 000 rubla. Konkreetselt tähendab see 334 voodikohaga kirurgiahaigla ehitustööde lõpuleviimist. Teistest olulisematest objektidest valmivad uus sünnitusmaja Tallinnas Sõle tänavas (1 miljon 730 000 rubla), Pärnu Vereülekande Jaam (350 000 rbl.), Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser (300 000 rbl.), Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla korpus nr. 6 (260 000 rbl.) ja Põlva polikliinik (200 000 rbl.).

Uusehitustest on esmajoones plaanis Mustamäe polikliiniku rajamine (1200 külastust päevas). Uue polikliiniku saavad ka Narva (500 külastust) ja Paide (500 külastust). Paidesse ehitatakse veel ladu-apteek, Kohtla-Järvele tuberkuloosidispanser (statsionaaris 90 voodikohta) ja Tallinna sanitaarkeemia-laboratoorium. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi hoonele ehitatakse peale uus korrus. Jämejalas alustatakse seitsmenda korpuse püstitamist.



Tartu Kliinilise Haigla uute hoonete perspektiivvaade (autorite kollektiiv: M. Hansmann, P. Kangur, K. Ruubel). Keskel kuuekorruseline kirurgiahaigla koos madalamate kõrvalhoonetega, milles asuvad operatsioonisaalid, haigete vastuvõtu ruumid, füsioteraapia- ja röntgenoloogiaosakonnad jne. Nende hoonete ehitamine lõpetatakse viisaastaku kestel. Peakorpuse taha ehitatakse Tartu Rajooni Keskhaigla. Paremal — TRÜ kavatsetav üheteistkümnekorruseline õppekorpus

Nimetatud tööd tehakse kapitaalmahutuste arvel. Et nendest summadest kõigeks ei jätku, näiteks rajoonide keskhaiglate ehitamiseks, otsis ministeerium koos rajoonide täitevkomiteedega finantseerimiseks muid võimalusi. Üsnagi mitmed pakilised vajadused rahuldatakse kolhoosidesovhooside, asutuste ja ettevõtete käibevahendite koopereerimise teel. Sel viisil ehitatavatest hoonetest üheks suuremaks on Tartu Rajooni Keskhaigla. Rapla Rajooni Keskhaiglat laiendatakse arvestusega, et selle juures paiknevas polikliinikus saaks vastu võtta kuni 250 abivajajat päevas; voodikohtade arv suureneb 50 võrra. Praegu organiseeritakse summasid Rakvere ja Jõgeva rajooni keskhaiglate püstitamiseks. Tallinnas ehitatakse polikliinik Lasnamäele (1200 külastust), mis hakkab teenindama seal paiknevaid tööstusettevõtteid. Kalatööstuse summade arvel planeeritakse Paldiski maanteele uue, 240 voodikohaga Tallinna Sadama Haigla ehitamist. Kolhoosi summade arvel ehitatakse Kingissepas 10 vanni ja 10 kušetiga mudaravila.

Kui kapitaalmahutusi peaks suurendatama (milleks ministeerium on esitanud taotluse), suunatakse need täiendavalt rajoonide keskhaiglate võrgu väljaehitamiseks ja Tallinna ja Tartu suuremate tervishoiukeskuste tugevdamiseks. Perspektiiv on selge: parandada olukorda neis haiglates, mis kõige rohkem on koormatud, ja aegamööda likvideerida väikesed, kuni 25 kohaga maahaiglad, mis, nagu kogemused on näidanud, end vajalikul määral ei õigusta.

M. Kink

INTERVJUU

NSV LIIDU TERVISHOIU MINISTRI PROFESSOR B. PETROVSKI MULJEID EESTI NSV-st

16.—19. augustini s. a. tutvus NSV Liidu tervishoiu minister NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor B. Petrovski tervishoiu olukorraga Eesti NSV-s. Palusime teda vastata mõnele küsimusele.

Millised on Teie muljed Eesti NSV-st, eeskätt tervishoiu- ja teaduslikest asutustest?

Olen Eesti NSV-s kolmandat korda. Viimati viibisin Tartus Pirogovi lugemistel, kus esinesin ettekandega. Tolleaegsete tähelepanekutega võrreldes võib märkida edu nii Eesti NSV arstiteaduse kui ka tervishoiu arengus. Meeldiv on näha, et ehitatakse uusi meditsiiniasutusi. Vaatamata mõningatele arhitektuurilistele puudujääkidele jääb Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist hea mulje. Sellest tuleb uus, hästi varustatud onkoloogiaasutus, mis vabariigile on erakordselt vajalik. Samuti meeldib kavatsus ehitada Tartusse kirurgiakliinik.

Tutvusin Tallinna Vabariikliku Haiglaga, mille kollektiiv teeb suurt praktilist tööd. Tuleb heaks kiita reanimatsioonikeskuse (-osakonna) organiseerimise plaan. Selline osakond tuleb hästi varustada, seal peavad olema kunstlik neer, kunstlikud kopsud jt. aparaadid. Niisugused reanimatsiooniosakonnad on soovitatav luua kõikides vabariigilise alluvusega haiglates.

Tahaksin alla kriipsutada vajadust kiiremini organiseerida suuri spetsialiseeritud osakondi, eriti Tallinnas. Ainult niisugustes osakondades on tänapäeval võimalik kvalifitseeritud meditsiinilist abi anda. Seda tõendavad ka Eesti NSV kogemused. Nii näiteks Tartus on professor A. Linkberg ja tema kaastöölised saavutanud edusamme veresoonte taastava kirurgia alal ja Tartu Linna Kliiniline Haigla on selles suhtes umbes samal tasemel kui Leningradi ja Moskva kliinikud.

Millised küsimused peaksid praegu olema liiduvabariikide tervishoiuorganisaatorite tähelepanu keskpunktis?

Nõukogude tervishoiuorganisaatorite tähelepanu keskpunktis peavad praegu olema profülaktilise, s. o. sanitaar-hügieenilise ja epideemiavastase töö korraldamine ja parandamine. On vaja, et sanitaar- ja epidemioloogiajaamad oleksid iseseisvad asutused nagu haigladki. Neid tuleb suuremaks muuta. Erilist tähelepanu on tarvis pöörata nakkushaiguste laboratoorsele diagnoosimisele. On tähtis sanitaararsti autoriteeti tugevdada. Tuleb võidelda selle eest, et täidetaks kõiki tema nõudmisi, mis on suunatud atmosfääri, pinnase ja veekogude kaitsmiseks tööstusettevõtete heitainete eest. Ei saa leppida sellega, et mõned organisatsioonid suhtuvad sanitaararsti nõudmiste täitmisse hoolimatult. NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium hakkab kõige resoluutsemalt taotlema NSV Liidu sanitaarseaduste rikkumise juhtude likvideerimist ja soovitab seda teha kõikide vabariikide ministeeriumidel.

Nagu muudes vabariikides, nii ka Eesti NSV-s on palju väikesi jaoskonnahaiglaid. Neis on peamiselt niisugused haiged, kes vajavad kodust ravi või statsionaarset uurimist. On tarvis ulatuslikke organisatsioonilisi abinõusid üksikute haiglate suurendamiseks, et haigevoodeid maksimaalsel hulgal mahutada. Ainult niisugusel teel on elanikkonnale võimalik anda kvalifitseeritud abi. Enamik jaoskonnahaiglatest tuleb nähtavasti muuta arstiambulatooriumideks, et kõiki statsionaarset ravi vajavaid haigeid suurtesse haiglatesse hospitaliseerida.

Milliseid organisatsioonilisi üritusi on lähemal ajal kavas ellu viia NSV Liidu elanike meditsiinilise teenindamise edasiseks parandamiseks?

Nagu juba öeldud, taotleme spetsialiseeritud meditsiiniasutuste loomist. Kui üldprofiiliga haiglates rajatakse hematoloogia-, südame- ja kopsuosakonnad, teiste sõnadega — kui need osakonnad kontsentreeritakse suurtesse, mitme profiiliga haiglatesse, siis toob see vaieldamatult kaasa meditsiinilise abi paranemise, suremuse ja tüsistuste sageduse vähenemise nende haiguste puhul. Niisugustes tingimustes võib alati täheldada osakonna kollektiivi (arstide, meditsiiniõdede ja sanitaride) teadmiste täienemist. Haiged võidavad palju, võrreldes nendega, keda ravitakse üldosakondades. Suurte haiglate ehitamisel tuleb ette näha niisuguste spetsialiseeritud osakondade loomine.

Vastavalt NLKP KK septembripleenumi otsustele sai NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium oma käsutusse meditsiinitööstuse ettevõtted, mis seni olid rahvamajanduse nõukogudesse laiali paisatud. Meditsiinitööstus on tervishoiu tehniline baas. Kaasaegse meditsiinitehnika, polümeeride ja uute farmatseutiliste preparaatide kasutusele võtmisega loome tingimused haigete ravimiseks ja aktiivseks profülaktikaks. Kui viimaste aastate jooksul õnnestus ravi- ja profülaktikaasutusi varustada tüüpinstrumentide ja kõige vajalikumate medikamentidega, siis keeruliste elektronaparaatide kasutamise osas me soovitavat taset ei ole saavutanud. On tarvis meditsiinitööstuse toodangu kvaliteeti radikaalselt parandada. Peame tarvitusele võtma kõik abinõud, et küllaldasel hulgal välja lasta raadioelektron- ja elektronaparaate.

Kas lähemal ajal on oodata muudatusi arstide ja keskmeditsiinitöötajate ettevalmistamise alal?

Meditsiini kaasaegse taseme juures ei saa üks arst olla kõikide erialade spetsialist. Arstide spetsialiseerimise kvaliteeti on vaja tõsta. NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium teeb ettepaneku meditsiiniinstituutide VI kursus tervikuna pühendada subordinatuurile erialade järgi (teraapia, kirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia). Pärast instituudi lõpetamist on arst kohustatud valitud erialal töötama suurtes haiglates veel ühe aasta. Alles pärast kaheaastast spetsialiseerumist ja vastava eksami sooritamist võib teda nimetada spetsialistiks — terapeudiks, kirurgiks jne. Sellisel teel valmistatakse arste-spetsialiste ette esialgu kümnes kõrgemas õppeasutuses. Pärast nende kogemuste üksikasjalikku uurimist kehtestatakse see süsteem kõikides NSV Liidu kõrgemates õppeasutustes.

Suurt tähelepanu on vaja pöörata meditsiiniasutuste insener-tehnilise personali ettevalmistamisele. Iga aastaga paraneb haiglate ja polikliinikute tehniline varustatus. Keerukat meditsiinitehnikat peab hooldama ja remontima, kuid selleks on vaja spetsialiste. See kaader omandab teadmised raadioelektroonika-alastes kõrgemates õppeasutustes, samuti Moskva II Meditsiini Instituudi meditsiini-bioloogiateaduskonnas.

Kindlasti on tarvis laiendada ja samal ajal parandada meditsiiniõdede ettevalmistamist. Haigeid hooldavaid meditsiiniõdesid on kavas ette valmistada aasta jooksul. Diplomeeritud meditsiiniõed aga õpiksid kolm aastat — nad peavad saama arstide tõelisteks abilisteks, kellele on tarvis üle anda mitmeid, seni arstidele kuulunud ülesandeid.

Mida uut on meditsiinialase teadusliku töö korraldamises NSV Liidus?

Nagu teada, tehakse silmapaistvaid teaduslikke uurimistöid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemias, kus on hea teaduslik baas ja kõrge kvalifikatsiooniga kaader. Akadeemia asutused peavad kõrgel teaduslik-teoreetilisel tasemel läbi töötama meditsiinilis-bioloogilisi ja üldmeditsiinilisi probleeme. Suur hulk teaduslikke uurimisasutusi on koondunud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi süsteemi. Meditsiiniküsimusi uuritakse ka kõrgemate meditsiiniliste õppeasutuste 3000 kateedris. Tuleb tarvitusele võtta abinõud, et arstiteadus areneks edukalt. Valitsus soovitab meile teadusliku uurimise instituute ühendada kõrgemate meditsiiniliste õppeasutuste vastavate kateedritega.

Laiendada tuleb uurimistöid, mis vastavad tervishoiu (haiglate, dispanserite ja polikliinikute) praktilistele vajadustele. Kui sellele küsimusele läheneda liiduvabariikide tervishoiu ministeeriumide seisukohalt, siis on teadusliku uurimise instituutide abi parema kasutamise ja õpetatud meditsiiniliste nõukogude juhtiva osatähtsuse suurendamise otstarbekohasus ilmne. Neid ümberkorraldusi tehakse ka Eesti NSV-s. Ma loodan, et Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut koondab enda ümber häid klinitsiste ja kujutab endast tulevikus silmapaistvat teaduslikku keskust, mis tõstab meditsiinilist teenindamist kõigis

vabariigi raviasutustes ja annab tõhusa panuse nõukogude arstiteaduse varasalve.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut on kasvanud. Eluliselt töötatakse läbi praktilise ja teoreetilise tähtsusega tervishoiuprobleeme. Hügieeniküsimused, mida uuritakse mõlemas Eesti NSV instituudis, tuleb ühendada, koondades nende uurimise Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti.

Oluline on, et Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond ühendaks oma jõud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Meditsiinilise Nõukoguga veelgi suuremal määral ja arvestaks rohkem vabariigi tervishoiu vajadusi.

Lõpuks lubage avaldada veendumust, et eesti meditsiinitöötajad täidavad auga need ülesanded, mis on ette nähtud NLKP XXIII kongressi otsustes. Tervitan arste, teaduslikke töötajaid, farmatseute, meditsiiniõdesid ja sanitare ning soovin neile edu nende üllas tegevuses.

Vestlesid Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg Š. Gulordava.

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

STOMATOLOOGID ARUTASID PARODONTOPAATIAALASEID PROBLEEME

18. juunil 1966. a. korraldati Narvas Eesti NSV stomatoloogide väljasõidukoosolek. Koosolekul anti ülevaade Odessas toimunud Üleliidulise Stomatoloogide Seltsi juhatuse VIII pleenumi ja Stomatoloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi IV väljasõiduistungi tööst parodontopaatia alal. Nimetatud haigusest tabatud haigete ravi organiseerimisest ja metoodikast meie vabariigis rääkisid mitmed stomatoloogid Tartust ja Tallinnast. Ettekannetest selgus, et suuremates ravikeskustes on parodontopaatiat põdevate haigete ravi korraldus ja metoodika kaasaja teaduse tasemel. Suuremat aktiivsust sel alal tuleb näidata paljudel rajoonihaiglate stomatoloogiakabinettidel, veel rohkem aga üksikutel maarajoonide ravikabinettidel. Parodontopaatiat põdevate haigete kompleksseks ravimiseks ja dispanseerimiseks on vabariigis vaja asutada vähemalt kaks spetsialiseeritud parodontopaatiakabinetti.

N. Vihm

ARUTATI AKTUAALSEID PEDIAATRIAPROBLEEME

25. veebruarist 2. märtsini toimus NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia üldkogu XXII sessioon, kus käsitleti loote ja varaealiste laste füsioloogiat ja patoloogiat. Meie maa silmapaistvatelt teadlastelt — pediaatritelt, akušööridelt, füsioloogidelt, immunoloogidelt, infektsionistidelt, farmakoloogidelt jt. — oli 20 ettekannet, mis äratasid suurt huvi. Ettekannetele järgnenud diskussioonist võttis osa 45 inimest.

NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peapediaater professor N. Nissevitš rääkis Nõukogude Liidu suurtest edusammudest laste haigestumuse ja suremuse vähendamise alal, millele on kaasa aidanud töötajate materiaalse heaolu pidev tõus, laste meditsiinilise teenindamise paranemine ja teaduse saavutuste kasutusele võtmine praktikas. Ühtlasi ta rõhutas, et praegu oleme jõudnud niikaugele, et laste suremust on edaspidi võimalik vähendada ainult perinataalse ja varaealiste laste suremuse vähendamise teel, sest surmajuhtudest esimesel eluaastal langeb rohkem kui 60% esimesele elukuule ja neist enamik esimesele elunädalale.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige M. Petrov-Maslakov näitas ettekandes, et laste perinataalne suremus ja haigestumus on peamiselt tingitud loote arenguhäiretest antenataalsel perioodil. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikmete L. Persianinovi, B. Klossovski, korrespondentliikmete P. Svetlovi, V. Solovjovi, professor A. Dõbani ettekannetes, samuti ka diskussiooni käigus toimunud sõnavõttudes näidati veenvalt, et väga tähtis on põhjalikult uurida järgmisi probleeme: loote organismi reageerimine välistele mõjudele ja selle sõltuvus ema organismi seisundist, ema ja loote organismi geneetilised, tsütoloogilised, biokeemilised, endokriinsed ja teised iseärasused.

B. Klossovski viitas sellele, et praegu sünnib kogu maailmas vaimselt ja füüsiliselt alaväärtuslikke lapsi üha rohkem. Progeneesi või loote arengu vältel kahjulikult mõjunud välistegurite tõttu võib paljudel juhtudel sündida väliselt terve ja normaalne laps, kellel alles puberteedieas või stressiseisundis avaldub patoloogia, mis võib osutuda ka pärilikuks.

Esinejad arvasid, et tegureid, mis mõjutavad alaväärtuslike laste sündimist, võib jaotada kolme rühma. Esimesse kuuluvad embrüonaalset arengut ebasoodsalt mõjutavad tegurid, millega on seotud kaasasündinud haigused ja arenguanomaaliad. Need võivad olla tingitud raseda ainevahetushäiretest, tema haigustest, ravimite tarvitamisest ning keemiliste ainete ja kiirguse toimest. Mainitud mõjurite realiseerimine on seotud embrüo kõrge mittespetsiifilise tundlikkusega mitmesuguste väliste agensite suhtes. Embrüo arenemisel see tundlikkus väheneb.

V. Solovjov rõhutas eriti emal esinevate viirushaiguste ebasoodsat mõju loote arengule. Paljudel lastel, kelle surma põhjuseks peetakse sünnitraumat, leitakse lahangul intraventrikulaarseid muutusi, mis sarnanevad viiruskahjustustega. Esineja arvates jääb osa viirushaigustest senini diagnoosimata.

M. Petrov-Maslakovi andmeil kasutab 78% naistest raseduse ajal ühtesid või teisi ravimeid, mille hulgas on ka loote arengule negatiivselt mõjuda võivaid preparaate (antibiootikumid, hormoonid, sulfaniilamiidid jt.). Seejuures ühtede preparaatide ilmselt toksilised annused, nagu näitas A. Dõban, ei põhjusta väärarendite tekkimist, kuid teiste väikesed ja mittetoksilised annused aga toimivad teratogeenselt. Mõned lootele indiferentsed farmakoloogilised agensid mõjuvad teratogeenselt kas atsidoosi või emal tekkinud stressiseisundi taustal. Embrüo kahjustuste patogeneesis ja fötopaatias on suure tähtsusega loote hapnikunälg, eriti siis, kui sellega kaasnevad hapete-leeliste tasakaalu häired.

Teise rühma võib arvata kaasasündinud haigused ja arenguanomaaliad, mille põhjuseks on kromosomaalne aberratsioon. Siin on tegemist ebasoodsate tegurite mõjuga progeneesis, s. t. mees- ja naissugurakkude tekkimine, kasv ja areng ning samuti munaraku viljastumine ja tema pooldumine esimeste etappide vältel. See haiguste rühm ei ole suur.

Kolmandasse rühma kuuluvad lapsed, kelle alaväärtuslikkus on seoses patoloogilise pärilikkusega. Nii esinejad kui ka läbirääkimistel sõna võtnud teadlased rõhutasid eriti geneetiliste, biokeemiliste, histokeemiliste ja tsütoloogiliste uurimismeetodite laialdasema rakendamise tähtsust antenataalse patoloogia uurimisel. Suuremat tähelepanu tuleb pöörata raseda toitumise füsioloogia uurimisele, raseduse nn. kriitiliste perioodide ajalisele täpsustamisele jne.

Enneaegsete ja varaealiste laste füsioloogia ning patoloogia probleemi raames kuulati ettekandeid, mis olid pühendatud enneaegsete füsioloogia iseärasustele (E. Novikova), vastsündinute patoloogiliste seisundite uurimise uutele tulemustele (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige A. Tur), lastekirurgiale (NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige G. Bairov, professor S. Doletski), koljusisestele sünnitraumadele (M. Studenikin ja J. Barašnev) ja teistele küsimustele. Vastsündinute patoloogia hindamisel pöörati suurt tähelepanu mitmesugustele ensümopaatiatele, kesknärvisüsteemi seisundile ja geneetilistele teguritele. Professor R. Tkatšev märkis, et viimasel ajal on suurenenud niisuguste geneetiliste haiguste arv, mille puhul esimesteks nähtudeks on biokeemilised muutused. Sessioonist osavõtjad tulid üksmeelsele arvamusele: selle probleemi edukaks arendamiseks on vajalik, et pediaatrid looksid tiheda kontakti teoreetilise meditsiini esindajatega. Samuti tuntakse vajadust pediaatrite kaadri (oftalmoloogide, endokrinoloogide, onkoloogide jt.) järele.

Ettekandeid probleemi «Nakkushaigused ja nende profülaktika esimesel eluaastal» kohta kuulati tähelepanelikult ja need põhjustasid elava diskussiooni.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikmed P. Zdrodovski ja O. Barojan kõnelesid laste nakkushaiguste epidemioloogiast, immunoloogiast ja profülaktikast. Nad märkisid, et neis küsimustes on vasturääkivusi. Esimestel eluaastatel on lapsed väga vastuvõtlikud nakkushaiguste suhtes ja need kulgevad raskesti. Kaitsesüstimised väldivad küll nakkushaiguste tekkimist ning vähendavad nendesse haigestumist, kuid samal ajal võivad need põhjustada kõige erisugusemaid tüsistusi. P. Zdrodovski rõhutas, et igasugune kaitsesüstimine on vastutusrikas bioloogiline operatsioon, millesse ei või liberaalselt suhtuda. Kaitsesüstimiste efektiivsust ei tohi hinnata ainult nakkushaiguste vähenemise, vaid ka lapse organismis tekkivate muutuste, eriti nendega seotud hilistagajärgede seisukohalt. Räägiti paljude vaktsiinide ja seerumite tugevast allergiseerivast ja sensibiliseerivast toimest. Märgiti nende ebasoodsat mõju sidekoele ja kollageenainele (B. Reznik). Tekkivate muutuste biokeemiline analüüs räägib nende sugulusest kollagenoosidega. Paljude süstitavate preparaatide mõjul täheldati muutusi katseloomade müo- ja endokardis (B. Gussman). Arstiteaduse doktor N. Mazurenko kriipsutas alla, et elusviiruste viimine vastsündinute organismi tingib tulevikus ka onkoloogiaprobleemi uurimise.

Paljud esinejad rõhutasid, et pole vaja ühest äärmusest teise kalduda. Pöörates suurt tähelepanu vaktsineerimise kahjulikkude külgede uurimisele, ei tule unustada selle suurt kasulikkust. Seepärast on vaja õppida vaktsineerima nii, et välditaks tüsistusi. Väga tähelepanelikult tuleb uurida vastunäidustusi (eriti individuaalseid vastunäidustusi), kusjuures peab arvestama allergilist reaktsiooni mitte ainult lastel, vaid ka nende vanematel.

Väga tähtis on esimese eluaasta jooksul tehtavate vaktsineerimiste kalenderplaani kontrollimine, et vältida antigeenide manustamist üleliigsel määral.

Üksikasjalikult tuleb uurida kaitsesüstimiste hilistulemusi ja -tüsistusi. Mõnel juhul võib läbimõtlemata vaktsineerimine vähendada vastupanuvõimet nende nakkushaiguste suhtes, mille eest lapsi tahetakse kaitsta. P. Zdrodovski, O. Barojan ja mõned teised esitasid küsimuse, kas näiteks rõugete vastu kaitsepookimist ei tuleks teha teisel poolaastal või isegi teisel eluaastal.

I. Aršavski kriipsutas alla laste vaktsineerimisjärgsete reaktsioonide täpse statistika olulisust. Ta märkis, et tema sügava veendumuse kohaselt on südame ja veresoonte süsteemi patoloogia ning uudismoodustised etioloogiliselt seotud kahjustustega varases lapseeas. Ainult selles vanuses, ütles I. Aršavski, võib nendele probleemidele lahenduse leida. Paljud esinejad pöörasid tähelepanu süstimismaterjali kvaliteedi parandamisele, selle puhastamisele ballastainetest, samuti uute preparaatide pikaajalisele ja hoolikale katsetamisele enne nende massilist rakendamist.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikmete J. Dombrovskaja ja G. Võgotšikovi ning korrespondentliikme S. Nossovi ettekanded käsitlesid stafülokokkide ja adenoviiruste osa varaealiste laste patoloogias. Sage ja põhjendamata antibiootikumide tarvitamine sensibiliseerib lapsi ja soodustab nende nakkuste sagedasemat tekkimist ja raskemat kulgu. Ettekannetes esitati mainitud nakkuste ravi ja profülaktika kohta soovitusi, milles pöörati suurt tähelepanu stafülokokilise nakkuse spetsiifilisele profülaktikale.

V. Ždanov kaasautoritega tutvustas varaealiste laste respiratoorsete viirushaiguste kaasaegsete laboratoorsete diagnoosimise viisidega, millest kõige perspektiivsem on immunofluorestsentsmeetod.

Arstiteaduse Akadeemia üldkogu XXII sessioon võttis vastu ulatusliku otsuse kõikide arutatud küsimuste kohta.

E. Müllerbek ja I. Laan

PASTEURI-NIMELISE INSTITUUDI KONVERENTSILT

18.—20. aprillini 1966. a. toimus Pasteuri-nimelise Leningradi Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi konverents, kus käsitleti soole- ja piisknakkusi ning looduskoldelisi haigusi.

Professor E. Novgorodskaja andis ülevaate ebaselge etioloogiaga ägedate soolenakkuste uurimisest. Instituudi teadlaste töödest ilmneb, et varaealiste laste ägedate kõhulahtisuste puhul ei näi viirustel erilist tähtsust olevat. Kuid tehti kindlaks, et nii lastel kui ka täiskasvanuil esinevat nn. kliinilist düsenteeriat või ägedat enterokoliiti põhjustab võrdlemisi sageli vähe uuritud enteropatogeenne *Escherichia coli* 0124 : K72 (B17) ja teised sama perekonna esindajad, nagu serotüübid 0143, 028 a, c jt. Erinevalt muudest seni tuntud patogeensetest *E. coli* tüvedest põhjustab serotüüp 0124 düsenteeriast kliiniliselt raskesti eristatavat soolenakkust mitte ainult lastel, vaid ka täiskasvanuil. Analoogiliselt *Sh. sonnei*'ga võib *E. coli* 0124 levida vee ja ka toiduainete vahendusel ning esile kutsuda ulatuslikke puhanguid. Ka bioloogilistelt omadustelt sarnaneb *E. coli* 0124 *shigella*'dega.

Muudest soolenakkustest pöörati tähelepanu düsenteeriale ja salmonelloosidele. Ülevaate kõhutüüfuse epidemioloogia iseärasustest Eesti NSV-s andsid allakirjutanu ja A. Fominõhh. Läti NSV-s esinevaid salmonelloose iseloomustas Z. Terebkova. Siinkohal olgu mainitud, et konverentsi ettekannete kogumikus esitab V. Arbuzova andmeid bakterikandmise kestuse kohta salmonellooside puhul. Nii kirjeldab ta isikut, kel salmonellade eritumine on väldanud 13 aastat (!).

Konverentsi teisel päeval kuulati ettekandeid piisknakkustest (läkaköha, leetrid, epideemiline parotiit jm.). R. Vodja Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist esitas ülevaate paragripi seroloogilisest uurimisest. T. Leonoval oli huvitavaid tähelepanekuid adeno- ja enteroviiruste kandmise kohta vastsündinuil ja imikuil. Loote elundeis ja platsentas viirusi ei leitud, samuti ei olnud neid 1—2 kuu vanustel lastel. Viirusi avastati 3. elukuust alates. Et viirusi leiti ainult 15%-l tervetest lastest, siis tuleb T. Leonova arvates olla ettevaatlik viiruse osatähtsuse hindamisel mitmesuguste haigestumiste põhjustajana.

Looduskoldelistest haigustest pöörati tähelepanu rikketsioosidele, leptospiroosidele, ornitoosile ja tulareemiale.

H. Pihl

ÜLELIIDULINE GASTROENTEROLOOGIDE KONVERENTS

8.—10. juunini 1966. a. toimus Minskis üleliiduline gastroenteroloogide konverents.

Esimese plenaaristungi põhiettekandes käsitles professor S. Rõss (Leningrad) mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve etioloogia ja patogeneesi kaasaja seisu kohti. Ta rõhutas, et haavandtõve etioloogias on oluline osa regulatsioonimehhanismide häiretel, kusjuures haavandtõve patogeneesis on keskнärvisüsteemi talitluse häirete kõrval küllaltki suur tähtsus hormonaalsetel häiretel. Nii professor

S. Rõssi kui ka ülejäänud ettekannetest jäi mulje, et haavandtõve patogeneesi täielikust mõistmisest oleme veel kaugel.

Teisel plenaaristungil pakkusid huvi M. Kossjura (Moskva) ettekanne «Laste haavandtõve kliiniku ja diagnoosimise mõningaid küsimusi» ning professor V. Vassilenko ja kaasautorite töö «Haavandtõve kliinilise kulu iseärasusi naistel». Viimases toodi mitmeid fakte haavandtõve kulu ja kliinilise pildi ning patogeneesi kohta naistel seoses sugunäärmete talitlusega. Professor Z. Bondari ja kaasautorite ettekandes «Haavandtõve kliiniku ja ravi mõningatest iseärasustest kaasneva pankreatiidi korral» näidati rohke kliinilise materjali põhjal, et haavandtõvega võib kaasneda pankreatiit. Seejuures võib ka haiguse kliiniline kulg muutuda, millist asjaolu tuleb eriti arvestada haigete ravimisel.

Kolmandal plenaaristungil kuulati kümme ettekannet haavandtõve diagnoosimisest. M. Melihhova töö «Mao kroonilise haavandi ja esmaselt haavanduva vähi diferentsiaaldiagnoosimine» andis kasulikke näpunäiteid praktiseerivatele arstidele. M. Melihhova soovitas maovähi ja haavandtõve diferentsiaaldiagnoosimisel rakendada nn. ravitesti, kusjuures patsienti tuleb röntgeniaparaadi ja gastroskoobi abil korduvalt kontrollida.

A. Beloussovi ja B. Votšali töö käsitles mao evakuatoorse funktsiooni telemeetrilist uurimist raadiokapsli abil. L. Sokolov rääkis uutest gastroskoobi mudelitest (fotogastroskoop ja fiberoskoop). Üksmeelse tunnustuse osaliseks sai V. Rätsepa ettekanne «Gastroskoopia ja juhitav gastrobiopsia mao haavandtõve diagnoosimisel», mida autor illustreeris värvilise kitsasfilmiga. Teine töö meie vabariigi autoritelt (K. Allpere, L. Valdes ja allakirjutanu) oli «Einhorni niiditest söögitoru, mao ja kaksteistsõrmiksoole erosioonide ja haavandite diagnoosimisel».

Neljandal ja viiendal plenaaristungil arutati haavandtõve ravi probleeme ja organisatsioonilisi küsimusi. Haavandtõve ravist esitas põhiettekande professor B. Votšal, kes rõhutas tuntud raviprintsiipide (üldine rahu, atropiini manustamine enne söömist mao motoorika reguleerimiseks, valgurikas dieettoit ja mao happesuse neutraliseerimine söögisoodaga) tähtsust. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peakirurg M. Kuzin peatus õigeaegse ja põhjendatud kirurgilise ravi tähtsusel ja plastiliste operatsioonide tegemise võimalustel ja tingimustel dumping-sündroomi puhul.

Mitmetes organisatsioonilisi küsimusi puudutavates sõnavõttudes peeti vajalikuks gastroenteroloogiakabinettide avamist polikliinikus.

Konverentsil valiti vastasutatud Üleliidulise Gastroenteroloogide Seltsi juhatus, kuhu meie vabariigist kuuluvad V. Rätsep ja V. Salupere. Seltsi esimeheks sai professor V. Vassilenko.

V. Miller

I ÜLELIIDULINE ANESTESIOLOOGIDE JA REANIMATOLOOGIDE KONVERENTS

15.—18. juunini 1966. a. toimus Moskvas anestesioloogide ja reanimatoloogide esimene üleliiduline konverents, mille põhiprobleemiks olid organisatoorsed küsimused. Nagu NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi peaanestesioloogi A. A. Bunatjani ettekandest selgus, on üldise anesteesia kasutamine liiduvabariikides erisugusel tasemel. Tunnustavaid sõnu öeldi eesti anestesioloogidele, kes 1965. a. olid üldise anesteesia rakendamise poolest Nõukogude Liidus esikohal.

Läbirääkimistel oli tähelepanu keskpunktis NSV Liidu tervishoiu ministri käskkiri nr. 287 14. aprillist 1966. a. Selles on ette nähtud konkreetsed abinõud anestesioloogia-alase kaadri suurendamiseks ja ettevalmistuse parandamiseks ning materiaal-tehnilise ja medikamentidega varustamise korraldamiseks aastail 1966—1969. NSV Liidu tervishoiu minister B. V. Petrovski rõhutas oma sõnavõtus anestesioloogiateenistuse tugevdamise ja spetsialiseerumise vajadust, kuid seejuures ei tule anestesioloogiat eraldada reanimatoloogiast.

Teiseks päevakorrapunktiks olid premedikatsiooniküsimused. Põhiettekande sel teemal esitas T. M. Darbinjan, kes tegi ettepaneku premedikatsiooni mõistet laiendada, s. t. pidada kogu operatsioonieelset ravi ja ettevalmistust premedikatsiooniks. Viimast soovitas ta omakorda jaotada kahte ossa — ravi- ja profülaktiliseks premedikatsiooniks. Nimetatud ettepanek leidis vaid üksikuid pooldajaid. Teiste ettekannete ja läbirääkimiste põhjal jäi püsima järgmine põhimõte. Premedikatsioon peab olema kombineeritud, sest tavaline, nn. lihtne premedikatsioon (promedool+atropiin) osutub enamikul juhtudest mitteküllaldaseks. Olgu öeldud, et premedikatsiooni korral tuleb peale antihistamiinsete ainete vajalikeks komponentideks pidada kolinolüütiliselt ja trankviliseerivalt toimivaid preparaate. Kritiseeriti analgeetilise toimega ravimite rutiinset kasutamist ja atropiini plaanipärast intravenoosset süstimist.

Huvi pakkus ka konverentsi kolmas probleem — anesteesia mõju vereringele. A. I. Treštšinski sissejuhatav ettekanne käsitles operatsiooni ajal tekkivaid

vereringehäireid narkoosi tingimustes. Ettekandja rõhutas vereringehäirete täpse diferentsiaaldiagnoosimise ja ravi vajadust. Seejuures tuleb silmas pidada põhjust ja tagajärge. Suure huviga kuulati ettekandeid reograafiliste uurimismeetodite — reoentsefalograafia ja reohepatograafia — rakendamisest aju ja maksa regionaarse vereringe täpsustamisel. Üldistele vereringehäiretele võivad eelneda regionaarse laadiga vereringehäired. Seega on neid vaja uurida ravimite toime selgitamiseks. Vaidlusi põhjustas gangliolüütilise toimega ravimite ja kortikosteroidide kasutamine vereringehäirete puhul.

Arutati ka anesteesia ja reanimatsiooni rakendamisest tingitud tüsistusi. O. D. Koljutskaja kirjeldas enamikku anesteesiast ja reanimatsioonist tingitud võimalikest tüsistustest. Ka järgmistes ettekannetes rõhutati, et nii tüsistuste profülaktikas kui ka ravis on oluline osatähtsus personali ettevalmistusel. Anestesioloogias laialdaselt kasutatavad müorelaksandid võivad esile kutsuda eluohtlikku välise hingamise puudulikkust paljudel põhjustel, mille avastamine ja ennetamine nõuavad vastaval tasemel ettevalmistatud personali, samuti tarvilikku aparatuuri. Kriipsutati alla, et anesteesiast põhjustatud tüsistusi tuleb arvele võtta ja hilistagajärgi jälgida.

Konverentsil asutati Üleliiduline Anestesioloogide Teaduslik Selts. Juhatusse valiti 48 isikut ja esimeheks T. M. Darbinjan. Uue seltsi juhatus pöördus kõikide anestesioloogide poole üleskutsega asutada igas liiduvabariigis ja suuremas linnas anestesioloogide teaduslik selts.

B. Lehepuu

PÕHJAMAADE XXIII KOPSUHAIGUSTEALANE KONGRESS

6.—8. juunini 1966. a. toimus Helsingi Kõrgemas Kaubanduskoolis Põhjamaade XXIII kopsuhaigustealane kongress, millest võttis osa ligi 200 delegaati Soomest, Norrast, Rootsist ja Taanist.

Kongressi avas professor J. Pätiälä (Soome). Esimesel päeval arutati bakterioloogiliselt diagnoositud kopsutuberkuloosi ja selle prognoosi tänapäeva ravi tingimustes ning atüüpiliste mükobakterite epidemioloogiat. Teisel päeval leidis aset ülddiskussioon teemal «Kopsude ja hingamisteede kutsehaigused» (professorid T. Bruce, A. Nyström, A. Ahlmark ja H. Lindeholm Rootsist). Sama teemat käsitlesid ka Taani, Soome ja Norra esindajad. Õhtusel istungil arutati tuberkuloosse pleuriidi diagnoosimist, ravi ja prognoosi. Kongressi kolmandal päeval oli kavas ettekandeid mitmesugustel teemadel. Neist huvitavamateks olid «Kopsude kollageenhaigused» (dotsent T. Wessel-Aas Norrast), «Bronhide ja pleura värviline fotograafia» (professorid G. Birath ja L. Tivenius Rootsist) ja «LD-isoensüümi tähtsusest kopsuvähi diagnoosimisel» (professor L. Perret Soomest).

Samal ajal teaduslike ettekannetega korraldati mitmeid üritusi. Kongressist osavõtjad viibisid ka Helsingi linnapea juures vastuvõtul.

Järgmine Põhjamaade kopsuhaigustealane kongress toimub kahe aasta pärast Bergenis.

H. Sillastu

KONSULTATSIOONE

JURIIDILIST NÕUANNET

1. Kuidas vallandatakse töötaja koosseisu koondamise tõttu ja kas asutuse juhataja võib meditsiiniõde vallandada, kui sama asutuse teised meditsiiniõed töötavad ka kohakaasluse alusel?

Koosseisu koondamise tõttu võib administratsioon töötaja vallandada (kui see on ametiühingu kohaliku komiteega eelnevalt kooskõlastatud) asutuse täieliku likvideerimise, töömahu või ametikohtade vähendamise korral. Tavaliselt vallandatakse neil motiividel seepärast, et juhtimisaparaati lihtsustada või kui koosseisu komplekteerimisega on liialdatud.

Administratsioon peab koosseisu koondamise korral töötajate vallandamisest ametiühingu kohalikule komiteele õigel ajal teatama. Selleks esitab ta kõrgemalseisva organi korralduse ametikohtade koondamise kohta, vallandamisele kuuluvate

töötajate nimekirja ja plaani vallandatute suunamiseks vabadele ametikohtadele samas asutuses või teise tervishoiuasutusse. Kui vastaval erialal vaba ametikohta ei ole, tuleb kontrollida, kas nõutaval ametikohal töötatakse kohakaasluse alusel.

Vastavalt Vene NSFV Töö Rahvakomissariaadi määrusele 6. veebruarist 1928. a. on administratsioon kohustatud koosseisu koondamise tõttu vallandamisele kuuluvad töötajad nende soovi korral üle viima teisele alalisele või ajutisele tööle. Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruse nr. 21 (21. jaanuarist 1960. a.) «Teenistusalase kohakaasluse piiramise kohta» 11. punkti põhjal võib kohakaasluse alusel töötava isiku vallandada (peale seaduses ettenähtud korra) ka siis, kui sellele ametikohale võetakse töötaja põhitöökohaga. Seega vabadeks ametikohtadeks tuleb lugeda kohakaasluse alusel täidetud ametikohad ja need komplekteerida isikutega, kes kuuluvad vallandamisele koosseisu koondamise tõttu.

Koosseisu koondamisel arvestatakse kõigepealt asutuse huve, selleks et olemasolevaid ametikohti paremini kasutada ja need kõrgema kvalifikatsiooniga töötajatega komplekteerida. Kui ametiühingu kohalik komitee arutab administratsiooni avaldust koosseisu koondamise kohta, võtab ta arvesse meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni, hariduse, töövõime, oskused jne., kusjuures peetakse silmas, et tööle jääksid need isikud, kes paremini ravivad haigeid, oskuslikumalt organiseerivad elanikkonna tervise kaitset ning kollektiivi tööst aktiivselt osa võtavad.

Kui vallandamisele kuuluvad töötajad on kvalifikatsiooni ja teiste näitajate poolest võrdsed, siis on eesõigus tööle jääda perekonnainimestel, kel on kaks või rohkem ülalpeetavat, samuti nendel, kelle perekonnas ei ole teisi töötavaid isikuid. See kehtib ka reservi arvatud või erru lastud ohvitseride, Isamaasõja invaliidide, üksikute emade, kelle ülalpidamisel on alaealisi lapsi, ja keskeri- ja kõrgemates õppeasutustes õppivate töötajate kohta.

Ametiühingu kohalik komitee, arvestanud eespool mainitud asjaolusid, annab koosseisu koondamise korral nõusoleku ainult nende töötajate vallandamiseks, keda ei saa teisele tööle üle viia vabade ametikohtade (ka kohakaasluse alusel täidetud ametikohtade) puudumise tõttu või kui töötaja keeldub pakutud ametikohta vastu võtmast.

Seega administratsioon ei saa meditsiiniõde koosseisu koondamise tõttu vallandada, kui teised sama asutuse meditsiiniõed töötavad ka kohakaasluse alusel.

2. Kuidas rakendada NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ja Üleliidulise Ametiühingute Keskнõukogu Presiidiumi määrust nr. 260/П—14 29. aprillist 1966. a. «Tervishoiuasutuste töötajate mõningate kategooriate lisapuhkustest ja lühendatud tööpäevast seoses tervistkahjustavate töötingimustega»?

Nimetatud määruse alusel saavad kõikide haiglate kirurgiaosakondade (-palatite) arstid, kesk- ja noorem medisiinipersonal 12 päeva lisapuhkust.

Sama kestusega lisapuhkus kehtestati kesk- ja nooremale meditsiinipersonalile, kes töötavad tervishoiu- või sotsiaalkindlustusasutuste lastestatsionaarides (osakonnad, palatid, grupid) ja grupi meditsiinilisele personalile lastesõimedes, sõimaedades. Õigus 12-päevasele lisapuhkusele on ka kõikidel osakonna-, laboratooriumi-, kabineti-, vastuvõtuosakonna- jm. osakondade juhatajatel.

6 päeva lisapuhkust saavad kõikide tervishoiu- ja sotsiaalkindlustusasutuste (haiglate, dispanserite, ambulatooriumide, polikliinikute jt.) keskmeditsiinipersonal ning tervishoiu- ja sotsiaalkindlustusasutuste statsionaaride, samuti tervishoiupunktide (kui need asuvad tsehhides, kus kõikidele töölistele on seoses terviskahjustavate töötingimustega ette nähtud lisapuhkus) noorem meditsiinipersonal.

Õigus lisapuhkusele 1966. a. on nendel töötajatel, kelle tööaasta lõpeb pärast 29. aprilli. Näiteks sanitar, kes võeti kirurgiaosakonda tööle 27. aprillil 1963. a., saab 1965/66. a. eest puhkust 12 päeva (mitte 24 päeva), sest tema tööaasta lõppes enne 29. aprilli.

3. Kas puhkusraha arvutamisel võetakse peale põhipalga arvesse ka muud tasu liigid?

Vastavalt NSV Liidu Rahvakomissaride Nõukogu määrusele 25. juulist 1935. a. «Korralise ja lisapuhkuse aja eest makstava keskmise töötasu arvestamise korrast» ning Üleliidulise Ametiühingute Keskнõukogu otsusele 2. veebruarist 1936. a. võetakse puhkusraha saamiseks keskmise töötasu arvutamisel arvesse kõik töötasufondist makstavad summad, olenemata nende maksmise pidevusest.

Puhkustasu arvutamisel võetakse arvesse ka need summad, mis töötaja sai ajutise asetäitjana töötamise, ületunnitöö ja öötöö eest, puhkustasu, tasu tööseisaku eest ja toetused ajutise töövõimetuse puhul.

Puhkusaja eest saadava keskmise töötasu arvutamisel ei võeta arvesse summasid, mida ei makstud töötasufondist, kompensatsiooni kasutamata puhkuse eest, väljamakseid, mida maksti rohkem kui 12 kuud tagasi, tasu juhuslike tööde eest, mida töötaja ei olnud kohustatud tegema.

U. Meikas

KIRA VASSILJEVA 60-AASTANE



10. juulil 1966. a. tähistas 60. sünnipäeva Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog Kira Vassiljeva.

K. Vassiljeva-Bichele sündis 10. juulil 1906. aastal Narvas teenistuja perekonnas. 1923. aastal lõpetas ta Narvas vene gümnaasiumi ja samal aastal astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda. Majanduslike raskuste tõttu pidi K. Vassiljeva kogu ülikoolis õppimise ajal töötama. Algul elatus ta juhuslikust tööst, kuid juba III kursuse üliõpilasena sai alalise koha Tartu ülikooli bakterioloogiainstituuti.

1931. aastal lõpetas K. Vassiljeva arstiteaduskonna. Aastail 1929—1939 oli ta Tartus kliinilise laboratooriumi juhatajaks, jätkates tööd ka ülikooli bakterioloogiainstituudis.

Pärast juunipööret suunati K. Vassiljeva Narva, kus ta tegutses sanitaar- ja epidemioloogiajaama peaarstina ja bakterioloogialaboratooriumi juhatajana.

Suure Isamaasõja puhkemisel evakueerus juubilar tagalasse, kus ta täitis vastutavaid ülesandeid Gorkis ja Ufaas. 1942. aastal astus K. Vassiljeva vabatahtlikult Punaarmeesse ja kuulus 7. eesti laskurdiviisi. Armees töötas ta vastutavatel ametikohtadel.

Pärast demobiliseerumist (1946. aastal) asus K. Vassiljeva tööle Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja 1954. aastast alates on ta vabariigi peaepidemioloogi ametikohal. K. Vassiljeva võttis aktiivselt osa sanitaar-epidemioloogiateenistuse loomisest vabariigis. Ta oli I. Metšnikovi nimelise Mikrobioloogide, Epidemioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Teadusliku Seltsi organiseerimise initsiaatoreid ja juhtis selle tegevust rohkem kui kümne aasta vältel juhatuse esimehena. Juubilaril on suuri teeneid nakkushaiguste-vastaste kaitsepookimiste korraldamisel vabariigis. Tema sulest on ilmunud arvukalt teaduslikke töid. K. Vassiljeva on Nõukogude Eesti preemia laureaat.

K. Vassiljeva võtab aktiivselt osa ühiskondlikust elust. Paljude aastate jooksul oli ta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ametiühingu kohaliku komitee esimees. Ta on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ning Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi õpetatud nõukogu liige, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomüeliidi ja Viirusentsefaliitide Instituudi mittekoosseisuline teaduslik töötaja ja Keskrajooni Rahvakontrolli tervishoiuosakonna juhataja.

1943. aastast alates kuulub K. Vassiljeva Nõukogude Liidu Kommunistlikusse Parteisse. Valitsus on kõrgelt hinnanud juubilari tööd. Teda on autasustatud ordeniga «Punane Täht» ning medalitega «Võidu eest Saksamaa üle Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945», «Eeskujuliku töö eest» ja «20 aastat võidust fašistliku Saksamaa üle».

Soovime juubilarile kui suurte kogemustega spetsialistile edaspidiseks tööks palju jõudu ja tervist!

Kaastöötajad

RALF UUETOA 60-AASTANE



4. oktoobril 1966. a. tähistas 60. sünnipäeva Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri peaarst Ralf Aleksandri p. Uuetoa.

Ralf Uuetoa sündis 1906. a. Tallinnas. Pärast Tallinna Reaalkooli lõpetamist 1925. a. asus ta õppima Tartu ülikooli, mille arstiteaduskonna lõpetas 1932. aastal. Tööle asus maale, algul Sadala, hiljem Harku valda. 1936. a. alates töötas R. Uuetoa dermato-veneroloogina Tallinna III haiglas, Tallinna naha- ja suguhaiguste nõuandlas ja haiglas ning 1945. a. alates Tallinna Naha- ja Suguhaiguste Dispanseris, kus ta on olnud ordinaatori, osakonnajuhataja ja peaarsti asetäitja ametikohal. 1958. a. alates on viimati nimetatud dispanseri peaarstiks.

R. Uuetoad tuntakse kui kõrge kvalifikatsiooniga ja suurte kogemustega arsti. Ta on oma ala entusiast, kes peab sammu uute meditsiinisaavutustega, rakendades neid igapäevases tegevuses. Juubilar on pälvinud nii haigete kui ka kaastöötajate lugupidamise. Tema nimega on seotud vabariigis saavutatud edusammud elanike dermato-veneroloogilise teenindamise alal.

R. Uuetoalt on ilmunud teaduslik töö leeprast Eesti NSV-s, mitmeid artikleid meditsiinikäsiraamatutes ja brošüüre.

R. Uuetoa tööd on korduvalt esile tõstetud Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjades.

Soovime juubilarile ka edaspidiseks palju indu, head tahet ja tugevat tervist!

Kolleegid

MITMESUGUST

GEOHÜGIEEN

Arstiteaduse kandidaat *H. JÄNES*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Käesoleva aasta kevadel ilmus lugeja lauale NSV Liidu Teaduste Akadeemia poolt välja antud raamat *, mille põhikanvaa moodustavad mõtted tekkisid selle koostamise initsiaatoril ja vastutaval toimetajal Vene NFSV teenelisel teadlasel professor N. Lazarevil pärast seda, kui ta 1949. aastal oli viibinud Kohtla-Järvel ning vestelnud tööstusrahvaga tuha- ja aherainemägede mõjust ümbruskonna elanikele. Raamatu «Sissejuhatus geohügieeni» autorid ei võtnud kasutusele üksnes uue termini «geohügieen», vaid lõid sisuliselt uue hügieeniharu.

Erinevus geohügieeni ja hügieeni teiste harude vahel on eeskätt kvantitatiivne: geohügieen uurib niisuguseid keskkonnas toimuvaid nihkeid, mis on globaalset laadi ja millel on tähtsus biosfääri kui ühtse terviku hügieenilisel hindamisel. Seega on geohügieen ühest küljest profülaktilise meditsiini osa, teisest küljest aga on ta kõige tihedamini seotud veel muude teadusharudega, mis uurivad meie planeeti (geoloogia, geokeemia, geograafia, majandusgeograafia jt.).

Teaduslikke andmeid, mis sundisid N. Lazarevi ja tema kolleege formuleerima uue hügieeniharu peamisi ülesandeid, on kaasajal kogunenud

* Введение в геогигиену. Издательство «Наука», М.-Л., 1966, 324 стр.

arvukalt. Kõne all olevas raamatus leidub selle kohta rikkalikult faktilist materjali.

Tõsiseks probleemiks on inimkonna mõju toksiliste elementide migreerimisele biosfääris. Mürgiste (või potentsiaalselt mürgiste) ainete kaevandamine intensiivistub aastast aastasse. Kui 1948. a. kapitalistlikes maades kaevandati kroomi 650 000, niklit 153 000 ja elavhõbedat 3 250 000 tonni, siis 1959. a. olid vastavad arvud 1 360 000, 307 000 ja 6 420 000. Sel viisil on inimkond tegutsenud juba pikemat aega. Näiteks Suurbritannia elanikkond on 2000 aasta jooksul (kuni 1913. a.) maapõuest ammutanud umbes 30 km^3 mäemassi.

Toksiliste elementide migreerimises on oluline osa maailmakaubandusel, mille kaudu kõige erisugusemad ained satuvad ühest maakera piirkonnast teise ja põhjustavad biosfääri saastumist ka seal, kus toksilisi ühendeid looduses ei esine või kus neid tervishoiu seisukohalt leidub tähtsusetul hulgal. Klassikaliseks näiteks on plii levimine, mida enamikus tsiviliseeritud maades kasutatakse 2—3 kg elaniku kohta aastas. Seda sisaldab põllumajanduslike piirkondade pinnase tolm keskmiselt 0,00123%, linnatänavate tolm aga 0,02%. Üheks püsivaks plii allikaks on kivisöetuhk, milles seda leidub rohkem kui pinnases (vt. tabel 1). Palju pliid levib elukeskkonda etüleeritud bensiiniga töötavate mootorsõidukite heitgaaside kaudu: väikelinnade territooriumi iga ruutmeetri kohta langeb aastas umbes 36 grammi pliid, Pariisi peatänavatel aga ulatub see kogus 100 kilogrammini.

Toksiliste anorgaaniliste ainete peaallikas on tahke kütus. Kivisöe põletamise tulemusena tekib maailmas igal aastal 600 miljonit tonni tuhka. Käesoleva sajandi lõpuni jõuab inimkond atmosfääri paisata üle 8,8 miljardi tonni tuhka (aja jooksul langeb see maapinnale), kusjuures tuhamägedesse kuhjatakse 15 miljardit tonni tuhka ja šlakki. Tabelis 1 toodud andmetest võib järeldada, millises suunas on oodata pinnase koostise muutumist nimetatud tuhakoguse mõjul.

Tabel 1

Toksiliste elementide keskmine sisaldus (g/t) kivisöetuhas ja maakoores

Element	Kivisöetuhk	Maakoor
Arseen	500	2
Berüllium	45	2
Koobalt	300	23
Nikkel	700	80
Kadmium	5	0,15
Plii	100	16
Hõbe	2	0,1
Molübdeen	50	1
Uraan	400	2

Elukeskkonda saastavad eriti metallurgiatööstuse ettevõtted. Näiteks 1961. a. paiskasid kapitalistlike riikide vasesulatustehased biosfääri 7,5 miljonit tonni tolmu. Dešifreerituna tähendab see, et aasta jooksul sattus pinnasesse rauaühendeid 4,5 ja vaseühendeid 1,5 miljonit, arseeni-, elavhõbeda-, tsingi- ja pliiühendeid à 300 000 tonni. Metallurgiakombinaadid võivad aja jooksul oluliselt muuta pinnase koostist ja füüsikalis-keemilisi omadusi nii vahetult kui ka mikrofloora kaudu. Sademete kaudu tungivad toksilised ained veekogudesse (isegi põhjavette), taimedesse ning edasi loomade ja inimese organismi. Tagajärjeks võivad olla nii endeemilised haigused kui ka kroonilised, esialgu hiilivalt kulgevad intoksikatsioonid.

Toksiliste ainetega saastab inimkond biosfääri veel mitmel teel. Globaalse tähenduse on omandanud biosfääri reostumine mineraalväetiste ja pestitsiididega. 1960. a. kulutati NSV Liidus mineraalväetisi ühe hektari põllumaa kohta 50 kg, 1965. a. aga 134 kg. Pestitsiididega töödeldakse ligikaudu $^1/_{12}$ kogu USA territooriumist, NSV Liidus tolmutati ja piserdati üksnes lennukite abil 1965. a. 45 miljonit hektarit põllu- ja muid kultuure. Kõige tuntumat mürkkemikaali — DDT-d — kasutatakse NSV Liidus 20 000 ja USA-s 70 000 tonni aastas.

Pestitsiidid, mida saadakse maapõuest ammutatud toksilistest elementidest (arseeni-, elavhõbeda-, fluori- jt. ühendid), väärivad geohügieeni

seisukohalt erilist tähelepanu, sest nende kasutamisel dispergeerib inimene biosfääri toksilisi aineid, mis isegi pika aja jooksul ei kahjutustu. Õnneks on nende tootmine viimasel ajal stabiliseerunud või isegi vähenenud. Kunstlikult saadavad toksilised orgaanilised ühendid on eriti ohtlikud siis, kui nad väliskeskkonnas püsivad pikemat aega muutumatutena (näiteks osa kloororgaanilistest ühenditest).

Võitlusel taimekahjuritega pole üksnes suur majanduslik, vaid ka sotsiaalne tähtsus. Paljude maade majandusteadlased, entomoloogid jt. spetsialistid arvavad üksmeelselt, et pestitsiidide tootmine kasvab lähemas tulevikus veelgi, sest üksnes selle arvel saab inimkond põllumajandussaadusi palju rohkem (NSV Liidus 5 miljardi rubla eest). Pestitsiididest niipea loobuda ei saa. Kuid vältimatu on see, et ohtlikud ained tuleb asendada inimesele vähe toksiliste kiiresti lagunevate ühenditega. On vaja sõlmida rahvusvahelised kokkulepped mürkkemikaalide sanitaarse normeerimise alal ja tarvitusele võtta muud profülaktikaabinõud.

Omaette probleemi kujutab endast orgaanilise sünteesi keemia üha kiirenev arenemine. Kapitalistlikes maades kasutatud kautšuki üldhulgast oli 1938. a. sünteetilist kautšukit 0,6%, kuid 1960. a. juba 51,9%. 1939. a. toodeti plastmasse ja tehisvaike 330 000 tonni, 1960. a. aga 6 200 000 tonni. Kogu maailmas toodetud tekstiilkiust moodustas tehiskiud 1930. a. 3%, 1960. a. aga 22%. Inimese tegevus orgaanilise sünteesi valdkonnas on kaasa toonud elukeskkonna saastumise mitte ainult keemilise tooraine ja vaheproduktidega, vaid ka plastifikaatoritega (klooritud naftaliinid, bifenüülid, triortokresüülfosfaat jt.) ning polümeeride destruktiivse oksüdeerumise tagajärjel eralduvate ainetega.

