



ISSN 0134—2320

NOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

1 • 1980

♦ **RVL** ♦

Kui Teile vajalik kirjandus
Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus puudub

KASUTAGE RVL-i
— RAAMATUKOGUDEVAHELIST
LAENUTUST —

kirjanduse väljatellimiseks teistest
Eesti NSV, NSV Liidu või välismaa
raamatukogudest.

SISU

V. Rätsep — Tervishoiukaadri kasvatustprobleeme 3

TEORIA JA PRAKTIKA

S. Kivi, A.-V. Mikelsaar, M. Lövi — Kromosoomivariandid näolõhedega haigetel 6

J. Eha, A. Leissoo, T. Serka, O. Luha — Ekstrasüstolijärgne potentserumine vasaku südamevatsakese kontrakt-sioonihäirete pöörduvuse hindamisel 9

L. Boston — Tiamiinfosfaati sisaldavate ensüümide aktiivsus ägedat pneu-mooniat ja bronhiiti põdevatel vara-ealistel lastel 12

M. Laidna, H. Jalviste — Uroinfekt-sioon ja hüstoktsikoos kui raseduse tüsistus 14

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

J. Saarma — Meditsiinilise deontoloogia mõningala nüüdisprobleeme 17

OLEVAATED

K. Valgma, M. Lintsi — Südame siinus-sõlme kahjustuse sündroom 21

I. Laan — Ravimiallergia diagnoosi-mine 25

I. Kuusk — Piima talumatus 28

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

V. Kask — Lastegünekoloogia organi-satsiooni alused 32

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

E. Tallmeister — Uus tõhus desinfekt-sioonivahend Estosteril 34

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

J. Karusoo — Glükokortikoidide kasu-tamine bronhiaalastma ravis 36

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

M. Martinson — Haapsalu Rajooni Keskhäigla uus korpus 39

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

I. Maaroo — Teaduslikke kutseid 40
I. Veldre — Uusi arstiteaduse kandi-daate 40

ARSTITEADUSE AJALOOST

R. Birkenfeldt, A. Vapra, M. Koort — 175 aastat polikliinilise terapeutilise abi õpetamist Tartu ülikoolis 41

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

A. Luts — Eesti NSV otorinolarün-go-logide VI konverents 43

H. Vahter — Vabariiklik dermatovene-roloogide XIII konverents 44

N. Elstein — Ülevabariigiline teraapia-alane nõupidamine 44

A. Lenzner — Balti liiduvabariikide kõrgkoolide mikrobioloogide esimene nõupidamine 45

A. Luts — Ukraina NSV lääneblastite otorinolarünoloogide esimene oblasti-tevaheline konverents 45

A. Vapra — Leedu NSV reumatoloogi-de konverents 46

A. Lenzner — VI üleliiduline kosmose-bioloogia ja aviokosmilise meditsiini alane konverents 46

M. Purde — Rahvusvahelise koostöö laienemine vähiepidemioloogia alal 47

L. Mehilane — Tšehhoslovakkia SV ja Nõukogude Liidu kolmas psühhiaatria-sümposium 48

J. Uibu — III Nõukogude Liidu — Ameerika Ühendriikide ühisnõupida-mine väliskeskonna hügieeni alal 48

ARSTIDE SELTSIDES

V. Kalnin — Üleliidulise Meditsiinijäa-loolaste Teadusliku Seltsi juhatus V pleenum 50

V. Salupere — Terapeutide ja kardio-loogide seltside väljasõiduistung 51

I. Laan — Asutati Vabariiklik Reuma-toloogide Teaduslik Selts 51

INTERVJUU

Rahvusvahelistel kursustel Soomes (in-tervjuu) 51

MEIE JUUBILARE 53

Malev Uibo, Elmar Mikk, Ilmar Laan, Valve Saarma, Velda Sibul, Silver Jõks, Silvia Kaldma, Arvo Tikk, Joel Aasav, Niin Ajasta, Aino Ilmoja

MEDITSIIINITEHNIKA

E. Altraja — Fluorograafifilmi tund-likkust tõstev looritusvaba fenidoon-ilmuti 56

IN MEMORIAM

Justin Norman 10. IX 1897...12. XI 1979 58

Klavdia Bežanitskaja 15. X 1889...12. X 1979 59

Riho Roots 06. VIII 1900...12. XI 1979 59

KROONIKA

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimu-sed 68

Artiklite venekeelsed resümeed 69

Artiklite ingliskeelsed resümeed 72

1979. aasta koondsisukord 74

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 1. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elstein, K. Gross, L. Keres, I. Laan, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja).

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 11. XII 1979. Trükkimisele antud 10. III 1980. Trükiarv 5900. Ofsetpaber nr. 1, 70×100/16. Trükipoognaid 4,25. Tingtrükipoognaid 5,52. Arvestuspoognaid 6,70. Tell. nr. 3980, MB-02687. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsitajad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas 60 täheruumi. Töö peab olema aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitajad peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud. Samuti on autori kohus esitada 3...7 võtmesõna oma töö kohta (tekstist ja pealkirjast võetud tunnuslik sõna, mis väljendab artikli sisu). Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusuurtult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsiooni fragment, esitatakse toimetusele koos käsitajaga. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni number, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsitajaga lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimis-instituutide töötajad märkige ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümee** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja ka inglise keeles (8...12 rida) või siis lisatakse tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpnumbrid. — **Fotod** ja joonised koos allkirjadega paigutatakse käsitajaga lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

Toimetuse ei tagasta käsitajale ka siis, kui need avaldamata jäävad.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pikk 73. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

TERVISHOIUKAADRI KASVATUSPROBLEEME

VÄINO RÄTSEP · TALLINN

NLKP Keskkomitee otsus «Ideoloogiatöö ja poliitilise kasvatustöö edasisest parendamisest» võeti nii meie maal kui ka raja taga vastu suure huvi ja tähelepanuga. See on ka täiesti loomulik, sest see 1979. aasta 26. aprilli otsus on tohtu poliitilise tähtsusega dokument. Ta käsitleb meie ühiskondliku elu ja sotsialistliku teadvuse arengu, rahvahulkade aktiivsuse ja loomeenergia kasvu põhiprobleeme. Selle otsusega on tehtud uus samm partei ideoloogiatöö rikkalike kogemuste üldistamisel, kommunistliku kasvatustöö uute ülesannete seadmisel. Partei juhindub V. I. Lenini suunistest selle kohta, et «hulkade teadlikkuse arendamine jääb, nagu alati, kogu meie töö aluseks ja peamiseks sisuks».

Arenenud sotsialistlik ühiskond loob isiksuse igakülgseks, harmooniliseks arenguks kõige avaramad ainelised ja vaimsed võimalused, ideoloogilised tegurid aga omandavad meie ühiskonna sotsiaal-majanduslikus arengus üha kaalukama osa. See kõik on ühelt poolt ideoloogiatöö osatähtsust ja tema mõjujõudu oluliselt suurendanud, teiselt poolt suurendanud ka nõudeid, mida me informatsioonile ja ideelisele kasvatustööle esitame, tunduvalt tõstnud kasvatustöö osa majanduslike ja sotsiaalsete probleemide lahendamisel. Seejuures tuleb arvestada, et nüüdisaegne sotsiaal-majanduslike ja vaimsete protsesside dünamism ning teadus- ja tehnikarevolutsioon oma ulatuslike tagajärgedega seavad kasvatustöö küsimused paljuski uut moodi.

Elanikkonna haridustaseme tõus ja informeerituse kasv, vaimsete huvide ja vajaduste mitmekesisus ühelt poolt küll soodustab kasvatustöö korraldamist, teiselt poolt aga muudab selle keerukamaks. Soodustavad tegurid seisnevad selles, et meie ideoloogia on teaduslikku laadi ning see tugineb argumentide ja faktide jõule, mida parema ettevalmistuse saanud inimesed ka sügavamalt mõistavad. Kasvatustöö keerukus avaldub selles, et tunduvalt on suurenenud nõuded mitte üksnes kasvatustöö sisu osas, vaid ka selle läbiviimise taseme, stiili ja vormi osas. Meil on tegemist haritud ja ühiskondlikult aktiivsete inimestega, kes, olles faktide ja argumentidega hästi varustatud ning osates neid oskuslikult kasutada, püüavad kõige üle teadlikult otsustada. Seetõttu peabki esiplaanile tõstetud efektiivsuse ja kvaliteedi nõue kajastuma mitte ainult majanduslikus tegevuses, vaid ka vaimses loominguks, kogu meie ideoloogiatöös. Viia kogu ideeline kasvatustöö vastavusse meie ühiskonna arengu uue etapi nõuetega, nõukogude inimeste haridus- ja kultuuritasemega, nende suurenenud vaimsete nõuetega, arvestades seejuures maailmaareenil toimuvat ägedat ideoloogilist võitlust — selliselt esitab NLKP Keskkomitee tänapäeva tingimustes poliitilise kasvatustöö kvaliteedi ja efektiivsuse tõstmise ülesande. Ideoloogiatöö ja poliitilise kasvatustöö südamiuks on olnud ning on ka tulevikus nõukogude inimeste teadusliku maailmavaate kujundamine, ustavuse kasvatamine partei üritusele ja kommunismi ideaalidele, armastus sotsialistliku isamaa vastu ning proletaarne internatsionalism.

Tulevaste tervishoiutöötajate üldhariduslikes koolides toimunud kasvatus-töö jätkub koos erialase ettevalmistusega meditsiini- või kõrgkoolis. Optimaalset efekti on võimalik saavutada vaid siis, kui ideelis-poliitiline, tööalane ja kõlbeline kasvatus on ühtsed. Aeg muudab inimesi, seab uusi ülesandeid, loomulikult komplitseerib ka ideelise kasvatustöö sisu kutse- ja kõrg-

koolis. Igal etapil tuleb määratleda eesmärgid, leida selle töö jaoks adekvaatsed ja paindlikumad vormid. Seejuures ei tohi unustada, et spetsialisti kasvatamine on keerukas dünaamiline protsess, mis peab olema pidev ja mis jätkub pärast õppeaja lõppu ka töökohas.

Meditsiinikooli ja -kõrgkooli põhiülesanne on spetsialistide ettevalmistamine, kes on hästi omandanud marksistlik-leninliku teooria, kellel on nõukogude tervishoiutöötaja kodanikutunne ja kõrged moraalsed omadused, kes valdavad nii arstiteaduse kui ka meditsiinipraktika uusimaid saavutusi, oskavad kvalifitseeritult lahendada profülaktika- ja raviprobleeme ning on võimelised oma teadmisi pidevalt täiendama.

On mõeldamatu, et nõukogude spetsialist ei tunneks marksistlik-leninlikku teooriat. Selle omandamise käigus formeervad teaduslik-materialistlik maailmavaade, sellele vastav arusaamine nähtustest ja faktidest, võime ühiskondliku elu nähtusi analüüsida klassipositsioonilt. Dialektilise meetodi valdamine loob aluse tulevase meditsiinitöötaja kliinilise mõtlemise formeermisele. Vähem oluline ei ole meditsiinitöötajate kõlbelised omadused ja kodanikutunne, samuti nende internatsionaalne, patriootiline, esteetiline, õiguslane kasvatustöö, ka sihipärane tööalane kasvatus, mis kõik on kasvatustöö kui üldmõiste lahutamatud osad.

Suur kasvatuslik tähtsus on ühiskondlik-poliitilise praktika süsteemil. Igal aastal lähevad tuhanded õpilas- ja üliõpilasmalevlased suveks tööle viis aastakuehitustele, ettevõtetele ning majanditesse, tulevad ravi- ja profülaktikaasutustesse. Seltsimees L. I. Brežnev ütles, et kolmas töösemester «on tulevase spetsialisti ühiskondlik-poliitilise ja töökarastuse suurepäraseks kooliks». Kolmas töösemester on kujunenud tööalase, kõlbelise, kodanikutunde ja internatsionaalse kasvatusel efektiivseks vormiks. Seejuures tuleks üliõpilasi, tulevaseid medikuid, senisest enam võtta tervishoiuasutustes töötavatesse rühmadesse.

Kompleksne õppe- ja kasvatustöö, tähelepanu pööramine kõigile tahkudele on eelduseks ning aluseks, et peale kutsealaste teadmiste tunneb meditsiinikõrgkooli lõpetaja hästi nõukogude tervishoiusüsteemi organisatsiooni ja rahva tervisekaitse printsiipe, ta täiendab pidevalt oma teadmisi, on informeeritud uusimatest meditsiinisaavutustest ning oskab neid oma töös otsustavalt rakendada. Ta peab aktiivselt kaasa lööma ühiskondlikus töös, osa võtma selliste tähtsate riiklike ülesannete lahendamisest nagu ettevõtete ja majandite töötingimuste parandamine, traumajuhtude, kutsehaigustesse haigestumise juhtude ning üldhaigestumuse vähendamine, mille lõpptulemuseks on töötajate eluea pikenemine ning töövõime tõstmine. Iga nõukogude arst, iga meditsiinitöötaja peab olema ka ühiskonnategelane. Ta peab propageerima sanitaaria- ja hügieenialaseid teadmisi elanike hulgas, peab oma terve eluviisidega olema teistele eeskujuks, võitlema suitsetamise ja alkoholismi vastu, olema kommunistliku moraali kandjaks. Sellise meditsiinispetsialisti kasvatamiseks peab ideelispoliitiline kasvatustöö, teoreetiline ja praktiline õpetamine moodustama ühtse loomuliku protsessi, selleks kõigeks on meil tingimused olemas.

Käesolevaks viis aastakuks on meditsiinikõrgkoolil uued õppeplaanid ja -programmid. Eluõiguse on võitnud uued efektiivsed professionaalse ettevalmistuse vormid — subordinatuur, internatuur ja diplomijärgne stažeerimine. Suureks sammuks edasi oli üliõpilaste teadusliku uurimistöö sisseviimine. Kõigi eespool mainitu tulemusena on noore spetsialistide põlvkonna ettevalmistus tunduvalt paranenud.

TRÜ arstiteaduskonnast võime rääkida kui õppe-teadus-ravi-kompleksist. Üks olulisemaid momente on materiaalse baasi edasine tugevdamine, seda eelkõige pediaatrite ja stomatoloogide ettevalmistuse tõhustamiseks. Stomatoloogide ettevalmistuse parandamiseks tuleb rajada stomatoloogilised baaspolikliinikud, milles on ajakohane apara-

tuur ja muu tehniline varustus ning milliste staatus on vastava määrusega kinnitatud.

Vaja on geograafilises mõttes laien-
dada, süvendada ja täiustada kateedrite
ning tervishoiuasutuste vahelist koos-
tööd. Eelkõige peab siin lähtuma kahest
põhinõudest: 1) hästi korraldatud hai-
gete ravi kliinikutes, vastav haigete
kontingent spetsialiseeritud osakonda-
des ja kollektiiviliikmete vastastikune
heahtlik suhtlemine, et arstil oleks
võimalik midagi õppida; 2) kliinik kui
kõige vahetum ja otsem tee kõige uue
elluviimiseks.

Teadussaavutuste kasutuselevõtmi-
sega ei ole kõik mõlemapoolselt kau-
geltki veel korras. Mõnikord ei soovi-
tagi uute meetodite laialdasemat levi-
kut, vaid hoopis nende n.-ö. patenteeri-
mist. Mõnikord ei ole tervishoiuasu-
tuste kaader kõige uue vastuvõtmiseks
ei psühholoogiliselt ega ka professio-
naalselt alati veel valmis. Tuleb koos-
tada ühistöölepinguid ning neis kind-
laks määrata mõlema poole kohustused
ning õigused. See on vajalik meie va-
bariigi suuremate raviasutuste, sealhul-
gas ka rajooni keskhaiglate ja erialaka-
teedrite töötajate vahel. Igal kateedril
peavad olema koos tervishoiuasutustega
välja töötatud aasta- ja perspektiiv-
plaanid, mille reaalsust ning täitmist
peaksid regulaarselt koordineerima
ning kontrollima arstiteaduskonna de-
kanaadi ja Eesti NSV Tervishoiu Minis-
teriumi juhtkond.

Täienduskuldeedi töö peab olema
orienteeritud meie vabariigi tervishoiu-
süsteemi konkreetsetele vajadustele.
Eelkõige tuleb tagada nii maal kui ka
linnas töötavate jaoskonnaterapeutide,
kiirabi- ja tsehhiaarstide professionaalse
taseme tõstmine. See peab saama täien-
duskuldeedi esmaseks põhiülesandeks.
Jaoskonnaarstid tuleb kolme aasta töö-
tamise järel saata oma teadmisi täien-
dama. Senisest enam tuleb neile kor-
raldada temaatilisi täiendustükkeid.
Vähe pööratakse tähelepanu elanike
dispanseerimisele, selles osas ei ole
jaoskonnaarstidel veel kõik selge. Selle-
alased üldküsimused peab lahendama

tervishoiuorganisatsiooni kateeder, eri-
alaülesanded aga kliinilised kateedrid.
Jaoskonnaarstidele tuleb sisse viia sub-
ordinatuur ja internatuur.

Kaadri ettevalmistamine ja selle pla-
neerimine on alaliselt seotud tervis-
hoiuvõrgu vajadustega, mistõttu seda
tööd tuleb paremini korraldada. Tun-
duvalt rohkem täiendamist vajab ka
kõrge kvalifikatsiooniga spetsialistide
ettevalmistamine. Peaspetsialistid peak-
sid tunnetama suuremat vastutust
nende probleemide ees, samuti diplomi-
järgse ettevalmistuse jooksva ja pers-
pektiivplaneerimise ees.

Meditisiinikõrgkooli tänane iseärasus
on võimekad kliinilised kateedrid. Need
peavad töötama erialade diferentseeru-
mise ja spetsialiseeritud osakondade
arenemise tingimustes. Neis tingimus-
tes aga tuleb ette valmistada laia pro-
fiiliga arste. Paljuski peab siin aitama
integratsioon haigete ravis. See on või-
malik suurtes, paljuprofiilsetes haigla-
tes, mille baasil kateedrid töötavad.

Tähtis osa spetsialisti õpetamisel ja
kasvatamisel, tema kui arsti, ühiskon-
nategelase ja riikliku tähtsusega spet-
sialisti kujundamisel on täita meditsi-
niikõrgkooli sotsiaalhügieeni ja tervis-
hoiuarstide kateedril. NLKP
Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu
1977. aasta 22. septembri määrust
nr. 870 «Rahva tervishoiu edasise pa-
randamise abinõudest» peavad iga-
külgsest tundma õppima kõik meditsi-
nitöötajad, samuti ka õppejõud ja üli-
õpilased, et ühiselt realiseerida selles
sisalduvad äärmiselt suured võimalu-
sed.

Vaieldamatute edusammude kõrval
kasvatustöös esineb kahjuks veel puu-
dusi, mis avalduvad kutse-eetika, nõu-
kogude arsti vande ja deontoloogia
printsipiide rikkumises. Tuleb ette veel
ükskõikset suhtumist haigetesse, vas-
tutustundetust, arstieetika rikkumist,
alkaemaksuvõtmist, amoraalset käitu-
mist. Selle üks põhjusi on puudujäägid
kasvatustöös õppeaja vältel ja ebater-
ved ilmingud mõningates kollektiivides.
Eriti tuleb tähelepanu pöörata arsti,
meditsiinasutuse juhtkonna, professo-

rite ja õppejõudude käitumisele, sest just nemad on eeskujuks oma noorematele kolleegidele ja teistele kollektiiviliikmetele. Ei tohi unustada igapäevast kasvatustööd kogu kollektiivis, kõigis organisatsioonides lülides. Mõnedes ravi- ja profülaktikaasutustes on veel puudusi töökorralduses ning tööaja kasutamises, ollakse liialt leebed töödistsipliini rikkumise ning tööluu-
side suhtes.

Peame meeles pidama V. I. Lenini sõnu selle kohta, et «eilse päeva vigu analüüsides me õpime ühtlasi vältima vigu täna ja homme». EKP Keskkomitee XV pleenumi ettekandes rõhatakse, et NLKP Keskkomitee otsuses seatud ülesannete edukaks täitmiseks tuleb aktiveerida ametiühingute ja komsomoliorganisatsioonide tööd. Palju tõsisemalt ja järjekindlamalt, suurema nõudlikkusega peavad kasvatustööga tegelema kohalikud rahvasaadikute nõukogud. Meie töö tulemused, partei poolt kavandatud tervishoiusüsteemi edasiarendamise plaanide edu oleneb lõppkokkuvõttes inimestest endist. Nii-
melt seetõttu peab meie tegevusprogrammi toetama laialdane ideoloogiatöö, poliitiline kasvatustöö ning ka organisatsiooniline tegevus. Oma ettekandes EKP Keskkomitee XV pleenumil rõhutas EKP Keskkomitee esimene sekretär K. Vaino, et ilma ideoloogiatöö efektiivse mõjuta me oma ülesandeid ei lahenda, sest peamine sõltub siin lõppkokkuvõttes ikkagi inimesest, tema soovist ja oskusest töötada, parteiorganisatsioonide poolt tehtava ideoloogilise kasvatustöö kvaliteedist.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

Teooria ja praktika

UDK 575.116.4:616-056.7

KROMOSOOMIVARIANDID NÄOLÕHEDEGA HAIGETEL

SIRJE KIVI AAVO-VALDUR MIKELSAAR
MAIE LÖVI TARTU

kromosoomianomaaliad, polümorfism, näolõhed

Selle aastakümne algul võeti inimese tsütogeneetikas kasutusele mitmeid uusi meetodeid, neist Q-, G-, C-, R-, T-, N-vöötide meetodid, mis võimaldasid kromosoomi ühelt poolt täpsemalt identifitseerida, seega ka kromosoomianomaaliaid kindlaks teha, teiselt poolt panid aluse kromosomaalse polümorfismi uurimisele (9, 11). Tänu sellele on nii mitmesuguste kaasasündinud arenguanomaaliatega, korduvate spontaansete abortide kui ka infertiilsuse puhul geneetilise konsultatsiooni võimalused laienenud. Kromosoomianomaaliatega kõrval tuntakse suurt huvi ja pööratakse tähelepanu ka kromosoomide heterokromatiinsete alade varieeruvusele, s. t. kromosomaalse polümorfismi uurimisele eri populatsioonides.

Tõeliste kromosoomianomaaliatega puhul on ümberkorraldustest hõlmatud põhiliselt eukromatiinsed alad, mis sisaldavad haploidses garnituuris ühekordselt esindatud unikaalseid gene polüpeptiidahelate sünteesiks. Selliseid unikaalseid gene sisaldavate alade ümberpaiknemised, kadumised või lisandumised genoomis võivad arenguhäireid sageli põhjustada juba ontogeneesi varajastel etappidel.

Kromosoomivariantide puhul esinevad muutused heterokromatiinis, mis

sisaldab kordus-DNA-d, kus üks nukleotiidijärjestus on esindatud sadu kuni sadu tuhandeid kordi. Tsütoloogiliselt on heterokromatiinseid alasid võimalik välja tuua C-vöötide meetodil ja eristada nende põhiliselt kromosoomide tsentromeersetes piirkondades paiknevate vöötide suuruse variante (3). Samuti võime Q-vöötide meetodil hinnata heterokromatiinsete alade fluorestsentspolümorfismi (6). Heterokromatiini funktsioonid ei ole täpselt teada. Eri-nevalt kromosoomianomaaliatest esinevad kromosoomivariandid üldpopulatsioonis suhteliselt sageli. Viimasel ajal on tähelepanekuid teatavate kromosoomivariantide tunduvalt sagedama esinemise kohta, näiteks haigetel pahaloomuliste kasvajate korral (1), oligofreenikutel (näiteks Downi sündroomi korral) (7) jt.

Tsütogeneetilised uurimised on kinnitanud, et isoleeritud näolõhed — huule- ja suulaelõhed kas üksikult või omavahelises kombinatsioonis, kuid ilma muutusteta teistes elundites — ei kuulu nende defektide alla, mis on otseselt

põhjustatud kromosoomianomaaliatest (4). Küll aga võivad näolõhed olla sümptoomiks mõnede kromosoomide anomaaliatest põhjustatud väärarengute sündroomide puhul (2, 8).

Kromosoomide heterokromatiinsete alade varieeruvusest tingitud polümorfismi kohta näolõhede korral kirjanduses andmed puuduvad, ehkki võib oletada, et näolõhesid põhjustavate mutantsete geenide avaldumine varieerub sõltuvalt kromosoomivariantidest haige karüotüübis. Sellest aspektist lähtudes võtsimegi vaatluse alla rühma näolõhedega haigeid, kelle kromosoomi oleme mitmel põhjusel uurinud.

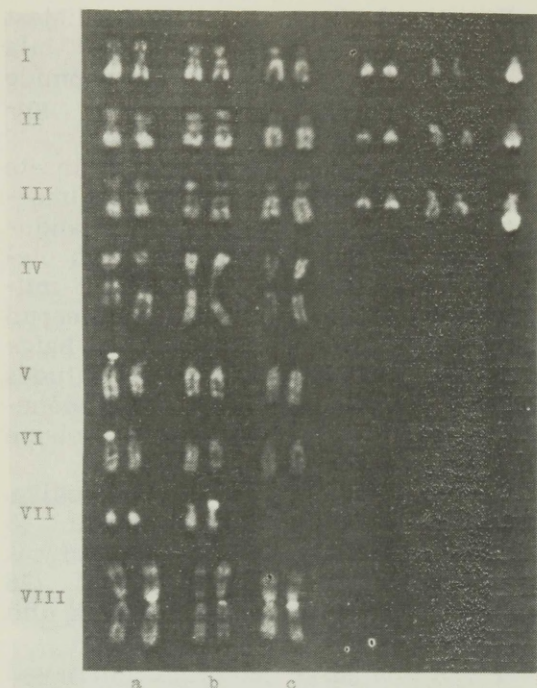
Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuritavate rühma moodustasid 46 4...35 aasta vanust veresuguluses mitteolevat näolõhedega haiget (26 meest ja 20 naist), kellest enamik olid eestlased.

Fenotüübi järgi jaotasime uuritavad kahte rühma: 1) isoleeritud näolõhedega haiged (17) ning 2) näolõhede ja teiste kehaliste ning vaimsete defektidega haiged (29). Viimane on üsna he-

Tabel 1. Kromosoomivariantide sagedus näolõhedega haigete ja normaalsete täiskasvanute populatsioonides

Variant	Identifitseerimise kriteerium		Näolõhede- ga haiged n = 46, n ₁ = 92 ♂ 26, ♀ 20	Normaalsed täiskasva- nud n = 204, n ₁ = 408 ♂ 102, ♀ 102
	suurus	fluorestsentsi laad		
Yq+	19 < Y ≤ 18	suurenenud mõõtmetega briljantselt fluorestseeruv vööt pika õla distaalses osas	0,077	0,054
Yq—	Y ≤ 21	vähenenud mõõtmetega briljantselt fluorestseeruv vööt pika õla distaalses osas	0,038	0,079
17ph+	h ≥ 2/3p	negatiivne fluorestsents	0,011	0,010
9qh+		negatiivne fluorestsents	0,032	0,030
13p13			0,032	0,015
14p13			0,011	0,036
15p13	p13 ≥ p11	briljantne fluorestsents	0,043	0,081
21p13			0,011	0,046
22p13			0,054	0,029
inv 3p11q11		briljantselt fluorestseeruv vööt lühikese õla proksimaalses osas	0,022	0,026
3q11 mar		suurenenud mõõtmetega briljantselt fluorestseeruv vööt	0,054	—
13p11 mar		suurenenud mõõtmetega briljantselt fluorestseeruv vööt	0,021	—

n₁ = homologsete kromosoomide arv



Joonis 1. Markerkromosoomid uuritud haigetel.

I. E ja G rühma kromosoomid ja normaalse suurusega Y-kromosoom.

II. E ja G rühma kromosoomid ja väike Y-kromosoom (Yq-).

III. E ja G rühma kromosoomid ja pikk Y-kromosoom (Yq+).

IV. 9. kromosoomipaar kolmelt eri haigelt: a) ja b) pikenenud sekundaarsoonisega 9. kromosoom (9qh+), c) normaalne 9. kromosoomipaar.

V. D rühma kromosoomid. 13. kromosoomil suurenenud satelliidid (13p13).

VI. D rühma kromosoomid. 13. kromosoomil suurenenud paratsentromeerne vööt (13p11 mar).

VII. G rühma kromosoomid. 22. kromosoomil suurenenud satelliidid (22p13).

VIII. 3. kromosoomipaar kolmelt eri haigelt: a) invertteerunud paratsentromeerne vööt ühel homoloogil (inv. 3p11q11), b) normaalne kromosoomipaar, c) suurenenud mõõtmega paratsentromeerne vööt ühel homoloogil (3q11 mar).

terogeenne rühm haigeid, kelle vaimsete võimete tase varieerus normaalsest imbetsilsuseni. Neil esinesid mitmesugused kehalised mikro- ja makroanomaaliad, nagu jäsemete arenemisdefektid, südamerikked, mitmesugused düs-

plaasiatena iseloomustatavad kehalised mikrodefektid.

Kromosoomide uurimise lümfotsüütide kultuurist saadud preparaatidest (5), mis olid valmistatud õhus või leegil kuivatamise teel. Kõigil haigetel uurisime kromosoomide fluorestsentsimeetodil mikroskoobiga ML-2, olles eelnevalt värvunud kromosoomide 0,005% -lises propüülakrihiinipriidilahuses 0,067 M fosfaatpuhvril pH 6,0 juures. Igal haigel pildistasime 2...3 sobivat metafaasplaati ja valmistasime neist karüogrammid. Kui mõne haige puhul tekkis kahtlus kromosoomianomaalia suhtes, rakendasime kromosoomide kordusanalüüsil ka Giemsa-vöötide meetodit Seabrighti järgi (10).

Uurimistulemused ja arutelu. 39 haigel oli kohe algul fluorestsentsimeetodil võimalik välistada kromosoomianomaalia olemasolu, 7 haigel aga võtsime ette kromosoomide täpsema uurimise Giemsa-vöötide meetodil, uurides igaühel neist lisaks veel 50 rakku mikroskoobis ja karüotüpeerides 4...5. Kõigil seitsmel juhul ei leidnud kahtlus kinnitust ja me väidame, et kromosoomianomaaliaid uuritud haigetel ei ole. Kromosoomivariante hindasime karüogrammide järgi, lähtudes nende identifitseerimisel tabelis 1 esitatud kriteeriumidest (vt. ka joonis 1). Selle rühma uuritavatele on võrdluseks toodud andmed ka vastavate variantide esinemissageduse kohta tervete täiskasvanute populatsioonis (vt. tabel 1).

Võrreldud rühmade vahel ei ole variantide sageduses statistiliselt olulisi erinevusi. Tabeli andmed näolõhedega haigete kohta on summeeritud, sest isoleeritud ja mitteisoleeritud näolõhedega haigete rühmade vahel ei ole mingeid statistiliselt olulisi erinevusi ei kromosoomivariantidega juhtude (esimeses rühmas 41,2% ja teises rühmas 37,9%) ega üksikute variantide esinemissageduses.

Et näolõhedega haigete rühm kromosoomivariantide esinemissageduse poolest tervikuna ei erinenud tervetest ega olnud ka mingeid olulisi erinevusi selle näitaja osas isoleeritud näolõhedega

haigete rühma ning teiste kehaliste ja vaimsete defektidega kombineeritud näolõhedega haigete vahel, siis arvame, et näolõhesid esilekutsuvate geenide avaldumine ei ole oluliselt mõjutatud kromosoomivariantide esinemisest neil haigeil.

KIRJANDUS: 1. *Atkin, N. B.* Br. Med. J., 1977, 1, 358—360. — 2. *Birth Defects: Original Article Series*, 1969, V, 5. — 3. *Craig-Holmes, A. P., Moore, F. B., Shaw, M. W.* Am. J. Hum. Genet., 1973, 25, 181—193. — 4. *Hienz, H. A.* Chromosomen-Fibel. Stuttgart, 1971. — 5. *Mellman, W.* In: Human Chromosome Methodology. New-York, London, 1965. — 6. *Mikelsaar, A.-V., Tüür, S., Käosaar, M.* Humangenetik, 1973, 20, 89—101. — 7. *Mikelsaar, A.-V., Käosaar, M., Tüür, S., Viikmaa, M., Talvik, T., Lääts, J.* Humangenetik, 1975, 26, 1—23. — 8. *Pfeiffer, R. A.* Karyotyp und Phänotyp der autosomalen Chromosomenaberrationen beim Menschen. Jena, 1968. — 9. *Schwarzacher, H. G., Wolf, U.* Methods in Human Cytogenetics. Berlin, Heidelberg, New-York, 1974. — 10. *Seabright, M.* Chromosoma (Berl.), 1972, 36, 204—210.

11. *Захаров А. Ф.* Хромосомы человека. М., 1977.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia
kateeder

UDK 616.005.4+616.124.2.072.7

EKSTRASÜSTOLIJÄRGNE POTENTSEERUMINE VASAKU SÜDAMEVATSASE KONTRAKTSIOONIHÄIRETE PÕRDUVUSE HINDAMISEL

JAAN EHA AHTO LEISSOO TARMO SERKA
TARTU
OLEV LUHA TALLINN

südame isheemiatõbi, ekstrasüstolijärgne potentseerumine, asünergia, kontraktsioonihäirete pöorduvus

Südamelihase asünergiliste alade varjatud kontraktsioonivõime (reservi) kindlakstegemine on oluline isheemiatõbe põdejaile ravitaktika määramisel (2).

Nitroglütseriintesti kõrval on vasaku südamevatsakese kontraktsioonihäirete reversiibluse määramiseks kasutusel ka ekstrasüstolijärgse kontraktsiooni hindamine (1, 3, 4, 8, 10). Meetodi informatiivsust kinnitab see, et on leitud tihe seos ekstrasüstolijärgse potentseerumise aegsete ning müokardi revaskulariseerimise järgsete asünergiliste alade muutuste vahel (7, 9). Kodumaises kirjanduses ei ole meile teadaolevaid töid ekstrasüstolijärgse potentseerumise (PESP) kasutamise kohta vasaku südamevatsakese ventrikulograafia informatiivsuse tõstmiseks. Seetõttu seadsime kirjutise eesmärgiks tutvustada mainitud funktsionaaldiagnostilise meetodi võimalusi kroonilise koronaarpuudulikkuse korral.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Töös on analüüsitud 62 meessoost haige vasaku südamevatsakese asünergiliste muutustega ventrikulogramme, millel oli võimalik hinnata siinusrütmis toimunud kontraktsioone, ning esimest siinusrütmis toimunud tsüklit pärast angiograafia ajal tekkinud ekstrasüstoleid (kompensatoorne paus $\geq 1,5$ R-R-intervalli).

Uuritavate keskmine vanus oli $49,3 \pm 1,9$ aastat. Nad kõik olid saadetud Tartu Kliinilise Haigla kardio- ja koronaarkirurgiaosakonda, et välja selgitada südame isheemiatõve kirurgilise ravi võimalus.

40 patsienti olid varem põdenud müokardiinfarkti, ülejäänud 22-l esines tüüpiline pingutusstenokardia. Kõigil uurituil tehti vasaku südamevatsakese ventrikulograafia ja selektiivne koronarograafia, mille meetodikat oleme varem kirjeldanud (5, 6, 11). Koronarograafiliselt selgitasime, et kõigil patsientidel oli vähemalt üks pärgarteriharu ahenenud üle 50% valendikust. Mõlema rühma uuritavatel oli vatsakese siinusrütmis toimunud kontraktsioon asünergiline.

Haiged jaotati kahte rühma: I rühma kuulusid 22 uuritavat, kelle anamneesis müokardiinfarkti ei olnud, II rühma kuulusid 40 müokardiinfarkti põdenut. Tulemused on esitatud tabelites 1 ja 2.

Tabel 1. Vasaku südamevatsakese asünergia muutumine I ja II rühmas

Rühm	Asünergia vorm	Normo- kineesia	Hüpo- kineesia	Akineesia	Düskineesia
I n=22	Siinusrütm	-	17	5	-
	PESP-				
	tsükkel	14 + 1	3 + 2	2	-
II n=40	Siinusrütm	-	11	21	8
	PESP-				
	tsükkel	5 + 3	6 + 7	11 + 1	7

* Nooltega on näidatud uuritute arv, kellel asünergia normaliseerus või läks ühest vormist üle teise.

Analüüs ja arutelu. Ekstrasüstoli-järgse potentseerumise toime vasaku südamevatsakese asünergiasse ning pumbafunktsioonisse ei ole täpselt teada. Oluliseks tuleb seejuures pidada toimet Frank-Starlingi mehhanismi kaudu (7). Ekstrasüstolile järgnev kompensatoorne paus võimaldab südamevatsakesel täituda pikema aja kestel, millest on tingitud ka südameõõne täitumine suurema mahuni kui siinusrütmis. Tekkinud suuremale vatsakese seina venitusele peab eeltoodud mehhanismi alusel järgnema ka enam väljendunud kontraktsioon.

Selle mehhanismi kasuks räägivad ka käesoleva uurimise tulemused: mõlema rühma haigetel suurenes usaldusväärselt vasaku südamevatsakese maht diastolis, vastavalt 22,1 ja 21,3 ml, tõepäraselt suurenesid ka pikkade ja pooltelgede süstoolse lühenemise näitude keskmised (vt. tabel 2). Tuleb arves-

tada ka seda, et kompensatoorse pausi ajal langeb aordis diastoolne rõhk, tänu millele toimub ekstrasüstolijärgne kontraktsioon madalama järelkoormuse tingimustes kui siinusrütmi korral.

Tingituna väiksemast järelkoormusest on ka vere väljutamine vasakust vatsakesest kergem. Mõlemad eeltoodud tegurid ilmselt soodustavad kontraktiilsuse suurenemist, tõstavad kontraktsiooni amplituudi ning põhjustavad kontraktsiooni aktiveerumist (1).

Põhiliselt nende mehhanismidega seletatakse ka vasaku vatsakese kontraktsiooni paranemist seal, kus funktsioonivõimelist südamelihast on veel säilinud. Tänu sellele informatsioonile leiab ekstrasüstolijärgne potentseerumine kui test kasutamist müokardi revaskulariseerimise tulemuste prognoosimisel ning ka operatsioonitaktika valikul (7). Kuid erinevalt nitroglütseriini toimest toimub ekstrasüstolijärgse potentseerumise korral ka märgatav normokineetiliste alade kontraktsiooni amplituudi tõus.

Tulemustest nähtub, et ekstrasüstolijärgse potentseerumise tsüklile on iseloomulikud vasaku vatsakese diastoli lõpu mahu suurenemine (I ja II rühmas vastavalt 22,1 ja 21,3 ml), süstoli lõpu mahu vähenemine (9,7 ja 5,8 ml), väljutusfraktsiooni suurenemine (15,3 ja 10,4%). Usaldusväärselt rohkem lühenevad keskmiselt ka pikad ja poolteljed.

Tabel 2. Vasaku südamevatsakese pumbafunktsiooni näitajad siinus- ja PESP-kontraktsiooni ajal

Rühm	Näitaja	Vasaku vatsakese maht diastolis (V _D)	Vasaku vatsakese maht süstolis (V _S)	Väljutusfraktsioon (VF)	Vasaku vatsakese asünergia indeks (VSVAI)	Akontraktilse ala suurus (%) (AAS)	Pooltelgede keskmine lühenemine (%) (x SLN pool)	Pikkade telgede keskmine lühenemine (%) (x SLN pikad)
I n=22	Siinusrütm	111,6±7,8	50,2±4,9	54,5±1,9	3,2±0,3	3,0±1,4	30,8±1,4	25,9±1,3
	PESP-tsükkel	133,7±8,1*	40,5±4,4*	69,8±2,4*	1,1±0,4*	1,4±2,2*	45,0±2,2*	38,1±2,0*
II n=40	Siinusrütm	123,0±5,4	67,9±4,7	46,6±1,9	5,9±0,5	12,6±1,7	25,2±1,0	20,9±0,8
	PESP-tsükkel	144,3±5,8*	62,1±4,5	57,0±2,2*	3,5±0,4	6,7±1,3	33,8±1,4*	29,7±1,4*

* statistiliselt tõepärane erinevus, võrreldes siinusrütmis toimunud kontraktsiooniga (P < 0,05)

Kuigi üks põhilisi ekstrasüstolijärgse potentseerumise toime tugevuse eeldusi — V_D suurenemine — I ja II rühmas usaldusväärselt ei erine, on asünergia pöördumus erisugune. Seda võib pidada kinnituseks seisukohale, et kontraktsioonihäirete pöördumus ei ole määratud mitte mõju tugevusega (vatsakese venitatus), vaid müokardi seisundiga asünergilistes alades. Sellega tõestub ka asünergia reversiibluse määramise otstarbekus müokardi seisundi hindamisel.

Nagu nitroglütseriintesti korral, nii on ka ekstrasüstolijärgse potentseerumise puhul kõige sagedamini reversiibel vorm hüpokineesia (vt. tabel 1): normaliseerumisprotsent I rühmas 87,4, II rühmas 45,5.

Akineesia normaliseerumist võib täheldada harvem: I rühmas viiest ühel ning II rühmas 21-st kolmel. Oluline on, et ekstrasüstolijärgse potentseerumise toime muutub akineesia küllalt sageli (I rühmas kahel ja II rühmas 7 patsiendil) kergemaks asünergiavormiks — hüpokineesiaks. Ühel patsiendil täheldasime ekstrasüstolijärgse potentseerumise tsükli ajal düskineesia üleminekut akineesiaks. Uuritud kontingendi andmetest selgus, et potentseerumise toime asünergia normaliseerub 37,1% -l ning läheb üle kergemasse vormi 14,5% -l patsientidest; I rühmas vastavalt 68,2% ja 9,1%, II rühmas 20,0% ja 20,0% (vt. tabel 1).

Seega ilmneb seaduspärasus, et müokardiinfarkti põdenutel normaliseerub asünergia üle kolme korra harvem kui neil, kes seda põdenud ei olnud.

Samalaadset seaduspärasust oleme kirjeldanud ka nitroglütseriintesti kasutamise korral (5). Seega annavad mõlemad meetodid asünergia pöördumise kohta ligilähedast informatsiooni (10).

Arvestades reversiibluse määramise tulemusi I rühma uuritavatel ning nende tihedat seost vasaku vatsakese funktsiooni muutustega pärast edukat operatsiooni, tuleb otstarbekaks pidada müokardi revaskulariseerimist enne müokardiinfarkti teket.

Oluline on, et ekstrasüstolijärgse potentseerumise toime vähenevad südamelihase akontraktiilsed alad (vt. tabel 2), seega võimaldab meetod täpselt määrata piiri armkoe ja potentsiaalselt kontraktsioonivõimelise südamelihase vahel. Seda informatsiooni tuleb müokardi revaskulariseerimise ning aneurüsmektomia plaani koostamisel samuti oluliseks pidada.

Järeldused.

1. Ekstrasüstolijärgse potentseerumise määramise teel on võimalik vasaku südamevatsakese pöörduvate kontraktsioonihäirete esinemine kindlaks teha 51,6% -l koronaarskleroosi juhtudest.

2. Vasaku vatsakese kontraktsioonihäired normaliseeruvad ekstrasüstolijärgse potentseerumise toime 3,4 korda harvem neil, kes on põdenud müokardiinfarkti, kui neil, kes seda põdenud ei ole.

3. Ekstrasüstolijärgse potentseerumise määramine annab nitroglütseriintestiga sarnast informatsiooni vasaku südamevatsakese ventrikulograafia tundlikkuse tõstmisel.

KIRJANDUS: 1. Banka, V. S., Bodenheimer, M. M., Shah, R., Helfant, R. H. *Circulation*, 1976, 53, 4, 632—637. — 2. Bodenheimer, M. M., Banka, V. S., Hermann, G., Trout, R. G., Pashdar, H., Helfant, R. H. *Circulation*, 1976, 53, 5, 792—796. — 3. Dyke, S. H., Cohn, P. F., Gorlin, R. *Circulation*, 1974, 50, 4, 694—699. — 4. Dyke, S. H., Urschel, C. W., Sonnenblick, E. H., Gorlin, R., Cohn, P. F. *Circ. Res.*, 1975, 36, 4, 490—497. — 5. Eha, J., Leissoo, A., Haavel, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 6, 483—487. — 6. Eha, J., Leissoo, A., Maaros, J., Luha, O. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 2, 131—134. — 7. Hamby, R. I., Aintablian, A., George, B. C., Wisoff, G., Hartstein, M. L. *Circulation*, 1975, 51, 3, 428—435. — 8. Klausner, S., Ratshin, A., Parmley, W. *Circulation*, 1976, 54, 4, 615—623. — 9. Popio, K. A., Gorlin, R., Bachtel, D., Levine, J. A. *Am. J. Cardiol.*, 1977, 39, 7, 944—953. — 10. Schwartz, F., Eusslen, R., Thormann, J., Sesto, M. *Br. Heart J.*, 1977, 39, 1, 44—52. — 11. Эха Я. Э. Вестн. рентгенол. радиол., 1978, 5, 63—65.

Tartu Kliiniline Haigla
TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut
TRÜ arstiteaduskonna raviosakond
Tallinna Kiirabihaigla

TIAMIINDIFOSFAATI SISAL- DAVATE ENSÜÜMIDE AKTIIVSUS ÄGEDAT PNEUMOONIA JA BRONHIITI PÕDEVATEL VARA- EALISTEL LASTEL

LEA BOSTON · TARTU

ensüümide aktiivsus, transketolaas, püruvaatdehüdrogenaas, äge pneumoonia, äge bronhiit, viirusnakkus, varaealised lapsed

Tiamiindifosfaati (koensüümi) sisaldavad transketolaas ja püruvaatdehüdrogenaas on ensüümid, mis on paljudes kudedes ja mis võtavad osa süsivesikuainevahetusest. Transketolaas on pen-toosfosfaaditsükli võtmeensüüm glükoosi otsesel oksüdatiivsel lagundamisel.

