TARTU ÜLIKOOL
1632
UNIVERSITAS TARTUENSIS

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

1

1961

TALLINN

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

Uuendage ajakirja

«NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID»

TELLIMIST 1961. AASTAKS

Tellimisi võtavad vastu kõik side-asutused ja ühiskondlikud ajakirjanduse levitajad

---

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ!

Возобновите подписку на журнал

«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ»

НА 1961 ГОД

Подписка принимается учреждениями связи и общественными распространителями печати

AJAKIRI

„NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID“

1961. a.

SISUKORD

ЖУРНАЛ

„НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД“

1961 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklikust nõupidamisest osavõtjaile . . . . . IV— 3

Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklik nõupidamine . IV— 4

GOLDBERG, A. — NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» täitmise käigust Eesti NSV-s . . . . . IV— 5

Läbirääkimised . . . . . IV—14

Sõnavõtud tervishoiutöötajate aktiivi nõupidamise lõppistungil . . . IV—48

Vabariigi tervishoiutöötajate aktiivi läkitus kõigile Eesti NSV meditsiinitöötajatele . . . . . IV—50

NORDBERG, A. — Rahva tervishoid partei programmis . . . . . VI— 3

Teooria ja praktika

ABRAMJANTS, P. ja VALDMETS, A. — Kusekivitõve esinemisest ja selle ravist Eesti NSV-s . . . . . I—22

ALLIK, E. ja KIRTSI, T. — Mõnede diagnostiliste meetodite võrdlevaid uurimusi düsenteeriahaigetel . . . . . I—38

ANNUS, A., KRAUSE, M. ja SEPP, L. — Tsütoloogilise meetodi väärtusest soo määramisel . II—38

BAKMAN, S. — Vere eosinofiilidesisalduse dünaamilise uurimise tähtsusest . . . . . III—29

BOGOVSKI, P. — Põlevkivibituumenite kantserogeensest toimest III— 5

BUTORIN, J. — Fluorograafia jaamade spetsialistide vastastikuse kontrolli meetodist . . . . . I—14

CHEVALIER, A. — Aju vaskulaarse insuldi ravist . . . . . V— 8

FAINBERG, V. Nabaväädi põimumine ümber loote kaela . . . . II—41

GROSS, K. — Lahkliha bimanuaalse kaitsmise meetodist sünnitusel . VI—38

GULORDAVA, Š. ja SOLOVJOV, V. — Pitsunud songad ja nende ravi . . . . . III—25

GUNTER, A. — Mõnedest ülesannetest võitluses südame- ja veresoonkonna haigustega vabariigis. I— 3

Участникам Республиканского совещания актива работников здравоохранения Эстонской ССР

Республиканское совещание актива работников здравоохранения Эстонской ССР

ГОЛЬДБЕРГ А. — О ходе выполнения постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» в Эстонской ССР

Прения

Выступления на заключительном заседании актива медицинских работников

Обращение актива работников здравоохранения республики ко всем медицинским работникам Эстонской ССР

НОРДБЕРГ А. — Программа партии о народном здравоохранении

Теория и практика

АБРАМЯНЦ П. и ВАЛЬДМЕТС А. — Мочекаменная болезнь и ее лечение в Эстонской ССР

АЛЛИК Э. и КИРТСИ Т. — Сравнительные исследования некоторых диагностических методов у больных дизентерией

АННУС А., КРАУЗЕ М. и СЕПП Л. — О ценности цитологического метода при определении пола

БАКМАН С. — Значение динамического изучения содержания эозинофилов в крови

БОГОВСКИЙ П. — О канцерогенном действии сланцевых битумов

БУТОРИН Е. — О методе взаимного контроля специалистов флюорографических станций

ШЕВАЛЬЕ А. — О лечении васкулярного инсульта мозга

ФАЙНБЕРГ В. — Обвитие пуповиной шеи плода

ГРОСС К. — О бимануальном методе защиты промежности при родах

ГУЛОРДАВА Ш. и СОЛОВЬЕВ В. — Ущемленные грыжи и их лечение

ГУНТЕР А. — О некоторых задачах по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в республике

HAUG, N. — Antikoagulantidega edukalt ravitud kopsuarteri postoperatiivne tromb-emboolia juht I—15

IMELIK, L. — Mõningaid aktuaalseid küsimusi laste tuberkuloosi ravimisel . . . . . VI—24

JAAKMEES, H. — Mitmesuguste keemiliste ühendite bakteriostaatilisest toimest tuberkuloositekitajatele (Autoreferaat) . . . . III—36

JAHNINA, N. ja ŠATROV, I. — Mõningaid kokkuvõtteid ja edasisi ülesandeid kolienteriitide uurimisel . . . . . II—45

JANNUS, A. — Lihtne meetod reguleeritava automaatsüstla konstrueerimiseks . . . . . III—47

KAHN, H. — Kroonilise pliimürgistuse ravist . . . . . III— 9

KARAPETJAN, A. — Mõnede vitamiinide toimest *lamblia intestinalis*'e paljunemisele kultuuris V—44

KARAPETJAN, A. ja ZASSÕPKIN, V. — Puukentsefaliidi viiruse eraldamisest Eesti NSV-s . I—41

KIIK, V. — Hambakaariese profülaktikast . . . . . V—46

KLIIMAN, A. ja MANDEL, V. — Põlveliigesesiseste fraktuuride konservatiivsest ravist . . . . . I—18

KONTOR, I. — Lümfogranulomatoosi atüüpilistest vormidest . . . V—20

KOOK, L. — Mõnede diagnostiliste proovide tähtsusest reuma puhul lastel . . . . . VI—10

KURVITS, H. — N-allüülnormorfiin ehk antorfiin kui tsentraalsete analgeetikumide antagonist (Autoreferaat) . . . . . III—45

KUUSIK, I. — 40 aastat tuberkuloosivastast vaktsineerimist BCG-vaktsiiniga . . . . . VI—19

LINKBERG, A., TÜNDER, E., PÕDER, K., TIHANE, H. ja TIKKO, H. — Arterite homotransplantatsioonist alajäsemete tuiksoonte trombobliterееruva haiguse puhul . . . . . II—17

LOOGNA, G. — Hemostimulaatorite toimest leukopoeesile ja haava paranemisele kiiritamata ning kiiritatud organismis . . . . . III—37

LUST, K. — Müokardi infarktiga haigete kliinikust ja ravist . . . I— 7

LUTS, A. — Angiinide esinemissagedusest Eesti NSV-s 1959. a. töötusalade järgi . . . . . III—13

LUTS, A. ja LUTS, L. — Kõrva-nina-kurguhaiguste profülaktikast sportlastel . . . . . VI—42

LUTS, L. — Aju vaskulaarsete insultide patogeneesist ja diferentsiaaldiagnostikast . . . . . V— 3

MAI, R. — Haige väljatoomine raskest maksakooma seisundist . . I—48

MALEVSKI, A. — Röntgenoloogilise uurimise tähtsusest tuberkuloosse koksiidi puhul ja mõnedest raviprintsiipidest . . . . . VI—31

ХАУГ Н. — Случай постоперативной тромбэмболии легочной артерии, успешно леченной антикоагулянтами

ИМЕЛИК Л. — Некоторые актуальные вопросы лечения туберкулеза у детей

ЯАКМЭЭС Х. — О бактериостатическом действии различных химических соединений на возбудителей туберкулеза (Автореферат)

ЯХНИНА Н. и ШАТРОВ И. — Некоторые итоги и задачи исследований в области колиэнтеритов

ЯННУС А. — Простой метод конструирования регулируемого автоматического шприца

КАХН Х. — О лечении хронических свинцовых отравлений

КАРАПЕТЯН А. — Влияние некоторых витаминов на размножение *Lamblia intestinalis* в культуре

КАРАПЕТЯН А. и ЗАСЫПКИН В. — О выделении вируса клещевого энцефалита в Эстонской ССР

КИЙК В. — Профилактика кариеса зубов

КЛИЙМАН А. и МАНДЕЛЬ В. — О консервативном лечении внутрисуставных переломов коленного сустава

КОНТОР И. — Об атипичных формах лимфогранулематоза

КООК Л. — Значение некоторых диагностических проб при ревматизме у детей

КУРВИЦ Х. — N-аллилнорморфин или анторфин как антагонист центральных анальгетиков (Автореферат)

КУУЗИК И. — 40 лет противотуберкулезной вакцинации вакцины БЦЖ

ЛИНКБЕРГ А., ТЮНДЕР Э., ПЫДЕР К., ТИХАНЕ Х. и ТИККО Х. — О гемотрансплантации артерий при тромбоблитерирующем заболевании сосудов нижних конечностей

ЛООГНА Г. — О действии гемостимуляторов на лейкопоэз и заживление раны в необлученном и облученном организме

ЛУСТ К. — О клинике и лечении больных с инфарктом миокарда

ЛУТС А. — О частоте ангин в Эстонской ССР в 1959 г. по отраслям промышленности

ЛУТС А. и ЛУТС Л. — О профилактике заболеваний уха-горла-носа у спортсменов

ЛУТС Л. — О патогенезе и дифференциальной диагностике васкулярных инсультов

МАЙ Р. — Случай выведения больной из тяжелого состояния печеночной комы

МАЛЕВСКИЙ А. — Значение рентгенологического исследования туберкулезного коксита и некоторые принципы его лечения

MARDNA, A., ELŠTEIN, N., JUSKE, A., KONTOR, I. ja NOOGEN, M. — Vigadest vereringesüsteemi haiguste diagnoosimisel ja ravil . . . . . III—17
MARDNA, L. — Koronaarhaiguse operatiivsest ravist . . . . . III—22
MARIPUU, I. ja SCHAMARDIN, B. — Pulsi puudumise tõve juht . I—11
MARIPUU, I. — Võitlusest kutsehaigustega . . . . . III— 3
MARKOVITŠ, R. — Piirdunud sügelevate dermatiitide ravist benkaiinblokaadi abil . . . . . II—50
MASER, L. — Termoregulatsiooni häiretest täisealistel tuberkuloosse meningiidiga haigetel . . IV—52
MEIPALU, V. — Sünnituse kulu iseärasustest lootevete enneaegse ja varase puhkemise korral . . I—26
MEIPALU, V. ja PODAR, U. — Verejooksude geneesist emaka müoomi puhul . . . . . VI—35
MERILA, H. — Urogenitaalelundite tuberkuloosist . . . . . V—30
NÕGES, M. — Reuma diagnoosimise probleemist . . . . . VI— 6
PIKKSAAR, O. — Tuberkuloosi profülaktikast . . . . . VI—15
PÄI, L. ja SEPP, V. — Krooniliset podagrajuhust erütrotsütoosi foonil . . . . . V—23
RAUDAM, E., TIKK, A. ja VELDI, A. — Võitlusest eluohtlike seisunditega Tartu respiratsioonitsentrumis . . . . . II— 3
RIHMA, A. — Tallinna haiglate toiduratsioonidest . . . . . I—44
RIIV, J., SACHRIS, N., SALUPERE, V. ja VALGMA, K. — Resetseeritud magudega haigete röntgenoloogilisest ja gastroskoopilisest uurimisest (Autoreferaat) . . . . . III—28
RIIV, J., VALGMA, K. ja SACHRIS, N. — Portaalhüpertensiooni sündroom . . . . . II—22
RÄTSEP, V. — Haigete operatsioonieelsest premedikatsioonist . . . II— 9
SAARMA, J. ja TEPP, J. — Sümptomaatilise hallutsinoosi juhtum mürakahjustusest . . . . . I—30
SAARMA, V. — Lümfoleukoosi variantidest . . . . . V—18
SALU, E. — Vesinikperoksüüdilahuste säilivusest ja stabiliseerimisvõimalustest . . . . . III—42
SARV, E. ja KASE, K. — Peenendatud kõhre kasutamisest näo plastilistel operatsioonidel . . . I—42
SAVI, V., SCHOTTER, L. ja MANDEL, Õ. — Kortisooni lokaalse manustamise kogemusi mõnede silmahaiguste ravimisel . . . . II—27
SEEDER, V. — Lamblioosi diagnoosimise efektiivsusest koproloogilisel meetodil . . . . . I—34

МАРДНА А., ЭЛЬШТЕЙН Н., ЮСКЕ А., КОНТОР И. и НООГЕН М. — Об ошибках в диагностике и лечении болезней сердечно-сосудистой системы
МАРДНА Л. — Об оперативном лечении коронарной болезни
МАРИПУУ И. и ШАМАРДИН Б. — Случай болезни отсутствия пульса
МАРИПУУ И. — О борьбе с профзаболеваниями
МАРКОВИЧ Р. — О лечении ограниченных зудящих дерматозов блокадой бенкаина
МАЗЕР Л. — О нарушениях функции терморегуляции у взрослых больных туберкулезным менингитом
МЕЙПАЛУ В. — Особенности течения родов при преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод
МЕЙПАЛУ В. и ПОДАР У. — О генезе кровотечений при миоме матки
МЕРИЛА Х. — Туберкулез урогенитальных органов
НЫГЕС М. — О проблеме диагностики ревматизма
ПИККСААР О. — О профилактике туберкулеза
ПЯЙ Л. и СЕПП В. — Случай хронической подагры на фоне эритроцитоза
РАУДАМ Э., ТИКК А. и ВЕЛДИ А. — Борьба с жизнеопасным состоянием больных в Тартуском респираторном центре
РИХМА А. — О пищевом рационе в Таллинских больницах
РИЙВ Я., САХРИС Н., САЛУПЕРЕ В. и ВАЛГМА К. — О рентгенологическом и гастроскопическом исследованиях больных с резецированными желудками (Автореферат)
РИЙВ Я., ВАЛГМА К. и САХРИС Н. — Синдром портальной гипертензии
РЯТСЕП В. — О предоперационной премедикации больных
СААРМА Ю. и ТЭПП Я. — Случай симптоматического галлюциноза вследствие шумового повреждения
СААРМА В. — О вариантах лимфолейкозов
САЛУ Э. — О хранении и стабилизации растворов перекиси водорода
САРВ Э. и КАСЕ К. — О применении размельченного хряща при пластических операциях на лице
САВИ В., ШОТТЕР Л. и МАНДЕЛЬ Ы. — Опыт местного применения кортизона при лечении некоторых глазных заболеваний
СЕЭДЕР В. — Об эффективности диагностики лямблиоза копрологическим методом

SEPP, M. — Laste ülajäsemete luude murdude ravi ja selle kaugtagajärjed . . . . . V—25
SILDVER, L. ja PIHELGAS, A. — Tuberkuloosse meningiidi ravi tulemustest lastel streptomütsiini subarahnoidaalse manustamiseta . . . . . III—33
TALVIK, R., TIHANE, H. ja TIKKO, H. — Konserveeritud arterite homotransplantatsioonist koertel . . . . . II—14
TERAS, J., LAAN, I. ja RÕIGAS, E. — Dimedrooli toimest tuberkuloosibakteritesse . . . . . VI—28
TERAS, J. ja NIGESEN, U. — Nakatumisvõimalustest trihhomoniaasi veevarustuse vee, ujulate ja saunade kaudu . . . . . V—35
TULMIN, E. — Mädaste meningiitide etioloogiast ja ravist . . . . V—13
TÜNDER, E. ja PÕDER, K. — Obliteereeruva arterioosi ravist Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil 1953.—1959. a. (Autoreferaat) . . . . . III—41

TÜRI, E. — Mudaravi kasutamise võimalustest maahaigla tingimustes . . . . . II—35

VAGANE, E. ja KÕPMAN, L. — Hiiumaa ravimudast ja selle kasutamisest . . . . . II—31
VAHTER, H. — Nahakahjustustest ja nende vältimisest põllumajanduse mehhanisaatoreil . . . V—39

СЕППП М. — Лечение переломов верхних конечностей у детей и отдаленные результаты
СИЛДВЕР Л. и ПИХЕЛГАС А. — О результатах лечения туберкулезного менингита у детей без субарахноидального введения стрептомицина
ТАЛЬВИК Р., ТИХАНЕ Х. и ТИККО Х. — О гемотрансплантации консервированных артерий у собак
ТЕРАС Ю., ЛААН И. и РЫЙГАС Э. — О действии димедрола на бактерии туберкулеза
ТЕРАС Ю. и НИГЕСЕН У. — О возможности заражения трихомониазом через водопроводную воду, купальни и бани
ТУЛЬМИН Э. — Об этиологии и лечении гнойных менингитов
ТЮНДЕР Э. и ПЫДЕР К. — О лечении облитерирующего артериоза по данным хирургического отделения Тартуской городской клинической больницы за 1953—1959 гг. (Автореферат)
ТЮРИ Э. — О возможностях применения грязевой терапии в условиях сельской участковой больницы
ВАГАНЕ Э. и КЫПМАН Л. — О Хийумааской лечебной грязи и ее использовании
ВАХТЕР Х. — Поражения кожи у механизаторов сельского хозяйства и их профилактика

Tervishoiu organisatsioon

Организация здравоохранения

NORDBERG, A. — Eesti NSV tervishoiu olukorrast 1960. aastal . . III—49

ROOST, A. — U. Margna artikli «Ravimite valmistamise kiirendamisest ja kergendamisest» puhul . . . . . II—54

НОРДБЕРГ А. — О состоянии здравоохранения Эстонской ССР в 1960 году
РООСТ А. — О статье У. Маргна «Об ускорении и облегчении изготовления лекарств»

Kogemuste vahetamine

Обмен опытом

FREIBERG, I. — Sakraalsetest teratoomidest lastel . . . . . III—55
JANNUS, A. — Aparaat vedelikkude pipeteerimiseks . . . . . IV—60
KERES, L. — Lasteosakonna tsentraalsest varustamisest hapnikuga IV—56

LEMARINJE, V. — Fotoalbum ohutustehnika õppevahendina . . . VI—47

LEMARINJE, V. — Tööstusettevõtete sanitaarse olukorra parandamisest . . . . . III—52
LISSOVENKO, A. — Laste günekoloogilise abi korraldamise kogemusi Tallinnas . . . . . III—53
LUKAŠ, A. — Kliinilis-anatoomiliste konverentside korraldamise kogemusi . . . . . IV—61
LÕIV, H. — Uut tüüpi kartoteek . V—51
MARDNA, L. ja SIIMISKER, A. — Refluksösofagiidi juhtum . . . II—55

ФРЕЙБЕРГ И. — О сакральных тератомах у детей
ЯННУС А. — Аппарат для пипетирования жидкостей
КЕРЕС Л. — Централизованное снабжение кислородом детского отделения
ЛЕМАРИНЬЕ В. — Фотоальбом как учебное пособие по технике безопасности
ЛЕМАРИНЬЕ В. — Об улучшении санитарного состояния промышленных предприятий
ЛИСОВЕНКО А. — Опыт организации детской гинекологической помощи в Таллине
ЛУКАШ А. — Опыт организации клинико-анатомических конференций в лечебных учреждениях
ЛЫЙВ Х. — Новый тип картотеки
МАРДНА Л. и СИЙМИСКЕР А. — Случай рефлюксэзофагита

PIHL, H. — *Salmonella typhimurium*'ist põhjustatud osteomüeliidijuht . . . . . III—58
POKK, L. — Nodoosse periarteriidi juht . . . . . II—58
POMMER, V. — Seadis liikumisharjutusteks alajäsemete halvatuse korral . . . . . VI—46
REKK, T. — Meditsiiniõe ülesannetest stomatoloogia kabinetis . . I—50
RIIV, J. — Mao ja kaksteistsõrmiksoole simultaanse sondeerimise menetlus . . . . . V—49
TAMMERA, K. — Põlveliigese deformeeruva osteoartroosi paiksest ravist söögisoodalahusega . . . VI—43
VAAB, A. — Ravivõimlemisest küünarliigese vigastuse puhul . . . I—51
VÄIN, K. — Kogemusi vastsündinute nabaköndi hooldamisel . . . . I—52

ПИХЛ Х. — Случай остеомиелита, вызванный *Salmonella typhimurium*
ПОКК Л. — Случай узлового периартериита
ПОММЕР В. — Прибор для двигательных упражнений при параличе нижних конечностей
РЕКК Т. — Об обязанностях медицинской сестры стоматологического кабинета
РИЙВ Я. — Способ одновременного зондирования желудка и двенадцатиперстной кишки
ТАММЕРА К. — Местное лечение раствором пищевой соды при деформирующем остеоартрозе
ВААБ А. — О физкультуре при повреждениях локтевого сустава
ВЯЙН К. — Опыт ухода за культой пупка у новорожденных

Abiks velskritele ja õdedele

ESTER, K. — Esmaabist uppunute päästmisel . . . . . IV—64
KAHN, H. — Veresoonte lupjumise profülaktikast . . . . . VI—51
KERES, L. — Raskesti haigete varaealiste laste kiirest abistamisest ja transportimisest . . . . . III—65
KURVITS, E. — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla meditsiiniõdede nõukogu tööst . . . . . VI—49
KÕRGE, K. — Teadvuseta oleku diagnostikast ja ravist . . . . III—60
LEHEPUU, B. — Kunstlikust hingamisest suu suul meetodil esmaabi tingimustes . . . . . VI—55
OTS, J. — Mee raviomadustest . . V—62
SAARMA, J. — Krambid ja langetõbi V—59
SÄRGAVA, S. — Haigete kaheastmelisest teenindamisest . . . . IV—69

В помощь фельдшерам и сестрам

ЭСТЕР К. — Первая помощь при спасении утопающих
КАХН Х. — О профилактике атеросклероза
КЕРЕС Л. — О неотложной помощи и перевозке тяжелобольных детей раннего возраста
КУРВИЦ Э. — О работе совета медсестер Тартуской республиканской клинической больницы
КЫРГЕ К. — О диагностике и лечении бессознательных состояний
ЛЕХЕПУУ Б. — О методе искусственного дыхания ртом ко рту в условиях оказания первой помощи
ОТС Я. — О лечебных свойствах меда
СААРМА Ю. — Судороги и эпилепсия
СЯРГАВА С. — Двухзвеньевое обслуживание больных

Kaadri ettevalmistamine

HORN, A. — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1961. a. . . . . V—58
KLEMEIER, H. — Tallinna Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1961. a. V—56
MAAROOS, I. — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetajad 1961. a. . . . . V—55

Подготовка кадров

ХОРН А. — Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1961 г.
КЛЕМЕЙЕР Х. — Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1961 г.
МААРООС И. — Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1961 г.

Sanitaarharidustöö

KADASTIK, A. — Sünnitaja teadmiste tõstmise metoodikast lapse tervishoiu alal . . . . . V—64
KASK, M. — Tervise ülikoolid igasse linna ja rajooni . . . . IV—72
REINARU, J. — Sanitaarharidustöö organiseerimisest rajooni tingimustes . . . . . IV—71

Санитарно-просветительная работа

КАДАСТИК А. — О методике повышения знаний рожениц по охране здоровья детей
КАСК М. — Университеты здоровья — в каждый город и район
РЕЙНАРУ И. — Организация санитарно-просветительной работы в районных условиях

Vennasvabariikidest

PARSADANJAN, R. — Armeenia NSV tervishoiukorraldusest . . V—66

Из братских республик

ПАРСАДАНЯН Р. — Здравоохранение Армянской ССР

Arstiteaduse ajaloost

AREND, Õ. — Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam 1940.—1960. a. . . . . **I—58**
GULORDAVA, Š. — N. I. Pirogov (1810—1881) . . . . . **I—53**
KALNIN, V. — 75 aastat Philipp Karelli surmast . . . . . **VI—60**
NÕGES, M. — Märkmeid Viljandi Linna Haigla ajaloost . . . . **I—55**
ROOKS, G. ja KOGERMANN, E. — 120 a. A. Rauberi sünnist . . **II—60**

Из истории медицины

АРЕНД Ы. — Тартуская городская санитарно-эпидемиологическая станция 1940—1960 гг.
ГУЛОРДАВА Ш. — Н. И. Пирогов (1810—1881)
КАЛНИН В. — К 75-летию со дня смерти Ф. Я. Кареля
НЫГЕС М. — Заметки из истории Вильяндиской городской больницы
РООКС Г. и КОГЕРМАН Э. — 120 лет со дня рождения А. А. Рауберa

Konverentsid ja nõupidamised

Eesti NSV tervishoiutöötajate vabariikliku aktiivi nõupidamise ettekanded

Конференции и совещания

Доклады участников Республиканского совещания актива работников здравоохранения Эстонской ССР

Nakkushaigused

Masik, I. — Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruse «Nakkushaiguste vältimise ja likvideerimise abinõudest vabariigis» täitmise käigust . . . . . **IV—20**

Vassiljeva, K. — Epidemioloogilisest olukorrast vabariigis ja ülesannetest nakkushaiguste edasisel vähendamisel . . . . . **IV—23**
Pšenitšnikov, B. — Sanitaaraktiivi tähtsusest võitluses nakkushaiguste vähendamise eest . . . . **IV—26**
Jannus, A. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi ülesannetest nakkushaiguste vähendamisel ning mõningate nakkuste likvideerimisel . **IV—26**
Grigorjeva, A. — Nakkushaiguste vähendamise abinõudest põlevkivibasseinis . . . . . **IV—26**
Kuusik, A. — Kogemusi sanitaar- ja tervistusabinõude rakendamisest nakkushaiguste juhtude arvu vähendamisel . . . . . **IV—27**
Vagur, U. — Profülaktiliste ürituste organiseerimisest rajoonis . . **IV—27**
Gunter, A. — Terapeutide edasistest ülesannetest nakkushaiguste tõrjel . . . . . **IV—27**
Lepnjova, S. — Nakkushaiguste kabineti töö kogemusi . . . . . **IV—27**
Želandovskaja, J. — Mõningate nakkushaiguste kliiniku ja ravi iseärasustest . . . . . **IV—27**
Kuuse, H. — Sanitaarharidustöö kui tõhus abinõu nakkushaiguste vastu võitlemisel . . . . . **IV—28**
Tamm, O. — Kõhutüüfuse vähendamise kogemustest Tartu oludes **IV—28**

Fominõh, A. — Kõhutüüfuse puhangu likvideerimisest ühes maarajoonis . . . . . **IV—28**
Vares, A. — Pediaatriateenistuse ülesannetest ägedate soolenakkuste ja difteeria vähendamisel **IV—28**

Инфекционные заболевания

Мазик И. — О ходе выполнения постановления Совета Министров Эстонской ССР «О мерах по ликвидации и предупреждению инфекционных заболеваний в республике»
Васильева К. — Эпидемиологическое состояние республики и задачи по дальнейшему снижению инфекционных заболеваний
Пшеничников Б. — Роль санитарного актива в борьбе за снижение инфекционных заболеваний
Яннус А. — Задачи Таллинского н/и института эпидемиологии, микробиологии и гигиены по снижению инфекционных заболеваний и ликвидации некоторых инфекций
Григорьева А. — Мероприятия по снижению инфекционных заболеваний в сланцевом бассейне
Куузик А. — Опыт проведения санитарно-оздоровительных мероприятий, направленных на снижение инфекционных заболеваний
Вагур У. — Организация профилактических мероприятий в районе
Гунтер А. — О дальнейших задачах терапевтов в борьбе с инфекционными заболеваниями
Лепнева С. — Опыт работы кабинета инфекционных заболеваний
Желандовская Е. — Особенности клиники и лечения некоторых инфекционных заболеваний
Куузе Х. — Санитарное просвещение как одно из важных мероприятий в борьбе с инфекциями
Тамм О. — Опыт работы по снижению брюшного тифа в условиях города Тарту
Фоминых А. — Ликвидация вспышки брюшного тифа в одном из сельских районов
Варес А. — Задачи педиатрической службы по снижению острых желудочно-кишечных инфекций и дифтерии

Stepanova, L. — Difteeria likvideerimise perspektiividest Eesti NSV-s . . . . . IV—29
Valdman, A. — Laste Polikliiniku töö kogemustest nakkushaiguste likvideerimise alal . . . . . IV—29
Volõnkina, A. — Nakkushaiguste vähendamise kogemustest pediaatrijaoskonnas . . . . . IV—30
Migatš, A. — Laste polikliiniku nakkushaiguste kabineti töökogemustest . . . . . IV—30
Kuiva, Õ. — Nakkushaiguste tõrje organiseerimisest pediaatrijaoskonnas . . . . . IV—30

Tuberkuloos

Kama, E. — Tuberkuloositõrje olukorrast ja ülesannetest Eesti NSV-s . . . . . IV—31
Kõiv, Z. — Tuberkuloositõrjest laste hulgas Eesti NSV-s . . . . . IV—35
Vanovskaja, G. — Luu- ja liigesetuberkuloosivastase võitluse organiseerimisest Eesti NSV-s . . . IV—35
Kalev, E. ja Sauemägi, L. — Fluorograafiameetodi tähtsusest tuberkuloosi varajasel avastamisel Eesti NSV-s . . . . . IV—35
Ridala, V. — Veisetuberkuloosist Eesti NSV-s ja selle ohust inimestele . . . . . IV—35
Sorkina, E. — Tuberkuloositõrje organiseerimise põhiülesanded NSV Liidus . . . . . IV—36
Tomberg, O. — Tuberkuloositõrje olukorrast Tartu linnas . . . . IV—36
Rubinstein, T., Abramovitš, N. ja Danilova, I. — Tuberkuloositõrje olukorrast Eesti NSV põlevkivibasseinis . . . . . IV—36
Ennulo, J. — Tuberkuloosialase teadusliku uurimistöö olukorrast Eesti NSV-s . . . . . IV—37
Einas, I. — Tuberkuloosivastase vaktsineerimise ja revaktsineerimise olukorrast Eesti NSV-s . . IV—37
Kongo, E. — Kaugtulemustest kopsutuberkuloosi ravis . . . . . IV—38
Ruut, I. ja Vorobjova, A. — Profülaktika ja epideemiatõrje abinõudest võitluses tuberkuloosiga Eesti NSV-s . . . . . IV—38
Jannus, L. ja Harjo, V. — Ravimresistentsete tuberkuloositekitajate esinemisest haigetel ja esmasest ravimresistentsusest . IV—39
Bugakov, I. — Tuberkuloosihaigete ravimise kogemustest antibakteriaalsete preparaatidega . . . . IV—39
Reinvald, A. — Kopsutuberkuloosist elatanud inimestel . . . . . IV—39

Apteegitöö

Podolski, I. — Elanikkonna raviasutuste varustamise olukorrast ravimitega, meditsiinilise aparatuuri ja instrumentaariumiga . IV—40

Степанова Л. — Перспективы ликвидации дифтерии в Эстонской ССР
Вальдман А. — Опыт работы детской поликлиники по ликвидации инфекционных заболеваний
Волынкина А. — Опыт работы по снижению инфекционных заболеваний на педиатрическом участке
Мигач А. — Из опыта работы кабинета инфекционных заболеваний детской поликлиники
Куйва Ы. — Организация борьбы с инфекционными заболеваниями на педиатрическом участке

Туберкулез

Кама Э. — О состоянии и дальнейших задачах противотуберкулезной борьбы в Эстонской ССР
Кыйв З. — О противотуберкулезной борьбе среди детей в Эстонской ССР
Вановская Г. — Организация борьбы с костно-суставным туберкулезом в Эстонской ССР
Калев Э. и Сауэмяги Л. — О значении флюорографического метода при раннем выявлении туберкулеза в Эстонской ССР
Ридала В. — О туберкулезе крупного рогатого скота в Эстонской ССР и его опасности для людей
Соркина Э. — Основные задачи по организации борьбы с туберкулезом в Союзе ССР
Томберг О. — О состоянии противотуберкулезной борьбы в городе Тарту
Рубинштейн Т., Абрамович Н. и Данилова И. — О состоянии противотуберкулезной борьбы в сланцевом бассейне Эстонской ССР
Эннуло Ю. — О состоянии научно-исследовательской работы по туберкулезу в Эстонской ССР
Эйнас И. — О состоянии противотуберкулезной вакцинации и ревакцинации в Эстонской ССР
Конго Э. — Отдаленные результаты лечения туберкулеза легких
Руут И. и Воробьева А. — Профилактические и противоэпидемические мероприятия в борьбе с туберкулезом в Эстонской ССР
Яннус Л. и Харьо В. — О наличии устойчивых к лечебным препаратам возбудителей туберкулеза у больных и первичная устойчивость к лечебным препаратам
Бугаков И. — Опыт лечения туберкулезных больных антибактериальными препаратами
Рейнвальд А. — Туберкулез легких у пожилых людей

Аптечное дело

Подольский И. — О состоянии снабжения населения и лечебных учреждений лекарственными средствами и медицинским инструментарием

Meibaum, A. — Pärnu Rajooni Apteegi tööst ja raviasutuste medikamentoossest teenindamisest	IV—44	Мейбаум А. — Работа районной аптеки Пярну и медикаментозное обслуживание лечебных учреждений
Pedak, S. — Apteegi ja polikliiniku vahelisest koostööst	IV—44	Педак С. — О взаимной работе между аптекой и поликлиникой
Vigodski, I. — Kesk-Apteegilao tööst	IV—45	Вигодский И. — О работе Центрального аптечного склада
Pats, J. — Uutest ravimpreparaatidest (kortikosteroididest) . . .	IV—45	Патс И. — Новые лекарственные препараты (кортикостероиды)
Sibul, I. — Närvisüsteemi kaudu mõjuvate uute ravimpreparaatide toimemehhanismidest	IV—45	Сибуль И. — Механизм действия новых лекарственных препаратов, действующих через нервную систему
Luik, B. — Perspektiivseid meetodeid farmatseutilises analüüsis . . .	IV—46	Луйк Б. — Перспективные методы в фармацевтическом анализе
Läbirääkimised	IV—47	Прения
Kalnin, V. — Gerontoloogia konverents Kiievis	III—70	Калнин В. — Конференция по геронтологии в Киеве
Kalnin, V. ja Põder, K. — Juubelisessioon N. I. Pirogovi 150. sünni-aastapäeva tähistamiseks . .	I—60	Калнин В. и Пыдер К. — Юбилейная сессия, посвященная 150-летию со дня рождения Н. И. Пирогова
Kama, E. — Tuberkuloosialasest nõupidamisest Moskvas	IV—65	Кама Э. — Совещание по туберкулезу в Москве
Kask, M. — Üleliidulisest asustatud kohtade hügieeni konverentsist	II—63	Каск М. — Всесоюзная конференция по вопросам гигиены населенных местностей
Kildema, L. — V rahvusvahelisest biokeemia kongressist Moskvas	VI—64	Кильдема Л. — V международный конгресс по биохимии в Москве
Kondratjeva, G. — Üleliiduline helmintoloogide konverents . . .	II—65	Кондратьева Г. — Всесоюзная конференция гельминтологов
Koppel, S. — Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite X vabariiklik konverents	II—66	Коппель С. — X республиканская конференция неврологов и психиатров Эстонской ССР
Lehepuu, B. — Sümpoosion neuropleegikumide kasutamisest anestesioloogias	II—62	Лехепуу Б. — Симпозиум по вопросу применения нейроплегических препаратов в анестезиологии
Lukaš, A. — Eesti NSV patoloog-anatoomide konverents	I—63	Лукаш А. — Конференция патолого-анатомов Эстонской ССР
Markusas, F. — Spordimeditsiini XIII rahvusvaheline kongress .	I—60	Маркусас Ф. — XIII международный конгресс по спортивной медицине
Merila, H. — Üleliiduline uroloogide konverents	VI—64	Мерила Х. — Всесоюзная конференция урологов
Mets, H. ja Feoktistov, G. — Üleliiduline konverents maatervishoiu alal	V—69	Метс Х. и Феоктистов Г. — Всесоюзная конференция по гигиене села
Pihl, H. — Eesti NSV pediaatrite VI vabariiklik konverents . . .	I—61	Пихл Х. — VI республиканская конференция педиатров Эстонской ССР
Pihl, H. — Nakkushaiguste ja hügieeni konverents Tallinnas . . .	II—64	Пихл Х. — Конференция в Таллине по вопросам инфекционных заболеваний и гигиены
Pihl, H. — Nakkushaiguste konverents Leningradis	V—70	Пихл Х. — Конференция по заразным болезням в Ленинграде
Podolski, I. — Apteegivõrgu juhtivate töötajate nõupidamisest Moskvas	II—63	Подольский И. — Совещание руководящих работников аптечной сети в Москве
Saarma, J. — Tartu psühhiaatria kliiniku 80. ja neuroloogia kliiniku 40. aastapäevale pühendatud teaduslik konverents . .	V—67	Саарма Ю. — Научная конференция, посвященная 80-летию Тартуской психиатрической клиники и 40-летию неврологической клиники
Sarap, A. — Kurortoloogia ja füsioteraapia vabariiklik konverents	VI—62	Сарап А. — Республиканская конференция по курортологии и физиотерапии
Sarv, A. — Üleliiduline leepra-alane nõupidamine Astrahanis . . .	III—71	Сарв А. — Всесоюзное совещание по лепре в Астрахани
Schamardin, B. — Konverents südame- ja veresoonkonna haigustest	II—67	Шамардин Б. — Конференция по вопросам сердечно-сосудистых заболеваний

Siirde, E. — Foniaatria konverents Moskvas	V—71	Сийрде Э. — Конференция по фониатрии в Москве
Särgava, V. — Eesti NSV otorinolarüngoloogide nõupidamiselt	V—68	Сяргава В. — Совещание оториноларингологов Эстонской ССР
Sööt, K. — Sünnitusabi ja günekoloogia teaduslik sessioon Leningradis	III—71	Сеэт К. — Научная сессия по родовспоможению и гинекологии в Ленинграде
Veinpalu, E. — Kahest üleliidulisest kurortoloogia ja füsioteraapia-alasest teaduslikust nõupidamisest	VI—63	Вейнпалу Э. — О двух всесоюзных научных совещаниях по курортологии и физиотерапии
Konsultatsioone		**Консультации**
Kaldma, A. — Juriidilist nõuannet	II—69	Кальдма А. — Юридическая консультация
Pella, M. — Naiste töökaitse seadusandluse rakendamisest	I—64	Пелла М. — Применение законодательства о защите труда женщин
Pella, M. — Täiendavaid küsimusi naiste töökaitse alalt	VI—68	Пелла М. — Дополнительные вопросы о защите труда женщин
Tähtpäevad		**Юбилейные даты**
Allik, E. — Eesti NSV teeneline arst Karl Kaur 60-aastane	I—67	Аллик Э. — 60-летие заслуженного врача Эстонской ССР К. Каура
Kama, E. ja Bugakov, I. — Arst D. Fjodorovi 50 aasta tööjuubel	I—67	Кама Э. и Бугаков И. — 50-летие трудовой деятельности врача Д. Федорова
Kama, E. — I. Bugakov 60-aastane	V—74	Кама Э. — 60-летию И. Бугакова
Kingisepp, G. — Professor Felix Lepp 80-aastane	II—70	Кингисепп Г. — 80-летие профессора Феликса Леппа
Lavrova, L. — Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja V. Pobus 50-aastane	I—66	Лаврова Л. — 50-летие зам. министра здравоохранения Эстонской ССР В. Побуса
Mardna, L. — T. Jürgenson 70-aastane	VI—70	Мардна Л. — 70-летие Т. Юргенсона
Saarma, J. — Professor Aleksandra Raatma 60-aastane	II—71	Саарма Ю. — 60-летие профессора Александры Раатма
Sõrmus, L. — J. Leivalt 60-aastane	VI—70	Сырмус Л. — 60-летие Е. Лейвальт
Sõrmus, L. — L. Mardna 60-aastane	III—69	Сырмус Л. — 60-летие Л. Мардна
Nekroloogid		**Некрологи**
Professor M. Mastbaum	III—75	Профессор М. Мастбаум
Professor Herbert Normann	III—76	Профессор Херберт Норман
Bibliograafia		**Библиография**
Jänes, H. — Monograafia kutsekasvajatest	I—68	Янес Х. — Монография о профессиональных опухолях
Roht, H. — Tarvilik käsiraamat	VI—72	Рохт Х. — Необходимый справочник
Küsimusi ja vastuseid	I—70, II—74, III—72, V—72, VI—66	Вопросы и ответы
Referaate	I—69, II—72, III—74, V—75, VI—71	Рефераты
Mitmesugust	VI—73	Разное
Kroonika	I—72, II—76, III—77, IV—75, V—76, VI—76	Хроника
Uusi ravimeid	I—76, II—78	Новые лекарственные препараты

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (sekretär),
J. Saarma ja **A. Sarap.**

1

Jaanuar–Veebruar

4. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1961

Журнал
„Ныукогуде Ээсти Тервисхойд"

Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 20. XII 1960. Trükkimisele antud 4. II 1961. Trükiarv 3000. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5 + 2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 8,19. Tellimise nr. 11.833. MB 00357.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus : Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

MÕNEDEST ÜLESANNETEST VÕITLUSES SÜDAME- JA VERESOONKONNA HAIGUSTEGA VABARIIGIS

Arstiteaduse kandidaat *A. GUNTER*,
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut

Arstiteaduse ja tervishoiu üheks tähtsamaks ülesandeks on võitlus südame- ja veresoonkonna haigustega. Sellele aktuaalsele probleemile oli pühendatud ka 1960. a. Moskvas peetud sotsialistlike maade tervishoiu ministrite V nõupidamine.

Vaatamata tervishoiu edule Eesti NSV-s nõukogude võimu ajal on vereringeelundite patoloogia veel tähtsal kohal, põhjustades vabariigis peaaegu poole kogu suremusest ja 70% invaliidsuse juhtudest. Selline pilt on kujunenud peamiselt elanikkonna ealise struktuuri muutumise tõttu möödunud sõja tagajärjel. Peale selle tuleb silmas pidada, et ka vereringeelundite haiguste diagnoosimise paranemine põhjustab nende näilist tõusu. Samuti ei saa jätta arvestamata puudusi, mis veel esinevad mainitud haiguste profülaktikas.

Vereringeelundite haiguste hulgas on kõige suurema erikaaluga reumatism koos sellele hiljem järgnevate südameriketega, siis haigused, mida sageli ühendatakse alates keskeast esineva patoloogiaga, nagu hüpertooniatõbi, koronaarhaigus ja ateroskleroos. Nagu teada, kuuluvad neid haigusi põdevad haiged dispanseersele järelevalvele.

Puudutades hüpertooniatõbe peab mainima, et mitte kõik seda põdevad haiged ei vaja dispanseerimist, vaid eelkõige need, kelle suhtes see on efektiivne, s. o. haiguse varajastes staadiumides.

Latentses ehk hüpertooniaeelses staadiumis (I staadiumi faas A) on vaja teostada psühhoprofülaktikat, soovitada puhkuse mõistlikku veetmist, välja selgitada närvisüsteemi traumeerivad põhjused, määrata, arvestades haiguse kulu individuaalseid erinevusi, ravivõimlemist, veeprotseduure, sanatoorset ravi, samuti sedatiivseid vahendeid ning soovitada puhkust puhkekodudes ja turismimatku. Juba selles staadiumis peab olema kindlustatud ratsionaalne toitmine ja mitte vähem kui 8 tundi und ööpäevas.

Transitoorses ehk hõlpsasti tagasipööratavas faasis (I staadiumi faas B) soovitatakse kõikide I staadiumi faasi A puhul loetletud abinõude rakendamist; määrata broomi- ja palderjanipreparaate ja sanatooriumikuurordiravi. II staadiumi faasis A (ebapüsiv, labiilne — vererõhk langeb lühikeseks ajaks normini) vajab haige pikendatud und. Haiguse kulu erinevusi arvestades rakendatakse selliseid ravimeid nagu dibasool, salsoliin, papaveriin, rauwolfia preparaadid. Kardiaalse vormi puhul soovitatakse kasutada nikotiinhapet.

II staadiumi faasis B (püsiv, stabiilne) on otstarbekohane rakendada aheldumisi polikliinilist, statsionaarset ja sanatoorset ravi. Kohustuslik on ravitoitlustamine, on vaja korraldada kohupiima-, riisi-, kaaliumidieedi päevi, piirates keedusoola tarvitamist. Loomsed rasvad tuleb asendada taimsetega, süstemaatiliselt tuleb määrata C-vitamiini, samuti peab

hoolitsema pikendatud une eest. Laialdaselt võib kasutada balneoteraapiat: männiokka-, merevee-, hapniku-, süsihappe- (kardiaalse vormi puhul), radoonivanne (tserebraalse vormi puhul, arsti järelevalve all). Tuleb mõelda töökorraldusele.

Medikamentoosset ravi tuleb rakendada süstemaatiliselt. Siia kuuluvad ravikuurid magneesiumsulfaadi 25%-lise lahusega; 5—20 ml, ravikuuriks 15—20 süstet lihasesisesi. Rauwolfia preparaate määratakse kombinatsioonis ganglioblokaatoritega (heksametoonium, pentamiin), peale selle antisümpatiini, redergaami. Soovitatakse samuti sanatoorset ravi maksimaalse viibimisega värskes õhus ja hapnikravi.

III staadiumi faas A (kompenseeritud, sklerootiline faas). Kardiaalse vormi puhul manustatakse veresooni laiendavaid vahendeid ja piiratakse soola ja kolesteriini sisaldavate toiduainete kasutamist. Rasvade-ainevahetuse häire puhul on vajalikud koormusevabad päevad, tuleb tarvitada metioniini ja joodipreparaate. Rakendatakse regionaarseid blokaade: oimu, paravertebraalsed, neeruümbruse, 5—6 blokaadi ravikuuriks, 3—5 päeva järel. Tserebraalsete kriiside puhul manustatakse veeni- ja lihasesisesi magneesiumsulfaati, dibasooli ning serpasiili.

III staadiumi faasis B (dekompenseeritud, sklerootiline faas) vaheldatakse statsionaarset ja polikliinilist ravi, haige on arsti pideva järelevalve all. Sanatooriumi-kuurordiravi on sel perioodil tavaliselt vastunäidustatud. Laialdaselt rakendatakse hapnikravi. Rakendatakse antikoagulante ja kaane, kusjuures kontrollitakse protrombiini nivood. Mõnikord on näidustatud lumbaalpunktsioonid. Vereringe puudulikkusega kulgeva kardiaalse vormi puhul on näidustatud strofantiini, korglükooni, tsediilamiidi ja askorbiinhappe+glükoosi süstimised veeni.

Südameastma hoogude puhul soovitatakse verelaskmist (400—600 ml) sellele järgneva glükoosi (koos strofantiini või korglükooniga) süstimisega. Paisnähtude esinemisel on otstarbekohane tarvitada 10%-list merkusaalilahust à 0,5—1 ml või teisi diureetilisi vahendeid. Stenokardiahoogude korral kasutatakse narkootikume koos atropiiniga, kardiasooliga, hingamise rütmihäirete puhul aga lobeliini, südame rütmihäirete korral hinidiini jt.

Ravivõimlemist rakendatakse rangelt individualiseeritult ja ainult haiguse esimeses ja teises staadiumis, arvestades haige eelneva treenitusega.

Tallinna Vabariiklik Haigla, Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haigla, Kohtla-Järve, Tartu Linna Kliiniline Haigla jt. on ära teinud suure töö südame- ja veresoonkonna haigustega haigete dispanseerimisel. Mõnedes linnades ja rajoonides aga on dispanseersele arvele võtmine korraldatud ebarahuldavalt. Näiteks on Pärnus reumahaigetest dispanseersele arvele võetud ainult 17,8%, Narvas — 18,7%. Tallinna Linna II Haiglas on koronaarhaigustega haigetest arvele võetud ainult 7,8%, Narvas — 5% haigetest.

Dispanseerimine aga pole mitte ainult registreerimine, vaid aktiivne tegevus. Kahjuks ei võeta paljudes ravi-profülaktikaasutustes pärast haigete arvelevõtmist enam midagi muud ette. Näiteks vabariigis dispanseersele järelevalvele võetud hüpertooniahaigetest vajab terapeutide arvates töökorralduse muutmist vähem kui 10%. 1959. a. arvelevõetud koronaarhaigusega haigetest vajab töökorralduse muutmist 142 inimest. Kas on võimalik, et ülejäänud töötavad nende tervisele sobivates töötingimustes? See äratab tõsist kahtlust.

Rääkides reuma profülaktikast peab rõhutama, et arvamus streptokoki juhtivast osast reuma tekkes püsib veel kuni käesoleva ajani (A. Nesterov, 1960. a. jt.). Reuma profülaktikas on suure tähtsusega eelkõige angiinide ravimine ja võitlus koldenakkustega. Mitte vähem kui

70% reumahaigetest esineb mingi äge või krooniline (kõige sagedamini tonsillaarne) streptokokkidest põhjustatud haigusprotsess.

A. Mjasnikov, kõneldes ülevenemaalisel terapeutide konverentsil võitlusest reuma ja südameriketega, rõhutas võitluse tähtsust koldenakkustega ja angiinidega. Tal on õigus, kui ta omistas suurt tähtsust ravile antibiootikumidega. Käesoleval ajal soovitatakse kevadel ja sügisel, eriti gripipuhangute ja ülemiste hingamisteede ägedate katarride hooajal süstida kõigile reumat põdenutele üks kord nädalas 1—2 kuu vältel dürantset penitsilliinilahust.

Palju võib ära teha ka koldenakkuse profülaktika alal. Eestis läbivaadatud noorukitel esineb suukoopa ja hambahaigusi, ninaneelu haigusi, kroonilist otiiti. Siin on suur tegevusväli pediaatritele, noorukite kabinettide arstidele, otorinolarüngoloogidele ja stomatoloogidele.

Tartu Vabariikliku Haigla kõrva-nina-kurguosakonna andmetel (E. Siirde, E. Laaman ja V. Särgava) kadusid reumatismi sümptoomid pärast tonsillektoomiat 22,9% haigetest ja vähenesid 49,2%-l. Üldse saavutati reuma puhul positiivseid ravitulemusi 72,1% haigetest. Seisund jäi muutumatuks 22% haigetest ja halvenes 5,9%-l.

Reuma profülaktikas on oluline karastamine ja tegelemine kehakultuuriga, mida tuleb senisest rohkem propageerida õppeasutustes jm. Oluline on õige töökorraldus ja puhkus.

Südame ja veresoonkonna haiguste profülaktikas on suur osa täita kardioreumatoloogia kabinettidel, mis peavad muutuma metoodilisteks keskusteks ja juhtima kogu sellesuunalist tööd.

Tallinna Vabariikliku Haigla kardioreumatoloogia kabinet (V. Garšnek, M. Kalev, I. Levina ja B. Liberman) viis läbi profülaktilisi antireumaatilisi ravikuure (salitsülaadid, bitsilliin, C-vitamiin) reumatismieelse seisundiga haigetele ja 60 reumaprotsessi aktiivsete kliiniliste nähtudeta haigele. Haigete vaatluse kaugtagajärjed näitasid, et reumatismi retsidiive esines ainult erandjuhtudel. Mainitud kabineti töökogemusi on vaja rakendada ka mujal.

Plaaniline retsidiividevastane ravi on profülaktiliste ja raviabinõude kompleksi üheks koostisosaks, mis kindlustab reumahaigete meditsiinilist teenindamist mitte ainult haiguse ägenemise, vaid ka remissiooni perioodil. Reuma retsidiivide ja raske progresseeruva kulu vältimisel on erilise tähtsusega järgmised tegurid: kõikide aktiivse protsessi ja vereringe puudulikkuse nähtudega reumahaigete kohustuslik hospitaliseerimine; püsiv ja kestev haiglaravi kõikide reumavastase ravi vahendite rakendamisega kuni reumokardiidi aktiivsete nähtude kadumiseni ja kompensatsiooniseisundi täieliku taastumiseni.

Seega on reuma profülaktika probleemiks, mis ühendab mitmete erialade arste.

Koronaarhaiguse, hüpertooniatõve ja ateroskleroosi vältimisel on palju ühist. Otsustav tähtsus on muidugi inimese eluviisil. Tehniline progress meie maal kergendab tunduvalt tööd; paljud inimese tervisele kahjulikud elukutsed hakkavad kaduma. Elukutse valimise võimalused isiklike kalduvuste järgi, rütmilise töögraafiku järgimine, plaanipärane tootmisülesannete täitmine — kõik see etendab suurt osa hüpertoonia, ateroskleroosi ja koronaarhaiguse profülaktikas.

Rea uurimustega on kaheldamatult kindlaks tehtud kehalise aktiivsuse, kehaliste harjutuste puudumise ja istuva eluviisi osatähtsus ateroskleroosi ja koronaarhaiguse tekkimisel ja levimisel. Kehaline aktiivsus soodustab vere hüübimise vähenemist veresoontes, tugevdab kollateraalset koronaarvereringet, suurendab pulsimahtu ja koronaarset vereringlust.

Vabariigi ajakirjanduses tõsteti täiesti õigesti üles küsimus sellest, et me õpetame rohkem seda, kuidas ravida, vähem aga, kuidas mitte haigeks jääda.

Tõsi, sanitaarharidustöö muutub sageli ravimise õpetamiseks. Seepärast on võitluses eespool mainitud haigustega eriline tähtsus arukalt korraldatud tervishoiu propagandal, elanikkonnale õige eluviisi õpetamisel. On vaja, et polikliinikute ja ambulatooriumide arstid selgitaksid haigetele süstemaatiliselt, missugust dieeti nad peavad pidama; et rinnaangiini haigele näiteks tekitab suitsetamine rohkem kahju kui ta saab kasu validooli tarvitamisest.

Meil ei ole küllalt efektiivseid preparaate ateroskleroosi, koronaarse puudulikkuse ja peaaju veresoonte haigustega haigete ravimiseks. Kuid rida ateroskleroosi arenemist pidurdavaid vahendeid (askorbiinhape, B_6- ja B_{12}-vitamiin, koliin, metioniin, letsitiin, neurotroopsed vahendid) annavad kahtlemata soodsaid tulemusi. Venoosse ja tserebraalse vereringe häirete puhul osutavad positiivset toimet mitmesugused spasmolüütilised vahendid, ksantiinirühma preparaadid (eufülliin, sentofülliin). Viimasel ajal kasutatakse koronaarse puudulikkuse puhul edukalt mitmeid uusi, veresooni laiendavaid preparaate (nitranool, klooratsisiin, gangleroon jt.), millel on pikemaajaline toime. Nende preparaatide kasutamine laiendab meie võimalusi võitluses südame- ja veresoonkonna haigustega.

Südame- ja veresoonkonna haiguste profülaktika ja võitlus nendega sõltub suurel määral terapeutide kvalifikatsioonist. On vajalik, et rajoonide arstid täiendaksid end suuremal määral kui seni Tallinna ja Tartu vabariiklikes haiglates ning täiendusinstituutides. Ka teaduslikud ühingud peaksid siin rohkem kaasa aitama.

Peab aga rõhutama, et arsti kvalifikatsioon sõltub tema tööst endaga. A. Mardna, N. Elštein, M. Noogen ja I. Kontor analüüsisid 1960. a. arstlikku diagnostikat Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonda saadetud haigetel. Selgus, et paljud eksimised tulenevad sellest, et mõned terapeudid ei tegele oma kvalifikatsiooni tõstmisega, ei loe järjekindlalt meditsiinilist perioodikat ega pea isegi vajalikuks tutvuda ajakirjaga «Nõukogude Eesti Tervishoid».

Peab märkima, et praktikasse ei ole küllaldaselt rakendatud biokeemilise uurimise meetodeid ja uut aparatuuri. On vaja, et raviarstid täiendaksid oma teadmisi biokeemiliste andmete hindamisel ja elektrokardiograafia alal. Tuleb hästi tunda perkuteerimist, auskulteerimist ja teisi vanu meetodeid, kuid tuleb minna ka ajaga kaasa — tutvuda uute meetoditega ja rakendada neid, ehk nagu formuleeris R. Lurja: «Mitte tagasi Hippokratese juurde, vaid edasi koos Hippokratesega.»

Südamehaiguste operatiivses ravis oleme maha jäänud. Väga vähe stenokardiahaigeid ravitakse operatiivsel teel. Südamerikete kirurgilist ravi meil veel ei teostata. Arvame, et nende meetodite juurutamisel võivad suurt aktiivsust osutada ka terapeudid.

Praktikas tuleb rakendada rohkem ravi antikoagulantidega ja hormoonidega. Sel puhul tuleb parandada ka raviasutuste laboratooriumide tööd.

Lõpuks peab märkima, et terapeudid ei ravi küllaldaselt haigeid kodus, mis selgub ka Tartu Linna Kliinilise Haigla arstide (S. Aru, I. Gross, Ü. Lepp, M. Miidla ja D. Pihelgas) tähelepanekutest.

Sellised on küsimused, millele on vajalik juhtida meie vabariigi terapeutide tähelepanu.

Eesti tervishoid on tõusuteel. Meil on kõik võimalused selleks, et vähendada elanikkonna haigestumist südame- ja veresoonkonna haigustesse ja invaliidsuse tekkimist selle tagajärjel. Usume, et meie vabariigi terapeudid rakendavad kogu oma jõu selle tähtsa riikliku ülesande lahendamiseks.

О НЕКОТОРЫХ ЗАДАЧАХ ПО БОРЬБЕ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕСПУБЛИКЕ

А. Гунтер

Резюме

Несмотря на большие успехи здравоохранения Эстонской ССР за годы Советской власти, патология органов кровообращения имеет в республике еще большое значение. В этом известную роль играет возрастная структура населения республики. Следует также иметь в виду, что улучшение диагностики болезней органов кровообращения приводит к кажущемуся их росту. Наблюдаются еще и недостатки в профилактике указанной патологии.

Нами приводятся методические указания по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы и, в частности, по диспансеризации больных. Важное значение придается кардиоревматологическим кабинетам, которые должны стать методическими центрами по борьбе с названными заболеваниями.

MÜOKARDI INFARKTIGA HAIGETE KLIINIKUST JA RAVIST

K. LUST

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Käesolevas töös on analüüsitud Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonnas viimase 10 a. jooksul müokardi infarktiga ravil viibinud isikute haigusjuhte.

Infarkti haigestumine on ajavahemikus 1950—1959 suurenenud, eriti tähelepandav on haigestumuse tõus viimase 4 aasta vältel. Võimalik, et see on tingitud diagnostika paranemisest, hospitaliseerimise sagenemisest ja samuti keskmise eluea pikenemisest.

Haigetest oli naisi 33%, mehi 67%. Haigestumine langes ülekaalukalt 50.—60. eluaastatesse (meestel keskmiselt 58 a., naistel 64 a.). Mehed haigestusid nooremas eas sagedamini kui naised. Aastates üle 60 oli meeste ja naiste haigestumine enam-vähem võrdne. Müokardi infarkti haigestunute üldarvust üsna suure protsendi moodustavad füüsilise töö tegijad (38%), nendele lisandub veel (üldarvust võetuna) 17% põllutöölisi, kes, arvestades nende erinevaid töötingimusi, on rühmitatud eraldi. Vaimse töö tegijaid oli infarkti haigestunute hulgas 12% (asutuste juhatajad, kolhooside esimehed raamatupidajad jt.). Et enamik vaimsel alal töötajatest hospitaliseeriti just infarkti tõttu ja et neid viibis üldse vähe ravil teiste haigustega, võib infarkti esinemist lugeda kõige sagedasemaks vaimse töö tegijate hulgas.

Meteoroloogilistele tingimustele juhivad tähelepanu mitmed autorid (I. Nikolajev, V. Markinov). Aastaaegade vahetumine, järsud temperatuurimuutused, intensiivne õhuliikumine põhjustavad nihkeid vegetatiivses närvisüsteemis. V. Markinovi andmeil langes Sofias 75—86% infarktijuhtudest vahelduva ilmastikuga perioodile. Ka meil on infarktijuhte esinenud rohkem aastaaegade vahetumisel ja külmal ajal: jaanuarikuus esines 14%, aprillikuus 17% ja oktoobrikuus 16% infarktidest. Seega langes 47% infarktidest mainitud kolmele kuule, ülejäänud kuudel oli haigestumine võrdselt 5—6%. Järelikult tuleks eespool mainitud ajal pöörata suuremat tähelepanu režiimile ja profülaktilistele abinõudele.

Tänapäeva seisukohtade järgi on infarkti tekkimise üheks peamiseks teguriks ateroskleroos, kusjuures rida kodu- ja välismaiseid autoreid rõhutab hüpertoonia tähtsust ateroskleroosi arengus (N. Anitškov, G. Lang, E. Tarejev, A. Mjasnikov jt.). Meie haigetest esines hüpertoonia-

tõbe 37%-l, ateroskleroosinähte 55%-l. 25 %-l esines anamneesis psüühilisi traumasid, nendest suurel osal vahetult enne infarkti tekkimist. Niisiis tuleks veel kord alla kriipsutada ateroskleroosi kui soodsat fooni infarkti tekkimisele, mainimist väärivad ka hüpertooniatõbi ja negatiivsed emotsioonid.

Üldtuntud on suitsetamise ja alkoholi kahjustav toime organismi elulistesse funktsioonidesse. E. Tarejevi andmeil suitsetas 56,7% infarktihaigetest. Meie haigeist oli suitsetajaid 47%, alkoholitarvitajaid 52%. Meie materjali põhjal ei näi kumbki tegur omavat infarkti tekkimisel otsustavat tähendust.

Preinfarktilise seisundi, s. t. infarktile eelneva prodromaalse sümptoomidekompleksi hindamiseks puudub seni objektiivne kriteerium. Pole ka päris selge, kas preinfarktiline staadium on ainult funktsionaalne kliiniline nähtus või toimuvad pärgarterites koos kalduvusega vere hüübimise tõusule ka anatoomilised muutused. Kliiniliselt avaldub preinfarktiline seisund kas esmakordsete stenokardiliste nähtudena, mis kiiresti tugevnevad, või muutuvad varasemad stenokardiahood tugevamaks, sagedasemaks, tekkides ka rahulikus olekus ja irradieerudes senisest suuremale alale. Nitroglütseriini toime pole enam täielik. Preinfarktiline staadium kestab 1 nädalast 2—3 nädalani või isegi kuid. Tüüpiliste anginoossete hoogude puudumisel võib esineda seletamatu nõrkus ja jõuetus. Et preinfarktilise seisundi diagnostika põhineb anamneesil ja jääb seetõttu subjektiivseks, on ka eri autoritel selle esinemise kohta erinevad andmed [diagnoositud 79%—88% infarktihaigetest (O. Glazova, M. Maurice, I. Monsey jt.)].

Meie haigetest 40% kannatas stenokardia all 1—10 a., neist 28%-l esines 1 nädal kuni 1 kuu kestnud selge preinfarktiline periood.

Võib arvata, et preinfarktilist seisundit esineb tunduvalt sagedamini, kuid seda ei osata tihti diagnoosida. Tegelikult peab infarkti ravi algama juba preinfarktilises seisundis (koos haigete hospitaliseerimise ja antikoagulantide rakendamisega).

Kroonilist (I ja II A astme) kardiovaskulaarset puudulikkust võis täheldada 63% analüüsitud infraktihaigetest. 11%-l esines haiglasse saabumisel äge kardiovaskulaarne puudulikkus. 26%-l oli vereringe täiesti kompenseeritud. Pulsi sageduses ja rütmis puudusid tavaliselt suuremad kõrvalekaldumised. Vererõhu muutused langesid ühte kirjanduses esinenud seisukohtadega (V. Vladimirov, V. Nedlin jt.), mille kohaselt vererõhk anginoosse hoo ajal ja infarkti 1. ööpäeval kas veidi tõuseb või ei muutu, alates 2. päevast langeb ja 10—20 päeva pärast hakkab jälle aeglaselt tõusma. Meil oli võimalik vererõhu muutusi täies ulatuses jälgida 100 haigest 30-l, kes hospitaliseeriti 1. haiguspäeval. Ilmnes, et 1. päeval vererõhk ei muutunud, 2.—5. päeval langes, saavutades miinimumi 2.—3. päeval. Hiljem hakkas vererõhk aeglaselt tõusma, jõudes haiglast lahkumisel algväärtuseni või jäi 20—30 mm võrra madalamaks, välja arvatud hüpertoonikud, kellel vererõhk jäi püsima enam-vähem normaalväärtusele. Dünaamikat verepildis oli samuti võimalik hinnata ainult esimesel haiguspäeval hospitaliseeritud 30 haigel. Leukotsütoos oli kõrgeim 1. ja 2. haiguspäeval, langes 4.—6. päevaks, millal SR jõudis omakorda maksimumini ja normaliseerus 10.—20. päeval. Temperatuur tõusis 2. haiguspäeval 37°—38°-ni ja normaliseerus 4.—6. päevaks. Elektrokardiograafiliselt diagnoositi sagedamini tagaseina infarkti (32%). E. Tarejev ja P. Lukomski leiavad sagedamini eesseina infarkti (41,9%). Valusündroom esines 96% meie haigetest. Valud lokaliseerusid kõige sagedamini südame piirkonda. Tagaseina infarkti puhul näisid valud lokaliseeruvat rohkem abaluude, kaela ja kõhu piirkonda, kuid valu iseloomu ja asukoha järgi ei saanud päris kindlalt infrakti lokalisatsiooni diferentseerida.

Ravi. Et infarkti ravi põhiprintsiibid (režiim, kardio- ja vasotoonikumid, vasodilataatorid, rahustid, narkootikumid) on üldiselt tuntud, siis peatume detailsemalt ainult antikoagulantide küsimusel. Rõhuv enamik autoreid (B. Kuševelevski, E. Tarejev, P. Lukomski, M. Vovsi, S. Vinogradov jt.) annab antikoagulantidele tromboemboolliliste protsesside ravis kõrge hinnangu. Üheks vere koagulatoorseid omadusi iseloomustavaks näitajaks on protrombiini indeks ehk nivoo, millest lähtudes toimub antikoagulantide doseerimine.

Infarkti ägedas faasis täheldab enamik autoreid hüpotrombineemiat esimese 48 tunni või 10—15 päeva vältel (A. Bõstrova, M. Vovsi jt.). Alaägedas faasis infarkti armistumisel 3. nädalal hakkab protrombiini nivoo uuesti tõusma. Preinfarktilises perioodis on protrombiini nivoo kõrge. Vereplasma fibrinogeeni dünaamika on aga vastupidine. Infarkti esimestel päevadel tõuseb fibrinogeen plasmas isegi 1,5%-ni, alaägedas perioodis langeb (enamasti 10.—20. päeval), samal ajal kui protrombiini nivoo hakkab tõusma. Mõlemad kõverad ristuvad seega 2. nädala lõpuks või 3. nädala alguses. Protrombiini normi väärtuseks on kirjanduse andmeil 83—103%, fibrinogeeni nivoo ülemiseks piiriks on 0,4%. Meie kontrollgrupis, mis koosnes 30 inimesest, oli plasma fibrinogeenisisaldus keskmiselt 0,24%, protrombiini indeks keskmiselt 104%. Osakonnas ravil olnud infraktihaigetel oli ägedas perioodis viie esimese päeva vältel protrombiini indeks kas normi piirides või veidi madalam, keskmiselt 99%. Kui antikoagulante ei rakendatud, siis tõusis protrombiini nivoo 2—3 nädala pärast keskmiselt 114%-ni, jäädes haiglast lahkumisel püsima keskmiselt 98%-le. Peab märkima, et raske stenokardiahoo puhul preinfarktilises seisundis tõusis protrombiini indeks veel suuremal määral, keskmiselt 115%-ni, ulatudes üksikjuhtudel 138%-ni. Fibrinogeenipeegli muutused plasmas olid märksa tagasihoidlikumad kui seda leiame kirjanduses. Esimese viie päeva vältel oli fibrinogeeni plasmas keskmiselt 0,37%. Protrombiini- ja fibrinogeenikõverate ristumine toimus 3.—4. nädalal, haiglast lahkumisel oli fibrinogeeni keskmiseks väärtuseks 0,29%. Kui fibrinogeenisisaldus plasmas püsis enam-vähem stabiilsena, siis protrombiini indeks näitas ühel ja samal isikul üsna suuri spontaanseid kõikumisi isegi lühikese aja vältel. Tõenäoliselt pole aga protrombiini ja plasma fibrinogeenisisaldus ainumääravad, vaid vere hüübimissüsteemi iseloomustamisel tuleb arvestada teisigi komponente, muuhulgas vere viskoossust. Viimase küsimuse kohta pole meil seni kättesaadavas kirjanduses õnnestunud leida mingeid andmeid.

Antikoagulante oleme ravimisel kasutanud 1956. a. alates. Peab rõhutama, et kindlat raviskeemi pole võimalik anda, sest haigete reageerimine antikoagulantidele on täiesti individuaalne. Ka langetatud protrombiininivoo säilitamine vajab individuaalseid doose. Ravi katkestamisel või lõpetamisel taastusid protrombiini algväärtused sageli väga kiiresti. Ravi vältel komplikatsioone ei esinenud, küll aga esines antikoagulante saanud haigetel ravi lõpul ja ka pärast haiglast lahkumist ebameeldivaid valuaistinguid südame piirkonnas, kontrollgrupil neid ei esinenud. Kirjanduses pole me selliseid tähelepanekuid leidnud.

Olgu lõpuks veel kord rõhutatud, et müokardi infarkti ravi tuleb alustada võimalikult vara ja läbi viia rangelt individualiseeritult. Tingimata tuleb preinfarktilises perioodis rakendada antikoagulante, suunates selleks haiged ravile statsionaari. Kirjanduses leiame rikkalikult andmeid antikoagulantide kohta infarkti ravis, preinfarktilise seisundi ravi kohta antikoagulantidega on aga ainult üksikuid viiteid. Et protrombiini nivoo on eriti kõrge just preinfarktilises perioodis, on see kindlaks indikatsiooniks antikoagulantide kohesele manustamisele.

KIRJANDUS

1. Труды XIV всесоюзного съезда терапевтов. М., 1958. — 2. Струкова А. И. Вопросы морфологии и патогенеза инфаркта. М., 1959. — 3. Аничков Н. Н., Мясников А. Л. Атеросклероз и инфаркт миокарда. М., 1959. — 4. Тумановский М. Н. Коронарная недостаточность. М., 1959. — 5. Тетельбаум А. Г. Клинические типы и формы стенокардии и начала инфаркта миокарда. М., 1960. — 6. Кушелевский Б. П. Очерки по антикоагулянтной терапии. М., 1958. — 7. Кушелевский Б. П., Ясакова О. И. Терапевт. архив, 1958, 3, 3—10. — 8. Фрадкина В. Е. Терапевт. архив, 1960, 4, 13—18. — 9. Шестаков С. В. Терапевт. архив, 1960, 4, 18—25. — 10. Панченко В. М. Терапевт. архив, 1960, 4, 36—38. — 11. Вовси М. С. Клинич. медицина, 1956, 3. 4—17. — 12. Теодори М. И. Клинич. медицина, 1956, 9, 23—30. — 13. Маляровский В. Н. Терапевт. архив, 1960, 3, 73—75. — 14. Мотовилова Л. П. Терапевт. архив, 1960, 4, 8—12. — 15. Левина Н. Э. Терапевт. архив, 1959, 2, 69—77. — 16. Friese, G. Mediz. ref. žurnal, 1960. 3, 1454. — 17. Nikolajev, I. A., Marinov, V. K. Mediz. ref: žurnal, 1960, 3, 1463. — 18. Fuller, J. A. Ref.: Deutsche medizinische Wochenschrift, 1960, 2, 88.

О КЛИНИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

К. Луст

Резюме

Данные терапевтического отделения Тартуской республиканской больницы за 1950—1959 г. г. показывают, что инфаркт миокарда наблюдается у мужчин в среднем на 58 году жизни, у женщин — в 64 года. Мужчины заболевают в два раза чаще женщин, особенно в более молодом возрасте, между тем как после 60 лет частота заболевания мужчин и женщин почти одинакова. Из заболевающих на первом месте по профессиям работники умственного труда, затем — разнорабочие физического труда (слесари, каменщики и др.), меньше оказалось сельскохозяйственных рабочих.

Обнаруживается определенная связь с метеорологическими условиями — в значительной мере инфаркт миокарда отмечается в январе, апреле и октябре.

Основными факторами, вызвавшими инфаркт, следует считать атеросклероз и гипертоническую болезнь; большую роль имеют и психические травмы. Курение и употребление алкоголя, по нашим данным, особого значения не имели.

В период от одной недели до 6 месяцев у 28% больных инфаркту миокарда предшествовало преинфарктное состояние с частыми и сильными болевыми приступами. У 40% в течение 1—10 лет предшествовала стенокардия.

В первый день болезни кровянос давление существенно не изменялось, в течение 2—5 дней оно падало, достигая самого низкого уровня на 2—3 день. Ко времени выписки из больницы кровяное давление восстанавливалось до начального уровня или оставалось примерно на 20—30 мм ниже, за исключением больных гипертонией, у которых снижение кровяного давления удерживалось.

В первый день болезни температура у больных была нормальная, на второй день она повышалась в среднем до 37—38°. Обычно температура нормализовалась на 4—6 день.

В 1—2 день болезни лейкоцитоз был наивысшим, РОЭ достигала максимума на 4—6 день, когда количество лейкоцитов в большинстве случаев уже снижалось до нормы.

Электрокардиографически чаще диагностировался инфаркт задней стенки. Клинически же не было возможности по месту и характеру болей дифференцировать локализацию инфаркта (в передней или задней стенке).

Индекс протромбина является наивысшим в период преинфаркта. В первые дни инфаркта мы наблюдали низкие показатели протромбина, которые, начиная с 4—5 дня, вновь имели тенденцию к повышению.

Лечение антикоагулянтами необходимо проводить строго индивидуально — начать с больших доз и постепенно по истечении времени их снижать. Целесообразно применять антикоагулянты не только по поводу инфаркта миокарда, но и в период преинфарктного состояния. Все больные в преинфарктном состоянии подлежат госпитализации.

PULSI PUUDUMISE TÕVE JUHT

(Takayashu sündroom)

Arstiteaduse kandidaat *I. MARIPUU* ja *B. SCHAMARDIN*

(Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Seoses vereringeelundite haiguste sagenemisega viimaste aastakümnete jooksul on vaja tähelepanu pöörata ka harva esinevatele veresoonkonna haigustele. Üheks selliseks on nn. pulsi puudumise tõbi, mille juhtsümptoomiks on pulsi puudumine *a. radialis*'el. Haiguse esimese põhjalikuma kirjelduse andis 1908. a .jaapani oftalmoloog M. Takayashu, kuigi sündroomi juhtsümptoomi kirjeldas juba 1839. a. Davis veresoonte süfiliitilise kahjustusega haigel.

Kirjanduses on seni teada vaid veidi üle saja sellise haiguse juhu, kusjuures kaks kolmandikku neist on kirjeldatud Jaapanis. Viimasel ajal üha sagenenud haigusjuhtude kirjeldused ka teiste maade kirjanduses näitavad aga, et haiguse levik on üldine (R. S. Ross ning V. A. Kusick, 1953; P. Ollendorf, 1957; I. Wickbom, 1957; H. D. Krannig ning H. Knüppel, 1958; M. H. Lessof ning L. E. Glynn, 1959; P. C. Stoyanoff, 1959 jt.).

Kodumaises kirjanduses kirjeldas pulsi puudumise tõbe esmakordselt N. Antelava 1955. a. «aordikaare sündroomi» nimetuse all.

Põhiliseks patogeneetiliseks lüliks haiguse arengus on aordikaarest väljuvate suurte arterite (*a. anonyma, a. carotis, a. subclavia*) krooniline oblitereeruv protsess (arteriit, arterioos), mis põhjustab ülajäsemete, samuti aga ka peaaju verevarustuse häireid. Viimased võivad avalduda silma- ja ajunähtudena. Loomulikult võib aga esineda ka rida mittetäielikke sündroome, näiteks ainult *a. radialis*'e pulsi puudumine ning vererõhu langus ilma oluliste silma- ja ajunähtudeta. Aju kui elutähtsa elundi verevarustuse teatud kompensatsiooni võib neil juhtudel seletada kollateraalse vereringe arenguga.

Suurte arterite oblitereeruva protsessi etioloogia ei ole selge. On kirjeldatud juhte, kus haiguse põhjuseks on süüfilise (N. Antelava, F. van Buchem jt.), arterioskleroos (M. H. Lessof ning L. E. Glynn), kollagenoosid (E. Ask-Upmark, H. T. Chang kaasautoritega), rindkere traumad jne.

Haigestuvad mõnevõrra sagedamini naised. Tekivad nõrkus, töötamisel valud kätes, pulss radiaalarteril kaob. Arteriaalne vererõhk kahjustatud arterite verevarustuse piirkondades langeb või ei ole üldse mõõdetav, teiste arterite verevarustuse piirkondades aga võib olla kõrgenenud. Auskultatsioonil kuuldub vaskulaarseid kahinaid rangluu ja *m. sternocleidomastoideus*'e vahelises nurgas, mida seletatakse kollateraalse vereringe arenguga. Protsessi levik aordikaarelt *aorta ascendens*'ile võib põhjustada pärgarterite talitluse puudulikkuse nähte.

Aju verevarustuse häirete tulemusena võivad tekkida peavalud, peapööritus, vahel krambid või hemipleegiad. Võib esineda nägemishäireid, isegi täielik pimedus.

Erütrotsüütide settereaktsioon on sageli kiirenenud, muid iseloomulikke hematoloogilisi muutusi ei täheldata.

Mõnedel haigetel võib haigusprotsess haarata ka alajäsemete artereid.

Haiguse kulg on alaäge või krooniline, kestusega ½ kuni 15 aastat, ning viib ajuisheemia nähtudeni ja progressseeruva marasmini, harva südame või neerude puudulikkuseni. Ehkki vahel täheldatakse ajutist arteri rekanalisatsiooni ja pulsi ilmumist, on prognoos üldiselt ebasoodne ning medikamentoosne teraapia on väheefektiivne. Viimasel ajal soovitatakse raviks AKTH-d ning kortisooni.

Alljärgnevalt esitame kliinilisi tähelepanekuid pulsi puudumise tõvega haigel, kes viibis korduval statsionaarsel uurimisel Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektoris Tallinna Vabariikliku Haigla baasil.

41-aastane mees O. S., elukutselt elektrik, viibis esmakordsel statsionaarsel uurimisel 10. XI — 4. XII 1959. a. (haiguslugu nr. 16160). Kaebused tunduva kõhnumise ja nõrkustunde, käte kiire väsimise üle tööl, pulsi puudumise, kõrgenenud erutatavuse ja impotentsuse üle.