Uute sünteetiliste ainete saatusest biosfääris on väga vähe teada. Võib oletada, et suur osa orgaanilistest ainetest aja jooksul laguneb, kusjuures moodustuvad vähe toksilised ühendid. Kuid alati pole see nii. Näiteks toksilise hägu moodustumine suurlinnade tänavail on just väliskeskkonnas toimuvate fotokeemiliste reaktsioonide tagajärg (olefiinidest tekib mitmeid uusi ühendeid, nende hulgas ka aldehüüdid, peroksiidid jt.).

Biosfääri reostumine radioaktiivsete ainetega on üldtuntud. Moskva leping tuumakatsetuste piiramise kohta oli oluliseks abinõuks, mis pidurdas elukeskkonna edasist saastumist. Mitte vähem võivad saastumist põhjustada aatomitööstuse heitained. Esialgse prognoosi järgi toodetakse 2000. aastal aatomikütuse baasil energiat peaaegu niisama palju kui praegu kogu maailmas saadakse kivisöe põletamisel. Kui profülaktikaabinõusid ei rakendata, siis toob aatomitööstuse arenemine kaasa samasuguseid tagajärgi, kui võis karta tuumakatsetuste ulatusliku jätkamise puhul (keskmise eluea lühenemine, leukeemiajuhtude sagenemine, defektiivsete laste arvu suurenemine jne.). Radioaktiivsete jäätmete heitmine ookeani (seda on tehtud Kalifornia, San Francisco, Hollandi ja Inglismaa ranniku lähedal ning mujal) loob ka tulevikus selleks reaalsed eeldused. Aatomitööstuse jäätmete probleem pole tänapäeval veel kaugeltki lahendatud. Niisugune olukord võib aatomienergeetika arengut isegi pidurdama hakata. Uute võtete otsingul jääb siiski kaaluv sõna öelda geohügieeni spetsialistidel.

Arenenud maade andmed kõnelevad sellest, et praegusel momendil on kiiritamine meditsiinilisel eesmärgil inimkonnale suuremaks ohuks kui näiteks radioaktiivsed sademed. Kuid röntgendiagnostikast ja -teraapiast tulenevat ohtu saab vältida, sest kiirgusannuseid on mitmesuguste abinõudega võimalik reguleerida.

Peaaegu kogu Maa elanikkonna mureks on ka kantserogeensete ühendite levimine biosfääris. Enamik käesoleval ajal tuntud kantserogeensetest ainetest on inimese poolt loodud orgaanilised ühendid. Nende hulgas on esikohal polütsüklilised aromaatsed süsivesinikud, mis tekivad eelkõige kütuse mittetäielikul põlemisel ja orgaanilise tooraine kuivutmisel. Kuid kantserogeensed ained ei ole alati põhjuslikus seoses tööstusega: polütsüklilisi süsivesinikke leidub suitsutatud toiduainetes, tubakasuitsus ja isegi praetud kohviubades. Niisugusel juhul seisab tööstuse osa ainult selles, et ta aitab elanikkonna harjumustest ja tavadest tulenevaid soove täielikumalt rahuldada.

Kantserogeensete ainete migratsioonist looduses puudub terviklik

ülevaade. Polütsüklilised aromaatsed süsivesinikud aga on keemiliselt püsivad ained, mida lõhustavad ainult kanged kontsentreeritud happed ja teataval määral ka ultraviolettkiired. Blastomogeenseid aineid leitakse tsiviliseeritud maade saastunud õhus, vees ja pinnases. 3, 4-benspüreeni on avastatud kalades, mis püüti elava liiklusega mereteede piirkonnast, mägijärvede fütoplanktonis jm. Inimkond põrkab kokku uue globaalse probleemiga — kantserogeensed ained tungivad toiduainetesse nii-öelda loomulikul teel.

Valdav osa biosfääri sattunud ebasoodsatest ühenditest avaldab inimesele mõju eelkõige õhu ja vee kaudu. Seetõttu on geohügieeni üheks tähtsamaks ülesandeks inimese tegevuse tulemusena Maa atmosfääris toimuvate nihete jälgimine. Atmosfääris sisaldub $1{,}18.10^{15}$ tonni hapnikku ja 2330 miljardit tonni süsihappegaasi. Selline suhe on seni tasakaalus püsinud peamiselt fotosünteesi tõttu. Inimese tegevuse, eelkõige kütuse põletamise tagajärjel paisatakse praegu atmosfääri hiigelhulgal süsihappegaasi (aastail 1900—1935 umbes 150 miljardit tonni). See on kogus, mida taimestik juba praegu ei suuda sarnastada — metsamassiivid vähenevad! — ega merevesi absorbeerida. Praegu on atmosfääris CO_2-te 2% võrra rohkem kui tööstusrevolutsiooni perioodil.

Ühe hüpoteesi järgi ennustatakse selle alusel Maa kliima muutumist. Arvutused näitavad, et lähema 100 aasta jooksul suureneb vaba CO_2 hulk maakeral 1700 miljardi tonni, s. o. 70—85% võrra. CO_2 hulga kahekordistumine atmosfääris aga tõstab õhu temperatuuri 3—4° C võrra, sest süsihappegaas takistab soojuse kiirgamist maapinnalt.

Tootmisprotsesside käigus ei teki üksnes süsihappegaasi, vaid ka muid jääkaineid, mis samuti suunatakse atmosfääri (vt. tabel 2). Eelkõige saastub atmosfäär inimasulate kohal. Näiteks Leningradi õhk on 10—350 korda rohkem tolmuga saastunud kui linnast kaugel asuvate maakohtade õhk. New Yorgi kohal hõljuvate tolmuübemete kogukaalu hinnatakse 1680 tonnile. Linnade kohal saastunud õhk ulatub küllaltki kaugele: Berliinist alguse saav suitsuloor kandub Läänemereni, Inglismaa keskosas paiknev tööstusrajoon saastab 300 km kaugusel asuva Iirimaa õhku jne.

Tabel 2

Kütuse põletamisel ja metallide sulatamisel tekkivate heitainete hulk (kg/t)

Aine	Tolm	SO_2	CO
Kivisüsi	40—50	16—20	178
Bensiin	—	—	850
Malm	96	1,7—3,7	1200
Teras	—	2,8	400
Vask	2090	8800	
Tsink	62,5—77,5	878	
Tina	14—25	940—1200	
Plii	50—60	540	
Tsement	240		

Atmosfääri saastavate gaaside hulgas on esikohal kütuse mittetäieliku põlemise tagajärjel tekkiv süsinikoksiid, mille allikaks on küttekolded (tööstusettevõtetes) ja mootorsõidukid. Viimaste osatähtsus üha suureneb.

Käesoleval ajal on meie planeedil vähemalt 150 miljonit mootorsõidukit (neist 75% sõidu- ja 25% veoautosid), mis iga tunni jooksul paiskavad õhuookeani üle 600 000 tonni süsinikoksiidi. See kogus hakkab mõnel maal (näiteks Inglismaal) ületama küttekolletest pärinevat CO hulka. Karakteerne on, et mootorsõidukite heitgaasid pole enam omased ainult linnatänavatele — neid satub õhku igas maakohas, mida läbivad autoteed.

Praegu on veel hiigelhulgal puhast õhku ookeanide ja merede kohal (ookeanide pindala on 361,45 miljonit km^2, maismaa pindala 148,42 miljonit km^2). Küllaltki ulatuslikke puhta õhu tsoone leidub ka mandritel, mistõttu atmosfääri saastumine, millel kahtlemata on juba geohügieeniline iseloom, jääb esialgu veel ajas ja ruumis piiratud nähtuseks. Kuid kogu maailmas toimuv industrialiseerimine toob paratamatult kaasa saastunud alade laienemise ja laatumise. Seni pole ammendatud ka atmosfääri küllaltki suur enesepuhastusvõime (näiteks üks vihmapiisk, mis kaalub 50 mg ja langeb 1 km kõrguselt, peseb puhtaks 16,3 l õhku; 1 liiter vihmavett uhub läbi $3{,}26.10^5$ õhku), millel siiski on piirid. Neid piire ei tohi ületada.

Vähem tähtsad pole hüdrosfääri geohügieenilised nihked. Majapidamisreovete kogumaht maailmas ulatub umbes 110 miljardi m^3 aastas, s. o. 0,22% kõikide maakera jõgede vooluhulgast, vastavad andmed töötusreovee kohta on 400—500 miljardit ja 0,8%. Need arvud kasvavad tohutu kiirusega. NSV Liidus suunati 1963. aastal iga ööpäeva jooksul looduslikesse veekogudesse ligikaudu 32 miljonit m^3 reovett. 1980. aastaks suureneb see kogus 180 miljoni m^3-ni. Niisugune perspektiiv on väga tõsiseks hügieeniprobleemiks.

Jõgedesse sattuvad heitained võivad biosfääris levida märksa kaugemale kui atmosfääri paisatud ained. Tõsi, maailma-ookeani, mille maht on 1,37 miljardit km^3, pole inimkond veel suutnud olulisel määral saastata (kui mitte arvestada radioaktiivset saastumist ulatuslike tuumakatsetuste perioodil), kuid puhta mageda vee «maailmakriis» on juba olemas. 1980. a. vajab NSV Liidu rahvamajandus 200 miljardit m^3 vett aastas, mis moodustab juba 10% kõikide NSV Liidu jõgede vooluhulgast. Kasvav veetarvitus suurendab veekogude reostumist veelgi (NSV Liidus läbib täieliku bioloogilise puhastuse ainult 30% majapidamisreovetest) ja veevajaduse kasvu ei kompenseeri ka uute veevarustusallikate otsimine ega leidmine.

Disproportsiooni tekkimine veevarude ja vee vajaduse vahel on tunduvalt tõenäolisem kui mittevastavuse sugenemine inimkonna arvulise kasvu ja toiduainete tootmise kasvu vahel. Abinõusid toiduainete ressursside suurendamiseks on inimkonnal rohkem kui võimalusi veevarude suurendamiseks. Pessimismiks pole veel mingit alust, kuid teaduslik ettenägemine on vajalik — see peab inimkonna õigesse suunda juhtima.

1. jaanuaril 1965. a. algas rahvusvaheline hüdroloogia kümmeaastak, mille programmi täitmisest võtab osa üle saja riigi. Kümmeaastaku vältel koostatakse maakera veebilanss, et selle alusel leida teid veevarude otstarbekamaks kasutamiseks. Hüdrosfääri sanitaarse kaitse probleemide lahendamine jääb geohügienistide mureks.

Elukeskkonda ebasoodsas suunas mõjustavate tegurite vastu peab võitlema konkreetsetest tingimustest lähtudes, kuid nähtavasti on saabunud aeg mõningate põhimõtteliste seisukohtade ümberhindamiseks. Alles hiljuti oli mitmesuguste ainete kahjuliku toime vältimise põhimeetodiks dispergeerimine, s. o. nende hajutamine biosfääris. Biosfääri eri osade maht, kui seda väljendada arvudes, on küllaltki suur. Näiteks praegu tuleb iga inimese kohta ligikaudu 2 miljonit tonni õhku. Inimese tootmistegevuse mõju maale oli seni suhteliselt väheulatuslik ja jääkainete paiskamine atmo- või hüdrosfääri lahendas rahuldavalt ülesande säilitada hügieenilisi tingimusi inimese poolt asustatud keskkonnas. Kuid juba praegu on kvantiteet muutunud kvaliteediks. Olukord on radikaalselt muutunud ja dispergeerimise meetod ei vii alati enam sihile.

Inimese kui geohügieenilise teguri osatähtsuse lakkamatu kasvamise tõttu on paratamatu, et dispergeerimise printsiip tuleb asendada teise, eeskätt kontsentreerimise printsiibiga. Ohtlikud biogeensed ja tehnogeensed produktid on tarvis ringlusest biosfääris välja lülitada. Selleks on palju võimalusi. Nende hulgas ratsionaalseimaks on utiliseerimine, nimelt ohtlike ühendite muutmine kasulikeks aineteks.

Geohügieen kui uus teadusharu on sündinud. Pole kahtlust, et see toimus õigel ajal. Geohügieeni ülesandeid, meetodeid jms. tuleb veel täpsustada, kuid biosfääris kulgevate muutuste jälgimine ja hindamine globaalses mastaabis on juba praegu vältimatult vajalik.

ГЕОГИГИЕНА

Х. Янес

Резюме

В 1966 г. Академия наук СССР издала книгу «Введение в геогигиену». Редактор и инициатор издания этой книги заслуженный деятель науки РСФСР профессор Н. Лазарев и его коллеги не только начали первыми употреблять термин «геогигиена», но и создали по существу новую отрасль гигиенической науки. Различия между геогигиеной и другими гигиеническими дисциплинами представляются прежде всего количественными: объект изучения геогигиены — сдвиги гигиенических характеристик, носящие глобальный характер и имеющие значение для гигиенической оценки состояния биосферы в целом. Таким образом, с одной стороны геогигиена является частью профилактической медицины, а с другой стороны, она теснейшим образом связана с целым рядом наук, изучающих нашу планету (геология, геохимия, география, экономическая география и др.).

Геогигиенические исследования должны охватывать следующие проблемы: миграция токсических элементов, а также новых, создаваемых человечеством токсичных соединений (пестициды, полимерные материалы и др.) и канцерогенных веществ в биосфере, радиоактивное загрязнение биосферы, геогигиенические сдвиги в атмосфере и в гидросфере под влиянием человеческой деятельности и т. д.

На основе богатого фактического материала, опубликованного в рассматриваемой книге, автор приводит данные, характеризующие современное состояние геогигиенических проблем.

Меры защиты против нежелательных сдвигов гигиенических характеристик биосферы зависят от конкретных условий. Но некоторые принципиальные вопросы требуют пересмотра уже сейчас. Например, в настоящее время принцип диспергирования самых разнообразных нежелательных веществ в биосфере часто оказывается не достигающим цели и все больше нуждается в замене принципом концентрации и утилизации этих веществ.

Геогигиена — наука новая, ее задачи и методы должны и будут уточнены. Рождение этой новой отрасли гигиены необходимо считать своевременным и закономерным.

UUSI RAVIMEID

MÕNED UUEMAD RAVIMPREPARAADID

Korontiin (*Corontinum*, Коронтин)

Korontiin on N-(3-fenüülpropüül)-2(1,1-difenüülpropüül) amiini laktaat.

Preparaati tarvitatakse koronaarveresoonte orgaaniliste ja funktsionaalsete kahjustuste puhul. Korontiin kiirendab koronaarvereringet ja parandab südamelihase varustamist hapnikuga, kusjuures südame töömaht ei suurene. Kiirenenud südametegevus normaliseerub, kuid aeglustunud südametegevus (bradükardia) ei reguleeru. Peale mõõduka hüpotensiivse toime on korontiinil rahustav toime. Ta mõjub soodsalt psüühiliste häirete korral. Rahustava efekti saamiseks manustatakse samal ajal 15—30 mg fenobarbitaali.

Preparaat on näidustatud stenokardia, orgaanilise ja funktsionaalse koronaarpuudulikkuse, südamelihase vereringehäirete, samuti perifeersete veresoonte spasmide korral.

Vastunäidustuseks on kodade ja vatsakeste vaheliste, samuti vatsakeste juhteteede häired.

Täiskasvanuile määratud algannus on 2 tabletti 3 korda päevas. Terapeutilise efekti säilitamiseks manustatakse 1 tablett 2—3 korda päevas. Ravikuur kestab mitu nädalat.

Korontiini võib kasutada kombinatsioonis südameglükosiidide ja valuvaigistitega.

Korontiin on Ungari Rahvavabariigist imporditav preparaat. Ravimit lastakse välja dražeedena originaalpakendis 0,015×100.

Kvertsetiin (*Quercetinum*, Кверцетин)

Sünonüümid: Quercetol, Quertin.

Kvertsetiin on keemiliselt koostiselt 3, 5, 7, 3, 4-pentaoksüflavoon. Preparaat on kollase värvusega lõhnata maitseta kristalne pulber. Raskesti lahustub vees, kergemini alkoholis ja leelises lahuses.

Kvertsetiin toimib analoogiliselt rutiiniga, vähendab kapillaaride läbitavust ja suurendab veresoonte elastsust. Preparaat laiendab ka veresooni, lõõgastab silelihaskude ja omab spasmolüütilist toimet.

Näidustusteks on hüpertooniast, ateroskleroosist, reumast, hematoloogilistest ja infektsioossetest haigustest tingitud veresoonte seinte läbilaskvuse ja elastsuse patoloogilised muutused ning kapillaaride kahjustused, mis tulenevad antikoagulantidega ravimisest.

Kvertsetiini kasutatakse ka profülaktilise ja abivahendina ateroskleerootiliste muutustega veresoonte tüsistuste korral, samuti kiiritusravis ja pahaloomuliste kasvajate radiokirurgilise ravi puhul.

Vastunäidustusi ei ole.

Manustatakse tablettidena (0,02) 3—5 korda päevas. Annused ja ravi kestus sõltuvad haiguse kliinilisest pildist. Ravikuur vältab 5—6 nädalat. Kvertsetiini on soovitatav anda koos askorbiinhappega.

Kvertsetiini lastakse välja tablettidena originaalpakendites 0,02×25.

Säilitatakse hermeetiliselt suletuna valguse eest kaitstud kohas.

Tauremisiin (*Tauremisinum*, Тауремизин)

Tauremisiini toodetakse Tauria koirohust.

Preparaat on valge kristalne pulber, mis hästi lahustub vees ja alkoholis.

Tauremisiin stimuleerib kesknärvisüsteemi talitlust, tugevdab südamelihase kontraktsioone, tõstab vähesel määral vererõhku ja soodustab diureesi.

Tauremisiini kasutatakse kesknärvisüsteemi toonuse tõstmiseks ja kardiotoonilise vahendina neil juhtudel, kus kampri ja kofeiini kasutamine on näidustatud.

Preparaadi 0,25%-list lahust süstitakse veeni, lihasesse või naha alla 0,5—1 ml. Vajaduse korral võib ühekordset annust suurendada kuni 2 ml.

Suu kaudu manustatakse tablettidena (0,005) või 30 tilka 0,5%-list lahust 3 korda päevas. Ravikuur kestab 10—15 päeva.

Kõrvalnähte ja tüsistusi ei täheldata.

Tauremisiini toodetakse tablettidena à 0,005 g ja 0,5%-lise lahusena sissevõtmiseks ning ampullides à 1 ml 0,25%-list lahust.

Säilitatakse valguse eest kaitstult.

Tauremisiin kuulub B-nimekirja.

H. Kangro

KROONIKA

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

26. mail kinnitasid Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegium ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidium paremad ravi- ja profülaktikaasutused eesrindliku kogemuste koolideks. Tallinna Vabariikliku Haigla organisatsioonilis-metoodilise osakonna juhatajat R. Malvistet ja ministeeriumi peaspetsialiste kohustati abistama näitliku agitatsiooni korraldamist eesrindlike kogemuste koolides ja parandama töö kvaliteeti. Ühtlasi kohustati 1. septembriks 1966. a. asutusi ette valmistama kogemuste edasiandmiseks. Niisuguste koolide töö meetodeid tuleb propageerida seminaridel ja konverentsidel, samuti ajakirjanduses. Tervishoiuosakondade juhatajad ja rajoonide keskhaiglate peaarstid peavad meditsiinitöötajaid suunama eesrindlike kogemuste koolidesse. Nendeks koolideks on järgmised ravi- ja profülaktikaasutused: Võru Rajooni Tuberkuloositõrje Dispanser, Pühajärve Vabariiklik Kopsutuberkuloositõrje Sanatoorium, Kiltsi ja Palivere velskri-ämmaemandapunktid, Valga Rajooni Keskhaigla, Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinik, Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinik, Kopli Polikliiniku töölisnoorukite kabinet, Tõnismäe Haigla polikliiniku kardioreumatoloogiakabinet, Abja, Kose ja Roela jaoskonnahaiglad, Kohtla-Järve keemiakombinaadi juures asuv 1. Linnahaigla polikliiniku filiaal ja Viljandi Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaam.

*

26. mail kuulas kolleegium Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti A. Roosilehe, Narva ja Kohtla-Järve tervishoiuosakondade juhatajate B. Tsitlise ja J. Lebedevi aruandeid ning ministeeriumi administratiiv-majandusosakonna juhataja H. Normani kaasaruannet. Kõne all olid ohutustehnika ja tuletõrjeüritused. Kolleegium märkis, et Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst A. Roosileht

ning Narva ja Kohtla-Järve tervishoiuosakonna juhatajad B. Tsitlis ja J. Lebedev ei ole ohutustehnika- ja tuletõrjealastesse küsimustesse küllalt tõsiselt suhtunud ega nõua seda ka alluvailt. Kontrollimisel selgus, et ohutustehnika ja tuleohutuse alal ei instrueerita üheski ravi- ja profülaktikaasutuses. Füsioteraapias kasutatavad aparaadid on maandamata ja enamikus asutustes pole maandamistakistust mõõdetud, ühtlasi puuduvad mõõtmiste kohta aktid (need olid ainult Kohtla-Järve 3. Linnahaiglas). Autoklaavidel lubatakse töötada isikuid, kel ei ole spetsiaalset ettevalmistust (Narva Linna Haigla, Narva Linna Nakkushaigla, Kohtla-Järve 1 ja 3. Linnahaigla jt.). Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid, rajoonide peaarste ja vabariiklike ravi- ja profülaktikaasutuste juhatajaid kõrvalekaldumatult täitma ohutustehnika eeskirju ja juhendeid, samuti Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi otsust (25. märtsist 1965. a.) ning ministeeriumi käskkirja nr. 3 21. jaanuarist 1964. a.

*

2. juunil kuulas kolleegium statistikaosakonna juhataja M. Marantsi aruannet tervishoiu olukorrast ja elanike tervise seisundist 1966. a. Elanike suremus on tunduvalt vähenenud ja laste suremus veelgi rohkem. Suurt rõhku pannakse elanike (esmajärjekorras tööstusettevõtete tööliste ja põllumajandustöötajate) ambulatoorse-polikliinilise teenindamise kvaliteedi, haiglavoodite spetsialiseerimise ja hospitaliseerimise parandamisele. Liiga aeglaselt reorganiseeritakse arstipunkte velskripunktideks (Tallinn ja Tartu). Haiglavoodeid ei kasutata otstarbekalt (Tartu, Pärnu ja Viljandi rajoonid ning Narva linn).

Kolleegium kinnitas aastaaruande ja kohustas Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhatajat A. Sarapit ja Plaani- ja Rahandusosakonna juhatajat M. Palginõmme jätkama haigla polikliiniliste asutuste võrgu laiendamist. L. Lavrovale tehti ülesandeks parandada rasedate meditsiinilist teenindamist ja kõik rasedad arvele võtta. Kaadriosakonna juhatajal L. Barõševal tuleb abistada rajoonide peaarste kaadri õigel paigutamisel.

A. Kaldma

*

3. juunil arutas kolleegium tuberkuloositõrjet Tartu ja Põlva rajoonis. Kolleegium märkis, et Tartu linna ja Elva tuberkuloosidispanseri töö on märgatavalt paranenud. Hästi korraldatakse elanike massilist uurimist tuberkuloosi suhtes, samuti jooksvat desinfektsiooni ja muid profülaktikaüritusi. Rahule võib jääda ka tuberkuloosihaigete statsionaarse ravi tulemustega.

Samal ajal ilmneb Põlva rajoonis mitmeid puudusi. 1965. a. uuris Põlva Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaam epidemioloogilist seisundit ainult pooltes tuberkuloosikolletes. Kolded ei ole ohtlikkuse järgi grupeeritud ning nende saneerimiseks pole midagi ette võetud. Samuti ei uurita tuberkuloosi suhtes kõiki esmakordselt ambulatooriumidesse pöörduvaid kodanikke. Põlva tuberkuloosikabineti töö pole nõutaval tasemel, sest haiged jätavad ravi pooleli. Vähe tähelepanu pööratakse pikaajalisele statsionaarsele ravile, samal ajal aga tuberkuloosiasutuste voodikohti ei kasutata otstarbekalt, eriti suvel.

Kolleegium võttis vastu otsuse tuberkuloositõrje parandamiseks Põlva rajoonis. Rajooni Keskhaigla peaarsti A. Juhasoo ja tuberkuloosikabineti juhataja I. Tanilase tähelepanu juhiti puudustele tuberkuloositõrje korraldamisel.

A. Sarap

*

9. juunil toimus Maardu Keemiakombinaadi meditsiinilis-sanitaarosakonnas kolleegiumi väljasõiduistung, millest võtsid osa ministeeriumi töötajad, Tallinna Linna Tervishoiu Osakonna peaspetsialistid, kohalikud tervishoiutöötajad ja kombinaadi administratsiooni, partei- ja ametiühinguorganisatsiooni esindajad. Arutati tööliste meditsiinilist teenindamist ja tervistavate ürituste korraldamist Maardu Keemiakombinaadis.

Keemiakombinaadi tööliste meditsiiniliseks teenindamiseks on moodustatud kaks tsehhijaoskonda. Mõlemas jaoskonnas töötavad kitsa eriala spetsialistid, kes teevad ka profülaktilist tööd. On paranenud ajutise töövõimetuse ekspertiisi ja profülaktiliste läbivaatuste korraldamine. Aasta-aastalt väheneb tööliste haigestumine, kusjuures see on madalam kui teistes sama tööstusharu ettevõtetes. Kaevanduses likvideeriti töötamine maa all ja korrastati ventilatsioonisüsteeme.

Kolleegium märkis ka mitmeid puudusi. Tervishoiupunktis valitseb antisanitaarne olukord, mis on tingitud selle asukohast ja sisustusest. Tsehhi arstid tegelevad vähe kutsehaiguste uurimise ja nende põhjuste analüüsimisega. Atmosfääri õhu saastamine tervistkahjustavate ainetega ületab sanitaarnormid. Paljudes tsehhides puuduvad hügieenitoad. Vähe rakendatakse sanitaaraktiivi töökultuuri tõstmisel, profülaktiliste ja tervistavate ürituste korraldamisel. Administratsiooni ja ametiühinguorganisatsiooni materiaalne abi kombinaadi meditsiiniteenistusele on

mitteküllaldane. Mitmesuguseid kroonilisi haigusi põdevate tööliste jaoks puudub profülaktoorium.

Kolleegium võttis vastu otsuse meditsiinilis-sanitaarosakonna töö parandamiseks ja töölistele normaalsete töötingimuste loomiseks. Peaspetsialistidel ja prof-patoloogidel tuleb rohkem tähelepanu pöörata noorte arstide (eriti tsehhiarstide) kvalifikatsiooni tõstmisele.

J. Luberg

EESTI NSV TEENELISE TEADLASE AUNIMETUSE ANDMISEST

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 9. juulist 1966. a. anti teenete eest teaduse alal ja noorte spetsialistide ettevalmistamisel Tartu Riikliku Ülikooli otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhatajale professor Elmar Kaarli p. Siirdele Eesti NSV teenelise teadlase aunimetus.

UUS ARSTITEADUSE KANDIDAAT

23. juunil 1966. a. kaitses NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi noorem teaduslik töötaja Leo Sauemägi Eesti NSV Teaduste Akadeemia Bioloogia, Meditsiini ja Põllumajandusteaduste Nõukogu ees kandidaadiväitekirja teemal «Kopsuvereringe ning -ventilatsiooni seisundi elektrokümograafiline iseloomustus kopsutuberkuloosihaigetel». Väitekiri valmis Moskvas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Tuberkuloosi Teadusliku Uurimise Keskinstituudis, kus autor töötas aspirandina. Tööd juhendas professor K. Pomeltsov. Oponentideks olid professor I. Sergejev Moskvast ja arstiteaduse kandidaat J. Karusoo Tallinnast.

Nõukogu otsustas Leo Sauemäele anda arstiteaduse kandidaadi kraadi.

J. Kärt

TERVISHOIUTÖÖTAJATE VABARIIKLIK SPARTAKIAAD

25. ja 26. juunil 1966. a. toimusid Haapsalus tervishoiutöötajate ametiühingu VIII vabariikliku spartakiaadi finaalvõistlused, saavutati mitmeid häid tulemusi.

Kergejõustikus tuli kahekordseks meistriks Maret Lukin Võru rajoonist, kes võitis 100 m ja 400 m jooksu (ajad 13,4 ja 63,0 sekundit). Meeste 100 m jooksus oli esimeseks samuti Võru rajooni esindaja Tõnu Perv 11,4 sekundiga. Meeste kuulitõukes tunnistati parimaks Rein Zupping Tartust (12,76 meetrit) ja kettaheites Väino Välba Jõgevalt (36,47 meetriga). Heasse klassi kuuluvaks oli naiste kuulitõuke võitja viljandlase Imbi Helari tagajärg 13,35 meetrit ja kettaheite võitja tallinlase Helga Meresmaa 35,57 meetrit. Parimaks võistkonnaks kergejõustikus oli Võru rajooni oma, järgnesid Tartu ja Pärnu.

Ujumises tuleb märkida meeste 100 m vabaujumise võitjate Tõnu Talvingu (Haapsalu) ja Tiit Reiteri (Tallinn) tulemusi 1.11,1 ja 1.13,1. Kahekordseks meistriks tuli Galina Kudrjavtseva Jõgevalt, kes võitis nii rinnuli- kui vabaujumises. Võistkondliku võidu ujumises sai Tallinn, järgnesid Tartu ja Haapsalu.

Laskmises pälvis parima nimetuse Tallinna võistkond, järgmised kohad kuulusid Haapsalu ja Pärnu laskuritele.

Meeste võrkpallis pidid aastaid võitjaks tulnud tartlased seekord alla vanduma tublilt mänginud Kingissepa rajooni võrkpallureile. Naiskondadest oli parim Tallinn Kingissepa ja Haapsalu ees. Korvpallis tulid võitjaiks Tallinna naiskond ja Võru meeskond. Parimateks mängijateks tunnistati võrkpallis tallinlane Milvi Tedremaa ja saarlane Iljo Leemet, korvpallis tallinlane Anu Grossthal ja võrulane Tõnu Perv.

Tennises saavutas esikoha Tallinna võistkond Pärnu ja Kingissepa ees.

Talvel peetud aladest võitis male Tartu, kabe Tallinn, lauatennise Tartu ja suusatamise Võru.

Spartakiaadi üldvõitjaks linnade grupis tuli Tallinn, rajoonide I grupis Võru (järgnesid Kingissepa ja Pärnu), rajoonide II grupis tublilt esinenud Haapsalu (järgnesid Rakvere ja Jõgeva). Üldse ei võtnud võistlustest osa Paide ja Harju rajooni tervishoiutöötajad!

Finaalvõistluste ladusa korralduse eest väärivad kiitust Haapsalu rajooni tervishoiutöötajad ja võistluste kohtunikud (organiseerimiskomisjoni esimees Jadviga Kreek, võistluste peakohtunik A. Madiberg).

M. Sikk

SISUKORD

U. MEIKAS — Kommunistliku töö liikumisest Eesti NSV tervishoiuasutustes 323

Teooria ja praktika

A. LINKBERG ja H. TIHANE — Kunstlik neer 326
H. TIHANE — Äge neerupuudulikkus ja selle ravi ekstrakorporaalse hemodialüüsi teel 329
V. TAIGRO ja V. KUUSIK — Emakakaelavähk ja rasedus 333
A. MARDNA, L. SEPP ja A. JUSKE — Leukoos ja rasedus 336
A. KÖÖP — Puusaliigese kaasasündinud nihestuse diagnoosimine imikutel 340
H. TÄLLI — Hemorraagilise vaskuliidi etioloogiast 343
J. RAUDSEPP — Mõnede kasvajatüvede kultiveerimisest kollageenil 346
V. LAURAND — Sügava kaariese ja pulpiidi ravist kaltsiumhüdroksiidiga 349

Tervishoiu organisatsioon

A. ROOSILEHT — Profülaktiliste meditsiiniliste läbivaatuste ratsionaalsetest vormidest 351

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

M. KIVILO, V. RÄTSEP ja A. VAINO — Anesteseerimisest bronhograafia ja endoskoopia puhul 354
V. MEIPALU ja H. VASAR — Tupeäigepreparaadi polükroomse värvimise meetod 357
V. SIBUL — Veresuhkru määramisest 359
A. TALIHÄRM — Kaks kopsukondroomijuhtu 362

Abiks velskritele ja õdedele

I. VEERMA — Varajastest rasedustoksikoosidest 363
U. LEISNER — Hilistest rasedustoksikoosidest 365
H. LÕIV — Veel kord uurimismaterjalide võtmisest laboratoorseks uurimiseks bakterhaiguste korral . . 369

Kaadri ettevalmistamine

I. MAAROOS — Uut kaadrit . . . 372
E. PÄRN — Järjekordne lend Tallinna Meditsiinikoolist 374

СОДЕРЖАНИЕ

У. МЕЙКАС — О движении за коммунистический труд в учреждениях здравоохранения Эстонской ССР

Теория и практика

А. ЛИНКБЕРГ и Х. ТИХАНЕ — Искусственная почка
Х. ТИХАНЕ — Острая почечная недостаточность и ее лечение путем экстракорпорального диализа
В. ТАЙГРО и В. КУУЗИК — Рак шейки матки и беременность
А. МАРДНА, Л. СЕПП и А. ЮСКЕ — Лейкоз и беременность
А. КЁЭП — Диагностика врожденного вывиха бедра у новорожденных
Х. ТЯЛЛИ — Об этиологии геморрагического васкулита
Ю. РАУДСЕПП — О культивировании некоторых штаммов опухолей на коллагене
В. ЛАУРАНД — О лечении пульпитов и глубокого кариеса гидроокисью кальция

Организация здравоохранения

А. РООЗИЛЕХТ — О рациональных формах профилактических медицинских осмотров

Обмен опытов и казуистика

М. КИВИЛО, В. РЯТСЕП и А. ВАЙНО — Об анестезии при бронхографии и эндоскопии
В. МЕЙПАЛУ и Х. ВАЗАР — Метод полихромного окрашивания влагалищного мазка
В. СИБУЛЬ — Об определении сахара крови
А. ТАЛИХЯРМ — Два случая хондромы легкого

В помощь фельдшерам и сестрам

И. ВЕЭРМА — О ранних токсикозах беременности
У. ЛЕЙСНЕР — О поздних токсикозах беременности
Х. ЛЫЙВ — Еще раз о заборе материалов для лабораторного исследования при бактериальных заболеваниях

Подготовка кадров

И. МААРООС — Новые кадры
Е. ПЯРН — Очередной выпуск Таллинской медицинской школы

A. HORN — Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 375

Sanitaarharidustöö

S. PROPST — Hügieeni õpetamisest üldhariduslikes koolides 376

Viisaastaku tähised

M. KINK — Uued haiglad, uued tervishoiuasutused 379

Intervjuu

NSV Liidu tervishoiu ministri professor B. Petrovski muljeid Eesti NSV-st 380

Konverentsid ja nõupidamised

N. VIHM — Stomatoloogid arutasid parodontopaatiaalaseid probleeme . 383
E. MÜLLERBEK ja I. LAAN — Arutati aktuaalseid pediaatriaprobleeme 383
H. PIHL — Pasteuri-nimelise instituudi konverentsilt 385
V. MILLER — Üleliiduline gastroenteroloogide konverents 385
B. LEHEPUU — I üleliiduline anestesioloogide ja reanimatoloogide konverents 386
H. SILLASTU — Põhjamaade XXIII kopsuhaigustealane kongress . . 387

Konsultatsioone

U. MEIKAS — Juriidilist nõuannet . 387

Tähtpäevad

KIRA VASSILJEVA 60-aastane . . 389
RALF UUETOA 60-aastane . . . 390

Mitmesugust

H. JÄNES — Geohügieen 390

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Mõned uuemad ravimpreparaadid 395

Kroonika 396

А. ХОРН — Окончившие Тартускую медицинскую школу.

Санитарно-просветительная работа

С. ПРОПСТ — О преподавании гигиены в общеобразовательных школах

Вехи пятилетки

М. КИНК — Новые больницы, новые учреждения здравоохранения

Интервью

Впечатления министра здравоохранения Союза ССР профессора Б. Петровского о Эстонской ССР

Конференции и совещания

Н. ВИХМ — Стоматологи обсуждали проблемы пародонтопатии
Э. МЮЛЛЕРБЕК и И. ЛААН — Обсуждали актуальных проблем педиатрии
Х. ПИХЛ — Конференция института имени Пастэра
В. МИЛЛЕР — Всесоюзная конференция гастроэнтерологов
Б. ЛЕХЕПУУ — I Всесоюзная конференция анестезиологов и реаниматологов
Х. СИЛЛАСТУ — XXIII съезд северных стран по вопросам легочных заболевания

Консультации

У. МЕЙКАС — Консультация по юридическим вопросам

Юбилейные даты

60-летие Киры Васильева
60-летие Ральфа Ууетоа

Разное

Х. ЯНЕС — Геогигиена

Новые лекарственные препараты

Х. КАНГРО — Некоторые новые лекарственные препараты

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
U. Meikas, A. Nordberg, E. Raudam, H. Roots (peatoimetaja asetäitja),
J. Saarma, A. Sarap ja **O. Tamm** (peatoimetaja)

6
November–
Detsember

9. AASTAKÄIK

KIRJASTUS «PERIOODIKA»
TALLINN 1966

TOIMETUSE NÕUKOGU

M. HOLM (Jõgeva)
A. JUHASOO (Põlva)
R. KARIES (Haapsalu)
A. KLINK (Võru)
H. KREEK (Pärnu)
J. LEBEDEV (Kohtla-Järve)
V. LUKA (Viljandi)
L. MAURER (Tallinn)
D. PÄRN (Hiiumaa)
P. RAHU (Valga)
L. SIIRAK (Harju rajoon)
M. SIKK (Tartu rajoon)
M. SILLAND (Narva)
G. SUKLES (Rapla)
A. TAMM (Paide)
U. VAGUR (Rakvere)
V. VESSAR (Tartu)
E. VÄÄRT (Kingissepa)

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
69111

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»
Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР
На эстонском языке
Korrektor *E. Martson*

Ladumisele antud 22. X 1966. Trükkimisele antud 26. XI 1966. Trükiarv 4540. Kohila Paberivabriku kalandreeritud trükipaber nr. 2 70×108, 1/16. Trükipoognaid 5,25+0,5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 8,4. Arvutuspoognaid 9,31. Tellimise nr. 7727. MB-11326.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17/19. I

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Tartu maantee 16. Telefon 220-07, 233-98.
Väljaandja: Kirjastus «Perioodika», Tallinn

AJAKIRJA «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID» TÖÖST AASTAIL 1958—1965

H. ROOTS
Peatoimetaja asetäitja

Tuleval aastal alustab «Nõukogude Eesti Tervishoid» kümnendat aastakäiku. Käesolevas kirjutises käsitleksime põgusalt ajakirja tööd kaheksa aasta, s. o. 1958.—1965. a. jooksul.

Kohe alguses olgu mainitud, et mitmesuguste raskuste ja tööd segavate asjaolude hulgas, millest tuleb juttu ka allpool, ei ole esinenud üht — nimelt kaastöö puudust. Tänu rohkearvulistele kaastöölistele on toimetus ajakirja sisu huvitavamaks muutmisel mõningat edu saavutanud. Kaheksa aasta jooksul on sellele oma kirjutistega kaasa aidanud üle 600 autori ja kaastöölise.

1958. aastast alates juhtis ajakirja tööd 10-liikmeline toimetuse kolleegium. 1960. aastal lahkus kolleegiumi koosseisust 2 liiget, neist Eesti NSV teeneline arst Friedrich Arnemann surma läbi (30. 07. 1960). Juurde tuli H. Roots, seega jäi kolleegium 9-liikmeliseks. 1961. aastal määrati kolleegiumi liikmeks Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimees U. Meikas. Ajakirja toimetajaks oli asutamispäevast alates A. Nordberg, kes mainitud ametikohalt lahkus 1964. aastal. 1965. aasta lõpul määrati toimetajaks Eesti NSV tervishoiu ministri ase-



Toimetuse kolleegium 1965. a. novembris. Istuvad (vasakult paremale): NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor P. Bogovski, arstiteaduse kandidaat A. Nordberg, toimetaja kt. H. Roots, Eesti NSV teeneline teadlane professor A. Linkberg, Eesti NSV teeneline arst arstiteaduse kandidaat A. Gunter, professor J. Saarma; seisavad (vasakult): dotsent E. Raudam, A. Sarap ja U. Meikas (fotol puudub arstiteaduse kandidaat A. Jannus)

täitja O. Tamm, seega on kolleegium 1966. aastast alates 11-liikmeline. Toimetuses töötab ajakirja asutamisest tänaseni 2 töötajat (H. Känd ja H. Roots).

Toimetuse kolleegiumi koosolekutel on arutatud ajakirja numbrite plaane, retsenseerimise küsimusi ja ettepanekuid ajakirja sisukamaks muutmiseks. Kolleegiumi liikmel NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmel professor P. Bogovskil on heaks traditsiooniks saanud vähemalt kord aastas ajakirja üht numbrit põhjalikult retsenseerida, millest toimetuse töötajatel on alati olnud suur abi. Mitmel koosolekul on peetud nõu, kuidas ajakirja laialdasemalt levitada.

8 aasta jooksul trükitud materjalide kohta on toodud andmed tabelis 1. Sellest nähtub, et kõige rohkem artikleid on avaldatud rubriikides «Teooria ja praktika» (483), «Kogemuste vahetamine ja kasuistika»

Tabel 1

«Nõukogude Eesti Tervishoius» 1958.—1965. a. avaldatud kirjutised

Rubriikide nimetused	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	Kokku
Juhtkirjad ja rubritseerimata artiklid	7	5	12	7	3	3	6	12	55
Teooria ja praktika	66	54	72	66	57	54	54	60	483
Tervishoiu organisatsioon	12	15	8	2	4	4	5	4	54
Kogemuste vahetamine ja kasuistika	18	18	4	17	18	19	23	23	140
Abiks velskritele ja õdedele	9	—	—	9	19	20	19	17	93
Kaadri ettevalmistamine	4	3	3	3	7	6	7	5	38
Sanitaarharidustöö	1	2	—	3	1	2	2	1	12
Vennasvabariikidest	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Arstiteaduse ajaloost	3	7	3	5	4	4	8	14	48
Konverentsid ja nõupidamised	32	35	32	66	31	40	34	27	297
Konsultatsioone	2	3	3	3	1	1	2	—	15
Tähtpäevad	2	6	7	9	7	9	11	5	56
Nekroloogid	1	2	1	2	—	6	3	—	15
Kriitika ja bibliograafia	—	—	1	2	4	4	2	5	18
Küsimused ja vastused	—	—	—	14	19	5	2	1	41
Referaate	—	—	5	9	5	8	2	—	29
Mitmesugust	—	8	2	3	11	6	7	4	41
Uusi ravimeid	1	—	—	4	—	—	—	—	5
Välismaalt	—	28	3	—	—	—	—	—	31
Juhendeid	—	3	—	—	—	—	—	—	3
Kroonika	23	14	18	29	39	36	42	50	251
1958. a. lisa	35								35
	216	203	174	254	230	227	229	228	1761

(140), «Abiks velskritele ja õdedele» (93), «Tervishoiu organisatsioon» (54) jm. Informatsioonilises rubriigis «Konverentsid ja nõupidamised» on avaldatud 297 kirjutist. Tabelist ilmneb, et 1965. aastal on selles rubriigis ilmunud veidi vähem materjale kui eelmisel aastal. See on tingitud üha suurenevast ruumipuudusest. Seetõttu tuleb nüüd ja ka tulevikus hoiduda liigsest dubleerimisest üleliiduliste konverentside kirjeldamisel. Lugejate huve see ei riiva, sest üleliidulistes meditsiinilistes ajakirjades tuuakse andmeid nende konverentside ja kongresside kohta palju põhjalikumalt, mitmel leheküljel. Rubriigis «Kroonika» ilmunud materjalide hulk on aasta-aastalt kasvanud (kokku on avaldatud 251 kirjutist ja teadet). Need teated peegeldavad peamiselt kohalikke sündmusi ja võimaldavad lugejail kursis olla vabariigi tervishoiutöötajate elu-oluga. Vii-

maste aastate jooksul on tublisti kasvanud rubriigis «Arstiteaduse ajaloost» avaldatud kirjutiste arv. See näitab, et ajakiri on vähestele entusiastidele, kes kohaliku arstiteaduse ajaloo üksikute lõikudega tegelevad,

Tabel 2

Toimetusele saabunud artiklid							
1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965
240	211	213	270	284	267	287	258

suutnud kaasa aidata huvitavate materjalide üldsusele teatavaks tegemisele. Üldse on ajakirjas 8 aasta jooksul avaldatud 1761 artiklit, kirjutist ja teadet.

Et samast tabelist selgub igal aastal avaldatud materjalide hulk, siis lisame võrdluseks ka andmed igal aastal toimetusse saabunud kaastöö kohta (vt. tabel 2). Avaldamata on jäänud keskmiselt 40—50 kirjutist aastas. Avaldamise viibimise ja mitteavaldamise põhjusteks on olnud kaastöö puudulik vormistamine, mille tõttu andmete täpsustamine, bibliograafiliste allikate otsimine jms. ei võimalda artiklit avaldatavate tööde plaani võtta. Paljud tööd on juba toimetusse saabumisel aegunud, näiteks saadetakse rubriiki «Tähtpäevad» materjale paar nädalat enne tähtpäeva, s. o. siis, kui ajakirja järgmine number juba trükikotta on saadetud. Loomulikult ei ole toimetusel niisugust kirjutist ka kõige parema tahtmise juures võimalik avaldada, sest ajakirja tootmistsükli pikkus on ligi $1^1/_2$ kuud. Mõned tööd ei vasta sisu ega vormi poolest teaduslike tööde suhtes esitatud nõuetele, neis leidub vigu, ebatäpsusi jne. On ka töid, mille avaldamine vähese aktuaalsuse tõttu edasi on lükkunud. Ühes asjas aga ei ole toimetusel võlgnevust: kõik meie vabariigis teadusliku tööga tegelevate arstide dissertatsiooni fragmendid on avaldatud.

Tabelist 3 nähtub, kust ja millistest asutustest on aastail 1958—1965 «Nõukogude Eesti Tervishoiule» saabunud mahukamaid artikleid. Kui võrrelda viimase nelja aasta arve eelmise nelja aasta omadega, siis näeme, et Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna aktiivsus on viimastel aastatel mõnevõrra langenud. See on osalt tingitud sellest, et arstiteaduskonnal on teadusliku produktsiooni avaldamise võimalused tunduvalt avardunud. Peale TRÜ toimetiste on viimaste aastate jooksul välja antud mitmeid teaduslike tööde kogumikke, samuti on tunduvalt rohkem materjale avaldatud üleliidulistes ajakirjades.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi (nüüd Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut) aktiivsus on tunduvalt tõusnud, vaatamata igal aastal väljaantavatele artiklite kogumikele ja keskajakirjades avaldatavatele kirjutistele. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist saabunud kirjutiste arv on paaril viimasel aastal langenud.

Tallinna ning Tartu ravi- ja profülaktikaasutused on nelja viimase aasta jooksul tunduvalt rohkem kaastööd saatnud, mis näitab, et nende linnade raviasutustes on teaduslik töö intensiivistunud. Rajoonidest saabunud tööd on enamasti kõik avaldatud (välja arvatud mõni üksik), ent perifeeria aktiivsus ei ole kasvanud. Artiklite saabumise puhangulised tõusud perifeeriast on nähtavasti tingitud sellest, et kohapeal keegi parajasti töötab dissertatsiooni kallal, ja kui see kaitstud, siis raugeb teadusliku töö hoog jälle (näiteks Saaremaal jm.). Et teaduslik töö kohtadel toimuks senisest intensiivsemalt ja regulaarselt, peaksid seda veelgi energilisemalt suunama ja juhendama arstide seltsid. Seda on vaja teha, sest tegelemine teadusliku tööga on arstide kvalifikatsiooni tõstmise üks mooduseid. Mujalt saabunud kirjutiste hulka on arvatud ka tellitud

Tabel 3

Aastail 1958—1965 «Nõukogude Eesti Tervishoiule» saabunud mahukamad artiklid

Asutuse nimetus	1958	%	1959	%	1960	%	1961	%	1962	%	1963	%	1964	%	1965	%	Kokku	%
Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium	19	12,5	15	15,0	19	18,6	7	5,8	10	8,9	10	8,8	17	13,4	12	8,3	109	11,2
TRÜ Arstiteaduskond	45	29,8	25	25,0	27	26,5	38	31,4	21	18,7	21	18,6	29	22,8	27	18,6	233	24,0
NSV Liidu Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut	14	9,3	6	6,0	4	3,9	17	14,1	18	16,1	15	13,3	23	18,1	24	16,6	121	12,5
Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut	9	6,0	4	4,0	4	3,9	4	3,3	6	5,4	7	6,2	1	0,8	4	2,7	39	4,0
Tallinna ravi- ja profülaktikaasutused	34	22,5	20	20,0	21	20,6	31	25,6	27	24,1	30	26,6	33	26,0	29	20,0	225	23,2
Tartu ravi- ja profülaktikaasutused	6	4,0	8	8,0	7	6,9	9	7,4	15	13,4	10	8,8	8	6,3	12	8,3	75	7,7
Perifeeria ravi- ja profülaktikaasutused	9	6,0	8	8,0	11	10,8	7	5,8	9	8,0	13	11,5	4	3,1	9	6,2	70	7,2
Mujalt (ka arstiteadlastelt jt. tellitud tööd)	15	9,9	14	14,0	9	8,8	8	6,6	6	5,4	7	6,2	12	9,5	28	19,3	99	10,2
	151	100,0	100	100,0	102	100,0	121	100,0	112	100,0	113	100,0	127	100,0	145	100,0	971	100,0

artiklid, mis on avaldatud rubriikides «Abiks velskritele ja õdedele» ning «Arstiteaduse ajaloost», seepärast on see arv eriti viimasel aastal tõusnud.

Tabel 4

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» numbrite tiraažid aastail 1958—1966

Nr.	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
1	3500	3200	3000	3000	3850	4330	4500	5100	5350
2	3500	3500	3000	3000	3900	4500	4530	5100	5300
3	3500	3200	3200	3000	4000	4570	4500	5200	5420
4	3000	3000	2700	2700	3500	3700	4000	4500	4400
5	3000	3000	2800	2800	3600	3820	4200	4500	4450
6	3000	3000	2750	2700	3700	3900	4200	4600	4540
Lisa	3000								
	22500	18900	17450	17200	22550	24820	25930	29000	29460

Kokku 207 810 eksemplari

Ülevaate ajakirja trükiarvust annab tabel 4. Sellest näeme, et trükiarv on aasta-aastalt tõusnud ja oli kõige kõrgem käesoleva aasta 3. numbril (5420). Kokku on aastail 1958—1966 trükitud 207 810 eksemplari. Peale NSV Liidu suuremate raamatukogude ja meditsiiniasutuste tellitakse ajakirja ka välismaal. «Nõukogude Eesti Tervishoiu» sisu avavad «Artiklite ja Retsensioonide Kroonika», «Медицинская литература СССР», valikuliselt «Медицинский реферативный журнал» ning «Реферативный журнал Биология» jt.

Tabelit 4 vaadeldes näeme, et ka tänavu on II poolaastal trükiarv langenud samuti kui eelmistel aastatel. Selline langus on märgatav ka teiste ajakirjade juures. Põhjusteks on suvepuhkusele minek, arstiteaduskonna ja meditsiinikoolide lõpetajate siirdumine uuele kohale jm., mille tõttu unustatakse II poolaasta tellimuse uuendamine. II poolaasta tellimuste langust saavad õigeaegse meeldetuletusega vältida raviasutuste ühiskondlikud ajakirjanduse levitajad.

Kui arvestada vabariigi meditsiinitöötajate üldarvu umbes 14 000-le, siis ei saa tabelis 4 toodud tellimuste arvu veel kõrgeks pidada, seda enam, et kirjastustegevuse üheks printsiibiks on ka väljaannete rentaablus. Enesestmõistetavalt ei piisa laia silmaringiga teaduslikel töötajatel, arstidel ja meditsiiniõdedel ainult kohaliku ajakirja lugemisest, nad tellivad sellele lisaks veel muid meditsiinilisi ajakirju, ent kohaliku meditsiinilise ajakirja tellimuse vormistamine on esmajärjekorras kollektiivsustunde avaldus.

Eelmises kirjutises * mainisime, et Riiklikus Teaduslikus Meditsiinilises Raamatukogus ei leidunud kataloogis kaarte «Nõukogude Eesti Tervishoiu» artiklite kohta. Nüüd on see puudus kõrvaldatud, kõik artiklid on kaartidele kantud ja rubritseeritud ning märksõna- ehk ainekataloogi paigutatud.

Puudustena ajakirja töös peab mainima seda, et vähe on ilmunud artikleid rubriigis «Kriitika ja bibliograafia», samuti on vajaka jäänud ideoloogilisi küsimusi valgustavatest kirjutistest, nõrgalt on käsitletud raviasutuste partei- ja ametiühinguorganisatsioonide tegevust.

Ajakirja toimetuse töö edasiseks parandamiseks on tarvis, et vabariigi kõik arstide seltsid juhendaksid oma liikmeid artiklite kirjutamisel ja retsenseeriksid neid enne toimetusse saatmist, mis tunduvalt aitaks tõsta avaldatavate artiklite kvaliteeti. Tervishoiuasutuste ametiühingu organisatsioonid peaksid kirjutama oma tööst ja saavutustest, haiglate parteiorganisatsioonid aga kommunistide tegevusest ravitöös ja muude ülesannete täitmisel.

* vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1962, 4, 3—8.

О РАБОТЕ ЖУРНАЛА «НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД» ЗА 1958—1965 ГОДЫ

Х. Роотс

Резюме

В 1967 году «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» вступит в 10-й год издания. Благодаря многочисленным сотрудникам редакции сумела достигнуть заметных успехов в том, чтобы журнал стало более содержательным. В течение 8 лет этому способствовали своими статьями более 600 авторов.

Наибольшее количество статей было напечатано в разделах «Теория и практика» (483), «Обмен опытом и казуистика» (140), «В помощь фельдшерам и сестрам» (93), «Организация здравоохранения» (54) и др.

В информационном разделе «Конференции и совещания» напечатано 297 публикаций. Количество материала, опубликованного в разделе «Хроника», с каждым годом увеличивается (всего напечатано заметок и сообщений 251). Эти сообщения отражают в основном местные события и дают возможность читателям быть в курсе трудовой жизни работников здравоохранения. Всего за 8 лет в журнале было опубликовано статей, заметок и сообщений 1761.

Больше всего статей поступило с Медицинского факультета Тартуского государственного университета, затем из лечебно-профилактических учреждений г. Таллина, Института экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР, минздрава Эстонской ССР и др.

Тираж журнала возрастает с каждым годом и к 3-му номеру текущего года достиг 5420. Его выписывают крупнейшие библиотеки и медицинские учреждения Советского Союза. Содержание журнала реферируют «Медицинская литература СССР», «Медицинский реферативный журнал», реферативный журнал «Биология» и др.

Для улучшения работы журнала необходимо, чтобы все врачебные общества республики руководили работой своих членов при написании статей и рецензировали их перед отправлением в редакцию, чтобы профсоюзные организации медицинских учреждений писали о достижениях в своей работе, партийные организации больниц — о деятельности коммунистов в лечебной работе и о выполнении других задач.

TEOORIA JA PRAKTIKA

MÜORELAKSANTIDE PARAVENOOSSEST SÜSTIMISEST

B. LEHEPUU

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *A. Roosileht*)

Anestesioloogias kasutatakse üha laialdasemalt müorelaksante, mis vähendavad vöötlihaskoe toonust, võimaldavad piirata tuimastamiseks vajalikku narkootilise vahendi hulka ja juhtida elutegevust operatsiooni ajal, kusjuures need kahjustavad organismi minimaalselt.

Et müorelaksandid suu kaudu manustatutena toimet ei avalda, süstitakse neid veeni. Mõnikord võib veeni süstimisel tekkida raskusi (väikelapsed, kollapsis olevad haiged jt.), kuid vältimatute näidustuste korral on relaksatsiooni tihti vaja kohe saavutada. Kui arvestada kuraare kasutamise ajalugu (mürgistatud noole poolt tekitatud väikseimgi kriimustus põhjustas kiire ja täieliku relaksatsiooni), on müorelaksante hakatud manustama ka paravenoosselt. Tallinna Vabariikliku Haigla anestesioloogidel on vajalikuks osutunud seda teha 4,2%-l juhtudest.

Et üldist relaksatsiooni saavutada, on müorelaksante süstitud nahaalustesse kudedesse (7), lihastesse (2), kõhukelmeõõnde (12), alalõua ja keele piirkonda (15) ning südameõõnde (6). Allpool žgutti luusse või veeni (1) ja arterisse (3) aga on süstitud siis, kui on tahetud esile kutsuda jäsemete paikset relaksatsiooni.

Müorelaksant toimib L. Barthi järgi (8) neuromuskulaarsetesse sünapsidesse alles siis, kui ta on keha ekstratsellulaarsesse vedelikku

sattunud, mis on võimalik pärast tema imendumist vereringesse, mida tahamegi kiirendada. Et paravenoosselt süstitud müorelaksandi imendumist depoost kiirendada, on A. Paštšuk (7) samasse piirkonda süstinud lidaasi, I. McDonald (17) aga relaksanti koos hüaluronidaasiga lihastesse. Ka meie eelistame (5, 16) raskesti kättesaadavate veenide korral süstida müorelaksante suu piirkonnas põse limaskesta alla. Niisuguse süstimiskoha valikul pidasime silmas pea piirkonna head verevarustust ja ka seda, et tekkida võivad tüsistused, nagu hematoomid ja abstsessid, pole nii ohtlikud.