Kirjanduse andmed erütrotsüütide transketolaasi aktiivsuse kohta pneumooniat põdevatel lastel on erisugused. A. Gratšova (4) sedastas 10 kuu kuni 14 aasta vanustel ägedat pneumooniat põdevatel lastel transketolaasi aktiivsuse tõusu, O. Lassitsa (5) aga imikutel selle langust.

Seadsime eesmärgiks kindlaks teha erütrotsüütide transketolaasi ja vere püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsuse ägedat pneumooniat ja bronhiiti põdevatel varaealistel lastel. Uurituteks oli 68 ägedat pneumooniat ja 38 ägedat bronhiiti põdevat ühe kuu kuni kolme aasta vanust last, keda raviti Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas. Ägedat peenekoldelist kopsupõletikku põdesid 50, koldelist seitse ja interstitsiaalset kopsupõletikku 11 last. Esimene kord määrati transketolaasi aktiivsus haiguse ägedal perioodil, 3...11. haiguspäevani, teine kord haiguse vaibeperioodil, kaks nädalat pärast esimest määramist. Erütrotsüütide transketolaasi aktiivsus määrati Brunsi (2) ja vere püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsus Gubleri (3) meetodil.

Tulemused. Vere transketolaasi aktiivsuse norm eri autorite järgi, kes kasutasid erisugust määramismeetodit,

kõigub suuresti. Oma normi määrasime tervetel, kellel B₁-vitamiini kogus oli küllaldane. 33 tervel ühe kuni 34 kuu vanusel lapsel oli transketolaasi aktiivsus $6,9 \pm 0,1$ μ mool/miljard/t., $\delta = 0,4$; kõikumine 5,7...8,0. Normiks pidasime aktiivsuse keskmist suurust $M \pm \delta$, mis võrdus $6,9 \pm 0,4$ μ mool/miljard/t.

Selgus, et ägeda pneumoonia ja bronhiidi öitseperioodil oli 106 haigest 55-l (52%) transketolaasi aktiivsus tõusnud. Transketolaasi aktiivsus oli langenud 106 uuritust ainult 15-l (14%). Nii aktiivsuse tõusu kui ka languse sageduses ägeda pneumoonia ja bronhiidi puhul olulist erinevust ei ilmnenud ($P > 0,05$). Peenekoldelise pneumoonia öitseperioodil oli keskmine transketolaasi aktiivsus oluliselt kõrgem ($7,7 \pm 0,1$) kui interstitsiaalse pneumoonia korral ($6,8 \pm 0,2$; $P < 0,05$). Transketolaasi aktiivsus sõltus viirusnakkusest, mille taustal äge pneumoonia või bronhiit arenes. Haiguse öitseperioodil oli gripposse infektsiooni ($7,6 \pm 0,1$) puhul transketolaasi aktiivsus tunduvalt kõrgem kui adenoviiruseinfektsiooni ($7,1 \pm 0,2$) ja RS-viirusnakkuse korral ($7,2 \pm 0,1$; $P < 0,05$). Ilmnes transketolaasi aktiivsuse sõltuvus maksa mõõtmest. Mõõtmete puhul 3 cm ja üle selle allpool roidekaart ($8,2 \pm 0,3$) ning maksa normaalmõõtmete puhul ($7,0 \pm 0,1$) oli erinevus statistiliselt oluline ($P < 0,05$). Transketolaasi aktiivsus sõltus ka haiguse kestusest: seitsmel esimesel haiguspäeval ($7,7 \pm 0,1$) oli ta oluliselt kõrgem kui kümnendal haiguspäeval või hiljem ($7,2 \pm 0,1$; $P < 0,05$). Seejuures transketolaasi aktiivsus ei sõltunud temperatuuri tõusust, koduse ravi ajal kasutatud mikroobidevastastest ega tiamiinravist.

Kolmekümne transketolaasi kõrge aktiivsusega kopsupõletikujuhu võrdlus viieteistkümne madala aktiivsusega juhuga näitas, et esimese rühma haiged, kellest enamik ei viibinud lastekollektiivis, olid enne kõnesolevat haigestumist põdenud harvem, mitmesuguseid tüsistusi ja reinfektsioone kaasnes neil samuti harvem. Harva põdesid nad ka pärast käesolevat haigestumist.

Haiguse vaibeperioodil esines transketolaasi aktiivsuse tõus $\frac{2}{3}$ -l ja langus $\frac{1}{12}$ -l juhtudest.

Kirjanduse andmeil võib transketolaasi aktiivsuse tõusu pidada organismi adaptatsiooni kaitsereaktsiooniks (6). Kõrgemat ensüümi aktiivsust grippoosse nakkuse juhtudel võib seostada haiguse raskema kuluga ja ka organismi tugevamate kaitsereaktsioonidega. Transketolaasi aktiivsuse tõusu peenekoldelise pneumoonia puhul, võrreldes interstitsiaalse pneumooniaga, saab seletada samuti organismi kompensatoorsete kohanemisreaktsioonidega, sest peenekoldelised pneumooniad kulgesid raskemini kui interstitsiaalsed. Transketolaasi suhteliselt kõrgem aktiivsus maksa suurenemise korral on seletatav vere ensüümide kiire sünteesiga parenhümatossete elundite kahjustuse puhul.

Transketolaasi aktiivsuse tõusu ägeda pneumoonia ja bronhiidi juhtudel võib meie arvates seostada nelja teguriga, mis võivad toimida üheaegselt: 1) pentoositsükli aktiveerumine kui kompensatoorne protsess, mis on vajalik süsivesikute ökonoomseks kasutamiseks organismis; 2) vere rakuprofiili muutumine nende vormide ülekaalus olekuga, millel on kõrge transketolaasi aktiivsus; 3) pentoosfosfaatide kõrge produktsioon, mis on vajalik eriti nukleotiidide ja nukleiinhapete biosünteesiks; 4) ühildumine samaaegselt muutunud dehüdrogenaasi reaktsioonidega. Kirjanduse andmeil on erütrotsüütide transketolaasi aktiivsus vastastikusel seoses heksoosfosfaatide dehüdrogenaasidega (7).

Transketolaasi aktiivsuse määramine ägedat pneumooniat ja bronhiiti põdevatel lastel on praktiliselt tähtis pentoosfosfaaditsükli ensümaatilisi reaktsioone stimuleerivate ning adaptatsiooni kaitsejõude mobiliseerivate vahendite (kokarboksülaas, vitamiinid B₂, B₆, B₁₂, foolhape, glükoos, pepsiin ja pankreatiin) kasutamise seisukohalt. Arvestades seda, et transketolaasi aktiivsuse väljaselgitamine on küllalt tüümahukas, ei soovita me teda määrata

igal haigel. Lastel, kellel on transketolaasi aktiivsus kas normaalne või madal, kulgeb haigus raskemal kujul, lapsed haigestuvad sagedamini. Mainitud vahendite kasutamine kiirendab haige tervenemist.

Ägedat pneumooniat põdevatel lastel määrati ka teise tiamiindifosfaati sisaldava ensüümi, nimelt püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsus. Vere püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsuse normi määrasime 10 tervel 12...23 kuu vanusel lapsel. Tervetel lastel, kellel tiamiini kogus on küllaldane, oli püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsus $0,21 \pm 0,02$ üh., $\delta = 0,05$; kõikumus $0,14 \dots 0,27$. Normiks pidasime keskmist püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsust $\mu \pm \delta$, s. o. $0,21 \pm 0,05$ üh.

Ägedat pneumooniat põdevate samavanuste laste keskmine püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsus oli haiguse öitseperioodil $0,15 \pm 0,02$ üh. ($P < 0,05$). 15 uuritust oli see üheksal langenud, kahel tõusnud ja neljal normi piires. Vaibeperioodil oli keskmine püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsus $0,16 \pm 0,01$ üh. Aktiivsuse näitajad haiguse öitse- ja vaibeperioodil oluliselt ei erinenud ($P > 0,05$).

Püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsuse langust ägeda pneumoonia puhul võib seostada oksüdatiivsete protsesside aeglustumisega, eriti aga püruvaatdehüdrogenaasi reaktsiooni pidurdumisega kudedes.

Transketolaasi ja püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsuse võrdlemisel haiguse öitse- ja vaibeperioodil ei olnud võimalik sedastada nende muutuste omavahelist seost.

Seega ägedat pneumooniat ja bronhiiti põdevatel lastel oli haiguse öitseperioodil transketolaasi aktiivsus tõusnud $\frac{1}{2}$ -l juhtudest ja püruvaatdehüdrogenaasi aktiivsus langenud $\frac{2}{3}$ -l juhtudest. Transketolaasi aktiivsus sõltus pneumoonia tüübist ja viirusnakkusest, mille taustal pneumoonia arenes, ning haiguse kestusest. Sageli ning raskelt põdevate laste puhul on tervistumise kiirendamiseks vaja kasutada pentoosfosfaaditsükli ensüümireaktsioone stimuleerivaid vahendeid.

KIRJANDUS: 1. Brin, M. JAMA, 1964, 187, 762—766. — 2. Bruns, F. H. Biochem. Zeitschr., 1958, 330, 497—508. — 3. Gubler, C. J. J. Biol. Chem., 1961, 236, 3112—3120.

4. Грачева А. Г. Педиатрия, 1969, 48, 12, 76—77. — 5. Ласица О. И. Педиатрия, 1969, 48, 8, 66—67. — 6. Островский Ю. М. В кн.: Тиамин. Минск, 1971, 119. — 7. Островский Ю. М. Активные центры и группировки в молекуле тиамин. Минск, 1975. — 8. Хмелевский Ю. В. Обмен тиамин и активность тиаминных ферментов в организме при некоторых гипоксических состояниях. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Киев, 1967.

TRÜ arstiteaduskonna pediatría
kateeder

UDK 618.2:616.637+618-008.6

UROINFEKTSIOON JA HILISTOKSIKOOS KUI RASEDUSE TÛSISTUS

MAIMU LAIDNA HILJA JALVISTE TARTU

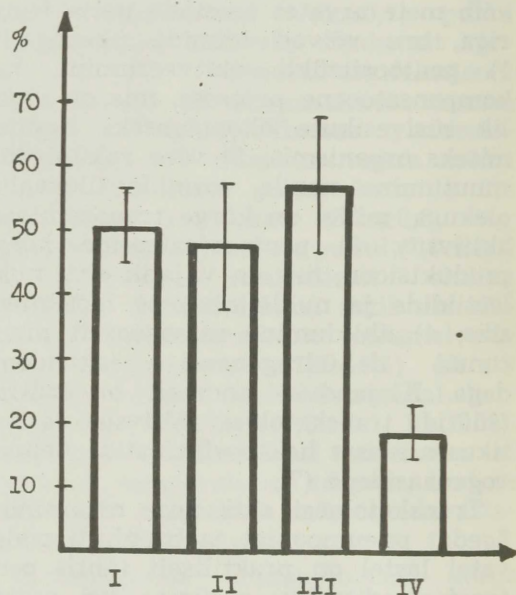
asümptoomne ja sümptoomne bakteriuria rasedail, hilistoksikoosid, ravi tulemused

Bakteriuriat raseduse ajal käsitletakse infektsiooni tunnuseks. Uroinfektsiooni korral ületab mikroobide arv tavaliselt 100 000 1 ml uriinis (3, 9). Vähemalt mikroobide hulka infektsiooni tunnuseks ei peeta. Bakteriuria võib olla põhjustatud kuseteede alumise osa infektsioonist, viimasel ajal aga on teda hakatud pidama neerukahjustuse tunnuseks (1, 5). Kõige sagedamad tekitajad on gramnegatiivsed mikroobid, kusjuures *Escherichia coli*'t leitakse 50...80%-l juhtudest (3). Kliiniliselt võib bakteriuria kulgeda püelonefriidi nähtudega või asümptoomselt latentse uroinfektsioonina, mida esineb 4...10%-l rasedaist (2, 3, 7). Asümptoomne bakteriuria võib jääda välia selgitamata, sest et naised tunnevad endid tervetena ja ka anamneesis puuduvad viited uroinfektsiooni kohta. Kirjanduse andmeil (4, 8, 10) etendab bakteriuria suurt osa ladesustoksikooside (hilistoksikoosi kaas-

mine kroonilistele haigustele) kujunemises, mis tüsistavad raseduse ja sünnituse kulgu.

Käesolevas töös on uuritud bakteriuria osa hiliste rasedustoksikooside arengus. Töö eesmärk oli: 1) välja selgitada uroinfektsiooni sagedus, tekke-aeg ja tekitajad; 2) jälgida hilistoksikoosi teket asümptoomse bakteriuria ja kliiniliselt väljendunud bakteriuria, s. o. kroonilise püelonefriidi korral ning võrrelda hilistoksikoosi teket selle tekkega rasedatel, kellel bakteriuriat raseduse ajal ei täheldatud; 3) kindlaks teha asümptoomse bakteriuria ravi mõju hilistoksikoosi tekkele ja kulule.

Varajaseks latentse uroinfektsiooni avastamiseks uuriti rasedaid bakteriuria suhtes igakordsel naistenõu-andla külastusel. Kokku uuriti 6908 rasedat, igauht keskmiselt 5,9 korda raseduse vältel.



Joonis. Raseduse hilistoksikoosi esinemis-sagedus bakteriuria korral ja kontrollrühmas: I — sümptoomideta ja sümptoomne bakteriuria kokku 50,86% (56,65...45,07%), II — sümptoomideta bakteriuria 48,25% (58,10...38,40%), III — sümptoomne bakteriuria 57,85% (68,44%...47,27%), IV — kontrollrühm 19,25% (23,26...15,33%).

Tabel 1. Hilistoksikoosi esinemissagedus rasedatel

Uuritute rühmad	Raseduse ajal		Sünnituse ajal		Puerpeeriumis	
	arv	%	arv	%	arv	%
1. Asümptoomne bakteriuria	138	48.25*	89	31.56*	42	15.1*
a) raseduse ajal ei ravitud						
b) raseduse ajal raviti	69	48.25*	59	41.84*	26	18.7*
2. Sümptoomne bakteriuria	69	48.25*	30	21.28*	16	11.4*
(krooniline põelonefriit)	70	57.38*	38	31.93*	19	16.2*
3. Kontrollrühm	107	19.85	51	9.46	24	4.5

* oluline statistiline erinevus

Tabel 2. Hilistoksikoosi raskusastmed

Uuritute rühmad	<i>Hydrops gravidarum</i>		<i>Hypertonia gravidarum</i>		<i>Nephropathia I staadium</i>		<i>gravidarum II staadium</i>		<i>III staadium</i>	
	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%	arv	%
1. Asümptoomne bakteriuria	69	24.13*	6	2.10	55	19.23*	7	2.45*	1	0.35
a) raseduse ajal ei ravitud	22	15.38	4	2.8	37	25.87*	5	3.5*	1	0.70
b) raseduse ajal raviti	47	32.87*	2	1.4	18	12.59	2	1.40	—	0
2. Sümptoomne bakteriuria (krooniline põelonefriit)	35	28.69*	2	1.64	31	25.41*	—	0	2	1.64
3. Kontrollrühm	54	10.02	12	2.23	39	7.24	2	0.37	—	0

* oluline statistiline erinevus

Tabel 3. Rasedusnädal uurimise ja ravi algul

Uuritute rühmad	Üldine arv	Statistiline näitaja	Rasedusnädalad			
			arvele-tulek	bakteriuria ilmumine	hilistoksi-koosi teke	bakteriuria ravi algus
1. Asümptoomne bakteriuria	286	$\bar{x}$	21.136	30.259	32.565	29.979
		$\pm m\bar{x}$	0.703	0.503	0.544	0.534
		$\pm s$	11.893	8.510	6.395	6.387
		$\pm u$	1.378	0.986	1.067	1.047
a) ei ravitud raseduse ajal	143	$\bar{x}$	26.196	32.524	33.899	
		$\pm m\bar{x}$	1.127	0.762	0.766	
		$\pm s$	13.473	9.116	6.360	
		$\pm u$	2.208	1.494	1.527	
b) raviti raseduse ajal	143	$\bar{x}$	16.077	27.993	31.232	29.979
		$\pm m\bar{x}$	0.596	0.603	0.745	0.534
		$\pm s$	7.129	7.206	6.191	6.387
		$\pm u$	1.168	1.181	1.487	1.047
2. Sümptoomne bakteriuria (krooniline põelonefriit)	122	$\bar{x}$	17.223	27.320	29.600	26.992
		$\pm m\bar{x}$	0.703	0.700	0.718	0.723
		$\pm s$		7.700	6.006	7.917
		$\pm u$	1.378	1.371	1.432	1.417

Bakteriuria väljaselgitamiseks kasutati nitrittesti Csokonay-Morvay (2, 6, 11) modifikatsiooni. See on sobivaim massilisteks uurimisteks, sest et bakteriuriaga ühel ja samal ajal võib määrata ka proteinuuriat. Analüüsideks võeti uriini keskmised portsjonid. Et selgusele jõuda, kas bakteriuria pole transitoorne ja põhjuseks ei ole muud infektsioonid, peeti nõu terapeudiga ning vajaduse korral konsulteeriti teisi spetsialiste.

Paralleelselt uuriti 218 rasedat, kasutades TTC-testi Williamsi-Simmons järgi. Mikroobide diferentsimiseks kasutati 194 rasedal mikrobioloogilist uriinikülvi, tehti antibiogramm ja loeti mikroobide arv.

Töö tulemused. Bakteriuria leiti 408 rasedal (5,5% -l uurituist).

Nendest oli bakteriuria asümptoomne 286 rasedal, kes isendid terveks pidasid. 122 naisel kulges bakteriuria kliiniliselt manifesteerunud püelonefriidi sümptomidega.

Asümptoomse bakteriuria korral raviti 143 naist, kellel raseduse vältel tehti 1...2 ravikuuri. Neid raviti peamiselt nitrofuraanirea derivaatidega ja vastunäidustuste korral antibiootikumidega. Ei ravitud 143 rasedat asümptoomse bakteriuria korral.

Kontrollrühm koosnes 539 rasedast, kes olid Tartu Naistenõuandlas arvel kogu raseduse vältel. Kõiki hilistokikoosse põdevaid rasedaid raviti raseduse ja sünnituse ajal ning pärast sünnitust.

Bakteriuria kujunes välja raseduse II trimestri lõpul või III algul. Bakteriuria korral tekkis hilistoksikoos 208 naisel (50,98%), kontrollrühmas aga 107 naisel (19,15%); erinevus on statistiliselt oluline.

Võib järeldada, et oluline statistiline erinevus on mõlema rühma haigetel, nii asümptoomse bakteriuria kui ka kliiniliselt manifestse bakteriuria korral (vt. joonis 1). Toksikoosi tekkesagedus esimese rühma haigetel ei olene bakteriuria ravist (vt. tabel 1). Sümptoomse bakteriuria ravimisel väheneb toksikoosi raskusaste statistiliste näitajate kohaselt ja toksikoosi üldine klii-

niline kulg on kergem (vt. tabel 2). Infektsiooni tekitaja on meie andmeil peamiselt *Escherichia coli*, 65,3% -l juhtudest.

Kokku võttes avastati bakteriuria 5,5% -l uuritud rasedaist, nimelt 6908-st 408 rasedal. Neist arenes hilistoksikoos 50,98% -l juhtudest. Bakteriuria korral tekkis hilistoksikoos enamasti III trimestri algul (vt. tabel 3).

Tulemuste analüüsist järeldub, et bakteriuria on suureks riskiteguriks raseduse ajal. Kompleksne bakteriuria ravi toksikoosi sagedust küll ei vähenda, kuid hilistoksikoosid võivad kulgeda kergemate vormidena.

KIRJANDUS: 1. Brumfitt, W., Percival, A. In: Progress in Pyelonephritis. Philadelphia, 1965, 118—128. — 2. Csokonay, L., Kirchknopf, M., Kardas, K. Z. gesamte inn. Med., 1964, 19, 12, 529—531. — 3. Kass, E. H. Trans. Assoc. Amer. Physicians, 1956, 69, 56—63. — 4. Kremling, H. Med. Klin., 1970, 65, 189—194. — 5. Laidna, M., Allik, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1973, 3, 399—402. — 6. Laidna, M., Jälviste, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1970, 2, 112—113.

7. Беккер К. М. Патология беременности. Л., 1970, 1975. — 8. Ковальчук Я. С. Вopr. охр. мат. и детства, 1971, 3, 50—51. — 9. Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Пиелонефрит. М., 1961. — 10. Сабельникова Т. И. О диагностике хронического пиелонефрита у беременных. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Казань, 1967. — 11. Яльвисте Х. И., Лайдна М. П. Лабор. дело, 1969, 3, 180.

Tartu Kliiniline Sünnitusmaja
TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja
günekoloogia kateeder

Filosoofia ja meditsiin

UDK 614.253

MEDITSIINILISE DEONTOLOOGIA MÕNINGAID NÜÜDISPROBLEEME

JURI SAARMA · TARTU

meditsiiniline deontoloogia, meditsiini spetsialiseerumine, meditsiiniline psühholoogia, meditsiini tehnifitseerumine, somatoterapia, psühhoteraapia, psühhoprofülaktika

Käsitledes NLKP XXV kongressil partei poolt kümnendaks viisaastakuks püstitatavaid põhiülesandeid, rõhutas L. Brežnev, et sotsiaalülesannete seas ei ole tähtsamat kui hoolitsus nõukogude inimeste tervise eest (1). Praegu elab ja töötab kogu meie maa kümnenda viisaastaku juhtidee — efektiivsuse ja kvaliteedi tõstmise — vaimus. Innustatuna oma kõrge kohusetundest otsivad tervishoiutöötajadki teid ning võimalusi rahvatervishoiu mõjuvuse ja kvaliteedi tõstmiseks. Esinedes teisel üleliidulisel meditsiinilise deontoloogia konverentsil, rõhutas NSV Liidu tervishoiuminister akadeemik B. Petrovski (2), et efektiivsuse ja kvaliteedi tõstmise üks põhilisi abinõusid tervishoius on meditsiinilise deontoloogia printsiipide laialdane ning süstemaatiline rakendamine meedikute argitoos.

Meditsiiniline deontoloogia — õpetus meditsiinitöötajate tegevuse otstarbekuse ning efektiivsuse printsiipidest — on laia haardega probleemide valdkond, mille pärisosad on arstiteaduse ideoloogilised kontseptsioonid, profülaktika ja ravi organisatsioonilised printsiipid, rahvatervishoiu strateegia ja taktika, tervishoiuala juriidilised

aspektid ning meditsiinitöötajate kutseetika põhimõtted. Seda kõike on laialdaselt käsitletud nõupidamistel ning erialases trükisõnas. Arstiteaduse kiire areng üldises teadus- ja tehnikarevolutsioonis aga on tõstatanud mõningaid kõikidele meedikutele olulisi kontseptuaalseid probleeme, millest on vähem räägitud. Järgnevas on neist mõnda puudutatud mõttevahetuse korras.

Meditsiini spetsialiseerumine. Eriala-teadmiste kiire kasv ja efektiivseks tegevuseks vajalike oskuste ning vahendite lakkamatu komplitseerumine toovad enesega paratamatult kaasa üha süveneva spetsialiseerumise. See on inimtegevuse kõikide valdkondade arengu seaduspärasus, milles ka meditsiin ei ole erand.

Kunagisest universaalsest sisemeditseinist on nüüd hargnenud rohkesti iseseisvaid erialasid: gastroenteroloogia, pulmonoloogia, nefroloogia, kardioloogia, hematoloogia, endokrinoloogia jne. Toonane üldhõlmav kirurgia on killustunud torako-, gastro-, kardio-, vazo-, uro-, artrokirurgiaks ja muudeks kirurgia eriharudeks. Samasugune diferentseerumine on toimunud ja üha süveneb kõikidel muudelgi kliinilistel erialadel.

Iga kitsa eriala ulatuses on diagnoosimis- ja ravivõtted ning -vahendid arenenud niivõrd tormiliselt ja niivõrd komplitseerituks, et isegi erialale pühendunud spetsialistil on raske arenguga sammu pidada. Hoopis võimatuks on muutunud see, et näiteks terapeut suudaks universaalselt vallata nüüdis-teadmisi kõikides teraapia eriharudes või et kirurg oleks tänapäeva tasemel kirurgia kõikides eridistsipliinides.

Spetsialiseerumine on hädavajalik. See on diagnoosimise, ravi ja profülaktika tõhustamise tulemus, arstiteaduse arengu oluline hoob. Kuid arengu dialektika printsiip kehtib ka siin.

Ei tohi silmi sulgeda tõsiasi ees, et meditsiini üha ulatuslikum spetsialiseerumine on kujunemas killustumiseks, kusjuures kitsaste erialade vaheline seos ning koostöö hakkavad järjest enam asenduma erialade autonoomsuse ning isoleeritusega. Igapäevaseks nä-

huks on saanud, et samaaegselt mitme haiguse all kannatav haige peab iga oma haiguse vastu abi otsima eri spetsialistilt.

Kitsa spetsialiseerumise üks ohtlikumaid tendentse on see, et spetsialistil kujuneb välja üha ahenev kontseptsioon haigest ja et tema suhtumises süveneb järjest enam organotroopne või koguni organofiilne hoiak, tema tähelepanu koondub aina rohkem ühele elundsüsteemile. Sellega seoses aga hakkab arsti teadvuses üha enam domineerima käsitlus haigest elundist, tagaplaanile tõrjutakse käsitlus individuaalsest haigest. Kahjuks kajastub arstide kutsealases käibekeeles tendents: räägitakse huvitavatest maksatsirroosi, klapirikke või muudest juhtudest, mitte aga haigest kui indiviidist.

Ikka ja jälle on kohane meenutada iidset reeglit, et iga spetsialist peab olema eelkõige arst, kellel on piisavalt teadmisi kõikides rüüdismeditsiini valdkondades, eriti aga orienteerumisevõime neis arstiteaduse põhidistsipliinides, mis võimaldavad mõista inimest kui integreeritud tervikut. Selle peab eelkõige andma arstide ettevalmistus kõrgkoolis, õppeplaanides tuleb rohkem ruumi jätta sünteesivatele õppeainetele. Väär on tendents, et kitsas spetsialiseerumine toimub üldmeditsiinilise ettevalmistuse arvel. Täienduskursuste programmi on vaja sisse võtta rohkem üldmeditsiinilisi põhiaineid, nagu üldpatoloogia, kliiniline patofüsioloogia jt. Kitsal erialal tegutsevate arstide seltside koostööd on vaja tihendada ning see regulaarseks muuta.

Inimese psüühiline isikupära etendab tähtsat osa haiguse patogeneesi ning eriti sanogeneesi moduleerimisel. Haige psüühilist individuaalsust ei ole võimalik eirata isegi haiguste korral, mis formaalselt on puhtsomaatilised, näiteks mehaanilised vigastused, ägedad nakkushaigused jms.

Haiguse sümptomaatika ja kulu mõistmiseks ning haige kaebuste hindamiseks on arstil vaja tunda haige isiksust. Seepärast peab iga meedik suutma orienteeruda normaalses psühholoogias

ja patopsühholoogias, isiksuse psühholoogilises diagnostikas ning meditsiinilises psühholoogias. Teadmised ja oskused võimaldavad arstil kohelda iga patsienti kui isiksust, tagavad haige tervikliku, sünteetilise diagnoosimise ja ravi.

Tänapäeva meditsiinipraktikas on vähemalt üks valdkond, mille tundmine kas või põhialuste ulatuses on tingimata vajalik igale arstile — see on meditsiiniline psühholoogia. Ilma selleta ei ole arstil võimalik suhelda oma patsiendiga kui individuaalse indiviidiga. Haige psüühilise olemuse puudulik tundmine ning sellele liiga vähe tähelepanu pööramine põhjustavad diagnoosivigu ja sellest sugenevalt ravi ebaadekvaatsuse.

Niisuguseid eksimusi on eriti sageli esinenud haigete puhul, kellel on mõdukas depressioon. Küllalt tihti kulgeb selline endo- või eksogeenne depressioon mitmesuguste somaatiliste vaevuste ülekaaluga. Meditsiiniterminoloogiasse on niisuguste juhtude tähistamiseks tulnud uus mõiste — larveeritud ehk maskeeritud depressioon. Somaatilised vaevused koonduvad tavaliselt mõnele elundile, ühel südamele, teisel maole, kolmandal suguelunditele. Niisugustele haigetele määravad eriarstid tihti uuringuid, kui aga mingigi objektiivne leid on olemas, määravad nad organotroopseid ravikuure. Ja alles pika aja järel, kui ravi ei ole loodetud tulemusi andnud, jõutakse otsusele, et tegemist on funktsionaalse häirega, s. t. et põhiline on haige psüühilis-emotsionaalne häire. Sellised eksikäigud diagnoosimises ja asjaliku raviga hilinemine on tingitud eelkõige sellest, et arst ei osanud mõista patsiendi psüühika eripära — tema meeoleolu, emotsionaalset reaktiivsust ega tema vaevuste psüühilist komponenti.

Praegu kehtivas arstide ettevalmistamise õppeplaanis on meditsiinilise üldpsühholoogia lühike kursus ja kõikide kliiniliste erialade õpetamisel nõutakse tähelepanu pööramist eriti meditsiinilise psühholoogia aspektidele. Kahjuks on see kõik liiga tagasihoid-

lik. Ettenähtud õppetunnid ei võimalda käsitleda psühhodiagnostika aluseid, õpetada psühhopatoloogilise uurimise meetodeid, anda tulevastele arstidele kogemusi haigete psüühiliste iseärasuste uurimiseks ning hindamiseks. Nende oskuste ja teadmisteta ei ole arsti ettevalmistus täielik, küll aga ühekülgne, kuivõrd õppeplaanis on ette nähtud somaatiliste uurimismeetodite üsnagi detailne teoreetiline ja praktiline õpetamine. Ilmne on vajadus suurendada meditsiinilise psühholoogia osa arstide ettevalmistamises, samuti spetsialiseerumise- ja täienduskursuste programmis.

Meditsiini tehnifitseerumine. Meditsiini spetsialiseerumine on lahutamatu seotud meditsiini tehnifitseerumisega. Arstiteadusesse on tulnud suurel arvul aina keerukamaid tehnilisi seadmeid, mida kasutatakse edukalt inimese tervise kontrollimisel, haiguste diagnoosimisel ja haigete ravimisel. Tänu nüüdistehnikale on tohutult kiirenenud ning palju täpsemaks muutunud laboratoorsete analüüside tegemine, röntgen- ning isotoopdiagnostika, keha eri piirkondade ja eri elundite haiguste süvadiagnoosimine. Raviprotseduurid on ohutumad ning mõjusamad. Suurepäraseid saavutusi on reanimatsiooni, anesthesioloogia ning kirurgilise tehnika alal. Polikliiniku ja haigla funktsionaalse diagnostika kabinetid, laboratooriumid, reanimatsioonikeskused, dialüüsilaboratooriumid, operatsiooniblokid on kujunenud tehniliste seadmete keerukateks kompleksideks, mille juhtimine nõuab kõrgelt kvalifitseeritud tehnikaspetsialiste ning koguni raale.

Komplitseeritud tehnika osatähtsuse suurenemine haigete uurimisel ning ravimisel suurendab samal ajal pidevalt tendentsi, et haige ja arsti vahetu, eriti psüühiline kontakt nõrgeneb. Otse-suhe arst—haige killustub ikka rohkem kaheks suhtlemishaardeks: arst—masin ja haige—masin. Selle tendentsiga seoses on kohane silmas pidada akadeemik J. Tšazovi hoiatust, et meditsiini tehnifitseerumine kätkeb meditsiini dehumaniseerumise ohu (3).

Meditsiini tehnifitseerumisega on seotud kaks olulist probleemi. Esiteks töötavad automaatseadmed statistiliste seaduspärasuste järgi, nad on häälestatud nn. normaalsele keskmisele diapasooni. On siiski inimesi, olgugi et suhteliselt harva, kelle individuaalne norm keskmise diapasooni ei mahu. Masin ei oska arvestada niisuguseid erandeid, tema programm ei võimalda seda. Sellest võivad sugeneda olulised diagnostilised või terapeutilised eksimused. Õige on akadeemik J. Tšazovi (3) väide, mille järgi ka kõige täiuslikum raal ei saa iialgi asendada arsti mõtlemist tema vahetus suhtlemises haigega.

Teine meditsiini tehnifitseerumise negatiivne külg on arsti ja haige inimliku kontakti nõrgenemine. Ürginimlik vajadus sotsiaalseks kontaktiks intensivistub haiguste korral veelgi. Igal haigel on otse vajadus suhelda vahetult arstiga, vajadus sõnaliseks ning emotsionaalseks kontaktiks asjatundjaga, kellelt ta loodab abi saada. Tehnifitseerumine põhjustab veel suuremal määral kui spetsialiseerumine patiensendi isiksuse osa hajumist arsti teadvuses. Seejuures huvitavad arsti eelkõige näidud, mida talle annavad masinad. Need on arsti jaoks usaldatavad, need on objektiivsed, neile tugineb ta julgesti nii diagnoosimisel kui ka ravis. Haige kaebused enesetunde üle ja tema tähelepanekud haiguse ilmingutest jäävad tagaplaanile kui subjektiivne uurimismaterjal, mida arst mõnikord täiesti ignoreerib.

Masin peab jääma üksnes täiendavaks informatsiooniallikaks. Süsteem arst—masin—haige võib funktsioneerida vaid lisakanalina arsti ja haige vahetu suhtlemise domineerimise taustal.

Somatoteraapia hegemoonia. Tänapäeva meditsiin on õigustatult uhke silmapaistvate saavutuste üle haigete ravimisel. Asendamatud ning väga mõjusad farmakonid, komplitseeritud ning tõhusad füsioteraapiameetodid, aina keerukam operatsioonitehnika kuni elundite siirdamiseni ja tehiselun-

dite kasutamiseni — see kõik on tänase meditsiini vaieldamatute saavutuste alus.

Käsi käes somatoterapia tohutute edusammudega on haigete ravikompleksis kahetsusväärset taandumas psühhoterapia osa. See tendents ilmneb nii meedikute kui ka haigete teadvuses. Enamik haigeid ei taha tänapäeval enam leppida sellega, kui arst tema tervist püüab taastada üksnes nõuanetega režiimi korrastamiseks või muude psühhoterapiavahenditega. Isegi niisugusel korral, kui need vahendid oleksid haige tervise taastamiseks täiesti piisavad, nõuab see haige tingimata ka mingi somatoterapiavõtte rakendamist.

Et suur osa somatoterapiavahenditeid on tõepoolest väga mõjusad, on ka arstide hulgas üldiselt levinud usk somatoterapiasse, tema kõikvõimsusse. Sageli on see usk irradieerunud ka vähese toimega ravi protseduuridele ning hõlmab ka niisuguseid haigusi, mille kujunemises kuulub keskne koht psühhogeeniale. Nii ongi kujunenud olukord, et haigetele ordineeritakse eelkõige ravimeid, määratakse protseduure või võetakse ette operatsioon, unarusse jättes psühhoterapia rikkalikud võimalused. Ometi on üldtuntud tõde, et näiteks ravimite määramisel on ligikaudu ühel kolmandikul juhtudest tegemist üksnes platseeboefektiga, s. t. psühhoterapeutilise (antud seoses: materialiseeritud e. vahendatud psühhoterapeutilise) toimega.

Somatoterapia hegemoonia tagajärjeks on ühelt poolt rahvatervishoiule eraldatavate vahendite ebaökoonoomne kasutamine, ravimite ning seadmete tarbetu raiskamine, mille all kannatab kogu rahvamajandus, teiselt poolt aga see, mis veelgi olulisem, et niisuguse teraapiastrateegia tulemusena jäetakse kasutamata aktiivse psühhoterapia avarad võimalused. See aga tähendab ravi ühekülsust, haige inimese rehabiliteerimisel psühholoogilis-emotsionaalse komponendi unarusse jätmist. Kõigele lisaks tähendab see haigetes passiivse hoiaku kujunemist oma hai-

guse ravimisse, oma tervise ning adaptatsioonivõime taastamisse. On ju psühhoterapia üks ülesandeid haige psühhilis-emotsionaalsete jõuvarude mobiliseerimine võitluseks haiguse vastu ja readaptatsiooni eest. Ükskõik millise haiguse paranemisel on oluline mitte üksnes haige elundi tervenemine, vaid inimese kui isiksuse terviklik readaptatsioon. Suurel määral just nende asjaolude tõttu ei saa ka tänapäevased psühhotroopsed vahendid, näiteks ülilaidlaselt kasutatavad anksiolüütikumid, asendada aktiivset psühhoterapiat.

Haiget ümbritsevad arstid, õed, hooldusõed, ravisutuse muu personal ning ravisutuse kogu psüühiline miljöö avaldavad temasse lakkamatult psühhilis-emotsionaalset toimet. See toime on alati olemas. Kui jätta psühhoterapeutilised mõjutused isevoolu hoolde, on sanogeneesiprotsess enamasti visa kuluga ning ka resultaati ei ole täielik. Arsti poolt ordineeritud parimagi toimega ravimi või protseduuri mõju võib annulleerida õe või sanitari mõni hoolimatu repliik, ravi efektiivsust võib tunduvalt vähendada ravisutuse räpatus jne. Üksnes ravisutuse kõiki psühhilis-emotsionaalselt mõjuvaid tegureid teadlikult ja sihipäraselt kasutades saab tõsta üldist terapeutilist efektiivsust. Ka kõige võimsamate somatoterapiavahendite rakendamise korral tuleb meele pidada, et nende tõhusus sõltub suuresti haige inimese psühhilisest toetamisest.

Mainimist väärib veel üks psühhoterapia spetsiaalne aspekt. Mitmete haiguste, nagu südame isheemiatõve, hüpertooniatõve, haavandtõve, migreeni puhul on psühhoterapias oluline osa haiguste sekundaarses profülaktikas, retsidiivide vältimises. Haigete asjalikult õpetatud psühhohügieenilised ja autopsühhoterapeutilised võtted, nagu relaksatsioon, autosugestioon, autogeenne treening, aitavad vähendada või täiesti vältida tormilisi reaktsioone emotsionaalse stressi korral ning sellega mõnikord ära hoida koguni haiguse fataalseid tagajärgi.

Iga arst peab tundma psühhoteraapia ning psühhoprofülaktika võimalusi ja vahendeid, valdama nende kasutamise võtteid ning suutma orienteeruda haige isiksuse iseärasustes. Kahjuks on arstide ettevalmistuse praeguses süsteemis sellele osale liiga vähe tähelepanu pööratud. Hädavajalik on, et nii arstide põhiettevalmistuses kui ka kõikidel spetsialiseerumis- ja täienduskursustel tunduvalt rohkem aega reserveeritaks psühhoteraapiale. See looks põhjaliku aluse meie sügavalt humanistliku meditsiini tõeliselt kompleksseks arenemiseks ning tagaks, et iga arst oleks tõeliselt inimlik arst igale oma inimlikule haigele.

KIRJANDUS: 1. Brežnev, L. NLKP Keskkomitee aruanne ning partei järjekordsed ülesanded sise- ja välispoliitika valdkonnas. Tln., 1976.

2. Петровский Б. В. Вступительное слово при открытии 2-й всесоюзной конференции по медицинской деонтологии. Москва, 20 декабря 1977 г. — 3. Чазов Е. И. В сб.: Проблемы медицинской деонтологии. М., 1977, 71—73.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

Ülevaated

UDK 616.12.311+616.12.314-02-07-08(047)

SÜDAME SIINUSSÖLME KAHJUSTUSE SÜNDROOM

KALJO VALGMA MART LINTSI TARTU

siinussõlme kahjustuse sündroom, etioloogia, patogenees, kliinik, diagnoosimine, ravi

Mõiste «siinussõlme kahjustuse ehk nõrkuse sündroom» hõlmab südame bradükardilisi ja tahhükardilisi rütmihäireid, mis on tingitud siinussõlme kahjustusest ning millega võivad kaasneda südame erutustekke- ja erutusjuhtesüsteemi teise lokalisatsiooniga kahjustusest põhjustatud rütmihäired (9, 21, 24). Ingliskeelses kirjanduses tuntakse nimetatud sündroomi «sick sinus syndrome» (16), harvem «bradycardia-tachycardia syndrome», «lazy sinus node syndrome», «sluggish sinus node syndrome», saksakeelses kirjanduses «der kranke Sinusknoten», «das Sinusknotensyndrom», «das Syndrom des kranken Sinusknoten», venekeelses kirjanduses «синдром слабости синусового узла», «поражение синусового узла» nimetuste all (2, 9, 13, 24, 28). Kuigi esimesed südame siinussõlme kahjustusi käsitlevad tööd olid ilmunud ligikaudu pool sajandit tagasi, oli B. Lown see, kes kuuekümnendate aastate algul südamekodade fibrillatsiooni raviks kardioversiooni kasutades summeeris sel puhul leitud siinussõlme funktsioonihäired sündroomiks, millele andis nimetuse «sick sinus syndrome». B. Lowni tööd jätkanud I. Ferrer (7, 8) esitas 1968. a. siinussõlme nõrkuse sündroomi peamised elektrofüsioloogilised ja elektrokardiograafilised tun-

Keskkonnakaitse põhiprogramm, mis on Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni tegevuse aluseks kuni 1983. aastani, kiideti heaks ÜTO Täitevkomitee 63. sessioonil 1979. aasta jaanuarikuus. Põhiprogramm koosneb neljast iseseisvast alaprogrammist, neist igaühel on konkreetsed eesmärgid ning tegevussuunad: keskkonnahügieeni planeerimine ja juhtimine; põhilised sanitaarabinõud; kahjulike keskkonnategurite väljaselgitamine ja nende kõrvaldamine; toiduainete ohutus. Edu eelduseks nende eesmärkide poole pürgimisel on ÜTO liikmesriikide sihi- ja järjekindel tegutsemine. Möödunud aastakümme on selgeks teinud, et sotsiaal-majanduslik areng ja väliskeskkonna puhtuse säilitamine ei ole omavahel vastuolus siis, kui kõik on kavandatud läbimõeldult ja õigesti, lähtudes rahvastiku tervise kaitsest.

Хроника ВОЗ, 1979, 9.

nused, millest lähtub enamik kirjeldatud probleemiga tegelevaid uurijaid. Need tunnused oleksid järgmised: 1) kliiniliselt väljendunud, pikkamööda või kiiresti tekkiv püsiv siinusbradükardia; 2) eri kestusega perioodilised siinusseseisused atriaalse, atrioventrikulaarse või ventrikulaarse asendusrütmi ja asüstoolia tekkega; 3) sinuaurikulaarne blokaad asendusrütmiga või ilma; 4) kodade virvendus aeglase ventrikulaarse rütmiga tingituna atrioventrikulaarsõlme samaaegsest kahjustusest; 5) siinusrütmi mittetaastumine pärast elektroversiooni.

Etioloogia ja patogenees. Siinussõlme düsfunktsiooni põhjuseks on siinussõlme kahjustust, enamasti orgaanilist kahjustust tekitavad haigused. Kõige sagedamini kahjustab siinussõlme südame isheemiatõbi (11, 24, 26), kusjuures vahetuks põhjuseks on siinussõlme arteri stenoos ja oklusioon ning siinussõlme isheemia. On leitud usaldusväärseid korrelatsioone koronograafilise leiu ja sinuatriaalse juhtivuse vahel (12), siinussõlmesündroomi ja siinussõlme arteri oklusiooni ning siinussõlme fibroosi vahel lahingul (15, 21). Samal ajal on leitud fibroosseid muutusi ka atrioventrikulaarsõlmes. Loomkatsetes on siinussõlme düsfunktsiooni õnnestunud esile kutsuda koronaarsiinuse ligeerimisega (26). Osa uurijate andmeil aga positiivne seos südame pärgarterite kahjustuse ja siinussõlme funktsiooni vahel puudub (6). Ägeda müokardiinfarkti puhul esinev siinussõlme kahjustus on tavaliselt taaspöörduv, kuid ligikaudu 5% -l südamekodade või -vatsakeste tagaseina infarkti põdevatest haigetest kujuneb välja taaspöördumatu siinussõlme nõrkuse sündroom (10).

Peale südame isheemiatõve võivad siinussõlme kahjustust põhjustada eri geneesiga müokardiidid, kardiomüopaatiad, difteeria, amüloidoos, hemokromatoos, kollageenihaigused, progresseeruv lihaste düstroopia, Friedreichi ataksia, gripp, südameoperatsioonid jm. Sündroomi perekondlikku esinemist seletatakse okluseerivate muutustega

siinussõlme arteris (7, 8), vähem usutavalt *n.vagus*'e toonuse tõusuga (3). Ravimite ja kehalise treeningu tagajärjel tekkinud bradükardiat siinussõlme kahjustuse sündroomiga ei seostata (7, 8, 26), kuigi noorte atleetide äkksurma korral on sageli ainsaks patoloogiliseks leiuks lahingul osutunud siinussõlme degeneratsioon (14).

Siinussõlme kahjustuse sündroomi põhjused eri autorite andmetel on esitatud tabelis 1.

Siinussõlme kahjustuse sündroomi on sagedamini kesk- ja vanemaealistel. Olulist soolist erinevust ei ole täheldatud, mida tõendavad ka tabeli andmed (vt. tabel 2).