Kuigi haige juba 1944. a. märkas perioodiliselt tunduvat pulsi nõrgenemist paremal käel, tekkisid kaebused nõrkuse, erutatavuse ja impotentsuse üle alles 1958. a., mil pulss kadus ka vasemal käel. Samal ajal tekkinud ka valud ülakõhu piirkonnas.

15-aastaselt olevat põdenud kaela lümfisõlmede tuberkuloosi. Võttis osa sõjast 1941.—1942. a., sai põrutada. On põdenud raskekujulist tähnilist tüüfust ja kõhutüüfust. On palju suitsetanud.

Objektiivne leid. Toitumus tunduvalt langenud (pikkus 170 cm, kaal 56 kg.). Kaela piirkonnas vasemal nahaarm, samas palpeeritavad suurenenud tiheda konsistentsiga lümfinäärmed. Rindkere asteeniline. Füüsikaliselt sedastatavad kopsuemfüseemi nähud. Südame piirid perkutoorselt normis, toonid puhtad.

Pulss mõlema käe õlavarre- ja radiaalarteril pole palpeeritav, oimuartereil aga rahuldava täitumusega ning rütmiline, 50 lööki minutis. Vererõhk õlavarrel pole auskultatoorselt mõõdetav, paremal oimuarteril on see 75—80 mm Hg ning vasemal oimuarteril 70 mm Hg. *A. tibialis anterior*'i pulss mõlemapoolselt nõrgalt palpeeritav.

Keskmise hemodünaamilise vererõhu, eriti aga ostsillatoorse indeksi näitajad õlavarrearteril on tunduvalt langenud, reiearteril on langus väiksem.

	Keskmine hemodünaamiline vererõhk (mm Hg)	Ostsillatoorne indeks (mm piiritust)
Parem õlaarter	60	7
Vasak õlaarter	65	8
Parem reiearter	70	15
Vasak reiearter	70	10

Sõrmearterite vererõhk, mõõdetuna Gärtneri meetodil, on tunduvalt langenud. moodustades parema käe I—IV sõrmel keskmiselt 47 mm Hg ning vasemal käel 60 mm Hg. Samuti on langenud Kries-Recklinghauseni meetodil mõõdetud kapillaarvererõhk. Kapillaroskoopial (mõlema IV sõrme küünevallil) — hägune foon, kapillaarlingude arteriaalne säär ahenenud.

Vereringe kiirus (10%-lise kaltsiumkloriidi intravenoosse manustamise järel kuumustunde tekkeni) suus — 18 sek., kubemepiirkonnas — 28 sek., vasemas käes — 31 sek. (pikenenud).

Seedeelundid: keel katuga, maksa serv palpeeritav 1—2 cm allpool roidekaart, kergelt valulik; vaba soolhape maomahlas 0—10—15 kliinilist ühikut; duodenaalmahl iseärasusteta.

Röntgenoloogiline uuring: kergekujuline difuusne pneumoskleroos; mao limaskesta voldid paksenenud; *sella turcica* — iseärasusteta.

EKG: ventrikulaarsed ekstrasüstolid, mis sagenevad pärast füüsilist koormust; müokardi verevarustuse häired, mis samuti süvenevad pärast koormuskatsu.

Neuroloogiline uuring: kõõlusrefleksid sümmeetrilised, vähe nõrgenenud; sõrmeotstel hüperalgeesia; silmapõhjas pupilli piirid selged, veenid normis, arterid veidi ahenenud, parema silma leukoom (*Leucoma adhaerens*), kraniaalnärvid normis.

LOR — uuring: *laryngitis sicca.*

Veri: Hb — 81%, Leukots. — 4000, SR — 7 mm/t; valem — B/1, E/4, K/5, S 44. L/36, M/10; trombotsüüte 210 000; veresuhkur 79 mg%; kolesteriin 230 mg%, jääklämmastik 25,2 mg%; bilirubiin (Bokaltšuki järgi) 2,4 mg%; protrombiin 107% (20 sek.).

Uriin: patoloogilise leiuta; diastaas uriinis 64 ü.

Diagnoos: *Morbus Takayashu*; kaasuvad haigused: *Pneumosclerosis gr. levis; Gastritis chr.; Pharyngitis sicca; Leucoma adhaerens oculi dextri.*

Raviks sai metüültestosterooni, novokaiini intravenoosselt, kofeiini, glükoosi ning C-vitamiini.

Kolmenädalase ravi järel patsiendi seisund subjektiivselt mõnevõrra paranes, kehakaal tõusis 3 kg võrra, kuid vereringe seisund jäi oluliste objektiivsete muutusteta.

Patsient viibis teistkordsel statsionaarsel uurimisel ja ravil 8. II—26. II 1960. a. (haiguslugu nr. 2037) ja kolmandat korda 9. V—16. V 1960. a. (haiguslugu nr. 6732).

Esitatud pulsi puudumise tõve juht sarnaneb üldiselt varem kirjeldatud haigusjuhtudega. Antud haigel etendab pulsi puudumise mehhanismis esmajärgulist osa tõenäoliselt verevoolu takistus obliteratsiooni näol aordist väljuvates suurtes arterites, mis varustavad ülajäsemeid (*a. anonyma, a. subclavia*). Sellega on seletatav ka arteriaalse vererõhu ja kapillaarvererõhu langus, kuna vastavalt hemodünaamika seaduspärasustele langeb vererõhk ahenenud valendikuga arterilõigust distaalsemal (W. Hess, V. Valdman). Veenirõhk seevastu näitab tõusutendentsi, mida aga on raske seostada arteriaalse hemodünaamika teguritega. Tõenäoliselt on antud juhul venoosse vererõhu tõusu põhjuseks südamekahjustus, mille poolt räägib ka maksa suurenemine ning kerged pneumosklerootilised muutused võimaliku venoosse hüpereemia tagajärjel.

Haiguse etioloogia jääb antud juhul ebaselgeks. Arvesse tulevad eeskätt neurodüstroofilised muutused veresoonte seintes seoses üheaegselt põetud alimentaarse düstroofiaga ja nakkushaigustega.

KIRJANDUS

1. Антелава Н. В. Вести. хирургии, 1955, 11, 122—126. — 2. Ask-Upmark, E. Acta med. Scand., 1954, v. 149, 3, 161—178. — 3. Buchem, F. S. van, Presse med., 1956, v. 64, 15, 350—352. — 4. Chang, H. T., Chang, A. a. Ch'iu, F. H. Chinese Medical Journal, 1955, 73, 2, 163—170. — 5. Hess, W. R. Ergebn. inneren Med. u. Kinderheilkunde, 1923, Bd. 23, 1—65. — 6. Krannig, H. D. u. Knüppel, H. Z. ärztl. Fortbild., 1958, 23, 933—938. — 7. Lessof, M. H. a. Glunn, L. E. Lancet, 1959, 7077, 799—801. — 8. Ollendorff, P. Nord. med., 1957, 58, 45, 1739—1741. Ref.: Рефер. журнал биологии, 1958, 18, ref. nr. 84212. — 9. Ross, R. S. a. Kusick, V. A. A. M. A. Arch. of. intern. med., 1953, v. 92, 5, p. 701—740. — 10. Stoyanoff, P. C. Acta Med. Scand., 1959, v. 163, fasc. 2, 167—168. — 11. Takayashu, M. Acta Soc. Ophthal. Jap., 1908, 12, 554. — 12. Вальдман В. А. Терапевт. архив, 1928, т. 6, вып. 3, 229—236. — 13. Wickbom, I. Acta radiolog., 1957, 5, 321—329.

СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ОТСУТСТВИЯ ПУЛЬСА

(Синдром Такаяси)

И. Марипуу и Б. Шамардин

Резюме

Болезнь отсутствия пульса описана впервые в 1908 году Такаяси и относится к числу редко встречающихся заболеваний.

В Таллинской республиканской больнице находился на стационарном обследовании и лечении 41-летний мужчина, у которого ведущим симптомом болезни было полное отсутствие пульса на лучевых артериях. Кровяное давление на плечевых артериях не было измеряемо, а осцилляции были минимальные. Отмечалось снижение пальцевого кровяного давления (по Гертнеру) и капиллярного давления.

Общее состояние больного характеризовалось выраженной астенией. В патогенезе синдрома имеет, вероятно, ведущее значение сужение просвета больших артерий, исходящих из аорты (*a. anonyma, a. subclavia*).

FLUOROGRAAFIA JAAMADE SPETSIALISTIDE VASTASTIKUSE KONTROLLI MEETODIST

J. BUTORIN

Fluorograafial kui kopsutuberkuloosi varajaste vormide diagnoosimismeetodil on tähtis koht meie maa tuberkuloositõrje süsteemis. Muidugi, nagu iga teinegi meetod, ei ole see vaba puudustest, sest saadud näitajad sõltuvad nii pildistamise tehnilistest tingimustest kui ka arsti kvalifikatsioonist fluorogrammide interpreteerimisel. Kodumaises kirjanduses peaaegu ei leidu töid, kus esitataks fluorogrammide interpreteerimise subjektiivseid vigu ja antaks nõu nende vältimiseks.

Rea aastate jooksul teostasime kahekaadrilist fluorograafilist uurimist, millele eelnes üldine röntgenoloogiline läbivaatus. Seejuures osutus aktiivse kopsutuberkuloosiga haigete protsent kõrgemaks, kui see esineb kirjanduses (G. Musina, G. Firsov). Profülaktilisel uurimisel 1956. aastal diagnoositi aktiivset patoloogiat 0,4% juhtudest, 1957. aastal oli ühekaadrilise meetodiga diagnoositud haigete protsent 0,53, kahekaadrilisega — 0,63, 1958. aastal vastavalt 0,44 ja 0,56. Aktiivset kopsutuberkuloosi põdejate tõhusam avastamine on ühest küljest seletatav meie poolt kasutatava kahekaadrilise pildistamise metoodikaga, teisest küljest fluorogrammide vaatlemisega kahe arsti poolt üheaegselt või vastastikuse kontrollimisega, mida tegime interpreteerimisel esinevate subjektiivsete vigade tundmaõppimise eesmärgil.

Meie poolt rakendatav vastastikuse kontrollimise metoodika on väga lihtne. See seisneb selles, et fluorogramme vaatavad läbi kaks arsti, kes interpreteerisid ülesvõtteid ja protokollisid neid eraldi ja alles pärast lõppotsuse tegemist fluorogrammide kohta võrdlevad oma andmeid. Seejärel vaatlevad mõlemad arstid kontrolluurimisele määratud ülesvõtteid ühiselt ekraanil või tehakse kontrollülesvõtted suurusega 30×40 sm.

Üldse vaatasime vastastikuse kontrolli meetodi abil läbi 3500 kahekaadrilist fluorogrammi. Seejuures avastati patoloogilisi muutusi 32 fluorogrammil, s. t. positiivseid leide 0,91%. Ainult 17 juhul (53,1%) langesid arstide arvamused uuritavate ülesvõtete suhtes ühte, kuna samal ajal 15 juhul (46,9%) selgitati patoloogia välja täiendavalt vastastikuse kontrolli abil. Seega tõstab vastastikuse kontrolli meetod kahekaadrilise fluorograafia puhul patoloogiliste muutuste esinemisprotsendi fluorogrammidel peaaegu kahekordseks. Arvamuste kokkulangemise üldine arv kahekordse läbivaatuse puhul on meie andmetel mõnevõrra kõrgem kui H. Nielsonil (42,7%).

Arsti väsimisel tõuseb vigade arv. Seejuures väheneb patoloogiliste sümptoomide kriitiline hindamine fluorogrammidel ja arst märkab neid loomulikult vähem. Kui pärast 100 ülesvõtte läbivaatamist teha töös 10—15-minutiline vaheaeg, siis väheneb subjektiivsete vigade arv tunduvalt.

Teatavat huvi pakub fluorograafilise uurimise hüperdiagnostilist laadi vigade analüüsimine. Erilisest asetsusest põhjustatud normaalse kopsujoonise puhul ei ületa hüperdiagnostika meie andmetel keskmiselt 20%. Pealegi kõrvaldati need vead täiendavate uurimistega. Subjektiivsed vead ülesvõtete interpreteerimisel on olulisemad. Fluorogrammide ühekordse läbivaatuse puhul jääb 46,9% ülesvõtetel fikseeritud patoloogilistest protsessidest tähele panemata.

Vastastikune kontroll õigustab end täiesti, distsiplineerib arste ja tõstab nende vastutust inimeste massilisel profülaktilisel uurimisel. Seda meetodit võib ilma lisakulutusteta rakendada röntgenoloogide koostöö teel kõigis fluorograafia jaamades.

KIRJANDUS

1. Мусина Г. Ш. Пробл. туберкулеза, 1959, 1, 3—7. — 2. Фирсов Г. И. Вестн. рентгенол. и радиол., 1959, 5, 82—83. — 3. Нильсен. Реферат в «Совр. пробл. туб.» 1959, 1, 29—30.

О МЕТОДЕ ВЗАИМНОГО КОНТРОЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИХ СТАНЦИЙ

Е. Буторин

Резюме

В целях улучшения работы по интерпретации флюорограмм, повышения ответственности врача и более квалифицированного заключения необходимо применять двойной просмотр флюорограмм. Такой метод позволит избежать большого количества возможных ошибок.

Для уменьшения субъективных ошибок, число которых увеличивается при утомлении во время чтения флюорограмм, рекомендуется периодически делать перерывы в работе. Толкованием флюорограмм, по нашему мнению, должны заниматься только те врачи, которые имеют специальную подготовку по флюорографии.

ANTIKOAGULANTIDEGA EDUKALT RAVITUD KOPSUARTERI POSTOPERATIIVNE TROMB-EMBOOLIA JUHT

Arstiteaduse kandidaat *N. HAUG*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Seoses profülaktiliste abinõude kasutusele võtmisega on viimastel aastatel postoperatiivse tromb-emboolia esinemissagedus tunduvalt vähenenud. Käesolevas artiklis kirjeldatakse kopsuarteri tromb-emboolia juhtu; tromb-emboolia tekkis haigel pärast kopsuresektsiooni, vaatamata normaalsele protrombiinisisaldusele veres enne operatsiooni.

Naishaige H. Õ., 26 a. vana, viibis ravil Tallinna Tuberkuloosihaigla I kirurgia osakonnas alates 5. X 1959. a. (haiguslugu nr. 10350). Diagnoos: *tuberculosis fibrocavernosa pulmonum* B $\frac{1C\ 2}{1}$ BK (+). Haige üldseisund ja toitumus rahuldavad, kehaehitus korrapärane. Südame ja veresoonkonna kliinilisel uurimisel patoloogilisi muutusi ei esinenud. Röntgenoloogiline leid: parema kopsu ülaväljas, rohkem lateraalselt ja tagapool paiknev tihedate seintega kavern läbimõõduga 2,0 sm. Rögas BK(+). Kliinilised vereanalüüsid oluliste kõrvalekaldumisteta. Protrombiini indeks 88%. 24. III 1960. a. tehti haigel paikse tuimestuse all kopsuresektsioon, kus eemaldati parema kopsu ülasagarast 1. ja 2. segment. Operatsiooni ajal kanti üle haigele parema labajala dorsaalsel pinnal teostatud *venae sectio* abil tilkinfusioonina 250 g verd ja 500 ml 5%-list glükoosilahust. 10 päeva möödumisel operatsioonist oli haige üldseisund hea, haav paranenud esmaspingsalt. 14. IV 1960. a. tundis haige trepist üles minnes järsku tugevat õhupuudust ja nõrkust. Ta kanti palatisse väga raskes seisundis. Nahk oli kaetud külma higiga, esines tugev tsüanoos ja hirmutunne, patsient ei suutnud vastata küsimustele. Pulss nõrga täitumusega, 158×1 min., RR—90/56 mm Hg. Haigele anti hingata hapnikku, süstiti südamevahendeid, morfiini ja veenisisesi 10 ml 0,25%-list novokaiinilahust. Kuna oli tõenäoline, et tegemist on kopsuarteri tromb-embooliaga, alustati pärast esialgsete abinõude kasutusele võtmist aktiivset ravi antikoagulantidega. Iga päev manustati haigele hepariini veenisisesi 10 ml (50000 TÜ) koos 250 ml 5%-lise glükoosilahusega tilkinfusioonina; peale selle süstiti iga 4 tunni järel 1,0 ml (5000 TÜ) hepariini lihasesisesi. Dikumariini anti suu kaudu 0,05 g kolm korda päevas. Haige hingas pidevalt hapnikku. Veenisisesi süstiti esimestel päevadel kaks kuni kolm korda päevas 10 ml 0,25%-list novokaiinila-

hust. Peale eespool nimetatud ravimite manustati haigele vastavalt vajadusele veel südamevahendeid (kordiamiin, kofeiin) ja promedooli. Vaatamata äärmiselt raskele üldseisundile oli haige pidevalt teadvuse juures. Teisel päeval sedastati perkutoorselt paremal pool rindkere alumises osas tumestust, hingamiskahin oli selles piirkonnas vaevalt kuuldav. Röntgenogrammil (ülesvõte tehtud voodis haige lamades) esines paremal pool 7.—9. roide piirkonnas enam-vähem kolmnurgakujuline, tipuga hiiluse suunas paiknev homogeenne varjustus. Kolmandal päeval haige üldseisund veidi paranes. Hapnikku anti hingata nüüd 20—30 minutit tunnis. Protrombiini indeks, mis 14. IV 1960. a. (enne antikoagulantide manustamist) oli 84%, langes pidevalt: 15. IV oli protrombiini indeks 60%, 16. IV — 30%. Järgnevatel päevadel vähendati veenisisesi manustatava hepariini hulka kuni 3,0 ml-ni. Lihasesisesi süstiti hepariini edaspidi iga 6 tunni järel 1,0 ml. Haige täheldas pärast hepariini lihasesisest süstimist keha sügelemist ja korduvaid kuumusehooge, mille vältel hingamine muutus raskemaks. Nimetatud nähud esinesid tunduvalt nõrgemini pärast seda,, kui haigele hakati manustama dimedrooli 0,05 g kaks korda ööpäevas. 19. IV 1960. a. tekkis haigel vähene veriköha. Veri väljus enamasti tumedate hüüvetena, vähemal määral helepunaste värskete hüüvetena. Sügavamal hingamisel esinesid haigel teravad pisted paremal pool rindkere alumises osas. Samas piirkonnas oli auskulteerimisel kuulda krepiteerivaid räginaid. Temperatuur — subfebriilne, ebareeglipärane. Protrombiini indeks oli 42%. Uriinis esines massiliselt erütrotsüüte. Vähene veriköha kestis kuni 22. IV 1960. a. ja, vaatamata hepariini ja dikumariini pidevale manustamisele, lakkas siis iseenesest. Haige seisund paranes pärast veriköha algust märgatavalt. Pikkamööda vähenes tsüanoos, haige suutis juba süüa ilma vahepeal hapnikku hingamata. 23. IV 1960. a. lõpetati antikoagulantide manustamine. Võimaliku pneumoonia vältimiseks süstiti haigele 19.—25. IV 1960. a. profülaktiliselt penitsilliini 200 000 TÜ ööpäevas. 3. V 1960. a. lubati haigel istuda ja 9. V 1960. a. kõndida.

Kogu ravi vältel sai haige hepariini üldse 90 ml (450 000 TÜ), sellest veenisisesi 48 ml (240 000 TÜ), lihasesisesi 42 ml (210 000 TÜ). Dikumariini anti kogu ravi vältel kokku 1,35 g.

Nagu eespooltoodust nähtub, tekkis käesoleval juhul kopsuarteri tromb-emboolia kolm nädalat pärast operatsiooni, kusjuures protrombiini indeks nii enne operatsiooni kui ka kopsuarteri tromboosi tekkimise päeval oli normaalne. Kuna haigel enne operatsiooni ei esinenud patoloogilisi muutusi südames ega veresoonkonnas, siis võib arvata, et tromb tekkis parema labajala piirkonna veenides, kus operatsiooni ajal tehti vereülekanne *venae sectio* abil. Kopsuarteri ummistus tekkis haige ülesminekul trepist — tõenäoliselt põhjustas alajäsemete lihaste tugevam pingutus trombi vabanemise selle tekkekohalt ja kandumise koos verevooluga südame paremasse poolde ning sealt edasi kopsuarterisse. Arvestades kliinilist pilti, objektiivse uurimise andmeid ja röntgenoloogilist leidu võib järeldada, et tromb topistas parema kopsuarteri ühe peaharusid, tõenäoliselt alumise sagara arteri, kus kopsuarteri trombid esinevad kõige sagedamini [B. Kušelevski ja F. Rosenbladt (1)]. Kliiniline pilt kopsuarteri suurte harude topistuse korral on sarnane parema südame akuutse insufitsientsi pildiga, mille puhul juhtivaks sümptoomiks on intensiivne tsüanoos, õhupuudus, hirmutunne, pulsi kiirenemine. Uebermuth (2) nimetab sellist emboolialiiki refleks-embooliaks, kuna neil juhtudel võib kiiresti järgneda surm vagosümpaatiliste reflekside tõttu tekkiva kopsuarteri ja südame pärgarteri spasmi tagajärjel. Seetõttu on äärmiselt oluline kohene õige diagnoos ja vastav ravi, et organism saaks eelkõige üle reflektoorsest neurovaskulaarsest häirest ja šokitaolisest seisundist. Seejärel tuleb püüda trombi likvideerida aktiivse raviga antikoagulantide abil.

Neurovaskulaarsete häirete kupeerimisel andis kirjeldatud juhul efekti 0,25%-lise novokaiinilahuse korduv veenisisene manustamine. Pärast novokaiini süstimist kergenes haigel hingamine, pulsi täitumus paranes, ka üldine enesetunne paranes lühemaks ajaks. Niisiis avaldab novokaiini veenisisene süstimine esimestel päevadel (paralleelselt pidevalt hapniku hingamisega ja opiaatide manustamisega) soodsat, rasket šokiseisundit likvideerivat toimet.

Nagu eespool kirjeldatud juht näitab, on kopsuarteri peaharude tromb-emboolia puhul vajalik rakendada intensiivset ravi antikoagulantidega. Alles pärast viiepäevast hepariini manustamist suurtes annustes veeni- ja lihasesisesi, koos dikumariini andmisega suu kaudu, õnnestus saavutada märgatav pööre paranemise suunas. Hepariini manustamine veenisisesi tilkinfusioonina koos 5%-lise glükoosilahusega ei kutsunud esile mingisuguseid kõrvalnähte. Seevastu põhjustas korduv lihasesisene süstimine allergilist laadi nähte (kuumusehood, keha tugev sügelemine), mis kestsid umbes 30—50 minuti jooksul pärast süstimist, samal ajal muutus haigel hingamine mõnevõrra raskemaks. Seetõttu on hepariini veenisisene manustamine raskes hüpoksilises seisundis haigele isegi talutavam kui süstimine lihasesisesi. Ühtlasi võimaldab see kiiremini langetada protrombiinipeeglit veres. Protrombiini indeksi langus alla 50% ei peaks olema sellistel eluohtlikel seisunditel vastunäidustuseks ravi jätkamisele antikoagulantidega, sest ainuke võimalus neid haigeid päästa on trombi kiire likvideerimine. Peale protrombiini indeksi dünaamika jälgimise on väga oluline haige pidev kliiniline vaatlemine ravi vältel. See võimaldab haige ravimisele läheneda individuaalselt, mis omakorda lubab paremini kasutada võimalusi, mida pakuvad käesoleval ajal antikoagulandid.

KIRJANDUS

1. Кушелевский Б. П. и Розенблат Ф. Я. Клинич. медицина, 1952, 1, 35—42. — 2. Uebermuth, H. Die Chirurgie der Lungen, Berlin, 1960, 50—52.

СЛУЧАЙ ПОСТОПЕРАТИВНОЙ ТРОМБЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, УСПЕШНО ЛЕЧЕННОЙ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

Н. Хауг

Резюме

Больная, 26 лет, подверглась резекции легкого с удалением 1-го и 2-го сегментов верхней доли правого легкого по поводу фиброкавернозного туберкулеза легких. По прошествии 10 дней общее состояние ее было хорошее, рана зажила первичным натяжением. Тромбоз легочной артерии возник на 21-й день после операции, когда больная поднималась по лестнице.

При составлении плана лечения имелось в виду:

1) купировать вдыханием кислорода сильно выраженные явления гипоксемии; 2) для ликвидации рефлекторных нейро-васкулярных изменений назначить, кроме препаратов опиума, еще и внутривенное введение ¼% раствора новокаина по 10,0 мл; 3) достигнуть расширения сосудов и усиления сердечной деятельности назначением кофеина и кордиамина с целью прохождения тромба более к периферии; 4) применять антикоагулянты (гепарин, дикумарин); 5) назначить пенициллин в малых дозах для предупреждения пневмонии.

В течение 10 дней больная получила гепарина всего 90 мл (450 000 ед), из них 48 мл (240 000 ед) внутривенно капельным методом и 42 мл (210 000 ед) внутримышечно. Дикумарин она получила за время лечения всего 1,35 г.

На третий день лечения индекс протромбина упал до 30%, ввиду чего первоначальная суточная доза гепарина (80 000) была уменьшена до 35 000 ед. В дальнейшем индекс протромбина колебался в пределах 40%. Возникшее на пятый день лечения незначительное кровохарканье, несмотря на непрекращавшееся назначение гепарина и дикумарина, в течение нескольких дней само собой прошло, после чего состояние больной начало постепенно улучшаться, синюшность уменьшилась, дыхание стало свободнее. На 10-й день лечения общее состояние ее было настолько удовлетворительным, что применение антикоагулянтов было прекращено.

PÕLVELIIGESESISESTE FRAKTUURIDE KONSERVATIIVSEST RAVIST*

Arstiteaduse kandidaat *A. KLIIMAN* ja *V. MANDEL*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedrist, juhataja dotsent *H. Petlem*)

Nagu selgub kirjanduse andmeist, ei ole põlveliigesesiseste fraktuuride ravis veel ühtseid väljakujunenud printsiipe. N. Veljaminovi (1), A. Guštšini (2) jt. kliinilised ja eksperimentaalsed andmed näitasid, et liigese pikaldase immobilisatsiooni tagajärjel tekivad tugevad liigesekapsli ja sideaparaadi kortsumised ning paksenemised, mille tõttu ei osutu alati võimalikuks põlveliigese funktsiooni täielikult taastada. Seetõttu rakendavad mõned autorid [V. Balakina (3) jt.] viimasel ajal põlveliigesesiseste murdude puhul repositsioonijärgselt, 10—12 päeva möödumisel, varajast funktsionaalset ravi vastava žarniirkipsmähise abil. Teiselt poolt leiab rida autoreid [A. Rumjantseva (4) jt.] oma kogemuste põhjal otstarbeka olevat rakendada põlveliigesesiseste murdude puhul kipsimmobilisatsiooni pikemaks ajaks (4—6—8 nädalat).

Analüüsisime antud küsimust ja ravi tulemusi Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla traumatoloogia osakonna andmeil.

1953.—1957. a. raviti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla traumatoloogia osakonnas 76 põlveliigesesisese fraktuuriga haiget. Neist oli mehi 40 ja naisi 36. Enamik haigetest saabus ravile Lõuna-Eesti maarajoonidest. Lokalisatsiooni järgi jaotusid fraktuurid järgmiselt.

1. Sääreluu proksimaalse otsa fraktuure esines 36 haigel; neist lateraalse kondüluse fraktuure 17, mediaalse kondüluse fraktuure 7, mõlemate kondüluste fraktuure 5 ja *eminentia intercondylica* fraktuure 7 haigel.

2. Reieluu distaalse otsa fraktuure esines 9 haigel. Neist oli lateraalse kondüluse fraktuure 4 ja mõlemate kondüluste fraktuure samuti 4 haigel. Ühel haigel oli tekkinud mediaalse epikondüluse fraktuur (abruptsioon).

3. Põlvekedra fraktuure oli 31 haigel.

Üle 50 aasta vanustel haigetel esines sagedamini sääreluu kondüluste fraktuure. Teised põlveliigesesisesed fraktuurid esinesid peamiselt keskeas, 30—50 a. vanustel haigetel. 69% haigetest kaasusid liigesepindade anatoomiliste vahekordade muutused, mistõttu tekkis vajadus nihkunud fragmente reponeerida. 76 haigest 69-l kujunes fraktuurijärgselt välja tugev hemartroos.

Operatiivselt raviti 19 põlvekedra fraktuuriga haiget. Samuti opereeriti üht reieluu kondüluse fraktuuriga haiget ja üht sääreluu kondüluse fraktuuriga haiget.

Patella dislokatsiooniga fraktuuride puhul kasutasime operatiivset fragmentide paigaldamist, kusjuures põlveliigesest eemaldati veri ja verehüübed ning fragmendid fikseeriti siid- ja kapronsiidõmblustega. Edasi asetati jäse kipstuutorisse keskmiselt 4 nädalaks. Sellele järgnes ravikehakultuur ja füsioteraapia liigese funktsiooni taastamiseks.

Eminentia intercondylica fraktuurid (7 juhtu) olid fragmendi vähese dislokatsiooniga, mis ei vajanud operatiivset ravi. Neil haigetel kasutasime pärast hemartroosi punktsioone tsirkulaarset kipsimmobilisatsiooni umbes 4—5 nädala jooksul, mille järel ravikehakultuuri ja füsioteraapiaga saavutati kõigil juhtudel hea liigese funktsioon.

---

* Ette kantud Eesti NSV kirurgide VII vabariiklikul konverentsil Tallinnas 9.—11. juunini 1960. a.

Konservatiivse ravi rakendamisel lähtusime järgmistest põhimõtetest.

1. Ilma dislokatsioonita fraktuuride puhul, kus oli kujunenud hemartroos ning ei esinenud ilmseid sidemete vigastusi, teostasime koheselt hemartroosi punktsiooni, eemaldades liigesesse kogunenud vere. Pärast seda viisime enamikul haigetest liigesesse ca 10 ml 1%-list novokaiinilahust. Jäse fikseeriti põlveliigese kerges fleksiooniseisus kipslongetile esialgselt umbes üheks nädalaks. Kui liigesesse kogunes uuesti verd ja eksudaati, korrati liigese punktsioone. Hiljem, kui eksudaadi kogunemist enam ei täheldatud, fikseerisime jäseme kerges fleksiooniseisus keskmiselt 3—4 nädalaks tsirkulaarsesse kipsmähisesse. Pärast kipsmähise kõlblikkuse kontrolli haiglas mõne päeva jooksul suunati enamik haigeid kodusele ravile, kusjuures jäsemele toetumine ei olnud lubatud 4—6 nädala jooksul. Kipsmähise eemaldamiseks haiged hospitaliseeriti ja pärast kontrollülesvõtet rakendati liigese funktsiooni taastamiseks ravikehakultuuri ning füsioterapeutilisi protseduure.

2. Isoleeritud dislokatsiooniga kondüluste fraktuuride puhul, eriti kui esinesid ilmsed liigesekapsli ja sidemete vigastused, reponeeriti pärast hemartroosi punktsiooni röntgenikontrolli ja üldnarkoosi all fragmendid manuaalselt. Rahuldava repositsiooni järel fikseeriti jäse hüperkorrigeerivas asendis kipslongetile või tsirkulaarsesse provisoorsesse kipsmähisesse, mis lõigati pikisuunas lahti. Vajaduse korral teostati põlveliigese punktsioone korduvalt. Jäseme fikseerisime kipsmähisesse kerges fleksiooniseisus 4—6 nädalaks (alates repositsioonipäevast). Haiged suunati koju ja keelati toetumine jäsemele. Kipsmähis eemaldati statsionaaris, millele järgnes liigese funktsiooni taastamine analoogiliselt eeltoodud haigetegrupiga. Jäsemele lubati toetuda ca 2 kuud pärast fraktuuri tekkimist. Varajast toetumist jäsemele vältisime eriti *tibia* kondüluste fraktuuridega haigetel.

3. Nagu selgus meie materjalidest, esinesid nii *femur*'i kui ka *tibia* mõlemate kondüluste murdude korral vähemal või suuremal määral fragmentide dislokatsioonid, mille puhul oli vajalik reponeerimine. Kõige otstarbekam on seda läbi viia skeletivenituse abil *calcaneus*'est või *tuberositas tibiae*'st (reie kondüluste fraktuuride puhul). Pärast hemartroosi punktsiooni asetati jäse ekstensiooni Böhleri lahasele. Esialgne venitus oli 3—4 kg, mida suurendati individuaalselt mõne päeva jooksul 5—6 kg-ni, et saavutada fragmentide repositsioon. Nendel haigetel, kellel ei esinenud ilmseid tugevaid sidemete vigastusi, saavutasime fragmentide konsolidatsiooni jäseme ekstensiooni abil, vähendades ekstensiooni raskust pärast reponeerimist. Mõnedel juhtudel teostati paremaks reponeerimiseks korrigeerivaid külgvenitusi. Pärast konsolidatsiooni tekkimist katkestati ekstensioon, jäse fikseeriti tsirkulaarsesse kipsmähisesse ja haige suunati kodusele ravile (eriti *tibia* kondüluste fraktuuride puhul).

Reie mõlemate kondüluste dislokatsiooniga fraktuuride puhul rakendasime pärast 4—5-nädalase ekstensiooni abil saavutatud fragmentide konsolidatsiooni ravikehakultuuri ja füsioteraapiat kuni liigese funktsiooni täieliku taastumiseni ilma kipsmähiseta. Toetuda jäsemele ei lubatud enne 2 kuud, arvates fraktuuri tekkest.

Tibia mõlemate kondüluste dislokatsiooniga fraktuuride puhul eemaldasime venituse mitte hiljem kui 4 nädala pärast, mille järel jäse fikseeriti tsirkulaarsesse kipsmähisesse ja haige suunati kodusele ravile. Venitus ja immobiliseerimine kestis kuni 2 kuud.

Kipsmähise eemaldamisele järgnes ravikehakultuur ja füsioteraapia liigese funktsiooni taastamiseks.

Kõige raskemad põlveliigesesisesed fraktuurid on sellised, kus mõlemate või ühe kondüluse dislotseerunud fraktuuridele kaasuvad tugevad liigesekapsli ja sidemete vigastused. Nendel juhtudel on reponeerimine raskendatud. Antud haigetel peame vastunäidustatuks pikaldast ja tuge-

vat ekstensiooni, mis võib põhjustada lõnkuva liigese tekkimise sidemete mitteküllaldase taastumise tõttu. Neil juhtudel rakendasime manuaalset repositsiooni kombineeritud lühiaegse ekstensiooniga, mille järel jäse fikseeriti kipsmähisega. Kui repositsioon ei õnnestu, on vaja operatiivset ravi. Jalg oli kipsmähises 5—6 nädalat. Järgnes liigese funktsiooni taastamine statsionaaris ravikehakultuuri ja füsioteraapia abil.

Põlveliigesesiseste fraktuuride ravis tuleb arvestada selle liigese küllalt keerulisi bioloogilisi ja biostaatilisi tingimusi ja pöörata tähelepanu järgmistele momentidele.

Põlveliigesesisesed murrud vajavad pikemaajalist immobiliseerimist, sest konsolidatsiooniprotsess on suhteliselt aeglasem seoses periosti vähese osavõtuga luu regeneratsiooniprotsessist, samuti puuduliku verevarustuse tõttu kapslisisestel fragmentidel ning ka sünoviaalse vedeliku konsolidatsiooniaeglustava toime tõttu [K. Wagner (5)].

Teiselt poolt oleneb põlveliigesesiseste fraktuuride puhul liigese funktsiooni taastumine suurel määral sellest, kui vara me saame rakendada liigese aktiivseid liigutusi, ravikehakultuuri ja füsioterapeutilisi protseduure.

Peale fragmentide repositsiooni tuleb tähelepanu pöörata põlveliigese kapsli ja sidemete anatoomilisele taastumisele. Et kapsli ja sidemete paranemine küllaldase tugevuseni toimub suhteliselt aeglaselt, siis ei ole võimalik põlveliigese liigutusi varakult rakendada.

Põlveliigese funktsionaalse ravi eeltingimuseks on fragmentide suhteliselt tugev konsolidatsioon ja sideaparaadi täielik paranemine. Olulisemaks momendiks konsolidatsiooni ja sideaparaadi paranemisel on hea immobilisatsioon 4—5 nädala jooksul, mis annab põlveliigesele rahu.

Nagu meie kogemused ja kirjanduse andmed näitavad, on 4—5 nädalat kestnud immobilisatsiooni järel võimalik vastava ravikehakultuuri ja füsioterapeutiliste menetluste abil taastada põlveliigese liikuvus ja saavutada täiesti rahuldav jäseme funktsioon. Põlveliigese funktsioon ei taastu juhtudel, kui ei ole õigeaegselt ja küllaldaselt likvideeritud hemartroos, mis on üheks kontraktuuride ja artrooside teket soodustavaks teguriks. Põlveliigese funktsiooni taastamisel on oluline saavutada liigesepindade kongruentsus, s. t. hea repositsioon. Kuid nagu meie materjalid näitavad, taastub liigese funktsioon mõnikord pärast 4-nädalast immobiliseerimist küllalt rahuldavalt ka nendel juhtudel, kui ei saavutatud küllaldast repositsiooni. Selle illustreerimiseks üks haigusjuht.

Naishaige E. P., 54 a. vana, haiguslugu nr. 1014, hospitaliseeriti 13. mail 1956. a. vasema *tibia* lateraalse kondüluse dislotseeritud fraktuuriga. Patsient oli kukkunud lauda laelt põrandale 21. aprillil 1956. a., kuid kohe arsti poole ei pöördunud.

Objektiivne leid: põlveliigeses märgatav *valgus*-seis, turse. Pärast liigese punktsiooni tehti manuaalne repositsioon, kuid haige hilise hospitaliseerimise tõttu ei saavutatud rahuldavat tulemust (vt. röntgeniülesvõtted nr. 1 ja 2). Jäse fikseeriti kipsmähisesse 4 nädalaks ja patsient suunati koju. Järelravi toimus ambulatoorselt. Kontrollil 2 aasta ja 7 kuu pärast (vt. röntgeniülesvõtted nr. 3 ja 4) oli põlveliigese funktsioon vaba, patsient toetus vabalt jäsemele, pikaajalisel kõndimisel tekkisid vähesed valud põlveliigeses.

Tuleb arvestada, et põlveliigesesiseste murdude korral ei ole konservatiivse ravi puhul igakord repositsioonil võimalik saavutada liigesepindade täielikku kongruentsust, nagu see esines ka eeltoodud juhul. Ravikehakultuuri ja füsioteraapia küllaldase rakendamisega pärast kipsimmobilisatsiooni võime aga saavutada jäseme täiesti rahuldava funktsiooni.

Ravitulemuste selgitamiseks kutsusime ambulatoorsele kontrollile kõik sääre ja reie kondüluste fraktuuridega ravil olnud haiged (arvult 45). Enamikul kontrollile ilmunutest oli liigese funktsioon täielikult taastunud ja patsiendid toetusid vabalt jäsemele. Mõnel oli põlveliigese fleksioon vähenenud ja röntgeniülesvõtted näitasid artrootilisi muutusi. Nen-

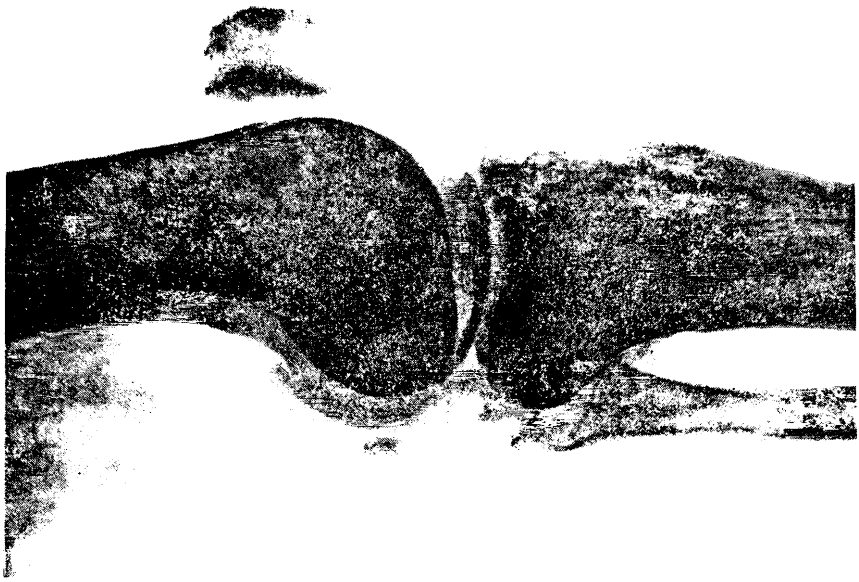


Foto 2

Foto 1

TAHVEL II

Foto 4

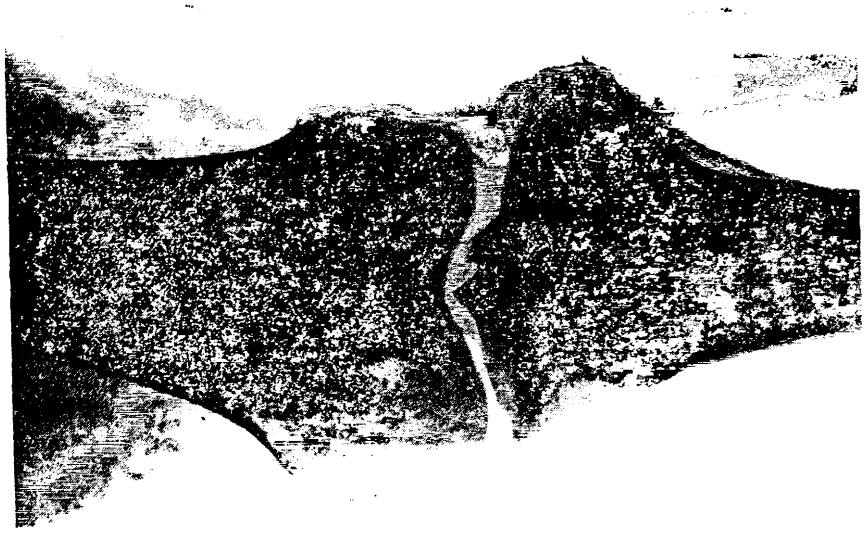


Foto 3

del haigetel esinesid põlves valud pikemaajalisel kõndimisel ja ilma muutusel. Viimaste haigusjuhtude analüüsimisel selgus, et ravi vältel ei olnud täielikult läbi viidud hemartroosi punktsioon, fragmentide repositsioon või funktsionaalne ravi. Samuti tuleb hoiduda korduvatest manuaalsetest traumatiseerivatest repositsioonidest, mis võivad suurendada liigesekapsli ning sidemete vigastust ja olla ebarahuldavate ravitulemuste põhjuseks. Juhul kui manuaalse repositsiooni või venituse abil ei saavutata fragmentide rahuldavat seisu, tuleb rakendada kohe operatiivset ravi. Hilisemad operatsioonid annavad positiivseid ravitulemusi tunduvalt vähem.

Kokkuvõte

1. Põlveliigesesiseste fraktuuride konservatiivne ravi annab täiesti rahuldavaid tulemusi, kui varakult likvideeritakse hemartroos, reponeeritakse fragmendid manuaalselt või venituse teel, tehakse kipsmähis ca 4—5 nädalaks ning teostatakse aktiivset funktsionaalset järelravi liigese funktsiooni taastamiseks.

2. 4—5-nädalase kipsmähises hoidmise järel tekib fragmentide rahuldav konsolidatsioon ja sidemete taastumine, mille järel võib julgesti rakendada funktsionaalset ravi. Toetuda jäsemele ei ole soovitatav enne 2 kuud.

3. Põlveliigesesiseste fraktuuride konservatiivse ravi mõningad negatiivsed tulemused on enamasti tingitud konservatiivse ravi ebaõigest rakendamisest.

4. Põlveliigesesiseste fraktuuridega haigete ravi tulemuste parandamiseks on oluline võimaldada neile pärast kipsmähiste eemaldamist korralikku statsionaarset funktsionaalset järelravi (füsioteraapia, ravikehakultuur, mudaravi, massaaž, parafiinimähised jne.).

KIRJANDUS

1. Вельяминов Н. А. Учение о болезнях суставов с клинической точки зрения. Л., 1924. — 2. Гущин А. П. В. сб.: Научные работы санаториев, Симферополь, 1948. — 3. Балакина В. С. Внутрисуставные переломы коленного сустава. Внутрисуставные переломы, Л., 1959, 138—179. — 4. Румянцева А. А. Вестн. хирургии, 10, 1953, 89—93. — 5. Wagner, K. Archiv f. klin. Chir, 1886, Bd. 34, 329.

О КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А. Клийман и В. Мандель

Резюме

Нами проведен анализ данных о 76 больных (40 мужчин и 36 женщин), лечившихся в травматологическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы по поводу внутрисуставных переломов коленного сустава.

При обследовании больных были обнаружены следующие виды переломов:

1) проксимального конца большеберцовой кости 36 случаев, из них: переломов латерального мыщелка — 17, медиального мыщелка — 7, обеих мыщелков — 5 и изолированных переломов межмыщелкового возвышения — 7;

2) дистального конца бедренной кости 9 случаев, из них: переломов латерального мыщелка — 4, обеих мыщелков — 4, отрыв медиального надмыщелка — 1;

3) надколенной чашечки — 31 случай.

В возрасте старше 50 лет больные лечились преимущественно от переломов мыщелков большеберцовой кости. Другие виды переломов распределялись в основном среди лиц среднего возраста. Основную группу у этих больных составляли переломы с нарушениями конгруэнтности суставных поверхностей, требующие вправления отломков (в 69% случаев). У 69 больных из 76 наблюдался выраженный гемартроз.

Оперативному лечению были подвергнуты 19 — с переломами надколенной чашечки, 1 — с переломом мыщелка бедренной кости и 1 — с переломом мыщелка большеберцовой кости. Остальных больных лечили консервативно с применением ранних и повторных пункций гемартроза, репозиции отломков с последующей гипсовой иммобилизацией или скелетным вытяжением, и в дальнейшем — лечебной физкультурой, а также физиотерапией.

На основании изученного клинического материала больных с внутрисуставными переломами коленного сустава считаем, что консервативное лечение дает вполне удовлетворительные результаты.

Именно при лечении внутрисуставных переломов коленного сустава большеберцовой кости и бедренной кости со смещением в подавляющем большинстве случаев возможно достичь вполне удовлетворительной репозиции фрагментов методом бескровного раннего острого вправления или методом скелетного вытяжения. При этом пункция гемартроза создает лучшие условия для осуществления более точного анатомического сопоставления отломков.

Несвоевременное отсасывание крови из коленного сустава может привести к стойкому ограничению функции его даже в случаях без нарушения анатомической формы.

При смещенных переломах, учитывая возможность повреждения сумочно-связочного аппарата, следует после достаточной репозиции отломков производить иммобилизацию с целью создания полного покоя суставу не менее 4—5 недель. При раннем снятии иммобилизации, то есть до прочной консолидации отломков и до восстановления сумочно-связочного аппарата противопоказано проведение функциональной терапии с нагрузкой, так как преждевременная нагрузка может привести к смещению отломков и препятствовать восстановлению сумочно-связочного аппарата.

Последующее восстановление нормальной подвижности сустава достигается применением лечебной физкультуры, физиотерапии, грязелечения и т. д.

KUSEKIVITÕVE ESINEMISEST JA SELLE RAVIST EESTI NSV-s

Dotsent *P. ABRAMJANTS* ja *A. VALDMETS*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Sellele vaatamata, et urolitiaasi uuritakse ammust ajast ja et sel alal on saavutatud suurt edu, peitub nimetatud probleemis veel palju tundmatut (E. Gipelson, 1956). Kusekivitõve etioloogia, patogeneesi, kliiniku ja ravi küsimused on aktuaalsed ka kaasaegses arstiteaduses. Kirjanduse andmetel esineb urolitiaasi mõnedes maades ja ühe või teise riigi teatud rajoonides tunduvalt sagedamini kui mujal. Nõukogude Liidus on see haigus levinud ebaühtlaselt, esinedes peamiselt lõunarajoonides, põhjarajoonides on seda suhteliselt harva. Urolitiaasi Eesti geograafilistes ja klimaatilistes tingimustes ei ole uuritud, seepärast püüame osaliselt seda lünka täita. Tallinna Vabariiklikus Haiglas viibis 5 aasta jooksul (1. I 1953 kuni 30. XII 1957) kusekivitõvega ravil 608 inimest. Rõhuv enamik neist olid alalised kohalikud elanikud, kes saabusid ravile Tallinnast või vabariigi põhjarajoonidest.

Urolitiaasi etioloogia suhtes esineb mitmesuguseid arvamusi. Urolitiaasi levimise kolletes omistatakse selle tekkimise seisukohalt olulist tähtsust klimaatilistele tingimustele, toitumise laadile ja vee keemilisele koostisele.

Nii kodumaised kui ka välisautorid [G. Tepiitski (1958), N. Jakovlev (1958), Prince Ch. L., Jocardino P. L., Wolar, C. T. (1956) jt.] viitavad asjaolule, et organismi tunduva veetustumise puhul kuuma kliimaga maades tõuseb kuse kontsentratsioon ja see soodustab soolade sadestumist sellele järgneva konkrementide tekkimisega. Eesti NSV oludes, kus aasta keskmine temperatuur on $+4{,}8^{\circ}$, ei tule see seletus arvesse. Suvi on lühike. Kõige soojem kuu on juuli, kusjuures põhjarajoonides on juulikuu keskmine temperatuur $+16^{\circ}$.

S. Fjodorovi (1923), F. Fronšteini (1936), N. Jakovlevi (1958) jt. arvates põhjustab sageli kivide teket pikemaajaline kareda joogivee tarvitamine, mis üleküllastab organismi mineraalsooladega ja soodustab nende sadestumist. Veevärgivee karedus Tallinnas on 9,2° (normaalne 10—12°). Rajoonides, kust saabusid meie haiged, kõigub joogivee karedus 3,4 kuni 36,7°. Seejuures ei ole kindlaks tehtud sõltuvust joogivee madala või kõrge kareduse ja urolitiaasi tekkimise vahel. Kliinilise raskuse astme poolest oli kusekivitõve esinemine väga mitmesugune ja loomulikult ei saadud kõiki haigeid ravida ühel meetodil. 608 kusekivitõvega haigest raviti konservatiivselt 499 (82,1%) ja opereeriti 109 haiget (17,9%).

Soo ja vanuse järgi jagunesid opereeritud haiged järgmiselt.

Tabel 1

Sugu	Haigete arv	Haigete vanus aastates								
		kuni 15 a.	16—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90
Mehed	68	4	1	2	8	7	10	25	8	3
Naised	41	1	1	10	7	13	6	3	—	—
Kokku	109	5	2	12	15	20	16	28	8	3

Andmed näitavad, et kusekivitõbi tabab mehi sagedamini kui naisi. Meie tähelepanekud langevad ühte kirjanduse andmetega, mis selle fakti seaduspärasust kinnitavad. Peab mainima, et seoses uroloogia osakonna avamisega 1950. a. Tallinna Vabariikliku Haigla juures suurenes opereeritud haigete arv. 1953. a. opereeriti 11 inimest, 1954. a. — 20, 1955. a. — 22, 1956. a. — 24, 1957. a. — 32. Haiguse kestust sõltuvalt konkrementide asukohast kuseelundites võib näha tabelist 2.

Tabel 2

Kivi asukoht	Juhtude arv	Haiguse kestus					
		kuni 1 a.	kuni 2 a.	kuni 3 a.	kuni 5 a.	kuni 6 a.	kuni 7 a.
Neer	15	5	2	1	3	1	3
Neeruvaagen	21	12	3	—	1	3	2
Kusejuha ülemine kolmandik	7	2	1	2	2	—	—
Kusejuha keskmine kolmandik	9	4	—	3	—	—	2
Kusejuha alumine kolmandik	10	1	2	1	1	—	5
Kusepõis	46	31	5	2	5	2	1
Kusiti	1	1	—	—	—	—	—
Kokku	109	56	13	9	12	6	13

Meie andmetel avastati kive kusepõies 42,2%, kusejuhas, peamiselt füsioloogilistes kitsustes — 23,8%, neeruvaagnas — 19,3%, neerus — 13,8%, kusitis — 0,9% juhtudest. Haiguse kestusega kuni 1 a. opereeriti 56 inimest, s. o. 51,4%; kestusega kuni 6 a. ja rohkem — 53 inimest (48,6%). Neeru- ja kusejuhakivid asetsesid paremal pool 33 haigel, vasakul — 21 haigel. Mõlemapoolselt esines konkremente 8 juhul (7,3%).

Neerukooliku esimesed sümptoomid ei peegelda kivide moodustumise tõelist algust. Neerude ja kusejuhade osalise või täieliku ummistumise puhul olid operatsiooni näidustusteks kliiniku andmed, mis lülitasid välja haige konservatiivse ravimise võimalused.

Teostatud operatsiooniliigid ja tulemused esitatakse tabelis 3.

Tabel 3

Operatsiooni liik	Juhtude arv	% üldarvust	Lõpe
Nefrektoomia	11	10,1	operatsioonijärgset suremust ei olnud
Nefrotoomia	14	12,82	
Püelolitotoomia	16	14,64	
Ureterotoomia	21	19,25	
Tsüstostoomia	46	42,2	
Uretrotoomia	1	0,99	
Kokku	109	100,0	

Neeru, neeruvaagna ja kusejuhade operatsioon teostati 17 korral eeternarkoosi rakendamisega, 45 korda eeter-hapniknarkoosiga; kusepõie ja kusiti operatsioonidel rakendati 47 korral ainult paikset novokaiinanesteesiat. Opereeritud haigete hulgas surmajuhte ei olnud.

Nefrektoomia teostati kalkuloosse püonefroosi ja hüdronefroosi korral neeruparenhüümi tunduva kahjustuse puhul. Printsiibilt peab kirurgiline vahelesegamine neerukivitõve korral olema maksimaalselt säästev ja neeru säilitav. See on väga tähtis, eriti, et mõnedel meie haigetest opereeriti ainsat allesjäänud või teisest neerust paremini funktsioneerivat neeru. Samuti on see oluline haigete puhul, kel on esinenud neerukivitõve retsidiivid.

Kliinilised tähelepanekud näitavad, et mõnikord on neer isegi pikemat aega ummistunud kusejuha puhul võimeline oma talitlust taastama. Mida kaugemal neerust asub kivi, seda aeglasemalt arenevad muutused neerus.

A. Babitši (1956) eksperimentaalsed uurimised näitasid, et ummistunud neeru õõnesiseses süsteemis tõuseb kusepaisu tagajärjel rõhk 0 kuni 80 mmHg. Seejuures langeb neeru filtreerimisvõime, lümfisooned hakkavad aktiivselt funktsioneerima, laienevad. Kusepais neerus redifundeerub koepilude kaudu, selle tagajärjel algul ülemäära kõrgenenud rõhk langeb ja peatub püsival tasemel 20—30 mmHg, s. t. pikemat aega püsib patoloogiline tasakaal. A. Babitši arvates võib tekkinud hüdronefroos taanduda, kui kivid kusejuha ülemisest kolmandikust kõrvaldatakse 4—5 kuu jooksul, kuid tüsistuste vältimiseks on nende kõrvaldamine näidustatud 2—3 nädala jooksul. Autor arvab, et jukstavesikaalse asukohaga kivid on vähem ohtlikud, sest see kusejuha piirkond laieneb paremini ja nimetatud piirkonnast on ureeterorenaalsed refleksid väga intensiivsed, neeru filtratsioonivõimet vähendavad. Sel puhul võib isegi 1—2 aasta jooksul muutusi mitte tekkida, eriti neil juhtudel, kui kivi kõrvalt toimub mõningane kuse äravool. Seepärast võib sel juhul operatsiooniga teatud aja vältel viivitada, kuid mõõdukuse piirides. Vähendamata eksperimentaalsete uurimuste tähtsust peab siiski mainima, et kusekivitõbe põdeva haige organismi seisundit ei saa võrrelda terve katselooma organismi seisundiga — kummalgi juhul on organismi reaktsioon, taastumise funktsioon ja organismi regeneratsioonivõime erisugused.

Meie kogemuste põhjal võib märkida, et kusekivitõve mitmesuguste nähtude puhul kergendab varajane diagnoosimine ravi valikut. Suurte liikumatute kivide puhul, mis iseenesest ei saa neerudest või kusejuhast väljuda, teostame operatsiooni 10 päeva möödumisel haige saabumisest,

sõltumata haiguse kestusest. Pärast neeru- ja kusejuhade konkrementide eemaldamist taastub neerude eritusfunktsioon pikkamööda, mõnikord mitme kuu järel. Neeru- ja kusejuhade kivide tõttu opereeritud 59 haigest esines kuni 5 aasta möödumisel urolitiaasi retsidiive 7 haigel. Neist opereeriti teistkordselt 4 haiget, 3 haigel väljusid kivid konservatiivse raviga. Meie tähelepanekud näitavad, et ehkki operatsiooniga ei kõrvaldata kusekivitõve peamisi vaevusi, väldib teatud näidustustel varajane kirurgiline vahelesegamine tagasipöördumatute funktsionaalsete ja anatoomiliste muutuste tekkimist neerudes. Kliinilised tähelepanekud lubavad kinnitada, et kusekivitõve haigetel õigeaegselt sooritatud operatsioon sellele järgneva dispanseerimisega ja ratsionaalse raviga võimaldab saavutada püohüdronefroosi arenemise järsku vähenemist või täielikku likvideerimist. Võitluses mädanikuliste tüsistustega oleme laialdaselt kasutanud (nii paikselt kui ka üldiselt) antibiootikume massiivsetes annustes. Haiglas viibimise aeg kirurgiliste vahelesegamiste puhul oli järgmine.

Tabel 4

Operatsiooni liik	Haigete haiglas viibimise aeg					
	15 p.	20 p.	25 p.	30 p.	45 p.	60 p.
Nefrektoomia	—	6	—	1	4	—
Nefrotoomia	3	5	1	2	3	—
Püelolitotoomia	3	5	7	1	—	—
Ureterotoomia	7	6	4	2	2	3
Tsüstostoomia	2	10	12	7	12	—
Uretrotoomia	—	—	—	—	—	1
Kokku	15	32	24	13	21	4

Kõik haiged kirjutati koju rahuldavas või heas seisundis. Haigete võrdlemisi pikk haiglas viibimise aeg pärast tsüstostoomiat ja kusekivide kõrvaldamist seletub sellega, et enamikule neist tehti teistkordne operatsioon *prostata* adenoomi tõttu, mis lõppes samuti hästi.

Analüüsides kirjanduse andmeid ja meie tähelepanekuid võib teha järgmised järeldused.

1. Eesti NSV-s on kusekivitõbi levinud haigus. Haiguse etioloogiat ei saa seostada paiksete klimaatiliste tingimuste ega joogivee karedusega.

Ratsionaalse profülaktika huvides tuleb urolitiaasi tekkepõhjusi igakülgselt uurida. Urolitiaasihaiged tuleb dispanseerida ja näidustatud juhtudel teostada varajast konservatiivset ravi.

2. Kusekivitõve puhul ei kõrvalda operatiivne vahelesegamine põhilist haigusprotsessi, kuid on üheks tähtsaks etapiks raviabinõude ahelas.

Konkrementide õigeaegne operatiivne kõrvaldamine kuseelunditest väldib paiksete ja üldiste raskete tüsistuste arenemist.

3. Neeru- ja kusejuhakivide puhul, määrates kindlaks kirurgilise vahelesegamise laadi sõltuvalt patoloogilistest muutustest, peab arvestama ka neerukoe teatavat regeneratoorset-funktsionaalset võimet ja rakendama nefrektoomiat väga rangete näidustuste korral.

KIRJANDUS

1. Бабич А. О проблеме камней мочеточника. Вестн хирургии, 1956, 4, 25—30. — 2. Борисов В. М. Урология, 1958, 2, 25—28. — 3. Гиппельсон Э. И. Камни почек и мочеточников. М., 1956. — 4. Гребешников Г. С. Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез. Реферат диссертации, Л., 1952. — 5. Гриднев А. П. Новый хирург. архив, 1928, т. 6, вып. 2, 146—150. — 6. Готлиб Я. Г. Показания к оперативному вмешательству при камнях почек, 13 кн. Нефролитиаз, материалы клиники МОКИ-ЦИУ, М., 1937. — 7. Кечек А. С. Уролитиаз в Армении. Доклад на 2-ом Закавказском съезде хирургов. Тифлиз, 1935. — 8. Минчин Н. З. Урология, 1958, 2, 28—32. —

9. Мыш В. М. Клинические лекции по урологии. Госиздат, 1936. — 10. Теплицкий Г. Б. Урология, 1958, 2, 35—37. — 11. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников. Госиздат, 1928. — 12. Холмов Я. М. Удаление камней из мочеточника оперативным путем. Новый хирург. архив, 1934, 5, 127—128. — 13. Шмуклер Б. А. Фосфатуария (Мочекаменный диатез). Л., 1941. — 14. Яковлев Н. А. Урология, 1958, 2, 35—37. — 15. Хирургия, 1956, 2, 93. — 16. Prince, Ch., Jocardino, P., Wolar, C. Urology, 1956, 75, 2, 209—215.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ В ЭСТОНСКОЙ ССР

П. Абрамянц и А. Валдметс

Резюме

Мочекаменная болезнь является относительно распространенной в Эстонской ССР. Ее этиологию нельзя объяснить местными климатическими условиями и жесткостью питьевой воды.

В Таллинской республиканской больнице за 5 лет (1953—1957) находилось на излечении по поводу мочекаменной болезни 608 больных. Подавляющее большинство из них — постоянные местные жители, поступившие из Таллина или северных районов республики.

Из упомянутых 608 больных лечилось консервативно 499 (32,1%), подверглось оперативному лечению 109 (17,9%), из них в 1953 г. — 11, в 1954 г. — 20, в 1955 г. — 22, в 1956 г. — 24 и в 1957 г. — 32.

Камни были обнаружены: в мочевом пузыре — 42,2%, в мочеточниках — 23,8%, в почечной лоханке — 19,3%, в почке — 13,8% и в мочеиспускательном канале — 0,9% от всех случаев. При длительности заболевания до 1 года было оперировано 56 больных (51,4%), до и свыше 6 лет — 53 (48,6%). У 33 больных камни почек и мочеточников были расположены с правой, а у 21 больного — с левой стороны. Двухсторонняя локализация конкрементов наблюдалась в 8 случаях (7,3%).

Оперативное вмешательство на почке, почечной лоханке и мочеточниках было произведено под эфирным наркозом в 17 и под эфирно-кислородным наркозом — в 45 случаях; на мочевом пузыре и мочеиспускательном канале у 47 больных мы воспользовались только местной анестезией новокаином. Среди оперированных летальных случаев не было.

Нефрэктомия была применена при калькулезном пионефрозе и гидронефрозе со значительным нарушением почечной паренхимы.

После удаления почечно-мочеточниковых конкрементов медленно (иногда через несколько месяцев) восстанавливалась нарушенная выделительная функция почек среди 59 больных, оперированных по поводу почечно-мочеточниковых камней; в отдаленные сроки — до 5 лет рецидивы уролитиаза отмечались у 7 больных, из них повторно были оперированы 4, а у 3 камни отошли при консервативном лечении.

Клинические наблюдения позволяют признать, что при своевременно предпринятой операции, последующей диспансеризации и рациональном лечении больных мочекаменной болезнью можно достичь резкого уменьшения или полной ликвидации развития пиогидронефроза.

SÜNNITUSE KULU ISEÄRASUSTEST LOOTEVETE ENNEAEGSE JA VARASE PUHKEMISE KORRAL

V. MEIPALU

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, kateedri juhataja arstiteaduse doktor *V. Fainberg*)

Normaalse sünnituse korral säilib lootepõis kuni emakakaela täieliku või peaaegu täieliku avanemiseni. Lootevete puhkemist enne sünnitustegevuse algust, tasandumata emakakaela ja suletud emakasuudme puhul nimetatakse enneaegseks. Lootepõie varane rebenemine toimub pärast sünnitustegevuse algust lamenenud emakakaela korral.

Kirjanduse andmetel on lootepõie enneaegset ja varast rebenemist soodustavateks faktoriteks lootekestade haprus [N. Danforth, N. States ja W. Mc Elin (1)], põletikulised muutused lootekestades [Z. Pavlovskaja (4)], emaka kaelakanalis ja varikiles [I. Knox ja J. Hoerner (2)] ning C-vitamiini vaegus lootekestades [A. Šeinman (5)]. Mehaanilistest põhjustest nimetatakse järgmisi: kitsas vaagen, loote ebaõiged seisud [D. Tuberovski (6), V. Kolgatina (7) jt.], rigiidne emakasuue vanadel esmassünnitajatel [I. Ljubimov (8), B. Rovinskaja (9) jt.] ja suguühe viimastel raseduskuudel [M. Dubnov (10)]. Etioloogiliste momentidena kirjeldatakse veel biokatalüütilise süsteemi häireid [N. Ponousiou (3)], kunsttehislikke aborte [D. Tuberovski (6), V. Kolgatina (7)], rasedate hilistoksikoose ja südame- ning veresoonkonna haigusi [M. Pugovišnikova (11)], samuti varem põetud günekoloogilisi haigusi [V. Kolgatina (7), R. Movšovitš (12)].

Sagedaste komplikatsioonidena täheldatakse sünnitustegevuse nõrkust [A. Šeiman (13), V. Kolgatina (7) jt.], loote üsasisese asfüksia ohtu, surnultsündimist ja postnataalset surma [S. Keilin (14) jt.]. Sagenevad operatsioonid [E. Stavskaja, J. Võsotskaja, Z. Hodorovskaja (15) jt.] ja emade sünnitusjärgne haigestumine [D. Tuberovski (6), A. Šeiman (13) jt.].

Vaatamata rohkearvulistele uurimustele leidub kirjanduses vasturäägivaid seisukohti lootevete mitteõigeaegse puhkemise etioloogia, esinemissageduse, tüsistuste ja sünnituse juhtimise kohta. Olgugi et enamasti on lootevete enneaegset või varast puhkemist peetud patoloogiliseks [V. Krõlov (16), A. Peradze (17), A. Šeiman (13) jt.], leidub koolkondi ja üksikuid sünnitusabiandjaid, kes kasutavad sünnituse kiirendamiseks lootepõie kunsttehislikku avamist, lugedes seda operatsiooni ohutuks nii emale kui ka lootele [E. Štšerbina ja S. Bojarskaja (18); O. Parsamov (19), M. Pršedromirski (20) jt.].

Käesoleva töö aluseks on autori poolt kontrollitud sünnituslugude andmed lootevete enneaegset ja varast puhkemist soodustavatest teguritest, sünnitusel esinevatest komplikatsioonidest ja emade haigestumisest sünnitusjärgsel perioodil. Ühtlasi on tehtud omapoolseid ettepanekuid sünnituse ratsionaalseks juhtimiseks sel puhul.

Analüüsisime 1786 sünnitust Tartu Kliinilises Sünnitusmajas.

1786 sünnitusest esines lootevete õigeaegne puhkemine 1286 sünnitajal (71,99%). Lootepõie enneaegne rebenemine toimus 276 korral (15,48%), varane 224 juhul (12,53%). Kokku leidsime lootevete mitteõigeaegset minekut 500 sünnitajal (28,01%).

Uuritavatest oli esmassünnitajaid 839, neist täheldasime lootepõie mitteõigeaegset rebenemist 313-l (37,20%), korduvsünnitajaid oli 947, neist 187-l (19,72%) toimus lootevete enneaegne või varane minek.

30-aastaseid ja vanemaid esmassünnitajaid oli 174, neist 59-l (34%) esines lootevete enneaegne, 41-l (23,5%) varane puhkemine. Seega leidsime 57,5% vanadest esmassünnitajatest lootevete mitteõigeaegset puhkemist, mille põhjuseks peame pehmete sünnitusteede, eriti emakasuudme rigiidsust.

Enneaegseid sünnitusi oli 93, neist 16-l täheldasime lootevete varast, 30-l enneaegset minekut. Seega toimub enneaegse sünnituse korral pooltel juhtudel lootepõie enneaegne või varane rebenemine.

Meie andmetel ei oma varem põetud günekoloogilised haigused erilist tähtsust lootepõie enneaegset ja varast rebenemist soodustava tegurina. Seevastu sageneb lootevete mitteõigeaegne puhkemine kunsttehislike abortide järgselt ligi 2, südame- ja veresoonkonna haiguste puhul 3 ja rasedusele kaasnevate rasedate hilistoksikooside korral 4 korda.

Vaagnaots-seisude, mitmikute, ristiseisude ja pea sirutusseisude puhul leidsime rohkem lootevete mitteõigeaegset kui õigeaegset minekut. Mainitud seisude ja mitmikute korral toimus lootepõie normaalne rebenemine 41%-l, enneaegne 34%-l ja varane 25%-l.

Lootevete enneaegse ja varase puhkemise sagenemist näeme ka mitmesuguste vaagna-anomaaliate, eriti aga üldiselt kitsenenud lameda vaagna puhul.

Tabelis esitame tüsistused sünnituse ajal ja vastsündinute suremuse.

Tüsistus	Lootepõie normaalne rebenemine (1286 juhtu)	Lootepõie enneaegne rebenemine (276 juhtu)	Lootepõie varane rebenemine (224 juhtu)	Kokku (1786 juhtu)
Loote asfüksia oht avanemisperioodil	68 (5,29%)	43 (15,58%)	31 (13,83%)	142 (7,95%)
Loote asfüksia oht väljutusperioodil	4 (0,31%)	5 (1,81%)	3 (1,34%)	12 (0,67%)
Emakakaela rebend	22 (1,71%)	7 (2,54%)	12 (5,36%)	41 (2,29%)
Emaka rebend	— —	1 (0,36%)	— —	1 (0,05%)
Päramiste peetus	27 (2,10%)	18 (6,52%)	15 (6,69%)	60 (3,36%)
Verejooks platsentaarperioodil	40 (3,11%)	22 (7,97%)	18 (8,04%)	80 (4,48%)
Nabaväädi väljalangemine	2 (0,16%)	1 (0,36%)	1 (0,44%)	4 (0,02%)
Surnultsündimus	20 (1,55%)	8 (2,90%)	6 (2,68%)	34 (1,90%)
Vastsündinute suremus	17 (1,32%)	6 (2,17%)	1 (0,45%)	24 (1,34%)
Kokku	200 (15,55%)	111 (40,21%)	87 (38,83%)	398 (22,28%)

Nagu selgub, on lootepõie enneaegse või varase rebenemise puhul rohkem tüsistunud sünnitusi. Mainitud rühmades suureneb loote asfüksia oht ja sellega seoses nii surnultsündimine kui postnataalne suremine.

Võrreldes lootevete normaalse puhkemisega on lootepõie enneaegse rebenemise korral sünnituse kestus lühenenud. (Sünnituse kestus on arvestatud ilma latentsperioodita, s. o. vete puhkemisest kuni regulaarse sünnitustegevuse alguseni.) Seda nähtust võib seletada stimuleerimisega (sünnitajal, kellel sünnitustegevus ei tekkinud iseeneslikult pärast 6-tunnilist veeta perioodi, rakendati sünnitustegevuse stimuleerimist).

Vastupidi, lootepõie varase rebenemise korral on sünnituse kestus pikenenud. Selle põhjuseks võib pidada sünnitustegevuse nõrkuse sagedast kaasnemist lootepõie varasele rebenemisele. Meie andmetel esines sünnitustegevuse nõrkust koos lootevete varase minekuga 38%, lootevete enneaegse puhkemisega 5,8% ja lootepõie normaalse rebenemisega 2,6%.

Lootevete varase mineku korral on vajalik sünnitaja mitmekülgne uurimine. Seejuures peame soovitatavaks kasutada partogrammi, mis võimaldab õigeaegselt diagnoosida sünnitustegevuse nõrkust ja loote asfüksia ohtu.

Käsitledes sünnituse juhtimist lootepõie enneaegse rebenemise korral pooldame seisukohta, et stimuleerimist tuleb alustada mitte varem kui 6 tundi pärast lootevete puhkemist, sest meie andmetel kujuneb regulaarne sünnitustegevus 57% sünnitajatest iseeneslikult välja esimese 6 tunni jooksul. Seejuures peame otstarbekaks alustada sünnitustegevuse stimuleerimist follikuliini tüüpi preparaatide manustamisega.

Autorid, kes soovitavad kohe alustada sünnitustegevuse stimuleerimist, põhjendavad seda suurenenud infektsioonivõimalusega, sest lootevete puhkemisest alates on mikroobide invasioon emakasse soodustatud. Ordineerides samaaegselt sünnitustegevuse stimuleerimisega antibiootikume, väldime emade sünnitusjärgseid haigestumisi.

Õigeaegse sünnituse stimuleerimise ja profülaktika korral [asfüksia profülaktika A. Nikolajevi (21) või V. Hmelevski järgi] väheneb surnultsündimine. Meie andmetel on surnultsündimus lootepõie mitteõigeaegse rebenemise puhul 2,9%, teiste autorite järgi: E. Stavskaja jt. (15) 5,1%, N. Ponousiou (3) 5,9%, M. Dubnov (10) 6%, D. Tuberovski (6) 7,5%, V. Kolgatina (7) 5,5%.

Kuna lootepõie enneaegse ja varase rebenemise korral sagenevad sünnitusaegsed tüsistused, suureneb surnultsündimine ning tõuseb operatiivne aktiivsus, tuleb pidada lootevete mitteõigeaegset puhkemist sünnitusel tõsiseks tüsistuseks. Lähtudes eespoolöeldust ei pea me soovitatavaks lootepõie varast kunsttehislikku avamist. Viimast tuleks teostada ainult rangetel näidustustel (eklampsia, lame lootepõis, platsenta osaline eesasetus jne.). Sünnituse juhtimine lootevete mitteõigeaegse puhkemise korral nõuab akušöörilt eriti hoolsat sünnitaja jälgimist, stimuleerimise õigeaegset alustamist ja profülaktiliste abinõude rakendamist (asfüksia profülaktika V. Hmelevski või A. Nikolajevi järgi, antibiootikumid), mille tulemusena võime vähendada sünnitusaegseid komplikatsioone, surnultsündimist ja emade sünnitusjärgset haigestumist.

KIRJANDUS

1. Danforth, N., States, N., Mc Elin, W., Amer. J. Obstetr. and Gynecol., 1953, 65, 481—488. — 2. Knox, I., Hoerner, J., Amer, J. Obstetr. and Gynecol., 1950, 59, 190—195. — 3. Ponousiou, N. Zbl. Gynäkol., 1958, H. 52, 2028—2034. — 4. Павловская З. Н., Акушерство и гинекология, 1939, 12, 21—24. — 5. Шейнман А. И., Сборник, посвященный 175-летию родильного дома им. Снегирева, Л., 1949, 87—92. — 6. Туберовский Д. Д. Акушерство и гинекология, 1939, 5, 48—52. — 7. Колгатина В. И. Труды научного общества врачей города Майкопа. Майкоп, 1954, 38—40. — 8. Любимов И. И. Акушерство и гинекология, 1940, 2, 23—26. — 9. Ровинская Б. М. Акушерство и гинекология, 1940, 2, 26—29. — 10. Дубнов М. В. Акушерство и гинекология, 1936, 11, 40—45. — 11. Пуговишникова М. А. Тезисы докладов отчетной научной сессии Института акушерства и гинекологии Академии медицинских наук СССР 30 марта — 2 апреля 1955 г., Л., 1955, 30—31. — 12. Мовшович Р. И. Сов. медицина, 1958, 11, 102—106. — 13. Шейнман А. И. Акушерство и гинекология, 1940, 6, 36—41. — 14. Кейлин. С. Л. В кн.: Причины и профилактика мертворождаемости, М., 1948, 64—65. — 15. Ставская Е. Я., Высоцкая Ю. Э., Ходоровская З. Д. Акушерство и гинекология, 1941, 9—10, 29—35. — 16. Крылов В. Н. Акушерство и гинекология, 1951, 5, 46—49. — 17. Перадзе А. Г. Акушерство и гинекология, 1951, 5, 43—45. — 18. Шербина Е. Г. и Боярская С. Г. Акушерство и гинекология, 1936, 6, 661—663. — 19. Парсамов О. С. Акушерство и гинекология, 1938, 4, 16—18. — 20. Пршедомирский М. Т. Акушерство и гинекология, 1940, 6, 34—36. — 21. Николаев А. П. В кн.: Очерки теории и практики обезболивания родов. М., 1953, 146—174.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ И РАННЕМ ОТХОЖДЕНИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

В. Мейпалу

Резюме

В Тартуском клиническом родильном доме нами было исследовано 1786 родов. Своевременное отхождение околоплодных вод наблюдалось в 71,99%, преждевременное — в 15,48% и раннее — в 12,53% случаев. Таким образом, несвоевременное отхождение вод было у 500 рожениц (28,01%).

Наблюдения показали, что несвоевременное отхождение вод чаще всего происходило у первородящих в возрасте 30 лет и старше (57,50%). В случаях преждевременных родов раннее или преждевременное отхождение вод встречалось в 50%.

Интересно отметить, что по анамнестическим данным удалось выяснить непосредственную зависимость несвоевременного отхождения вод с артефициальными абортами. Кроме того, указанное осложнение увеличивалось при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, поздних токсикозах, тазовых предлежаниях, двойнях, а также при разгибательных типах родов, высоком прямом стоянии головки плода в узком тазе.

Роды с несвоевременным отхождением вод осложнялись, в частности, асфиксией плода и тем самым — мертворождением и ранней детской смертностью.

Осложненные роды наблюдались при нормальном отхождении вод в 15,55%, при раннем — в 40,21%, а при преждевременном — в 38,83% случаев. Из осложнений чаще всего имелись гипо- и атонические кровотечения. В связи с учащением осложнений нарастала и оперативная активность.

Наши наблюдения показали, что продолжительность родов уменьшалась в случаях преждевременного отхождения вод, однако, при раннем, наоборот, она удлинялась.

Раннее отхождение вод сопровождалось слабостью родовой деятельности в 38% случаев; по всей вероятности, оно и обусловливало повышение послеродовых заболеваний в виде субинволюции матки.