Intubeerimise kergendamiseks oleme müorelaksante paravenoosselt süstinud 171 haigele. Nende vanusest annab ülevaate tabel 1. Pärast tavalist premedikatsiooni oleme lastel ja ka täiskasvanutel raske seisundi puhul sissejuhatava narkoosina kasutanud inhalatsioonnarkoosi. Narkoosi analgeesiastaadiumis süstisime depolariseerivat müorelaksanti põse limaskesta alla kaks korda rohkem kui tavaliselt veeni. Müorelaksanti peab doseerima individuaalselt, sest F. Foldesi (12) järgi on peale kehakaalu oluline tähtsus vee ja valgu reservidel. Nimelt dehüdratatsiooni korral mõjub müorelaksant tugevamini ning ka hüpoproteineemia puhul jääb niisama aktiivne fraktsioon suuremaks. Limaskesta alla süstimisel oleme arvestanud 4 mg depolariseerivat müorelaksanti kehakaalu ühe kilogrammi kohta. J. Beldavsi (9) järgi on kuni 3 aasta vanustele lastele soovitatav süstida vähem, rohkem aga üle 4 aasta vanustele. Vastupidisel seisukohal on A. Stead (19), kelle arvates vastsündinud on depolariseerivate müorelaksantide suhtes resistentsemad. Olulist erinevust mitmesuguses vanuses laste puhul me ei ole täheldanud ja 4 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta on taganud üldise relaksatsiooni 1—2 minuti jooksul. Seejuures tekkisid 27 haigel isegi lihaste fibrillaarsed tõmblused, mis depolariseeriva müorelaksandi veeni manustamise puhul on iseloomulik.

Tabel 1

Vanus aastates	Haigete arv
0—1	45
1—3	42
4—6	47
7—15	27
üle 15	10
Kokku	171

Täielik relaksatsioon ja apnoe kestsid 10—20 minutit. D. Boveti (10) jt. poolt tüsistuseks peetavat pikaajalist apnoed pärast depolariseeriva müorelaksandi kasutamist laste puhul ei ilmnenud. Ka ei tekkinud F. Foldesi ja kaasautorite (13) poolt kirjeldatud suktsinüülmonokoliini akumulatsiooni, kuigi osal haigetest oli selleks eeldusi (3 last opereeriti sapiteede atreesia tõttu). V. Kotšašvili (4) andmeil väheneb mehhaanilise ikteruse korral vere pseudokoliinesteraasi hulk tunduvalt, mistõttu võis oodata relaksatsiooniperioodi pikenemist. Seda aga ei juhtunud, sest adekvaatne ventileerimine tagas vere pH stabiilsuse ja säilitas müorelaksandi lõhustumise. Kaasasündinud pseudokoliinesteraasi vähesust, mida võib ette tulla perekonniti ja mis on arvatavasti päritav (14), meie haigetel ei täheldatud.

Operatsiooni ajal süstiti müorelaksanti korduvalt limaskesta alla 3 haigele, 109-le aga pärast veenisektsiooni mitmel korral. 14 juhul süstiti korduvalt veeni antidepolariseerivat müorelaksanti. Operatsioonidest annab ülevaate tabel 2.

Müorelaksantide süstimisel limaskesta alla tüsistusi ei tekkinud. Samuti ei ilmnenud V. Passoni ja H. Kronschwitzi (18) poolt kirjeldatud

lokaalset punetust ja histamiini vabanemisest tingitud allergilisi reaktsioone. Ka ei esinenud kliiniliselt avalduvat silma siserõhu tõusu [seda on kirjeldanud N. Craythorne (11)]. Glaukoomi põdevatel haigetel vältisime depolariseerivate müorelaksantide kasutamist. Vastunäidustuseks

Tabel 2

Operatsioonid	Haigete arv
Rindkere-elundite operatsioonid	8
Kõhuõõne-elundite operatsioonid	68
Traumatoloogilised-ortopeedilised operatsioonid	32
Stomatoloogilised operatsioonid	34
Uroloogilised operatsioonid	11
Neurokirurgilised operatsioonid	12
Diagnostilised protseduurid	6
Kokku	171

müorelaksandi süstimisele limaskesta alla pidasime veel ilmseid vereringehäireid (maksimaalne vererõhk alla 100 mmHg) ja tetaanilistest krampidest tingitud vereringehäireid jäsemetes, sest esimesel juhul on häiritud imendumine, teisel juhul aga vere transport.

Müorelaksandi paravenoosne manustamine lastele on vajalik, sest raskesti punkteeritavate veenide ja selle tõttu, et lapsed kardavad, pole võimalik veeni süstida. Individuaalsetel näidustustel tuleb sama taktikat kasutada ka täiskasvanute puhul.

Näiteks meeshaigel K. (narkoosikaart nr. 884 ja 975, haiguslugu nr. 3529/1962), 22 aastat vana, esines söögitorustenoos söövituse tagajärjel, mille tõttu oli tehtud mitmeetapiline söögitoruplastika jämesoolega. Kaasneva häirena tekkis haigel imbetsilsus, mille tõttu kontakt temaga oli osaline. Ta keeldus süstimisest, kuid nõustus läbi maski hingama. Seetõttu õnnestus N_2O+O_2-anesteesias müorelaksanti suu limaskesta alla süstida, mis omakorda põhjustas relaksatsiooni. Sel ajal intubeerisime haige, tegime intravenoosse tilkinfusiooni ja seejärel opereerisime. Haige lahkus haiglast paranenuna.

Meie tähelepanekud õigustavad müorelaksantide paravenoosset kasutamist. Loomulikult ei saa esitatud meetodit valikmeetodiks pidada, kuid raskesti kättesaadavate veenide korral ei tohi müorelaksantide paravenoosse süstimise võimalust arvestamata jätta.

KIRJANDUS: 1. Ахалая М. Г. Сб. трудов мед. науч. общества Абхазии. Сухуми, 1959, 25—27. — 2. Блумберг В. Я. Материалы Всесоюзного симпозиума по применению мышечных релаксантов. М., 1963, 44—45. — 3. Геворкян И. Х., Даниельбек Д. А. Там же, М., 1963, 51. — 4. Кочиашвили В. И., Прахов Н. В. 2-я всесоюзная конф. хирургов, травматологов и анестезиологов. Тезисы докладов. М., 1961, 137—139. — 5. Лехепуу Б. К. Тезисы докладов I республ. конф. анестезиологов Латв. ССР. Рига, 1965, 239. — 6. Лехепуу Б. К. и др. Материалы Всесоюз. симпозиума по применению мышечных релаксантов. М., 1963, 74—75. — 7. Пащук А. Ю. и др. Клинич. хирургия, 1962, 9, 56—59. — 8. Barth, L., Meyer, M. Moderne Narkose. Jena, 1962, 88—96. — 9. Beldavs, J. Canad. Anaesthetists' Soc. J. 1962, 4, 306—311. — 10. Bovet, D. a. oth. Curare and curare-like agents. Amsterdam, 1959, 456—459. — 11. Craythorne, N. W. a. oth. Anesthesiology. 1960, 1, 59—63. — 12. Foldes, F. Muscle relaxants in anaesthesiology. Springfield, 1957. — 13. Foldes, F. a. oth. Current Res. Anesthesia and Analgesia. 1956, 6, 609—633. — 14. Kaufman, L. a. oth. Brit. Med. J. 1960, 1, 166. — 15. Körner, M. Anaesthesist. 1959, 11, 326—327. — 16. Lehepuu, B. Eesti NSV VIII vabariikliku kirurgide teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete referaadid. Tartu, 1962, 19—21. — 17. McDonald, I., Bryce-Smith, R. Brit. J. Anaesthesia. 1955, 7, 338—345. — 18. Passon, V., Kronschwitz, H. Anaesthesist. 1962, 9, 305—307. — 19. Stead, A. Brit. J. Anaesthesia. 1955, 3, 124—130.

О ПАРАВЕНОЗНОМ ВВЕДЕНИИ МИОРЕЛАКСАНТОВ

Б. Лехепуу

Резюме

Обычно миорелаксанты вводят внутривенно. Иногда внутривенные инъекции произвести невозможно (маленьким детям, больным в состоянии коллапса и др.), но в случае неотложных показаний часто необходимо сразу же добиться релаксации. В таких случаях начали применять миорелаксанты и паравенозно.

У анестезиологов Таллинской республиканской больницы необходимость в паравенозном введении миорелаксантов возникала в 171 случае из 4056 операций (т. е. 4,2%) с применением релаксантов. В названных случаях это были дети раннего возраста, у которых вены были недоступны, а также тяжелые больные или неконтактные психические больные, которым была показана немедленная операция.

При наркозе в стадии анальгезии мы вводили деполяризующий миорелаксант под слизистую щеки в удвоенной дозе по сравнению с обычным внутривенным введением. При введении под слизистую мы вводили расчетно 4 мг деполяризующего миорелаксанта на 1 кг веса, учитывая при этом индивидуальную дозировку. Общая релаксация наступала в течение 1—2 минут и продолжалась 10—20 минут. Осложнений вследствие инъекции миорелаксанта под слизистую щеки не было.

Наши наблюдения подтверждают целесообразность паравенозного применения миорелаксантов. Однако названный метод нельзя считать методом выбора, но в случае труднодоступных вен нельзя не учитывать возможность паравенозного введения миорелаксантов.

ÄGEDAD VEREJOOKSUD SEEDETRAKTI ÜLEMISTEST OSADEST *

H. PETLEM

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *H. Petlem*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *H. Kanter*)

Äge verejooks seedetrakti ülemistest osadest on ootamatuks ja sageli eluohtlikuks tüsistuseks kõhuõõneelundite haiguste, samuti mõne verehaiguse (hemorraagilised diateesid) puhul. Ägeda verejooksu vallandumisel on raske ette näha haiguse edaspidist kulgu. Neil juhtudel tuleb kiiresti selgitada verejooksu põhjus, et otsustada, kas haiget on tarvis opereerida või mitte. Põhihaigust diagnoosida pole kerge, sest kestev verejooks ja haige raske seisund ei võimalda alati kasutada kõiki uurimisviise.

Ülaltoodud asjaolude tõttu pole seedetrakti ülemiste osade ägedate verejooksude diagnoosimine ja ravi aktuaalsust kaotanud. Pealegi tuleb ette küllaltki palju surmajuhte. H. Grewe ja A. Delfino (8) poolt avaldatud kirjanduse koondstatistika alusel oli suremus viimasel aastakümnel veel 15—25%.

Esitame kogemusi 87 haige kohta, keda raviti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakondades aastail 1960—1964.

Tabelist 1 nähtub, et ägeda verejooksu ajal hospitaliseeriti 26 haiget; 61-l oli verejooks enne haiglasse saabumist juba lakanud. Suri 4 haiget (4,6%). Samas raviasutuses 1958. ja 1959. aastal ravitud 42 isiku kohta on andmeid avaldanud E. Ruus (10).

Nii kirjanduse andmeil (8) kui ka meie tähelepanekuil põhjustavad verejooksu seedetrakti ülemistest osadest kõige sagedamini mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandid: 1958. ja 1959. aastal 57% ja viimase viie aasta jooksul 70% juhtudest.

Verejooksu põhjuse kindlakstegemiseks võime kasutada haiguse anamneesi ja eelnevatel uurimistel saadud andmeid, samuti haige kliinilise ja laboratoorse uurimise võtteid. Eriti oluline on see, et anamneesi and-

---

* Käesolev töö on ette kantud 4. juunil 1966. a. Kingissepas toimunud Tartu Kirurgide Seltsi ja Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi ühisel koosolekul.

meid kogutakse üksikasjalikult. Kuid ka akuutsed haavandid võivad põhjustada ägedat verejooksu, nagu seda tuli ette kahel meie haigel. Ägeda verejooksu ajal hoidutakse tavaliselt seedetrakti röntgenoloogilisest uuri-

Tabel 1

Haigete jaotumine verejooksu põhjustanud haiguste järgi

Verejooksu põhjustav haigus	Saabusid ravile verejooksu ajal			Saabusid verejooksu vaheajal		Haigete üldarvust		
	opereeriti		raviti konservatiivselt	opereeriti	raviti konservatiivselt	lahkus haiglast	suri	
	esimese 24 tunni jooksul	hiljem					pärast operatsiooni	konservatiivse ravi ajal
Ulcus ventriculi	7	1	1	8	15	31	—	1
Ulcus duodeni	4	1	1	5	15	26	—	—
Hypertensio portalis	2	6	—	9	1	16	2	—
Carcinoma ventriculi	—	—	—	2	—	2	—	—
Diverticulum oesophagi	—	—	—	—	1	1	—	—
Gastritis haemorrhagica	—	—	—	—	2	2	—	—
Mao sondeerimine	—	—	1	—	1	2	—	—
Autodigestio ventriculi (Necrosis pancreatis)	—	—	—	1	—	—	1	—
St. post hemithalamectom.	—	—	—	1	—	1	—	—
Selgitamata	—	—	2	—	—	2	—	—
Kokku	13	8	5	26	35	83	3	1

misest, kusjuures eeldatakse, et verduv haavand pole verehüüvete tõttu diagnoositav. Sel ajal kardetakse ka verejooksu ägenemist. O. Hampton (9) uuris magu röntgenoloogiliselt isegi verejooksu ajal, M. Salman (4) püüdis diagnoosi täpsustada sel viisil, et vaatles haigeid neljas erinevas lamamisasendis. Kui haige oli võimeline seisma, uuriti teda ka püstiasendis, samal ajal palpeeriti ettevaatlikult kõhtu. B. Petrov ja M. Štšerbatenko (3) uurisid verejooksu ajal 350 haiget, 92,5%-l nendest leiti haavandid. Meie vaatlusalusteks oli ainult kolm sellist haiget, neist kahel avastasime maohaavandi. Kuigi uuringu negatiivne tulemus haavandit ei välista, on haigeid soovitatav põhjalikult läbi vaadata ka verejooksu ajal, kartmata tüsistusi.

Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandi verejooksu tõttu hospitaliseeriti 58 haiget, haiglasse saabumisel kestis verejooks 15-l. Viimastest opereeriti esimese 24 tunni vältel 11 haiget. M. Komahidze ja T. Ahmeteli (2) on opereerinud ainult 9% ägeda verejooksuga haigetest. Ägeda verejooksu puhul tehakse kohe vereülekanne, kusjuures ülekantava vere kogus oleneb vererõhust ja verekaotusest. Viimast hinnatakse kaudselt anamneesi, haige seisundi, vererõhu ja hematokriti, samuti hemoglobiini hulga alusel. Jälgitakse diureesi, milleks põide asetatakse püsikateeter. Eriti intensiivse verejooksu korral tehakse vereülekandeid forsseeritult ja pärast vererõhu stabiliseerumist alustatakse kohe operatsiooni. Kui verejooks seiskub, on operatsiooni võimalik edasi lükata; ka sellisel juhul on siiski soovitatav opereerida, et vältida verejooksu kordumist. 32 haavandtõbe põdevat haiget ei opereeritud. Osa neist keeldus operatsioonist pärast verejooksu

lakkamist, osal oli see vastunäidustatud kaasnevate haiguste tõttu; ka ei opereeritud üle 70-aastasi haigeid. Haavandiverejooksuga haigetest suri südame ja vereringe dekompensatsiooni tagajärjel 77-aastane mees, keda ei opereeritud. Valikmeetodina kasutati maoresektsiooni, kusjuures võimaluse korral eemaldati verduv haavand.

Portaalhüpertensiooni tõttu söögitoru veenide laienditest tekkinud verejooksu raviti 18 haigel. 8-l kestis verejooks haiglasse saabumisel.

Tabel 2

Portaalhüpertensiooniga haigete jaotumine vastavalt operatsioonimeetoditele

Kasutatud ravivõte	Kohesed ravitulemused			Hilistulemused				
	haigete arv	tervenenud	surnud	tervenenud	verejooks	korduv operatsioon	surnud	teadmata
Portokavaalne anastomoos	2	2	—	2	—	—	—	—
Splenektoomia	6	5	1	3	—	—	2	—
Omentoparietopeksia	1	1	—	—	—	1	—	—
Splenektoomia+omentoparietopeksia	1	1	—	—	—	—	1	—
Muud operatsioonid (maoresektsioon, koledokoduodenostoomia)	3	3	—	—	1	—	—	2
Proovilaparotoomia	4	3	1	—	—	—	—	3
Ei opereeritud	1	1	—	—	1	—	—	—
Kokku	18	16	2	5	2	1	3	5

Kõik funktsionaalsed proovid (Takata-Ara, Quicki, transaminaasi jt.) viitasid maksa parenhüümi raskele kahjustusele. Kuuel juhul esines astsiit. Botkini tõbe oli põdenud 10 haiget, neist kaks ka malaariat; kahte haiget oli pikemat aega ravitud luuese tõttu. Kuuel haigel ilmnes hepatolienaalne sündroom. Kahel juhul portaalhüpertensiooni põhjus ei selgunud. Võrdluseks märgime, et V. Strutškovil jt. (5) jäi verejooksu põhjus selgitamata 13,6%-l ja J. Dorsey'l jt. (7) koguni 19,2%-l juhtudest.

P. Ivanov (1) kasutab väljakujunenud maksapuudulikkuse ja mõõduka verejooksu korral konservatiivset ravi. Tugeva verejooksu juhtudel opereerib ta esimestel päevadel pärast verejooksu tekkimist, kusjuures pärast kõhuõõne avamist ligeerib verduvad veenid.

Kaheksast ägeda verejooksuga haigest opereerisime esimese 24 tunni jooksul ainult kaht. Neist ühel oli haiglasse saabumisel ülitugev verejooks, ja vaatamata kohe tehtud vereülekannetele ja operatsioonile saabus *mors in tabula* enne seda kui verejooks jõuti peatada.

Kuigi portaalhüpertensioonist tingitud verejooksu sulgemiseks kasutatakse paljusid operatsioonimeetodeid, pole seni veel rahuldavat lahendust leitud. Kõige tõhusamaks, kuigi ajutist tulemust andvaks on veritsevate veenide komprimeerimine Sengstaken-Blakemore'i kaksik-balloonsondi abil. Seda võtet võib kasutada ka väikestes haiglates, kus kirurgilise ravi võimalused on piiratud. Kui verejooks on seiskunud ja kaotatud verehulk asendatud, saab haiget transportida ja operatsioon võib aset leida juba täiuslikumalt sisustatud operatsioonisaalis. Kaksik-balloonsondi kasutasime 1965. a. hea eduga kolmel juhul.

Verejooksu vaheajal täpsustasime diagnoosi splenoportograafia abil viiel haigel. Neist neljal oli portaalhüpertensioon tingitud maksatsirroosist, ühel aga avastati ka *vena porta* tunduv ahenemine. Mainitud haiget ei opereeritud maksakahjustuse ja astsiidi tõttu. Portaalhüpertensiooni

vähendamiseks tegime verejooksu vaheajal veresoonte ja elundite anastomoose. Et soodustada maksatsirroosi taandarenemist, eemaldasime kuuel splenogeense hepatolienaalse sündroomiga haigel põrna. Järeluurimise andmeil oli kaks haiget surnud korduva verejooksu tõttu. Viimastel aastatel oleme kirjanduse andmetele tuginedes [F. Uglov (6)] sellest operatsioonist verejooksude puhul loobunud. Ollakse seisukohal, et portaalrõhku võib kõige rohkem alandada portokavaalse anastomoosi abil. Sel viisil opereerisime kaht haiget (2 aastat 10 kuud ja 3,5 aastat tagasi). Praegu on nad terved ja töövõimelised. Maksatsirroosi põdevate haigete ravi tulemuste edaspidise parandamise huvides tuleks nad kirurgilisele ravile suunata juba enne tüsistuste (astsiidi ja verejooksu) tekkimist.

Meie kogemuste järgi on hemorraagilise gastriidi diagnoosimine (gastrotoomiaava kaudu mao limaskesta vaatlemise teel) operatsiooni ajal väga ebakindel. Meile näib, et hemorraagiline gastriit osutub «väljapääsudiagnoosiks» siis, kui muid verejooksu tekkimise põhjusi operatsiooni ajal ei leita. Ka meie diagnoosisime hemorraagilist gastriiti varem ligi kolm korda rohkem (10). Sellest nähtub, et haiguse harvem esinemine verejooksu põhjusena on siiski tingitud diagnoosimisviiside paranemisest.

Meie vaatlusaluste hulgas oli kaks haiget, kelle magu oli sondeeritud jämeda sondiga teistes raviasutustes ja selle tulemusena vallandus äge verejooks. Muudel põhjustel tekkinud verejookse täheldasime üksikjuhtudel. Maokartsinoomist tingituna algas kahel haigel profuusne verejooks. Ühel inoperaablil juhul ligeeriti veritsev veresoon gastrotoomiaava kaudu, teisel tehti maoresektsioon (hilistulemuste kohta andmed puuduvad). Ühel haigel järgnes pankrease ägedale nekroosile mao tagaseina autodigestiivne lagunemine, mis põhjustas surmava verejooksu. Ühel juhul ilmnes mõõdukas verejooks (hemoglobiini 11,85 g% ja vererõhk 130/70 mmHg) söögitoru divertiikulist. On võimalik, et verdus divertiikuli pindmine haavand. Haiget ei opereeritud ja nelja aasta vältel pole verejooks kordunud. Üks 18-aastane tütarlaps toodi neurokirurgiaosakonnast üle ägeda verejooksu tõttu, mis oli tekkinud pärast ajuoperatsiooni. Haigel oli diagnoositud kaasasündinud ekstrapüramidaalne hüperkineesia. Operatsioonil oletati verejooksu mao limaskestast. Aasta hiljem tekkis haigel surmav profuusne verejooks. Lahangul avastati sünnipärane anomaalia *vena porta* süsteemis koos söögitoru veenilaienditega. Verejooksu põhjus jäi selgitamata kahe haige puhul, sest pärast verejooksu lakkamist keeldusid nad uurimisest.

Meie kogemuste järgi tagavad seedetrakti ülemiste osade verejooksude puhul ravi edukuse haigete põhjalik (sealhulgas ka röntgenoloogiline) uurimine ja aktiivne kirurgiline ravi koos kaotatud verehulga adekvaatse ja õigeaegse asendamisega.

KIRJANDUS: 1. Иванов П. А. Хирургия, 1966, 5, 11—16. — 2. Комахидзе М. Э., Ахметели Т. И. Хирургия, 1961, 10, 22—26. — 3. Петров Б. А., Щербатенко М. К. Хирургия, 1965, 2, 155—157. — 4. Сальман М. М. Неотложное рентгенологическое исследование в клинике острых гастродуоденальных кровотечений. М., 1963. — 5. Стручков В. И. и др. Хирургия, 1963, 10, 3—8. — 6. Углов Ф. Г. Труды II съезда хирургов РСФСР. Саратов, 1963. — 7. Dorsey, J. M. a. oth. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1965, 120, 4, 484—486. — 8. Grewe, H. E., Delfino, A. J. Zbl. Chirurg., 1966, 14, 517—525. — 9. Hampton, O. Amer. J. Roentgenol., 1937, 38, 4, 565—570. — 10. Ruus, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1962, 4, 16—20.

ОСТРЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Х. Петлем

Резюме

Острое кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта является неожиданным и часто опасным осложнением при заболеваниях органов брюшной полости, причем трудно предвидеть дальнейшее течение болезни. Диагностика основного заболевания затруднена, так как продолжающееся кровотечение и тяжелое состояние

больного не позволяют применить все методы исследования. В связи с названными обстоятельствами диагностика и лечение острых кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта не потеряло актуальности и сейчас.

В хирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы в период с 1960 по 1964 г. находилось на лечении 87 больных с кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта. Наиболее частой причиной кровотечений были язвы желудка и 12-перстной кишки (58 больных, т. е. 67%). При поступлении в больницу кровотечение продолжалось у 15 больных, из них 11 были оперированы в течение первых 24 часов (проведена резекция желудка).

Кровотечение из расширенных вен пищевода при портальной гипертензии лечили у 18 больных. У 8 из них кровотечение продолжалось и при поступлении в больницу. Для остановки кровотечения, обусловленного портальной гипертензией, наиболее эффективным, хотя и дающим лишь временный результат, считают сдавление кровоточащих вен с помощью двойного баллон-зонда Сенгстейкен-Влейкмора. С помощью этого метода в 3 случаях был получен хороший результат. В период после остановки кровотечения у 5 больных диагноз был уточнен с помощью спленопортографии, у 4 из них портальная гипертензия была обусловлена циррозом печени. Для уменьшения портальной гипертензии в период между кровотечениями производили анастомозы сосудов и органов. У шести больных со спленогенным гепато-лиенальным синдромом была удалена селезенка с целью способствовать обратному развитию цирроза печени. В последние годы вместо названной операции стали применять порто-кавальный анастомоз.

Кровотечения, вызванные другими причинами (геморрагический гастрит, зондирование желудка толстым зондом, карцинома желудка, дивертикул пищевода и др.), были в единичных случаях.

По опыту хирургического отделения Тартуской республиканской клинической больницы успех лечения больных с кровотечением из верхних отделов пищеварительного тракта достигается обстоятельным исследованием (включая рентгенологическое) и активным хирургическим лечением в сочетании со своевременным и адекватным заменением потерянного количества крови.

MAOKÖNDI KARTSINOOMIST

Arstiteaduse kandidaat *V. SALUPERE*

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Haavandtõve tõttu opereeritud mao köndi pahaloomulisi kasvajaid esineb kirjanduse andmeil suhteliselt harva. Nii näiteks on A. Melnikov (1) 1954. aastani kodumaisest kirjandusest leidnud ainult 15 haavandtõve tõttu resetseeritud mao köndi vähi kirjeldust. D. Orringer (7) kirjeldab 27 juhtu, kus pahaloomuline kasvaja arenes haavandtõbe põdevail haigeil pärast mao resetseerimist või gastroenterostoomiat. Seejuures on silmapaistev maovähi suhteliselt harukordne esinemine just nendel haigetel, kellel magu oli resetseeritud. Nii oli D. Orringeri poolt esitatud juhtudest ainult ühel korral tegemist maoköndi kasvajaga, teistel aga leiti maos pahaloomuline kasvaja alles pärast gastroenterostoomiat. Samasugustele järeldustele jõuavad ka mitmed teised autorid [R. Cote, M. Dockerty ja J. Cain (5)]. Nad märgivad, et 17 maovähi juhust, mis olid tekkinud pärast haavandtõve kirurgilist ravi, oli magu resetseeritud ainult 5-l, ülejäänutel oli haavand kas välja lõigatud või tehtud gastroenterostoomia.

Esitame 3 maoköndi kasvaja juhtu, kus patoloogiline protsess hakkas arenema pärast mao resetseerimist haavandtõve tõttu.

Juht 1. Naispatsient M. L., 65 aastat vana (sisehaiguste osakonna haiguslugu nr. 2939/1961. a.). Haigel oli 16 aastat tagasi magu resetseeritud *ulcus duodeni* tõttu (haavaosakonna haiguslugu nr. 1506/1945. a.). Viimase 3—4 kuu jooksul oli tundnud valusid ülakõhus, mis peamiselt ilmusid pärast lihatoitude söömist. Haige kaebas väsimust ja jõuetustunnet, samuti aeg-ajalt tekkivat kõhulahtisust. Nelja kuu kestel oli ta 30 kg kaalust maha võtnud. Objektiivse uurimise andmeil esines aneemia (hgb. 44%, erütrots. 2,85 milj./1 mm^3). Maomahla uurimisel sedastati kofeiiniresistentset anatsiidsust. Uropepsiini oli 10,6 üh tunnis. Röntgenoloogiline uurimine: maoköndi subkardiaalses osas väheldane täitumisdefekt (vt. tahvel XXIII, röntgenogramm 1). Haige uurimisel lamamisasendis oli maomulli kontuur ebasile, kardia piirkonnas leiti märgatav täitumisdefekt. Maoköndi distaalne osa ja anastomoosi piirkond olid muutusteta. Gastroskoopia: hingamisliigutuste ajal tuli subkardiaalses

piirkonnas nähtavale punetav vohand, mida ei õnnestunud detailselt uurida. Maoköndi limaskest oli määrdunud pruuni värvust, kumendavate submukoossete veresoontega (atroofiline gastriit). Aspiratsioonbiopsia: tuumori kude ei õnnestunud kätte saada. Maoköndi limaskesta histoloogilised muutused vastavad muutustele, mida täheldame mõõduka atroofilise gastriidi puhul (vt. tahvel XXIII, mikrofoto 1).

Raske üldseisundi tõttu polnud teda võimalik opereerida. Haige suunati kodusele põetamisele; 2 kuud hiljem ta suri.

Juht 2. Meespatsient B. R., 58 aastat vana (sisehaiguste ja haavaosakonna haiguslugu nr. 3020/1961. a.). Aasta varem oli maokorpuse haavandi perforeerumise tõttu tehtud maoresektsioon (haavaosakonna haiguslugu nr. 3008/1960. a.). Kuu aega tagasi tekkisid piinavad valud ülakõhtu. Haige aeg-ajalt oksendas. Objektiivselt: insuliiniresistentne anatsiidsus, uropepsiini väärtused 13,9 üh tunnis. Röntgenoloogiline uurimine: lühike silindrikujuline maokönt, mille joonist ei õnnestu uurida, sest see paikneb liiga kõrgel roietekaare all. Anastomoosipiirkond on kitsas ja vaid väikesed kontrastaine portsjonid läbivad selle (vt. tahvel XXIV, röntgenogramm 2). Röntgenoloogilise uurimise alusel eitati kasvaja võimalust. Gastroskoopia: maoköndi limaskest tavalisest punetavam, tihedate hallikate kattudega. Anastomoosivoldi serval on väike erosioon. Aspiratsioonbiopsia: mõõdukas atroofiline gastriit (vt. tahvel XXIV, mikrofoto 2).

Et valud püsisid, tehti proovilaparotoomia. Maoköndi piirkonnas avastati tuumor, mille metastaase leiti suures rasvikus ja maksas. Patoloogilis-histoloogiline leid: *carcinoma gelatinosum, partim solidum ventriculi.*

Juht 3. Meespatsient N. T., 53 aastat vana (haavaosakonna haiguslugu nr. 312/1963. a.). 17 aastat tagasi oli magu resetseeritud *ulcus duodeni* tõttu (haiguslugu arhiivis puudub!). 3 kuud enne haiglasse saabumist hakkas patsient tundma tuima valu ülakõhus, esines täistunne. Aeg-ajalt oksendas. Röntgenoloogiline uurimine: lai ja ektaatiline maokönt, milles leidus rohkesti vedelikku. Et maokönt paiknes liiga kõrgel roietekaare all, ei saanud selle joonist uurida. Ajuti võis märgata piki mõlemat kõverikku kulgevaid madalaid peristaltikalaineid. 30 minuti jooksul evakueerus maoköndist kontrastainet ainult minimaalsel hulgal. Samasugune olukord püsis veel 2 tundi hiljem. Kontrastaine passaaž läbi äraviiva soolelingu oli vähene. Äraviiv sooleling osutus pliiatsijämeduseks, kontuur oli korrapäratu (vt. tahvel XXV, röntgenogramm 3). Röntgenoloogi arvates oli tegemist kasvajaga anastomoosi piirkonnas, mis põhjustas stenoosi. Gastroskoopia: maoköndi limaskest kahvatu, hallika varjundiga ja läbi limaskesta kumendavate submukoossete veresoontega (atroofiline gastriit). Anastomoosiava oli kitsas ning teda ümbritses pärjana lai ja sõlmiline volt. Selged kasvaja tunnused puudusid. Operatsioon: maoköndis ulatuslik tuumor, mis histoloogiliselt osutus *carcinoma infiltrativum*'iks. Haigele tehti gastroenterostoomia.

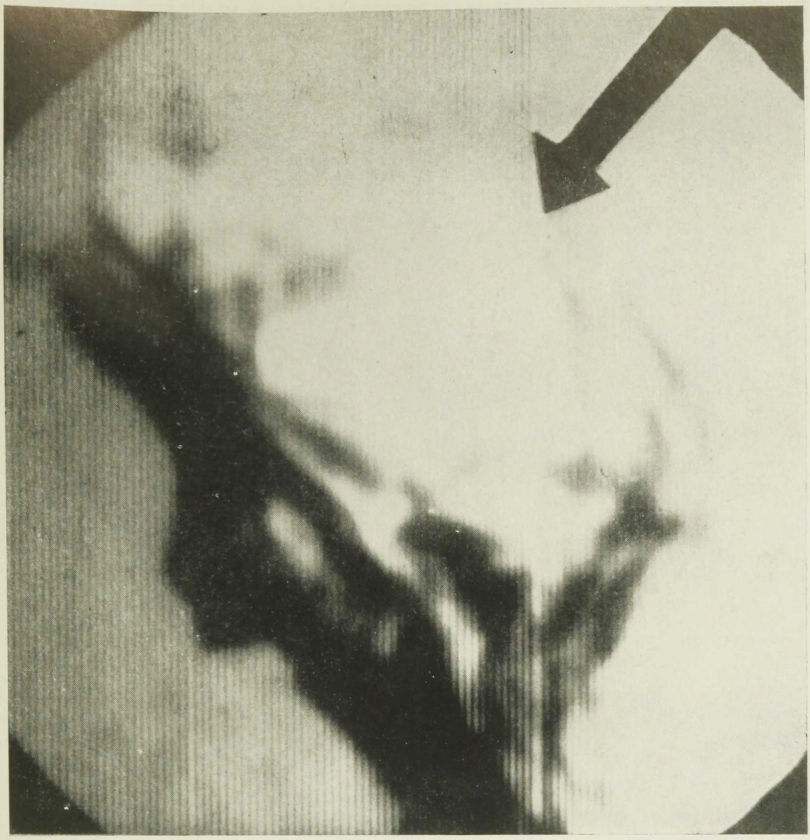
Kõigil kirjeldatud juhtudel esines haigeil tuim valu kõhus. Võrdluseks tuleb märkida, et sageli tekkiv maoresektsioonijärgne hilistüsistus — *dumping*-sündroom — kulgeb tavaliselt valuta. Seepärast näib, et tuim püsiv kõhuvalu haigeil, kellel magu resetseeriti juba aastaid tagasi, viitab mingile lokaalsele protsessile maos. Samuti nagu nende haigete puhul, kel magu pole kunagi opereeritud, on maoköndi kasvaja diagnoosimisel tähtis, et magu uuritaks röntgenoloogiliselt ja tehtaks gastroskoopia. Abistaks ka visuaalne gastrobiopsia.

Kirjeldatud juhtudest diagnoosis röntgenoloog õigesti kahel korral (juhud 1 ja 3). Ühe haige puhul (juht 1) oli tegemist tuumorist põhjustatud täitumisdefektiga, mille röntgenoloogilisel uurimisel avastatud sümptoomid ei erinenud opereerimata mao oraalses piirkonnas paikneva kasvaja omadest. Teisel haigel (juht 3) avastati anastomoosi piirkonnas püsivad orgaanilise stenoosi tunnused, mis lubasid panna tõenäolise diagnoosi. Teise haige puhul ei hinnanud röntgenoloog anastomoosi piirkonna stenoosi nähte õigesti.

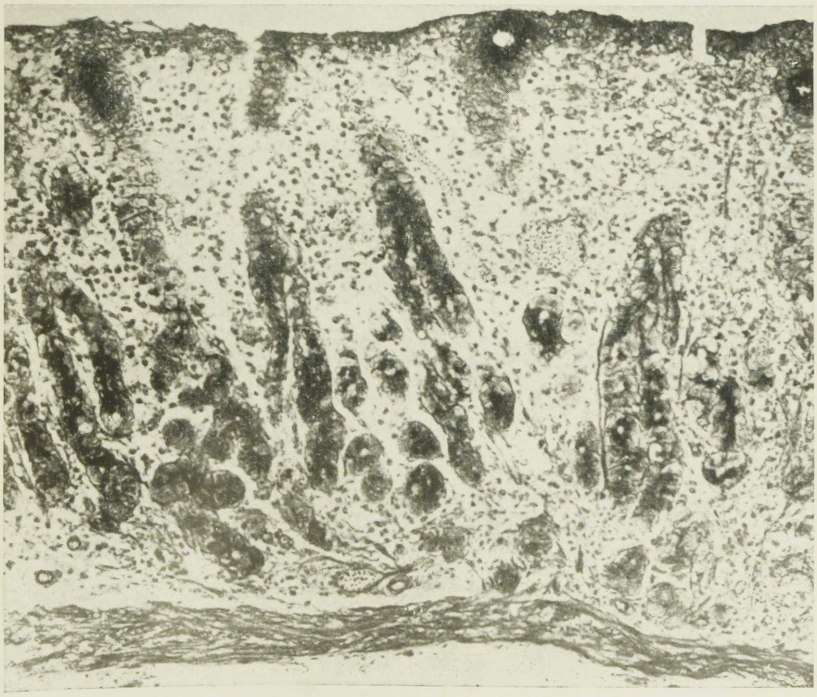
Gastroskoopia kinnitas röntgenoloogilist diagnoosi ühel juhul (juht 1). Negatiivsed tagajärjed teiste haigete puhul võisid olla tingitud tuumori anatoomilisest ehitusest (endofüütne kasv) või jäi kasvaja gastroskoobi vaateväljast kaugemale. Oma vähestele andmetele toetudes võime ühineda J. Fridmani (4) seisukohaga, mille järgi maoköndi kasvaja võib paikneda nii maoköndi distaalses kui ka proksimaalses osas.

Kahele haigele tehti aspiratsioongastrobiopsia, kuid selle uurimismeetodi abil ei saa diagnoosida piirdunud protsesse maos. Mõlemal juhul

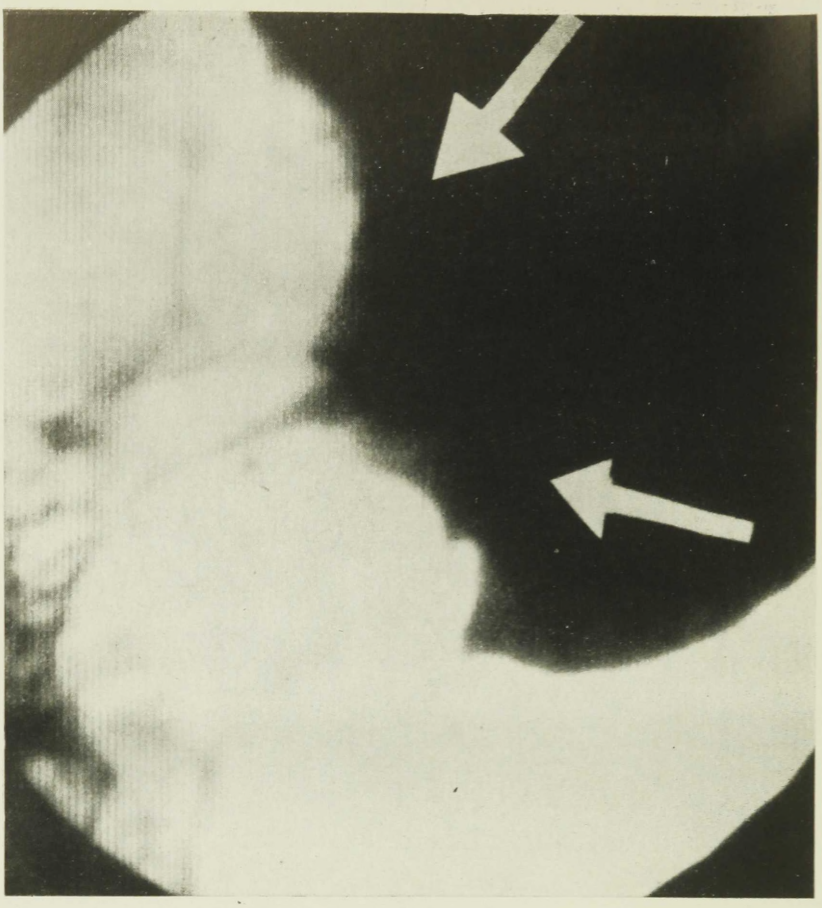
V. Salupere



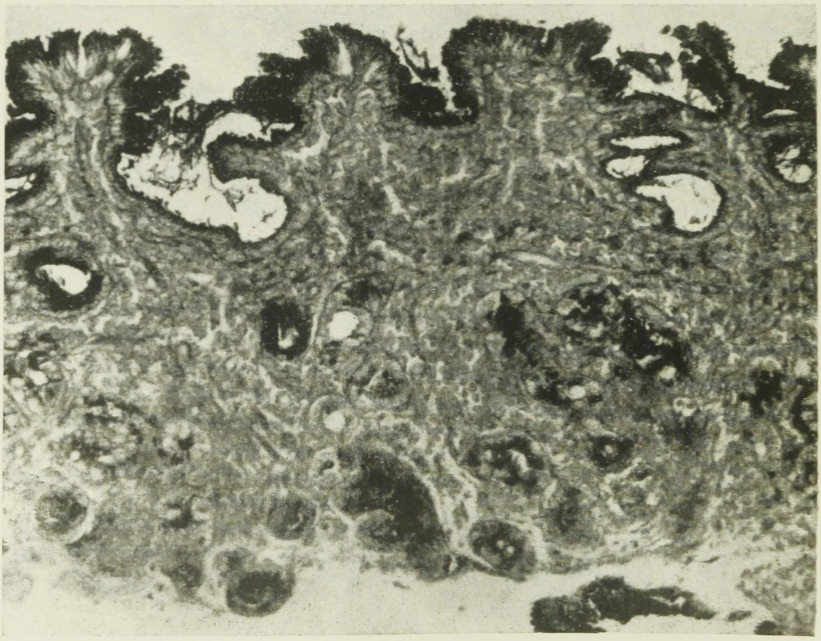
Röntgenogramm 1
Täitumisdefekt subkardiaalses maoosas



Mikrofoto 1
Mõõdukas atroofiline gastriit (gastrobiopsia). McManus-Hotchkissi reaktsioon (suurendus 135 korda)



Röntgenogramm 2
Tsirkulaarne täitumisdefekt anastomoosi piirkonnas (nooled näitavad täitumisdefekti oraalsele osale)



Mikrofoto 2
Mõõdukas atroofiline gastriit (gastrobiopsia). McManus-Hotchkissi reaktsioon (suurendus 135 korda)

avastati maoköndi limaskestas muutusi, mis on iseloomulikud atroofilisele gastriidile.

Maoköndi kartsinoomi tekkimine aastaid pärast mao resetseerimist on tingitud atroofilisest gastriidist. Maoköndi atroofilisele gastriidile on kirjanduses vähe tähelepanu pööratud. Veelgi enam: mõned uurijad [C. Debray kaasautoritega (6) ja E. Palmer (8)] on arvamusel, et see tekib pärast operatsiooni harva. Niisugused seisukohad on tingitud sellest, et korduvate resektsioonide vähesuse tõttu pole õnnestunud saada küllaldaselt histoloogilist võrdlusmaterjali. Mainitud küsimust aitas selgitada aspiratsioonbiopsia kasutusele võtmine (2, 3). Nimelt selgus, et meie poolt gastrobiopsia abil uuritud 57 haigest oli maoköndi limaskest atroofiline 47-l, sealhulgas kõigil 23-l maokorpuse haavandi tõttu opereeritul, 21-l 30-st püloroduodenaalse haavandi tõttu ja 3-l 4-st eespool nimetatute kombineerumise tõttu opereeritud haigest. 38 juhul oli atroofiline gastriit mõõdukas või välja kujunenud.

Esitatud andmetest nähtub, et maoköndi atroofilist gastriiti tuleb ette väga sageli. Osal haigetest, keda on opereeritud maokorpuse haavandi tõttu, pärineb see operatsioonieelsest perioodist. Sellele viitavad rohkearvulised kirjanduse allikad. Teisel osal maokorpuse haavandiga ja püloroduodenaalse haavandiga isikuil tekib atroofiline gastriit pärast mao resetseerimist. Käesolevas artiklis esitatud andmetest selgub, et ka haigete rühmas, keda opereeriti püloroduodenaalse haavandi tõttu, oli atroofilise gastriidi esinemissagedus kõrge (21 haigel 30-st). Olgugi et nimetatud haigetel ei uuritud mao limaskesta enne operatsiooni, lubavad sel ajal tehtud maomahla analüüsid (kõrge või normaalne happesus) oletada, et maokorpuse limaskest oli enne operatsiooni intaktne.

Siit selgub, et osal haigetest mõjustab maoköndi atroofilise gastriidi tekkimist maoresektsioon, s. o. mao püloroantraalse osa eemaldamine. *Antrum*'i resetseerimine ei kõrvalda enamikul juhtudest soolhapet ja pepsiini nõristavate rakkude piirkonda tervikuna, sest pea- ja parietaalrakkude põhimass paikneb maokorpuses, mis mao resetseerimisel enamasti säilib. On tõenäoline, et pärast mao püloroantraalse osa eemaldamist lakkab gastriini produktsioon. Selle tagajärjel kaotavad pea- ja parietaalrakud nõristuseks vajaliku humoraalse stimuleeriva teguri gastriini näol, mis viib nende rakkude talitluse pidurdumisele. Kui pidurdus püsib pikemat aega, tekivad maoköndi limaskestas morfoloogilised muutused ja sugeneb gastriit. Tuleb märkida seda, et maoköndi atroofiline gastriit ei taandarene, sest säilib gastriidi tekkimise oluliseim põhjus (s. o. *antrum* on eemaldatud).

Maoköndi atroofilise gastriidi väljakujunenud vormid on selleks taustaks, millel hakkab arenema pahaloomuline protsess. Mitmete tingimuste kooseksisteerimise tõttu on maoköndi atroofiline gastriit väga sageli esinev protsess. Sellest järeldus: pärast mao resetseerimist hilisperioodil tuleb neid haigeid dispanseerida võrdsetel alustel atroofilist gastriiti põdevate haigetega, kellel magu pole opereeritud. Dispanseeritavaid võimaldab täpsemalt välja valida aspiratsioonbiopsia, mille laialdane rakendamine sellel eesmärgil on igati õigustatud.

KIRJANDUS: 1. Мельников А. В. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. М., 1954, 101—104. — 2. Салупере В. П. Вестн. хирургии, 1962, 9, 50. — 3. Салупере В. П. Терапевт. архив, 1963, 1, 59. — 4. Фридман Е. Г. Вестн. рентгенол. и радиол., 1962, 3, 34. — 5. Cote, R. a. oth. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1958, 107, 200. — 6. Debray, C., Laumonier, R., Housset, P. Arch. malad. appar. digest. et malad. nutr., 1956, 45, 373. — 7. Orringer, D. Surgery, 1950, 28, 680. — 8. Palmer, E. D. Gastroenterology, 1953, 25, 405.

О КАРЦИНОМЕ КУЛЬТИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

В. Салупере

Резюме

Развитие карциномы в культе оперированного желудка спустя годы после его резекции связано с атрофическим гастритом в области культи желудка.

В медицинской литературе последнему вопросу уделено мало внимания, причем взгляды авторов различны.

В Тартуской городской клинической больнице методом гастробиопсии было обследовано 57 больных, оперированных по поводу язвенной болезни. У 47 из них слизистая культи желудка была атрофичной, в том числе у всех 23 оперированных по поводу язвы на теле желудка, у 21 из 30 оперированных по поводу пилородуоденальной язвы и у 3 из 4 оперированных по поводу комбинации вышеназванных локализаций. В 38 случаях имел место атрофический гастрит в умеренной или выраженной форме.

Из представленных данных видно, что атрофический гастрит культи желудка встречается очень часто. У части больных, оперированных по поводу язвы тела желудка, гастрит относится еще к дооперационному периоду. На это указывают и многочисленные литературные данные. У другой части лиц с язвой тела желудка и пилородуоденальной части атрофический гастрит развивается после резекции желудка. Хотя у больных с пилородуоденальной язвой слизистая желудка до операции исследована не была, но сделанные в то время анализы желудочного сока (нормальные или повышенные величины кислотности) позволяют предполагать, что слизистая тела желудка до операции была интактной.

Таким образом, у части больных возникновение атрофического гастрита культи желудка вызвано резекцией желудка, т. е. удалением его пилороантральной части. Резекция антрума у большинства больных не удаляет целиком область клеток, секернирующих соляную кислоту и пепсин, так как основная масса главных и париетальных клеток располагается в теле желудка, которое сохраняется после его резекции. Очевидно, после удаления пилороантральной части желудка прекращается продукция гастрина. В результате этого главные и париетальные клетки теряют необходимый стимулирующий секрецию фактора — гастрина, что ведет к ограничению деятельности этих клеток. Если это продолжается длительное время, в слизистой культи желудка развиваются морфологические изменения. Атрофический гастрит культи обратно не развивается, так как важнейшая причина его возникновения (антрум удален) сохраняется.

Выраженные формы атрофического гастрита культи являются тем фоном, на котором начинает развиваться злокачественный процесс.

Описывается 3 случая опухоли культи желудка, когда злокачественный процесс в желудке начал развиваться после резекции желудка по поводу язвенной болезни.

DUPUYTRENI KONTRAKTUURI KIRURGILISE RAVI TULEMUSTEST

K. TAMMERA

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna operatiivse kirurgia ja topograafilise anatoomia kateedrist, juhataja professor *A. Linkberg*)

Ajavahemikul 1954—1963 on Tartu Linna Kliinilise Haigla ortopeediaosakonnas opereeritud 87 haiget diagnoosiga *contractura Dupuytren*. Haigete vanus kõikus 28—71 aasta vahel, kusjuures enamik neist oli üle 50 aasta vanad. Naisi on olnud üksnes 5 (5,7%), mehi aga 82 (94,3%). Selline suhe vastab L. Brjantseva (2), F. Einarssoni (5) jt. andmetele.

Vaieldavaks küsimuseks on seni olnud kontraktuuri etioloogia. Osa autoreist toonitab traumade tähtsust. Neid tuleb ette peamiselt teatavate elukutsetega isikuil, nagu seppadel, transporditöölistel, autojuhtidel, põllutöölistel, puuseppadel jt. [A. Bejul (1), G. Dupuytren (4), P. Janssen (10) jt.]. Ka meie haigete hulgas oli 35 käsitöölist ja 23 põllutöölist. 38 juhul (65,5%-l füüsilist tööd tegevaist isikuist) võis haigust anamneesi andmeil seostada kroonilise või akuutse traumaga. 29 haiget (arstid, kantseleitöötajad, insenerid jt.) ei teinud füüsilist tööd. Seega 33%-l juhtudest ei olnud haiguse areng seostatav nn. traumateooriaga. Nendel saab haiguse teket põhjendada nn. konstitutsiooniteooriaga, s. o. *m. pal-*

maris brevis'e ja *m. flexor manus superficialis*'e mittetäielikult taandarenenud kiudude degenereerumisega [A. Krogius (11)]. Selle teooria järgi on võimalik seletada haiguse esinemist perekonniti, samuti mõlema käe üheaegset haigestumist (18 haigel).

Kõige tüüpilisemaks peetakse IV sõrme kontraktuuri. Ka meie haigetel oli haigusest tabatud IV sõrm 46 juhul, V sõrm 30 ja II—III sõrm 16 juhul. Mitme sõrme üheaegse kontraktuuriga oli tegemist 13 juhul.

A. Bejuli (1), L. Nalivkini (3), A. Gilli (7) jt. autorite eeskujul klassifitseerisime kontraktuuri raskusastme järgi 3 staadiumi. I staadiumi puhul esinesid peopesas sõlmjad paksendid, kusjuures sõrme (või sõrmi) ei olnud võimalik üle sirutada (10 haigusjuhtu). II staadiumis tekkis sõrme (või sõrmede) kontraktuur nurgaga kuni 140° (71 haigusjuhtu). III staadiumi iseloomustas sõrme (või sõrmede) põhi- ja kesklüli painutuskontraktuur kuni 90° ja üle selle (24 haigusjuhtu).

Enamik autoreist pooldab kirurgilist ravi. Konservatiivne ravi on näidustatud peamiselt profülaktika eesmärgil kergekujuliste kontraktuuride korral. Viimastel aastatel on lokaalselt manustatud hüdrokortisooni- ja hüaluronidaasipreparaate, millele lisandub massaaž [J. Geldmacher (6), H. Grewe (8) jt.].

Kirjeldatavatel juhtudel tehti enamasti pikisuunaline Kocheri lõige peopesas kortsunud väädi ulatuses. Selline lõige osutub küllaldaseks I ja ka II staadiumi kontraktuuride korral. Kui tegemist on III staadiumiga, on enamasti näidustatud M. Iselini (9) plastiline operatsioon, mis pärast palmaaraponeuroosi ekstirpeerimist võimaldab nahka ökonoomselt kasutada nihutatavate kolmnurkade näol.

Pärast operatsiooni rakendati füsioteraapiat, tehti massaaži ja paikselt manustati ronidaasi.

Kirurgiline ravi andis häid tulemusi I staadiumi kontraktuuri puhul 100%-l, II staadiumis aga 75%-l. Rahuldavaid tulemusi saadi 10%-l ja retsidiive tekkis või haigus levis teistele sõrmedele 15%-l juhtudest. III staadiumi kontraktuuri korral olid tulemused halvemad, neid võis pidada heaks 6-l ja rahuldavaks 11 haigel, 7-l (30%) tekkis retsidiiv. Toodud andmed ühtivad ka L. Brjantseva (2) andmetega.

Analüüsitud andmed lubavad järeldada, et kirurgilise ravi edukuse määravad operatsioonitehnika ja kontraktuuri staadium. Kui tulemused II staadiumi puhul osutuvad heaks, siis on need III staadiumi korral üksnes rahuldavad, kusjuures tüsistusi tekib ligikaudu $^1/_3$-l juhtudest.

KIRJANDUS: 1. Беюл А. П. Сб. раб. хир. клиники I Моск. мед. ин-та, М., 1938, 82—96. — 2. Брянцева Л. Н. Контрактура Дюпюитрена. Л., 1963. — 3. Наливкин Л. А. Каз. мед. ж., 1936, I, 73—77. — 4. Dupuytren, G. Leçons orales de clinique Chir., faites à l'Hotel-Dieu de Paris. Paris, 1832. — 5. Einarsson, F. Acta chir. Scand., 1946, 1, 93. — 6. Geldmacher, J. Chirurg., 1963, 34, 10, 451—457. — 7. Gill, A. Ann. Surg., 1938, 107, 122—127. — 8. Grewe, H. Chirurg., 1957, 28, 2, 51—53. — 9. Iselin, M. Chirurgie de la main. Paris, 1955. — 10. Janssen, P. Arch. klin. Chirurg., 1902, 67, 761. — 11. Krogius, A. Zbl. Chirurg., 1920, 30, 904.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

К. Таммера

Резюме

В период с 1954 по 1963 год в ортопедическом отделении Тартуской городской клинической больницы по поводу контрактуры Дюпюитрена было оперировано 87 больных, из них 5 женщин и 82 мужчины. Большинство больных было в возрасте старше 50 лет.

По тяжести контрактуры классифицировали 3 стадии заболевания. В I стадии на ладони отмечались узловатые утолщения, причем пальцы полностью выпрямить не сказалось возможным. Во II стадии контрактура пальцев возникала с углом до 140°, III стадия характеризовалась сгибательной контрактурой основной и средней фаланг пальцев с углом до 90° и больше.

В большинстве случаев на ладони производили продольный разрез по Кохеру в пределах сморщенного тяжа. Такой разрез оказывается достаточным при контрактуре I и II стадий. При III стадии большей частью показана пластическая операция М. Изелина, позволяющая после экстирпации ладонного апоневроза экономно использовать кожу в виде смещающихся треугольников.

После операции применяли физиотерапию, массаж и локально — ронидазу.

Хирургическое лечение при I стадии контрактуры дало хорошие результаты в 100% случаев, во II стадии — в 75%. При контрактуре III стадии из 24 случаев результаты были хорошими у 6 больных, удовлетворительными — у 11 и у 7 больных заболевание рецидивировалось.

OTOGEENSETEST AJUABSTSESSIDEST

V. SÄRGAVA ja *V. LIIV*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedrist, juhataja professor *E. Siirde*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *H. Kanter*)

Ajuabstsess on raske koljusisene komplikatsioon, mille diagnoosimine on sageli komplitseeritud ja mille puhul letaalsus on kõrge. Nimetatud haigus on peamiselt otogeenset päritolu [L. Puusepp (14), I. Babtšin (1), N. Ussoltsev (11) jt.]. Ajuabstsessi on kindlaks tehtud 0,8—1,5%-l [L. Levin (6), P. Demidov (4) jt.], kohati isegi kuni 4%-l [Tran Hu Tuok jt. (10)] kõrvahaigusi põdevatest opereeritud haigetest.

Suremus suurajuabstsessi tagajärjel ulatub 50—75 ja väikeajuabstsessi puhul koguni 60—100 protsendini [L. Levin (6), P. Demidov (4), V. Kalina (5), M. Volfkovitš (2), A. Tokman (9), J. Tarkkanen (17) jt.]. Viimasel ajal on ravi tulemused paranenud, mille tõttu suremus on 25%-ni langenud [V.Vojatšek ja V. Undrits (3)].

Otogeenne ajuabstsess võib lähtuda nii kroonilisest kui ka akuutsest otiidist. Seoses akuutse otiidi komplikatsioonide vähenemisega tekib ajuabstsess viimasel ajal valdavas enamikus kroonilise otiidi tagajärjel. M. Volfkovitši (2) andmeil tekkis 85 ajuabstsessi juhust 83 pärast kroonilise ja ainult 2 pärast akuutse otiidi põdemist. J. Tarkkaneni (17) teatel arenes 78% ajuabstsessidest kroonilise ja 22% akuutse otiidi komplikatsioonina. V. Kalina (5) kirjutab, et 383 ajuabstsessist 312 pärines kroonilisest ja 71 akuutsest otiidist, Tran Hu Tuoki ja kaastööliste (10) poolt kirjeldatud 34 ajuabstsessi olid kõik tekkinud kroonilise otiidi tagajärjel jne.