Eespool nimetatud haigused põhjustavad põetikulisi, degeneratiivseid ja sidekoelisi muutusi siinussõlmes. Siinussõlme rakkude, esmajoones P-rakkude kahjustus pidurdab nende depolarisatsiooni ja kutsub esile automatismi aeglustamise, impulsside ülekande häirumise (*exit-block*) ja lõpuks auto-

Tabel 1. Siinussõlme kahjustuse sündroomi põhjused eri autorite andmeil

Põetud või põetav haigus	G. Härtel jt. (11)	V. Došitsin jt. (24)	J. Witte jt. (23)	H. Blömer jt. (2)
koronaar- haigus,	55	55		15
sellest põe- tud müokar- diinfarkt	19	20		6
kardiomüo- paatia	7			2
südameope- ratsioon	1			2
põetud dif- teeria	1		17	
reuma		9	3	5
hüpertüreos				3
hemokroma- toos				1
põetud kardiit	9	12		3
anamneesis põetud süda- mehaigust ei ole	9	12		3

Tabel 2. Siinussõlme kahjustuse sündroomi esinemissageduse seos vanuse ja soolise erinevusega

Vanus aastates	Juhtude arv	Sooline jaotuvus		Autor
		♂	♀	
20...86	90	1:	1,6	G. Härtel jt. (11)
58±11,4	52	15:	35	J. Witte jt. (23)
6...74	50	28:	22	J. Toyama (22)
35...83 (60% üle 60 a.)		27:	36	H. Blömer jt. (2)

matismi lakkamise. Automatismihäire võib kombineeruda ülejuhtehäiretega siinussõlmelt aatriumile või ka mujal erutusjuhtesüsteemis. Patoloogiliselt aeglustunud siinussõlme talitluse tagajärjel võivad kahjustatud südamekodades tavaliselt aktiveeruda ektoopilised erutuskolded või *re-entry*-mehhanismid ning põhjustada supraventrikulaarsete ekstrasüstolite, paroksüsmaalse tahhükardia või kodade virvenduse ja laperduse. Kõrge frekventsiga ektoopiliste kollete teke omakorda pärsib siinussõlme diastoolset depolarisatsiooni ja automatismi kuni siinusseiskuseni. Viimane ongi siinussõlme kahjustuse sündroomi puhul esinevate sümptomide, nagu iivelduse, peapöörituse ja lühiajalise teadvusetuse üks peamisi põhjusi. Tahhükardia ise põhjustab tavaliselt tagasihoidlikke vaevusi.

Kliiniline pilt. Siinussõlme kahjustuse sümptomid võivad olla selgelt väljendunud või vähe väljendunud, kas esineda pidevalt või ilmned perioodiliselt. Kergesti erutatavus, mäluhäired, unetus, periooditi tekkiv iiveldus, peapööritus ja lühiajaline teadvusetus on tingitud ajuvereringe häiretest perfusiooni vähenemise või südamest vabanevate embolite tagajärjel (2, 8). Bradükardia ja tahhükardia võivad põhjustada ka südame pärgarterite perfusiooni vähenemist ja müokardi isheemiat ning südamepuudulikkuse tekkimist või süvenemist siis, kui löögimahu suurenemisega ei ole võima-

lik kompenseerida bradükardiast tingitud minutimahu vähenemist.

Enamikul juhtudel algab sündroom ja kulgeb kaua väljendunud bradükardiaga, millele hiljem lisanduvad asendusrütmid. Mõnel puhul, eriti haiguse algstaadiumis, võib siinussõlme nõrkuse sündroom kulgeda kliiniliste sümptomideta (2, 22). Nagu eespool märgitud, võib siinussõlme kahjustuse sündroom alata märkamatuult ja kulgeda pikka-mööda progresseerudes või saada alguse kas müokardiinfarktist, müokardiidist või mõnest muust ägedast haigusest.

Esmajoones elektrokardiograafiliselt kindlakstehtavatest rütmihäiretest leitakse siinussõlme kahjustuse puhul siinusbradükardiat, muutunud P-sakki, sinuatriaalseid blokaadi, supraventrikulaarseid asendusekstrasüstoleid, paroksüsmaalset tahhükardiat, paroksüsmaalset või permanentset kodade virvendust ja laperdust, atrioventrikulaarset blokaadi ja rütmi, ventrikulaarseid ekstrasüstoleid ning ventrikulaarset tahhükardiat, rütmiallika migratsiooni, Hisi kimbu vasaku sääre eesmist hemiblokaadi, intraventrikulaarseid blokaade (2, 11, 22, 23, 24).

Diagnoosimine. Siinussõlme kahjustuse sündroomi aitavad kindlaks teha anamnees, bradükardia ja elektrokardiograafiline leid. Diagnoosimine on suhteliselt kerge perioodiliste või pidevate kliiniliste sümptomide puhul, raske aga intermiteeruva vormi korral. Viimasel juhul tuleb kasutada diagnostilisi abimeetodeid. Üks nendest on pikaajaline EKG registreerimine, sageli magnetlindile, millel nii mõnigi kord on eeliseid isegi intrakardiaalsete elektrofüsioloogiliste uuringute ees (2, 8).

Täiendavat informatsiooni võib anda koormuselektrokardiograafia. Kehaline koormus aitab provotseerida südame rütmihäireid ja atrioventrikulaarseid blokaade, mis ei tule esile rahuolekus. Peale selle on neil koormuspulsi sagedus siinussõlme nõrkuse korral tunduvalt väiksem kui tervetel. Vagotoonilise bradükardia puhul on pulsifrekventsi

kiirenemine adekvaatne koormusele (1, 2).

0,5...2,0 mg atropiini süstimine veeni põhjustab tervetel südamefrekventsi kiirenemise 60% lähteväärtusest (19), südamefrekventsi kiirenemine alla 25% lähteväärtusest on siinussõlme düsfunktsiooni tunnus (17), jäädes alati alla 90 löögi minutis (2, 19). Atropiin ei kiirenda koormuspuhust südame löögisagedust ega suurenda hapniku tarbimist (1).

Väärtuslikku informatsiooni annab parema südamekoja intrakardiaalne stimulatsioon elektrokardiogrammi samaaegse registreerimisega (27). *V. brachialis'e*, *v. subclavia* või *v. jugularis interna* kaudu parema koja lateraalseinaga kontakti viidud elektroodilt antakse südamele impulsse keskmiselt 100...130 korda minutis kestusega kuni 30 sekundit ja mõõdetakse asüstoolse pausi pikkus, s.o. intervall viimase stimuleeritud impulsi P-saki algusest kuni esimese spontaanse P-saki alguseni (2, 17, 19). Normaalselt on see siinussõlme taastumisaeg 1050...1400 msek. Sellest pikem taastumisaeg vihab siinussõlme kahjustusele. Eri autorite andmeil varieerub haigete arv, kellel siinussõlme taastumisaeg oli pikk (30...93%-ni) (17, 19). Atropiin lühendab siinussõlme nõrkuse korral taastumisaega 200...300%, tervetel ainult 10...15% (17). Kasutusel on ka siinussõlme korrigeeritud taastumisaega, nimelt stimulatsioonijärgse pausi kestuse ja tavalise tsükli PP-intervalli vahe määramine (17, 19) ning normaliseeritud tsükli — stimulatsioonijärgse pausi jagatis spontaanse PP-intervalliga.

Paralleelselt südamekodade kiirstimulatsiooniga rakendatakse ka üksiku ekstrasüstoli tekitamise moodust, mille puhul mõõdetakse ekstrasüstolile järgneva pausi pikkust analoogiliselt eespool kirjeldatuga (20, 25). Siinussõlme kahjustuse korral puudub ka atropiini sinuatriaalsest juhtivust soodustav toime, mida seostatakse siinussõlme ümbritsevate kudede kahjustusega (5).

Sinus caroticus'e sündroomi kaasnemise korral kutsub parempoolse *sinus*

Tabel 3. Kardiostimulaatori paigaldamise näidustused

Näidustus	G. Härtel jt. (21)	I. Chokshi jt. (4)
Sünkoobid	49	15
Peapööritus	21	21
Tahhüarütmia	17	4
Südamepuudulikkus	2	12
Preventiivselt	1	

caroticus'e piirkonna 10 sekundit kestev massaaž esile südamefrekventsi normaalsest tugevama aeglustumise, mis atropiini poolt mõjutatav ei ole, kuni asüstoolia ja sünkoobi tekkimiseni (2, 17).

Ravi. Siinussõlme nõrkuse sündroomi korral jaotub ravi kausaalseks ja sümptomaatiliseks. Esimesel juhul raviatakse põhihaigust, nagu müokardiiti, südame isheemiatõbe, kollagenoosi või muid haigusi. Teisel juhul aga stimuleeritakse siinussõlme või paigaldatakse rütmistimulaator. Siinussõlme automatismi aktiveerimiseks kasutatakse sümpatomimeetilisi vahendeid, mis toimivad beetastimulaatoritena. Nad suurendavad siinussõlme erutatavust ja kiirendavad erutuse teket, vähemal määral soodustavad sinuatriaalsest erutusjuhtivust. Samal ajal suurendavad beetastimulaatorid ka asendusrütmide tekkimist.

Siinussõlme kahjustuse korral sagedamini kasutatavad ravimid on isoprenaliin (isoproterenool, isadriin, novodriin, aludriin) väikestes annustes, 2...4-tunniste intervallidega, mida pannakse keele alla. Võetakse ka eelmisest stabiilsema, kestvama toimega ortsiprenaliini koguses 10...20 mg 2...4-tunniste vahedega, oksüfedriini kolm korda 2 tabletti à 8 mg päevas, ka efedriini, nonahlasiini või mõnd muud ravimit (29). Akuutse vahelesegamise vajaduse korral infundeeritakse isoprenaliini, ortsiprenaliini ja oksüfedriini. Südameglükosiidide ja arütmiaavastaste preparaatide kasutamisega tuleb olla ettevaatlik, sest nendel on siinussõlme depresseeriv toime. Nende ravimite

rakendamine tuleb arvesse elulistel näidustustel ja kombineeritult sümpatomimeetiliste vahendite või rütmistimulaatoritega (1, 9).

Kui konservatiivne ravi tulemusi ei anna, kui bradükardia püsib kriitilises tsoonis (40...50 lööki minutis), tekivad Adamsi-Stokes'i hoo ning südamepuudulikkus süveneb, siis on näidustatud südame rütmistimulaatori paigaldamine (2, 7, 8, 9, 26). Järgnevalt on toodud kahe autori kogemused kardiotimulaatori paigaldamise näidustuste osas (vt. tabel 3).

Südame rütmistimulaatori paigaldamine on näidustatud ka siis, kui sinus caroticus'e massaažil tekib raske bradükardia või asüstoolia ja kodade stimulatsioonil on siinussõlme taastumisaeg pikk (9).

Nüüdisajal implanteeritakse valdavalt demand'i tüüpi stimulaatoreid, kusjuures rakendatakse ventrikulaarset, aatriaalse või bifokaalset stimulatsiooni. Kardiotimulaatori paigaldamine annab häid tulemusi. 5...7 aasta jooksul on suremus 21...23% piires, kusjuures surma peamine põhjus on ajuemboolia, südamepuudulikkus ja müokardiinfarkt (4, 11, 23). Rütmistimulaatori paigaldamist siinussõlme nõrkuse korral on edukalt rakendatud ka meie vabariigis (18).

Prognosis: siinussõlme kahjustuse sündroomi loomuliku kulu kohta andmed puuduvad. Põhimõtteliselt oleneb prognoos siinussõlme kahjustuse põhjusest. Ravimata jäänud juhtudel ähvardab haiget alati südameseiskuse oht.

Profülaktika seisneb siinussõlme nõrkust põhjustavate haiguste ärahoidmises ja ravis.

KIRJANDUS: 1. Abbot, J. A., Hirschfeld, D. S., Kunkel, F. W., Scheinmann, M. M. Am. J. Med., 1977, 62, 3, 330—338. — 2. Blömer, H., Wirtzfeld, A., Delius, W., Sebening, H. Z. Kardiolog., 1975, 64, 8, 697—721. — 3. Caralis, D. G., Varghese, P. J. Br. Heart J., 1976, 38, 9, 951—956. — 4. Chokshi, D. S., Mascarenhas, E., Samet, P., Center, S. Am. J. Cardiol., 1973, 32, 2, 215—220. — 5. Dhingra, R. C., Amat-y-Leon, F., Wyndham, C., Denes, P., Wu, D., Miller, R. H., Rosen, K. M. Am. J. Cardiol., 1976, 38, 6, 648—653. — 6. Engel, T. R., Meister, S. G., Feitosa,

G. S., Fischer, H. A., Frankel, W. S. Circulation, 1975, 52, 2, 286—291. — 7. Ferrer, I. Am. Med. Assoc., 1968, 206, 3, 645—646. — 8. Ferrer, I. Circulation, 1973, 47, 3, 635—641. 9. Gattenlöhner, W., Wiesmann, B. Med. Klin., 1977, 72, 11, 427—434. — 10. Hatle, L., Bathen, J., Rokseth, R. Br. Heart J., 1976, 38, 4, 410—414. — 11. Härtel, G., Talvensaari, T. Acta Med. Scand., 1975, 198, 5, 341—347. — 12. Jordan, J., Yamaguchi, I., Mandel, W. J. Circulation, 1977, 55, 4, 569—574. — 13. Kaplan, B. M. Med. Clin. North Am., 1976, 60, 1, 81—100. — 14. Lie, J. T. Circulation, 1975, 51, 3, 446—452. — 15. Lippestad, C. T., Marton, P. F. Am. Heart J., 1967, 74, 4, 551—556. — 16. Lown, B. J. Chronic. Dis., 1965, 18, 899—904. — 17. Mandel, W. J., Hayakawa, H., Allen, H. N., Danzig, R., Kermaier, A. J. Circulation, 1972, 46, 761—769. — 18. Riiv, J. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 4, 358. — 19. Rosen, K. M., Loeb, H. S., Sinno, M. Z., Rahimtoola, L. H., Gunnar, R. M. Circulation, 1971, 43, 6, 836—844. — 20. Strauss, H. C., Saroff, A. L., Bigger, J. T., Giardina, E. G. V. Circulation, 1973, 47, 1, 86—93. — 21. Thormann, J., Rothbart, H., Schwarz, J. Med. Welt, 1976, 27, 43, 2049—2057. — 22. Toyama, J. Jp. Circ. J., 1976, 40, 3, 203—206. — 23. Witte, J., Schröder, G., Dressler, L., Parsi, R. A. Dtsch. Gesundheitsw., 1975, 30, 4, 350—355.

24. Доуцицин В. Л., Трудцын Г. В., Гендлин Г. Е. Кардиология (Москва), 1976, 18, 3, 56—63. — 25. Недоступ А. В. Тер. арх., 1974, 3, 19—25. — 26. Недоступ А. В., Сыркин А. Л., Маевская И. В. Тер. арх., 1977, 49, 4, 20—26. — 27. Руда М. Я., Пичугин В. Н., Староверов И. П. Тер. арх., 1977, 49, 6, 21—26. — 28. Фогельсон Л. И. Кардиология (Москва), 1976, 16, 3, 63—68. — 29. Остапюк Ф. П. Клин. мед., 1978, 1, 45—53.

TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateeder

UDK [616-056.3:615.065]-07(047)

RAVIMIALLERGIA DIAGNOOSIMINE

INGRID LAAN · TALLINN

ravimiallergia, diagnostika, laboratoorsed testid

Enamikul inimestel, kes kasutavad ravimeid organismi aktiivse mobilisatsioon (põletiku) korral, kui blokeerivate antikehade süntees on intensiivne, antigeenid neutraliseeritakse. Kui aga

tegemist on allergia päriliku eelsoodumusega või kui immunoloogilised ja füsioloogilised mehhanismid on häiritud — reagiinide süntees on intensiivne ja blokeerivad antikehad puuduvad — areneb välja ravimiallergia.

Kirjanduse andmeil tekib üha rohkem ravimiallergiast tingitud tüsistusi, mida leitakse keskmiselt 10%-l hospitaliseerituist (5, 10, 29).

Selline allergiliste reaktsioonide rühkus ravimite kasutamise tõttu mitte ainult ei kompromiteeri ravimeid, vaid peaks iga raviga tegeleva arsti allergia ennetamise võimaluste üle mõtlema panema.

Tahaksin meenutada, et mitte kõik ravimitega seotud tüsistused ei ole allergilise geneesiga, vaid võivad tingitud olla ka ravimi toksilisusest, talumatusest või idiosünkraasiast (25).

Ravimiallergia eristamisel mitteallergilistest reaktsioonidest on oluline meele pidada järgmist.

1. Ravimiallergia nähud meenutavad klassikaliste allergiliste haiguste sümptome.

2. Allergilised reaktsioonid erinevad toksilisest selle poolest, et nad ei ole tingitud ravimi farmakoloogilisest toimest, vaid ravimi omadusest moodustada organismi valkudega kompleksseid antigeene ja sensibiliseerida organismi.

3. Allergianähud tekivad ka preparaadi minimaalse hulga kasutamisel.

4. Allergianähud ilmuvad harilikult 5...7 päeva pärast esimest kokkupuudet ravimiga. Erandina tekib reaktsioon kohe, kui organism juba varem oli varjatult sensibiliseeritud. Näiteks võib vastsündinul esineda penitsilliiniallergia, kui emale oli raseduse ajal manustatud penitsilliini (8).

5. Allergia esilekutsunud ravimi korral kasutamisel tekivad allergiale iseloomulikud sümptoomid uuesti.

6. Allergiline reaktsioon võib vallanduda ka nende ravimite tarvitamisel, millel on allergiat esilekutsunud preparaatidega ühised antigeensed determinantid ja allergeensed omadused. Näiteks on penitsilliinil ja tsefalosporiinil selleks β -laktaam-ring, mistõttu penit-

silliiniallergia korral ei talu patsient sageli ka tsefalosporiini manustamist (4,22).

Paljud allergoloogid (15, 16, 19, 23) peavad ravimiallergia väljaselgitamisel ja vältimisel väga oluliseks täpset anamneesi (ka perekondlikku). Anamneesi tähtsuse alahindamine on üks ravimiallergiast tingitud tüsistuste sagedamaid põhjusi. Näiteks V. Kuptšova (24) artiklist nähtub, et 111 haigest, kellel tekkis anafülaktiline šokk reaktsioonina penitsilliinile, oli 60-l varem olnud nõrku või tugevaid ülitundlikkuse reaktsioone antibiootikumide suhtes, neist 18-l isegi šoki- või kollapsitaolisi nähte.

Ravimiallergia kindlaksmääramiseks kasutatakse nahatestide või sublingvaalseid teste. B. Halperni ja kaasautorite (2), A. Polneri (26), E. Sergejuki jt. (30) arvates on nahatestid väheinformatiivsed ja võivad põhjustada organismi sensibiliseerumist ning esile kutsuda tugevaid ülitundlikkuse reaktsioone, mistõttu eriti lastel ei soovitata neid üldse kasutada. Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni andmeil on oht organismi sensibiliseerida penitsilliini lihasesse süstimise teel 1%-l, naha või limaskestast kaudu manustamise teel aga 10%-l juhtudest. Nahatestide korral esineb küllalt tihti pseudoposiitvuseid reaktsioone. Enamasti ei ole need tingitud paraallergiast, vaid ravimile maitse parandamiseks lisatud aine ärritavast toimest nahasse (16).

Et kõik *in vivo* kasutatavad testid võivad organismi sensibiliseerida ja nende informatiivsus ei ole küllaldane, on hakatud üha rohkem tähelepanu pöörama laboratoorsetele testidele, mis võimaldaksid määrata organismi tundlikkust ravimi kui allergeeni suhtes. Nende testide peamine eelis on, et nad on haigele täiesti ohutud.

Ravimiallergia määramiseks on soovitatud mitmeid immunoloogilisi teste, kuid neist saab kasutada vaid väheseid, sest arvesse tulevad ikkagi need testid, mis on kinnitunud kliinilises praktikas (1, 15, 26, 30). Näiteks on soovitatud kaudset hemaglutinatsioonitesti, kuid,

nagu hiljem selgus, reagiinidega seotud antikehade määramiseks ei sobi see üldse (6, 18). Ravimiallergia väljaselgitamise leukotsüütide aglomeratsiooni positiivne test on kliiniliste andmetega vastavuses 30% -l juhtudest. Keskmiselt 29% -l juhtudest on tegemist pseudo-positiivsete reaktsioonidega, mille põhjustajaks on organismi põletikulised muutused (erütrotsüütide kiire sette-reaktsioon, leukotsütoos, neutrofiiloos).

Ravimiallergia diagnoosimisel on enam arvestatavad testid järgmised.

1. Radioallergosorbenditest (RAST) penitsilliiniallergia määramiseks (4, 7). Et tegemist on Rootsi firma reaktiivide komplektiga, siis on reaktiivide saamisega mõningaid tehnilisi raskusi, mis takistab proovi laialdast kasutuselevõtmist. Teiste ravimallergeenide kohta ei ole veel vastavat komplekti välja töötatud.

2. W. Shelley poolt 1961. aastal kasutuselevõetud basofiilide otsene ja kaudne degranulatsioonitest (13, 27, 30). Test põhineb basofiilsete leukotsüütide degranulatsioonil patsiendi vereseerumi ja allergeeni vastastikuse reageerimise korral. Test loetakse positiivseks, kui deformeerunud basofiilsete leukotsüütide arv on 15...20% üle kontrollpreparaadis olevate arvu.

Test on tehniliselt kergesti tehtav ja võimaldab 60...75% -l juhtudest ravimiallergia välja selgitada.

3. Schwartzi ehk nuumrakkude destruktiooni test (11, 20) on analoogiline Shelley testiga. Kasutatakse immuni-seeritud katseloomade vereseerumit, uuritava patsiendi vereseerumit ning lisatakse valgete hiirte peritoneaalvedelikku ja spetsiifilist allergeeni.

Mikroskoobis loetakse 50 nuumrakku ja määratakse degranuleeritud rakkude protsent kontrollpreparaadis (ilma allergeenita) ja testpreparaadis.

4. Lümfotsüütide blasttransformatsiooni test (LBT) ravimallergeenidega, mille võttis kasutusele A. Halpern 1966. aastal (2, 12).

Test põhineb fenomenil, et sensibiliseeritud lümfotsüüdid transformeeruvad spetsiifilise antigeeni toimel suur-

teks püroninofiilseteks blastitaolisteks rakkudeks.

Test on positiivne, kui pärast neljapäevast inkubatsiooni spetsiifilise antigeeniga (ravimiga) on blasttransformatsiooniindeks kontrollpreparaadi indekssist kaks korda suurem.

5. Erütrotsüütide membraanidega seonduvatest ravimitest (penitsilliin jt.) põhjustatud allergia määramiseks kasutatakse Zahlbergi rosettide moodustamise testi (28,30). Allergeeniga sensibiliseeritud 0(I)-rühma erütrotsüüdid moodustavad rosette ülitundliku patsiendi lümfotsüütidega.

Korrelatsioon kliiniliste sümptomidega on keskmiselt 70%.

6. Leukotsüütide migratsiooni pidurduse test (3, 9, 21, 27, 28) põhineb sellel, et spetsiifilise allergeeni toimel vabaneb sensibiliseeritud lümfotsüütidest aine, mis pidurdab lümfotsüütide ja granulotsüütide migratsiooni. Testi peetakse positiivseks, kui allergeeni toimel erineb tulemus kontrollväärtustest rohkem kui 30%.

Test on kergesti tehtav. Mõningaid raskusi on viie kanaliga migratsioonikappilaaride (E. Trošanova) saamisel.

Ravimiallergia kindlakstegemiseks tuleb kasutada 2...3 testi korraga, sest üks negatiivne test organismi ülitundlikkust veel ei eita. Oleneb ju kõik allergia tekkemehhanismist, kas kiiret või aeglast tüüpi allergia, allergiat esilekutsuvast ravimist või muudest teguritest. Näiteks B₁-vitamiini-allergia korral on leukotsüütide migratsiooni pidurduse testid negatiivsed, Shelley test aga annab keskmiselt 60% -l positiivse vastuse. Penitsilliiniallergia korral on Shelley test positiivne 62% -l, leukotsüütide migratsiooni test $\frac{1}{3}$ -l juhtudest (28). Seepärast tuleks korraga kasutada kiiret (1., 2. ja 3. test) ja aeglast tüüpi allergiat (6. test) näitavaid teste. Blasttransformatsioonitest ja rosettide moodustamise test (4. ja 5. test) on kasutatavad nii aeglast kui ka kiiret tüüpi allergia korral.

Nende immunoloogiliste testide kõrval ei maksaks unustada ka kõige lihtsamat — verepildi morfoloogia dünaa-

milist jälgimist. Organismi sensibiliseerumise ajal tekivad trombotsütopeenia, leukotsütoos, eosinofiilia ja basofiilia (16, 17, 23). Allergiat vallandava ravimi doosi sisseviimisel aga tekib leukopeenia ja koos sellega väheneb eriti ka neutrofiilsete ja eosinofiilsete leukotsüütide arv. Kui patsiendi seisund ravikuuri lõpupoole halveneb, kehatemperatuur tõuseb ja kaasub kas leukotsütoos eosinofiilia ja basofiiliaga ning trombotsütopeeniaga (I faas) või esinevad leukopeenia, neutropeenia, eosinopeenia ja trombotsütopeenia (II faas), tuleks mõelda ravimiallergiale.

Ravimiallergia raskendab ja piken-dab haigete ravimist. Eelnimetatud testide laialdasem rakendamine kliinilises praktikas aitaks vältida ravimiallergiast sugenevaid tüsistusi.

Edaspidiste taoliste komplikatsioonide ärahoidmiseks peab iga ravimist sugenev tüsistus kindlasti kajastuma meditsiinidokumentatsioonis. Veelgi parem, kui ravimitundlikkusega patsient kannaks spetsiaalset kaelaripatsit või käevõru, millele oleks märgitud ülitundlikkust esilekutsuv aine.

KIRJANDUS: 1. Dangouman, J., Evreux, J.-C., Jouglard, J. Therapie (Paris), 1978, 33, 3, 373—381. — 2. Halpern, B., Ky, N. T., Amache, N. J. Allergy, 1967, Sept., 168—181. — 3. Herve, M., Saurat, J. H., Paupe, I. Acta Allergol., 1977, 32, 8—14. — 4. Juhlin, L., Ahlstedt, S., Andal, L. Int. Arch. Allergy Appl. Immunol., 1977, 54, 19—28. — 5. Kasik, I. E., Thomson, J. S. Med. Clin. North Am., 1970, 54, 50—73. — 6. Lochmann, O., Beneš, J., Vymola, T., Pokorný, J. Ж. гиг., эпидемиол., микробиол., иммунол. (Пара), 1978, 22, 3, 310—319. — 7. Noster, M. Therapiewoche, 1977, 27, 22, 4403—4410. — 8. Paupe, I., Charlas, I., Burtin, Cl. et al. Arch. franc. pediatri., 1974, 31, 175—185. — 9. Ruffert, K., Wätzig, W. Z. gesamte inn. Med., 1977, 32, 123—125. — 10. Sakkat, A. Rev. int. Serv. Santé Armées., 1977, 50, 11, 831—846. — 11. Schwartz, J., Vardinou, N. Int. Arch. Allergy Appl. Immunol., 1966, 30, 67—71. — 12. Schwenke, H., Raue, I. Folia Haematol. (Leipzig), 1971, 96, 1, 21—28. — 13. Shelley, W. Nature, 1962, 195, 4847, 1181—1186. — 14. Spath, P. Dtsch. Med. Wochenschr., 1975, 100, 903—908. — 15. Weck, A. de. Fortschr. prakt. Dermatol. Venerol. (Berlin), 1976, 8, 109—117.

16. Адо А. Д. Общая аллергология. М., 1978. — 17. Вакман С. М. Тер. арх., 1974, 46, 2, 105—108. — 18. Бородин Ю. П. Вестн.

АМН СССР, 1963, 4, 69—77. — 19. Брусиловский Е. С. Лекарственная аллергия. Киев, 1974. — 20. Ишимова Л. М., Зеличенко Л. И. В кн.: Аллергические заболевания у детей. М., 1971, 144—160. — 21. Китаев М. И., Цацкина Э. С. Лабор. дело, 1974, 9, 557—561. — 22. Коваленко Л. П., Соловьев В. А. Антибиотики, 1979, 140—153. — 23. Купчинский Ю. К., Василяускас Б. И., Кемдинский В. Д. Побочное действие лекарств. М., 1972. — 24. Купцова В. С. Сов. мед., 1977, 3, 120—122. — 25. Лопатин А. С. В кн.: Побочное действие лекарственных средств. М., 1976, 11—17. — 26. Польшер А. А. В кн.: Иммунологические методы исследования в клинике и эксперименте. М., 1978, 219, 25—28. — 27. Польшер А. А., Серова Т. И. В кн.: Специфическая диагностика, клиника и терапия аллергических заболеваний. М., 1977, 217, 17—20. — 28. Поспелова Р. А. Там же, 20—21. — 29. Северова Е. Н., Теплякова Н. А. Сов. мед., 1973, 4, 11—17. — 30. Сергеев Э. М., Безденежных К. В., Поспелова Р. А. Антибиотики, 1975, 10, 933—935.

Экспериментальное и Клиническое
Медицинское Институт

UDK 616.341:616-007.415(047)

PIIMA TALUMATUS

IVO KUUSK · PÄRNU

hüpolaktaasia, laktoosi selektiivne malabsorptsioon, piima talumatus

Piimal ja piimasaadustel on nii meie kui ka teiste maade elanike toitlustamisel üsna suur tähtsus. Näiteks Lääne-Euroopas moodustab piima ja piimatoidudega saadav piimasuhkur umbes 10% toiduga saadavate süsivesikute üldhulgast (4). Sellega seoses peab aga arvestama, et osa inimesi ei talu rõõska piima ega sellest valmistatud toite. Varem peeti piima talumatuse põhjuseks allergilist reageerimist piimavalgule. Täpsemad uurimised on aga näidanud, et sellist nähtust tuleb ette üsna harva (7). 15 aasta jooksul on selgunud, et piima talumatust põhjustab enamasti piimasuhkru (laktoosi) puudulik imendumine. Laktoosi malabsorptsioon võib tekkida mitmesugustel põhjustel ning tekkepõhjuste alusel eristatakse laktoosi

malabsorptsiooni primaarsed ja sekundaarsed vormid.

Laktoosi primaarne malabsorptsioon võib tekkida kahel viisil. Ühel neist on malabsorptsioon tingitud kaasasündinud ensüümidefektist (1). Esmakordselt kirjeldati taolist nähtust 1959. aastal kahel väikelapsel. Kuid kaasasündinud defekti esineb väga harva (13). Sagedamini võib laktaasi aktiivsus väheneda noorukieas, mille järel kujuneb välja laktoosi selektiivne malabsorptsioon. Ensüümi aktiivsus peensoole limaskestas ei kao täielikult, vaid langeb sedavõrd, et osutub võimatuks toidus oleva piimasuhkru seedimine (8, 23). Teineteisest sõltumatult kirjeldasid esimesena laktoosi puuduliku imendumise seda vormi S. Auricchio kaastöölisega (2) ning A. Dahlqvist kaastöölisega (6) 1963. aastal.

Laktoosi primaarse malabsorptsiooni korral on peensoole limaskesta histoloogiline pilt normaalne. Laktoosi sekundaarsest malabsorptsioonist kõneldakse siis, kui piimasuhkru puudulik imendumine kaasub peensoole limaskesta muutustele. Tüüpiliseks näiteks on gluteen-enteropaatia (12). Sellesse rühma kuuluvatel haigetel esineb peensoole limaskesta raskekujuline difuusne kahjustus hattude atroofiana. Laktaasi aktiivsuse vähenemine on selle haiguse üks esmasid sümptomeid. Kodumaises kirjanduses on põhjalikumalt käsitletud peenja jämesoolepõletike korral esinevat laktoosi sekundaarset malabsorptsiooni. On kindlaks tehtud, et enamikul niisuguseid haigusi põdejail taanduvad pärast haiguse ägeda perioodi lõppu ka laktoosi malabsorptsiooni nähud (29,30). Samuti võivad laktaasi aktiivsust ajutiselt vähendada mõned ravimid, nagu monomütsiin ja kanamütsiin. Kui ravimite tarvitamine lõpeb, taastub ka ensüümi aktiivsus (18, 19).

Nagu üldiselt teada, halvendab rõõsa piima joomine haavandilist koliiti põdevate haigete seisundit. Seetõttu on neil laktoosi selektiivset malabsorptsiooni põhjalikult uuritud. Tulemused on näidanud, et kõnesoleva haiguse korral ei esine laktoosi selektiivset mal-

absorptsiooni sagedamini kui vastavas etnilises rühmas üldiselt (5, 9). Ilmselt on nendel haigetel piima talumatuse põhjuseks ülitundlikkus piima teiste komponentide suhtes. Selline arvamus on täiesti põhjendatud, sest haavandilist koliiti põdevate haigete veres on leitud piimavalgu antikehi.

Inimestel, kes varem talusid piima hästi, võib pärast maoreseptsiooni kujuneda piima talumatus. Selle põhjuseks ei ole laktaasi aktiivsuse vähenemine (16, 17), vaid toidu ja sealhulgas piima kiire edasiliikumine maokõndist peensoolde. Seetõttu jõuab seedimata piimasuhkur kiiresti peensoole aboraalsemasse osasse ja jämesoolde, kus ta allub bakteriaalsele fermentatsioonile. Ka vagotoomia ei põhjusta laktaasi aktiivsuse vähenemist, kuigi ka selle operatsiooni järel on täheldatud piima taluvuse vähenemist (29). Laktoosi primaarse malabsorptsiooniga võrreldes esineb sekundaarset malabsorptsiooni elanike hulgas tunduvalt vähem. Ühe vormi teisest eristamine aga on kliinilises praktikas oluline. Laktoosi sekundaarse malabsorptsiooni korral on puudulik imendumine ainult üks sümptoom, pärast mille avastamist tuleb haige uurimist jätkata seni, kuni haiguse põhjus on kindlaks tehtud. Järgnevas osas käsitletakse laktoosi primaarset selektiivset malabsorptsiooni põhjalikumalt.

Laktoos on imetajate piimäärne produkt. Imetajate organismis on seda ainet võimelised hüdrolüüsima ainult peensoole limaskesta epiteelirakud, sest nende mikrohattudes on ensüüm laktaas (12). See disahharaas lõhustab laktoosi kaheks monosahhariidiks — glükoosiks ja galaktoosiks. Kõik suhkrud imenduvad peensoolest organismi monosahhariididena. Pikemat aega arvati, et piimasuhkru lõhustumine toimub peensoole valendikus, kuid peensoole nõres leitud laktaasi aktiivsus on siiski äärmiselt madal. See pärineb deskvameerunud epiteelirakkudest ja laktoosi seedimisele ta märgatavat mõju ei avalda. Piimasuhkru seedimine toimub peensoole limaskesta epiteelirakkude

mikrohattudes ning seda võib vaadelda ka imendumise esimese etapina.

Hüpolaktaasia ja sellest tingitud laktoosi selektiivne malabsorptsioon on eri rahvustel ja etnilistel rühmadel suuresti lahknev, kõikudes 1...99%-ni (14, 18, 24). Tema manifesteerumise määrab üks retsessiivne autosomaatiline geen (22, 23). Seetõttu tuleb laktoosi selektiivse malabsorptsiooni esinemissagedust nagu kõiki pärilikult määratletud nähtusi uurida igas etnilises rühmas eraldi.

Pärnu elanikest juhusliku valiku alusel moodustatud rühma uurimine näitas, et 15 kuni 70 aasta vanustest eestlastest esineb laktoosi selektiivne malabsorptsioon 31,7%-l. Taolisi uurimisi on Nõukogude Liidus tehtud veel äärmiselt vähe. On vaid teada, et 15%-l Leningradi elanikest on hüpolaktaasia.

Küsimusele, miks maakera elanike eri rühmades on laktoosi selektiivse malabsorptsiooni esinemissagedus erisugune, annab kõige tõenäolisema vastuse F. J. Simoonsi loodud kultuurilooline hüpotees (24), mis on saanud üldise tunnustuse osaliseks.

Laktoosi selektiivse malabsorptsiooni korral on laktaasi aktiivsus peensoole limaskestal väga madal. Seetõttu liigub seedimata jäänud piimasuhkur peensooles edasi ja see fermentatakse soole mikroobide poolt orgaanilisteks hapesteks ning vesinikuks. Niisuguse protsessi tagajärjel soolesisaldise osmootne rõhk tõuseb ja vedeliku imendumine soole valendikust väheneb. Peensoole sisaldis muutub tugevalt happeliseks ja tema hulk suureneb. See kõik põhjustab peristaltika elavnemise ning soolepassaazi kiirenemise. Soolde koguneb hulgaliselt gaasi, tekivad kramplik kõhuvalu, iiveldus ja vesine diarröa (2, 6, 14). Laktoosi selektiivse malabsorptsiooni mõnel juhul võib lisanduda kõrgi steatorröa (21).

Piimasuhkur aga ei tekita seedehäireid kõikidel isikutel, kellel esineb laktoosi selektiivne malabsorptsioon. Pärnu elanike uurimisel selgus, et hüpolaktaasia juhtudel tekkis laktoosi tarvitamise järel eespool kirjeldatud häi-

reid vaid 75%-l. Häirete ilmnemisel on kindlasti oluline kasutatud laktoosi hulk. Hüpolaktaasia korral taluvad isikud piimasuhkru väiksemaid koguseid märksa paremini kui suuri (3, 20). Rõõska piima taluvad nad laktoosi vesilahusest paremini. Ilmselt toimub mao tühjenemine täispiimas oleva rasva ja valgu tõttu aeglasemalt.

Piim ja selles sisalduv laktoos jõuavad peensoole nii väikeste portsjonitena, mis ei tekita märgatavaid häireid (11). Piimasuhkru hulk, millele inimesed reageerivad kõhulahtisusega, varieerub individuaalselt siiski suurtes piirides. Mõni inimene on selle süsivesiku suhtes väga tundlik, isegi ravimitablettide täiendmaterjaliks olev väike hulk laktoosi võib sellisel juhul seedehäireid põhjustada (10).

Tänini ei ole veel leitud täiesti rahuldavat seletust nähtusele, miks piima ja piimatoitude tarvitamisel tekivad osal laktaasi madala aktiivsusega juhtudel kõhuvaevused, osal aga mitte. Viimasel ajal on kaldutud arvama, et seedehäirete tekkes etendab olulist osa soole mikrofloora seisund (14,26).

Igapäevases töös on arstidel vaja silmas pidada, et 23,8%-l eestlastest, s. o. meie vabariigi põhielanikkonnast igal neljandal-viiendal, põhjustab suurema hulga rõõsa piima või sellest valmistatud toitude tarvitamine seedehäireid. Suur osa inimesi ei oska sellistel puhkudel ilmnevaid vaevusi seostada piima tarvitamisega. Kuid mitte ainult laiemates hulkades, vaid ka arstide hulgas on visa kaduma eksiarvamus, et rõõska piima võib soovitada eranditult igale inimesele. Ameerika Ühendriikides korraldatud küsitlusel selgus, et dietoloogidest vaid 1% uurib enne piimadieedi ordineerimist, kas haigel laktoosi selektiivset malabsorptsiooni esineb või mitte, ja vajaduse korral määrab tavaliste piimatoitude asemel eridieedi (27).

Arsti vastuvõtule tuleb sageli patsiente, kellel on ebamääraseid ja näiliselt ilma kindla põhjusega abdominaalseid vaevusi. Nende hulgas on laktoosi selektiivse malabsorptsiooni juhtumeid oluliselt sagedamini kui kogu elanik-

konna hulgas (15). Kui sellesse rühma kuuluvaid isikuid hüpolaktaasia suhtes ei uurita, võib tulemuseks olla eksidiagnoos. Näiteks leiti Rootsis, et nn. ärritatud jämesoole sündroomi korral oli seedehäirete tegelikuks põhjuseks enamasti laktoosi selektiivne malabsorptsioon (10).

Eespool öeldust selgub, et laktoosi selektiivse malabsorptsiooni väljaselgitamine on mitmel põhjusel praktiliselt oluline. Seetõttu peaks iga raviarst kasutusele võtma laktoosi koormuskatsust. Eriti võib soovitada selle proovi lihtsustatud varianti, mille kohta ajakirjas on varem kirjutatud (25). See ei koorma laboratooriumi ja seda talub uuritav kergesti. Hüpolaktaasia puhul piimasuhkru puudulikkust imendumisest tekkivad seedehäired on kergesti likvideeritavad. Piimast ja piimatoitudest loobumise järel kaovad nähud juba mõne päeva jooksul. Need inimesed võivad aga süüa kohupiima, juustu, võid ja koort. Huvitaval kombel ei tekita hüpolaktaasia korral enamasti häireid ka hapupiim, keefir ega jogurt, kuigi nad sisaldavad laktoosi. Nähtavasti on selle põhjuseks piimhappe mõju soole mikrofloorale.

Need inimesed, kellel on küll avastatud hüpolaktaasia, kuid kellel rõõsk piim häireid ei põhjusta, võivad piima joomist muidugi jätkata. Peame aga meeles pidama, et ka nendel jääb laktoos sooles siiski imendumata ja väljub roojaga. Sel viisil läheb piimaga saadavatest kaloritest osa lihtsalt kaduma.

Hüpolaktaasia on Eesti NSV-s probleemiks, mida tuleb arvestada nii haigete eest hoolitsemisel kui ka kogu elanikkonna toitlustamise planeerimisel.

KIRJANDUS: 1. Asp, N. G. *Dahlqvist, A., Kuitunen, P., Launiala, K., Visakorpi, J. K.* *Lancet*, 1973, 2, 329—330. — 2. *Auricchio, S., Rubino, A., Landolt, M., Semenza, G., Prader, A.* *Lancet*, 1963, 17, 324—326. — 3. *Bedine, M. S., Bayless, T. M.* *Gastroenterology*, 1973, 65, 735—743. — 4. *Br. Med. J., Editorial*, 1975, 17, 351—352. — 5. *Busk, H. E., Dahlerup, B., Lytzen, T., Binder, V., Gudmand-Hoyer, E.* *Scand. J. Gastroenterol.*, 1975, 10, 263—265. — 6. *Dahlqvist, A., Hammond, J. B., Crane, J. B.,*

Dunphy, I. V., Littman, A. *Gastroenterology*, 1963, 45, 488—491. — 7. *Dahlqvist, A.* In: *Malabsorption*. Edinburgh, 1969, 41—59. — 8. *Gray, G. M.* *New Engl. J. Med.*, 1976, 294, 1057—1058. — 9. *Gudmand-Hoyer, E., Jarnum, S.* *Gut*, 1970, 11, 338—343. — 10. *Gudmand-Hoyer, E., Riis, P., Wulff, H. R.* *Scand. J. Gastroenterol.*, 1973, 8, 273—278. — 11. *Gudmand-Hoyer, E., Simony, K.* *Am. J. Dig. Dis.*, 1977, 22, 177—181. — 12. *Haemmerli, U. P., Kistler, H., Ammon, R., Marthaler, T., Semenza, G., Auricchio, S., Prader, A.* *Am. J. Med.*, 1965, 38, 7—30. — 13. *Holzel, A., Schwarz, W., Sutcliffe, K. W.* *Lancet*, 1959, 1, 1126—1128. — 14. *Johnson, J. O., Kretchmer, N., Simoons, F. J.* *Adv. Pediatr.*, 1974, 21, 197—237. — 15. *Jussila, J., Launiala, K., Gorbato, O.* *Acta Med. Scand.*, 1969, 186, 217—222. — 16. *Jussila, J., Isokoski, M., Launiala, K., Sahi, T.* In: *Acta et commentarii Universitatis Tartuensis*. Tartu, 1972, 297, 139—147. — 17. *Karadag, S., Klotz, A. P.* *Am. J. Gastroenterol.*, 1969, 52, 345—348. — 18. *Kretchmer, N.* *Gastroenterology*, 1971, 61, 805—814. — 19. *Lebenthal, E., Tsuboi, K., Kretchmer, N.* *Gastroenterology*, 1974, 67, 1107—1113. — 20. *Lisker, R., Aguilar, L., Zavala, C.* *Am. J. Clin. Nutr.*, 1978, 31, 1499—1503. — 21. *Ringrose, R. E., Thompson, J. B., Welsh, J. D.* *Am. J. Dig. Dis.*, 1977, 17, 533—538. — 22. *Sahi, T., Isokoski, M., Jussila, J., Launiala, K., Pyörälä, K.* *Lancet*, 1973, 13, 823—826. — 23. *Sahi, T.* *Scand. J. Gastroenterol.*, 1974, 9, suppl. 30. — 24. *Simoons, F. J.* *Am. J. Dig. Dis.*, 1973, 18, 595—611. — 25. *Tamm, A., Kuusk, I.* *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1976, 2, 112—116. — 26. *Villako, K., Tamm, A.* *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1976, 2, 110—112. — 27. *Welsh, J. D.* *Am. J. Clin. Nutr.*, 1978, 31, 592—596.

28. *Валенкевич Л. Н.* *Клин. мед.*, 1977, 2, 66—69. — 29. *Шерешевский М. Г., Нишуй В. А., Беляевская Л. А.* *Клин. мед.*, 1975, 11, 48—51. — 30. *Ищук Н. Д., Сулова Э. А., Бобкова Е. Д., Абубакиров В. Т.* *Тер. арх.*, 1976, 3, 120—123.

Pärnu Linna Haigla

Tervishoiutöö korraldus

UDK [618.1:616-053.4/.5]:614.2

LASTEGÜNEKOLOOGIA ORGANISATSIOONI ALUSED

VIRVE KASK · TARTU

lastegünekoloogia, organisatsioon, profülaktiline abi, ambulatoorne ja statsionaarne abi, töö normatiivid

Lastegünekoloogia aluseid ehk tütarlaste spetsialiseeritud günekoloogilist abi on põhjalikult käsitletud X üleliidulisel (1957. a.) ja VII rahvusvahelisel (1973. a.) akušööride-günekoloogide kongressil (5, 7, 10, 11, 14). Selles avaldub selgelt nõukogude tervishoiu profülaktiline suund.