Из анализа клинического материала выяснилось, что в течение первых 6 часов родовая деятельность развивалась самостоятельно в случаях несвоевременного отхождения вод (57%). Очевидно, нужно считать рациональным применение родостимуляции после истечения такого промежутка времени. Целесообразным является и профилактика асфиксии, применяя триаду Николаева, метод Хмелевского и назначение антибиотиков.

SÜMPTOMAATILISE HALLUTSINOOSI JUHTUM MÜRAKAHJUSTUSEST

Dotsent *J. SAARMA* ja *J. TEPP*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateedrist, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Psühhoneuroloogia Haiglast, kateedri juhataja ja haigla peaarst arstiteaduse doktor professor *E. Karu*)

Tööstuslik ja olustikuline müra on kaasajal kujunemas tõsiseks meditsiiniliseks probleemiks. On andmeid, et maailma tsiviliseeritud elanikkonnast ligikaudu üks kolmandik kannatab subjektiivselt müra all (1). Püsivalt toimiva müra tagajärjel, kui selle intensiivsus on küllalt suur (alates 65 db), võivad organismis välja kujuneda märgatavad mürakahjustused (1, 2 ,3). Mürakahjustuste raskus ei pruugi olla paralleelne subjektiivse mürataluvusega. Veelgi enam, kahjustused võivad areneda ka siis, kui müra subjektiivselt ei mõju häirivalt (4). Oluline on märkida, et adapteerumine müraga ei ole kaitsefunktsioon, vaid väsimuse väljendus, mis ei välista mürakahjustuste arenemise võimalust (3, 4).

Mürakahjustused arenevad eeskätt kuulmisanalüsaatoris sisekõrva kuulmisnõrkuse kujul, eriti kõrgete toonide osas. Kestva intensiivse müra toimel võib raskematel juhtudel areneda kurtus. Müra põhjustab märgatavaid häireid vereringe süsteemis, enamasti pulsi kiirenemise, perifeersete kapillaaride ahenemise ja vererõhu kõrgenemise kujul. Kõik uurijad rõhutavad, et müra mõjustab ulatuslikult ka kesknärvisüsteemi talitlust. Müra tagajärjel võivad areneda peavalud, tasakaaluhäired, när-

vilisus, kontsentratsioonivõime alanemine, psüühiliste protsesside aeglustumine, töövõime alanemine, kärsitus, kartustunne ja unehäired (3, 4, 5).

Meile teadaolevas kirjanduses ei ole andmeid psühhootiliste nähtude arenemisest mürakahjustuse alusel. Seetõttu tohiks pakkuda huvi alljärgnevalt kirjeldatud kasuistiline haigusjuht Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Psühhoneuroloogia Haiglast.

Naishaige S. M., 28 a. vana.

Sündis töölisperekonnas. Lapseeas arenes normaalselt. Ema on surnud, isa elus ning terve. Suguvõsas ei ole esinenud psüühilisi haigusi, Patsient lõpetas hea õppeedukusega 8 klassi. Pärast kooli lõpetamist, alates 15. eluaastast, töötas; esialgu juhtis kodust majapidamist, hiljem töötas palgalisel töökohal mitmetes tehastes. Patsient on abielus, ühe lapse ema. Varem on põdenud lastenakkushaigusi ja kollatõbe. Iseloomult on patsient alati olnud elav, elurõõmus, emotsionaalselt tundlik, hea läbisaamisega nii perekonnas kui ka töökollektiivis. Mõnikord on esinenud kergesti ägestumist.

1958. a. algusest töötas patsient tehases kvalifitseeritud erialatöölisena masinal, millel töötamine nõudis tähelepanu pidevat kontsentreerimist. Töö toimus tehase suures masinasaalis, kus mitmesuguste mehhanismide tõttu valitses pidev tugev müra. Objektiivsel mõõtmisel oli müra intensiivsus patsiendi töökohal 80—85 db. Esialgu häiris masinate müra patsienti subjektiivselt, edaspidi ta aga harjus sellega. Pingutavalt mõjus patsiendile ka töökoha valgustus ning häiris mitmesuguste kemikaalide lõhn tööruumis.

1959. a. suveni töötas patsient ilma mingite tervisehäireteta, täites oma tööülesandeid eesrindlikult. Suvel 1959. a. hakkas patsient tundma järjest suurenevat väsimust. Samal ajal muutus ta subjektiivselt tundlikumaks helide suhtes ning tööruumi müra hakkas teda järjest enam häirima. Emotsionaalselt muutus patsient labiilsemaks, ta erutus kergemini ja langes pisiasjade tõttu tasakaalust välja. 1959. a. augustis hakkas patsient tööl masinate müra foonil kuulma mingit kõnekõminataolist häält. Mõne päeva vältel muutus kõnekõmin intensiivsemaks ja lõpuks eraldusid selged kõnehääled, mis näisid kostvat tööruumi laelt. Patsient eraldas kolme meeshäält, mis tegid mitmesuguseid märkusi patsiendi kohta ja kommenteerisid tema tegevust. Üks hääl oli patsiendi suhtes vaenuliku hoiakuga, teine heatahtlik, kolmas aga indiferentse suhtumisega. Esialgu oli neid märkusi kuulda harva ja nad olid lühikesed, muutusid aga päev-päevalt sagedamaks ja intensiivsemaks. Patsient oli alguses hämmeldunud, et ta kõnehääli nii selgesti kuuleb tööruumi müras, kus isegi naabertöötajat oli võimalik kuulda ainult siis, kui see kõneles poolkarjudes. Kuulmismeelepetted olid tõeliste hallutsinatsioonide iseloomuga, niivõrd reaalsete omadustega, et patsiendil kujunes esialgu arvamus, et teda tegelikult jälgitakse lae kaudu ja tehakse vastavaid märkusi. Kuid varsti hakkas ta suhtuma meelepetetesse kriitikaga, hinnates neid kui haiguslikke elamusi. Esialgu esines hallutsinatsioone ainult tööl, kuid varsti hakkasid kostma hääled ka kodus ning tänaval. Meelepetted muutusid patsiendile väga koormavaks ja häirisid tema enesetunnet, eriti et ta hakkas kartma vaimuhaigeks jäämist. Samal ajal suurenes veelgi patsiendi üldine närvilisus, tekkisid tunduvad unehäired ja halvenes kontsentratsioonivõime. Episoodiliselt taandus koguni kriitiline hinnang hallutsinatsioonidesse ning patsient oletas, et teda tegelikult jälgitakse. Sellistel juhtudel esines märgatav ärevus ja hirm. Kuid need oletused ei arenenud siiski selgete luulumõteteni ega mõjustuselamusteni. Seoses seisundi pideva raskenemisega ei suutnud patsient enam toime tulla oma tööülesannetega.

Sellises olukorras pöördus patsient 1959. a. septembris psühhoneuroloogia dispanserisse palvega aidata tal vabaneda teda häirivatest häältest. Dispanseris oli esinemine asjalik ja adekvaatne, mõttekäik loogiline, suhtumine oma seisundisse sügavalt kriitiline ja adekvaatse emotsionaalsusega. Patsient suunati statsionaarsele ravile.

Haiglas sedastati järgmist. Kehaliselt: keskmist kasvu, korrapärase kehaehitusega, hea toitumusega. Siseelundid haiguslikkude leidudeta. Vererõhk 110/80 mm Hg, pulss 60/m. Neuroloogiliselt parema näonärvi tsentraalset tüüpi nõrkus, muus osas haigusliku leiuta. Vere, uriini ja väljaheite analüüsid patoloogiliste leidudeta. Röntgenoloogiliselt süda ja kopsud patoloogiliste muutusteta. Oftalmoloogiliselt: mõlema silma *visus* 0,2, vaateväljad normis, silmapõhjad muutusteta. Otoloogiliselt: audiomeetriliselt sedastatav minimaalne kuulmise nõrgenemine kõrgete toonide osas (üle 2048 Hz), muus osas haigusliku leiuta. Seljaajuvedelik: rõhk 430 mm veesammast, rakke 1/3, Pandy reaktsioon negatiivne, Siccardi järgi valku 0,22 0/00. Õhkentsefalograafia (Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla närviosakonnas): vatsakesed normaalses asendis, III ja vasak külgvatsake veidi laienenud. Subarahnoidaalruumis õhku ühtlaselt. WaR veres ja seljaajuvedelikus negatiivne.

Psüühiliselt: patsient on aruselge, täielikult orienteeritud, adekvaatse käitumisega. Kontakt patsiendiga täiesti vaba, seletusi oma haiguse ja elukäigu kohta annab ta elavalt, emotsionaalselt. Mälu ja intellekt häireteta. Kuulmishallutsinatsioone esines veel hospitaliseerimise päeval, sellest alates meelepetted täielikult kadunud. Ühenduses meelepetete lakkamisega on patsiendi meeleolu rõõmus. Ümbrusse ja oma tulevikku suhtub ta asjalikult ja aktiivselt. Hallutsinatsioonidesse suhtub sügava, emotsionaalse kriitikaga.

Kõrgema närvitalitluse eksperimentaalsel uurimisel sedastatakse: teise signaalsüsteemi talitlus häireteta, esimeses signaalsüsteemis erutusprotsessi minimaalne nõrkus. Vegetatiivsed funktsioonid (pulss, hingamine, naha elektriline takistus) regulaarsed. Süsteemidevaheline korrelatsioon normaalne (pulsi respiratoorne arütmia, respiratoorsed galvaanilised refleksid). Orienteerumisrefleksi vegetatiivne komponent on valgussignaalide puhul elav, helisignaalide puhul nõrk. Järeldus: mõõdukas pidurdusseisund kuulmisanalüsaatoris.

Patsiendile manustatud üldtoniseeriv sümptomaatiline ravi: glutamiinhape, B_1-vitamiini, C-vitamiini jt. Mingeid psüühilisi kõrvalekaldumisi ei ilmne, käitumine on pidevalt täiesti adekvaatne, mõtlemine seostatud, emotsionaalselt häireteta. Raviga saavutati erutuvuse vähenemine ja unehäirete kadumine. Patsient lahkub oktoobris 1959. a. haiglast tervena.

Kuigi patsient ise kardab tervisehäire kordumist ja kuigi arstid soovitasid tal vahetada töötingimusi, asub ta varsti tööle oma endisel töökohal. Kaks päeva hiljem hakkab patsient masinamüra sees kuulma taas kõnekõminat, mis mõne päeva jooksul intensiivistub selgesti diferentseeritavateks häälteks. Kuulmishallutsinatsioonid taastuvad endiste meeshäältena, mis jällegi kommenteerivad patsiendi tegevust, teevad halvustavaid märkusi tema käitumise kohta ja kritiseerivad tema viibimist psühhoneuroloogia haiglas. Seekord muutuvad meelepetted kiiresti väga massiliseks, esinedes nii tööl kui ka kodus ja tänaval. Patsiendi enesetunne halveneb kiiresti, uuesti tekib hirm vaimuhaiguse ees. Episoodiliselt esineb kartus, et teda tegelikult jälgitakse, kuid põhiliselt säilib siiski kriitiline suhtumine meelepetetesse. Patsient pöördub ise psühhoneuroloogia haiglasse ravi saamiseks.

Teistkordselt hospitaliseeriti patsient novembris 1959. a. Kehalises seisundis ei ole eelmise korraga võrreldes muutusi toimunud. Psüühiliselt: käitumine ja emotsioonid adekvaatsed, mõttekäik seostatud ja sihipärane. Esinevad kuulmismeelepetted tõeliste hallutsinatsioonidena, mille suhtes patsiendil esineb kriitika. Meelepetted häirivad teda ning ta soovib neist vabaneda. Haiglasse saabumisest alates muutuvad hallutsinatsioonid küll märgatavalt kahvatumaks, kuid nad kaovad täielikult alles kahenädalase aminasiinravi toimel (alguses 50, hiljem 100 mg aminasiini päevas). Aminasiinravi jätkamisel tekib tunduv hüpotoonia (vererõhk 70/35 mm Hg) ja allergiline reaktsioon (lööve, kerged tursed). Selles seisundis retsidiveeruvad ka kuulmismeelepetted, mille tõttu patsient on ise väga õnnetu. Aminasiinravi jätkatakse vähendatud annuses ja lisatakse insuliinravi kergete hüpoglükeemiate kujul (kuni 32 TÜ insuliini *pro dosi*). Kolme päeva jooksul taanduvad hallutsinatsioonid lõplikult. Kombineeritud aminasiin-insuliinravi jätkatakse veel kaks nädalat, seejärel lahkub patsient tervena.

Pärast haiglast lahkumist esineb patsiendil mõne aja jooksul kergeid unehäireid ja episoodilisi peavalusid, kevadel aga taastub tervis täies ulatuses. 1960. a. märtsist alates asub patsient taas tööle, seekord aga uuel tööalal, kus ei esine müra ega muid häirivaid tegureid. Oktoobris 1960. a. teostatud järeluurimisel ei ilmnenud mingeid psüühilisi kõrvalekaldumisi ega mingeid subjektiivseid kaebusi. Töötab pidevalt.

Kirjeldatud patsiendil esines kahel korral täiesti ühesuguse pildiga hallutsinoos, mida kliiniliselt diagnoositi sümptomaatilise hallutsinoosina mürakahjustuse tagajärjel. Esimesel korral arenes hallutsinoos pikemaajalise prodroomi järel, mille vältel ilmnes kesknärvisüsteemi edenev asteniseerumine, eriti kuulmisanalüsaatori osas. Hallutsinoos omandas õige intensiivse kuju. Kui patsient aga vabanes müra toimest, taandus hallutsinoos kiiresti. Teistkordselt arenes hallutsinoos pärast tööleasumist endistes tingimustes, muutus õige kiiresti intensiivseks. Ilmselt mõjusid kaasa tingitud reflektoorsed mehhanismid. Ühtlasi oli teine hallutsinoosiperiood palju visam, taandudes alles kompleksse ravi toimel. Ühenduses somaatilise seisundi ajutise halvenemisega esines hallutsinoosi retsidiiv koguni ravi käigus. Seejärel saavutatud tervenemine jäi püsima, kui patsient asus tööle soodsamates tingimustes.

Võib arvata, et entsefalograafiliselt leitud kerge atroofia patsiendi vasakus oimusagaras oli kuulmisanalüsaatori asteniseerumist soodustavaks faktoriks. Pidevate intensiivsete müraärrituste toimel arenes

kuulmisanalüsaatoris lõpuks välja ülepiiriline pidurdus, ilmselt hüpnootiliste faasiliste seisundite kujul, millest sugenesidki kuulmishallutsinatsioonid.

On huvitav märkida, et hallutsinoos sarnaneb antud juhul oma struktuurilt toksilisele (eeskätt alkohoolsele) hallutsinoosile. Iseloomustavaks on kommenteeriva sisuga tõelised verbaalsed hallutsinatsioonid, kusjuures üldine käitumine ning emotsionaalsus on adekvaatne ja mõtlemine seostatud. Kirjeldatud patsiendi anamneesis puuduvad täielikult andmed, mis lubaksid oletada hallutsinoosi toksilist alust.

Olgu mainitud, et verbaalsete kuulmismeelepetete esinemisel ikka arvesse tuleva skisofreenia protsessi võimaluse lülitavad välja nii mõtlemise vormilise külje intaktsus kui ka spetsiifiliste muutuste puudumine tunde- ja tahteelus. Katamnestilised andmed kinnitavad, et tegemist ei olnud psühhootilise protsessiga, vaid episoodilise sümptomaatilise hallutsinoosiga.

Kirjeldatud haigusjuht rõhutab müra olulist toimet kesknärvisüsteemi talitlusele, mis mõningatel kordadel võivad ulatuda koguni psühhootiliste häirete kujunemiseni. Sellest järeldub veelkordselt vajadus võidelda müra vastu nii töö- kui ka olustikutingimustes. Mürakahjustuste profülaktikas on vaja ulatuslikumalt kasutusele võtta ka individuaalseid mürakaitsevahendeid.

KIRJANDUS

1. Horn, K. Z. ärtzl. Fortbild, 1959, 2, 141—144. — 2. Pilz, E. Z. ärtzl. Fortbild., 1959, 13, 807—809. — 3. Dieroff, H. G. Z. ärtzl. Fortbild., 1959, 21, 1329—1335. — 4. Luts, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 3, 21—24.

СЛУЧАЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ВСЛЕДСТВИЕ ШУМОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

Ю. Саарма и Я. Тэпп

Резюме

Мы приводим случай галлюциноза, возникшего у 28-летней женщины в результате производственного шумового повреждения.

После полуторалетней работы в шумном цехе завода (интенсивность шума 80—85 дб) у больной появились астения центральной нервной системы и галлюциноз. Проявились истинные вербальные галлюцинации, к которым она относилась с критикой.

Первый приступ галлюциноза, после госпитализации, скоро прошел, и больная нуждалась лишь в симптоматическом лечении. Однако она вернулась в прежние условия работы, и галлюциноз вновь появился.

После комбинированного лечения аминазином (50—100 мг в сутки в течение 4 недель) и инсулином (до 30 ед. в сутки в течение 2 недель) больная выздоровела. По имеющимся данным, больная работает в бесшумном цехе уже 8 месяцев и никаких психических расстройств у нее не обнаруживается.

LAMBLIOOSI DIAGNOOSIMISE EFEKTIIVSUSEST KOPROLOOGILISEL MEETODIL

V. SEEDER

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, kateedri juhataja arstiteaduse kandidaat *L. Keres*, teaduslik juhendaja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige professor *A. Tur*)

Kuni viimaste aastateni on meie vabariigis lamblioosile vähe tähelepanu pööratud. Kirjanduse andmeil on lamblioos laialdaselt levinud invasioon kogu maailmas. Välismaiste autorite andmeil kõigub lambliatest nakatatud laste arv erinevates maades 8—36% piirides (J. Böe ja R. Rinvik, A. Gigov jt.). Nõukogude Liidus kõigub lambliate invasioon erinevate autorite andmeil suures ulatuses: 2,2—75% (N. Patrik, N. Štšupak, S. Tšetšelnitskaja, M. Savrik, B. Šenigson, N. Elštein, L. Tšalaja ja T. Tarassova, K. Krjukova ja N. Dollov jt). Tõenäoliselt on ka välismaal lambliatest invaseeritute arv suurem, sest invasiooni protsent oleneb teostatud uuringute sagedusest. Ühekordsetel koproloogilistel uuringutel jääb küllaltki suur osa lamblioosijuhtudest avastamata ja enamik välismaistest ja osa kodumaistest autoritest on koproloogilisi uuringuid teostanud ühekordselt.

Lamblioosi protsent oleneb uurimisaluste vanusest. Väikelastel täheldatakse nakatumist sagedamini kui vanematel lastel. Samuti on invaseeritute arv suurem seederikete all kannatavate laste hulgas (kuni 75%) ning pärast läbipõetud raskeid haigusi (L. Tšalaja ja T. Tarassova, M. Savrik). Lamblioosi levikul etendab olulist osa laste tihe kontakt invaseeritud isikutega.

Lamblioosi puhul ei esine mingit spetsiifilist sümptoomide-kompleksi, mille põhjal kliinilise sümptomatoloogia alusel oleks võimalik kindlalt diagnoosida parasiitide invasiooni. Kirjanduse andmeil ja kliinilises praktikas kasutatakse lamblioosi diagnoosimiseks duodenaalsondeerimisi ja koproloogilisi uuringuid.

Duodenaalsondeerimised valmistavad patsiendile ebamugavusi, ka ei ole duodenaalsondeerimisi võimalik rakendada massiliste profülaktiliste uuringute puhul. Seetõttu soovitab enamik autoreid diagnostilise meetodina koproloogilisi uuringuid.

Kirjanduse ja käesoleva töö laboratoorsete uuringute andmeil leidub normaalses roojas peamiselt lambliatsüste. Vegetatiivseid vorme leidub vaid kõhulahtisuse korral või pärast lahtistite manustamist. Vegetatiivsed vormid on eritunud roojas vähepüsivad ja hävinevad kiiresti. Nende avastamiseks on vajalik rooja mikroskopeerimine kohe pärast istet. Lambliatsüstid seevastu võivad niiskes roojas ja vees püsida eluvõimelistena ja diferentsitavatena nädalaid (K. Patrik) või isegi mõned kuud (N. Štšupak). Seetõttu levibki lamblioos peamiselt tsüstide kaudu.

Osa autoreid (J. Böe ja R. Rinvik) soovitavad enne koproloogiliste uuringute teostamist kasutada lahtisteid. Kuid polikliinilises töös, eriti jaoskonna tingimustes maal või massiliste profülaktiliste uuringute teostamisel kollektiivides on see seotud teatud raskustega.

Lähtudes neist seisukohtadest viidi läbi rida katseid lihtsaima meetodi väljaselgitamiseks.

Uuringuiks kasutati lamblioosihaige lapse rooja, milles leidus rohkesti lambliatsüste. Tahkest roojast pool säilitati kuivalt kergelt kaetud nõus toatemperatuuri juures, teine osa säilitati füsioloogilises lahuses (väliskeskkonna tingimused samad). Kuivalt säilitatud rooja pindmistes osades degenereerusid ja hävinesid lambliatsüstid kiiremini. Roojatüki seesmisest niiskest osast valmistatud preparaatides leidus tsüste 3 nädala vältel. Tsüstide arv ühes vaateväljas väheneb teisel-kolmandal nädalal märgatavalt, samuti degenereerus tsüstide struktuur.

Füsioloogilises lahuses roiskub roe kiiremini, kuid lambliatsüstid olid diferentsitavad samuti 3 nädala vältel. Enam leidus tsüste füsioloogilises lahuses sadestunud roojakördis. Kolmanda nädala lõpuks olid lambliatsüstid degenereerunud, nende struktuur mittediferentsitav. Neljandal nädalal ei õnnestunud koproloogilistes preparaatides lambliatsüste leida.

Seega võib lambliatsüstide uurimiseks kasutada seisnud rooja, võttes uuringuks materjali roojatüki keskmisest, niiskemast osast.

Kirjanduse andmeil valmistatakse lambliatsüstide uurimiseks värvitud või natiivseid preparaate. Värvimiseks kasutatakse raudhematoksüliini (Heidenhaini või Tsetlini modifikatsiooni järgi) ja Lugoli lahust. Võrreldes lambliatsüstide uurimismeetodeid osutus kõige paremaks roojapreparaadi valmistamine Lugoli lahusega (E. N. Pavlovski järgi). Selleks asetati esemeklaasile tilk Lugoli-lahust, millesse segati tikuga fekaalmassi ja hõõruti kuni homogeense roojakördi moodustumiseni. Preparaat kaeti katteklaasiga ja uuriti mikroskoopiliselt tugeva suurendusega. Lugoli lahusega värvitud preparaadi foon on kollakas, lambliatsüstid on intensiivsemalt värvunud. Tsüstide kapsel on selgesti nähtav, kahekordse kontuuriga. Enamasti on ka tuumad diferentsitavad.

Kirjanduses soovitatud äigepreparaat ei osutunud lambliatsüstide uurimiseks kohaseks, kuna äigepreparaat on liiga paks õrnade lambliatsüstide diferentsimiseks roojamassist. Füsioloogilise lahusega valmistatud natiivpreparaadis on kahvatud lambliatsüstid raskemini diferentsitavad kui Lugoli lahusega värvitud preparaadis. Raudhematoksüliiniga värvimine on seotud suurema aja- ja värvimismaterjali kuluga, seejuures preparaadi kvaliteet kliiniliseks uuringuks ei ületa Lugoli lahusega värvitud preparaati. Koproloogilisi preparaate mikroskopeeriti tugeva suurendusega, sest nõrgal suurendusel võib lambliatsüste kergesti vahetada taimsete rakkude või rasvatilkadega.

Tänapäeval ei ole lambliate bioloogilised protsessid veel lõplikult selgitatud. Kirjanduses leidub vaid andmeid lambliatsüstide perioodilise ilmumise kohta rooja. Seetõttu soovitatakse koproloogilisi uuringuid teostada korduvalt. Lähtudes neist andmeist uuriti käesoleva töö teostamisel lastel rooja kuni 7 korda.

Ühekordsel roojauuringul avastati 55-st lamblioosiga lapsest lambliatsüste ainult 33-l, s. o. $^3/_5$ osal. Kolmekordsel koproloogilisel uuringul jäi diagnoosimata $^1/_6$ juhtudest. Alles kuuekordsel uuringul diagnoositi kõik lamblioosijuhud. Seitsmendal roojauuringul ei leitud ühelgi 75-st uuringute vältel negatiivseks jäänud lapsest lambliatsüste.

Seega on lamblioosi diagnoosimiseks vaja teostada vähemalt 6 koproloogilist uuringut erinevatel päevadel. Teostatud uuringuist lähtudes tuleb kriitiliselt suhtuda kirjanduses esitatud arvudesse lamblioosi esinemise sageduse kohta, kuna osa autoreist on teostanud uuringuid vaid ühekordselt. Tegelikult esineb lamblioosi palju sagedamini.

Lamblioosi esinemissageduse väljaselgitamiseks Tartu linna lastel uuriti 130 last vanuses 4—14 a. Uurimisalusteks olid lastekollektiivide lapsed mitmesuguses vanuses ilma eelneva küsitluseta tervisliku seisundi kohta.

Lamblioosi diagnoositi koproloogiliste analüüside alusel. Roojauuringud teostati igal uurimisalusel kuni 7 korda erinevatel päevadel. Juhul kui 3 esimeses preparaadis lambliaid ei leitud, valmistati igast uuritavast roojast 10 preparaati. Uuringud teostati kas iga päev, ülepäeviti või üle kahe päeva, vastavalt lapse füsioloogiliselt esinevale defekatsiooniaktile. Kunstlikult soolepassaaži ei kiirendatud. Lambliatsüstide leidumisel preparaadis lõpetati uuringud. 130 uurimisalusest lapsest leidus lambliatsüste 55-l, s. o. 42% (vt. tabel).

Eelkooliealiste laste kollektiivides (4—7-aastased) esines lambliate invasioon 89 uuritust 40-l, s. o. 45%, ja kooliealistel lastel 36 uurimisalusest 15-l, s. o. ligikaudu pooltel uurituist. Kaheksal kodusel 4—7-aastasel lapsel lambliatsüste ei leitud.

1959. a. ja 1960. a. teostasid E. Allikas, P. Põldmäe, H. Urb ja E. Valge koproloogilisi uuringuid Tartu lastesõimede lastel. Uuringud viidi läbi kolmes tervete laste kollektiivis. Kokku uuriti 187 last vanuses 1—4 a. Lamblioos esines 21%-l kõigist uurimisalustest.

Samaaegselt uuris V. Karu lamblioosi esinemist düsenteeriakroonikuil Tartu Linna I Väikelastekodus. 43 uuritud lapsest esines lamblioos 18-l, s. o. 42%. 18-st lamblioosiga lapsest (2—3-aastased) oli düsenteeria diagnoos bakterioloogiliselt tõestatud 3 juhul, 15 lapsel oli düsenteeriat diagnoositud kliinilise pildi alusel.

Väikelastel diagnoositi lamblioosi samuti koproloogiliste uuringute alusel, kusjuures igal neist teostati 7 uuringut.

Võrreldes toodud andmeid selgub, et lamblioosijuhtude arv Tartu linna eelkooliealistel ja kooliealistel lastel on ligi 2 korda suurem kui 1—4-aastastel väikelastel ning võrdub lamblioosijuhtude arvuga düsenteeriat põdenud väikelastel (vt. tabel).

Lamblioosi esinemise sagedus Tartu linna lastekollektiivides

Laste vanus	Uuritute arv	Neist lamblioosiga	
		arv	%
1—4 a. (E. Allikas jt.)	187	39	21%
2—3 a. (V. Karu)	43	18	42%
4—14 a. (V. Seeder)	130	55	42%

Seega on lamblioos meil sooleparasiitide invasioonidest kõige sagedasem ja on vaja senisest enam tähelepanu pöörata selle õigeaegsele avastamisele. Võrreldes kirjanduse andmetega ei ole meil lamblioosi protsent kõrgem kui neil autoreil, kes on teostanud rohkem kui 4 koproloogilist uuringut.

Kirjanduses ei ole lambliate patogeensuse küsimus veel lõplikult lahendatud, kuigi enamik kaasaegseist autoreist peab lambliaid patogeenseks inimese suhtes. Juhindudes puhtpraktilisest küsimusest, kas on vaja lamblioosiga lapsi ravida, viidi läbi küsitlus uurimisaluste tervisliku seisundi kohta. Kõik 55 4—14-aastast lamblioosiga uurimisalust olid tunnistatud pediaatrite poolt terveteks ja lubatud lasteaeda või kooli. Täpsemal küsitlusel selgus, et nimetatuist ainult 17-l, s. o. umbes 1/3, ei esinenud kliinilisi kaebusi. 38 lapsel esinesid seedeelundkonna ja ainevahetuse häired: isutus 30 lapsel, kõhuvalud 15, harv oksendamine 6, iiveldus 5, subfebriliteet 3 ja seedehäired 2 lapsel. Närvisüsteemi häiretest esines peavalusid 4 juhul, emotsionaalse toonuse langus 2 lapsel ja neurasteenia 1 juhul.

Järeldused

1. Lamblioosi esines Tartu linna eelkooliealiste ja kooliealiste laste hulgas 42%-l uurituist.
2. Lamblioosi kindlakstegemiseks on vajalik teostada vähemalt 6 koproloogilist uuringut erinevatel päevadel.

3. Koproloogilisi uuringuid võib teostada seisnud roojast.

4. 55-st lamblioosiga lapsest, keda lubati tervetena lasteaeda või kooli, esinesid täpsemal küsitlusel kliinilised kaebused $^2/_3$ uurituist.

5. Kõigil lastel on vajalik kohe kollektiivi saabumisel ja edaspidi 2 korda aastas teostada paralleelselt teiste kohustuslike uuringutega roojaanalüüse lambliate avastamiseks.

6. Lamblioosi leviku vältimiseks on kõigil avastatud lamblioosijuhtudel vaja kohest ravi.

KIRJANDUS

1. Гигов А. Мед. реф. журнал, 1957, IV разд., 7, 62. — 2. Крюкова К. А. и Доллов Н. В. Вопр. охраны материнства и детства, 1958, 3, 78. — 3. Павловский Е. Н. Руководство по паразитологии человека. Л., 1952, т. 1, 72. — 4. Патрик Н. П. Кишечные протозойные заболевания человека. Алма-Ата, 1955, 68—85. — 5. Саврик М. Е. Педиатрия, 1957, 4, 22—26. — 6. Шетлин А. Л. Мед. паразитол. и паразитарн. болезни, 1950, 6, 551. — 7. Чалая Л. Е. и Тарасова Т. Д. Мед. паразитол. и паразитарн. болезни, 1958, 2, 176. — 8. Чечельницкая С. Э., Байгулева С. А., Якобсон Д. Я. и Вайман Т. Н. Мед. паразитол. и паразитарн. болезни, 1959, т. 28, 2, 231 — 9. Шенигсон Б. С. Мед. паразитол. и паразитарн. болезни, 1959, т. 28, 2, 232 — 10 Щупак Н. Б. Лямблиоз кишечника и желчных путей. Киев, 1952, 17. — 11. Эльштейн Н. В. Клинич. медицина, 1957, т. 35, 2, 69—76. — 12. Allikas, E., Põldmäe, P., Urb H. ja Valge, E. Lamblioosi esinemise sagedusest varaealistel lastel Tartu linna lastesõimedes. TRÜ Võistlustöö, Tartu, 1960. — 13. Böe, J. and Rinvik, R. Acta Paediatrica, vol. XXXI, Fasc. I, Uppsala 1943, 125—146.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЛАМБЛИОЗА КОПРОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

В. Сеэдер

Резюме

Для выявления лямблиоза копрологическим методом были проведены копрологические анализы у 130 детей города Тарту в возрасте 4—14 лет. Исследование копрологических препаратов, окрашенных раствором люголя, проводилось ежедневно в течение 7 дней. Лямблиоз был установлен у детей в 42% случаев.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы:

1) выявление лямблиоза требует по меньшей мере 6-кратного копрологического исследования в разные дни;

2) из 55 детей, считавшихся здоровыми, у 65% при тщательном исследовании были обнаружены различные признаки лямблиоза.

3) при приеме детей в коллектив необходимо параллельно с другими обязательными исследованиями проводить анализ кала на лямблиоз и в дальнейшем повторять такие мероприятия два раза в год.

4) во всех случаях лямблиоза необходимо больного немедленно направить на лечение.

MÕNEDE DIAGNOSTILISTE MEETODITE VÕRDLEVAID UURIMUSI DÜSENTEERIAHAIGETEL*

E. ALLIK ja *T. KIRTSI*

(Tartu Linna Kliinilisest Nakkushaiglast, peaarst *M. Martson*)

Düsenteeria diagnostika valmistab haiguse initsiaalstaadiumis, eriti laste juures, arstile suuri raskusi. Kui varem düsenteeria diagnoos põhines ainult kliinilistel andmetel, siis kaasajal on infektsionisti käsutuses terve rida meetodeid düsenteeria diagnoosimiseks: rektoromanoskoopia, koproloogiline ja bakterioloogiline uurimine. Kuid «bakterioloogiline diagnoos roojakülvide näol kõigub isegi kindlatel düsenteeriahaigetel keskmiselt 33—35% piires» [Lepp (1)]. Samuti rõhutab A. Bilibin, et «bakterioloogilise analüüsi negatiivne resultaat ei räägi ühelgi juhul vastu haiguse düsenteerilisele etioloogiale» (2). Sel põhjusel soovitavad nimetatud autorid ja ka rida teisi kasutada abimeetodina aglutinatsioonireaktsiooni haige vereseerumiga.

Seroloogiliste tulemuste hindamisel loeb Brutman kaastöölistega (3) diagnostiliseks tiitriks lastel lahjendust mitte alla 1 : 200 ja täiskasvanutel mitte alla 1 : 400; seejuures ägeda kulu korral aglutinatsioonireaktsioon muutus positiivseks 5.—6. haiguspäevaks ja antikehade tiitri kasv saavutas maksimumi 20.—25. haiguspäeval, millele järgnes tavaliselt antikehade tiitri langus. Blindman ja Olevskaja (4) loevad diagnostiliseks tiitriks lahjendust 1 : 200 ja lastel vanusega kuni $1^1/_2$ aastat 1 : 100. Kuntsman, Sekunova ja Bõtškova (5), kasutades paralleelselt nii diagnostikume kui ka eluskultuure, resultaatides vahet ei täheldanud; küll aga sedastati, et Kruse-Sonne düsenteeria haigetel lastel oli esiplaanil aglutinatsioon Flexneri grupi antigeenidega. Padalka (6) omistab aglutinatsioonireaktsioonile vaid diagnostikat täiendava meetodi väärtuse ja hoiatab negatiivsele aglutinatsioonile diagnostilist tähtsust omistamast, sest negatiivse aglutinatsioonireaktsiooni korral on avastatud kaunis suurel protsendil haigeist düsenteeriatekitajaid roojas.

Mitmed autorid [Libov (7), Rogozin (8), Jegorova (9) jt.] soovitavad kasutada düsenteeria laboratoorse diagnostika meetodina fagotsütoosireaktsiooni. Nii ulatub Serebriiski ja Antonova (10) andmetel fagotsütaarne indeks akuutse düsenteeria haigetel juba esimestel haiguspäevadel kuni 34,5% ja kroonilise düsenteeria ägenemisel kuni 23%, kusjuures tervetel inimestel see ei ületa 12%. Fagotsütaarset aktiivsust soovitatakse määrata ainult kuni 3. haigusnädalani, sest siis fagotsütaarne indeks langeb füsioloogilisele tasemele ja ei oma diagnostilist väärtust [Skvortsova (11), Dansker ja Kuntsman (12)].

Käesolevas töös analüüsiti Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas 1957. a. ja 1958. a. esimese 8 kuu jooksul hospitaliseeritud 105 düsenteeriahaige haiguslugu. Seejuures kuulusid analüüsimisele need düsenteeriahaiged, kellel diagnoos oli bakterioloogiliselt kinnitatud ja kellel oli paralleelselt teostatud aglutinatsioonireaktsioon vereseerumiga. Osal oli määratud ka fagotsütaarne indeks.

Uuritud materjal hõlmab akuutse düsenteeria haigeid (73,3%) ja kroonilise düsenteeria haigeid (26,7%). Neist oli naisi 63,8% ja mehi 36,2%. Vanuseliselt jagunesid haiged järgmiselt: 0—3 a. 9,5%, 4—7 a. 9,5%, 8—16 a. 24,0% ja 17 a. ja vanemad 57,0%.

Neil haigetel eraldati roojast: *Bact. dysenteriae* Sonne 48,6%, *Bact. dysenteriae* Newcastle 34,3%, *Bact. dysenteriae* Flexner 16,2%, *Bact. dysenteriae* Boyd-Novgorodskaja 0,9%.

---

* Ette kantud Kaunases 24.06.60.a. Leedu NSV 20. aastapäevale pühendatud Kaunase Mikrobioloogide, Epidemioloogide ja Infektsionistide Seltsi ja Kaunase Nakkushaigla ühisel konverentsil.

Analüüsimisele kuulunud perioodil oli düsenteeriabakterite eraldamine keskmiselt 30%-line.

Bakterioloogiliseks uurimiseks koguti ööpottidest või mähkmetest rooja steriilsesse katseklaasi, mis sisaldas boraatkonservanti. Külvid sooritati samal päeval või teisel-kolmandal päeval ühele või mitmele «värvilisele» plaadile, sõltuvalt rooja iseloomust. Diferentsiaaldiagnostiliste söötmetena kasutati Ploskirjevi, Levine'i ja broomkresoolagari söödet. Pärast 24-tunnilist inkubeerimist termostaadis 37°C juures isoleeriti igast külvist 3—12 laktoosnegatiivset pesa kas Russeli söötmesse või kaldtulpsöötmesse karbamiidiga, või sektorisse broomtümoolsinise plaadil. Järgmisel päeval sooritati biokeemilistelt ja morfoloogilistelt omadustelt düsenteeriatekitajatele tüüpiliste kultuuridega orienteeruv aglutinatsioonireaktsioon esemeklaasil liigispetsiifiliste seerumitega.

Düsenteeriabakterite leid oli järgmine: 2. haiguspäeval 7,2%-line, 3-ndal — 10,3%, 4-ndal — 6,2%, 5-ndal — 7,2%, 6-ndal — 6,2%, 7-ndal — 7,2%, 8-ndal — 6,2%, 9-ndal — 4,1%, 10-ndal — 2,1% (seega esimesel dekaadil 56,7%-line, teisel — 26,8%, kolmandal ja hiljem 16,5%).

Aglutinatsioonireaktsiooni sooritamisel valmistati uuritavast vereseerumist lahjendused 1 : 10 kuni 1 : 640; nimetatud lahjendustele lisati Flexneri, Newcastle'i ja Sonne bakterite diagnostikume. Pärast 18-tunnilist inkubeerimist termostaadis 37°C juures hinnati resultaate aglutinoskoobi abil. Seroloogiliseks diagnostiliseks tiitriks loeti lahjendusi 1:160 kuni 1:320.

Positiivse aglutinatsioonireaktsiooni tulemusi esines haiguse dekaadides järgmiselt: esimesel dekaadil 59,1%, teisel — 28,6%, kolmandal ja hiljem 12,3%.

Võrreldes bakterioloogiliste ja seroloogiliste leidude ühtimist ja erinemist nii akuutse kui ka kroonilise düsenteeria haigetel, näeme, et 53,3% juhtudest erinesid bakterioloogilised ja seroloogilised tulemused ja ainult 46,7% juhtudest kinnitasid mõlemad tulemused düsenteeria diagnoosi. Samasugune suhe esines ka akuutse düsenteeria haigetel. Kroonilise düsenteeria puhul bakterioloogilised ja seroloogilised leiud ühtisid *resp.* erinesid 50% ulatuses.

Aglutinatsioonireaktsiooni dünaamikat on uuritud vaid üksikjuhtudel, mille tõttu puudub võimalus üldistuste tegemiseks. Kirjanduse andmeil muutub aglutinatsioonireaktsioon positiivseks 1. haigusnädala lõpuks, saavutades maksimumi 3. haigusnädalal, millele järgneb tiitri langus. Meie juhtudel oli 1. haigusnädala lõpul aglutinatsioonireaktsioon negatiivne ja muutus positiivseks 11. haiguspäevaks; siis algas langus, uuesti negatiivseks muutus 3. dekaadil.

Meie poolt uuritud haigetel esines düsenteeria etioloogiana kõige arvukamalt Sonne düsenteeriabakter; aglutinatsioonireaktsioonid Sonne bakterite antigeenidega olid 1. haigusnädalal negatiivsed, saavutasid aga diagnostilise tiitri pärast 9. haiguspäeva ja osutusid positiivseks isegi 3. haigusnädalal. Kirjanduses käsitletud Sonne bakterite tekitatud düsenteeria haigetel esinevat Sonne antigeenide suhtes positiivse aglutinatsioonireaktsiooni varjutamist Flexneri grupi antigeenidega esines ka meie andmetel 43%-l Sonne bakterite tekitatud düsenteeria haigetest, ja mitte üksnes Sonne, vaid ka Newcastle'i bakterite tekitatud düsenteeria haigetel (41,7% juhtudest).

Fagotsütoosireaktsioon sooritati 25 akuutse ja 6 kroonilise düsenteeria haigel, osal analüüsitud haigetest aga korduvalt. Fagotsütoosireaktsiooni sooritati meie modifitseeritud metoodika järgi; iga proov teostati elusate Flexneri, Newcastle'i ja Sonne düsenteeriabakteritega.

Kui kroonilise düsenteeria haigetel fagotsütoosireaktsioon ei olnud rakendatav diagnostilise abimeetodina bakteri liigi määramisel, siis akuutse düsenteeria haigetest ühtis fagotsütoosireaktsioon 8 juhul bakterioloogilise leiuga, andes positiivse resultaadi vaid 1. dekaadil, kahel juhul ka 2. ja 3. dekaadil.

Meie tulemuste analüüsist ja nende võrdlusest kirjanduse andmetega tulenevad järgmised järeldused.

1. Aglutinatsioonireaktsioon on rakendatav düsenteeria diagnostilise abimeetodina vaid pärast 9. haiguspäeva nii akuutse düsenteeria kui ka kroonilise düsenteeria ägenemise puhul.

2. Ühekordne aglutinatsioonireaktsiooni sooritamine ei võimalda kinnitada düsenteeria diagnoosi, küll aga dünaamiline uurimine.

3. Negatiivne aglutinatsioonireaktsioon ei eita düsenteeria diagnoosi.

4. Arvestades asjaolu, et fagotsütoosireaktsiooni teostamine nõuab suurt ajakulu ja annab väheveenvaid tulemusi, arvame, et fagotsütoosireaktsioon ei oma kaalu valikmeetodina düsenteeria diagnostikas.

KIRJANDUS

1. Lepp, F. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 4, 9—14. — 2. Билибин А. Б. и Бунин К. В. Курс инфекционных болезней. М., 1956. — 3. Брутман Е. И., Бендерская А. С., Степанковская Д. Л. и Райнерман Р. И. Ж. Микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 1953, 3, 26—27. — 4. Блиндман Р. С., Олевская Л. А. Сов. медицина, 1955, 9, 43—46. — 5. Кунцман Е. С., Секунова В. Н. и Бычкова В. В. Ж. Микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1957, приложение, 15—16. — 6. Падалка Б. Я. Дизентерия. Киев, 1955. — 7. Либов А. Л. Бактериальная дизентерия у детей. Л., 1955. — 8. Рогозин И. И. Воен.-мед. ж., 1952, 5, 48—54. — 9. Егорова А. П. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1956, 8, 101—101. — 10. Серебрийский И. Я. и Антонова М. А. Ж. микробиол., эпидемиол., и иммунобиол., 1950, 4, 43—44. — 11. Скворцова Т. А. Педиатрия, 1952, 3, 38—44. — 12. Данскер В. Н. и Кунцман Е. С. цит. Либов А. Л. (7).

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ У БОЛЬНЫХ ДИЗЕНТЕРИЕЙ

Э. Аллик и Т. Киртси

Резюме

Диагностика дизентерии в начальной стадии заболевания вызывает у практического врача большие трудности. В настоящее время в распоряжении инфекциониста имеется целый ряд методов для диагностики болезни. Так как положительные результаты бактериологического исследования кала у заведомо больных дизентерией колеблятся только в пределах 33—35%, ряд авторов предлагает применять в качестве вспомогательного метода как реакцию агглютинации с сывороткой больного, так и фагоцитарную реакцию.

Мы изучали истории болезней 105 больных острой и хронической дизентерией, госпитализированных в Тартуской городской клинической инфекционной больнице. Нас интересовали те больные, у которых диагноз был подтвержден бактериологически и одновременно проведена реакция Видаля, а также частично определен фагоцитарный индекс.

Анализ наших результатов и сравнение их с литературными данными позволяют сделать следующие выводы:

1. Реакция агглютинации применима в качестве вспомогательного метода в диагностике дизентерии после 9-го дня болезни как при острой, так и при обострениях хронической дизентерии.

2. Для постановки диагноза дизентерии недостаточно однократного проведения реакции Видаля, необходимо ее изучать в динамике.

3. Отрицательная реакция агглютинации не исключает диагноза дизентерии.

4. Считаясь с тем, что постановка фагоцитарной реакции отнимает много времени и дает малоубедительные результаты, полагаем, что применять ее в качестве вспомогательного метода диагностики дизентерии нет основания.

PUUKENTSEFALIIDI VIIRUSE ERALDAMISEST EESTI NSV-s

Arstiteaduse kandidaat *A. KARAPETJAN* ja *V. ZASSÕPKIN*

Nõukogude Liidu paljudes rajoonides teostatakse puukentsefaliidi uurimist. Eesti NSV aga oli sellel alal kuni viimase ajani «valgeks laiguks».

Eesti NSV kliima, floora, fauna ja puukide (*Ixodes persulcatus* ja *Ixodes ricinus*) olemasolu loovad võimaluse selle nakkuse looduslike kollete tekkimiseks. Peale selle piirneb Eesti NSV Leningradi oblasti ja Läti NSV-ga. Viimases on regulaarselt registreeritud entsefaliiti haigestumisi ja ka mitmetes Leningradi oblasti rajoonides on eraldatud puukentsefaliidi tekitajaid.

1950. a. alates on mitmetes Eesti NSV rajoonides igal suvel registreeritud haigestumisi puukentsefaliiti (E. Raudam). Peab aga mainima, et ühelgi juhul ei ole kliinilist diagnoosi kinnitatud virusoloogiliselt.

1959. a. õnnestus meil esmakordselt Eesti NSV-s Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töötaja M. Tšernõševa poolt Võru rajoonis (Tsooru asula läheduses) korjatud puukidest eraldada puukentsefaliidi viirus. Uurimismetoodika oli järgmine. Korjati 30—40 näljast võsapuuki (*Ixodes ricinus*) ja pärast nende peenekshõõrumist uhmris koos füsioloogilise lahusega kallati vedelik katseklaasidesse ning tsentrifugeeriti (3000 tiiru minutis) 10 minutit. Hiljem, pärast antibiootikumide lisamist (300 TÜ/ml penitsilliini ja 150 TÜ/ml streptomütsiini) süstiti seda valgetele hiirtele. Igast puugipartiist saadud materjali süstiti 15—20 g raskustele hiirtele (iga partii kohta 5—6 hiirt) intratserebraalselt 0,02 ml.

Võru rajoonist korjatud puukidest õnnestus esimese passaaži puhul eraldada patogeenne agens, millest valged hiired surid 7.—8. päeval pärast süstimist. Hiirtel esines puukentsefaliidile iseloomulik kliiniline pilt (rahutus, pulstunud karv, krambid, halvatused). Järgnevatel passaažidel surid loomad 5.—6. päeval pärast nakatamist.

Hiljem õnnestus komplemendi sidumise reaktsiooni abil selgitada, et eraldatud tüvi kuulub puukentsefaliidi viiruste rühma.

Meie uurimiste tulemusi kinnitas NSV Liidu Teaduste Akadeemia Leningradi Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi virusoloogia osakond.

О ВЫДЕЛЕНИИ ВИРУСА КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В ЭСТОНСКОЙ ССР

А. Карапетян и В. Засыпкин

Резюме

В 1959 году из голодных клещей *Ixodes ricinus*, собранных в районе Выру (местечко Тсоору), впервые в Эстонской ССР выделен вирус клещевого энцефалита.

PEENENDATUD KÕHRE KASUTAMISEST NÄO PLASTILISTEL OPERATSIOONIDEL

E. SARV ja *K. KASE*

(Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haiglast, peaarst *A. Pandre*)

Leningradi Traumatoloogia ja Ortopeedia Instituudi näo- ja lõualuude kirurgia osakonnas kasutatakse 1955. a. veebruarist alates näo- ja lõualuude taastavas kirurgias peenendatud kõhre. Selle meetodi iseärasus seisneb selles, et peenendatud kõhr viiakse rõhu all nõela abil kudedesse. Kõhre sisseviimine antud meetodil ei vaja eelnevalt naha ega nahaaluse koe prepareerimist. Kasutatakse spetsiaalset revolversüstalt.

Kasutatakse auto- ja homoplastilist kõhre. Viimast konserveeritakse kas prof. H. Michelsoni järgi (Ringer-Locki lahuses +4° juures) või kiirkülmutamise meetodil (—76° kuni —25° juures). Kõhr võetakse tavaliselt roidelt ja peenendatakse terava skalpelliga 1,5 mm läbimõõduga tükikesteks. Laetud revolversüstla nõel lükatakse koesse defekti lõpuni, seejärel surutakse kõhr aeglaselt koesse, samaaegselt nõela tagasi tõmmates. Kõhr jääb nõelaga tehtud kanalisse suurema või väiksema diameetriga tulbakestena, mille suurus oleneb nõela väljatõmbamise kiirusest ja kudede vastupanust.

Enne kui üksikud kõhrerakud ühinevad sidekoe väätide abil tervikuks, täidab peenendatud kõhr toe ja funktsiooni ülesannet, säilitab temale antud kuju juba sisseviimise momendist alates, valgumata kudedes laiali.

Sellist meetodit on rakendatud paljudel juhtudel, näiteks ninaselja sisselangemisel (sadulnina puhul), sarnakaare taastamisel, täieliku ja osalise ninaplastika, ninatiibadele toe andmiseks jänesemoka puhul, traumaatiliste defektide korrigeerimiseks, ülalõualuu kontuuride korrigeerimiseks ühepoolse mikrogeenia puhul, alalõualuu kontuuride taastamisel, kõrvaliesta kõhrelise osa moodustamiseks, alalõualuu pähiku taastamisel, alalõualuu alveolaarjätkete tõstmiseks ja sõrmelülide taastamiseks.

Postoperatiivne periood kulgeb rahulikult. 5—7 päeva jooksul esineb lokaalne naha hüpereemia ja mõõdukas pehmete kudede turse, temperatuur on normaalne.

Kirjanduse andmeil on täheldatud kahte liiki tüsistusi. Menetlustehnika vea tõttu võidakse näiteks viia kõhretükikesi nahasisesi, mis võib kutsuda esile naha nekroosi. Limaskesta perforeerimine võib põhjustada abstsessi tekkimist.

Kaugtagajärgede kontrollimised näitavad, et vajalikul hulgal kudedesse viidud kõhr säilitab täielikult operatsiooni ajal antud kuju. Nahk operatsiooni kohal säilitab normaalse liikuvuse.

Ülaltoodud meetodi järgi oleme opereerinud 2 haiget, kel esines nina traumaatiline deformatsioon. Mõlemal juhul oli tegemist ninaluude murru järgse sadulninaga. Operatsiooniks kasutasime laibaroide kõhre, mis oli konserveeritud H. Michelsoni järgi.

Operatsiooni käik. Kohalik anesteesia. Süstiti ninatipust subperiostaalselt *Sol. Novocaini* 1% — 10,0 + *penicillini* 300.000 TÜ. Sellele järgnes revolversüstla laadimine peenendatud kõhrega, mida töödeldi eelnevalt 500.000 TÜ penitsilliiniga.

Revolversüstlaga viidi ninatipust subperiostaalselt ninaseljale umbes 5 ml peenendatud kõhre. Nina modelleeriti sõrmede abil. Pärast operatsiooni täheldasid haiged transnasaalse hingamise kergenemist, mis on seletatav ninatiibade tõstmisega kõhretulbakeste abil.

Haigetele ordineeriti postoperatiivselt paaril päeval profülaktiliselt antibiootikume (penitsilliini, streptomütsiini). Temperatuur püsis normaalsena. Lokaalselt esines esimestel päevadel ninanaha hüpereemia ja turse.

Foto 1

Foto 2

Haiged kirjutati haiglast välja kosmeetiliselt ja funktsionaalselt taastatud ninaga.

Näitena ühe haige ravi tulemustest vt. foto 1 (enne operatsiooni) ja foto 2 (pärast operatsiooni).

KIRJANDUS

1. Лимберг Алла А. Вестн. хирургии, 1957, т. 78, 68—73. — 2. Лимберг Алла А. Вестн. хирургии, 1958, т. 81, 10, 57—61. — 3. Лимберг Алла А. Опорная и контурная пластика размельченным хрящом, вводимым в ткани револьверным шприцем. 1959 г. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Л., 1959. — 4. Рауэр А. Э., Михельсон Н. М. Пластические операции на лице. М., 1954.

О ПРИМЕНЕНИИ РАЗМЕЛЬЧЕННОГО ХРЯЩА ПРИ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛИЦЕ

Э. Сарв и К. Касе

Резюме

Для лечения травматических деформаций носа у двух больных мы применили трупный реберный хрящ, который в размельченном виде был введен в ткани револьверным шприцем. Этот метод дал хороший косметический эффект и способствовал более свободному дыханию больных через нос.

Приведенные снимки отражают результаты лечения одного из этих больных.

TALLINNA HAIGLATE TOIDURATSIOONIDEST

A. RIHMA

(Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst *L. Stepanova*)

Toitumisalaseid küsimusi on Eesti NSV-s veel vähe uuritud. Puuduvad ka teaduslikult läbitöötatud andmed meie haiglate toiduratsioonide kohta. Õige toitumine on aga tähtsaks faktoriks tervise taastamisel. Seepärast seadsime käesoleva töö ülesandeks anda hinnang mõnede Tallinna haiglate toiduratsioonide kohta. Võrreldes haiglate toiduratsioone kehtestatud hügieeniliste normatiividega, saame näidata teid haigete toitlustamise parandamiseks.

1959. a. vältel uurisime seitsme Tallinnas asuva vabariikliku raviasutuse, s.o. Tallinna Vabariikliku Haigla, Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla, Tallinna Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri statsionaari, Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri statsionaari, Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla, Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri statsionaari ja Tallinna Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi toiduratsioone. Selleks töötasime läbi raamatupidamise andmed, s. o. kalkulatsioonilehed, menüüd ja toidukulu kuuaruanded. Ühtlasi uuriti Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama laboratooriumis toiduaineid, määrates nende C-vitamiini sisaldust (iga haigla kohta 10—12 korral). Tabelis 1 toodud andmed on saadud toit nr. 15 ööpäevastest toiduratsioonidest lähtudes. Andmete võrdlemiseks normatiividega (1; 3) arvestati 1959. aastal välja ühele haigele toidupäeva kohta antud põhimised toiduained grammides, loomuliku kao protsenti maha arvamata.

Nagu näitavad tabelis 1 toodud andmed ca 700 000 (667323) toidupäeva kohta (moodustab ligi 20% kogu Eesti NSV haiglate toidupäevade üldsummast), sisaldavad Tallinna haiglate toiduratsioonid vähe mõningaid tähtsaid toiduaineid, nagu köögivilja, puuvilja, kala, taimeõli jt. Teraviljasaaduste osatähtsus haiglate toiduratsioonides on suhteliselt suur. Eriti ebarahuldav on olukord selles suhtes Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogia Haiglas, kus teraviljasaadused annavad umbes 50% (47.2%) päevasest kalorihulgast. Tallinna Vabariiklikus Sadama Haiglas tarvitatakse piima palju vähem kui teistes haiglates.

Köögivilja kasutamine oleneb aastaajast ja üksikutes raviasutustes esineb selles osas suuri kõikumisi. Köögivilja vähene tarvitamine on tingitud mõningate köögiviljade, nagu kaalikate, porgandite, tomatite jt. piiratud varudest ja varajase köögivilja vähesusest juuni- ja juulikuus. Nimelt puuduvad haiglatel nõuetekohased köögiviljahoidlad ja nad ei varu köögivilja suuremas koguses. Ebarahuldavate hoiutingimuste tõttu langeb ka kartulite kvaliteet. Et kindlustada haigeid küllaldase hulga kvaliteetse köögiviljaga ka kevadel ja varasuvel, tuleb kiirendada nõuetele vastavate köögiviljahoidlate ehitamist haiglate juurde.

Võrreldes Tallinna haiglate toiduratsioonides tegelikult tarvitatud köögiviljaliikide protsentuaalset suhet normidega (3; 5). Selgub, et peale kartuli tarvitatud köögivilja keskmisest üldkogusest moodustab ühe kolmandiku kapsas. Köögiviljasortimendi soovitatud protsentuaalsest vahekorrast rohkem on tarvitatud ka porgandeid, kaalikaid ja peete, tunduvalt vähem aga tomateid ja mitmesuguseid teisi köögivilju. See on tingitud kohalikest oludest ja mõningal määral ka harjumusest.

Värsket puuvilja (tabel 1) on Tallinna haiglate toiduratsioonides vähe ja sedagi juhuslikult ning lühikest aega, peamiselt aasta teisel poolel. Mõnedes haiglates on püütud puuvilja asendada mitmesuguste mahladega. Nagu näitasid korduvad laboratoorsed uurimised, puuduvad palju-

des mahlades vitamiinid peaaegu täielikult, või neid esineb väga vähesel hulgal. Näiteks oli Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama laboratooriumi andmeil C-vitamiini viinamarjamahlas 0,5 mg%, õunamahlas 1,3 mg%, punasesõstramahlas 0,5 mg%. Nii ei ole mahladel vitamiinidallikana suurt tähtsust. Eesti NSV tingimustes saame C-vitamiini peamiselt kartulist ja teistest köögiviljadest. Keskmine C-vitamiini sisaldus köögiviljades oli ajavahemikul augustist 1959. a. kuni maini 1960. a. laboratoorsete uuringute põhjal järgmine: kartulis 15—6 mg%, valges peakapsas 36—38 mg %, porgandis 10—5 mg % ja peedis 7—3 mg %. Tuleks esile tõsta kaalika suhteliselt suurt C-vitamiini sisaldust ja selle head säilivust.

Tabel 1

Tallinna haiglate toiduratsioonid 1959. a.

(Toiduainete hulk grammides päeva kohta)

Toiduained \ Haiglad	Tegelikult tarvitatud						Ettenähtud norm tub. haiglas	Vabar. Tub. Disp.	Ettenähtud norm tub. sanat.-s	Vabar. Kopsutub. Sanat.
	Ettenähtud norm	Vabar. Haigla	Vabar. Psühhoneurol. Haigla	Vabar. Naha- ja Suguh. Disp.	Vabar. Onkol. Disp.	Vabar. Sadama Haigla				
1. Rukkileib	200	203	225	300	230	190	150	207	250	187
2. Nisuleib, sai	250	232	243	138	144	188	350	109	250	109
3. Nisujahu	24	16	24	34,8	19	21	50	78	60	69
4. Kartulijahu	8	4,8	2,3	2,3	6,5	2,4	10	6,2	10	7,5
5. Makaronid ja tangained	100	67	83	76	60	77	100	88	100	86
6. Kartul	400	366	518	405	374	548	400	736	500	763
7. Köögivili	400	155	180	107	124	124	400	240	500	190
8. Värske puuvili	15	1,8	2,4	5,4	3,3	3,2	—	0,8	50	8
9. Mahlad ja konserveeritud puuvili	—	32,3	7,8	4,6	25	7,4	—	11	—	25
10. Kuivatatud puuvili	15	5,7	6,5	4,8	3,5	0,8	8	6	10	4
11. Suhkur	70	63,7	55	59	81	46,3	60	87	70	69,4
12. Kondiitrisaadused ja keedised	—	14	2	10	4	5,1	—	4	—	6,5
13. Kohv *	1,0	3,9	6,8	4,7	2,1	0,6	—	4,6	3,0	3,8
14. Tee	1	0,5	0,1	0,3	0,4	0,7	1	0,1	1	0,2
15. Kakao	—	0,3	0,1	0,1	0,03	—	—	0,4	—	0,6
16. Liha	100	86	130	118	77	143	150	190	200	195
17. Kala	100	14,5	25,5	15	23	38	100	26	100	24,2
18. Juust	1	7,8	6,5	5,7	3,5	11	—	0,5	10	6,4
19. Täispiim	365	488	403	415	486	177	300	450	300	500
20. Kohupiim	17	25,5	11,5	12	10,6	20	30	5,5	30	18
21. Hapukoor	11	13	14,5	10	10	11	40	15	40	32,3
22. Või	40	43	42,5	43	55,5	49	50	55,5	60	82,6
23. Taimeõli	5	—	0,5	0,05	0,4	3,1	10	0,5	10	—
24. Muna, g **	22,8	12	5	15	20	10	57	15	114	20
25. Sool	10	14	13	9,7	10,6	18	25	14	20	10

* Kohvina on tarvitatud peamiselt mitmesuguse koostisega viljakohvi

** Ühe muna kaaluks on võetud 57 g

Näiteks oli Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla köögiviljahoidlast 1960. a. aprillikuul võetud kaalikas veel 45 mg% C-vitamiini. Meie oludes on teiseks tähtsaks C-vitamiini allikaks hästi säilitatud hapukapsas — C-vitamiini sisaldus kevadel oli 30—35 mg % piirides.

Haigla tingimustes rahuldatakse osa C-vitamiini vajadusest valmistoidu kunstliku vitaminiseerimise teel (vastavalt NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjale nr. 209, 1955. a.).

Raviasutuste varustamine kalaga, eriti värske kalaga, on kogu aasta vältel ebarahuldav. Kaks kolmandikku tarvitatud kala kogusest moodustab soolakala, s. o. soolaheeringas ja -kilu. Liha üldkogusest langeb 65—70% loomalihale ja 15—20% sealihale. Kodulindude liha on tarvitatud vähe, mõnes haiglas üldse mitte. Samuti vähe on tarvitatud subprodukte, eriti maksa, mis on tähtis mitmesuguste vitamiinide ja mineraalainete allikana (4, 7, 8).

Taimeõli, mis sisaldab küllastumatuid rasvhappeid ja mida peaks päevases toiduratsioonis olema vähemalt 15—20 grammi, kasutatakse väga vähe, mõne haigla toiduratsioonis puudub see üldse ja seetõttu ei saa haiged küllastumatuid rasvhappeid (F-vitamiini) küllaldasel hulgal.

Tabel 2

Tallinna haiglate toiduratsioonide valgu-, rasva- ja süsivesikute sisaldus 1959. a.
(grammides haige kohta päevas)

Toitained / Haiglad	Arvestatud periood	Valgud			Rasvad			Süsivesikud			Üldkaloraaž
		Loomsed	Taimsed	Kokku	Loomsed	Taimsed	Kokku	Puu- ja köögiviljad	Teraviljasaadused	Kokku	
Vabar. Haigla	Aasta keskmine	36,9	39,8	76,7	69,5	4,9	74,3	138,5	279,1	417,6	2717,6
Vabar. Psühhoneurol. Haigla	„	38,6	45,6	84,2	66,6	5,8	72,4	143,2	292,2	435,4	2803,8
Vabar. Naha- ja Suguh. Disp.	„	37,3	36,8	74	65,8	4,9	70,7	87,4	285,0	372,4	2487,7
Vabar. Sadama Haigla	„	36,9	38,8	75,7	66,5	7,3	73,9	135,5	246,0	381,6	2561,6
Vabar. Kopsutub. Sanat.	„	55	41,8	96,8	115,8	4,2	120,0	211,3	261,3	472,6	3450,0
Vabar. Onkol. Disp.	„	34,3	34,5	68,5	75,4	4,4	79,7	151,0	242,3	393,3	2636,0
Vabar. Tub. Disp.	„	48,4	43,9	92,2	82,3	4,9	87,2	212,4	272,9	485,3	3178,6
	Kuud										
Vabar. Psühhoneurol. Haigla	I	36,6	51,3	87,9	66,5	6,4	72,9	149,1	343,2	492,2	3058,4
	IV	38,1	43,5	81,6	67,8	5,5	73,3	129,1	292,7	421,8	2745,2
	VII	40,7	46,1	86,8	69,9	5,4	75,3	143,4	310,0	453,3	2915,0
	X	38,7	44,8	83,5	63,7	5,2	69,0	145,4	291,6	437,0	2775,3
Vabar. Kopsutub. Sanat.	I	43,8	41,1	84,8	100,7	4,3	105,0	187,9	267,6	455,5	3181,3
	IV	52,5	40,5	93,1	104,3	4,1	108,4	199	255,6	454,6	3253,5
	VII	57,7	42,1	99,8	121,4	4,2	125,6	205,1	265,3	470,4	3505,6
	X	51,7	41,6	93,3	113,5	4,1	117,5	202,5	249,5	452,0	3328,5
Täisealistele ettenähtud norm		64,0	41,0	105,0	84,0	15,0	99,0	—	—	415,0	3053,0

Õige toitlustamise juures on suure tähtsusega mitte ainult toidu küllus (üldine kalorihulk), vaid ka üksikute toitainete, nagu valkude, rasvade, süsivesikute jt. vastavus hügieeni normatiividele ja nende omavaheline suhe. Vastavate tabelite alusel arvestati välja (2; 6) haige päevase toidu valgu-, rasva- ning süsivesikute sisaldus. Seejuures eraldati loomse ning taimse päritoluga valgud ning rasvad ja puu- ning köögiviljadest ja

teraviljasaadustest saadud süsivesikud. Üldise kalorihulga, valgu, rasva ja süsivesikute tarviduse arvestamisel arvati maha toiduainete loomuliku kao protsent (2; 6).

Andmed haigetoidu kalorihulga kohta kuues haiglas ja ühes sanatooriumis on toodud tabelis 2. Ühe haigla ja sanatooriumi kohta on antud andmed ka erinevate aastaaegade, s. o. jaanuari-, aprilli-, juuli- ja oktoobrikuu kohta.

Tabelist 2 selgub, et toidu üldine kalorihulk on enamikes raviasutustes ligilähedane NSV Liidu Peasanitaarinspektsiooni poolt 5. 06. 1951. aastal kinnitatud keskmisele normile — 3053 kalorit (1, 2, 3, 8). Üksikute toitainete hulk ja nende omavaheline suhe ei vasta aga mõnikord ratsionaalse toitumise nõuetele. Peetakse soovitavaks, et toidu üldisest kalorihulgast moodustaksid 14% valgud, 30% rasvad ja 56% süsivesikud. Tallinna haiglate toiduratsioonides oli valku keskmiselt 11,5—12,3% üldisest kalorihulgast, seega ettenähtud normist vähem (norm 105 grammi päevas). Vähe on just loomseid valke. Haiglate toiduratsioonides oli rasva 24,0—32,4% üldisest kalorihulgast. Seda võib pidada haiglatingimustes rahuldavaks. 3—4 korda peab aga suurendama taimeõlide tarvitamist. Süsivesikud moodustasid haiglate toiduratsioonides 56,1—63,7% üldisest kalorihulgast (ületab ettenähtud normi).

Järeldused

1. Haigete toitlustamise parandamiseks peab toidu nr. 15 haigetele andma rohkem loomse päritoluga valgurikkaid toiduaineid. Meie oludes tuleks veelgi suurendada piima ja piimasaaduste (kohupiima) ning värske kala tarvitamist.

2. Rohkem vajavad haiged taimeõli, mille hulka võib suurendada või arvel.

3. Et kindlustada haigeid mineraalainete ja vitamiinidega, tuleb tarvitada rohkem köögi- ja puuvilja. Seda võib teha teraviljasaaduste arvel.

4. Kõigile haiglatele on vaja ehitada eeskujulikud köögiviljahoidlad ja teised hoiuruumid toiduainete jaoks. Haiglate köökides peaks töö olema ka rohkem mehhaniseeritud.

KIRJANDUS

1. Больничное хозяйство, вып. III. Организация питания больных. М., 1959. — 2. Руководство к практическим занятиям по гигиене питания. М., 1957. — 3. Сборник важнейших официальных материалов по санитарным и провиоэпидемическим вопросам. М., 1953. — 4. Рейслер А. В. Гигиена питания. М., 1957. — 5. Супоницкий М. Я., Картелев И. С. Справочник-пособие по санитарному законодательству. М., 1959. — 6. Штенберг А. Н., Геллер Г. И., Кацнельсон Е. Ф. Расчетные таблицы химического состава и питательной ценности пищевых продуктов. М., 1954. — 7. Jefremof, V. V. Vitamiinid ja nende tähtsus inimesele. Tallinn, 1951. — 8. Moreinis, J. Toitlustervishoid. Tallinn, 1955.

О ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ В ТАЛЛИНСКИХ БОЛЬНИЦАХ

А. Рихма

Резюме

В 6 больницах и 1 туберкулезном санатории были изучены за 1959 год характер питания больных и объем пищевых продуктов. Одновременно было рассчитано количество пищевых веществ, получаемых больными: белков и жиров (раздельно — животных и растительных), а также углеводов, получаемых от овощей и отдельно от мучных и крупяных изделий.

На основании общей теоретической калорийности было рассчитано суточное количество калорий, получаемое одним больным.

Наши исследования показали, что в пищевом рационе больных недостаточно используются свежие овощи и фрукты, свежая рыба, растительное масло и др. Мучные и крупяные изделия занимают значительный удельный вес в пищевом рационе больных по сравнению с другими продуктами.

Неоднократное лабораторное исследование натуральных соков показало, что в Эстонской ССР они не имеют большого значения как источник витамина С. В республике больные получают этот витамин в основном с картофелем и овощами.

На основании полученных данных считаем, что в пищевом рационе больных (стол № 15) необходимо увеличить количество животных белков (свежая рыба, молоко и молочные продукты), растительного масла, свежих овощей и фруктов.

HAIGE VÄLJATOOMINE RASKEST MAKSAKOOMA SEISUNDIST*

R. MAI

(Tallinna Linna Nakkushaiglast, peaarst *E. Zelandovskaja*)

Alljärgneva haigusjuhu kirjeldamisega tahame illustreerida kortisooni kasutamise efektiivsust meie praktikas esinenud raske haige väljatoomisel maksakooma seisundist.

Naishaige B., 34 a. vana, saabus Tallinna Linna Nakkushaiglasse 16. augustil 1960. a. (haiguslugu nr. 4648) esimesel haigusnädalal, diagnoos: Botkini tõbi.

Saabumisel ja esimese kolme päeva jooksul oli haige keskmise raskusega seisundis, esines naha ja skleerade ikteerilisus, maks oli roidekaare ääres palpeeritav, bilirubiin veres 199,68 mg% (Bokaltšuki järgi), otsene reaktsioon kiirenenud. Kuses sapipigmendid (++++), urobiliin (+++).

Haiglas viibimise 7. päeval oli haige seisund raske: unetus, kasvav adünaamia, tugevnes naha ja skleerade kollane värvus. Maks palpeeritav allpool roidekaart. 10. päeval esines pärast toidu ja ravimite sissevõtmist korduv oksendamine, üldine erutus ning eufooria. Haiglas viibimise 12. päevale järgneval ööl tekkis komatoosne seisund, haige ei reageerinud ümbrusele, tekkis Kussmauli hingamine, Maks ei olnud palpeeritav. Naha ja skleerade ikteerilisus intensiivistus.

Et viimasel ajal on kirjanduses esinenud rohkesti andmeid kortikosteroidsete hormoonide rakendamise kohta mitmesuguste haiguste, nende hulgas ka nakkushaiguste puhul, määrasime haigele alates haiglas viibimise kolmandast päevast prednisooni — 0,005 4 korda päevas; kuna aga haige seisund 5. päeval halvenes, siis määrasime 100 mg kortisooni 2 korda ööpäevas lihasesse.

Pärast haige seisundi järsku halvenemist määrasime kortisooni suurtes annustes — 600 mg ööpäevas, á 200 mg 3 korda päevas lihasesse. Toetusime seejuures kirjandusele, kus on andmeid haigete väljatoomisest komatoossest seisundist kortisooni suurte annuste (500—1000 mg) manustamisega esimestel päevadel.

Rööbiti kortisooni manustamisega niristati haigele 5%-list glükoosilahust koos koliin-kloriidiga naha alla (27. augustil neli. 28. augustil kaks, 30 augustil kolm jne. liitrit), veeni 40%-list glükoosilahust — 60 ml, ja askorbiinhapet — 10 ml; 4—6 ml kampolooni lihasesse, antibiootikume (streptomütsiin, penitsilliin), vereplasmat 125 ml iga päev veeni ja südamevahendeid.

Teisel ööpäeval tuli haige teadvusele, kuid tema seisund jäi äärmiselt raskeks. Haige oli erutatud, esinesid hallutsinatsioonid.

Kokku sai haige 3675 mg kortisooni.

5. ööpäeva järel haige üldseisund veidi paranes, kuid hakkasid ilmnema kortisooni tarvitamise negatiivsed küljed. Tekkisid tugevad tursed kogu kehal (mitte ainult nahaalused, vaid ka õõnesisesed tursed). Haige välimus muutus silmanähtavalt (kuutaoline nägu), vähenes diurees.

Rakendasime järgmisi abinõusid: kortisooni jätsime ära, kusjuures annust vähendasime järk-järgult, lihasesse süstiti AKTH-d. veeni strofantiini, suu kaudu manustati kaaliumisooli. Määrasime haigele Kempneri koormusevaba dieedi ja range voodirežiimi.

---

* Ette kantud Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi koosolekul 19. oktoobril 1960. a.

Vee- ja soolade-ainevahetus hakkas taastuma 18—20 päeva pärast (arvestades tursete tekkimise ajast).

Patsient lahkus haiglast (4. novembril 1960. a.) rahuldavas seisundis. Turseid enam ei esinenud, maks palpeeritav roidekaare all, bilirubiin veres 12,48 mg% (Bokaltšuki järgi).

Järeldused

1. Kirjeldatud haigusjuht on meie arvates huvitav, näidates, et kortikosteroidsete hormoonide suured annused võivad osutada häid ravitulemusi ja tuua haige välja seisundist, mida varem peeti lootusetuks.

2. Selle juhu puhul leiab kinnitust asjaolu, et tüsistusena esinevaid turseid, mis tekivad kortisooni suurte annuste tagajärjel, võib taandada Kempneri koormusevaba dieedi, kaaliumisoolade ja strofantiiniga.

3. Tuleb pidada otstarbekohaseks kaaliumisoolade määramist kohe kortisooni rakendamise alguses.

СЛУЧАЙ ВЫВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ ИЗ ТЯЖЕЛОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ КОМЫ

Р. Май

Резюме

Приведенный случай представляет интерес, с нашей точки зрения, во-первых, потому, что массивные дозы кортикостероидных гормонов могут оказать хороший лечебный эффект и вывести из состояния, которое, по существу, считалось безнадежным.

Во-вторых, этот случай подтверждает, что осложнения в виде отеков, которые возникают в результате массивной кортизонотерапии, могут быть сняты применением разгрузочной диеты Кэмпнера, солей калия, строфантина.

В-третьих, следует считать целесообразным назначение солей калия одновременно с началом применения кортизона.

MEDITSIINIÕE ÜLESANNETEST STOMATOLOOGIA KABINETIS

Tervishoiuvõrgu pideva laienemisega kasvab stomatoloogia osakondade ja kabinettide, samuti nendes töötavate arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate arv.

Keskharidusega meditsiinitöötajatele viiakse läbi täiendus- ning spetsialiseerimiskursusi mitmetel erialadel, nagu füsioteraapia, operatsioonitehnika, jaoskonna meditsiiniline teenindamine jne. Kuni käesoleva ajani ei ole aga meditsiiniõdesid ette valmistatud tööks stomatoloogia kabinettides, samuti pole neile korraldatud perioodilisi täienduskursusi.

Vabariigi stomatoloogia kabinettides töötab praegu peaaegu 200 meditsiiniõde. Need õed on üldettevalmistusega ja ei tunne küllalt näo- ja lõualuude anatoomiat, stomatoloogilisi haigusi, stomatoloogia kabinettide sisustust, aparatuuri, instrumentaariumi ning ravimeid ega oska neid pahatihti kasutada. Praktika on näidanud, et kui meditsiiniõde asub tööle stomatoloogia kabinetti, siis tutvustab stomatoloog või hambaarst teda põhiliste nõuete ning tööülesannetega ja sellega ettevalmistus piirdubki.

Stomatoloogia osakonna vanemõe või kabineti õe ülesannete kohta tuleb aga öelda järgmist:

1) meditsiiniõde allub oma töös otseselt stomatoloogia kabineti juhatajale või stomatoloogile (hambaarstile); stomatoloogia kabinetis töötav noorem meditsiinipersonal allub meditsiiniõele;

2) meditsiiniõde vastutab meditsiinipersonali töö eest osakonnas (kabinetis), haigete teenindamise eest, osakonna (kabineti) sanitaar-hügieenilise seisundi eest, asendab kulunud kõlbmatud instrumendid ja täiendab ravimeid, valmistab ette sidematerjali;

3) meditsiiniõde jälgib osakonna (kabineti) pehme ja kõva inventari korrasolekut, valgustust, kütet, varustamist sooja ja külma veega. Hoiab korras vajaliku dokumentatsiooni, peab instrumentide ja materjalide kulu arvestust jne.;

4) enne arsti tööleasumist valmistab meditsiiniõde ette arstide töökoha, hoolitseb vajalike instrumentide ja materjalide eest. Meditsiiniõde peab oskama haiget ette valmistada operatsiooniks ja valdama kaasaegset narkotiseerimise tehnikat;

5) meditsiiniõde peab abistama arsti haigete vastuvõtul, tundma stomatoloogias kasutatavaid termineid, oskama anda arstile vajalikke instrumente ning ravimeid, segama täidismaterjale, jälgima aseptika ja antiseptika nõuete täitmist, tegema vajaduse korral näo- ja lõuasidemeid, oskama anda esmaabi näo- ja lõualuude traumade puhul;

6) meditsiiniõde peab aktiivselt osa võtma sanitaarharidustöö läbiviimisest elanikkonna seas.