E. Saareste (16) on jälginud ajuabstsessi haigestumist Tartu ülikooli kõrvakliinikus 17 aasta vältel (aastail 1921—1938). Selle aja jooksul opereeriti 861 kõrvahaigusi põdevat haiget, neist 2%-l, s. o. 17 isikul, esines ajuabstsess (suurajuabstsess 9 ja väikeajuabstsess 8 juhul). 12 juhul (70%) oli ajuabstsess lähtunud kroonilisest ja 5-l (30%) akuutsest otiidist. 12 haige puhul õnnestus seda elu jooksul avastada ja kirurgilisel teel ravida. Pooled nendest (3 suuraju- ja 3 väikeajuabstsessi) paranesid.

Ajuabstsessi diagnoosimine on sageli raske, mõnikord avastatakse see alles lahangul [V. Kalina (5), M. Volfkovitš (2), L. Puusepp (14), E. Saareste (16), H. Richter (15) jt.]. Ometi on õigeaegne diagnoosimine ja kirurgiline ravi väga olulise tähtsusega. Üldnähtude (roidumus, nõrkus, isutus, kiirenenud settereaktsioon, kehatemperatuur jne.) kõrval esinevad üldised ajunähud (peavalud, iiveldustunne, oksendamine, aeglane pulss, silmapõhja muutused jm.) ja sageli ka koldesümptoomid. Peale selle annavad väärtuslikke andmeid täiendavad uuringud (liikvor, silmapõhja uurimine, ventrikulograafia, elektroentsefalograafia jne.).

Aastail 1939—1965 on Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas tehtud 1872 nibujätketrepanatsiooni (1196 mastoidektoomiat ja 676 radikaalset keskkõrvaoperatsiooni). Tänu antibiootikumide laialdasele kasutusele võtmisele on ägedate keskkõrvapõletike ja nende tüsistuste, eeskätt mastoidiitide arv tunduvalt vähenenud. Nii sooritati 1946. aastal 110, 1964. aastal aga kõigest 10 mastoidek-

toomiat. Samal ajal, eriti viimastel aastatel, on suurenenud radikaalsete keskkõrvaoperatsioonide arv, mis on tingitud kuulmist restaureerivate operatsioonide laialdasest kasutusele võtmisest. Kui 1946. aastal tehti ainult 13 radikaalset keskkõrvaoperatsiooni, siis 1964. aastal ulatus nende arv 71-ni.

Nibujätketrepanatsioonid aastail 1939—1965

Operatsiooni liik	1939—1943	1944—1948	1949—1953	1954—1958	1959—1963	1964—1965	Kokku
Mastoidektoomia	408	380	217	94	71	26	1196
Radikaalne keskkõrvaoperatsioon	61	95	151	106	128	135	676
Kokku	469	475	368	200	199	161	1872

Tabelist nähtub, et mastoidektoomiate arv on vähenenud ligikaudu 6 korda, radikaalsete operatsioonide arv aga on suurenenud enam kui kaks korda.

27 aasta jooksul (1939—1965) on Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas ette tulnud 26 otogeense ajuabstsessi juhtu, mis moodustab 1,4% mainitud ajavahemikul opereeritud kõrvahaigusi põdevatest haigetest. 26 otogeensest ajuabstsessist oli suurajuabstsesse 22 (84%) ja väikeajuabstsesse 4 (16%). Otogeensed ajuabstsessid tekkisid peamiselt kroonilise keskkõrvapõletiku tüsistusena (21 juhtu), harvem akuutse otiidi tagajärjel (5 juhtu).

Otogeenset suurajuabstsessi põdevatest haigetest paranes 12 (55%), kuid suri 10 (45%). Väikeajuabstsessidega haigetest paranes vaid 1, suri 3. Üldine paranemisprotsent otogeensete ajuabstsesside puhul on 50. Kuus otogeense ajuabstsessiga haiget saabus ravile terminaalses seisundis ja nad kõik surid. Kui viimased maha arvata, on paranenute osatähtsus tunduvalt suurem (65%).

Haigete vanus kõikus 9—70 aasta vahel, kusjuures 11—50 aasta vanuseid oli 20, s. o. $^4/_5$ kõikidest ajuabstsessi põdevatest haigetest. Kõige rohkem haigusjuhte (7 juhtu) tuli ette analoogiliselt kirjanduse andmetega [N. Ussoltsev (11) jt.] vanuserühmas 21—30 aastat.

Abstsess oli lokaliseerunud temporaalsagaras 21-l, frontaalsagaras 1-l ning väikeajus 4 juhul. Vasak temporaalsagar oli haaratud 12 korral, kusjuures sensoorset afaasiat täheldati 7 juhul. Kõik abstsessid olid unilokulaarsed, välja arvatud 1 väikeajuabstsess, mis osutus multilokulaarseks. P. Demidovi (4) andmeil esineb multilokulaarseid ajuabstsesse 3,5%, R. Šahnovitši (12) järgi aga 10%. Meie haigete hulgas avastati 3 abstsessi (temporaal-, frontaalsagara ja väikeajuabstsess) lahangul, ülejäänud 23 diagnoositi ja avati elupuhuselt. 13 ajuabstsessi avastati esimesel operatsioonil, ülejäänud hiljem.

Kõigil otogeense ajuabstsessi juhtudel ilmnesid rohkem või vähem väljendunud meningiidinähud, 4 juhul kaasnes *sinus sigmoideus*'e tromboos ja 2 juhul otogeenne sepsis.

Otogeenseid ajuabstsesse on nii kirjanduse kui ka meie andmeil täheldatud tunduvalt sagedamini meestel (23 juhtu) kui naistel (3 juhtu). Ajuabstsessi ravimisel tegime trepanatsiooniava kaudu sisselõike. Seejärel tamponeerisime abstsessikoopa pikaks ajaks (17 juhul) või asetasime sinna dreeni (5 juhul); ühe väikeajuabstsessi puhul punkteerisime. 15 korral on ajuabstsessi mäda uuritud bakterioloogiliselt, kõikidel juhtudel on leitud polüfloorat (streptokokid, stafülokokid, diplokokid, enterokokid, *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris* jt.).

Üldse on Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurgu-

haiguste osakonnas aastail 1921—1965 registreeritud 43 ajuabstsessijuhtu (31 suuraju- ja 12 väikeajuabstsessi), neist 33 kroonilise ja 10 akuutse otiidi tüsistusena. 19 haiget (15 suuraju- ja 4 väikeajuabstsessiga) paranes.

Ajavahemikul 1949—1963 on ravitud 15 ajuabstsessi põdevat haiget, keda opereeriti ja kellele koos sulfaniilamiididega manustati antibiootikume. Neist paranes 9 (60%) ja suri 6 (40%). Seega on antibiootikumide kasutamine letaalsust mõningal määral vähendanud. Ka ajuabstsesside esinemissagedus näitab viimasel ajal langustendentsi (1949.—1953. aastani 7, 1954.—1958. aastani 5 ja 1959.—1963. aastani 3 ajuabstsessi juhtu).

Kuigi otogeense ajuabstsessi esinemissagedus üldiselt langustendentsi näitab [A. Natanson (7), V. Russinova (8) jt.], on mõnel pool märgata sellesse haigestumise sagenemist [M. Šub ja G. Nikolajeva (13)]. Tartu kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kliinikus on 1921. a. alates kuni käesoleva ajani registreeritud keskmiselt üks otogeense ajuabstsessi juht aastas. Seepärast tuleb seda võimalust ikka silmas pidada, mis on eriti tähtis krooniliste otiitide puhul. On tarvis arvestada ka asjaolu, et paljude uute ravimite ja antibiootikumide rohke kasutamine võib maskeerida ajuabstsessi kulgu ja kliinilist pilti.

KIRJANDUS: 1. Бабчин И. С. В кн.: Частная хирургия. том I, М., 1962, 151—153. — 2. Вольфкович М. И. В кн.: Программные доклады на V-м Всесоюзном съезде оториноларингологов в июле 1958 г. в Ленинграде. Москва—Сталинабад, 1958, 113—125. — 3. Воячек В. И. и Ундриц В. Ф. Вестн. оториноларингол., 1953, 5, 3—5. — 4. Демидов П. А. Вестн. оториноларингол., 1951, 5, 45—47. — 5. Калина В. О. Отогенные абсцессы мозга. М., 1957. — 6. Левин Л. Т. В кн.: Левин Л. Т. и Темкин С. Я. Хирургические болезни уха. М., 1948, 543—573. — 7. Натансон А. М. Вестн. оториноларингол., 1950, 3, 31—37. — 8. Русинова В. А. Вестн. оториноларингол., 1957, 3, 12—15. — 9. Токман А. С. Заболеваемость болезнями уха, горла и носа и задачи организации оториноларингологической помощи населению. М., 1957. — 10. Тран Хью Туок и др. Вестн. оториноларингол., 1963, 5, 77—80. — 11. Усольцев Н. Н. В кн.: Руководство по оториноларингологии, т. II, М., 1960, 337—359. — 12. — Шахнович Р. А. Абсцессы головного мозга ушного происхождения. М., 1949. — 13. Шуб М. Г. и Николаева Г. Н. Гнойный отит. Труды Саратовской ЛОР-клиники, 1957, 94—100. — 14. Puusepp, L. Chirurgische Neuropathologie. Bd. III, Tartu, 1939. — 15. Richter, H. Differentialdiagnostik der Erkrankungen des Ohres und oberen Luftwege. Leipzig, 1950. — 16. Saareste, E. Eesti Arst, 1938, 9, 694—707. — 17. Tarkkanen, J. V. Otogenic Brain Abscess. Acta otolaryngol. Suppl. 185, Helsinki, 1963.

ОБ ОТОГЕННЫХ АБСЦЕССАХ МОЗГА

В. Сяргава и *В. Лийв*

Резюме

Абсцесс мозга является тяжелым внутричерепным осложнением, в основном отогенного происхождения. Диагностика этого заболевания часто затруднительна, а летальность высокая.

В отделении уха-горла-носа Тартуской республиканской клинической больницы в период с 1921 по 1965 год было зарегистрировано 43 случая абсцессов мозга (31 абсцесс полушария мозга и 12 — мозжечка), из них 33 были осложнением хронического и 10 — осложнением острого отита. Выздоровело 19 больных.

За последние 27 лет (1939—1965 гг.) в отделении зарегистрировано 26 случаев отогенного абсцесса, что составляет 1,4% из общего числа больных, оперированных по поводу заболеваний уха.

Абсцессы мозга значительно чаще встречались у мужчин (23 случая), чем у женщин (3 случая). Возраст больных колебался от 9 до 70 лет, причем наибольшее число случаев приходилось на возрастную группу от 21 до 30 лет. Во всех случаях абсцессов мозга наблюдались более или менее выраженные явления менингита, в четырех случаях к ним присоединился тромбоз сигмовидного синуса и в двух — отогенный сепсис.

При лечении абсцесса мозга мы после трепанации делали разрез, затем тампонировали полость абсцесса на длительное время или ставили дренаж. В одном случае абсцесса мозжечка мы пунктировали. Общий процент выздоровления в период с 1939 по 1965 год составлял 50.

В период с 1949 по 1965 год на лечении находилось 15 больных с абсцессом мозга, которых оперировали и лечили антибиотиками в сочетании с сульфаниламидами. Из этого числа выздоровело девять человек (60%) и шесть умерло (40%).

Таким образом применение антибиотиков в некоторой степени уменьшило летальность.

Несмотря на то, что частота абсцессов имеет общую тенденцию к уменьшению (в 1949—1953 гг. — 7, в 1954—1958 гг. — 5 и в 1959—1963 гг. — 3 случая), необходимо все же помнить о них, особенно при хронических отитах.

HORMOONRAVI TOIMEST KOPSUTUBERKULOOSIHAIGETE NEERUPEALISTE KOORE TALITLUSVÕIMESSE

Arstiteaduse kandidaadid *J. KARUSOO* ja *L. MASER*

(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Kopsutuberkuloosihaigete ravimiseks kasutatakse paralleelselt antibakteriaalsete vahenditega laialdaselt ka AKTH-d ja glükokortikoidse toimega kortikosteroide (kortisoon, hüdrokortisoon, prednisoon, prednisoloon jt.). Kortikosteroidid nõrgendavad kudede põletikulist reaktsiooni, soodustavad eksudaatide ja infiltraatide resorbeerumist, vähendavad intoksikatsiooninähte ning suurendavad antibakteriaalse ravi efektiivsust. AKTH toimib analoogiliselt kortikosteroididega, kuid teeb seda neerupealiste koore kaudu, stimuleerides peamiselt glükokortikoidide eritumist.

Hormoonravi rakendatakse eeskätt eksudatiivse pleuriidi, värskete infiltratiiv-destruktiivsete kopsutuberkuloosivormide ning tugevasti väljakujunenud intoksikatsiooninähtude puhul [N. Šmeljov (6), V. Ševtšenko (5), Z. Matjušina (3), O. Bergsmann ja F. Karlhuber (8), U. Baldamus ja E. Ewert (7)]. Samuti soovitatakse mainitud ravi miliaarse tuberkuloosi [A. Nitsche (16)], vereköhimise ja ravimitalumatuse korral [H. Voigt ja H. Rüthnick (19)]. Raskete ja krooniliste haigusvormidega isikutele avaldab hormoonravi ainult sümptomaatilist toimet.

Hormoonide päevased annused ja ravi kestus on mitmesugune, sõltudes haigusprotsessi laadist ja haige üldseisundist. Prednisooni ja prednisolooni manustatakse tavaliselt 10—30 mg päevas, kusjuures ravikuur vältab 15—60 päeva, ning AKTH-d antakse 25—40 toimeühikut päevas [G. de Camp (10), N. Šmeljov (6), I. Komarova (2)]. Kõige otstarbekam on manustada AKTH-d kombinatsioonis kortikosteroididega [E. Möbius (15), W. Hartenbach (11), R. Salassa jt. (17)], sest viimased on küll tugeva põletikuvastase toimega, kuid mõjuvad hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi talitlusele pidurdavalt [H. Langecker ja R. Lurie (14), W. Hohlweg ja U. Laselut (12)]. AKTH aga aitab neerupealiste koore talitlust säilitada või taastada. Ainult AKTH kasutamine ei anna alati küllaldasi tulemusi, eriti neerupealiste koore funktsionaalse puudulikkuse korral. Nimetatud ravimit soovitatakse süstida mõne päeva jooksul pärast kortikosteroidide kuuri lõpetamist [E. Möbius (15), W. Hartenbach (11), E. Finn (4)]. Seevastu teised autorid väidavad, et AKTH kasutamine kortikosteroidide kuuri lõpul ei stimuleeri neerupealiste koore talitlust vajalikul määral ja seetõttu peavad otstarbekaks seda manustada kortikosteroidravi ajal (igal 5. või 7. päeval) [J. Bertrand jt. (9)].

Käesoleva töö ülesandeks oli uurida AKTH ja prednisooni mitmesuguste kombinatsioonide rakendamist kopsutuberkuloosihaigete ravimisel ning toimet neerupealiste koore talitlusse. Töös on kasutatud Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri ja Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri patsientide ravi tulemuste andmeid.

Neerupealiste koore talitlusvõime üle otsustasime Thorni testi alusel. Test põhineb sellel, et glükokortikoidid reguleerivad eosinofiilsete leukotsüütide arvu. AKTH süstimise tulemusena neerupealiste koore talitlus intensiivistub ja eosinofiilide arv veres langeb [G. Thorn jt. (18)]. Eosinofiilide arvu langust 50% võrra või rohkem peetakse normaalseks

(positiivne Thorni test), kuid langust alla 50%, samuti eosinofiilide arvu suurenemist aga neerupealiste koore puudulikuks reageerimiseks (negatiivne Thorni test). Eosinofiilsete leukotsüütide absoluutse arvu kindlakstegemiseks Gorjajevi kambris kasutati Dungeri lahust. Eosinofiilsete leukotsüütide absoluutne arv määrati vahetult enne AKTH (25 toimeühikut) süstimist, samuti 4½ ja 6 tundi pärast seda. Thorni test tehti 3—5 päeva enne ja pärast hormoonravi. Osal juhtudest, kus prednisoonkuuri järel AKTH-d manustati pikema aja jooksul, tehti Thorni test samuti AKTH-ravi algul.

Hormoonravi sai 40 kopsutuberkuloosihaiget (vt. tabel 1), neist kahel kaasnes kõrituberkuloos ja ühel astma. Tuberkuloositekitajaid eritas 34 haiget. Uuritutest oli mehi 26 ja naisi 14, enamik ravialustest oli 20—50 aastat vanad.

Kõikidele haigetele anti paralleelselt hormoonipreparaatidega antibakteriaalseid vahendeid, kusjuures hormoonravi rakendamisel arvestati peale tuberkuloosse protsessi laadi kopsus ka haige üldseisundit, ühtlasi neerupealiste koore funktsionaalset seisundit. Hormoonravi oli esmajoones näidustatud värske infiltratiiv-destruktiivse kopsutuberkuloosi ning intoksikatsiooninähtude puhul. Lühiajalist hormoonravi said ka haiged, kel krooniline protsess ägenes, samuti need, kelle üldseisundit oli vaja parandada. Enamikul juhtudest manustati prednisooni 10 mg ja lühema kestusega kuuride korral ka 15 mg päevas. Enamasti kasutati prolongeeritud toimega AKTH-d, mida ühel korral süstiti 25 toimeühikut, 11 juhul aga tavalist AKTH-d, mida süstiti 10 toimeühikut 4 korda päevas.

Tabelis 1 on toodud Thorni testi väärtused kopsutuberkuloosi eri vormide ja faaside korral enne ja pärast hormoonravi.

Tabel 1

Kopsutuberkuloosi vorm ja faas	Thorni test			
	positiivne	negatiivne	positiivne	negatiivne
	enne ravi		pärast ravi	
Koldeline kopsutuberkuloos				
infiltratiivne faas	—	1	—	1
lagunemisfaas	1	4	5	—
Infiltratiivne kopsutuberkuloos				
infiltratiivne faas	2	1	2	1
lagunemisfaas	7	11	15	3
Dissemineerunud kopsutuberkuloos				
infiltratiivne faas	1	—	1	—
lagunemisfaas	2	1	1	2
Krooniline fibrokavernoosne kopsutuberkuloos	—	8	8	—
Silikotuberkuloos	1	—	1	—
Kokku	14	26	33	7

Selgub, et kroonilise fibrokavernoosse kopsutuberkuloosi korral oli Thorni test kõigil juhtudel negatiivne, muude vormide puhul iseloomulikke muutusi ei leitud. Neerupealiste koore kahjustus kopsutuberkuloosihaigetel sõltub kõigepealt haiguse laadist ja selle kestusest. Niisugune seisukoht on kooskõlas ka kirjanduse andmetega ja meie varasemate tähelepanekutega [I. Gurjeva (1), Z. Matjušina (3), J. Karusoo (13)]. Neerupealiste koore funktsionaalse seisundi paranemist kopsutuberkuloosi mitmesuguste vormide puhul tuleb seostada hormoonraviga (vt. tabel 2).

Tabelis 2 on esitatud AKTH ja prednisooni erinevate kombinatsioonide toime neerupealiste koore talitlusvõimesse.

Tabelist 2 selgub, et prednisooni toime sõltub ravikuuri kestusest ja

kombineerimisest AKTH-raviga.* Kui lühema kestusega prednisoonkuuri lõpul manustada AKTH-d (I rühm), muutub negatiivne Thorni test positiivseks või jääb positiivseks ka ravi lõpul (IV rühm). Pikemaajalise prednisoonravi korral, vaatamata AKTH pikemaajalisele manustamisele,

Tabel 2

Haigete rühm	Thorni test				Prednisoonkuuri kestus päevades	AKTH-d manustati
	positiivne	negatiivne	positiivne	negatiivne		
	ravi algul		ravi lõpul			
I	—	23	23	—	7	Ravi lõpul 3 päeva
II	—	3	—	3	50—100	Ravi lõpul 15—20 päeva
III	5	—	1	4	30—75	Ravi lõpul 7—10 päeva
IV	3	—	3	—	15—27	Ravi lõpul 5—7 päeva
V	6	—	6	—	30—100	Ravi vältel (igal 7. päeval)
	14	26	33	7		

negatiivne Thorni test positiivseks ei muutu (II rühm), vaid sageli toimub vastupidi (III rühm). Haigetel, kellele prednisoonravi vältel AKTH-d manustati igal 7. päeval, neerupealiste koore talitlusvõime säilis (V rühm).

Hormoonravi osutus eriti tõhusaks värskete infiltratiiv-destruktiivsete vormide korral, sageli võis märgata paranemist juba pärast 2—3-nädalast hormoonkuuri (täheldati infiltraatide resorbeerumist ja ka tühikute kadumist). Häid tulemusi saadi ka kõrituberkuloosi ravimisel. Pikemat aega kulgenud haigusprotsesside ja fibroossete muutuste puhul oli ravitoime mõnevõrra väiksem. Mõningal määral olid tulemused paremad neil juhtudel, kus Thorni test jäi ravi lõpul positiivseks. Otstarbekaks osutusid ka kümnepäevased hormoonkuurid krooniliste vormide puhul. Äge protsess vaibus ja üldseisund paranes. Seejuures jälgiti, et Thorni test ravi lõpul normaliseeruks, sest osal juhtudest (10 haigel) tehti hiljem kopsuresektsioon.

Et neerupealiste koore normaalne talitlusvõime on oluline kirurgilise ravi rakendamise korral ja et hormoonravi toimib hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi talitlusse pidurdavalt, ei soovita osa autoreist [W. Hartenbach (11), R. Salassa jt. (17)] hormoone enne operatsiooni kasutada. Teiselt poolt peetakse prednisooni lühiajalist manustamist koos AKTH-ga enne operatsiooni lubatavaks [U. Baldamus ja E. Ewert (7)]. Meie patsientidel, kel Thorni test pärast lühiajalist hormoonravi muutus positiivseks, operatsiooni ajal ja pärast seda tüsistusi ei tekkinud.

Kokku võttes võib öelda, et hormoonravi parandab antibakteriaalse ravi tulemusi eelkõige värskete infiltratiiv-destruktiivsete vormide korral. Pikaajaliste prednisoonkuuride puhul on soovitatav kasutada AKTH-d igal 7. päeval, sest see aitab neerupealiste koore talitlusvõimet säilitada. AKTH manustamine pikemaajalise prednisoonkuuri lõpul neerupealiste koore talitlusvõimet enamikul juhtudest täielikult ei taasta.

KIRJANDUS: 1. Гурьева И. Г. Сов. медицина, 1960, 4, 109—115. — 2. Комарова И. Н. Пробл. эндокринол. и гормонотерапии, 1960, 1, 88—94. — 3. Матюшина З. В. Применение адренакортикотропного гормона (АКТГ) при туберкулезе. Автореф. дисс. канд. наук. М., 1959. — 4. Финн Э. Р. Пробл. туберкулеза, 1963, 1, 38—42. — 5. Шевченко В. В. Тезисы докладов научной сессии посвященная 40-летию великой октябрьской социалистической революции, 1957. — 6. Шмелев Н. А. Сов.

* Prednisooni toime neerupealiste koore talitlusse sõltub kuuri kestusest. Päevadooside (10 ja 15 mg) puhul erinevust ei täheldatud. Olgu öeldud, et annust 15 mg manustati vähestel juhtudel.

медицина, 1954, 6, 36—44. — 7. Baldamus, U. und Ewert, E. G. Dtsch. med. Wochenschr. 1959, 84, 36, 1625—1632. — 8. Bergsmann, O. und Karlhuber, F. Wiener med. Wochenschr. 1956, 106, 25/26, 554—557. — 9. Bertrand, J. and oth. J. Pediatr., 1960, 57, 3, 471—478. — 10. de Camp, G. Beitr. Klinik Tuberk., 1959, 121, 405—446. — 11. Hartenbach, W. Münchener med. Wochenschr., 1958, 30, 1099—1103. — 12. Hohlweg, W. und Laselut, U. Acta endocrinol., 1959, 32, 437—477. — 13. Karusoo, J. ENSV TA Toimetised, 1962, XI, biol. seeria 1, 26—40. — 14. Langecker, H. und Lurie, R. Acta endocrinol., 1957, 25, 54—58. — 15. Möbius, E. Beitr. Klinik Tuberk. 1959, 121, 219—230. — 16. Nitsche, A. Dtsch. med. Wochenschr., 1958, 83, 1593—1595. — 17. Salassa, R. M. and oth. Proc. Staff Meet. Mayo Clin., 1953, 28, 23. — 18. Thorn, G. W. and oth. J. Amer. Med. Assoc., 1948, 137, 1005—1009. — 19. Voigt, H. und Rüthnick, H. Z. ärztl. Fortbild, 1960, 54, 10, 610—614.

О ВЛИЯНИИ ГОРМОНОТЕРАПИИ НА ФУНКЦИЮ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Я. Карусоо и *Л. Мазер*

Резюме

У 40 больных туберкулезом легких изучали влияние различных комбинаций АКТГ и преднизона на функцию коры надпочечников. Для суждения о функции коры надпочечников была использована тест Торна. До лечения последняя оказалась положительной у 14 и отрицательной — у 26 больных. После комбинированного лечения АКТГ, преднизоном и антибактериальными препаратами отмечалось определенное увеличение числа положительно реагирующих больных. Их число увеличилось до 33. В то же время число отрицательно реагирующих больных уменьшилось до 7.

Было установлено, что после кратковременного курса лечения преднизоном для нормализации функции надпочечников достаточно провести непродолжительное лечение АКТГ. И наоборот, если лечение кортизоном проводилось более 30 дней, функцию надпочечников нормализовать не удавалось даже лечением АКТГ в течение 10—20 дней после прекращения дачи кортизона. Поэтому нам кажется целесообразным при более продолжительных курсах лечения преднизоном через каждые 6 дней его применения на один день назначать АКТГ.

От применения кратких курсов лечения АКТГ и преднизоном в предоперационный период отрицательного влияния на исход оперативного лечения не было отмечено.

Кроме того, нами была отмечена некоторая прямая зависимость недостаточности коры надпочечников от продолжительности заболевания и распространенности туберкулезного процесса.

NEUTRAALSETE 17-KETOSTEROIDIDE EKSKRETSIOONIST, TUPE TSÜTOHORMONAALSEST REAKTSIOONIST JA VERESEERUMI MINERAALIDE TASAKAALUST EMAKA FUNKTSIONAALSETE VEREJOOKSUDE PUHUL

(Autoreferaat)

Arstiteaduse kandidaat *V. LIIVRAND*
(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja professor *V. Fainberg*)

Viimastel aastatel on emaka funktsionaalsete verejooksude etioloogia, patogeneesi ja ravi valdkonnas hakatud üha enam tähelepanu pöörama hüpofüüsi, ovaariumide ja neerupealiste vastastikustele neurohormonaalsetele suhetele. Neerupealiste koort peetakse kolmandaks gonaadiks. Arvatakse, et ovaariumid ja neerupealiste koor võivad teineteist teatavates funktsioonides osaliselt asendada.

Uurisime neerupealiste koore talitluslikku seisundit, munasarjade ja neerupealiste koore talitluse omavahelist seost ning vereseerumi mineraalide tasakaalu emaka funktsionaalsete verejooksude puhul. Vaatlusalus-

teks oli 40 haiget, kes ajavahemikul 1961—1963 viibisid Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas. Enamikul juhtudest oli tegemist klimakteeriumiga. Verejooks oli neil kestnud 2 nädalast 3 kuuni. Günekoloogilisel uurimisel patoloogilisi muutusi ei leitud 26-l, veidi suurenenud emakat sedastati 14 naisel.

Kõikidel haigetel tehti emakaõõne prooviabrasioon. Endomeetriumi kaapme patoloogilis-histoloogilisel uurimisel täheldati glandulaarset hüperplaasiat 29-l ja proliferatsioonifaasi 11 juhul. Neerupealiste koore talitluse näitajana jälgiti 17-ketosteroidide ekskretsiooni ööpäeva jooksul, mida määrati J. Miloslavski meetodil. Ovaariumide düsfunktsiooni, eriti organismi küllastusastet östrogeensete hormoonidega, hinnati tupe sekreedi tsütoloogilise pildi alusel.

17-ketosteroide eritus ööpäeva jooksul 10,5—34,3 mg (keskmiselt 20,4 mg). 27 juhul eritus neid normaalsel hulgal, 13-l aga normist rohkem. Normist madalamaid väärtusi ei täheldatud. Mingit seost verejooksu kestuse ja ööpäevase uriiniga eritunud 17-ketosteroidide hulga vahel ei leitud.

Tupe tsütohormonaalse reaktsiooni määramiseks värviti preparaadid hematoksüliin-eosiiniga J. Petrova järgi. IV reaktsioonitüüpi täheldati 28-l ja III tüüpi 12 juhul. Seega oli tupe tsütoloogilise pildi alusel enamikul juhtudest tegemist östrogeenide üliküllusega. Ööpäevase uriiniga eritunud 17-ketosteroidide hulk ja tupe tsütohormonaalne reaktsioon omavahel seoses ei olnud.

Vereseerumi naatriumi-, kaaliumi- ja kaltsiumisisaldus määrati leekfotomeetri abil (kasutati atsetüleeni). Organismi mineraalide tasakaalus olulisi nihkeid ei täheldatud. Naatriumi sisaldas vereseerum 305—338 mg% (keskmiselt 317 mg%); kaaliumisisaldus kõikus 18,3—23,5 mg% (keskmiselt 20,7 mg%), kaltsiumisisaldus aga 9,1—11,4 mg% vahel (keskmiselt 9,9 mg%). Seega sisaldas kõikide vaatlusaluste vereseerum mineraalaineid normi piires.

Kokku võttes võib öelda, et ühel kolmandikul emaka funktsionaalse verejooksuga haigetest oli neutraalsete 17-ketosteroidide ööpäevane eksretsioon kõrgenenud. Ülejäänutel esinesid normaalsed väärtused, mis enamikul juhtudest lähenesid normi ülemisele piirile. Need tähelepanekud vihjavad neerupealiste koore liigtalitlusele ja tõestavad teatava seose olemasolu neerupealiste koore talitluse ja munasarjade talitluse vahel.

ОБ ЭКСКРЕЦИИ НЕЙТРАЛЬНЫХ 17-КЕТОСТЕРОИДОВ, ЦИТОГОРМОНАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ВЛАГАЛИЩА И РАВНОВЕСИИ МИНЕРАЛОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

(Автореферат)

В. Лийвранд

Резюме

Обследовано 40 больных с функциональным маточным кровотечением. При определении цитогормональной реакции влагалища у большинства больных выявлен IV тип реакции, что свидетельствует об избытке эстрогенов. В равновесии минералов (Na, K, Ca) в сыворотке крови особых сдвигов не отмечено. У третьей части больных суточное выделение нейтральных 17-кетостероидов в моче было повышено. У остальных показатели были в норме, причем большинство случаев приближалось к высшему пределу нормы. Эти наблюдения при функциональных маточных кровотечениях могут указывать на гиперфункцию коры надпочечников. Следовательно, лечение функциональных маточных кровотечений кортикоидными гормонами должно быть эффективным, что подтверждается как нашими наблюдениями, так и литературными данными.

MÕNEDE SÜSTIMISLAHUSTE OMAVAHELISEST SOBIMATUSEST

E. SALU

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna galeenilise farmaatsia ja farmatseutilise keemia kateedrist, juhataja professor *N. Veiderpass*)

Sobimatuteks ravimisegudeks nimetatakse niisuguseid segusid, mille koostis keemiliste või füüsikaliste protsesside tagajärjel niivõrd muutub, et muutub ka nende ravitoime. Kõige sagedamini osutuvad sobimatuks vedelravimid, nende hulgas ka süstimislahused. Sobimatuid segusid võib jaotada kolme rühma.

1. Farmakoloogilisest seisukohast sobimatute ravimisegude (1, 3, 7) hulka kuuluvad niisugused segud, milles leidub vastupidi toimivaid aineid. Pikaajalised kogemused on näidanud, et mõned farmakoloogiliselt sobimatud kombinatsioonid on otstarbekad. Ravimite farmakoloogiline sobimatus enamasti ei piira vabadust neid mitmesuguses kombinatsioonis ordineerida.

2. Füüsikalis-keemiliselt sobimatute ravimisegude (1, 3, 4, 5, 6, 7) hulka kuuluvad segud, milles ingredientide omavahelise reaktsiooni tagajärjel tekivad füüsikalised muutused. Selles rühmas tuleb ette eksimusi lahustuvusreeglite vastu, nimelt sobimatu lahusti valimine, lahusti vähesus või segunematute vedelike üheaegne ordineerimine.

Näiteks E-vitamiini kasutatakse õlilahusena, sest preparaat vees ei lahustu. B-grupi vitamiinide ja kõikide muude ainete vesilahuste segamine E-vitamiinilahusega on lubamatu, sest õli ja vesi ei segune ning neist pole võimalik saada homogeenset vedelikku.

3. Keemiliselt sobimatute ravimisegude (1, 3, 4, 5, 6, 7) hulka kuuluvad segud, mis sisaldavad omavahel reageerivaid aineid. Kui keemilise reaktsiooni tagajärjel tekkivad uued ühendid on koostisainetest toime poolest erinevad või koguni mürgised, siis ei tohi neid aineid omavahel segada. Et paljudel juhtudel toimitakse vastupidi, siis on järgnevalt käsitletud mõnede süstimislahuste omavahelist sobimatust, ühtlasi nende üheaegse manustamise võimalusi (vt. skeem).

Ringeri lahuses sisalduvad ained sedavõrd väikeses kontsentratsioonis, et need ei reageeri näiteks B_1-, B_6- või B_{12}-vitamiiniga, penitsilliinisoolade ja streptomütsiiniga. Järelikult nimetatud ainete lahuste lisamine Ringeri lahusele on lubatud, kuid mitte ühel ja samal ajal, sest need on omavahel sobimatud. Väga sageli tekib vajadus manustada parenteraalselt mitut vitamiini korraga. Kahjuks pole neid lahuseid vitamiinide erinevate keemiliste omaduste tõttu alati võimalik segada.

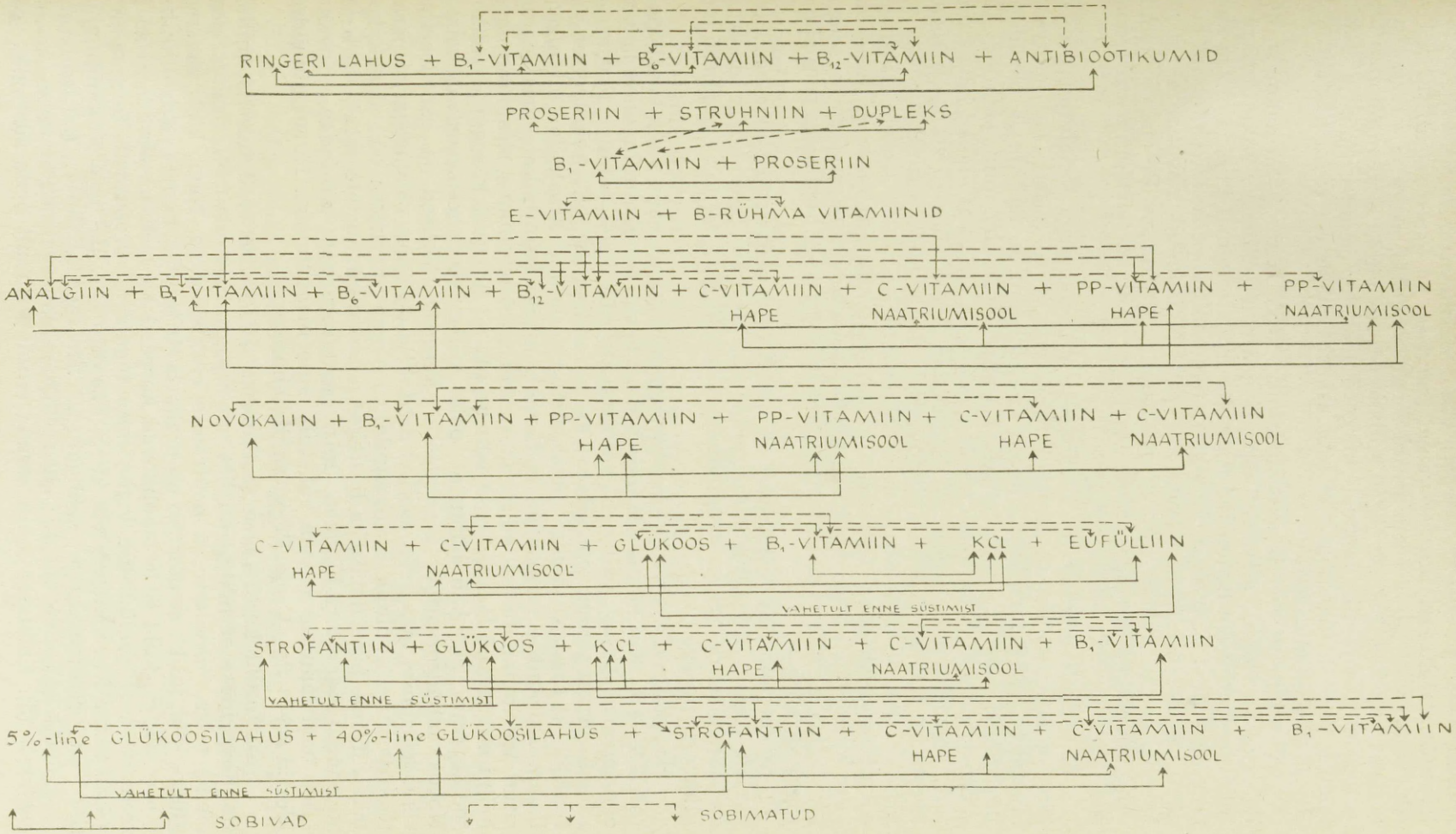
B_1-vitamiin lahustub vees, andes tugeva happelise reaktsiooniga lahuse. Süstimislahuste valmistamisel lisatakse stabilisaatorina soolhapet, mis suurendab lahuse happesust veelgi. Lahus peab olema selge ja värvusetu või nõrgalt kollakas. B_1-vitamiin laguneb neutraalses keskkonnas, eriti kiiresti aga leeliste toimel. Teda lagundavad tanniin, hiniin ja strühniin, samuti taandajad ja hapendajad. Seega B_1-vitamiin on sobimatu C- ja B_{12}-vitamiiniga.

B_6-vitamiini vesilahused on tugeva happelise reaktsiooniga. B_6-vitamiin laguneb kergesti leeliste ja valguse toimel ning teda ei saa kasutada koos B_{12}-vitamiiniga.

B_{12}-vitamiinist valmistatakse süstimislahus 0,9%-lise naatriumkloriidilahusega. Lahuse pH peab olema 4,0—6,0, sest happelisemas või leeliselisemas lahuses esineb vitamiini aktiivsuse tunduv kadu. B_{12}-vitamiin inaktiveerub ka hapendajate ja taandajate, raskemetallisoolade ning valguse toimel. Eespool toodu järgi on B_{12}-vitamiin sobimatu B_1-, B_6-, C- ja PP-vitamiini ning glükoosilahusega.

C-vitamiin muudetakse süstimislahuste valmistamisel NSV Liidu 9. farmakopöa (2) eeskirja kohaselt naatriumvesinikkarbonaadi abil naat-

RAVIMITE OMAVAHELINE SOBIVUS JA SOBIMATUS SÜSTIMISLAHUSTE KOOSMANUSTAMISEL



riumisoolaks. Et naatriumaskorbinaadi oksüdeerumist vältida, lisatakse lahusele stabilisaatorina tugevamat taandajat — naatriumsulfitit. Sel viisil valmistatud lahus on neutraalse reaktsiooniga, selge ja värvusetu või nõrgalt kollakas. Lahuse tugev kollane värvus viitab askorbiinhappe lagunemisele. C-vitamiin laguneb kergesti leeliste, oksüdeerijate ja valguse toimel. Tugeva taandajana ei sobi askorbiinhape või tema naatriumisool B_1- ja B_{12}-vitamiiniga.

PP-vitamiin esineb süstimislahuses NSV Liidu 9. farmakopöa nõudel (samuti nagu askorbiinhapegi) naatriumisoolana. Nikotiinhape ja selle naatriumisool lagunevad tugevate leeliste toimel ja neid ei saa kasutada koos B_{12}-vitamiiniga. Et nikotiinhape on happelises keskkonnas püsiv aine, on teda võimalik segada B_1-, B_6-, C-vitamiini, novokaiini- ja glükoosilahusega. Loomulikult ei saa samasse lahusesse B_1- ja C-vitamiini ning novokaiini korraga lisada, sest C-vitamiin ja novokaiin kui taandajad lagundavad B_1-vitamiini.

Antibiootikumidest on süstimiseks pikemat aega kasutatud penitsilliini ja streptomütsiini. Penitsilliinisoolade vesilahused on neutraalse reaktsiooniga. Penitsilliin laguneb kergesti hapete, leeliste ja oksüdeerijate toimel, samuti soojendamisel. Ka adrenaliin, alkoholid, jodiidid, glütseriin ja paljud muud ained kas lagundavad selle või annavad lahustumatuid ühendeid, mille tagajärjel penitsilliini toime väheneb või kaob hoopis. Penitsilliinisoolad ei sobi glükoosi, B_1-, B_6- ja C-vitamiinilahustega viimaste tugeva happesuse tõttu. Penitsilliinilahust võib segada naatriumaskorbinaadilahusega. Novokaiin annab penitsilliiniga sademe, mis tekkimise momendil esineb sedavõrd peene suspensioonina, et teda on võimalik süstida. Seismisel aga muutub jämedakristalseks, kusjuures penitsilliini toime ei nõrgene.

Streptomütsiini vesilahused on nõrgalt happelise reaktsiooniga. Tugevamate hapete ja leeliste toimel preparaat laguneb. Lagunemist soodustab ka soojendamine. Seega streptomütsiin ei sobi B_1-, B_6- ja C-vitamiini ning glükoosilahusega.

Novokaiinhüdrokloriid on püsiv ainult kindlas happelises keskkonnas (pH 3,8—4,5). Kui lahuse pH tõuseb üle 4,5, siis novokaiin laguneb ja tema anesteseeriv toime väheneb märgatavalt või kaob täiesti. Preparaadi anesteseerivat toimet vähendavad ka sulfaniilamiidid. Et kvaliteetset süstimislahust saada, lisatakse novokaiinilahusele stabilisaatorina 0,1 n soolhapet. Galeenilise farmaatsia ja farmatseutilise keemia kateedris analüüsitud novokaiinilahused, millel anesteseeriv toime puudus, sisaldasid novokaiini ettenähtud hulgas, kuid lahuste pH oli lubatust kõrgem. Järelikult soolhappeta novokaiinilahustel pole küllaldast anesteseerivat toimet. Novokaiinhüdrokloriidi lagundavad kergesti leelised ja oksüdeerijad. Oksüdeerumise tagajärjel saadud produktid on roosa värvusega, seepärast peab tarvitamiskõlblik novokaiinilahus olema värvusetu või nõrgalt kollakas. Toime pikendamiseks lisatakse novokaiinilahustele sageli 0,1%-list adrenaliinhüdrokloriidilahust, mis oksüdeerumist kiirendab. Seetõttu tuleb neid lahuseid segada vahetult enne manustamist. Novokaiinhüdrokloriid sobib B_6-, C- ja PP-vitamiinilahusega.

Strofantiini kasutatakse süstimiseks 0,05%-lise vesilahusena, millele stabiliseerimise eesmärgil on lisatud nipagiini ja etanooli. Lahus peab olema selge, värvusetu ja neutraalse reaktsiooniga. Nagu kõik südameglükosiidid, nii ka strofantiin on erakordselt tundlik hapete hüdrolüütilise toime suhtes, kuid seda lagundavad kergesti ka leelised, oksüdeerijad ja fermendid. Hüdrolüütilise lagunemise tagajärjel preparaadi farmakoloogiline toime kas väheneb või kaob. Seetõttu B_1-, B_6- ja C-vitamiinilahused on strofantiiniga sobimatud. Strofantiinilahust (lahjendatuna 10—20 ml 20%-lise või 40%-lise glükoosilahusega) soovitatakse süstida aeglaselt (5). Lahuseid tohib segada ainult vahetult enne süstimist, sest

pikema aja vältel glükoosilahuses stabilisaatorina esinev soolhape lagundab strofantiini.

Glükoosilahuseid kasutatakse süstimiseks sageli suurtes hulkades. Glükoosi oksüdeerumise ja karamelliseerumise vältimiseks lisatakse lahustele stabilisaatoritena naatriumkloriidi ja 0,1 n soolhapet. Lahus peab olema värvusetu või nõrgalt kollakas ja happelise reaktsiooniga. Et glükoos on tugev taandaja, reageerib see oksüdeerijatega. Glükoosilahus ei sobi kokku ainetega, mis lagunevad happelises keskkonnas. Sellest järeldub, et glükoosilahuseid ei tohi tarvitada koos B_1-vitamiini-, eufülliini- ja penitsilliinilahustega. C-vitamiinilahust võib glükoosilahusega segada. Et saada küllaldast kontsentratsiooni, on erineva kontsentratsiooniga glükoosilahuseid igas vahekorras omavahel võimalik segada, samuti nagu kõiki teisigi erikontsentratsioonilisi sama aine lahuseid.

Strühniinnitraat kui alkaloidisool laguneb kergesti leeliste toimel, seepärast lisatakse 0,1%-lisele süstimislahusele stabiliseerimiseks 0,1 n soolhapet. See ongi põhjuseks, miks strühniinnitraadilahus on sobimatu kõikide hapete toimel lagunevate ainetega.

Preparaat dupleks on süstimislahus, mis sisaldab 0,1%-list strühniinnitraati ja 1%-list naatriumarsenaati. Lahus on selge, sest enne strühniini lahustamist naatriumarsenaat neutraliseeritakse. Dupleksit ei tohi kasutada koos paljude metallisoolade ja leelistega, strühniinisisalduse tõttu ka B_1-vitamiiniga. Taandajad (askorbiinhape, novokaiin, glükoos jt.) muudavad naatriumarsenaadi naatriumarseniidiks ja tugevdavad preparaadi mürgisust.

Proseriini kasutatakse süstimiseks 0,05%-lise vesilahusena, mis on neutraalse reaktsiooniga. Valguse toimel preparaat laguneb ja lahus muutub roosaks, samuti laguneb see leeliste ja hapetega soojendamisel. Külmas lahuses on proseriin hapete suhtes püsiv, seepärast on proseriinilahust võimalik segada dupleksiga ning strühniinnitraadi ja B_1-vitamiinilahusega, kusjuures tuleb aga silmas pidada, et B_1-vitamiin ja strühniinnitraat on omavahel sobimatud.

Analgiini kasutatakse süstimiseks enamasti 50%-lise lahusena. Preparaat laguneb hapete, raskemetallide ja oksüdeerijate toimel. Neutraalse reaktsiooniga vesilahused muutuvad oksüdatsiooni tõttu kiiresti kollaseks. Nõrgalt värvunud lahused säilitavad toime. Enne süstimist soovitatakse (6) analgiinilahusele lisada isotoonilist naatriumkloriidi- või glükoosilahust. Analgiini ei tohi kasutada koos B_1- ja B_{12}-vitamiiniga. Madalal temperatuuril saab analgiinilahusega segada B_6-, C- ja PP-vitamiinilahuseid.

Keemiliselt sobimatute süstimislahuste segamisel tekkivate keemiliste reaktsioonide kulgemise kiirus ja täielikkus olenevad segatavate lahuste kontsentratsioonist ja vahekorrast ning segatud lahuste säilitamise ajast. Madala kontsentratsiooniga lahustes kulgevad reaktsioonid sageli väga aeglaselt. Kõiki reaktsioonide kulgemise võimalusi on töö käigus võimatu täpselt ette näha. Seepärast juhul, kus oletatakse preparaati lagundava keemilise reaktsiooni tekkimist, on lahuseid alati õigem eraldi manustada.

Et ära hoida veeni süstimisel pürogeenidest põhjustatud raskete seisundite tekkimist, peab süstimislahuste manustamise ning nende eelneva segamise kõikidel juhtudel rangelt täitma nii aseptika- kui ka apürogeensusnõudeid.

KIRJANDUS: 1. Вайсман Г. А., Прокопович Н. Н. Несовместимые сочетания ингредиентов в лекарственных формах. Киев, 1963. — 2. Государственная фармакопея СССР. 9-ое изд., М., 1961. — 3. Карпенко Г. А., Туркевич Н. М. Антагонизм лекарственных веществ и их несовместимые сочетания. Киев, 1958. — 4. Машковский М. Д. Лекарственные средства. 4-ое изд. М., 1960. — 5. Основные лекарственные препараты и готовые формы. М., 1963. — 6. Энциклопедический словарь аптечного работника. М., 1960. — 7. Veiderpass, N. Ravimite tehnoloogia põhijooned. Tln., 1964.

О НЕСОВМЕСТИМОСТИ НЕКОТОРЫХ ИНЪЕКЦИОННЫХ РАСТВОРОВ

Э. Салу

Резюме

Несовместимые лекарственные смеси подразделяются на 3 группы.

1. С фармакологической точки зрения к несовместимым лекарственным смесям относятся смеси, содержащие вещества с противоположным действием. Многолетний опыт показывает, что некоторые комбинации названных веществ целесообразны.

2. К физико-химически несовместимым лекарственным смесям относятся такие смеси, в которых в результате реакций между ингридиентами возникают физикальные изменения. В этой группе нарушалось правило растворимости.

3. Химически несовместимые смеси содержат реагирующие между собой вещества. Если новые соединения, возникающие в результате химической реакции, по своему действию отличаются от составляющих веществ или даже ядовиты, то такие вещества нельзя смешивать друг с другом. Как показывают наблюдения, во многих случаях врачи и сестры не учитывают этого факта.

Добавление витаминов B_1, B_6 или B_{12}, а также солей пенициллина и стрептомицина к рингеровскому раствору для парентерального введения допускается, но не одновременно, так как они между собой несовместимы. Витамин B_1 растворяется в воде и образует раствор с сильно кислой реакцией. В нейтральной же среде витамин B_1 разрушается, так же как и под влиянием танина, хинина, стрихнина и восстановителей и окислителей. Поэтому он несовместим с витаминами С и B_{12}. Витамин B_6 легко разрушается под действием щелочей (и света) и его нельзя применять вместе с витамином B_{12}. Витамин B_{12} инактивируется под влиянием окислителей и восстановителей, а также солей тяжелых металлов и света. Он несовместим с витаминами B_1, B_6, С и РР, а также с раствором глюкозы.

Витамин С легко разрушается под действием щелочей, окислителей и света. Как сильный восстановитель, аскорбиновая кислота и ее натриевая соль несовместимы с витаминами B_1 и B_{12}.

Витамин РР (никотиновая кислота) и его натриевая соль разрушаются под влиянием сильных щелочей, и их нельзя применять вместе с витамином B_{12}. Их можно смешивать с витаминами B_1, B_6, С, растворами новокаина и глюкозы (никотиновая кислота устойчива в кислой среде). Естественно, что нельзя одновременно добавлять в раствор витамины B_1, С и новокаин, ибо витамин С и новокаин как восстановители разрушают витамин B_1.

Водные растворы солей пенициллина имеют нейтральную реакцию и поэтому несовместимы с растворами витаминов B_1, B_6, С и глюкозы из-за их сильной кислотности. Стрептомицин разрушается под действием сильных кислот и щелочей и поэтому

Гидрохлорид новокаина устойчив в кислой среде (pH=3,8—4,5). Его легко разрушают щелочи и окислители. Но он совместим с растворами витаминов B_6, С и РР.

Строфантин применяют для инъекций в виде 0,05%-ного водного раствора. Препарат разрушают щелочи, окислители и ферменты. Растворы витаминов B_1, B_6 и С несовместимы со строфантином.

Раствор глюкозы несовместим с веществами, распадающимися в кислой среде, и поэтому его нельзя применять с растворами витамина B_1, эуфиллина и пенициллина.

Нитрат стрихнина несовместим со всеми веществами, распадающимися под действием кислот. Препарат дуплекс нельзя применять вместе с солями многих металлов и щелочами, а также с витамином B_1 из-за содержания в нем стрихнина. Восстановители (аскорбиновая кислота, новокаин, глюкоза) усиливают токсичность препарата.

Водный 0,05%-ный раствор прозерина можно смешивать с дуплексом, нитратом стрихнина и витамином B_1, но при этом следует помнить, что нитрат стрихнина и витамин B_1 несовместимы между собой.

Анальгин нельзя применять с витаминами B_1 и B_{12}. При низкой температуре с раствором анальгина можно смешивать растворы витаминов B_6, С и РР.

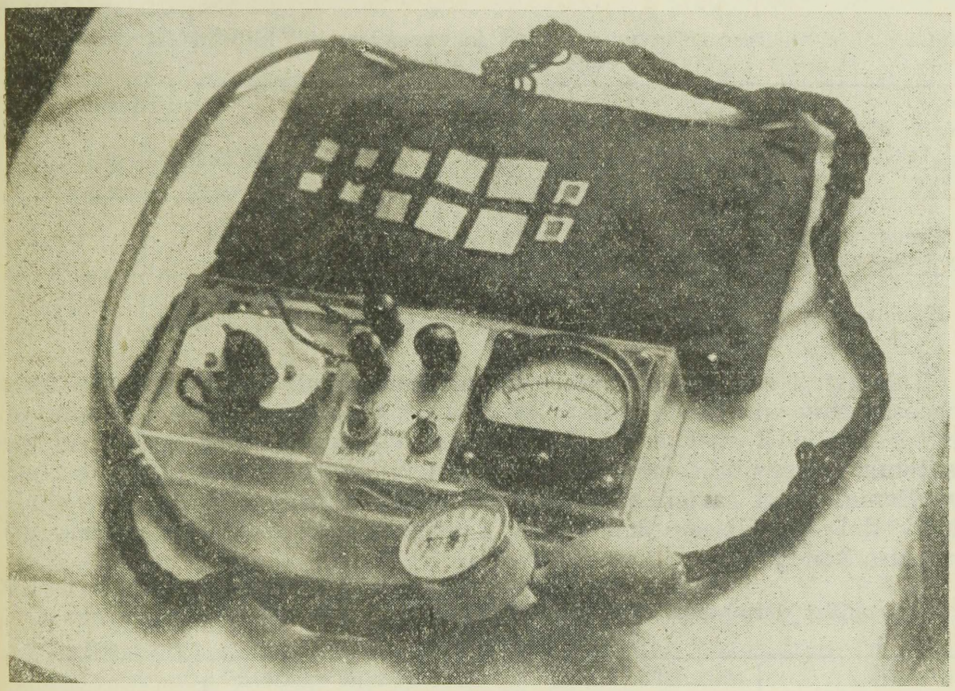
Протекание химических реакций, возникающих при смешивании химически несовместимых инъекционных растворов, зависят от концентрации и соотношений смешиваемых растворов, а также от срока их хранения. Поэтому в случаях, когда предполагают возникновение разрушающей химической реакции, необходимо вводить эти растворы раздельно.

NAHA ELEKTRITAKISTUSEST KROONILISE DERMATOOSI PUHUL

A. KLINK

(Võru Rajooni Keskhaiglast, peaarst *H. Kalda*. Teaduslik konsultant dotsent *H. Vahter*)

Viimasel ajal pööratakse järjest suuremat tähelepanu naha funktsionaalse seisundi uurimisele nahahaigusi põdevatel haigetel. Naha talitlusvõime üheks näitajaks on naha elektritakistus, millel on nii diagnostiline kui ka prognostiline tähtsus. Selle mõõtmisega on vabariigi dermatoloogid veel vähe tegelnud. Senini on naha funktsionaalse seisundi hindamisel elektrijuhtivust määranud L. Nurmand (1), H. Vahter koos kaasautoritega (4), R. Markovitš (3) jt.



Aparaat naha elektritakistuse mõõtmiseks

Käesolevas töös püüdsime selgitada naha elektritakistuse muutuste diagnostilist ja prognostilist tähendust eriti psoriaasi, kroonilist ekseemi ja neurodermiiti põdevatel haigetel retsidiivide profülaktika seisukohalt.

Tabel 1

Kroonilist dermatoosi põdevate haigete naha elektritakistus

Dermatoos	Uuritute arv	Naha elektritakistus		
		üle 3 megaoomi	alla 3 megaoomi	alla 3 megaoomi %-des
Psoriaas	40	19	21	52,5
Ekseem	23	9	14	60,8
Neurodermiit	30	6	24	80,0
Muud	15	5	10	66,6
Kokku	108	39	69	63,8

Mõõtmised kontrollgruppi kuuluvatel isikutel (Võru Tööstustehnikumi 25 õpilast keskmise vanusega 17—18 aastat) näitasid, et

praktiliselt tervetel inimestel on naha elektritakistus 5,0—3,0 megaoomi. Naha elektritakistus määrati 108 kroonilist dermatoosi põdeval haigel, kusjuures 34 isikut uuriti ravi vältel korduvalt. Haigeid uuriti ja raviti peamiselt ambulatooriumis, üksikjuhtudel aga Võru rajooni jaoskonnahaiglate statsionaarides. Mõõtmiste tulemused on esitatud tabelis.

Nagu tabelist 1 nähtub, on kroonilist dermatoosi põdevate haigete naha elektritakistus 63,8%-l juhtudest väiksem kui kontrollgrupil. Psoriaasi puhul on see 52,5%-l, ekseemi puhul 60,8%-l ja neurodermiidi puhul 80%-l juhtudest väiksem kui kontrollgrupil.