Lastegünekoloogia eesmärk on vältida tulevase ema reproduktiivse funktsiooni häireid, et oluliselt vähendada perinataalset suremust ja haigestumust. Tütarlapsed, kellel günekoloogilised haigused (menstruaalfunktsiooni ja seksuaalse arengu häired) avalduvad puberteedieas, moodustavad reproduktiivse funktsiooni häirete riskirühma (9, 12).

Arvestades lastegünekoloogilise abi edasiarendamise vajadust meie vabariigis, seadsime töö eesmärgiks avaldada väljatöötatud ning kasutuselevõetud lastegünekoloogia organisatsiooni alused ja põhiülesanded ning esitada lastegünekoloogilise töö normatiivid (1...13).

Tütarlaste günekoloogiliste haiguste profülaktika ja ravi organisatsioon.

Esimene etapp: meditsiiniline abi lastesõimedes, -aedades, koolides, inter-

naatides, keskeriõppeasutustes ja lastestatsionaarides.

Teine etapp: ambulatoorne meditsiiniline abi lastegünekoloogiakabinettides.

Kolmas etapp: spetsialiseeritud günekoloogiline abi statsionaaris, konsultatiivne abi.

Igal etapil on oma põhiülesanded. Esimeses etapis on neid kaks: 1) laialdane valikuline sanitaarselgitustöö tütarlaste, lastevanemate, pedagoogide ja lasteasutuste töötajate hulgas; 2) profülaktilised läbivaatused.

Sanitaarselgitustööd ja profülaktilisi läbivaatusi teevad kas lastegünekoloogid või eriettevalmistuse saanud pediatrid ja kooliarstid. Sanitaarselgitustöös oleneb loengu sisu kuulajate kontingendist ja kuulajate vanusest. Peamine on isikliku hügieeni õpetamine ja tütarlaste organismis toimivate füsioloogiliste protsesside selgitamine vastavalt eale, et enesejälgimise teel oleks võimalik välja selgitada kõrvalekaldumised. Eriti on see kehtiv sekundaarsete sugutunnuste ning menstruaalfunktsiooni tekkimise ja arenemise kohta.

Profülaktiliste läbivaatuste eesmärk on välja selgitada tütarlaste hulgas need, keda lastegünekoloogi juures on vaja põhjalikult uurida (teises etapis). Tütarlaste profülaktilistel läbivaatustel selgus, et lastegünekoloogi juurde oli vaja saata 8...10% tütarlastest (8). Eri vanuserühmades aga oli genitaalsete patoloogia sagedus erisugune. V...X klassi tütarlastest esines suguelundite haigusi 4,3%-l, menstruaatsioonihaireid aga oli 55,5%. Günekoloogilistesse haigustesse haigestumine oli sageli seotud krooniliste nakkuskolletega (tonsilliit, reuma) (12).

Tütarlaste profülaktiliste läbivaatuste meetodika erineb oluliselt täiskasvanud naise profülaktiliste läbivaatuste meetodikast, olenedes tütarlaste eest. Puberteedieani (8...9. eluaastani) piirduetakse profülaktilistel läbivaatustel üksnes välissuguelundite vaatlusega. Läbivaatuse ajal lamab laps küsitil. Peale välissuguelundite põle-

tike ja valgevooluse on õigel ajal võimalik välja selgitada ka enneagne suguline küpsemine ning Šereševski-Turneri sündroom.

Sugulise küpsemise perioodil pööratakse tütarlaste profülaktilistel läbivaatustel peatahelepanu kehalisele ja seksuaalsele arengule. Günekoloogilist staatust profülaktilistel läbivaatustel detailselt ei määrata. Laialdaselt rakendatakse kliinilist antropomeetriat ja morfogramme. Määratakse sekundaarsete sugutunnuste tekkimise aeg, nende tekkimise järjekord ja arenguaste pallides. Läbivaatusel selgitatakse välja *menarche* algus, menstruaaltsükli ja menstruaatsiooni kestus, püütakse teada saada, kas vereeritus on rohke ja kas esinevad valud. Kõikide tunnuste arenguastme alusel (pallides) hinnatakse ka sugulist arengut summaarselt pallides.

Seega 37,5% profülaktiliselt läbivaadatud puberteediealistest tütarlastest vajaks põhjalikumat uurimist küpseva reproduktiivse süsteemi orgaanilise funktsionaalse seisundi määramiseks (4).

Teises etapis rajatakse lastegünekoloogiakabinetid naistenõuandlate baasil. Patsiente võtab vastu eriettevalmistuse saanud akušöör-günekoloog. Tütarlaste spetsialiseeritud günekoloogiline abi on põhiliselt ambulatoorne. Selle tööloigu ülesanne on tütarlapse igakülgne ning günekoloogiline uurimine, haiguse diagnoosimine ja raviimine polikliinilistes tingimustes. Ambulatoorselt jälgitakse tütarlapsi ka pärast haiglaravi ja juhitakse esimese astme tööd. Igäühe kohta täidetakse ambulatoorne kaart ja kaarte hoitakse lastegünekoloogiakabinetis omaette kartoteegina.

Kolmandas etapis ravitakse haigla günekoloogiaosakondades. Vajalik on, et ka statsionaaris töötaks lastegünekoloog.

Tähtsal kohal on siin tütarlaste günekoloogilise sfääri haiguste täpne väljaselgitamine ning ravi vastavalt haiguse etioloogiale ja patogeneesile. Keelatud on sümptomaatiline ravi.

Haiguse etioloogia väljaselgitamiseks rakendatakse lastegünekoloogilises töös, eriti aga kolmandas etapis, laialdaselt geneetiku, neuropatoloogi, endokrinoloogi, oftalmoloogi, reumatoloogi, hematoloogi ja teiste spetsialistide abi.

Antakse vältimatut abi juveniilsete emakaverejooksude, traumade või kasvajate korral.

Lastegünekoloogi töö normatiivid.

Lastegünekoloogi töö hulka kuuluvad haiguste diagnoosimine ja ravi, metoodiline töö, sanitaarselgitustöö, profülaktilised läbivaatused, samuti süstemaatiline kvalifikatsiooni tõstmine. Moskva kogemuste kohaselt soovitakse ambulatoorse abi järgmisi normatiive arvestusega 100 000 elaniku kohta (5): esmaste pöördumiste arv aastas — 300, esmane haigestumine — 270, korduvad külastused — 890, külastusi kokku (juurde arvatud ka profülaktilistel läbivaatustel esmaselt väljavalitud tüdrukud) — 2330, arstikohtade arv — 0,4, keskastme meditsiinipersonali kohtade arv — 0,4.

Soovitatakse järgmist tööajajaotust (1,0): polikliinikus vastuvõtt — 20 tundi nädalas, profülaktilised läbivaatused — 10 tundi nädalas, konsultatiivsed koduviisidid — 3 tundi nädalas, sanitaarselgitustöö ja metoodiline töö — 3 tundi nädalas, osavõtt konsultatiivsest vastuvõtust — 4 tundi kuus, stažeerimine (töökohal statsionaaris) — 12 päeva kord aastas, vastuvõtu keskmine koormus 3...4 patsienti tunnis.

Esmaseks külastuseks on lastegünekoloogi vastuvõtul ette nähtud 40...45 minutit, korduvaiks 15...20 minutit.

Statsionaarse lastegünekoloogilise abi peamised normatiivid arvestusega 100 000 elaniku kohta on järgmised: hospitaliseerimisprotsent — 14,0, statsionaarsel ravil aastas — 26 tütarlast, voodikoha kasutamise päevi aastas — 320, voodifondi vajadus — 1,6, arstikohtade arv (koos konsultantide arvuga) — 0,18.

Eesti NSV-s oli lastegünekoloogilise töö alal murranguline 1976. aasta, mil detsembris arutati laste günekoloogilist abi Eesti NSV Tervishoiu Ministee-

riumi kolleegiumi koosolekul. Seal otsustati, et metoodilise ja teadusliku töö ning kvalifikatsiooni tõstmise kõrgemaks etapiks on TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder, lastegünekoloogilise abi (konsultatsioon, diagnostika ja ravi) kõrgemaks etapiks Tartu Kliiniline Sünnitusmaja.

Suurde riskirühma kuuluvate tütarlaste väljaselgitamine, uurimine ja ravimine peab toimuma õigel ajal. Käesoleval etapil tuleb oluliselt intensiivistada profülaktilist tööd, kasutades nüüdise haiguste informatsiooniteenistuse abi.

KIRJANDUS: 1. Блошанский Ю. М. Вопр. охр. мат. и детства, 1977, 11, 69—72. — 2. Каск В. А. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1964, VII, 86—90. — 3. Каск В. А. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1968, XVII, 253—257. — 4. Каск В. А., Кауэр К. Л., Ансин А. А., Суйтс С. Л. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1978, 476, 118—122. — 5. Крупко-Большова Ю. А., Бакшеев Н. С. В сб.: Тезисы докладов VII Международного конгресса акушеров-гинекологов. М., 1973, 468—469. — 6. Кузнецова М. Н., Заяц Л. Д. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, 194—200. — 7. Кузнецова М. Н., Заяц Л. Д. В сб.: Тезисы докладов VII Международного конгресса акушеров-гинекологов. М., 1973, 468. — 8. Осипова В. И. Здоровье девушек-подростков и организация медицинской помощи им. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1976. — 9. Персианинов Л. С., Кузнецова М. Н. Вопр. охр. мат. и детства, 1975, 11, 3—8. — 10. Петченко А. И. В кн.: Клиника и терапия гинекологических заболеваний детей. Киев, 1964, 187—192. — 11. Радонов Д., Лазарова Е. В сб.: Тезисы докладов VII Международного конгресса акушеров-гинекологов. М., 1973, 498—499. — 12. Сыева Г. Д., Коматанова В., Табакова П. В сб.: Тезисы докладов VII Международного конгресса акушеров-гинекологов. М., 1973, 469. — 13. Студеникин М. Я. Персианинов Л. С. Вопр. охр. мат. и детства, 1977, 11, 2—9. — 14. Чарчиян Г. И., Гладуш Т. М., Бабухадия В. И., Яблочкова В. М. В сб.: Тезисы докладов VII Международного конгресса акушеров-гинекологов. М., 1973, 469—470.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi
ja günekoloogia kateeder

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 614.484

UUS TÕHUS DESINFEKTSIOONI-VAHEND — ESTOSTERIL

EUGEN TALLMEISTER · TARTU

desinfektsioon, nahadesinfektsioon, peräädikhape, persipelqhape

Nii epidemioloogilises praktikas kui ka kliinilises töös tuntakse vajadust igati kõlbliku ja tõhusa desinfektsioonivahendi järele. Neist paljud, näitaks fenooli derivaadid, on bakteritsiidse, kuid mitte sporotsiidse toimega. Desinfitseeritud pinnale jätavad nad tugeva ebameeldiva lõhna pikemaks ajaks ja saastavad keskkonda. Nimetatud puudustest on vaba peräädikhape (peroksoetaanhape) (CH_3COOOH) desinfektsiooni töölahustes. Selle ühendi bakteritsiidsele toimele desinfektsioonivahendina on viimastel aastatel suurt tähelepanu pööratud (2, 5, 7, 8, 9). Eesti Loomakasvatuse ja Veterinaaria Instituudis hakati professor V. Tilga initsiatiivil ning TRÜ dotsendi I. Kruse osavõtul veterinaarteenistuse vajadusteks hiljuti tootma preparaati — Estosteril'i, mis juhendi järgi kujutab endast kuni 15% -lise peräädikhappesisaldusega desinfektsioonivahendit. Preparaat väärilis tähelepanu ka meditsiinis, kuna näiteks Saksa DV-s on kasutusel umbes analoogilise koostisega vahend nimetusega Wofasteril.

Käesolevas töös uurisime Estosteril'i

bakteritsiidset ja sporotsiidset toimet, samuti tema efektiivsust naha desinfitseerimisel.

Uurimismetoodika. Meie uuritud preparaadi näidis sisaldas 8%-list peräädikhapet. Sellest valmistasime steriilse destilleeritud veega töölahjendused, mis sisaldasid vastavalt 0,05%-list, 0,2%-list ja 0,5%-list peräädikhapet. Rakendasime infitseeritud testlapikeste meetodit, mis on üldiselt tuntud (3, 6). Selleks immutasime $1,0 \times 1,0$ cm suurusi steriilseid batistist lapikesi *Bacillus subtilis*'e, *Bacillus cereus*'e ja *Staphylococcus aureus*'e kultuuri suspensioonidega. Pärast kuivatamist Petri tassides säilivad lapikestel olevad mikroobid külmutuskapis temperatuuril $+4^{\circ}\text{C}$ idanemisvõimelisena pikemat aega. Lapikesed asetati peräädikhappe töölahustesse, kus neid hoiti eri kestusega aegadel, seejärel loputati hoolikalt steriilses vees ja asetati 10 päevaks glükoosipuljongisse inkubeerimiseks temperatuuril 37°C . Naha desinfitseerimise proovis H. Schumburgi (4, 6) järgi tilgutati katsealuse vasaku käe nimetissõrmele tilk *Pseudomonas species*'e tüve 89 puljongikultuuri, mis sama sõrme ja pöidla vahel laiali hõõruti. Siis pesti sõrmi voolava 0,3%-lise peräädikhappe töölahusega kaks minutit ning loputati kohe steriilse veega. Sõrmedelt tehti jäljendkülvid agarplaatidele Petri tassides ja neid inkubeeriti temperatuuril 37°C seitse päeva.

Töö tulemused ja arutelu. Testlapikestega tehtud katsed näitasid, et 0,05%-lise peräädikhappe sisaldusega töölahus pidurdas testides kasutatud batsillide kasvu viie minuti järel, 0,02%-lise ja 0,5%-lise sama aine sisaldusega lahused aga juba kahe minuti järel. Stafülokokid omakorda ei kasvanud üheski töölahuses juba üheminutilise ekspositsiooni järel. Huvitav on see, et võrdluseks võetud persipelghappe, mida samuti saime Eesti Loomakasvatuse ja Veterinaaria Instituudi tootmislaboratooriumist, osutus samasugustes töölahjendustes samal meetodil toimimise korral märksa vähem

efektiivseks. Nii kasvasid kõik mikroobid veel 30-minutilise hoidmise järel 0,05%-lises persipelghappelahuses. Sama happe 0,2%-line lahus nõudis aga 15 minutit toimeaga stafülokokkide ja 30 minutit batsillide surmamiseks.

Tarvitamisõpetuses on kirjas, et *Estosteril*'i töölahus tuleb ära kasutada mõne päeva jooksul. Küsimuse täpsustamise huvides tegime kindlaks, et toatemperatuuril hoitud töölahused säilitavad oma sporotsiidse toime muutmatusena vähemalt veel seitse päeva.

Uurides Schumburgi (4, 6) meetodil 0,3%-lise peräädikhappe sisaldusega töölahuse desinfitseerivat toimet käenahasse, arvestasime asjaolu, et käenahk reageerib desinfitseerimisvahendile väga individuaalselt. Seetõttu tegime katse 30 isikul korraga. Et katsesse võetud testmikroobi *Pseudomonas species*'e tüvi 89 produtseerib söötmes melaniini tüüpi pigmenti, siis oli söötme pruunistumine kasvanud pesade ümber tulemuste hindamisel heaks orientiiriks. Selgus, et vaid ühelainsal isikul 30 katsealusest kasvas testmikroob agarplaadi jäljendkülvil ja ainult üksikute pesadena, mida selle meetodi puhul võib desinfitseerimisvahendi hindamisel üliheaks tulemuseks pidada.

Teatavasti on etüülalkoholil, eriti 70%-lise lahusega, küll tõhus bakteriitsiidne, mitte aga sporotsiidne toime (1, 6). Testlapikeste meetodil võrdlesime ühes katseseerias tavalise etüülalkoholi ja peräädikhappe lisandusega etüülalkoholi aktiivsust *B. subtilis*'e ja *B. cereus*'e suhtes. Ilmnes, et kui tavaline etüülalkohol ei pidurdanud testmikroobide kasvu isegi 15 minutit kestnud ekspositsiooni puhul, siis lõppkontsentratsioonis 0,05%-lise peräädikhappe lisandusega avaldus alkoholi sporotsiidne efekt juba 2...4 minuti pärast. Nimetatud asjaolu on oluline eriti kirurgilises praktikas, kas või näiteks skalpelliga steriliseerimise puhul.

Peräädikhappe bakteriitsiidset ja sporotsiidset toimemehhanismi ei ole seni veel ammendavalt uuritud. Arvatakse, et peamiseks teguriks on desinfektandi

dissotsiatsiooni puhul tekkinud vesinikioonide ja aktiivse hapniku sünergism, mis tugevalt kahjustab mikroobiraku ja eose pindmisi struktuure. See omakorda tingib aktiveeritud hapniku pääsu rakuplasmasse ja mitmete fermentisüsteemide inaktiveerumise (8).

Järeldused.

1. Desinfektsioonivahendi *Estosteril*'i töölahused, mis sisaldavad 0,05%-list, 0,2%-list ja 0,5%-list peräädikhapet, on märksa tugevama bakteritsiidse ja sporotsiidse toimega kui samades kontsentratsioonides persipelghappe töölahused.

2. Eesti Loomakasvatuse ja Veterinaaria Instituudi poolt toodetavat preparaati *Estosteril*'i võib hinnata kui tõhusat desinfektsioonivahendit, mille ka meie peaksime meditsiinipraktikas kasutusele võtma.

KIRJANDUS: 1. Ärztekalender DDR. Jena, 1979, 273—278. — 2. Heinz, W., Werner, E., Krüger, S., Wilsdorf, G. Monatsscher. Veterinärmed., 1979, 6, 212—217. — 3. Reichel, H. In: Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Jena, Berlin, Wien, 1931, 3, 835—886. — 4. Schumburg, H. Dtsch. med. Wochenschr., 1911, 20, 921—922. — 5. Steiger, A., Trenner, P., Reissmüller, H. Tierzucht, 1978, 10, 453—454. — 6. Wildführ, G. Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Epidemiologie. Leipzig, 1959, I, 167—173.

7. Боченин Ю. И., Скворцов Ф. Ф., Поддубиков В. Н. Ветеринария, 1978, 2, 38—41. — 8. Куликовский А. В. Структурные и функциональные основы механизма действия дезинфицирующих средств на бактерии и споры. Автореф. дисс. доктора вет. наук. М., 1979. — 9. Осипян В. Т., Шапилов О. Д., Граменицкая В. Г., Савинский Я. Р. Ж. микробиол., 1969, 12, 126—130.

TRU arstiteaduskonna mikrobioloogia
kateeder

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

UDK 616.248-08:612.018.2

GLÜKOKORTIKOIDIDE KASUTAMINE BRONHIAALASTMA RAVIS

JAAN KARUSOO · TALLINN

bronhiaalastma, haigusvormid, glükokortikoidravi, kõrvalnähud, manustamisviisid

Glükokortikoidide kasutuselevõtmine oli suur edusamm bronhiaalastma ravis. Juba varem oli teada, et bronhiaalastmahaigetel esineb neerupealiste koore alatalitus või funktsionaalne puudulikkus. Sellest lähtudes rakendati AKTH-d neerupealiste koore stimuleerimiseks, glükokortikoidide aga substitutsiooniks. Hilisemad uurimised on aga kinnitanud, et neerupealiste koore alatalitluse korvamine on ainult üks eksogeensete glükokortikoidide toimemehhanisme.

Esmajoones avaldavad glükokortikoidid antiallergilist toimet. Nad neutraliseerivad histamiini ning teiste bioaktiivsete ainete, nagu serotoniini, bradükiniini jt. toimet — pidurdavad histamiini vabanemist ja nähtavasti toimivad ka histamiini retseptoritesse, kuid pidurdavad sealjuures ka histamiini inaktivaatoreid, diaminooksidaasi aktiivsust ja histaminopeksiat (1,4). Glükokortikoidid pidurdavad antigeeniantikeha reaktsiooni ja suurtes annustes ilmselt ka antikehade moodustumist (1, 7).

Glükokortikoidid vähendavad bronhide obstruktsiooni, toimides ka limas-

kesta põletikulisse tursesse ja vähendades rögaeritust, soodustavad hapniku utilisatsiooni kudedes ning sel teel vähendavad hapnikuvaegust (1, 3, 6, 7). Nad tõstavad adrenoretseptorite tundlikkust sümpatomimeetiliste vahendite suhtes (1, 3, 9).

Glükokortikoidide toime organismisse sõltub annusest, manustamisviisist ja glükokortikoidide lagundamise kiirusest veres ja kudedes. Kortikosteroidide toime organismisse realiseerub retseptorite kaudu.

Glükokortikoidide kasutamise näidustuseks peetakse 1) eksogeensetest allergeenidest põhjustatud astmahoogu (anafülaktilist tüüpi reaktsiooni); 2) astmahoogu haigel, kes varem on glükokortikoidide kasutanud; 3) infektsioos-allergilise astma hoogu või astmaatilist seisundit, mida muude vahenditega ei ole õnnestunud likvideerida. Üldiselt ollakse seisukohal, et glükokortikoidide tuleb määrata alles siis, kui kõik muud vahendid on ära proovitud. Seejuures ravi sümptomaatiliste ja ka patogeenetiliste vahenditega võib kesta seda kauem, mida kergem on infektsioos-allergilise bronhiaalastma hoog; raskema haigushoo korral tuleb kiiremini kasutusele võtta glükokortikoidid. Õigustatuks ei saa pidada glükokortikoidide rakendamist, ilma et eelnevalt oleks kasutatud sümptomaatilist ja patogeenetilist ravi.

Glükokortikoidipreparaatidest on meil kasutusel prednisoloon, mis on viis korda toimivam kui varem kasutusel olnud hüdrokortisoon, triamtsinoloon (sünonüüm polkortoloon), mis on hüdrokortisoonist kaheksa korda toimivam, ja deksasoon (deksametasoon) ning kenakort, mis on veelgi tugevama anti-allergilise ja põletikuvastase toimega. Glükokortikoidipreparaatide sünteetisel taotletakse võimalikult tugevdada põletikuvastast ja antiallergilist toimet ning nõrgendada mineralokortikoidset toimet — retineerida naatriumi ja vett.

Tavaliselt alustatakse ravi suuremate annustega, raske bronhiaalastmahoo või astmaatilise seisundi korral süstitakse või infundeeritakse veeni prednisolooni

60...90 mg (2...3 ampulli) või manustatakse ekvivalentses annuses mõnda muud glükokortikoidipreparaati; peale selle võib glükokortikoidipreparaate süstida lihasesse.

Glükokortikoidid süstituna toimivad 2...4 korda nõrgemini kui sissevõetuna (8). Kiirema toime saamiseks soovitatakse raskemate astmahoogude korral glükokortikoidide veeni süstida ainult esialgu, n.-ö. vältimatu abi korras. Samal ajal tuleb glükokortikoidide anda ka tablettidena ja tablettidele hiljem täielikult üle minna. Glükokortikoidide annuse vähendamine peabki toimuma tablettide alusel. On teada juhtumeid, kui bronhiaalastmahaigele süstiti glükokortikoidide suurtes annustes pikemat aega veeni, kuid astmaatilist seisundit täielikult kupeerida ei õnnestunud. Alles glükokortikoidide andmine suu kaudu viis sihile.

Raskete astmahoogude puhul on esialgsed annused küllalt suured, 100...200 mg prednisolooni ööpäevas. Mõnel juhul on prednisolooni ööpäevane koguannus ulatunud 1000 mg-ni. Glükokortikoidide toime ei avaldu kiiresti, alles 12...24 tunni järel või veelgi hiljem, mistõttu mõnikord, ära ootamata, kas ravim toimet avaldab või mitte, tõstetakse annust ülemääraselt.

Raskete bronhiaalastma hoogude ja astmaatilise seisundi täielik kupeerimine kestab tavaliselt 10...15 päeva. Esialgseid suuri glükokortikoidiannuseid vähendatakse tavaliselt pärast toime avaldumist ja vastavalt bronhiaalastma hoo taandumisele vähendatakse selle aja jooksul hormoonide annust minimaalseni või nende andmine lõpetatakse.

Keskmise raskusega ja kergemate astmahoogude korral on annused väiksemad, alustatakse 25...30 mg-ga. Ravi kestus on 5...7 päeva. Lühiajaliste ravikuuride korral, vaatamata suurtele annustele, võib glükokortikoidid ära jätta annust järk-järgult vähendamata või siis vähendada lühikese aja jooksul, ilma et ilmuks nn. ärajätmisnähte.

Lühiajaline glükokortikoidkuur ei ole sageli küllaldaseks osutunud. Sellis-

tel puhkudel tuleb üle minna pikaajalisele ravile. Reguleeritakse välja optimaalne ööpäevane annus, tavaliselt 5...10 mg prednisolooni. Rohkem kui suurtes annustes ravimi lühiajaline kasutamine toimib hüpofüsaar-adrenaalsüsteemisse pikaajaline kasutamine. Pärast pikaajalist kasutamist vähendatakse kogust $\frac{1}{4}$... $\frac{1}{5}$ algkogusest, s.o. 1...2 mg võrra nädalas. Kui hormooni ärajätmise või isegi annuse vähendamise korral ilmuvad bronhiaalastma nähud, on ilmselt tegemist hormoonsõltuvusega. See nähtus võib välja kujuneda juba pärast mõnepäevast glükokortikoidide tarvitamist ja on ilmselt tingitud haiguse laadist, ilmub sagedamini infektsioos-allergilise bronhiaalastma korral, sõltub ka hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi reageerimisest eksogeenselt manustatud hormoonidele. Prednisolooni annust 5...10 mg päevas peetakse optimaalseks, mis avaldab kõrvaltoimet vaid minimaalsel määral.

Glükokortikoidid on mõjusaks osutunud ligikaudu 80%-l bronhiaalastma juhtudest. 20%-l nad toimet ei avalda või toimivad ainult suurtes annustes. See võib olla tingitud glükokortikoidide kiirest lagundamisest veres ja kudedes või ka muudest põhjustest, nagu teiste endokriinsete näärmete puudulikkusest või steroidireseptorite seisundist.

Pikaajalises kortikosteroidravis on kasutusel glükokortikoididepoo preparaadid, nagu kenalog 40 (depoo triamtsinoloon), mille süstimise (40 mg) järel kestab toime 3...4 nädalat.

Viimasel ajal on kasutusel sissehingatavad glükokortikoidid, neist beklometasoon (*Becotide*) 100...200 µg neli korda päevas. Selle arvel võib vähendada sissevõetavate glükokortikoidide annust või nende kasutamisest koguni loobuda. Glükokortikoidide manustamine inhalatsiooni teel mõjutab organismi reaktiivsust vähem kui muul moel hormoonide manustamine (2, 4).

Glükokortikoidravi kõrvalnähtudest täheldatakse rasvumist, Itsenko-Cushingi sündroomi, virilismi ja menstruaalsioonihäireid, meestel impotentsust, luude demineralisatsiooni, mille taga-

järjel võivad tekkida spontaansed luumurrud (roidemurrud kõha tagajärjel jms.), latentsete infektsioonide generaliseerumist (steroidtuberkuloos, mitmesugused mädaprotsessid), mao- ja kaksteistsörmiksoolehaavandite ning seedeelunditest verejooksude teket, eelsoodumuse korral võib tekkida suhkurtõbi.

Isegi siis, kui need nähud puuduvad, avaldavad glükokortikoidid pidurdavat toimet diantsefaal-hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi talitlusesse. See võib saada takistuseks edaspidisele ravile. Organismi adaptatsioonimehhanismid on blokeeritud, mistõttu ei saa ette võtta spetsiifilist ega ka mittespetsiifilist hüposensibiliseerivat ravi.

Et korvata glükokortikoidide katabolistlikku toimet, on kõrvalnähtudest hoidumiseks vaja perioodiliselt määrata anabolistliku toimega hormoon (nerobool). Naatriumi ja vee retineerimise vähendamiseks tuleks periooditi anda kaaliumipreparaate: 10%-list kaaliumkloriidilahust 30,0 ml 3...1 korda päevas kahe-kolme päeva jooksul 10...12 päeva tagant.

Kokku võttes võib öelda, et glükokortikoidid on mõjus vahend bronhiaalastma ravis, kuid peab olema ettevaatlik, et vältida kõrvalnähte. Glükokortikoidide tuleb määrata nii vähe ja nii harva kui võimalik, aga nii palju kui vajalik.

KIRJANDUS: 1. Findeisen, D. G. R. Asthma bronchiale. Berlin, 1968. — 2. Jacuna, K. Pharmatherapeutica, 1977, 1, 673—680. — 3. Janus, L., Reinvald, A., Karusoo, J., Maser, L., Raukas, E., Sauemägi, L. Pulmonoloogia. Tallinn, 1975. — 4. Karusoo, J. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 2, 117—121. — 5. Kushnar, H., Klein, R., Waldmann, D., Berger, W., Rachelefsky, G., Katz, R., Siegel, S. Pediatrics, 1978, 62, 189—197. — 6. Sylla, A., Lungenkrankheiten. Band I. Leipzig, 1978.

7. Булатов П. К., Федосеев Г. Б. Бронхиальная астма. Л., 1975. — 8. Шаткаускас Б. В кн.: Клиническая физиология и эпидемиология заболеваний почек и легких. Вильнюс, 1979, 164—165. — 9. Юренес П. Н., Семенович Н. И., Чучалин А. Г. Бронхиальная астма. М., 1976.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Uusi tervishoiu asutusi

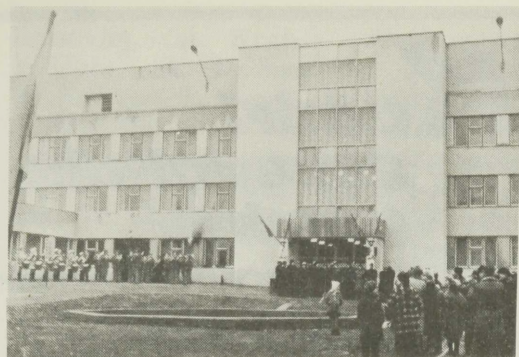
HAAPSALU RAJOONI KESK- HAIGLA UUS KORPUS

5. novembril 1979 avati Haapsalu Rajooni Keskhaigla uus korpus. Avamisel viibisid EKP Keskkomitee osakonnajuhataja E. Gretškina, Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep, tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt, tervishoiuministri asetäitja O. Tamm ning arvukalt meditsiinitöotajaid meie vabariigi teistest linnadest ja rajoonidest. Tseremoonia avasõnad ütles EKP Haapsalu Rajoonikomitee esimene sekretär P. Kašev.

Haapsalu Rajooni Keskhaigla juurdeehitise tehnilise tööprojekti on koostanud «EKE Projekt», projekti peainsener J. Laks. Juurdeehitis planeeriti individuaalprojektina. Peaettevõtja ja ehitaja oli Haapsalu Mehhaniseeritud Ehituskolonn (juhataja E. Romet, töödejuhataja P. Stamberg).

Juurdeehitist ühendab haiglaga galerii. Ravikorpuse on neljakorruseline. Põhikorpusega liituvad operatsiooniblokk ja administratiivkorpus. Soklikorrusel paiknevad tsentraliseeritud sterilisatsiooniosakond, desinfektsioonikamber, üldkliiniline ja biokeemialaboratoorium, stomatoloogiakabinet, õppeklassid, garderoobid, söökla ja muud ruumid.

Esimesel korrusel asuvad haigete vastuvõtu ja väljakirjutamise osakond, kiirabi, röntgeniosakond, diagnostikakabinetid, doonorite ruumid. Teisel korrusel paikneb kirurgiaosakond, kolmandal sünnitusabi- ja günekoloogiaosakond. Haigla töötab nüüd 250-voodi-



Vaade Haapsalu Rajooni Keskhaigla uuele ravikorpusele selle avamise päeval. A. Tarmula foto.

kohalisena. Endine sünnitusmaja rekonstrueeritakse keskastme meditsiinitöötajate hotelli tüüpi elamuks. Ehitusjärgus on apteek ja köögihoone.

Ravihoone on senistest Haapsalus ehitatuist mahukaim. Üldpinda on haiglas 5,7 tuh. m², ruume 178. Juurdeehitise kogumaksumus on 1,4 milj. rubla. Haigla on sisustatud nüüdisaegse meditsiiniaparatuuriga.

Madis Martinson

Ülemaailmses võitluses suitsetamise vastu pidas ÜTO peadirektor H. Mahler kõige tähtsamaks saavutada 1983. aastaks viis peamist eesmärki, millest ta rääkis IV ülemaailmsel suitsetamise ja tervise probleemide käsitleva konverentsi avakõnes 1979. aasta juunikuus.

1. Et paljude maades suitsetajate arv järjest suureneb, on vaja teha kõik selle kasvu peatamiseks.

2. Tubakatoodete reklaam ja propaganda on täielikult lõpetatud 13 riigis, nende arv peaks suurenema 30-le või isegi 50-le.

3. Tubakatootjate valduses on tohutud rahalised vahendid. On vaja veenda riikide valitsusi hädavajalikkuses eraldada tubakatoodete maksustamisel laekuvatest summadest suur osa massiteabeorganitele suitsetamisvastase informatsiooni laiendamiseks.

4. Lähtudes teadmisest, et need, kes suitsetamisega on algust teinud juba lapseas, on täiskasvanuina kirklikud suitsetajad, on vaja riikide valitsustel kehtestada seadus, mis rangelt keelaks suitsetamise alg- ja keskkoolides.

5. Oleks vaja, et juba lähemal aastail kujuneks eriti laste hulgas veendumus, et suitsetamine on ühiskonnastane ilming.

Здоровье мира, 1979, 10.

Kaadri ettevalmis- tamine

TEADUSLIKKE KUTSEID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidiumi otsusega anti professorikutse kolmele Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna õppejõule: otsusega 20. aprillist 1979. a. (protokoll nr. 13) spordimeditiini ja ravi-kehakultuuri kateedri õppejõule arstiteaduse doktor **Aili Pajule**, otsusega 29. juunist 1979. a. (protokoll nr. 21) sama kateedri juhatajale arstiteaduse doktor **Toomas Karule** ja otsusega 27. juulist 1979. a. (protokoll nr. 24) patoanatoomia ja kohtuarstiteaduse kateedri juhatajale arstiteaduse doktor **Ado Truupõllule**.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegiumi otsusega 7. veebruarist 1979. a. (protokoll nr. 5) anti vanemteadurikutse TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi töötajale arstiteaduse doktor **Oie Reintamile**.

Irene Maaroos

UUSI ARSTITEADUSE KANDIDAATE

17. aprillil 1979. a. kaitses Leningradi Sanitaaria ja Hügieeni Instituudi hügieeni-nõukogu istungil kandidaativäitekirja «Sulfaatselluloositööstuse heitvete mõju hügieeniline uurimine veekogudele ja vee kvaliteedi integraalnäitajate väljatöötamine» Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst **Rein Rannamäe**. Uurimus on valminud arstiteaduse doktor professor G. Seljužitski ja bioloogiadoktor I. Veldre juhendamisel. Oponeerisid professor G. Novikov Leningradist ja arstiteaduse doktor

J. Novikov Moskvast. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidiumi otsusega 8. augustist 1979 kinnitati R. Rannamäele arstiteaduse kandidaadi kraad.

R. Rannamäe uurimistöö valmis Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi baasil. Kolme aasta vältel on ta pidevalt uurinud sulfaatselluloosi tootmisel tekkivat heitvett, sellega saastatud veekogu ja merelahte. On kasutatud 28 sanitaar-keemilist näitajat, nende hulgast on selgitatud sulfaatselluloositööstuse heitvetega saastatud jõe- ja merevee hindamiseks integraalnäitajad. Uurimusest selgub, et põhinäitaja on bikromaatiline hapendumus (keemiline hapnikutarvidus), mis iseloomustab objektiivselt veekogu ja selle orgaanilist ainet (veekogu saastub biokeemiliselt raskesti lagunevate orgaaniliste ainetega). Biokeemilise hapnikutarviduse arvutamiseks esitatakse keemilise hapnikutarviduse põhjal regressioonivalem, mis kiirendab analüüsi tulemuste saamist 20 päeva võrra.

Töö tulemusi on autor kasutusele võtnud, ta on koostanud ühe metoodilise kirja ning teinud kaks ratsionaliseerimisetpanekut. S. Rannamäe ettepanek kasutada permanganaathapendumust merevee sulfaatselluloositööstuse heitvetega saastatuse hindamiseks on üleliiduliselt rakendamist leidnud. Töö põhjal koostati tervistavate abinõude plaan Kehra Tselluloosi- ja Paberi-kombinaadi ja Jägala jõe kohta.

R. Rannamäe on sündinud 4. juulil 1937. aastal Tallinnas töölisperekonnas. Õppis Tallinna 20. Keskkoolis, seejärel Tallinna Meditsiinikoolis, mille lõpetas 1958. aastal kiitusega. Ajavahemikul 1958...1961 töötas R. Rannamäe Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas sanitaararsti abina. 1961. aastal asus õppima Leningradi Sanitaaria ja Hügieeni Instituuti, mille lõpetas 1967. aastal kiitusega. Aastail 1967...1974 töötas ta Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas, algul tööstussanitaarars-tina, hiljem peaarstina. R. Rannamäe on avaldanud 29 teadustööd ja kaks sanitaar-hariduslikku brošüüri.

Ingeborg Veldre

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.2 < 1804/1979 > (474.2) (091)

175 AASTA POLIKLIINILISE TERAPEUTILISE ABI ÕPETAMIST TARTU ÜLIKOOIS

REINHOLD BIRKENFELDT ARTEMI VAPRA
MAIMU KOORT TARTU

Tartu ülikool, arstiteaduskond, polikliinilise terapeutilise abi õpetamine

1. mail 1804. aastal avati Jurjevi (Tartu) ülikooli meditsiinikliinik koos polikliinikuga (5), mis oli ette nähtud arstiteaduskonna üliõpilaste praktilise töö kohaks, olles esimeseks polikliinikuks Venemaal (7). Ülikooli tegevuse esimestel aastatel toimus sisehaiguste ja kõrvaldistsipliinide õpetamine ainult ühes patoloogia, semiootika, teraapia ja kliiniku kateedris (2). Selle kateedri professor Daniel Georg Balk (aastail 1804...1817) oli polikliiniku esimene juhataja ja meditsiinikliiniku direktor. 1805. aasta sügisel alustas ta loenguid «Collegium conversatorium et casuisticum», mis toimusid üks tund nädalas. 1809. aastast alates oli iga päev üks tund kliinilisi harjutusi ja polikliiniliste haigete arutelu.

1817. aastal määrati eraldi polikliiniku juhataja, kes ühtlasi oli kliiniku direktori abi. Aastail 1817...1886 olid polikliiniku juhatajateks professorid J. Erdmann (võttis esimesena Venemaal kasutusele stetoskoobi), L. Struve, G. Sahmen (asutas kliinilise laboratooriumi), J. Varvinski, F. Oesterlen, J. F.

Erdmann, A. Krause, V. Weyrich, J. Uhle, A. Wachsmuth, A. Vogel, B. Naunyn, L. Senff, F. Hoffmann ja A. Weil (5).

1836. aastast pärinevad täpsemad andmed üliõpilaste töö kohta polikliinikus. Nii jälgisid üliõpilased 1836. aastal kokku 840 haiget, neist osa kodudes. Tervenes 457, suri 24, ravi tulemused jäid teadmata 359 haige kohta. 1846. aastal oli jälgitud ja ravitud juba 1236 haiget (6).

Sisehaiguste kursust lugesid 1846. a. alates kaks professorit — meditsiinikliiniku ja polikliiniku juhatajad, kes erilise traditsiooni kohaselt aastatel 1851...1886 vahetasid iga aasta järel omavahel ülesandeid, olles kordamööda polikliiniku juhatajaks (5).

Professor K. Dehio direktoriks oleku ajal aastail 1886...1898 eraldati polikliinik meditsiinilisest kliinikust. 1888. aastal sai polikliinikust iseseisev ülikooli õppe- ja teadusasutus — instituut koosseisu, eelarve ning ruumidega (6). Polikliinikut juhatas direktor, üks praktilise meditsiini professoreid, tema juures töötas assistent, kogemustega arst. Ülejäänud personal koosnes üliõpilastest praktikantidest, kes enne polikliinikupraktikat vähemalt ühe semestri pidid olema töötanud statsionaaris kuraatoritena.

1891. aastal sai polikliinik uued ruumid, mille hulgas olid auditoorium, haigete vastuvõtu- ja ooteruum, haigete uurimise ruum ja laboratoorium (6).

1898. aastal asus polikliiniku juhataja kohale professor N. Saveljev (töötas 1918. aastani) (6). Ta määrati eripatoloogia ja sisehaiguste kateedri professoriks. III kursuse üliõpilastele luges N. Saveljev diagnostikat ja propedeutikat. Samal ajal juhatas ka ülikooli polikliinikut, juhendas V kursuse üliõpilaste praktikume polikliinikus ja haigete ravi kodus. Laupäeviti demonstreeriti üliõpilastele huvitavaid haigusjuhte.

Iga päev kella 14...17-ni toimus haigete tasuta vastuvõtt polikliinikus ja raskelt haigete külastamine kodus. III kursuse üliõpilased võtsid polikliiniku

tööst osa auskultantidena, V kursuse (lõpukursuse) üliõpilased ühe semestri vältel praktikantidena.

Jurjevi linn oli jaotatud viide jaoskonda (1904. aastal oli linnas 45 000 elanikku). Iga jaoskonda teenindas rühm V kursuse üliõpilasi, kusjuures arvestati jaoskonna tingimusi. Nii määrati rohkem praktikante vaestesse, üleasustatud ja Emajõe-äärsetesse jaoskondadesse, kus olid kevadised üleujutused ning seetõttu kevaditi ja suviti palju haigeid (6).

Kõik andmed haige kaebuste, uurimise, jälgimise ja ravi kohta kandsid üliõpilased täpselt ja lakooniliselt «Polikliiniku praktikandi žurnaali». Žurnaal oli praeguse ambulatoorse kaardi eelkäija. Ravimite väljakirjutamiseks olid blanketid, mis koosnesid kahest osast: üks jäi haigele, mille ta esitas ravimi saamiseks ülikooli apteegist, koopia aga professorile kontrollimiseks (6).

Professor N. Saveljev, tehes kokkuvõtteid polikliiniku saja-aastasest tegevusest, tõstis esile tema suurt osa ühelt poolt arstiteaduse õpetamisel ja teiselt poolt arstiabi andmisel linnaelanikele, eriti vaestele (6).

1920/1930-ndail aastail toimus polikliinilise terapeutilise abi õpetamine sisehaiguste propedeutika kursusel. Õppejõududena töötasid professorid H. Koppel, E. Masing, V. Vadi, F. Lepp ja H. Normann (3). Toimusid haigusjuhtude arutelud ja koduviisiidid. VI kursuse õppekavas oli ette nähtud sisehaiguste praktikume polikliinikus kuus tundi nädalas (4), mis hiljem vähendati kolmele tunnile nädalas (1).

Suure Isamaasõja järgsel perioodil on polikliinilise ravi õpetamisega tegelnud põhiliselt hospitaalsisehaiguste kateeder. Õppebaasiks on olnud Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla Polikliinik ja pärast ühendamist 1964. aastal Tartu Linna Polikliinik.

Süstemaatiline õppetöö algas polikliinikus 1950/1951. õppeaastal. VI kursuse üliõpilased võtsid polikliinikus haigeid vastu ja tegid koduviisi. Õppetööd on juhendanud H. Sõber, R. Kaskmets, A. Vapra, A. Napa, K. Kõrge, J. Savi-

saar, I. Kurik-Seffer, P. Mallene, A. Päi, J. Reinaru, V. Saarma, A. Seffer, O. Maimets, L. Praks jt. (3). Ilmus V. Saarma metoodiline juhend «Terapeutiliste haigete polikliinilisest teenindamisest» (1967. ja 1970. a.).

Praegu õpetatakse Tartu Linna Polikliinikus V kursuse üliõpilastele terapeutilist abi tsüklitena, kusjuures õppetöö on planeeritud viiele päevale. Üliõpilased teevad visiite dispanseeritud haigete juurde koju, millele järgnevad arutelud. Toimuvad kaks seminarõppust ja kontrolltestid retseptuuri alal. Subordinaatorid (VI kursuse) töötavad polikliinikus seitse nädalat jaoskonnarstide abilistena. Kord nädalas toimuvad seminarid vältimatu abi, dispanseerimise, töövõimetuse ekspertiisi või muudel aladel.

Polikliinikus on õppekabinet, kus on tabelite, kardiogrammide ja röntgenifilmide kogu ning raviminäidised. On koostatud polikliiniku õppetöö metoodilised juhendid ja sisse seatud näitlike õppevahendite kaustad. Trükiks on ette valmistatud uus polikliinilise terapeutilise abi metoodiline juhend. Õppetööd korraldavad hospitaalsisehaiguste kateedri dotsent polikliinilisel alal, teised õppejõud ja mittekoosseisulised õppejõud — polikliiniku teraapiaosakondade juhatajad.

KIRJANDUS: 1. E. V. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õppekava arstiteaduse alal ja arstiteaduse doktori-eksamite määrused. Tartu, 1940. — 2. Riiv, J. TRÜ Toimetised. Tartu, 1957, 52, 3—12. — 3. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskond aastail 1802—1975. Koostanud V. Kalnin, E. Raudam. Tartu, 1976. — 4. Tartu ülikooli arstiteaduskonna õppekavad ja eksamite, promotsiooni ja habilitatsiooni korraldus. Tartu, 1927.

5. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского, бывшего Дерптского, университета за сто лет существования (1802—1902), т. 1. Юрьев, 1902; т. 2. Юрьев, 1903. — 6. Савельев Н. А. Поликлиника Юрьевского университета. Отд. оттиск из «Ученых записок Юрьевского университета». Юрьев, 1906. — 7. Фрейдлин С. Я. Городская поликлиника. Л., 1961.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder
Tartu Linna Polikliinik

Konverentsid ja nõupidamised

Eesti NSV otorinolaringoloogide VI konverents toimus 21...22. juunini 1979 Tallinnas. Avasõnad ütles Eesti NSV tervishoiu-minister professor V. Rätsep.