Stomatoloogia kabinettide meditsiiniõe kvalifikatsiooni tõstmiseks näeb Tervishoiu Ministeerium ette perioodiliste täienduskursuste läbiviimist alates 1961. a. Kursustel tutvustatakse osavõtjaid kindla programmi alusel näo- ja lõualuude anatoomiaga, stomatoloogiliste haigustega, stomatoloogia kabinettide sisustusega jne.

T. Rekk

RAVIVÕIMLEMISEST KÜÜNARLIIGESE VIGASTUSE PUHUL

Meditsiiniõde, ravikehakultuuri instruktor *A. VAAB*
(Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist, peaarst *F. Markusas*)

Traumaatiliste vigastuste puhul on suur tähtsus ravikehakultuuril — ravivõimlemisel. Tähtis on alustada ravikehakultuuriga varakult. See tagab ravi lühema kestuse ja märksa täisväärtuslikumate tulemuste saavutamise.

1956.—1959. a. viibis Vabariiklikus Arstlikus Kehakultuuri Dispanseris ambulatoorsel ravil 170 haiget küünarliigese vigastustega. Eluea järgi jagunesid nad järgmiselt: kuni 15 a. vanuseid — 94 (48,2%), 16—25 a. —21, 26—50 a. — 34, ja üle 50. a. — 21. Kuni 15 a. vanustest lastest oli eelkooliealisi 12 ja kooliealisi 82. Kooliõpilastel oli vigastustest sagedasemaks sporditrauma. Siit võib teha järelduse, et koolilaste traumatismi profülaktika on seniajani ebarahuldav.

Traumad juhtusid peamiselt märtsis, aprillis ja mais (kokku 64 juhtu). Ülejäänud 116 juhtu jaotusid enam-vähem ühtlaselt teistele kuudele. Vigastuse iseloomu järgi esines liigesesiseseid murde 94 juhtu, nihestusi — 42 juhtu, põrutusi — 34 juhtu.

Haiged olid enne suunamist ravikehakultuuri kabinetti saanud abi või ravi traumapunktis, valvehaiglas, ambulatooriumis jne. vastavalt vigastuse iseloomule. Kui füsioteraapiaga alustatakse suhteliselt varakult pärast vigastust, siis ravivõimlemisele saabusid vigastatud sageli liiga hilja. Võib oletada, et meditsiinitöötajad sageli alahindavad ravivõimlemist.

Ravi tulemused küünarliigese vigastuse puhul olenevad vigastuse suurusest ja iseloomust.

Tallinna Vabariiklikus Arstlikus Kehakultuuri Dispanseris kestis ravi küünarliigese vigastuste puhul kuni 1 kuu 125 haigel, 2 kuud — 22, 3—4 kuud 23 haigel. Funktsioonid taastusid 100%-liselt 49 juhul, 75% ulatuses 41 juhul, 50% ulatuses — 8 juhul. Ravi ei lõpetanud 72 haiget seoses enneaegse tööleasumisega. Ravi mittelõpetanutest taastus küünarliigese funktsioon ligi 50% ulatuses 40 juhul. Ülejäänud 32 juhul esines minimaalne funktsiooni paranemine või täielik raviefekti puudumine. Ravi efektiivsust määrasime V. Tšaklini järgi, kes arvestab küünarliigese liikuvust järgmiselt: sirutus 180° ja painutus 45° võrdub talitluse 100%-lise olemasoluga.

Ambulatoorse ravi efektiivsuse tagamiseks oleks vajalik, et immobilisatsiooni esimesest päevast alates antaks haigele juhised kahte liiki harjutuste sooritamiseks: sõrmede täielik painutamine peopessa ja õlaliigese liigutused. Immobilisatsioonijärgsel perioodil on kasutatud nii üld- kui kohaliku toimega raviharjutusi. Häid tulemusi võib täheldada neil juhtudel, kus füsioteraapia protseduure on kasutatud paralleelselt ravikehakultuuriga. Üldiselt on kasutatud V. Gorinevskaja kirjeldatud meetodit, arvestades iga haige vigastuse individuaalseid erinevusi.

Pärast liigese paigaldamist või reponeerimist on vajalik igal juhul kontroll-röntgeniülesvõte.

Huvitav on märkida, et küünarliigese nihestused, mis paigaldati mitte meditsiinitöötajate, vaid treenerite, kaassportlaste jt. poolt, allusid ravile raskemini, samuti taastus liigese funktsioon märksa aeglasemalt.

Järeldused

1. Enamik haigeid saabub ravikehakultuuri kabinetti liiga hilja pärast traumat.
2. Suur protsent haigetest katkestavad ravi seoses töölesuunamisega kirurgide poolt. See näitab, et kirurgide ja ravikehakultuuri alal töötajate koostöö on veel puudulik.

3. Õpilaste traumatismi profülaktika on seniajani ebarahuldav.

4. Ravikehakultuuri suurema efektiivsuse tagamiseks ja ravi tulemuste üksikasjalisemaks analüüsimiseks oleks vaja, et saatekirjadel oleks märgitud jäseme vigastuse täpne diagnoos, immobilisatsiooni aeg, varem rakendatud ravimeetodid. Saatekirjale on vajalik juurde lisada ka röntgenogrammid.

KOGEMUSI VASTSÜNDINUTE NABAKÖNDI HOOLDAMISEL

K. VÄIN

(Kingissepa Linna Haiglast, peaarst *E. VÄÄRT*)

Alates 1959. a. 1. märtsist hakati Kingissepa Linna Haigla sünnitusosakonnas kasutama vastsündinutel Moskva Arstide Kesktäiendusinstituudi poolt soovitatud nabaklemme. Need spetsiaalsed klemmid vajutatakse vastsündinu nabaköndile vastavate tangide abil kohe pärast lapse esmast tualetti. Lapse emast eraldamisel kasutame algul tavalisi Kocheri klemme ja alles 10 minutit hiljem, enne lastetuppa üleandmist spetsiaalklemme. Klemmi asetame mõne millimeetri kaugusele nahknabast ja sama kaugelt lõikame ära ka ülejäänud nabaväädi.

Nabaköndi otsa peitsime kergelt joodiga ja nii jääb tavaliselt piirituses seisnud klemm ilma katteta nabaköndile. Edaspidise hooldamise lihtsuse mõttes on need klemmid suurepärased. Meil pole klemmid (aasta vältel on neid kasutatud ligi 600) andnud mingeid erilisi komplikatsioone. Kui tegemist on olnud väga jämeda ja sültja nabaväädiga, siis oleme selle algul sidunud Gredé meetodi järgi marliga ja klemmi asetanud hiljem, tavaliselt teisel päeval, kui klemm juba sobib nabaköndile. Tuleb vältida nabaväädi läbilõikamist liiga lähedalt, siis võib klemm pealt ära libiseda ja nabakönt jääb liiga kõrge. Sama viga võib tekkida, kui klemm asetatakse liiga kaugele nahknabast. Kui nabaväät klemmi pealepaneku momendil on keerdunud, siis võib klemm viltu peale jääda ja nabakönt ei mumifitseeru ühtlaselt. Vahel esineb vähest imbibeerumist klemmi vahelt, kui klemm asetatakse peale liiga jõuliselt, nii et see küljega sisse lõikub. Need vead on kergesti välditavad. Klemmi ümbrust oleme puhastanud vajaduse korral vesinikülihapendiga.

Klemmid langevad iseeneslikult ära 3.—5. päeval, harva 2. või 6.—8. päeval. Ema väljakirjutamise päevaks, s. o. 9. päevaks pärast sünnitust, ei ole jäänud meil püsima ühtegi klemmi. Mõnda kauem püsivat oleme peitsinud klemmi kõrvalt 5%-lise kaaliumpermanganaadi lahusega. Pärast klemmi äralangemist puhastame vesinikülihapendiga köndi ja puistame peale veidi jodoformi- või kseroformipulbrit.

Neid klemme veel massiliselt ei toodeta, kuid meie praktikas on need end täiesti õigustanud, kuna ka juba kasutusel olnud klemme saab pärast õgvendamist ja steriliseerimist jälle kasutada. Tuleb ainult silmas pidada, et klemmide korrastamisel nende esialgne kuju täpselt taastataks, muidu ei saa klemmi enam hästi sulustada.

TAHVEL III

A. G. V. Pezoldi litograafia, 1832. a., Tartu

N. I. PIROGOV Professorite Instituudi kasvandikuna Tartus oma doktoriväitekirja kaitsmise aastal

N. I. PIROGOV

(1810—1881)

25. novembril 1960. a. möödus 150 aastat suure teadlase, kuulsa kirurgi, väljapaistva pedagoogi ja ühiskonnategelase Nikolai Ivanovitš Pirogovi sünnist.

Alghariduse sai N. Pirogov kodus ja pansionis, 14 aasta vanuselt astus ta Moskva ülikooli arstiteaduskonda. 18-aastase noorukina, pärast praktikat sisehaiguste professori M. Mudrovi kliinikus sooritas ta katsed arstikutse saamiseks. Mõistagi ei rahuldunud andekas nooruk saavutatuga, tuli valida, millist teed mööda edasi minna. Tol ajal loodi Tartu ülikooli juurde Professorite Instituut, mis vaatamata oma lühiajalisele tegevusele (1828—1838) etendas juhtivat osa kodumaa teadlaste ettevalmistamisel, andes vene teadusele terve plejaadi nimekaid teadusemehi, ülikoolidele aga andekaid pedagooge. Sellesse instituuti saadeti professor J. Muhhini soovitusel ka noor N. Pirogov. Huvitav on märkida, et sisseastumiseksamid sooritas N. Pirogov kuulsa kirurgi I. Buschi ja füsioloog D. Vellanski juures. Järgmisel aastal pärast Professorite Instituuti astumist kirjutas N. Pirogov võistlustöö teemal «Mida peab silmas pidama suurte arterite ligeerimisel operatsiooni ajal?» ja sai töö eest kuldmedali.

Arvestades selle probleemi aktuaalsust jätkas N. Pirogov uurimust ja tänu visale tööle valmis tal võrdlemisi lühikese ajaga doktoriväitekiri teemal «Kas kõhuaordi ligeerimine kubemearteri aneurüsmi puhul on hõlpsasti teostatav ja ohutu vahelesegamisviis?». 1832. a. augustis kaitses N. Pirogov Tartu ülikooli peahoone aulas edukalt oma väitekirja — samas, kus meie kaasaegsed oma väitekirju kaitsevad. Esimese ulatusliku selleteemalise tööna leidis väitekiri tunnustuse mitte ainult Venemaal, vaid ka välismaal.

Pärast väitekirja kaitsmist saadeti 22-aastane arstiteaduse doktor 2 aastaks välismaale. Venemaale tagasipöördununa N. Pirogov haigestus. Samal ajal määrati Moskva ülikooli kirurgia kateedri juhatajaks (kellena pidi tööle asuma N. Pirogov) F. Inozemtsev, tema kolleeg Professorite Intituudist.

N. Pirogovi õpetaja, professor I. Moyer, kes tundis hästi oma andekat õpilast, tema sügavaid teadmisi anatoomia, kirurgia ja füsioloogia alal ning tema hiilgavat operatsioonitehnikat, tegi N. Pirogovile ettepaneku jääda tema asemel kirurgia kateedri juhatajaks, sest ta ise otsustas minna erru. Vaatamata andeka kirurgi noorusele valiti ta algul erakorraliseks ja seejärel korraliseks kirurgia professoriks. Seega sai N. Pirogov I. Moyeri soovitusel teoreetilise ja praktilise kirurgia kateedri juhatajaks ning Tartu ülikooli kliiniku kirurgia osakonna direktoriks. Siin tegeles ta intensiivselt teadusliku tööga, omistades erilist tähelepanu teadusliku kaadri ettevalmistamisele. Paljud tema õpilased (L. Froben, E. Kade, A. Kiter, V. Karavajev jt.) meenutasid N. Pirogovi suure armastusega. Viieaastase tegevuse jooksul professorina Tartus

andis N. Pirogov välja järgmised tööd: 1) Arteritüvede ja fastsiate kirurgiline anatoomia, 2) Kliinilise kirurgia annaalid, 2 köidet, 3) Ahhilleuse kõõluse läbilõikamisest.

Väikeses Tartus oli andekal N. Pirogovil raske end edasi arendada, ta püüdles Peterburi. Pärast pikki läbirääkimisi sõitiski ta 1841. a. algul sinna. Peterburi-periood kujunes N. Pirogovi elus kõige viljakamaks.

Peale igapäevaste loengute Peterburi Meediko-Kirurgilises Akadeemias (praegune Lenini ordenit kandev S. M. Kirovi nimeline Sõjaväemeditsiini Akadeemia) opereeris N. Pirogov haigeid, konsulteeris ja osutas praktilist abi linna neljas haiglas, lahkas laipu, oli tehniliseks direktoriks Peterburi instrumentide tehases (praegu tehas «Krasnogvardejets»), võttis osa sõjaväemeditsiini õpetatud komitee istungitest ja rahvahariduse komitee koosolekutest. Samal ajal tegi ta eksperimentaalseid uurimusi ja teaduslikku tööd anatoomia alal. Peterburi Meediko-Kirurgilises Akadeemias töötamise ajal kirjutas ta rea raamatuid ning artikleid ja koostas atlasi kirurgilistel teemadel. Akadeemias töötamise perioodil (1841—1856) viibis ta pikemat aega lahinguväljal. Viljakas ja vaevarikas töö tõi N. Pirogovile teenitult maailmakuulsuse väljapaistva välikirurgina. Ta pani välikirurgiale ja meditsiiniteenistuse taktikale teadusliku aluse. Ta töötas üksikasjaliselt välja õpetuse traumadest, esmastest amputatsioonidest ja immobiliseerimisest, haavatute sorteerimise ja lahinguväljalt evakueerimise printsiibid jne. Muuseas tõi N. Pirogov esmakordselt ajaloos lahinguväljale halastajaõed abiandmiseks haigetele ja haavatutele.

1856. aastal, s. t. 46 aasta vanuselt läks N. Pirogov erru teenelise professorina. Järgmise 5 aasta jooksul töötas ta Odessa ning hiljem Kiievi õpperingkonna kuraatori kohal.

N. Pirogovi teaduslike tööde analüüsimine näitab, et kirurgia, anatoomia, füsioloogia ja patoloogia küsimuste lahendamisel püsis N. Pirogov loodusteadusliku materialismi alustel. Ta käsitles organismi ühtse tervikuna, kinnitades, et kohalik toime organismile põhjustab teiste elutähtsate elundite talitluste muutusi.

N. Pirogovi hindamatu teene kodumaa ja kogu maailma arstiteadusele seisab selles, et ta juhtis tähelepanu anatoomia ja kirurgia ühendamise vajadusele, rajades uue, anatoomilis-füsioloogilise suuna vene kirurgias.

N. Pirogov sai tõelise eksperimentaalkirurgia rajajaks: keegi enne teda ei kasutanud katsete meetodit nii põhjendatult ja laialdaselt. Ta töötas eksperimentaalselt läbi mitmed veresoonte kirurgia küsimused.

N. Pirogov asendas esimesena haavatud jäsemete luumurdude fikseerimiseks kasutatud tärklislahase kipslahasega, mis on kasutatav tänapäevani.

Oma uurimuste ja katsetega rajas N. Pirogov esimesena maailmas teaduslikul alusel valutustamise, töötas välja rea üldnarkoosi meetodeid, avaldas arvamust tol ajal teadaolevate ja veel praegugi väärtuslike narkootiliste ainete toimemehhanismi kohta. N. Pirogov lõi mitmed originaalsed seadised: narkoosimaski, mis kaasaegsest peaaegu ei erine, aparaadi narkoosimiseks jämesoole kaudu jt. Ta töötas välja ka intratrahheaalse narkoosi metoodika. Esimesena maailmas rakendas N. Pirogov eeternarkoosi lahinguväljal ja nõudis erilise narkoosijate kaadri loomist.

N. Pirogov oli kirglik võitleja profülaktilise suuna eest arstiteaduses. «Ma usun hügieeni», rääkis N. Pirogov, «selles seisneb meie teaduse tõeline progress. Tulevik kuulub ennetavale meditsiinile.»

Š. Gulordava

MÄRKMEID VILJANDI LINNA HAIGLA AJALOOST

M. NÕGES
(Viljandi Linna Haiglast, peaarst *E. Soots*)

Viljandi Linna Haigla 1827.—1921. a.

Viljandi linna arhiivi allikate andmeil avati haigla Viljandis 1827. a. jaanuarikuul. Selle nimetuseks oli «Das Fellinsche Stadt-Militär Krankenhaus». Haigla tegevust juhtis linna kaitseväe haigla valitsus linna bürgermeistriga eesotsas. Kõigile haiglasse puutuvatele otsustele on alla kirjutanud bürgermeister ühes kirjatoimetajaga (sekretäriga). Samuti on ka kõik arved kinnitatud linna magistraadi poolt. Tähtsamate küsimuste otsustamisest on osa võtnud veel raehärra ja üksikutel kordadel dockmann (kodanike esindaja).

Haigla oma nimetuse kohaselt pidi rahuldama esmajoones kohaliku garnisoni ja kaitseväe vajadusi. Haigla valitsuse poolt kinnitatud raviarveid läbi vaadates ilmneb, et ravil viibisid peamiselt kaitseväe kutsealused, garnisoni koosseisu kuulunud soldatid ja riigiteenistuses olevad ametiisikud. Nende isikute ravikulud tasus haiglale Liivimaa hoolekande kolleegium, makstes iga voodipäeva eest 1827.—1834. a. 50 kop. ja alates 1835. a. 83 kopikat. Päevaraha hinna tõusu seletati toiduainete ja elutarvete hindade kõrgenemisega.

Haiglasse võeti ravile hiljem ka eraisikuid, tolleaegse nimetusega — tsiviilelanikke. Nende ravi arved õiendas haiget haiglasse suunav organisatsioon või haige ise.

Haigla asus ühekorruselises puithoones (Järve tänav nr. 5), millel oli tollal 85 m^2 põrandapinda. Haiglasse võidi paigutada vajaduse järgi kuni 20 voodit. Hoone on tänapäevani hästi säilinud, ta välisilme on aga muutunud, vististi juurdeehituse tõttu.

Haigla tegevus oli selle esimesel kümneaastakul väike. Avamise aasta jaanuarist kuni aprillini viibis ravil 10 haiget 150 voodipäeva, maist augustini 9 haiget 203 päeva ja kogu aastas 30 haiget.

Möödunud sajandi keskpaiku oli Viljandi linna magistraat jõudnud arusaamisele, et kaitseväehaigla ei vasta enam aja nõuetele ja et tuleb asuda uue, ruumikama hoone ehitamisele. Sellest äratundmisest juhituna kutsus magistraat 24. aug. 1857. a. kokku vastava nõupidamise.

Haigla uus hoone ehitati üles tõenäoliselt linnalt saadud võlasummadega või linna vastutusel mujalt saadud krediitidega ja haigla valitsusel nähtavasti on olnud raskusi Viljandi linnale hoone ehitusvõlga õigeaegselt õiendada. Nii me loeme ühest aktist, ja nimelt 12. III 1881. a., seega 17 aastat pärast haigla ehitustööde lõppu, et haiglavalitsus võlgneb Viljandi linnakassale veel 7025 rubla ja et seda võlasummat lubatakse maha kanda niipea, kui linna kaitseväe haigla vahendid seda võimaldavad. Sellele tõotusaktile on alla kirjutanud bürgermeister I. Verncke.

Haigete toitlustamise eest hoolitses haigla ökonoom, kellele maksti iga haige voodipäeva eest a. 1827/61 — 17 kop., a. 1862/87 — 19 kop. ja alates a. 1888 — 25 kop. Raha väärtuses orienteerumiseks märgitseme, et siinsele linnaarstile E. Meyerile maksti haigla summadest haigla ülemarsti kohuste täitmise eest ajavahemikul 1862/66 iga 4 kuu tagant 74 rubla.

Dr. med. Eduard Meyer oli varem Võisiku klaasivabriku arstiks. Ta paigutati sealt ümber linnaarsti ametisse 29. VII 1846. a. Sellest teatab kindralkuberner siseministrile ettekandega 31. VII nr. 2878. E. Meyeri järel oli Viljandi linnaarstiks A. Schwarts (surn. 1917). Viljandi maakonna arstideks möödunud sajandil on olnud: Carlblom (surn. 1851), von Rücker (surn. 1857) ja H. Ströhmberg (1859—1932). Esimeseks linna kaitseväe haigla arstiks oli Lang, teiseks Truhardt, kolmandaks E. Gernhardt (1894—1922).

Haiguste nomenklatuuri möödunud sajandi keskpaiku valgustavad mõned säilinud surmatunnistused.

Praegusel kujul haiguslugude pidamist Viljandi Linna Haiglas enne 1922. a. ei olnud. Ka päevažurnaales puudus haiguste diagnooside lahter. Peeti vaid palatilehti, kuhu märgiti ravilviibinud haige nimi, vanus, järjekorranumber, kehatemperatuur, pulsi sagedus, arsti poolt määratud korraldused, ravimid jm. ning haiguse diagnoos. Puudusid anamneesi, staatuse ja haiguse kulu märkimised.

Viljandi Linna Haigla 1922.—1940. a.

Kuigi 1917. a. valimisseadusega läks linna elu juhtimine uutel alustel valitud esinduskogule — volikogule ja tema poolt kujundatud linnavalitsusele — jäi olukord linnahaiglas veel 5 aastaks endiseks. Haigla oli enne ja jäi ka edasi mõneks ajaks üldtüüpi raviasutuseks üheainsa arsti teenindada, kes oli kohakaaslusega ka veel raudtee-arstiks. Selleks isikuks oli *dr. med.* E. Gernhardt. Tema abilisteks haiglas oli 3 halastajaõde, 1 ämmaemand, 1 velsker ja 5 põetajat. Niisugune oli kogu ravipersonali koosseis 35-voodilises haiglas kuni 1922. a.

Spetsiifiliste ravimite puudumise tõttu tollal oli ravi üldtüüpi haiglates peamiselt sümptomaatilis-medikamentoosne. Tolleaegsest haigla kirurgilisest aktiivsusest saame ettekujutuse, kui võtame teatavaks, et 1921. a. aruande järgi oli Viljandi Linna Haiglas suuremaid kirurgilisi operatsioone teostatud 12, neist seitsmel korral laparotoomia, kolmel juhul herniotoomia ja kahel roiete resektsioon.

E. Gernhardt lahkus omal soovil haigla teenistusest 31. I 1922. a., jäädes edasi raudtee-arstiks. Uueks haigla juhatajaks määrati linnavalitsuse otsusega M. Nõges 1. II 1922. a. Teostati järgmisi muudatusi: voodite arvu suurendati kohe 70-ni ja 1927. a. 110-ni, organiseeriti 3 osakonda — haava-, sise- ja nakkus- ning sünnitus-günekoloogiaosakond — vastavate eriarstide juhatusel, omandati uusi uurimis- ja raviaparaate (röntgen, diatermia, kvarts, pantostaat, tsüstoskoop, rektoskoop, operatsioonilaud, autoklaav jm.), organiseeriti laboratoorium.

Haigla oli tasuline. Eelarves ettenähtud puudujääk kaeti omavalitsuste kassadest (linna ja maa) proportsionaalselt haigete voodipäevadega. Ravikulud tasusid käitiste haigekassad oma liikmete, riigiasutused, omavalitsused jne. oma töötajate eest. Teised — nn. eraisikud, iseseisvalt linnas ja maal töötavad — õiendasid ravikulud ise.

Haigla teenistuses oli 3 arsti, 2 velskrit, 10—12 õde, 12 põetajat, 1 majandusülem, 1 arveametnik, 8 köögiteenijat ja pesupesijat ning 2 kojameest-kütjat, kokku 39—41 isikut.

Arstideks olid kodanlikul ajal pärast reformi: kirurgideks I. Prisko, A. Rosenfeld, A. Rulli, akušöör-günekoloogideks B. Thomson, V. Krull, O. Reesik, G. Täht, R. Bernakoff ja A. Põllumaa, terapeudiks M. Nõges.

Tublide kirurgide ja akušöör-günekoloogide jt. tõttu kasvas haigla töö järjekindlalt. Nii lahkus statsionaarist haigeid: 1922. a. — 805, 1927. a. 1275, 1932. a. 1435, 1937. a. 1700 ja 1940. a. 2073. Teostati suuremaid kirurgilisi operatsioone: 1925. a. 192, 1930. a. 368, 1935. a. 437 ja 1940. a. 559.

Viljandi Linna Haigla nõukogude korra ajal

Tervishoiu profülaktilise suuna ja tasuta arstiabi tõttu omandas Viljandi Linna Haigla nõukogude korra ajal hoopis uue ilme ja sisu ning arenes kiiresti välja eeskujulikuks ravi-profülaktikaasutuseks. Haiglavoodite arvu suurendati nõukogude korra taaskehtestamisel endiselt 100-lt 220 voodini, avati juurde uued osakonnad, ja nimelt: nakkushaiguste osakond oktoobrist 1945, tuberkuloosi — novembrist 1946 ja lastehaiguste — maist 1948. Nende haigustega haiged kuulusid varem teraapia osakonna eripalatitesse. Juurdeavatud osakondade juhatajateks olid: nakkushaiguste — L. Märss 1946/47, L. Haimovitš — 1947/48, A. Nahe —

1948/49, M. Lukjanova 1949/50 ja L. Jakobišvili 1953 kuni senini; tuberkuloosi — O. Josset 1946/51, kuni osakond üle viidi tuberkuloosidispanseri koosseisu. Lastehaiguste osakonna organiseerijaks oli selle juhataja J. Lääts, kes töötab sellel kohal 1948. a. alates senini. Iseseisva raviasutusena 1944. a. oktoobrist töötanud ambulatoorium ühendati a. 1948 statsionaariga. Ambulatooriumi juhatajateks olid A. Blum — 1944. a., L. Märss — 1945/46, H. Viibus — 1946/47, N. Born — 1944/45 ja 1947/50, G. Zirilson — 1950/51, A. Adari — 1951/55, V. Luka — 1955/57 ja R. Tootson praeguseni. Organiseeriti järgmised kabinetid: hambaravi koos proteeside töökojaga, juhatajad V. Kask ja A. Adari; patoloogia-anatoomia, juhatajad — L. Märss 1948/50 ja R. Roots 1950 — senini; onkoloogia (1948), juhatajad — K. Vipper 1948/50, H. Pihl 1950/51, E. Sauemägi 1951/52 ja I. Koljak — 1952 kuni senini; vereülekande (1952), juhataja B. Abram; laste- (1926), juhataja I. Maiste. Haigla apteek avati 1953. a., juhatajaks on H. Adari.

Haigla laboratoorium viidi üle avaramatesse ruumidesse 1949. a. ja täiendati.

Haigla peaarstideks on olnud: A. Rulli 23. XI 1944 — 15. V 1945, I. Lääts 23. V 1945 — 15. VII 1947, K. Vipper 15. VII 1947 — 20. XII 1948, L. Haimovitš 21. XII 1948 — sügis 1957, D. Jakobišvili sügis 1957 — 31 XII 1959 ja E. Soots 1. I 1960 — senini.

Haigla tegevus on praegusel ajal arenenud kaunis laialdaseks; selle osakondade ja kabinettide töö on kasvanud nii suureks, et käesolevate märkmete raamesse ei mahu üksikasjaliku ülevaate andmine aruande kujul. Et siiski mingit kujutlust saada haigla arengust nõukogude võimu aastail, esitame mõned arvud statsionaari kohta. Nii näiteks lahkus haiglast haigeid kodanliku korra viimasel, 1939. aastal 1765, sõja- ja saksa okupatsiooni aastail (1941—1944) vastavalt 2922, 2802, 2990 ja 3003 ning nõukogude võimu ajal (1945.—1959. a.): 2934, 4384, 4726, 4483, 4106, 4011, 4155, 3933, 4156, 4220, 4196, 4620, 4755, 4842 ja 5019. Haigete arvu suuremad kõikumised on olnud tingitud palatite sulgemisest remondi tõttu. Suuremaid kirurgilisi operatsioone teostati kodanlikul perioodil 1930. a. 368, 1935. a. 457 ja 1939. a. 567, sõja- ja saksa okupatsiooni aastail (1941—1944) 717—946 ning nõukogude võimu ajal — 1945. a. 723, 1950. a. 629, 1955. a. 675 ja 1959. a. 847. Postoperatiivne letaalsus oli 1939. a. 5,6%, 1940/44. a. 5,2—4,0%, 1945. a. 4,0%, 1950. a. 5,4%, 1955. a. 2,2% ja 1959. a. 1,4%. Nagu näeme, kõrgenes aasta-aastalt kirurgiline aktiivsus ja langes postoperatiivne letaalsus. Üldine letaalsus oli 1959. a. 1,25%.

Haigla voodid jagunevad osakondade järgi järgmiselt: kirurgia 56, teraapia 45, nakkushaiguste 35, laste- 25, sünnitus- 21 ja günekoloogia osakond 18, kokku 200. Osakonnad on paigutatud eri kruntidel asuvatesse hoonetesse: kirurgia ja sünnitusabi 1859.—1864. a. haiglale ehitatud kivihoonesse, teraapia ja nakkushaiguste osakond — 1927 püstitatud puithoonesse, ja günekoloogia ja laste- ning osa kirurgia osakonnast — endisesse elamusse.

Käesoleval seitseaastakul on ette nähtud Viljandis uue haigla ehitamine, mis veelgi parandab haigete teenindamist.

ЗАМЕТКИ ИЗ ИСТОРИИ ВИЛЬЯНДИСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

М. Ныгес

Резюме

По архивным данным, Вильяндиская больница была основана в 1827 г. В то время она находилась в одноэтажном деревянном доме и располагала 20 койками. В 1859—1864 гг. было построено новое, каменное здание, в котором до сих пор помещаются родильное и хирургическое отделения больницы.

В настоящее время Вильяндиская городская больница имеет 200 коек, располагает современным медицинским оборудованием и укомплектована квалифицированными кадрами. В 1939 г. больница обслужила 1765 больных, а в 1959 г. — 5019 За упомянутые годы количество проведенных хирургических операций возросло с 567 до 847. Послеоперационная летальность с 5,6% в 1939 г. снизилась до 1,4% в 1959 г., при общей больничной летальности 1,25%.

Семилетним планом предусмотрено строительство нового корпуса больницы, что, несомненно, позволит значительно улучшить обслуживание больных.

TARTU LINNA SANITAAR-EPIDEMIOLOOGIA JAAM 1940.—1960. a.

O. AREND

(Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast, peaarst O. *Tamm*)

Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam (artiklis edaspidi Tartu Linna SEJ) loodi Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogu vastava määruse kohaselt 22. novembril 1940. a. esialgse nimetusega Tartu Linna ja Maa Sanitaar-Epidemioloogia Jaam, mille asukohaks oli Suurturg nr. 9 (hävis Suure Isamaasõja ajal). Jaama esimeseks peaarstiks oli professor F. Lepp. Esimeses jaamas olid epidemioloogia ja desinfektsiooni osakonnad ning bakterioloogia ja keemia laboratoorium, kus oli 20 töötajat. Tartu okupeerimise järel sakslaste poolt 22. juulil 1941. a. jäi Tartu Linna SEJ esialgu avatuks Tartu Linna Tervishoiulaboratooriumi nime all. Aasta lõpuks aga asutus suleti, kusjuures varad jaotati Tartu Ülikooli mikrobioloogia ja hügieeni kateedri ja Tartu Linna Nakkushaigla vahel.

Tartu vabastamise järel 1944. a. asuti kohe taastama ka tervishoiuasutusi. Tartu Linna TSN Täitevkomitee eraldas 1. oktoobril 1944. a. SEJ jaoks praeguse asutuse hoone N. Burdenko tn. nr. 47.

Peaarstiks määrati 21. jaanuaril 1945. a. E. Jõgar. Esialgu teenindas Tartu SEJ ka Tartu maakonda, kuid peatselt loodi maaelanikkonna teenindamiseks eraldi asutus. 1945. a. augustikuus asus Tartu Linna SEJ peaarsti kohuste täitmisele M. Schamardin. E. Jõgar jäi bakterioloogia laboratooriumi juhatajaks. Sel perioodil töötas Tartu Linna SEJ-i ruumides ka Vabariiklik Malaaria Jaam; selle üleviimise järel Tallinnasse 1948. a. organiseeriti Tartu Linna SEJ-i juurde malaariapunkt. Samal aastal liideti Tartu Linna SEJ-iga ka turul asuv piimakontrollpunkt. Kui 1949. a. likvideeriti Tartus asuv Vabariiklik Pasteuri Jaam, organiseeriti Tartu Linna SEJ-i juurde vastav osakond võitluseks marutõvega. Pärast peaarst M. Schamardini töölesiirdumist Tallinnasse 1950. a. oli Tartu Linna SEJ-i peaarstiks lühemat aega A. Tšaplinski. 1951.—1954. a. juhatas jaama O. Nikulina. Alates 1954. a. septembrikuust kuni praeguseni töötab Tartu Linna SEJ-i peaarstina O. Tamm.

1954. a. muudeti Tartu Linna SEJ II kategooria jaamast I kategooria jaamaks. Järgmisel aastal muudeti epidemioloogia jaama malaariapunkt parasitoloogia osakonnaks.

Praegu on Tartu Linna SEJ-il 93,5 koosseisulist kohta, millest on täidetud 77 (arstikohti on SEJ-is 11,5, keskharidusega meditsiinitöötajate kohti 31,5 jne.).

Tartu Linna SEJ-is on käesoleval ajal järgmised osakonnad: epidemioloogia, sanitaar-, desinfektsiooni, parasitoloogia, marutõve vastu võitlemise (viimane teenindab kogu Lõuna Eestit) ja administratiiv-majandusosakond. Jaama töös on oluline osa laboratooriumil, kus teostatakse bakterioloogilisi ja sanitaar-hügieenilisi uurimisi. Laboratooriumi töömahtu selgitavad järgmised andmed.

Aastad	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Bakteriol. analüüside arv	38051	47384	60679	63105	69083	80827	90876	97820
Keemiliste analüüside arv	1359	1211	1381	1616	2261	2141	2577	2702

Tartu Linna SEJ-is teostatakse alates 1958. a. ka tööstussanitaaralaseid laboratoorseid uurimisi.

Oma 20-aastase tegevuse jooksul on Tartu Linna SEJ ära teinud suure töö. Likvideeritud on sellised haigused nagu tähniline ja taastuv tüüfus. Samuti on olnud edukas võitlus poliomüeliidi ja difteeriaga, tunduvalt on vähenenud ka haigestumine kõhutüüfusesse. Võitluses nende haigustega on andnud häid tulemusi Tartu Linna SEJ-i poolt organiseeritud süstemaatilised kaitsesüstimised.

Tartu Linna SEJ on ühtlasi juhtinud heakorrastus- ja puhastustöid sanitaarse olukorra parandamiseks Tartu linnas.

26. novembril 1960. a. toimus Tartu Tervishoiutöötajate Majas konverents Tartu Linna SEJ-i 20. aastapäeva puhul. Tartu Linna SEJ-i tööst 1940.—1960. a. andis ülevaate Õ. A r e n d. Kogemustest võitluses kõhutüüfusega Tartu linnas kõneles peaarst O. T a m m. Ettekandega difteeria esinemisest Tartus esines H. K i i l i ja toidukaupluste töötajate käte puhtuse uurimisest E. L i p s o. Koolihügieeni alalt esitas ettekande V. V e s s a r. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud arstiteaduse kandidaat A. L e n z n e r kõneles fluorestseerivate antikehade kasutamisest bakterite avastamiseks vees ja V. K a l n i n ateismi propagandast meditsiinialastes loengutes.

KONVERENTSID ja NÕUPIDAMISED

JUUBELISESSIOON N. I. PIROGOVI 150. SÜNNI-AASTAPÄEVA TÄHISTAMISEKS

16. XII 1960. a. toimus Tartu Riikliku Ülikooli aulas Eesti NSV kirurgide teaduslik juubelisessioon, mis oli pühendatud N. I. Pirogovi 150. sünni-aastapäevale.

Avasõnas kõneles Tartu Riikliku Ülikooli teadusala prorektor dots. J. Tammeorg ülikooli kuulsast minevikust ja N. Pirogovi suurest osast selles. Järgnes 7 ettekannet N. Pirogovi elust ja tegevusest. Arstiteaduskonna dekaan prof. A. Linkberg valgustas lähemalt suure kirurgi elu ja tegevust Tartu perioodil, märkides muu hulgas, et samas aulas kaitses N. Pirogov ka oma väitekirja 1832. a. sügisel. K. Afanasjev käsitles N. Pirogovi tegevust välikirurgia organiseerijana, näidates, et tema printsiibid abiandmisest haavatutele ja haigetele sõjaolukorras on rakendatavad ka tänapäeval (uute tingimuste arvestamisega). N. Pirogovi teenetest anatoomia alal rääkis dots. G. Rooks, kes rõhutas, et N. Pirogov tegeles anatoomiaga praktika, eeskätt kirurgilise praktika eesmärgil. Dots. H. Petlem näitas oma ettekandes, et N. Pirogovi tuleb õigusega pidada ka hospitaalkirurgia rajajaks (põhjendas esimesena hospitaalkliinikute loomise vajalikkuse, formuleeris nende ülesanded jne.). V. Kalnin tutvustas N. Pirogovi printsiipe profülaktilises meditsiinis, tema praktilist tegevust nende realiseerimisel ning nende tähtsust profülaktika ideede arengus. N. Pirogovi hinnatavast panusest pedagoogikasse kõneles dots. H. Kurm. Eesti NSV teeneline arst V. Paškov rääkis N. Pirogovi kui arsti kõrgetest moraalsetest printsiipidest ja tema suhtumisest arstikutsesse.

Järgnes memoriaaltahvli pidulik avamine N. I. Pirogovi tänavas asuval majal nr. 3, kus kuulus teadlane elas oma viimasel Tartus viibimise perioodil 1840—1841. Sõnavõtuga esines Tartu linna TSN Täitevkomitee aseesimees H. Sisask.

Sessioonist osavõtjatel oli võimalus külastada Tartu Riikliku Ülikooli Pearaamatukogus avatud näitust N. Pirogovi tööde originaalidest ja materjalidest, mis valgustavad tema elu ja tegevust (peamiselt Tartu-perioodil), aga samuti Vana Anatoomikumi ruumides avatud N. Pirogovi memoriaaltuba, kus on välja pandud tema teaduslikku tööd käsitlevad dokumendid, preparaatide joonised jm.

Teisel istungil andis prof. A. Linkberg ettekandes «Arterite homotransplantatsioonist alajäsemete trombobliterreeruva tõve puhul» ülevaate veresoonte transplantatsioonist. Dots. V. Põkk esines ettekandega «Aeglase konsolidatsiooni ja ebaliigese sugenemise põhjusi». J. Seeder esitas referaadis «Muutustest väikeses vereringes pleuropulmonaalse šoki seisundis» koertel läbiviidud eksperimentaalse uurimistöö tulemusi. Muutused väikeses vereringes pleuropulmonaalse šoki puhul on seni vähe uuritud. Töö järeldused leiavad rakendamist torakaalkirurgias. E. Tünder rääkis ostsillograafia ja arteriograafia kompleksse kasutamise vajadusest alajäsemete arterite trombobliterreeruva tõve üksikute staadiumide diferentsimisel ja operatiivse ravi näidustuste väljaselgitamisel, mis pakub huvi kirurgilise praktika seisukohast.

V. Kalnin ja K. Põder

SPORDIMEDITSIINI XIII RAHVUSVAHELINE KONGRESS

15. kuni 18. septembrini 1960. a. toimus Viinis spordimeditsiini XIII rahvusvaheline kongress. Kongressist võtsid osa esindajad 25 maalt. Nõukogude Liidu delegatsiooni koosseisu kuulus 50 inimest.

Kongressil käsitleti kahte teemat: 1) sport ja toitumine; 2) sport ja pöid. Peale selle esitati ettekandeid ka väljaspool nende teemade raame.

Esimese teema kohta esitati 3 põhiettekannet. Esimese ettekande tegi prof. P. Chailley-Bert (Prantsusmaa), teise — prof. N. Jakovleva (NSV Liit) ja kolmanda — prof. L. Prokop (Austria). Kõigis kolmes ettekandes tõestati veen-

valt, et eri spordiliikide harrastamisel on vaja põhilisi toitaineid tarvitada mitmesuguses vahekorras ja erineval hulgal. Väidet kinnitati väga huvitavate katsetega. Pärast kolme põhiettekannet esitasid teised ettekandjad lühikesi teadaandeid samadel teemadel.

Teise teema (sport ja pöid) kohta esitati kaks põhiettekannet. Esimese ettekande tegi spordimeditsiini rahvusvaheliise föderatsiooni president prof. A. Govaerts (Belgia), teise — C. Casuccio ja F. Vigliani (Itaalia). Mõlemas ettekandes tõestati, et sportimisel allub pöid suurtele muutustele, kusjuures võivad areneda pöia üksikute luude ja liigeste ning kogu pöia muutused. Tuleb jälgida treeningunormide ja hügieenireeglite täitmist harjutustel ning võistlustel, samuti rakendada profülaktilisi abinõusid pöia muutuste vältimiseks. Kui aga pöid on juba muutunud, siis on vajalik ravi. Kõneldi nii profülaktika kui ka ravi võimalustest.

Ülejäänud kõnelejad rääkisid pöia eri osade muutustest mitmesuguste spordialade puhul.

Väljaspool programmi toimunud ettekannetes käsitleti sportlaste südame ja veresoonkonna, hingamis- ja närvisüsteemi ning tugi- ja liikumisaparaadi seisundit, nende patoloogia profülaktikat ja ravimist.

Mis puutub Nõukogude Liidu esindajate ettekannetesse, siis peab mainima, et nende vastu tunti elavat huvi. Oldi huvitatud ka nõukogude teadlaste ja arstide meetoditest sportlaste uurimisel. Istungite lõppsõnas märgiti meie teadlaste ja arstide poolt tõstetud probleemide aktuaalsust.

Eesti NSV ettekanded esitas F. Markusas. Mõni sõna nendest. M. Mägi ettekanne «Sporditraumade ravimisest kortikosteroidsete hormoonidega» käsitleb autori kogemusi. M. Mägi ravis Eesti NSV Vabariiklikus Arstlikus Kehakultuuri Dispanseris kortisooni ja hüdrokortisooniga üle 150 sportlase mitmesuguste sportimisest põhjustatud vigastustega. Real juhtudel oli ravi väga efektiivne. M. Mägi ettekanne näitas konkreetselt, millistel juhtudel võib kortisooni ja hüdrokortisooniga ravimisel saavutada häid tulemusi. Istungit juhatanud Itaalia kirurg prof. G. La Cava soovitas mainitud raviviisi praktikasse rakendada.

N. Elšteini ettekanne «Südamelihase funktsionaalse puudulikkuse diagnostikast ja ravist sportlastel» näitas, et ületreeningu tagajärjel tekkida võivad südamelihase haigestumised sõltuvad mitte ainult sportliku koormuse intensiivsusest, vaid ka reast teistest teguritest, näiteks sportlase tervislikust seisundist, režiimitingimustest jt. N. Elšteini ettekanne näitas haigestumise varajase diagnoosimise ja ravimise võimalusi. Saksa Föderatiivse vabariigi spordimeditsiini föderatsiooni president prof. H. Grebe, kes istungit juhatas, märkis, et see ettekanne on eriti väärtuslik diagnostika ja raviküsimuste kliinilise läbitöötamise poolest.

F. Markusas esitas oma ettekande «Lamppöidsuse arenemisest kergejõustiklastel». Ettekandest nähtub, et jooksjatel ja käijatel arenevad pikema aja jooksul paljudel juhtudel pöiavõlvide muutused ja lamppöidsus. Lamppöid viib sageli sportlase rivist välja ja lühendab tema sportlase-iga. Pöiavõlvide muutuste arenemist on võimalik vältida. Treeningu plaani tuleb lülitada profülaktilisi harjutusi: üheks paremaks neist on hüpped, eriti kõrgushüpe. Hüpped tugevdavad lihaseid, mis tagavad pöia normaalse võlvi püsimist. Ettekanne tekitas elavaid arutlusi.

Kongressi ajal korraldati üritusi, mis tugevdasid mitmesuguste maade delegaatide omavahelisi sidemeid ning võimaldasid tutvuda Austria pealinna elu ja vaatamisväärsustega.

F. Markusas

EESTI NSV PEDIAATRITE VI VABARIIKLIK KONVERENTS

25.—26. oktoobril 1960. a. toimus Tallinnas Eesti NSV pediaatrite VI vabariiklik konverents. Konverentsil leidsid käsitlemist reuma, koolihügieeni ja mõned nakkushaiguste küsimused.

Konverentsi avas Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg, millele järgnes peapediaatri A. Varese ulatuslik ettekanne. A. Vares näitas kujukalt laste suremuse, vastsündinute suremus kaasa arvatud, tunduvat langust Eesti NSV-s sõjajärgsel perioodil, samuti on vähenenud laste haiglasisene letaalsus. Laste suremise peamisteks põhjusteks on hingamiselundite haigused, vastsündinute haigused ja ägedad soolenakkused. Edaspidi tuleb nende haiguste vältimisele pöörata erilist tähelepanu. Asjaolu, et laste suremus on üksikutes vabariigi linnades ja rajoonides võrdlemisi erinev, viitab selle vähendamise võimalusele.

Vastsündinute haigestumise ja suremise vähendamise abinõudest kõneles I. Veerma (Tartu Riikliku Ülikooli sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist). Ta rõhutas vajadust pöörata senisest suuremat tähelepanu vastsündinute patoloogia

antenataalsele ja varajasele postnataalsele profülaktikale. Kaasajal peavad kõigil nõuandlatel olema võimalused Rh-faktori, toksoplasmoosi ja listerioosi uurimiseks. Võitluseks asfüksiaga on tarvis sünnitusosakonnad varustada hapnikuseadmetega. Väga vastutusrikas on vastsündinute eest hoolitsemisel keskharidusega meditsiinipersonali töö. Tuleb vältida nende töötajate ülekoormamist. Enneaegsete ja haigete laste teenindamiseks tuleb valida kogenud meditsiiniõed.

Reumaprobleeme käsitleti konverentsil 9 ettekandes. Kahe ettekandega esines NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige prof. O. Sokolova-Ponomarjova. Kõneldes reumaatilise protsessi aktiivsuse kliinilistest ja neurohumoraalsetest näitajatest lastel rõhutas ta mitmekülgse uurimise vajadust. Teises ettekandes näitas referent kortikosteroidravi efektiivsust.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliige prof. A. Tur rõhutas kehalise kasvatuse ja karastamise olulisust reuma profülaktikas. Reuma diagnostikat, kliinikut ja ravi käsitlesid veel E. Nadeždina, I. Larski, T. Ternova (kõik NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Pediaatria Instituudist), L. Kooki, S. Kleitsmanni ning Z. Saare ettekanded. Huvi pakkus arstiteaduse kandidaadi E. Müllerbecki referaat võitlusest reumaga Tallinna lastel. Tema vaatlusalustel eelnes esmasele reumasse haigestumisele angiin 27,3%, krooniline tonsilliit 20,8%, karioossed hambad 10,6% juhtudest. Suurel protsendil lastest esines pärast esmast reumasse haigestumist 1,5—2 aasta kestel korduvaid haiguse ägenemisi, mis juhib tähelepanu reumahaigete hästi korraldatud dispanseerimise vajadusele.

Koolihügieeni küsimusi käsitleti viies ettekandes. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi laste ja emade ravi-profülaktilise abi osakonna ülem L. Lavrova kõneles õpilaste meditsiinilisest teenindamisest seoses haridussüsteemi ümberkorraldamisega. Oma kogemusi õpilaste haigestumise vastu võitlemisel Tallinna Jaan Anveldi nimelises Internaatkoolis jagas J. Žurba. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötajad esitasid oma koolihügieenialaste uurimistööde tulemusi. R. Silla rääkis kehakultuuri mitmekülgsest kasulikust mõjust õpilaste organismile. E. Valdre ja S. Kallas uurisid jalgadele tehtavate külmaveevannide toimet õpilaste mõnedele keha- ja nahatemperatuuri ning vere näitajatele. V. Hion ja E. Valdre vaatlesid nooremate kooliõpilaste hingamise ja südame ning veresoonkonna arengu sõltuvust füüsilisest koormusest.

Laste nakkushaigusi käsitlevates ettekannetes esitas A. Vorobjova Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast ülevaate difteeria likvideerimise edusammudest Eesti NSV-s. Ta tähendas, et viimastel aastatel ei ole mitmes Eesti NSV rajoonis enam registreeritud difteeriasse haigestumist. Võitluses difteeriaga on olulise tähtsusega kõiki lapsi hõlmav vaktsineerimine ja revaktsineerimine. Laste poliomüeliiti haigestumise mõnedest epidemioloogilistest iseärasustest ning selle haiguse likvideerimise võimalustest Eesti NSV-s kõneles vabariigi peaepidemioloog K. Vassiljeva. Poliomüeliidi esinemisel Eestis täheldati maal ja linnas haigestunute ealist erinevust. Meie linnades oli haigestumine kõrgem nooremate laste, eriti 1—2 a. vanuste hulgas. Maal aga haigestus poliomüeliiti enam õpilasi alates 10 aasta vanusest ja täiskasvanuid. Pöördeliseks sündmuseks oli laialdaste vaktsineerimiste läbiviimine vabariigis: ligi 50% elanike immuniseerimine pani kindla piiri poliomüeliidi levikule. Oluline on muidugi õigeaegne revaktsineerimine.

Läkaköhasse haigestumise järsu vähendamise võimalustest kõneles peapediaater A. Vares. Ta märkis, et 1957. a. hakati meil rakendama läkaköhavastast vaktsineerimist. Vaktsineeritute keskel on läkaköhasse haigestumine 15 korda väiksem kui vaktsineerimata laste seas. Poogitute hulgas ei esine raskekujulisi haigusvorme. Spetsiifilise profülaktika kõrval aitab läkaköhasse haigestumise vähendamisele kaasa laste ratsionaalne toitumine, karastamine, sanitaar- ja hügieeninõuetest kinnipidamine lasteasutustes jne.

Lamblioosist lastel kõnelesid V. Seeder ja V. Karu. V. Seeder rõhutas korduvate koproloogiliste uurimiste (vähemalt 6 korda) tähtsust lamblioosi avastamisel. V. Karu avastas lambliaid 42% uuritud 2—3-aastastest lastest.

Laste kopsupõletikkude alalt oli kolm ettekannet. E. Ratnik kirjeldas stafülokokkidest tekitatud pneumooniajuhte, mille puhul esines kalduvus kopsukoe kiirele abstsedeerumisele. Haiged lapsed allusid halvasti ravile antibiootikumidega. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhataja L. Keres rõhutas hapnikravi häid tulemusi varaealiste laste kopsupõletikkude ravimisel. Hapnikravi teostamiseks tuleb kõik lastehaiglad ja lasteosakonnad, aga ka haigete transpordivahendid varustada hapnikravi seadmetega. T. Krjukova analüüsis krooniliste mittespetsiifiliste kopsupõletike kliinilis-statistilisi andmeid Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonna materjalide põhjal.

Lastele günekoloogilise abi andmise kogemustest Tallinnas kõneles L. Lissovenko. Esimene lastegünekoloogia kabinet loodi vabariigis Tallinna Linna Lastehaigla baasil 1959. a. märtsis. Senini on selles kabinetis käinud 340 tütarlast vanusega 1 kuust kuni 18 aastani. 70% neist põdes mitmesuguseid vulvovaginiite.

Konverentsi ajal oli avatud näitus, mis kajastas vabariigi saavutusi pediaatria alal.

H. Pihl

EESTI NSV PATOLOOG-ANATOOMIDE KONVERENTS

14.—15. oktoobril 1960. a. toimus Tallinna Vabariikliku Haigla patoloogilise anatoomia osakonnas vabariigi patoloog-anatoomide konverents. Konverentsil viibisid rajoonihaiglate ja rajoonidevaheliste prosektuuride patoloog-anatoomid. Kuulati ära ning arutati läbi rida ettekandeid patoloogilise anatoomia aktuaalsetest küsimustest ja prosektuuride organisatsioonilise töö parandamisest vabariigis.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peapatoloog-anatoom R. Oršanskaja kõneles patoloogilise anatoomia seisukorrast ja selle arendamise võimalustest. Eestis on olemas kõiki vabariigi asutusi teenindav prosektuuride võrk. Viimaste aastate jooksul on histoloogiliseks uurimiseks võetud tunduvalt rohkem koelist materjali operatsioonidel ja teostatud biopsiaid rajooni- ja linnahaiglate juures. 1959. a. teostati selliseid uurimisi üle 20000. Haiglates teostatakse lahanguid keskmiselt 80—85% surmajuhtudest. Lahkuminekuid põhihaiguste diagnoosides esineb keskmiselt 10%.

Vastavalt Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi otsusele, vabariigi tervishoiu ministri käskkirjale nr. 198 ja NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjale nr. 316 20. VI 1959. aastast on enamik raviasutuste juhatajaid rakendanud abinõusid patoloog-anatoomide töötingimuste parandamiseks. Patoloogilise anatoomia töö edasist parandamist takistab aga kvalifitseeritud patoloog-anatoomide vähesus, nende ettevalmistamine on vabariigis veel puudulikult korraldatud. Patoloog-anatoomide ja prosektuuri laborantide ettevalmistus ei toimu tsentraliseeritult. Paljudes haiglates on patoloog-anatoomide kohad täidetud kohakaasluse alusel teiste erialade arstidega, 10 patoloog-anatoomi kohta on täitmata. Lähemal ajal tuleb taotleda lahangute teostamist suuremal protsendil surmajuhtudest, patohistoloogiliste uurimiste laialdasemat rakendamist, kliinilis-anatoomiliste konverentside töö parandamist. Vähe uuritakse vabariigi kohalikku patoloogiat. Prosektuuride varustamine reaktiivide, värvide, samuti kaasaegsete seadistega ja aparaatidega on veel ebarahuldav.

K. Titkin esitas huvitava ettekande emakakaelavähi varajaste vormide ja prekantserooside histoloogilisest diagnostikast. Ettekandja esitas kirjandusülevaate nimetatud küsimusest ja demonstreeris rohkearvuliselt preparaate ning fotosid emakakaela proliferatiivsetest ja vähieelsetest muutustest ja emakakaelavähi varajastest vormidest. Ühtlasi andis ta praktilisi nõuandeid biopsiate uurimiseks emakakaelavähi kahtluse puhul.

Kuulati A. Lukaši ettekannet ägedate nakkushaiguste patoloogilis-anatoomilisest diagnoosimisest, V. Valdese ettekannet patoloogilis-anatoomiliste laboratooriumide töö organiseerimisest jt.

Tallinna Patoloog-anatoomide Seltsi laiendatud istungil 15. oktoobril kõneles P. Bogovski reisimuljetest Saksa Demokraatlikust Vabariigist, kus ta tutvus eksperimentaalse onkoloogia-alase uurimistööga teaduslikes uurimisasutustes.

Kohtla-Järve Rajooni Haigla patoloog-anatoom G. Kamõnin esitas aruande põlevkivibasseini prosektuuri tööst. Ta tõi huvitavaid andmeid laste suremuse tunduva vähenemise kohta. Samaaegselt rõhutas referent kopsuvähi esinemise mõningat sagenemist põlevkivirajoonis. Peeti vajalikuks teostada uurimisi kopsuvähi esinemise kohta seoses põlevkivi tootmise tingimuste ja väliskeskkonna saastumisega põlevkiviproduktidest.

A. Lukaš

Konsultatsioone

NAISTE TÖÖKAITSE SEADUSANDLUSE RAKENDAMISEST

M. PELLA,

Tallinna Vabariikliku Haigla konsultant õiguslikes küsimustes

Nõukogude Liidu töökaitse seadusandluses on kehtestatud eriõigused töötavatele rasedatele naistele ja rinnaga toitvatele emadele. Seadusandluse sätetega on tagatud kõik võimalused töötava naise tervise eest hoolitsemiseks raseduse ja imiku toitmise perioodil. Nende õiguste ellurakendamisel etendavad juhtivat osa meie tervishoiuvõrgu ravi-profülaktikaasutused — naiste ja laste nõuandlad, maal velskri-ämmaemanda punktid, tööstusettevõtete juures arsti- ja velskripunktid. Nende asutuste meditsiinitöötajate otseseks ülesandeks on selgitada töötavatele rasedatele ja imikute emadele nende õigusi, suunata naisi nende õiguste taotlemisel ja tagada töökaitse seadusandluse sätete täitmist tööstusettevõtetes. Nõuandlate arstid ja velskri-ämmaemanda punktide meditsiinitöötajad kohandavad oma korraldustega iga arveloleva raseda naistöötaja töötingimused individuaalselt, olenevalt tema tervislikust olukorrast.

Seda vastutusrikast ülesannet on võimalik täita ainult siis, kui kõik meie ravi-profülaktikaasutuste töötajad tunnevad hästi tööseadusandluse aluseid.

Tööseadusandlus käsitleb naiste töökaitse küsimust kahes rühmas — rasedate ja imikute emade kohta. Seepärast tutvume töökaitse eeskirjadega samas jaotuses.

Millised õigused on töötaval rasedal naisel?

Kui tavaline töö kahjustab raseda tervist, tuleb ta vastavalt arsti korraldusele paigutada kergemale tööle töötasu säilitamisega endise töökoha järgi viimase kuue kuu keskmise palga ulatuses. Alus: Vene NFSV Tööseaduste koodeksi (TööK) § 132 [10. mai 1937. a. redaktsioonis Vene NFSV Töölis-Talupoegade Valitsuse seaduste ja korralduste kogu (VSKK) 1937. a. nr. 6 art. 40].

Öötöö on naistel keelatud kogu raseduse perioodi kestel. Alus: TööK § 131 esimene lõige.

Rasedaid naisi võib vallandada vaid erandjuhtudel, ja seda ainult ametiühingu kohaliku komitee nõusolekul. Alus: Vene NFSV Töö Rahvakomissari (RK) määrus 8. augustist 1922. a.

Isikud, kes keelduvad naisi tööle võtmast raseduse pärast või vähendavad nende töötasu samadel põhjustel, võetakse kriminaalvastutusele. Alus: NSV Liidu Kesktäitevkomitee (KTK) Rahvakomissaride Nõukogu (RKN) määrus 5. oktoobrist 1936. a.

Rasedaid naisi ei ole lubatud kasutada ületunnitöödel alates raseduse neljandast kuust. Alus: TööK § 131 ja NSVL Ülemnõukogu Presiidiumi 8. juuli 1944. a. seadlus, punkt 7.

Alates viiendast raseduskuust ei või naisi ilma nende nõusolekuta komandeerida väljapoole alalist töökohta. Alus: TööK § 133.

Vastavalt kehtivatele tööseadusandluse eeskirjadele on rasedad naistöötajad vabastatud tööst öises vahetuses. Selleks, et kindlustada tööprotsessi normaalne ja häireteta kulgemine, on tekstiili- ja kergetööstusettevõtetes, kus töötab hulgaliselt naistööjõudu, lubatud organiseerida töö selliselt, et kaks ülejäänud vahetustöölist töötavad ainult teises ja kolmandas vahetuses (s. t. selle aja jooksul, mil kolmas vahetustööline on vabastatud öötööst). Kompensatsioonina sellistes vahetustes töötamise eest on ette nähtud lisapuhkus (1 tööpäev iga kuu kohta). Alus: Üleliidulise Ametiühingute Kesknõukogu (ÜAÜKN) sekretariaadi määrus 19. jaanuarist 1938. a.

Rasedad naistöötajad vabastatakse tööst 56 päeva enne ja 56 päeva pärast sünnitamist, millise aja eest makstakse abiraha kindlaksmääratud korras. Anormaalse sünnituse või kahe ja rohkema lapse sündimise korral antakse pärast sünnitust puhkust 70 kalendripäeva. Alus: NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadlus 26. märtsist 1956. a.

Ettevõtete ja asutuste juhatajad on kohustatud andma rasedatele naistele korralist puhkust, viimaste soovi korral vahetult enne või pärast rasedus- ja sünnituspuhkust. Alus: NSV Liidu Ülemnõukogu 8. juuli 1944. a. seadlus § 6.

Rasedus- ja sünnitustoetus antakse ametiühingu liikmeks olevatele naistöötajatele ja teenistujatele järgmises ulatuses.

1. Täie töötasu ulatuses kogu puhkuse jooksul, kui neil on vähemalt 3 aastat üldist tööstaaži, sellest vähemalt 2 aastat pidevat tööd antud ettevõttes või asutuses.

2. $^3/_4$ töötasu ulatuses puhkuse esimese 20 kalendripäeva eest ning täies ulatuses ülejäänud päevade eest, kui naine on antud ettevõttes või asutuses pidevalt töötanud vähemalt 2 aastat, kuid ei oma 3-aastast üldist tööstaaži.

3. $^2/_3$ töötasu ulatuses puhkuse esimese 20 kalendripäeva eest ning täies ulatuses ülejäänud päevade eest, kui naine on antud ettevõttes või asutuses pidevalt töötanud 1 kuni 2 aastat.

4. $^2/_3$ töötasu ulatuses kogu puhkuse jooksul, kui naine on antud ettevõttes või asutuses töötanud vähem kui üks aasta.

Naistöölistele ja teenistujatele, kes ei ole ametiühingu liikmed, makstakse rasedus- ja sünnituspuhkuse aja eest toetust $^2/_3$ palga ulatuses.

Alus: Riikliku Sotsiaalkindlustuse toetuse määramise ja väljamaksmise korra määrustik 1958. a., punkt 70 ja 71.

Millised õigused on imikute emadel?

Rinnaga toitev ema on vabastatud ületunni- ja öötööst imetamise perioodi kestel. Alus: TööK § 131.

Lapse imetamise periood ei ole piiratud mingisuguse tähtajaga, ettenähtud soodustused tuleb anda rinnaga toitvale emale kogu tegeliku imetamisperioodi kestel. Alus: TööK § 131 kommentaarid.

Ööajaks loetakse aeg kella kümnest õhtul kuni kella kuueni hommikul. Alus: TööK § 96.

Rinnaga toitev ema saab peale üldise tõövaheaegade veel vaba aega lapse toitmiseks iga $3^1/_2$ tunni järel, seejuures mitte vähem kui $^1/_2$ tundi. Vaheaja pikkus oleneb töökoha kaugusest kodust või lastesõimest, kas on üks laps või kaksikud jne. Lapse rinnaga toitmise aeg arvatakse tööaja hulka ja kuulub tasumisele keskmise töötasu järgi. Neil motiividel naistöötaja palk ei tohi väheneda. Alus: TööK § 134.

Real juhtudel (näiteks suure vahemaa tõttu elu- ja töökoha vahel) ei ole naisel faktiliselt võimalik kasutada talle ettenähtud vaheaega lapse toitmiseks. Ema ja lapse huvides lubatakse praktikas lapse toitmise pooletunniliste vaheaegade summeerimist ja nende üleviimist tööpäeva lõppu. Sellisel juhul lüheneb rinnalast toitva ema tööpäev ühe tunni võrra.

Õiguse vaheajale lapse toitmiseks omavad emad ka lapse kunstliku toitmise korral. Alus: ÜAÜKN-i juriidilise osakonna seletus 14. aprillist 1956. a.

Lapse rinnaga toitmise (või kunstliku toitmise) vajadust tõendavaks dokumendiks on lastenõuandla tõend.

Juhul kui ema lapse rinnaga toitmise tõttu ei saa töötada oma endisel töökohal (näit. töö brigaadis, töö konveieril jne.) viiakse ta üle teisele tööle samas ettevõttes või asutuses töötasu säilitamisega endise töökoha järgi viimase kuue kuu keskmise töötasu suuruses. Alus: ÜAÜKN-i sekretariaadi seletus 22. detsembrist 1950. a.

Asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide administratsioon on kohustatud naistööliste ja -teenistujate sellekohasel palvel võimaldama pärast sünnituspuhkuse lõppu täiendavalt tasuta puhkust kuni kolm kuud, ühes töökoha ja pideva tööstaaži säilitamisega.

Naised, kes katkestavad töö seoses lapse sündimisega, säilitavad pideva tööstaaži, kui nad asuvad uuesti tööle hiljemalt lapse ühe aasta vanuseks saamisel. Alus: NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus 13. okt. 1956. a. nr. 1414, punkt 8.

Vallasema kuni ühe aasta vanuse lapsega võib töölt vallandada ainult erandjuhtudel, kuid ainult ametiühingu organite nõusolekul. Alus: Vene NFSV Töö RK määrus 16. juulist 1925. a.

Eeltoodud seadusandluse sätted kujundavad raamistiku, mille piires ravi-profülaktikaasutuste günekoloogid, pediaatrid, velskrid, ämmaemandad ja meditsiiniõed on kohustatud tarvitusele võtma kõik abinõud, et tagada töötava raseda ning last rinnaga toitva ema ja tema lapse tervist. Töökaitse seadusandluse õigeaegne ja maksimaalne ellurakendamine on oluliseks teguriks võitluses enneaegsete sünnituste, surnultsündimise ja väikelaste suremise vältimiseks. Kahtlemata ei piisa siin sellest, kui ravi-profülaktikaasutuste töötajad ainult selgitavad naistele nende õigusi, vaid paratamatuks vajaduseks on ka tiheda kontakti loomine raseda või last rinnaga toitva ema töökoha administratsiooni ja velskripunkti meditsiinitöötajatega. Ainult sel teel on võimalik saada objektiivne pilt naistöötaja töötingimustest. Asutuste ja ettevõtete juures töötavate velskripunktide üheks ülesandeks ongi valvata, et ettevõttes peetaks kinni töötavate naiste kohta kehtivatest töökaitse eeskirjadest (põhimääruse punkt 10-d).

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTRI ASETÄITJA V. POBUS 50-AASTANE

Vladimir Ivani p. Pobus sündis 28. detsembril 1910. a. Tallinnas. Isa töötas «Dvigateli» tehases treialina. 1920. a. asus perekond elama Leningradi. 1932. a. lõpetas V. Pobus S. Kirovi nimelise Sõjaväemeditsiini Akadeemia. Pärast akadeemia lõpetamist töötas ta kuni 1935. aastani Nõukogude armees arstina. Pärast sõjaväest demobiliseerimist 1936. a. töötas V. Pobus ühes Leningradi polikliinikus ja Leningradi I Meditsiini Instituudis röntgenoloogina.

Suure Isamaasõja ajal viibis V. Pobus Leningradis. Pärast Eesti NSV vabastamist okupatsioonivõimu alt suunati ta Eestisse ja määrati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Sanitaarvalitsuse ülemaks, kus töötas kuni 1953. aastani. Alates 1946. aastast on V. Pobus NLKP liige.

Pärast juhtiva kaadri üheaastase kursuse lõpetamist Moskvas 1953. a. suunati V. Pobus Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitjaks. Töötanud sellel ametikohal kuni 1954. a., määrati ta Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitjaks, kellena töötab kuni käesoleva ajani.

V. Pobus on viibinud mitmel korral röntgenoloogide spetsialiseerimis- ja täienduskursustel. 1953. a. lõpetas ta EKP Tallinna Linnakomitee Marksismi-Leninismi Õhtuülikooli.

Juubilar on autasustatud medaliga «Leningradi kaitse eest» ja medaliga «Vapra töö eest Suure Isamaasõja ajal». Laitmatu töö eest on teda kahel korral autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. Ta on olnud ka Tallinna Linna TSN saadikuks.

V. Pobus võtab aktiivselt osa partei ja ühiskondlikust elust.

Seoses 50. sünnipäevaga autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium juubilari kolmanda aukirjaga.

L. Lavrova.

ARST D. FJODOROVI 50 AASTA TÖÖJUUBEL

29. novembril 1960. a. täitus Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arstil Dmitri Jakovlevi p. Fjodorovil 50 aastat tööd arstina.

D. Fjodorov sündis 1883. a. teenistuja perekonnas. 1910. a. lõpetas ta Peterburi Sõjaväemeditsiini Akadeemia. 1910. a. võitles D. Fjodorov koolera vastu Voisko-Donskoi oblastis, 1912. a. aga võttis osa katku likvideerimisest Astrahani kubermangus. Pärast teenistust mereväes arstina on D. Fjodorov pühendanud kogu oma elu võitlusele tuberkuloosiga.

Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris töötab arst D. Fjodorov alates 1946. a. kuni tänaseni. Viimased üheksa aastat töötab D. Fjodorov liikuval fluorograafiajaamal Eesti NSV piirides. Ta võtab aktiivselt osa dispanseri arstide konverentsidest.

Peale selle on D. Fjodorov tuntud (ka väljaspool Eestit) roosikasvatajana ja numismaatikuna. Aastatepikkuse töö tulemusena ilmub lähemal ajal trükist tema teaduslik töö «Baltimaade mündid».

Õnnitleme auväärset juubilari Eesti NSV ftisiaatrite nimel.

E. Kama ja I. Bugakov

EESTI NSV TEENELINE ARST KARL KAUR 60-AASTANE

26. novembril 1960. a. tähistas Eesti NSV teeneline arst dotsent Karl Jaani p. Kaur oma 60. sünnipäeva.

K. Kaur sündis 1900. a. Valgamaal Helme vallas talupidaja pojana. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1927. a. ja määrati tööle Tartu Ülikooli Lastekliinikusse nooremaks assistendiks. Järgmisel aastal siirdus K. Kaur Tallinnasse, kus asus tööle ordinaatorina Tallinna Linna Külgehakkavate Haiguste Haiglas.

Enesetäiendamise otstarbel viibis ta õppereisil Saksamaal, Prantsusmaal, Itaalias ja Ungaris.

1940. a. oktoobris sai K. Kaur ENSV Tervishoiu Rahvakomissariaadilt ülesande organiseerida Tallinnas lastehaigla. Kuni 1945. a. töötas ta Tallinna Lastehaigla peaarsti kohal ja samaaegselt lühemat aega Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi Laste ja Naiste Ravi-Profülaktiliste Asutuste Valitsuse ülemana. 1945. a. suunati K. Kaur Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhataja kohale. 1948. a. ilmus K. Kauri sulest õpik «Lastehaiguste õpetuse põhijooned». 1945. a. omistati juubilarile Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. 1946. a. anti talle dotsendi kutse.

Alates 1955. a. novembrist kuni vanaduspensionile minekuni 1961. a. veebruari algul töötas K. Kaur lasteosakonna juhatajana Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas.

E. Allik

Bibliograafia

MONOGRAAFIA KUTSEKASVAJATEST *

Hiljuti ilmus arstiteaduse kandidaadi P. Bogovski monograafia «Põlevate maavarade töötlemise saadustest põhjustatud professionaalsed nahakasvajad». Raamat on varustatud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kirjavahetajaliikme L. Šabadi eessõnaga.

Raamatu I peatükis, kus kõneldakse põlevate maavarade töötlemise saaduste toimel tekkivate nahakasvajate levikust, on toodud andmed, mis näitavad, et kutsekasvajatest enamiku (66,2%) moodustavad nahakasvajad, kusjuures nende esinemissagedus näitab viimasel ajal tõusutendentsi. Autor rõhutab, et kutsekasvajad moodustavad erilise rühma inimesel esinevate kasvajate hulgas, sest erinevalt teistest kasvajatest on nende tekkepõhjused tuntud.

II, III ja IV peatükis vaadeldakse kivisöe, põlevkivi ja nafta töötlemise tehnoloogia põhijooni, nahakasvajate levikut nende tööstusharude töölistel, eksperimentaalseid andmeid kivisöe-, põlevkivi- ning naftasaaduste blastomogeense toime kohta ja tuuakse olemasolevad andmed kantserogeensete ainete sisaldusest nendes toodetes. Esitatud materjali ulatus kõneleb sellest, et kutsetööga seotud nahakasvajate etioloogias on esikohal kivisöesaadused, teisel põlevkivi- ja kolmandal kohal naftaproduktid. Seejuures ei ole ka praegu kasutatavate leiukohtade põlevkivi töötlemise saadused kaugeltki ühesuguse kantserogeensusega. Eksperimentaalsete andmete põhjal võib arvata, et eesti põlevkivist saadud kamberahjuõli kantserogeenne aktiivsus on mõnevõrra suurem, ameerika põlevkiviproduktidel seevastu aga väiksem kui šoti põlevkiviõlil.

V peatükis käsitletakse põlevate maavarade töötlemisest tingitud nahakasvajate tekkimise üldisi seaduspärasusi. Vaatluse alla on võetud eelmistes peatükkides kirjeldatud produktide võrdlev kantserogeenne aktiivsus, nende tootmise tehnoloogilise režiimi (eriti temperatuuri), edasise töötlemise ja 3,4-benspüreeni sisalduse tähtsus ning kutsekasvajate geograafilise leviku iseärasused. Tuuakse andmeid ka tööstaaži, vanuse ja soo osatähtsusest kutsekasvajate tekkimises ning vaadeldakse mõningaid kutsetööga seotud nahakasvajate kliiniku ja morfoloogia küsimusi. Küllaltki üksikasjaliselt puudutab autor kliiniliste ja eksperimentaalsete andmete vastavust, asudes seisukohal, et mitmetel loomaliikidel saadud katseandmed on inimesele üle kantavad.

Viimane, VI peatükk on pühendatud profülaktika küsimustele. Antakse ülevaade tehnilistest, tehnoloogilistest, tervishoiulistest ja meditsiinilis-organisatoorsetest abinõudest kutsetööga seotud nahakasvajate vältimiseks.

Raamat lõpeb lühikese üldkokkuvõttega ja kasutatud kirjanduse loeteluga (sisaldab 138 kodumaist ning 173 välismaist allikat).

H. Jänes

---

* П. А. Боговский, Профессиональные опухоли кожи, вызываемые продуктами переработки горючих ископаемых. Медгиз, Ленинградское отделение, 1960, 176 стр., тираж 4000 экз.

Referaate

Praktiliselt tähtsaid küsimusi trombembooliast, eriti selle hilistagajärgedest ja harva esinevast erivormist. Naegeli, Th. *(Praktisch wichtige Fragen der Thrombembolie mit besonderer Berücksichtigung der Spätfolgen und einer seltenen Sonderform.)* Dtsch. med. Wochenschr., 1960, 12, 457—463.

Statistilistel andmetel esinevad 50 protsendil üle 45 a. vanustest isikutest mitmesuguse lokalisatsiooniga trombid. Kuna need andmed põhinevad arvatavasti autopsia andmetel, siis võib oletada, et trombidega isikute arv võib olla tegelikult veel kõrgemgi. Osa tromboosijuhte võivad kulgeda peaaegu sümptoomideta ja paraneda spontaanselt. Tromboside puhul esineb embolite tekkimise oht, eriti ohtlik on kopsuarteri emboolia. Dicki andmetel on viimane surma põhjustajana 5. kohal.

Tromboosi etiopatogeneesis omistatakse tänapäeval suurt tähtsust vaheajule. Tromboosi teket soodustavad samuti juba Virchowi poolt rõhutatud veresoonte seina kahjustused, vereringe aeglustumine ja vere kõrgenenud hüübimistendents. Vereringe soodustamiseks on vajalik rakendada pikemat aega lamavate haigete puhul liigutusi nn. voodijalutuskäikude näol.

Kõige ähvardavamaks on kopsuarteri emboolia. Tähelepanekutest nähtub, et $^3/_4$ kopsuarteri embooliaga haigetest sureb 15 minuti jooksul pärast emboli tekkimist. Kopsuarteri emboli operatiivset eemaldamist soovitas esmakordselt 1902. a. Trendelenburg. 1924. a. teostas Kirschner esimese positiivsete tulemustega operatsiooni. Praeguseni on kirjeldatud 20 kopsuarteri emboli eemaldamise eesmärgil teostatud operatsiooni, kusjuures 2 isikut surid retsidiivi puhul, $^1/_3$ haigetest haigestus mediastiniiti ja $^1/_4$ opereeritutest suri $3^1/_2$ nädala jooksul ühise unearteri arrosiconverejooksu tagajärjel.

Ebaõnnestumise tõttu rakendatakse viimasel ajal kopsuarteri embolite puhul kirurgilist ravi harva, esikohal on konservatiivne ravimeetod. Itaalia autorid on tavalise medikamentoosse ravi kõrval eduga rakendanud korduvaid vereülekandeid koos hapnikraviga. Eriline tähtsus on kiiresti alatud ravil antikoagulantidega.

Jäsemetest esinevad embolid sagedamini jalgadel. Esineb surmajuhte, mis on põhjustatud väikestest, perifeerias paiknevatest embolitest; siin tekib surm näiliselt reflektoorselt. Surma võib soodustada ka serotoniin, hormoonide omadustega aine, mis tekib trombotsüütides. Trombimassi lagunemisel vabaneb serotoniin, mis põhjustab vererõhu langust ja veresoonte kitsenemist.

Jala süvaveenide tromboosi hilistagajärgedena võivad esineda valud, krooonilised tursed ja naha muutused koos haavandumistega. 1750 haavandijuhu analüüsimisel täheldas Halse 51% *ulcus cruris post thromboticum*'i, 40% *ulcus cruris varicosum*'i ja 8% muu etioloogiaga *ulcus cruris*'e esinemist.

Jala süvaveenide tromboosi harva esinevaks vormiks on *phlegmasia caerulea dolens*. Haigestumine tekib järsku, iseloomustudes tugevate valudega, tursetega ning naha sinaka värvusega. Ekslikult diagnoositakse sel puhul sageli arteriaalset embooliat. Letaalsus on selle tromboosivormi puhul 27%. Surma põhjuseks on arenev kollaps ja kopsuarteri emboolia. Raviks soovitatakse kasutada hepariini.

Vaatamata sellele, et kaasaja meditsiin teeb suuri edusamme, oleme veel kaugel embolitevabast kirurgiast.

Ref. H. Pihl

Komplikatsioonid akuutsete vereringehäirete ravi puhul antikoagulantidega. Marx, H., Hasse, H. *(Komplikationen der Behandlung akuter Durchblutungstörungen mit Antikoagulantien.)* Dtsch. med. Wochenschr., 1960, 9, 355—357.