Tabel 2

Naha elektritakistuse sõltuvus psoriaasi ja neurodermiidi kliinilistest vormidest enne ravi alustamist

Naha elektritakistus	Psoriaas			Neurodermiit	
	progresseeruv	statsionaarne	regresseeruv	difuusne	piirdunud
üle 3 megaoomi	—	16	3	1	5
alla 3 megaoomi	8	11	2	12	12
Kokku	8	27	5	13	17

Tabelist 2 selgub, et enne ravi alustamist oli naha elektritakistus progresseeruva psoriaasi puhul kõigil, neurodermiidi korral enamikul juhtudest alla 3 megaoomi. Vähenenud elektritakistuse puhul oleme kasutanud desensibiliseerivat, suurenenud takistuse korral stimuleerivat ravi. Samal viisil ravisime ka neid kroonilist dermatoosi põdevaid haigeid, kellel kliinilised nahanähud kadusid, kuid naha elektritakistus püsis alla 3 megaoomi.

Tabel 3

Kroonilist dermatoosi põdevate haigete naha elektritakistus enne ravi alustamist ja ravi vältel

Dermatoos	Uuritute arv	Naha elektritakistus			
		enne ravi		ravi vältel	
		üle 3 megaoomi	alla 3 megaoomi	üle 3 megaoomi	alla 3 megaoomi
Psoriaas	14	6	8	9	5
Neurodermiit	10	—	10	6	4
Ekseem	9	1	8	2	7
Epidermofüütia	1	—	1	—	1
Kokku	34	7	27	17	17

Tabelist 3 ilmneb, et kroonilist dermatoosi põdevate haigete ravimise ajal naha elektritakistus suureneb. Haigetel, kellel nahanähud taandarenesid, kuid elektritakistus oli alla 3 megaoomi, suurenes see pärast profülaktilist ravikuuri.

Kolmel haigel täheldasime naha elektritakistuse labiilsust 0,7—0,75 megaoomi vahel (progresseeruv psoriaas), 0,06—0,07 megaoomi vahel (*prurigo senilis*) ja 0,15—0,20 megaoomi vahel (*eczema manus utriusque*). Selline labiilsus on arvatavasti tingitud vegetatiivse närvisüsteemi seisundist, mis nahas kutsub esile elektrolüütide ioonide tasakaalu nihkeid ja muid füüsikalis-keemilisi protsesse.

KIRJANDUS: 1. Нурманд Л. П. Вестн. венерол. и дерматол., 1961, 9, 38. — 2. Розенталь С. К. Клинич. медицина, 1937, т. 15, 1023—1027. — 3. Markovitš, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1964, 6, 33—34 — 4. Vahter, H. jt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1965, 1, 10—13.

ОБ ЭЛЕКТРИЧЕСКОМ СОПРОТИВЛЕНИИ КОЖИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

А. Клинк

Резюме

В последнее время все большее внимание уделяется изучению функционального состояния кожи у больных, страдающих кожными заболеваниями. Одним из показателей функциональной способности кожи является ее электрическое сопротивление. Измерения показали, что у практически здоровых людей (25 учащихся Выруского техникума местной промышленности в возрасте 17—18 лет) электрическое сопротивление кожи равно 3—5 мегаомам.

Электрическое сопротивление кожи у больных хроническими дерматозами (обследовано 108 человек) изменено: при псориазе в 52,5%, при экземе в 60,8% и при нейродермите в 80% случаев электрическое сопротивление кожи меньше, чем у здоровых людей.

При пониженном электрическом сопротивлении кожи мы применяли десенсибилизирующее лечение, при повышенном — стимулирующее. Во время лечения у больных хроническими дерматозами электрическое сопротивление кожи повышается.

TENIARÜNHOOSIST EESTI NSV-s

H. KIRT

(Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst *I. Štšerbakov*)

Kui inimene tarvitab toiduks finne sisaldavat veiseliha, mis on nõrgalt küpsetatud ja vähe keedetud, nakatub ta teniarünhoosi e. nudipaelusstõppe. Haigus on laialt levinud kokkade, tapamaja ja vorstitööstuse tööliste ning koduperenaiste hulgas, kes toidu või toote valmistamise ajal maitsevad toorest liha (hakkliha, toortainast jms.).

Seega on invasiooni allikaks nudipaelusstõbe põdev inimene. Ringkäigul väliskeskkonna kaudu nakatub aga parasiidi vaheperemees — veis. Epidemioloogia seisukohalt on eriti tähtis, et välditaks loomafarmide karjatamis- ja jootmispaikade reostamist inimese fekaalidega.

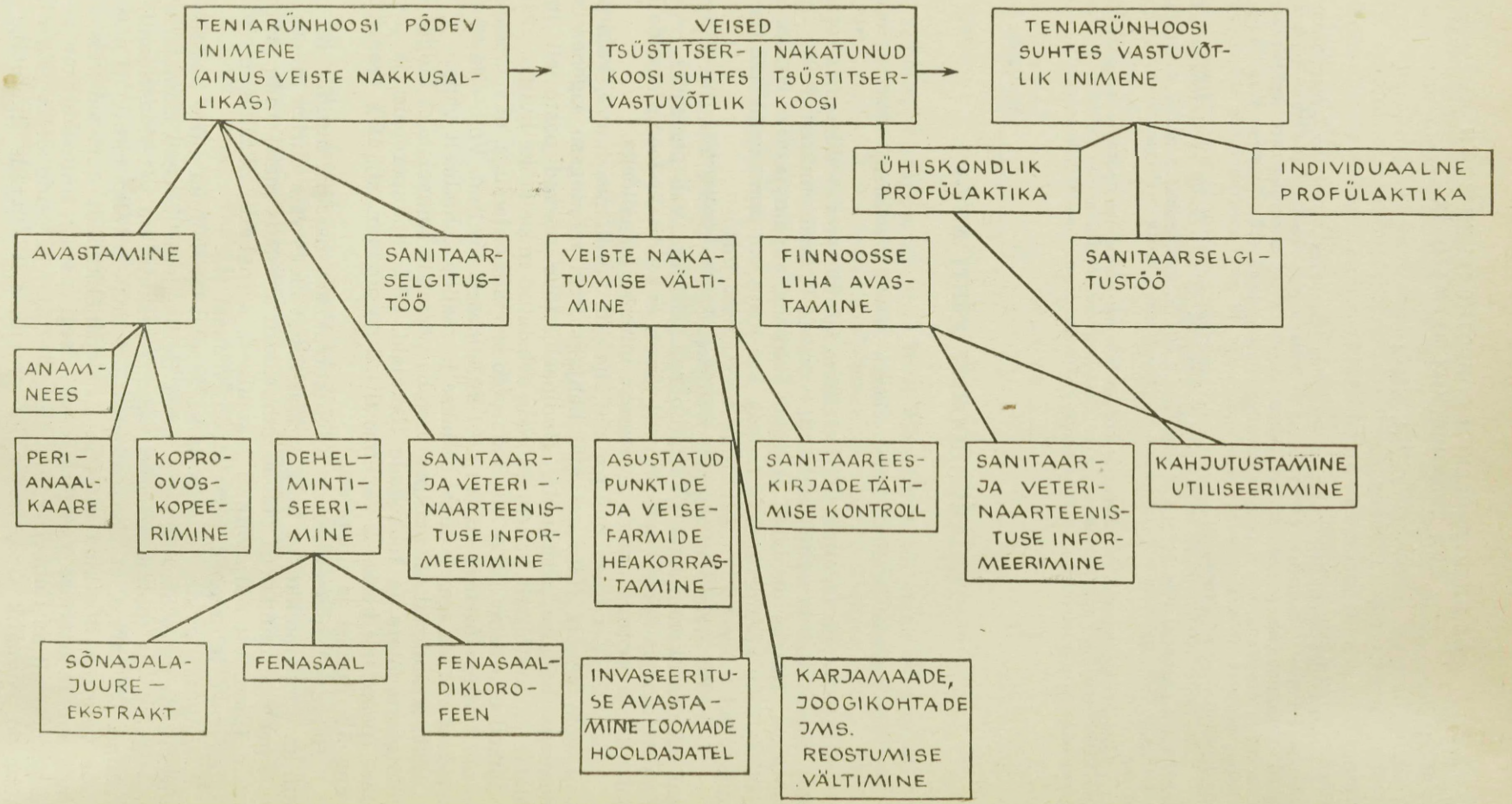
Eesti NSV-s tuleb nudipaelusstõbe ette võrdlemisi harva, kuid pidevalt võib kohata (viimasel ajal kahjuks isegi mõningase sagenemistendentsiga) haiguse üksikjuhte. Nudipaelusstõbe põevad peamiselt linnaelanikud, suhteliselt vähem on seda avastatud maaelanike hulgas. 1965. a. andmeil oli vastav suhe 7:3. Seda võib seletada asjaoluga, et maaelanikke ei ole nudipaelusstõve suhtes veel küllaldaselt uuritud. Võib-olla etendab teatavat osa ka see, et maal süüakse loomaliha suhteliselt vähe.

1965. a. andmeil oli nudipaelusstõbe põdevate linnaelanike hulgas 40% tööstusettevõtete ja töökodade töötajaid, 36% koduperenaisi ja pensionäre (peamiselt kesk- ja vanemaealised naiskodanikud), 19% teenistujaid ning 5% õpilasi ja üliõpilasi.

Haiguse likvideerimiseks tuleb korraldada massilisi uurimisi nii maakui ka linnaelanikkonna hulgas. Massiliselt oleks vaja uurida inimesi, kes nudipaelussi munadega võivad juhuslikult saastada metsi, niite ja karjamaid (linnadest väljasõitnud marjulised, seenelised, nädalalõpu veetjad, kalamehed, jahimehed, hooajatöölised maal jt.).

Haiguse likvideerimiseks on kõigepealt tarvis luua pidev koostöö tervishoiu- ja veterinaartöötajate vahel. Selline koostöö peab loomafarmides, karjatamis- ja jootmispaikades tagama eeskujuliku veterinaar-sanitaarse režiimi. On tarvis, et lihakombinaatide, lihakontrollpunktide ja tapamajade veterinaartöötajad senisest tähelepanelikumalt uuriksid veiste liha tangtõve avastamise eesmärgil, sest isegi pärast mitmekordset veterinaarkontrolli on finnoosne liha ikkagi tarbijateni jõudnud! Et veiste tangtõbe on võimalik diagnoosida ka elupuhuselt (finnide kandmine väl-

TENIARÜNHOOSIVASTASTE ABINÕUDE SKEEM



tab 1—3 aastat), siis oleks väga soovitav, et selliseid uuringuid alustaksid ka meie vabariigi veterinaartöötajad (vt. skeem).

Igast haigusjuhust (nii inimesel kui ka loomal) tuleb kohe teatada nii kohalikule sanitaar- ja epidemioloogiajaamale kui ka veterinaartöötajaile.

Tuleb parandada haiguskollete epidemioloogilise uurimise kvaliteeti, eriti neis majandeis, kust pärinevad tangtõbe põdevad kariloomad. Kindlasti tuleb arvestada nakkuse leviku kõiki võimalusi (veiste hooldajad, käimlad, kahjutustamata fekaalide kasutamine väetisena, lautade kasutamine käimlana jms.).

On tarvis tõsta massiliste uuringute kvaliteeti ja kvantiteeti. Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama poolt (1965. a. II poolel) koostatud ja väljastatud ankeetide täitmisel ning anamnestilisel küsitlemisel peab silmas pidama kõiki elanikkonna ja meditsiinitöötajate kokkupuute võimalusi, nimelt ambulatoorseid vastuvõtte, patronaažikülastusi jne.

Kariloomadega kokkupuutuvate inimeste puhul (karjakud, loomatalitajad, lüpsjad jt.) tuleb uurida perianaalkaabet. Kõige objektiivsemaid andmeid annavad need proovid, mis võetakse hommikul enne tualetti.

On väga tähtis, et nakatunud isikud suunataks kohe statsionaari. On ette tulnud juhtumeid, kus raviasutused on soolenugilisi põdevate haigete ravisse suhtunud hooletult ja ükskõikselt (neile ei leita voodikohta, paigutatakse koridori toolidele, ravimeid antakse haiget selleks ette valmistamata, ei peeta kinni raviskeemist jne.). Meie oludes on dehelmintiseerimiseks soovitatav kasutada sõnajalaekstrakti järgmise skeemi kohaselt: 1—2 päeva enne ravikuuri algust määratakse haigele kergesti omastatav rasvavaene toit (sai, kohupiim, kefiir, piima-tangusupid, tummid, värske keedetud kala, kissell ja tee või kohv suhkruga). Ravipäeva eelõhtul asendatakse õhtueine klaasi magusa tee või kohviga ja antakse lahtistavat soola (lastele 10—20 g, täiskasvanuile 30 g). Ravipäeva hommikul tehakse klistiir ja enne söömist antakse sõnajalaekstrakti (kapslites). Ravimi annus sõltub haige vanusest (1 a. — 0,5 g, 2 a. — 1,0 g, 3 a. — 1,5 g, 4 a. — 2,0 g, 5—6 a. — 2,0—2,5 g, 7—9 a. — 3,0 g, 10—12 a. — 3,5 g, 13—16 a. — 4,0 g, 17—50 a. — 4,0—7,0 g). Kogu ravimiannus võetakse sisse 30 minuti jooksul. Pärast viimase kapsli sissevõtmist antakse lahtistavat soola. Sellest hoolimata, kas lahtisti toimet avaldab või mitte, tuuakse pärast 1,5—2 tunni möödumist kerge hommikueine. Kui lahtisti 3 tunni jooksul mõjunud ei ole, siis tehakse klistiir, kusjuures täiskasvanuile on ette nähtud kuni 5 klaasi, lastele 1—3 klaasi 25—30°-list vett. Kui parasiit väljub peata, tuleb klistiiri korrata.

Sõnajalaekstrakti sissevõtmisel võivad tekkida iiveldustunne ja oksendamine. Sel juhul tuleb haigele võimaldada täielik rahu, ülakõhule asetada soe kott ning anda piparmünditilku ja jääkillukesi. Kuuri jätkatakse 15—20 minuti pärast. 1—2 päeva jooksul pärast ravi tuleb pidada sama dieeti, mis oli määratud ettevalmistuspäevadelgi. Sõnajalaekstraktiga ravimisele on vastunäidustuseks südamehaigused dekompensatsioonistaadiumis, maksa- ja neeruhaigused, mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaavandid ning muud seedetraktihaigused, samuti rasedus, menstruatsioon ja rinnaga toitmine esimese 3—4 kuu jooksul. Kõhnade ja väga eakate inimeste ravimisel tuleb olla ettevaatlik.

Väljutatud helmint muudetakse kahjutuks kas keetmise või põletamise teel. Väljutusperioodil on kogu väljaheide soovitatav keeva veega kahel korral üle valada ja jätta kaanega kaetud nõusse üheks tunniks seisma, seejärel viia käimlasse.

Nudipaelusstõve likvideerimisele aitab kaasa ulatuslik sanitaarselgitustöö. Helmindi arenemis- ja levikuteid tuleb selgitada eeskätt nendele töötajatele, kelle teadlikkusest sõltub parasiidi edasise leviku vältimine.

О ТЕНИАРИНХОЗЕ В ЭСТОНСКОЙ ССР

Х. Кирт

Резюме

В Эстонской ССР тениаринхоз распространен мало. При обследовании населения на гельминты он выявляется в бо́льшем количестве в городах. По данным 1965 года число выявленных заболеваний среди городского населения к числу заболеваний в сельской местности составляло 7 : 3. Это объясняется, во-первых, тем, что сельское население еще недостаточно обследовано на носительство бычьего цепня, и, во-вторых, тем, что жители колхозов и совхозов Эстонии мало употребляют в пищу говядину, предпочитая в пищевом рационе свинину.

Массовое обследование населения на тениаринхоз, особенно в сельских районах, является неотложным мероприятием. В первую очередь должны быть обследованы наиболее опасные в эпидемиологическом отношении контактные — работники скотоводческих ферм, пастухи и т. д. При анамнестическом опросе населения надо найти к нему такой подход, который вызывал бы на откровенность и доверие. Таким опросом удается выявить значительную часть зараженных. Помимо опроса, необходимо исследование перианальных соскобов, взятых утром до туалета обследуемого.

Для обнаружения финнозного мяса на мясокомбинатах и мясоконтрольных пунктах ветеринарные работники должны проводить тщательное исследование туш в полном соответствии с установленными правилами.

При каждом случае обнаружения финноза у скота и выявлении тениаринхоза у людей специалисты СЭС совместно с ветеринарной службой должны проводить мероприятия по улучшению санитарного состояния ферм и населенных пунктов, а также обследование населения с целью выявления источников заражения скота и вести широкую и разностороннюю санитарно-просветительную работу.

Очень важным является немедленное и настойчивое лечение инвазированных и диспансерное наблюдение за ними до полного освобождения от паразитов.

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

ANDMEID REUMASSE HAIGESTUMISEST JA REUMAHAIGETE DISPANSEERIMISEST TARTUS

Arstiteaduse kandidaat *A. VAPRA, V. LOSKIT, L. LEPASALU, L. EENMA, Õ. PURGA* ja *I. TÜNDER*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja dotsent *V. Saarma*, ja Tartu Linna Polikliinikust, juhataja *S. Aru*)

Andmed reumasse haigestumise kohta Nõukogude Liidus on erinevad. Osa autoreist (4, 10, 11, 12) märgib viimasel ajal reumahaigete arvu vähenemist, teised (7, 15, 17) aga tõusutendentsi. Kolmandad (5, 13) leiavad, et olulist langust ei esine.

Eesti NSV-s on reumasse haigestumist vähe uuritud. Hospitaliseerimise andmeil [Z. Saar (16)] ja [A. Vapra ning E. Ambre (5)] on viimastel aastatel täheldatud reumahaigete arvu suurenemist. K. Kõrge (18) näitab, et aastail 1953—1958 hospitaliseeritud reumahaigete protsent kõikus 2,7—7,4 vahel, sealjuures puudus kindel tõusu- või langustendents. E. Müllerbek (19) märgib, et haigestumus reumasse Tallinna õpilaste hulgas (alates 8. eluaastast) moodustab 2,3%.

Küsimuse täpsustamiseks uuriti viies Tartu arstijaoskonnas (elanike arv 17 150) reumasse haigestumist ja retsidiivide tekkimist, samuti haigete dispanseerimise tõhusust. Vaatluse alla võeti aastail 1960—1965 arvel olnud reumahaiged.

Vaatlusalustes arstijaoskondades on täielik ülevaade elanike arvust. Viimase 6 aasta jooksul on seal reumahaigete teenindamise parandamiseks (uurimistöö alustamise ajal oli see veel ebarahuldav) paljugi ära tehtud (vt. tabel 1).

Tabelist nähtub, et arvel olevate reumahaigete arv esialgu suurenes, kuid juba 1965. a. ilmnes langustendents. Haigete arvu esialgne suurene-

mine oli peamiselt tingitud diagnoosimisviiside täpsustamisest, mida nendivad ka teised autorid (2, 15, 17 jt.), ning dispanseerimise paranemisest. Reumahaigete arvu vähenemise 1965. a. põhjustasid paranenud haigete arvelt kustutamine ning ravi ja profülaktika kvaliteedi tõus.

Kui võrrelda meie andmeid näiteks L. Gagrasasi (7) andmetega Leedu

Tabel 1

Reumasse haigestumine (pöördumiste andmetel) aastail 1960—1965

Aastad	Reumahaigete üldarv	Esmaselt haigestunute arv	Haigestumus 1000 elaniku kohta
1960	92	20	5,4
1961	127	18	7,4
1962	158	25	9,4
1963	179	32	10,5
1964	187	21	10,6
1965	158	9	8,5

elanike haigestumise kohta (haigestumus tuhande elaniku kohta on Kaunases 11,7 ja Vilniuses 11,1), J. Gordoni (9) uurimistulemustega Odessas (vastavad arvud on 10,3—13,0) ning R. Manastõrski ja kaasautorite (14) informatsiooniga Lvovist (1961. a. haigestumus tuhande elaniku kohta 8,95), siis olulist erinevust ei esine.

Reumahaigete dispanseerimine on viimasel ajal tunduvalt paranenud: kui 1960. a. dispanseeriti 70,6% haigetest, siis 1963. a. olid dispanseerse järelevalve all kõik reumahaiged.

1965. a. lõpul arvel olevatest reumahaigetest oli töölisi 34,8%, teenistujaid 41,1%, õpilasi 7,8% ja koduseid 16,3%. Ilmnes naishaigete tunduv ülekaal [120 naist (75,9%)]. Naiste ülekaalule reumahaigete hulgas viitavad ka mitmed teised autorid (1, 6, 17). Enamik haigetest (32,1%) oli 21—30 aastat vanad, teisel kohal (27,2%) olid 31—40-aastased haiged. Sama asjaolu toob oma töös esile ka R. Manastõrski kaasautoritega (14), kes näitab, et 20—29-aastased isikud moodustavad 33,5% reumahaigete üldarvust.

Mõned autorid (1) rõhutavad varem põetud haiguste olulist osa reumasse haigestumisel. Meie poolt uuritavatel eelnes sellele kõige sagedamini angiin (57,3%), teisel kohal olid mitmesugused põletikulised haigused (näiteks sapiteede või neeruvaagnapõletik), kolmandal kohal aga odontogeenne infektsioon.

Reumasse haigestumisel etendavad tähtsat osa ka meteoroloogilised tegurid. Meie andmeil tekkis reumahooge ja retsidiive kõige sagedamini

Tabel 2

Reuma retsidiivid aastail 1960—1965

Aastad	Reuma-haigete üldarv	Haigete arv, kellel tekkis retsidiive üks	kaks	Retsi-diivide üldarv	%
1960	92	21	6	33	35,8
1961	127	21	8	37	29,1
1962	158	29	4	37	22,1
1963	179	28	7	42	23,4
1964	187	26	7	40	21,4
1965	158	16	1	18	12,2

märtsikuus, vähem veebruari- ja veelgi vähem jaanuarikuus. Reumasse haigestumine on kõige sagedam I ja IV kvartalis.

Väljakujunenud südameklapirikkeid esines 49,5%-l uurituist (80 juhtu), kusjuures esikohal oli mitraalklapi puudulikkus (49 haigel), vähem

kohtas aortaal-mitraalklapi riket (14 haigel) ja kombineeritud mitraalklapiriket (13 haigel). Isoleeritud mitraalstenoosi täheldasime ühel ja aordistenoosi kahel korral. Südameklapiriketega reumahaigetel oli I astme südame- ja vereringepuudulikkus 36-l, II-a astme puudulikkus aga 22-l ja II-b astme puudulikkus 4 juhul. 69,7%-l haigetest olid südamerikked inaktiivses faasis.

Tabelist 2 selgub, et reuma retsidiivide arv näitab olulist langustendentsi, mis on seoses mitmete ürituste kompleksse rakendamisega (infektsioonikollete saneerimine organismis ja retsidiivivastased profülaktilised üritused). Profülaktiliste ravikuuride puhul kasutati NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Reumatismi Instituudi poolt välja töötatud skeeme (bitsilliin+aspiriin või penitsilliin+aspiriin).

Profülaktiliste ravikuuride tõhususest reumahaigete retsidiivide vähendamisel kõnelevad mitmete autorite (2, 3, 8) andmed. Meie poolt kogutud andmed näitavad, et olulist erinevust Tartu ja teiste NSV Liidu linnade (Vilnius, Kaunas, Odessa, Lvov) elanike haigestumises reumasse ei esine. Haigestumus viies Tartu arstijaoskonnas on veel küllalt kõrge, kuid viimasel ajal on hakanud langema. Dispanseerimise tulemusena on tunduvalt vähenenud ka retsidiivide arv.

KIRJANDUS: 1. Агеева Г. И. Терапевт. архив 1958, 30, 12, 83—86. — 2. Белецкая Н. И. Сов. медицина, 1964, 2, 126—127. — 3. Болотина А. А. и др. В кн.: Вопросы ревматизма. М., 1961, 23—31. — 4. Вальдман В. А. О ревматизме. М., 1956. — 5. Вапра А. Н. и Амбре Э. П. В кн.: Тезисы докладов VI Республиканской научной конференции по курортологии и физиотерапии. Таллин, 1963, 26. — 6. Воробьев И. В. Ревматизм. М., 1952. — 7. Гаграсас Л. В. В кн.: Ревматизм II. Вильнюс, 1961, 353—358. — 8. Гембицкий Е. В. и Бродская С. И. Клинич. медицина, 1962, 11, 85—89. — 9. Гордон Е. В. Клинич. медицина, 1964, 3, 82—87. — 10. Зайцева М. П., Карташева Е. К. В кн.: Тезисы докладов Всесоюзн. ревматол. конференции. М., 1961, 148—149. — 11. Зеленин В. Ф. Болезни сердечно-сосудистой системы. М., 1956. — 12. Лефф С. Клинич. медицина. 1956, 5, 27—35. — 13. Нестеров А. И. В кн.: Вопросы ревматизма. М., 1961, 3—23. — 14. Манастырский Р. Я. и др. Клинич. медицина, 1962, 11, 89—93. — 15. Пшетаковский И. Л. Терапевт. архив 1961, 33, 2, 18—22. — 16. Саар З. Н. Ученые записки Тартуского гос. университета, вып. 112. Труды по медицине IV. Тарту, 1961, 88—93. — 17. Цыганков Г. М. 3-я научная конференция по проблеме ревматизм-ревматойды. Тезисы докладов, Л., 1963, 1—2. — 18. Kõrge, K. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1961, vihik 103, 61—77. — 19. Müllerbek, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 4, 30—33.

ДАННЫЕ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕВМАТИЗМОМ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

А. Вапра, В. Лоскит, Л. Лепасалу, А. Эенма, Ы. Пурга и *И. Тюндер*

Резюме

На пятом городском врачебном участке г. Тарту изучали заболеваемость ревматизмом, возникновение рецидивов и эффективность диспансеризации больных. С этой целью были обследованы больные ревматизмом, состоявшие на учете в 1960—1965 гг. Вначале число больных ревматизмом возрастало (заболеваемость по данным обращений: в 1960 г. — 5,4, в 1961 г. — 7,4, в 1962 г. — 9,4, в 1963 г. — 10,5, в 1964 г. — 10,6 и в 1965 г. — 8,5 на 1000 человек населения), что обусловливалось в основном уточнением диагностических методов и улучшением диспансеризации.

Уменьшение числа больных ревматизмом в 1965 г. объясняется повышением качества лечебно-профилактической работы и улучшением контроля и снятия с учета выздоровевших больных. Если в 1960 г. было диспансеризировано 70,6% больных, то в 1963 г. под диспансерным наблюдением находились уже все больные ревматизмом.

Число рецидивов ревматизма имеет существенную тенденцию к снижению (если в 1960 г. рецидивы были отмечены у 35,8%, то в 1965 г. — у 12,2% больных ревматизмом), что связано с проведением различных комплексов мероприятий (санация очага инфекции в организме, профилактические противорецидивные мероприятия).

Все эти мероприятия дали хорошие результаты благодаря полной диспансеризации больных ревматизмом.

ECTOPIA VESICAE URINARIAE JUHT

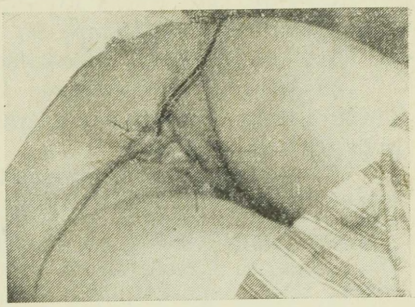
E. ŠULTS

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*, ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna operatiivse kirurgia ja topograafilise anatoomia kateedrist, juhataja professor *A. Linkberg*)

Kuse- ja suguelundite süsteemi raskemate väärarengute hulka kuulub *ectopia vesicae urinariae*, mille puhul kõhu eesmine sein on defektne ja kusepõie eesmine sein puudub. Tavaliselt on nähtav põie tagumine sein koos kusejuhade avadega, kust perioodiliselt tilgub uriini. Sageli on ka sümfüüs jäänud kokku kasvamata. Haiged kannatavad pideva märgumise all, kusjuures lagunev uriin lehkab ebameeldivalt. Defekti ümbritsev nahk matsereerub, riietuse vastu hõõrduv põie limaskest traumatiseerub ja veritseb. Haigete füüsilisele kannatusele lisandub psüühiline depressioon, sest nad on sunnitud eemale jääma seltskondlikust elust ja pole isegi võimelised töötama. Olukorda halvendab veel see, et ähvardab astsendeeruva põletiku oht. Alljärgnevalt kirjeldame omapäraselt kulgenud *ectopia vesicae urinariae* juhtu.

Naishaige L., 20 aastat vana, suunati Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonda 1958. a. Diagnoos: *ectopia vesicae urinariae*. Objektiivsel vaatlusel leiti alakõhu eesmisel pinnal 7×10 cm suurune ala, mida kattis hüpereemiline ja kergesti vigastatav kusepõie tagumise seina limaskest. Hoolikal uurimisel õnnestus leida 2 sümmeetriliselt lokaliseeruvat kusejuhade ava, millest distaalsemal paiknes *introitus vaginae* koos külgedel asetsevate *labia majora*'dega. Vaatluse ajal uriinieritust ei täheldatud. Anamneesi andmeil ei eritunud uriini keskmiselt kuni 3 tunni vältel ja uriinipeetus esines isegi öösel, kui patsient polnud õhtul vedelikku ohtrasti tarvitanud.

Kliinilise uurimise käigus õnnestus kusejuhadesse viia peened kummikateetrid (vasakul 3 cm ja paremal 7—8 cm kõrgusele), mille kaudu kohe eritus uriini (vt. foto). Uriini analüüsimisel leiti selles rohkesti leukotsüüte ja massiliselt mikroobe. Kummagi kateetri kaudu süstiti 10 ml 40%-list sergosiinilahust ja tehti röntgenülesvõtted. Viimastel on selgesti näha 2 peensoolejämedust kusejuha. Neerud asetsevad normaalsel kõrgusel, kontrastaine täidab neeruvaagnaid laikudena, mis lubab oletada laienenud *calices renales*'tega neeruvaagnate olemasolu (vt. tahvel XXV, röntgenogramm).



Kusejuhadesse on viidud kummikateetrid

Kirjeldataval juhul täidavad põie funktsioone tunduvalt laienenud kusejuhad ja neeruvaagnad, mis moodustavad mahuka uriinireservuaari. Kusejuhade avade lähedal on nende ringlihasekihi hüpertrofeerumise tõttu arenenud küllaltki funktsioonivõimelised sulgurlihased.

Ectopia vesicae urinariae all kannatavate haigete ravimise meetodeid on küllaltki palju. Üks levinumaid on kusejuhade siirdistutamine jämesoolde. Kasutatakse veel mitmeid plastilisi operatsioone, kuid ka need ei õigusta end täiel määral. Käesoleval juhul on haiget opereeritud kahel korral: esimene operatsioon tehti kohe pärast sündimist ja teine 2 aastat hiljem. Anamneesi andmed ei selgitanud nende operatsioonide laadi. Arvestades patsiendi tervise seisundit (suhteliselt hea uriinipeetus), mis võimaldab tal tööl käia, loobuti operatsioonist.

СЛУЧАЙ ЭКТОПИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Е. Шульц

Резюме

Эктопия мочевого пузыря относится к тяжелым порокам развития мочеполовой системы. В этом случае в передней стенке живота имеется дефект, а также отсутствует передняя стенка мочевого пузыря. Обычно при этом видна задняя стенка мочевого пузыря с устьями мочеточников, откуда периодически выделяются капли мочи.

В хирургическое отделение Тартуской городской клинической больницы поступила 20-летняя больная, у которой при осмотре была обнаружена на нижней части брюшной стенки участок размером 7×10 см, покрытая гиперемической и легко повреждающейся слизистой задней стенки мочевого пузыря. При тщательном исследовании удалось найти два симметрично расположенных отверстия мочеточников, дистальнее которых находился *introitus vaginae labia majoris* по бокам. В мочеточники были введены тонкие резиновые катетеры, через которые сразу выделилась моча содержащая много лейкоцитов и микробов. Через каждый катетер было введено 10 миллилитров 40%-ного раствора сергозина и сделаны рентгеновские снимки. На последних были ясно видны два мочеточника, равные по толщине тонкой кишке. Почечные лоханки были расширены. Вблизи от устьев мочеточников в результате гипертрофии их кругового мышечного слоя развились довольно функционально способные смыкающиеся мышцы.

Больная была оперирована дважды: первую операцию сделали сразу после рождения, вторую — через два года. По данным анамнеза не представляется возможным выяснить характер операций. Учитывая состояние больной (сравнительно хорошее удержание мочи), позволяющее ей трудиться, решили ее не оперировать.

FIBROSARKOOM SEITSMEKUUSEL LOOTEL

Arstiteaduse kandidaat *L. POKK*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia kateedrist, juhataja dotsent *U. Podar*)

Nii kodumaa (4, 6, 7, 12, 13, 14) kui ka välismaa autorite (16, 19, 21, 23, 24) viimaste aastate tööd näitavad, et kasvajaid täheldatakse lastel küllaltki sageli. Enamik neist on healoomulised (5, 8, 11, 15, 18). Pahaloomulistest kasvajatest on lapseeas esikohal sarkoomid. Neid esineb lastel igas vanuses, kuid suhteliselt sageli esimestel eluaastatel (1, 17, 20, 22). Harva on sarkoome kirjeldatud vastsündinutel ja väga harva loodetel. A. Sviridov (10) leidis kuuekuusel lootel neerus käävrakulise sarkoomi. Kaasasündinud sarkoome on vastsündinutel täheldanud A. Borissov (2), M. Vezirov (3) ja K. Moskatševa (9).

Järgnevalt kirjeldame fibrosarkoomi juhtu seitsmekuusel lootel Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja ja Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuri andmeil.

Naispatsient A. N., 29 aastat vana, saabus Tartu Linna Kliinilisse Sünnitusmajja 15. jaanuaril 1963. a. Ta oli rase seitsmendat kuud (haiguslugu nr. 114). 1961. a. oli patsiendil olnud normaalne sünnitus, laps on terve. Vastuvõtul kaebas naine jalgade turseid ja valu vasakul ülakõhus. Viimastel päevadel ei ole tundnud loote liigutusi. Laboratoorsed uuringud: veri patoloogiliste muutusteta, reesuspositiivne. Reaktsioon toksoplasmoosi suhtes ja Wassermanni reaktsioon negatiivsed. Uriinis valgu jäljed. Kliiniline diagnoos: *Hydrops gravidarum. Hydramnion.* 19. 01. 1963. a. sündis surnud laps. Lahangul diagnoositi väärarengut.

Väljavõte lahanguprotokollist (nr. 20/1963. a.): enneaegse poeglapse laip (kaal 1700 g ja pikkus 37 cm). Nahaalune kude tursunud, eriti pea ja jäsemete piirkonnas. Kõht võlvunud. Küüned ei ulatu sõrme- ja varbaotsteni. *Testis*'ed ei ole munandikotti laskunud. Kõhuõõnes 100 ml ja kummaski pleuraõõnes 50 ml kollakat läbipaistvat vedelikku. Eesmise kaelapiirkonna nahaaluses koes paikneb kasvajataoline moodustis (mõõtmed 8,5×5×5,5 cm), mis ulatub alalõua alumisest servast rinnaku ülemise osani. Kasvaja on valkjashalli värvust ja tihke konsistentsiga. Lõikepinnal on näha kollakaid pehme konsistentsiga koldeid (nekroos). Välispind mügarik. Kasvaja on tihedalt liitunud ümbritsevate kudedega ja infiltreerunud keele tagumisse ossa (vt. tahvel XXVI, foto). Kõik kaela piirkonna elundid (nende hulgas ka kilpnääre) normaalselt arenenud. Perikardi all, südamelihases, mõned tihke konsistentsiga valkjad kasvajataolised sõlmed, mille läbimõõt on 2—7 mm. Üksikuid samasuguseid sõlmi (läbimõõt 4—8 mm) leidub ka maksas ja kopsudes ning üks suurem sõlm (läbimõõt 2 cm) paikneb kõhunäärme sabaosas. Kopsud kogu ulatuses õhutühjad. Muudes siseelundites, peaajus ja platsentas muutusi palja silmaga näha ei ole.

Histoloogilisel uurimisel osutus kasvaja fibrosarkoomiks, mis koosnes atüüpilistest rakkudest ning nende vahel paiknevatest kollageeni- ja prekollageenikiududest (vt. tahvel XXVI, mikrofoto). Kasvaja rakud olid mitmesuguse kuju ja suurusega. Esines ka üksikuid hiidrakke. Närvikoe elemente kasvajas ei leidunud. Kasvaja rakud paiknesid vahetult endoteelirakkude peal. Veresooni oli vähe. Kasvaja koes olid toimunud düstroofilised muutused — rakkudes leidus rohkesti rasvatilku. Paiguti oli kude limastunud ja seal laiusid ulatuslikud nekroosikolded. Südames,

Röntgenogramm
Mõlemad kusejuhad ja neeruvaagnad tugevasti laienenud ja kontrastainega täitunud

Röntgenogramm 3
Äraviiva soolelingu algosa tunduv kitsenemine

L. Pokk

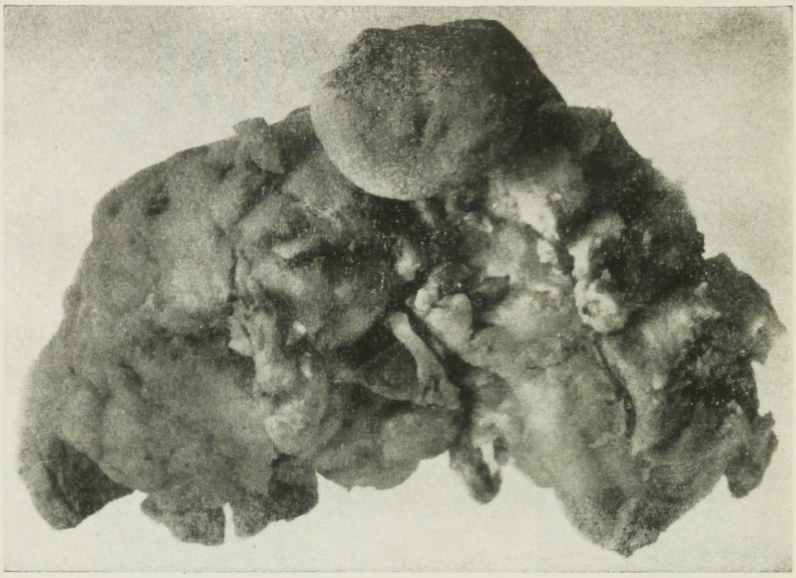
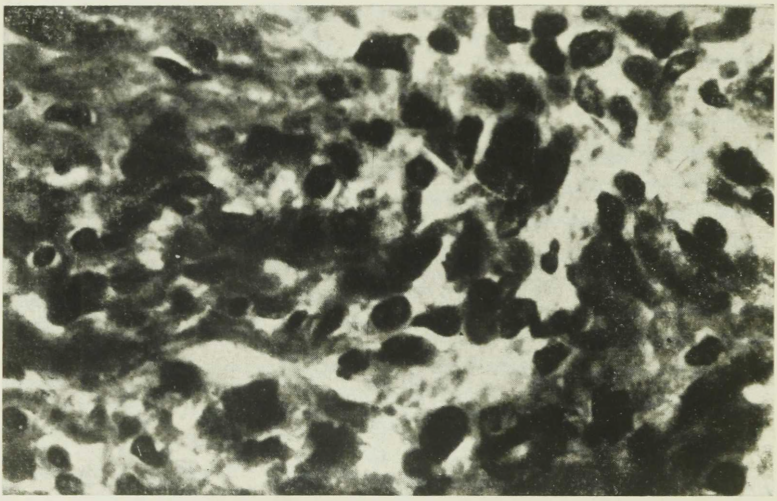


Foto
Kasvaja algkolle, mis lahangul on eemaldatud koos keelega



Mikrofoto
Kasvaja histoloogiline ehitus (värvitud van Giesoni järgi, suurendus 900 korda)

kopsudes, maksas ja kõhunäärmes leiduvate metastaaside histoloogiline ehitus oli samasugune kui algkoldes.

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: *Fibrosarcoma regionis colli cum metastasibus myocardii, hepatis, pulmonum et pancreatis. Asphyxia intrauterina. Foetus praematurus.*

Seega on kirjeldatud juhul tegemist fibrosarkoomiga kaela piirkonnas, mille metastaase leidus südames, maksas, kopsudes ja kõhunäärmes. Haiglas jäi kasvaja diagnoosimata. Vale diagnoos määrati seal seepärast, et kaela piirkond oli lootel kasvaja tõttu ulatuslikult ette võlvunud.

KIRJANDUS: 1. Бакулис И. П. Труды Ин-та экспериментальной медицины АН Латвийской ССР, Рига, 1955, 7, 47—57. — 2. Борисов А. Л. Сов. хирургия, 1935, 10, 144—147. — 3. Везиров М. Д. Педиатрия, 1961, 11, 85. — 4. Волков М. В. Педиатрия, 1952, 4, 62—65. — 5. Волков М. В., Бржезовский М. М. Педиатрия, 1959, 11, 46—50. — 6. Долецкий С. Я. Сов. медицина, 1952, 7, 9—13. — 7. Ивановская Т. БМЭ, т. 21, 1961, 1092—1099. — 8. Москачева К. А. Злокачественные опухоли почек у детей. М., 1953. — 9. Москачева К. А. Опухоли у детей. М., 1961. — 10. Свиридов А. И. Сов. хирургия, 1935, 2, 129—130. — 11. Семенова Е. П. В кн.: Материалы 9-ой годичной научн. сесс. Ленинградск. педиатр. мед. ин-та, 1959, 78—84. — 12. Скворцов М. А. Руководство по патол. анат., М., 1960, т. 3, 497—501. — 13. Степанова М. Н., Одинакова В. А. Вопр. онкологии, 1962, 1, 33—38. 14. Шанин А. П. Совр. пробл. онколог. Сб. перев., обз. и реф. ин. период. лит., 1954, в. 12, 3—10. — 15. Essbach, H. Paidopathologie, Leipzig, 1961. — 16. Farber, S. Mitchell Nelson Testbook of pediatrics, Philadelphia-London, 1951, 426—436. — 17. Graisford, W. Arch. Disease Childhood, 1949, 117, 1—6. — 18. Lawrence, E., Donlan, E. Cancer Res., 1952, 12, 900—904. — 19. MacGregor, A. R. Cancer, 1958, 2, 636—640. — 20. Pack, G. T., Ariel, J. M. Tumors of the soft somatic tissues. New York, 1958. — 21. Peller, S. Cancer in man. New York, 1952. — 22. Potter, E. Pathology of the foetus and newborn. Chicago, 1953. — 23. Small, E. Соврем. пробл. онколог. Сб. перев., обз. и реф. ин. период. лит., 1954, 12, 47—54. — 24. Videbaek, A. Acta paediatr., 1950, 6, 502—509.

ФИБРОСАРКОМА У СЕМИМЕСЯЧНОГО ПЛОДА

Л. Покк

Резюме

Из злокачественных опухолей детского возраста на первом месте стоят саркомы, которые встречаются у детей всех возрастов, особенно часто в первые годы их жизни. Редки описания сарком у новорожденных и очень редки — у плода.

Описывается случай фибросаркомы у 7-месячного плода по данным Тартуского городского родильного дома и прозектуры Тартуской городской клинической больницы. Фибросаркома локализовалась в области шеи, причем метастазы были найдены в сердце, печени, легких и поджелудочной железе.

Опухоль в больнице не был диагностирована. Был поставлен ошибочный диагноз — порока развития из-за того, что опухоль образовала в области шеи плода обширные выбухания.

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

AJU VASKULAARSEST INSULDIST

Arstiteaduse kandidaat *A. CHEVALIER*

Aju vaskulaarseks insuldiks nimetatakse ägedat peaaju vereringe häiret, mis tavaliselt kulgeb halvatustega.

Eristatakse hemorraagilist ja isheemilist insulti. Hemorraagilise insuldi põhjustab verevalum aju veresoonest. Verevalum omakorda võib olla tingitud kas suurema veresoone seina rebendist või vere väljumisest väikestest veresoontest ümbritsevasse ajukoesse diapedeesi teel. Verevalumi põhjuseks on enamasti hüpertooniatõbi, harvem arterioskleroos, ajuarteri aneurüsm, reuma ja mõned muud veresoonte haigused. Hüper-

tooniatõve puhul ei etenda arteri rebendi tekkimises olulist osa mitte üksnes vererõhu tõus, vaid veresoone seina muutused (elastsuse kadumine, hüalinoos ja angionekroos).

Ajuverevalumite lemmikkohaks on suuraju poolkerade süvad ajuosad, nimelt basaalganglionid, sisemine kapsel, nägemiskühm, harvem suuraju poolkerade pindmised osad.

Süvades ajuosades tekkinud verevalum tungib sageli ajuvatsakestesse. Verevalum võib täita kolmanda vatsakese, külgmised vatsakesed ja ka neljanda vatsakese, ühtlasi kahjustada vatsakeste seintes paiknevaid elutähtsaid keskusi ning põhjustada kiiret surma.

Peale ajusisese verevalumi võib ette tulla subarahnoidaalset verevalumit, mille põhjuseks on enamasti ajuarterite kaasasündinud aneurüsmid. Rebendid tekivad tavaliselt noortel ja keskealistel. Subarahnoidaalse verevalumi puhul veri ajusubstantsi ei purusta, vaid valgub subarahnoidaalruumi, kusjuures halvatust ei teki.

Aju isheemilise infarkti vallandajaks on kõige sagedamini ajuarteri tromboos, harvem emboolia. Viimase kutsub esile peamiselt reumaatiline endokardiit. Tromboos on tingitud ajuarterite ateroskleroosist, reumaatilisest endarteriiidist, tunduvalt harvem süüfilisest (aastat 50 tagasi peeti seda noorematel inimestel tekkiva ajuinsuldi kõige sagedasemaks põhjuseks).

Isheemiline kolle ajus (ehk ajuinfarkt) võib tekkida ka arterioskleroosi põdevatel isikutel või südamehaigetel ägeda vaskulaarse puudulikkuse korral. Vererõhk langeb järsult ja verevool ajuarterites osutub puudulikuks — veri ei varusta ümbritsevat ajukude küllaldaselt hapnikuga. Seega ajuinfarkt tekib aju ägeda vaskulaarse puudulikkuse tagajärjel, kusjuures ajuarteri valendik ei sulgu.

Viimaste aastakümnete uurimused on näidanud, et aju isheemilise infarkti võib vallandada ka kaela magistraalarterite sulgus või ahenemine (stenoos), nimelt see võib tekkida sisemise unearteri või vertebraalarteri patoloogia puhul. Selle põhjuseks võib olla nii ateroskleroos kui ka vertebraalarteri kompressioon lülisamba osteokondroosi juhtudel.

Aju vaskulaarse insuldi kliinilisteks tunnusteks on üldnähud ja koldenähud. Esimeste hulka kuuluvad teadvushäired (meelemärkuseta olek, uimasus ja orienteerumishäired), samuti peavalu, iiveldus, oksendamine jne. Koldenähud varieeruvad olenevalt kahjustatud ajupiirkonnast: keha parema või vasaku poole halvatus (hemiparees), kõne-, tunde-, nägemishäired jm.

Neuroloogiliste haigustunnuste ulatus ja raskus, samuti insuldi väljakujunemise kiirus olenevad selle laadist ja lokaliseerumisest. Hemorraagilise insuldi puhul kaob teadvus tavaliselt täielikult ja kiiresti, halvatus on raskekujuline ja haigestumine lõpeb enamasti surmaga. Ajuarteri väiksema haru sulguse korral ei pruugi teadvus häiritud olla. Halvatus võib hõlmata ainult ühe jäseme või osa sellest.

Aju vaskulaarsest insuldist tabatud haigete ravis on kolm põhietappi: 1) ajuvereringe taastamine haiguse ägedas staadiumis; 2) sümptomaatiline ravi, haige põetamine ja nõutava režiimi täitmine; 3) taastav ravi halvatuste korral.

Ajuvereringet taastavate vahendite kasutamine sõltub sellest, kas tegemist on hemorraagilise või isheemilise insuldiga. Esimesel juhul on näidustatud vererõhu mõõdukas langetamine, diureetikumide, kaltsiumipreparaatide ja K-vitamiini manustamine, samuti hüpertooniliste glükoosi- ja soolalahuste süstimine veeni. Isheemilise insuldi puhul tuleb kasutada südamevahendeid (strofantiin, kordiamiin, kamper, kofeiin), veresooni laiendavaid ravimeid (eufülliin, nikotiinhape) ja antikoagulante.

Viimasel aastakümnel on ajuverevalumite puhul hakatud rakendama kirurgilist ravi. Pärast verevalumi asukoha kindlakstegemist kolju tre-

paneeritakse, avatakse ja kõrvaldatakse verevalum. Enne operatsiooni on arteriograafia või pneumoentsefalograafia abil väga täpselt tarvis määrata verevalumi lokaliseerumine, mis aga rasketel haigusjuhtudel on seotud mõningate ohtudega. Võib öelda, et ajuverevalumite kirurgilist ravi saab rakendada vaid üksikjuhtudel, kusjuures selle tulemused pole veel kaugeltki rahuldavad.

Insuldihaige sümptomaatiline ravi on üldjoontes niisamasugune kui vaskulaarse ja hemorraagilise insuldi ravi. Esmajoones peab jälgima haige hingamist ja silmas pidama vereringe seisundit. Ägeda insuldi korral on neelu, keele ja söögitoru lihased lõtvunud, mistõttu keelepära langeb tahapoole ja hingamine muutub korisevaks (stertoroosseks). Seejuures võib maosisaldis sattuda neelu ja sealt hingamisteedesse. Neil põhjusil tuleb teadvuseta haige (eriti siis, kui ta oksendab) asetada külili, kusjuures nägu jääb allapoole, ja puhastada suukoobas limast ja oksemassidest. Aspiratsiooni ärahoidmiseks tehakse teatavaile haigeile trahheostoomia või intubatsioon. Pärast trahheostoomiat vajavad haiged eriti tähelepanelikku hooldamist. Trahheaalkanüüli sisemine toru tuleb päeva jooksul mitu korda eemaldada, puhastada ja keeta. Peale selle on üsna sageli tarvis kõrvaldada sekreeti trahheast ja bronhidest, mida tehakse aspiraatoriga ühendatud peenikese desinfitseeritud kummikateetri kaudu. Viimasel ajal tilgutatakse trahheaalkanüüli (1—2 tilka minutis) aeglaselt füsioloogilist lahust (millesse on lisatud söögisoodat ja antibiootikume). Lahus niisutab ja desinfitseerib hingamisteid ning takistab kuivanud sekreeditükikeste moodustumist kanüülis, mis võib osutuda eluohtlikuks tüsistuseks. Kopsupõletiku vältimiseks on näidustatud ka inhalatsioonid. Ägedas staadiumis võib hingamisregulatsiooni häirete tagajärjel tekkida esimestel haigustundidel ootamatult hingamisseisak. Niisugustel juhtudel on otsekohe tarvis teha kunstlikku hingamist suu suul meetodil ning seejärel kasutusele võtta kunstliku hingamise aparaat.

Insuldihaige organismi varustamine hapnikuga osutub sageli puudulikuks. Seetõttu tuleb hapniku manustamist alustada varakult. Hapnik juhitakse hapnikuballoonist reduktori ja Bobrovi aparaadi kaudu haige ninasse kahe peenikese kummivooliku kaudu. Kui on tehtud trahheostoomia, siis suunatakse hapnik ühe vooliku kaudu trahheaalkanüüli. Seejuures tuleb tähelepanelikult jälgida, et kummivoolik ei oleks liiga jäme ega paikneks liiga sügaval. Kummivoolik ei tohi takistada sisse- ja väljahingamist.

Niisama oluline kui hingamistalitluse alalhoidmine, on normaalse vererõhu säilitamine. Südame ja vereringe puudulikkuse korral tehakse tilkinfusioon veeni, kusjuures infundeeritavasse lahusesse lisatakse vajaduse järgi noradrenaliini või muid ravimeid. Võib manustada ka vereplasmat või valguhüdrolüsaate.

Insultide, eriti hemorraagilise insuldi puhul on näidustatud range voodirežiim. See aga ei tähenda seda, et haiget ei tohi puudutada, teisele küljele pöörata ega toita. Lamatiste ja hüpostaatilise pneumoonia ärahoidmiseks peab teda iga kolme tunni järel pöörama külili või selili. Haige pea on soovitatav asetada veidi kõrgemale, et vältida venoosset staasi. Pea asetamine jalgadest madalamale on otstarbekas ainult siis, kui hingamisteedest tahetakse rohket sekreeti eemaldada (nn. drenaažiasend). Kuid veelgi otstarbekam on samal eesmärgil teha trahheostoomia ja trahheaalseid aspiratsioone. Kuni viimase ajani oldi seisukohal, et transportimine haiguse ägedas staadiumis on rangelt vastunäidustatud. Käesoleva aasta jaanuaris Moskvas toimunud üleliidulisel sümpoosionil, kus käsitleti ajuvereringe häireid, asuti kindlale seisukohale, et enamik insuldihaigeist vajab peatset hospitaliseerimist, sest kodus ravimine ja põetamine ei vasta nõuetele.

Esimeste haiguspäevade jooksul ei ole insuldist tabatud haiged suute-

lised neelama või on suu kaudu toitmine ohtlik, sest toit võib aspireeruda. Seepärast peab haiget esialgu toitma nina kaudu. Selleks võetakse väikese diameetriga maosond (duodenaalsond on liiga peenike), millesse asetatakse oliiviga mandreen (painduvast traadist). Sond viiakse ühe ninasõõrme kaudu makku. Et sondi ots võib juhuslikult sattuda trahheasse, peab enne toidu sissevalamist sondi asetsust kontrollima: üks meditsiinitöötaja puhub sondi, samal ajal teine auskulteerib mao piirkonda. Haigele viiakse aeglaselt makku vedelat ja kaloriterikast toitu 2—3 korda päevas. Kahe söötmisaja vahel on sond pidevalt maos. Sondi mitmeks päevaks makku jätta pole soovitatav, sest söögitoru piirkonnas võivad tekkida lamatised.

On iseenesestmõistetav, et raske haige vajab tähelepanelikku põetamist. On tarvis hoolitseda tema naha eest, perioodiliselt teha klistiiri (iga 2—3 päeva tagant), vajaduse korral tühjendada kusepõit, puhastada suukoobast jne.

Kolmas etapp insuldihaige ravimisel — taastav ravi — algab juba varakult. Teisel-kolmandal päeval alustatakse massaaži. Selle ulatust järk-järgult suurendatakse ning hiljem minnakse üle pareesist tabatud jäsemete aktiivsetele liigutustele, kusjuures ka massaaži tuleb jätkata. Haiguse hilisemas staadiumis on peale ravikehakultuuri näidustatud parafiinmähised, mudaravi ja medikamentoosne ravi (proseriin, galantamiin jt.).

Insuldi profülaktika langeb ühte hüpertooniatõve ja arterioskleroosi ravi ja profülaktikaga. Hüpertooniatõbe ja arterioskleroosi põdevad haiged peavad hoiduma rasketest füüsilistest pingutustest, sest need võivad otseselt põhjustada insuldi tekkimist.

О МОЗГОВОМ ИНСУЛЬТЕ

А. Шевалье

Резюме

Мозговым инсультом называют острое нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся обычно параличом. Различают геморрагический и ишемический инсульт. Геморрагический инсульт возникает в результате кровоизлияния из сосудов мозга, причиной которого чаще всего является гипертоническая болезнь, реже — артериосклероз, аневризма артерии мозга, ревматизм и некоторые другие заболевания сосудов. Кроме внутримозговых, встречаются и субарахноидальные кровоизлияния, причиной которых в большинстве случаев являются врожденные аневризмы мозговых артерий.

Ишемический мозговой инсульт (инфаркт мозга) чаще всего возникает в результате тромбоза мозговой артерии, реже — эмболии. Причиной тромбоза являются артериосклероз артерий мозга и ревматический эндартериит. Ишемический очаг в мозгу может развиться и при острой сосудистой недостаточности у лиц, страдающих артериосклерозом, или у больных с заболеваниями сердца.

Клинические симптомы мозгового инсульта делятся на общие и очаговые. К первым относятся нарушения сознания, головные боли, тошнота, рвота и т. д. Очаговые симптомы варьируют в зависимости от пораженной области мозга: паралич левой или правой половины тела, нарушение речи, зрения и т. д.

В лечении больного с мозговым инсультом выделяют три основных этапа: 1) восстановление мозгового кровообращения в острой стадии заболевания, 2) симптоматическое лечение, уход за больным и соблюдение необходимого режима, 3) восстановительное лечение паралича. Для восстановления мозгового кровообращения при геморрагическом инсульте показано умеренное снижение кровяного давления, назначение диуретиков, препаратов кальция и витамина К, при ишемическом инсульте — назначение сердечных средств (строфантина, кордиамина, камфоры, кофеина), сосудорасширяющих препаратов (эуфиллина, никотиновой кислоты) и антикоагулянтов. При симптоматическом лечении больного с инсультом необходимо в первую очередь следить за состоянием его дыхания и кровообращения и в зависимости от этого проводить все необходимые мероприятия (туалет полости рта, предупреждение аспирации, трахеостомию, интубацию, ингаляции, вдыхание кислорода, капельные внутривенные вливания и т. д.). Очень важны также тщательный уход за больным и правильное его кормление. Восстановительное лечение надо начинать как можно раньше. Массаж

начинают на второй-третий день, затем переходят к активным движениям паретических конечностей.

Большинство больных с инсультом нуждается в немедленной госпитализации, так как лечение и уход за ними в домашних условиях не отвечают соответствующим требованиям.