Professor E. Siirde andis ülevaate otorinolaringoloogia saavutustest ja arenguperspektiividest Nõukogude Eestis. Ta rõhutas, et peaaesandeks on ette valmistada kõrge kvalifikatsiooniga spetsialiste. Eesti NSV otorinolaringoloogidest töötab üle 50% Tallinnas, igas rajoonikeskuses on vaid üks otoloog, peaks aga olema kaks. Tallinnas tuleks avada foniaatriakabinet. Samuti on vaja suurendada voodikohtade arvu ning tõhustada surdologoopedilist abi. Kuulmishäirete profülaktikaks on vaja, et eriarstid oleksid teadlikud antibiootikumide ototoksilisest toimest, eriti aga nende kahjulikkusest varaealistele lastele. Konverentsil esitatud tööd olid väga mitmest valdkonnast.

Professor V. Särgava jt. tutvustasid kõrva-haiguste diagnoosimise uuemaid audioloogilisi meetodeid (impedantsaudiomeetria, ultraheli- ning laiendatud diapasoonis audiomeet-



Konverentsi presiidiumis. Esireas vasakult: professor I. Kurilin, akadeemik I. Soldatov istungit juhatamas, professor I. Potapov, tervishoiuminister professor V. Rätsep, Eesti NSV teeneline teadlane professor E. Siirde. M. Mällo foto.

ria jne.). E. Gaudin Riiast käsitles oma töös neljandat kuulmeluukest. Mitu ettekannet käsitles müra- ja põhjustatud kuulmiskahjustuste kindlakstegemist, samuti kuulmise protsessimise mõningaid aspekte ning tutvustati H. Pöögelmanni nimelises Elektrotehnika Tehases valmistatud uusi integraalskeemil töötavaid «Oticumi» tüüpi kuulmisaparaate. Tartu teadlased rääkisid sellest, kuidas ototoksilised antibiootikumid võivad lastel põhjustada kuulmishäireid ja isegi kurtust. Osas töödes analüüsiti tasakaalufunktsiooni ning selle häirete ravi ning otoskleroosi kirurgilist ravi.

Huvi pakkusid ettekanded krüokirurgia (-180°C) kasutamisest krooniliste keskkõrvapõletike ravis, samuti skleroomi ja keelemandli hüpertroofia ravis, viimase puhul koos ultraheliga. Edasi kuulati ettekandeid, milles käsitleti anatoomilisi ühendusi (*stoma*) nina limaskestast pinna ja peaaaju liikvorisüsteemi vahel, ninahingamise takistusest põhjustatud kopsuventilatsiooni häireid, kõrivähi diagnoosimist ja ravi, häälepaelte funktsionaalset seisundit stroboskoopilise uurimise alusel laulukoori poistel. Mitmed autorid olid uurinud allergiliste nina-, kõrva- ja kurguhaiguste kompleksset diagnoosimist ning ravi. Huvi äratas Kiievi teadlaste ettekanne laserno «Kastan» kasutamisest nina-, kõrva- ja kurguhaiguste kirurgias.

Filmide vahendusel tutvuti ravivõimlemise võtetega ja hingamisharjutustega, mida tehakse allergilise rinopaatia raviks (S. Sibul), tutvuti ka larüngektoomiaga kõrivähi puhul (E. Gaudin).

Konverentsi ettekannete (kokku 139 tööd) materjalid avaldati kogumikus «Актуальные вопросы оториноларингологии. Материалы VI Республиканской конференции оториноларингологов Эстонской ССР. 21—22 июня 1979 г. в г. Таллине». Таллин, 1979 г.

Konverentsi ajal toimus ka Eesti NSV Otorinolaringoloogide Teadusliku Seltsi aruande- ja valimiskoosolek. Juhatuse esimees on nüüd professor V. Särgava, aseesimees allakirjutanu, liikmed S. Sibul, H. Kruuse ja R. Aero. Eesti NSV teeneline teadlane professor E. Siirde valiti juhatuse auaseesimeheks ning Eesti NSV teeneline arst L. Espar juhatuse auliikmeks.

Arvid Luts

Vabariiklik dermatoveneroloogide XIII konverents toimus 14...15. septembrini 1979. aastal Tartus. Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Dermatoveneroloogide kõrval oli rohkesti rajooni keskhaiglate peaarste, naistearste ning sanitaar- ja epidemioloogijaamade töötajaid, samuti dermatovenerolooge Moskvast, Leningradist, Riist, Kaunasest ja Ufast.

Allakirjutanu ja M. Majassi ettekanne käsitles suguhaiguste tõrjes viimastel aastatel meie vabariigis rakendatud abinõusid. Üksikasjalikult peatuti kaadri ettevalmistamisel ja kvalifikatsiooni tõstmisel, samuti koostööl naistearstide ja psühhiaatritega. Suguhaiguste tõrje organisatoorseid küsimusi käsitlesid ka Moskva ja Riia teadurid.

Taas täheledatakse süüfilise raskekujulist kulgu, gonorröa ja trihhomonoosi korral aga tropiitse kuluga haigusjuhtude sagenemist. Mitmes ettekandes olid vaatluse all süüfilise ja gonorröa diagnoosimise meetodid ning verevalkude muutused manifestse ja seroresistentse süüfilise korral. Tõsteti esile permanentse ravi efektiivsust.

Rohkesti oli ettekandeid dermatoloogia valdkonnast. TRÜ dermatoloogidelt, morfoloogidelt ja biokeemikutelt oli ühine ettekanne, milles jõuti järeldusele, et psoriaasi patogeneesis tuleb lahendust otsida naha fermentatiivsete ja proliferatiivsete muutuste regulatsioonimehhanismi selgitamisest. Külalised rääkisid uuel fotekeemilisel meetodil psoriaasi ravis saadud tulemustest. Ravi seisnes ultraviolettkiirguse andmises ja fotosensibiliseerivate preparaatide beroksaani, pubaleeni või psoraleeni kasutamises. Ravi talutakse hästi ka raskete psoriaasivormide puhul. Tähelepanu äratas töö, milles selgitati psoriaasi ja neurodermiiti põdejate diferentseeritud valiku otstarbekust kuurordiravile suunamisel (helioteraapia). Haigeid, kelle organismis on tunduvalt immunoloogilisi ning elektrofüsioloogilisi nihkeid, ei ole otstarbekas kuurordiravile saata.

Sekundaarset erütrodermiat põdejate etapp-ravi käsitlesid Leningradi teadlased. Nad soovitasid hemoekstraktsioonimeetodit kõikide erütrodermia vormide puhul, kuna selle rakendamine võimaldab glükokortikoidhormoonide annust kas tunduvalt vähendada või neist isegi loobuda.

Allergiliste kutsedermatooside kompleksne

diagnoosimine oli N. Loogna, J. Verrevi, V. Pirilä (Tallinn, Helsingi) ettekande teema. Et haigus esineb sageli kombineeritud vormina, on vajalik, et diagnoosimisest võtaksid osa dermatoloog, terapeut ja otorinolarüngo- loog, samuti on vaja teha täiendavaid uurimisi, sealhulgas *in vitro* teste.

E. Riis (Narva) analüüsis Kreenholmi Manufaktuuri töötajatel esinevaid nahahaigusi. Neist sagedasemad on püoderma, epiderm- mükoos ning dermatiit, kaasa arvatud elukut- sest tingitud stigmad tekstiilitöötajatel.

Ufa teadlased on uurinud naha funktsio- naalset ja allergilist seisundit vitamiinidehase töölistel. Vitamiinipreparaatide tootmisel toi- mib tegurite kompleks, mis võib esile kutsuda nihkeid naha funktsionaalses seisundis ning põhjustada stigma ja dermatiidi tekkimise. Kõne all olid veel kutse-nahahaiguste profi- laktika ning mikrospooria epidemioloogilised ja kliinilised iseärasused. Tüüpiliste juhtude kõrval on täheldatud ka trihhofüütiatoolist vormi, harvem põletikulist eksudatiivset mik- rospooriat. Mikrospooriasse nakatumine toi- mub sagedamini kasside vahendusel, seepärast peab epidemioloogiasse töösse kaasama veterinaarteenistuse ning samal ajal tõstma lastevanemate sanitaarteadlikkust. Käsitleti veel püokokkide autovaktsiini kasutamist dermatooside ravis ning seda soovitati nende krooniliste ja retsidiiveervate nahahaiguste raviks, mille etioloogias ja patogeneesis on oluline piüogeenne infektsioon. Lõpuks tutvus- tati uue viirustevastase preparaadi — bonaf- tooni — kasutamist herpes simplex'i ravis.

Herman Vahter

Ulevabariigiline teraapiaalane nõupidamine peeti 18. septembril 1979 Tallinnas. Koos olid tervishoiuosakondade juhatajad, haiglate peaarstid, peaterapeutid ja teised juhtivad terapeutid.

Nõupidamise avas Eesti NSV tervishoiu- ministri esimene asetäitja E. Väärt. Ette- kanne terapeutilise abi täiustamisest esitas tervishoiuministreeriumi peaterapeut N. Elä- tein. Vaatluse all oli EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruse «Rahva tervishoiu edasise parandamise abi- nõude kohta meie vabariigis» täitmise ana- lüüs. Vabariigilise alluvusega linnades tera- peudijaoskondade arvu suurendamine ja kar-

dioloogiakabinettide avamine polikliinikutes ei kulge nii kiiresti, nagu tervishoiuääruse kohaselt peaks. Suuri puudusi ilmneb haigete dispenseerimisel Tallinnas ja Pärnus, samuti Paide, Kingissepa ja Põlva rajoonis. Oluline osa ettekandest oli jäetud ajutise ja püsiva töövõimetuse ekspertiisi käsitleks. Eelkõige polikliinikutes vajab ekspertiis paremale järjele tõstmist. Ei saa pidada põhjendatuks, et Tartu Kliinilisest Haiglast väljakirjutatud haigeid hoitakse haiglaajärgselt veel kaua töövõimetuslehel. Tartus on vaja voodifondi kasutada intensiivsemalt. Terapeutide kohus on ka muude haiguste, iseäranis nakkus- ja suguhaiguste varajane diagnoosimine. Tervete eluviiside põhimõtete propageerimine on arsti aritöö koostisosa, samuti küllaltki levima hakanud iseravimise kahjulikkuse selgitamine.

Ettekandes juhtiti teraapia profiiliga arstide seltside esimeeste tähelepanu vajadusele seltsidel rohkem tegelda arstiabi parandamise praktiliste küsimustega. Ettekandele järgnes elav mõttevahetus, milles osalesid meie vabariigi nimekad eriarstid.

Pärast nõupidamist toimunud seminaril kuulati töövõimetusega haigestumise probleemide analüüsi (inspektorarst V. Hommik) ja ettekannet noorukite arstiabi parandamise võimalustest (inspektorarst T. Vaasna).

Samal päeval toimus Vabariikliku Terapeutide Teadusliku Seltsi juhataste pleenum koos Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teadusliku meditsiinilise teraapia- ja gastroenteroloogiaalaste probleemikomisjonidega. Arutati seltsi tööd, meditsiinisaavutuste teraapiapraktikasse kasutuselevõttu ning ideoloogiatööd seltsi liikmete hulgas.

1981. aastal toimub VII Eesti NSV terapeutide kongress, mille päevakorras on polikliiniline arstiabi, arstivead ja nende vähendamise teed, uut sisehaiguste profülaktikas, diagnostikas ja ravis, samuti uut selle valdkonna organisatsioonist.

Pleenumi juhtis terapeutide tähelepanu vajadusele tegelda uurimistega kongressil arutusele tulevatel teemadel.

Natan Elšteín

Balti liiduvabariikide kõrgkoolide mikrobioloogide esimene nõupidamine toimus 29...30. juunini 1979. aastal Kaunases, kus Kaunase ja Riia meditsiiniinstituudi ning

V. Kapsukase nimelise Vilniuse Riikliku Ülikooli ja TRÜ mikrobioloogid vahetasid kogemusi kõikides kateedri tööõikudes, otsisid võimalusi heade erialateadmistega ning ühiskondlikult aktiivsete arstide, stomatoloogide ja farmatseutide ettevalmistamise tõhustamiseks. Põhjalikult arutati kateedrites tehtavat õppe- ja kasvatustööd ning metoodilist tööd, tutvuti teadustöö põhisuundadega, vaeti UTÜ-de mikrobioloogiaringide tegevust.

Üksmeelselt leiti, et kateedritevahelist koostööd on kasulik arendada. Nii otsustati 1979/1980. õppeaastast alates vahetada õppetöö kalenderplaane, rakendada sotsiaalkateedrite õppejõude külalislektoritena. Eelolevaks õppeaastaks on planeeritud allakirjutanu loengud Riia Meditsiiniinstituudis. Teadustöö valdkonnas on perspektiivsed Kaunase Meditsiiniinstituudi ja TRÜ mikrobioloogide ühised uurimused kirurgiliste haigete mikrofloora alal. TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi mikroobide ökoloogia laboratoorium hakkab Riia kolleegidele andma metoodilist abi aeroioonide antimikroobse toime selgitamiseks. Kõigi nelja kõrgkooli mikrobioloogid võtavad osa Kapsukase-nimelise Vilniuse Riikliku Ülikooli 400. aastapäevale pühendatud epidemioloogide, mikrobioloogide ja infektsionistide konverentsist. Laiendatakse kontakte UTÜ-de mikrobioloogiaringide vahel.

TRÜ-st viibisid Kaunases seitse mikrobioloogia kateedri ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi mikroobide ökoloogia laboratooriumi töötajat (E. Türi, M. Väljaots, S. Truus, H. Lenzner, M. Mikelsaar, E.-M. Laanes ning allakirjutanu). Järgmine nõupidamine otsustati korraldada 1980. aastal Tartus.

Akivo Lenzner

Ukraina NSV lääneoblastite otorinolarüngoloogide esimene oblastitevaheline konverents toimus 25...26. maini 1979. a. Užgorodis. Konverentsi avas Taga-Karpaadi oblasti RSN Täitevkomitee aseesimees I. Timtsenko. Peale kahe plenaaristungi toimus töö kahes sektsioonis, kuulati 54 ettekannet ja vaadati kaht kinofilmi. Ukraina lääneoblastite keskuste ja Kiievi otoloogide kõrval oli esinejaid Moskvast, Karagandast, Riist, Tallinnast ja Tartust, samuti Ungarist ja Tšehhoslovakiast.

Eriti pöörati tähelepanu metsa- ja puidutööstuse tööliste haigestumise vähendamisele ning kutsekahjustuste varajasele avastamisele. O. Ribari (Ungari) näitas otoskleroosi kirurgilise ravi alast filmi.

Arvid Luts

Leedu NSV reumatoloogide konverents toimus 19...20. juunini 1979. aastal Vilniuses.

Plenaaristungil käsitleti reumaatiliste haiguste vastu võitluse epidemioloogilisi ning organisatsioonilisi aspekte. K. Valiukene kaasautoritega (Vilnius) andis ülevaate reumatoidartriiti ning suuri kollagenoosse põdejate hospitaliseerimisest Leedus 1977. aastal, L. Gargasas kaasautoritega (Vilnius) reuma statsionaarsest ravist ajavahemikul 1962...1977. A. Daškevičiuse (Kaunas) ettekanne tutvustas deformeeriva osteoartriooni levikut külaelanike hulgas. P. Erjalis ning G. Gargasas (Vilnius) rääkisid reumatoloogide kaadri ettevalmistamisest ning meditsiini-eetikast ja deontoloogiast reumatoloogias.

Sektsiooniistungitel oli vaatluse all reumaatiliste haiguste diagnoosimine. Eriti tunti huvi stsintigraafia kui liigese- ning lülisambahaiguste varajase diagnoosimise meetodi vastu (V. Tšepoi, Moskva). Samuti vaadeldi humeroskapulaarse periartriidi levikut külaelanike hulgas, analüüsiti podagra kliinilise kulu variante, reumaravimite toimet jm.

Lastereumatoloogia valdkonnas arutati organisatsioonilisi küsimusi, samuti komplamiini kasutamist laste reuma ravis ning levamisooli ja brufeeni toimet reumatoidartriidi kulusse. E. Müllerbek ja U. Rannula (Tallinn) esitasid immunoglobuliinide uurimisel saadud tulemusi haiguse prognoosi aspektist ning E. Luiga (Tallinn) tulemusi vere hüübimissüsteemi ravimiallergia korral lastel.

Teisel plenaaristungil andis reumatoidartriidi immunomodulatiivsest ravist põhjaliku ülevaate Vilniuse Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor A. Matulis. Tööst ilmses, et reumatoidartriidi ravis on oluline kasutada nii immunosupressiivseid kui ka -stimuleerivaid vahendeid. A. Baltuskevičius kaasautoritega (Kaunas) andis ülevaate trilooni B rakendamise kohta liigesehaiguste ravimisel, G. Matveikov kaasautoritega (Minsk) D-penitsillamiinravi mõjususest reumatoidartriiti põdejail. G. Guobis (Vilnius)

vaatles reumahaigete rehabiliteerimise sotsiaalseid ja ökonoomilisi aspekte.

Eesti NSV-st võtsid konverentsist osa E. Müllerbek, E. Luiga ja allakirjutanu.

Artemi Vapra

VI üleliiduline kosmosebioloogia ja avikosmilise meditsiini alane konverents toimus 5...7. juunini 1979. aastal Kaluugas, kus üle 40 aasta oli elanud ja töötanud kosmonautika rajaja K. E. Tsiolkovski. Osa võttis üle 700 teadlase ja spetsialisti 23 meie maa teaduskeskusest, samuti sotsialismimaadest ning Ameerika Ühendriikidest, Austriast, Prantsusmaalt, Rootsist ja Saksa FV-st. Kosmosest, orbitaalkompleksi «Saljut 6»—«Sojuz» pardalt, tervitasid kokkutulnuid V. Ljahhov ja V. Rjumin.

Toimus kaks plenaaristungit, töötas kolm sektsiooni, peeti kaks sümposiumi ja kaks kollokviumi ning leidis aset kaks ümmarguse laua diskussiooni. Põhiosa ettekandeid moodustasid NSV Liidu ning teiste sotsialistlike riikide teadlaste meditsiinilis-bioloogilised uurimused, mis olid läbi viidud nõukogude kosmonautide ning Tšehhoslovakkia SV, Poola RV ja Saksa DV kosmonautidest uurijate lendude ajal orbitaaljaamadel «Saljut». Mitmed tööd põhinesid nõukogude bioloogilistel Maa tehiskaaslastel tehtud eksperimentidel ja maapealseil katseil kosmoselendude vältel inimorganismile mõjuvate tegurite modelleerimisega.

Konverentsi üks kesksemaid probleeme oli inimene ja gravitatsioon. Teadlased vaagisid kosmonautide valiku ja ettevalmistusega seoses olevaid küsimusi, kosmoselendude psühholoogilisi aspekte ning arstiabi, kosmonautide toitlustamist. Mitmekülgsest arutati hüpaktsia ja stressi probleeme.

Konverentsi programmis oli ka kaks tööd meie vabariigist. A. Vares (Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratoorium) esitas ettekande «Hüübimis- ja hüübimisvastase süsteemi seisund ägeda emotsionaalse stressi puhul». Autor oli uurinud elektrokoagulogrammide dünaamikat tervetel inimestel rahulekus ja emotsionaalse stressi korral. Muu hulgas jõudis ta järeldusele, et hüübimisvastase süsteemi nõrkus, mida täheldatakse mõnedel tervetel inimestel ägeda emotsionaalse stressi puhul, võib olla üks eel-

dusi pikaajalise emotsionaalse pingega seotud veresoonte haiguste tekkeks.

Allakirjutanu esitas TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedris ning TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi mikroobide ökoloogia laboratooriumis valminud uurimuse (kaasautorid H. Lenzner, M. Mikel-saar, M. Türi, M. Toom, M. Väljaots), milles käsitleti kosmoselaeva «Sojuz 13» ja kahe orbitaaljaama «Saljut 4» meeskonna liikmetelt enne ja pärast kosmoselendu isoleeritud laktobatsillide füsioloogilis-biokeemilisi ning antagonistlikke omadusi, lüsosüümiaktiivsust ja tundlikkust antibiootikumide suhtes. Selgus, et laktobatsillide bioloogilised omadused raketekulglas olid mainitud kosmoselendude vältel küllalt stabiilsed. Selle fakti tähtsus tuleneb asjaolust, et laktobatsillid on organismi resistentsuse tagamises osalevad mikro-organismid.

Akivo Lenzner

Rahvusvahelise koostöö laienemine vähi-epidemioloogia alal. 1976. aastast alates on NSV Liidu ja USA teadlaste vahel toimunud viljakas koostöö rinnavähi epidemioloogia valdkonnas. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi rinnavähi epidemioloogia uurimise üleliiduline koordineeriv keskus (M. Purde juhtimisel) ja Harvardi Ülikooli epidemioloogiaosakond (B. MacMahon juhtimisel) on uurinud rinnavähi riskitegureid. On selgunud, et põhilised riskitegurid — hiline esmassünnitus ja menopaus, lapse pikkus ja kehakaal, hormonaalne eelsoodumus — on ilmselt põhjuslikus seoses rinnavähi tekkega piirkondades, kus haigestumus on kas suhteliselt suur või väike. Ühisuurimiste esimesele etapile lisandus praegu jätkuv noorte naiste hormonaalse ainevahetuse võrdlev uurimine; analoogilisi töid tehakse koordineeritult mitmes maailma geograafiliselt kaugel asuvas piirkonnas. Arvestades senise koostöö edukust otsustati vähiepidemioloogiaalast koostööd laiendada ning NSV Liidu ning USA onkoloogiakeskuste uurimisprogrammi lülitada ka muude haigusvormide uurimine.

Vähiepidemioloogiaalane koostöö NSV Liidu ja USA vahel on laienenud. Uuritakse ka günekoloogilise sfääri kasvajaid, sest rinnavähi ja günekoloogilise sfääri kasvajate etiopatogeneesis on palju ühist, eelkõige hormonaalne sõltuvus. Koostöö laiendamise põ-

hiseisukohad fikseeriti 1977. aasta detsembris Seattle'is F. Hutchinsoni nimelises Vähi-keskuses. NSV Liidu vähiteadlaste delegatsiooni juhtis sümposiumil Eesti NSV tervishoiuminister professor V. Rätsep, USA teadlaste delegatsiooni Washingtoni Ülikooli viitsepresidendi abi doktor M. Henderson. Naise suguelundite vähi epidemioloogia alal toimus teine Nõukogude ja Ameerika teadlaste sümposium 2...5. aprillini 1979 Gruusia NSV Onkoloogiakeskuses Tbilisis. Delegatsioone juhtisid taas V. Rätsep ja M. Henderson. NSV Liidu delegaatideks olid veel V. Kisseljov, A. Tšaklin ja D. Zaridze NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Onkoloogiakeskusest (Moskva), L. Šarašidze ja L. Tšarkviani (Tbilisi), S. Nugmanov (Alma-Ata), V. Vinnitskaja (Kiiev), A. Rõbalka (Jalta) ning E. Hint ja allakirjutanu (Tallinn). Moskva onkoloogiakeskuse juhtimisel hakkab selles valdkonnas koostööd tegema ja koordineerima Gruusia NSV Onkoloogiakeskuse naise suguelundite epidemioloogia uurimise üleliiduline koordineeriv keskus professor L. Tšarkviani juhtimisel. Koostöörühmad NSV Liidu teistest piirkondadest selgitatakse töö käigus.

NSV Liidu ja Ameerika teadlaste nõupidamisel otsustati arendada edasist koostööd peamiselt munasarja- ja emakakehavähi epidemioloogia uurimisel. 1. Võrdlevalt uuritakse munasarjavähki haigestumist NSV Liidus ja USA-s. Protokolli koostamise aluseks oli tööhüpotees, et erisugune haigestumus konkreetsetl territooriumil väljendub eri histoloogiliste vähivormide esinemisega (seoses endo- ja eksogeensete mõjutustega). 2. Emakakehavähi epidemioloogia uurimine. Piirkondades, kus emakakehavähi juhte on palju või vähe, selgitatakse küsimustiku abil välja riskitegurid. Küsimustiku projekti koostas professor L. Tšarkviani Ameerika teadlastele koostöövariandi väljatöötamiseks. Rahvusvaheline deskriptiivne haigestumuse uurimine on kavandatud aastaks 1971...1980.

Et Eesti NSV-s on pahaloomuliste kasvaja arvestussüsteem (vähiregister), mis on hästi välja arendatud, ja diagnoosi kinnitamiseks histoloogiline meetod, võib loota ka meie vabariigi vähiepidemioloogide osavõttu NSV Liidu ja USA teadlaste planeeritud koostööst günekoloogilise sfääri kasvajate epidemioloogia alal.

Maret Purde

Tšehhoslovakkia SV ja Nõukogude Liidu kolmas psühhiaatriasümposioon toimus 28... 30. maini 1979. a. Smolenitsõs. Korraldajad olid J. Purkinje nimeline Tšehhoslovakkia Meditsiiniselts koos Tšehhoslovakkia Psühhiaatrie Seltsiga. Sümpoosionist võtsid osa peaaegu kõik korraldava maa juhtivad psühhiaatrid ja psühhofarmakoloogid ning 14 NSV Liidu delegaati eesotsas akadeemik G. Morozoviga.

Põhiprobleem oli afektiivsete häirete farmakoprofülaktika, 36 ettekandest käsitlesid pooled liitumi toimet. Avaettekande esitas G. Rudenko, kes rääkis pikemalt liitumi profülaktilisest toimest afektiivsete häirete korral. Ta rõhutas, et liitium avaldab tugevat profülaktilist toimet, kui teda kasutatakse pidevalt ja regulaarselt ning kui on tagatud tema optimaalne kontsentratsioon vereseerumis. Et viimane on mõjutatav paljude välistegurite poolt, siis liitumi ordineerimine ilma tema kontsentratsiooni regulaarse kontrollita vereseerumis ei taga püsivat profülaktilist efekti.

Liitumi kontsentratsiooni mõjutavaid tegureid oli uurinud O. Vinar. Ta märkis, et tsirkulaarse psühhoosi korral on haigeil liitumi kontsentratsioon depressiivses faasis tunduvalt kõrgem kui maniakaalses, kuigi ordineeritud kogused olid mõlemal juhul ühesugused. Liitumi vajaliku kontsentratsiooni saavutamiseks vereseerumis tuleb nooremaelastele haigetele liitumi ordineerida rohkem kui vanemaelastele. Antidepressandid reeglipäraselt tõstavad, neuroleptikumid aga langetavad liitumi kontsentratsiooni vereseerumis.

D. Bartova, P. Smolik, F. Faltus jt. jagasid oma esialgseid liitumi kasutamise alaseid kogemusi selliste häirete puhul nagu Kleine-Levini sündroom, neurotiline anoreksia, seksuaalhäired ja alkoholne tsüklotüümia. Tšehhi uurijad J. Moltšan, A. Rakus ja R. Balon käsitlesid ka pikaajalise toimega liitumi (Li *retard*) efektiivsust ning leidsid, et ta ei ole traditsioonilise manustamisviisiga liitumist nõrgema toimega. Sümpoosionil kuuldu põhjal võib järeldada, et liitumi profülaktiline toime avaldub kõige enam bipolaarse kuluga efektiivse psühhoosi korral.

Oma ühises töös G. Morozov ja I. Anoh-

hina tõestasid, et kroonilistel alkohoolikutel on katehoolamiinide ainevahetuses nii kvantitatiivseid kui ka kvalitatiivseid nihkeid. Nihete ulatus on tihedas korrelatsioonis abstinentsiseisundi kliinilise sümptomaatika raskusega. Perspektiivne näib olevat autorite järeldus (ja esialgne katse) ravida alkohoolses abstinentsiseisundis (kaasa arvatud deliirium) haigeid apomorfiiniga.

Huvipakkuv oli M. Vartanjan ja R. Nadžarovi ettekanne, kes käsitlesid psühhofarmakonide farmakokineetika mõningaid pävakorral olevaid küsimusi. Selle probleemi praktilise käsitluse esitas G. Pantelejeva. Ta tõi mõningaid bioloogilisi ja kineetilisi parameetreid, prognoosimaks farmakoni efektiivsust skisofreeniahaige ravis. Metoodika keerukuse tõttu ei ole neid väga väärtuslikke tulemusi laiemas kliinilises praktikas võimalik veel rakendada.

E. Vencovsky kaasautoritega analüüsis meie maal sünteesitud psühhostimulaatori — südnokarbi — mõjust nii haigetel kui ka tervetel. Ilmnes, et fenamiini tüüpi stimulaatorist erinevalt eufooriat tekitav toime südnokarbil puudub ja ta ei põhjusta ka ravimsõltuvust. Tervetega tehtud uurimiste põhjal võib väita, et südnokarbi stimuleeriva toime intensiivsus sõltub suuresti närvisüsteemi seisundist. Nii näiteks võivad labiilse vegetatiivse närvisüsteemiga isikutel psüühilised võimed pärast südnokarbi ühekordset võtmist loodetust vastupidiselt isegi halveneda.

Allakirjutanu ettekandest «Psühhogeensete häiretega haigete ravi põhiprintsiibid» leidis üldist heakskiitu seisukoht, et neuroosi ravis trunkvillisaatoritega saadav efekt on vähepüsiv.

Lembit Mehilane

III Nõukogude Liidu—Ameerika Ühendriikide ühisenõupidamine väliskeskkonna hügieeni alal toimus 1...5. oktoobrini 1979 Suzdalis. Osa võttis nelikümmend teadlast, Eesti NSV-st professor P. Bogovski ja allakirjutanu. NSV Liidu ja USA vahelise koostöö koordineerimine nimetatud probleemi alal on koondunud põhiliselt kahte asutusse — Nõukogude Liidus A. Sõssini nimelisse Üld- ja Kommunaalhügieeni Instituuti Moskvas ning Ameerika Ühendriikides Riiklikku Keskkonahügieeni Instituuti Põhja-Carolina osarii-

gis. Ühisest uurimistööst võtavad osa veel mitmed teised mõlema maa teaduskeskused.

J. Graham (USA) esitas ettekande, mis käsitles organismi vastusreaktsioone õhu saastatuse korral. On selgunud, et katseloomad on pärast lämmastikdioksiidi inhaleerimist erakordselt vastuvõtlikud infektsiooni suhtes. M. Pinigin (NSV Liit) oli uurinud lämmastikdioksiidi, bensooliaurude, osooni jt. ainete toimet katseloomadesse nende ainete vaheldumisi manustamise puhul. G. Krassovski (NSV Liit) esitas töö tulemused, milles ainete toksilisuse määramist prognoositi ühendite füsioloogilise-keemiliste omaduste alusel matemaatilise analüüsi abil. M. Waters (USA) oli väliskeskonna keemilise saastatuse toimet uurinud rakulisel ja subtsellulaarsel tasemel. Ta oli kultiveerinud roti maksarakke ja jälginud, kuidas rakud benso(a)püreeni metaboliseerivad. Sellest ettekandest, nagu paljudest teistestki, nähtus, kui suur tähtsus *screening*-ehk sõeltestil ainete toksilisuse kindlakstegemisel on juba praegu ja kui palju sellelt võib loota veel edaspidi. R. Merkurjeva (NSV Liit) tööst selgus, et mikrosomaatiliste ensüümide aktiivsus langeb pärast nitrosodimetüülamiini manustamist. On teada, et just nimetatud ensüümide osavõtul muudetakse antud prokantseroogen lõplikuks kantseroogeniks.

M. Feinleib (USA) seostas südame veresoonte haiguste teket väliskeskonna teguritega. USA tööstuslikult enam arenenud idapiirkondades on suremus nende haiguste tagajärjel suurem kui mujal riigis, mis kõneleb keskkonnategurite osast. Viimastest tõsteti esile vingugaasi, pliid ja kaadmiumi. Siiski on südame ja veresoonte haigustesse haigestumine USA-s viimastel aastatel oluliselt vähenenud. I. Sanotski (NSV Liit) vaatlus südame ja veresoonte vananemise kiirust kui keemiliste ainete hilismõju prognoosimise kriteeriumi. J. Rahmanin (NSV Liit) ja H. Hopps (USA) käsitlesid vee magestamise ja selle erisuguse mineralisatsioonistmega seotud hügieeniprobleeme. Vee magestamist on praktiseeritud paljudes maades, selline vesi on kasutusel nii tööstuses kui ka joogiveeks. Et vesi on paljude soolade ja mikroelementide allikas, siis tema mineraalse koostise optimeerimine on tervise seisukohalt väga vajalik.

R. Albert (USA) ja N. Janõševa (NSV Liit)



Foto 1. Nõupidamise vaheajal. Vasakult: R. Albert, P. Bogovski, G. Sidorenko, R. Dixon ja J. P. E. Schambra.

tõid uusi andmeid benso(a)püreeni kantserogeense toime kohta. Ehkki seda ainet on uuritud juba aastakümneid, on ta väliskeskonna kantseroogenina endiselt tähelepanu keskmes. Allakirjutanu ettekandes oli vaatluse all kantserogeensete nitrosoamiinide sisaldus fermenteeritud toiduainetes. Probleem on seotud lämmastikväetiste üha intensiivsema kasutamisega, millega kaasneb nitritite-nitraatide kui nitrosoamiinide eelkäijate sisalduse suurenemine toiduainetes. Nimetatud kantseroogenide bioloogilise toime uurimisest oli ettekanne ameerika teadlastelt.

K. Mitchell (USA) esitas andmeid keskkonnategurite närvisüsteemisse avaldava toime kohta. Sel alal on viimasel ajal välja kujunenud uus teadusharu — etioloogiline toksikoloogia, mis uurib mitmesuguste keskkonnasaastajate mõju inimeste ja loomade käitumisele. R. Staples (USA) esitas ainete terato-



Foto 2. NSV Liidu ja USA teadlasi, nõupidamisest osavõtjaid. Autori fotod.

geensuse määramise tulemused, mis pärinesid NSV Liidust ja USA-st. P. Putškov (NSV Liit) käsitles ainete teratogeensuse määramist väljaspool organismi, milleks ta oli kasutanud kultiveeritavaid embrüoid. R. Dixon (USA) oli väliskeskonna tegurite toime hindamisel kasutanud kõrge tundlikkusega bioloogilisi süsteeme, kaasa arvatud inimese sperma. Ta oli rakendanud ainete metaboliiseerimist mikrosoomidega, sest sel puhul võib metabolismlikus ahelas määrata ka nende intermediaarsete ühendite toimet, mille eluiga on lühike.

Keskkonna füüsikaliste tegurite (madalsageduslikud elektromagnetväljad ja mikrolaineline radiatsioon) bioloogiline toime oli vaatluse all D. McRee (USA) ja M. Sandala (NSV Liit) ettekandeis.

Nõupidamisel võeti vastu ühine tegevusprogramm aastaks 1980...1981, mis hõlmab eespool nimetatud probleeme. Meie Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut osaleb koos NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teadusliku Onkoloogiakeskuse ja NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Petrovini nimelise Onkoloogia Teadusliku Uurimise Instituudiga koostööprogrammi probleemi «Nitrosoamiinide bioloogiline toime» uurimises. Järgmine nõupidamine toimub kahe aasta pärast Ameerika Ühendriikides.

Jaak Uibu

Ungari Rahvavabariigis Hodmezövasarhelys toimus II rahvusvaheline meditsiini esperantokonverents (2-a Internacia Medicina Esperanto-Konferenco — IMEK), millest võttis osa 100 meditsiinitöötajat, neist üle 60 välismaalt. Konverents toimus 8...14. juulini 1979. a. ja sellel käsitleti sanitaarhoolduse ja sotsiaalkindlustuse, keskkonnakaitse jt. küsimusi. Käidi ekskursioonidel, külastati raviasutusi. Elati moodsas üliõpilaste ühiselamus, kus on 2...4-kohalised toad. Konverentsi puhul oli kasutusel eritempel. Tempel on ümmargune. Selle keskel on maakera taustal arstiteaduse ja esperanto embleem, ümber tekst «Hodmezövasarhely 2-a IMEK 8-1407'79». Osavõtjad said konverentsimärgi.

Elmar Ratassepp

Arstide seltsides

Üleliidulise Meditsiiniajaloolaste Teadusliku Seltsi juhatus V pleenum toimus 15...17. maini 1979. a. Tomskis. Kõigepealt arutati II üleliidulise meditsiiniajaloolaste kongressi ettevalmistust. Kongress otsustati korraldada 27...30. augustini 1980 Taškendis. Seal tehakse kokkuvõtteid meditsiiniajaloolastest uurimustest ja kavandatakse perspektiivid. Ühe peaprobleemina arutatakse meditsiiniajaloo metodoloogiat. Tähistatakse ka Ibn Sina 1000. sünniaastapäeva. Eestist tuleb kongressil esitamisele viis ettekannet.

Pleenumil arutati ka, kuidas meditsiiniajaloolaste teaduslikud seltsid on I üleliidulise meditsiiniajaloolaste kongressi otsuseid täitnud. Vaatluse all oli Tomski Meditsiiniajaloolaste Teadusliku Seltsi töö (esimees professor G. Mendrina).

Päevakorras oli ka meditsiiniajaloo õppejõudude ettevalmistamine ning selle täiustamine. Selgus, et mitme meditsiiniinstituudi pediaatria- ja stomatoloogiategaduskondades (-osakondades) ei ole meditsiiniajaloo õpetamist veel profileeritud, ei ole õppemuuseumi ega -kabinette. 1980. aastal antakse välja meditsiiniajaloo uus programm ja õpik. Osavõtjatele tutvustati Tomski meditsiiniinstituudi ajaloomuuseumi, käidi ka tsaarivalitsuse poolt poliitilistel põhjustel asumisele saadetute paigas Narõmis ning tutvuti muuseumiga.

Pleenumi vaheaegadel leidis aset «Suure meditsiinientsüklopeedia» meditsiiniajaloo mittekooresseisulise toimetuse osakonna koosolek, kus arutluse all oli artikkel «Meditsiin», ja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia meditsiiniajaloo probleemikomisjoni istung, kus arutati meditsiiniajaloolaste väitekirjade planeerimist ja kaitsmise tingimusi. Pleenumile järgnes meditsiiniajaloolaste kahenädalane täiendusseminar.

Viktor Kalnin

Tartu Terapeutide Teadusliku Seltsi ja Vabariikliku Kardioloogide Seltsi ühine väljasõiduistung toimus 9. ja 10. juunil 1979 Narva-Jõesuu Kolhoosidevahelises Sanatooriumis. Huviga kuulati professor K. Kõrge ettekannet rasvumisest ja rasvtõvest ning professor J. Riivi ettekannet rindkerevalude diferentsiaaldiagnoosimisest. Narva-Jõesuu sanatooriumi peaarst L. Veeber rääkis ravi-asutuse ajaloost ja praegusest tööst. Tutvuti ka sanatooriumi töö ning ruumidega.

Vello Salupere

Intervjuu

RAHVUSVAHELISTEL KURSUSTEL SOOMES

Meie vabariigi reumaatiliste haigustega tegelevad terapeutid ning pediaatrid kogunesid 1. märtsil 1979. a. Tallinna ning asutasid ühiselt Vabariikliku Reumatoloogide Teadusliku Seltsi.

Uue seltsi juhatusse valiti O. Maimets (esimees), L. Päi, E. Müllerbek, A. Šeffler, A. Vapra, A. Levin (sekretär) ja allakirjutanu. Seltsi koosolekuid otsustati korraldada kolm korda aastas. Neil käsitletakse reumaatiliste haigustega seotud teaduslik-praktilisi probleeme.

Esimesel koosolekul kuulati meie teadus-asutustes — TRÜ-s ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis — tehtud uurimistöödest. Professor L. Päi käsitles reumatoidartriidihaigete immunoreaktiivsuse muutusi ja nende mõjutamise võimalusi kliinikus. Arstiteaduse kandidaat E. Müllerbek rääkis ravimiallergiaga reumahaigete laste immunoloogilisest reaktiivsusest rehabiliteerimise korral.

Ingrid Laan

Tartu Terapeutide Teadusliku Seltsi rahapreemia 1979. aasta parima sisehaiguste alase üliõpilasvõistlustöö eest said TRÜ arstiteaduskonna VI kursuse üliõpilased K. Saks ja R. Ivand, kelle töö teemaks oli «Südamevereringesüsteemi reaktiivsuse muutustest raseduse kulu vältel». Uurimus valmis ÜTÜ teaduskonnasisehaiguste ringis dotsent Ü. Lepa juhendamisel ning kujutab endast üht osa aastaid väldanud ulatuslikust uurimistest-mast.

Vello Salupere

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor professor P. Bogovski, rahvusvahelise mainega teadlane, oli 1979. aastal teaduslikel konverentsidel ja nõupidamistel Ungari RV-s, Soomes, Kreekas, Prantsusmaal ja Poola RV-s. Neist ühe reisi kohta oli professor P. Bogovski lahkelt nõus ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» lugejatega muljeid jagama.

1979. aasta augustis viibisite Soomes. Mis oli sõidu eesmärk?

See reis oli teistest mõnevõrra erinev, sel korral ei tulnud sõita konverentsile ega ekspertide nõupidamisele. Soome kolleegid Helsingi Töötervishoiu Instituudist tegid mulle ettepaneku esineda kahe loenguga rahvusvahelistel kutsevähihaigustel kursustel, mis toimusid Helsingi lähedal Hanasaarel 6...15. augustini. Mul tuli pidada tunnipikkune avaloeng teemal «Kutsevähi ajaloolised perspektiivid» ning teine pooltunnine loeng kursuste lõpupäeval, mis käsitles Rahvusvahelise Tööorganisatsiooni (ILO) tegevust kutsevähi ärahoidmise alal.

Avaloengu koostamine oli eriti vastutusrikas, pidi see ju andma õige nüüdisaegse tooni kogu kursusele. Viimaste aastate kirjanduse alusel ja sidemete põhjal mitme maa teadlastega tuli kujundada praeguse olukorra hinnang, samuti teatavas mõttes prognoosida, millist osa kutsevähi saab etendada üldises vähihaigestumuses. Loengusse võtsin ka mõningaid õpetlikke fakte kutsevähi ajaloo alalt, mis aitavad vältida vigu ja väärhinnanguid. Suur osa loengust puudutas võimalikku panust, mida eksperimentaalne onkoloogia võiks anda kutsevähi probleemi õigemaks käsitamiseks ja kutsevähi profülaktikaks. Ühelt poolt võib öelda, et profülaktika-

meetmete võtmisest hoolimata võib oodata mõningat kutsevähki esinemissageduse suurenemist tingituna tööstuse tormilisest arengust. Teisest küljest võib väita, et kui näiteks Nõukogude Eesti põlevkivitööstuses ei oleks eksperimentaaluurimiste tulemusi silmas pidades rakendatud kutsevähki ärahoidmise mitmesuguseid vahendeid, oleks nahakasvajate sagedus põlevkivitöölise seas praegusest veelgi suurem. Taoline on olukord ka paljudes teistes tööstusharudes.

Missuguste teiste lektorite loenguid kursustel võiksite esile tõsta?

Väga huvitav oli Lyonis asuva Rahvusvahelise Vähiuurimise Keskuse direktori doktor John Higginsoni loeng väliskeskonna tegurite ja kutsetöö osast vähi tekkes. USA Riikliku Vähiinstituudi osakonnajuhataja doktor Umberto Saffiotti loeng keemiliste kantserogeenide ainete definitsiooni ja identifitseerimise kohta oli samuti väga informatiivne ja põhjalik. Huvi pakkusid ka Soome kolleegide esinemised: doktor Olavi Pelkonen Oulu Ülikoolist rääkis kantserogeenide ühendite metabolismist aktiveerimisest, doktor Marja Sorsa Helsingi Töötervishoiu Instituudist tsütogeneetiliste meetodite rakendamise kohta kantserogeenide uurimisel; sisukaid loenguid pidasid ka doktorid Lyly Teppo, Jorma Rantanen, Harri Vainio, Kari Hemminki ja mitmed teised.

Kui palju oli loenguid ja kui palju kuulajaid ning millistest maadest?

Seitsme päeva jooksul pidasid 28 lektorit 60 kuulajale kokku 50 loengut. Kuulajaid oli kõigist Skandinaaviamaadest, Poola Rahvavabariigist, Saksa DV-st, Saksa FV-st, Belgiast, Suurbritanniast, Itaaliast ja Madalmaadest.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudil on Soome kolleegidega teadusliku koostöö leping, kas ka selle täitmise käigust juttu oli?

Jah, mul oli kohtumine Helsingi Töötervishoiu Instituudi peadirektori doktor Jorma Rantaneniga, kohtumisest võttis osa ka instituudi teadusala direktor doktor Sven Hernberg. Arutasime meie instituutidevahelise koostöölepingu üksikuid punkte ning veendusime, et koostöö areneb edukalt. Ötsustasime 1980. aasta sügisel Helsingis kor-



Rahvusvahelisel kutsevähialasel kursusel (Hanasaari, Soome). Loengute vaheajal vestlevad Rahvusvahelise Vähiuurimise Keskuse (Lyon) direktor John Higginson, USA Riikliku Vähiinstituudi (Bethesda) osakonnajuhataja Umberto Saffiotti ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor Pavel Bogovski.

raldada järjekordse ühise sümposiumi toksikoloogia alal. Ettekanded toimuvad soome ja eesti keeles tõlgi vahendusel. Eelmine sümposium peeti 1977. aastal Tallinnas, see õnnestus igati, anti välja materjalid inglise ja vene keeles. Loodame, et ka eelolev sümposium korda läheb.

Kas tutvusite ka Helsingi Töötervishoiu Instituudiga? Milline mulje sellest jäi?