Suurte veresoonte, nii arterite kui ka veenide akuutsed topistumised kutsuvad esile alarmeeriva haiguspildi. Sageli laheneb küsimus kompenseeriva vereringe tekkimisega kollateraalide kaudu. Õigeaegne abi puudumine või mitteküllaldane kollateraalvereringe võib aga põhjustada kudede kärbumist. Kirurgilise ravi rakendamisel eemaldatakse veresoone akuutse toppumise korral embol. Terapeutiliste abinõudena kasutatakse 1) antikoagulante uute trombide tekkimise vältimiseks ning hüüvete lahustamiseks ja 2) vasodilataatoreid — kollateraalide arenemise soodustamiseks.

Kasutamist leiavad hepariin ja sellega sarnased kumariiniderivaadid, intraarteriaalselt manustatakse eupapaveriini, priskooli (2-benzüül-4,5-imidazoliinhüdrokloriid), ATP-d (adenosiin-trifosforhape) jt., tehakse sümpaatiliste närvide novokaiinblokaade, rakendatakse kaudset soojendamist.

Kõige olulisemaks ravimenetluseks on antikoagulantide manustamine, kuid ravi täiendamisel novokaiinblokaadiga võib tekkida tõsiseid komplikatsioone verejooksude näol.

77 a. vanusele haigele, kes toodi haiglasse parema niudearteri akuutse topistumise nähtudega, viidi arterisse kubeme piirkonnas 2 ml priskooli (10 ml füsioloogilise lahusega) ja ordineeriti hepariini ning dikumariini, mille järel haigusnähud jalas hakkasid vähenema. 54 tunni pärast tekkis aga arteri punkteerimise kohal verevaland. Hgb% veres langes järsult. Lõpetati antikoagulantide manustamine. Kliiniline paranemine toimus kollateraalide arenemise tõttu.

45. a. vanust parema reieearteri topistusega naist raviti makumaariga (dikumariini derivaat) ja 40 ml 0,5%-lise prokaiinilahuse viimisega paravertebraalselt. Haigel tekkis raske retroperitoneaalne verejooks. Ta suri südamenõrkuse ja neerude puudulikkuse tagajärjel.

Kolmas haige oli ravil flebiidi tõttu. Haigele anti trombotsiidi 200 mg 3 korda päevas ja tehti kaks paravertebraalset blokaadi (30 ml 0,5%-list prokaiinilahust), mis põhjustas jalgade paralüüsi ja tundlikkuse kadumise. 5. ravipäeval ilmus rooja veri, mille järel ravi katkestati. Ekspertide arvates tekkis haigel verevaland L_4—L_5 ja S_1 segmentide närvijuurte piirkonda. Paralüüs möödus 3 aasta jooksul.

Komplikatsioonidele vaatamata on antikoagulandid tähtsaimateks ravivahenditeks akuutsete vereringehäirete puhul ja neid tuleb tarvitada küllaldastes annustes võimalikult kiiresti.

Ref. H. Pihl

KÜSIMUSI ja VASTUSEID

MILLAL ON NÄIDUSTATUD KAALIUMI MANUSTAMINE JA KUIDAS SOOVITATAKSE SEDA TEOSTADA?

Kaaliumi optimaalne kontsentratsioon veres ja rakkudes on organismi, eriti lihaserakkude normaalse talitluse oluliseks eelduseks. Kaaliumihulk veres on normaalselt 20 mg%. Hüpokalieemia oht tekib 10 mg% nivool, häired hüperkalieemia tagajärjel esinevad umbes 27 mg% puhul. Hüpokalieemia puhul arenevaiks häireiks on lihastenõrkus, südame puudulikkus, hingeldus hingamislihaste nõrkuse tõttu, tendents tursete tekkimiseks ja teadvuse häired.

Hüpokalieemia tekkimise võimalust ja kaaliumi terapeutilise manustamise vajadust tuleb eelkõige arvestada alljärgnevatel juhtudel.

1. Kroonilise kardiovaskulaarse puudulikkusega haigeil. Eriti ravi puhul südameglükosiididega ja diureetikumidega kaotab organism rohkesti kaaliumi. Viimase küllaldane kontsentratsioon südamelihase rakkudes on aga eelduseks, et tekiksid müokardi kontraktsiooniks vajalikud elektrilised potentsiaalid. Hüpokalieemia põhjustab nn. energeetilis-dünaamilist südameinsufitsientsust. Mainitud olukorras suureneb ka südameglükosiidide toksiline mõju südamelihasele. Digitaalis- ja strofantiinravi efekti puudumine võib olla seoses kaaliumi defitsiidiga. Kaaliumi manustamisel paranevad südamepuudulikkuse ravi tulemused.

2. Hüpokalieemia võib tekkida haigeil diabeetilise koomaga insuliinravi vältel. Sellega tuleb arvestada juhul, kui pärast seisundi esialgset paranemist kooma uuesti süveneb või kui patsient ei reageeri energilisele insuliin-glükoosravile. Sel puhul areneb kardiovaskulaarne puudulikkus ja hingeldus.

3. Kaaliumi defitsiit tekib kestvama kortisoon- ja AKTH-ravi puhul.

4. Hüpokalieemia võimalust tuleb arvestada kestvate kõhulahtisuste ja oksendamise korral.

Kaaliumi manustamise viisid.

1. Kaaliumirikas dieet (anda rohkesti aed- ja puuvilja).

2. Kaaliumkloriidi manustamine peroraalselt (6—8 g kaaliumkloriidi = 3—4 g kaaliumi päevas).

3. Kaaliumi parenteraalne manustamine (näiteks komatoossetele haigetele) võib toimuda nn. Butleri lahuse veenisisese tilkinfusiooni näol. Lahuse koostis on järgmine: NaCl — 0,6, KCl — 1,0, K_2HPO_4 — 0,5, $NaC_3H_5O_5$=2.2, *Aq. dest.* 1000,0. Infusiooni kiirus ei tohi ületada 0,2 g kaaliumi tunnis, sest muidu tekib hüperkalieemia oht. Kaaliumi manustamisel intravenoosselt tuleb jooksvalt jälgida vere kaaliumisisaldust, mis tänapäeval on kõige hõlpsamini teostatav leekfotomeetri abil. (**K. Kõrge,** dotsent, TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateeder.)

KUIDAS FORMULEERITAKSE ARSTLIK OTSUS KUTSEHAIGUSE PUHUL?

Haiget uurinud ja ravinud arsti otsus ja soovitused on eriti suure tähtsusega jätkuva ravi edukuse ja õige töökorralduse suhtes. Seda olulisem on arsti nõuanne kutsehaiguse puhul, mil haiguse etioloogia põhjalik tundmine loob teatud eelised ravi-profülaktiliste abinõude aktiivseks ja edukaks rakendamiseks. Arstliku otsuse erilist täpsust nõuab ka see, et ajutise töövõimetuse puhul kutsehaiguse tõttu on kindlustatud õigus haigustoetusele töötasu ulatuses, samuti õigus saada kõrgendatud pensioni kutsehaigusest põhjustatud invaliidsuse puhul.

Meditsiiniline otsus peab andma õige suuna nimetatud küsimuste lahendamisele, märkides eraldi ja täpselt 1) haiguse diagnoosi, 2) haiguse seose elukutsega, 3) haige töövõimelisuse ja töökorralduse ning ravialased soovitused.

Diagnoosi püstitamisel tuleb kompleksselt arvestada nii haiguse kliinikut kui ka objektiivseid andmeid töötingimuste ja tööstaaži kohta. Järgnevalt näidatakse eraldi ja selgesti, kas haigestumine on üld- või kutsehaigus, arvestades seejuures kehtivat, 1956. a. kinnitatud kutsehaiguste nimekirja ja selle kasutamise juhendit. Lubamatu on tarvitada hajuvaid formuleeringuid, mis desorienteerivad nii haiget ennast kui ka tööekspertiisi organeid, näiteks: «Haigus on üldhaigus, protsessi ägenemisel oli teatud osa ebasoodsatel töötingimustel...» jne.

Otsuse kolmas osa on eriti tähtis haige edasisele saatusele. Selles märgitakse haige töövõime kaotuse aste (osaline või täielik) ja vastavalt sellele töötingimused või kahjulikud ained, mis on haigele vastunäidustatud.

Arstliku otsuse näiteid kutsehaiguste puhul.

1. Liivajoa pritsi tööline valutehases. Diagnoos — silikoos I (esimene) staadium. Haigestumine on kutsehaigus. Töövõime piiratud. Vastunäidustatud töötamine kokkupuutes tolmu ja ärritavate gaasidega, ebasoodsates meteoroloogilistes tingimustes ja raske füüsiline töö. Arstlik kontroll 1 aasta pärast.

2. Tinasulataja trükitööstuses. Diagnoos — kerge krooniline pliimürgistus. Haigestumine on kutsehaigus. Vajab ambulatoorset ravi 2 nädala jooksul, mille järel töövõimeline oma erialal.

Toodud näiteist esimesel juhul viiakse haige üle teisele tööle, arvestades vastunäidustusi, ja talle määratakse invaliidsus kutsehaiguse tõttu. Teisel juhul on haigele kindlustatud ravi ajaks toetus töötasu ulatuses ning võimalus jätkata tööd oma erialal. (**I. Maripuu,** arstiteaduse kandidaat, ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori juhataja.)

MIKS NOHU EI ALLU PALJUDEL JUHTUDEL RAVILE?

Sellepärast, et ravi pole kausaalne. Tuleb silmas pidada, et peale nohu, mida tekitavad mikroobid või viirused, esineb ka nohu, mis on kas neuroreflektoorse või allergilise päritoluga. Rinoloogilised tähelepanekud näitavad, et viimati mainitud nohuvorme esineb meil palju sagedamini kui neid diagnoositakse. Neuroreflektoorset laadi nohu ehk *rhinitis vasomotorica*'t peetakse vegetatiivse närvisüsteemi häireks; allergilist laadi nohu ehk *rhinopathia allergica* on põhjustatud allergeenide sattumisest hingamisteede limaskestadele.

Kliinilistelt nähtudelt on need nohuvormid sarnased, mistõttu on raske eristada üht nohuvormi teisest. Tõenäoliselt domineerib allergiline etioloogia. Sellele nohule on iseloomulik vahelduva raskusega ninahingamise takistus (kord ühes, kord teises pooles), vesine eritis (transsudaat) ja korduvad aevastushood. Nohunähud võivad raskeneda õhutemperatuuri järsul muutusel. Esineb üldist laadi kaebusi, nagu uimasus, sageli bronhiaalastma või ka muid vegetatiivse närvisüsteemi häireid. Neil isikutel võib veres esineda eosinofiilia, samuti võib leida eosinofiilseid leukotsüüte ninaeritise äigepreparaadis; nina limaskest on hallikassinakat värvust. Nohu võib kesta aastaid.

Allergeenideks võivad olla mitmesugused valgumolekulid, mis korduval sattumisel ülemiste hingamisteede limaskestadele põhjustavad lokaalse reaktsiooni, taimse päritoluga tolmud (näiteks merihein polstermööblis), mõned taimeliigid (näiteks priimula), villade tolm, keemilised ained, kosmeetikavahendid (puuder, eosiin huulepulgas) ja palju teisi aineid, mille selgitamine pole alati nii lihtne.

Et sellise nohu puhul on tegemist funktsionaalset laadi häirega, siis on arusaadav, miks ravi sulfaniilamiididega, antibiootikumide või teiste bakteritsiidsete vahenditega jääb tagajärjetuks ja võib vahel isegi põhjustada nohu ägenemist. Taolistel juhtudel tuleb eemaldada allergeeni allikad, samuti teostada desensibiliseerivat ravi (dimedrool, kaltsium, AKTH, kortisoon, negatiivse laenguga aeroionisatsioon), anda sedatiivumeid või ka atropiini, mille järel nohunähud kaovad. (**E. Siirde**, dotsent, TRÜ Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateeder)

ÜLELIIDULINE TERVISHOIUTÖÖTAJATE AKTIIV

6.—8. detsembrini 1960. a. toimus Moskvas NSV Liidu tervishoiutöötajate aktiiv, millest võttis osa üle kahe tuhande meditsiinitöötaja: väljapaistvad teadlased, arstid, tervishoiu organisaatorid, farmatseudid, meditsiiniõed, velskrid ja ämmaemandad, samuti nõukogude, partei- ning komsomoliorganisatsioonide ja Punase Risti Seltside esindajad, et arutada NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» täitmist ja edasisi abinõusid sotsialistliku tervishoiu arendamiseks. Eesti NSV-st võtsid nõupidamisest osa 22 inimest: A. Green, A. Tšepurin, A. Goldberg, Š. Gulordava, L. Barõševa, L. Lavrova, M. Nikitin, M. Noormägi, I. Podolski, L. Pedak, K. Ulst, J. Narma, O. Kolesova, G. Roosileht, B. Pšenitšnikov, B. Tsitlis, G. Kamõnin, U. Meikas, N. Tihane, E. Kama, V. Tölp ja A. Sarap.

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu nimel tervitas kokkutulnuid NLKP Keskkomitee sekretär N. Muhhitdinov, kes märkis, et nii tervishoiu kui ka teistel rahvamajanduse aladel on saavutatud suurt edu: täielikult on likvideeritud rida nakkushaigusi, järsult on vähenenud elanikkonna suremus, nõukogude inimeste eluiga on pikenenud rohkem kui kaks korda.

NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov kõneles, et meie kodumaa on ajalooliselt lühikese aja jooksul tõusnud kõrge haigestumuse ja suremusega maast maaks, kus suremus on kõige madalam maailmas (7,5 tuhande elaniku kohta). NSV Liidus on kõrge sündimus (1960. a. 26,5 tuhande elaniku kohta). Elanikkonna loomulik iive 1960. a. oli 19,2 tuhande elaniku kohta. See on majanduslikult arenenud maade seas kõige parem näitaja. Aastast aastasse tõusevad tervishoiule assigneeritavad summad: 1940. a. kulutati umbes 9 miljardit rubla, 1950. a. üle 21 miljardi rubla ja 1960. a. üle 43 miljardi rubla. Kogu maal on likvideeritud Teise maailmasõja tagajärjed. Seitseaastaku lõpuks on meie maal üle kahe miljoni haiglavoodikoha — juurdekasv 1959. a. võrreldes üle 40%. S. Kurašov mainis, et ei tohi ehitada käärbushaiglaid, vaid tuleb ehitada ajakohaste projektide järgi. Rajoonihaiglad tuleb ehitada suuremad. Alates 1965. a., kus aga võimalik, seal juba varem, lõpetatakse haiglate avamine kohandatud hoonetes. Lähemate aastate jooksul korraldatakse kõikides haiglates kahelüliline teenindamine. On juba välja valitud otstarbeka haiglamööbli näidised, mida hakatakse tootma lähemal ajal. NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium peab otstarbekohaseks erihaiglate ehitamist krooniliste ja vanemaealiste haigete jaoks, samuti ühe profiiliga erihaiglate loomist.

Suur osa ministri ettekandest käsitles elanikkonna ambulatoorse-polikliinilise teenindamise parandamist. Territoriaalseid jaoskondi vähendatakse ettenähtud normatiivideni, muudetakse vastuvõtunorme: sellega kaob arstide ülekoormatus. Põhiliselt tuleb parandada stomatoloogilise abi andmist. Hambaarste hakatakse tulevikus rakendama peamiselt profülaktilisel tööl. Suurendatakse keskharidusega meditsiinipersonali arvu, et tõsta stomatoloogia kabinettide läbilaskevõimet.

Suurt tähelepanu osutas S. Kurašov südame- ja veresoonkonna haiguste ja vähktõve probleemile. Püstitati laialdane uurimistöö plaan, on läbi töötatud ravi ja profülaktika üldprintsiibid ja abinõud neid haigusi põdevate isikute töö ratsionaalseks korraldamiseks.

Edu tervishoiu alal on vahetus seoses meditsiinikaadri arvulise suurenemisega ja selle kvalifikatsiooni tõusuga. Nõukogude Liidus töötab üle 380 tuhande arsti, s. o. üks kolmandik kogu maailma arstidest ehk pool Euroopa arstidest. Seitseaastaku lõpul töötab NSV Liidus üle 500 tuhande arsti. NSV Liidus ei ole ühtegi rahvust, kel ei ole oma arste.

Tervishoiu propaganda rahva hulgas peab olema mitmekesine ja huvitav. S. Kurašov rõhutas, et selleks on tarvis kasutada kõiki võimalusi, kaasa arvatud kino, raadio, televisioon, töötada kooliõpilaste ja pedagoogidega, ettevõtetes, kolhoosides jne.

Eesti NSV delegatsiooni poolt võttis sõna tervishoiu minister A. Goldberg, kes mainis, et 1940. a. võrreldes on vabariigi tervishoiuvõrk kasvanud rohkem kui kolm korda, voodite arv statsionaarides kaks korda. Arstide arv on suurenenud kolm, keskharidusega meditsiinitöötajate arv aga kuus korda. A. Goldberg juhtis tähelepanu õhu, vee ja pinnase puhtuse kaitsele. Ehitada tuleb ainult

nende projektide järgi, mis välistavad ümbritseva keskkonna saastamise võimalused. Meie sanitaarteenistus ei tohi minna kompromisside ja poolikute abinõude rakendamise teed, ei tohi lubada mingeid kõrvalekaldumisi ega erandeid tehaste ja vabrikute ehitamisel ning rekonstrueerimisel. A. Goldberg käsitles veel mitmeid aktuaalseid küsimusi, nagu finantseerimist, uute suurte haiglate koosseisu täiendamist tehnikute ja inseneride kohtadega jne.

Nõupidamisest osavõtjad võtsid üksmeelselt vastu läkituse Nõukogude Liidu ja kogu maailma meditsiinitöötajaile, milles kutsutakse kolleege ühendama oma jõupingutused, teadmised ja kogemused ühiseks võitluseks inimkonna tervise kaitsmise ja tugevdamise eest, rahu eest, tuumarelva katsetamise keelamise eest.

Tormiliste kiiduavaldustega võtsid nõupidamisest osavõtjad vastu läkituse NLKP Keskkomiteele ja NSV Liidu Ministrite Nõukogule.

9. detsembril korraldati nõupidamisest osavõtjatele vastuvõtt Georgi saalis ja Granovitaja Palatas.

Kõikidele üleliidulisest tervishoiutöötajate aktiivist osavõtjatele anti rinnamärgid.

A. Sarap

VÄITEKIRJADE KAITSMISEST TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOOLIS

9. detsembril 1960. a. kaitsti TRÜ Arstiteaduskonna Õpetatud Nõukogu avalikul koosolekul kolm väitekirja. Esimestena kaitsesid kaks Taškendi Farmaatsia Instituudi assistenti: T. Kasõmova teemal «Katsest kultiveerida Taškendi oaasis india köömnet ja valmistada sellest ravimpreparaate» ning S. Teslov teemal «Mõningate Kesk-Aasias esinevate *Thermopsis R. Br.* liikide farmakognostilisest uurimisest». Oponeerisid farmaatsiateaduse doktorid prof. A. Tomingas ja prof. N. Veiderpass. Õpetatud Nõukogu otsustas anda T. Kasõmovale ja S. Teslovile farmaatsiateaduse kandidaadi kraadi.

Samal päeval kaitses väitekirja TRÜ mikrobioloogia, nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedri assistent A. Danilovitš teemal «Kliinilise pildi ja organismi reaktiivsuse uurimine düsenteeriahaigetel». See teemalt aktuaalne töö valmis arstiteaduse doktori prof. F. Lepa teaduslikul juhendamisel. Töö kaitsmisel oponeerisid arstiteaduse doktor prof. A. Raatma ja arstiteaduse kandidaat A. Jannus. TRÜ Arstiteaduskonna Õpetatud Nõukogu otsustas anda A. Danilovitšile eeltoodud väitekirja kaitsmise puhul arstiteaduse kandidaadi teadusliku kraadi. Üle 440-leheküljelise (masinakirjas) väitekirja koostas A. Danilovitš Tartu Linna Nakkushaigla materjalide põhjal. Autor on samas haiglas töötanud üle 11 aasta, saades väärtuslikke kliinilisi kogemusi. A. Danilovitš uuris 106 ägeda ja 34 kroonilise düsenteeria haigel kliinilise sümptomatoloogia ja haiguskulu kõrval ka organismi reaktiivsuse näitajatena vereseerumi komplemendi tiitrit, kantaridiinvilli eksudaadi rakulist koostist ja rakkude fagotsütaarset aktiivsust. Tööst nähtub, et kliinilise sümptomatoloogia kõrval peegelduvad organismi reaktiivsuse nihked uuritud näitajate dünaamikas. Neid näitajaid võib kasutada ravi suunamiseks ja prognoosi püstitamiseks nii ägeda kui ka kroonilise düsenteeria puhul.

I. Maaroos

ASPIRANTUURIKOHTADEST ARSTITEADUSE ALAL 1961. a.

1961. a. avatakse Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis 5 aspirantuurikohta: lasteinfektsioonide (2 kohta), kommunaalhügieeni, biokeemia ja gripi virusoloogia alal.

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis on 1961. a. 11 aspirantuurikohta, mis jaotuvad järgmiste erialade vahel: biokeemia, patoloogiline anatoomia, mikrobioloogia, immunoloogia, virusoloogia, tuberkuloos (3 kohta), füsioteraapia koos kuurortoloogiaga (balneoloogia), professioonipatoloogia ja professioonitoksikoloogia (tööstustoksikoloogia).

Aspirantuuri võetakse isikuid kuni 35 aasta vanuses, kellel on pärast kõrgema õppeasutuse lõpetamist vähemalt kaheaastase praktilise töö kogemused (soovitav valitud erialal). Avaldusi aspirantuuri astumiseks võetakse vastu 1. juulini 1961. a. Sisseastumiseksamid tuleb sooritada eriaines (kõrgemate õppeasutuste programmide ulatuses), NLKP ajaloos ja ühes võõrkeeles (inglise, saksa, prantsuse või itaalia). Eksamid toimuvad augusti- ja septembrikuus. Isikud, kes on lubatud aspirantuuri sisseastumiseksamitele, saavad töökohalt puhkust 30 kalendripäeva ulatuses palga säilitamisega.

Aspirantuuri aeg on 3 aastat. Aspirandid saavad stipendiumi oma endise töötasu suuruses, kuid mitte üle 100 rbl. kuus. Aspirandid suunatakse juhtivate instituutide juurde, kus on kindlustatud parimad töötingimused. Vilunud spetsialistide juhendamisel omandavad nad kaasaegse teadusliku uurimise meetodid ja tutvuvad uusima aparatuuri ja tehnikaga oma erialal.

Lähemaid andmeid saab Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist (Tallinn, Paldiski mnt. 52, korpus 6, telefon 440-51) ja Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist (Tallinn, Ravi tn. 18/20, telefon 458-08).

R. Silla ja H. Jänes

TERVISHOIU ÜLIKOOLIDE TÖÖST

Eesti NSV Poliitiliste ja Teadusalaste Teadmiste Levitamise Ühingu ja Tallinna Sanitaarharidusmaja algatusel avati 13. oktoobril 1960. a. Tallinnas J. Tombi nim. Kultuurihoones Tervise Ülikool (direktor L. Stepanova, õppealajuhataja F. Bochman). See on Sanitaarharidustöö uus, senisest põhjalikum ja ulatuslikum vorm.

Tervise Ülikooli töö toimub kahes õpperühmas (eesti ja vene keeles). Osavõtt on tasuta. Kuulajaskonna (üldarv 700) enamik on keskharidusega, on aga ka palju keemikuid, insenere jt. kõrgema haridusega töötajaid.

Loengud toimuvad 2 korda kuus. Kummalegi rühmale on planeeritud 16 õppust.

Õppeplaani teemadering moodustab terviku, puudutades arstiteaduse tähtsamaid probleeme. Kavas on loengud järgmistel teemadel: nõukogude tervishoiu alused, arstiteaduse areng, inimese kehaehitus ja talitlus, võitlus nakkushaigustega, hügieeniküsimused, tähtsamad haigused (tuberkuloos, vähk, südamehaigused), haigete hooldamine, esmaabi, laste tervishoid, tervishoiuaktiivi töö jne. Lektoritena esinevad teaduslikud töötajad ja arstid-praktikud, kel on suured kogemused loengulises töös (A. Sarap, A. Roosileht, A. Reiman, P. Bogovski, G. Loogna, A. Chevalier, E. Rõigas jt.).

Peale loengute on ette nähtud ka praktilised õppused, ekskursioonid raviasutustesse, demonstreeritakse sanitaarhariduslikke filme jne.

Õppetöö lõpeb 1961. aasta maikuus.

F. Bochman

*

Tartu Tervishoiu Ülikool (direktor V. Paškov) töötab alates 21. septembrist 1960. a. Uus rahvaülikool on äratanud suurt huvi laiemas üldsuses. Ülikoolis toimuvast tööst võtab osa ligi kakssada viiskümmend inimest, enamasti vanusega 20—40 a. Enamik on keskharidusega, rohkesti on aga ka kõrgema haridusega kuulajaid. Siiani on Tartu Tervishoiu Ülikoolis loenguid pidanud Tartu Riikliku Ülikooli anatoomia kateedri juhataja dotsent G. Rooks, nakkushaiguste, mikrobioloogia ja dermatoloogia kateedri dotsent S. Laanes, hügieeni kateedri juhataja M. Kask jt.

R. Markovitš

TERVISHOIUALANE NÄITUS TARTUS

Vabariikliku Sanitaarharidusmaja juures Tartus R. Pälsoni tn. 32 on avatud alaline tervishoiualane näitus. Eesti NSV XX aastapäevaks lisati uusi väljapanekuid tervishoiu saavutustest Tartus nõukogude võimu aastail. Näitusel võib tutvuda ka väljapanekutega alkoholi kahjulikkusest, nakkushaiguste vältimisest, inimese organismi ehitusest ja talitlusest, hammaste tervishoiust jms.

Näituse külastamine on eriti soovitatav kooliõpilastele ja noortele. Näitus on avatud kolmapäevadel ja pühapäevadel kell 14.00—17.00. Ekskursioonidel on võimaldatud kokkuleppel Vabariikliku Sanitaarharidusmaja administratsiooniga külastada näitust ka muul ajal.

Rajoonide tervishoiutöötajatel tuleks soovitada koolide ekskursioonidel külastada nimetatud näitust. Käesoleval aastal on korraldatud ka rändnäitusi Keila, Paide jt. rajoonides. Otstarbekohane oleks vastava näituse organiseerimine ka Tallinnas.

R. Markovitš

«TERVISE OLÜMPIAAD» KOOLIÕPILASTELE

Selleks et tõsta kooliõpilaste huvi tervishoiuküsimuste vastu ning täiendada nende teadmisi meditsiini alal, on hakatud organiseerima nn. tervise olümpiaade. Esmakordselt korraldati selline olümpiaad Moskvas Kirovi rajooni Pioneeride Majas. Et üritus oli õpilastele huvitav, õpetlik ning kasulik, vajaks see eeskuju võtmist.

«Tervise olümpiaadi» organiseerijaiks ja initsiaatoreiks peavad olema meditsiinitöötajad, eeskätt kooliarstid ja -õed, aga ka sanitaar-epidemioloogia jaamade töötajad, kes organiseerivad sanitaarharidustööd kohtadel. «Tervise olümpiaadid» võivad olla koolidevahelised, ülekoolilised ja isegi klassidevahelised. Kooliarst tutvustab osavõtjaid olümpiaadi eesmärgiga ja osavõtmise tingimustega. Olümpiaadiks valmistumise perioodil loevad õpilased populaarseid sanitaarhariduslikke raamatuid ja brošüüre, külastavad loenguid, vaatavad vastavaid filme.

Meie vabariigis organiseeris «tervise olümpiaadi» esimesena Tartu 8. Keskkool. Olümpiaadil arutati läbi üle 15 tervishoiualase küsimuse, vanemate klasside õpilased kuulasid TRÜ arstiteaduskonna hügieenikateedri õppejõu meistersportlase Heino Tiigi ettekannet suitsetamise ja alkoholi kahjulikkusest. H. Tiik tõi huvitavaid näiteid ja andmeid suitsetamise ja alkoholi negatiivsest mõjust inimese, eriti nooruki organismile. Ta kutsus õpilasi üles võitlema selle pahega ja õhutas tegelema kehakultuuri ning spordiga.

Olümpiaadi eel tuleks koolis korraldada tervishoiualaseid näitusi, seinalehti jne. Õpilaste kaasabil võib kujundada nägusaid illustreeritud nurgakesi, näiteks «Kas teate, et...», kus tuuakse huvitavaid andmeid füsioloogia ja arstiteaduse alalt. Tartu 8. Keskkoolis oli olümpiaadi ajal näitus, mis pakkus õpilastele suurt huvi (välja olid pandud mikroskoobid preparaatidega, spiromeeter, sporditabelid jm.). Õpilastele jagati sanitaarhariduslikke brošüüre.

Olümpiaadi kava võib mitmekesistada isetegevusettekannetega. Näiteks esitasid Tartu 8. Keskkooli õpilased A. Tšehhovi näidendi «Hambaarsti juures», esines ka poistekoor.

«Tervise olümpiaade» on vaja organiseerida igas koolis. See on parim viis anda õpilastele teadmisi tervishoiust.

M. Raig

1961. a. NÕUKOGUDE LIIDUS ILMUVAST ARSTITEADUSLIKUST KIRJANDUSEST

Riikliku Meditsiinikirjanduse Kirjastuse temaatilise plaani järgi antakse 1961. a. välja 471 arstiteaduslikku raamatut mitmelt erialalt.

Meditsiini instituutide üliõpilastele ilmub 22 õpikut, meditsiini keskkoolidele 11 õpikut. Teoreetiliste distsipliinide alalt ilmub 37 nimetust, nende hulgas raamat nakkuslikust protsessist, tööde kogumik ateroskleroosi kohta, üldine elektrofüsioloogia, teoreetilise onkoloogia alused, allergia küsimused, seedeelundite talitlus ja nende regulatsioon normis ja patoloogias jt. Kliiniliste distsipliinide alalt — kliinilise diagnostika (sisehaigused) vigadest, klimatoteraapia küsimused südame- ja veresoonkonna haiguste kliinikus, kollagenooside kliinik, elektrokardiogrammi praktiline analüüs, fonokardiograafia lühike käsiraamat, steroidsete hormoonide määramise keemilised meetodid bioloogilistes vedelikes ja rida teisi raamatuid, kokku 20 teost. Neuropatoloogia ja psühhiaatria alal antakse välja 15 raamatut, näiteks neuroloogia põhialade olukord kaasajal, kaasaegsed suunad välismaises psühhiaatrias, aminasiini kasutamine kliinilises ja ambulatoorses praktikas jt. Kirurgia, traumatoloogia ja uroloogia alalt ilmub kokku 31 raamatut, näiteks kliinilise anestesioloogia alused, uusi kirurgilisi instrumente ja aparaate torakaalkirurgias, elektroentsefalograafia kliinilises anestesioloogias, vere reinfusioon kirurgias jt. Nakkus- ja parasitaarhaiguste, mikrobioloogia, virusoloogia ja epidemioloogia alalt ilmub 24 nimetust, näiteks raamatud nakkuste ja immuniteedi probleemidest, immuniteedi dünaamikast, gripist jt. Sünnitusabi ja günekoloogia alalt võib oodata 9 teost, nende hulgas vältimatu abi sünnitusabi ja günekoloogia patoloogia puhul, hormoondiagnostika ja ravi sünnitusabis ja günekoloogias jt. Onkoloogia alal antakse välja 11 raamatut, näiteks piimanäärmevähi spetsiifiline antigeen, pahaloomuliste kasvajate medikamentoosne ravi jt. Pediaatria alalt ilmuvad teosed käsitlevad reumatismi soikeperioodi lastel ja selle ravi sanatooriumis ja kuurordis, kroonilisi mittespetsiifilisi pneumooniaid lastel ja nende etappravi, nakkushaiguste ja allergia profülaktikat lastel, läkaköha probleeme, diagnostikat ja ravi vältimatu abi juhtudel lapseeas. Ilmub käsiraamat arstidele ühendatud eelkooliealiste laste asutuste (lastesõim-lasteaed) kohta, kooliarsti kogemused jt. (kokku 26 raamatut).

Hügieeni ja kutsehaiguste alalt ilmuvad: raamat haiglate ja sanatooriumide hügieenist, hügieeni uurimiste meetodid, koolide ja eelkoolielaliste laste asutuste ehitamisel arvestatavad hügieeni põhialused, hügieeni käsiraamat sanitaar- ja jaoskonnaarstidele, toitlustamise sanitaarkontroll laste ja noorukite asutustes, mõningaid toitlustamishügieeni küsimusi maal jne., kokku 33 raamatut. Teatmeteostest on oodata sanitaararsti käsiraamatut, infektsionisti taskukäsiraamatut, kirurgi käsiraamatut, pediaatri käsiraamatut jt. Keskharidusega meditsiinitöötajatele ilmuvad laste teenindamine maa-arstijaoskonnas, röntgenilaborandi käsiraamat jt. Peale eespoolmainitute ilmub veel hulk raamatuid füsioteraapia ja kurortoloogia, kõrva-, nina- ja kurguhaiguste, silmahaiguste, stomatoloogia, arstliku kontrolli ja kehakultuuri, farmakoloogia ja farmaatsia, röntgenoloogia ja meditsiinilise radioloogia, tervishoiu organisatsiooni, arstiteaduse ajaloo ja teiste distsipliinide valdkonnast, samuti hulgaliselt tõlkekirjandust ja populaarteaduslikke teoseid.

H. Roots

UUSI RAVIMEID

Nüstatiin (*Nystatinum*) kuulub antibiootikumide hulka, mida produtseerib *Streptomyces noursei*.

Nüstatiin on kollase värvusega, mõru maitsega amorfne pulber, mis raskesti lahustub vees ja alkoholis. Preparaadi aktiivsust väljendatakse toimeühikutes (TÜ).

Nüstatiin toimib mõnedesse patogeensetesse seentesse. Bakterite suhtes toimet ei oma. Preparaat imendub halvasti ja suu kaudu tarvitatuna eritub peamiselt roojaga.

Nüstatiini tarvitatakse *Candida* tüüpi (*Candida albicans* jt.) pärmitaoliste seente poolt tekitatava kandidamükoosi profülaktikaks ja raviks. Preparaat on näidustatud limaskestade (suu, tupp jt.), naha ja siseelundite (seedetrakt. kopsud, neerud jt.) kandidamükoosi raviks. Profülaktiliselt tarvitatakse nüstatiini kandidamükoosi ärahoidmiseks, mis võib tekkida antibiootikumidega pikaajalise ravimise puhul, ja eriti tetratsükliinirea antibiootikumide peroraalsel manustamisel.

Nüstatiini manustatakse suu kaudu. Täiskasvanuile antakse 500.000 TÜ 3—4 korda päevas või 250.000 TÜ 6—8 korda päevas. Raskesti haigetele vistseraalse kandidamükoosiga või kandidasepsisega määratakse nustatiini korraga 500.000 TÜ 6—8 korda päevas.

Lastele vanuses kuni 1 aasta määratakse nüstatiini annuses 75.000 TÜ. 1 kuni 3 aasta vanustele — korraga 100.000 TÜ 3—4 korda päevas; vanematele lastele 500.000 — 750.000 TÜ päevas (4 osas). Keskmine ravikestus on 10—14 päeva. Krooniliste retsidiveeruvate ja generaliseerunud kandidamükooside puhul rakendatakse kordusravikuure.

Nüstatiin on vähetoksiline, kõrvalnähte tavaliselt ei tekita. Ülitundlikkuse puhul preparaadi suhtes võib esineda iiveldus, oksendamine, kõhulahtisus, temperatuuri tõus, külmavärinad jms.; sel juhul on vaja preparaadi annust vähendada.

Nüstatiini väjastatakse draželede kujul, mis sisaldavad 250.000 või 500.000 TÜ nüstatiini.

Preparaati säilitatakse kuivas ja pimedas kohas (temperatuur mitte üle —20°).

Märkus. Nüstatiin esineb ka kombineeritud ravimivormides koos biomütsiiniga, terramütsiiniga või tetratsükliiniga. Kombineeritud ravimivormide puudumisel on soovitatav ordineerida neid antibiootikume üheaegselt nüstatiiniga.

Mütseriin (*Mycerinum*) kuulub antibiootikumide neomütsiini rühma.

Mütseriin on kollakasvalge värvusega, lõhnata ja maitseta, vees lahustuv pulber. Preparaadi aktiivsust väljendatakse toimeühikutes (TÜ). Mütseriin on laialdase toimeulatusega. On efektiivne penitsilliini ja streptomütsiini suhtes resistentsete mikroobide vastu. Ägeda düsenteeria puhul mütseriin toimet ei avalda.

Mütseriini tarvitatakse nii suu kaudu kui ka välispidiselt. Täiskasvanuile määratakse suu kaudu 100.000—200.000 TÜ 2 korda päevas. Väikelastele määratakse arvestusega 4000 TÜ kehakaalu 1 kg kohta 2 korda päevas. Ravikuur ei tohi kesta üle 5—7 päeva. Preparaati võib manustada suu kaudu ka lahusena, mis sisaldab 4000 TÜ ühes ml-s. Välispidiselt (haavade, haavandite, jms. raviks) tarvitatakse mütseriini 1%-list vesilahust. Lahuse ühekordne hulk ei tohi ületada 25—50 ml, ööpäevas mitte üle 50—100 ml. On kasutusel ka 1—2% mütseriini sisaldavad salvid (flegmoonide, põletushaavade jms. raviks).

Ravimist mütseriiniga peab läbi viima arsti kontrolli all. Ravi alustatakse väikeste annustega, suured annused võivad põhjustada kõrvalnähte (temperatuuri tõus, külmavärinad jt.). Preparaadi manustamine on vastunäidustatud neeruhaiguste korral.

Mütseriini on vaja säilitada B-gruppi kuuluva ravimina (mitte üle —20° temperatuuri juures, hermeetiliselt suletud pudelites).

I. Podolski

SISUKORD

Arstiteaduse teooria ja praktika

A. GÜNTER — Mõnedest ülesannetest võitluses südame- ja veresoonkonna haigustega vabariigis 3
K. LÜST — Müokardi infarktiga haigete kliinikust ja ravist . . . 7
I. MARIPUU ja B. SCHAMARDIN — Pulsi puudumise tõve juht (Takayashu sündroom) 11
J. BUTORIN — Fluorograafia jaamade spetsialistide vastastikuse kontrolli meetodist 14
N. HAUG — Antikoagulantidega edukalt ravitud kopsuarteri postoperatiivne tromb-emboolia juht . . 15
A. KLIIMAN ja V. MANDEL — Põlveliigesesiseste fraktuuride konservatiivsest ravist 18
P. ABRAMJANTS ja A. VALDMETS — Kusekivitõve esinemisest ja selle ravist Eesti NSV-s 22
V. MEIPALU — Sünnituse kulu iseärasustest lootevete enneaegse ja varase puhkemise korral . . . 26
J. SAARMA ja J. TEPP — Sümptomaatilise hallutsinoosi juhtum mürakahjustusest 30
V. SEEDER — Lambliioosi diagnoosimise efektiivsusest koproloogilisel meetodil 34
E. ALLIK ja T. KIRTSI — Mõnede diagnostiliste meetodite võrdlevaid uurimusi düsenteeriahaigetel . . 38

A. KARAPETJAN ja V. ZASSÕPKIN — Puukentsefaliidi viiruse eraldamisest Eesti NSV-s 41
E. SARV ja K. KASE — Peenendatud kõhre kasutamisest näo plastilistel operatsioonidel 42
A. RIHMA — Tallinna haiglate toiduratsioonidest 44
R. MAI — Haige väljatoomine raskest maksakoomа seisundist . . . 48

Kogemuste vahetamine

T. REKK — Meditsiiniõe ülesannetest stomatoloogia kabinetis 50

A. VAAB — Ravivõimlemisest küünarliigese vigastuse puhul . . . 51
K. VÄIN — Kogemusi vastsündinute nabaköndi hooldamisel 52

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика медицины

А. ГЮНТЕР — О некоторых задачах по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в республике
К. ЛЮСТ — О клинике и лечении больных с инфарктом миокарда
И. МАРИПУУ и Б. ШАМАРДИН — Случай болезни отсутствия пульса (Синдром Такаяси)
Е. БУТОРИН — О методе взаимного контроля специалистов флюорографических станций
Н. ХАУГ — Случай постоперативной тромбэмболии легочной артерии, успешно леченной антикоагулянтами
А. КЛИЙМАН и В. МАНДЕЛЬ — О консервативном лечении внутрисуставных переломов коленного сустава
П. АБРАМЯНЦ и А. ВАЛДМЕТС — Мочекаменная болезнь и ее лечение в Эстонской ССР
В. МЕЙПАЛУ — Особенности течения родов при преждевременном и раннем отхождении околоплодных вод
Ю. СААРМА и Я. ТЭПП — Случай симптоматического галлюциноза вследствие шумового повреждения
В. СЕЭДЕР — Об эффективности диагностики ламблиоза копрологическим методом
Э. АЛЛИК и Т. КИРТСИ — Сравнительные исследования некоторых диагностических методов у больных дизентерией
А. КАРАПЕТЯН и В. ЗАСЫПКИН — О выделении вируса клещевого энцефалита в Эстонской ССР
Э. САРВ и К. КАСЕ — О применении размельченного хряща при пластических операциях на лице
А. РИХМА — О пищевом рационе в Таллинских больницах
Р. МАЙ — Случай выведения больной из тяжелого состояния печеночной комы

Обмен опытом

Т. РЕКК — Об обязанностях медицинской сестры стоматологического кабинета
А. ВААБ — О физкультуре при повреждениях локтевого сустава
К. ВЯЙН — Опыт ухода за культой пупка у новорожденных

Meditsiini ajaloost

Š. GULORDAVA — N. I. Pirogov (1810—1881) . 53
M. NÕGES —Märkmeid Viljandi Linna Haigla ajaloost 55
Õ. AREND — Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam 1940.—1960. a. . 58

Konverentsid ja nõupidamised

V. KALNIN ja K. PÕDER — Juubelisessioon N. I. Pirogovi 150. sünniaastapäeva tähistamiseks . . . 60
F. MARKUSAS — Spordimeditsiini XIII rahvusvaheline kongress . . 60
H. PIHL — Eesti NSV pediaatrite VI vabariiklik konverents 61
A. LUKAŠ — Eesti NSV patoloog-anatoomide konverents 63

Konsultatsioone

M. PELLA — Naiste töökaitse seadusandluse rakendamisest 64

Tähtpäevad

L. LAVROVA — Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja V. Pobus 50-aastane 66
E. KAMA ja I. BUGAKOV — Arst D. Fjodorovi 50 aasta tööjuubel . 67
E. ALLIK — Eesti NSV teeneline arst Karl Kaur 60-aastane 67

Bibliograafia

H. JÄNES — Monograafia kutsekasvajatest 68
Referaate 69
Küsimusi ja vastuseid 70
Kroonika 72
Uusi ravimeid 76

История медицины

Ш. ГУЛОРДАВА — Н. И. Пирогов (1810—1881)
М. НЫГЕС — Заметки из истории Вильяндиской городской больницы
Ы. АРЕНД — Тартуская городская санитарно-эпидемиологическая станция 1940—1960 гг.

Конференции и совещания

В. КАЛНИН и К. ПЫДЕР — Юбилейная сессия, посвященная 150-летию со дня рождения Н. И. Пирогова
Ф. МАРКУСАС — XIII международный конгресс по спортивной медицине
Х. ПИХЛ — VI республиканская конференция педиатров Эстонской ССР
А. ЛУКАШ — Конференция патолого-анатомов Эстонской ССР

Консультации

М. ПЕЛЛА — Применение законодательства о защите труда женщин

Юбилейные даты

Л. ЛАВРОВА — 50-летие зам. министра здравоохранения Эстонской ССР В. Побуса
Э. КАМА и И. БУГАКОВ — 50-летие трудовой деятельности врача Д. Федорова
Э. АЛЛИК — 60-летие заслуженного врача Эстонской ССР К. Каура

Библиография

Х. ЯНЕС — Монография о профессиональных опухолях
Рефераты
Вопросы и ответы
Хроника
Новые лекарственные препараты

Õiendus

Ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1960. a. 6. numbris on juhtunud eksitavad trükivead:

	On trükitud	Peab olema
lk 34, 23. rida ülalt	60 g proseriini	60 g proteiini
lk. 11, tabel 2, II osa	4) Muud välditavad surmajuhud 5) Õnnetusjuhud	4) Õnnetusjuhud 5) Muud välditavad surmajuhud

AUTORITELE

1. Käsikiri tuleb esitada masinakirjas, tekst lehe ühel küljel (ridade vahe 2 intervalli, vasakule jäetakse 3 sm laiune vaba äär). Põhjendatud juhtudel võib esitada ka selge, arusaadava käekirjaga kirjutatud töö.

2. Käsikiri esitatakse ajakirjale koos venekeelse kokkuvõttega, mille pikkus on kuni 1,5 lehekülge masinakirjas.

3. Originaalsete uurimuste ja aktuaalsetel teemadel kirjutatud tööde ning ülevaadete ulatus võib olla kuni 8 lehekülge masinakirjas, ülejäänud artiklitel (kasuistika, märkmed ja teated praktikast, aruanded, konverentsid jne.) mitte üle 2—3 lehekülje. (Siia on sisse arvatud kõik lisad: tabelid, diagrammid, fotod, joonised.) Nimetatud materjalid kleebitakse üksikult laiade servadega paberile, millele kirjutatakse autori nimi, töö pealkiri ja joonise, foto vm. number ning ülaservale «ülemine».

4. Kõigi tabelite, diagrammide, fotode ja jooniste loetelu lisatakse eri lehel (märgitakse nende numbrid, allkirjad ja käsikirja leheküljed, kuhu need tuleb paigutada).

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

6. Töö peab olema viseeritud asutuse juhataja poolt, kus autor töötab (märgitakse juhataja kutse, teaduslik kraad ja ametikoht).

7. Tekstis tsiteeritavate kodumaa autorite töödele lisatakse ees- ja isanimetähed. Käsikirjas esitatavate tsitaatide õigsust (tsitaati tuleb kontrollida originaali järgi) peab autor kinnitama oma allkirjaga lehekülje äärel. Sulgudes või viitega joone all näidatakse tsitaadi allikas — selle nimetus (viimane väljaanne), väljaandmise koht, aasta, köide, anne (number), leheküljed.

8. Käsikirja lõpus esitatakse kasutatud kirjanduse nimestik. Raamatutel näidatakse autori nimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse ära autori perekonnanimi, initsiaalid, ajakirja nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, kasutatud artikli lehekülgede algus- ja lõppnumbrid. Autorid esitatakse tsiteerimise järjekorras. Ajakirjade nimetuste lühendamisel kasutada teost: Указатель сокращенных и полных названий научной и технической литературы. М., 1957.

Näiteks:

Ginetsinski A. G. ja Lebedinski A. V. Normaalse füsioloogia kursus. Tln., 1960.

Eesti NSV terapeutide vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid. 26. ja 27. juulil 1960. a. Tln., 1960.

Вопросы морфологии и патогенеза инфаркта. (Миокард, лечение, почки, селезенка). Под общ. ред. А. И. Струкова. М., 1959.

Фридман Э. Е. О болезни Такаяси («беспульсовая болезнь»). Архив патологии. 1960. т. 22, 10, 72—77.

Аденский А. Д. К вопросу о неспецифической патологии органов дыхания. Здравоохр. Белоруссии, 1960 9, 10—13.

Ахмедзянов Р. Б. Новая модификация чрезбрюшинной фиксации опущенной почки и значение внутрибрюшного давления. Труды Куйбышевского мед. ин-та, т. 11, 1960, 39—44.

Владимирцев А. И. Сульфамидные полиневриты. Сборник научн. работ Якут. респ. больницы, вып. 7, 1960, 37—41.

9. Toimetus jätab endale käsikirjade parandamise ja jooniste ümberpaigutamise õiguse, samuti võib toimetus autori nõusolekul avaldada artikli referaadina või annotatsioonina. Käsikirju ei tagastata.

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

11. Autorihonorari saamiseks esitatakse asutuse tõend selle kohta, et töö ei kuulu plaaniliste tööde hulka. Käsikirjad saadetakse aadressil: Tallinn, Lossi plats 7, Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium, ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetus.

ДЛЯ АВТОРОВ

1. Рукопись направляется в редакцию вместе с резюме. Объем резюме до 1.5 страниц машинописи.

2. Рукопись должна быть напечатана на пишущей машинке на одной стороне листа с двойным интервалом между строками и с обычными полями.

3. Объем оригинальных исследований, обзорных статей и работ на актуальные темы не должен превышать 8 страниц машинописи. Казуистические сообщения, замечания, заметки из практики, отчеты и т. д. 2—3 страницы. В вышеуказанный объем входят все приложения (таблицы, диаграммы, фотографии, рисунки), которые наклеиваются на бумагу с широкими полями (на них отмечаются фамилия автора, название статьи и верх рисунка).

4. Опись и подписи к таблицам, диаграммам, фотографиям и рисункам даются на отдельном листе с указанием номеров рисунков и страниц статьи, к которым они относятся.

5. В начале первой страницы рукописи приводятся: название статьи, инициалы и фамилия автора, его должность, ученое звание, степень, учреждение, из которого вышла работа, с указанием инициалов и фамилии руководителя учреждения, а также научного руководителя. В конце статьи должна быть собственноручная подпись автора, полностью указаны имя, отчество и точный почтовый адрес, а также номер телефона. Коллективные статьи должны иметь подписи и адреса всех авторов.

6. Статья должна иметь визу руководителя, также должны быть указаны ученое звание, степень и должность руководителя.

7. Фамилии отечественных авторов в тексте пишутся обязательно с инициалами; фамилии иностранных авторов даются в иностранной транскрипции. Приводимые в статье цитаты визируются автором на полях. В сноске обязательно указывается источник цитаты — наименование издания (последнее), место издания, год, том, выпуск, страницы.

8. В конце статьи дается список использованной литературы. При описании книг указываются фамилия и инициалы автора, полное название книги, место и год издания. По журнальным источникам указывается полное название журнальной статьи, год, том, номер журнала и страницы.

Для сокращения названий журналов необходимо пользоваться книгой «Указатель сокращенных и полных названий научной и технической литературы». М., 1957.

Например:

Ginetsinski A. G. ja Lebedinski A. V. Normaalse füsioloogia kursus. Tln., 1960.

Eesti NSV terapeutide vabariiklik teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid. 26. ja 27. juulil 1960. a. Tln., 1960.

Вопросы морфологии и патогенеза инфаркта. (Миокард, легкие, почки, селезенка). Под общ. ред. А. И. Струкова М., 1959.

Фридман Э. Е. О болезни Такаяси («беспульсовая болезнь»). Архив патологии. 1960, т. 22, 10, 72—77.

Аденский А. Д. К вопросу о неспецифической патологии органов дыхания. Здравоохр. Белоруссии, 1960, 9, 10—13.

Ахмедзянов Р. Б. Новая модификация чрезбрюшинной фиксации опущенной почки и значение внутрибрюшного давления. Труды Куйбышевского мед. ин-та, т. 11, 1960, 39—44.

Владимирцев А. И. Сульфамидные полиневриты. Сборник научн. работ Якут. респ. больницы, вып. 7, 1960, 37—41.

9. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять присланные статьи, а также, с согласия авторов, помещать статьи в виде рефератов или аннотаций. Не принятые к печати рукописи не возвращаются.

10. Направление в редакцию работ, которые уже опубликованы в других изданиях или же посланы в другие редакции для напечатания, не допускается.

11. Для получения авторского гонорара представляется справка учреждения о том, что работа не относится к числу запланированных учреждением.

Статьи направляются по адресу: Таллин, Лосси Платс 7. Министерство здравоохранения Эстонской ССР, редакция журнала «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд».

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (sekretär),
J. Saarma ja **A. Sarap.**

2
Märts–
Aprill

4. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1961

Журнал
„Нылкогуде Ээсти Тервисхойд"

Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 10. II 1961. Trükkimisele antud 25. III 1961. Trükiarv 3000. Paber 70×108¹/₁₆. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 8,56. Tellimise nr. 1476. MB 02801.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

VÕITLUSEST ELUOHTLIKE SEISUNDITEGA TARTU RESPIRATSIOONITSENTRUMIS

E. RAUDAM, A. TIKK ja *A. VELDI*

(Tartu Riikliku Ülikooli neuroloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Raudam*, ja Tartu Vabariiklikust Kliinilisest haiglast, peaarst *M. Boston*)

Võitlus eluohtlike seisunditega on muutunud aktuaalseks probleemiks meditsiini kõigil erialadel.

1950-ndate aastate alguses hakati hingamishäirete ravimisel laialdaselt rakendama intratrahheaalse respiratsiooni meetodit kunstliku hingamise aparaatidega, mis aktiivselt suruvad õhku kopsudesse ja imevad seda ka välja (1, 2, 3, 20). Algul leidis see meetod süstemaatilist kasutamist poliomüeliidihaigetel, kuid hiljem ka paljude teiste haiguste puhul.

Eluohtlike seisundite ravimisel on efektiivsed ka intraarteriaalsed vereülekanded, mida Nõukogude Liidus on laialdaselt kasutatud alates Suure Isamaasõja aastatest (21). Akuutse südameseiskuse ja vatsakeste ning kodade fibrillatsiooni tekkimisel kasutatakse viimasel aastakümnel üha rohkem südame otsest manuaalset massaaži ja elektrilisi defibrillaatoreid.

Seoses kunstlike neerude loomisega on tekkinud uued võimalused neerude akuutsest kahjustusest (šokk, nefriidid, mürgistused jt.) põhjustatud ainevahetushäirete ravimiseks.

Parenteraalseks toitmiseks kasutatavate preparaatide täiustamine ja nende laienev tootmine teevad võimalikuks komatoosses seisundis olevate haigete ainevahetuse rahuldava juhtimise ka pikema aja vältel.

Kõigi nende meetodite kompleksse rakendamisega on võimalik päästa üliraskes seisundis olevaid haigeid, kelle päästmist varem ei peetud üldse võimalikuks.

Tartu Vabariiklikus Kliinilises Haiglas organiseeriti 1958. a. algul eluohtlikus haigusseisundis olevate haigete ravimiseks vastav tsentrum neurokirurgia ja neuroloogia osakondade baasil. Spetsiaalset abi kunstliku hingamise aparatuuriga andis tsentrum esimest korda 1958. a. märtsis (13). Seoses poliomüeliidi epideemiaga Eesti NSV-s 1958. a. laienes järsult Tartu tsentrumi töömaht, sest siia koondati hingamishäiretega poliomüeliidihaiged kogu vabariigist. Suure töömahu tõttu muudeti respiratsioonitsentrum 1958. a. sügisel iseseisvaks osakonnaks.

Elusvaktsiini massiline kasutamine on võimaldanud likvideerida epideemilise poliomüeliidi. Seetõttu on nendes maades, kus vaktsineerimine on laialdaselt teostatud, üles kerkinud kalli aparatuuri ja kvalifitseeritud kaadriga varustatud respiratsioonikeskuste edasise rakendamise probleem (4). Et Tartu respiratsioonitsentrum töötab üldhaigla koosseisus, siis seoses epideemilise poliomüeliidi likvideerimisega töömaht siin ei vähenenud. Vabanenud materiaalsed võimalused rakendati teiste eluohtlike haiguste ravimiseks. Uue ravisuuna organisatsioonilised põhimõtted (13) ja esimesed ravitulemused 134 haige kohta esitati 1959. a. juulis (5).

Samal ajal tehti esimesi samme võitluseks terminaalsete seisunditega ka Tallinna Vabariiklikus Kliinilises Haiglas. Š. Gulordava kasutas selleks intraarteriaalseid vereülekandeid (6) ja B. Lehepuu — südame direktset massaaži (7).

Respiratsioonitsentrumi $2^1/_2$-aastast tööd võib jagada kolme ossa:

1) töö respiratsioonitsentrumi statsionaaris ja abi haigla teistele osakondadele;

2) väljasõidubrigaadi töö vabariigi teistes linnades ja rajoonides;

3) organisatsioonilis-metoodiline töö.

Töö respiratsioonitsentrumi statsionaaris ja haigla teistes osakondades

Töö 10-voodilises statsionaaris on tsentrumi tegevuse kõige mahukam osa. Statsionaaris ravitud haigeid ja põhiliste ravimeetodite kasutamise ulatust näitab tabel 1.

Tabel 1

Tartu respiratsioonitsentrumis ravitud haiged*

(1. 03. 1958. — 1. 10. 1960. a.)

Diagnoos	Haigete arv	Trahheotomeeritud	Intubeeritud	Hapnikravi		Suri
				kunstliku h. aparaadiga	hapnikusondiga	
Poliomüeliit	70	33	3	35	21	18
Pea- ja seljaajuvigastused	114	37	13	25	37	42
Aju vaskulaarsed kahjustused	49	18	10	13	36	30
Pea- ja seljaajukasvajad	24	9	3	6	16	12
Entsefaliidid ja meningiidid	19	4	3	4	12	5
Polüradikuloneuriit	6	5	—	2	4	2
Mürgistused	16	5	9	4	12	1
Epileptiline staatus	10	2	1	2	8	1
Bronhopneumoonia	4	—	—	—	3	1
Teetanus	4	3	1	2	2	2
Muud	11	2	4	2	10	5
Kokku	327	118	47	95	211	119

* Märkus. Tabelis ei ole toodud andmeid abi kohta haigla teistes osakondades.

Enamik haigeid saabus ravile teadvuseta seisundis või seljaaju- ja kopsuhaigustest tingitud raskete hingamise puudulikkuse nähtudega. Mürgistused olid põhjustatud mitmesuguste medikamentide, eriti aga barbituraatide letaalsetest annustest. Kõigist ravialustest suri 36%.

Eluohtliku seisundi ravis on põhiliseks hingamise ja vereringe kiire stabiliseerimine (21,8). Esimeseks ülesandeks võitluses organismi hapnikuvaegusega on hoolitseda, et ülemistes hingamisteedes ei tekiks takistusi hingamiseks. Umbes 80 teadvuseta haigel teostasime selleks intubatsiooni, mis on kõige kiiremaks ja otstarbekamaks meetodiks. Mõned autorid lubavad hoida intubaatorit trahheas 3—4 päeva (9). Meie oma kogemustel, mis ühtivad paljude autorite seisukohtadega (10), ei soovita intubatsiooni kestust üle ühe ööpäeva.

Kui haige seisund ei parane esimese ööpäeva vältel ning on vaja teostada trahhea ja bronhide sügavat puhastamist limast, on näidustatud trahheotoomia (2, 8, 10). Komatoosses seisundis oleva haige puhul on aspiratsiooni-pneumooniate vältimisel põhiliseks meetodiks sekreedi kiire eemaldamine ninaneelust, kõrist, trahheast ja bronhidest. Eriti ajukolju raskete traumade korral nägime trahheas sageli rohkesti sekreeti, verd ja oksemasse. Tuleb meeles pidada, et teadvuseta haigel toimub vedelike aspireerimine köha ja kurgurefleksi loiduse tõttu asümptomaatiliselt. Siit arenevad kopsukomplikatsioonid, mis on raskelt haige surma sagedaimaks põhjuseks (11). Sellepärast puhastame haigel juba esmaabi korras hoolikalt suuõõne ja asetame ta asendisse, mis tagab vedelike väljavoolu ninaneeluruumist. Praktika kinnitab seisukohta, et igale pikemat aega teadvuseta olevale haigele tuleb trahheotoomia teha võimalikult varakult. Trahheaalkanüül on soovitatav varustada täispuhutava mansetiga, mis takistab vedeliku valgumist ninaneeluruumist trahheasse.

Kokku oleme teostanud 126 trahheotoomiat.

Organismi hapnikuvaeguse vältimiseks kasutame süstemaatiliselt hapnikravi. Ainuõigeks inhalatsioonimeetodiks on ninasondi rakendamine (13). Väikseim hapnikukulu saavutatakse siis, kui nina kaudu sisseviidud sondi ots asub pehme suulae kõrgusel. Väliselt on see mõõdetav sondi pikkusega ninaotsast kuni väliskuulmekäiguni. Ühest 40-liitrisest hapnikuballoonist jätkub pideval inhaleerimisel umbes 2—3 ööpäevaks.

Ninasondi kasutamine ei ole näidustatud pindmise hingamise korral, sest hapniku inhaleerimine ei süvenda hingamise ekskursioone ning süsihappegaas kuhjub seetõttu alveolaarõhus ja veres. Kliiniliselt väljendub see vererõhu tõusus, kiires niitjas pulsis, tugevas higistamises jne. Sellistel juhtudel on kopsude ventilatsiooni parandamise ainukeseks vahendiks kunstliku hingamise aparatuuri varane kasutamine.

Trahhea ja bronhide jooksva puhastamise teostajaks on kogu ööpäeva vältel haige juures viibiv keskharidusega meditsiiniõde. Viimase väljaõppe tasemest sõltub suurel määral ravi efektiivsus.

Lisaks sekreedi sagedasele aspireerimisele peab meditsiiniõde arsti juhtimisel süstemaatiliselt jälgima haige pulssi, vererõhku, temperatuuri, hingamist ja diureesi, toitma haiget kas suu kaudu või parenteraalselt, manustama ravimeid, teostama infusioone, reguleerima seedetrakti ja põie tegevust, vajaduse korral haiget jahutama, vältima lamatiste teket jne. Kunstliku hingamise aparaadi töötamise ajal aga ei tohi haiget hetkekski jätta üksinda. Kogemused näitavad, et üks meditsiiniõde suudab teenindada ainult ühte pidevalt aparaadi abil hingavat raskelt haiget. Komatoosses seisundis olevate haigete korral, kes hingavad iseseisvalt, on ühe õe maksimaalseks koormuseks 3—4 haiget. Meie tsentrumis töötab päevases vahetuses maksimaalse koormusega 3—5, öises 2—3 õde.

Viskoosse sekreedi veeldamiseks ning hingamisteede infitseerumise vastu võitlemiseks kasutame süstemaatiliselt aerosoole ja elektroaerosoole Tartu Riikliku Ülikooli füüsika kateedris spetsiaalselt konstrueeritud elektroaerosoolide seadeldiste abil (22). Alates 1959. a. kevadest on meie haigetel seoses sellega tunduvalt langenud kopsukomplikatsioonide esinemise sagedus (23).

Kudede küllaldaseks varustamiseks hapnikuga ei piisa ainult adekvaatse kopsuventilatsiooni tagamisest. Tuleb kindlustada ka elutähtsate elundite rahuldav läbivoolutus verega (21, 8). Akuutsete vereringehäirete raviks kasutame süstemaatiliselt vere ja selle asendajate veeni- ja arterisiseseid ülekandeid ning väikelastel ka transfusioone luusiseselt.

Ühel korral kasutasime võitluseks akuutse südameseiskusega torakotoomiat järgneva manuaalse südamemassaažiga (A. Tikk). Sel viisil õnnestus südametegevust taastada 40 minutiks, kuid raskete peaaju- ja kopsuvigastuste tõttu haige suri.

Surma otseseks põhjuseks esimesel kahel päeval olid enamikul meie haigetest südame- ja veresoonkonna puudulikkuse akuutsed nähud ja 6.—10. päevani intermediaarse ainevahetuse rasked häired (tabel 2), nagu see esineb ka kirjanduse andmeil (14, 15, 24, 16).

Tabel 2

Letaalselt lõppenud haigusjuhud haiguspäevade järgi

Diagnoos	Haiguspäevad										
	1	2	3	4	5	6	7	8—10	11—14	üle 14 p.	Kokku
Poliomüeliit	—	—	2	2	2	4	2	2	1	3	18
Pea- ja seljaaju-trauma	8	7	2	6	1	2	4	6	2	4	42
Aju vaskulaarsed kahjustused	7	5	—	2	—	1	2	3	1	9	30
Ajukasvajad postoperatiivses perioodis	—	—	—	—	—	1	1	1	1	5	9
Muud	2	1	1	1	—	3	1	4	—	7	20
Kokku	17	13	5	11	3	11	10	16	5	28	119

Eluohtlikus seisundis olevat haiget on võimalik edukalt ravida ainult siis, kui saadakse pidevalt andmeid haige intermediaarse ainevahetuse ning vere füüsikalis-keemiliste muutuste kohta. Jälgisime haigetel seepärast süstemaatiliselt diureesi, kloriidide eritumist, uriini omadusi, leelisereservi, hematokritti, vere viskoossust ning verevalkude dünaamikat. Episoodiliselt määrasime vere kaaliumi-, kaltsiumi-, fosfori-, kloriidide ja jääklämmastiku sisaldust ja CO_2 kontsentratsiooni väljahingatavas õhus ning kopsude mikrofloora resistentsust antibiootikumide suhtes. Need andmed on möödapääsematult vajalikud ravi juhtimiseks, seejuures on vaja hästi sisustatud laboratooriumi.

Väljasõidubrigaadi töö

Brigaad koosneb spetsiaalse ettevalmistusega arstist ja meditsiiniõest.

Väljasõidubrigaadi tegevust eluohtlike seisundite korral on püütud arendada kahest printsiibist lähtudes: a) kiire spetsialiseeritud abi kättesaadavaks muutmine vabariigi ulatuses, b) intensiivse ravi varane alustamine kohapeal ja selle pidev teostamine kuni haige saabumiseni tsentrumi statsionaari.

On tehtud 106 väljasõitu: Lõuna-Eesti rajoonidesse 86, Tallinnasse ja Põhja-Eesti rajoonidesse 15, ning teistesse Tartu raviasutustesse 5 korral. 10 juhul töötas brigaad kohapeal ühe öö-päeva või kauem. Väljakutsepunktide kauguseks Tartust oli 40—200 km.

Päeval kasutati transpordivahendina enamasti sanitaarlennukit ja öösel sanitaarautot (öised konsultatsioonid moodustasid umbes poole kõigist väljasõitudest).

Meie kogemused näitasid, et ravi tulemus sõltus otsustavalt väljasõidubrigaadi operatiivsusest.

Varasematel aastatel, kui raskelt haigeid transportisid Tartu Vabariiklikku Kliinilisse Haiglasse põhiliselt rajoonihaiglad, järgnes raskete seisundite puhul sageli kiire surm (19). Respiratsioonikeskuse organiseerimisest alates hakkas väljasõidubrigaad ise haigeid transportima, rakendades neile teel olles hapnikravi ja tehes vajaduse korral pidevalt kunstlikku hingamist. See vähendas transpordi ajal tekkivaid komplikatsioone.

1959. a. alates on peamine raskuspunkt väljasõidubrigaadi töös asetatud haige mitmekülgsele ja põhjalikule ettevalmistamisele transpordiks.

Organisatsioonilis-metoodiline töö

Eluohtlikus seisundis olevate haigete ravi ühtse kooskõlastatud süsteemi juurutamiseks vabariigis on respiratsioonitsentrum pööranud tähelepanu ka organisatsioonilis-metoodilisele tööle.

Uusi ravivõtteid on propageeritud nii konverentsidel kui ka arstide teaduslikel nõupidamistel ja seminaridel. On peetud üle 10 ettekande respiratsioonitsentrumi tööprofiili, üksikute kitsamate probleemide ja organisatsiooniliste küsimuste tutvustamiseks. Korduvalt on eluohtlike seisundite varase ravi probleeme käsitletud koos Tartu linna ja rajooni kiirabijaamadega ning selle alusel koordineeritud abi andmist Tartus ja selle ümbruses.

Respiratsioonitsentrumi baasil peeti 1960. a. kevadel 6-päevane seminar vabariigi vetelpäästeteenistuse meditsiinitöötajaile kaasaegsete ravivõtete ja kunstliku hingamise aparaatide kasutamisest uppunute elustamisel.

Häid tulemusi on andnud ratsionaalsete esmaabi- ja ravimeetodite, aga samuti ka haigete õige põetamise süstemaatiline tutvustamine väljasõidubrigaadi jooksva töö käigus. Tiheda kontakti tulemusena on Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla teenindamispiirkonna rajoonidega kujunenud hea koostöö, Põhja-Eesti rajoonidega on see senini olnud juhuslik. Reas haiglates (Põltsamaa, Võru, Jõgeva, Viljandi jt.) alustatakse juba varakult enne brigaadi saabumist vastava raviga (drenaažasendi, intubatsiooni, trahheotoomia, kunstliku hingamise aparaatide jne. kasutamine). Haige niisuguse ettevalmistamise korral võib väljasõidubrigaad asuda viivitamatult oma ülesannete täitmisele. Tänu sellisele koostööle on ülalmainitud haiglates õnnestunud päästa mitmeid lootusetu prognoosiga haigeid.

Kui haiget polnud võimalik transportida tsentrumi statsionaari, aidati korraldada haigele kompleksravi kohapeal, laenutati kunstliku hingamise aparaate ning teisi intensiivseks raviks vajalikke vahendeid (aspiraatorid, larüngoskoobid, intubaatorid jm.).

Oluline on olnud keskuse osa üliõpilaste teadmiste süvendamisel. Üliõpilastel oli võimalik praktiliselt tutvuda eluohtlikus seisundis olevate haigete ravi ning põetamise kaasaegse süsteemiga; osalt selle arvele võib panna, et arstiteaduskonna viimaste aastate lõpetajad suhtuvad oma töökohtadel sageli teistest aktiivsemalt eluohtlikes haigusseisundites olevate haigete ravimisse.

Ravi tõhustamiseks on vaja keskus varustada spetsiaalselt sisustatud kiire ambulants-autoga, milles oleks võimalik teha tähtsamaid manipulatsioone ning kuhu oleks sisse ehitatud kunstliku hingamise aparatuur ja infusioonide teostamise seadeldised.

Lähemas tulevikus osutub kahtlemata võimalikuks «kunstlike neerude» töölerakendamine vabariigis. See aparatuur tuleks kasutusele võtta respiratsioonikeskuses, kus on võimalik kõige mitmekülgsemalt ära kasutada kõiki «kunstlikel neerudel» põhinevaid ravivõimalusi (18).

Kui meie põhilises teenindamispiirkonnas on enam-vähem rahuldavalt tagatud spetsialiseeritud abi raskete neurokirurgiliste ja neuroloogiliste haigustega haigetele ning mürgistuste korral, siis suuri perspektiive on abi laiendamiseks eluohtlikele seisunditele teraapia, pediaatria ja naistehaiguste-sünnitusabi valdkonnas.

Reorganiseerida tuleb vabariigis teetanuse ravi [letaalsus selle puhul on veel võrdlemisi kõrge (17)]. Meie vabariigis tuleb pidada ainuõigeks nende haigete ravimist, vaatamata seisundi raskusele, respiratsioonikeskuses, kusjuures haigete transporti kohapealt võib teostada ainult tsentrumi väljasõidubrigaad, keda alati, kogu öö-päeva vältel on võimalik välja kutsuda (telefon — Tartu, 44-62).

Respiratsioonitsentrum on käesolevaks ajaks ületanud organiseerimisperioodi ja tõestanud oma eluõigust. Sellised tsentrumid tuleks luua ka teiste suuremate üldhaiglate juurde. Respiratsioonitsentrumi edaspidisteks tööülesanneteks jäävad ravimeetodite kompleksse kasutamise süvendamine ning koostöö tihendamine vabariigi kõigi raviasutustega.

KIRJANDUS

1. Engström, C. G. Brit. M. J., 1954, 18, 616. — 2. Lassen, H. C. A. Management of Life-Threatening Poliomyelitis. Edinburgh and London 1956. — 3. Thieffry, S. Bull. Acad. Nat. Med. Paris, 1958, 142, 33/34; 933—940. — 4. Kukovka, A. Dtsch. Gesundheitswesen, 1960, 22, 1176—1178. — 5. Tikk, A. ENSV neuroloogide ja psühhiaatrite vabar. konverentsi teesid 3.—4. VII 1959, Pärnu, 1959, 7—8. — 6. Gulordava, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 2. 45—49. — 7. Lehepuu, B. ENSV kirurgide vabar. konverentsi teesid 9.—11. VI 1960, Tallinn, 1960, 20—21. — 8. Frowein, R., Brilmayer, H. Beitr. zur Neurochirurgie, 1959, 1, 1—14. — 9. Clemmesen, C. Z.ärtzl. Fortbild., 1958, 11, 459—566. — 10. Andrev, I. British. med. J. 1956, 11, 328—332. — 11. Streli, R. Klin. Med. 1957, 4, 167—171. — 12. Loennecken, S. J. Beitr. zur Neurochirurgie, 1959, 1, 15—23. — 13. Raudam, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 1, 18—23. — 14. Cort, I. H., Fencl, V. Physiologie d. Körperflüssigkeiten, Jena, 1958. — 15. Pampus, F. Beitr. zur Neurochirurgie, 1959, 1, 89—101. — 16. Tikk, A. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teadusl. konverentsi teesid. Tartu, 1960, 24—25. — 17. Kuhlgatz, G. Z.ärtzl. Fortbild., 1958, 8, 329—332. — 18. Goldhahn, W.-E. Dtsch. Gesundheitswesen, 1960, 5, 248—252. — 19. Tikk, A. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised, 1957, 58, 78—84. — 20. Попова Л. М. Ж. невропатол. и психиатрии, 1958, 3, 364—373. — Неговский В. А. Оживление организма и искусственная гипотермия. М., 1960. — 22. Раудам Э. И., Рейнет Я. Ю., Тикк А. А., Вельди А. Т., Тамм Э. И. Ж. невропатол. и психиатрии, 1960, 11, 1429—1435. — 23. Раудам Э. И., Тикк А. А., Вельди А. Т. (Авторефераты). Тезисы докладов Эстонской республ. научно-практ. конф. по пробл. полиомиелита. Таллин, 1960. 55—58. — 24. Тикк А. А. II объед. конф. молодых нейрохирургов. Тезисы, Киев, 1959, 129—130.

БОРЬБА С ЖИЗНЕОПАСНЫМ СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ В ТАРТУСКОМ РЕСПИРАТОРНОМ ЦЕНТРЕ

Э. Раудам, А. Тикк и А. Велди

Резюме

В 1958 году при неврологическом и нейрохирургическом отделении Тартуской республиканской больницы был создан респираторный центр, куда направлялись все больные полиомиелитом, находившиеся в тяжелом, жизнеопасном состоянии.

Ввиду необходимости обслуживать большой контингент больных из-за возникшей в том же году вспышки полиомиелита в республике респираторный центр был преобразован в самостоятельное отделение со специальным персоналом.

В связи с тем, что в настоящее время заболеваемость полиомиелитом по Эстонской ССР ликвидирована, упомянутый центр занимается лечением больных с тяжелыми травмами черепа, полирадикулоневритом, с тяжелыми формами энцефалита, нарушениями дыхания, с тяжелыми отравлениями, столбняком, с васкулярными инсультами в коматозном состоянии, после тяжелых нейрохирургических операций и т. д.

Деятельность респираторного центра развивается в трех направлениях: 1) работа в стационаре центра и в других отделениях больницы, 2) работа выездной бригады и 3) организационно-методические занятия.

За 2½ года в стационаре находились на лечении 327 больных. В других отделениях больницы медицинская помощь была оказана в 30 случаях. Аппаратура искусственного дыхания была применена к 95 больным. В стационаре и в других отделениях больницы, а также при выездах бригады было проведено 80 интубаций и 126 трахеотомий.

Выездная бригада оказывает медицинскую помощь на месте больным, находящимся в жизнеопасном состоянии, и транспортирует их в респираторный центр. Последний провел ряд семинаров по вопросу лечения жизнеопасного состояния больных. Медработники респираторного центра выступают с докладами на конференциях, обмениваются опытом своей работы с врачами в районах республики.

Практика показала, что специализированные респираторные центры на деле вполне себя оправдывают, и желательно их организовать при больших многопрофильных больницах.

HAIGETE OPERATSIOONIEELSEST PREMEDIKATSIOONIST

V. RÄTSEP

(Tallinna Vabariiklikust Onkoloogia Dispanserist, peaarst *A. Gavrilov*)

Iga operatsioon on haigele traumaks, mille raskuse aste ei sõltu ainult operatsiooni liigist ja ulatusest, vaid ka haige vegetatiivse närvisüsteemi ja psüühika labiilsusest. Kogu organismi reaktsioon kirurgilisele traumale ei piirdu ainult valusündroomiga. Narkoosi kasutamisega kõrvaldatakse valu ja emotsionaalsed faktorid, kuid ei väldita neid ulatuslikke neurovegetatiivseid ja endokriinseid häireid, mis tekivad vastusena operatsioonitraumale. N. Pirogov iseloomustas 1847. a. narkoosi kui «teadvuseta tundlikkuse» seisundit. Ülitugevad ja kestvad kirurgilised ärritused, samuti operatsiooni situatsioonis ebaotstarbekad kompensatoorsed reaktsioonid kurnavad organismi regulatsioonimehhanisme, mistõttu areneb organismi talitluse ja selle regulatsiooni dekompensatsioon. Taolise olukorra tekkimist organismis püütakse vältida mitmesuguste farmakoloogiliste preparaatide abil, nagu neuropleegikumid, gangliioblokaatorid, sümpatolüütikumid jt.

Selliste preparaatide kompleksne kasutamine (nn. lüütiline segu) operatsioonieelselt tekitab organismis laialdase neuroendokriinse blokaadi. Narkoosi süvendamine (potentseerimine) alandab organismi reaktiivsust, vähendab vajatavat narkootikumihulka ja kindlustab täielikuma tundetuse (analgeesia).

Üldtuntud ja laialdaselt kasutatav on narkoosieelne premedikatsioon oopiumialkaloidide ja barbituraatide rühma preparaatidega. Taoline premedikatsioon põhineb üksikute preparaatide narkootilise toime summeerumisel. Negatiivse kaasnähuna on oopiumialkaloididel hingamiskeskust pärssiv toime. Potentseeritud narkoosi korral tugevdavad premedikatsiooniks kasutatud preparaadid narkootikumi toimet, omamata seejuures ise narkootilisi omadusi.

Paljude nõukogude kirurgide tööd on kinnitanud potentseeritud narkoosi tarvitamise otstarbekust ulatuslike kirurgiliste operatsioonide korral.

Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris hakati potentseerivat premedikatsiooni kasutama 1957. a. Algul manustati neuropleegikume skeemide järgi, mille koostamisel oli lähtutud Leningradi ja Moskva juhtivate kirurgiakliinikute kogemustest. Õhtul enne operatsiooni manustati haigele luminaali 0,2 ja dimedrooli 50 mg. Labiilse psüühika ja türeotoksikoosi korral lisati veel 25 mg aminasiini. Hommikul $1^1/_2$ kuni 2—3 tundi enne operatsiooni süstiti «lüütilist segu» intramuskulaarselt: aminasiini 50—100 mg, dimedrooli 40 mg, promedooli 20—40 mg, B_1-vitamiini — 50 mg. 30 min. kuni 1 tund hiljem süstiti täiendavalt veel pantopooni 20 mg koos 1 mg atropiini või 0,5 mg skopolamiiniga. Tarvitasime kolme potentseerimise skeemi, mis erinesid põhiliselt aminasiini fraktsioneeritud manustamise poolest — üldannus 50, 75 või 100 mg segu koostises. Järgnev operatsioon toimus eeter-hapniknarkoosiga.

Ainult 4 juhul, kui eeter-hapniknarkoos oli vastunäidustatud kaasnevate parenhümatoossete organite või südame- ja veresoonkonna haiguste tõttu, teostati järgnev operatsioon lokaalse novokaiinanesteesiaga (torakotoomia koos kopsu resektsiooniga, 2 subtotaalset maoresektsiooni ja herniotoomia gigantse armisonga puhul). Kõigil juhtudel oli premedikatsiooni sedatiivne toime hästi väljendatud kogu operatsiooni vältel.

Potentseeritud eeter-hapniknarkoosi oleme kasutanud 300 korral väga erinevate kirurgiliste operatsioonide puhul. Täpsema ülevaate neist esitame tabelis.

Potentseeriva premedikatsiooni järel oleme kasutanud eeter-hapniknarkoosi kas a) maski abil (95 juhul) või b) intratrahheaalsel meetodil

Potentseeritud narkoosiga teostatud operatsioonide liigid

Operatsiooni liik	Narkoosi teostamise viis	
	maskiga	intratrah-heaalselt
Maoresektsioonid:		
$^2/_3$ ja $^3/_4$ ulatuses	9	22
subtotaalses ulatuses	16	45
totaalses ulatuses	3	13
kardiaresektsioon	—	2
Proovilaparotoomiad, palliatiivsed operatsioonid maol ja soolel	11	29
Radikaalsed jämesoole-operatsioonid	2	3
Pärasoole abdominoperineaalne ekstirpatsioon	1	12
Koletsüstektoomia	1	3
Nefrektoomia	8	4
Sectio alta (tuumori eemaldamisega)	13	1
Struuma resektsioon	—	2
Radikaalne mastektoomia	28	—
Muud operatsioonid (pehmete kudede kasvajad, jäsemete amputatsioonid, splenektoomiad jt.)	3	8
Pulmonektoomia	—	19
Lobektoomia	—	4
Kopsu resektsioon	—	2
Mediastinotoomia (koos tuumori eemaldamisega)	—	3
Torakotoomia	—	33
Kokku	95	205

(205 juhul). Viimane moodus on osutunud otstarbekohasemaks kõhu- ja rinnaõõne operatsioonide korral. Sellisel juhul teeme sissejuhatava narkoosi pentotaalnaatriumiga. Relaksantide manustamine võimaldab hästi teostada intubatsiooni ning jätkata eeter-hapniknarkoosi juba intratrahheaalsel meetodil. Taolise narkoosi eeliseid ja metoodikat oleme käsitlenud üksikasjaliselt juba varem (vt. «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1959, 3, lk. 25—29).

Kasutatud lüütilise segu peamiseks toimeaineks on aminasiin, keemiliselt kloorpromasiin (fenotiasiini derivaatide reast). Teise identse preparaadina oleme kasutanud plegomasiini [(3 *chlor-N) (dimetylamino-propyl-phenothiazin-hydrochloricum*)]. Fenotiasiini derivaadid alandavad neuroreflektoorset erutatavust, pärsivad kesknärvisüsteemi ja potentseerivad (s. t. süvendavad) analgeetikumide, eetri ja novokaiini toimet. Hüpotermiliste ja narkobiootiliste omaduste mõjul aeglustub rakkude ainevahetus (3). Enamik autoreid loeb kloorpromasiini toimesfääriks ajukoort ja retikulaarset substantsi, seletades skeletimuskulatuuri lõõgastust tema toimega ajutüve stimuleerivatesse ja pärssivatesse keskustesse. Preparaat väldib bronho- ja larüngospasmi tekkimist ja on tugevakujuline antiemeetikum (1, 9, 5). Weissi ja kaastööliste elektroentsefalograafilised uurimised näitasid, et kloorpromasiini üldtoime on identne normaalse unega. Maxwell kaastöölistega tõestas loomkatsetel, et kloorpromasiin alandab rõhku väikeses vereringes, kergendades sellega parema südamepoole tööd.

Operatsioonišoki profülaktikat tuleb vaadelda mitte ainult kliiniliselt, vaid ka tsellulaarse biokeemia seisukohalt. Igasugune ärritus, samuti atsidoos tekitab koerakkudes depolarisatsiooni fenomeeni K^+-ioonide kaotusega. Premedikatsioonina kasutatud kloorpromasiin soodustab raku K^+-ioonide taastumist (6).

Negatiivse kõrvalnähuna esines aminasiini tarvitamisel arteriaalne hüpotoonia. Vererõhu languse ulatus ja kestus sõltus kardiovaskulaarse süsteemi seisundist ning preparaadi doosist (keskmine langus 20—30 mmHg). Sellest lähtudes peame aminasiini tarvitamist kontrainditseerituks madala ja labiilse vererõhuga haigetel ning kalduvuse korral hemodünaamilistele häiretele. Kirjanduse andmetel peavad kõik autorid üksmeelselt vastunäidustuseks ka maksakahjustuse esinemist

Aminasiini manustamise järel tuleb haigetel vältida järske ülemineekuid horisontaalasendist vertikaalsesse, sest see võib põhjustada ortostaatilist kollapsit. Operatsioonituppa tuleb haiged transportida lamavas asendis.

Fenotiasiini derivaatidest kasutame veel deparkiini [N-(2-*diaethylaminoaethyl)-phenotiazinum hydrochloricum*], mis tugeva antihistamiinse ja neuropleegilise toime kõrval on veel parasümpatolüütikum. Tavaliseks doosiks on 50—250 mg.

Taolise premedikatsiooni saanud haigeil tekkis hästi väljendatud psüühiline ja motoorne pidurdus. Operatsioonituppa toomisel olid nad täiesti osavõtmatud ümbruse suhtes ega tundnud hirmu. Esines adünaamia ja unisus, mis võis minna üle uneks, millest haige ärkas, kui tema poole pöörduti valjuhäälse küsimusega. Hingamine oli aeglustunud (12—16 korda min.), ühtlase rütmiga. Kehatemperatuur oli langenud keskmiselt 1—2° võrra (peroraalselt mõõtes).

Kõigil haigeil esines arteriaalse vererõhu langus keskmiselt 20—40 mmHg võrra, kusjuures süstoolne rõhk ei langenud alla 90 mmHg. Mõningatel juhtudel alanes vererõhk sügavnarkoosis täiendavalt veel 5—10 mmHg võrra, kusjuures süstoolse rõhu piirväärtuseks jäi 80 mmHg. Kõigi nende nähtude väljendumise aste sõltus 1) neurovegetatiivseks blokaadiks kasutatud preparaatide doosist ja 2) haigete individuaalsest tundlikkusest nende suhtes.

Meie tähelepanekute järgi saab potentseeritud narkoosi kasutamisel alles sügavnarkoosi staadiumis määrata hüpotensiooni tegelikku astet. Selline hüpotensioon ei põhjusta hapnikuvaegust, nagu me oleme harjunud nägema šoki ja kollapsi korral. Haige normaalne nahavärvus, roosad limaskestad, ahenenud pupillid, aeglane pulss ja rütmiline hingamine näitavad, et vererõhu alanemine ei ole tingitud šokist ega ole ohtlik.

Kui esialgu kasutasime eespool mainitud standardseid premedikatsiooniskeeme, siis varsti loobusime neist täielikult. Haigete individuaalsed iseärasused, üksikud ulatusliku hüpotensiooni juhud ja organismi kompensatoorsete protsesside aeglane taastumine postoperatiivses perioodis näitasid, et igale haigele tuleb määrata individuaalne premedikatsioon nii farmakoloogiliste preparaatide valikult kui ka doosidelt.

Kasutades narkoosi premedikatsiooniks fenotiasiini derivaate on kardiovaskulaarse süsteemi reaktsioon operatsioonitraumale vähem väljendatud. Kompensatoorsete mehhanismide häired kaasnevad harvemini kui oopiumialkaloidide kasutamisel samal otstarbel. Seda tõestas tunduvalt soodsam, ühtlasem ja rahulikum narkoosi kulg. Kuid taolise premedikatsiooni korral võib esineda ka vastupidine nähe. Ulatusliku neurovegetatiivse blokaadi korral tekkisid traumaatiliste operatsioonide puhul kardiovaskulaarse süsteemi patoloogilised reaktsioonid, mis väljendusid kompensatoorsete mehhanismide häiretes (ulatuslik kestev hüpotensioon).

Sellisele premedikatsioonile allusid hästi keskealised ja vanemad inimesed, eriti aga kahhektilised, kartsinomatoosse intoksikatsiooniga haiged. Võib öelda, et mida raskem haige, seda kiirem ja sügavam oli premedikatsiooni ulatus ning seda kergem oli saavutada operatsiooniks vajalik narkoosisügavus. Kuid just sellistel haigetel tekkis mõnikord, eriti traumaatilistel operatsioonidel, sügav, raskesti likvideeritav hüpotoonia. Sellest järeldub: mida raskem on haige seisund, seda väiksema ula-

tuse ja sügavusega peab olema neurovegetatiivne blokaad, kuna siis säilib kardiovaskulaarse süsteemi kompensatoorsete mehhanismide juhitavus.

Süstoolse vererõhu langust alla 80—75 mmHg oli mõnikord hiljem raske normaliseerida. Seepärast arvestame seda kui n. ö. kriitilist piiri. Sellise hüpotoonia likvideerimiseks oleme kasutanud efedriini, mesatooni või pedrolooni [1-(4'-*hydroxyphenyl)-2-aminopropanum hydrobromicum*]. Eelistatumaks selliste kardiovaskulaarsete kollapsite ja raskete hüpotooniliste seisundite korral peame aga nor-adrenaliini, millega oleme saavutanud parimaid tulemusi, eriti drastilistel juhtudel (3 juhust süstoolse vererõhu langusega 40—20 mmHg piiridesse).

H. Swani (1952) andmeil, kes uuris võrdlevalt adrenaliini ja noradrenaliini toimet vereringesse, ei tekita viimane südame ülekoormust ja toimib põhiliselt väikestesse veresoontesse. Erinevalt adrenaliinist ei tekita see hormoon tahhükardiat, vaid bradükardiat. Hüpotoonia korral tõstab adrenaliin arteriaalset rõhku põhiliselt tänu südame minutimahu tõusule, nor-adrenaliin aga veresoonte toonuse tõstmise abil.

Meie oleme manustanud nor-adrenaliini 1 mg 100 ml 0,85%-lise naatriumkloriidi- või 5%-lise glükoosilahuse kohta tilkinfusioonina. 15—20 min. vältel tõusis vererõhk algväärtuseni.

Kasutades lüütilist segu premedikatsioonina esines mõningatel juhtudel südametegevuse kiirenemine 80—100 korrani minutis. Seda võisime täheldada just noorematel ja atleetilise kehaehitusega haigetel. Taoline tahhükardia ei olnud eriliselt ohtlik ja möödus sügavnarkoosi saabudes.

Kirjanduse andmeil omistatakse tahhükardiat tekitavat omadust lüütilise segu mitmesugustele koostisosadele. Samuti esineb vastukäivaid seisukohti atropiini kasutamise kohta premedikatsiooni koostisosana. Petrovski (1958) seostab tahhükardia tekkimist atropiini parasümpatolüütilise toimega. Mõned autorid peavad seda kompensatoorseks mehhanismiks neuropleegikumidest põhjustatud hüpotensioonile (9, 6).

Meie oleme sümpatolüütilistest preparaatidest kasutanud atropiini ja vähemal määral skopolamiini. 300 potentseeritud ja üle 2500 tavalise premedikatsiooniga (oopiumialkaloidid koos atropiini või skopolamiiniga) teostatud eeter-hapniknarkoosi põhjal võib öelda, et mõõdukat tahhükardiat esines mõlema preparaadi kasutamisel nii tavalise kui ka neuropleegikumidega kombineeritud premedikatsiooni korral. Näib, et 1 mg atropiini manustamine lüütilises segus täiskasvanule on otstarbekohane.

Potentseeritud narkoosi järelkulg omas mõningaid iseärasusi. Narkoosist väljumine toimus aeglasemalt ja rahulikumalt. Iiveldust ja oksendamist ei esinenud. Kestva sedatiivse efekti saavutasime neuropleegikumide korduva manustamisega. Viimasel ajal oleme taolisest «pikendatud» neurovegetatiivsest blokaadist loobunud. Kohe pärast operatsiooni on vaja kindlustada vereringe ja parenhümatoossete organite normaalne tegevus. Korduv blokaad pidurdab meie arvates organismi adapteerumist, kohanemist uute tingimustega, mis on tekkinud seoses operatsiooniga. Ulatusliku neurovegetatiivse blokaadi korral oli haiget kerge narkoosi viia, kuid mõnevõrra raskendatuks võis osutuda postnarkootilise areaktiivsuse likvideerimine. Kõige sagedamini täheldasime seda kõhuõõne- ja rindkeresiseste operatsioonide järel.

Kaasaegses anesteesias kasutame ajukoore väljalülitamiseks suhteliselt pindmist narkoosi. Teistesse ebasoovitavatesse refleksidesse, mille tsentraalne lüli ei ole pärsitud, toimime refleksikaare aferentse ja eferentse osa blokeerimisega.

Aferentse osa blokaadi võime teostada lokaalse anesteesiaga. Eferentse osa blokeerimisel mõjutame somaatilisi reflekse relaksantidega, vegetatiivset reaktsiooni aga lüütilise seguga. Viimase koostises kasutatavate preparaatide doos peab olema igale haigele individuaalne, selline, et organismil säiliks võime kohaneda operatsiooni vältel ja pärast seda tek-

kivate uute tingimustega ning et meile jääks võimalus juhtida organismi reaktsioone vajalikus suunas. Piirata ei tule mitte potentseeritud narkoosi kasutamist, vaid potentseerimise ulatust. Peame otstarbekohaseks kasutada kompleksselt analgeetikume, atropiini ja väikestes doosides (25—50 mg) fenotiasiini derivaate. Haige sellist ettevalmistust narkoosiks (*resp.* operatsiooniks) ei ole sisuliselt õige nimetada potentseerimiseks toime suhteliselt väiksema ulatuse tõttu. Õigem oleks öelda — premedikatsioon neuropleegiliste preparaatidega. Mitmesuunalise premedikatsiooniga on võimalik saavutada organismi täielikum analgeesia.

KIRJANDUS

1. Анохина И. П. Ж. невропатол. и психиатрии, 1956, 6, 478—488. — 2. Казанский В. И., Рассгригин Н. Н. Хирургия, 1958, 6, 26—32. — 3. Машковский М. К., Либерман С. С., Полежаев А. И. Фармакол. и токсикология, 1955, 1, 14—22. — 4. Петровский Б. В. Хирургия, 6, 1958, 3—10. — 5. Buxton Hopkin, D. A., Brown, D. Anaesthesia, 1958, 13, 3, 306—317. — 6. Laborit, G., Kind, A. Anesth., analges. (France), 1958, 15, 1, 136—144. — 7. Maxwell, G. M., Rowe, G. G., Castillo, C. Anesthesiology, 1958, 19, 1, 64—71. — 8. Swan, H. I. C. Brit. Med. I., 1952, 4766, 100—106. — 9. Weiss, W. A., McGree, J. P., Darby, Pa., Branford, J. O., Hanks, E. C., Phoenixville, Pa. J. A. M. A., 1956, v. 161, 9, 812—815.

О ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПРЕМЕДИКАЦИИ БОЛЬНЫХ

В. Рятсеп

Резюме

Нами проведено 300 операций, при которых был применен потенцированный эфирно-кислородный наркоз; причем 95 из них — при помощи маски и 205 — интратрахеальным методом. В качестве потенцирующей премедикации больным давали вечером 0,2 люминала и 50 мг димедрола, а при лабильной психике и тиреотоксикозе — дополнительно 50—100 мг аминазина. За полтора-три часа до операции им вводили внутримышечно: 50—100 мг аминазина, 40 мг димедрола, 20—40 мг промедола и 50 мг витамина B_1. Полчаса-час спустя после этого больные получали 20 мг пантопона совместно с 1 мг атропина или 0,5 мг скополамина. Были применены три схемы потенцирования, различные по фракционному содержанию аминазина — 50,75 или 100 мг в составе смеси.

Премедикация вызывала у больных хорошо выраженное психическое и моторное торможение. Они становились безучастными к окружающей обстановке и не испытывали страха, дыхание было замедленным — 12—16 раз в минуту равномерным ритмом, температура тела снижалась в среднем на 1—2° (измеряя перорально). У всех больных отмечалось понижение артериального давления в пределах 20—40 мм, причем систолическое давление не падало ниже 90 мм.

Индивидуальные особенности больных, единичные случаи обширной гипотензии и медленное восстановление компенсаторных процессов организма в послеоперационном периоде показали, что премедикацию необходимо назначать каждому больному индивидуально, как в отношении применяемых препаратов, так и в отношении их дозировки. Это вынуждало нас отказаться от применения обычных схем потенцирования. Из препаратов мы дополнительно еще применяли депаркин и плегомазин.

Практика показала, что наш метод премедикации особенно хорошо влияет на больных кахексией и в случаях карциноматозной интоксикации.

Чем тяжелее было состояние больного, тем быстрее и глубже был объем премедикации, что способствовало достижению необходимой для операции глубины наркоза.

В случаях падения кровяного давления ниже 80—75 мм мы для ликвидации гипотонии применяем эфедрин, мезатон или педролон. Наиболее эффективным следует признать нор-адреналин — 1 мг на 100 мл 0,85% раствора поваренной соли.

В послеоперационном периоде мы отказались от «удлиненной» невровегетативной блокады. Немедленно после операции необходимо обеспечить нормальное кровообращение и деятельность паренхиматозных органов. Подобная повторная блокада тормозит адаптацию организма. При обширной невровегетативной блокаде было в некоторой мере затруднительно ликвидировать посленаркозную ареактивность. По нашему мнению, следует ограничивать не применение потенцированного наркоза, а объем потенцирования.

Считаем целесообразным комплексное применение анальгетиков, атропина и в небольших дозах дериватов фенотиазина. Описанный нами метод подготовки больного к операции правильнее было бы по существу назвать «премедикацией», ввиду его менее обширного действия.

KONSERVEERITUD ARTERITE HOMOTRANSPLANTATSIOONIST KOERTEL*

R. TALVIK, H. TIHANE ja *H. TIKKO*

Viimast aastakümmet kirurgias iseloomustab eelkõige intensiivne töö ja väljapaistvad saavutused südame ja veresoonkonna patoloogia diagnostika ja kirurgilise ravi alal. Edusammud veresoonte kirurgias on seotud eelkõige homo- ja sünteetiliste transplantaatide ning trombendarterektoomia laialdase rakendamisega.

Esimesest edukast homotransplantatsioonist inimesel, mille teostas 1948. a. R. E. Gross, on möödunud enam kui 10 aastat(1). Kaasajal pole inimese organismis suuremaid artereid, mida poleks plastiliselt asendatud. Üksikute autoritegruppide poolt läbiviidud transplantatsioonide arv ulatub sadadesse (7).

Transplantatsiooni hädasti vajavate haigete hulk Eesti NSV-s, eelkõige oblitereeruva endarteriidi ja oblitereeruva ateroskleroosiga haigete näol, on suur. Probleemi aktuaalsusest üleliidulises ulatuses annab tunnistust ka asjaolu, et oblitereeruva endarteriidi ja ateroskleroosi ravi probleemid olid programmiliseks küsimuseks viimasel, kirurgide 27. üleliidulisel konverentsil.

Samal ajal pole meile teadaolevail andmeil Eesti NSV-s seni veresoonte plastikat eksperimentaalselt uuritud ning kliiniliselt on transplantatsioon leidnud rakendamist ainult üksikutel juhtudel Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas.

Veresoonte transplantatsiooni edukus sõltub suures osas sellest, millistel arteritel seda teostatakse. Arterite läbimõõdu vähenemisega ning transplantaadi pikkuse suurenemisega halvenevad ka kliinilised tulemused, eriti kaugtulemuste osas. Vastavas kirjanduses esineb hulgaliselt andmeid eksperimentaalsete ja kliiniliste tulemuste kohta jämedatel transplanteeritud arteritel, halvemaid tulemusi andev homotransplantatsioon peenikestel arteritel on aga põhjalikumalt läbi töötamata (8). Peenikestele, alla 5 mm diameetriga arteritele, nagu seda on koera *a. carotis* ja *a. iliaca*, pole ka sobivad praegusel ajal valmistatavad sünteetilised transplantaadid.

Käesoleva töö eesmärk oli järgmine.

1. Eksperimentaalselt uurida konserveeritud arterite homotransplantatsiooni suhteliselt peenikestel arteritel.
2. Histoloogiliselt uurida konserveeritud ja konserveeritud ning transplanteeritud veresoontes esinevaid muutusi.
3. Hinnata kasutatud konserveerimismeetodi kõlblikkust transplantaatide säilitamisel.

Materjal ja metoodika

Katseloomadena kasutati 1—7 aasta vanuseid segatõugu koeri. Transplantatsioonid teostati *a. iliaca externa*'l ja *a. carotis communis*'el veresoonte õmblemise aparaadi AI-627 abil. Transplantaatidena kasutatud arterid võeti surmatud koertelt steriilsetes tingimustes ning säilitati külmas, antibiootikume sisaldavas Ringeri lahuses +2 kuni +4°C juures 5—33 päeva vältel. Operatsioonid teostati morfiin-eeternarkoosiga. *A. iliaca ext.* avastati *laparotomia mediana inferior*'i teel ja *a. carotis comm.* lõike kaudu *m. sternocleidomastoideus*'e siseserval. Vahetult enne anastomoosi teostamist süstiti lokaalselt ühekordselt 1,25 ml hepariini (Richteri) ning operatsiooni lõpus antibiootikume.

Autorid teostasid 20 homotransplantatsiooni, neist 13 *a. iliaca externa*'l ja 7 *a. carotis communis*'el (vt. tabel). Transplantaatide pikkuseks oli 2—4 cm ja läbimõõduks 2,5—4 mm. Transplantaatide organismis viibimise kestus varieerus 7 kuni 127 päevani. Transplantaatide valendiku läbitavust kontrolliti arteriograafiliselt. Aortograafia sooritati üldnarkoosi all aordi punkteerimise teel II lumbaallülist kõrguselt. Histoloogiliselt uuriti lõike värskest ja konserveeritud arterist (kontroll-grupp) ning retsipiendi arterist, transplantaadist ja nendevahelisest anastomoosi kohast.

---

* Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna üliõpilaste 1960. a. auhinnatöö. Juhendajad: professor A. Linkberg ja dotsent Ü. Arend.

Katse pikkus päevades	Katse nr.	Arter	Valendik	Transplantaadi pikkus cm	Konserveerimise pikkus päevades
127	1	A. c. c.	O	2	10
105	4	A. i.	Ø	2	10
105	5	A. i.	O	3,5	33
90	7	A. i.	Ø	3	7
78	2	A. i.	O	3	19
71	11	A. i.	O	3	11
63	9	A. i.	O	2,5	5
63	10	A. i.	O	3,5	5
63	17	A. c. c.	O	3	5
56	12	A. i.	O	3	11
56	13	A. i.	O	4	11
49	6	A. i.	Ø	4	7
48	14	A. i.	O	2	19
48	15	A. i.	O	2,5	19
36	20	A. c. c.	O	4	20
22	16	A. c. c.	Ø	4	19
21	3	A. c. c.	O	3,5	19
20	18	A. c. c.	Ø	2,5	12
20	19	A. c. c.	O	2,5	12
7	8	A. i.	O	3	5

Märkus: A.c.c. = *Arteria carotis communis*
A.i. = *Arteria iliaca externa*
O = Arteri valendik kontrastainele läbitav
Ø = Arteri valendik oblitereerunud

Katse tulemused ja arutelu

Angiograafia. Angiograafilistest uurimustest selgus, et 15 juhul 20-st oli transplantaat kontrastainele läbitav ja 5 juhul tromboseerunud (vt. tahvel I, foto 1). Tromboseerumist ei saa seostada transplantaatide orgnismis viibimise ajaga ega nende konserveerimise kestusega. Kolmel juhul viiest võiks tromboseerumist seletada operatsiooni käigus esinenud tehniliste vigadega.

Histoloogiline uuring. Histoloogiliselt ei esinenud konserveeritud transplanteerimata arterites, sõltumata säilitamise pikkusest, olulisi morfoloogilisi erinevusi võrreldes värskete konserveerimata arteritega. Sageli puudus preparaatides endoteel.

Transplantaadi valendik ja *tunica intima*. Läbitavais transplantaatides esines 13 juhul 15-st valendikus seinamanuseid trombimasse, mille organiseerumise aste oli erinev. Ühelgi juhul ei täheldatud transplantaatides *tunica intima* täielikku esinemist. Kõikidel juhtudel puudus transplantaatides endoteel, välja arvatud 2 pikima vältusega katset, kus 105. ja 127. operatsioonijärgsel päeval võis sedastada seinamanuste trombimasside valendikupoolsel pinnal endoteelitaolisi rakke. *Tunica elastica interna*'le iseloomulik looklevus oli vähenenud. Seinamanused, erineva organiseerumisastmega trombimassid, mis ulatusid mõne erütrotsüüdi paksusest kihist kuni vastava veresoone meedia paksuseni, haarasid enda alla vahel kuni poole transplantaadi sisepinna ümbermõõdust. Meile kättesaadavas kirjanduses ei ole transplanteeritud arterites kirjeldatud selliste seinamanuste trombide esinemist. Ehkki antud töö materjalid ei luba teha sellekohast järeldust, on võimalik, et kirjeldatud trombimassid on seoses kirjanduses kirjeldatava nn. neointima moodustumisega (2, 3). Seinamanused trombimassid esinevad nii lühi- kui ka pikaajalistes katsetes. Kuna transplantaatide täielikku tromboosi ei esinenud pikemaajalistes katsetes sagedamini, siis on põhjust arvata, et seinamanused trombimassid ei oma tendentsi valendiku täielikuks ummistamiseks.

Täieliku umbumise või seinamanuste trombimasside esinemise puhul oli nende organiseerumine retsipiendi arteris, võrreldes organiseerumisega transplantaadis, enam väljendunud, mis vihjab troofiliste protsesside nõrgemale kulgemisele transplantaadis.

***Tunica media*.** *Tunica media* on õhenenud. Silelihaskiudude hulk oli siin tugevasti vähenenud juba transplantaadi 7-päevase viibimise järel retsipiendi organismis. 12.—21. päeva järel olid *tunica media*'s säilinud vaid üksikud silelihaskiud. Alates 22. päevast transplantaatides silelihaskiude enam ei täheldatud. Silelihaskiudude hävinemise tõttu *tunica media*'s vabanenud ruum oli täidetud rakuvaese sidekoe poolt. Elastsete kiudude looklevus oli tugevasti vähenenud ning 105—127 päeva järel võis sedastada nende osalist fragmentatsiooni. Kahel juhul kõige pikemaajalistes katsetes oli (105. ja 127. päeval) sidekude *tunica media*'s homogeniseerunud — esines hüalinoos.

Tunica externa. *Tunica externa*'s esimesel kahel kuul täheldatav rakkelementide hulga rohkenemine vähenes 3.—4. kuul seoses granulatsioonkoe muutumisega armkoeks. Rakkelementide hulga vähenemine on nähtavasti seoses antigeen-antikeha reaktsioonist tingitud aseptilise põletiku nähtude vähenemisega. Üksikute *vasa vasorum*'ite esinemist *tunica externa*'s täheldati osas transplantaatides alates 56. päevast, tendentsiga nende sagedamale esinemisele katsete aja pikenemise puhul. Retsipiendi arteri ühinemine transplantaadiga toimub peamiselt *tunica externa* poolt vohava, mõlemaid pooli ühendava sidekoe (granulatsioonkoe) abil, mis katse pikema vältuse korral muutub armkoeks (vt. tahvel I, foto 2).

Kui välja arvata *tunica intima*'s seinamanuste trombimassidena kirjeldatud muutused, ühtivad histoloogilise uuringu ülejäänud tulemused põhijoontes kirjanduse andmetega (4, 5, 6).

Ühtivaiks teiste autorite tulemustega osutuvad katsed ka transplantaatide läbitavuse osas katsete kliinilise rakendatavuse seisukohalt. Nii osutusid antud katsetes (jälgimise aeg kuni 4 kuud) transplantaadid läbitavaiks 15 juhul 20-st (75%). Kirjanduse andmeil saavutas N. Kotšetkov kaastöölistega peaaegu analoogilistes katsetingimustes kuni 6,5 kuud jälgitud katsejuhtudel transplantaatide läbitavuse Beljakovi lahuses säilitamisel 22 juhul 30-st (73%) ja homoseerumis säilitamisel 8 juhul 15-st (53%), ning M. Bilenko kuni 2,5 a. jälgitud lüofiliseeritud transplantaatide puhul — 33 juhul 40-st (82%) (8, 9).

Kokkuvõte ja järeldused

1. Konserveeritud 2,5—4 mm läbimõõduga arterite homotransplantatsioonil osutusid transplantaadid $^{3}/_{4}$ juhtudel kontrastainele läbitavaks (katsed vältusega 7—127 päeva).

2. Konserveeritud transplanteeritud arterite histoloogilisel uuringul sedastati meedias sileliihaskiudude täielikku hävinemist 22. postoperatiivseks päevaks ja nende asendumist rakuvaese koega. Elastsete kiudude looklevus vähenes ja alates 105. operatsioonijärgsest päevast olid neis täheldatavad fragmentatsiooni nähud. Elastsed kiud säilisid ka kõige pikemates katsetes. Adventiitsias sedastati rakurohke sidekoe (granulatsioonkoe) vohangut, mis oli tugevamini väljendunud esimesel ja teisel transplantatsioonijärgsel kuul. Pikemates, kolme- ja neljakuulistes katsetes granulatsioonkude muutus armkoeks. Transplantaadi ühinemine retsipiendi arteriga toimus peamiselt adventiitsias vohanud sidekoe varal.

3. Antibiootikume sisaldavas Ringeri lahuses +2 kuni +4°C juures 5—30 päeva vältel konserveeritud arterites ei esine histoloogiliselt olulisi muutusi võrreldes värskete konserveerimata arteritega.

4. Kasutatud konserveerimismeetod osutub kõlblikuks transplantaatide säilitamisel vähemalt kolmekümne päeva vältel.

5. Saavutatud katsetulemused lubavad soovitada antud jämedusega arteriaalsete homotransplantaatide kliinilist kasutamist.

KIRJANDUS

1. Mahorner, H. Surg., Gynecol. and Obstetr. with Internat. Abstrs. of Surg., 1957, vol. 105, 2, 191—199. — 2. Arnemann, H., Weber, E., Schülke, K., Schwemmer, G. Der Chirurg, 1959, 11, 506—511. — 3. Edwards, W. S., Rich, A., Peter, E. Surg., Gynecol. and Obstetr., 1957, vol. 105, 2, 109—110. — 4. Coleman, C. C., Deterling, R. A., Parshley, M. S. Surgery, 1955, vol. 139, 1, 64—79. — 5. Bellmann, S., Gothman, B. Ann. of Surg., 1954, vol. 139. 4, 447—450. — 6. Lehr, H. B., Blakemore, W. S. Surg. Gynecol. and Obstetr. with Internat. Abstrs. of Surg., 1957, vol. 105, 3, 209—232. — 7. Де Бекей М. Е., Кули Д. А., Кроуфорд Е. С., Моррис Д. С. Хирургия аорты и крупных периферических артерий, М., 1960. — 8. Биленко М. В. Хирургия, 1960, 3, 61—68. — 9. Кочетыгов Н. И., Балюзек Ф. В., Киселева М. В. Вестник хирургии им. Грекова, 1959, том 83, 9, 65—70.

Foto 1. Katse 4 ja 11. Aortogramm. Transplantaadid *a. iliaca externa*'del, paremal kontrastainele läbitav, vasemal umbunud

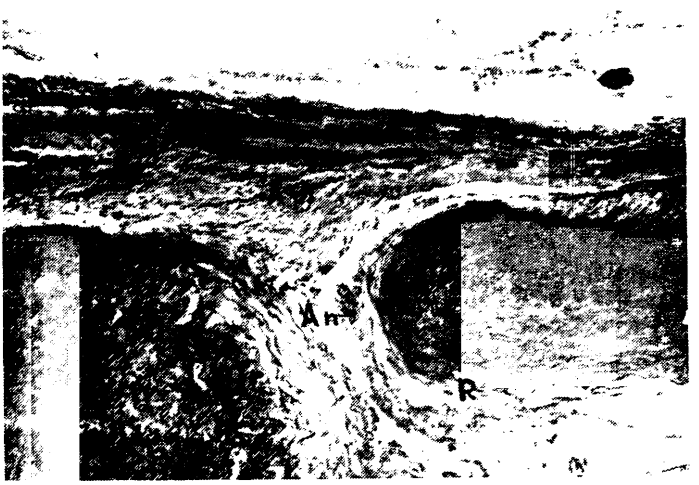
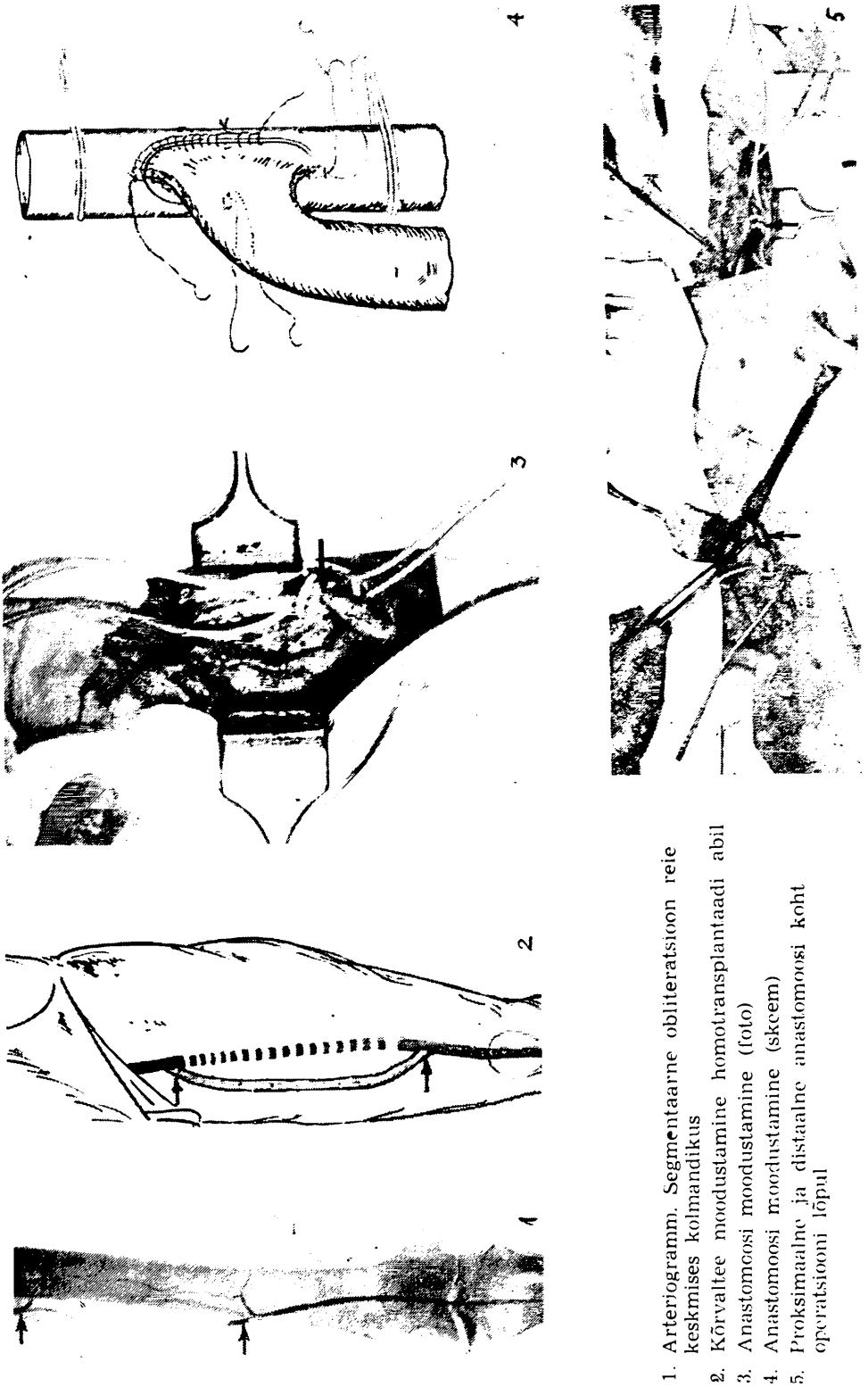


Foto 2. Katse 11, anastomoosi koht (An). Katse vältus 71 päeva. A — adventiitsias sidekoe vohang, mille varal retsipiendi arter (R) on ühinenud transplantaadiga (Tr). Elastsed kiud nii retsipiendi arteris kui ka transplantaadis säilinud.
Mikrofotogramm, suurendus 71×, resortsiinfuksiin

TAHVEL II

A. Linkberg, E. Tünder, K. Põder, H. Tihane ja H. Tikko



1. Arteriogramm. Segmentaarne obliteratsioon reie keskmises kolmandikus
2. Kõrvaltee moodustamine homotransplantaadi abil
3. Anastomoosi moodustamine (foto)
4. Anastomoosi moodustamine (skeem)
5. Proksimaalne ja distaalne anastomoosi koht operatsiooni lõpul

О ГОМОТРАНСПЛАНТАЦИИ КОНСЕРВИРОВАННЫХ АРТЕРИЙ У СОБАК

Р. Тальвик, Х. Тихане и Х. Тикко

Резюме

При помощи сосудосшивающего аппарата АИ-627 мы провели 20 трансплантаций на наружной подвздошной и общей сонной артериях у собак.

Использовались гомотрансплантаты длиною в 3 см и диаметром от 2,5 до 4,0 мм, которые были консервированы в растворе Рингера, содержащем антибиотики, при температуре от +2 до +4°С, в течение 5 до 30 дней.

Подопытным собакам производились прижизненные перкутанные транслюмбальные аортограммы и прижизненные или посмертные артериограммы путем обнажения общей сонной артерии.

При наблюдениях от 7 до 127 дней трансплантаты оказались проходимыми в 75% случаев.

Гистологическая структура консервированных артерий существенно не отличается от структуры соответствующих неконсервированных артерий.

У консервированных пересаженных артерий наблюдалось наиболее выраженное изменение в мышечной оболочке — атрофия гладкомышечных волокон до полного их изчезновения и пролиферация соединительной ткани. Изменения в мышечной оболочке были выражены тем сильнее, чем дольше был срок опыта.

ARTERITE HOMOTRANSPLANTATSIOONIST ALAJÄSEMETE TUIKSOONTE TROMBOBLITEREERUVA HAIGUSE PUHUL

A. LINKBERG, E. TÜNDER, K. PÕDER, H. TIHANE ja *H. TIKKO*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor professor *A. Linkberg*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *E. Lepner*)

Viimasel ajal osutatakse kirurgias üha suuremat tähelepanu plastilisele kirurgiale, kus üheks kesksemaks probleemiks on küsimus veresoonte transplantatsioonist.

Transplanteerimise põhiküsimused olid katseliselt põhjalikult läbi töötatud juba käesoleva sajandi esimesel kahel aastakümnel. Mitmesugust liiki transplantaatide laialdane kliiniline kasutamine on aga alles viimaste aastate saavutus.

24. mail 1948. a. teostas R. Gross Bostonis esimesena eduka homotransplantatsiooni inimesel, asendades pika koarkteerunud (s. o. ahenenud) aordi segmendi arteriaalse homotransplantaadiga. 1949. a. kasutas H. Swan esimesena homotransplantatsiooni aordi aneurüsmi ja 1952. a. O. Julian aordi oblitereeruvate haiguste raviks (1).

Oma edusammude eest on vaskulaarne kirurgia suurel määral tänu võlgu uutele kliinilistele uurimismeetoditele, eelkõige arteriograafiale, ja eriti aortograafiale. Mainitud meetodite kasutamine on sageli ainukeseks võimaluseks määrata arterite kahjustuse täpsemat iseloomu, lokalisatsiooni ning operatsiooni näidustusi.

Praegusel ajal kasutatakse veresoonte asendamiseks peamiselt arterite homotransplantaate ja sünteetilisi transplantaate.

Perifeersete arterite puhul ei ole praegu valmistatavad sünteetilised transplantaadid nii sobivad kui arterite homotransplantaadid. Samuti on sünteetilised transplantaadid käesoleval ajal Eesti NSV-s veel raskesti kättesaadavad. Seetõttu kasutataksegi peamiselt arterite homotransplantaate.

Transplanteeritavad veresooned võetakse laipadelt keskmiselt kuni 6 tunni jooksul pärast surma. Kohe pärast surma 0 kuni +4° C temperatuuril säilitatud laipadelt on veresoonte võtmine võimalik kuni 20 tunni

jooksul pärast surma. Veresooned võetakse tavaliselt aseptilistes tingimustes ja pärast võtmist teostatakse, sõltuvalt säilitamise viisist, kontroll steriilsuse suhtes koos histoloogilise uuringuga. Transplantatsiooniks võetavate veresoonte puhul on surnu nõutav vanus eri autorite arvates 2—3—10 aastast kuni 35—45—50 aastani; teiseks eeltingimuseks on ateroskleroosile viitavate tunnuste puudumine, ühtlasi tuleb arvestada põetud haigusi.

Käesoleval ajal on kasutusel väga palju transplantaatide säilitamise meetodeid. Eri meetodite hindamisel lähevad kirjanduse seisukohad sageli lahku. Meie tingimustes tulevad arvesse järgmised meetodid.

1. Säilitamine elektrolüütilistes lahustes, toitelahustes jt. füsioloogilistes keskkondades, temperatuuril +1 kuni +8° C kuni 30—40 päeva vältel.

2. Sügavkülmutamine. Meetod seisneb kiires külmutamises (temperatuuril —183° C) vedela õhu abil või süsihappelume ja etüülalkoholi segu abil (temperatuuril —72° C). Hilisem transplantaatide säilitamine toimub —20° kuni —30° C juures kuni 1 aasta vältel.

3. Lüofiliseerimine. Meetod seisneb niiskuse eemaldamises koest sublimatsiooni teel vaakuumis —70° C juures. Töödeldud koed suletakse vaakuumkatsutitesse niiskuse ja õhuhapniku juurdepääsu vältimiseks. Lüofiliseeritud kudesid võib säilitada tavalisel toatemperatuuril piiramatu aja vältel.

Esimesena nimetatud meetod, mida kirjanduse andmeil teistega võrreldes laialdasemalt kasutatakse, on pärast katselist kontrollimist (2) võetud kasutusele ka Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas. Meil säilitatakse transplantaate steriilsetes tingimustes, antibiootikume sisaldavas Ringeri lahuses +4° C juures kuni 30 päeva vältel. Peale mainitud meetodi kasutame ka lüofiliseerimist, seda kas iseseisvalt või Ringeri lahuses säilitatavatel transplantaatidel pärast lubatava säilitamisaja lõppemist.

Veresoonte operatiivse ravi meetoditena on käesoleval ajal kasutusel: 1) kahjustatud koha väljalõikamine ja asendamine transplantaadiga õmbluse teel ots-otsaga; 2) kõrvaltee moodustamine transplantaadiga ots-küljega õmbluse teel — nn. bypass graft ehk обходный анастомоз. Sel puhul säilib veresoone kahjustatud osa koos enne esinenud ja kompensatsioonina tekkinud kollateraalse vereringega; 3) intimotrombektoomia ja trombektoomia.

Meetodi valik sõltub igal konkreetsel juhul patoloogilise protsessi iseloomust, ulatusest ja kahjustuse kohast. Iga meetod on efektiivseim tarvitatuna sobival juhul ja sobivates tingimustes kas iseseisvalt või kombineerituna teiste meetoditega (3).

Näidustustest veresoonte transplantatsiooniks moodustavad suurima grupi eelkõige osa trombоblitereeruvatest vaskulaarsetest haigustest. Harvem esinevate näidustuste hulka kuuluvad veresoonte vigastused, kaasasündinud anomaaliad, arteriovenoossed fistulid, aneurüsmid ja mõned embolid.

Alajäsemete trombоblitereeruvate haiguste — oblitereeruva ateroskleroosi ja oblitereeruva endarteriidi — operatiivsele ravile pööratakse viimasel ajal üha enam tähelepanu. Veresoonte transplantatsiooni või intimotrobektoomia abil on mainitud haiguste puhul osal juhtudel võimalik tunduvalt parandada haige alajäsemete verevarustust. Operatiivsed ravimeetodid põhinevad kaasaegsel ettekujutusel mainitud haiguste patogeneesist ja patomorfoloogiast. Nimelt mõlemate patogeneesilt üksteisele lähedaste haiguste puhul on arteri kahjustusel enamikul juhtudest segmentaarne iseloom ning ahenemis- või umbumiskohast üleval- ja allpool on arteri valendik läbitav verele. 1960. aasta

mais toimunud kirurgide 27. üleliidulise konverentsi seisukohtade järgi esineb oblitereeruva endarteriidi puhul arteri segmentaarne oklusioon peamiselt sääre- ja pöiaarterite piirkonnas, oblitereeruva ateroskleroosi puhul aga tüüpilistes kohtades aordi alaosas, niude-, reie- ja õndlaarteritest (4, 5). Tavaliselt on aterosklerootiline protsess alajäseme arterites lokaliseerunud enam aordi niudearteri või reie õndlaarteri piirkonnas.

Oblitereeruva endarteriidi puhul on sääre- ja pöiaarterite väikese läbimõõdu ja sellest tulenevate ebasoovitavate resultaatide tõttu veresoonte operatiivne ravi harva kasutatav. Oblitereeruva ateroskleroosi haigetel kasutatavate operatsioonimeetodite valik sõltub peamiselt arteri obliteratsiooni või ahenemise kohast ja ulatusest (5, 6).

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas on operatiivset ravi rakendatud oblitereeruva ateroskleroosiga haigetel segmentaarse obliteratsiooni puhul reiearteri piirkonnas. Protsessi lokalisatsioon määrati kindlaks peamiselt haiguse anamneesi, kliinilise pildi ja femoraalse arteriograafia abil. Kõikidel juhtudel kasutati retsipiendi vereringele kõrvaltee moodustamist alalise välise kõrvaltee tüüpi transplantaadi abil ots-küljesse, mille abil on ühendatud retsipiendi arteri valendikud ülal- ja allpool umbumiskohta. Kõrvaltee moodustamise operatsiooni tuleb reiearteril pidada eelistatumaks võrreldes umbunud veresoone osa väljalõikamise ja asendamisega transplantaadiga õmbluse teel ots-otsaga. Kõrvaltee tüüpi operatsioon ei kahjusta kollateraalset vereringet, on vähem traumatiseeriv ja transplantaadi umbumise korral jäseme verevarustus ei halvene võrreldes operatsioonieelse seisundiga (7).

Alljärgnevalt anname ülevaate reiearteri segmentaarse obliteratsiooniga haigete ettevalmistamisest operatsiooniks, operatsiooni metoodikast ja operatsioonijärgsest perioodist.

Operatsioonieelses perioodis tuleb pearõhk asetada haigete hoolikale kliinilisele uurimisele, operatsiooni näidustuste ja vastunäidustuste selgitamisele.

Arteriograafia kõrval on vajalik veel vere protrombiiniväärtuste ja hüübimisaja määramine ning ostsillograafia ja elektrokardiograafia teostamine.

Arteriograafia-eelselt on vajalik teha haige organismi jooditundlikkuse proov, milleks süstitakse 1 päev enne arteriograafia teostamist veenisisesi 1—2 ml 25%-list sergosiini- või 70%-list kardiotrastilahust. Kui haige ei ole joodipreparaatide suhtes ülitundlik, teostatakse arteriograafiline uuring kas arteri perkutaanse punktsiooni või operatsiooni teel. Saadud arteriogramm annab täpse ettekujutuse jäseme arterite peatüvede läbitavusest, nende obliteratsiooni kohast ja kollateraalse vereringe arenguastmest. Operatsiooni tulemus sõltub suurel määral veresoone distaalse looži seisundist. Kõrvaltee moodustamise operatsioon on näidustatud, kui arteri distaalne osa allpool oklusiooni ja planeeritavat kõrvalteed on kontrastainele läbitav ning seal ei esine arteri valendiku ateroskleroosset ahenemist.

Kuna nimetatud operatsioonide puhul on operatsiooni vältel ja postoperatiivses perioodis tromboosi oht küllaltki suur, on vajalik antikoagulantide doseeritud manustamine. Antikoagulantide — hepariini ja feniliini — raviannus on haigetel erinev ja sõltub individuaalsest tundlikkusest. Preparaatide üledoseerimisel tekib verejooksu oht (8).

Optimaalseks raviannuseks tuleb pidada hepariini hulka, mille manustamisel vere hüübimisaeg pikeneb 2—3 korda võrreldes algväärtusega.

Vajalikuks feniliiniannuseks on hulk, mis postoperatiivse perioodi vältel kindlustab protrombiini väärtuse kahekordse vähenemise võrreldes manustamiseelse seisundiga, kuid mitte alla 30—40% (7).

Et feniliini toime avaldub alles 24—48 tundi pärast manustamist, osutub postoperatiivse perioodi algul vajalikuks paralleelselt feniliiniga manustada kiiremini toimivat hepariini. Feniliini toime avaldumisel (2.—3. operatsioonijärgsel päeval) tuleb hepariini manustamine lõpetada, feniliini kasutamine aga jätkub umbes 2 kuu vältel.

Hepariini ja feniliini raviannuste määramiseks kasutatakse vastavaid proove.

Hepariiniproovi teostamise aluseks on vere hüübimisaja muutuste registreerimine. Haigel määratakse eelnevalt hüübimisaeg ja viiakse siis intravenoosselt 1 ml (s. o. 5000 TÜ) hepariini (Richteri). Edasi määratakse vere hüübimisaeg iga tunni järel kuni algväärtuste taastumiseni. Proov annab ettekujutuse 1 ml hepariini manustamise mõjust vere hüübimise langusele ja toime kestvusest. Optimaalse, s. o. hüübimisaja 2—3-kordse pikenemise saavutamiseks tuleb hiljem hepariini annust vastavalt suurendada või vähendada.

Feniliini toime kontrollimise aluseks on vere protrombiiniväärtuse muutuste kindlakstegemine feniliiniproovil. Haigel määratakse protrombiini väärtused veres ja manustatakse 3 tabletti feniliini (0,03×3) päevas 2 päeva vältel. Kuna feniliini toime avaldub alles 24—48 t. möödumisel, määratakse protrombiini väärtus veres kord päevas alates kolmandast päevast pärast esmakordset preparaadi manustamist kuni väärtuse normaliseerumiseni. Protrombiini väärtuse kahekordseks vähendamiseks võrreldes algväärtusega tuleb haigel, arvestades proovi tulemusi, feniliini annust suurendada või vähendada.

Tavalise tundlikkuse puhul hepariini ja feniliini suhtes manustatakse postoperatiivses perioodis hepariini iga 4 t. järel 1 ml (s. o. 5000 TÜ) lihasesisesi 3.ööpäeva kestel. Feniliini antakse alates operatsioonipäevast 3 korda päevas á 1 tablett (0,03) 3 päeva jooksul, seejärel 2 tabletti päevas 1 nädala vältel ja 1 tablett päevas 2 kuu jooksul.

Kõrvaltee moodustamise operatsiooni puhul reiearteri segmentaarsete obliteratsioonide korral (vt. tahvel II, joon. 1 ja 2) tehakse üks nahalõige piki reiearteri projektsioonikohta vahetult *ligamentum inguinale* all, teine arteri umbumiskohast distaalsemal. Anastomooside asetamise piirkonnas prepareeritakse välja *a. femoralis*, millele õmbluskohast proksimaalsemal ja distaalsemal asetatakse 2—3 mm läbimõõduga elastsed kummitorud, et võimaldada veresoone komprimeerimist ja verejooksu sulgemist anastomoosi teostamise ajal. Nahalõiked ühendatakse omavahel tunneliga, mis tehakse subkutaanses koes nüri instrumendi abil. Selleks ajaks lõpetatakse ka konserveeritud homoarteri ettevalmistus transplantatsiooniks: kõik homotransplantaadi kollateraalid ligeeritakse kahekordsete siidligatuuridega ja kontrollitakse transplantaadi hermeetilisust.

Transplanteeritava arteri otsa külge kinnitatakse 4 situatsiooniniiti atraumaatiliste nõeltega. Transplantaat ühendatakse retsipiendi veresoonega ots-küljega anastomoosi põhimõttel (vt. tahvel II, joon. 3 ja 4). Esmalt asetatakse distaalne, seejärel proksimaalne anastomoos. Veresoone õmbluse tegemisel on oluliseks nõudeks, et veresoonte *intima*'d anastomoosikohas asetuksid teineteise vastu ja kontakteeruksid hästi.

Operatsiooni ajal on vajalik hepariini lokaalne manustamine füsioloogilises lahuses (5000 TÜ hepariini 10 ml lahuse kohta) õmmeldavate veresoonte otste niisutamiseks ja hepariini intravenoosne manustamine, mis peab toimuma vastavalt hüübimisaja muutustele. Operatsiooni ajal manustatakse harilikult 5000 TÜ hepariini intravenoosselt iga tunni järel kogu operatsiooni vältel. Eriti tähtis on hepariini viimine anastomoosikohast üles- ja allapoole, kohtadesse, kuhu on asetatud kummitorud.

Veresoone õmbluse lõpetamisel eemaldatakse kummitorud (vt. tahvel II, joon. 5). Veritsuse esinemise korral anastomoosi kohal ei tule rutata täiendavate õmbluste asetamisega. Anastomoosi piirkonda asetatakse kerge

surve all marlitampoon ja oodatakse kuni 5 minutit. Tavaliselt selle aja jooksul veritsemine lakkab. Vajaduse korral asetatakse üksikud lisaõmblused. Haava viiakse antibiootikume — penitsilliini ja streptomütsiini. Haav suletakse umbselt siidõmbluste abil.

Jalg asetatakse 10 päevaks Brauni lahasele. Käia on lubatud 2 nädala möödumisel operatsioonist. Operatsioonijärgsel perioodil rakendatakse infektsiooniprofülaktikaks üldravi penitsilliini ja streptomütsiiniga. Samuti jätkatakse antikoagulantide manustamist eespool toodud meetodi kohaselt.

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas on alates 1960. a. maikuust teostatud 5 kõrvaltee moodustamise operatsiooni reiearteri segmentaarse obliteratsiooni puhul. Ravil on viibinud meeshaiged, vanuses 34 a. kuni 65 a. Kõik nimetatud haiged on varem korduvalt viibinud konservatiivsel ravil, millega aga paranemist ei saavutatud. Kõrvaltee moodustamise operatsiooni tulemusena paranes opereeritud haigetel jäseme verevarustus tunduvalt, varem esinenud kaebused kadusid.

Näide. 65-aastane mees (haiguslugu nr. 2570, 1960. a.) viibis Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas operatiivsel ravil 5. VIII—8. IX 1960. a. diagnoosiga *atherosclerosis obliterans membri inf. dextr.* Haigel esines *claudicatio intermittens*'i sümptoom 50 m käimise järel. Objektiivselt oli parem põid jahedam vasakust, palpatsioonil pulsatsioonid põlaarteritel puudusid. Ostsillogrammidel paremast säärest ja reiest ostsillatsioonid puudusid. Femoraal-arteriograafial (*Sol. Cardiotrasti* 70% 20,0) selgus, et on tegemist reiearteri segmentaarse umbumisega keskmises kolmandikus umbes 20 cm ulatuses, kusjuures umbumiskohast distaalsemal asuv veresooneosa oli läbitav.

12. VIII 1960. a. teostati parema reiearteri plastiline operatsioon kõrvaltee moodustamise näol. Transplantaadiks kasutati 30 cm pikkust homoarterit, kusjuures transplantaadi distaalne ots ühendati arteriga selle väljumiskohal Hunteri kanalist ja proksimaalne ots süvast reiearterist distaalsemal. Operatsiooni lõpetamisel transplantaat funktsioneeris hästi, võis sedastada opereeritud jala sääre ja põia soojemaks muutumist võrreldes teise jalaga. Postoperatiivses perioodis rakendati ravi antikoagulantidega ja antibiootikumidega. Vere hüübimisaeg ja protrombiini-indeks kõikusid lubatavates piirides.

Haige suunati ambulatoorsele ravile 27. operatsioonijärgsel päeval. Järelkontrollil opereeritud jala verevarustus hea, haige ei kaeba käimisel opereeritud jala väsimuse üle.

Toodud haigusjuht näitab, et veresoonte plastilised operatsioonid (kõrvaltee moodustamine homoarteriga) on õigete näidustuste korral efektiivseteks ravivõteteks haigetel reiearteri segmentaarsete aterosklerootiliste oklusioonidega.

Eesti NSV kirurgide VII konverentsil vastuvõetud otsuse alusel ja Tervishoiu Ministeeriumi igakülgsel kaasabil on Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna juurde asutatud kudede konserveerimise laboratoorium, mis võimaldab homokudede, eriti konserveeritud arterite tagavarade loomist ja taastava kirurgia operatsioonide laialdasemat rakendamist igapäevases kliinilises praktikas.

Vastavat kirurgilist ravi vajavad haiged tuleks koondada suurematesse keskustesse, näiteks Tartu ja Tallinna raviasutustesse, kus on võimalik veresoonte plastiliste operatsioonide läbiviimine. Kvalifitseeritud abi osutamiseks magistraalarterite ateroskleroötiliste obliteratsioonide, traumaatiliste vigastuste ja akuutsete tromb-embooliate puhul on vaja moodustada spetsiaalse ettevalmistusega kirurgide brigaad. Nimetatud brigaadi ülesandeks oleks veresoonte opereerimine (nii plaaniliste operatsioonide tegemine kui ka vältimatu abi osutamine) spetsiaalse aparatuuri ja instrumentaariumi abil.

KIRJANDUS

1. Mahorner, H. Surg. Gynecol. and Obstetr. with Internat. Abstrs. of Surg., 1957, vol. 105, 2, 191—199. — 2. Talvik, R., Tihane, H., Tikko, H. Arstiteaduskonna teaduslik konverents 25.—28. aprillil 1960. Ettekannete teesid. Tartu, 1960, 54—55. — 3. De Bakey, M. E., Grawford, E. S., Goo-

ley, D. A., Morris, G. C. Annals of Surgery, 1958, vol. 148, 3, 306—324. — 4. Шабанов А. Н. Тезисы докладов, XXVII Всесоюзного съезда хирургов, 23—28 мая 1960 г. М., 1960, 55—57. — 5. Филатов А. Н. Там же, 66—68. — 6. Петровский Б. В., Крылова В. С., Венедиктов Д. Д. Там же, 64—66. — 7. Филатов А. Н., Литманович К. Ю., Данилов Е. Н. Вестн. хирургии, 1958. т. 81, 9, 90—100. — 8. Литманович К. Ю. Вестн. хирургии, 1960, 10, 104—108.

О ГОМОТРАНСПЛАНТАЦИИ АРТЕРИЙ ПРИ ТРОМБООБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Линкберг, Э. Тюндер, К. Пыдер, Х. Тихане и Х. Тикко

Резюме

В хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы у 5 больных (мужского пола, в возрасте от 34 до 65 лет) с облитерирующим атеросклерозом при сегментарной облитерации в области бедренной артерии были произведены трансплантации кровеносных сосудов по типу обходного анастомоза. Локализация процесса была определена в основном с помощью анамнеза заболевания, клинической картины и артериографии.

До поступления в хирургическое отделение больницы больные находились на консервативном лечении, но положительных результатов не было достигнуто. Операционное вмешательство значительно улучшило кровообращение в оперированной конечности, после чего прежние жалобы у больных исчезли.

При хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы открыта лаборатория для консервирования тканей, что позволяет создавать запасы гомотканей, главным образом консервированных артерий, и шире применять восстановительную хирургию в клинической практике.

Ввиду того что в нашей республике гомотрансплантацией артерий занимаются впервые, мы приводим методы и показания для оперативного лечения при тромбооблитерирующем заболевании нижних конечностей, описываем порядок подготовки больных к операции, ее технику и послеоперационное лечение.

PORTAALHÜPERTENSIOONI SÜNDROOM

Arstiteaduse kandidaat *J. RIIV, K. VALGMA* ja *N. SACHRIS*

(Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Eitelberg*, ja Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*)

Vajadus juhtida meie arstide tähelepanu portaalhüpertensiooni sündroomile on tingitud mitmest põhjusest.

1. Kõrgenenud rõhk portaalvereringes esineb võrdlemisi sageli.

2. Portaalhüpertensioon figureerib verejooksu vallandajana 16% seedetrakti verejooksu juhtudest (1). Ravimenetlus selle puhul sõltub suurel määral verejooksu tekkekohast ja -põhjusest.

3. Operatsioonitehnika täiustumisega veresoonte kirurgia alal on avanenud võimalus portaalhüpertensiooniga haigeid abistada tõhusamalt kui varem. Üheks kasutatavamaks menetluseks portaalsüsteemis tekkinud rõhu vähendamiseks on portokavaalne anastomoos. Selle operatsiooni tulemused on paremad portaalhüpertensiooni varasema staadiumi puhul (A. Višňevski, F. Uglov).

4. Portaalhüpertensiooni ja selle põhjuste selgitamine on sageli seotud tunduvate raskustega. Portaalhüpertensiooni põhjustava faktori iseloomust sõltub omakorda ravitaktika.

Rõhk portaalsüsteemis tõuseb tavaliselt vere äravoolu takistuse tõttu. Eristatakse ekstra- ja intrahepaatilist tõkestust ehk blokaadi. Intrahepaatilised blokaadid esinevad meie kohalikes tingimusis sagedamini ja nende põhjuseks on peamiselt maksatsirroos. Ekstrahepaatilise blokaadi

üheks vormiks on venoosse vere juurdevoolu tõkestus südamesse (näiteks *concretio cordis*'e puhul). Teise ekstrahepaatilise blokaadi vormi olemus seisneb portaalveeni või selle harude tromboseerumises kas välisest kompressioonist või flebiitilisest protsessist tingituna. Üheks sagedamaks ekstrahepaatilise blokaadi põhjuseks on põrnaveeni tromboos. Portaalhüpertensiooni tekkepõhjused on seega erinevad, vastavalt sellele varieerub mõningal määral ka sümptomatoloogia. Üsna varakult esinevad portaalhüpertensiooni puhul järgmised sümptoomid: meteorism, seedehäired (peamiselt perioodiliste kõhulahtisuste näol) ja diureesi vähenemine, seda eriti ortostaatilise oliguuria näol. Järgnevalt muutub sedastatavaks astsiit, suureneb põrn ja tekivad veenide kollateraalid. Kollateraalveenide võrku võime näha kõhuseintel, kuid sagedamini varikoossete moodustistena sügavamal söögitoru alumise kolmandiku või hemorroidaalpiirkonnas. Ohtlikuks komplikatsiooniks on söögitoru veenikomude ruptureerumine. Sellest tingitud hemorraagiad on massiivsed ja kergesti retsidiveeruvad. Ravi seisukohalt on söögitoru veenilaiendite verdumise mõjustamine raske ja prognoos halvem kui haavandtõvest tingitud verdumiste puhul. Üheks halvema lõppe tekkimise põhjuseks on paljudel sellistel juhtudel põhihaigusena esinev maksatsirroos. Pikemat aega kestva portaalpaisu puhul tekivad tunduvad seedeelundite funktsioonihäired ja lõpuks ka väärastuslikud protsessid nendes. Haigete toitumus langeb ja suhteliselt kiiresti areneb kahheksia. Tsirkuleeriva verehulga vähenemisest portaalse deponeerumise tõttu raskeneb ka südame tegevus.

Portaalhüpertensiooni sündroom võib valmistada tõsiseid diagnostilisi raskusi. Illustratsiooniks esitame mõned haigusjuhud Tartu Linna Kliinilise Haigla materjalist.

1. 35-aastane meeshaige D. L. hospitaliseeriti 23. 10. 1952. a. (haiguslugu nr. 1257). Kaebusteks olid valud vasemal allkõhus, kõhulahtisus, väljaheites lima ja verd. Haiguse kestus umbes poolteist aastat. Patsienti uuriti ja raviti nakkushaiglas ja korduvalt tuberkuloosiravi asutustes. Kahtlustati kroonilist düsenteeriat, hiljem soolte tuberkuloosi. Ka meie statsionaaris olid reaktsioonid väljaheites esineva vere suhtes pidevalt positiivsed. Rektumi limaskest oli hüpereemiline ja kergesti verduv. Haigel esines meteorism ja vähene astsiit. Intrakutaanne tuberkuliiniproov lahjenduses 10^{-6} oli väga tugevasti positiivne. Nende andmete põhjal diagnoositi kõhukelme tuberkuloosi. Haige lahkus tookord haiglast rahuldavas seisundis. Astsiit kadus. Sama patsient hospitaliseeriti uuesti 10. 07. 1953. a. (haiguslugu nr. 1382) seedetrakti profuusse verejooksu tõttu. Laparotoomial selgus, et verejooks oli tingitud söögitoru veenilaiendite ruptuurist. Täiendavate uuringutega tehti kindlaks maksatsirroos. Haiguse hilisem kulg iseloomustus juba põrna tunduva suurenemisega ja maksa insufitsientsuse tekkimisega. Astsiit oli hea kollateraalveenide võrgu tõttu minimaalne.

2. 29-aastane naishaige L. M. hospitaliseeriti 10. 12. 1952. a. (haiguslugu nr. 1450). Kaebustest olid esiplaanil kõhulahtisus ja kõhnumine. Juhtivaks sümptoomiks osutus tunduvalt suurenenud põrn. Diferentsiaaldiagnostiliselt arvestati hemolüütilise ikteruse võimalust. Hematoloogilist leidu hinnati ikteruse suhtes positiivseks. Nii osutus erütrotsüütide keskmine läbimõõt 7 mikronist väiksemaks, erütrotsüütide resistentsus samuti 0,58—0,46% NaCl piires. Sama patsient hospitaliseeriti uuesti 1955. a. augustikuus (haiguslugu nr. 2517) tugeva verejooksuga seedetraktist. Tehti kindlaks söögitoru veenikomude esinemine. Kuna maksa funktsionaalsed proovid osutusid normaalseiks, oletati põrnaveeni tromboosi. Hilisemas haiguskulus verejooks kordus ja patsiendil otsustati teostada splenektoomia. Operatsioonil kinnitus põrnaveeni tromboosi diagnoos. Ootamatuseks osutus põrna patoloogilis-histoloogilise uuringu resultaat, mis näitas lümfogranulomatoosile omaseid tunnuseid. Operatsioonile järgnenud kahe aasta vältel pole verejooks kordunud. Lümfogranulomatoosi generaliseerumist ei ole märgata ja patsient tunneb end tervena.

Ekstrahepaatilisest blokaadist tingitud söögitoru veenilaiendite verdumise puhul näib splenektoomia olevat üks paremaid ravivõtteid, kuigi ka sellega pole kindlustatud verejooksu kordumatus (2).

3. 28-aastane naispatsient L. V. hospitaliseeriti 24. 08. 1953. a. (haiguslugu nr. 874) tugeva astsiidi ja aneemia tõttu. Tundis end haiglasena juba viimase 3—4 kuu vältel. Esines valu vasemal roidekaare all, meteorism ja kõhulahtisus. Hemorraagiat pole patsient märganud. Kliinilisel uurimisel sedastati ka põrna suurenemine. Kuna anamneesis esines 5 aastat tagasi kollatõbi, siis pöörati tähelepanu maksa funktsiooni uurimisele. Nii galaktoosi- kui ka Quick'i proov osutusid normaalseteks.

Takata-Ara reaktsioon oli positiivne. Röntgenoskoopilise uuringuga söögitoru veenikomude esinemist ei saadud kindlaks teha. Seega, hoolimata tugevast kahtlusest, polnud maksatsirroosi võimalik otseselt tõestada. Arvestades astsiidivedelikus rohkearvuliselt leiduvaid sõrmusrakke otsustati pahaloomulise kasvaja esinemise võimaluse tõttu teostada proovilaparotoomia. Operatsioonil sedastati maksa tunduv vähenemine, konsistentsi tihenemine ja pinna granulaarsus. Seega kinnitus diagnoos: maksatsirroos. Operatsioon lõpetati Talma menetlusega. Aneemia võis olla tingitud seedetrakti märkamatust verejooksust. Järgneva kahe aasta jooksul oli patsiendi seisund hea: astsiiti ei esinenud, vere staatus normaliseerus. Hiljem tekkis korduvalt uusi verejookse seedetraktist, kusjuures nende tekkekohana tehti kindlaks söögitoru veenilaiendid. Tekkis uuesti astsiit. Kujunes välja maksa insufitsientsus. Katsetati portokavaalse anastomoosiga, kuid kõhuõõne elundite tugeva hüpereemia ja liidete tõttu see ei õnnestunud.

4. Diagnostilisi raskusi tekitas ka järgmine haigusjuht. Tegemist oli 44-aastase meeshaigega J. L., kes hospitaliseeriti 18. 11. 1956. a. (haiguslugu nr. 3785) Viljandi Linna Haiglast maksatsirroosi ja söögitoru veenikomude verdumise tõttu. Anamneesist selgus, et patsient oli 1952.—1953. a. põdenud kollatõbe. 1955. a. oli tekkinud kõhupuhitus ja perioodiline kõhulahtisus. 21. 10. 1956. a. tekkis järsku töö juures tugev verejooks seedetraktist. Meie haiglasse saabumisel oli hemoglobiin 34%, esines mõõdukas astsiit, samuti põrna suurenemine. Kuna eelnevas raviasutuses oli kindlaks tehtud verejooksu põhjus, siis täiendavaid uuringuid selles suunas ei tehtud. Pearõhk pandi verejooksu sulgemisele ja vere koostise normaliseerimisele. Samal ajal tehtud uuringud maksa funktsiooni hindamiseks andsid normaalsed näitajad (Quick'i proov 87,3%, Takata-Ara ja veronaal-tümoolreaktsioonid negatiivsed, bilirubiin vereseerumis 0,1 mg%). Energilisele ravile vaatamata polnud võimalik verejooksu sulgeda ja patsient suri 7. 12. 1956. a. Ülehinnates anamnestilisi andmeid põetud kollatõve kohta, samuti arvestades meie seniseid kogemusi maksatsirroosi mõnede vormide alalt, kus kasutatud maksafunktsiooni-proovid ei kaldunud kõrvale, langetati kliiniliseks põhidiagnoosiks maksatsirroos. Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: *hernia duodeno-jejunalis sinistra; thrombosis venae mesentericae inferioris, lienis et venae portae; varices oesophagi cum perforatione.*

Nagu toodud näidetest selgub, valmistab raskusi juba portaalhüpertensiooni kindlakstegemine, eriti protsessi varasemas staadiumis. Veelgi rohkem eksitakse portaalhüpertensiooni põhjuse määramisel ja selle selgitamisel, s.t. kas on tegemist intra- või ekstrahepaatilise blokaadiga.

Kogemuste põhjal võime öelda, et portaalhüpertensiooni põhjustavad maksatsirroosid kutsuvad küllalt varakult esile valgu-ainevahetuse nihkeid. Vastavatest proovidest võiksime soovitada vere seerumivalkude uurimist, veronaal-tümool- ja Takata-Ara reaktsioone. Maksatsirroosi puhul toimub seerumivalgu fraktsioonide nihkumine albumiinide vähenemise ja gammaglobuliinide rohkenemise suunas. Oleme täheldanud, et Takata-Ara reaktsioon on rõhuval enamusel atroofilise maksatsirroosi juhtudest positiivne — seetõttu omistame sellele uurimisvõttele vajalikku tähelepanu.

Otsides menetlust, mis näitaks portaalvereringe anatoomilisi vahekordi ja peegeldaks ühtlasi blokaadi asukohta, jäime peatuma splenoportograafia menetlusel. Teised portaalhüpertensiooni määramiseks kasutatavad meetodid ei suuda splenoportograafiat asendada. Põrna punktsiooniga on seotud nii portaalvereringluse aja määramine eetriga (3) kui ka põrna manometreerimine (4; 9). Need meetodid ei erine oma tehniliselt teostuselt splenoportograafiast, mille olulisemaks võtteks ongi põrna punkteerimine. J. D. Myers ja W. J. Taylor (5) soovitavad maksaveenide kateteriseerimist. Nimetatud meetodit kasutatakse edukalt mitmetes meie maa raviasutustes. See meetod on oma hüvedele vaatamata võrdlemisi komplitseeritud (sondi viimine venoosse süsteemi kaudu maksa veresoontesse), seepärast on seda hõlpsam teostada suuremates haiglates. Kaudse ülevaate portaalvereringe seisundist võib saada ka mitmesuguste duodeenumisse viidud ainete, nagu joodkaaliumi, eetri või radioaktiivse joodi resorbeerumise kiiruse määramise teel (10).

Splenoportograafiat oleme rakendanud ligikaudu aasta jooksul ja oleme omandanud mõningaid kogemusi, mistõttu peame vajalikuks seda meetodit lähemalt tutvustada.

Splenoportograafia on röntgenograafiline kontrastmeetod, mis seisneb portaalsüsteemi täitmises kontrastainega ja sellele järgnevas röntgenografeerimises. Transparietaalse splenoportograafia autoriteks on Abeatici ja Campi, kellel 1951. a. õnnestus katsetega koertel portaalvereringe kontrastainega täitmine põrna kaudu. Meetodi kliiniline rakendamine andis häid tulemusi ja transparietaalne splenoportograafia muutus kiiresti üheks kasutatavamaks meetodiks portaalvereringe diagnostikas. M. Figley (6) teostas splenoportograafiat 125 korral ja saadud kogemuste alusel peab meetodit asendamatuks blokaadi asukoha kindlakstegemisel. Paljud autorid rõhutavad, et splenoportograafia on otsustava tähendusega maksatsirroosi, portaal- ja põrnaveeni tromboosi, maksa- ja pankreasekasvajate, ebaselge etioloogiaga seedetrakti verejooksude ja astsiitide diagnostikas. T. S. Bunnag'il (8) õnnestus splenoportograafia abil diagnoosida ja lokaliseerida maksaabstsessi 26 haigel. Kõikide autorite andmeil on meetod tehniliselt lihtne ja ohutu. Tüsistused, peamiselt intraabdominaalse hemorraagia näol, esinevad vaid üksikjuhtudel ning ei nõua enamasti operatiivset vahelesegamist.

Splenoportograafia on teostatav igas haiglas, kus on röntgeniaparaat. Sobivaimaks aparaadiks on meie tingimusis URdD-110. Ettevalmistamisel splenoportograafiaks tuleb kontrollida haige jooditundlikkust. Selleks süstitakse 2—3 päeva enne protseduuri läbiviimist veenisisesi 2—3 ml sergosiini või kardiotrasti. Ülitundlikkuse korral joodi suhtes on splenoportograafia meil kasutusel olevate kontrastvahenditega kontrainditseeritud. Astsiidi puhul tuleb vedelik eelmisel päeval võimalikult suuremas koguses välja lasta. Protseduurile eelneval õhtul ja samal hommikul tehakse puhastavad klistiirid. 10—15 minutit enne splenoportograafia teostamist süstitakse uuritavale 1 ml 1%-list morfiini või pantopooni ja 2 ml kamprit. Laboratoorsetest uuringutest on eelnevalt vaja määrata veritsemise ja hüübimise aeg, võimaluse korral ka protrombiin ja trombotsüütide arv.

Splenoportograafia teostatakse röntgenikabinetis horisontaalasendisse viidud röntgeniaparaadi statiivil ja aseptika tingimusis. Põrna punkteerimiseks sobivaim nõel on 10—12 sm pikkune ja seesmise diameetriga 1,2—1,4 mm. Vajalik kardiotrasti hulk on 0,25—0,35 g kuivainet haige kehakaalu 1 kg kohta. Praktiliselt on see 25—30 ml 70%-list kardiotrasti üheks protseduuriks. Kardiotrast tuleb enne soojendada kehatemperatuurini. Enamikul juhtudel on punktsiooni kohaks 8. või 9. roidevahemik keskmisel aksillaarjoonel või veidi dorsaalsemal sellest. Põrna punkteerimise vältel on vajalik patsiendi hingamispeetus inspiratsiooniseisundis. Kogu kontrastaine hulk süstitakse põrna 3—6 sekundi jooksul. Esimene röntgeniülesvõte tehakse süstimise lõpul, järgnevad iga 2 sekundi järel. Soovitatav on teha 4—6 võtet. Pärast ülesvõtete lõpetamist nõel eemaldatakse. Kontrastaine süstimise järel tunneb haige kerget valulikkust vasema roidekaare all ja kuumustunnet. Valulikkus väheneb kiiresti ja kaob peaaegu täielikult sama päeva õhtuks.

Tartu Kliinilises Haiglas oleme vahetanud kassetid käsitsi.

Põhjalikuma kirjelduse splenoportograafia meetodist annavad oma brošüüris V. Šiškin ja P. Mazajev (11).