Профилактика инсульта совпадает с профилактикой и лечением гипертонической болезни и артериосклероза. Лица, страдающие этими заболеваниями, должны остерегаться физических напряжений, так как они могут быть непосредственной причиной инсульта.

ELUKUTSE JA TOIT

Arstiteaduse kandidaat *N. SCHAMARDIN*

Toit tõstab organismi vastupanuvõimet väliskeskkonna, sealhulgas kutsetööst tingitud tervistkahjustavate tegurite suhtes (mitmesugused keemilised ained, kõrge või madal temperatuur, vibratsioon jms.). Seetõttu tuleb arvestada, et erisuguse elukutsega inimesed vajavad ka erisugust toitu.

Keemiliste ainetega kokkupuutuv tööline ei tohi tööle minna tühja kõhuga. Hommikul tuleb süüa küllaldasel määral, sest täitunud mao puhul on tervistkahjustavate ainete sinna sattumine ohutum. Uurimised on näidanud, et nende inimeste töövõime langeb, kes enne töö algust pole söönud. Süüa tuleb vähemalt 3 korda päevas, kusjuures kõige otstarbekamaks söögivaheks on 4—5 tundi. Pikem vaheaeg langeb ööle, kuid seegi ei tohi ületada 10—11 tundi. Sõltuvalt töö mehhaniseerimisastmest vajab töölise organism 3200—4000 kilokalorit ööpäevas. Tervistkahjustavate ainetega töötajad ei tohi tarvitada alkohoolseid jooke. Töölistele tuleb meenutada, et enne söömist (pärast käte pesemist) on ka suuõõnt vaja loputada.

Toit peab olema vitamiinirikas. Eriti vajalikud on C- ja B_1-vitamiinid. Vitamiinitarvidus on suurenenud mitmesuguste tervistkahjustavate, sealhulgas organismi sensibiliseerivate keemiliste ainetega (tehisvaigud, tärpentin, põlevkiviõlid jm.) töötamisel, samuti neil, kes puutuvad kokku vibratsiooni ja müraga või teevad rasket füüsilist tööd. Järjekindlalt tuleb kasutada vitamiinipreparaate (vähemalt 100 mg askorbiinhapet ja 2 mg tiamiini päevas). Vibratsiooniga kokkupuutuvad töölised peavad päevas täiendavalt võtma 30 mg P-vitamiini ja 50 mg nikotiinamiidi.

Sool soodustab veepeetust organismis ja pidurdab sealt kahjulike ainete kõrvaldamist. Seepärast tööline, kes puutub kokku tervistkahjustavat toimet avaldavate keemiliste ainetega, ei tohi soolaste toitudega liialdada. Soola tarvitamist tuleb eriti piirata enne tööd ja lõunavaheajal.

Vesi soodustab kahjulike ainete eemaldumist organismist. Harilikes tingimustes jätkub 1 liitrist vedelikust päevas (supid, kastmed ja muu kaasa arvatud), kuid tervistkahjustavate keemiliste ainetega kokkupuutuvatel töölistel tuleks tarvitada 1,2—1,4 liitrit, kuumades tsehhides töötajatel kuni 2 liitrit vedelikku päevas. Enne tööd peab jooma 0,4—0,6 liitrit vedelikku ja lõunavaheajal umbes niisama palju. Kuumade tsehhide töötajad peaksid jooma ka töö ajal, kuid korraga vähe (mitte üle poole klaasi). Seejuures peab tingimata vältima keemiliste ainete sattumist (jooginõu või käte kaudu) organismi.

Radioaktiivsete ainetega kokkupuutuvate tööliste toit ei tohi sisaldada lamba- ja loomarasva. Mune ei ole otstarbekas süüa rohkem kui üks päevas. Soovitatav on kasutada kohupiima, juustu, piima, värsket kala, mett, suhkrut, taimeõli, herneid, tatrast valmistatud toite ning aed- ja puuvilju. Liha ja kala tuleks süüa keedetult. C-vitamiini annuseks peaks olema 150 mg päevas (ravi- ja profülaktiline ratsioon nr. 1).

Superfosfaadi, väävelhappe ja formaliini tootmisega tegelevad tööli-

sed peavad samuti tarvitama rohkesti piima ja piimasaadusi, taimeõli, suhkrut, mett, tatrasaadusi, kartulit ning muid aed- ja puuvilju (ravi- ja profülaktiline ratsioon nr. 2).

Fluoriühenditega kokkupuutuvatel isikutel soovitatakse täiendavalt eespool toodule võtta 2 mg A-vitamiini ja 150 mg C-vitamiini päevas.

Ravi- ja profülaktilist ratsiooni nr. 2 tuleks rakendada ka nende puhul, kes puutuvad kokku pliiga. Kuid perioodiliselt (näiteks üle ühe nädala) oleks tarvis kasutada ravi- ja profülaktilist ratsiooni nr. 3, mis soodustab plii eritumist organismist. Ratsioon nr. 3 on rikas valkude, kuid vaene rasva poolest ja võrdlemisi väikese kaltsiumisisaldusega. Seepärast peaks pliiga kokkupuutuvate tööliste menüüs olema rohkem liha-, kala- ja jahutoite. Juurvilja, kanamunade ja piima tarvitamist tuleb nende kõrge kaltsiumisisalduse tõttu piirata. Suhkur on kasulik asendada marmelaadiga, sest selle koostisse kuuluv pektiin «seob» soolestikus leiduvat pliid ja viib seda organismist välja. Vitamiinidest on eriti vajalikud C, B_1, B_2 ja B_6.

Töötamisel toluooli, bensooli, aniliini, fenooli, tiuraami, kaptaksi, arseeni või klooritud süsivesinikega tuleks töölistel rohkem kasutada piima ja piimasaadusi (kefiiri, kohupiima ja juustu), sest piimasaaduste mõjul suureneb maksa kaitsevõime kahjulike ainete vastu. Perioodiliselt peaks sööma vereloomet stimuleerivaid toite (maksast valmistatud). Soovitatavad on ka mitterasvane kala (tursk, lest) ja liha, sest liigne rasv (eriti loomne) raskendab maksa talitlust ja võib soodustada kehvveresuse arenemist. Rasvu võib peale toiduainetes sisalduva rasva kasutada 50—80 g päevas (sellest umbes 20 g võid, 30 g taimeõli ja 30 g koort). 1—2 korda nädalas võib süüa rasvast kala (A-vitamiinisisalduse tõttu). Vähem tuleks tarvitada praetud toite, sest praadimisel rasvad lagunevad ning tekivad maksa talitlust kahjustavad ühendid. Enne praadimist on liha (100-grammiste tükkidena) soovitatav 5—10 minutit keeta, et kõrvaldada ekstraktiivaineid. Ka ei mõju hästi loomade siseelunditest valmistatud toidud, samuti ajudest (sisaldab kolesteriini, mis liigselt koormab maksa). Mune ei ole otstarbekas süüa rohkem kui 1 päevas. Toite ei ole soovitatav vürtsitada pipra ja sinepiga. Salatite ja vinegrettide valmistamisel kasutatagu taimeõli. Aed- ja puuviljadest on eriti soovitatavad porgand, roheline hernes ja kõrvits. Võib kasutada ka seeni (eriti supiks). Maksa kaitsevõimet tõstavad kaerahelvetest ja tatrast valmistatud toidud. Peale selle on maksa normaalseks tegevuseks vajalikud mesi, suhkur ja keedised, sest organism omastab neid kergesti ja need soodustavad maksas glükogeeni ladestumist. Seejuures tuleb silmas pidada, et suhkru hulk ei ületaks 100 g päevas (liigne suhkur põhjustab rasvumist). C-vitamiini tuleks võtta 150 mg päevas. Arseeniga kokkupuutuvad töötajad peaksid tarvitama 4 mg B_1-vitamiini päevas (ravi- ja profülaktiline ratsioon nr. 4).

Bensooliga (sealhulgas põlevkivibensooliga) kokkupuutumisel aitavad organismi vastupanujõudu tõsta valku, lipotroopseid aineid ja rauda sisaldavad toiduained. Neid vajalikke komponente leidub rohkesti maksas, kanamunades, kohupiimas, spinatis, hernes ja mitmes muus toiduaines.

Etüleeritud bensiini, tetraetüülplii, tiofossi, granosaani ja teiste nendele lähedaste ainetega töötajatel tuleks rohkem kasutada piima- ja piimasaadusi, mune, liha, kala, tatrast valmistatud toite, herneid, kartulit, teraviljasaadusi ja värsket aedvilja. Toit peab olema letsitiinirikas, mida leidub rohkesti munakollases, tailihas, juustus ja teraviljasaadustes (ravi- ja profülaktiline ratsioon nr. 5). C-vitamiini soovitatakse võtta 150 mg ja B_1-vitamiini 4 mg päevas.

Raske füüsilise töö puhul (laadijad, kraavitöölised, kaevurid jt.) peab toit sisaldama rohkesti valku (163 g), rasva (153 g) ja süsivesikuid (631 g). Nende tööliste organism vajab päevas 4500—5000 kilokalorit.

Külmas kliimas ja talvel, eriti välistööde puhul olgu toidus rohkem rasva, sest rasvad on oluliseks energiaallikaks. Valgutarvidus tõuseb palavas ruumis töötamisel, sest siis on valkude lagunemine organismis intensiivsem. Erisuguste toitainete vajadus suureneb ka neil juhtudel, kus toitainete vahekord toidus ei ole õige (valkude, rasvade ja süsivesikute optimaalne vahekord peaks olema 1:1:4).

Toidurežiim muutub töötamisel öises vahetuses. Öösel ainevahetusprotsessid nõrgenevad ja seepärast on kella 3 ja 4 vahel vaja einetada. Et sel ajal organismi talitlused on pidurdatud, siis ei lähe toit niivõrd tööks kulutatud energia asendamiseks kui ainevahetusprotsesside ergutamiseks. Öise eine kalorsus sõltub töö raskusest, kuid igal juhul peab toit sisaldama rikkalikult valku, mis eriti intensiivistab ainevahetust ja tõstab kesknärvisüsteemi toonust. Seepärast soovitatakse süüa liha, kala, muna, kohupiima, juustu jne., kusjuures üheks eineks olgu vähemalt 50—75 g lihasaadusi ja 150—200 g piima või piimasaadusi. Toit peab sisaldama rohkesti vitamiine (eriti C, B_1 ja B_2). Tingimata tuleb süüa sooja toitu või juua sooja jooki.

Vaimse töö tegija vajab suhteliselt rohkesti valku (110—115 g päevas), C-vitamiini 100—120 mg ja B_1-vitamiini 2,5—3 mg päevas, lipoide ja fosforiühendeid (leiduvad piimas, munades ja juustus). Piirata tuleb rasva- ja süsivesikute sisaldust toidus. Et süsivesikud kujutavad endast lihaste töö energiaallikat, siis lihaste puudulikul töötamisel muutub süsivesikute jääk rasvaks. Seepärast tuleb piirata leiva, tangainete, makaronide ja kondiitritoodete tarvitamist. Näiteks kui istuva eluviisiga inimene suurendab päevas tarvitatavat leivahulka 100 g võrra, võtab ta kaalus juurde keskmiselt 7 kg aastas. Vaimse töö tegija organism vajab 3000—3200 kilokalorit ööpäevas.

ПРОФЕССИЯ И ПИТАНИЕ

Н. Шамардин

Резюме

Пища повышает сопротивляемость организма во внешней среде, в том числе и по отношению к вредным для здоровья фактором, обусловленным профессиональной работой (например, различные химические вещества, высокие или низкие температуры, вибрация и др.). Поэтому важно знать особенности питания, которые зависят от того, с каким вредным для здоровья фактором мы имеем дело.

Рабочие, соприкасающиеся с химическими веществами, должны хорошо позавтракать, так как при заполненном желудке попадание вредных веществ в желудок менее опасно. Питаться следует по меньшей мере 3 раза в день, причем пища должна быть богата витаминами (особенно С и B_1). Потребность в витаминах повышена также при работе с синтетическими смолами, скипидаром, сланцевыми маслами, а также у тех, кто соприкасается с вибрацией, шумом или занимается тяжелым физическим трудом. Потребление соли следует ограничить, так как она способствует задержке воды в организме и тем самым задерживает выделение вредных веществ. Количество употребляемой жидкости должно быть в пределах 6—8—10 стаканов (в обычных условиях — 5 стаканов) в день, причем необходимо избегать попадания химических веществ в организм посредством посуды и грязных рук.

Работники, соприкасающиеся с радиоактивными веществами, не должны употреблять в пищу бараний и говяжий жир. Рекомендуется использовать для питания творог, сыр, молоко, свежую рыбу, мед, сахар, растительное масло, горох, овощи и фрукты (лечебно-профилактический рацион № 1).

Рабочие, занятые на производстве суперфосфата, серной кислоты и формалина, также должны потреблять молока и молочных продуктов, растительное масло, сахар, мед, гречневую кашу, картофель, овощи и фрукты (лечебно-профилактический рацион № 2).

Те, кто работает со свинцом, должны пользоваться попеременно лечебно-профилактическими рационами № 2 и 3 (последний богат белками, но беден жирами и с малым содержанием кальция). Из витаминов особенно нужны С, B_1, B_2 и B_6. Сахар рекомендуется заменять мармеладом («связывает» находящийся в кишечнике свинец и способствует его выделению из организма).

При работе с толуолом, бензином, анилином, фенолом, тиурамом, каптаксом, мышьяковистым- или хлористым углеводородом рабочим следует больше употреблять молока и молочных продуктов, так как с их помощью повышается защитная функция печени в отношении вредных веществ. Рекомендуется также нежирная рыба, продукты из печени, фрукты и овощи, мед, сахар и варенье. Витамина С следует употреблять 150 мг в день (лечебно-профилактический рацион № 4). Пища работающих с этилированным бензином, тетраэтилсвинцом, тиофосом, гранозаном и другими близкими к ним соединениями должна быть богата лецитином, который содержится в большом количестве в яичном желтке, постном мясе, сыре и мучных продуктах (лечебно-профилактический рацион № 5).

Режим питания меняется при работе в ночную смену. Ночью обменные процессы ослабевают и поэтому завтракать следует между 3—4-мя часами, причем пища должна содержать много белков, которые особенно усиливают обмен веществ и повышают тонус центральной нервной системы (мясо, рыба, яйца, творог, сыр и т. д.).

У работников умственного труда мозг нуждается в относительном увеличении белков (100—115 г в день), витамина С (100—120 мг) и витамина B_1 (2,5—3 мг в день), липоидов и соединений фосфора (содержатся в молоке, яйца, сыре). В то же время следует органичить содержание в пище жиров и углеводов.

SANITAARHARIDUSTÖÖ

SANITAARHARIDUSLIKEST TRÜKISTEST HÜGIEENI JA NAKKUSHAIGUSTE ALAL

O. TAMM ja arstiteaduse kandidaat *H. JÄNES*

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumist ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor *P. Bogovski*)

Sanitaarhariduslike väljaannete kirjastamisel on olnud kesksteks asutusteks sanitaarharidusmajad. Aastail 1959—1965 on Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja ja Tallinna Sanitaarhariduse Maja välja andnud 143 trükist (kogutiraaž üle 1,4 miljoni eksemplari), mis käsitlevad hügieenireegleid või annavad nõu nakkushaiguste vältimiseks. Suurema osa nendest moodustavad lendlehed (45 nimetust), brošüürid (34 nimetust) ja meelespead (32 nimetust). Loosungeid, plakateid ja juhendeid on ilmunud vähemal arvul. Valdav enamik trükistest (125) on eestikeelsed, tunduvalt väiksem osa (18) venekeelsed. Seejuures on 15 juhul tegemist paralleeltekstiga ja ainult 3 juhul iseseisva väljaandega.

Sanitaarharidusmajade trükiste temaatika on olnud võrdlemisi mitmekülgne. Ligikaudu 40% väljaannetest on pühendatud nakkushaigustele ja nende profülaktikale. Seitsme aasta jooksul on käsitlemist leidnud gripp, poliomüeliit, tuberkuloos, läkaköha, tuulerõuged, parotiit, düsenteeria, kõhutüüfus, nakkuslik kollatõbi, puukentsefaliit, teetanus ja lambliioos. Seega on puudutatud enamikku meie oludes tähtsaid nakkushaigusi, mille profülaktikale tuleb pidevalt mõelda. Õigustatult on kõige rohkem tähelepanu pööratud gripile ja seedetrakti nakkustele. Ka helmintooside alalt on hõlmatud kõik tähtsamad teemad (kokku 9 trükist).

Hügieeniteemaliste väljaannete osas on pilt ebaühtlasem. Seitseaastaku jooksul on sanitaarharidusmajad peatähelepanu pööranud isiklikule hügieenile (21 trükist), teisel kohal on koolihügieen (17 trükist) ja kolmandal toitlushügieen (13 trükist). Kommunaalhügieeni valdkonnast on ilmunud ainult 2 väljaannet (lendleht ja loosung). Peab konstateerima, et seda on vähe ka siis, kui siia juurde arvata 11 loosungit, lendlehte ja meelespead, mis juhivad tähelepanu elamuparasiitide hävitamise vajadusele ja annavad selleks juhendeid. Vähe tähelepanu on pööratud töö-hügieenile ja kutsehaiguste profülaktikale (seitsme aasta jooksul 2 brošüüri, 1 lendleht ja 1 loosung). Kõrvale on jäänud ka kehakultuuri propageerimine (üldse on ilmunud 4 nimetust trükiseid) ja kahjulike harjumuste vastu võitlemine (ilmavalgust on näinud ainult 1 brošüür suitsetamise kahjulikkusest).

Sanitaarharidustööst ja meditsiiniliste teadmiste levitamisest võtavad osa ka kirjastuse «Perioodika» ja Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee Kirjastuse perioodilised väljaanded. Hügieeni- ja epidemioloogia-alaseid artikleid on aeg-ajalt avaldanud kõik ajalehed, kusjuures viimase seitsme aasta jooksul on kirjutiste arvu poolest esikohal püsinud peaaegu võrdsetena «Õhtuleht», «Edasi», «Rahva Hääl» ja «Noorte Hääl». Ajakirjadest peab esile tõstma «Nõukogude Naist», «Tehnikat ja Tootmist», «Sotsialistlikku Põllumajandust» ning «Küsimusi ja Vastuseid». Hügieenialaseid artikleid võib leida «Spordilehe», «Kehakultuuri», «Nõukogude Kooli» ja «Nõukogude Õpetaja» veergudelt. Päris kõrvale ei ole jäetud ka vene keelt kõneleva elanikkonna osa: 10 artiklit on 7 aasta jooksul (!) ilmunud ajalehtedes «Sovetskaja Estonija» ja «Molodjož Estonii». Perioodikas avaldatud hügieenialaste ja nakkushaiguste vastu võitlevate kirjutiste üldarv ületab sanitaarharidusmajade väljaannete arvu ligikaudu kaks ja pool korda (siia lisanduvad veel Kohtla-Järve, Narva, Pärnu ja rajooniajalehtedes ilmunud tervishoiualased kirjutised, mida käesolev ülevaade ei hõlma).

Hügieeni puudutavates artiklites (neid on olnud üle 250) on jällegi esikohal isikliku hügieeni teema, kuid erinevalt sanitaarharidusmajade väljaannetest on perioodikas teisel kohal tööhügieen, kolmandal toitlushügieen ja neljandal koolihügieen ning õpilaste tervishoid.

Perioodikas ilmunud nakkushaiguste profülaktikat selgitavad artiklid järjestuvad (sagedamini esinevast alustades) järgmiselt: gripp, tuberkuloos, poliomüeliit ja seedetrakti nakkushaigused. Muid haigusi (leetrid, läkaköha, toksoplasmoos, nahaseentõved jms.) on puudutatud tunduvalt harvem (1—5 kirjutist seitsme aasta jooksul). Kokku on nakkushaigusi käsitlevaid artikleid perioodikas ilmunud umbes 4 korda vähem kui hügieenialaseid kirjutisi. Seda vahekorda tuleb enam-vähem õigeks pidada, kuid soovitatav oleks, et vaekauss langeks veelgi rohkem hügieeni kasuks. Nakkushaiguste vastu võitlemisel on pearaskust kandnud «Õhtuleht», «Edasi» ning ajakirjadest «Sotsialistlik Põllumajandus» ja «Nõukogude Naine». Helmintoloogia alalt on vabariiklikes väljaannetes ning Tallinna ja Tartu linnalehtedes möödunud seitsme aasta jooksul trükimusta näinud ainult 7 artiklit.

Eespool toodud arvudest ilmneb, et olukorda hügieeni- ja epidemioloogia-alase sanitaarharidusliku trükisõna ilmumise osas ei saa heaks pidada. Seda laadi väljaanded on sanitaarharidusmaja trükitoodangus

Hügieeni- ja nakkushaiguste alaste väljaannete erikaal sanitaarharidusmajade trükitoodangus (%-des)

Aasta	Väljaande liik	
	Brošüürid (trükipoognates)	Meelespead, lendlehed, loosungid, plakatid (keskmised arvulised näitajad)
1959	38	90,8
1960	43	50
1961	18	37,5
1962	59	75
1963	41	44
1964	68	90,2
1965	85	61,5

moodustanud küllaltki olulise osa (vt. tabel), kuid sellest hoolimata on nende üldarv väikseks jäänud. Perioodikas on hügieeni- ja nakkushaiguste-alaste artiklite ilmumissagedus püsinud enam-vähem ühesugusel tasemel.

Möödunud seitseaastakul sanitaarharidusmajade poolt välja antud trükised olid peamiselt lendlehed, meelespead ja loosungid, mis moodus-

tasid peaaegu 80% väljaannete üldarvust. Kuigi neid levitati tasuta nii tervishoiu- kui ka muudes asutustes, ei jõudnud need ikkagi lugejani. Ooteruumides silmitseti neid ükskõikselt, need ei äratanud tähelepanu, ei pannud mõtlema ega juurdlema, kuigi olid sisuliselt igapidi head ja õiged. Osalt olid selles süüdi väljaannete paberi halb kvaliteet ja nõrk kunstiline kujundus (kui seda üldse oli). Hea tervisega inimene tavaliselt ei puutunud nende väljaannetega üldse kokku, ent just tervele inimesele peame rohkem kirjutama. Nüüd, pärast kirjastustegevuse ümberkorraldamist vabariigis on oodata olukorra paranemist. Lendlehed, meelespead jms. on vajalikud, kuid igaüks neist peab olema ette nähtud konkreetsele adressaadile ja sinna ka jõudma. Enamik lugejaist tahab õhtul kodus lugeda ja hiljem ka raamaturiiulil näha soliidset ja nägusat väljaannet, mis pole üksnes kasulikuks, vaid on ka huvitavaks lektüüriks.

Eespool toodud faktid näitavad, et sanitaaria- ja epidemioloogia-alases selgitustöös on möödunud seitseaastakul perioodika etendanud suuremat osa kui sanitaarharidusmajade väljaanded. Et me ajakirjades ja ajalehtedes ilmunud artiklite arvuga veel rahule ei saa jääda, selles pole süüdi mitte niivõrd toimetuste ükskõiksus, kuivõrd meedikute kirjanduslik ahtrus. Hästi paberile pandud loo võtavad toimetused alati kahel käel vastu. Ajakirjandusel on suur mõjujõud, mida peab senisest rohkem kasutama. Kuni pole ilmuma hakanud eestikeelset populaarteaduslikku meditsiinilist ajakirja, jõuavad hügieenialased teadmised mittemeditsiinilise perioodika kaudu kõige kindlamini igasse kodusse. Niisugusel teel saab sanitaarharidustööd korraldada diferentseeritult, sest enamik ajakirjadest on ette nähtud kindlale lugejaskonnale. Sanitaarharidustöö koordineerimiseks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juurde loodud Vabariikliku Sanitaarhariduse Nõukogu koosseisu tuleks täiendada kirjastuste ja mittemeditsiiniliste perioodiliste väljaannete esindajatega.

Trükiste temaatika ei ole alati küllaldaselt hõlmanud kõike vajalikku. Sanitaarharidusmajad on unarusse jätnud võitluse kahjulike harjumuste vastu, kehakultuuri propaganda selle kõige laiemas mõttes ja kutsehaiguste profülaktika koos tööhügieeniga. Mõnevõrra korvavad neid puudujääke perioodilistes väljaannetes ilmunud artiklid, mille temaatiline struktuur hügieeni alal, nagu eespool nägime, erineb sanitaarharidusmajade temaatikast.

Küllaldast tähelepanu pole pööratud lastele mõeldud sanitaarhariduslikele väljaannetele. Et lastevanemad neid väga soojalt vastu võtavad, seda näitavad Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja kogemused 1963. aastal ilmunud pildiraamatuga «Kikukesed-pikukesed», mis suurele tiraažile vaatamata momentaanselt ära osteti. Hügieenialane kasvatus peab algama ja algabki lapse sündimise momendist, meie aga ei tohi isasid ja emasid abistamata jätta.

Sanitaaria ja epidemioloogia teemadel on nii sanitaarharidusmajade liinis kui ka ajalehtedes ja ajakirjades kirjutanud eeskätt kohalikud autorid. Tervitatav, kuid meedikutele teatavaks etteheiteks on see, et sanitaar-hügieeniliste kirjutistega on avalikkuse ees nii mõnigi kord esinenud ka muude erialade asjatundjad — arhitektid, loodusteadlased, töökaitsespetsialistid, kirjanikud, ajakirjanikud jt. Tõlkeid on kasutatud harva, mida ei saa pahaks panna, sest tõlkematerjal ei vasta enamasti kohalikele tingimustele, elanike harjumustele ega tavadele.

Kahjuks peab nentima, et ka kohalikud autorid pole alati vaevunud oma kirjutistesse lisama konkreetseid näiteid, olukordi või juhte vabariigist. Enamik tekstidest, näiteks gripi kohta, kannatab šabloonilisuse all. Aastast aastasse kordub peaaegu üks ja sama jutt (kuigi autorid vaheldavad), mis harilikult on kirjutatud klassikalises õpperaamatu vormis ja eriti igavalt. Niisugune kuivus (et mitte öelda hallus) ja koolmeisterlik esituslaad pole üksnes grippi käsitlevate artiklite negatiivseks jooneks.

Kogu raskus on nähtavasti selles, et hügieenialastes artiklites tuleb käsitleda tervise kaitsmise aabitsatõdesid, s. o. igapäevaseid ja paljudele inimestele iseenesestmõistetavaid (ja autorile surmigavaid) tervishoiureegleid. Ent just tervishoiu A ja B vastu eksitakse kõige rohkem — neile lüüakse käega. «Tüütuid» hügieenireegleid saab inimese arusaamasse juurutada kahel teel: tuginedes loogilisele mõtlemisele või emotsionaalsusele. Igal juhul peab kirjutis tähelepanu äratama ja lugejat üllatama mitte üksnes pealkirjaga, vaid ka faktide uudsuse ning ütlemisviisi omapäraga. Ainult niisugusel juhul jääb loetust mälusse jälg, mis heal juhul püsib seal eluaja.

Ja lõpuks: arstide seltsidel või muudel instantsidel on juba lähemas tulevikus vaja planeerida teaduslikke uurimistöid, mis selgitaksid senise sanitaarharidustöö efektiivsust, sealhulgas ka trükisõna kaudu toimuva propaganda mõjujõudu. Senised tähelepanekud on väikese ulatusega ja nende najal pole võimalik teaduslikke üldistusi teha. Nähtavasti peavad niisugused uurimistööd toimuma tihedas koostöös sotsioloogidega, sest Rahvusvahelise Sanitaarharidustöö Liidu peasekretäri L.-P. Aujoulat' sõnade järgi on ka sanitaarharidustöö sotsiaalne teadus.

О САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ ПЕЧАТИ ПО ГИГИЕНЕ И ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

О. Тамм и *Х. Янес*

Резюме

В период с 1959 по 1965 год Республиканским домом санитарного просвещения и Таллинским домом санитарного просвещения было выпущено 143 брошюры (общим тиражом свыше 1,4 млн. экземпляров), в которых освещались правила гигиены и давались советы по предупреждению инфекционных заболеваний. Последним было посвящено 40% названных брошюр, гигиене — 60%.

Распространять медицинские знания помогают также периодические издания издательств «Периодика» и Центрального Комитета Компартии Эстонии. Статьи по вопросам гигиены и эпидемиологии периодически публикуются всеми газетами. Всего в периодике опубликовано статей по гигиене и инфекционным болезням в 2,5 раза больше, чем в изданиях домов санитарного просвещения.

Из вышесказанного видно, что в прошедшей семилетке периодика в просветительной работе по санитарии и гигиене занимала бóльшее место, чем издания домов санитарного просвещения. Печать обладает большой силой воздействия, и ее следует использовать лучше, чем прежде. Пока не будет издан научно-популярный медицинский журнал на эстонском языке, знания по гигиене скорее всего будут попадать в каждый дом через немедицинскую периодическую печать.

Для координации санитарно-просветительной работы штат Республиканского санитарно-просветительного совета, созданного при Министерстве здравоохранения Эстонской ССР, необходимо пополнить представителями издательств и немедицинских периодических изданий.

ARSTITEADUSE AJALOOST

100 AASTAT N. NERLINGI DOKTORIDISSERTATSIOONIST

V. KALNIN

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hügieeni kateedrist, juhataja professor *M. Kask*)

1866. a. kaitses Nicolai Nerling Tartu ülikoolis doktoriväitekirja teemal «Versuch einer nosotopographischen Skizze der Stadt Dorpat». Ettepaneku selliseks uurimuseks oli teinud Tartu ülikooli kohtumeditsiini- ja hügieeniprofessor G. Samson (G. Samson-Himmelstiern). Tema koos kirurgiaprofessor G. Oettingeniga juhendas aastail 1856—1859 ka silmahaigustesse haigestumise uurimist Liivimaa maaelanikkonna hul-

gas (4). See oli esimeseks ulatuslikuks elanike haigestumuse uurimiseks Venemaal (1).

Oma töös võttis N. Nerling ülesandeks välja selgitada, millises linnaosas esineb enam haigestumisi, kus peituvad peamised haiguskolded ja millised on nende teket soodustavad kohalikud põhjused. Esialgse plaani järgi pidid töö allikaiks olema ülikooli polikliinikus ja kliinikutes ravitud haigete registreerimise raamatud ja eraarstide märkmed, samuti politseiarhiivis säilinud aruanded epideemiate ajal haigestunute kohta ja kirikuraamatud. Kuid enamik neist osutus kõlbmatuks, sest ei olnud märgitud haigete elukohta. Ainsaks allikaks jäi «Polikliiniku pearaamat», mille tõttu haigestumise uurimine piirdus isikutega, kes kasutasid polikliiniku abi. Nendeks olid peamiselt Tartu vaesemad elanikud, kes elunesid erinevates linnaosades.

N. Nerling andis oma väitekirjas eelkõige linna ja selle 3 linnaosa sanitaarse olukorra kirjelduse ja tõi võrdlusandmeid. Seejuures rõhutas ta Emajõe vasakul kaldal paikneva linnaosa rasket sanitaarset olukorda. See kannatas kevaditi üleujutuste all ja rahva hulgas nimetati seda naljatades «Väike-Veneetsiaks». Kuivõrd vähe tähelepanu linnavõimud mainitud linnaosale osutasid, nähtub asjaolust, et N. Nerlingi kirjeldus langeb ühte düsenteeriaepideemia-alase kirjeldusega Fr. R. Faehlmanni monograafias (2) 1846. a.

Polikliinikus oli ajavahemikul 1861—1865 registreeritud 10 608 haigusjuhtu. Et paljudel juhtudel puudusid andmed selle kohta, kui kaua haige elas antud kohas ja kus ta oli elanud enne seda, siis jättis N. Nerling haigete üldarvust välja kroonilisi haigusi põdevad isikud. Ta ei võtnud arvesse ägedaid haigusi põdejate hulgast ka neid, kelle puhul polnud näidatud kas diagnoosi või elukohta, samuti ei võtnud arvesse harva esinevate haiguste üksikjuhte ning neid haigusi, mis vaieldamatult polnud seotud kohalike tingimuste mõjuga (näiteks traumad ja suguhaigused). Statistiliseks töötlemiseks jäi ainult 4954 haigusjuhtu.

N. Nerlingi statistiline uurimus andis esmakordselt ligikaudseid andmeid Tartu elanike haigestumuse struktuurist. Suurim osatähtsus kuulus mao- ja soolekatarridele (26,2%), neile järgnesid bronhiidid (21,0%), tüüfused (8,3%), malaaria (6,5%), krupoosne pneumoonia (6,1%), larüngiidid (4,6%), leetrid (3,8%), läkaköha (3,7%), sarlakid (3,6%), lihaste reuma (3,4%) jm. Haigete ja eriti üksikute haigusjuhtude väikese arvu tõttu jaotas N. Nerling kõik haigused kolme rühma, kusjuures kasutas järgmist klassifikatsiooni: I rühm (67,3% kõigist haigustest) põletikulised haigused, II rühm (23,3%) nakkushaigused (tüüfus, malaaria, leetrid, sarlakid ja rõuged), III rühm (9,4%) nn. kahtlased haigused, mida tollal ei võinud kindlalt nimetada ei nakkushaigusteks ega põletikulisteks haigusteks (läkaköha, influentsa, katarraalne düsenteeria, mumps ja membranoosne angiin). Üksikute kuude järgi käis polikliinikus kõige rohkem abivajajaid veebruaris (17%), kuid kõige vähem augustis (6,7%). Neid andmeid mõjustas ka see, et suvel (juunis-juulis) ja jõuluvaheajal polikliinik ei töötanud.

N. Nerling püüdis haigestumust seostada elanike sotsiaalsete tingimustega. Ta jaotas linna tinglikult 10 piirkonnaks ning leidis haigete üldarvu ja erinevate haigusrühmade suhted antud piirkondade elanike arvusse. Et polikliinikusse pöördunud jagunesid üksikute piirkondade järgi ebaühtlaselt, loobus ta kindlate järelduste tegemisest selle kohta, millise piirkonna elanike tervis on parem, millise halvem. Lähtudes sellest, et 2. piirkonnas tuli ühe elaniku kohta 2,4 haiget, kes kasutasid polikliiniku abi, s. o. kõige rohkem, ning seal täheldati nakkushaigusi sagedamini, avaldas ta siiski arvamust, et nimetatud piirkonna elanike hulgas on kõige rohkem haigeid.

Mainitud piirkond Emajõe paremal kaldal oli asustatud vaeste ela-

nikega ja kannatas sageli üleujutuste all. N. Nerling tuli järeldusele, et nakkushaiguste teket ja levikut tingivad kohalikud asjaolud, nimelt pinnas (seisev vesi, pori ja iga liiki mustus), korterite ülemajutus ja ebapuhas õhk. Mainitud seisukoht oli enne bakterioloogia ja epidemioloogia arengut kooskõlas tuntud saksa hügienisti M. Pettekoferi populaarseks saanud lokalistliku teooriaga. Selle järgi olenes mitmete nakkushaiguste (koolera jt.) epideemiate teke «vastuvõtlikust pinnasest», põhjavete tasemest ja pinnase reostumisest orgaaniliste ainetega.

Kuigi uurimismaterjali oli vähe, samuti oli see puudulik ja lünklik, millest sai hästi aru ka N. Nerling ise, väärib tema töö tähelepanu kui esimene seda laadi katse Baltikumis ja üks esimestest kogu Venemaal.

N. Nerlingil on teeneid ka sel alal, et ta näitas täpsete, teaduslikult töödeldud nosotopograafiate, s. o. teatavate maakohtade ja -alade elanikkonna haigestumuse uurimise tähtsust ühiskondliku tervishoiu tarvis. Ta tõestas, et ülikooli polikliinikus säilinud andmed on elanike haigestumuse uurimiseks täiesti kõlbmatud. Ühtlasi rõhutas ta vajadust täiustada haigete registreerimise dokumentatsiooni. Epideemiliste haiguste registreerimise kohta kirjutas ta järgmist: «Arstide ettekanded valitsevate epideemiate kohta, mis esitatakse politseiametnikele, on teaduse, eriti hügieeni jaoks praegusel kujul kasutud ja väärtusetud» (3).

Väärib tähelepanu üks N. Nerlingi väitekirja tees, milles peegeldub tema arusaamine profülaktika tähtsusest: «Üksnes kui igakülgselt veendutakse selles, et arst on esmajärjekorras tervete ja seejärel haigete jaoks, alles siis suudab meditsiin avaldada täielikku tervendavat mõju» (3). See seisukoht tunnistab, et Tartu ülikooli arstiteaduskonnas pöörati profülaktikale suurt tähelepanu juba möödunud sajandi keskpaiku. Kuid juhtivaks suunaks on see saanud alles nõukogude tervishoius.

KIRJANDUS: 1. Арсеньева-Ложкина Е. И. Роль земских врачей в развитии статистики общей заболеваемости населения. В кн.: Очерки истории отечественной санитарной статистики. Под ред. проф. А. М. Меркова. М., 1966, 122—176. — 2. Faehlmann, Fr. R. Die Ruhrepidemie in Dorpat im Herbst 1846. Dorpat, 1848. — 3. Nerling, N. Versuch einer nosotopographischen Skizze der Stadt Dorpat. Inaug. Diss. Doct. Med. Dorpat, 1866. — 4. Sitzungsberichte der Naturforscher-Gesellschaft zu Dorpat in dem Jahren 1853 bis 1860. Dorpat, 1861.

100 ЛЕТ СО ВРЕМЕНИ ДОКТОРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ Н. НЕРЛИНГА

В. Калнин

Резюме

В 1866 г. Н. Нерлинг защитил в Тартуском университете докторскую диссертацию на тему «Опыт нозотопографического наброска города Тарту», в которой впервые была сделана попытка изучить общую заболеваемость населения г. Тарту по данным обращения за медицинской помощью. Тема была предложена профессором судебной медицины и гигиены Г. Самсоном. Источником для работы послужила «Главная книга поликлиники» для статистической обработки 4954 больных, обращавшихся в 1861—1865 гг. в поликлинику.

Впервые были получены приблизительные данные о структуре заболеваемости населения г. Тарту. В работе была сделана попытка изучить заболеваемость населения и в связи с его социально-бытовыми условиями. Город был условно разделен на 10 участков, а все болезни — на три группы (чисто воспалительные, несомненно инфекционные и так называемые сомнительные заболевания). Были найдены отношения общего числа больных и отдельных групп болезней к численности населения отдельных участков. Наиболее неблагополучным оказался второй участок (на одного жителя приходилось 2,4 больных и чаще встречались заразные болезни), расположенный в низменной части города на правом берегу реки, подвергавшийся частым наводнениям и заселенный бедным населением.

Несмотря на некоторые недостатки, работа заслуживает внимания как одна из первых подобного рода работ в России. Она важна и тем, что показала большое значение точных, научно обработанных нозотопографий, т. е. изучения заболеваемости населения определенных местностей, для общественного здравоохранения, вскрыла совершенную непригодность материалов университетской поликлиники для изучения заболеваемости населения, показала необходимость усовершенствования документации

для регистрации больных. Однако ввиду отсутствия в Прибалтийских губерниях земской медицины это направление в изучении состояния здоровья населения не нашло дальнейшего развития.

Заслуживает также внимания тезис диссертации: «Лишь когда всесторонне убедятся в том, что врач в первую очередь — для здоровых, а во вторую — для больных, лишь тогда медицина будет в состоянии полностью проявлять свое оздоровительное действие». Это свидетельствует о том, что уже в середине XIX в. на медицинском факультете Тартуского университета придавалось большое значение профилактике. Однако практическое осуществление профилактика как ведущее направление нашла лишь в советскем здравоохранении.

VIISAASTAKU TÄHISED

KÕRGEMA HARIDUSEGA MEDITSIINIKAADRI ETTEVALMISTAMISEST

Meie vabariigis on kõrgema haridusega meditsiinikaadri sepikojaks Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond. Praegu õpib arstiteaduskonnas 1124 üliõpilast, kellest rõhuv enamik lõpetab ülikooli käesoleval viisaastakul. Teaduskonnas töötab 128 suurte kogemustega õppejõudu. Nende teaduslik kvalifikatsioon on märgatavalt tõusnud. Viimase viie aasta jooksul on arstiteaduse doktori kraadi saanud 6, arstiteaduse kandidaadi kraadi 16 õppejõudu. TRÜ Arstiteaduskonna õppejõud esinevad üha sagedamini nii üleliidulistel foorumitel kui ka rahvusvahelistel nõupidamistel ja konverentsidel. Mõne aja eest andis NSV Liidu Kõrgema ja Keskeri-hariduse Ministeeriumi Kõrgem Atestatsioonikomisjon TRÜ Arstiteaduskonna teaduslikule nõukogule õiguse vastu võtta töid arstiteaduse doktori kraadi taotlemiseks mitmel erialal. See on suur tunnustus teaduskonna kollektiivile. Samal ajal kohustab see õppejõude teaduslikku ja erialast kvalifikatsiooni veelgi tõstma.

Viisaastaku jooksul rakendatakse ellu uus õppeplaan, milles pearõhk on asetatud praktiliste oskuste omandamisele ja üliõpilaste iseseisvale tööle. Uute kohustuslike õppeainetena on programmis meditsiiniline psühholoogia, meditsiiniline geneetika, biofüüsika ja matemaatiliste meetodite kasutamine meditsiinis.

Enamik TRÜ Arstiteaduskonna lõpetajaist tuleb töökohtadel ülesannetega toime. Töötades terapeutidena, stomatoloogidena või farmatseutidena on nad võitnud elanike poolehoiu ja usalduse. Kuid põhjusega on teaduskonnale tehtud etteheiteid, et lõpetajad ei ole mõnikord küllaldaselt ette valmistatud organisatoorsete ülesannete täitmiseks.

Arstiteaduskonna õppejõud võtavad tarvitusele abinõud, et õpetamine tegeliku elu vajadustele lähemale viia. Õppetööst kutsutakse osa võtma tööekspertiisi ja muude alade spetsialiste-praktikuid. On loodud side Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu ja arstliku tööekspertiisi alal töötavate arstidega. Suuremat tähelepanu on hakatud pöörama kutsehaiguste diagnoosimisele, ravile ja profülaktikale. 25% kliiniliste õppeainete praktilistest töödest tehakse õppebaaside polikliinilistes osakondades. Menetluspraktika vältel tervishoiuasutustes täidavad üliõpilased meditsiiniõe ja jaoskonnaarsti ülesandeid ning töötavad subordinaatoritena kolmel põhilisel erialal (teraapia, kirurgia ja sünnitusabi). Need üliõpilased, kelle riiklik komisjon maa-arstijaoskondadesse on tööle suunanud, teevad kuuendal kursusel läbi praktikumitsükli mõnes eesrindlikus maa-arstijaoskonnas.

Teaduse kiire areng toob endaga kaasa üksikute erialade kõrge diferentseeritusastme ka meditsiinis. See tingib vajaduse, et õppetööst kutsutakse osa võtma teaduslike asutuste teadlasi-spetsialiste. Seni on üliõpilastele loenguid pidanud nii NSV Liidu teaduslike keskuste kui ka meie vabariigi silmapaistvad teadlased, mis õigustab end täiesti.

TRÜ Arstiteaduskond valmistab õppeplaani kohaselt ette esmajoones üldprofiiliga arste. Vabariigi tervishoiu vajadused aga on hoopis diferentseeritumad. Tuntakse tarvidust pediaatrite, sanitaararstide ja muude spetsialistide järele. Teaduskond on mõnda aega n.-ö. teaduskonnasiseselt andnud tervishoiuasutustele arste, kes mõnel määral on saanud põhjalikuma ettevalmistuse pediaatria, sanitaaria, epidemioloogia, teraapia, kirurgia jm. alal. Seoses sellega on viimasel ajal tekkinud vajadus teaduskonna üldprofiiliga raviosakonna täiendavaks profileerimiseks pediaatria-osakonna avamise ja sanitaararstide ettevalmistamise teel. Suurendada tuleb vene õppekeelega raviosakonda. Üleliidulises ulatuses tuntakse suurt huvi spordiarstide ettevalmistamise vastu meie teaduskonnas.

Viisaastaku jooksul paraneb teaduskonna õppebaaside olukord tunduvalt. Teaduskonnal koos tervishoiuorganitega on välja töötatud Tartu kliinikute väljaarendamise plaan. Esimese ehitusena kerkib 334 voodikohaga kirurgiahaigla, mis peab ekspluatatsiooni antama 1968. aastal. Teaduskond astub samme, et alustataks teoreetiliste kateedrite õppekorpuse ehitamist.

Viimastel aastatel on vabariigi valitsus teaduskonnale eraldanud täiendavaid summasid, mille eest kateedritele ja laboratooriumidele on muretsetud ajakohast aparatuuri, mida rakendatakse nii teaduslikus töös kui ka ravi otstarbel.

Viisaastakul hakkavad tööle sekretoorsete protsesside biokeemia ja psühhofarmakoloogia probleemilaboratooriumid. Astutakse samme mitmete uute probleemilaboratooriumide avamiseks ning jätkatakse plaaniliste teaduslike küsimuste lahendamist.

Teaduskonna kollektiivi kasv ja materiaalse baasi tugevnemine loovad soodsad eeldused selleks, et senisest rohkem kaasa aidata perifeerias töötavate arstide erialase kvalifikatsiooni tõstmisele ja spetsialiseerimisele. Juba mitmendat aastat tegutseb ühiskondlikel alustel arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateeder, mille tööst võtavad aktiivselt osa kõige vilunumad õppejõud. Selle kateedri töö on ületanud ühiskondlikel alustel tehtava töö piirid, mille tõttu on põhjendatud niisuguse arstide täiendamise ja spetsialiseerimise kateedri avamine Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas, kus töötaksid koosseisulised õppejõud.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond teeb viisaastaku vältel kõik selleks, et ellu saata ainult hästi ettevalmistatud kõrgema haridusega meditsiinikaader ning osutab tervishoiusüsteemile abi nii arstide täiendamisel kui spetsialiseerimisel.

H. Vahter

INTERVJUU

SAKSA DV TERVISHOIUTÖÖTAJAD EESTI NSV-s

14.—22. oktoobrini 1966. a. toimusid Eesti NSV-s Saksa Demokraatliku Vabariigi kultuuri päevad. Seoses selle sündmusega külastas meie vabariiki grupp saksa tervishoiutöötajaid: Eestist pärinev Saksa DV Tervishoiu Ministeeriumi peakonsultant epidemioloogia alal professor arstiteaduse doktor Theodor Kima abikaasaga, Saksa Hügieenimuuseumi direktor arstiteaduse doktor Franz Görres ja Saksa DV Tervishoiu Ministeeriumi osakonnajuhataja arstiteaduse doktor Edith Ackermann.

Kohtumisel ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse töötajatega jagasid külalised oma tähelepanekuid Eesti NSV-st ja pajatasid tervishoiuprobleemidest Saksa Demokraatlikus Vabariigis.

Millised on teie muljed külaskäigust Eesti NSV-sse?

T. Kima. Muljeid on palju. Nägime, et Eesti NSV-s tegeldakse tõsiselt nii profülaktika- kui ka raviprobleemidega. Tartus külastasime ülikooli. Rektor professor F. Klement, professor J. Saarma ja teised arstiteaduskonna õppejõud tutvustasid meid teaduskonna tegevusega. Sellest jäi mulje, et arstide ettevalmistus on põhjalik, mis kahtlemata kajastub ka nende hilisemas elus ja tegevuses. Minule kui Tartu *alma materi* endisele kasvandikule meeldis eriti, et töö praktikumidel toimub

nüüd väikestes rühmades. See võimaldab õppejõul üliõpilastega head kontakti saavutada ja aitab väljaõpet edukamalt korraldada.

Nägime mitmeid eeskujulikke haiglaid. Otstarbekas on haiglaabi tsentraliseerimine ja arstide edasise väljaõppe süsteem. Torkasid silma puhtus ja kord. Väga hea mulje nii ajakohasuse kui ka esteetilisuse seisukohalt jättis uus Tallinna Vabariiklik Onkoloogia Dispanser.

Minu lahkumisest Eestist on möödunud 25 aastat. Selle aja jooksul on kasvanud uus arstide generatsioon, kes paistab silma teadlikkusega oma vastutusest. Paljude selle esindajatega saime nüüd isiklikult tuttavaks. Nende sõbralikkus jättis meile sügava mulje. Tänan neid kogu delegatsiooni nimel.

F. Görres. Täname ka suurepäraselt koostatud vastuvõtukava eest, mis võimaldas maa ja rahvaga igakülgselt tutvuda. Meie tegevusprogramm oli tihe, kuid nii koostatud, et ei tekkinud väsimust ega üleküllastust.

Milline on Saksa DV tervishoiusüsteem?

E. Ackermann. Tervishoiualast tegevust Saksa DV-s juhib tervishoiu ministeerium, millele alluvad kõikide ametkondade meditsiiniteenistused (välja arvatud politsei ja armee). Saksa DV-s tegutseb eraarste, kuid ka nende tööd juhib riik. Koostöö eraarstidega on hea — lahkhelisid ega hõõrumisi ei esine.

Saksa DV on administratiivselt jaotatud 15 ringkonnaks. Igas ringkonnas on tervishoiualase töö organiseerijaks ja koordineerijaks ringkonnaarst, kes kuulub ringkonnanõukokku, ja kui ringkonnas asub arstiteaduskond, siis ka selle nõukokku. Igas ringkonnas on ringkonnahaigla, mille ülesanded vastavad umbes Eesti NSV vabariiklike haiglate ülesannetele, ja rida suuri erialaseid raviasutusi (tuberkuloosi-, ortopeedia-, neuropsühhiaatria- jt. haiglaid). Ringkonnaarstile alluvad ka hügieeniinstituudid (sanitaar- ja epidemioloogiajaamad), vereülekandeinstituut, ringkonna keskapteek (nn. depooapteek), tervishoiuinspektsioon tootmisettevõtetes ja teised tervishoiuasutused. Tema kohustuste hulka kuuluvad rajoonide (nende arv on ringkonnas 8—25) tervishoiuorganite tegevuse juhtimine ja kontrollimine.

Rajooni tervishoiuteenistust juhib rajooniarst. Igas rajoonis on ühendatud polikliinik-haigla. Väikesi haiglaid on püütud likvideerida, et nende asemel suuremaid profileeritud raviasutusi rajada. Maal statsionaare ei ole. Maa-ambulatooriumides (tavaliselt 6000—8000 elaniku kohta) on 1—2 arsti ja 1—2 hambaarsti. Endisi väikesi statsionaare kasutatakse debiilsete laste, psühhiaatriliste haigete, eakate inimeste jts. hospitaliseerimiseks.

Kuidas Saksa DV meditsiinikaadrit ette valmistatakse?

E. Ackermann. Meditsiinikaadri ettevalmistamine on meil väga aktuaalne probleem. Praegu tuleb ligikaudu 10 arsti 10 000 elaniku kohta. Seda on vähe.

Arstide osas on meid ajutiselt abistanud Ungari, Bulgaaria, Poola, Tšehhoslovakkia ja NSV Liit. Praegugi töötab meil saksa keelt valdavaid külalisarste, peamiselt radiolooge, röntgenolooge ja pediaatreid. Arste valmistame ette ka Nõukogude Liidus. Käesoleval ajal saame iga aasta juurde umbes 2000 noort arsti. 1970. aastaks peaks meil olema üks arst iga 600 elaniku kohta. Lähema viie aasta jooksul on meil tarvis pearõhk panna arstide spetsialiseerimisele ja kvalifikatsiooni tõstmisele. Tuleb leida otstarbekamaid proportsioone üksikute eriarstide arvu vahel. Muret valmistab ka asjaolu, et arstid eelistavad töötada linnades.

Meditsiiniõdesid ja abipersonali (sanitarid, köögi- ja pesumajade töölised) on vähe. Eriti vähe on abipersonali hulgas meessoost isikuid. Osalt on see tingitud sellest, et intensiivse industrialiseerimise tulemusena valitseb tööjõupuudus. Näiteks endise Saksamaa farmaatsiatööstus paiknes peamiselt Reini-äärses piirkonnas, kuid nüüd oleme Saksa DV-s loonud oma farmaatsia- ja meditsiinitehnika tööstuse.

Tervishoiuasutustes oleme läinud tööoperatsioonide mehhaniseerimise ja ratsionaliseerimise teed, kuid meditsiiniõdesid sel teel asendada ei saa. Praegu toimub ajalehe «Humanitas» veergudel dispuut, mille käigus arutatakse, kuidas meditsiiniõdede tööd paremini korraldada. Sellest tuleb juttu ka k. a. detsembrikuus toimuval meditsiiniõdede kongressil.

Missugused on Saksa DV arstiteadusliku uurimistöö peamised suunad?

E. Ackermann. Arstiteaduslikku uurimistööd koordineerib tervishoiu ministeerium, kus asuvad vastavad probleemikomisjonid. Uurimistöö toimub peamiselt järgmistel aladel: mikrobioloogia, epidemioloogia, biokeemia, ainevahetushaigused, südame- ja vereringehaigused ning onkoloogia. Teadusliku töö planeerimisel peame õigemaks, et 10 inimest töötaks ühe aasta jooksul põhjalikult läbi ühe teema, selle asemel et iga uurija nokitseks «oma» teema kallal 10 aastat. Ulatuslikult arendatakse koostööd meedikute, keemikute ja füüsikutega.

Kuidas Saksa DV-s on korraldatud sanitaarharidustöö?

F. Görres. Sanitaarharidustööd juhib tervishoiu ministeerium. Selle töö põhikoormus lasub aga Dresdenis asuval Saksa Hügieenimuuseumil. Muuseumi tegevus jaguneb kaheks osaks. Esiteks kujutab see asutus endast teadusliku uurimise instituuti, mille ülesandeks on tegelda sanitaarselgitustöö teaduslike probleemidega, eeskätt metoodikaga. Teiseks, ja mitte vähem tähtsaks töölõiguks on bioloogilis-anatoomiliste näitlike õppevahendite (plakatite, stendide, mulaažide, makettide jms.) tootmine.

Muuseumis on alatine näitus funktsioneerivate skeemide ja mudelitega, kus-

juures seda järjekindlalt uuendatakse. Lähemal ajal avatakse kaks uut väljapanekut. Üks neist käsitleb teemat «Inimene ja töökoht», teine — «Inimene ja vesi». Muuseumil on komplekteeritud terve rida rändnäitusi, mis külastavad haiglaid, koole jne. Väikestes asulates aga liigub autokolonn, mis võib igas kohas näituse avada. Liikuva näituse temaatikat muudame igal aastavahetusel. Käesoleval aastal oli selle näituse teemaks «Inimene ja terved hambad», tuleval aastal aga selgitatakse noorsoole seksuaalprobleeme ning näidatakse alkoholi ja nikotiini kuritarvitamise kahjulikkust. Sanitaarharidustöö ülesandeks on mitte üksnes tõsta elanike teadlikkust, vaid jõuda nii kaugele, et inimesed tõepoolest talitaksid neile antavate kasulike näpunäidete kohaselt.

ET ARSTI KÄED OLEKSID ERIALASEKS TÖÖKS VABAMAD

Väljaspool vabariiki on suurt huvi äratanud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse tegevus. Pärast seda kui «Meditsinskaja Gazetas» (1966/nr. 8) ilmus valitsuse tööd tutvustav kirjutis, on asutusele külla sõitnud rohkesti asjahuvilisi Vene Föderatsioonist, Lätist, Leedust, Gruusiast, Moldaaviast ja mujalt. Seoses sellega küsitlesime Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse ülemat I. Isrinit.

Millega just nimelt Eesti NSV meditsiiniasutuste teenindamine tähelepanu äratab?

Kõik mäletavad, kui palju aega võttis tervishoiuasutuste peaarstidel varem igasuguste majanduslike küsimuste lahendamine. Et peaarsti käed oleksid erialaseks tööks võimalikult vabamad, lõime aja jooksul spetsiaalse tsentraliseeritud organisatsiooni, mis mõnel määral meenutab kombinaati. Meie ülesandeks on kõigepealt materiaal-tehniline varustamine. 1964. a. alates töötab meil meditsiinitehnikaosakond, mis tervishoiuasutusi aparatuuri ja instrumentidega mitte üksnes varustab, vaid viimaseid hiljem ka profülaktiliselt hooldab ja vajaduse korral remondib. Kolm aastat on möödunud pesumajade tsentraliseerimisest. Meil on suur autopark, autoremonditöökojad, õmblustööstus, puidutöökoda, oma kaubandusvõrk arstiriistade ja prillikauplustega jne. Kui nende faktide taustal meenutada, et meie asutus on ainus omalaadne Nõukogude Liidus ja et mujal peavad paljusid majandusprobleeme endiselt lahendama mitte majandusmehed, vaid meedikud, kellel selleks tööks pole eeldusi ega vilumust, siis on täiesti arusaadav, miks meie tegevuse vastu huvi tuntakse.

Kas Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse kui organisatsiooni kontuurid on nüüd lõplikult kujunenud?

Organisatsioonilise ülesehitustöö viisime jämedates joontes lõpule juba seitseaastakul. Viisaastaku kestel püüame seda ainult laiendada, süvendada ja viimistleda.

Näiteks millisel viisil?

Näiteks autode profülaktilise hooldamise punktid Ahtmes, Jõgeval, Paides, Kingissepas ja Võrus on end täiesti õigustanud, seepärast kavatseme sellised punktid avada kõigis Eesti NSV rajoonides. Lähema paari aasta jooksul võtame profülaktilisele hooldamisele ka need aparaadid ja instrumendid, mida seni ainult remontisime, nimelt hambaravivahendid, hingamis- ja anestesioloogiaaparaadid, desinfektsioonikambrid, optilised riistad jm. Narvas, Kohtla-Järvel, Pärnus, Viljandis ja Paides avame uued prillikauplused. Veelgi suuremat rõhku kavatseme panna seminaride korraldamisele peaarstide asetäitjatele majanduse alal. Praeguseni oleme neid korraldanud ohutustehnika, tuletõrje, katlamaja hooldamise, juriidilistes, rahanduslikes, kaubanduslikes jm. küsimustes.