Mulje on väga hea. See on arvuka suhteliselt noore ja väga võimeka teadurite kaadriga suur asutus. Laboratooriumides on moodne sisustus, rakendatakse ajakohaseid uurimismeetodeid. Instituudil on filiaaleid (kannavad samuti instituutide nimetusi) nii-sugustes tähtsates tööstuskeskustes nagu Kuopio, Lappeenranta, Oulu, Tampere, Turu ja Uusimaa. Instituut annab välja oma ajakirja «Työ Terveys Turvallisuus», millel on täita suur osa nii arstkonna kui ka töölise kvalifikatsiooni tõstmisel töökaitse ning ohutustehnika alal.

Lõpuks märgiksin Soome kolleegide suurt huvi meiega koostöö arendamise vastu ja nende konstruktiivset ning sõbralikku suhtumist sellesse.

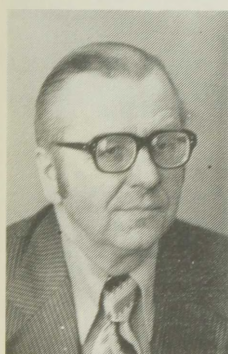
Meie juubilar



Malev Uibo, TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri dotsent, sai 20. oktoobril 1979. aastal 60-aastaseks. Sündinud 1919. aastal Tartumaal Vastse-Otepää vallas talupoja perekonnas. 1940. aastal pärast õpinguid Tartu I Gümnaasiumis astus arstiteaduskonda, mille lõpetas 1946. aastal. Juba üliõpilasena asus ta 1945. aastal tööle hügieeni kateedrisse, aastail 1968...1979 oli kateedrijuhataja. Kandidaadiväitekirja «Laste tootlustuse sanitaar-hügieeniline uurimine Tartu linna lasteaedades» kaitses ta 1967. aastal. 1971. aastal anti talle dotsendikutse. M. Uibo kuulub Eesti NSV tuntumate tootlustushügienistide hulka, kelle uurimistulemusi on ulatuslikult praktikasse rakendatud. Ta on aktiivne tervislike eluviiside propageerija televisioonis ja ajakirjanduses. Avaldanud 80 teadustööd. Teda on autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. NLKP liige 1962. aastast.



Elmar Mikk, Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla arst, sai 1. detsembril 1979. aastal 60-aastaseks. Sündinud 1919. aastal Tartumaal Mäksa vallas talupoja perekonnas. 1941. aastal lõpetas Tartu Kommertsgümnaasiumi. Aastail 1942...1948 õppis Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Juba üliõpilaspäevil alustas tööd Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas. Selles haiglas on juubilar töötanud 34 aastat. Ta on olnud ordinaatoriks, osakonnajuhatajaks ja peaarstiks. E. Mikk on esimese kategooria infektsionist. Ta on palju teinud nakkushaiguste vastu võitlemisel nii pärast sõda kui ka hiljem. Loendamatu kordi on juubilar pälvinud patsientide tänu tagasi antud tervise eest. Tema meelisharrastuseks on male, sellel spordialal on ta tõusnud meie vabariigi tervishoiutöötajate seas tippu. Ka koroonalahingus ei ole ta veel kordagi kaotuskibedust tundnud. E. Mikkelit on autasustatud medaliga «Töövapruse eest» ning V. I. Lenini juubelimedaliga.



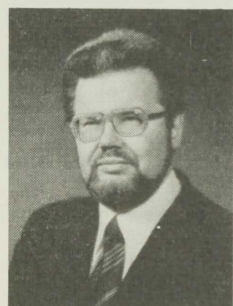
Ilmar Laan, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur, meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna juhataja, sai 8. jaanuaril 60-aastaseks. Sündinud 1920. aastal Tartus kooliõpetaja perekonnas, õppinud H. Treffneri Gümnaasiumis, 1940. a. sügisest Tartu Riikliku Ülikooli ajaloo-keeleteaduskonnas. Läbis Suure Isamaasõja lahinguteed meditsiinitöötajana, 1945. aastal tuli tagasi ülikooli, siis juba arstiteaduskonda, mille lõpetas 1953. aastal. Sellest ajast peale tänaseni on töötanud instituudis, kus on pidanud teadusliku sekretäri, nooremteaduri ametit. Praegusel ametikohal 1967. aastast. 1967. a. kaitses kandidaadiväitekirja *Trichomonas vaginalis*'e bioloogiliste omaduste muutlikkusest. Avaldanud trükiis 59 teadusartiklit, lisaks veel 7 käsikirjalist. 7 tööd on ilmunud välismaal. Teatmiku «Onkoloogia-Bibliograafia-Informatsioon» kaasautor, on tõlkinud õpikuid, populaarteaduslikke brošüüre. Oma põhitöö kõrval on töötanud ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetajana, on toimetuse kolleegiumi liige. Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi teadusliku meditsiininõukogu meditsiinterminoloogia komisjoni sekretärina kannab komisjoni töös peamist raskust. Südamelähedase keelehuvi tõttu on ta oma tähelepaneliku pilgu ning heatahtliku sõna ja nõuga suutnud aidata toimetust argitöös. Suur lastesõber, suur kunsti- ja raamatusõber, kelle meelikõitvaks kõrvalharrastuseks on meedikute eksliibriste kogumine. Juubilari kaunistab malbus, äärmine korrektsus kõikjal ja kõiges.



Valve Saarma, TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri professor, Eesti NSV teeneline arst, sai 23. jaanuaril 1980 60-aastaseks. Sündinud 1920. aastal Tallinnas teenistujate perekonnas, 1937. aastal lõpetas samas E. Lenderi Gümnaasiumi. Aastail 1938...1945 õppis TRÜ arstiteaduskonna raviosakonnas. Ülikoolitööd alustas 1944. a. oktoobris teaduskonnasisehaiguste kateedri assistendina, sel ametikohal töötas 1950. aastani. Aastail 1950...1956 oli TRÜ kehakultuuriteaduskonna arst, ajavahemikul 1956...1963 hospitaalsisehaiguste kateedri assistent. 1956. a. kaitses kandidaativäitekirja «Vereseerumi koliinesteraasi aktiivsuse ja valgeverre pildi muutustest insuliini ja adrenaliini toimetel» ja 1971. a. doktoriväitekirja «Autoimmuunsete mehhanismide osa kilpnäärmehaiguste patogeneesis». 1964. a. alates töötab hospitaalsisehaiguste kateedri dotsendina, 1973. aastast professor. 1965. aastast juhendas TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise kateedri tööd, aastail 1970...1975 samanimelise teaduskonna dekaan. On trükis avaldanud üle 80 teadustöö.



Velda Sibul, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla laboratooriumijuhataja, Vabariikliku Laboratooriumi-arstide Teadusliku Seltsi sekretär, sai 2. okt. 1979 50-aastaseks. Sündinud Saaremaal Pidula kooli juhataja J. Laulu perekonnas. 1951. aastal lõpetas Tartu Töölisnoorte Keskkooli, 1956. a. Tartu Riikliku Ülikooli. Aastail 1956...1977 töötas Tartu Kliinilises Haiglas biokeemikuna. Viimastel aastatel oli ta laboratooriumis osakonnajuhataja. V. Sibul on kasutusele võtnud kümneid uusi biokeemilisi uurimismeetodeid. Praegu tegeleb ta immunoglobuliinide määramise metoodika juurutamisega haigla argitöös. Ühiskondlikus töös väga aktiivne. Ta on tunnustatud giid nii meie vabariigis kui ka kogu Nõukogude Liidus. Juubilar on mitmekordne vabariikliku taitlejate ülevaatus laureaat. Teda on autasustatud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi aukirjadega.



Silver Jõks, Eesti Teadus- ja Tehnikainformatsiooni Instituudi sektorijuhataja, bioloogiakandidaat, sai 2. oktoobril 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud 1929. aastal Tartus laulupedagoogi ja ooperilaulja perekonnas, lõpetanud 1950. a. Tartu 1. Keskkooli ja 1957. a. TRÜ arstiteaduskonna kiitusega. Aastail 1957...1979 töötas Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis: algul biokeemialabori vanemteadur ja juhataja, 1959...1962 sihtaspirantuuris Moskvast, 1962...1979 instituudi viroloogiaosakonna juhataja. Kaitses 1964. a. kandidaativäitekirja mitteinfektsioosse polioantigeeni moodustumise mehhanismi kohta. Avaldanud 112 teadusartiklit peamiselt enteroviiruste geneetika ja biokeemia alal. Erksa teadlasena ja teaduskeele huvilisena kuulub meditsiini terminoloogia komisjoni. Aastast 1968 Tallinna Terviseülikooli rektor. VI ülemaailmse noorsoo- ja üliõpilasfestivali laureaat. Juubilar on suurepärase kooliga laulja, kelle kiindumus on klassikaline repertuaar. NLKP liige 1972. aastast.



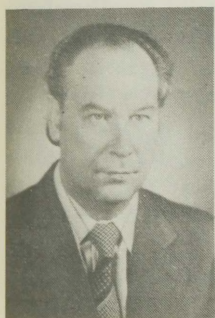
Silvia Kaldma, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaakušöör-günekoloog, arstiteaduse kandidaat, sai 4. oktoobril 1979. aastal 50-aastaseks. Sündinud 1929. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. 1948. a. lõpetas Tallinna 8. Keskkooli ja 1954. aastal TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. Seejärel asus tööle Tartu Kliinilises Sünnitusmajas. Aastail 1956...1959 oli TRÜ arstiteaduskonna aspirant Lenini gradis NSV Liidu TA Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudis, kus valmis kandidaativäitekirja «Raseduse, sünnituse, sünnitusjärgse perioodi kulg ja juhtimine varikoosete veenilaiendite puhul», mida kaitses 1961. aastal. 1959. aastast on S. Kaldma töötanud Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis. Algul oli ta Emade ja Laste Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse inspektor, 1963. aastast peaakušöör-günekoloog. Samast aastast Eesti NSV Akušööride-Günekoloogide Teadusliku Seltsi esimees. Teda on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane». Avaldanud üle 30 teadusliku artikli. NLKP liige 1963. aastast alates.



Arvo Tikk, TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri professor, sai 30. oktoobril 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud 1929. a. Tallinnas keemiku perekonnas. 1948. aastal lõpetas Tallinna 7. Keskkooli ning 1954. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel asus tööle neuroloogia ja neurokirurgia kateedris, kus algul oli assistent. Aastail 1969...1973 samas dotsent ning 1973. aastast alates kateedri professor. Kandidaadi väitekirja kaitses 1964. aastal ning doktoriväitekirja, mis käsitles ajukolju vigastuste kliinikut ja patofüsioloogiat, 1973. aastal. Tunnustatud spetsialist neuroloogia, neurokirurgia ja neurotraumatoloogia alal. 110 teadusliku töö autor, mis käsitlevad närvisüsteemi vigastusi ja intensiivravi. Nõukogude Eesti preemia laureaat. Võtab aktiivselt osa erialaseltside tegevusest. On esitanud ettekandeid üleliidulistel ning rahvusvahelistel konverentsidel ja kongressidel. TRÜ arstiteaduskonna parteibüroo sekretär. Teda on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ning NSV Liidu Rahvamajanduse Saavutuste Näituse medaliga. NLKP ridadesse kuulub 1966. aastast alates.



Joel Aasav, Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla peaarst, sai 9. novembril 1979 50-aastaseks. Sündinud Suure-Jaanis töölisperekonnas. 1949. aastal lõpetas Suure-Jaani Keskkooli. Ajavahemikul 1949...1952 õppis Tallinna Meditsiinikoolis velskri erialal. Seejärel töötas Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. TRÜ arstiteaduskonnas õppis 1954...1960. a. Pedagoogina alustas tööd Tariu Meditsiinikoolis, kus oli õpetaja aastail 1960...1963. Samast ajast on töötanud Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas, algul ordinaatorina, 1977. aastast peaarstina. Alates 1963. aastast on TRÜ arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri assistent. On avaldanud teaduslikke artikleid jämesoole patomorfoloogia kohta düsenteeriahaigetel. On korduvalt viibinud täienduskursustel Moskvas ja Leningradis. Ühiskondlikult väga aktiivne. Esitanud ettekandeid konverentsidel, seminaridel ja arstide seltside koosolekuid. Pidanud loenguid arstide täienduskursustel.



Niin Ajasta, S. M. Kirovi nimelise Näidiskalurikolhoosi ravikeskuse peaarst, kõrgema kategooria tervishoiuorganisaator, sai 5. detsembril 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas töölisperekonnas 1929. a., Tapa Keskkooli lõpetas 1949. a. kuldmedaliga, TRÜ arstiteaduskonna 1955. a. kiitusega. Seejärel töötas Tapa Haiglas neuroloogina, hiljem peaarstina kuni 1958, järgmistel aastatel oli Tallinna Vabariikliku Haigla kliinilises ordinatuuris neurokirurgia alal ning tegevkirurg. Aastail 1963...1967 Kopli Polikliniku peaarst, 1967...1975 Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja, 1975...1979 Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst, 1979. a. aprillikuust praegusel ametikohal. On avaldanud artikleid polikliinilise abi ja tervishoiuorganisatsiooni alalt ning peaaegu vereringehäirete kohta. Aastail 1967...1979 oli tervishoiuministeeriumi kolleegiumi liige, 1968...1979 kuulus ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» kolleegiumi koosseisu. Teda on autasustatud ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedaliga ja tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga. NLKP ridadesse kuulub 1968. aastast alates.



Aino Ilmoja, Pelgulinna Haigla naistenõuandla juhataja, sai 24. detsembril 1979. aastal 50-aastaseks. Sündinud 1929. aastal Viljandis. Viljandi 1. Keskkooli lõpetas 1948. aastal ning TRÜ arstiteaduskonna 1954. aastal. 1957. aastal asus tööle Pelgulinna Haiglasse, 1958. aastast alates on naistenõuandla juhataja. A. Ilmoja on I kategooria akušöör-günekoloog. 1973. aastal anti talle NSV Liidu Rahvamajanduse Saavutuste Näituse hõbemedal spetsialiseeritud arstiabi arendamise, profülaktiliste läbivaatuste läbiviimise ja töö eesrindliku korraldamise eest. Teda on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ning NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Ametiühingute Keskkomitee Presiidiumi ühise aukirjaga. Juubilar on palju teinud sanitaarkasvatustöö valdkonnas. Kahel korral on teda valitud Kalinini Rajooni Rahvasaadikute Nõukogu saadikuks, ta on olnud ka Eesti NSV Ülemnõukogu saadik.

MeditSiini- tehnika

UDK 616-073.75:615.47

FLUOROGRAAFIFILMI TUND- LIKKUST TÖSTEV LOORITUSVABA FENIDOO NILMUTI

EINI ALTRAJA · TARTU

fluorograafifilm, fenidoonilmuti, valgustundlik-
kus, kiiritusdoos

Profülaktiliste ja diagnostiliste fluo-
rograafiliste uurimistega, mis põhine-
vad majanduslikel kaalutlustel ja mee-
todi suurel informatiivsusel, hõlmatak-
se üha suuremaid elanikerühmi (1, 2).
Sellest ka vajadus fluorograafia teel
uuritavate kiirituskoormust vähendada
(8).

Ekspositsioonidoos antud fotomater-
jali puhul on primaarselt määratud, ar-
vesse võttes kaadri optimaalseks mus-
tumiseks vajalikku kiirgusenergia hul-
ka. Doosi mõjutavad ka kasutatava eka-
raani fluorestseerumise intensiivsus ja
filmi sensitomeetrilised omadused.
Fluorograafias kasutame kõrgekvalitee-
dilist kodumaist filmi RF 3 tundlikku-
sega 1700 S 0,85 r⁻¹. Filmi nominaal-
tundlikkus garanteeritakse ilmutamisel
tehase poolt soovitatud metool-hüdro-
kinoonilmutiga.

Dooside vähendamise viisidest on ka-
sutamata veel filmi tundlikkuse tõst-
mine fotolaboratoorsel töötlemisel.

Fotograafias kasutusel olevad filmi
tundlikkuse tõstmise võtted (9, 10) on
röntgeni- ja fluorograafifilmi töötlemi-
seks üksikjuhtudel käsitlemist leidnud
(5, 6, 11).

Tutvustame Tartu Kliinilises Haiglas

fluorograafifilmi ilmutamisel end õigus-
tanud tundlikkust tõstvat looritusvaba
fenidoon-hüdrokinoonilmutit, milles
filmi töödeldakse tavalisest kõrgemal
temperatuuril.

Efekt põhineb ilmutis metooli asen-
damisel hüdrokinooni aktiivsust tundu-
valt tõstva fenidooniga (1-fenüül-püra-
solidoon-3). Katalüsaatoriks, millel on
hüdrokinoonisse täpselt sama toime, on
samuti NSV Liidus toodetav metüülfe-
nidoon (1-fenüül-4-metüülpürasoli-
doon-3).

Autorid, kes fluorograafifilmi jaoks
on soovitanud fenidoon-hüdrokinoon-
ilmutit (5), on kahe silma vahele jät-
nud järgmised olulised momendid: fe-
nidooni lahustamise viisi, looritusvas-
taste ainete kontsentratsiooni ilmutis ja
lahuse töötemperatuuri.

Kasutame järgmise koostisega ilmu-
tit:

fenidooni (metüülfenidooni) 0,7, vee-
vaba naatriumsulfitit 100,0, hüdroki-
nooni 20,0, veevaba soodat 60,0, kaa-
liumbromiidi 5,0, bensotriasooli 0,3,
destilleeritud vett kuni 1000,0.

Lisaks traditsioonilisele kaaliumbro-
miidile kasutame retseptis tugevat loo-
rituse vastu toimivat bensotriasooli,
mille maksimaalne kontsentratsioon on
0,5 g/l ja mis takistab eksponeerimata
filmialadel broomhõbeda mikrokristal-
lide tekkimist. Bensotriasooli koguse
suurendamise korral ilmutis väheneb
vastupidiselt soovitule filmi tundlikkus,
suureneb liigselt kontrastsus, pikeneb
ilmutamise aeg.

Ilmuti valmistamisel on oluline kinni
pidada järgnevalt toodud järjestusest
(3, 4).

1. Fenidoon (või metüülfenidoon) la-
hustatakse eelnevalt atsetoonis vahe-
korras 1 g fenidoonile 20 g atsetooni.
Atsetooni kontsentratsiooniks ilmutis
jääb 0,6%, mis ei kahjusta fotomater-
jali, kuid toimib looritusvastaselt.

2. Järgnevalt lahustatakse $\frac{3}{4}$ retsep-
tis ettenähtud koguses destilleeritud
vees $\frac{1}{4}$ sulfiti hulgast temperatuuril
40...50 °C, edasi lahustatakse kogu
hüdrokinoon, seejärel ülejäänud sulfit
ja teised komponendid.

3. Sulfiti-hüdrokinoonilahusesse valatakse fenidooni atsetoonilahus ning täiendatakse destilleeritud veega ettenähtud koguseni.

4. Värskest valmistatud ilmuti on kasutuskõlblik mitte varem kui 12 tunni pärast.

Ilmuti head omadused avalduvad optimaalselt temperatuuril $+22^{\circ}\text{C}$, mille puhul saavutatakse filmi nominaaltundlikkuse maksimaalne tõus; säilivad normaalne kontrastsuskoefitsient ja eraldusvõime. Fotograafiline teralisus ei erine metool-hüdrokinoonilmutis saavutatust (7, 9, 10) ning jääb allapoole fluoroskoobi lahutusvõimet.

Esitame aparaadiga «Serix 4» rindkerefluorograafial, mis toimub käsitsi juhitaval režiimil, kasutatavad filmi RF 3 keskmised ekspositsiooniajad tabelina; filmi on töödeldud eri ilmutitega.

Ilmuti temperatuur, ilmutamise aeg	Rindkere	
	otseprojeksioon	külgprojeksioon
Metool-hüdrokinoonilmuti temperatuuril 20°C , ilmutamise aeg 7 min.	0,25 ... 0,32 sek.	0,4 sek.
Fenidoon-hüdrokinoonilmuti temperatuuril 20°C , ilmutamise aeg 10 min.	0,2 sek.	0,32 sek.
Fenidoon-hüdrokinoonilmuti temperatuuril 22°C , ilmutamise aeg 15 min.	0,05 ... 0,1 sek.	0,12 ... 0,15 sek.

Meie kogemuste järgi on ilmuti eelised fluorograafilise filmi töötlemisel kokkuvõtlikult alljärgnevas.

1. Fenidoon-hüdrokinoonilmuti võimaldab ilmutamise kestuse pikendamise korral temperatuuril $+22^{\circ}\text{C}$ saada kõrgekvaliteetse kujutise, filmi RF 3 tundlikkus tõuseb 2...3 korda.

2. Oluliselt väheneb uuritavate kiirituskoormus. Metool-hüdrokinoonilmutiga ilmutamisega võrreldes lühendatakse ekspositsiooniga praktiliselt 2...3 korda, genereerimispinge jääb seejuures muutmata.

3. Ilmutatud fluorogrammid on loorituseta, normaalse kontrastsusega, pooltoonid ja detailid hästi läbi töötatud.

4. Senisest 2...3 korda vähem koormatakse röntgenitoru, mille pikem kasutamisega annab majanduslikku efekti.

5. Ilmutuslahus on haigla apteegis lihtsalt valmistatav, hästi säiliv, kusjuures säilivus on parem metüül-fenidoonilmutil.

6. Ilmuti vastupidavus on metoolilmuti vastupidavusega võrreldes tunduvalt suurem. Meie kogemuse järgi säilib ilmuti töövõime seni, kuni ta paagist filmiga «välja kantakse».

7. Ilmuti ei ärrita nahka. Fenidooni hapendumise produktid ei määri valget kitlit ega nõusid.

KIRJANDUS: 1. Reinvald, L., Kosar, H., Bekker, V., Liberman, B. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1975, 2, 121—124. — 2. Sarapuu, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1973, 2, 144—146.

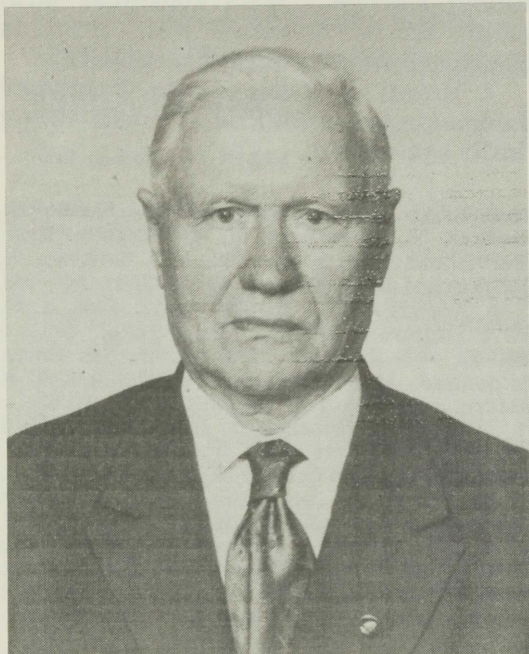
3. Абритаин В. Л. Сов. фото, 1968, 4, 40. — 4. Абритаин В. Л. Сов. фото, 1968, 5, 36—37. — 5. Барыкин П. Я. Вестн. рентгенол. и радиол., 1973, 1, 96. — 6. Бондарчук А. К. Вестн. рентгенол. и радиол., 1973, 1, 95. — 7. Дрюков Г., Колесов Б. Сов. фото, 1966, 2, 41. — 8. Переслегин И. А., Портной Л. М., Горелова Л. Н., Гуревич Л. А., Юкелис Л. И. В сб.: Тезисы докладов X Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов. М., 1977, 168—170. — 9. Прохоров А. Сов. фото, 1968, 1, 42. — 10. Прохоров А. Сов. фото, 1968, 6, 43. — 11. Утехин Е. В., Казаков В. А. Вестн. рентгенол. и радиол., 1970, 1, 88.

Tartu Kliiniline Haigla

In memoriam

JUSTIN NORMAN

10. IX 1897 ... 12. XI 1979



Eesti NSV tervishoiuüldsust on tabanud raske kaotus. 12. novembril 1979. aastal lahkus meie hulgast 82. eluaastal teenekas arst Justin Ivāni p. Norman.

J. Norman sündis 10. septembril 1897. a. Võrumaal talupoja perekonnas. Juba varajases nooruses hakkas ta töötama. 1915. aastal asus ta puusepaõpilasena tööle tehasesse «Volta» Tallinnas, kus kasvas temast noor revolutsionäär.

1917. aastal astus J. Norman VSDT(b)P ridadesse. Ta oli üks Talvepalee vallutamisest osavõtnuid ning Kodusõja ajal võitles ta Punaarmee ridades.

Tee meditsiini juurde ei olnud kerge.

Aastail 1921...1923 õppis J. Norman töölisfakulteedis. 1923. a. astus ta Leningradi I Meditsiiniinstituuti, mille lõpetas 1928. a. väga heade hinnetega. Õpingute ajal võttis ta aktiivselt osa ühiskondlikust elust, oli instituudi parteiorganisatsiooni sekretär. Pärast õpingute lõpetamist jäi J. Norman tööle instituudi hospitaalkirurgia kateedrisse.

Kogu Suure Isamaasõja aja oli J. Norman rasketes blokaaditingimustes Leningradis kirurgiks ja välihaigla ülemaks. Pärast sõda suunati ta Eesti NSV tervishoiuorganitesse organiseerima Eesti raudtee meditsiiniteenistust. Aastail 1946...1949 oli ta Tallinna Vabariikliku Haigla peaarst ning aastail 1949...1950 Tallinna peakirurg. Ajavahemikul 1950...1951 oli J. Norman Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja ning 1951. aastast 1954. aastani Tallinna peakirurg. 1954. aastast alates kuni surmani töötas J. Norman Tallinna Vabariikliku Haigla traumatoloogiaosakonnas.

J. Norman kandis Eesti NSV teenealise arsti aunimetust. Teda oli autasustatud Punatähe ordeniga, ordeniga «Austuse märk», viie medaliga ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjadega.

16. novembril toimus personaalpensioonäri J. Normani matus. Lahkunuga olid tulnud hüvasti jätma üldsuse ja Tallinna töökollektiivide esindajad ning revolutsiooniveteranid.

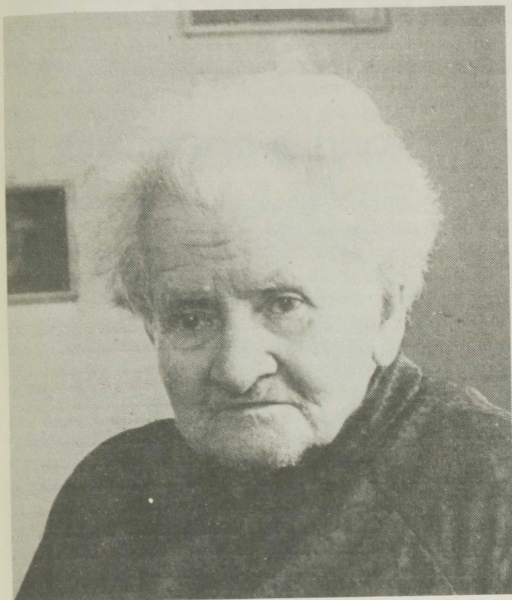
Auvalves seisis seltsimehed N. Johanson, O. Merimaa ja V. Väljas, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimehe asetäitja M. Vannas, Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green, partei Tallinna linnakomitee teine sekretär N. Ganjušov, Tallinna RSN Täitevkomitee esimees A. Norak ja partei Tallinna linnakomitee sekretär A. Kullaste. Leinatalitusel võttis sõna ka revolutsiooniliikumise veteran G. Gustavson.

J. Norman sängitati mulda Metsakalmistul. Mälestus J. Normanist kui võimekast arstist, ühiskonnategelasest ja inimesest jääb alati meiega.

Kolleegid

KLAVDIA BEŽANITSKAJA

15. X 1889 ... 12. X 1979



Üheksakümnenda sünnipäeva künnisel, 12. oktoobril 1979. aastal suri üks meie vabariigi teenekamaid ftisiaatreid Klavdia Bežanitskaja. Ta sündis 15. oktoobril 1889. aastal Pärnumaal.

K. Bežanitskaja kuulus delegatsiooni koosseisu, kes taotles tsaarivalitsuselt õigust naiste osavõtuks ülikooli õppetööst. Lõpetanud 1913. aastal Tartu ülikooli *cum laude*, asus ta tööle Tartu ülikooli sisehaiguste kliinikusse assistendina-ordinaatorina.

Sajandi algul oli tuberkuloos Eestis väga levinud nakkushaigus, mis nõudis palju inimelusid. K. Bežanitskaja alustas sihipäraselt tuberkuloosihaigete ravimist.

Teda tunti kui suurte organisaatori-voimetega arsti. 1923. aastal organiseeris ta esimese tuberkuloosipunkti Tartus ja juhatas seda samaaegselt tuberkuloosihaihlaga kakskümmend kuus aastat. Tema teeneks oli, et pärast sõja-aegses Tartus avas raviautustest kõige enne ukseid tuberkuloosidispanser.

1949. aastast 1957. aastani töötas K. Bežanitskaja ftisiaatrina-röntgenoloogina Omski oblastis ja 1957... 1961.

aastani röntgenikabineti juhatajana Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas.

Pensionile siirdus ta 1961. aastal, olles töötanud arstina 48 aastat.

K. Bežanitskajat oli autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945». Ta oli Vabariikliku Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi auliige.

Oma heatahtlikkuse, südamlikkuse, oma tööga võitis K. Bežanitskaja patientide ja kolleegide tunnustuse ning laialdase populaarsuse. Helge mälestus temast jääb alatiseks.

Vabariiklik Ftisiaatrite
Teaduslik Selts

RIHO ROOTS

06. VIII 1900 ... 12. XI 1979



12. novembril 1979 lahkus meie hulgast kauaaegne Viljandi patoanatoom Riho Johannese p. Roots.

R. Roots sündis 6. augustil 1900. a. Harjumaal külakooliõpetaja pojana. Alghariduse omandas ta isa juures vallakoolis, keskkhariduse Tallinnas. Tartu ülikooli arstiteaduskonna lõpetas R. Roots 1927. a., seejärel töötas patoanatomina Tartus ja Tallinnas. Aastail 1945...1950 oli ta Tartu Riikliku Ülikooli õppejõud ja hügieenikateedri juhataja kohusetäitja. 1950. aastal asus R. Roots tööle Viljandi haigla patoloogiakabineti juhatajana ja patoanatomina. R. Roots täitis aktiivselt ühiskondlikke ülesandeid, oli aastaid arstide teadusliku seltsi juhatuse esimees ja sekretär, korduvalt Punase Risti Seltsi ning tervishoiutöötajate ametiühingu rajoonikomitee liige, ta oli ühingu «Teadus» meditsiinisektsiooni üks aktiivsemaid lektoreid. Pensionäripõlves jätkas ta tervishoiualast selgitustööd kohalikus ajalehes.

Eeskujuliku töö eest avaldati R. Rootsile korduvalt kiitust, ta oli I kategooria patoanatom. Teda autasustati medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas 1941—1945», rinnamärkide «Tervishoiu eesrindlane» ning «Sanitaarkaitse eesrindlane» ning paljude aukirjadega.

Äärmiselt kohusetundlikuna töös ja ühiskondlike ülesannete täitmisel, laialdaste teadmistega arstina oli R. Roots eeskujuks ja autoriteediks kolleegidele. Hoolsa sanitaarselgitustöö tegijana sai ta tuntuks kogu rajooni elanike hulgas.

Helge mälestus Riho Rootsist jääb alatiseks nende südamesse, kellele ta oli kolleegiks, sõbraks ja õpetajaks.

Kolleegid

Kroonika

TERVISHOIU MINISTEERIUMIS

1. juunil 1979 toimunud kolleegiumi koosolekul arutati esiteks keskastme meditsiini- ja farmaatsiakaadri kvalifikatsiooni tõstmist. Vastavalt plaanile korraldatakse meie vabariigis selle kaadri täienduskursusi 100 erialal 1...4-kuuliste tsüklitena. Edaspidi peavad raviasutuste peaarstid täpset personaalset arvestust pidama ning tervishoiuministeeriumi peaspetsialistid ja kursuste juhtkond sellealast tegevust täiustama.

Teisena oli päevakorras uute ravimpreparaatide meditsiinipraktikasse juurutamine. Informatsioon uute ravimpreparaatide kohta on märkimisväärselt paranenud ning uusi ravimeid on tellitud regulaarselt. Saadakse aga üksnes 90...95% tellitud ravimite sortimendist. Arstidelt ja apteegijuhatajatelt, samuti raviasutustelt tagasiside saamiseks uute preparaate toime efektiivsuse kohta on kasutusele võetud ankeetkaardid, mis tuleks tagastada Apteekide Peavalitsusele. See tagasiside aga on ikkagi kesine, sest vaid osa kaarte tagastatakse. Edaspidi on raviasutuste peaarstid kohustatud kord kvartalis korraldama sümposiume ja seminare uute preparaate ning uute ravimeetodite tutvustamiseks ning sellesse kaasa tõmbama meie vabariigi ja rajoonide peaspetsialiste.

7. juunil peeti Narvas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Narva RSN Täitevkomitee ühine istung. Vaatluse all oli narvalaste arstiabi ja selle arenguperspektiivid. Narva elanike arstiabi ning ravi- ja profülaktikaasutuste ainealine baas on viimaste aastate jooksul tunduvalt paremaks muutunud. On kerkinud mitmeid uusi tervishoiuasutusi. 1000 elaniku kohta or. Narvas 12,3 haigla voodikohta, seega 30% rohkem kui eelmisel viisaastakul. Tõsi küll, vähe on veel voodikohti psühhonarkoloogia-, pediaatria-, neuroloogia- ja sisehaiguste osakonnas. Paremini tuleks tööd korraldada ka polikliinilise abi, haigete dispanseerimise, stomatoloogilise abi alal.

Narvas oleks tarvis eelkõige uut tänapäevast polikliinikut, oleks tarvis ka traumapunkti, mis oleks avatud kogu ööpäeva. Narva vajab ka narkoloogia poolstatsionaari, lastehaigla aga taastusraviosakonda.

14. juuni kolleegiumi istungil vaeti Kiggssepa ja Rakvere rajooni tuberkuloositõrje kompleksplaani täitmist, mis nendes rajooni-

des on ilmselt tulemusi andnud, seda eeskätt tuberkuloosi haigestumise vähenemises, epidemioloogilise üldseisundi paranemises. Edaspidi peavad Kingissepa ja Rakvere rajooni peaarstid veelgi laiendama elanike fluorograafilisi läbivaatusi (alates 15. eluaastast), intensiivistama tuberkuloosi profülaktikat, tõhustama sanitaarselgitustööd.

Samal istungil kuulati ära peastomatoloog S. Hansteini informatsioon ja sõnavõtt, mis puudutasid stomatoloogilist abi meie vabariigis. Viimastel aastatel on laienenud stomatoloogiaasutuste võrk ja suurenenud stomatoloogide arv. Stomatoloogiapolikliinik avati Viljandis ning 34 stomatoloogiakabinetti koolides, ettevõtete tervishoiupunktid, kolhoosides ja sovhoosides.

On paranenud ka kaadri kvalifikatsioon. 1978. aastal taasalustati Tallinna Meditsiinkoolis hambatehnikute ettevalmistamist. Saa-vutustele vaatamata on teha nii mõndagi. Stomatoloogiline abi ei ole veel piisavalt kättesaadav, eriti hambaproteesimise alal. Põhjusti on mitmeid, näiteks Tallinna Stomatoloogia Polikliiniku remont on kulgenud lubamatult aeglaselt. Tallinnas ei ole laste stomatoloogiapolikliinikut, ka Pärnus peaks olema isemajandav stomatoloogiapolikliinik. Üldse kõikide linnade tervishoiuasutuste juhatajad ning rajoonide paarstid peavad väga energiliselt tegelema stomatoloogilise abi parandamisega nii täiskasvanute, õpilaste kui ka koolieelikute heaks.

Kolleegium vaatas läbi ja kinnitas materjalid nende meditsiinitöötajate premeerimiseks esitamise kohta, kes on kõige rohkem silma paistnud tuberkuloositõrjes.

21. juunil kuulati kolleegiumi koosolekul informatsiooni nakkushaiguste profülaktika kohta Narva ja Tartu linnas, samuti informatsiooni tervise rahvaülikoolide tegevuse kohta 1978/1979. õppeaastal. Arutati ka tervishoiuministeeriumile 1978. aastal elanikelt saabunud kirjalikke ettepanekuid, avaldusi ja kaebusi ning analüüsi nende esitamise põhjusi.

Korduvad pöördumised on tingitud põhiliselt rahulolematusest mõnede tervishoiuorganite otsustega. Põhjendatud ning osaliselt põhjendatud kaebuste peamiseks põhjusteks olid mõnede haiglate ja polikliinike kohatise ebarahuldav töö, üksikute meditsiinitöötajate ükskõikne suhtumine haigetesse või nende omastesse, rahulolematust raviga, mõningate ravimite puudumine. Kolleegium võttis vastu otsuse, milles on fikseeritud, et tuleb kõrvaldada vajakajäämised meditsiinipersonali kasvatustöös, haiglate ja polikliinikute töö korralduses, ravimite ning prilliklaasidega varustamises. Tervishoiuasutuste paarstid peavad senisest enam üles astuma elanike ees, neile selgitusi jagama või informatsiooni andma.

Viimasena oli päevakorras narkootiliste ja kangetoimeliste ainete hoidmise, kasutamise

ja väljastamise kord Tallinna ja Narva raviasutustes.

26. juulil oli kolleegiumi koosolekul põhiküsimusena arutusel meditsiiniline abi ja sanitaarjärelevalve pioneerilaagrites.

1979. aastal olid sellealased ettevõtmised mitmeti edukamad. Selle tulemusena on haigestumine ägedatesse soolenakkushaigustesse suviti üldiselt vähenenud. Olulist mõju on avaldanud kaadri ettevalmistus, meditsiinitöötajatele, laagriülematele, kasvatajatele ja toitlustustöötajatele regulaarselt korraldatud seminarid.

Siiski on ka selliseid pioneerilaagreid, kus juba aastaid on ette tulnud mitmeid puudusi, kus isegi sanitaarorganite määratud rahatrahvid ei ole olukorda paremaks muutnud. Sellistes pioneerilaagrites ei ole laste rühmiti haigestumise oht välistatud.

Kolleegiumi otsuses on tervishoiuasutuste juhatajaid ja rajoonide paarste kohustatud nõudlikkust tõstma pioneerilaagrite meditsiinitöötajate ettevalmistuse suhtes. Pioneerilaagreid tohib avada alles siis, kui kaader on täielikult komplekteeritud. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Laste ja Emade Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsus peab koos Sanitaar- ja Epidemioloogiavalitsusega juba 1. märtsiks 1980. a. koostama pioneerilaagrite arstide ja meditsiiniõdede tööjuhendid.

Kolleegium kinnitas ministeeriumi tööplaanil NLKP Keskkomitee otsuse «Ideoloogiatöö ja poliitilise kasvatustöö edasistest parandamisest» täitmiseks aastail 1979...1980. Samuti kinnitas ta tööliste ja teenistujate ajutisest töövõimetusel tingitud ajakadude vähendamise abinõude plaani.

Elanike varustamisel nägemist korrigeerivate prillidega on «Eesti Meditsiinitehnika» tegevuses oluline koht. Seda arutati kolleegiumi 1979. a. 6. septembri istungil. Arutelu selgus, et meie vabariigile eraldatakse prilliraame ja -klaase vähem kui tellitud. Raskusi on elanike varustamisel astigmaatiliste prilliklaasidega, mõnede klaasiliikide puhul on järjekord kuni üks aasta, sest neid klaase valmistatakse meil ainult üksnes eritellimuste alusel. Ka «Eesti Meditsiinitehnika» remondiettevõttes on klaaside valmistamise tähtsajad liialt pikad. Optikakaupluste avamiseks kõikides rajoonikeskustes peavad kaasabi andma rajoonide täitevkomiteed. «Eesti Meditsiinitehnika» peab hoolt kandma tänapäevaste töövahendite ja -meetodite rakendamise eest oma ettevõtteis, mis aitaks üle saada senistest takistustest ja raskustest.

Teise küsimusena arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Metallostesünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja kliiniku töötütingimuste parandamist ning analüüsi «Literaturnaja Gazetas» 29. augustil 1979 avaldatud artiklis puudutatud asjaolusid. Kolleegium kavandas abinõud dotsent A. Seppo metallostesünteesimeetodi rakendamiseks meie vabariigi raviasutustes.

25. septembril peetud kolleegiumi koosolekul kuulati informatsiooni laste ja emade surmuse kohta meie vabariigis 1979. a. I poolaastal. Samal koosolekul arutati ka suguhai-gustesse haigestumist meie vabariigis. Sugu-haiguste tõrjes on tervishoiuorganid viimase aasta jooksul ära teinud märkimisväärse töö, mille tulemused on ilmsed.

Seejärel arutati kapitaal-ehituse ja kapitaal-remondi 1978. ja 1979. a. plaani täitmist. Ette-kandes märkis ministeeriumi kapitaal-ehitus-osakonna juhataja E. Männik, et 1978. a. plaan jäi täitmata ja 1210 haiglavoodikohta jäi vabariigi ravivõrgule üle andmata. 1979. aastal oli tarvis käiku anda 800 voodikohaga Tallinna Kiirabihaigla ning mitmeid teisi uusehitisi. Halva plaanitäitmise põhjuseks on ehitajate vähesus ning puudulik materjalide-ga varustamine. 1979. aasta kapitaalremondi plaani on paremini täitnud Tartu ja Pärnu tervishoiuasutused, ka Tartu ja Tallinna psühhoneuroloogiahaigla. Tallinna Lenini Ra-jooni Ehitusvalitsus ei ole Vabariikliku Vere-ülekandajaama laboratooriumikorpuse ehitamist veel alustanud. Tervishoiuasutuste ehi-tusplaanide täitmist on korduvalt arutatud EKP Keskkomitees, Ministrite Nõukogus ja Eesti NSV Ehitusministeeriumis.

Istungil kuulati ära valitsusejuhataja M. Palginõmme informatsioon tervishoiu-ministeeriumi süsteemi ravi- ja profülaktikaasu-tuste töötajate uute palgamäärade kohta.

4. oktoobril toimus Jõgeval kolleegiumi väljasõiduistung koos Jõgeva Rajooni RSN Täitevkomiteega. Arutusel oli Jõgeva rajooni elanike arstiabi. Tervishoiu ja arstiabi aren-damisel on Jõgeval edu saavutatud. Majan-did on andnud uued ruumid Tabivere ja Vaimastvere maa-ambulatoriumile, Saare, Ku-remaa ja Jõgeva velskripunktile. Uued ruu-mid sai dermatoveneroloogiakabinet, avati kardioloogia-, spordimeditsiini- ja profülakti-liste läbivaatuste kabinet. Palamuse ja Torma jaoskonnahaigla profileeriti neuroloogiliste ning kardioloogiliste haigete haiglaks. Hal-vem on olukord Jõgeva Rajooni Keskhaigla ja Polikliiniku, Jõgeva Keskapteegi ning Mustvee Haigla tööga, sest ruumide mitte-vastavus ning meditsiinkaadri vähesus ra-joonis toovad kaasa ka puudujääke arstiabi korralduses ja kvaliteedis. Halb on olukord haiglale kapitaalremondiga. Edaspidi on Jõ-geval tarvis rohkem tähelepanu pöörata poli-ikliinilisele arstiabile, meditsiinilisele kiirabile ning dispanseersele tööle. Tervishoiu-ministeeriumi kaadriosakond suunab 1980. a. Jõge-va rajooni tööle neli arsti ning abistab vast-valmivas haiglas arstide ja keskastme medit-siinipersonaliga komplekteerimisel. Jõgeva rajooni, linna ja külanõukogude täitevkomit-eede ülesandeks jääb ka edaspidi tervishoiu-võrgu materiaalse baasi tugevdamine ning meditsiinitöötajate elamistingimuste paranda-mine.

Inge Plakso

6. septembril 1979 toimus Eesti NSV Ter-vishoiu Ministeeriumi teadusliku meditsiini-nõukogu presiidiumi laiendatud koosolek, mida juhatas NSV Liidu Arstiteaduse Akadee-mia korrespondentliige, teadusliku meditsi-ininõukogu esimees professor P. Bogovski. Päevakorras oli toiduhüdrolösaadi AU-8 toot-mise ja kasutamise arutelu. Ettekanded esi-tasid Spetsiaalse Konstrukteerimis- ja Tehno-loogiabüroo «Desintegraator» direktor J. Hint ning Eesti NSV Tervishoiu Ministeer-iumi Sanitaar- ja Epidemioloogivalitsuse ju-hataja H. Kreek.

Et riiklik sanitaartalitus on sanitaarjärele-valve korras leidnud hüdrolösaadi AU-8 toot-mises mitmeid olulisi sanitaar-hügieenilisi puudusi, on «Desintegraatori» juhtkonnale tehtud kohustuseks need kõrvaldada. Hüdro-lösaadi AU-8 tootmine tuleb viia kooskõlla kinnitatud tehniliste tingimustega, samuti vastavusse kinnitatud tehnoloogiajuhendi ja retseptuuri nõuetega, juhindudes NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt toiduainete-tööstuse ettevõtetele kehtestatud normidest ja eeskirjadest. Tehnilistes tingimustes on täpselt näidatud, millistele GOST-idele pea-vad vastama AU-8 koostisse minev tooraine ja lähtematerjal ning millistele nõuetele peab vastama AU-8 oma organoleptiliste, füüsika-lis-keemiliste ja bakterioloogiliste näitajate poolest.