Normaalsel splenoportogrammil on hästi näha kontrastainega täitunud põrnaveen, portaalveen ja selle hargnemine maksas. Kollateraalsed veenid ei tule normaalsel splenoportogrammil kunagi nähtavale. Portaalvereringe tühjeneb kontrastainest 7—8 sekundi vältel. Maksatsirroosi puhul on *v. lienalis*'e ja *v. porta* diameeter normaalsest märksa suurem, maks on veresoontevaene ja seal nähtavad veenid ahenenud. Normaalsest erinevalt tuleb maksatsirroosi juhtudel hästi nähtavale kontrastainega täitunud kollateraalne vereringe. Kontrastaine püsib maksatsirroosi puhul portaalvereringes 8—15 sekundit ja isegi kauem.

Esitame eespool kirjeldatud maksatsirroosiga haige D. L. splenoportogrammi (vt. tahvel III, joonis 1), millel on näha lai põrnaveen, verevaene veresoonte võrgustik maksas ja mao ning söögitoru poole suunduvad kollateraalveenid.

Portaal- ja põrnaveeni tromboosi korral on splenoportogrammil sedastatav vastava veeni obduratsiooni koht, kust kontrastaine edasi ei pääse või pääseb edasi ainult osaliselt. Kollateraalveenid on nagu maksatsirroosi puhulgi välja arenenud ja kontrastainega täitunud. Samasugust pilti võib näha *v. porta* harude ekstravasaalse kompressiooni puhul (tuumorid, tsüstid jt.). Splenoportogramm 2 (vt. tahvel III, joonis 2) teostati 30-aastasel naispatsiendil M. A., kes suunati meie kliinikusse uurimiseks splenomegaalia diagnoosiga (haiguslugu nr. 955, 1959. a.). Esines mõõdukas astsiit ja põrna suurenemine. Maksafunktsiooni proovid, ka valkude-ainevahetuse aspektist vaadelduna, olid normaalsed. Söögitoru veenilaiendid polnud röntgenograafilise meetodiga sedastatavad. Esitatud splenoportogrammil on näha stoppfenomeen ühes *v. porta* peaharus. Maksaveenide täitumist pole märgata. Kollateraalid on väga rikkalikult hargnenud. Seega on tegemist ekstrahepaatilise blokaadiga. Patsient suunati operatiivsele ravile.

Splenoportograafia meetodiga on samuti võimalik diagnoosida külluldase suurusega maksakasvajaid, -tsüste ja -abstsesse. Tuumori, tsüsti või abstsessi piirkonnas puudub kontrastainega täidetud veenide võrgustik täitumisdefektitaoliselt või on veenide võrgustik deformeerunud. Mõnedel juhtudel võimaldab splenoportograafia diagnoosida pankreasekasvajaid ja -tsüste, eriti kui need lokaliseeruvad pankrease kehas või sabas. Vajalik on splenoportograafia ka *v. porta* ja *v. cava inferior*'i vahele tehtud anastomoosi hindamiseks.

Splenoportograafia vastunäidustuseks on pikenenud veritsemis- ja hüübimisaeg, ägedad neeru- ja maksahaigused. Kuna praegu kasutame kontrastvahendeina joodi sisaldavaid preparaate, siis on kontraindikatsiooniks ka haige jooditundlikkus.

Kuigi meie kogemused splenoportograafia teostamise alal pole suured (6 juhtu), võime soovitada splenoportograafiat kui väärtuslikku ja kontraindikatsioonide arvestamisel ohutut abimeetodit portaalvereringe seisundi hindamiseks ja selle patoloogia põhjuse selgitamiseks.

KIRJANDUS

1. Burmeister, H. Z. ärztl. Fortbild., 1958, 16, 665—672. — 2. Meissner, F. Z. ärztl. Fortbild., 1957, 18, 756—763. — 3. Gilsanz, V., Vergara. A., Gallego, M. Arch. intern. med., 1957, 99, 3, 428—430. — 4. Turner, M. D., Sherlock, S., Steiner, R. E. Amer. J. Med. vol. XXIII, Dec. 1957, 6. — 5. Myers, J. D., Taylor, W. J. J. Clin. Invest., 1951, 30, 662. — 6. Figley, M. M. The Amer. J. Roentgenol., August 1958, 2, 313—323. — 7. De Weese, S. M., Figley, M. M. et al. A. M. A. Arch. Surg., 1957, vol. 75, 3, 423—435. — 8. Bunnag, T. S. et al. Amer. J. Roentgenol., August 1958, 2, 324—329. — 9. Шишкин В. П., Аврицкий М. Я. Вестн. хирургии, 1958, 2, 53—58. — 10. Лещинский Л. А., Рябов В. И. Терапевт. архив. т. XXXI 1959, 3, 62—69. — 11. Шишкин В. П., Мазаев П. Н. Спленопортография. М., 1957.

Saabus toimetusse 3. augustil 1959. a.

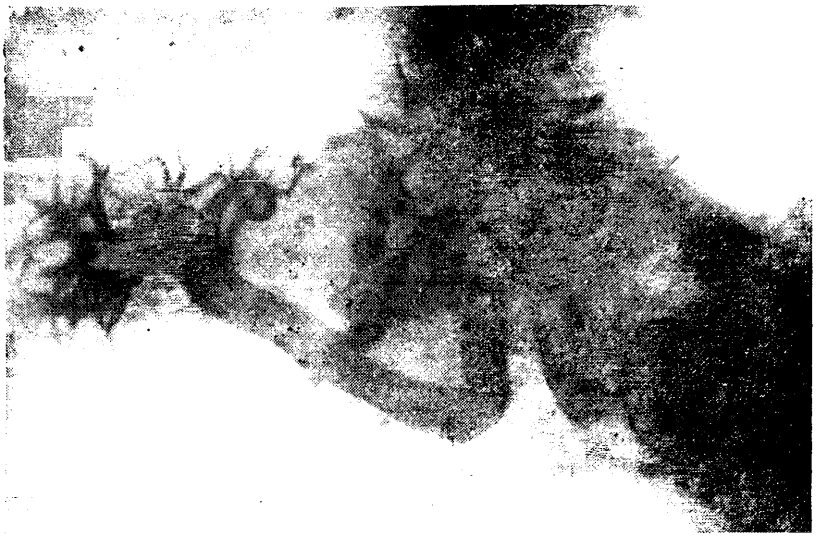
СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Я. Рийв, К. Валгма и Н. Сахрис

Резюме

В связи с применением оперативного метода лечения прогноз болезней, протекающих с портальной гипертензией, улучшился. Этим и была вызвана необходимость ознакомить врачей с синдромом портальной гипертензии и возможностями его диагностики.

Мы описываем симптомы портальной гипертензии и приводим примеры из материалов Тартуской городской клинической больницы; даем оценку методу спленопортографии и рекомендуем его при диагностике портального кровообращения. Приводим две спленопортограммы, сделанные в двух случаях портального застоя — при циррозе печении и тромбозе портальной вены.



Joonis 1

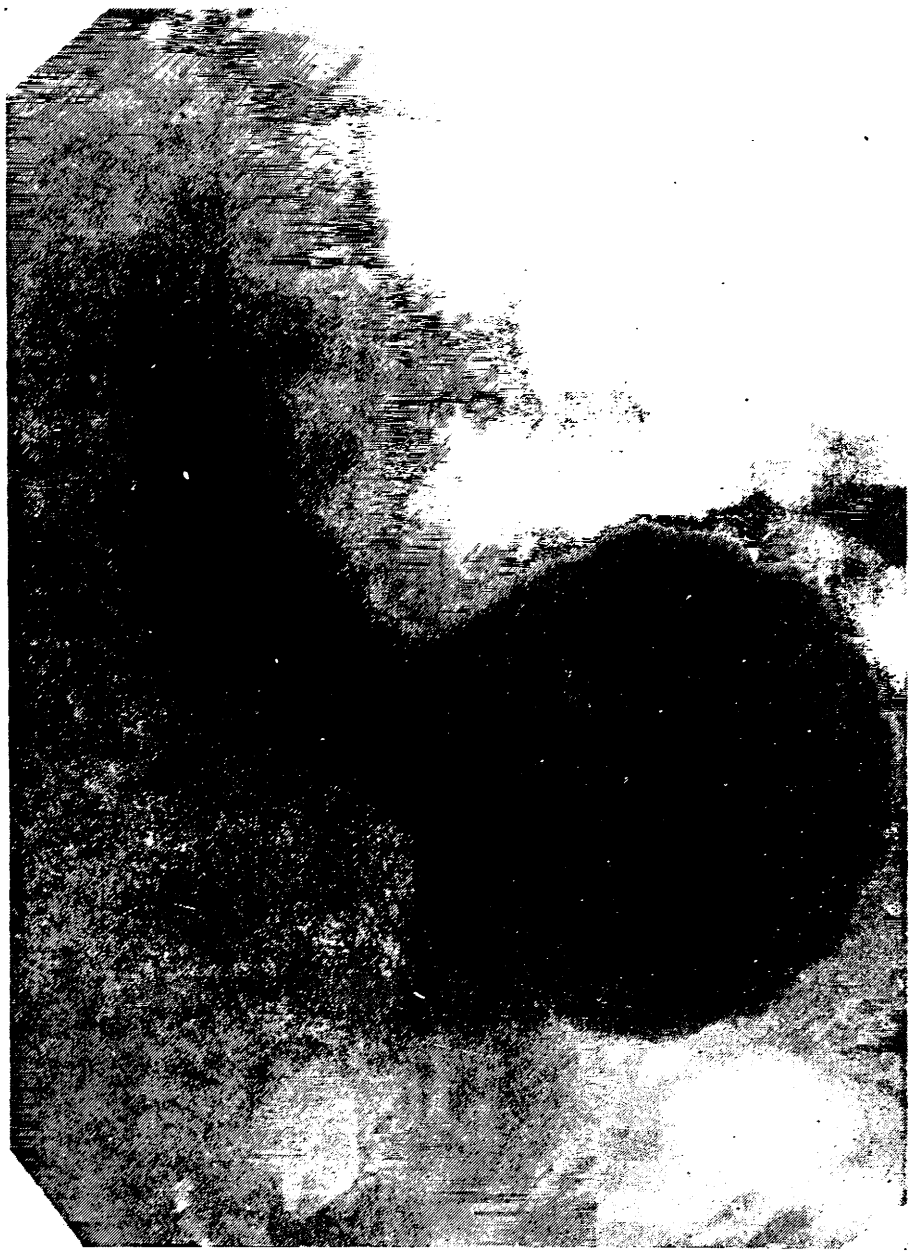
Splenoportogrammil 1 on hästi näha tugevasti laienenud põrnaveen ja rikkalik kollateraalveenide võrgustik. Maks on veenidevaene. Diagnoos: maksatsirroos, mis kinnitatud ka patoloogilis-histoloogiliselt.

Joonis 2

Splenoportogrammil 2 on näha pikk, looklev põrnaveen ja rohkesti kollateraalseid veene. Maksa piirkonnas kontrastainega täidetud veenivõrgustik puudub ekstrahepaatilise blokaadi tõttu. Diagnoos: värativeeni tromboos.

TAHVEL IV

L. Mardna ja A. Siimisker



Röntgeniülesvõte maost haige lamavas asendis

KORTISOONI LOKAALSE MANUSTAMISE KOGEMUSI MÕNEDE SILMAHAIGUSTE RAVIMISEL

Dotsent *V. SAVI*, *L. SCHOTTER* ja *Õ. MANDEL*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Siirde*)

Kortisoon ja selle derivaadid on leidnud viimasel ajal laialdast rakendamist mitmesuguste haiguste ravimisel. Selle hormooni suur terapeutiline tähtsus seisneb põletiku- ja allergiavastases toimes. Kortisooni mõjul alaneb kapillaaride ja kudede permeaablus, väheneb eksudatsioon, turse ja valutunne, langeb ka temperatuur. Kortisooni toimel pidurdub ka sidekoe proliferatsiooni protsess, granulatsioonkoe vohamine haavades ja armkoe tekkimine [Woods (20), Duke-Elder (16), Cook ja MacDonald (15), Kõrge (7), Romanova-Bohan (11), Nesterov (10) jt.]. Kortisooni peetakse samuti tugevaks organismi desensibiliseerivaks vahendiks.

Et kortisoon ei avalda mõju haiguse põhjusele, vaid ainult pidurdab organismi patoloogilisi reaktsioone, siis kasutatakse seda kombinatsioonis teiste ravimitega, eriti nendega, mis avaldavad etiotroopset mõju.

Vastupidiselt AKTH-le võib kortisooni manustada ka lokaalselt. Kortisooni lokaalne kasutamine on leidnud laialdast rakendamist silmahaiguste praktikas, kusjuures põletikuliste ja allergiliste silmahaiguste puhul peetakse seda spetsiifilise ravi kõrval tõhusaimaks vahendiks. Lokaalselt kasutatakse kortisooni oftalmoloogias silmatilkadena, silmasalvina ja subkonjunktivaalsete ning retrobulbaarsete süstetena. Preparaati on manustatud ka silma eeskambrisse ja pisarakotti.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla silmaosakonnas on kortisooni kasutatud 1957. a. alates mitmesuguste silmahaiguste ravimisel 438 haigel, nendest statsionaarselt 397 ja ambulatoorselt 41 haigel. Manustasime kortisooni lokaalselt: 0,5—1%-liste silmatilkadena 5 korda päevas 78 haigel; 1%-lise silmasalvina 3—5 korda päevas 129 haigel ning subkonjunktivaalsete süstetena [0,2—0,4 ml kortisooni emulsiooni (5—10 mg ainet) 3—5-päevaste vaheaegadega 2—5 süstet ravikuuri vältel] 231 haigel.

Ravi tulemusi hindasime järgmiselt: väga heaks — juhul kui haigusprotsess vaibus juba esimestel ravipäevadel ja täielik paranemine toimus ühe nädala jooksul; heaks — rasked põletikunähud muutusid kergemaks ja haige paranes paari nädala vältel; rahuldavaks — paranemine toimus veel aeglasemalt; ebarahuldavaks — paranemist kortisoonravi mõjul ei olnud märgata.

Esimesse suuremasse rühma haigetest, kel kasutasime kortisooni peamiselt subkonjunktivaalsete süstete näol, kuulus 173 mitmesuguse etioloogiaga iridotsükliitidega haiget.

Kirjanduse andmeil on kõige paremaid ravitulemusi saadud kortisooni lokaalse manustamisega reumaatilise etioloogiaga iridotsükliitide puhul [Thiel (19), Brückner (12), Vassiljeva ja Kaplunovitš (2) jt.]. Ka meie haigete juures osutus kortisooni toime kõige efektiivsemaks reumaatiliste iridotsükliitide korral: 90 juhust esines väga hea ravitulemus 51, hea 36 ja rahuldav 3 juhul. Kolmel väga kiiresti paranenud haigel tekkis mõne kuu pärast retsidiiv, mis aga allus jällegi hästi kortisoonravile. Näitena võib tuua järgmise haigusjuhu.

Meeshaige, 29 a. vana, hospitaliseeritud diagnoosiga: *iridocyclitis rheumatica oculi sinistri*. Patsient haigestus esimest korda 2 aastat tagasi. Sellest ajast alates on ta olnud statsionaarsel ravil 3 korda, kusjuures iga kord kestis ravi üle 2 kuu. Hospitaliseerimisel oli haige seisund raske: tugevad ärritusnähud ja perikorneaalne injektsioon, kambrivedelik hägune, tagumised liited, pupill ebakorrapärase kujuga ja ei laiene atropiini mõjul, silma siserõhk oli 35—40 mmHg, nägemisteravus 0,02, esinesid tugevad valud. Haigestumise algul kasutati tavalist antireumaatilist ja sümptomaatilist ravi, mis ei andnud märgatavaid tulemusi. Pärast esimest korti-

sooni subkonjunktivaalset süstet muutus silma seisund järsult: ärritusnähud ja perikorneaalne injektsioon vähenesid tunduvalt, eeskambri vedelik selgines, valud kadusid. Kolme päeva pärast teostati teistkordselt kortisooni subkonjunktivaalne injektsioon. Kambrivedelik selgines täiesti, pupill laienes, liited vabanesid, silma siserõhk normaliseerus, nägemisteravus tõusis. Pärast kolmandat kortisooni subkonjunktivaalset süstet silm paranes ja haige lahkus statsionaarist nägemisteravusega 0,6.

Peale reumaatiliste iridotsükliitidega haigete saime häid ravitulemusi kortisooniga veel 30 posttraumaatilise iridotsükliidi juhul, 5 postoperatiivse ja 33 tundmatu etioloogiaga iridotsükliidi juhul.

Väärib tähelepanu, et mitmesuguste iridotsükliitidega kaasneva sekundaarse glaukoomi korral saime kortisooniga juba mõne päeva jooksul tensiooni normaliseerumise. Kortisooni samasugust mõju on kirjeldanud ka teised autorid [Magilnitski (8), Thiel (19) jt.].

Kortisooni kasutamise kohta tuberkuloossete protsesside puhul silmas leidub kirjanduses erinevaid arvamusi: ühed autorid [Duke-Elder (16), Brückner (12) jt.], toetudes loomkatsetele, ei soovita tuberkuloosse iridotsükliidi ja uveiidi puhul kortisooni kasutada, teised autorid [Böhringer ja Wettler (14), Žulinskaja ja Sidorov (4)] saavutasid kortisooniga aga tuberkuloossete uveiitide paranemise. Woods (20) jt. kasutavad tuberkuloosse iridotsükliidi puhul kortisooni, kuid väga ettevaatlikult, väikestes annustes ja ainult lokaalselt, paralleelselt spetsiifilise raviga.

Meie kasutasime kortisooni 15 tuberkuloosse etioloogiaga soontrakti põletiku juhul. Üheksast iridotsükliidiga haigest olid kaheksal ravitulemused head. Kuuest uveiidiga haigest võis kolmel lugeda tulemused rahuldavateks.

Teise suuremasse rühma haigetest, kel kasutasime kortisoonravi, kuulus 108 keratiitidega haiget. Etioloogiliselt jagunesid keratiidid järgmiselt: skrofuloossed — 51, herpeetilised — 21, parenhümatoossed — 12, posttraumaatilised — 16, rosaatsea-keratiidid — 5, distsiformsed — 2 ja tuberkuloossed — 1. Kortisooni manustasime keratiitide puhul peamiselt subkonjunktivaalsete süstetena, harvem salvi ja tilkade näol.

Kõige märgatavam oli kortisooni toime skrofuloossete keratiitide korral: 51 haigest raviti 30 väga hea, 17 hea ja 4 rahuldava tulemusega. Hästi reageerisid kortisoonile kõik 8 lueetilise etioloogiaga parenhümatoosse keratiidiga haiget: infiltraadid resorbeerusid kiiremini sarvkesta parenhüümi, kadus ödeem, taandarenes vaskularisatsioon. Neljast tuberkuloosse etioloogiaga parenhümatoosse keratiidiga haigest saime kortisooniga rahuldava resultaadi ainult kahel haigel, kahel haigel aga paranemist kortisooniga ei saavutatud.

Paljud autorid leidsid kas eksperimentaalsete tööde [Romanova-Bohon (11), Cook ja MacDonald (15)] või kliiniliste tähelepanekute põhjal [Magilnitski (8)], et kortisooni toimel aeglustub sarvkesta haavade paranemine. Seetõttu sarvkesta haavade ravimisel soovitatakse kortisooni kasutada piiratult. Ka meie ei manustanud kortisooni vigastuste puhul, kus ei esinenud tüsistusena põletikunähte.

Sarvkesta haavandite paranemise suhtes kortisoonravil esineb eriarvamusi. Arvestades kortisooni pidurdavat toimet sarvkesta regeneratsioonile, samuti tema toimel tekkivat koe vastupanu teatud langust infektsioonile, loevad mõned autorid, nagu Cook ja MacDonald (15) ja Kopp (6), kortisooni kasutamist sarvkesta haavandite korral vastunäidustatuks. Thieli (19), Hallermanni (17) ja Brückneri (12) andmeil on kortisoonravi vältel esinenud isegi haavandite perforeerumist. Teised autorid [Merkulov ja Žabotinskaja (9), Biritš ja Mogilevtšik (1)] said sarvkesta haavandite ravimisel kortisooniga aga väga häid tulemusi.

Meie kasutasime kortisooni 26 sarvkesta haavanditega haigel üheaegselt antibiootikumidega ja haiged paranesid paari nädala jooksul.

Rakendasime kortisoonravi ka posttraumaatilise keratiidiga ja rosaatsea-keratiidiga haigetel ja saime kõigil juhtudel (vastavalt 16 ja 5 juhtu) head ravitulemused.

Mis puutub kortisooni toimesse sarvkesta herpeetiliste põletike puhul, siis on arvamused selles küsimuses jällegi erinevad. Mõned autorid, nagu Biritš ja Mogilevtšik (1) täheldasid herpeetilise keratiidi kõikide vormide korral paranemist; suurem osa autoreid aga, nagu Duke-Elder (16), Magilnitski (8), Vassiljeva ja Kaplunovitš (2), ei saavutanud sel puhul kortisooniga häid tulemusi; Katsnelsoni (5) jt. andmetel haigusseisund isegi halvenes. Meie kasutasime kortisooni herpeetiliste keratiitide puhul 21 haigel, kusjuures hea tulemuse saime ainult 2 juhul, rahuldava 7 juhul; paranemist kortisoonravi vältel ei toimunud 12 juhul. Retsidiiv tekkis 2 isikul. Protsessi halvenemist me ei täheldanud.

Kirjanduse andmeil on kortisoon andnud hea efekti ka sarvkesta põletuste ja söövituste ravis. Meie kasutasime kortisooni 15-l sarvkesta söövitusega ja 9-l sarvkesta põletusega haigel ja saime võrdlemisi head tulemused.

Ka keratoplastika puhul kasutatakse operatsioonijärgsel perioodil [Thiel (19), Vassiljeva ja Kaplunovitš (2), Nesterov (10) jt.] kortisooni heade tulemustega transplantaadi vaskularisatsiooni ja hägunemise pidurdamiseks. Enamik autoreid soovitab kortisooni manustamisega alustada 8.—10. päeval pärast operatsiooni, kui transplantaat on juba sarvkesta külge kasvanud.

Ka meie kasutasime kortisooni pärast osalist läbistavat sarvkesta siirdistutamist 7 haigel, kel transplantaat hakkas postoperatiivses perioodis vaskulariseeruma ja hägunema. Kortisoonitilkade ja subkonjunktivaalsete süstete toimel saavutasime vaskularisatsiooni taandarenemise ja transplantaadi selginemise.

31-aastane meeshaige, hospitaliseeritud diagnoosiga: *leucoma corneae oculi dextri.* Leukoom tekkis pärast sarvkesta põletust kuuma asfaldiga, esines tihe vaskularisatsioon. Silma seisund kuulus Filatovi klassifikatsiooni järgi III kategooriasse. Nägemisteravus oli 0,02. Teostati 4-millimeetrise läbimõõduga trepaaniga osaline läbistav keratoplastika. 10. päeval, pärast konjunktivaallapi eemaldamist selgus, et transplantaat on kergelt hägune ja perifeerias algab vaskularisatsioon. Süstiti subkonjunktivaalselt 0,3 ml (7,5 mg) kortisooni emulsiooni. Järgmisel päeval transplantaat selgem, kolme päeva pärast teostati teistkordselt kortisooni subkonjunktivaalne injektsioon. Transplantaat muutus veelgi selgemaks, vaskularisatsioon taandarenes ja haige lahkus nägemisteravusega 0,33.

Oleme kasutanud kortisooni hea eduga veel katarakti operatsiooni järgselt 11 haigel, sarvkesta tätoveeringu ja diatermokoagulatsiooni järgselt 11 haigel. Kõigil neil haigeil esinesid postoperatiivses perioodis silma ärritusnähud, mis kortisooni toimel kiiresti möödusid.

Konjunktiviitide, blefariitide ja dermatiitide ravimiseks kasutasime kortisooni peamiselt ambulatoorselt ja leidsime, et eriti hästi reageerisid kortisoonile allergilised konjunktiviidid ja dermatiidid.

Mitmesuguse etioloogiaga skleriitide ravis ei saanud me kortisooniga enamikul juhtudel mainimisväärseid tulemusi. Ka kirjandusest leiame samasuguseid andmeid, kuid teiste ravimite toime toetamiseks on soovitatud skleriitide ravis kasutada siiski ka kortisooni.

Mis puutub komplikatsioonidesse kortisooni lokaalse manustamise puhul, siis leidub kirjanduses järgmisi andmeid: Vedmedenko ja Holodi (3) järgi tekkis kortisooni 0,5%-liste tilkade kasutamisel konjunktiviitide puhul allergiline dermatiit, Kurz (18) kirjeldab keratoplastika postoperatiivses perioodis mõnel korral transplantaadi lagunemist. Thiel (19) ja Brückner (12) täheldasid sarvkesta haavandite ravimisel kortisooniga paaril juhul haavandi perforeerumist. Hallermanni (17) andmetel on sarvkesta eksogeensete põletikuliste protsesside puhul kortisooni toimel tekkinud sarvkesta lagunemine koos perforatsiooniga.

Meil tekkis ühel kortisooniga ravitud iridotsükliidiga haigel sarvkesta kahjustus, mis sarnanes herpeetilise keratiidiga. Pärast kortisooni ärajätmist hakkas silm paranema. Rohkem meie oma haigete juures haigusprotsessi halvenemist silmas ega mingit muud negatiivset kõrvaltoimet kortisoonravi vältel ei täheldanud.

Kokkuvõte

Võime öelda, et kortisooni lokaalsel kasutamisel ei ole üldvastunäidustusi ja et see on väga efektiivne enamiku põletikuliste ja allergiliste silmahaiguste ravimisel. Kõige paremaid tulemusi kortisooniga saime reumaatiliste ja posttraumaatiliste iridotsükliitide ning skrofuloossete ja parenhümatoossete (lueetiliste) keratiitide puhul. Tuberkuloossete uveiitide ravimisel tuleb kortisooni kasutamisega olla ettevaatlik. Herpeetiliste keratiitide puhul on kortisoonravi väärtus kaheldav.

Eriti hea toimega ja ökonoomsed on meie kogemuste järgi kortisooni subkonjunktivaalsed süsted.

Kuna kortisoon ei mõju haiguse põhjusele ega väldi retsidiive, tuleb sellega paralleelselt kasutada ka etiopatogeneetilist ravi. Tulemused on paremad, kui kortisooni rakendatakse kohe haigestumise algul. Retsidiivide vältimiseks manustatakse kortisooni veel mõni aeg pärast kliinilist paranemist.

Arvestades kortisooni tugevat ja kiiret põletikuvastast toimet, väärib selle lokaalne manustamine mitmesuguste silmahaiguste ravimisel laialdasemat rakendamist.

KIRJANDUS

1. Бирич Т. В. и Могилевчик А. З. Тезисы докладов Всесоюзной конференции офтальмологии. М., 1957, 138—139. — 2. Васильева Л. К. и Каплунович П. С. Вестн. офтальмологии, 1956. 6. 15—19. — 3. Ведмеденко А. Г. и Холодий П. И. Вестн. офтальмологии, 1959, 4. 37—38. — 4. Жулинская А. С. и Сидоров Н. А. Офтальмол. ж., 1960, 4, 219—222. — 5. Кациельсон А. Б. Вестн. офтальмологии, 1959. 3, 27—33. — 6. Копп И. Ф. Офтальм. ж., 1958, 3. 131—136. — 7. Kõrge, K. Nõukogude Eesti Tervishoid. 1958, 2. 9—18 — 8. Магильницкий С. Г. Вестн. офтальмологии, 1957, 4, 27—33. — 9. Меркулов И. И. и Жаботинская Н. В. Офтальмол. ж., 1956, 3, 174—177. — 10. Нестеров А. П. Вестн. офтальмологии, 1959, 4. 34—36. — 11. Романова-Бохон О. А. Труды военно-медицинской ордена Ленина Академии им. С. М. Кирова. Л., 1960, том 109, 59—64. — 12. Brückner, R. Ophthalmologica, 1951, B. 121, S. 275—286. — 13. Böhringer, H. R. Klin. Monatsbl. Augenheilkunde, 1956, 129, 2, 265—266. — 14. Böhringer, H. R. und Wettler, H. Graefes Archiv für Ophthalmologie, 1951, B. 152, 89—98. — 15. Cook C. and Mac Donald, R. K. Brit. J. ophthalmol., 1951, 35, 730—740. — 16. Duke-Elder. Brit. J. ophthalmol., 1951, 35, 672—694. — 17. Hallermann, W. Krankheiten der Hornhaut in Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde. Begründet von Th. Axenfeld, S. 317—389. — 17. Herausgeber, H. Serr. Jena, 1958. — 18. Kurz, J. Unsere Erfahrungen bei wiederholten Hornhaut — Übertragungen in Buch Keratoplastik — Symposion. Herausgeber K. Velhagen. Halle, 1957, S. 141—156. — 19. Thiel. R. Klin. Monatsbl. Augenheilkunde und Augenärtzliche Fortbildung, 1951, B. 119, H. 2, S. 161—177. — 20. Woods, A. C. Amer J. ophthalmol., 1950, 33, 1325—1349.

ОПЫТ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В. Сави, Л. Шоттер и Ы. Мандель

Резюме

В глазном отделении Тартуской республиканской клинической больницы кортизон применяется с 1957 г. при лечении различных заболеваний глаз. Он употреблялся местно в виде 0.5—1% капель и мази по 3—5 раз в день, а также субконъюнктивально по 5—10 мг (0,2—0,4 мл) с промежутками в 3—5 дней, от 2 до 5 инъекций на курс.

Лечение кортизоном было применено всего у 438 больных, получавших в большинстве случаев кроме кортизона обычное лечение.

Действие кортизона оказалось наиболее эффективным при ревматических иридоциклитах, при которых из 90 больных был получен отличный результат у 51, хороший — у 36 и удовлетворительный — у 3. Хороший эффект наблюдался также при лечении посттравматических иридоциклитов.

При лечении различных кератитов наилучшие результаты были получены в случае их скрофулезной этиологии: из 51 больного у 30 получен отличный, у 17 хороший и у 4 удовлетворительный эффект.

Хорошие результаты были достигнуты при лечении кортизоном больных паренхиматозным сифилитическим кератитом, а также при ожогах роговицы, после различных глазных операций (экстракция катаракты, кератопластика), при лечении аллергических конъюнктивитов и дерматитов. Менее эффективным оказалось применение кортизона при туберкулезных увеитах. При лечении больных герпетическим кератитом целесообразность применения кортизона сомнительна.

Ухудшения процесса в глазу или каких-либо отрицательных побочных явлений при применении кортизона мы не отмечали. Кортизон в виде субконъюнктивальных инъекций дал лучшие результаты, чем в виде капель или мази. Так как кортизон не устраняет причину заболевания и не предохраняет от рецидивов, необходимо параллельно с ним проводить этиопатогенетическое лечение.

Как мощное и быстродействующее противовоспалительное средство кортизон может широко применяться при лечении глазных заболеваний.

HIIUMAA RAVIMUDAST JA SELLE KASUTAMISEST

Farmaatsiateaduse kandidaat *E. VAGANE* ja *L. KÕPMAN*

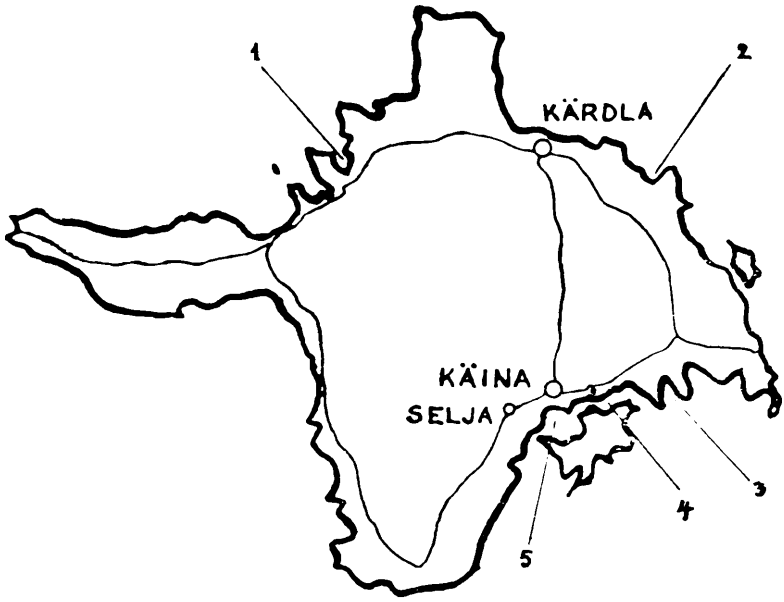
(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Kirjanduses on andmeid 55 meremuda leiukoha kohta Eesti NSV-s, neist kolme on kirjeldatud Hiiumaal. V. Vadi (3) märgib Hiiumaal Kassari lahe, Vihasaare lauka ja Suursadama meremuda leiukohti. Kirjanduses leidub üksikuid andmeid ka Hiiumaa muda omaduste kohta. K. Schlossmanni (1) andmeil sisaldab Hiiumaa meremuda 0,0134% väävelvesinikku; mikroobe on Käina lahe mudas vähem kui Kuressaare või Pärnu mudas, kuid rohkem kui Haapsalu mudas. M. Kand ja F. Dreyer leidsid 1922. a., et Hiiumaa Suursadama mudal oli radioaktiivsus 14,0 ja Kassari lahe mudal 6,9 Mache ühikut liitri kohta (andmed V. Vadi ja K. Schlossmanni järgi). Kuna Hiiumaal mudaravilat ei olnud, siis puuduvad andmed Hiiumaa meremuda ravitoime kohta. Muda kasutati kohalike elanike poolt mitmesuguste liigeste- ja lihastehaiguste raviks. Ka määrasid mõned Hiiumaal töötavad arstid — A. Normann Käinas, J. Peet jt. Kärdlas — oma patsientidele kodust mudaravi, mida teostati tavaliselt saunas. Käinas tarvitati raviks Käina lahe muda — «merilämmu». Eriline populaarsus oli siin Käinast 3—4 km kaugusel Luguse-Orjaku maantee lähedal leiduval Nahkermaa ehk Nahkernoti mudal. Kärdlasse veeti muda 12 km kauguselt Suursadamast.

Eesti NSV-s töötab praegu kolmest ennesõjaaegsest mudaravikuurordist täie võimsusega ainult Pärnu. Haapsalus tehakse mudaprotseduure piiratud ulatuses. Hoopis taastamata on meie suurim mudaravikuurort Kingissepa (Kuressaare), kus töötas 3 mudaravilat. Pärnu mudaravila veab aastas umbes 1000 tonni ravimuda Haapsalust, sest Pärnu ümbruse mudaleiukohad on ammendatud. Rikkalikud meremudavarud Saaremaal, Hiiumaal ja Lääne-Eesti mandri mitmetes lahesoppides ei leia aga üldse kasutamist. Saarlased, hiidlased ja isegi Haapsalu elanikud sõidavad mudaravile Pärnusse. Eesti NSV Ministrite Nõukogu 1956. aasta määruses toonitatakse, et meie ravimuda on tarvis laialdasemalt kasutada reuma ja teiste haiguste raviks. On vajadus organiseerida

mudaravi ka Saaremaal, Hiiumaal ja mujal mudaleiukohtade juures, et ravida kohalikke elanikke. Kui Saaremaa meremuda ravitoime kohta on küllaldaselt andmeid, siis Hiiumaa meremuda sobivust ravi otstarbeks tuli veel selgitada. Selleks teostasime kolmel suvel (1957.—1959. a.) Hiiumaa meremudade uurimist.

Peale kirjanduses nimetatud mudaleiukohtade leidub Hiiumaal meremuda veel paljudes madalates merelahtedes, peamiselt saare kaguranniku ja Kassari saare ümbruses. Kuid ka Hiiumaa looderannikul Kõrgessaare lahes on meremuda. Meie uurisime Käina, Suursadama, Salinõmme ja Kõrgessaare lahe muda (vt. joonis).



Hiiumaa meremuda leiukohad. 1 — Kõrgessaare laht, 2 — Suursadama laht, 3 — Salinõmme laht, 4 — Kassari laht, 5 — Käina laht

Käina lahes on Hiiumaa suurimad meremudavarud. Muda asub lahes ebaühtlaselt. Kümne-ruutkilomeetrisest lahepinnast on E. Türi (3) andmeil muda mitme ruutkilomeetri suurusel alal keskmiselt 0,5—1 m paksuse kihina. Kergesti kättesaadav on muda Orjaku maantee ümbruses, kust seda võetakse Selja maahaigla vajadusteks. Siit võtsime ka meie oma mudaproovid. Muda on värvuselt hall, roheka või sinaka varjundiga, tugeva väävelvesinikulõhnaga ja nahale kleepuv. Mudamassist eraldatud tombud säilitavad mõnda aega oma kuju. Muda on homogeenne; sõrmede vahel hõõrudes pole tunda liiva sõmerust.

Teiseks ravi otstarbel tarvitatud muda leiukohaks on Suursadama laht. Lahe suurus on umbes 20 ha. Lahe põhi on peaaegu üleni kaetud keskmiselt 0,5 m paksuse meremudakihiga. Suursadama lahe kaldalt möödub kivitee, seepärast on leiukoht sobiv ekspluateerimiseks. Mudaproovi võtsime lahte suubuva väikese oja suudmest, kust tavaliselt võetakse muda Kärdla elanike raviks. Muda on värvuselt rohekashall, tugeva väävelvesinikulõhnaga, nahale kleepuv, tahkjas ja sisaldab vähesel hulgal liiva.

Salinõmme lahes, mille suurus on umbes 70 ha, on keskmine mudakihi paksus 0,3—0,4 m. Laht on suurtest teedest eemal ja seetõttu raskemini ligipääsetav. Mudaproovid võeti lahe suudmest. Muda on värvuselt tumehall roheka varjundiga, eelmistest mudadest nõrgema väävelvesinikulõhnaga ja suurema liivasisaldusega, tahkjas, nahale kleepuv.

Kõrgessaare lahes, mille pindala ulatub 1,5 ruutkilomeetrini, on mudavarud täpsemalt kindlaks tegemata. Lahe lääneranniku on muda 0,3—0,4 m paksuse kihina umbes 1 km pikkusel alal. Siit, Kõrgessaare Kalakombinaadi tööliselamute kohalt võeti mudaproovid. Lahe kaldalt möödub maantee. Kõrgessaare lahe muda on eelmistest mõnevõrra erinev. See on värvuselt pruunikashall, nõrga väävelvesinikulõhnaga ja nahalt kergesti maha pestav. Mudas on liiva.

Edasi määrasime meremuda mõningaid füüsikalisi ja keemilisi näitajaid: veesisaldust, erikaalu, orgaanilise aine sisaldust kuivas mudas, muda homogeensust (üle 0,25 mm läbimõõduga osakeste hulka mudas), sedimentvoluumenit (s. o. muda mahtu pärast sedimenteerumist veega üleküllastatud olekus) ja väävelvesiniku sisaldust. Näitajate määramine toimus üldkasutatavate meetodite järgi (3, 4). Suursadama ja Kõrgessaare lahest võeti 3, Käina lahest 4 ja Salinõmme lahest 1 mudaproov. Võrdluseks uuriti Haapsalu ravimuda. Näitajate määramisel tehti iga kord 2—3 paralleelanalüüsi. Keskmised andmed on toodud tabelis.

Hiiumaa meremudade füüsikalis-keemilised näitajad

Jrk. nr.	Näitajad	Käina muda	Suur-sadama muda	Sali-nõmme muda	Kõrges-saare muda	Haapsalu muda
1.	Veesisaldus %	74,6	68,7	40,3	42,6	74,8
2.	Erikaal	1,18	1,40	1,55	1,55	1,18
3.	Orgaanilise aine sisalduse % kuivas mudas	11,8	7,7	3,6	3,4	11,5
4	Üle 0,25 mm läbimõõduga osakeste %	4,6	6,0	3,2	8,6	4,8
5.	Sedimentvoluumen 1 g kuivale mudale arvutatuna	1,5	1,3	1,4	1,4	3,8
6.	Väävelvesiniku sisaldus mg/kg	225	160	—	105	300

Tabelist selgub, et uuritud Hiiumaa meremudad on küllaltki erinevad. Käina lahe muda on väga lähedane Haapsalu mudale, ainult sedimentvoluumen on Käina mudal tunduvalt madalam. Seega on Käina muda kolloidsüsteem nõrgem kui Haapsalu mudal.

Suursadama muda on mõnevõrra rohkem mineraliseerunud kui Käina muda (suurem erikaal ja väiksem veesisaldus). Orgaanilisi aineid ja väävelvesinikku on Suursadama mudas vähem kui Käina mudas, mis tõenäoliselt on tingitud väävlibakterite nõrgemast tegevusest.

Salinõmme ja Kõrgessaare lahe mudad on veel tugevamini mineraliseerunud, sisaldades ligi 60% mineraalaineid. Orgaanilisi aineid ja väävelvesinikku on neis veelgi vähem kui Suursadama mudas. Kõrgessaare mudas on osakesi läbimõõduga üle 0,25 mm veel ravimudadele ettenähtud normi piirides (8,6%; ravimudas ei tohi nimetatud osakesi olla rohkem kui 10% muda kaalust).

Võttes eeskujuks Haapsalu ravimuda võib Hiiumaa meremudast sobivamateks pidada Käina ja Suursadama lahe muda, mida kohapeal kasutatakse ravi otstarbel. Ravi otstarbeks sobivad ka Salinõmme ja Kõrgessaare lahe mudad, mis oma tahke konsistentsiga on hästi kasutatavad mähiste valmistamiseks. Kui liita neile mudadele veel Kingissepa ravimuda, mis sisaldab vett keskmiselt 93,8%, väävelvesinikku 600 mg/kg ja mille kuivjäägis on 33,5% orgaanilisi aineid (3), selgub, kuivõrd mitmekesised on Eesti NSV meremudad. Mineraalaineid on Kingissepa mudas alla 10%, Haapsalu mudas 25—40% ja Salinõmme ning

Kõrgessaare mudas ligi 60%. Mineraalainerikastes meremudades on vähem väävelvesinikku ja orgaanilisi aineid kui rohkesti vett sisaldavates hea kolloidsüsteemiga mudades. Mudade keemilised ja füüsikalised erinevused peegelduvad tõenäoliselt ka nende terapeutilises toimes. Nende toime erinevuste iseloomustamine pakuks huvi mitte ainult kliiniku seisukohalt, vaid see aitaks selgitada ka mudade toimemehhanismi küsimusi.

Lõpliku hinnangu meremudade raviefektiivsusele annab muidugi kliinik. 1958. a. asus Käina Selja maahaigla juhataja kohale äsja ülikooli lõpetanud arst E. Türi (2). Tema organiseerimisel alustati 1959. a. jaanuaris Selja maahaiglas mudaraviga. Raviks kasutati Käina lahe muda Orjaku maantee lähedalt. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduslikul konverentsil 1960. a. aprillis esitas E. Türi ravitulemused 50 haige kohta. Saadud ravitulemused õigustavad Hiiumaa meremuda kasutusele võtmist ravi otstarbel. Kõigepealt peaks seda rakendama kohalike elanike ravimiseks. Selleks on suur vajadus, sest Hiiumaal esineb küllalt palju reumat ja reumatoidseid haigusi.

Selja maahaiglas on praegu algelised tingimused mudaraviks olemas. Normaalsete tingimuste loomiseks tuleb haigla juurde ehitada umbes 50-ruutmeetrise põrandapinnaga kivist tiib- või juurdeehitus, millesse mahuksid kahe kušetiga mudakabiin, peale selle mudaköök ja -hoidla. Olemasolevasse haiglahoonesse sobiksid aga teised mudaravila ruumid: ooteruum, puhketuba haigetele (umbes 15 ruutmeetrit) kolme lamamiskušetiga ja arsti kabinet. Selline kahe kušetiga mudaravila suudab hea organiseerimise juures anda päevas mudaaplikatsioone 20 haigele, sest haige viibib mudakabiinis keskmiselt 30—35 minutit (5). Aastas võib selline mudaravila anda kuni 6000 mudaprotseduuri. Kui arvestame mudaravikuuriks 12—15 aplikatsiooni, tähendab see ligi 400 haige ravimist. Selja mudaravila selline väljaehitamine ei nõua suuri ressursse. Mudaravi laiendamise vajadusel tuleks selline väike mudaravila ehitada ka Kärdla haigla juurde.

KIRJANDUS

1. Schlossmann, K. Estonian curative sea-muds and seaside health resorts. London, 1939. — 2. Türi, E. Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teadusliku konverentsi ettekannete teesid 25.—28. aprillil 1960. Tartu, 1960, 18—19. — 3. Vadi, V. Eesti tervismuda. Tartu, 1947. — 4. Бунеев А. Н., Кривошия В. А. и Бахман В. И. Простейшие методы анализа о ориентировочной оценки лечебных грязей, М., 1943. — 5. Гаврилов Н. А. Бальнеотехника, М. 1959.

О ХИЙУМААСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ГРЯЗИ И ЕЕ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

Э. Вагане и Л. Кыпман

Резюме

В литературе имеется описание трех местонахождений морской грязи на острове Хийумаа. Грязь из заливов Кяйна и Суурсадам уже давно использовалась местным населением для лечебных целей, но грязелечебниц на острове не было, отсутствуют также данные и о лечебном действии этой грязи.

Исследованные нами запасы морской грязи в заливах Кяйна, Суурсадам, Салинымме и Кыргессааре достаточно велики. По физико-химическим свойствам грязь залива Кяйна (удельный вес 1,18, содержание воды 74,6%, сероводорода 225 мг/кг, органических веществ в сухой грязи 11,8% и т. д.) сходна с хаапсалуской лечебной грязью. Морская грязь в заливах Салинымме и Кыргессааре отличается большей минерализацией (удельный вес 1,55 и содержание воды около 40%) и меньшим содержанием сероводорода и органических веществ. Грязь залива Суурсадам по своим физико-химическим свойствам приближается к грязи залива Кяйна.

Проведенное врачом Э. Тюри в 1959 г. в больнице Селья лечение аднекситов, облитерирующих эндартерийтов и других заболеваний кяйнаской грязью дало вполне удовлетворительные результаты. Таким образом, хийумааская морская грязь пригодна для лечебных целей. Это оправдывает строительство небольших грязелечебниц или грязелечебных кабинетов при больницах в Селья и Кярула для нужд местного населения. Наиболее пригодна для эксплуатации грязь из заливов Кяйна и Суурсадам.

MUDARAVI KASUTAMISE VÕIMALUSTEST MAAHAIGLA TINGIMUSTES *

E. TÜRI

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia, nakkushaiguste ja dermatoloogia kateedrist, juhataja dotsent *E. Tallmeister*)

Andmed eesti meremuda kui loodusliku ravivahendi kasutamise kohta ulatuvad möödunud sajandi algaastatesse. Nii kirjutab juba Otto Wilhelm Masing «Marahwa Näddala-Lehes» 18. aug. 1823. a. meremuda tervendavast mõjust ja annab ühtlasi juhiseid ravi läbiviimiseks.

Aasta hiljem, s. o. 1824. a. rajas V. Buxhoevden esimese mudaravila — Saaremaal Kihelkonnas. Järgmine mudaravila loodi Haapsalus 1825.a. linnaarst C. A. Hunniuse ettepanekul. Pärnus ja Kuressaares (praegune Kingissepp) organiseeriti mudaravilad vastavalt 1838. a. ja 1840. a. Kuressaare ja Haapsalu mudaravilad omandasid lühikese ajaga ülevenemaalise kuulsuse.

Prof. V. Vadi (1) orienteeruvate andmete kohaselt on Eesti NSV-s 54 ravimuda leiukohta (enamiku kohta puuduvad täpsed andmed). Üheks selliseks leiukohaks on Käina laht Hiiumaa rajoonis, mille muda kasutati kuni viimase ajani kas kodus või otse muda leiukohas. Nii leidub veel praegugi Kassaris, Käinas jm. Hiiumaal küllalt inimesi, kes on end sel viisil terveks ravinud «jooksvast» või mõnest teisest haigusest. Sellest lähtudes otsustasime välja selgitada Käina lahe muda kasutamise võimalused.

Käina lahe üksikasjalisemal uurimisel selgus, et ravimuda esineb siin mitme ruutkilomeetri suurusel alal keskmiselt 0,5—1 m paksuse kihina. Vee sügavus muda leiukohtades ei ületa 1 m, mistõttu muda on hästi kättesaadav nii suve- kui ka talvekuudel. Värvuselt on muda sinakas või terashall ja võrdlemisi tahke konsistentsiga.

Organiseerisime kohalikus Selja maahaiglas kahest ruumist koosneva väikese mudaravila. Alates 1959. a. jaanuarikuust teostatakse seal üle päeva keskmiselt 15—17 mudaravi protseduuri lokaalse aplikatsiooni meetodil. Aplitseeritava muda temperatuur on 39—42°C ja protseduuri kestus 20 min. Seejärel pesevad haiged end vannis sooja duši all ning puhkavad kõrvalruumis kušetil lamades 30 min. Ravikuur koosneb 15—20 protseduurist.

Haigla voodikohtade vähesuse tõttu teostatakse enamikul haigetel mudaravi ambulatoorselt.

Võimalike vastunäidustuste väljaselgitamiseks määratakse kõikidel haigetel enne mudaravi objektiivne staatus ja tehakse rindkere röntgeniläbivalgustus ning vere analüüs. Viimast korratakse ka pärast ravi.

Käesolevas töös analüüsime mudaravi tulemusi 25 ambulatoorsel ja 25 statsionaarsel haigel. Ravialustest oli mehi 20 ja naisi 30, vanus kõikus 24—72 aastani. Enamikul haigetel oli varasem medikamentoosne ja füsioterapeutiline ravi jäänud tulemusteta.

Reumatoidset polüartriiti diagnoositi 13 juhul, kroonilist polüartriiti 8 juhul ning kroonilist närvi- ja närvijuurte põletikku 17 juhul. Ülejäänud 12 ravialust olid järgmiste diagnoosidega: krooniline adneksiit — 5, jalasääre troofiline haavand — 3, deformeeruv spondülartroos — 2, oblitereeruv endarteriit — 1, ja krooniline tendovaginiit — 1.

Ravi tulemusi hindasime haigete enesetunde, objektiivse leiu ja vere analüüsi alusel. Osal haigetel teostati tervisliku seisundi järelkontroll 1—2 kuu möödumisel.

Et hinnata Käina lahe muda toimet südamele ja veresoonkonnale, määrasime 20 haigel kogu ravikuuri vältel iga protseduuri ajal kordu-

* Töö on teostatud Selja maahaiglas

valt arteriaalse vererõhu ja pulsisageduse. Mõõtmised tehti vahetult enne protseduuri, selle ajal 10 min. ja 20 min. järel ning 10 min. ja 30 min. pärast ravi.

Kõik haiged talusid mudaravi hästi. Ühelgi juhul ei katkestatud ravi balneoreaktsioonist tingitud haigusprotsessi ägenemise tõttu, nagu seda kirjeldavad muda üldkümbluste puhul P. Teas (2), V. Vadi (1) ja K. Schlossmann (3).

Balneoreaktsioon esines 21 (42%) juhul peamiselt kroonilise närvipõletiku ja kroonilise polüartriidiga haigetel. Reaktsioon algas pärast 4.—6. mudaravi protseduuri ja avaldus eeskätt lokaalsete haigusnähtude ägenemises. Üldnähtudest esinesid vähesed unehäired, roidumus ja isutus.

Käina lahe ravimuda toime uurimisel südamele ja veresoonkonnale täheldasime süstoolse vererõhu langust keskmiselt 6 mmHg ja diastoolse vererõhu langust 3 mmHg protseduuri lõpuks. Pulss kiirenes samal ajal keskmiselt 4 löögi võrra minutis.

Huvitav on märkida, et mudaüldkümbluse korral esines V. Vadi (1) andmetel vastupidine nähtus, s. o. diastoolse vererõhu märgatavalt suurem langus võrreldes süstoolse rõhuga. Seega tõuseb pulsirõhu amplituud, mis näitab südame löögimahu suurenemist. Viimane on V. Vadi (1) arvates tingitud südame töökoormuse tõusust ringleva verehulga suurenemise ja vereringvoolu kiirenemise tõttu mudaüldkümbluse ajal.

Muda lokaalsete aplikatsioonide korral on hemodünaamika nihked kindlasti väiksemad, millega võiks seletada ka meie poolt täheldatud erinevust süstoolse ja diastoolse vererõhu languses.

Arteriaalse vererõhu langus püsis veel 30 min. vältel pärast ravi, kuna pulsi sagedus selle aja jooksul normaliseerus.

Esiletõstmist väärib ka asjaolu, et mudaravijärgselt püsib haigetel arteriaalne vererõhk tunduvalt madalamal kui enne ravi. Eriti ilmekalt avaldub see hüpertooniahaigetel.

Näit. meeshaige H. S., 40 a. vana. Saabus mudaravile diagnoosiga: *endarteritis obliterans, morbus hypertonicus II.* Enne ravi RR — 205/120 mmHg, pärast ravi RR — 158/90 mmHg.

Mudaravi tugevat vererõhku alandavat toimet hüpertoonia korral täheldasid samuti C. R. Broussilovsky (4) ja Pinali (5). Enne ja pärast mudaravi tehtud vereanalüüside võrdlemisel täheldasime talve- ja kevadkuudel hemoglobiini langust keskmiselt 2—7% võrra, üksikjuhtudel veelgi enam (kuni 17%). Seevastu suvel ei sedastatud hemoglobiini märgatavat langust. Sellist hemoglobiini vähenemist mudaravi vältel võiks seletada hüpovitaminoosiga ning rauarikka aedvilja vähesusega toiduainetes talve- ja kevadkuudel. Nii täheldas ka E. Vagane (6) Pärnu Sanatooriumis nr. 1 ravil viibivatel polüartriidihaigetel talve- ja kevadkuudel C-vitamiini defitsiiti, mis ulatus keskmiselt 3000—3500 milligrammini.

Erütrotsüütide settereaktsioon näitas mudaravi vältel üldiselt normaliseerumistendentsi, eriti haigetel, kes saabusid ravile haiguse alaägedas faasis. Sama võib öelda ka leukotsütoosi kohta.

Verepildis esines mudaravi lõpul kerge paremale nihe ja eosinofiilsete leukotsüütide vähenemine, mis on kooskõlas P. Tease (2) ja V. Vadi (1) andmetega.

Üldse andis ravi Käina lahe mudaga positiivseid tulemusi 42 juhul (84%). Neist lõpetas ravikuuri tunduva paranemisega 15 (30%) ja paranemisega 27 haiget (54%). Raviefekt oli vähene või puudus 8 juhul (16%).

Ravitulemused olid eriti ilmekad kroonilise adneksiidi ja jalasääre troofilise haavandi korral, mis kõik lõppesid tunduva paranemise või paranemisega.

Statsionaarsete ja ambulatoorsete haigete ravi tulemustes ei olnud olulisi erinevusi.

Järeldused

1. Mudaravi maahaigla tingimustes on kergesti teostatav nii statsionaarsetele kui ka ambulatoorsetele haigetele.

2. Käina lahe ravimuda toime haigete südamele ja veresoonkonnale on väike ega põhjusta olulisi nihkeid mudaravi vältel lokaalse aplikatsiooni meetodil.

3. Mudaravi läbiviimisel talve- ja kevadkuudel tuleb senisest enam tähelepanu pöörata vitamiinide sisaldusele haigete toidus.

4. Arvestades asjaolu, et statsionaarsete ja ambulatoorsete haigete mudaravi tulemustes puudub oluline erinevus, tuleks viimast ravimoodust senisest laialdasemalt kasutada.

KIRJANDUS

1. Vadi, V. Eesti tervismuda (balneoloogiline uurimus). TRÜ Toimetised nr. 7, 1947. a. — 2. Teas, P. Mudakümblusravi toimest reumaatiliste haiguste juures, eriti verepildi muutustest. Dissertatsiooni käsikiri, 1933. — 3. Schlossmann, K. Estonian curative sea-muds and seaside health resorts. London, 1939. — 4. Broussilovsky, C. R. Tsit. Schlossmann, K. (3). — 5. Pinali. Tsit. Schlossmann, K. (3). — 6. Vagane, E. Reumaatiliste ja mõnede teiste polüartriitidega haigete C-vitamiini bilansist ja tarvidusest. Eesti NSV terapeutide vabariikliku teaduslik-praktilise konverentsi ettekannete teesid. Tallinn, 1959, 19—20.

О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ГРЯЗЕВОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ УЧАСТКОВОЙ БОЛЬНИЦЫ

Э. Тюри

Резюме

По ориентировочным данным проф. В. Вади, на территории Эстонской ССР имеются 54 местонахождения лечебных грязей, о большинстве которых отсутствуют точные описания. Одним из таких местонахождений является залив Кяйна Хийумааского района, где грязи встречаются на территории нескольких квадратных километров слоем 0,5—1 метра.

Так как лечебные грязи залива Кяйна ранее не применялись, при местной сельской участковой больнице Селья была организована небольшая грязелечебница. Начиная с января 1959 года там отпускают через день в среднем 15—17 лечебных процедур методом локальных апликаций. Температура применяемой грязи 39—42° С и продолжительность процедуры 20 мин. Курс лечения — 15—20 процедур. Из-за малого количества коечных мест грязевые процедуры большинству больных отпускаются амбулаторно.

Приводим анализ результатов грязелечения 25 стационарных и 25 амбулаторных больных. Из них было 20 мужчин и 30 женщин в возрасте 24—72 лет. У большинства из них ранее примененное медикаментозное и физиотерапевтическое лечение не дало положительных результатов.

Диагноз ревматоидного полиартрита был поставлен в 13, хронический ревматический полиартрит в 8 и хронический неврит и радикулит в 17 случаях. У остальных 12 больных были следующие диагнозы: хронический аднексит (5), трофическая язва голени (3), деформирующий спондилоатроз (2), облитерирующий эндартериит (1) и хронический тендовагинит (1).

Курс лечения закончили с явным улучшением 15 (30%) и улучшением 27 (54%) больных.

Бальнеологическая реакция отмечалась в 21 (42%) случае, в основном у больных хроническим невритом, радикулитом и ревматоидным полиартритом. Реакция наступала обыкновенно после 4—6 грязевой процедуры. Особых различий в эффективности лечения у стационарных и амбулаторных больных не отмечалось.

TSÜTOLOOGILISE MEETODI VÄÄRTUSEST SOO MÄÄRAMISEL

A. ANNUS, M. KRAUSE ja *L. SEPP*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, kateedri juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *L. Keres*)

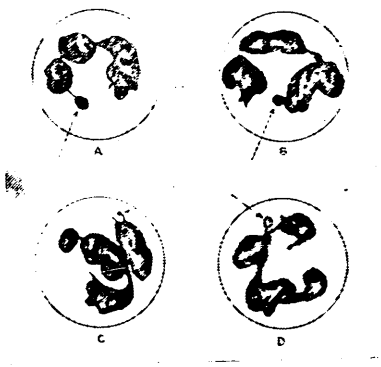
Akušööril ja pediaatril on pseudohermafroditismi ja välissuguelundite laialdaste anomaaliate puhul suuri raskusi vastsündinu soo määramisel. Vead laste soo määramisel võivad olla mõnikord väga ebameeldivate tagajärgedega.

Soo määramiseks kasutatakse genitaaltrakti morfoloogilist uurimist (palpatsiooni, rektaalset sõrmega palpeerimist, röntgenograafiat jodolipooli või sergosiini sisseviimisega kusiti kaudu), 17-ketosteroidide määramist ööpäevases uriinis ja viimasel ajal tsütoloogilist meetodit.

Sisemiste suguelundite morfoloogia uurimine ei anna alati õiget vastust, kuna pseudohermafroditismi puhul võivad ka sisemised suguelundid olla vastassoo laadi. Näiteks maskuliinse pseudohermafrodiitsuse puhul võivad poeglastel olla eale vastavalt arenenud tupp, emakas ja munajuhad.

17-ketosteroidide sisaldumuse uurimine uriinis aitab lapseeas ainult üksikutel juhtudel määrata sugu. Näiteks 17-ketosteroidide sisaldumuse tõus kahekordseks viitab vassündinuil neerupealise koorolluse kongenitaalsele hüperplaasiale, mis võib olla feminiinse pseudohermafrodiitsuse põhjuseks (adrenogenitaalne sündroom).

Barr (1) kirjeldas 1950. a. esmakordselt rakutuumade erilisi lisandeid, kromatiinkogumikke, mis esinevad peamiselt naissoost indiviididel. Sellel põhinebki soo määramise tsütoloogiline meetod. Lapse soo määramiseks võib Kosenovi (2) andmeil uurida kas epidermise rakke (naha biopsia materjal), suu limaskesta kaapepreparaati või vere äigepreparaati. Peiper (3) ja Schäfer (4) soovitavad kõige enam kasutada vere äigepreparaadi uurimist. Preparaat värvitakse Romanovski-Giemsa meetodil. Soo määramiseks tuleb lugeda 500 segmenttuumse neutrofiilse raku tuumalisandite arv. Tuumalisandeid on nelja tüüpi — A, B, C, D (vt. joonis).



Segmenttuumsete leukotsüütide tuumalisandite tüübid (märgitud noolega): A-tüüp, B-tüüp, C-tüüp ja D-tüüp

T ü ü p A. Seda nimetatakse trummipulga e. rippuva tilga vormiks. See tuumalisand on ümarjas, umbes 2 mikronit pikk ja 1,5—1,6 mikronit lai, intensiivselt värvunud, homogeense struktuuriga. Muu tuumaosaga on see lisand ühendatud niitja kromatiinsilla abil.

T ü ü p B ehk tilga- või sõlmekujuline vorm. Kuju, suuruse, värvumise intensiivsuse ning piiride teravuse poolest sarnaneb tüüp A-ga. Puudub aga eelmisele iseloomulik niitjas sillake, mistõttu see lisand asetseb vahetult tuumasegmendil; seetõttu võib seda kergesti ära vahetada leukotsüüdi tuuma väljasopistisega.

A- ja B-tüüpi tuumalisandeid esineb naistel tunduvalt sagedamini kui meestel.

T ü ü p C — kepjad, konksjad ja niitjad tuumalisandi vormid. Nad on A- ja B-tüüpi tuumalisanditest väiksemad, vähemintensiivselt värvunud ning ebaselgete piiridega.

A- ja B-tüüpi tuumalisandeid esineb ühes leukotsüüdis ainult üks. C-tüüpi lisandeid võib ühes rakus esineda hulgaliselt (2—3 ja enam); neid esineb ka rakkudes, kus on olemas juba A- või B-tüüpi tuumalisand. C-tüüpi tuumalisandeid esineb meestel tunduvalt sagedamini kui naistel.

T ü ü p D ehk tennisereketi vormiga tuumalisand on sarnane A-tüüpi tuumalisandiga, kuid ta on veidi piklikum, värvub kahvatuvioletseks, eriti tsentrumis. Piirjoon värvub tugevamini, mis muudab lisandi reketikujuliseks. Esineb harvemini ja peamiselt meestel.

Kosenovi andmetel peab naissoo diagnoosimiseks A- ja B-lisandite summa olema 500 neutrofiilse segmenttuumse leukotsüüdi kohta vähemalt kuus. Diagnoosi püstitamisel arvestatakse veel suhet $Q = \frac{A+B}{C}$, mis on naissoo puhul suurem kui 0,3—0,4.

Tuumalisanditega rakkude keskmine arv 500 neutrofiilse segmenttuumse leukotsüüdi kohta lastel

Tuumalisandid	Esimesel elupäeval		7 — 14-aastastel		Keskmine	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
A	16,6 (7—32)	1,6 (0—9)	6,2 (3—14)	0,5 (0—2)	11,4 (3—32)	1,1 (0—9)
B	8,2 (3—24)	1,4 (0—4)	9,5 (4—19)	1,3 (0—4)	8,8 (3—24)	1,3 (0—4)
C	11,3 (3—25)	35,8 (16—61)	14,5 (2—24)	44,2 (9—91)	12,9 (2—25)	40,0 (9—91)
A+B	24,8 (11—56)	2,9 (0—13)	15,7 (10—29)	1,8 (0—6)	20,3 (10—56)	2,4 (0—13)
$Q=\frac{A+B}{C}$	1,05—8,0	0—0,25	0,5—10,5	0—0,12	0,5—10,5	0—0,25

Käesolevas töös uuriti segmenttuumsete leukotsüütide tuumalisandeid 60 lapsel: 7—14-aastaseid uurimisaluseid oli 30 (15 poissi ja 15 tüdrukut) ning vastsündinuid esimesel elupäeval samuti 30 (15 poissi ja 15 tüdrukut). D-tüüpi ei registreeritud. Tabelis on toodud andmeid tuumalisanditega segmenttuumsete esinemise sageduse kohta lastel 500 raku kohta, sõltuvalt tuumalisandi tüübist. Näeme, et naissugu iseloomustab A-tüüpi (3—32) ja B-tüüpi (3—24) tuumalisanditega segmenttuumsete sagedasem esinemine; meessoost uurituil esines nii A- kui ka B-tüüpi tuumalisandeid ainult üksikutel (kuni 9) segmenttuumseil. C-tüüpi tuumalisandeid esines aga meessoost uuritutel tunduvalt rohkem (9—91) kui naissoost isikutel (2—25). Saadud tulemused ühtivad üldjoontes Kosenovi andmetega lastel. Vereštšagini (5) andmeil esines aga A+B-tüüpi tuumalisanditega rakke naissoost vastsündinuil üle 3 korra sagedamini kui meie andmeil.

Võrreldes vastsündinute ja 7—14-aastaste andmeid näeme, et naissoost vastsündinutel esines A-tüüpi tuumalisanditega segmenttuumseid keskmiselt 2,5 korda sagedamini (16,6) kui 7—14-aastastel (6,2). B- ja C-tüüpi tuumalisandite esinemise sageduses suuri erinevusi ei tähelda-tud. Samad tulemused said ka Kosenov ja Vereštšagin. Kosenovi andmeil oli vastsündinud tütarlastel ka B-tüüpi tuumalisandeid enam kui täiskasvanuil.

Soo määramisel on tähtis A- ja B-tüüpi tuumalisanditega rakkude summa, kusjuures naissoo puhul on A+B-lisanditega segmenttuumsete arv Kosenovi andmeil 6 või üle selle, meessoo puhul aga alla kuue. Meie poolt uuritud 30 tütarlapsel oli A- ja B-tüüpi tuumalisanditega rakkude

arv keskmiselt 20,3, kõikudes 10 ja 56 vahel. Ühelgi naissoost uuritul ei olnud vähem kui 10 A+B-tüüpi tuumalisanditega segmenttuumset. Poeglastel oli A+B-tüüpi tuumalisanditega segmenttuumsete arv keskmiselt 2,4, kõikudes 0 ja 13 vahel. Uuritud 30 poeglapsest oli A+B-tüüpi tuumalisanditega segmenttuumsete arv 29 juhul reeglikohaselt alla kuue. Ühel vastsündinud poeglapsel saadi aga tsütoloogilisel uurimisel naissoole omased väärtused: tal esines 9 A- ja 4 B-tüüpi tuumalisanditega segmenttuumset, seega A+B oli tal 13. Laps oli kõigiti normaalselt arenenud.

Soo määramisel tuleb arvestada ka suhet Q, s. o. $\frac{A+B}{C}$, mis Kosenovi andmeil naissoost isikutel on üle 0,3—0,4. Meie andmeil oli Q naissoost uurituil alati üle 0,4; meessoost uurituil 0,25 või alla seda. Seega Q osas ei olnud ühelgi juhul kõrvalekaldumisi kirjanduse andmeist.

Meie andmed ühtivad üldiselt teiste autorite andmetega ja näitavad, et väheste eranditega (meie 60 uuritu kohta üks juht, mil tsütoloogilise uurimise andmed ei vastanud soole) on võimalik soolise kuuluvuse määramiseks kasutada teiste meetodite kõrval ka tsütoloogilist meetodit. Kui soo määramisel saadakse piirväärtused, siis on vajalik määrata suurema hulga (1000—2000) segmenttuumsete neutrofiilide tuumalisandite esinemise sagedus, mis mõnel juhul võib tuua lahenduse.

Tsütoloogiline sugu vastab üldiselt sugunäärmete soole, mistõttu tsütoloogiline meetod abistab soo diagnoosimist pseudohermafroditismi ja väliste suguelundite ulatuslike anomaaliate puhul. Tõelise hermafroditismi puhul on laps tsütoloogiliselt kas mees- või naissugu.

Gonaadide düsgeneesia puhul (Šereševski-Turneri sündroom) on sugunäärmed väikesed, sidekoelised. Lastel esineb naise genitaaltrakt. Tsütoloogiliselt on sellised lapsed enamasti meessugu.

On kirjeldatud ka üksikuid haruldasi genitaaltrakti väärarenguid, mil tsütoloogiline sugu ei vasta gonaadide soole. Näiteks Klinefelteri sündroomi puhul on lapsel mehe genitaalid, tal on testised, kuid tubulaarse skleroosi nähtudega. Tsütoloogiliselt on nad aga naissugu. Seega ei ole soo määramise tsütoloogiline meetod absoluutne.

Kuigi tsütoloogiline meetod näitab sugunäärmete sugu, ei ole alati õige lapse sugu registreerida tsütoloogilise soo järgi. Näiteks gonaadide düsgeneesiaga lapsed registreeritakse ikkagi tütarlastena (kuigi nad on tsütoloogiliselt meessugu).

Järeldused

1. Neutrofiilsete segmenttuumsete leukotsüütide tuumalisandite uurimisega on võimalik määrata indiviidi sugu.

2. Naissugu iseloomustab segmenttuumsete leukotsüütide A- ja B-tüüpi tuumalisandite rohkus. Naissugu võib diagnoosida, kui A- ja B-tüüpi tuumalisanditega segmenttuumsete arv 500 segmenttuumse neutrofiili kohta on üle 6 ja suhe $\frac{A+B}{C}$ on üle 0,3—0,4.

3. Kindlalt võib lapse soo kohta järeldust teha ainult siis, kui mõlemad näitajad, A+B ja $\frac{A+B}{C}$, viitavad ühele soole. Näitajate lahknevuse korral tuleb uurimise alla võtta rohkem (1000—2000) segmenttuumseid leukotsüüte.

4. Uksikutel juhtudel võib vastsündinud poeglastel A+B-tüüpi tuumalisanditega segmenttuumsete arv 500 raku kohta olla üle 6.

5. Vastsündinu-eas on segmenttuumsete tuumalisandite esinemissagedus sooliselt suurema erinevusega kui 7—14-aastastel.

6. Soo tsütoloogiline määramine on lihtne. Seetõttu on soovitatav soolise kuuluvuse kahtluse korral seda meetodit rakendada ka kliinilises praktikas.

KIRJANDUS

1. Barr, L. M. Ref. Vereštšagini (5) järgi. — 2. Kosenov, W. Kinderärztl. Praxis, 1957, 9, 410—424. — 3. Peiper, A. Krankheiten der Neugeborenen. Leipzig, 1958, 117. — 4. Schäfer, K. H. Ref. Feer, E., Kleinschmidt, H. Lehrbuch der Kinderheilkunde. 19 Auflage, Jena, 1958, 284. — 5. Верещагин И. А. Вопр. охраны материнства и детства, 1958, 1, 15—19.

О ЦЕННОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОЛА

А. Аннус, М. Краузе и Л. Сепп

Резюме

Установлено, что нейтрофильные сегментоядерные лейкоциты крови человека имеют половое различие. Нами было исследовано 60 детей — 30 мальчиков и 30 девочек в возрасте от 0 до 15 лет. Мазок крови красили по Романовскому-Гимза и определяли количество околоядерных придатков (типа A, B, C и D) в 500 нейтрофильных сегментоядерных лейкоцитах.

Женский пол характеризуется превалированием околоядерных придатков типа A и B. Можно диагностировать женский пол, если их количество (A+B) в 500 нейтрофильных лейкоцитах выше 6, а индекс $\frac{A+B}{C}$ выше 0,3—0,4.

Уверенно можно определить пол детей только тогда, когда оба показателя A+B и $\frac{A+B}{C}$ характерны для данного пола.

При различии показателей нужно исследовать околоядерные придатки в более чем 500 (1000—2000) нейтрофильных сегментоядерных лейкоцитах. Очень редко количество околоядерных придатков типа A и B в 500 нейтрофильных сегментоядерных лейкоцитах у новорожденных мальчиков выше шести.

У новорожденных половое различие околоядерных придатков нейтрофильных лейкоцитов более характерно, чем у детей в возрасте 7—14 лет. Цитологическое определение пола просто, им нужно пользоваться всегда, когда есть трудности в диагностике пола новорожденных.

NABAVÄÄDI POIMUMINE ÜMBER LOOTE KAELA

V. FAINBERG

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor *V. Fainberg*)

Kirjanduses ei leidu ammendavat kirjeldust nabaväädi ümber lootekaela põimumise täpse mehhanismi kohta. Kõik autorid, kes on uurinud nabaväädi ümber loote kaela põimumise kliinikut, omistavad otsustava tähtsuse nabaväädi pikkusele.

Töötasime läbi 5584 sünnituslugu, kusjuures esines 1289 nabaväädi põimumist ümber loote kaela (23,1%). Valisime edasiseks analüüsimiseks välja 1148 sünnituslugu, sest ülejäänud 141 juhul ei olnud nabaväädi pikkus näidatud. Võrdluseks võtsime 1112 sünnituslugu, kus ei esinenud nabaväädi põimumist. (Sünnituslood protokolliti järjest, ilma valikuta.)

1148 sünnitusloos esines nabaväädi ühekordset põimumist ümber loote kaela 921 juhul (80,2%). Sol'i järgi moodustab nabaväädi ühekordne põimumine 77% kõikidest nabaväädi põimumisjuhtudest, Kunze järgi 85% juhtudest ja mõnede teiste autorite järgi 83,4%.

Ülejäänud 227 nabaväädi põimumist ümber loote kaela jagunevad järgmiselt: kahekordne põimumine esines 178 korda — 15,5%, kolmekordne 43 korda — 3,7%, neljakordne 3 korda — 0,3%, viiekordne 2 korda — 0,2% ja seitsmekordne 1 kord — 0,1%.

Kuna kõige sagedamini esineb nabaväädi ühekordne põimumine ümber loote kaela, siis uurisime 1112 sünnitusjuhtu, kus ei esinenud nabaväädi põimumist, ja võrdlesime seda 921 nabaväädi ühekordse põimumise juhuga.

Kasutades variatsioonstatistika meetodit arvutasime välja, et esimesel juhul oli nabaväädi keskmine pikkus 54,04 sm (keskmine eksimus ±0,31), teisel juhul oli nabaväädi keskmine pikkus 58,7 sm (keskmine eksimus ±0,29). Olgugi, et vahe nabaväädi keskmiste pikkuste vahel on mõlemal juhul väike (4,66 sm), näitas nende andmete matemaatiline analüüs, et see on olulise tähtsusega. Et saada selgust, miks ühtedel juhtudel pikk nabaväät ei põimu ümber loote kaela, teistel juhtudel aga suhteliselt lühike nabaväät põimub, tuleb leida vastus küsimusele, millisel üsasisese elu perioodil algab nabaväädi põimumine ümber loote kaela.

Oleme kogunud juba paljude aastate jooksul materjale, mis puudutavad elusa lootemuna (väikese keisrilõike puhul) kirjeldust. Tabelis 1 esitame andmed nende lootemunade kohta.

Tabel 1

Jrk. nr.	Loote pikkus sm	Loote vanus nädalates	Nabaväädi pikkus sm	Loote kaal g	Amnionivedeliku hulk ml	Nabaväädi põimumine ümber loote kaela
1.	9,5	10	13,1	20,0	66,5	ühekordne
2.	12,9	13	17,8	50,0	125,0	kahekordne
3.	18,6	16	20,3	141,0	208,0	ühekordne
4.	26,5	18	32,5	395,0	465,0	ühekordne
5.	26,6	19	25,0	183,0	397,0	ühekordne

Märkus. Loote vanus määrati anamneesi andmetel, mis vastandati pea ja jäsemete mõõtmetele ning siseelundite arenemisele.

Peale selle leidub meie materjalis märkmeid, mis puudutavad põimumata nabaväätide pikkuse mõõtmist loodetel, kes olid arengult lähedased lootemuna arenemisastmele. Andmed on esitatud tabelis 1 (jrk. nr. 1).

Loote pikkus sm	9,0	9,2	9,3	9,3	9,7	10,0	10,0	10,0
Nabaväädi pikkus sm	10,7	12,5	11,6	12,3	11,6	11,0	12,3	12,0

Võrreldes neid arve meie esimese loote nabaväädi pikkusega näeme, et viimane on suurem (13,1 sm) kui loodetel, kel nabaväät ei olnud ümber kaela põimunud.

Tegime kindlaks (7), et kolmanda raseduskuu lõpul on amnionivedeliku keskmine hulk 66,3 ml. Meie poolt esitatud juhul on loode ainult kümne nädala vanune, kuid lootemuna sisaldab juba samapalju amnionivedelikku kui 12 nädala vanuselt. Eeltoodust võime teha järelduse, et antud juhul soodustas nabaväädi põimumist suhteliselt pikk nabaväät ja suhteline liigveesus.

Teise loote jaoks on tabelis 2 toodud võrdlusandmed, mis kehtivad ka samavanuste loodete kohta, kel ei esinenud nabaväädi ümber kaela põimumist.

Tabel 2

Loote pikkus sm	12,4	13,3	13,4
Nabaväädi pikkus sm	15,4	12,9	14,6
Loote kaal g	45,7	52,0	54,2
Lootevee hulk ml	151,2	157,0	162,0

Teisel meie poolt jälgitud juhul ületas nabaväädi pikkus (17,8 sm) tunduvalt nabaväädi pikkuse samavanustel loodetel, kel see ümber kaela

ei põimunud. Ühtlasi võime märkida, et lootevett oli antud lootel tunduvalt vähem (125,0 ml) kui teistel loodetel, kel nabaväädi põimumist ei esinenud. Selle põhjal võime järeldada, et teine loode arenes suhteliselt vähese veega. Pikk nabaväät moodustas nähtavasti silmuse, sest ta ei mahtunud väljasirutatud olekus lootemunasse, ja see põhjustaski nabaväädi kahekordse põimumise ümber loote kaela.