Milline on teie asutuse kasvutempo? Kas seda saaks väljendada mõningate arvudega?

Kõige selgema pildi võib-olla annab rahaline käive. Seitseaastaku esimesel aastal oli see 2 miljonit, 1966. a. (viisaastaku esimesel aastal) 5 miljonit 715 tuhat rubla. Kasv, tähendab, oli selle aja kestel peaaegu kolmekordne.

Kuidas teil on vabariigi tervishoiuasutusi õnnestunud varustada aparaatide ja instrumentidega?

Teiste liiduvabariikidega võrreldes hästi. Suurte vabariikide vajaduste kõrval on meie omad suhteliselt väikesed, seetõttu on neid kergem rahuldada; «Sojuzmedtehnika» on meile võimaluste piires püüdnud ka igati vastu tulla. Eriti viimase paari aasta vältel oleme saanud rohkesti hinnalisi aparaate — kunstlik neer, kaks kunstliku vereringe aparaati, kaheksa-üheksa kanaliga entsefalograafid, televisioonikaameraga operatsioonilambid ja palju muud. Edaspidi saame ajakohaseid aparaate kindlasti veelgi rohkem, sest plaani kohaselt kasvab NSV Liidu meditsiinitööstus viisaastaku kestel 1,7-kordseks. Seoses sellega tahaksin arstidele südamele panna, et nad enne uue tellimuse esitamist hoolikalt läbi mõtleksid, kas aparaadi paigutamiseks on küllaldaselt ruumi ja muid tingimusi (näiteks spetsiaalset kaablit) ning lõpuks — kas leidub inimesi, kes uut aparaati käsitseda oskavad. Väga õigesti talitas näiteks professor A. Linkberg, kui ta enne kunstliku neeru saabumist ühe töötaja Leningradi õppima saatis. Meil on ette tulnud juhtumeid, kus väga hinnaline aparaat

on jäänud aastateks kasutult vedelema (ja vedeleb praegugi!), sest pole eeldusi selle töölerakendamiseks. See külmutab asjatult meie niigi piiratud käibevahendeid.

Milline olukord on kiirabiautode osas? Kas meil jätkub neid küllaldaselt?

Kahjuks mitte. Teiste liiduvabariikide omadega võrreldes on meie autopark küll üks paremaid, kuid autosid peaks olema siiski rohkem. Paljud olemasolevatestki on vanad, amortiseerunud. Seni oleme juurde saanud keskmiselt 50 uut autot aastas. Välja langeb samal ajavahemikul keskmiselt 30, seega on aastane juurdekasv 20 autot. NLKP XXIII kongressi direktiivide kohaselt kasvab nõukogude autotoodang lähemas tulevikus neljakordseks. Arvatavasti siis saab ka tervishoiusüsteem autosid piisavalt.

Remonditöökojad? Kas need rahuldavad?

Samuti mitte. Praegune remondibaas on liiga väike, et kõiki autosid korras hoida. Seetõttu asutatigi autode profülaktilise hooldamise punktid, millest kõnelesime eespool. Terav puudus on tagavaraosadest. Neid saame üleliiduliselt koondiselt «Põllumajandustehnika», kes meid seni on väga puudulikult varustanud. Siiski loodame, et olukord paraneb, sest alles hiljuti sai koondis korralduse varustada tagavaraosadega esmajärjekorras meditsiiniasutuste transpordivahendeid.

Kas prilliklaaside ja -raamide hulk vastab tarbijate nõudmistele?

Eelmiste aastatega võrreldes on olukord paranenud. Mis klaasidesse puutub, siis saame rahuldada juba umbes 85% nõudmistest. Meie initsiatiivil hangiti importklaase, mille eest riik tasus välisvaluutas. Ajakohaste, esteetilisemate raamide osas laheneb olukord lähemas tulevikus, kui toodangut hakkavad andma uued, suured kodumaised vabrikud.

On kaebusi, et haiglate pesu ei ole iga kord küllalt valge.

Seoses uute sünteetiliste pesemisvahendite kasutusele võtmisega püüame pesemise kvaliteeti tõsta. Meie pesumajad on sisustatud moodsate masinatega; ei ole kahtlust, et me seda ülesannet tehniliselt lahendada ei suudaks. Kuid leidub mõjuvaid põhjusi, miks me sellega forsseerida ei tohi. Pesuvalgendajad lõhuvad pesu, sest need kõik sisaldavad kloori. Peale selle on pesu ringlus meil nagunii lubamatult kiire.

Kas laste pesu pestakse eraldi?

Laste, samuti nakkus- ja somaatilisi haigusi põdevate haigete pesu pestakse eraldi, peale selle lastakse kogu pesu läbi kalandrite, mille kuumus on +160° C. Sanitaar-Epidemioloogia Jaam on meie pesult korduvalt analüüse võtnud. Pisikuid pole leitud mitte ühelgi juhul.

Vestles B. Kadarik

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

FARMATSEUTIDE KONVERENTS

17.—19. juunini 1966. a. korraldas Vabariiklik Farmatseutide Teaduslik Selts Kääriku spordibaasis konverentsi, mis oli pühendatud meditsiinitöötajate päevale. Konverentsist võttis osa 210 farmatseuti, sealhulgas 10-liikmeline delegatsioon Armeenia NSV-st.

Avasõna ütles professor A. Siim. Toimeainete biosünteesist ravimtaimedes rääkis dotsent J. Tammeorg, flavonoididest P. Zobel. Emotsionaalse käitumise farmakoloogiast andis ülevaate L. Allikmets. Oma mälestusi jagas professor A. Mednikjan, kes on õppinud Tartu ülikoolis.

Järgmisel päeval andis professor A. Siim ülevaate küllastamata rasvhapetest ja nende tähtsusest toitumise ja ravi valdkonnas. Dimetüülsulfoksiidi toimet tutvustas dotsent B. Luik, analgeetikumidest rääkis farmaatsiakandidaat H. Kurvits. E. Paugus kõneles mikrokristalloskoopilistest reaktsioonidest, mida kasutatakse ravimite kvalitatiivsel määramisel.

Konverentsi vaheaegadel tutvuti Kääriku kauni looduse ja seal kasvavate ravimtaimedega. Korraldati täpsusmatk ümber Kääriku järve ja orienteerumisvõistlused.

Konverents lõppes piduliku õhtuga, kus farmatseudid näitasid oskusi kunstilise isetegevuse alal. Paremad võistlejad ja isetegevuslased said diplomid ja mälestusesemed.

E. Arak

ESIMENE ENDOKRINOLOOGIA-ALANE SEMINAR TALLINNAS

14. juunil 1966. a. toimus Tallinnas esimene endokrinoloogia-alane seminar, mille korraldas ja valmistas ette Tallinna Harjumäe Haigla dispanseerne endokrinoloogiaosakond. Seminarist võttis osa üle 120 arsti.

Seminari avas Tallinna linna peaterapeut N. Elštein. Ta peatus jaoskonnaterapeutide ja eriarstide, eriti endokrinoloogide koostööl. Ta rõhutas, et kõige enam peab tähelepanu osutama suhkurtõvele, kilpnäärmehaigustele ja patoloogilisele kliimaksile. Dispanseerse endokrinoloogiaosakonna juhataja I. Millermann esi-

tas kokkuvõtte osakonna tööst, kusjuures rääkis puudustest ja takistavatest asjaoludest (haiglavoodikohtade vähesus, mitteregulaarne suhkurtõvevastaste preparaatidega varustamine jm.). Arstiteaduse doktor L. Liberman (Leningrad) esitas andmeid vigadest türeotoksikoosi diagnoosimisel ja seda põdevate haigete ravimisel. Üldisi raviprintsiipe suhkurtõve puhul kirjeldas M. Urbalu. M. Dranova ja allakirjutanu ettekanded käsitlesid meeste ja naiste kliimaksi kliinikut ja teraapiat. A. Aun andis informatsiooni XIV üleliidulise endokrinoloogia-alase dekaadi kohta.

Läbirääkimistel võtsid sõna vabariigi peaendokrinoloog V. Paškov, A. Mardna, R. Rubanovitš, A. Rahhimova, E. Moisar jt. Seminari lõppsõnavõtus andis L. Liberman Tallinna endokrinoloogiateenistuse korraldusele kõrge hinnangu.

R. Mirošnitšenko

SANITAARINSPEKTORITE SEMINAR

29. augustil 1966. a. toimus Tartus Lõuna-Eesti ühiskondlike sanitaarinspektorite seminar, millest võttis osa 51 aktivisti Tartu linnast, Tartu, Paide, Põlva, Valga, Võru ja Jõgeva rajoonist.

Seminari avas Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm, kes rõhutas ühiskondliku sanitaaraktiivi tähtsust nõukogude tervishoius.

Tartu Rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarsti asetäitja L. Laurits rääkis, kuidas sanitaarinspektor peab jälgima mürkkemikaalide säilitamist maal. Sama asutuse töötaja J. Matsalu kirjeldas sanitaarinspektori kohustusi puhta piima tootmise kontrollimisel. Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töötajatest käsitles A. Aava sanitaarinspektori ülesandeid tööstusettevõtetes. M. Arianende kohustusi elamutervishoiu alal, V. Vessar sanitaarinspektori tööd koolis ja H. Tedremaa sanitaarinspektori tegevust toitlustervishoiu alal. H. Sabbo (Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomiteest) rääkis sanitaarinspektorite töö arvestusest ja aruandlusest.

Järgnevates sõnavõttudes (sanitaarinspektorid J. Sillak, E. Kreet ja L. Tartu) puudutati mitmeid pakilisi küsimusi.

Seminar andis osavõtjatele edaspidiseks tööks palju uusi teadmisi.

J. Vares

SANITAAR- JA EPIDEMIOLOOGIATEENISTUSE JUHTIVATE TÖÖTAJATE NÕUPIDAMISELT

3. oktoobril toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstide ning rajoonihaiglate sanitaar- ja epidemioloogiaosakondade juhatajate nõupidamine. Koosolekut juhatas vabariigi peasanitaararst ministri asetäitja O. Tamm.

Aruande sanitaar- ja epidemioloogiajaamade vastastikuse kontrolli tulemustest esitas Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse inspektor J. Märtin. Ministri asetäitja konstateeris, et üksteise tööga tutvumine õigustab end. Seepärast jätkatakse seda ka tulevikus. Et see oleks veelgi tulemusrikkam, taastatakse ürituse esialgne mõte, mis esmajoones seisab kogemuste vahetamises, niisiis kolleegide saavutuste tundmaõppimises, ja mitte niivõrd kontrollimises.

Epidemioloogilisest olukorrast informeeris koosolijaid Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloogiaosakonna juhataja A. Vorobjova.

Kutsehaigustest ja töötamisest mürkkemikaalidega andis aru Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse peainspektor-hügienist rahvamajanduse kemiseerimise alal O. Simson. Nagu kõneleja märkis, on kutsehaigustesse haigestunuid Eesti NSV-s suhteliselt rohkem kui kõigis teistes liiduvabariikides. Enam kui 50 protsendiga on meil esikohal nahakahjustused — dermatiidid ja ekseemid, seejärel mürakahjustused (peamiselt tekstiiliettevõtetes) ja vibratsioontõbi. On tarvis parandada olukorda mürkkemikaaliladude ja panipaikade osas, samuti eririietuse ja kaitsevahenditega varustamisel. Meditsiiniliste läbivaatuste ja laboratoorse kontrolli tase peaks olema kõrgem. Vajaksime rohkem vastavaid sanitaarhariduslikke väljaandeid.

Vabariigi peaepidemioloog K. Vassiljeva kõneles infektsioosse hepatiidi profülaktikast. Järgnesid ettekanded Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse inspektoritelt. Z. Muratova kõneles veekogude, E. Vassiljeva atmosfääriõhu kaitsest, T. Faizulina pioneerilaagrite sanitaarsest seisundist; G. Kulkina juhtis tähelepanu vajadusele rangemalt kontrollida kalakombinaatide ja külmhoonete sanitaarset olukorda. G. Martõnova (Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast) meenutas koosolijaile ülesandeid, mis ootavad lahendamist radiatsioonihügieeni valdkonnas.

Ministri asetäitja O. Tamm rõhutas, et sanitaar- ja epidemioloogia alal töötajad peaksid väliskeskkonna saastamise faktidele veelgi rohkem tähelepanu pöörama ja oma õigusi julgemini kasutama. Teine väga oluline punkt on nakkushaigused. Ka nende vastu võitlemisel tuleb kõik abinõud tarvitusele võtta.

M. Kink

NEUROKIRURGIDE KONVERENTS

28. juunist 1. juulini k. a. toimus Kaunases Balti vabariikide neurokirurgide esimene konverents, millest võttis osa üle 200 teadlase ja arsti. Eesti NSV neurokirurgide delegatsiooni kuulus 25 isikut.

Konverentsi esimene istung oli pühendatud neurokirurgilise teenistuse organisatsioonile Balti vabariikides. Ettekandega neurokirurgilisest abist Eesti NSV-s esines vabariigi peaneurokirurg F. Raudkepp.

Teisel istungil käsitleti vegetatiivse närvisüsteemi kirurgiat, kolmandal peaajutraumasid kinniste vigastuste puhul, viimasel istungil mitmeid aktuaalseid neurokirurgiaküsimusi. Tallinna ja Tartu neurokirurgid esitasid konverentsil 10 ettekannet.

Võeti vastu otsus korraldada neurokirurgide konverentse iga kahe aasta tagant.

A. Chevalier

LEEDU NSV OTORINOLARÜNGOLOOGIDE KONVERENTS

24.—25. juunini 1966. a. toimus Kaunases Leedu NSV otorinolarüngoloogide III vabariiklik konverents, mille temaatika hõlmas otorinolarüngoloogia-alaseid aktuaalseid küsimusi. Kokku kuulati 38 ettekannet.

Meie vabariigist võtsid osa professor E. Siirde, V. Särgava, S. Sibul, L. Espar, A. Tuch ja allakirjutanu.

A. Luts

XIV ÜLELIIDULINE ENDOKRINOLOOGIA-ALANE DEKAAD

5.—15. maini 1966. a. toimus Harkovis XIV üleliiduline dekaad endokrinoloogia alal, millest võttis osa ligikaudu 800 arsti ja teaduslikku töötajat erinevatest liidu-vabariikidest. Dekaadil käsitleti *hypothalamus*'e, hüpofüüsi ja neerupealiste füsioloogiat ning patoloogiat.

Professor B. Aljošin andis ülevaate *hypothalamus*'e ja hüpofüüsi vastastikusest seosest ja nende tähtsusest endokriinsete haiguste patogeneesis. Hüpofüüsi hormoonide toimemehhanismi kirjeldades rõhutas ettekandja, et käesoleval ajal on tundma õpitud *hypothalamus*'e poolt produtseeritavaid hormoone, mis spetsiifiliselt toimivad kõikide hüpofüüsi hormoonide produktsioonisse ning nõristusse. Hüpofüüsi ja neerupealiste hormoonide füsioloogilist ja terapeutilist toimet valgustas professor S. Genes. Hormoonide terapeutilisest toimest rääkides rõhutas ta glükokortikoidide olulist tähtsust mitmesuguseid haigusi põdevate isikute ravimisel. J. Tihhonova märkis oma ettekandes, et rasvumine on kaasaja arstiteaduse üks tähtsamaid probleeme, eeskätt laste ja noorukite rasvumine.

N. Haron peatus dientsefaalse ja hüpofüsaarse piirkonna haiguste röntgendiagnoosimisel ja -ravil. N. Tsarihhovskaja ettekannetes käsitleti neerupealiste koore ületalitlust puudutavaid küsimusi. D. Lobanovskaja tutvustas dekaadist osavõtjaid neerupealiste kroonilise puudulikkuse kliiniku ja raviga.

Peale üldistavate ettekannete esitati materjale, mis käsitlesid suhkruta liigkusesuse diagnoosimist ja ravi kaasajal, Icenko-Cushingi tõbe, hüpofüsaarset nanismi, akromegaaliat, neerupealiste hormoone produtseerivate kasvajate patoloogilist anatoomiat, hüpofüüsi ja neerupealiste kasvajate kirurgilist ravi.

Eesti NSV-st võttis dekaadist osa 6 endokrinoloogi.

R. Mirošnitšenko

ÜLELIIDULINE GERIAATRIA-ALANE SEMINAR

27. septembrist kuni 3. oktoobrini 1966. a. korraldati Kiievis üleliiduline geriaatria-alane seminar. Kahel esimesel päeval võeti osa NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia väljasõidusessioonist, kus arutati südame ja veresoonte muutusi seoses vananemisega.

Seminaril käsitleti hüpertooniatõve, ateroskleroosi, südame ja veresoonte puudulikkuse iseärasusi vanemas eas. Arutati ratsionaalse toitumise küsimusi, samuti anaboolsete hormoonide, trankvilisaatorite ja vitamiinide kasutamist vanemas eas. Käsitleti ka dientsefaalse sündroomi esinemist enneaegse vananemise korral.

Seminari ajal tutvuti geriaatriakabinettide tööga ja vahetati kogemusi. Geriaatriakabinettide arv NSV Liidus on jõudsalt kasvanud. Kui 1965. a. lõpul oli neid 68, siis käesoleva aasta septembris juba 142. Muuhulgas anti ülevaade 1966. a. 26. juunist kuni 2. juulini Viinis toimunud ülemaailmsest gerontoloogia-alasest kongressist.

Seminarist ja sessioonist võttis osa üle 500 arsti ja teadusliku töötaja. Meie vabariigist olid Eesti NSV teeneline arst L. Mardna ja allakirjutanu.

A. Vapra

PÕHJAMAADE OTORINOLARÜNGOLOOGIDE KONGRESS

27.—30. juunini 1966. a. toimus Helsingis Põhjamaade otorinolarüngoloogide XVI kongress. Päevakorras olid stomatoloogia, otoneuroloogia, kõritraumatoloogia ja kõrivähi probleemid. Kongressil esitati ka lühiteadaanne Tartus kasutatavast modifi-

katsioonist kõri täielikul kõrvaldamisel vähktõve tõttu. Kahe viimase päeva tööst võtsid osa Eesti NSV teeneline arst E. Laamann ja allakirjutanu.

Pärast kongressi oli võimalus tutvuda Helsingi ülikooli kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kliiniku tööga.

E. Siirde

V RAHVUSVAHELINE PSÜHHOFARMAKOLOOGIDE KONGRESS WASHINGTONIS

Rahvusvaheline neuropsühhofarmakoloogiline kolleegium (CINP) korraldas 27.—31. märtsini 1966. a. Washingtonis V rahvusvahelise kongressi, millest võttis osa 580 esindajat 22 maalt. NSV Liidust olid professor G. V. Morozov (Moskvast) ja allakirjutanu. Kongressi 5 plenaar- ja 38 sektsiooniistungil esitati kokku 250 ettekannet.

CINP president J. Delay (Prantsusmaa), kes koos P. Denikeriga on kaasaegse psühhofarmakoloogia rajajad, märkis avaplenaaristungil, et psühhofarmakoloogia, millel esialgu oli vaid kitsas praktiline terapeutiline suund, on kujunenud laia diapasooniga teadusharuks. Psühhofarmakoloogia arendamisest on huvitatud psühhiaatrid, psühholoogid, neurofüsioloogid, farmakoloogid, neuropatoloogid, sotsioloogid jt. Psühhotroopsete ainete abil on võimalik välja selgitada seaduspärasusi närvisüsteemi tegevuses ning psüühiliste protsesside materiaalses substraadis, mida nende aineteta ei oleks saanud uuridagi. Kõigest hoolimata pidas J. Delay psühhofarmakoloogia põhiülesandeks maksimaalselt tõhusate ravimeetodite väljatöötamist psüühiliste häirete ravimiseks. Seoses sellega peavad psühhofarmakoloogid ja psühhiaatrid esmajärjekorras välja selgitama erinevate farmakonide diferentseeritud näidustused erinevate psüühiliste sündroomide puhul. Ühelt poolt on selle eelduseks psühhotroopsete ainete toimemehhanismi igakülgne tundmine ja teiselt poolt psüühiliste haiguste etiopatogeneesi teadmine. Mõlemas suunas aga seisab ees tohutu uurimistöö.

Mitmetes ettekannetes (J. Boissier, P. Simon, M. Bishop jt.) rõhutati, et klassikalise farmakoloogia meetodid ei ole psühhotroopsete ainete toimemehhanismi detailsemaks ja adekvaatseks tuvastamiseks küllaldased. Rohkesti oli erinevate psühhofarmakonide toime üksikuid detaile käsitlevaid ettekandeid. Peab märkima, et siiani kogutud andmetest veel ei piisa, et anda kas või tähtsamategi psühhofarmakonide toime ammendav käsitlus. Isegi «klassikalise» psühhotroopse aine — kloorpromasiini (aminasiini) toimes on palju selgusetut.

Paljudes ettekannetes räägiti antidepressantidest, kusjuures rõhutati nende kombinatsioonis kasutamist kui efektiivsust tõstvat asjaolu (R. Luthe, W. Schmitt jt.). Huvitavaid andmeid esitasid W. Poeldinger (Šveits) ja P. Pichot (Prantsusmaa), kes võrdlesid antidepressantide rakendamise tulemusi, mis saadi erinevate maade raviasutustes. Selle töö käigus põrkasid autorid kokku raskustega, kuna mitmesuguste maade ja koguni ühe maa kliinikutes võib kohata väga erinevaid diagnostilisi kontseptsioone, klassifikatsiooni ja remissiooni hindamise kriteeriume. Kongressil rõhutati veel kord ühtse rahvusvahelise klassifikatsiooni väljatöötamise vajadust psühhiaatrias ning ühtsete remissioonikriteeriumide aktsepteerimist. Olgu märgitud, et Ülemaailmse Tervishoiu Organisatsiooni eestvõttel on ongi ühtse psühhiaatrilise klassifikatsiooni levitamist alustatud.

Huvitavaid tähelepanekuid esitati mälu biokeemiliste aluste kohta. Üha enam koguneb andmeid, mis viitavad ribonukleiinhappe osale engrammide materiaalse substraadina. Näib, et selles suunas tehtavatel uurimistöödel on lähemate aastate jooksul eriti suur praktiline tähtsus.

Kongressi raames töötas spetsiaalne sektsioon, kus käsitleti kõrgema närvitegevuse talitlust seoses psühhofarmakoloogiaga. Selles sektsioonis esinesid ettekannetega ka mõlemad NSV Liidu delegaadid. Professor G. V. Morozov kõneles retikulaarformatsiooni mõnede struktuuride osatähtsusest katatoonilise stuupori kujunemisel ja psühhofarmakonide toimest neisse struktuuridesse. Allakirjutanu esitas Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia Haiglas kogutud andmeid, mis iseloomustavad aminasiini, stelasiini ja haloperidooli ühekordse manustamise toimet tervete isikute ja skisofreeniahaigete kõrgemasse närvitegevusse. Kogutud andmete alusel võib ainete neurofüsioloogilises toimes konstateerida mitmeid erinevusi ning selle alusel neid diferentseeritult rakendada.

Kongressi delegaatidel oli võimalik külastada mitmeid psühhiaatria- ja uurimisasutusi nii Washingtonis kui ka selle lähikonnas. Ereda mulje jättis USA Meditsiiniline Uurimiskeskus Bethesdas. Mainitud uurimiskeskus on kogu USA arstiteadusliku uurimistöö loominguline ja organisatsiooniline tsentrum. Muuhulgas tegeleb see kõige aktuaalsemate probleemide uurimise stimuleerimiseks mõeldud riiklike toetuste jagamisega üksikuurijatele ja kollektiividele.

Meeldejääv oli külaskäik John Hopkinsi nimelise ülikooli neurofüsioloogialaboratooriumi (Baltimore), mis kannab I. Pavlovi nime. Laboratooriumi eesotsas on rahvusvaheliselt tuntud neurofüsioloog-psühhiaater W. H. Gantt, kes aastail 1924—1928 töötas ja õppis I. Pavlovi juures. Sellest ajast alates on W. H. Gantt väsimatult uurinud kõrgemat närvitegevust. Ta on teinud loomeksperimente, samuti töötanud psühhiaatriakliinikus ja on üks pavlovliku suuna eest aktiivsemaid võitlejaid lääne-

maailmas üldse. Professor Gantti kabinetis ripub aukohal I. Pavlovi käsitsi kirjutatud tõend selle kohta, et W. Gantt on tema juures töötanud ja ennast kõige paremast küljest näidanud kui teadlane-neurofüsioloog.

Kongress aitas tublisti kaasa mitmesuguste maade teadlaste omavaheliste kontaktide tihendamisele.

J. Saarma

RAHVUSVAHELINE UROLOOGIDE KONGRESS

1.—4. juunini 1966. a. toimus Görlitzis (Saksa Demokraatlik Vabariik) rahvusvaheline uroloogide kongress, millest võttis osa üle 250 delegaadi.

Nelja päeva vältel kuulati üle 50 ettekande ja vaadati paljusid uroloogia-alaseid õppefilme. Kongressi põhiteemaks olid seemnepõiekeste patofüsioloogia probleemid, isotoopdiagnoosimise meetodite kasutamine uroloogias ja nefroloogia aktuaalsed küsimused.

Peale selle kuulati mitmeid ettekandeid nefrolitiaasi kohta ja uroloogilise onkoloogia alalt.

Kongressi esimesel päeval pakkus suurt huvi J. Molnari (Budapest) ülevaade seemnepõiekeste peenest anatoomilisest struktuurist. Seemnepõiekeste funktsionaalseid ülesandeid iseloomustades toonitas ta, et need kujutavad endast nääret, milles toimuvad olulised ainevahetusprotsessid. Ta lükkas ümber vananenud vaate, mille kohaselt seemnepõiekesed on ainult sperma reservuaariks. Seemnepõiekeste haigestumisest rääkides rõhutas ta, et alati tuleb silmas pidada võimaliku nakkuskolde olemasolu seemnepõiekestes.

W. Staehleri (Saksa FV) ettekanne andis ülevaate seemnepõiekeste haiguste sümptoomidest (diagnoosimine tugineb esmajoones vesikulograafia andmetele) ning kirurgilise ravi näidustustest. Sama teemat käsitlesid ka K. Stapor ja Brauner (Poola RV).

Samal päeval demonstreeriti C. E. Alkeni (Saksa FV) tehtud värvifilmi eesnäärmevähi diagnoosimisest ja kompleksravi kaasaegsetest põhimõtetest. Seda probleemi puudutas J. Beltšikov (NSV Liit) ettekandes «Eesnäärmevähi varajase diagnoosimise võimalustest».

H. Griesmann ja H. Warlitz (Saksa FV) demonstreerisid filmi, mis käsitles püeloskoopiat: spetsiaalse instrumendi abil on operatsiooni ajal võimalik vaadelda neerukarikaid. Sellel on suur tähtsus väikestes karikates asetsevate kivide avastamiseks ning ühtlasi annab ülevaate põletikuliste protsesside staadiumist neerus. Film tõestas, et teatavatel juhtudel on püeloskoopia üsna hinnatavaks täiendavaks uurimismeetodiks neerukirurgias.

Kongressi teisel päeval käsitleti peamiselt isotoopdiagnoosimise kasutamist uroloogiliste haiguste puhul. E. Kirschi ja H. Hennigi (Saksa DV) ettekanne tõestas, et isotoopdiagnoosimise abil on võimalik määrata neerude funktsionaalset seisundit, samuti kahjustuse ulatust ühe või teise neeruhaiguse puhul. Neerude parenhüümi kahjustuse ulatuse selgitamiseks on osutunud väga hinnatavaks meetodiks nn. renostsintigraafia (skeneerimine). Isotoopnefrograafiat võib edukalt kasutada ureetri striktuuri õigeaegseks avastamiseks, nn. urograafiliselt tumma neeru diferentsiaaldiagnoosimiseks, äravoolu takistuste puhul neerust, neeru funktsionaalse kahjustuse ulatuse kindlaksmääramiseks, ravitulemuste kontrollimiseks neerutuberkuloosi puhul, paremini töötava neeru kindlaksmääramiseks kahepoolse subrenaalse anuuria puhul enne nefrostoomia tegemist. Renostsintigraafia on näidustatud siis, kui esinevad neeru väärarendid (tsüstneer, hüpoplastilised neerud, hobuserauakujulised neerud jne.) või patoloogilised protsessid neeru parenhüümis (kasvajad, tsüstid, infarkt, tuberkuloossed kavernid).

G.-Ch. Zipper (Saksa DV) andis põhjaliku ülevaate renovasograafia osatähtsusest pahaloomuliste neerukasvajate diagnoosimisel. Tema ettekanne oli illustreeritud rohkete püelogrammide, renovasogrammide ja diapositiividega. Z. Szendröi (Ungari RV), W. Modelski (Poola RV), E. Baudisch (Saksa DV) käsitlesid neeru- ja põiehaiguste puhul rakendatavaid kirurgilise ravi meetodeid.

Kongressi kolmandal päeval räägiti kaasaegse nefroloogia mitmesugustest aktuaalsetest küsimustest. Plenaaristungil peetud ettekandes rõhutasid Dutz ja Precht (Saksa DV) püelonefriidi varajase diagnoosimise tähtsust ning haigusttekitavate bakterite kindlaksmääramise vajadust enne haige terapeutilist või kirurgilist ravi. Haigete uurimisel tuleb kasutada ekskretoorset urograafiat, isotoopnefrograafiat, et selgitada neerude funktsionaalset seisundit. V. Rjabinski (NSV Liit) kriipsutas alla nn. aktiivsete leukotsüütide määramise tähtsust uriinis püelonefriidi diagnoosimisel.

Ettekannetele järgnenud diskussioonidel rõhutasid mitmed sõnavõtjad, et ühepoolse püelonefriidi puhul on vaja alustada varajast kirurgilist ravi, sest vastasel korral soodustab ühepoolne püelonefriit varem või hiljem ka teise neeru haigestumist, mis haiguse kulgu omakorda tunduvalt raskendab.

Kongressi viimane päev oli pühendatud organisatoorsetele küsimustele ja kokkuvõtte tegemisele kongressi tööst. Võeti vastu otsus kokku kutsuda järgmine saksa uroloogide kongress 1968. a. suvel Dresdenis. Selle kongressi põhiprobleemiks oleksid peamiselt laste uroloogilised haigused.

J. Beltšikov

TÄHTPÄEVAD

S. SALZMAN 60-AASTANE



2. septembril 1966. a. tähistas 60. sünnipäeva Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi pearadioloog Samuel Moissei p. Salzman.

S. Salzman sündis 2. septembril 1906. a. Jaunjelgavas (Läti NSV) teenistuja perekonnas. Alg- ja keskhariduse omandas Tartus, 1928. a. astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1934. aastal.

Ülikoolis õppimise ajal (IV kursusest alates) töötas juubilar ülikooli I sisehaiguste kliinikus, kuhu jäi ka pärast ülikooli lõpetamist. 1935. aastal täiendas teadmisi naistehaiguste ja sünnitusabi alal Riias.

1937. aastast alates töötas Paide ja Rakvere ühishaigekassade arstina ning Rakkes jaoskonnaarstina 1940. aastani. 1941. aastal määrati ta Rakvere polikliiniku terapeudi ametikohale, kust Suure Isamaasõja algul evakueerus Uljanovski oblastisse ja sealt Ferganasse, kus töötas arstina 1942. a. kevadeni.

1942. aastal kutsuti S. Salzman 249. eesti laskurdiviisi. Algul oli ta 917. pärast 925. laskurpolgus sanitaarroodu komandöriks, pärast Suure Isamaasõja lõppu sõjaväehaiglas ordinaatoriks.

1947. aastal asus S. Salzman äsja asutatud Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti tööle noorema teadusliku töötajana. 1957. aastal kaitses kandidaadiväitekirja «Pneumokonioos põlevkivitöölistel». 1954. aastast alates töötab Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis pearadioloogina. Juubilari sulest on ilmunud üle 25 teadusliku töö, mis on avaldatud kohalikes ja üleliidulistes väljaannetes. Osavõtu eest Suurest Isamaasõjast on S. Salzmani autasustatud medalitega. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

1963. aastast on S. Salzman NLKP liige. Juubilar võtab aktiivselt osa ühiskondlikust tööst. 1965. a. valiti ta Tallinna Linna Keskrajooni Töörahva Saadikute Nõukogu saadikuks, ta on Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi toimetus- ja kirjastusnõukogu aseesimees, Vabariikliku Röntgenoloogide ja Radioloogide Teadusliku Seltsi esimees ja Üleliidulise Röntgenoloogide ja Radioloogide Teadusliku Seltsi juhatuse liige.

Soovime juubilarile, keda tuntakse sõbraliku, abivalmis ning suurte kogemustega inimese ja arstina, head tervist ja edu töös.

H. Roots

KONSULTATSIOONE

TÖÖVÕIME KAOTUSE ASTME KINDLAKSMÄÄRAMISEST

Dotsent *E. LAASIK*

(Tartu Riikliku Ülikooli Õigusteaduskonna tsiviilõiguse ja -protsessi kateedrist, juhataja dotsent *J. Ananjeva*)

Vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri ja ÜAÜKN-i sekretariaadi 1961. a. 28. detsembri määrusega kinnitatud «Juhtnööridele» määravad töövigastuse puhul tööliste ja teenistujate töövõime püsiva kaotuse astme kindlaks ATEK-id. Muudel juhtudel teevad otsuse töövõime kaotuse

astme kohta tervishoiuorganite kohtumeditsiini ekspertiisikomisjonid (KMEK), juhindudes ATEK-idele kehtestatud eeskirjadest.

Töövõime kaotuse aste väljendatakse protsentides. Määratakse kindlaks taasläbivaatuse tähtaeg (6 kuust 2 aastani), kusjuures arvestatakse vigastuse või muu tervisekahjustuse tagajärgede laadi ja nende kõrvaldamise võimalust ravimise teel. Seaduses ei nähta ette töövõime kaotuse astme kindlaksmääramist eluajaks.

Kui üldistada Eesti NSV rahvakohtute, ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide administratsiooni, samuti ametiühingukomiteede ning Eesti NSV Ülemkohtu tsiviilasjade kohtukolleegiumi töö praktikat kannatanute poolt hüvise nõudmise asjades vigastuse või muu tervisekahjustusega tekitatud kahju eest, kerkib seoses ATEK-ide ja KMEK-ide tööga mitmeid probleeme just töövõime püsiva kaotuse astme kindlaksmääramisel.

Esimene probleem tekib seoses sellega, et ekspertiisikomisjoni otsus kannatanu töövõime kaotuse astme kohta on kohtule, administratsioonile või ametiühingukomiteele vaieldamatuks tõendiks niikaua, kuni seda ei ole muutnud või tühistanud Vabariiklik ATEK või Vabariiklik Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo. Praktika aga näitab, et kohtud, ettevõtete, asutuste ja organisatsioonide administratsioonid, samuti ametiühingukomiteed tavaliselt ei suhtu ATEK-i või KMEK-i otsusesse kriitiliselt. Nad lähtuvad sellest kui mingisugusest dogmast, kuigi ÜAÜKN-i sekretariaadi 1962. a. 13. novembri määrusega on neile antud õigus taotleda kannatanu taasläbivaatamist kõrgemalseisvas organis juhul, kui ekspertiisikomisjoni otsus töövõime kaotuse astme kohta nende arvates ei vasta kannatanu tegelikule tervise seisundile.

Öeldu illustreerimiseks toome kohtupraktikast mõned näited.

Kod. Aleksandrov sai 25. aprillil 1960. a. autoavarii tagajärjel vigastada. Kohtumeditsiini ekspertiisikomisjon (I. Amon, M. Reiljan ja U. Kruus) määras 17. novembril 1960. a. kindlaks, et kannatanu on kaotanud 100% üldisest ja kutsealasest töövõimest. Samuti fikseeriti taasläbivaatuse tähtaeg selleks, et «lõpliku töövõime saab määrata pärast ravi lõpetamist». Selle arvamuse järgi mõistiski Valga Rajooni Rahvakohus 7. veebruaril 1961. a. kannatanule välja hüvise 39 rbl. ja 91 kop. kuus kuni «lõpliku töövõime kindlakstegemiseni». Kannatanul polnud pärast sellist otsust põhjust edasi kaevata, ka kostja, Elva rajooni V. I. Lenini nimelise sovhoos, ei esitanud kassatsioonikaebust. Nii sai kod. Aleksandrov hüvist 39 rbl. ja 91 kop. kuus 1965. a. 24. novembrini. Tegelikult on kod. Aleksandrovi tervise seisund ammugi stabiliseerunud. Ta on asunud taas tööle ja talle makstakse rohkem palka kui enne õnnetusjuhtumit. Tänu ekspertiisikomisjoni ebaõigele otsusele on kod. Aleksandrov alusetult saanud riigi raha umbes 1500 rbl. Seda summat temalt tagasi nõuda pole võimalik, sest ta talitusviisil ei ole pahatahtluse tunnuseid.

Samasuguseid möödalaskmisi on ette tulnud ka KMEK-i töös. Nii näiteks tegi KMEK (J. Kool, A. Gerassimova ja K. Hanson) 19. novembril 1965 kod. J. Kahkile (30 a. vana) tekitatud vigastuse kohta otsuse, mille järgi kannatanu taasläbivaatusele ei kuulu. Selle otsuse alusel mõistiski Tartu Rajooni Rahvakohus 15. märtsil 1966. a. kannatanule ühekordse hüvisena 471 rbl. ja 38 kop. ja 36 rbl. ja 26 kop. hüvist kuus eluajaks. Vabariiklik Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo tühistas kohaliku KMEK-i otsuse ja määras taasläbivaatuse ühe aasta pärast.

Teiseks oluliseks probleemiks on töövõime kaotuse astme kindlaksmääramine seoses antud vigastuse või muu tervisekahjustuse tekitamisega. Kahjutekitanu peab hüvitama ainult selle kahju, mille tema on põhjustanud. See küsimus kerkib päevakorda ainult siis, kui kannatanul oli enne antud vigastuse või muu tervisekahjustuse tekitamist töövõime püsiv kaotus teatavas ulatuses juba olemas. Sellele asjaolule ei pööra ekspertiisikomisjonid sageli tähelepanu ja teevad kindlaks töövõime kaotuse üldise astme antud momendil. Kui sellest protsendist lähtudes

kindlaks määrata hüvise suurus, siis vastutaks kahjutekitanu mitte ainult tema poolt tekitatud kahju eest, vaid ka selle eest, mis kannatanul oli juba varem olemas. Näiteks eespool nimetatud kodanik J. Kahk kandis juba enne vigastada saamist väga tugevaid prille, kuid ekspertiisikomisjon otsustas ikkagi, et ühe silma eemaldamise tõttu on kannatanu kaotanud 85% kutsealasest töövõimest. Sellest protsendist rahvakohus lähtuski hüvise suuruse määramisel. Mainitud otsus on ilmselt ebaõige. Kahjutekitanu ei saa vastutada puuduliku nägemise eest, mis kannatanul oli juba enne ühe silma kaotust. Kohtumeditsiini Peaekspertiisi Büroo tühistas kohaliku ekspertiisikomisjoni otsuse ja määras, et J. Kahk on antud vigastuse tekitamise puhul silma eemaldamise tagajärjel kaotanud 45% kutsealasest töövõimest.

Kolmas probleem tekib püsiva töövõimetuse liigi kindlaksmääramisel. Õigusteadus tunneb kaht töövõime liiki, nimelt kutsealane (võime töötamiseks oma kutsealal) ja üldine töövõime (võime kvalifitseerimata tööks) (22. detsembri 1961. a. «Eeskirjade» punkt 11). Meditsiinis aga teatakse kolme liiki, nimelt üldine töövõime (võime kvalifitseerimata tööks), septsiaalne ehk erialane töövõime (võime tööks sellel erialal või töökohal, kus kannatanu töötas enne vigastada saamist) ja kutsealane töövõime (võime kvalifitseeritud tööks teataval erialal). Näiteks kirurg kaotas õnnetusjuhtumi tagajärjel parema käe. Ta on kaotanud 100% erialasest töövõimest, sest kirurgina ta töötada ei saa. Samal ajal on ta vaieldamatult säilitanud teatava protsendi kutsealasest ja üldisest töövõimest, sest arstina ta võib tegutseda. Kõrgema muusikalise haridusega viiuldajal jäi õnnetusjuhtumi tagajärjel vasaku käe väike sõrm sirgeks. Ta on kaotanud 100% erialasest töövõimest. Sel juhul ei ole nähtavasti üldse tegemist kutsealase ja üldise töövõime kaotusega, või kui on, siis väga vähesel määral. Praktikas tekitab mõnikord raskusi ainult see küsimus, mida konkreetsel juhul pidada erialaseks ja mida kutsealaseks töövõimeks.

Hüvise suuruse kindlaksmääramise puhul ei ole erialase töövõime kaotusel (ka siis, kui see on 100%) mingit juriidilist tähtsust, kuigi erialase töövõime kaotuse astme arvessevõtu vajadust on palju käsitletud nii juriidilises kui ka meditsiinilises kirjanduses. Muidugi, erialase töövõime kaotus mõjutab väga sageli kutsealase töövõime kaotust, kuid sellisel juhul tuleb hüvise arvutamisel lähtuda ainult kutsealase töövõime kaotusest. Ekspertiisikomisjonide poolt tehtavate otsuste (aktide) blankettidelgi pole ette nähtud vastavat lahtrit erialase töövõime astme kindlaksmääramiseks.

Kohtu, ettevõtte, asutuse või organisatsiooni administratsiooni, samuti ametiühingukomiteede praktika üldistamisel ja ekspertiisikomisjonide otsuste kõrvutamisel asjasolevate tõenditega tundub nii mõnigi kord, et kohapealsed ATEK-id ja KMEK-id ei tee küllaldasel määral vahet kutsealase ja erialase töövõime kaotuse vahel ja märgivad kutsealase töövõime kaotuse asemel erialase töövõime kaotuse. Mainitud väidet tõendab see, et Vabariikliku ATEK-i ja Peaekspertiisi Büroo komisjoni otsused ei lange kokku kohalike ATEK-ide või KMEK-ide otsustega. Viimaseid tuleb võrdlemisi sageli muuta, mõnikord isegi olulisel määral.

Peale selle tekitab juristide hulgas arusaamatusi nende kodanike kutsealase töövõime kaotuse astme kindlaksmääramine ATEK-i või KMEK-i poolt, kellel mingisugust kutset ei ole. Näiteks on kodanik Gussarov täiesti kirjaoskamatu, sest ta pole päevagi koolis käinud. Ta on pika eluea kestel teinud ainult kvalifitseerimata tööd (nn. lihttööd). Kuid Tartu Psühhoneuroloogia Haigla juures asuva ATEK-i 7. veebruaril 1966. a. poolt antud arvamuse kohaselt on Gussarov vigastuse tagajärjel kaotanud 25% kutsealasest ja 20% üldisest töövõimest. Järelikult ekspertiisikomisjoni arvates on Gussarovil kutsealane töövõime. Õiguslikult ei ole niisugust arvamust kuidagi võimalik põhistada.

Teatavasti on 22. detsembri 1961. a. «Eeskirjade» punkt 11 kohaselt kutsealane töövõime «võime tööks oma kutsealal». Kutset võib hariduse järgi anda vastav riiklik eksamikomisjon (arstikutse), oskuste järgi aga kompetentne kvalifikatsioonikomisjon (IV liigi lukksepp). Midagi taolist ei ole Gussaroviga toimunud, ja sellest, et ka temal on kutse, kuulis ta esimest korda elus (ekspertiisikomisjoni aktis targu ei märgita, milline kutse tal oli). Meie arvates kod. Gussarovil mingit kutset siiski ei olnud ja seetõttu võis ta kaotada ainult üldise töövõime kas osaliselt või täielikult. Samuti pole haruldased juhud, kus ATEK või KMEK määrab, et kvalifitseerimata töötaja on vigastuse tagajärjel kaotanud 50% kutsealasest ja 50% üldisest töövõimest. Selline «au» omistamine tekitab kannatanule suurt varalist kahju. Kutsealase töövõime säilimise korral lähtutakse võimaliku töötasu arvutamisel kannatanu tegelikust keskmisest töötasust enne vigastada saamist. Kui aga kutsealane töövõime puudub ja üldine töövõime teatavas ulatuses säilib, võetakse võimaliku töötasu arvutamisel aluseks kvalifitseerimata töötaja töötasu, nimelt 40 rubla. Lihttöölisel, kes täidab normi 150% ja saab 60 rbl. kuus, on nimetuse «kvalifitseeritud töötaja» tõttu võimalik töötasu 30 rbl., mis arvestatakse 60 rublast maha. Kahju suurus on seega 30 rubla. Kui kutsealane töövõime puudub ja kannatanul on üldine töövõime säilinud 50% ulatuses, on võimalik töötasu 20 rbl. ja seega kahju suurus 40 rbl. Kui kannatanu saab näiteks 25 rbl. pensioni, siis esimesel juhul kuulub hüvitamisele 5 rbl., teisel juhul aga 15 rbl. Seepärast tuleks ekspertiisikomisjonil taolistel juhtudel kindlaks määrata ainult üldise töövõime kaotuse protsent ja kutsealase töövõime kaotuse lahtrisse kriips tõmmata.

Neljandaks probleemiks on kindlaks määrata säilinud kutsealase või üldise töövõime p r o t s e n t, mida peab tegema ATEK või KMEK. Kogemused näitavad, et meditsiinitöötajad ei kujuta sageli ette, milliseid juriidilisi tagajärgi toob kaasa otsus, mille kohaselt kannatanu on kaotanud näiteks 100% kutsealasest ja 90% üldisest töövõimest. Seda kurioosset lugu illustreerib kõige paremini näide. Kod. Vark tunnistati vigastuse tagajärjel I grupi invaliidiks. Ta on lamav haige, kuid KMEK-i otsuse põhjal on ta kaotanud 100% kutsealasest ja 80% üldisest töövõimest. Vastavalt «Eeskirjade» punktile 4 mõistetakse kahjutekitanult hooldaja töötasuna välja 40 rbl. kuus ja seda isegi ATEK-i vastava otsuseta. Oletame, et antud juhul oli kannatanu keskmine kuutöötasu enne vigastada saamist 100 rbl. kuus. «Eeskirjade» punkti 11 järgi arvestatakse aga kannatanu keskmisest kuutöötasust maha tema võimalik töötasu, kusjuures lähtutakse ekspertiisikomisjoni poolt määratud säilinud töövõimest 20% ulatuses [100 rbl. — 8 rbl. (s. o. 20% 40 rublast) = 92 rbl.]. 92 rbl. moodustab kannatanu kaotatud töötasu. 8 rubla ei peetagi kannatanule kahjuks. Kui arstid ütlevad, et kannatanul on säilinud 20% üldisest töövõimest, ei jää juristidel muud üle, kui ainult arvutada: 20% 40-st = 8 rbl. On aga selge, et I grupi invaliid, lamav haige, kellele juba hooldamiseks on välja mõistetud 40 rbl. kuus, seda 8 rbl. kusagilt ja mingil moel teenida ei saa.

Juriidilises kirjanduses on tehtud küll ettepanek kõrvale kalduda ekspertiisikomisjoni arvamusest ja mitte arvesse võtta sellist säilinud töövõime protsendi arvel arvutatavat võimalikku töötasu, mida kannatanu tegelikult ei ole võimeline saama (kui kannatanul on töövõimest säilinud vähem kui 15—20%), kuid kehtiv seadusandlus seda ei luba. Ilmselt peavad küsimuse otsustama ainult ekspertiisikomisjonid. Meie arvates toimis kohtumeditsiini ekspertiisikomisjon täiesti õigesti, kui ta kod. Rohunurme asjas, keda oli tunnistatud I grupi invaliidiks (autoavarii tagajärg), määras, et kannatanu on kaotanud 100% kutsealasest ja üldisest töövõimest. Ja sellest peaks tulenema ka järeldus edaspidiseks: kui ekspertiisikomisjon näeb, et kannatanu tegelikult ei saa väikeses ulatuses säilinud töövõime tõttu töötada, siis ei ole see enam töövõime. Eksper-

tiisikomisjonil tuleb sellisel juhul määrata, et kannatanu on töövõime täielikult, s. o. 100%-liselt kaotanud. Vastasel korral jääb selles ulatuses tekitatud kahju kannatanule hüvitamata.

Et vältida võimalikke arusaamatusi hüvise suuruse väljaarvutamisel, on vaja, et ekspertiisikomisjon määraks iga juhu puhul kindlaks, millisest kuupäevast alates kannatanu on kaotanud töövõime aktis märgitud ulatuses ja millal toimub taasläbivaatus. Sellest nõudest peavad täpselt kinni ainult üksikud komisjonid.

ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СТЕПЕНИ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Э. Лаасик

Резюме

В случае трудового увечья степень стойкой утраты трудоспособности устанавливает ВТЭК. В остальных случаях заключение о степени утраты трудоспособности дают судебно-медицинские экспертные комиссии органов здравоохранения (СМЭК), руководствуясь при этом правилами для ВТЭК.

Если обобщить практику работы народных судов Эстонской ССР, администрации предприятий, учреждений и организаций, а также профсоюзных комитетов и судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Эстонской ССР в вопросах удовлетворения требований потерпевших по возмещению ущерба причиненного увечьем или иным повреждением здоровья, возникает целый ряд проблем в связи с работой ВТЭК и СМЭК, особенно при установлении степени стойкой утраты трудоспособности. Причиной этого является то обстоятельство, что суд, администрация предприятий, учреждений или организаций, а также профсоюзные комитеты не относятся критически к заключениям ВТЭК или СМЭК. В то же время им дано право требовать переосвидетельствования потерпевшего в вышестоящем органе в случае, если по их мнению заключение экспертной комиссии о степени утраты трудоспособности не соответствует действительному состоянию здоровья потерпевшего и следовательно не может быть правильным. Здесь уместно напомнить, что закон не предусматривает возможность установления степени утраты трудоспособности пожизненно.

Второй важной проблемой является установление степени стойкой утраты трудоспособности в связи с данным увечьем или иным повреждением здоровья. Часто экспертные комиссии не обращают внимания на то обстоятельство, что у потерпевшего уже до данного увечья или иного повреждения здоровья имелась в известной степени стойкая утрата трудоспособности, и устанавливают общую степень утраты трудоспособности в данный момент. Причинивший же вред обязан возместить лишь тот ущерб, который он причинил.

Третьей проблемой является определение вида стойкой утраты трудоспособности. Юридическая наука знает 2 вида трудоспособности; а именно — профессиональную и общую. В медицине же известны 3 вида — общая трудоспособность, специальная трудоспособность и профессиональная трудоспособность. При определении размера возмещения ущерба учитывается либо процент утраты общей трудоспособности (при полной утрате профессиональной трудоспособности), либо процент утраты профессиональной трудоспособности (независимо от утраты общей трудоспособности). Утрата же специальной трудоспособности не имеет никакого правового значения при определении размера возмещения ущерба потерпевшему. Она может быть принята во внимание только при определении процента утраты профессиональной трудоспособности.

ВТЭК и СМЭК часто не обращают достаточного внимания на разграничение профессиональной и специальной трудоспособности, определяют только утрату специальной трудоспособности и указывают в актах вместо утраты профессиональной трудоспособности утрату специальной трудоспособности. Кроме того, они часто «присваивают» профессиональную трудоспособность таким потерпевшим, которые никакой профессии не имеют. Иначе, никак нельзя понять, как могут неквалифицированные работники потерять профессиональную трудоспособность. Ошибка в проценте утраты трудоспособности непременно влечет за собой неправильное определение размера возмещения и, как правило, в ущерб потерпевшему.

Последней проблемой является установление размера процента сохранившейся общей или профессиональной трудоспособности. Опыт показывает, что медицинские работники часто не представляют себе, какие юридические последствия влечет за собою неправильное заключение. Для дальнейшей работы вносится такое предложение: если экспертная комиссия видит, что потерпевший практически не может работать вследствие малосохранившейся трудоспособности, то это уже не трудоспособность. В таких случаях следует установить, что трудоспособность утрачена полностью (т. е. 100%-но).

Важно также то, чтобы экспертная комиссия в каждом конкретном случае точно устанавливала, с какого числа потерпевший потерял трудоспособность в объеме, указанном в акте, и когда назначено переосвидетельствование.

JURIIDILIST NÕUANNET

1. Kuidas jaoskonnaterapeudile arvestada puhkust, kui ta aasta jooksul on töötanud nii jaoskonnas kui ka statsionaaris?

Vastavalt NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ning Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu Presiidiumi määrusele nr. 1353/28 24. detsembrist 1960. a. («Tervistkahjustavate töötingimustega tootmisalade, tsehhide, kutsealade ja ametikohtade nimekirja kinnitamisest, kus töötamine annab õiguse lisapuhkusele ja lühendatud tööpäevale») on jaoskonnaterapeudil õigus 12-päevasele lisapuhkusele. Koos lisapuhkusega saab ta 24 päeva puhkust.

Statsionaarides töötavatele terapeutidele on lisapuhkust ette nähtud ainult 6 päeva (kokku niisiis 18 päeva), sest töö haiglas kahjustab arsti tervist vähem kui ambulatooriumis või polikliinikus.

Et jaoskonnaterapeudile puhkust õigesti arvestada (ajal, mil ta vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjale nr. 282-m 26. detsembrist 1955. a. töötab statsionaaris), tuleb juhinduda NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ning Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu Presiidiumi määrusest nr. 377/30 29. detsembrist 1962. a. juhendi «Tervistkahjustavate töötingimustega tootmisalade, tsehhide, kutsealade ja ametikohtade nimekiri, kus töötamine annab õiguse lisapuhkusele ja lühendatud tööpäevale» rakendamise kohta. Nimetatud juhendi punkt 11 järgi saab töötaja lisapuhkust ainult nende päevade eest, mil ta töötas mitte vähem kui poole vastava kutseala või ametikohaga töötajatele ettenähtud tööpäevast vastavates tingimustes. Seega jaoskonnaterapeudile arvestatakse puhkust iga statsionaaris töötatud kuu eest 1,5 päeva ja sama kestusega töö eest jaoskonnas 2 päeva.

2. Kas seltsimeheliku kohtu liiget võib töölt vallandada ainult ametiühingu kohaliku komitee nõusolekul?

Ei, administratsioon ei tohi seltsimeheliku kohtu liikmeid kõrgemalseisva ametiühinguorgani nõusolekuta töölt vallandada.

Et seltsimeheliku kohtu liiget administratsiooni initsiatiivil töölt vallandada, tuleb pärast ametiühingu kohaliku komitee nõusoleku saamist pöörduda Eesti NSV seltsimehelike kohtute põhimääruse (kinnitatud Eesti NSV Ülemnõukogu seadusega 26. detsembrist 1961. a.) paragr. 3 kohaselt ka kõrgemalseisva ametiühinguorgani poole.

3. Kuidas peaarst peab toimima, kui töötajat tuleb karistada seoses töödistsipliini rikkumisega?

Tervishoiuasutuse juhataja (peaarst) on kohustatud haiglas, polikliinikus ja mujal looma sellise korra, et töötajad oleksid oma õigustest, kohustustest ja antud asutuse töökorraldusest teadlikud. Selleks tutvustatakse töötajat kohe töölevõtmisel või teisele tööle üleviimise korral NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjaga nr. 50-m (19. märtsist 1957. a.) kinnitatud ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Keskkomiteega kooskõlastatud «Tervishoiusüsteemi asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide tööliste ning teenistujate töösisekorra tüüpeeskirjade» alusel välja töötatud ja töötajate üldkoosolekul kinnitatud töösisekorra eeskirjadega. Samuti peab administratsioon töötajat tutvustama ohutustehnika-, töötervishoiu- ja tuleohutusalaste eeskirjadega. Kõik see aitab töödistsipliini rikkumisi vältida. Kui töötaja jätab vaatamata sellele oma tööülesanded täitmata või teeb seda lohakalt, rikub ohutustehnika-, töötervishoiu- või tuleohutusalaseid eeskirju, tuleb tema suhtes rakendada ühiskondliku (näiteks seltsimehelik kohus) või distsiplinaarse mõjutamise vahendeid. Distsiplinaarkaristuse määrab administratsioon vahetult pärast üleastumise avastamist, kuid mitte hiljem kui ühe kuu jooksul (distsipliinirikkumise avastamise päevast alates). Kui üleastumise päevast on möödunud 6 kuud, siis distsiplinaarkaristust määrata ei saa.

Enne karistuse määramist tuleb üleastujalt nõuda seletust, mis võib olla suuline või kirjalik. On soovitatav, et suuline seletus antaks ametiühingu kohaliku komitee liikme või aktivisti juuresolekul. Kui seletusest vabandavaid asjaolusid ei selgu, avaldatakse karistus käskkirjas ja tehakse töölisele või teenistujale teatavaks koos allkirja võtmisega. Administratsioon peab silmas pidama, et iga üleastumise eest võib rakendada ainult üht distsiplinaarkaristust. Kui töötaja keeldub seletusest või ei anna selle kohta allkirja, et karistus on talle teatavaks tehtud, tuleb administratsioonil tunnistajate juuresolekul (soovitatav ametiühingu kohaliku komitee liige) uuesti seletust nõuda. Kui töötaja ka nüüd keeldub, teeb tunnistaja käskkirja juurde selle kohta märkuse, et distsipliinirikkuja keeldus seletuse andmisest või allkirja andmisest ja kinnitab neid fakte oma allkirjaga.

Kui distsipliinirikkuja keeldub üleastumise kohta seletust andmast, siis on otstarbekam distsipliinirikkumisega seotud asjaolusid arutada seltsimehelikus kohtus.