Järjekordne riikliku sanitaartalituse kont-roll leidis, et «Desintegraator» ei ole seni täpselt kinni pidanud kõikidest eespool nime-tatud tingimustest. Ei peeta kinni ettenähtud ning kinnitatud tehnoloogiast ega retseptuu-rist, kasutatakse komponente, mida retsep-tuuris ei ole üldse ette nähtud, hüdrolösaadi valmistamisel lähteaineid ei kaaluta ega mõõdeta, neid lisatakse silma järgi. Kõige selle tõttu on AU-8 koostis täiesti juhuslik, seega ei ole standardne. Samuti ei vasta AU-8 tootmise tingimused nii ruumide kui ka sisustuse osas toiduainetetööstuse ette-võtete sanitaar-hügieenilistele tingimustele.

Väga veenvalt ja argumenteeritult võtsid sõna professorid P. Bogovski, L. Allikmets ja N. Elstein ning tervishoiu-ministeeriumi pea-onkoloog A. Gavrilov. Et ajakirjanduses on avaldatud desinformeeriva sisuga intervjuu-sid tehnikadoktor J. Hindiga, on rahva hul-gas laialdaselt levinud arvamus hüdrolösaad-ist AU-8 kui ravimpreparaadist, mis aitavat paljude haiguste puhul. Kuid seni ei ole AU-8 nõuetekohaselt aprobeeritud ei kliini-kutes ega haiglates, sest tema koostis ei ole standardne, mistõttu ei ole ka võimalik teda bioloogiliselt standardiseerida. Puudub ka NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Farma-koloogia Komitee luba AU-8 kui ravimi koh-ta. Teatavasti toimub uute ravimite, me-ditsiiniaparaatide ja instrumentide kasutuse-levõtmine üksnes NSV Liidu Tervishoiu Mi-nisteeriumi loal.

Teadusliku meditsiininõukogu ettepanekul kinnitas tervishoiu-minister professor V. Rät-

sep AU-8 uurimise komisjoni järgmises koosseisus: tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt (komisjoni esimees), TRÜ arstiteaduskonna dekaan professor L. Allikmets, mikrobioloogia kateedri juhataja professor A. Lenzner, biokeemia kateedri juhataja professor L. Tähepõld, teaduskonnasisehaiguste kateedri professor K. Kõrge, tervishoiuministri peaterapeut professor N. Elstein, peanõukool A. Gavrilov, valitsusejuhataja H. Kreek ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tootumise ning ainevahetuse laboratooriumi juhataja bioloogiadoktor E. Vagane.

Komisjonile tehti ülesandeks tänapäeva teaduse metodoloogia tasemel uurida toiduhüdroloogiast AU-8 bioloogilisi ja raviomadusi ning üldistada tema kasutamist puudutav materjal. Komisjon esitab teaduslikule meditsiininõukogule need uurimise andmed ja seiskoha 10. aprilliks 1980. Teaduslik meditsiininõukogu palus vastavaid organisatsioone, ajakirjandust ja raadiot mitte reklaamida toiduhüdroloogiast AU-8 kui ravimit, sest seni ei ole teda ravimiks tunnistanud ning selliseks reklaamiks ei ole mingit põhjendust.

Andrei Sarap

13. septembril 1979 toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi järjekordne koosolek. Päevakorras olid ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse töö aruanne ning praktiseerivatele arstidele dissertatsiooni edukaks lõpetamiseks ja vormistamiseks ettenähtud loomingu puhkuse efektiivse kasutamise analüüs.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» tööst andis ülevaate peatoimetaja tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. Oma töös on toimetus juhendanud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt kehtestatud «Teadusliku meditsiiniajakirja tüüpõhismäärusest», NSV Liidu meditsiiniajakirjade peatoimetajate ja teaduslike meditsiininõukogude esimeeste üleliiduliste nõupidamiste otsustest ja materjalidest. Peale selle on toimetus lähtunud ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi 1974. aasta otsusest, on silmas pidanud toimetuse kolleegiumi seisukohti ja soovitusi, samuti Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juhendamaterjale ning korraldusi. Enamik 1977...1979. aasta ajakirjanumbreid on olnud ühe või kahe põhiteemaga. Teemade valikul on lähtutud meie vabariigi rahvastiku haigestumise iseärasustest ning tänase tervishoiu ning arstiteaduse pakilistest vajadustest ja ülesannetest.

Et «Nõukogude Eesti Tervishoid» on juhendanud NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu ühisest määrusest «Rahva tervishoiu edasise parandamise abinõudest», moodustavad praktilise suunitlusega artiklid umbes $\frac{3}{4}$ ajakirjas avaldatud teaduslike ar-

tiklite üldarvust. Iga ajakirjanumber on alanud juhtkirjaga, milles on puudutatud kõige olulisemaid tervishoiuprobleeme. Mitmesugustel põhjustel, nagu informatsiooni hiline mine, vähenenud huvipakkumus, retsensentide negatiivne hinnang, on tagasi lükatud kuni 10% kaastöödest.

Ajakirja tiraaž on pidevalt suurenenud. 1977. aasta 1. numbrist alates on teaduslike artiklite alguses ära toodud võtmesõnad, sama aasta 2. numbrist alates Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimistööde venekeelsed autoreferaadid, samuti Eesti NSV teadlaste poolt välismaal avaldatud publikatsioonide loetelu. Üleliiduline referaatajakiri «Медицинский реферативный журнал» toob ära ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» avaldatud teaduslike artiklite referaadid.

Samast aastast alates on ajakirja veergudel kirjutatud teadusliku meditsiininõukogu terminoloogikomisjoni tegevusest ning tutvustatud uusi termineid ja klassifikatsioone.

Teadusliku meditsiininõukogu presiidium kiitis ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse tegevuse heaks. Samal ajal soovitati toimetusel enam korraldada diskussioone teemadel, mis on üldsuse arutelu objektiks arstiteaduse ja tervishoiu praktika valdkonnas. Teadusliku meditsiininõukogu arstide seltside nõukogul (esimees A. Vares) soovitati seltside juhatustelt nõuda, et nad ajakirjas seltside tegevust rohkem tutvustaksid.

Ülevaate selle kohta, kui efektiivselt praktiseerivad arstid dissertatsiooni lõpetamiseks ja vormistamiseks ettenähtud loomingu puhkust kasutavad, andis allakirjutanu. Teadusliku meditsiininõukogu ettepaneku põhjal on Eesti NSV tervishoiuminister dissertatsiooni lõplikuks vormistamiseks võimaldanud loomingu puhkust aastail 1976...1978 20 praktiseerivale arstile, kandidaadidissertatsiooni puhul kuni kolm kuud ja doktoridissertatsiooni puhul kuus kuud. Dissertantidest on seni edukamad olnud Virve Lukas, Mare Toomre, Eevi Maiste, Maie Abram, Jaan Eha, Heljut Kapral ja August Lutsuver, kes ka dissertatsioonid on edukalt kaitsnud.

Et uue põhimääruse kohaselt nõuab Kõrgem Atestatsioonikomisjon õiendit iga kaitsmisele mineva dissertatsiooni teadusasetuste uurimisplaani arvamise kohta, siis soovitab teaduslik meditsiininõukogu, et väitekirja koostamisega väljaspool aspirantuuri tegelevad praktiseerivad arstid vormistaksid vastavalt uurimuse profiilile end TRÜ arstiteaduskonna, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi või Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi mittekooosseisulisteks teadustöötajateks või hakkaksid teadusliku kraadi taotlejateks väljaspool aspirantuuri. Nimetatud asutused määravad dissertandile juhendaja ning hoolitsevad selle eest, et tal ole võimaldataks loomingu puhkust.

Andrei Sarap

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOO LIS

Traditsiooniline arstiteaduskonna päev peeti 12. oktoobril 1979. Ülikooli aulas toimus hommikupoolel Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teadusliku meditsiinikogu ja TRÜ arstiteaduskonna nõukogu ühine koosolek teemal «Kardioloogia olukord ja perspektiivid Eesti NSV-s».

Pärastlõunal algas akadeemiline aktus, mille avas TRÜ rektor professor A. Koop. Tervishoiuminister professor V. Rätsep ja EKP Tartu Linnakomitee sekretär J. Kaarma tõid tervitusi arstiteaduskonna perele. Professor J. Riiv pidas akadeemilise loengu teemal «Kardioloogia sõlmküsimused». Sellele järgnes arstiteaduskonna dekaani professor L. Allikmetsa ülevaatlik ettekanne arstiteaduskonna tänasest ja homsest päevast.

Vello Salupere

12. oktoobril 1979. a. toimus Tartus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teadusliku meditsiinikogu pleenumi ja TRÜ arstiteaduskonna nõukogu ühine koosolek. Arutlusel oli kardioloogiline abi ja perspektiivid Eestis. Ettekanne esitas teadusliku meditsiinikogu kardioloogia probleemikomisjoni esimees professor J. Riiv.

Ta nentis, et meie vabariigis on võetud meetmeid kardioloogilise abi parandamiseks. Pidevalt on täiustunud materiaalne ja tehniline baas. Meil on 25 kardioreumatoloogia-kabinetti ja 380 haiglavoodit. Tartus avati 1976. aastal kardioloogiakeskus. Kõigis vabariigilises alluvusega linnade kiirabijaamades on spetsialiseeritud kardioloogiaüksused, brigaadid, kusjuures enamikus rajoonides tehakse vältimatut abi korras ka EKG-d. Kardioloogia erialale on spetsialiseerunud üle 100 arsti, kes enamasti on läbi teinud spetsialiseerumiskursused. Müokardiinfarkti põdenute etapiliseks rehabiliteerimiseks on eraldatud kohad Pärnu sanatooriumis «Sõprus».

Tartu kardioloogiakeskus ja Tallinna regionaalne kardioloogiakeskus on koostanud mitmeid meetodilisi juhendeid ja kaks monograafiat ning neilt on ka õppevahendeid. Regulaarselt on arstidele korraldatud seminare kardioloogia aktuaalsetes küsimustes. Kasutusele on võetud mitmeid invasiivseid ja mitteinvasiivseid uurimismeetodeid, nagu ehokardiograafia, koronaarreservi hinnang gaasivahetuse uurimise alusel (Võru), spiroveloergomeetria. Määratakse vere lipiidide spektri, müokardi spetsiifilist kreatiinfosfokinaasi müokardiinfarkti profülaktikaks. Veresoonte röntgenoloogiliseks uurimiseks on sünteesitud ja kasutusele võetud kõrgekvaliteediline kontrastaine. Tehakse ekstrakorporaalse vereringega südameoperatsioone, nimelt südameklappide proteesimist ja kaasasündinud südamerikete korrigeerimist. Võru Rajooni Keskhaiglas on arstiteaduse doktor E. Laane välja töötanud südame isheemia-



Arstiteaduskonna päeva akadeemilisel aktusel. Avasõnu on ütlemas TRÜ rektor professor A. Koop.

tõbe põdejate rehabiliteerimise originaalse süsteemi.

Edukalt areneb kardioloogiaalane uurimistöö. Komplekselt uuritakse südame isheemiatõve epidemioloogiat, patogeneesi, diagnoosimist, ravi ja haigete rehabiliteerimist, samuti südamekirurgia probleeme ning südamepuudulikkuse patogeneesi ja ravi.

Nii ettekandeks kui ka sõnavõttudeks (B. Liberman, J. Saarma, N. Elšteine, E. Tomberg, L. Tamm jt.) toodi esile puudusi kardioloogiliste haigete arstiabis. Eriti jätab soovida kardioloogiline spetsialiseeritud abi rasedatele, kes kannatavad südame ja veresoonte patoloogia all. Pooled hüpertensiooni all kannatajad ei ole oma kõrgest vererõhust teadlikud. Puudulik on veel koostöö lastekardioloogidega. Lastekardioloogiaski esineb puudusi ravivõrgu varustamisel diagnoosimisaparaatide ja ravimitega. Intensiivistamist vajab kardioloogiaalane terviseõpetus, milleks tuleb appi võtta kõik massikommunikatsioonivahendid ja muud vahendid.

Kardioloogilise abi parandamiseks ja teadustöö tõhustamiseks võeti nõupidamisel vastu otsus üksikasjalike ettepanekutega Eesti NSV tervishoiuministrile, TRÜ arstiteaduskonna dekaanile, vabariigi peaspetsialistidele N. Elšteinele, E. Tombergile ja S. Kaldmale, teadusliku meditsiinikogu kardioloogia probleemikomisjonile jt. Peaspetsialistidele tehti ettepanek töötada välja täiskasvanute ning laste südame ja veresoonte haiguste profülaktika ürituste süsteem ning pöörata senisest enam tähelepanu organisatsioonilis-metoodilisele tööle ja kontrollile rasedate üle, kes põevad südame ja veresoonte haigusi. Tervishoiuministrile soovitati kontsentreerida akuutne kardioloogia nendesse keskustesse, kus on kardioloogiaosakonnad (Tallinn, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve, Narva), näha ette kardioloogiadispanserite rajamist Tallinnas ja Tartus ning määrata vabariigi peakardioloog.

Andrei Sarap

Arstiteaduskonna päeva puhul said Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ja Eesti NSV Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi aukirjad professor A.-E. Kaasik, professori kt. L. Boston, professorid H. Vahter, V. Salupere ja V. Saarma, bioloogiadoktor A. Kallikorm, dotsendid J. Maaroos ja A. Jents, vanemteadur V. Sinisalu, vanemlaborant S. Männiste, laborant M. Piiraja ning üliõpilased O. Ševtšuk, A. Pintšukov, A. Lõhmus ja M. Viigimaa.

Oppejõududevahelises võistluses pälvisid monograafiate eest ülikooli diplomi professorid V. Salupere, J. Riiv, K. Valgma, samuti professor E. Raudam ja tema kaastöötajad. Professorid J. Saarma ja L. Allikmets, dotsent A. Lind ja assistent A. Žarkovski said ülikooli diplomi teadustööde tsükli eest. Professorid L. Tähepõld, H. Väre ja A. Truu- pöld võitsid teaduslike ja õppemetoodiliste väljaannete võistluse.

TRÜ rektori käskkirjaga pälvisid arstiteaduskonna päeva puhul kiituse eeskujuliku töö eest dotsent K. Ester, assistendid T. Haavik ja E. Kuus, vanemlaborandid H. Ulp, D. Palm ja L. Philips, vanempreparaator H. Tibbin, insener L. Rõivassepp, laborant O. Luha ning arstiteaduskonna üliõpilased E. Vilson, U. Sukles, S. Haldre, I. Miidla, O. Vasar ja H. Raidmets.

Teaduslik-pedagoogilise ja ühiskondliku tegevuse eest avaldati kiitust assistent A. Žarkovskile, dotsent P.-H. Kingissepale ja dotsent R. Birkenfeldtile.

Samuti autasustati ÜTÜ teaduslike tööde võistluse parimaid üliõpilasi.

Arstiteaduskonna päeva hea organiseerimise eest pälvisid TRÜ rektori kiituseavalduse professor V. Salupere, dotsent J. Maaroos, vanemteadur T. Vihalemm, assistendid A. Peetsalu, I. Vaasa ja A. Adamsoo ning arstiteaduskonna üliõpilane O. Ševtšuk.

TRÜ aulas 6. novembril 1979 toimunud aktusel andis rektor professor A. Koop ülikooli aukirja 42 teenekale töötajale, kes kuulusid ülikooliperre juba 17. novembril 1944. Nimelt sellel päeval algas taas õppetöö Tartu Riiklikus Ülikoolis. Austust pälvinuist olid peaaegu pooled arstiteaduskonnast: professorid E. Karu, E. Käer-Kingissepp, K. Kõrge, E. Raudam, J. Saarma ja E. Siirde, dotsendid M. Epler, H. Jalviste, L. Keres, S. Laanes, Ü. Lepp, B. Luik, V. Põkk, J. Tammeorg ja A. Vapra, vanempreparaatorid A. Kreis, A. Laas, S. Muttik ja E. Väärsi.

20. novembril 1979 toimus Tartu Tervishoiutöötajate Majas esimene ülelinnaline keskastme meditsiinitöötajate kutsemeislikkuse konkurss. Osavõtjaid oli 11 tervishoiuasutusest. Lõppvooru jõudis 33 meditsiiniõde, ämmaemandat, velskrite ja laboranti.



Meditsiiniõdede kutsevõistluselt. Vasakult: võistlemas on Tartu Kliinilise Haigla hingamiskeskuse meditsiiniõde V. Valge; žürii liikmed R. Allikvee, U. Kõöbi ja V. Loolaid. V. Kutsari foto.

Konkursi teemaks oli esmaabi ja elustamine. Kõigepealt tuli vastata 25 küsimusega testile, seejärel täita praktilised ülesanded.

Parimaks osutus Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla funktsionaaldiagnostikakabineti õde Taimi Paap 44 punktiga 45 võimalikust. Vaid ühe punktiga jäid maha kiirabijaama velsker Tiina Jurs ja Tartu Kliinilise Haigla reanimatsiooniosakonna anestesist Elvi Priiske. Kümne parema hulgas olid kõik kolm kiirabijaama esindajat, neli võistlejat kliinilisest haiglast, kaks lastehaiglast ja üks sünnitusmajast.

Võitjatele antakse rahapreemiad ning turismituusikud.

Maido Sikk

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul 26. juunil 1979 arutati NLKP Keskkomitee 1979. aasta otsusest «Karaganda partei-oblastikomitee tööst NLKP XXV kongressi otsuste täitmisel ametiühinguorganisatsioonide parteilise juhtimise ja nende osatähtsuse tõstmisel majanduse ning kultuuri edendamiseks» tulenevaid kohustusi. Ettekanne oli allakirjutatult. Presiidium kinnitas vabariikliku komitee ürituste plaani aastani 1982, kavandati ülesanded ametiühingu rajooni- ja linnakomiteedele, tervishoiuasutuste ametiühingukomiteedele.

Samal päeval arutati Põlva ja Rapla rajooni tervishoiuorganite ning ametiühingukomiteede tööd tervishoiutöötajate tervise kaitse alal. Ettekanne oli presiidiumi liikmelt R. Malvistelt. Tervishoiutöötajate haigestumus on vabariigi tervishoiutöötajate keskmisest näitajatest Rapla rajoonis madalam, Põlva rajoonis aga tunduvalt madalam — 1978. aastal 100 töötaja kohta Rapla rajoonis 46,2

haigusjuhtu ja 904,4 töövõimetuspäeva, Põlva rajoonis vastavalt 50,4 ja 76,4; vabariigis 59,0 haigusjuhtu ning 1099,2 töövõimetuspäeva. Tervishoiutöötajate tervise kaitsel on veel palju tegemata. Märjamaa Rajooni Haiglas, Põlva Rajooni Keskhaiglas, Räpina Rajooni Haiglas ei saa töötajad lõunaks sooja toitu. Põlva rajoonis ei ole kasutatud kõiki võimalusi kehakultuuri arendamiseks, halvad on töötingimused Märjamaa Rajooni Haiglas jm.

Presiidiumi koosolekul kinnitati apteekide proviisorite-analüütikute kutsemeisterlikkuse konkursi põhimäärus.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi väljasõidu-koosolek Võrus toimus 30. augustil 1979. Arutati tervishoiuorganite ja ametiühingukomiteede abi töötingimuste parandamisel Võru rajooni tervishoiuasutustes. Ettekandeid esitasid Võru Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja A. Klink ning tervishoiutöötajate ametiühingu Võru rajoonikomitee esimees E. Eerma. Saavutatu kõrval — tõhus kontroll töökaitse kokkulepete ja kompleksplaanide täitmise, instrueerimise, elektriohutuse, hapniku-majanduse üle — esineb veel ka vajakajäämisi. Töötajate töötingimused on ebarahuldavad Võru Rajooni Keskhaigla kirurgia-, sise- ja lasteosakonnas, Vastselliina Haiglas jm. Ametiühingu rajoonikomitee on töökaitseaktiivi väljaõpetamisega tegelnud veel vähe.

Võru Rajooni Keskhaiglat ning tervishoiutöötajate ametiühingu Võru rajoonikomiteed kohustati puudused kõrvaldama.

Võru Rajooni RSN Täitevkomitee poole pöörduti palvega kiirendada rekonstrueeritava Vastselliina Haigla ehitustööde lõpetamist.

Jüri Ennet

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor teadusladoktor L. Priimägi oli 17... 30. septembrini 1979 teaduslikul lähetusel Helsingi Ülikooli viroloogia kateedris. Sõidu eesmärk oli immunoensüümimeetodi (ELISA = *enzyme-linked immunosorbent assay*) tundmaõppimine ning koostöös Soome viroloogidega selle meetodi rakendamine arboviirsnakkuste diagnoosimiseks, samuti immuno-fluorestsentsimeetodi modifikatsiooni tehnika omandamine nimetatud nakkuste kiirdiagnoosimiseks. L. Priimäel olid head võimalused tutvuda viroloogiliste uuringutega Helsingi Aurora haiglas ja tervishoiu-kesklaboratoriumis. Huvipakkuv oli firmade «Finn-pipette» ja «Orion-Diagnostika» külastamine.

Lähetuse tulemuseks oli teadussidemete tugevnemine Soome viroloogidega, kellega Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudil on toimunud koostöö 1979. aastast alates. Seetõttu oli kõne all ning kavandati koostöö arenguplaan ka edaspidiseks.



A. Peegli foto

Rekonstrueeritava Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla Oru tänava hoone esisel haljasalal avati rahvusvahelisel lastekaitsepäeval (1. juunil 1979. a.) kujur E. Taniloo skulptuur «Ema ja laps». Selle kinkis lasteaasta puhul haiglale Tartu linna täitevkomitee. Avatseremoonial kõnelesid EKP Tartu Linnakomitee sekretär J. Kaarma, Tartu V Keskkooli direktor, NSV Liidu Ülemnõukogu saadik H. Raik ja Tartu linna peapediaater A. Ormisson ning laulis poistekoor U. Uiga juhatusel.

Maido Sikk

7...8. novembrini 1979. a. toimus Lyonis Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni Rahvusvahelise Vähiuurimiskeskuse toimetuspõukogu järjekordne koosolek, millest võttis osa nõukogu liige, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor P. Bogovski.

Nõupidamisel sedastati, et keskuse käsi-raamatute seeria «Väliskeskkonna kantserogeensete ühendite määramise valitud meetodid» (*Environmental carcinogens. Selected methods of analysis*) esimesed kaks köidet (nitroühendite ja vinüülkloriidide määramise meetodid) on leidnud hea vastuvõtu.

Kuna mitmetes erialaväljaannetes on ilmunud heakskiitvad retsensioonid ning tehtud ettepanekuid uute trükiste kohta, siis otsustati I köitele (nitrosoühendite määramise meetodid) täienduseks anda välja teine osa uusi-

mate määramismeetodite ja viimasel ajal väga aktuaalseks muutunud mittellenduvate nitrosoühendite määramise meetodite kohta.

Perspektiivplaani võeti järgmised kolm köidet: asbesti, mükotoksiinide ja aromaatsete amiinide määramise meetodid, milleks moodustati toimetuse alakomisjonid, kes vaatavad läbi kirjanduse, lepivad kokku autoritega ja teevad muid ettevalmistustöid.

Samal koosolekul anti nõukogu liikmetele kätte ka kolmas köide, mis käsitleb polütsükiliste aromaatsete süsivesinike väliskeskkonnas määramise meetodeid (*Analysis of polycyclic aromatic hydrocarbons in environmental samples*). Käsiraamatu peatoimetaja on H. Egan, toimetajad M. Castegnaro, P. Bogovski, H. Kunte ja E. A. Walker. Selles köites on avaldatud ka NSV Liidu eriteadlaste A. J. Hessina ning N. J. Januševa ja I. S. Kirejeva kirjutatud kaks peatükki.

Nmar Laan

Kaunase Meditsiiniinstituudi üldkirurgia kateedri ja Leedu NSV Kirurgide Teadusliku Seltsi kutsel käis Leedu NSV-s mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve kirurgilise ravi kogemusi loengu ja filmi vahendusel edastamas arstiteaduse doktor U. Sibul. Kolleegidele pakkusid huvi Leedumaal suhteliselt vähe tuntud operatsiooni — superselektiivse vagotoomia — tehnika ning operatsiooniaegse diagnostika meetodid. Seni on vaid mõned leedu kirurgid käinud Tallinnas Pelgulinna Haiglas uue operatsioonimeetodiga tutvumas.

Seekordne kogemuste vahetamine oli mõeldud Leedu NSV kirurgide laiemale üldsusele suhteliselt uue suuna tutvustamiseks haavandtõve kirurgias ning esmaste vagotoomiajärgsete tulemuste arutamiseks.

Kingissepa Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonna juhataja Ants Haavel oli Põhjamaade Kirurgide Seltsi kutsel 7...9. juunini 1979. a. Soomes Turus Põhjamaade kirurgide kongressil. Kongressi avas selle president professor S. Viikari. Teematika oli ulatuslik. Tähelepanu keskmes oli kaksteistsõrmiksoole haavandtõve ja endokrinoloogiliste haiguste kirurgiline ravi. Lisaks eelnevale toimus seitse sümposiumi, kus vaatluse all oli refluksofagiit, pankrease haiguste, rinnanäärme kasvaja, luu ja liigete ning veresoonte haiguste diagnoosimine ja kirurgiline ravi. A. Haavilil oli võimalus tutvuda vastvalminud Turu Ülikooli Kirurgiakeskuse operatsiooni- ja anestesioloogiaosakonnaga ning vaadata meditsiiniinstrumente tootvate Skandinaavia firmade näitust.

AJAKIRJA «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID» 1979. AASTA PREEMIAID

Ka mullu avaldatud artiklitest tegi toimetuse premeerimiskomisjon valiku 1. veebruaril 1980 peetud koosolekul. Kolm rahapremiat määrati järgmiste tööde eest:

Pavel Bogovski — «Vähi tekkepõhjuste ot-singuradadelt», 1979, 1, 24—30 ja «Missugused ühendid on inimesele kantserogeensed?», 1979, 4, 259—378;

Leonti Kährlik — «Ökoloogia ja ideoloogiline võitlus», 1979, 5, 372—378;

Emmi Nigol, Kaarel Nigol — Vanemate alkoholism laste psüühikahäirete põhjusena», 1979, 5, 361—365.

Komisjoni arvates oli esiletõstmist vääri-vaid töid avaldatud aasta jooksul üsna mit-meid, otsuses fikseeriti neist parimad:

Jane Oro, Luule Sepp — «Gardneri sünd-room», 1979, 3, 217—219;

Tiina Pekk, Leo Pekk — Kopsuarteri tromb-emboolia», 1979, 1, 18—20 ja «Alkohoolikute surma põhjusi», 1979, 2, 111—114;

Aili Tooming — «Tugeva lühinägevuse seos mõningate tunnustega», 1979, 2, 116—119;

Sulev Ulp, Rando Truve, Uno Sibul — «Uus pH-meetria-meetod», 1979, 2, 127—129 (kui autorite leutist — nii meetodit kui ka pH-son-di täiustust — tutvustav töö).

Autoritele teadmiseks

Ajakirjas avaldamiseks esitatud eksperimen-taalsete uurimistööde autorid on kohus-tatud rangelt täitma eeskirjades «Правила проведения работ с использованием экс-периментальных животных» toodud nõu-deid: käsikirjas peab olema ära näidatud kasutatud katseloomade liik ja nende arv, kasutatud valutustamis- ja surmamismeetodid, samuti on kohustuslik uimastamine (anes-teesia) kõikide valutekitavate protseduuride puhul.

Toimetuse kolleegium ei võta avaldamiseks vastu teaduslikke eksperimentaaltöid, milles eespool toodud nõudeist on mööda mindud.

EESTI NSV TEADLASTE LÕPETATUD UURIMUSED

Jätkame Eesti NSV meditsiiniinstituutide ja TRÜ arstiteaduskonna teadlaste lõpetatud teaduslike tööde venekeelsete autoreferaatide avaldamist. Lugejat huvitavate töödega on võimalik tutvuda teadusasutustes, kus töö on valminud. Lõpetatud teaduslike tööde koopiaid või mikrofilme saavad asutused tellida Üleliidulisest Teaduslik-Tehnilise Informatsiooni Keskusest. Teadete saamiseks pööruda meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna (MIVO) poole, 200 015 Tallinn, Hiiu 42, tel. 514-307.

ЗАКОНЧЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧЕНЫХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Продолжаем публиковать на русском языке авторефераты открытых законченных научно-исследовательских работ (НИР) ученых медицинских институтов Эстонской ССР и медицинского факультета Тартуского государственного университета. С самими работами читатели могут познакомиться в научном учреждении, где проводилось данное исследование.

Копии отчетов или микрофильмы учреждения могут заказать во ВНТИ Центре. За справками обращаться в Республиканское отделение научной медицинской информации (РОНМИ), 200 015 Таллин, ул. Хийу, 42, тел. 514-307.

Прогноз транзиторной ишемии головного мозга в зависимости от факторов риска (отчет). Кафедра неврологии и нейрохирургии Тартуского госуниверситета. Раудам Э. И., Каасик А.-Э. А., Синисалу В. Х., Роозе М. И.-Ф., Толмберг Т. А., Мязи М. А. Тарту, 1978.

Сосудистые заболевания головного мозга, транзиторная ишемия головного мозга, факторы риска.

Целью настоящей работы было исследование и диспансеризация больных с атаками транзиторной ишемии головного мозга, обратившихся в сектор сосудистых заболеваний головного мозга ЦМНИЛ ТГУ. Всего исследовано 93 больных. У 42 больных была диагностирована транзиторная ишемия в каротидной системе и у 51 больного — в вертебробазилярной системе. Средний возраст больных составлял 50 лет.

Определялись следующие показатели: ар-

териальное давление, ЭКГ, содержание холестерина, бета-липопротеидов, сахара и гемоглобина в крови, частота инсультов в семье. У госпитализированных больных было проведено ангиографическое исследование магистральных артерий. Результаты настоящей работы показали, что наиболее частыми факторами риска у больных с транзиторными ишемическими атаками головного мозга были нарушения деятельности сердца и липидного обмена. Следовательно, углубленное исследование деятельности сердца, лечение заболеваний сердца и коррекция содержания липидов в крови имеют существенное значение в секундарной профилактике инсульта у больных. Больных с транзиторной ишемией головного мозга целесообразно брать на диспансерный учет для целенаправленного определения и коррекции факторов риска инфаркта мозга.

Изменения некоторых показателей функционального состояния больных стенокардией при различных клинических вариантах ее течения под влиянием физических тренировок (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Либерман Б. Н., Кундла М. М., Лаане П. Т., Граф А. Я., Шпилова Т. В., Штерн А. К. Таллин, 1978. 104 с.

Хроническая ИБС, стенокардия, ближайший прогноз, велоэргометрия, индераловая проба, эхокардиография, коронарография, систематические физические тренировки.

Под наблюдение было взято 177 больных преимущественно стенокардической формой ИБС, из которых 121 больной находился под коронарографическим контролем.

При коротких, в пределах 6 месяцев — 3 лет, сроках наблюдения выявилась связь между комплексом параметров, зарегистрированных неинвазивными методами при первоначальном обследовании, и крайними вариантами (быстрое прогрессирование или стойкая ремиссия) последующего течения болезни. Неблагоприятное значение для ближайшего прогноза имеет сочетание низкой толерантности к велоэргометрической нагрузке и низкого циркуляторного порога, а также эхокардиографических признаков асинергии межжелудочковой перегородки гиперлипопротеидемии Пб — типа. Ремиссия стенокардии длительностью более 1,5 лет наблюдается только среди больных, способных достигнуть при нагрузке циркуляторного субмаксимума.

Трехмесячный цикл систематических физических тренировок, проведенный у 30 больных, оказал благоприятное влияние на клинические проявления стенокардии и привел к повышению физической выносливости, росту хронотропного и инотропного резервов. При этом наибольшие положитель-

ные сдвиги в функциональных характеристиках наблюдаются у больных, первоначально обнаруживающих наибольший масштаб прироста выносливости к нагрузке под влиянием бетаадреноблокатора.

Периодический контроль за параметрами велоэргометрии и индентальной пробы рекомендован для динамического наблюдения за функциональным состоянием больных стенокардией.

Вопросы эпидемиологии профессиональной бронхиальной астмы в Эстонской ССР (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Лоогна Н., Родман Л. С., Пууссаар И. П., Татар Т. О., Веррев Ю. Н., Феоктистов Г. С., Пракс Л. Х. Таллин, 1978. 161 с.

Бронхиальная астма, распространенность, профессиональная бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, атопическая бронхиальная астма, смешанная бронхиальная астма.

При анализе материалов обращаемости за 1974—1975 гг. в отдельных городах и одном сельском районе Эстонской ССР установлено, что распространенность бронхиальной астмы составляет $1,9 \pm 0,15$ на 1000 человек взрослого населения среди городских жителей и $0,8 \pm 0,2$ среди сельских. На каждого больного заполнялась перфокарта, разработанная в соответствии с целями исследования. Обследовано 812 больных. Инфекционно-аллергическая астма выявлена в 81,6% случаев, атопическая — в 8,1%, смешанная — в 7,5% и профессиональная — в 2,8% случаев. Профессиональная аллергия наблюдалась также у больных со смешанной формой астмы и в совокупности была выявлена у 5,8% всех обследованных и у 25,0% лиц, соприкасавшихся с профессиональными аллергенами. Наиболее часто сенсibilизацию вызывали метанол (17,8%), лекарственные препараты (12,5%), различная текстильная пыль (10,7%), мех, окрашенный урсолом (7,1%). В большинстве случаев содержание аллергенов в воздухе производственных помещений превышало ПДК. Результаты работы будут способствовать проведению более целенаправленной диагностики профессиональной бронхиальной астмы, что должно привести к некоторому снижению профессиональной заболеваемости, инвалидизации больных и дать экономический эффект. На основе полученных данных разработаны и будут предложены для врачей методические рекомендации и циркулярное письмо МЗ ЭССР.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

**Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 1, январь, февраль 1980 г.

**В. И. Рятсеп — К вопросу воспитания
кадров здравоохранения**

**С. Ю. Киви, А.-В. Н. Микельсаар, М. О.
Лыви — Хромосомные варианты у боль-
ных с расщелиной губы и/или нёба**

Проанализированы хромосомы у 46 больных (26 мужчин и 20 женщин) с расщелиной губы и/или нёба. У всех больных хромосомы исследовались флуоресцентным методом с помощью пропилакрихиниприта. У 7 больных для уточнения диагноза хромосомы были исследованы также методом С-дисков. В обоих случаях использовались хромосомные препараты, полученные из культур лейкоцитов.

Истинных хромосомных aberrаций у больных обнаружено не было. В задачу исследования входило выяснение вариантов гетерохроматических районов хромосом.

Одинаковые частоты хромосомных вариантов, выявленные у здоровых взрослых и у больных с расщелиной губы и/или нёба, указывают на то, что варианты гетерохроматических районов хромосом, по-видимому, не имеют заметного влияния на проявление генов расщелины губы и нёба.

**Я. Э. Эха, А. Р. Лейссоо, Т. Т. Серка,
О. А. Лука — Определение реверсильности
асинергии левого желудочка сердца с
помощью постэкстрасистольного потен-
цирования**

Проанализированы диагностические возможности постэкстрасистольного потенцирования (ПЭСП) при повышении информативности левой вентрикулографии у 62 больных ИБС. Выяснилось, что у 51,6% больных коронарным атеросклерозом при ПЭСП асинергия ЛЖ является обратимой. У больных, перенесших инфаркт миокарда асинергия является обратимой в 3,4 раза реже,

чем у больных с такой же тяжестью коронаросклероза, но без инфаркта в анамнезе.

При сравнении результатов двух тестов реверсibility асинергии левого желудка (нитроглицериновый и ПЭСП тесты) выяснилась близкая информативность этих методов. По мнению авторов, всегда при асинергии ЛЖ один из этих тестов должен быть включен в программу ангиографического исследования больных ИБС.

Л. Я. Бостон — Активность ферментов, содержащих тиаминдифосфат, у детей раннего возраста, больных острой пневмонией или бронхитом

Целью настоящей работы было выяснение изменений активности транскетолазы и пируватдегидрогеназы у детей, больных острой пневмонией. Под нашим наблюдением было 68 детей, больных острой пневмонией, и 38 детей, больных острым бронхитом, в возрасте от 1 месяца до 3 лет, которые находились на лечении в Тартуской клинической детской больнице.

Выяснилось, что у больных детей, по сравнению со здоровыми, наблюдается повышение активности транскетолазы в 1/2 случаев и понижение активности пируватдегидрогеназы в 2/3 случаев. При сравнении активности транскетолазы и пируватдегидрогеназы в период разгара и затихания болезни никакой связи в их изменениях не установлено. У больных с наиболее повышенной активностью транскетолазы различные осложнения и реинфекции встречались реже. Активность транскетолазы можно считать адаптационно-защитной реакцией организма. Определение активности транскетолазы у больных острой пневмонией или бронхитом имеет практическое значение с точки зрения применения веществ, стимулирующих ферментативные реакции пентозофосфатного цикла и мобилизующих адаптационно-защитные силы (коварбонсилазы, витаминов В₂, В₆, В₁₂, фолиевой кислоты, глюкозы, пепсина и панкреатина).

М. П. Лайдна, Х. И. Яльвисте — Инфекция мочевых путей и поздний токсикоз как осложнение течения беременности

Нами обследовано на бактериурию 6908 беременных женщин в среднем 5,9 раз за время беременности. Бактериурия как признак инфекции мочевых путей установлена у 408 беременных, т. е. в 5,9% случаев.

Поздний токсикоз беременности наблюдался в 50,98% случаев (у 208 беременных), в контрольной группе в 19,85% случаев. Статистическое различие было существенным. На основе исследований установлено, что лечение бессимптомной бактериурии не уменьшает частоту возникновения позднего токсикоза, но токсикоз протекает в более

легких формах и лучше поддается лечению. Бактериурия у беременных является признаком высокого риска.

Ю. М. Саарма — Некоторые современные проблемы медицинской деонтологии

В статье рассматриваются проблемы, возникающие в связи с углублением специализации клинической медицины, ростом технификации диагностики и лечения больных и с увеличением удельного веса различных методов соматотерапии. Эти сдвиги в современной медицине, с одной стороны, являются залогом ее дальнейшего развития, а с другой стороны, могут повлечь за собой ослабление непосредственного контакта между больным и врачом. Поэтому широкое и систематическое внедрение принципов медицинской деонтологии следует расценивать как наиболее важный фактор повышения качества и эффективности системы народного здравоохранения на основе гуманных традиций отечественной медицины. С целью предотвращения дегуманизации медицины необходимо расширять и углублять преподавание медицинской психологии, психодиагностики, психотерапии и психопрофилактики студентам-медикам, а также на курсах специализации и усовершенствования врачей.

К. А. Валгма, М. Э. Линтси — Синдром слабости синусового узла

К синдрому слабости синусового узла (СССУ) относятся бради- и тахикардические нарушения ритма сердца, вызванные поражением синусового узла. СССУ может сопровождаться поражением атриовентрикулярного узла и проводящей системы.

В статье приводятся этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение данного синдрома.

И. Ю. Лаан — Диагностика лекарственной аллергии

И. Э. Кууск — Непереносимость молока

В течение последних 15 лет проведены многочисленные исследования с целью выяснения причин и частоты непереносимости лактозы. Различают первичную и вторичную малабсорпцию лактозы. Последняя сопровождается различными факторами, повреждающими слизистую оболочку тонкой кишки. Первичная селективная малабсорпция лактозы является рецессивно наследственной и встречается у разных этнических групп с различной частотой.

Проведенные нами исследования жителей города Пярну показали, что у эстонцев в возрасте 15—70 лет селективная малабсорпция лактозы встречается в 31,7% случаев. Из них у 75% вследствие применения молоч-

ных продуктов возникали поносы, урчание и боли в животе.

Врачи в своей практической работе должны учесть возможность непереносимости молочных продуктов. Выяснено, что у многих больных с неясными болями в животе единственной причиной является селективная малабсорпция лактозы. При рекомендации диеты является особенно важным предварительное установление непереносимости молока. Для определения селективной малабсорпции лактозы может быть рекомендована нагрузочная проба лактозы, которая незатруднительна для лаборатории и легко переносится больными подвергшимися исследованию.

В. А. Каск — Основы организации детской гинекологии

Производится описание принципов организации детской гинекологии, намечаются ее отдельные этапы. Обсуждаются вопросы методики профилактических осмотров девочек и девушек и нормативы специализированной службы.

В настоящее время необходимо усилить соответствующую профилактическую работу, в которой должны активнее участвовать детские и школьные врачи.

Э. Т. Таллмейстер — Новое эффективное дезинфицирующее средство

Изучались дезинфицирующие свойства дезинфектанта «Этостериль», производимого в Эстонском институте животноводства и ветеринарии и содержащего до 15% перуксусной кислоты.

В опытах с кусочками льняной ткани, пропитанными культурами *Bacillus subtilis*, *Bacillus cereus* и *Staphylococcus aureus*, показано, что рабочие разведения дезинфектанта «Этостериль», с содержанием 0,05%, 0,2% и 0,5% перуксусной кислоты, обладали сильным бактерицидным и спороцидным действием по сравнению с более слабой активностью пермуравьиной кислоты в тех же разведениях.

Раствор «Этостерилья», содержащий 0,3% перуксусной кислоты оказался весьма эффективным при дезинфекции рук по методу Шумбурга. Кроме того, было показано, что этиловый спирт с добавлением перуксусной кислоты в конечной концентрации 0,05%, обладает спороцидным свойством в противоположность обыкновенному этиловому спирту без содержания этой кислоты. Применение такой смеси имеет практическое значение, например, при стерилизации хирургических инструментов, в частности скальпелей.

Я. Я. Карусоо — Применение гликокортикоидов при лечении бронхиальной астмы

Новые учреждения здравоохранения

Подготовка кадров

Р. Р. Биркенфелдт, А. Н. Вапра, М. Р. Коорт — 175 лет преподавания терапии в поликлинических условиях в Тартуском университете

Поликлиника Тартуского университета была основана 1 мая 1804 года. Ее считают первой поликлиникой в России. Она имела большое значение в подготовке врачей и в оказании медицинской помощи городскому населению. В статье излагается исторический обзор преподавания терапии в университете в поликлинических условиях.

А. Э. Лутс — VI конференция оториноларингологов Эстонской ССР

Х. Т. Вахтер — XIII Республиканская конференция дерматовенерологов (стр. 71)

Н. В. Эльштейн — Республиканское совещание по вопросам терапии

А. А. Ленцнер — Первое совещание микробиологов вузов союзных республик Прибалтики

А. Э. Лутс — Первая межобластная конференция оториноларингологов западных областей Украинской ССР

А. Н. Вапра — Конференция ревматологов Литовской ССР

А. А. Ленцнер — VI Всесоюзная конференция в области космической биологии и авиакосмической медицины

М. К. Пурде — Расширение международного сотрудничества в области эпидемиологии рака

Л. С. Мехилане — III симпозиум психиатров ЧССР и СССР

Я. А. Уibu — III совместное совещание ученых СССР и США в области гигиены внешней среды

В врачебных обществах

Международные курсы в Финляндии (интервью)

Юбилейные даты

Некрологи

Хроника

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

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

No 1, January, February 1980

V. Rätsep — Ideological Work with Medical Personnel

**S. Kivi, A.-V. Mikelsaar, M. Lõvi —
Variant Chromosomes in Patients with
Hare Lip and/or Cleft Palate**

The lymphocyte chromosomes in 46 (26 male and 20 female) patients with hare lip and/or cleft palate were investigated by a fluorescence method. In seven cases an additional study, using the G-band method, was carried out. It was found that there were no real chromosome aberrations in the test group. Neither were there any differences in the presence and frequency of chromosome variants in patients with hare lip and/or cleft palate compared with normal adults. The authors suggest that the development of hare lip and cleft palate genes is not influenced by the variants of chromosomes studied.

**J. Eha, A. Leissoo, T. Serka, O. Luha —
The Value of Post-Extrasystolic Potentiation in the Assessment of the Disappearance of Contractility Disorders in the Left Ventricle**

A study of 62 patients with coronary disease shows that post-extrasystolic potentiation (PESP) is of diagnostic value in the assessment of the result of left ventriculography. After the administration of PESP 51.6 per cent of patients with narrowings in the coronary arteries experienced relief of contractility disorders in the left ventricle. After PESP patients with a previous history of myocardial infarction, however, experienced relief of their symptoms of disordered contractility in 3.4 times less frequently than those without a history of myocardial infarction. It has also been found that both PESP

and glyceryl trinitrate tests provide similar information about contractility disorders.

The authors point out that one of these above-mentioned methods should be included into the complex of diagnostic angiography.

L. Boston — The Activity of Enzymes Containing Thiamine Diphosphate in Infants with Acute Pneumonia and Acute Bronchitis

Sera from children with acute pneumonia and 38 children with acute bronchitis, between the ages of 6 months and 3 years, admitted to the Tartu Clinical Children's Hospital, were assayed for the changes in the activity of the thiamine-diphosphate-containing enzymes — transketolase and pyruvic dehydrogenase. As a result, it was found that at the peak of these diseases the transketolase activity was elevated in half of the patients and pyruvic dehydrogenase activity was decreased in two-thirds of the patients studied. There was no correlation between the changes in transketolase and pyruvic dehydrogenase activity in acute pneumonia and acute bronchitis. The rate of complications and reinfections was lower in children showing a higher transketolase activity, so the transketolase activity is regarded as an adaptative acute bronchitis. The rate of complications and severe cases of pneumonia and bronchitis cocarboxylase, vitamin B₂, B₆, B₁₂, folic acid, glucose, pepsin and pancreatin are recommended due to their stimulating effect on the enzymatic reactions of the pentose-phosphate cycle.

M. Laidna, H. Jalviste — Uroinfection and Late Toxaemia as the Complications of Pregnancy

A group of 6,908 pregnant women were examined for the evidence of bacteriuria several times (on an average of 5.9 times) during the whole pregnancy. Bacteriuria as a sign of uroinfection was detected in 408 pregnant women, in 5.5 per cent of the cases studied.

Late toxaemia occurred in 208 pregnant women, in 50.98 per cent of cases, but in the control group only in 19.85 per cent. The statistical difference between the rates of toxaemia was significant.