U. Meikas

PIDUPÄEVADEL TEHTUD TÖÖ KOMPENSEERIMISEST

NSV Liidu Ministrite Nõukogu Riikliku Töö ja Töötasu Komitee ning Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu Presiidiumi määruses nr. 465/P-21 (8. augustist 1966) on selgitatud pidupäevadel tehtud töö kompenseerimist.

1. Pidevalt töötavates ettevõtetes (tsehhides, jaoskondades, samuti agregaatidel) ja ühtlasi tööaja summeeritud arvestuse korral arvatakse pidupäevadel töötamine tööaja kulunormi hulka.

2. Pidupäevadel tehtud töö eest tasutakse järgmiselt:

a) tükitöölistele kahekordsete tükitööhinnete järgi;

b) tunnitasu või päevatasu saavatele töötajatele kahekordne tunnitasu või päevatasu;

c) kuutöötasu saavatele töötajatele makstakse lisaks palgale ühekordne tunnitasu või päevatasu, kui nad pidupäevadel töötasid tööaja kuunormi piires ning kahekordne tunnitasu või päevatasu, kui nad töötasid üle kuunormi.

Kõikidele töötajatele makstakse nimetatud ulatuses töötasu pidupäevadel töötatud tundide eest. Kui osa vahetusest langeb pidupäevale, siis tasutakse pidupäeval töötatud tundide eest (kell 0.00—24.00) kahekordselt.

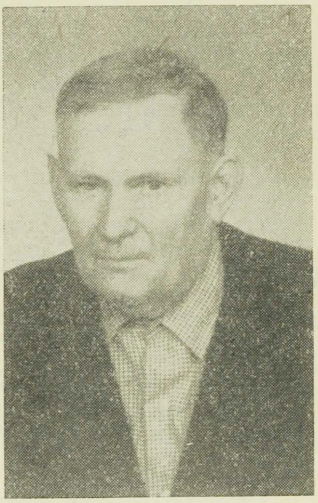
Töötaja nõusolekul võib rahalise kompensatsiooni asendada lisapuhkepäevaga, kui pidupäevadel töötamist ei arvata tööaja normi hulka. Sellisel juhul tasutakse töö eest pidupäevadel ühekordselt.

4. Ületundide arvestamisel ei võeta arvesse tööd, mis on tehtud pidupäevadel väljaspool tööajanormi, sest töö eest on niigi tasutud kahekordselt.

A. Kaldma

JOOSEP PILV

26. XII 1892—13. VIII 1966



13. augustil 1966. a. suri Elvas pärast pikka ja rasket haigust Eesti NSV teeneline arst Joosep Madise p. Pilv.

J. Pilv sündis 26. detsembril 1892. a. Järvamaal Väikjärve vallas talupidaja perekonnas. Ta õppis kohalikus algkoolis, seejärel Paide keskkoolis, mille lõpetas eksternina. Aastail 1919—1924 õppis J. Pilv Tartu ülikooli arstiteaduskonnas. Pärast ülikooli lõpetamist töötas jaoskonnaarstina Koerus (1925—1936), Tormas (1936—1938), Ahjal (1938—1941), lühikest aega Tapal ja seejärel Lüganusel (1941—1943). Aastail 1943—1950 oli J. Pilv Väike-Maarja haigla juhatajaks. 1951. a. alates kuni pensionile minekuni (1966. a.) töötas ta Jõgeva rajooni Tabivere jaoskonnahaigla juhatajana.

J. Pilve huvialaks olid reuma, kilpnäärme-, naha- ja närvihaigused, mille ravi kohta ta sageli pidas loenguid ning esines ettekannetega konverentsidel. Suviti praktiseerisid tema juures Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilased, kellele ta andis edasi oma rikkalikke kogemusi ja teadmisi. Kõige selle kõrval jätkus tal aega aktiivselt osa võtta ühiskondlikust tööst.

10. jaanuaril 1957. a. anti J. Pilvele Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. Teda on autasustatud rinnamärgiga «NSV Liidu sanitaarkaitse eesrindlane» ja korduvalt Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aukirjadega.

Kaastöötajad tundsid teda kui suure töövõimega, alati abivalmis, tagasihoidlikku ja sõbralikku seltsimeest, kes suhtus haigetesse tähelepanelikult ja südamlikult.

Mälestus Eesti NSV teenelisest arstist J. Pilvest jääb kauaks püsima kolleegide, tuttavate, sõprade ja patsientide südameis.

Kolleegid

MÕNED UUEMAD RAVIMPREPARAADID

Etamiid (*Aethamidum*, Этамид)

N,N-bensoehappe dietüülsulfamiid on lõhnata ja maitseta valge pulber, mis vees peaaegu ei lahustu.

Näidustusteks preparaadi kasutamisel on podagra, polüartriidid seoses puriini-ainevahetuse häiretega, neeru- ja põiekivid.

Etamiidi manustatakse suu kaudu 2 tabletti 4 korda päevas 10—12 päeva kestel. Polüartriiti ja podagrat põdevatel haigetel vähenevad valud, alaneb liigeste turse ja paraneb nende liikuvus. Ravikuuri korratakse 5—7-päevase vaheaja järel. Kuur kestab 7 päeva.

Etamiid on hästi talutav, ainult mõnel juhul võivad esineda kerged düspeptilised nähud ja diureesi häired.

Neeruhaigete puhul tuleb kontrollida neerude talitlust.

Etamiidi lastakse välja tablettidena à 0,35 g.

Karotoliin (*Carotolinum*, Каротолин)

Karotoliini saadakse kibuvitsa marjade viljalihast kuuma ekstraheerimise teel taimeõliga. Tema koostisse kuuluvad karotinoidid, karotiinid, linopiin ja selle derivaadid, tokoferoolid ja linoleenhape. Karotoliin on oranži värvusega õlilahus, mille maitse ja lõhn on taimeõlis lahustunud ekstraktiivainetele iseloomulikud.

Näidustuseks on troofilised haavandid, ekseemid, limaskestade atroofilised muutused ja mõned erütrodermia vormid.

Karotoliini kasutatakse välispidiselt. 1—2 korda päevas pannakse kahjustatud piirkonnale karotoliinis immutatud marlitükid, mis kaetakse vahapaberiga. Ravikuur kestab 1—2 kuud. Korduskuur tehakse arsti korraldusel.

Preparaati väljastatakse pudelites, mis sisaldavad 100—250 ml õlilahust.

Säilitatakse jahedas valguse eest kaitstud kohas.

Oktadiin (*Octadinum*, Октадин)

[2-(oktahydro-1-asotsinüül)-etüül] gvanidiinsulfaat

Sünonüümid: Ismelin, Isobarin, Guanetidin.

Oktadiin on mõru maitsega valge kristalne pulber. Vees lahustub vähe, kuid paremini mineraalhapetes ja leelistes.

Oktadiin on uut tüüpi hüpotensiivne preparaat. Ravim blokeerib närviimpulsside ülekandumist sümpaatilistes närvilõpmetes ja takistab noradrenaliini eritumist, mille tagajärjel vererõhk langeb. Oktadiin toimib aktiivselt mitmesuguses staadiumis hüpertooniatõve puhul. Preparaat imendub hästi ja on efektiivne suu kaudu manustamisel. Hüpotensiivne toime avaldub 2.—4. päeval, saavutab maksimumi 7.—8. ravipäeval ja püsib 4—14 päeva pärast ravi katkestamist.

Oktadiini manustatakse olenevalt haiguse astmest, haige üldseisundist ja preparaadi talutavusest. Algul määratakse 0,01 g üks kord päevas, seejärel suurendatakse annust 0,025—0,05—0,075 g päevas (0,025 g 1—2—3 korda päevas). Kui terapeutiline efekt on saavutatud, vähendatakse annust järk-järgult ja terapeutilise efekti säilitamiseks antakse keskmiselt 0,02 g päevas.

Preparaadi kasutamist peab pidevalt kontrollima arst. Oktadiini tarvitamisel võib täheldada peapööritust, üldist nõrkust, iiveldust, oksendamist, väheseid turseid, kõhulahtisust ja mõnel juhul ortostaatilist kollapsit. Kõrvalnähud kaovad, kui valida õige annus. Oktadiini võib kasutada koos teiste hüpotensiivsete vahenditega, kusjuures vähendatakse nimetatud ravimi annust.

Vastunäidustuseks on tugev ateroskleroos, ägedad ajuvereringe häired, müokardiinfarkt, hüpotoonia ja neerude funktsionaalne puudulikkus.

Väljastatakse tablettidena (0,01 ja 0,025 g).

Oktadiin kuulub B-nimekirja.

Pangamaanhapukaltsium, vitamiin B_{15} (*Calcium pangamicum*, Пангамат кальция)

Pangamaanhapukaltsium, vitamiin B_{15} on dimetüülglütsiini ja glukoonhappeeetri kaltsiumisool. Nõrgalt mõru maitsega valge lõhnata pulber, mis hästi lahustub vees.

Vitamiin B_{15} parandab lipoidide ainevahetust, samuti kupeerib hüpoksianähud, sest ta soodustab kudedel hapniku omastamist. Preparaat avaldab mürgistusvastast toimet.

Näidustusteks on koronaarveresoonte skleroos, oblitereeruv endarteriiit I ja II staadiumis, peaaju veresoonte skleroos, kopsuemfüseem, pneumoskleroos, kroonilised hepatiidid ja maksatsirroosi algstaadiumid, naha- ja suguhaigused, süfiliitilised südame ja veresoonte häired, progresseeruv silmanärvide atroofia, sügelevad dermatoosid ja krooniline alkoholimürgistus.

Preparaati kasutatakse ka kortikosteroidide ja sulfaniilamiidide manustamise korral.

Vitamiin B_{15} võetakse suu kaudu. Ateroskleroosi mitmesuguste vormide, kopsuemfüseemi ja pneumoskleroosi korral määratakse 1—2 tabletti 3 korda päevas (öö-

päevane annus 100—300 mg). Hepatiitide ja maksatsirroosi algstaadiumide puhul võetakse 1—2 tabletti 3—4 korda päevas (200—300 mg ööpäevas).

Naha- ja suguhaiguste raviks manustatakse kuni 3 a. vanustele lastele 50 mg, 3—7 a. vanustele 100 mg, 7—12 a. vanustele 150 mg ja täiskasvanuile 150—300 mg ööpäevas.

Alkoholimürgistuse korral antakse 100—150 mg ööpäevas.

Kortikosteroidide ja sulfaniilamiidide kasutamisel on soovitatav manustada 100—150 mg vitamiin B_{15} ööpäevas.

Vitamiin B_{15} väljastatakse tablettidena à 50 mg pakendis 0,05×100.

Säilitatakse hästi suletud anumas kuivas kohas.

Presotsüül (*Presocyl*, Презоцил)

Üks tablett sisaldab 40 mg klorokiindifosfaati, 0,75 mg prednisolooni ja 200 mg atsetüülsalitsüülhapet.

Presotsüül on näidustatud krooniliste reumaatiliste protsesside, polüartriitide, reumaatilise spondüliidi, lihasereuma, õla ja abaluu periartriidi ning jäsemete muude põletikuliste protsesside korral.

Lihaste ja liigeste reumaatiliste protsesside raviks antakse 2 tabletti 3 korda päevas. Kroonilise polüartriidi ja spondüliidi puhul antakse 2 tabletti 3 korda päevas 4—8 nädala jooksul. Kui haiget tahetakse ravi ajal üle viia ainult klorokiinravile, antakse üheaegselt ühe tableti presotsüüliga üks tablett klorokiini 3 korda päevas. 1—2 nädala pärast võib presotsüüli andmise ära jätta.

Ravim on müügil pakendites à 30 tabletti.

Presotsüül on Ungari Rahvavabariigist imporditav preparaat.

H. Kangro

KRONIKA

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIDELT

28. juunil arutati kolleegiumil psühhiaatrilise abi olukorda vabariigis ja abinõusid selle parandamiseks. Kuulati ministeeriumi peapsühhiaatri professor E. Karu aruannet.

Kolleegium märkis, et enamik psühhiaatritest on viibinud täiendus- või spetsialiseerumiskursustel. Psühhiaatriline abi on mõnevõrra paranenud, kuid jääb siiski maha meditsiini teistest erialadest. Haiglates on ruumikitsikus. Tallinna ja Tartu psühhoneuroloogiahaiglate dispanserid asuvad mittesobivates ruumides. Psühhoneuroloogiahaiglates on rohkem kui 30% kroonilisi haigusi põdevad isikud, keda tuleks paigutada asutustesse, kus viibivad kroonilisi psüühilisi haigusi põdevad haiged. Vabade kohtade puudumise tõttu aga ei ole see võimalik.

Raviasutusi ei komplekteerita arstide, keskmeditsiinipersonali ja sanitaridega piisavalt. L. Puusepa nimeline Eesti NSV Neuropatoloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Selts tegeleb vähe psühhiaatria-alaste probleemidega. Pärilikke vaimuhaigusi ei uurita küllaldasel määral, samuti on arvestus ja aruandlus psühhoneuroloogilisi haigusi põdevate haigete kohta puudulik.

Kolleegium pidas vajalikuks psüühiliste haigete jaoks 4 keskuse väljaehitamist (Tallinnas, Tartus, Jämejalas, Kohtla-Järvel). Kolleegiumi arvates tuleb Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogia Haiglast 60 voodikohaga neuroloogiaosakond ära viia ja selle asemel avada funktsionaalsete närvihaiguste osakond.

Võru, Valga, Kingissepa ja Rakvere rajooni peaarste ja Pärnu Linna TSN TK Tervishoiu Osakonna juhatajat kohustati 1968.—1969. a. jooksul avama psühhoneuroloogiakabinetid. Ministeeriumi peapsühhiaatril professor E. Karul koos psühhoneuroloogiahaiglate peaarstidega tuleb planeerida psühhiaatritele täienduskursused (tsüklitena). Need peaksid vältama 2—3 päeva ja toimuma igas kuus Tallinna, Tartu ja Jämejala psühhoneuroloogiahaiglate baasil.

14. juulil 1966. a. arutas kolleegium Tartu ja Harju rajooni elanikkonna günekoloogilist teenindamist. Kuulati Tartu rajooni peaarsti S. Ellervee ja Harju rajooni peaarsti L. Siiraku aruandeid ja ministeeriumi peaakušöör-günekoloogi S. Naaritsa kaasaruannet. Aastast aastasse suureneb profülaktiliste läbivaatuste arv naiste hulgas, ühtlasi rakendatakse laialdaselt mitmesuguseid tervistavaid üritusi. 1965. aastal on Tartu rajoonis vähenenud abortide arv.

Kuid on ka puudusi. Tartu rajooni jaoskonnahaiglates ei ravita günekoloogilisi haigusi põdevaid haigeid günekoloogi soovituse kohaselt. Tartu ja Harju rajooni velskri-ämmaemandapunktides ei tehta raviprotseduure vastavalt arsti korraldusele. Abordivastane selgitustöö Harju rajoonis on puudulik, mistõttu abortide arv on suurenenud.

Kolleegium kohustas L. Siirakut ja S. Ellerveed rajoonidest saabuvatele naispatsientidele organiseerima ambulatoorne vastuvõtt Tallinna II Naistenõuandlas ja Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla polikliinikus. Perspektiivplaani tuleb võtta

sünnitus- ja günekoloogiaosakonna loomine Tartu rajoonihaiglasse. Ministeeriumi peaakušöör-günekoloogil S. Naaritsal tuleb korraldada jaoskonnaarstidele seminar günekoloogilisi haigusi põdevate haigete ravi alal.

28. juulil 1966. a. arutati ministeeriumi kolleegiumi ja Narva Linna TSN Täitevkomitee ühisel istungil Narva elanike polikliinilist teenindamist. Kuulati tervishoiuosakonna juhataja B. Tsitlise ettekannet. Polikliinilise abi andmine on paranenud. Polikliinikutes võtavad vastu kitsa eriala spetsialistid. Kreenholmi Manufaktuuris ja Balti soojuselektrijaamas on haigestumus madalam kui vabariigis keskmiselt. 1959. aastaga võrreldes on pediaatrijaoskondade arv suurenenud 2 korda.

Tuleb ette ka mitmeid puudusi. Linnas on ainult 2 akušöör-günekoloogijaoskonda, mistõttu akušöör-günekoloogid on tööga üle koormatud. Polikliinikus võetakse traumatoloogilisi haigeid vastu koos üldkirurgilist abi vajavate isikutega. Ambulatoorsetele haigetele ei anta psühhiaatrilist ja neuroloogilist abi. Polikliinikus valitseb ruumikitsikus, mis raskendab haigete vastuvõtu otstarbekat korraldamist. Arstide töös esineb mitmeid ebatäpsusi (hooletult vormistatud haiguslood, puuduvad märkused koduste visiitide kohta).

Kolleegium kohustas tervishoiuosakonna juhatajat B. Tsitlist arendama linna tervishoiuvõrku õigesti ja proportsionaalselt. Tuleb teha territoriaalsete arstijaoskondade ümberarvestus ning koostada jaoskonnaarstide töögraafikud vastavalt vajadusele. Võimaluse korral avada nakkushaigla baasil gastroenteroloogiaosakond. Tallinna Vabariikliku Haigla peaarstil A. Roosilehel koos Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi töötajatega tuleb käesoleva aasta IV kvartalis korraldada seminar polikliinikute peaarstidele ambulatoorse ja polikliinilise abi organiseerimise, dispanseerimise ja profülaktiliste läbivaatuste korraldamise alal. Tallinna Vabariiklik Psühhoneuroloogia Haigla peab Narvas andma psühhiaatria-alaseid konsultatsioone.

20. augustil kuulas kolleegium Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarsti L. Abrami, Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti E. Väärti aruandeid ja ministeeriumi kaadriosakonna juhataja L. Barõševa kaasaruannet.

Viimastel aastatel on Viljandi ja Kingissepa rajoonis kaadrialane töö paranenud. Ravi- ja profülaktikaasutused on arstide ja keskmeditsiinipersonaliga komplekteeritud rahuldavalt. Viimase 5 aasta jooksul on täienduskursustel olnud Viljandi rajooni arstidest 70% ja Kingissepa rajooni arstidest 90%. Mõlemas rajoonis tegutsevad arstide seltsid. Arstiteaduse kandidaate on Kingissepa haiglas üks ja kaks arsti õpivad aspirantuuris. Viljandi rajoonis töötab 15 atesteeritud arsti, Kingissepa rajoonis 5. Viljandi rajooni 45 meditsiinitöötajale ja 17-le Kingissepa rajoonist on antud kommunistliku töö eesrindlase aunimetus.

Kolleegium tegi Kingissepa ja Viljandi rajooni keskhaiglate peaarstidele, Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla peaarstile H. Värele, Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi peaarstile L. Tiigimäele ja Tarvastu Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla peaarstile E. Kernerile ülesandeks välja töötada meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmise kursuse kolme aasta plaanid, kusjuures igal aastal tuleb kursustele suunata vähemalt 10% arstidest ja 4% keskmeditsiinitöötajatest.

Kolleegium kohustas ministeeriumi kaadriosakonna juhatajat L. Barõševat täiendavalt suunama 1967. a. Kingissepa ja Viljandi rajooni noori arste, et parandada terapeutilist teenindamist. Samuti tuleb komplekteerida Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi ftisiaatrite ametikohad.

A. Kaldma

25. augustil kuulas kolleegium ministeeriumi ehitusosakonna juhataja J. Kivimäe Eesti NSV tervishoiuasutuste ehitus- ja remonditööde aruannet 1966. aastal. Aruandes märgiti, et Eesti NSV Ehitusministeeriumi süsteemi kuuluvad ehitus- ja montaažiorganisatsioonid pole plaanilisi ülesandeid täitnud. Seitsme kuu jooksul on aastaplaanist suudetud täita ainult 41%. Põhjused on mitmesugused — vigased projektid, mõnede ehitus- ja remondimaterjalide defitsiitsus, tööjooniste hilinemine, puudulikud eelarved, kohatine operatiivsuse puudumine, tööjõu vähesus, mitteküllaldane koostöö kohalike täitevkomiteedega jm.

Kolleegium kohustas tervishoiuosakondade juhatajaid, rajooni keskhaiglate ja vabariiklike tervishoiuasutuste peaarste rangelt arvestust pidama kapitaalremondi summade ja ehitusmaterjalide sihipärase kasutamise kohta. Meditsiinitehnika ja Abikäitiste Valitsuse juhataja I. Isrin peab uusi tervishoiuasutusi varustama seadmete ja sisustusega. Senisest rohkem tähelepanu on tarvis pöörata koostööle kohalike nõukogude ja parteiorganitega ning ehitus- ja remondiorganisatsioonide esindajatega, leida võimalused täita kõik käesoleva aasta plaanis fikseeritud ülesanded ehitus- ja remonditööde alal. Peab silmas pidama, et kohalike tervishoiuasutuste remontimisel suudavad kolhoosid ja asutused tõhusat abi osutada. Ehitusosakonna juhatajat J. Kivimäge kohustati koos ehitusorganisatsiooni esindajatega vähemalt kord kuus kontrollima käesoleval aastal ekspluatatsiooni antavate tervishoiuasutuste ehitustööde käiku.

Kolleegium otsustas pöörduda Eesti NSV Riikliku Plaanikomitee, Eesti NSV Riikliku Ehituskomitee ja ehitusministri V. Samoilenko ning kohalike täitevkomiteede poole palvega nende kompetentsi kuuluvates küsimustes tervishoiuasutuste ehitamist ja remontimist senisest rohkem abistada.

J. Kivimägi

AUTASUSTAMISI

Hea töö eest elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel autasustas NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium märgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi töötajaid:

Akkerberg, Irina Ivani t. — laboratooriumijuhataja
Laan, Ingrid Juhani t. — noorem teaduslik töötaja
Maripuu, Imanta Peetri p. — laboratooriumijuhataja
Müllerbek, Elena Hugo t. — vanem teaduslik töötaja
Rõigas, Elmar Markuse p. — vanem teaduslik töötaja
Rüütli, Koidu Karli t. — laborant

Hoolsa ja kauaaegse töö eest avaldas NSV Liidu tervishoiu minister tänu järgmistele sama instituudi töötajatele:

Reinvald, Arved Augusti p. — vanem teaduslik töötaja
Veldre, Ingeborg Arturi t. — vanem teaduslik töötaja
Karusoo, Jaan Jaani p. — noorem teaduslik töötaja
Kamsen, Juta Reinholdi t. — laborant
Koseveer, Irene Reinu t. — laborant

H. Kurul

PREEMIAD EESTI NSV MEDITSIINITÖÖTAJAILE

NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium määras tõhusate saavutuste eest tuberkuloositõrje alal, samuti uute ravi- ja profülaktikavahendite ning -meetodite kasutusele võtmise eest rahalised preemiad järgmistele Eesti NSV tervishoiutöötajatele:

Arro, Guido Aleksandri p. — Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst
Einas, Ingrid Aleksandri t. — Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kabinetijuhataja
Harjo, Vilbert Rudolfi p. — Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri laboratooriumijuhataja
Jukk, Aime Kristjani t. — Jõgeva Rajooni Keskhaigla kabinetijuhataja
Krainjaja, Irina Aleksandri t. — Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti asetäitja
Laisaar, Erich Juhani p. — Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti asetäitja
Seibe, Elise Jüri t. — Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri jaoskonnaftisiaater
Vardja, Eldur Osvaldi p. — Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri röntgenoloogiaosakonna juhataja
Värk, Enn Viktori p. — Pärnu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst

TEADUSLIKU KUTSE ANDMISEST

Kõrgema Atestatsioonikomisjoni otsusega 23. juulist 1966. a. [protokoll nr. 34 (P)] kinnitati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi protozooloogia- ja mikrobioloogialaboratooriumi juhatajale arsti-teaduse doktor Jüri Hansu p. Terasele professori teaduslik kutse mikrobioloogia ja parasitoloogia erialal.

*

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Presiidiumi otsusega 23. detsembrist 1964. a. (protokoll nr. 39) kinnitati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi protozooloogia- ja mikrobioloogialaboratooriumi teaduslikule töötajale Elmar Markuse p. Rõigasele vanema teadusliku töötaja kutse mikrobioloogia ja dermatoveneroloogia erialal.

I. Laan

TOITUMISALANE TEADUSLIK NÕUKOGU ALUSTAS TÖÖD

Hiljuti alustas tööd Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juures asuv toiduainete toiteväärtuse tõstmise ja ratsionaalse toitumise probleemi teaduslik nõukogu.

Nõukogu ülesandeks on koordineerida ja suunata Eesti NSV-s tehtavat toitumisalast teaduslikku uurimistööd, eriti aga abistada uurimistöö tulemuste ja muude tervisliku toitumisega seotud ettepanekute tootmisse juurutamist. Nõukogu esitab ministeeriumide ja keskasutuste kaudu oma ettepanekud tootjatele, ühiskondliku toitlustamise ettevõtetele, laste-, ravi-, profülaktika- ja kõigile muudele toitlusta-

misega tegelevatele asutustele. Ta suunab toitumisalast sanitaarselgitustööd ajakirjanduse, raadio, televisiooni, loengute kaudu, hindab ja retsenseerib vabariigis ilmuvat toitumisalast kirjandust, võtab seisukoha Ministrite Nõukogu või muude asutuste poolt esitatud küsimuste kohta. Nõukogu töötab ühiskondlikel alustel.

Nõukokku kuuluvad tervishoiu ministri asetäitja O. Tamm (esimees), toiduainete tööstuse ministri asetäitja M. Maurer (aseesimees), Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi biokeemialaboratooriumi juhataja farmaatsiakandidaat E. Vagane (teaduslik sekretär), professori kt. K. Kask TPI-st (teadusliku sekretäri asetäitja), veterinaariadoktor professor E. Ridala EPA-st, põllumajandusministri asetäitja I. Aamisepp, liha- ja piimatööstuse ministri asetäitja S. Ellervee, kaubandusministri asetäitja B. Hommik, keemiakandidaat dotsent E. Rannak TRÜ-st, bioloogiakandidaat A. Kirsipuu Zooloogia ja Botaanika Instituudist, majandusteaduste kandidaat A. Meressoo Majanduse Instituudist ja Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse inspektor G. Kulkina.

26. septembril k. a. pidas nõukogu esimese koosoleku, kus arutati nõukogu põhimääruse projekti ja koostati tööplaan 1966. aastaks ning 1967. a. esimeseks pooleks. Et leiva tarbimine rafineeritud toiduainete enamtarbimise arvel Eesti NSV-s kohati väheneb ja et sellest tulenevat B_1-, B_2- ja PP-vitamiini, kaaliumi, raua ja fosfori vaegust ning saamata jäänud valke elanike toidus korvata, otsustas nõukogu teha toiduainetetööstuse ministrile, kaubandusministrile ja ETKVL-i juhatuse esimehele ettepaneku hakata valmistama kroovimata ja täisteraleiba. Teada olevate andmete järgi süüakse Eesti NSV-s liiga palju rasvarikkaid kondiitritooteid, seepärast soovitas nõukogu kondiitritööstuses rohkem valmistada pärmitaigna- ja samuti kohupiimatooteid.

M. Kink

SANITAARHARIDUSE NÕUKOGU OLI KOOS

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi sanitaarhariduse nõukogu arutas 5. oktoobril k. a. sanitaarharidustöö olukorda Valga ja Kingissepa rajoonis. Koosolekut juhatas ministri asetäitja O. Tamm.

Nagu aruandjate (Valga Rajooni Keskhaigla peaarsti P. Rahu ja Kingissepa Rajooni Keskhaigla peaarsti aset. R. Birkenfeldti) ning kaasaruandjate (Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja töötajate E. Laido ja S. Propsti) sõnadest selgus, on mõlema rajooni sanitaarharidustöös palju ühist. Mõlemal pool on rohkesti lünki, mida ei suuda korvata ka üksikute entusiastide tegevus. Hädad algavad juba professionaalsest kaadrist, mis on komplekteeritud kohakaasluse alusel. Kummalgi pool pole suudetud aktiviseerida kõiki potentsiaalseid jõude. Koostöö suurte vabariiklike sanatooriumidega (Valga rajoonil Taagepera, Taheva ja Pühajärve sanatooriumidega, Kingissepa rajoonil Sõmera sanatooriumiga) puudub. Paljude miinuste kõrval, mille loetlemine läheks pikale, on ka mitmeid küllaltki arvestatavaid positiivseid fakte. Esmajoones väärib märkimist Ühiskondlik Perekonnasuhete Nõukogu Valgas. Valga rajoonis on seega esimesena vabariigis alus pandud äärmiselt vajalikule nõuandvale organile, mis mujal, isegi Tallinnas, veel puudub. Kahjuks on nõukogu töövõimalused piiratud niikaua, kuni selles puudub psühholoog.

Kaasaruandja ettepanekul tuleks sanitaarharidustöö parandamiseks Valga rajoonis täita instruktori koht täie tööjõuga, korraldada rohkem metoodilisi seminare, tribüünina rohkem kasutada ajakirjandust ja raadiot, hoogsamalt arendada vene keeles tehtavat propagandat ning kaasa tõmmata ka apteegitöötajad.

Veelgi suurem vajadus töö parandamiseks on Kingissepa rajoonis. Kingissepa Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas on suhteliselt lühikese aja kestel vahetunud kolm peaarsti, mis pole jätnud mõju avaldamata ka rajooni sanitaarharidustööle.

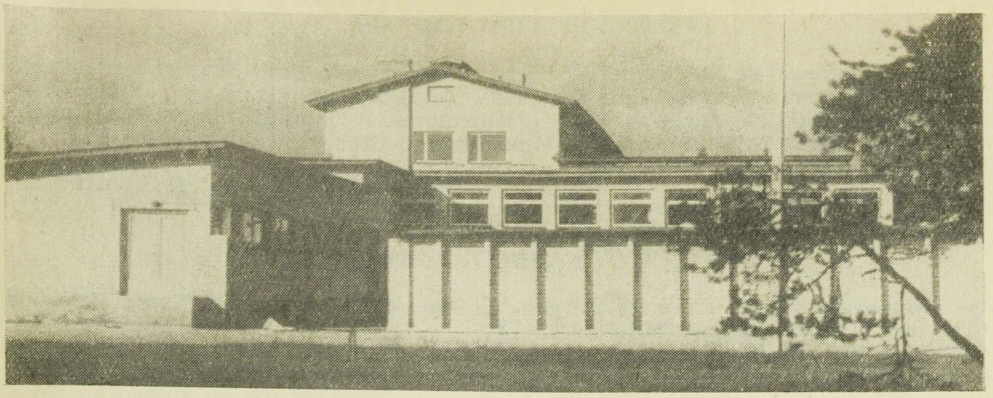
Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja peaarst T. Raudsepp juhtis lõppkokkuvõttes koosolijate tähelepanu meil sageli esinevale arvamusele, nagu oleksid loeng ja vestlus sanitaarpropaganda peamine vorm. Leidub alati arste, kes vabandavad end põhjendusega, nagu ei oskaks nad loengut pidada. Kuid sanitaarharidustööd saab teha ka teisiti — kirjutamise, tõlkimise, joonistamisega ja mitmel muul viisil, ning kõik need erinevad töövormid sobivad erinevatele agiteeritavate kontingentidele. Seepärast ei tohiks sanitaarselgitustööst kõrvale jääda ükski arst.

M. Kink

UUS VIVAARIUM

Tallinnas Ilmarise t. 3 anti ekspluatatsiooni Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vivaarium, mille projekti autoriks on projekteerimisinstituudi «Maaehitusprojekt» arhitekt I. Kalmet. Hoone kubatuur on peaaegu 4000 m^3 ja põrandapind 1177 m^2. Selles leidub üle 60 ruumi, mis valdavas osas on ette nähtud katseloomadele: loomade ruumid, söödaköögid, puuride steriliseerimise blokk, laoruumid jms. Hoone lõunapoolsel küljel asuvad katusealustega õued, mida võib kasutada katseloomade pidamiseks väljas.

Ehituse ühes tiivas paiknevad laboratooriumiruumid, kuhu asusid morfoloogia-, toksikoloogia- ja tööhügieenilaboratooriumid ning onkoloogialaboratooriumi eksperimentaatorite töögrupp. Vivaariumi käikuandmisega paranesid tunduvalt nende labo-



ratooriumide töötingimused ja loodi eeldused uurimistööde laiendamiseks ning süvendamiseks eksperimentaalse meditsiini valdkonnas.

Äsja valminud hoone moodustab ühe osa instituudi ehituste kompleksist. Lähemate aastate jooksul peab valmima instituudi laboratooriumide korpus, mis rajatakse uue vivaariumi naabrusse.

E. Ruus

UUSI RAVIASUTUSI

Aasta-aastalt on tihenenud Tartu rajooni raviasutuste võrk. 1961. aastast alates on velskripunktide baasil avatud Lähte, Nõo, Kasepää, Mehikoorma ja Ulila ambulatooriumid. 16. septembril k. a. lisandus neile veel Ilmatsalu ambulatoorium, mis teenindab Tartu näidissovhoosi rahvast. Rajooni elanike käsutuses on nüüd 100 voodikohaga rajoonihaigla Elvas, 50 voodikohaga rajoonihaigla Kallastel, 7 jaoskonnahaiglat (10—35 kohta), 9 ambulatooriumi ja 16 velskripunkti. Üks arstijaoskond teenindab 2650 inimest.

M. Sikk

SÕMERA VABARIIKLIK KOPSUTUBERKULOOSI SANATOORIUM 5-AASTANE

Tänavu möödus viis aastat Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi avamisest. Sanatoorium asub Saaremaa lääneosas Viidumäe lähedal männimetsas. Esimesed haiged saabusid sinna 15. septembril 1961. a. 1965. a. alates on sanatooriumis avatud 600 voodikohta (1961. aastal 200). Viie aasta jooksul on Sõmeral ravitud 6705 haiget.

Ravialuste vaba aja veetmiseks on loodud head tingimused. Nende jaoks on 460 kohaga klubihoone, kus töötab kino, esinevad külaliskollektiivid ja tegutsevad ravialuste isetegevusringid.

Sanatooriumis töötab praegu 317 inimest, nende hulgas 19 arsti ja 53 meditsiiniõde, kes moodustavad tubli ja ühtse kollektiivi. Seda kinnitab ka tunnustus sanatooriumi isetegevus- ja kehakultuurikollektiivile, samuti meditsiinitöötajate vabariiklike konverentside korraldamine Sõmeral. Nii toimus siin käesoleva aasta juunis meditsiiniõdede konverents ja septembris Eesti NSV Ftisiaatrite Seltsi ja Tallinna Linna Ftisiaatrite Seltsi ühine koosolek, mis oli pühendatud Sõmera sanatooriumi 5. aastapäevale.

L. Tiigimäe

KÜLALISED MOLDAAVIAST

3.—9. oktoobrini viibis meie vabariigis Moldaavia NSV Punase Risti Seltsi delegatsioon. Moldaavia NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee töötaja V. Katugin, Sorokinski rajooni peaarst J. Zgibartse, Rezinski rajooni peaarst S. Kalenitš ja Kotovski rajooni peaarst L. Bardier tutvusid Eesti Punase Risti Seltsi tegevusega. Külastuse põhjuseks oli meie Punase Risti Seltsi mullune üleliiduline esikoht (seda jagati Moldaaviaga).

Delegaadid viibisid Tallinnas, Tartus, Tapal ja Tartu rajoonis. Punase Risti Seltsi algorganisatsioonide tööga tutvuti Tartu kammivabrikus ja õlletehases, Rõngu elektromehhaanikatehases, Rõngu sovhoosis ja Tapa keskkoolis. Ülevaate oma tegevusest andsid ka Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee, Tartu linna- ja rajoonikomiteed. Raviasutustest käidi Vabariiklikus Vereülekandejaamas, Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas, Elva ja Rõngu haiglates. Eriti hea mulje jättis külalistele Tartu Tervishoiutöötajate Maja tegevus. Tuleval aastal oodatakse meie vabariigi esindajaid Moldaaviasse.

M. Sikk

INSTITUUDI UUS NIMETUS

Seoses sellega, et NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut läks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi alluvusse, on tervishoiu ministri käskkirja nr. 184 (27. septembrist 1966. a.) põhjal instituudi uueks nimetuseks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.

I. Laan

BROŠÜÜR TERVISHOIU SAAVUTUSTEST

Kirjastuse «Eesti Raamat» väljaandel ilmus M. Kase ja A. Sarapi brošüür «Tervishoiu saavutusi Eesti NSV-s.»

Brošüüris on kirjutatud keskmise eluea pikenemisest, samuti töövõimetust põhjustavatest haigustest, nagu gripp, ülemiste hingamisteede ägedad katarrid, närvivalud, närvipõletikud, radikuliidid, tuberkuloos jm. Vaatluse alla on võetud ka ravi- ja profülaktikaasutuste diagnostika- ja ravikabinetid ning laboratooriumid, samuti maaelanike meditsiiniline teenindamine. Autorid on käsitlenud ka niisuguseid teemasid nagu laste meditsiiniline teenindamine, sünnitusabi, nakkushaiguste vastu võitlemine, reuma profülaktika ja ravi, hambaravi, traumatoloogiline abi, kiirabi jne.

Väljaanne on illustreeritud tabelite ja fotodega. Trükiarv 3000. Hind 13 kop.

A. Suurvärav

UUS ÕPIK MEDITSIINIKOOLIDELE

Kirjastuse «Valgus» väljaandel ilmus J. Gagunova raamat «Haigete põetamine».

Raamat on mõeldud õpikuks nii velskrite osakonna kui ka meditsiiniõdede osakonna õpilastele.

Trükise eesmärgiks on õpilasi tutvustada haigete põetamise põhimõtete ja meditsiinitehnikaga, samuti haigete põetamise tähtsuse, velskri ning meditsiiniõe õiguste ja kohustuste, isikliku hügieeni ja käitumisreeglitega.

Raamat on rikkalikult illustreeritud. Trükiarv 10 000. Hind 43 kop.

A. Suurvärav

TOIMETUSE KOLLEEGIUMI JA NÕUKOGU ÜHISELT KOOSOLEKULT

27. septembril toimus ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse kolleegiumi ja nõukogu ühine koosolek. Toimetuse nõukogu, mis loodi käesoleval aastal, tuli kokku esmakordselt.

Koosolekut juhatas «Nõukogude Eesti Tervishoiu» peatoimetaja ministri asetäitja O. Tamm, kes andis ülevaate ajakirja tegevusest aastail 1965—1966. Ajakirja tiraaž on suurenenud, käesoleva aasta kolmas number saavutas isegi rekordarvu, kuid meditsiinitöötajate üldarvuga võrreldes ei ole see veel küllaldane. Pooled ajakirja tellijatest on keskharidusega meditsiinitöötajad. Ajakirja tellitakse nii vennasvabariikides, sotsialismimaades kui ka kapitalistlikes riikides (Inglismaa, USA, Rootsi). Artikleid on ajakirjas kõige rohkem avaldanud Tartu Riiklik Ülikool, Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium.

Peatoimetaja asetäitja H. Roots kõneles käsikirjade retsenseerimisest ja vajadusest paremini korraldada ajakirja levitamist tervishoiutöötajate hulgas. Toimetaja H. Jänes analüüsis tüüpilisi vigu toimetusele saadetavas kaastöös. Läbirääkimistel võtsid sõna professor A. Linkberg, dotsent E. Raudam, A. Jannus ja L. Maurer.

Kolleegiumi ja nõukogu järgmine ühine koosolek otsustati kokku kutsuda 1967. aasta veebruaris.

B. Kadarik

SISUKORD

H. ROOTS — Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» tööst aastail 1958—1965 403

Teooria ja praktika

P. LEHEPUU — Müorelaksantide paravenoossest süstimisest 408
H. PETLEM — Ägedad verejooksud seedetrakti ülemistest osadest . . . 411

V. SALUPERE — Maoköndi kartsinoomist 415
K. TAMMERA — Dupuytreni kontraktuuri kirurgilise ravi tulemustest . . 418

V. SÄRGAVA ja V. LIIV — Otogeensetest ajuabstsessidest 420
J. KARUSOO ja L. MASER — Hormoonravi toimest kopsutuberkuloosihaigete neerupealiste koore talitlusvõimesse 425
V. LIIVRAND — Neutraalsete 17-ketosteroidide ekskretsioonist, tupe tsütohormonaalsest reaktsioonist ja vereseerumi mineraalide tasakaalust emaka funktsionaalsete verejooksude puhul (Autoreferaat) 426
E. SALU — Mõnede süstimislahuste omavahelisest sobimatusest . . . 428
A. KLINK — Naha elektritakistusest kroonilise dermatoosi puhul . . . 433

H. KIRT — Teniarünhoosist Eesti NSV-s 435

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

A. VAPRA, V. LOSKIT, L. LEPASALU, L. EENMA, Õ. PURGA ja I. TÜNDER — Andmeid reumasse haigestumisest ja reumahaigete dispanseerimisest Tartus 438
E. ŠULTS — *Ectopia vesicae urinariae* juht 441
L. POKK — Fibrosarkoom seitsmekuusel lootel 442

Abiks velskritele ja õdedele

A. CHEVALIER — Aju vaskulaarsest insuldist 443
N. SCHAMARDIN — Elukutse ja toit . 447

Sanitaarharidustöö

O. TAMM ja H. JÄNES — Sanitaarhariduslikest trükistest hügieeni ja nakkushaiguste alal 450

Arstiteaduse ajaloost

V. KALNIN — 100 aastat N. Nerlingi doktoridissertatsioonist 453

Viisaastaku tähised

H. VAHTER — Kõrgema haridusega meditsiinikaadri ettevalmistamisest . 456

СОДЕРЖАНИЕ

Х. РООТС — О работе журнала «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» за 1958—1965 годы

Теория и практика

Б. ЛЕХЕПУУ — О паравенозном введении миорелаксантов
Х. ПЕТЛЕМ — Острые кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта
В. САЛУПЕРЕ — О карциноме культи оперированного желудка
К. ТАММЕРА — О результатах хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена
В. СЯРГАВА и В. ЛИЙВ — Об отогенных обсцессах мозга
Я. КАРУСОО и Л. МАЗЕР — О влиянии гормонотерапии на функцию коры надпочечников больных туберкулезом легких
В. ЛИЙВРАНД — Об экскреции нейтральных 17-кетостероидов, цитогормональной реакции влагалища и равновесии минералов сыворотки крови при функциональных маточных кровотечениях (Автореферат)
Э. САЛУ — О несовместимости некоторых инъекционных растворов
А. КЛИНК — Об электрическом сопротивлении кожи при хронических дерматозах
Х. КИРТ — О тениаринхоза в Эстонской ССР

Обмен опытом и казуистика

А. ВАПРА, В. ЛОСКИТ, Л. ЛЕПАСАЛУ, А. ЭЕНМА, Ы. ПУРГА и И. ТЮНДЕР — Данные о заболеваемости ревматизмом и диспансеризации больных ревматизмом
Е. ШУЛЬЦ — Случай эктопии мочевого пузыря
Л. ПОКК — Фибросаркома у семимесячного плода

В помощь фельдшерам и сестрам

А. ШЕВАЛЬЕ — О мозговом инсульте
Н. ШАМАРДИН — Профессия и питание

Санитарно-просветительная работа

О. ТАММ и Х. ЯНЕС — О санитарно-просветительной печати по гигиене и инфекционным болезням

История медицины

В. КАЛНИН — 100 лет со времени докторской диссертации Н. Нерлинга

Вехи пятилетки

Х. ВАХТЕР — О подготовке медицинских кадров с высшим образованием

Intervjuu

Saksa DV tervishoiutöötajad Eesti NSV-s 457

B. KADARIK — Et arsti käed oleksid erialaseks tööks vabamad 459

Konverentsid ja nõupidamised

E. ARAK — Farmatseutide konverents 460
R. MIROŠNITŠENKO — Esimene endokrinoloogia-alane seminar Tallinnas . 460

J. VARES — Sanitaarinspektorite seminar 461
M. KINK — Sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse juhtivate töötajate nõupidamiselt 461
A. CHEVALIER — Neurokirurgide konverents 462
A. LUTS — Leedu NSV otorinolarüngoloogide konverents 462
R. MIROŠNITŠENKO — XIV üleliiduline endokrinoloogia-alane dekaad . 462

A. VAPRA — Üleliiduline geriaatria-alane seminar 462
E. SIIRDE — Põhjamaade otorinolarüngoloogide kongress 462
J. SAARMA — V rahvusvaheline psühhofarmakoloogide kongress Washingtonis 463
J. BELTŠIKOV — Rahvusvaheline uroloogide kongress 464

Tähtpäevad

H. ROOTS — S. Salzman 60-aastane . 465

Konsultatsioone

E. LAASIK — Töövõime kaotuse astme kindlaksmääramisest 465
U. MEIKAS — Juriidilist nõuannet . . 470

A. KALDMA — Pidupäevadel tehtud töö kompenseerimisest 471

JOOSEP PILV 471

Uusi ravimeid

H. KANGRO — Mõned uuemad ravimpreparaadid 472

Kroonika 473

Интервью

Работники здравоохранения Германской ДР в Эстонской ССР
Б. КАДАРИК — Чтобы врач имел больше времени для работы по специальности

Конференции и совещания

Э. АРАК — Конференция фармацевтов
Р. МИРОШНИЧЕНКО — Первый семинар по вопросам эндокринологии в Таллине
Я. ВАРЕС — Семинар санитарных инспекторов
М. КИНК — Совещание руководящих работников санитарной и эпидемиологической службы
А. ШЕВАЛЬЕ — Конференция нейрохирургов
А. ЛУТС — Конференция оториноларингологов Литовской ССР
Р. МИРОШНИЧЕНКО — XIV Всесоюзная декада по вопросам эндокринологии
А. ВАПРА — Всесоюзный семинар по вопросам гериатрии
Э. СИЙРДЕ — Съезд оториноларингологов северных стран
Ю. СААРМА — V международный съезд психофармакологов в Вашингтоне
И. БЕЛЬЧИКОВ — Международный съезд урологов

Юбилейные даты

Х. РООТС — 60-летие С. Сальцмана

Консультации

Э. ЛААСИК — Об установлении степени утраты трудоспособности
У. МЕЙКАС — Консультация по юридическим вопросам
А. КАЛЬДМА — О компенсации за работу в праздничные дни

ИОЗЕП ПИЛЬВ

Новые лекарственные препараты

Х. КАНГРО — Некоторые новые лекарственные препараты

Хроника

Õiendus

Ajakirja 1966. a. 5. numbrisse on sattunud eksitavad vead. Lk. 347 14. rida ülevalt on trükitud ... tabelis. Tabelist nähtub ... — Lugeda ... alljärgnevalt. Andmetest selgub ...

Lk. 360 23. rida ülevalt on trükitud ... madalam. — Lugeda ... kõrgem.

Опечатки

в «Здравоохранение Советской Эстонии», 1966, 5

На стр. 353 16 строка снизу напечатано ... периодический избирательно-этапный осмотр. — Следует читать ... текущая форма проведения осмотров по обращениям.

На стр. 354 3. строка сверху напечатано: Опыт показывает, что при избирательно-этапных ... — Следует читать: Современной формой периодических осмотров является поэтапно-выборочный метод. В этом случае работников осматривает цеховой терапевт после проведения лабораторных и рентгенологических исследований. При необходимости он направляет обследуемого на прием специалиста. Опыт показывает, что при поэтапно-выборочным методе проведения ...

UUSI RAAMATUID RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

KASK, M. Toitlushügieen. Tln., 1966, 102 lk.
RAIG, M. Kuidas õigesti puhata. Tln., 1966, 31 lk.
BEZDENEŽNÕHH, I. ja TÕRKOVA, J. Kaitse bakterioloogilise relva eest. Tln., 1965, 43 lk.

НЕСТЕРЕНКО А. И. Как был образован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР. Из истории советского здравоохранения. (Окт. 1917 г. — июль 1918 г.) М., 1965, 96 стр.

Очерки истории отечественной санитарной статистики. Под ред. А. М. Меркова. М., 1966, 288 стр.

Трудовое устройство инвалидов на прядильно-ткацких предприятиях. Л., 1965, 220 стр.

СОКОЛОВ И. С. и ТРАХТМАН Я. Н. Санитарное просвещение. [Учебник для фельдшерских отд-ний мед. училищ]. Изд. 4-е. М., 1966, 164 стр.

ЗАБОЛОЦКАЯ Л. П. и др. Санитарное просвещение в связи с диспансеризацией населения. М., 1965, 59 стр.

Введение в геогигиену. [Отв. ред. Н. В. Лазарев]. М.-Л., 1966, 324 стр.

АКИМЦЕВ В. В. и др. Почвы и здоровье человека. М., 1966, 48 стр.

АНДРЕЕВА-ГАЛАНИНА Е. Ц. и БУРЛОВА Е. Я. Гигиена труда и промышленная санитария. [Учебник для сан.-фельдшерских отд-ний мед. училищ]. Л., 1966, 292 стр.

Методы санитарно-бактериологических исследований внешней среды. Под ред. Г. П. Калины. М., 1966, 374 стр.

КОВАНОВ В. В. и ТРАВИН А. А. Хирургическая анатомия верхних конечностей. М., 1965, 599 стр.

ПЕХОВ А. П. Что такое наследственность? М., 1966, 32 стр.

ХОЛОДОВ Ю. А. Влияние электромагнитных и магнитных полей на центральную нервную систему. М., 1966, 283 стр.

КУРЦИН И. Т. Критика фрейдизма в медицине и физиологии. М.-Л., 1965, 296 стр.

КОМАРОВ Ф. И. и др. Суточный ритм физиологических функций у здорового и больного человека. Л., 1966, 200 стр.

Питание и высшая нервная деятельность. Под ред. А. Н. Андриасова и Т. А. Бракш. Л., 1966, 207 стр.

Проблемы старения и долголетия. [Сборник статей]. М., 1966, 280 стр.

ДЕХТЯРЬ Г. Я. Электрокардиографическая диагностика. М., 1966, 543 стр.

УСПЕНСКИЙ Ю. Н. Секреторная функция желудка в онтогенезе и ее изменения в норме и патологии. М., 1966, 172 стр.

КАЦЕНОВИЧ Р. А. Гидроаэроионизация и гидроаэроионотерапия. Ташкент, 1966, 127 стр.

Рецептурный справочник. Под ред. П. В. Родионова. Изд. 4-е. Киев, 1966, 623 стр.

Лекарственные препараты. [Справочник]. Под ред. И. Ф. Урванцева. Изд. 6-е. Минск, 1966, 516 стр.

КИРИЛЛОВ О. И. Опыт фармакологической регуляции стресса. Владивосток, 1966, 107 стр.

БРЕМЕНЕР С. М. Витамины и их клиническое применение. М., 1966, 420 стр.

РОМАНЦЕВ Е. Ф. и др. Ранние радиационно-биохимические реакции. М., 1966, 271 стр.

ГЕФТЕР А. И. Клинические лекции по внутренним болезням. Изд. 2-е. М., 1966, 660 стр.

КАССИРСКИЙ И. А. и МИЛЕВСКАЯ Ю. Л. Очерки современной клинической терапии. Ташкент, 1966, 400 стр.

ЧУДНОВСКИЙ Г. С. Нарушение регуляции водно-солевого обмена при недостаточности кровообращения. Новосибирск, 1966, 248 стр.

ЧАЗОВ Е. И. Тромбозы и эмболии в клинике внутренних болезней. Москва—Варшава, 1966, 263 стр.

НЕСТЕРОВ А. И. и СИГИДИН Я. А. Клиника коллагеновых болезней. 2-е изд. М., 1966, 482 стр.

АРУТЮНОВ В. Я. и ГОЛЕМБА П. И. Аллергические васкулиты. М., 1966, 178 стр.

БЕРГОЛЬЦ В. М. и РУМЯНЦЕВ Н. В. Сравнительная патология и этиология лейкоза человека и животных. М., 1966, 291 стр.

Материалы Республиканской конференции эндокринологов. Баку, 1965, 185 стр.

АГАФОНОВ Ф. А. Послеоперационный рецидивный зоб. М., 1966, 111 стр.

Многотомное руководство по микробиологии, клинике и эпидемиологии инфекционных болезней. Т. 7. Бактериальные и спирохетозные трансмиссивные инфекции. — Болезни покровов и анаэробные инфекции. М., 1966, 736 стр.

РУДНЕВ Г. П. Клиника особо опасных инфекций. М., 1966, 296 стр.

ТРИПОЛИТОВА А. А. и БОРИСОВА Г. В. Листериоз. Томск, 1965, 257 стр.

ПАВЛОВСКИЙ Е. Н. и ТОКАРЕВИЧ К. Н. Птицы и инфекционная патология человека. Л., 1966, 227 стр.

Hind 40 kop.
Цена 40 коп.

Индекс
78191

СМИРНОВ Б. Н. Антибиотикотерапия и иммунитет при паратифозной инфекции. Л., 1966, 127 стр.
ЛЯХОВИЦКИЙ Н. С. Трихомоноз мужчин, женщин и детей. М., 1966, 156 стр.
Справочник фтизиатра. Под общ. ред. Н. А. Шмелева и В. Л. Эйниса. 2-е изд. М., 1966, 416 стр.
Труды VII Всесоюзного съезда фтизиатров. (23—27 ноября 1964 г.) М., 1966, 664 стр.
Труды 6-й конференции хирургов Закавказских республик. Ереван, 18—22 окт. 1962 г. Ереван, 1965, 440 стр.
СТРУЧКОВ И. Общая хирургия. [Учебник для мед. ин-тов]. Изд. 2-е. М., 1966, 502 стр.
МАНЕВИЧ А. З. и АЛЬТШУЛЕР Р. А. Фторотановый (флюотановый) наркоз. М., 1966, 220 стр.
ГАЛЬПЕРИН Э. Л. и РЫСКИНД Р. Р. Рожа. М., 1966, 268 стр.
Многотомное руководство по хирургии. Т. 6. Кн. 2. Хирургия шеи, пищевода, средостения и диафрагмы. М., 1966, 666 стр.
ГАЛЛЕТТИ П. М. и БРИЧЕР Г. А. Основы и техника экстракорпорального кровообращения. Пер. с англ. М., 1966, 295 стр.
ДАНИЛОВ И. В. и КАРАВАНОВ А. Г. Ошибки в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний брюшной полости. М., 1966, 326 стр.
Аппендицит. Основные вопросы клиники, диагностики, хирургич. тактики. [Сборник. Отв. ред. М. И. Коломийченко]. Киев, 1966, 400 стр.
ЩЕКОТОВ Г. М. Непроходимость кишечника и ее лечение. М., 1966, 394 стр.
ГОЛЬДГАММЕР К. К. Острый живот при тромбозах и эмболиях брыжеечных сосудов. М., 1966, 184 стр.
ИЩЕНКО Н. Н. Операции на желчных путях и печени. Изд. 2-е. Киев, 1966, 473 стр.
БАРОНОВ В. А. Закрытые травмы головного мозга. Л., 1966, 231 стр.
ГОЛИГОРСКИЙ С. Д. и КАЦЫФ А. М. Хирургия лоханочно-мочеточникового сегмента. Кишинев, 1966, 196 стр.
КОРОСТЕЛЕВА Т. А. Об изменениях тканевых антигенов в процессе экспериментального канцерогенеза. Л., 1966, 248 стр.
Неспецифическая лекарственная профилактика и терапия рака. Некоторые пути развития. Под ред. А. И. Сереброва и И. Ф. Греха. Л., 1966, 207 стр.
ПЕРЕСЛЕГИН И. А. Лучевая терапия рака легкого. М., 1966, 208 стр.
ПРОПП Р. М. Клиника и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы. М., 1966, 164 стр.
МАНДЕЛЬШТАМ В. А. и СВИНДЛЕР Е. А. Цитологическая диагностика рака женских половых органов. Л., 1966, 164 стр.
РЫБАКОВ А. И. Ошибки и осложнения в терапевтической стоматологии. М., 1966, 152 стр.
КУРЛЯНДСКИЙ В. Ю. Бюгельное зубное протезирование. Ташкент, 1965, 219 стр.
Методические ошибки при экспертизе трудоспособности больных с заболеваниями органа зрения. [Сост. Н. В. Серпокрыл]. Л., 1965, 120 стр.
ТРОН Е. Ж. Глаз и нейрохирургическая патология. Л., 1966, 490 стр.
ПРИГОЖИНА А. Л. Патологическая анатомия и патогенез глаукомы. М., 1966, 220 стр.
РОММ С. З. Профессиональная тугоухость. Л., 1966, 156 стр.
МИХЕЕВ В. В. Нервные болезни. [Учебник для мед. ин-тов]. Изд. 3-е. М., 1966, 438 стр.
Головные боли при неврозах и неврозоподобных состояниях. (Метод. письмо). Л., 1966, 31 стр.
РЕМБЕЗ И. Н. Оперативная гинекология. Киев, 1966, 288 стр.
Регуляция родовой деятельности. [Сборник статей]. Киев, 1966, 196 стр.
БАКШЕЕВ Н. С. Маточные кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде. Киев, 1966, 342 стр.
Перинатальная охрана плода и вопросы детской гинекологии. [Сборник статей]. Л., 1965, 128 стр.
ГУЛЬКЕВИЧ Ю. В. Перинатальные инфекции. Минск, 1966, 190 стр.
Руководство для сестер детских яслей. Под ред. М. Д. Ковригиной. М., 1966, 331 стр.
ХАМИДУЛЛИНА А. Х. Нервная деятельность грудного ребенка в норме и при острых токсикозах. М., 1966, 236 стр.
ГАНДЕЛЬСМАН А. Б. и СМИРНОВ К. М. Физическое воспитание детей школьного возраста. (Мед.-биол. основы). 2-е изд. М., 1966, 256 стр.
АВДЕЕВ М. И. Краткое руководство по судебной медицине. М., 1966, 372 стр.
БАРТЕНЕВА Л. В. Техника судебномедицинского исследования трупов новорожденных. М., 1966, 28 стр.