The results of this study suggest that the treatment of asymptomatic bacteriuria does not decrease the incidence of late toxaemia, but it only alleviates its clinical course. It is concluded that bacteriuria in pregnancy is an important sign of a high-risk condition.

J. Saarma — Some Contemporary Problems of Medical Deontology

This paper deals with problems concerning an ever advancing specialization in clinical

medicine, technical advances in the diagnosis and treatment of diseases and a growing significance of somatotherapy. These changes in contemporary medicine serve as a basis for a further development of medicare. However, at the same time, they may create a possible weakening of the physician's direct humane relations with the patient. That is why a wide and systematic application of the principles of medical deontology must be regarded as the most important way of enhancing the efficacy and quality of medicare on the basis of humanistic traditions. In order to avoid dehumanization tendencies in medicine, it is necessary to teach medical psychology, psychodiagnostics, psychotherapy and psychoprophylaxis to under- and post-graduates in the field of medicine.

K. Valgma, M. Lintsi — Sinus Node Weakness Syndrome

Sinus node weakness syndrome (SNWS) is characterized by brady- and tachycardia which are connected with lesions in the sino-auricular node. SNWS may be accompanied by lesions in the atrio-ventricular node and conduction systems.

The article presents the etiology, pathogenesis, clinical picture and treatment of the above-mentioned syndrome.

I. Kuusk — Milk Intolerance

The main cause of milk intolerance is the selective malabsorption of lactose. This syndrome is etiologically related to a recessive hereditary phenomenon owing to which the incidence of lactose selective malabsorption differs in various ethnic groups. Among adult Estonians the selective malabsorption of lactose has been observed in 31.7 per cent of the population. In the majority of these patients lactose causes diarrhoea, constipation and abdominal pain. A lactose loading test is recommended for the detection of lactose selective malabsorption. This test is quite dependable and endurable by patients.

It is concluded that milk intolerance in the Estonian SSR is quite a problem which should be kept in mind in improving the nutritional status of our population.

Kask, V. — The Basic Principles of the Organization of Children's Gynaecological Care

The present article gives a clear picture of the value of the further development of children's gynaecological care and prophylaxis of gynaecological diseases among girls in the Estonian SSR. This work is being carried out in several organizational stages. Methodological questions concerning the girls' medical check-ups and the extent and norms of this work are also dealt with.

The author points out that pediatricians and school doctors should be more efficient at their preventive work.

E. Tallmeister — Estosterile — A New Effective Disinfectant

J. Karusoo — The Use of Glycocorticoids in the Treatment of Bronchial Asthma

New Medical Institutions

Training of Personnel

R. Birkenfeldt, A. Vapra, M. Koort — The 175th Anniversary of the Tartu University Outpatient Clinic

On May 1, 1804, the Tartu (Yuryev) University Outpatient Clinic was opened. The outpatient clinic was the first of its kind in Russia and, in those days, played a large part in the training of medical students and in rendering medical help to those in need. The article presents a review of the development of teaching in medical treatment at the Tartu Outpatient Clinic up to the present day.

Conferences and Medical Meetings

Societies of Physicians

International Lectures in Finland (an interview).

Our Heroes of the Day

E. Altraja — A Sensitizing Non-Vailing Phenidon Developer for Fluorographic Films

Necrologies

New Drugs

Chronicle

Research Work Carried out by Scientists of the Estonian SSR

English text translated and edited by E. Saarnok

1979 Nõukogude Eesti Tervishoid

SISUKORD

- Bogovski, P.** — Missugused ühendid on inimesele kantserogeensed? 259
Gross, K. — Perinatoloogia päevaprobleeme 355
Rätsep, V. — Meditsiinilise geneetika arenguperspektiiv 3
Saarma, J. — Narkoloogiategenistuse aktuaalseid probleeme 99
Trofimova, I. — Oftalmoloogilise abi perspektiivid Eesti NSV-s 102

TEORIA JA PRAKTIKA

- Beltsikov, J.** — Eesnäärmevähi varajane diagnoosimine 272
Bolotovskii, V., Titova, N., Tamm, O., Martin, J., Vorobjova, A., Blumberg, I., Budjak, A., Mirme, U. — Leetri elusvaktsiini L-16 reaktogeensed omadused 124
Bolotovskii, V., Titova, N., Tamm, O., Martin, J., Vorobjova, A., Blumberg, I., Budjak, A., Mirme, U. — Leetri elusvaktsiini tüve L-16 immunogeensed omadused 207
Eha, J., Leissoo, A., Maaroos, J., Luha, O. — Vasaku südamevatsakese funktsiooni seos põetud müokardiinfarkti lokalisatsiooniga 131

- Ester, K., Astaškina, A., Kelk, J., Kallikorm, A., Zilmer, K.** — Subtotaalse struumektomia järgne hüpotüreos difuusse toksilise struuma korral 426
Gerassimova, A. — Palpebromandibulaarse sünkineesiaga tüsistunud blefaroptoosi kirurgiline ravi 114
Hint, E., Tekkel, M. — Rinnavähi profülaktika 269
Härma, R. — Kaasasündinud südamerikete esinemissagedus Eesti NSV-s ajavahemikul 1971–1977 10
Ilvār, K. — Südame isheemiatõve ja hüpertooniatõve tõttu esitatud kiirabiväljakutsete arv ning ilmastikutegurid 205
Kaarma, H. — Mõningaid seaduspärasusi noore naise keha pikkuse ja muude antropomeetriaalsete tunnuste vahelistes proportsioonides 370
Kaarma, H. — Noorte naiste antropomeetriaalsete tunnuste mõningaid reeglipäraseid muutusi eri pikkus- ja kaaluklassides 291
Kahn, H., Veimer, S., Tuulik, V. — Etanooli määramine väljahingatavas õhus ja veres 109
Kauer, K. — Tütarlaste günekoloogiliste haiguste struktuur 368
Kutsar, K. — Immuunsus gripi suhtes ja ABO-süsteemi veregrupid 20
Kuus, E., Padrik, V. — Pehme koe kasvate röntgendiagnoosimine 274

СОДЕРЖАНИЕ

- Боговский П. А.** — Какие соединения канцерогенные для человека? 259
Гросс К. Я. — Современные проблемы перинатологии. 355
Рятсеп В. И. — Перспективы развития медицинской генетики. 3
Саарма Ю. М. — Актуальные проблемы наркологической службы Эстонской ССР. 99
Трофимова И. Ю. — Перспективы офтальмологической помощи в Эстонской ССР. 102

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

- Бельчиков И. С.** — О ранней и клинической диагностике рака предстательной железы. 272
Болотовский В. М., Титова Н. С., Тамм О. М., Мартин Я. К., Воробьева А. И., Блумберг И. И., Будяк А. И., Мирме У. Ю. — Иммуногенные свойства живой коревой вакцины из штамма Л-16. 124
Болотовский В. М., Титова Н. С., Тамм О. М., Мартин Я. К., Воробьева А. И., Блумберг И. И., Будяк А. И., Мирме У. Ю. — Реактогенные свойства живой коревой вакцины 207
Эха Я. Э., Лейсоо А. Р., Маароос Я. А., Луха О. А. — Влияние локализации перенесенного инфаркта миокарда на функцию левого желудочка сердца. Вентрикулографическое исследование. 131
Эстер К. М., Асташкина А. В., Келк Я. И., Калликорм А. П., Цильмер К. Я. — О гипотиреозе у больных диффузным токсическим зобом после субтотальной струмэктомии. 426
Герасимова А. В. — Оперативное лечение блефароптоза, осложненного пальпаторно-мандибулярной синкинезией. 114
Хинт Э. К., Теккел М. Ю. — Профилактика рака молочной железы. 269
Хярма Р. А. — Выявление частоты врожденных пороков сердца в Эстонской ССР за период с 1971 г. по 1977 г. 10
Ильвар К. Г. — Взаимосвязь числа вызовов скорой медицинской помощи по поводу ишемической болезни сердца и гипертонии с метеорологическими факторами. 205
Каарма Х. Т. — Изучение соотношений антропометрических размеров и длины тела у женщин. 370
Каарма Х. Т. — О некоторых закономерных изменениях антропометрических признаков молодых женщин в разных ростовых классах. 291
Кахн Х. А., Веймер С. А., Туулик В. О. — Определение содержания этанола в крови и в выдыхаемом воздухе. 109
Кауэр К. Л. — Структура гинекологической заболеваемости девочек. 368
Куцар К. К. — Противогриппозный иммунитет и группы крови системы АВ0. 20
Куус Э. М., Падрик В. К. — О рентгенодиагностике опухолей мягких тканей. 274

- Kõiv, I., Gross, K., Kallikorm, A., Zilmer, K., Laaspere, M. — Koorionhormoonisisalduse dünaamika füsioloogilise raseduse vältel . . . 357
- Körge, M., Timpmann, S., Luuk, V., Körge, P. — Östrogeenireseptor rinnanäärmevähis . . . 428
- Künamägi, H., Sarap, A., Metsis, L. — Sanatoorse ravi mõju ajutisele töövõimetusele . . . 197
- Laan, I. — Kutse-eetika probleeme pediaatrias . . . 13
- Laane, P., Kundla, M., Stern, A. — Südame isheemiatõve kulg ja prognoos selektiivse koronarograafia aspektist . . . 202
- Leisner, U., Zupping, E. — Fonoelektrokardiograafia loote antenataalse seisundi hindamiseks . . . 359
- Maurer, L., Roos, V., Aasa, S. — Invalidistumine ja invalidide rehabiliteerimine Eesti NSV-s . . . 200
- Mägi, M., Tomberg, T., Zupping, R. — Peaaju verevoolu mahtkilrus ajuinfarkti ägedas perioodis . . . 421
- Müllerbek, E., Luiga, E., Ostrat, A., Erisalu, U. — Mikrotsirkulatsiooni muutusi reumahaigetel lastel . . . 6
- Nigol, E., Nigol, K. — Vanemate alkoholism laste psüühikahäirete põhjusena . . . 361
- Niit, M. — B₁- ja B₆-vitamiini-ainevahetus väikelapseas . . . 288
- Planken, U., Valgma, K., Riiv, J., Kaskmets, R., Lind, M. — Arteriaalse hüpertensiooni esinemissagedus Tartu elanikel . . . 15
- Planken, U., Valgma, K., Riiv, J., Kaskmets, R., Lind, M. — Mõningaid arteriaalse hüpertensiooni probleeme epidemioloogilise uurimise alusel . . . 129
- Pokk, L. — Kopsuvähk Tartu elanikel . . . 276
- Pokk, T., Pokk, L. — Alkohoolikute surma põhjust . . . 111
- Pokk, T., Pokk, L. — Kopsuarteri tromboembolia . . . 18
- Post, E. — Laste audioloogilise arstiabi tähtsus . . . 121
- Prilimägi, L., Subi, K., Kremerman, I., Tapupere, V., Lember, A., Silla, R., Teoste, M., Kikoš, G., Baršai, F. — Respiratoorsete viirusnakkuste etioloogiline struktuur Tallinna lastekollektiivides 1977/1978. a. talvel ja kevadel . . . 290
- Purde, M., Eemois, M., Hint, E., Tekkel, M., Rahu, M. — Östrioolkoefitsient ja rinnavähigaigestumus . . . 266
- Pärlist, M., Vahtra, H. — Laste spetsiifiline hüposensibiliseeriv bronhiaalastma ravi kodutölmallergeeniga . . . 11
- Rannamäe, R., Laane, M. — Toorpiima saastatus patogeensete stafülokokkidega . . . 22
- Raudam, E., Paimre, R., Mägi, M. — Fokaal-epilepsia kirurgiline ravi . . . 419
- Rooks, A., Maurer, L., Siimre, V. — Konsultatiivpolikliiniku tegevuse analüüs . . . 195
- Rätsep, V., Salijev, V., Loit, P.-H., Kurtenkov, O., Tauts, E., Männiko, M. — Mõningaid nihkeid organismi immunoloogilises ja hormonaalses tasakaalus maohaiguste korral . . . 262
- Saluste, L. — Rasedate toitumisrežiim Tartu naistenõuandla andmetel . . . 365
- Schotter, L. L. — Prilliklaaside optilise tsentri määramine . . . 119
- Sergejev, V. — Noorukite alkoholism . . . 104
- Suuroorg, L., Tamm, L. — Adenosiintrifosforhappe kontsentratsioon veres ja hemodünaamika muutused reumahaigetel lastel . . . 7
- Taal, M. — Alkoholi kasutamist soodustavaid tegureid psüühikahäiretega noorukitel . . . 107
- Кыйв И. К., Гросс К. Я., Калликорм А. П., Цильмер К. Я., Лааспери М. С. — Динамика содержания хорионического гонадотропина в крови в течение физиологической беременности . . .
- Кырге М. К., Тимпманн С. К., Луук В. Л., Кырге П. И. — Рецептор эстрогена в опухолях молочной железы . . .
- Кюнамяги Х. Э., Саран А. А., Метсис Л. И. — О влиянии санаторного лечения на временную нетрудоспособность . . .
- Лаан И. Ю. — Проблемы профессиональной этики в педиатрии . . .
- Лаане П. Г., Кундла М. И., Штерн А. К. — Течение и прогноз ишемической болезни сердца в аспекте селективной коронарографии . . .
- Лейснер У. Т., Цуппинг Э. Э. — Применение фоноэлектрокардиографии для оценки состояния внутриутробного плода . . .
- Маурер Л. А., Роос В. А., Ааса С. Е. — Об инвалидизации и реабилитации инвалидов в городах и республиках Эстонской ССР . . .
- Мяги М. А., Томберг Т. А., Цуппинг Р. Х. — Объемный мозговой кровоток в остром периоде инфаркта головного мозга . . .
- Мюллербек Е. Х., Луйга Э. Э., Острат А. И., Эрисалу У. Х. — Изменения микроциркуляции у детей, больных ревматизмом . . .
- Нигол Э. А., Нигол К. Э. — Алкоголизм родителей как причина психических расстройств у детей . . .
- Нийт М. И. — Обмен витаминов В₁ и В₂ у детей раннего возраста . . .
- Планкен Ю. Я., Валгма К. А., Рийв Я. Я., Каскметс Р. В., Линд М. М. — О распространении артериальной гипертензии среди населения г. Tartu . . .
- Планкен Ю. Я., Валгма К. А., Рийв Я. Я., Каскметс Р. В., Линд М. М. — Состояние лечения артериальной гипертензии (АГ) по данным эпидемиологического исследования . . .
- Покк Л. Р. — Рак легкого у жителей г. Tartu . . .
- Покк Т. А., Покк Л. Р. — О причинах смерти алкоголиков . . .
- Покк Т. А., Покк Л. Р. — Тромбозмболия легочной артерии . . .
- Пост Э. В. — О значении аудиологического обследования детей . . .
- Приймяги Л. С., Суби К. Х., Кремерман И. Б., Тапупере В. О., Лембер А. Э., Силла Р. В., Теосте М. Э., Киош Ф. В., Баршай Ф. А. — Об этиологической структуре респираторных вирусных инфекций в детских коллективах в зимне-весенний период 1977/78 гг. и о влиянии некоторых неспецифических профилактических мероприятий на заболеваемость в этих коллективах . . .
- Пурде М. К., Зомойс М. А., Хинт Э. К., Теккел М. Ю., Раху М. А. — Эстрогеновое отношение и заболеваемость раком молочной железы . . .
- Пярлист М. К., Вахтра Х. Ю. — Специфическое гипосенсибилизирующее лечение бронхиальной астмы аллергеном домашней пыли . . .
- Раннамäe Р. Р., Лаане М. И. — О загрязнении сырого молока патогенными стафилококками . . .
- Рудам Э. И., Паймре Р. И., Мяги М. А. — О хирургическом лечении фокальной эпилепсии . . .
- Роокс А. Х., Маурер Л. А., Сиймре В. П. — О выполнении задач консультативной поликлиники . . .
- Рятсеп В. И., Салиев В. П., Лойт П.-Х. О., Куртенов О. А., Таутс Э. А., Мянико М. Х. — О некоторых сдвигах в иммунологическом и гормональном равновесии организма при заболеваниях желудка . . .
- Салусте Л. Н. — О режиме питания беременных по данным Тартуской женской консультации . . .
- Шоттер Л. Л. — Определение оптического центра очковых линз . . .
- Сергеев В. И. — Алкоголизм среди молодежи . . .
- Суурорг Л. Э., Тамм Л. Я. — Об изменении содержания аденозинтрифосфатазы и гемодинамики у детей, больных ревматизмом . . .
- Тааль М. О. — О некоторых факторах, обуславливающих употребление алкоголя подростками . . .

Tikk, A., Virro, T. — Karpaalkanali sündroom ja selle ravi
Tooming, A. — Tugeva lühinägevuse seos mõningate tunnustega
Uip, S., Truve, R., Sibul, U. — Uus pH-meetria-meetod
Valdes, L., Valdes, V. — Südameribend müokardiinfarkti tüsistusena
Veldre, I., Itra, A., Paalme, L. — Kantserogeensed polütsükliilised aromaatsed süsivesinikud Eesti NSV veekogudes
Vorobei, V., Russakova, J. — Naha pindmine autofloora organismi nakkusresistentsuse näitajana
Väärt, E., Vahtra, M., Rahu, M., Raudsepp, J. — Eesti arstkonna suitsetamishoimavuse ankeetküsitlus

OLEVAATED

Boqovski, P. — Vähi tekkepõhjuste otsinguradadelt
Boston, L. — Pantoteenhappe osatähtsus pediaatrias
Kann, J. — N-nitrosoamiinide ja nende prekursorite leidumine meid ümbritsevas keskkonnas

Karlis, M. — Suitsetamise mõju perinataalsele perioodile ja lapse hilisemale kehale ja vaimsele arengule
Kundla, M. — Südame hüperkineetiline sündroom
Laane, E. — Süda ja alkohol
Luts, L., Paškov, A. — Morgagni-Stewart-Moreli sündroom
Saarma, V., Koido, T. — Sapi koostise muutused kroonilise kolestüüli puhul
Zupping, R., Kaasik, A.-E. — Peajaunfarkti ravi
Velbri, S., Kalits, I. — Suhkurtõve immuunoloogia
Väre, H. — Alkoholismi kulu iseärasusi naistel

FILOSOFIA JA MEDITSIIIN

Koppel, S. — Elulaad ja vajadused
Kährik, L. — Ökoloogia ja ideoloogiline võitlus

TERVISHOOLDUS KORRALDUS

Aareleid, T., Jõeäär, M., Hermlin, M., Kokk, H., Kalder, M. — Raal töötleb statsionaaris ravitud haigete andmeid
Ilmoja, V. — Tööstustööliste polikliinilise vastuvõtu organiseerimine
Kaldma, S. — Eesti NSV naistenõuandlate ülesanded
Koljak, J. — Onkoloogiline ambulatoorne abi ja side üldravivõrguga
Laaniste, M. — Laste allergoloogiakabineti tööst
Pilv, I. — Lastepoliikliiniku registratuuri töökorraldus

Plakso, I. — Uuest ravimite väljakirjutamise ja väljastamise korrast
Rahu, M. — «Eesti Vähiregister»
Rubinstein, V. — Vastsündinute spetsialiseeritud osakond
Sarap, A. — Eesti NSV tervishoiuasutuste teadusliku töökorralduse põhiprintsiibid, vormid, ülesanded
Talvoja, H. — Onkoloogide VTS teenindamise kogemusi

KOGEMUSTE VANETAMINE JA KASUISTIKA

Kubjas, E. — Enkopreesi ravi lastel
Levin, A., Kollo, R. — Vere otseülekannete meetodika imikutel

Тикк А. А., Вирре Т. Э. — Синдром запястного канала и его лечение.
Тооминг А. Ю. — Связь высокой близорукости с некоторыми показателями.
Ульп С. Ю., Труве Р. А., Сибул У. Ф. — Новый метод операционной рН-метрии.
Валдес Л. К., Валдес В. А. — Разрыв сердца как осложнение инфаркта миокарда.
Велдре И. А., Итра А. Р., Паалме Л. П. — Канцерогенные полициклические ароматические углеводороды в водоемах Эстонии.
Воробей В. С., Русанова Е. В. — Изучение поверхностей аутофлоры кожи как показателя антиинфекционной резистентности организма.
Вяэрт Э. А., Вахтра М. К., Раху М. А., Рaudsepp Ю. Ю. — Анкетный опрос врачей Эстонии относительно привычки курить.

ОБЗОРЫ

Боговский П. А. — По путям поиска причин рака.
Бостон Л. Я. — Значение пантотеновой кислоты в педиатрии.

Канн Ю. М. — О содержании N-нитрозаминов и их предшественников в окружающей нас среде.
Карлис М. Э. — О влиянии курения на развитие ребенка в перинатальном периоде и на его дальнейшее физическое и умственное развитие.
Кундла М. И. — Гиперкинетический кардиальный синдром.
Лаане Э. Я. — Сердце и алкоголь.
Лутс Л. Л., Пашков А. В. — Синдром Морганьи-Стюарт-Морель.
Саарма В. А., Койдо Т. О. — Об изменениях состава желчи при хроническом холецистите.
Цуппинг Р. Х., Каасик А.-Э. А. — Лечение инфаркта головного мозга.
Вельбри С. К., Калитс И. А. — Иммунологические вопросы при сахарном диабете.
Вяэрт Э. Я. — Об особенностях течения алкоголизма у женщин.

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА

Коппель С. Д. — Образ жизни и потребности человека.
Кяхрик Л. — Экология и идеологическая борьба.

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ОХРАНИИ

Аарелей Т. П., Иыязэр М. А., Хермлин М. П., Коик Х. Э., Кальдер М. Х. — Автоматизированная обработка данных относительно больных, вышедших из стационара.
Ильмоя В. А. — Организация поликлинического приема промышленных рабочих.
Кальдма С. О. — Задачи женских консультаций Эстонской ССР.
Кольяк Ю. Ю. — Онкологическая амбулаторная помощь и ее связь с общей лечебной сетью.
Лаанисте М. О. — О работе детского аллергологического кабинета.
Пилв И. И. — Организация и совершенствование работы регистратур городских поликлиник.
Плаксо И. И. — Новый распорядок выписывания и выдачи медикаментов.
Раху М. А. — Эстонский регистр рака.
Рубинштейн В. Е. — Специализированное отделение для обслуживания новорожденных.
Сарап А. А. — Основные принципы, формы и задачи научной организации труда учреждений здравоохранения Эстонской ССР.
Галвоа Х. Г. — Опыт избирательного распространения информации (ИРИ) по онкологии.

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

Кубьяс Э. Я. — Лечение энкопрезов у детей.
Левин А. Н., Колле Р. А. — К вопросу методики проведения прямых переливаний крови детям грудного возраста.

Lääts, L., Sildver, L. — Kaasasündinud adrenogenaalne sündroom (soolakaotusvorm)	141
Männiste, J., Talving, T. — Ägeda pankreatiidi hilistüstused	308
Oro, J., Sepp, L. — Gardneri sündroom	217
Pokk, L., Vaopere, A. — Kasvaja metastaseerumine teise kasvajas	454
Riikjärv, M.-A. — Kongenitaalne stridor lastel	51
Ronzin, V., Ivanova, V. — Kontaktkorrektsioon lastel	310
Teesalu, R. — Intraaortaalse kontrapulsator kasutamine südameoperatsioonide ajal	221
Valdes, V., Sukles, G., Vahisalu, R. — Kõrvalkilpnäärmevähk	451

MOTTEVANETUS

Elstein, N. — Sisemeditsiini kliinilis-organisatsioonilisi küsimusi	223
---	-----

ABIKS VELSKRITELE JA ODEDELE

Gross, K. — Basaaltemperatuuri andmete tähtsus ovaariumide generatiivse funktsiooni täpsustamisel	386
Karusoo, J. — Hepariini kasutamine bronhiaalastma raviks	226
Kask, V., Rättnik, R. — Vältimatu abi juvenilsete verejooksude korral	385

Kutsar, K. — Viirusinfektsioonidest põhjustatud letaalsus	54
Laigna, E. — Vabariiklik tuberkuloosiasutuste keskastme meditsiinitöötajate seminar	315
Loogna, N., Tatar, T., Rodman, L. — Polliinooside põhjusel ja spetsiifiline ravi	312

Luka, H. — Meditsiinilise kvalifikatsiooni tõstmine Tallinna I Lastehaiglas	53
Lõiv, H. — Toidumürgitused stafülokokkide enterotoksiiniga	145
Trofimova, I., Valdre, E. — Äge glaukoomihaag	144

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Keres, L. — Dotsent Lea Boston arstiteaduse doktoriks	147
Kohtla-Järve Meditsiini kooli lõpetajad 1979. a.	391
Loit, P.-H. — Arstiteaduse doktor Sirje Velbri	228
Maaroos, I. — TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1979. a.	389
Sildver, L., Tamm, L. — Lastearstide ettevalmistamine ja kvalifikatsiooni tõstmine TRÜ-s	148
Taliharju, A. — Uusi arstiteaduse kandidaate	57
Teaduslikke kutseid	57
Tallinna Meditsiini kooli lõpetajad 1979. a.	389
Tartu Meditsiini kooli lõpetajad 1979. a.	390

ARSTITEADUSE AJALOOST

Gustavson, H. — Difteriaseerumi ja vere transpordist minevikus	316
Kalnin, V. — 120 aastat esimesest silmahaiguse põdejate loendusest Venemaal	150
Kõrge, K. — Fr. R. Kreutzwald arstina	455
Liiv, A. — 65 aastat Pilguse Psühhiaatria haiglat	153
Rootsmäe, L. — Marutõbi inimestel arhiivandmetel	315

UUSI TERVISHOIVASUTISI

Kolhoosi lastesanaatorium	230
Subi, V., Kapral, H. — Meremehed said uue haigla	392

Ляйтс Л. К., Сильдвер Л. М. — Врожденный аденогенитальный синдром (солетеряющая форма)	141
Мянинисте Ю. Э., Тальвинг Т. Я. — Отдаленные осложнения острого панкреатита	308
Оро Я. Я., Сепп О. Л. — Синдром Гарднера	217
Покк Л. Р., Ваопере А. Э. — Метастазы опухоли в опухоль	454
Рийкъярв М.-А. Ф. — Врожденный стридор у детей	51
Ронзин В. П., Иванова В. В. — Контактная коррекция у детей	310
Тээсалу Р. В. — О применении внутриаортальной контрапульсации при операциях на сердце	221
Валдес В. А., Суклес Г. Ю., Вахисалу Р. Р. — Рак околощитовидной железы	451

ОБМЕН МЫСЛЕЙ

Эльштейн Н. В. — Клинико-организационные вопросы современной внутренней медицины	223
--	-----

В ПОМОЩЬ ФЕЛЬДШЕРАМ И СЕСТРАМ

Гросс К. Я. — Значение данных ректальной температуры для уточнения генеративной функции яичников	386
Карусоо Я. Я. — Применение гепарина при лечении бронхальной астмы	226
Каск В. А., Ряттсик Р. А. — Неотложная помощь при ювенильных маточных кровотечениях	385

Кутсар К. К. — Вирусные инфекции с летальным исходом	54
Лайгна Э. И. — Республиканский семинар средних медицинских работников туберкулезных лечебных учреждений	315
Лоогна Н. А., Татар Т. О., Родман Л. С. — О причинах и специфическом лечении полинозов	312

Лука Х. А. — Повышение квалификации медицинских сестер Таллинской I детской больницы	53
Лыйв Х. Д. — Пищевые отравления, вызываемые стафилококковым энтеротоксином	145
Трофимова И. Ю., Валдре Э. А. — Острый приступ глаукомы	144

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Керес Л. — Доктор медицинских наук Леа Бостон	147
Окончившие Кохтла-Ярвскую медицинскую школу в 1979 г.	391
Доктор медицинских наук Сирье Велбри	228
Маароос И. Ю. — Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1979 г.	389
Сильдвер Л. М., Тамм Л. Я. — Подготовка детских врачей и повышение квалификации их в Тартуском государственном университете	148
Алихярм А. — Новые кандидаты медицинских наук	57
Ученые звания	57
Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1979 г.	389
Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1979 г.	390

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Густавсон Х. А. — О транспортировке противодифтерийной сыворотки и консервированной крови в прошлом	316
Калнин В. В. — 120 лет со времени первой переписи больных глазными заболеваниями и слепых в России	150
Кырге К. Х. — Крейцвальд как врач	455
Лийв А. А. — Пилгусской психиатрической больницы 65 лет	153
Роотсмäe Л. Т. — Бешенство у людей по архивным материалам	315

НОВЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Колхозный санаторий	230
Суби В., Капрал Х. — Новая больница для моряков	392

Sukles, G. — Rapla Rajooni Keskhaigla
juurdeehitis on valmis 229

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Beltšikov, J. — Onkoloogilise abi organisa-
toorsed küsimused 461
Bogovski, P. Kantserogenees 462
Eha, J. — XX rahvusvaheline elektrokardi-
dioloogia sümposion 396
Ennet, J. — Tervishoiutöötajate Ametiühin-
gu Eesti Vabariikliku Komitee VI pleenum 234

Jöks, S. — Vabariiklik gripisümposion 155

Jöks, S. — Üleliiduline viroloogiaseminar 159

Kahn, H. — Tööstustoksikoloogia ja töö-
füsioloogia alane sümposion 465

Kahn, H. — XIX rahvusvaheline töömeditsi-
niikongress 165

Kahn, H. — Üleliiduline kutsehaiguste arsti-
de sektsooni väljasõiduistung 395

Kahn, H. — Üleliidulise ühingu «Teadus»
seminar-nõupidamine 162

Karusoo, J. — Leedu NSV terapeutide vaba-
riiklik konverents 319

Kreek, H. — Linnade ning rajoonide sani-
taar- ja epidemioloogijaamade paarstide
nõupidamine 393

Kreek, H. — Ülevabariigiline sanitaar- ja
epidemioloogijaamade paarstide nõupidami-
ne 58

Kuusma, M. — Bulgaaria RV ravimprepara-
atide alane sümposion 166

Loogna, N. — Allergiliste kutsehaiguste
alane vabariiklik konverents 58

Loogna, N. — Kutsehaiguste seminarid 394

Loogna, N. — Tööhügieenipäevad 60

Märtin, J. — Üleliiduline epidemioloogide
nõupidamine 318

Nisu, V. — Liiduvabariikide apteekide pea-
valitsuste juhatajate ning NSV Liidu Medi-
tsiini- ja ravimite Ministeeriumi koondiste ja
valitsusjuhatajate üleliiduline nõupidamine 231

Panov, A. — Kesk-Aasia liiduvabariikide
ja Kasahstani oftalmoloogide I kongress 60

Pokk, L. — NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi
meditsiinilise kõrghariduse nõukogu
nõupidamine 232

Priimägi, L. — Üleliiduline sümposion 160

Purde, M. — Pahaloomuliste kasvajate
diagnoosimise ja ravi aktuaalseid küsimusi 233

Raudam, E. — NSV Liidu ja Soome arsti-
teadlaste koostööst 233

Reinaru, J. — Soolenakkuste epidemioloogia-
ja profülaktikaalane sümposion 156

Reinaru, J., Umanski, S. — Immunodiagnostika
seminar 318

Saarma, J. — Nõukogude Liidu ja Soome
psühhiaatrite kolmas sümposion 164

Saarma, J. — II üleliiduline narkoloogia-
konverents 158

Saarma, V. — XIV rahvusvaheline sise-
meditsiinalane kongress 165

Sibul, U. — Üleliiduline konverents «Vago-
toomia haavanditöve kirurgilises ravis» 163

Silla, R., Veldre, I. — XVII üleliiduline hü-
gienistide ja sanitaararstide kongress 161

Tekkel, M. — Kasvajate epidemioloogia
rahvusvaheline seminar 166

Teppo, E. — Eesti NSV Sanitaarala Keskaste-
Meditsiini- ja ravimite Seltsi Põhja-Eesti
Nõukogu XII konverents 394

Tikko, H. — V üleliiduline nõupidamine
arstide ja provisorite diplomijärgse täien-
damise ja spetsialiseerimise alal 161

Суклес Г. — Пристройка Раплаской централь-
ной районной больницы закончена.

ОНФЕРЕНЦИИ И СОВЕЩАНИЯ

Бельчиков И. С. — Организационные вопросы
онкологической помощи.

Боговский П. А. — О канцерогенезе.

Эха Я. Э. — XX международный симпозиум по
вопросам электрокардиологии.

Эннет Ю. Ю. — VI пленум республиканского
комитета профсоюза медицинских работников
Эстонии.

Иыкс С. Р. — Республиканский симпозиум по
вопросам гриппа.

Иыкс С. Р. — Всесоюзный семинар по вопро-
сам вирусологии.

Кахн Х. А. — Симпозиум по вопросам промыш-
ленной токсикологии и физиологии труда.

Кахн Х. А. — XIX международный съезд по во-
просам трудовой медицины.

Кахн Х. А. — Всесоюзная выездная сессия сек-
ции врачей по профессиональным болезням.

Кахн Х. А. — Семинар Всесоюзного общества
«Знание».

Карусоо Я. Я. — Республиканская конферен-
ция терапевтов Литовской ССР.

Крезк Х. Я. — Совещание главных врачей го-
родских и районных СЭС.

Крезк Х. Я. — Республиканское совещание
главных врачей санитарно-эпидемиологических
станций.

Куусма М. К. — Симпозиум по вопросам ле-
чебных препаратов Народной Республики Бол-
гарии.

Лоогна Н. А. — Республиканская конференция
по вопросам аллергических профессиональных
болезней.

Лоогна Н. А. — Семинары по вопросам про-
фессиональных болезней.

Лоогна Н. А. — Дни гигиены труда.

Мяртин Я. К. — Всесоюзное совещание эпиде-
миологов.

Изу В. А. — Всесоюзное совещание заведую-
щих аптечных управлений союзных республик
и заведующих объединений и управлений Ми-
нистерства медицинской промышленности
СССР.

Панов А. В. — Первый съезд глазных врачей
союзных республик Средней Азии и Казахстана.

Покк Л. Р. — Совещание совета высшего ме-
дицинского образования Министерства здраво-
охранения СССР.

Приймэги Л. С. — Всесоюзный симпозиум.

Пурде М. К. — Актуальные вопросы диагно-
стики и лечения злокачественных опухолей.

Раддам Э. И. — Заседание смешанной совет-
ско-финляндской комиссии по сотрудничеству
в области здравоохранения и социального обе-
щания.

Рейнару И. К. — Симпозиум по вопросам эпи-
демиологии и профилактики кишечных инфек-
ций.

Рейнару И. К., Уманский С. Ш. — Семинар по
вопросам иммунодиагностики.

Саарма Ю. М. — III симпозиум психиатров Со-
ветского Союза и Финляндии.

Саарма Ю. М. — II Всесоюзная конференция по
вопросам наркологии.

Саарма В. А. — XIV международный съезд по
вопросам внутренней медицины.

Сибул У. Ф. — Всесоюзная конференция по
теме «Ваготомия в хирургическом лечении яз-
венной болезни желудка и двенадцатиперстной
кишки».

Силла Р. В., Вельдре И. А. — XVII Всесоюзный
съезд гигиенистов и санитарных врачей.

Теккель М. Ю. — Международный семинар по
вопросам эпидемиологии опухолей.

Тэппо Э. П. — XII конференция совета Север-
ной Эстонии общества средних медицинских
работников санитарной службы.

Тикко Х. Х. — V Всесоюзное совещание по во-
просам усовершенствования и специализации
врачей и провизоров.

Trofimova, I. — Keratoplastika ja keratoproteesimise alane rahvusvaheline konverents
Umanski, S., Reinaru, J. — Epidemioloogide seminar
Vagane, E. — Toitumisprobleemide teadusliku nõukogu pleenum
Vapra, A. — Leedu NSV vabariiklik gerontoloogide konverents
Vapra, A. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kliinilise meditsiini osakonna ja Gerontoloogialainstituudi sessioon
Veldre, I. — Keskkonnahügieeni teaduslike aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektiiooni väljasõidupleenum
Veske, M. — Vere ja verekomponentide konserveerimise alane sümposium

163
231
59
157
159
395
59

Грофимова И. Ю. — Международная конференция по вопросам кератопластики и кератопротезирования.
Уманский С. Ш., Рейнару И. К. — Семинар эпидемиологов.
Вагане Э. П. — Пленум научного совета проблем питания.
Вапра А. Н. — Конференция геронтологов Литовской ССР.
Вапра А. Х. — Сессия отдела клинической медицины и института геронтологии АМН СССР.

Вельдре И. А. — Выездной пленум секции гигиены воды и санитарной защиты водоемов всесоюзной проблемной комиссии «Научные основы гигиены внешней среды».
Веске М. А. — Симпозиум по вопросам консервации крови и ее компонентов.

ARSTIDE SELTSIDES

Haavel, A. — Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsis
Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi aruande-valimiskooosolek
Klink, A. — Võru, Põlva ja Valga Rajooni Arstide Teadusliku Seltsi konverents

171
317
170

Kolle, R. — Üleliidulise Hematoloogide ja Transfusioonoloogide Teadusliku Seltsi juhatus II pleenum
Vanaselja, T. — 20 aastat Vabariiklikku Onkoloogide Teaduslikku Seltsi

63
61

MEIE JUUBILARE

Arnold Jannus
Artemi Vapra
August Roosileht
Dagmar Luik
Endel Tünder
Endel Vainpalu
Ester Luiga
Evald Tammepõld
Evi-Saidi Raukas
Heinard Sillastu
Heino Hanson
Ingrid Laan
Ivo Ramjalg
Jaan Riiv
Johannes Tammeorg
Jüri Narma
Kaljo Villako
Kalju Põldvere
Laos Koskvee
Lea Boston
Lembit Tähepõld
Lennart Maurer
Leo Nurmand
Lil Jannus
Liidia Maser
Marta Streltsova-Kask
Mihkel Eller
Milvi Mildia
Natan Elštei
Nikolai Ress
Pavel Bogovski
Robert Trink
Viiu Sillastu
Viktor Kalnin
Vilis Derums
Villu Parvet

397
64
235
67
398
320
67
169
466
67
397
67
66
397
169
236
235
320
466
236
236
399
398
399
399
235
66
398
236
66
64
398
466
320
169
399

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

Alvre, P., Boston, L. — Oskussõnu ka meedikule
Kahn, H. — Ilmus vajalik brošüür
Saarma, J. — Hinnang ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1978. a. 5 numbril kohta
Valsiner, J. — Psühhosomaatiline lähene mine sünnitusabi ja günekoloogia probleemidele
Väre, H. — Uus psühhopatoloogia käsiraamat

74
323
76
321
167

В ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ

Хаавель А. А. — В научном обществе врачей г. Кингисеппа.
Клиник А. Б. — Конференция научного общества врачей Вырусского, Балгаского и Пылваского района.
Колле Р. А. — II пленум правления Всесоюзного научного общества гематологов и трансфузиологов.
Ванаселья Т. М. — 20 лет деятельности республиканского научного общества онкологов.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

Эрнольд Яннус.
Артемий Вапра.
Август Роосилехт.
Дагмар Луйк.
Эндел Тюндер.
Эндел Вейнпалу.
Эстер Луйга.
Эвальд Таммепыльд.
Эви-Сайди Раукас.
Хейнард Силласту.
Хейно Хансон.
Ингрид Лаан.
Иво Рамялг.
Яан Рийв.
Юханнес Таммеорг.
Юри Нарма.
Кальё Виллако.
Калью Пыльдвере.
Лаос Косквее.
Леа Бостон.
Лембит Тяхепыльд.
Леннарт Маурер.
Лео Нурманд.
Лий Яннус.
Лидия Масер.
Марта Стрельцова-Каск.
Михкель Элдер.
Мильви Мийдла.
Натан Эльштейн.
Николай Ресс.
Павель Боговский.
Роберт Тринк.
Вииу Силласту.
Виктор Кальнин.
Вилис Дерумс.
Виллу Парвет.

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Алвре П. И., Бостон Л. Я. — Терминологических слов и для медиков.
Кахи Х. А. — Вышла нужная брошюра.
Саарма Ю. М. — Оценка содержания 5-го номера (1978-го года) журнала «Ньюкогуде Ээсти Тervishoid».
Вальсинер Я. Я. — Психосоматическое приближение к проблемам акушерства и гинекологии.
Вяре Х. Я. — Новое руководство по психиатрии.

MEDITSIINITEHNIKA

Schotter, L., Panov, A. — Signaal-magnet-sond silmast kildude eemaldamiseks . . . 171

INTERVJU

Laos, V. — Nõukogude Eestis ehitatakse suurepärased raviasutusi . . . 68
Polikliinilise arstiaabi päevaprobleeme . . . 237

Laos, V. — Rahvusvaheline konverents Alma-Atas: esmane arsti- ja sanitaarabi . . . 69

MITMESUGUST

Kurul, H. — Meditsiinitöötajate eksliibriste näitus . . . 403
Silland, M. — Meie sõbrad Schwerinist . . . 402
Tallmeister, E., Heinaru, A. — 1978. aasta Nobeli preemia laureaadid . . . 400
Tedremaa, M. — Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu X viisaastakul . . . 324

IN MEMORIAM

Endel Kama 19. VI 1919 . . . 15. V 1979 . . . 238
Endel Tormet 11. VI 1932 . . . 17. VI 1979 . . . 407
Gabriella Triip 7. VI 1899 . . . 4. IX 1979 . . . 469
Georg Veerma 5. IV 1911 . . . 3. VI 1979 . . . 407
Harry Löiv 23. V 1923 . . . 4. IV 1979 . . . 241
Ilo Sibul 10. II 1908 . . . 31. I 1979 . . . 174
Mart Martson 26. V 1929 . . . 2. II 1979 . . . 175
Paul Laasik 14. X 1924 . . . 7. IV 1979 . . . 406
Udo Tarve 30. IV 1934 . . . 16. III 1979 . . . 239

UUSI RAVIMEID

Jürison, A. — Andekaliin, fenasepaam . . . 78
Jürison, A. — Ditrimiin, nitrofaariin . . . 470
Jürison, A. — Fenkarool, sümosaan . . . 242
Jürison, A. — Hündariin, parmidiin . . . 176
Jürison, A. — Lüsotsüüm . . . 327
Jürison, A. — Mammototsiin . . . 405

JURIIDILIST NÕUANNET

Moik, E. — Vastus kolmele küsimusele . . . 71

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

Kindlam, E. — Kaks lähedast liidet: -ne ja -line . . . 79
Kindlam, E. — Kreeka- ja ladinalähteliste terminite sidevokaalist . . . 328
Laan, I. — Meditsiinterminoloogia komisjonis . . . 177, 243, 467

KROONIKA . . . 83, 178, 244, 332, 408, 471

TOIMETUSE VEERG . . . 248, 339

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal . . . 184, 340
Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused . . . 89, 249, 341

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

Шоттер Л. Х., Панов А. В. — Сигнальный магнит-зонд для удаления внутриглазных осколков.

ИНТЕРВЬЮ

Лаос В. А. — В Советской Эстонии сооружают отличные лечебные учреждения (интервью). Актуальные проблемы поликлинической врачебной помощи.
Лаос В. А. — Международная конференция в Алма-Ате: первичная медико-санитарная помощь (интервью).

РАЗНОЕ

Курул Х. А. — Выставка экслибрис медицинских работников.
Силланд М. В. — Наши друзья из Шверина.
Таллмейстер Э. Т., Хейнару А. Л. — Лауреаты Нобелевской премии.
Тедремаа М. И. — Государственная научная медицинская библиотека в X пятилетке.

НЕКРОЛОГИ

Эндел Кама 19. VI. 1919 . . . 15. V. 1979.
Эндел Тормет 11. VI 1932 . . . 17. VI. 1979.
Габриелла Трийп. 7. VI. 1899 . . . 4. IX. 1979.
Георг Веэрма 5. IV. 1911 . . . 3. VI. 1979.
Харри Лыйв 23. V. 1923 . . . 4. IV. 1979.
Ило Сибул 10. II. 1908 . . . 31. I. 1979.
Март Мартсон 26. V. 1929 . . . 2. II. 1979.
Паул Лаасик 14. X. 1924 . . . 7. IV. 1979.
Удо Тарве 30. IV. 1934 . . . 16. III. 1979.

НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Юрисон А. Я. — Андекалин, фенасепам.
Юрисон А. Я. — Дитримин, нитрофарин.
Юрисон А. Я. — Фенкарол, зимозан.
Юрисон А. Я. — Гиндарин, пармидин.
Юрисон А. Я. — Лицозим.
Юрисон А. Я. — Маммотоцин.

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Мойн Э. А. — Ответы на три вопроса.

ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ

Киндлам Э. К. — Два близких аффикса.
Киндлам Э. К. — О терминологических вопросах.
Лаан И. А. — В комиссии медицинской терминологии.

ХРОНИКА

ГРАНКА РЕДАКЦИИ

Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати.
Законченные исследования ученых Эстонской ССР.

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

TEIL ON VÕIMALUS

Riiklikust Teaduslikust Meditsiiniraamatukogust
laenutada arstiteaduslikku ja ühiskondlik-poliitilist kirjandust

KA POSTI TEEL

Laenutus posti teel on lihtsaim, mugavaim ja operatiivseim
viis uusimate teadussaavutustega kursis olemiseks

Oma soovid saatke aadressil

200 102 Tallinn, Lai tn. 22



SULFALEEN SULFALENUM

Ülipika toimeajaga antimikroobne sulfoonamiidipreparaat. Bakteriostaatiline kontsentratsioon veres püsib seitse päeva.

Kasutatakse hingamiselundite haiguste (farüngiidid, bronhiidid, pneumoonia, bronhopneumoonia jm.); kuseteede haiguste (püeliidid, tsüstiidid, uretriidid); abstsesside, osteomüeliitide, tserebrospinaalse meningiidi, otiitide, sinusiitide, leepira, trahhoomi või muude haiguste korral.

Pakendis 10 tabletti á 0,2 g