Kolmanda loote kohta me ei saa võrdlusandmeid tuua, sest meie materjalis ei leidu taolise lootemuna mõõtmise kirjeldust. Võime aga märkida, et sel juhul esines suhteline liigveesus. Selle loote puhul oli lootevett 208,0 ml, kuid 4. kuu lõpul oli lootevett 140,4 ml (miinimum 93,0 ml, maksimum 182,0 ml).

4. ja 5. lootemuna võrreldes näeme, et 5. loode on natuke vanem kui 4., kuid tema kaal (183,0 g) on üle kahe korra väiksem kui 4. lootel (395,0 g), samal ajal moodustas nabaväädi pikkus (25,0 sm) $^3/_4$ neljanda loote nabaväädi pikkusest (32,5 sm). Lootevee hulk (397,0 ml) moodustab 85,4% neljanda loote lootevee hulgast (465,0 ml). Võib oletada, et 4. juhul oli nabaväädi põimumise põhjuseks suhteliselt pikk nabaväät suhtelise väheveesuse puhul, 5. juhul aga oli nabaväät «normaalse pikkusega» suhtelise liigveesuse puhul.

Meie materjalis on kirjeldatud 32 10—20 nädala vanust lootemuna ja märgitud nende nabaväädi pikkus, kusjuures nabaväädi põimumist ei esinenud. Peale selle täheldasime 5 juhul (15,6%) nabaväädi põimumist ümber loote kaela. Tõsi küll, vähene vaatlusjuhtude arv ei õigusta üldistust protsentides, kuid et vajaliku materjali kogumine ühel uurijal on äärmiselt raske, teeme seda siiski. Meile näib, et nabaväädi ümber loote kaela põimumise sagedus (15,6%) embrüonaalse elu varajasel perioodil kinnitab asjaolu, et nabaväät põimub just mainitud perioodil.

Kirjeldatava 5 lootemuna hulgas, kel esines nabaväädi põimumine ümber kaela, täheldasime üks kord (teisel juhul) nabaväädi kahekordset põimumist.

Seega on meie materjali hulgas nabaväädi kahekordse põimumise suhe ühekordsega 1 : 5. Sama suhet täheldasime ka sündimisel: 921 ühekordse põimumise kohta esines 178 kahekordset põimumist. See kinnitab kaudselt meie järelduse õigsust.

Peab arvestama, et loote kael on väga lühike ja selle ümbermõõt on tunduvalt väiksem kui kerel. Vastsündinu kaela ümbermõõt on pea ümbermõõdust 13—15 sm võrra väiksem. Kaela sügavasse vakku sattunud nabaväät ei vabane enam kergesti. Selline kaela ja rindkere vahekord kujuneb välja embrüonaalse elu 10.—12. nädalal, seepärast täheldatakse nabaväädi põimumist ainult pärast seda vanust.

Nabaväädi põimumise korral ümber kaela enne embrüonaalse elu 10. nädalat, s. o. enne vaokese tekkimist kaela piirkonnas, võib loode kergesti libiseda läbi kujunenud nabaväädisilmuse ja tekib nabaväädi tõeline sõlm.

Võib arvata, et umbes 5—7% kõikidest juhtudest tekib põimumine hilisemas rasedusjärgus. On teada, et loode võib isegi enne sünnitust oma seisu muuta. Loote ümberpaigutumise puhul võib ka nabaväät ümber kaela põimuda. Põimumist võib soodustada ka meie aktiivne vahelesegamine loote ristseisu parandamisel ja tuharseisust peaseisu viimisel Arhangelski järgi.

Ka raseda järsud liigutused jm. võivad üle kanduda lootele ja põhjustada nabaväädi põimumist. Nabaväädi põimumine ümber loote kaela on meil sagedasem kevad- ja suvekuudel (vt. tabel 3). Võimalik, et kergem riietus ja intensiivsem liikumine kevadel ja suvel võivad teatud juhtudel põhjustada loote suuremat liikuvust ja nabaväädi põimumist ümber kaela. Sellest järeldub, et nõuandlate arstid peaksid rohkem propageerima bandaaži kandmist rasedusajal.

Tabel 3

Kuud	Sünnituste arv	Põimumiste arv	Protsent
Jaanuar	579	113	19,51
Veebruar	677	138	20,38
Märts	811	193	23,8
Aprill	710	191	26,91
Mai	404	93	23,02
Juuni	338	84	24,85
Juuli	312	92	29,49
August	283	76	26,85
September	138	32	23,19
Oktoober	403	85	21,09
November	398	85	21,36
Detsember	531	107	20,15
	5584	1289	23,08

R. Demme (11,12) arvab, et nabaväädi põimumist ümber loote kaela põhjustab platsenta asend loote selja suhtes. Juhul kui platsenta asetseb loote kõhu pool, põimub nabaväät harva ümber tema kaela. Kui aga platsenta asetseb loote selja pool, põimub nabaväät sagedasti. Otsustasime seda asjaolu kontrollida ja uurisime sünnituslugusid, milles platsenta ja loote seis on täpselt näidatud [s. t. sünnituslood, milles kirjeldatakse platsenta käsitsi eraldamist või emakaõõne manuaalset (sõrmega ja instrumentidega) uurimist]. Analüüsisime 270 sünnituslugu, nende hulgas 206 ilma nabaväädi põimumiseta ja 64 ühe- või mitmekordse põimumisega. Platsenta kinnitus oli väga mitmesugune, kuid vaatlesime ainult juhtumeid, kus platsenta oli kinnitunud emaka külgseinale.

Kui koondame kõik nabaväädi põimumisteta ja õigete vahekordadega juhud ühte ja põimumisega juhud teise rühma, siis saame Demme oletuse õigsuse 68,3% juhtudest.

Kokkuvõte

1. Nabaväädi põimumine ümber loote kaela tekib peamiselt raseduse esimesel poolel (10 kuni 12 nädalani). Seda soodustab nabaväädi suhteline pikenemine suhtelise väheveesuse juures või suhteline liigveesus pikenenud või normaalse pikkusega nabaväädi puhul.

2. Mõningane arv põimumisi (5—7%) tekib embrüonaalse elu hilisemal perioodil loote asendi muutustest ja väliskeskkonna mõjust.

3. Bandaaži kandmine raseduse ajal võib mõnedel juhtudel etendada profülaktilist osa nabaväädi põimumise suhtes ümber loote kaela.

4. Platsenta asetsusel loote selja suhtes võib olla eelsoodumuslik tähtsus nabaväädi põimumise puhul ümber loote kaela.

KIRJANDUS

1. Ашман А. А. Акушерство и гинекология, 1954, 2. — 2. Гвоздикова Е. М. Акушерство и гинекология, 1953, 2. — 3. Гентер Г. Г. Учебник акушерства. М., 1937. — 4. Груздев В. С. Курс акушерства и женских болезней. Акушерство. т. II, Берлин, 1922. — 5. Гридчик Л. П. Клиническое течение родов с обвитием пуповины. Канд. дисс. Л., 1958. — 6. Сазонов С. К вопросу об обвитии пуповины (113 случаев). Труды акушер.-гинекол. общества, состоящего при Московском университете, 1903. — 7. Файнберг В. Б. Акушерство и гинекология, 1937, 8. — 8. Фрайман С. А. Казанский медицинский журнал, 1927, 8. — 9. Blume, J. G. tsit. Mülleri järgi. — 10. Bruttan, P. Ein Beitrag zur Lehre von den Nabelschnurumschlingugen auf Grundlage von 500 in der Dorpater Frauenklinik beobachteten Geburten, Dorpat, 1890. — 11. Demme, R. Zbl. Gynäkol., 1924, 31. — 12. Demme, R. Archiv. Gynäkol., 1925, Bd. 126. — 13. Kunze, H. Zbl. Gynäkol., 1927, 29. — 14. Müller, B. Intrauteriner Tod des Kindes durch abnorme Lage der Nabelschnur. Leipzig, 1933.

Saabus toimetusse 11. augustil 1959. a.

ОБВИТИЕ ПУПОВИНОЙ ШЕИ ПЛОДА

В. Файнберг

Резюме

Обвитие пуповиной шеи плода в основном возникает в первой половине беременности (от 10—12 недель). Этому способствует относительное удлинение пуповины при относительном маловодии или наличие относительного многоводия при удлиненной или «нормальной» пуповине.

Обвитию пуповиной шеи плода способствует наличие топографических взаимоотношений между головной и плечевым поясами плода.

Некоторая часть обвитий (5—7%) возникает в более поздние сроки зародышевой жизни в зависимости от перемены положения плода и воздействия внешней среды.

Ношение бандажа во время беременности в некоторых случаях может играть профилактическую роль против возникновения обвитий пуповиной шеи плода.

Положение плаценты по отношению к спинке плода, возможно, имеет предрасполагающее значение в возникновении обвития пуповиной шеи плода.

MONINGAID KOKKUVÕTTEID JA EDASISI ÜLESANDEID KOLIENTERIITIDE UURIMISEL

Arstiteaduse doktor *N. JAHNINA* ja arstiteaduse doktor professor *I. ŠATROV*
(NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia N. F. Gamaleja nimelisest Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudist, direktor professor *S. Muromets*)

Ägedad soolehaigused on varaealiste laste patoloogias tähtsal kohal ja seetõttu jääb võitlus soolehaigustega tervishoiuorganite üheks tähtsamaks ülesandeks.

Nende haiguste etioloogia uurimine võimaldas kindlaks määrata kolienteriitide erikaalu laste soolehaiguste hulgas meie maa mitmesugustes piirkondades. Ent saadud andmed kajastavad kolienteriitide levikut ainult osaliselt, sest nende haiguste laboratoorse ja kliinilise diagnostika tase on erinev.

On kindlaks tehtud kolienteriitide mõningad epidemioloogilised seaduspärasused. Need ilmnevad peamiselt varaealiste laste haigestumises, haigestumise sesoonsuse ja kindla tekitajatüübi eritamise omavahelises seoses jm. Kolienteriiti haigestumise uurimine mitmesugustes maades näitas, et külma ja mõõduka kliimaga maades levib haigus rohkem kui sooja kliimaga maades. Selle kinnitamiseks ja põhjuse väljaselgitamiseks on vaja edasisi uurimisi.

Kolienteriitide uurimisel täheldati mitmesugustes piirkondades nende etioloogilise struktuuri muutumist aja jooksul. Kuid ainult pikemaajalised ulatuslikud uurimised aitavad selgitada, kas need muutused on seaduspärase iseloomuga. Kõige sagedamini, eriti raskete haigestumiste puhul, erituvad tüüp O_{111}, vähemal hulgal tüübid O_{55} ja O_{26}, samuti NSV Liidus eraldatud tüübid 145, 408 ja 9. Kolienteriitidesse haigestumise registreerimine ei ole nähtavasti veel täielik, sest ainult vähestes laboratooriumides on olemas vajalikud tüübispetsiifilised diagnostilised seerumid.

Asjaolu, et kolienteriitide diagnoosimine põhineb peamiselt bakterioloogiliste uurimiste andmetel, suunas uurijate tähelepanu senini kasutusel olnud meetodite täiendamisele. Tekitajate identifitseerimise peamine tähtsus seisnes nende seroloogiliste omaduste määramises. Soolekepikeste seroloogilise identifitseerimise meetodid diagnostika eesmärgil näevad ette O- ja B-antigeenide määramise. Rööbiti sellega esineb viiteid, et real juhtudel on otstarbekohane määrata ka H-antigeen, mis võib osutada abi epidemioloogilise analüüsi puhul (Wright, Roden).

Kolienteriitide bakterioloogilise uurimise ulatus ja aeganõudvus sundisid otsima kiiremaid diagnoosimismeetodeid. Viimaste hulka kuulub luminestsents-seroloogiline meetod, mis võimaldab haigusetekitajat avastada tunduvalt kiiremini. Suurema tundlikkuse tõttu võimaldab see meetod patogeenseid kolibaktereid avastada varem (1—2, mõnikord ka 3—5 päeva varem) ja kestvamalt kui bakterioloogiline meetod, mida on näidanud ka ühtedel ja samadel haigetel tehtud võrdlevad uurimised.

Käesoleval ajal kinnitavad mitmed andmed kolienteriitide eksogeenset päritolu. Seda tõestab ka tekitaja leidmise sagedus laste soolehaiguste puhul (25—30%) ja enteropatogeenset tüüpi soolekepikeste avastamise väike protsent tervetel (3—5%). Eespoolöeldut kinnitab ka kolienteriitidesse haigestumise kontagioossus, mis põhjustab haiguspuhangute tekkimist lasteasutustes ja haiglates, kus esineb nakkusallikas või ei peeta kinni vajalikust hügieenirežiimist.

Kolienteriidihaigete tähtsus epidemioloogilises suhtes haiguse ägedas perioodis ei tekita kahtlust, haigete epidemioloogiline osa haiguse teistes etappides, kaasa arvatud rekonvalestsentsi periood, nõudis spetsiaalset uurimist.

N. F. Gamaleja nimelises instituudis uuriti haigete kolienteriiditekitaja eritamise dünaamikat bakterioloogilise ja luminestsents-seroloogilise meetodiga. Selgus, et 59,4% haigetest eritas patogeenseid kolikepikesi veel pärast 10. haiguspäeva. Osa haigeid viibis tingimustes, kus oli ebatõenäoline nende teistkordne nakatumine. mistõttu peab arvama. et pisikute pikemaajaline eritamine on seoses haiguse patogeneesi iseärasustega. Haigus kestis enamikul üks kuu, pisikute eritamise periood — 15—20 päeva. Perekondlikes kolletes ja lasteasutustes teostatud epidemioloogiliste uurimistega ei saadud kindlaks teha põdenute osa uute haigusjuhtude tekkimises. Seega tunnistavad esialgsed andmed, mis vajavad veel täiendamist, et kolienteriiti põdenud lastel ei ole epidemioloogilist tähtsust ja neid võib kohe pärast negatiivsete tulemuste saamist bakterioloogilistel uurimistel lubada lasteasutustesse.

Kolienteriitide epidemioloogia uurimisel on oluline välja selgitada sporaadilised haigusjuhud. Osal juhtudest on nähtavasti võimalik laste nakatamine täiskasvanud perekonnaliikmete, esmajärjekorras ema poolt. Seda asjaolu kinnitavad Starikova tähelepanekud, mille alusel 14,5% täiskasvanutest esines soolehaiguste puhul enteropatogeensete soolekepikeste eritumine. Kolienteriitidesse haigestumise kõrge kontagioossus ja nende levimise laad lubavad arvata, et nakkus levib peamiselt elukondlikul teel. Seda kinnitavad ka eksperimentaalsed uurimised, mis näitavad, et pisikud säilivad pikema aja jooksul väliskeskkonnas (mitmesugustel esemetel jne.).

Laste kolienteriiti meenutava kliinilise pildiga nakkushaiguse esinemine vastsündinud vasikatel ja enteropatogeensete soolekepikeste eritumine nendelt suunas mõned autorid oletusele, et nakkuse allikaks võivad olla lehmad, nakkuse edasiandmine aga toimub piima kaudu. Enamiku autorite andmetel aga eraldatakse tekitajaid piimast harva ja senini ei ole kindlaid andmeid, et piima saastumine toimub lehmade kaudu.

Mitmesugustest joogiveeallikatest võetud veeproovide uurimisel avastatakse, olgugi vähesel hulgal, soolekepikeste patogeenseid tüüpe. I. Kétyi ja V. Buriani epidemioloogilised tähelepanekud näitavad, et nakatatud vesi võib olla haiguspuhangu tekkepõhjuseks.

Järelikult levib kolienteriitide puhul nakkus elukondlikul teel, kuid seejuures ei saa jätta arvestamata levikuvõimalusi vee ja toiduainete kaudu — see nõuab aga edasist uurimist.

Iseloomustades kolienteriitide epideemilise protsessi kolmandat lüli peab mainima, et selle haiguse spetsiifiliseks iseärasuseks on ainult kuni 2 a. vanuste laste haigestumine. Kolienteriite registreeritakse peamiselt

vastsündinute ja varaealiste laste (enneaegsete ja nõrgestatute) hulgas, samuti kunstlikul toidul olevatel (Taylon, Kirby, Hall, Coackley).

On kindlaks tehtud, et varaealiste laste hulgas ei esine mitte ainult kõrge haigestumus, vaid ka haiguse raskem kulg ning selle tulemusena ka kõige kõrgem suremus. Vanematel lastel on seevastu ülekaalus pisikukandluse juhud.

Nagu juba mainitud, lähtub enamik autoritest kolienteriitide patogeneesi tõlgendamisel nakkuse eksogeensest olemusest. Samal ajal näitab kultuuride bioloogiliste omaduste uurimise tulemuste vastandamine kliinilistele tähelepanekutele, et kolienteriitide puhul eritatavate patogeensete soolekepikeste serotüüpide kriteeriumiks ei või olla sellised omadused nagu virulentsus hiirte suhtes, dermatonekrootilised ja hemolüütilised omadused. Need omadused kokkuvõetult iseloomustavad ainult kultuuride toksigeensust. Paljud autorid arvavad, et soolekepikese teatud seroloogiliste tüüpide patogeensust ei määrata mitte nende absoluutse toksigeensuse, vaid mikroobi adaptatsiooniastme järgi inimese organismi suhtes, tema võime järgi paljuneda teatud elundites ja kudedes, eriti peensooles, koos toksiini moodustamise võimega. Seejuures, nagu juba öeldud, kuulub kolienteriitide patogeneesis otsustav tähtsus makroorganismi seisundile.

Seoses sellega oletavad üksikud uurijad, et soolekepikese enterogeensed tüübid tekivad soole mikrofloora tavalistest esindajatest lapse organismi füsioloogilise tasakaalu häirumisel, soolekepikese nn. saprofüütsete tüüpide muutlikkuse tagajärjel (Smith, Baumgärtel, Vlček, Kneifl). Seda seisukohta pooldavad ka mõned meie kodumaa teadlased.

Nii mainivad Maslov ja Berman kolienteriitide patogeneesi käsitledes, et nende materjali andmetel leitakse sageli soolekepikese patogeenseid serotüüpe tervetel ja muid haigusi põdevatel haigetel. Arvestades organismi üldseisundit haiguse tekkimisel oletavad nad, et real juhtudel tuleb patogeenseid kolikepikesi vaadelda autoinfektsioonina. Hiljem need mikroobid võivad levida ja tekitada haigestumist, omades kõiki eksogeensete haigusetekitajate omadusi, mis õigustab epideemiatõrje abinõude rakendamist.

See hüpotees ei ole küllaldaste faktiliste andmetega kinnitatud ja nõuab eksperimentaalset põhjendamist.

Samuti vajavad suurema materjali põhjal kinnitust Bermani andmed niinimetatud patogeensete soolekepikeste kultuuride valmistamisest. Vaatamata sellele, kuidas esitatud teooriasse suhtuda, on ilmne, et kolienteriitide patogeneesi tuleb sügavamalt uurida. Selleks tuleb uurida kolienteriitide epidemioloogiat, avastada raskesti väljaselgitatavate sporaadiliste juhtude allikad. Tuleb uurida haigusetekitaja hilise eritamise fakte, samuti ka tekitajatüüpide vaheldumise põhjusi, mis pole alati kooskõlas haigete reinfitseerumise oletusega.

Kolienteriitide patogeneesi uurimist raskendab suuresti eksperimentaalse mudeli puudumine selle nakkuse uurimiseks. Sellega seoses tehti katseid nakatada ahvi soolekepikese enteropatogeensete tüüpidega (Stasilevitš, Jahnina, Homitskaja, Šatrov). Need uurimised näitasid, et noortel (6—9 kuu vanustel) loomadel on võimalik suu kaudu nakatamisel esile kutsuda enteriidi nähtudega haigestumist, millele kaasneb aglutiniinide tiitri tõus. Kontrollkatsetel, kus ahve nakatati mittepatogeensete soolekepikestega samasuguses annuses, haigestumist ei tekkinud.

Paljud välismaa autorid on teinud lubamatuid katseid, nakatades täiskasvanud inimesi (volontääre) ja isegi lapsi soolekepikese enteropatogeenset tüüpi kultuuridega.

Kirby, Halli ja Coakley, Fergusoni ja Iune, samuti Fukumi ja Kosakei uurimised näitasid haiguse reprodutseerimise võimalust täiskasvanud inimestel, kui neid nakatati suu kaudu Ossi tüüpi soolekepikesega annuses 2—9 miljardit mikroobi.

Neteri, Shumway ja Hiroki uurimised näitasid samuti enteriidi sümptoomide reprodutseerimise võimalust — väikelaste nakatamise puhul Ossi tüüpi soolekepikesega.

Immuniteedi küsimust kolienteriitide puhul on väga vähe uuritud. Hironi andmed kõnelevad sellest, et laste korduv nakatumine viib nakkuse kergemale kulgemisele. Seega haiguse põdemine kaitseb nõrgal määral reinfektsiooni eest. Olemasolev epidemioloogiline materjal reinfektsioonijuhtude kohta on väikesearvuline ega võimalda otsustada, kas kolienteriitide puhul tekib nakkuse põdemise järel immuniteet või mitte. See nõuab sügavamat, esimesel ja teisel haigestumisel eritatavate tekitajate antigeenide (O-, B- ja H- antigeenid) ehitumuse uurimist, mida tehakse harva.

Veenvate andmete puudumine nakkusjärgse immuniteedi olemasolu kohta kolienteriitide puhul viis katsele hinnata seda mõnede immunoloogiliste testide (peamiselt aglutiniinide tiitrid) abil, mis oleksid kaudseteks näitajateks tekkivast immuniteedist. Autorite kõrval, kes täheldasid aglutiniinide tiitrite tõusu kolienteriidihaigetel lastel enteropatogeensete soolekepikeste tüüpide suhtes (Altgausen, Malachowska, Pekala), täheldas enamik autoritest aglutiniinide madalate tiitrite olemasolu ja nende esinemist ainult väikesel protsendil lastel (Novgorodskaja, Zatsepin, Berman, Ježova, Bray, Gronroos, Varela jt.).

Hemaglutinatsioonireaktsioon on suurema tundlikkuse ja spetsiifilisusega kui aglutinatsioonireaktsioon. Senini ei ole saadud ka tõendeid teiste antikehade (komplementi siduvate, pretsipitiinide, opsonofagotsütaarse näitaja) tähenduse ja immunoloogiliste näitajate suhtes.

Lähtudes sellest, et soolekepikese poolt produtseeritud hemolüsiin on omadustelt lähedane eksotoksiinile, peab Zatsepin perspektiivseks seerumi hemolüsiini neutraliseeriva omaduse kindlaksmääramise meetodit. Siiski peab mainima, et antikolihemolüsiini määramist raskendab küllaldase hemolüsiinivõimega tüvede otsimine, mis piirab selle meetodi kasutamist.

Lapse organismi üldseisundi tähtsust kolienteriitide tekkimisel rõhutavad kõik pediaatrid. Seetõttu on kolienteriitide profülaktika aluseks tingimuste loomine lapse organismi õigeks arenemiseks. Siia hulka kuuluvad õige toitmine, võitlus rahhiidi ja hüpotroofiaga, vajaliku režiimi ja elukondliku hügieeni järgimine, õige kehaline kasvatus. Sanitaar- ja hügieenirežiimi range järgimine laste- ja raviasutustes on eriti oluline, arvestades kolienteriitide suurt kontagioossust.

Käesoleval ajal toimub paljudes haiglates ägedate soolehaigustega laste hospitaliseerimine eri osakondadesse või palatitesse, kust lapsed diagnoosi täpsustamise järel viiakse üle kas düsenteeria- või kolienteriitide, või siis somaatiliste haigete osakondadesse. Haiged hospitaliseeritakse eelkõige kliiniliste ja elukondlike näidustuste järgi. Kolienteriidihaigete isoleerimist kodus lubatakse kliinilistel näidustustel, kui on olemas tingimused vajaliku režiimi ja ravi korraldamiseks.

Suure tähtsusega on kolienteriidihaigete väljaselgitamine soolestiku düsfunktsiooniga vastsündinute ja kuni aasta vanuste laste kohustusliku bakterioloogilise uurimise teel enteropatogeensete soolekepikeste suhtes, sõltumata lapse haiguse kliinilisest diagnoosist. Kohustuslik on iga haigestumise, samuti ka iga surmajärgse bakterioloogiliselt kinnitatud kolienteriidijuhu registreerimine. Tervikuna on kolienteriitidega võitlemise abinõud ette nähtud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi käskkirjaga nr. 445 20. sept. 1958. a.

Kolienteriite käsitlevate materjalide analüüsist selguvad järgmised põhilised ülesanded.

1. Kolienteriitide kliiniliste erinevuste edasine uurimine ja teistest soolehaigustest diferentseerimise täiustamine.

2. Kolienteriitide bakterioloogilise diagnostika uute meetodite väljatöötamine ja olemasolevate täiustamine, samuti ka tekitaja avastamine väliskeskkonna esemetel ja toiduainetel.

3. Uurimistööde laiendamine mitmesuguste kolienteriitide tekitajate antigeense ehitumuse ja patogeneetilise osa tundmaõppimise alal.

4. Soolekepikeste rühma mikroobide muutlikkuse küsimuste uurimine.

5. Kolienteriitide patogeneesi ja immuniteedi edasine uurimine.

6. Kolienteriitide profülaktika abinõude edasine väljatöötamine lastekollektiivide tingimustes (sünnitusmajad, lastekodud, -aiad, -haiglad).

7. Kolienteriitide epidemioloogia uurimine:

a) nakkusallikad ja levikuteed sporaadiliste haigestumiste puhul;

b) erinevate haigusvormidega ja erinevas haigusjärgus olevate haigete epidemioloogiline osatähtsus;

c) seos laste haigestumise ja koduloomade kolibatsillooside vahel.

KIRJANDUS

1. Альтгаузен-Рагинская В. П., Рябинская Т. Ф Тезисы докладов научн. работ ин-та им. Мечникова. М., 1960, 22—23. — 2. Зацепин Н. Н., Ступакова Т. Ф. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. 1957, 5, 44. — 3. Кабанова Е. А., Мордвинова Н. Б. и Кузнецова Н. С. «Опыт применения люминесцирующих сывороток для диагностики колиэнтерита». Первая Всероссийская конференция Эпид. Микр. и Инфекц., 1959, 278—284. — 4. Новгородская Э. М. Тезисы докл. сессии, посвящ. обнаружению проблемы кишечных инфекций городов Нижнего Поволжья. Астрахань, 1958, 37. — 5. Стасилевич З. К. Сборник «Вопросы инфекционной патологии в эксперименте на обезьянах» Ин-та экспер. патологии и терапии. Сухуми, 1958, 155. — 6. Хазенсон Л. Б. Труды Ленингр. ин-та эпид., микроб. и гигиены им. Пастера, т. XXI. Острые кишечные инфекции, колиэнтериты, сальмонеллезы. Л., 1960, 5. — 7. Яхнина Н. А., Хомицкая Т. А. и Шатров И. И. Экспериментальное изучение колиэнтеритов. ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1960, 6, 77. — 8. Burian, V., Zikmundová, V., Vysoká, B. Českosl. Hyg. Epidemiol. Mikrobiol. Immunol. Prague, 1955, 4, 202. — 9. Dupont, A. Epidemie infantile Diarroea with special reference to S. coli (O_{111}:B_4 and O_{55}:B_5). Copenhagen, 1955. — 10. Kauffman, F. Enterobacteriaceae. Copenhagen, 1954. — 11. Kétyi, I., Kneffl, Domjáv J. Zbl. Bakteriol. 1958, 170, 6/7, 423. — 12. Kirby, A. C., Hall, E. G. and Coackley, W. Lancet, 1950, 2, 201. — 13. Thomson, S. S. Hyg. 1956, v. 54, 311. — 14. Vlček, A., Kneifl, I. Kinderärztliche Praxis, 1959, H. 6, 27 Jahrg., 269. — 15. Wright, I., Roden, A. T. Amer. J. Hyg. 1953, v. 58, 133.

Saabus toimetusse 7. juulil 1960. a.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ КОЛИЭНТЕРИТОВ

Н. Яхнина и И. Шатров

Резюме

Изучение этиологии кишечных заболеваний у детей раннего возраста позволило установить среди них значительный удельный вес колиэнтеритов. В настоящее время имеются данные, характеризующие возрастные особенности заболеваемости, сезонность, этиологическую структуру.

Многочисленные эпидемиологические наблюдения свидетельствуют об экзогенной природе колиэнтеритов. Однако трудность выявления источников спорадических случаев и не всегда объяснимые факты смены типа возбудителя и позднего их высева диктуют необходимость дальнейшего изучения патогенеза колиэнтеритов и процессов изменчивости в группе кишечной палочки.

Эпидемиологическое значение больных колиэнтеритами в остром периоде болезни является установленным. Пока не получено данных, свидетельствующих об эпидемиологическом значении переболевших колиэнтеритами. Передача инфекции осуществляется в основном бытовым путем. Значение бактериологических исследований привело к изысканию ускоренных методов диагностики колиэнтеритов. К ним нужно отнести люминесцентно-серологический метод, позволяющий обнаружить возбудителя значительно быстрее, причем в более раннем периоде болезни и более длительно, чем бактериологический.

Специфической особенностью колиэнтеритов является заболеваемость детей раннего возраста, преимущественно ослабленных, а также находящихся на искусственном вскармливании, чем в значительной мере определяется характер профилактических мер.

В экспериментальных условиях пока не получено данных в пользу наличия постинфекционного иммунитета при колиэнтеритах. В соответствии с этим иммунологические исследования, по данным большинства авторов, свидетельствуют о низких титрах агглютининов и наличии их лишь у небольшого процента больных колиэнтеритами.

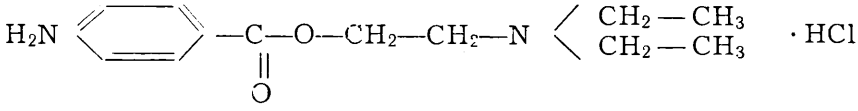
Анализ имеющихся материалов по проблеме колиэнтеритов позволяет наметить основные задачи, стоящие на пути её изучения. Они сводятся к: 1) дальнейшей работе в области изучения клинических особенностей колиэнтеритов и дифференциальной диагностики их с другими кишечными заболеваниями, 2) разработке и усовершенствованию методов бактериологической диагностики, 3) расширению исследований по изучению антигенного строения патогенетической роли возбудителей колиэнтеритов и процессов изменчивости в группе кишечной палочки, 4) дальнейшему изучению патогенеза и иммунитета при колиэнтеритах, 5) изучению эпидемиологии и дальнейшей разработке мер профилактики колиэнтеритов.

PIIRDUNUD SÜGELEVATE DERMATOOSIDE RAVIST BENKAIINBLOKAADI ABIL

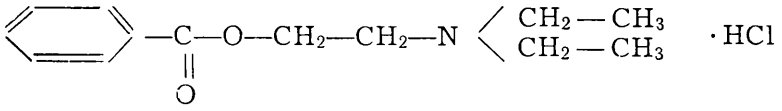
R. MARKOVITS

(Paide Rajooni Haiglast, peaarst B. Põder, juhendaja dotsent *L. Nurmand*)

Benkaiini (*Bencainum*, keemiliselt benzoehappe dietüülamiinetanoolestri hüdrokloriid) sünteesis A. Remissov NSVL TA Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi keemia laboratooriumis. Preparaati on kasutada lubanud NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu farmakoloogia komitee (10. VII 1957. a.), soovitades seda paikse tuimastusvahendina, eriti stomatoloogias. Benkaiin on oma keemilise struktuuri poolest lähedane novokaiinile.



Novocainum



Bencainum

Benkaiini ainsaks oluliseks erinevuseks võrreldes novokaiiniga on amiinirühma puudumine bensoolituumas paraasendis. Vedenejeva (1) andmeil pole amiinirühma olemasolu paikse tuimastava toime saavutamiseks tingimata vajalik; seejuures on benkaiini toksilisus amiinirühma puudumise tõttu tunduvalt väiksem kui novokaiini oma. Samadel andmetel on valgete hiirte LD_{50} (*dosis letalis*) novokaiiniga 170 mg *pro* kg, benkaiini puhul kõigub see 500 ja 800 mg vahel, s. t. benkaiini üldtoksilisus on 2 korda väiksem kui novokaiinil.

Vedenejeva (1) väidab, et benkaiinil on vähene koliinlüütiline ja kinidiiniga sarnanev toime. Spasmolüütiline aktiivsus on aga novokaiiniga võrreldes oluliste erinevusteta.

Leštšinjuk (2), kes uuris eksperimentaalselt preparaadi depressoorset toimet, järeldab, et see benkaiinil peaaegu puudub. Ta oletab seetõttu ka resorbeeriva toime puudumist, mis teeb benkaiini üheks eelistatumaks lokaalanesteetikumiks.

Tuimastuse iseloomu ja tugevuse poolest on benkaiin lähedane novokaiinile; nagu viimanegi imendub ta halvasti limaskestadelt ja sarvkestalt ega kõlba seetõttu pindmiseks tuimastuseks. Kudede muutumist injektsiooni kohal ei ole täheldatud. Benkaiini soovitatakse kasutada paikse tuimastusvahendina 0,5—2%-liste lahustena, samades annustes ja sama metoodika järgi kui novokaiini. Vastunäidustuseks on maksa ja neerude funktsiooni puudulikkus ning südame dekompensatsioon astmes, mis nõuab ranget voodirežiimi. Ambulatoorsetel haigetel vastunäidustusi pole. Tüsistused võivad tekkida kollapsi näol, kui kudede infiltratsiooni puhul tabatakse veeni.

Preparaat on valge kristalne, peaaegu mittehügroskoopne pulber, lahustub hästi vees ja piirituses. Lahusena harilikus klaasis ning pimedas kohas säilib 3 kuud, neutraalses klaasis aga piiramatu aja jooksul. Kuivainena on benkaiin püsiv (3).

Meile kättesaadavas kirjanduses ei leidunud andmeid benkaiini kasutamise kohta dermatoloogias. Preparaadi rakendamisel lähtusime ekseemi ja neurodermiidi neurogeensest patogeneesist [Podvõssotskaja (4), Bohnstedt (7) jt.].

Kuna enamik autoreid seostab novokaiini nn. trofotroopset toimet paraamiinbensoehappe või kogu kompleksi toimega [Parhon (5) jt.] ja ainult vähesed autorid [Unver (8) jt.] väidavad, et anesteseeriv ja trofotroopne toime on seotud ka dietüülamiinetanooliga, siis valisime oma uurimisobjektiks benkaiini kui preparaadi, millel puudub traditsiooniline paraamiinirühm bensoolituumas.

Seadsime endale ülesandeks jälgida benkaiini toimet krooniliste piirdunud sügelevate dermatooside ravis. Erilist tähelepanu pöörasime seejuures sügelemise kadumise ja kollete taandarengu dünaamika jälgimisele. Muidugi huvitas meid, kuidas mõjub preparaat ravialuste üldseisundile, vere ja uriini analüüside kliinilistele näitajatele ja naha elektromeetrilisele reaktiivsusele [Rosenthali järgi (6)]. Uurimisi teostasime enne ravi algust, selle ajal ja lõpul.

Tööks kasutasime 0,5%-list steriilset benkaiinilahust, mille pH oli kontrollimisel 4,7. Mainitud lahust manustasime 20,0—60,0 ml üheks blokaadiks. (Blokaadi teostamise metoodikat ja ravitulemuste hindamist vt. ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1958, 5, 16—20.)

Töö teostati Paide Rajooni Haigla naha-suguhaiguste kabineti ja selle statsionaarse osakonna baasil ajavahemikul 1. märtsist 1959. a. kuni 1. aprillini 1960. a. Nimetatud aja jooksul sai blokaadravi 32 haiget, nendest 30-l on ravi lõpetatud.

16 haigel, kellel rakendasime benkaiinravi, oli enne seda mitmesugusel viisil manustatud novokaiini, kusjuures 6 juhul neist oli novokaiin andnud väga vähe ja ajutisi tulemusi.

Haigete hulgas oli 19 naist ja 11 meest. Enamik haigetest olid vanemad kui 30 a.

Diagnoosside järgi oli 20 ekseemi, 7 neurodermiiti, 1 *lichen ruber planus*'e juht ning 2 *lupus erythematodes*'e haiget, kel esines kollete tugev sügelemine. Mainitud haigete anamnees oli vähemalt 1 aasta, pooltel juhtudest üle 5 aasta — seega kõik kroonilised juhud, mida varem oli ravitud erinevate tulemustega.

Kaasuvaid haigusi täheldasime 19 haigel: gastriit 9 haigel, väljendunud kardioskleroos — 5, krooniline prostatiit — 1, krooniline püelotsüstiit — 1, vegetatiivne düstoonia — 1, varikoossed veenilaiendid — 1.

Elektromeetrilisi näitajaid uuriti 26 haigel. Ravieelselt täheldasime kõrvalekaldumisi normaalsest 15 haigel: 4 haigel olid näitajad väga madalad, 4 haigel mõõdukalt kõrgenenud, 7 haigel väga kõrged.

Kliiniliste analüüside osas täheldasime: 1) 9 juhul muutusi fraktsioneeritud maomahla väärtustes (anatsiidne maomahl 7 juhul, hüpatsiidne — 1 ja hüperatsiidne 1 juhul); 2) kahel juhul kõrgenenud eosinofiiliat, mis normaliseerus ravi käigus; 3) ühel juhul valk ja leukotsüüdid uriinis (püelotsüstiidi puhul) ning samal haigel kõrge SR.

Elektromeetrilised kõverad näitasid ravi käigus normaliseerumise tendentsi. Normaliseerumine ei toimunud kõigil juhtudel samaaegselt kliiniliste nähtude taandarenguga, vaid enamikul juhtudest ühe-kahe kuu vältel pärast ravi lõpetamist. 6 juhul naha elektromeetriliste näitajate täielikku normaliseerumist ei toimunud ning esinesid retsidiivid.

Kõigil haigetel esinenud tugev sügelemine kadus 22 haigel kohe pärast I blokaadi ja 8 juhul pärast II blokaadi, s. t. 1.—3. ravipäeval. Tähelepanuväärne on asjaolu, et sügelemine kadus ka neil 5 juhul, kus nähtavat kliinilist paranemist ei täheldatud.

Ühe blokaadi tulemusena täheldasime sügelemise kadumist vähemalt 6—7 päevaks, mõnel juhul kadus see ühe injektsiooni tulemusena 3 kuuks (novokaiini puhul ühekordse blokaadi tulemusena ainult 3—4 päevaks).

Nahaleid taandarenes 23 haigel, 17 juhul toimus täielik kliiniline paranemine.

Kaugtagajärgi 3 kuust kuni ühe aastani saime jälgida 16 patsiendil, kusjuures vähesed retsidiivid esinesid 7 haigel. Nendest kuuel õnnestus retsidiive korduva blokaadiga likvideerida. Ühel haigel me aga korduvate blokaadidega enam mingit nähtavat kliinilist efekti ei saavutanud, kuigi sügelemine haiguskoldes kadus ajutiselt 6—7 päevaks.

Mingeid kõrvalnähtusid me benkaiinravi puhul ei täheldanud (novokaiini puhul esines mõnedel uimasus, joove jms.) [Martinson ja Markovitš (9)].

Olgugi et ravitud haigete arv on väike (30 juhtu), võib siiski eespool toodud tähelepanekute põhjal ütelda, et novokaiinile lähedase toimega benkaiin on sügelevate piirdunud dermatooside ravis efektiivne, selle toimemehhanism vajab aga veel täiendavat uurimist.

Preparaadi kasutamine osutus võimalikuks tänu Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri juhataja professor G. Kingisepa vastutulekule. Lahus valmistati Paide apteegis ning kontrollanalüüs tehti Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüütilises Kesklaboratooriumis Tallinnas.

KIRJANDUS

1. Веденеева З. И. Фармак. и токсикология, XIX, 1956, 1, 9—11. — 2. Лещинюк И. И. В сб. Труды Лен. Сан. Гиг. мед. института, Л., 1958, т. 37, 171—175. — 3. Инструкция по применению препарата бенкаин. Информационный бюллетень № 1/20 конторы союзхимфарморг, М., 1958, 28—29. — 4. Подвысоцкая О. Н. Вестн. венерол. и дерматол., 1951, 2. — 5. Пархон К. И. и Аслан А. Информационный бюллетень Ин-та организации Здравоохранения и истории медицины, 1957, 5. — 6. Розенталь С. К. Клинич. медицина, 1937, 8. 1023—1027. — 7. Bohnstedt, R. M. u. Eichert, J. M. Zbl. Haut und Geschlechtskrankh., 1950, 8, S. 317. — 8. Unver. Tsit. Parhoni (5) järgi. — 9. Martinson, M. ja Markovitš, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 5, 16—20.

Saabus toimetusse 18. aprillil 1960. a.

О ЛЕЧЕНИИ ОГРАНИЧЕННЫХ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ БЛОКАДОЙ БЕНКАИНА

Р. Маркович

Резюме

Мы лечили 30 больных с ограниченными зудящими дерматозами (экземой, невродермитом и др.) местными инфильтрационными блокадами бенкаина и наблюдали за результатами в течение от трех месяцев до одного года.

Лечение проводилось 0.5% раствором бенкаина, которым инфильтрировали пораженные очаги (внутрикожно и подкожно) с перерывами через каждые 3 дня. За курс лечения обычно проводились 3—5 блокады; при каждой из них применяли 20—60 мл названного препарата, в зависимости от величины очага. В 17 случаях было отмечено полное излечение, в 8 — значительное улучшение и в 5 случаях — улучшение. Ухудшение в результате лечения не наблюдалось. Рецидивы заболевания наблюдались у 7 человек, из которых 6 подверглись повторному блокадному лечению. Противозудное действие бенкаина оказалось сильнее по сравнению с новокаином, введенным по той же методике; побочных явлений не отмечалось. У 26 больных в процессе лечения мы определяли электрическую реактивность кожи по Розенталю, причем в большинстве случаев была заметна ее нормализация, наступавшая нередко спустя 1—2 месяца после окончания лечения. В 6 случаях электрометрические показатели остались повышенными и при этом наблюдались рецидивы заболевания.

Бенкаин, по нашему мнению, можно применять как средство при лечении хронических ограниченных зудящих дерматозов (экзем, невродермитов и др.) по вышеприведенной методике.

U. MARGNA ARTIKLI «RAVIMITE VALMISTAMISE KIIRENDAMISEST ja KERGENDAMISEST» PUHUL

A. ROOST

(Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüütilisest Kesklaboratooriumist, juhataja *D. Luik*)

Proviisor U. Margna tõstab oma artiklis («Nõukogude Eesti Tervishoid» 1960, 4, 73—75) üles rea huvitavaid ja vaidlust tekitavaid probleeme. Samas avaldab arvamust enamike ülestõstetud küsimuste kohta Apteekide Peavalitsuse ülem I. Podolski. Kontrollanalüütilise Kesklaboratooriumi töötajate nimel tahaks aga mõnel punktil veel kord peatuda.

Jääb mulje, nagu ei oleks artikli autor tuttav bürettsüsteemide praktilise rakendamisega apteekides. Kuigi kasutatavatel bürettidel on rida puudusi, aitavad nad siiski tunduvalt kiirendada vedelravimite valmistamist. Tuleb arvestada, et retseptid ei saabu apteekidesse päeva jooksul ühtlaselt, vaid peamiselt arstide vastuvõtuaegadel (eriti väikelinnades). Tööga vähem koormatud ajavahemikke saab kasutada bürettsüsteemi korrastamiseks ja lahuste ettevalmistamiseks. Töö kõrgperioodil väheneb aga bürettide ja pipettide kasutamisel tunduvalt vedelravimite valmistamise aeg ja ravim jõuab kiiremini haigeni. Kõik täielikku bürettsüsteemi omavad apteegid on varustatud refraktomeetritega, mille abil lahuse kontsentratsiooni määramine võtab aega ainult mõne minuti.

Mis puutub värvitud ja lõhnastatud tablettide kasutamisse mikstuuride valmistamisel, siis leiab see vastuväiteid vist küll iga apteegitöötaja poolt. Nagu I. Podolski õigustatult märgib, puuduvad suures valikus keemiliselt ja farmakoloogiliselt indiferentsed värvained, ravimite tableteerimiseks kasutatakse mitmesuguseid abiaineid jne. Kes meist aga võtaks sisse tavalise värvusetu või nõrgalt kollaka lahuse asemel rohelist, violetset või sinist vedelikku? Praktika on näidanud, et ravimite tarvitajad reageerivad igale muudatusele ravimi välimuses. Näiteks adoonise leotise valmistamine standardekstraktist varem kasutatud adoonise ürdi asemel on põhjustanud ravimi tagastamist ja kahtlusi selle valmistamise õigsuses. Teatavasti on ekstraktist valmistatud ravimi pruun värvus tunduvalt intensiivsem ürdist saadud leotise värvusest. Kuidas kujuneks aga olukord lahuste värvimisel, lõhnastamisel või muutmisel fluorestseerivaks! Seni on värvitud metüleensinise või eosiiniga ainult tugeva desinfitseeriva mürkaine sublimaadi lahuseid ja tablette nende selgeks eraldamiseks seespidistest ravimitest.

Kontrolli seisukohalt ei anna lahuste värvimine midagi kindlat, sest värvaine esinemine ravimis ei näita veel vajaliku toimeaine sisaldust. Määravaks jääb siin ikkagi keemiline kontroll.

Pulbrilusika tülikas reguleerimises ja tema mitteotstarbekuses väikese arvu pulbrite väljakaalumisel võib artikli autoriga nõustuda. Mööda on mindud aga haiglate tellimistest, kus pulbreid tuleb välja kaaluda sadade ja isegi tuhandete kaupa. Siin on pulbrilusikas praegu siiski asendamatu. Kui lusikaga töötada hoolikalt ja selle täpsust töö vältel aeg-ajalt kontrollida, on pulbrilusika täpsus rahuldav.

Farmatseutide mõttevahetus on väga vajalik. See aitab leida teid apteegitöö parandamiseks.

REFLUKSÖSOFAGIIDI JUHTUM*

L. MARDNA ja *A. SIIMISKER*

(Tallinna Vabariiklikust IV Haiglast, peaarst arstiteaduse kandidaat *A. Nordberg*)

Kliinilises praktikas kohtame sageli düspeptiliste kaebustega haigeid, kellel esinevad kõrvetavad valud rinnaku taga pärast söömist, iiveldus, toidu tagasivalgumine suhu, oksendamine. Seda sümptoomidekompleksi nimetakse kirjanduses refluksösofagiidina.

Refluksösofagiidi probleemi on uuritud nii kliiniliselt kui ka eksperimentaalselt.

Maosuudme funktsioonis on senini veel palju välja selgitamata. Enamiku autorite arvates ei ole lukuti olemasolu söögitoru lõppsegmendis tõepärane. M. Rosetti (1) arvates tekib lukutile omase funktsiooni moodustumine söögitoru alumise osa lihaskonna ja põiki ümber söögitoru lahi (*hiatus oesophageus*) ristuvate mao ülemise osa lihaskiudude kontraktsioonist ning hingamisel tekkivast söögitoru niverdumisest lahi kohal.

M. Rosetti, tuginedes kliinilis-röntgenoloogilistele ja operatiivse ravi kogemustele, juhib tähelepanu söögitoru ja mao vahelise nurga (nn. Hisi nurga) tähtsusele refluksösofagiidi patogeneesis. Ülalmainitud sündroomiga haigetel on Hisi nurk lamenenud. Selgituseks toome joonised M. Rosetti kirjeldusest (vt. joonis 1).

Refluksösofagiidi peamiseks sümptoomiks on toidu tagasivalgumine suhu, sageli samaaegselt kõrvetused rinnaku taga. Refluksi soodustavad kõik sellised tegurid, mis tõstavad rõhku maopõhjas: mao ülemäärane täitumine, haige lamav asend, kõhupressi rakendamine, rõhu suurenemine kõhukoopas jt. Haiguspildi raskus sõltub mao ja söögitoru vahel moodustunud patoloogilise tagasivoolutee avarusest, viimane aga omakorda Hisi nurgast. Eriti raske on kliiniline pilt mao libiseva hernia puhul läbi söögitoru lahi rindkereruumi. M. Rosetti arvates esineb enne hernia teket rida üleminekuvorme. Haiguse hilisemas staadiumis esineb sageli nn. omandatud *brachyoesophagus*. Siin esinevad juba rasked orgaanilised muutused intensiivse refluksösofagiidi pildiga. Taolist haigusjuhtu on kirjeldanud N. Otsep (2) 1953. a. 43 a. vanusel tuberkuloosihaigel meespatsiendil: söögitoru läbimõõt lahtilõigatult oli 37 cm, esines söögitoru limaskesta metaplaseerumine, limaskestaalune kiht ja lihaskude ning veresooned olid põletikuliselt infiltreerunud, samuti täheldati lihaskoe osaliselt väljakujunenud kõhetumist.

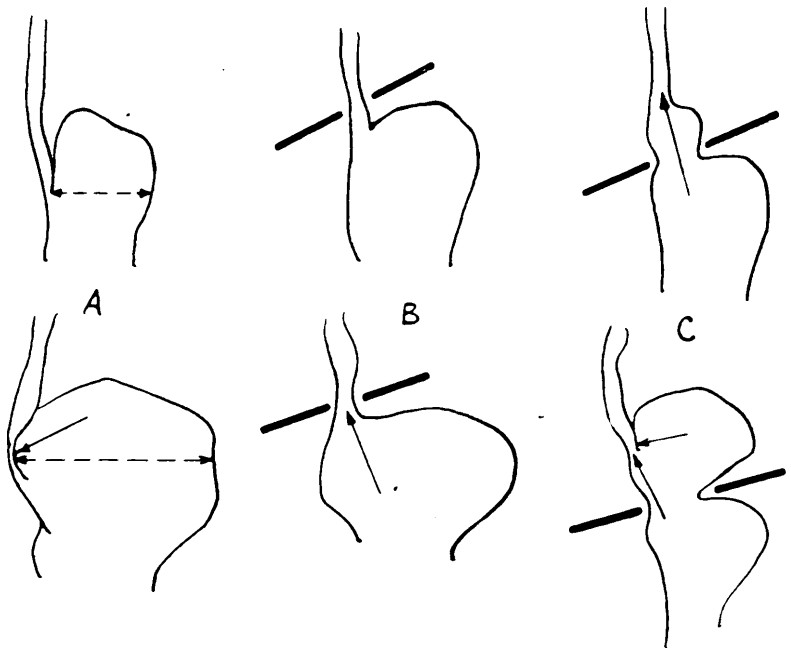
Füsioloogilise nähuna võib toidu tagasivalgumine suhu esineda imikueas; siis on see tingitud sellele eale omastest anatoomilis-füsioloogilistest iseärasustest.

Tunnustades Hisi nurga peamist osa refluksmehhanismi tekkes, saame õige suuna ravimeetodi valikul — võimalik on ainult operatiivne ravi. Varem kasutatud kirurgilistest menetlustest (hernioplastilised operatsioonid) on loobutud kui mitteefektiivsetest. Autorid on 85% juhtudest saanud häid tulemusi järgmiste operatsioonidega: 1) *gardiopexia* — mao kardiaalse osa ja väikese kõveriku pingutamine; 2) *fundopexia* — mao-

* Ette kantud Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi koosolekul 18. mail 1960. a.

põhja konveksiteedi kinnitamine söögitoru lateraalse seina külge; 3) *fundopexia* Nisseni järgi (joonis 2). Selle operatsiooni puhul maoseintest moodustatud mansett avaldab omapoolset survet söögitoru alumisele osale ning hoiab ära lehtri moodustumise ka lamavas asendis.

Esitame lühidalt Tallinna Vabariikliku IV Haigla siseosakonnas diagnoositud refluksösofagiidi juhu.



Joonis 1

A. Maopõhja normaalne konfiguratsioon seistes (ülal) ja lamades (all). Mao ülemise osa täitumisel lamavas asendis surutakse normaalse Hisi nurga olemasolu puhul söögitoru selle suubumiskohal makku tihedalt kokku — moodustub n. ö. ventiilmehhanism.

B. Maopõhja asetus lamenenud Hisi nurga puhul seistes (ülal) ja lamades (all). Moodustub mao-söögitoru lehter, mis soodustab reflekssündroomi teket.

C. Lamenenud Hisi nurga puhul tekib sageli libisev hernia läbi vahelihase söögitoru lahi rindkereruumi. Seejuures kujuneb veelgi laiemalt avatud lehtritaoline tee maost söögitorusse.

Meespatsient A., 52 a. vana, hospitaliseeriti 24. IV 1960. a. (haiguslugu nr. 329) diagnoosidega: südame pärgarterite skleroos, stenokardia. Haigel on esinenud 1947. a. alates toidu «automaatne väljapurskumine» pärast söömist, eriti kui järgneb füüsiline pingutus või kui haige heidab pärast söömist pikali. 1950. a. lisandusid pidevalt kõrvetised rinnakutagusi, tundlikkus kuumade ja külmade toitude vastu, oksendamine pärast söömist. Anamneesis esineb 1942. a. vasakpoolne kavernoosne kopsutuberkuloos, mida raviti pneumotooraksiga, mis lõpetati heade tulemustega 1945. a.

Üldseisund hea, toitumus normaalne. Rindkere organid patoloogilise leiuta. Keel valge katuga, niiske. Kõht palpeerimisel pehme, valutu. Maks ja põrn normaalsed. Proovieine abil fraktsioneeritud maomahla andmed: 0/6, 0/5, 10/18, 10/22, 10/20, 0/6, 0/6; maomahla mikroskoopilisel uurimisel leiti ühes vaateväljas üksikuid erütrotsüüte, leukotsüüte (10—15) ja lima.

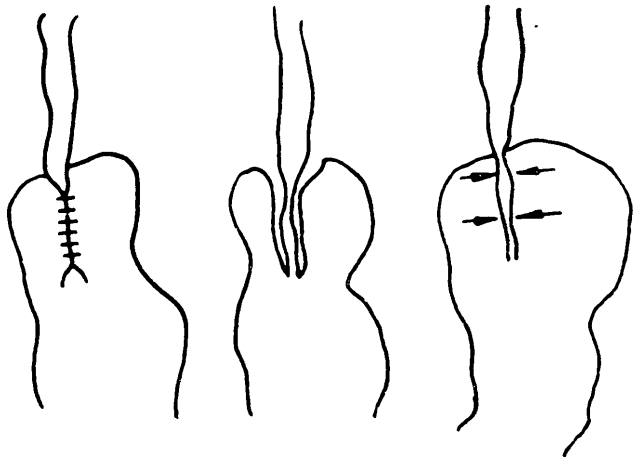
Vere analüüs: ravile tulekul — Leukots. 13.000 kerge nihkega vasakule; pärast põletikuvastase ravikuuri teostamist — Leukots. 7200, Hgb. 93%, SR 4 m/m.

EKG patoloogiliste muutusteta.

Arvestades vaevuste esinemist peamiselt lamavas asendis või kõhupressi tugevnemisel (füüsilistel pingutustel) eeldati refluksösofagiiti. Haige suunati mao ja soolte röntgeniläbivalgustusele, kusjuures paluti haiget jälgida ka lamavas asendis.

Röntgeniläbivalgustusel 3. V 1960. a. sedastati vasakul poolel pleurodiafragmaalseid liiteid, vasemal kopsutipus leiti lubikoldeid. Söögitoru oli vabalt läbitav. Mõningal määral aeglustunult läbis kontrastaine söögitoru alumist kolmandikku.

Haige lamavas asendis olles paiskus osa baariumimassist maost tagasi söögitorusse, kusjuures sedastati söögitoru alumise osa laienemist. Uuringu käigus täheldati, et isegi vähese baariumihulga olemasolu korral maos valgub baarium haige paremal küljel lamamisel, eriti sissehingamise ajal, kergesti tagasi söögitorru (vt. röntgeniülesvõte, tahvel IV).



Joonis 2. *Fundopexia* Nisseni järgi

Röntgenoloogiliselt: mao limaskesta reljeef mõnevõrra lamenenud, kurdude asetus õige, magu normotooniline, konksjas, liikuv, kontuurid siledad, peristaltika tugevnenud; kontrastaine evakuatsioon normaalne, 12-sõrmiksool patoloogiliste leidudeta.

Patsient sai põletikuvastase ravikuuri ning talle anti nõu toituda sagedamini ja vähemate toiduannustega. Pärast söömist soovitati tal mitte lamada ega istuda, samuti hoiduda füüsilistest pingutustest.

Operatiivset ravi ei rakendatud.

Käesolevat haigusjuhtu kirjeldades tahame juhtida tähelepanu asjaolule, et diagnoosi täpsustamiseks refluksösofagiidi nähtudega haigetel tuleb haiget uurida mao läbivalgustuse ajal ka lamavas asendis.

KIRJANDUS

1. Rosetti, M. Schweiz. med. Wochenschr., 1959, 49, 1280—1284. — 2. Опец Н. М. Архив патологии, 1953, 4, 82—84.

СЛУЧАЙ РЕФЛУКСЭЗОФАГИТА

Л. Мардна и А. Сиймискер

Резюме

В 1960 году в Таллинской республиканской IV больнице был госпитализирован 52-летний мужчина с диагнозом «склероз венечной артерии, стенокардия». С 1947 года у больного наблюдались изжога, повышенная чувствительность к горячей и холодной пище, рвота после еды и срыгивание пищи, особенно при лежачем положении и физическом напряжении.

Рентгенологическое исследование показало наличие рефлуксэзофагита. В лежачем положении больного (особенно на правом боку) наблюдалось самопроизвольное переливание бария из желудка в пищевод; кроме того, было установлено расширение нижнего отдела пищевода.

После проведенного противовоспалительного лечения больной был выписан с рекомендацией питаться чаще, дробными порциями; после еды не лежать, избегать физических напряжений.

Приведенный нами случай заболевания говорит о том, что для уточнения диагноза при наличии признаков рефлуксэзофагита необходимо рентгенологическое исследование желудка проводить и в лежачем положении больного.

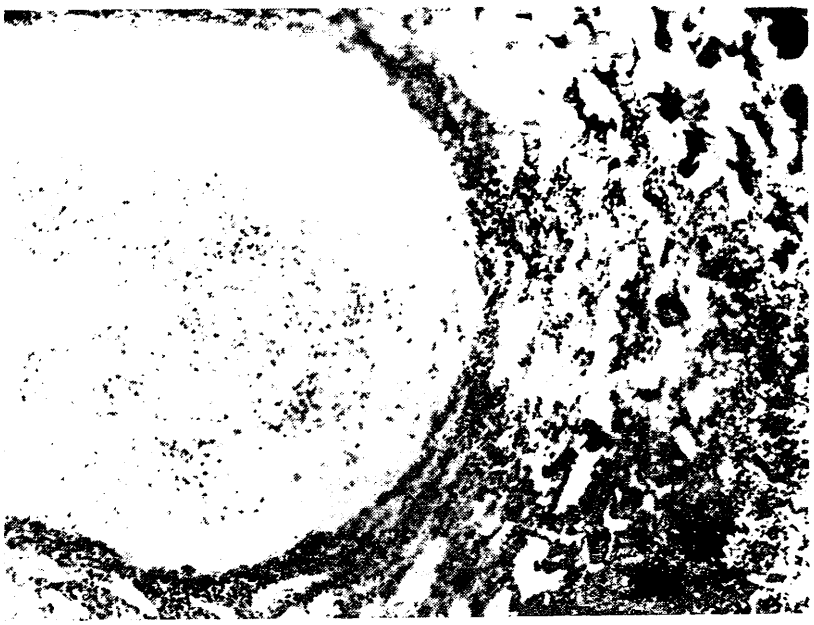
NODOOSSE PERIARTERIIDI JUHT

Arstiteaduse kandidaat *L. POKK*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia kateedrist, juhataja Eesti NSV teeneline teadlane, arstiteaduse doktor professor *A. Valdes*)

Nodoosne periarteriit (edaspidi n. p.) on suhteliselt harva esinev haigus. A. Abrikossovi (1) andmetel oli 1947. aastaks maailmakirjanduses kirjeldatud umbes 300 haigusjuhtu.

N. p. etiopatogenees ei ole lõplikult selgitatud. Seda vaadeldakse kui arteriaalse süsteemi omapärast hüperergilise iseloomuga reaktsiooniseisundit, mis on tekkinud arterite seina sensibiliseerumise tulemusena mitmesugustel infektsioos-toksilistel põhjustel. Nii on n. p. teket täheldatud seoses haigestumistega, nagu gripp, angiin, mädased haavad, süüfilis (1). W. Gerlachi (3) järgi tekib n. p. sageli seoses reumaatilise polüartriidiga. A. Richi (tsit. 2) andmetel võib n. p. tekkida sulfaniilamiidide kasutamisel. Enamikel juhtudel jääb haigestumise põhjus siiski ebaselgeks (2). N. p. kulgeb kiiresti (mõni päev) või krooniliselt (1—3 a.). Kliiniline pilt sõltub protsessi lokalisatsioonist. Sagedasemateks sümptoomideks on aneemia, polüneuralgia ning polümüosiit, seedetrakti ja neerude tegevuse häired, subfebriilne temperatuur (1).



Fotol näha nekrotiseerunud osa arteri keskkestast. Nekrootilistes massides, eriti aga lähedal asetsevas väliskestas ning laialdaselt perivaskulaarses koes leukotsütaarne infiltraat

Morfoloogilised muutused n. p. korral algavad arterite keskkestas, kus toimub lihaskiudude nekroos, enamasti mõne üksiku segmendi, harvem kogu ringmiku ulatuses. Järgnevas põletikulises staadiumis polümorftuumsed leukotsüüdid ja eosinofiilid infiltreerivad nekrootilised massid ja lähedal asetseva väliskesta. Põletikuline infiltraat levib veresoont ümbritsevasse koesse ja arteri sisekesta. Edasi toimub granulatsioonkoe vohamine ja lõpuks võib fibroosne kude asendada kõik arteri seina kestad, põhjustades soone valendiku ahendumist kuni täieliku sulguseni (1, 5, 4). Seega esinevad n. p. korral morfoloogilised muutused kõigis arteri kestades, mistõttu U. Lever (2) peab terminit «nodoosne periarteriit» ebatäpseks — õieti on sel puhul tegemist panarteriidiga. Arteritelt võivad

muutused sekundaarselt kanduda lähedastele veenidele, peamiselt põletikulise infiltratsiooni näol (6, 8).

Lahangul leitakse väljakujunenud juhul lihasetüüpi arterite seintes ümarjaid või ovaalseid paksendeid ning verevarustuse häirest tekkinud sekundaarseid muutusi elundites (verevalumid, nekroos). Kõige sagedamini on kahjustatud südame (70—90% juhtudest), samuti neerude ja mao ning sooletrakti artereid. Leidub ka juhte, kus makroskoopiliselt ei õnnestu lahangul avastada tüüpilisi muutusi. A. Abrikossovi arvates esinebki n. p. sagedamini, kui kirjanduses kirjeldatakse, sest seda ei tunta sageli ära ka lahangul. Kirjanduses on andmeid juhtude kohta, mis diagnoositi alles mikroskoopilisel uurimisel (8).

Järgnevalt kirjeldame n. p. juhtu Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna ja Tartu Kliinikute Prosektuuri materjalide põhjal.

K l i i n i l i s i a n d m e i d (haiguslugu nr. 503/1960. a.). 61-aastasel naisel oli 3 nädala vältel vasakpoolne peavalu. Umbes samal ajal paistetanud vasaku silma laud ja muutunud punetavaks. 9. veebruaril hakkas haige tundma valu vasakul pool kaelas ning märkas pidevalt suurenevat kaela paistetust, nahk samas muutunud siniseks. Haige oksendas mitu korda ja ta kõne muutus ebaselgeks. Kiirabi tõi haige samal päeval Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonda, kus vastuvõtul leiti vasakul pool kaelal ja supra- ning infraklavikulaarses regioonis hematoom, samal poolel silmalaugude turse ja eksoftalmia. Raviks rakendati külm kott kaelale hematoomi piirkonda, *Sol. calcii chlorati* 10% —10,0 + *Sol. vitamini C* 5% —5,0 veeni ning *Sol. promedroli* 2% —1,0. 10. veebruaril tekkis haigel soporoosne seisund. Lumbaalpunktaadi uurimisel leiti liikvoris massiliselt erütrotsüüte. Neuroloogi arvates oli haigel subarahnoidaalne verevalum. Ravi (hapniku inhalatsioon, 300 ml hapnikku subkutaanselt, *Ol. camphorae* 20%—4,0) ei andnud tulemusi. Haige suri 11. veebruaril ja suunati lahangule diagnoosiga: *arrosio vasorum regionis colli sinistri; tumor cerebri?; haemorrhagia subarachnoidalis.* Kaasuvad haigused: *cardiosclerosis atherosclerotica; oedema pulmonum.*

V ä l j a v õ t t e i d l a h a n g u p r o t o k o l l i s t (nr. 40/1960. a.). Vasaku silmalau piirkonnas nahk sinakaspunast värvust (hematoom). Vasakul pool supra- ja infraklavikulaarses regioonis on nahaaluses koes ja lihastes umbes paarsada ml hüübinud verd. Rebenenud veresooni ei õnnestu leida. Paremal pool teises ning kuuendas roidevahemikus verevalumid (kummaski umbes 30—40 ml hüübinud verd). Ajukese koes vasakul pool 2×1,5×2 cm suurune verevalum. Aju neljandas vatsakeses umbes kümmekond ml hüübinud verd. Lahangul loetletud verevalumite tekkepõhjus ei selgunud. Patoloogilis-anatoomiline põhidiagnoos: *haemorrhagiae cerebelli, regionis supra- et infraclavicularis sinistrae et spatii intercostalis dextri II et VI; sanguis in ventriculo quarto cerebri; haematoma regionis palpebralis sinistrae.* Lahangul diagnoositi peale selle kaasuvate haigustena: *atherosclerosis aortae et arteriarum cerebri; oedema pulmonum; cholelithiasis; cystae renis sinistri.* Supra- ja infraklavikulaarsest regioonist võetud koetükkide histoloogilisel uurimisel leiti osas väikestes arterites n. p. varajastele arengustaadiumidele iseloomulikke muutusi (vt. foto). Kahjustatud arterite seinas ja ümbritsevas koes leidus verevalumeid. Histoloogiline diagnoos (uuring nr. 592/1960. a.): *periarteritis nodosa.*

Seega näitas alles histoloogiline uuring, et käesoleval juhul on verevalumite tekkepõhjuseks nodoosne periarteriit.

KIRJANDUS

1. А б р и к о с о в А. И. Частная патологическая анатомия, вып. 11. М.-Л., 1947, 394—402. — 2. Л е в е р У. Ф. Гистопатология кожи. М., 1958, 331—334. — 3. G e r l a c h, W. Verh. dtsch. Pathol. Ges., 1923, 19, 126—131. — 4. G r u b e r, G. Virchows Archiv, 1923, 245, 123—137. — 5. J o r e s, L. Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie von F. Henke und O. Lubarsch. Berlin, 1924, II Band, 652—660. — 6. L e m k e, R. Virchows Archiv, 1923, 240, 30—58. — 7. R i c h, A. (tsit. Leveri (2) järgi). — 8. W o h l w i l l, F. Virchows Archiv, 1923, 246, 377—411.

СЛУЧАЙ УЗЛОВОГО ПЕРИАРТЕРИЙТА

Л. Покк

Р е з ю м е

У больной, 61 года, появились на левой стороне быстро нарастающие отеки в подключичной и надключичной областях, на веке глаза и шее. На 3-й день по поступлении в больницу она умерла. При вскрытии было обнаружено, кроме упомянутых отеков, еще кровоизлияния в мозжечке, а также во 2-ом и 6-ом межреберных промежутках на правой стороне. Макроскопически не выяснилась причина кровоизлияний. Гистологическое исследование показало, что причиной явился узловой периартерийт.

Meditsiini ajaloost

120 A. A. RAUBERI SÜNNIST

G. ROOKS ja *E. KOGERMAN*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna anatoomia kateedrist, kateedri juhataja dotsent *G. Rooks*)

22. märtsil 1961. a. möödus 120 aastat Tartu Ülikooli endise professori August Rauberi sünnist. 75 aasta eest 22. veebruaril saabus prof. Rauber Tartu ja asus anatoomia kateedri juhataja kohale. Samal kuupäeval 50 aasta eest siirdus ta erru.

August Antonius Rauber kasvatas oma 25-aastase pedagoogilise ja teadusliku tegevuse vältel mitu põlvkonda arste ja teadlasi. Paljudel neist on silmapaistvaid teeneid arstiteaduse arendamises (prof. N. Burdenko jt.). Rauberi õpilasi töötab edukalt veel praegugi (prof. F. Lepp, prof. A. Valdes, arstid E. Lukk, W. ja L. Beljajevid, G. Kroll).

Nõukogudemaa hindab kõrgelt A. Rauberi teeneid. G. F. Ivanov kõrvutab Rauberit selliste teadlastega nagu A. O. ja V. O. Kovalevski, I. S. Metšnikov, B. M. Behterev, K. A. Timirjazev, I. V. Mitšurin, A. N. Severtsev jt., kes oma töödega on kaasa aidanud 20. sajandi morfoloogia väljakujunemisele.

Rauberi nimi on saanud üldtuntuks tema inimese anatoomia õpik-käsiraamatu kaudu, mis lõplikult valmis Tartus. Õpik-käsiraamat ilmus aastail 1886—1904 mitmes trükis, igaüks neist täiesti ümbertöötatud kujul. Rauberi maailmakuulsaks saanud anatoomia õpik-käsiraamat tõlgiti mitmetesse keeltesse (1904. a. venekeelne tõlge ilmus Rauberi enese juhendamisel).

Enne Tartu asumist töötas Rauber prosektorina prof. W. Hisi kateedris Baselis ja hiljem Leipzigis, kus talle omistati erakorralise professori nimetus. 1875. a. lahkus Rauber põhimõtteliste lahkhelide tõttu Hisi juurest.

Aastail 1876—1886 töötas Rauber eraõpetlasena. Sellesse perioodi kuuluvad ligi pooled tema teaduslikest töödest.

Asunud 1886. a. Tartu Ülikooli, pidas Rauber sissejuhatava loengu «Über die Bedeutung der wissenschaftlichen Anatomie», milles määratles anatoomia suunad ja ülesanded. Ta rõhutas fülo- ja ontogeneetilise suuna tähtsust anatoomias, tõstis esile funktsiooni ja morfoloogia vastastikuse sõltuvuse. Anatoomia rakendusliku tähtsuse kõrval rõhutas ta ka selle distsipliini üldhariduslikku väärtust. Samaaegselt püstitas Rauber tähtsad ülesanded — luua tüsiliku ehitumusega inimorganismile arengu algstaadiumidest alates optimaalsed elutingimused, et sellega vähendada haigestumisi ja pikendada eluiga.

Tänu oma suurepärasele prepareerimisoskusele õnnestus Rauberil välja selgitada pea piirkonna vegetatiivsesse närvisüsteemi kuuluvate ganglionide seoseid. Ta kirjeldas esimesena ka vestibulaarganglioni ja pea piirkonnas paiknevate ganglionide rakkude kuju. Rauberil õnnestus täpsustada, et *n. trigeminus*'e, *n. glossopharyngeus*'e ja *n. vagus*'e ganglionid on sensiiblid, kuna *ganglion ciliare, pterygopalatinum, oticum* ja *submandibulare* kuuluvad vegetatiivsesse süsteemi.

Umbes kolmandik Rauberi töödest käsitleb embrüoloogia probleeme. Oma maailmavaatelt oli Rauber veendunud evolutsionist, kes otsustavalt hülgas mehhanistlikud kontseptsioonid (näit. Hisi omad). Oma töös «Neue Grundlegen zur Kenntnis der Zelle» väljendab Rauber materialistlikku seisukohta organismi ja väliskeskkonna ühtsusest ja samuti organismi üksikosade omavahelisest seosest. Üksikindiviidi arengut vaatleb ta protsessina, mis allub sise- ja väliskeskkonna mõjudele. Rauber on üks esimesi, kes rakendab organismi arengu uurimisel eksperimenti. Seega kuulub ta eksperimentaalse embrüoloogia rajajate hulka. Embrüoloogilisi uurimisi teostas ta kanal, luukaladel ja amfiibidel. Nii leidis ta kanaembrüo uurimisel, et kahekihiline lootekilp on modifitseeritud gastrula. Samal objektil selgitas ta, et primaarjutt ja -vagu kujutavad endast kokkukasvanud servadega blastopoori. Omaaegsete tehniliste võimaluste juures ei suutnud Rauber lõplikult välja selgitada primaarjuti tähtsust. Ta jõudis siiski selgusele, et idulehtede teket ja histogeneesi ei saa mõista ilma primaarjuti ja -vao probleemi lahendamiseta. Rauberilt on pärit ka neurula mõiste.

Rauber uuris esimesena seerialõikude abil ka lootepõie arengut küülikul. Ta tegi tähtsa avastuse, selgitades lootepõie erilise kattekihi olemasolu: selle rakukihi kui trofoblasti alge tähtsus selgus alles pärast Rauberi surma.

Suurt tähelepanu pööras prof. A. Rauber õppetöö korraldamisele anatoomia kateedris. Ta organiseeris kateedris anatoomia õppemuuseumi, kinnitades, et muuseum peab andma üliõpilastele täieliku ülevaate inimkehast ja selle üksikosadest. Muuseum pälvis üldise tunnustuse oma eeskujulikkude preparaatide ja hea korraldusega.

Prof. Rauberi õpilased mäletavad oma professorit väga huvitava lektorina. Oma loenguid illustreeris ta preparaatide ja mudelitega. Näitlikkuse tõttu mõistsid tema saksakeelset ettekannet ka need üliõpilased, kes valdasid keelt puudulikult.

22. veebruaril 1911. a. läks prof. A. Rauber pensionile, olles juhatanud Tartu Ülikooli anatoomia kateedrit 25 aastat. Enne pensionile siirdumist nimetati ta teeneliseks professoriks.

Rauberi 25-aastase tegevuse juubeli puhul andsid tolleaegne dekaan prof. D. Lavrov ja prof. K. Dehio talle arstiteaduskonna nimel auaadressi. Rauber valiti Looduseuurijate Seltsi auliikmeks. Teda tervitasid paljud vene ja välismaa ülikoolid ja teaduslikud asutused.

Prof. Rauber suri Tartus 1. märtsil 1917. a. Rauberi 10. surma-aastapäeval püstitati tema kalmule Tartus Jaani kalmistul mälestussammas.

120 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ А. А. РАУБЕРА

Г. Роокс и Э Когерман

Резюме

22 (9) марта 1961 года исполнилось 120 лет со дня рождения профессора Тартуского университета Аугуста Антониусовича Раубера. Он работал в Тартуском университете с 1886 по 1911 год. А. Раубер написал около ста научных трудов. Мировую известность приобрел его учебник по анатомии, переведенный впервые на русский язык в 1904 году. А. Раубер умер 1 марта 1917 года в Тарту, где и похоронен.

SÜMPOOSION NEUROPLEEGIKUMIDE KASUTAMISEST ANESTESIOLOOGIAS

24.—26. oktoobrini 1960. a. toimus Moskvas esimene üleliiduline sümpoosion anestesioloogia alal. Sümpoosion kutsuti kokku Nõukogude Liidu Arstiteaduse Akadeemia initsiatiivil, et võtta seisukoht viimastel aastatel laialdast kasutamist leidnud neuropleegiliste ravimite suhtes ja soovitada nende rakendamiseks ühtne metoodika.

Sümpoosionist võttis osa 428 delegaati, nende seas rida tuntud bioloogia, farmakoloogia, füsioloogia ja kirurgia professoreid ja akadeemikuid ning hulgaliselt arste-praktikuid: anestesiolooge, kirurge, neurokirurge, onkolooge, günekolooge jt. Kolme päeva jooksul esitati ligi 50 ettekannet nii kliinilistest kui ka eksperimentaalsetest tähelepanekutest neuropleegia alal. Sõnavõttudega esines üle 30 delegaadi.

Juba esimesest, professor I. Zorovi programmilisest ettekandest selgus, et meil on laialdast kasutamist leidnud nn. potentseeritud anesteesia, mille kandvamaks lüliks on fenotiasiinipreparaadid, eriti aminasiin. (Fenotiasiinirea ravimeid hakkasid esimesena meditsiinis rakendama Laborit ja Huguenard.)

Tänapäeval, mil kasutatakse kombineeritud narkoosi müorelaksantidega, jäävad näidustused neuropleegikumide rakendamiseks võrdlemisi piiratuks.

Järgnevatest, farmakoloog M. Maškovski, anestesioloogide E. Kostini, V. Vanevski jt. ettekannetest selgus, et mõõduka neuropleegia saavutamiseks on otstarbekam kasutada vähemaktiivseid preparaate, nagu promasiin, diprasiin, atsetüülpromasiin, sest aminasiin on väga aktiivne preparaat, omab palju ründepunkte ja anesteesia sellega on seetõttu raskesti juhitav. Professor M. Maškovski sõnavõtust ilmnes et farmakoloogid uurivad praegu intensiivselt uusi neuropleegilisi preparaate. Suuri lootusi pannakse mõningatele tsentraalsetele kolinolüütikumidele, samuti on oodata uute analgeetilise ja narkootilise toimega ravimite massilist väljalaskmist.

Huvitav ja väärtuslik oli aspirant V. Jurevitši ettekanne tüsistustest neuropleegikumide kasutamisel. Tüsistuste esinemist kirjeldati 34 statsionaaris, kokku 266 juhul (nendest püsiv tahhükardia — 36; sügav arteriaalne hüpotensioon — 22; ortostaatiline kollaps — 15; hingamise depressioon — 10; psüühilis-motoorne rahutus — 40; hüpertermia — 7; infiltraadid ja flebiidid — 65 juhul jne.). Tüsistused esinesid 3,5 korda sagedamini pärast intravenoosset neuropleegiliste ravimite kasutamist ja 2,5 korda sagedamini suurte dooside kasutamisel (aminasiini üle 75 mg). Kirjeldatud on 22 surmajuhtu, mida ankeetide autorid seostasid neuropleegiliste ravimite kasutamisega. Surmajuhtumite analüüs aga selgitas, et neuropleegikumid olid surma põhjuseks 2 juhul, ülejäänud juhtudel oli see ainult ebasoodsaks lisateguriks.

Väärtuslikud on ka V. Silberi tähelepanekud, millest selgub, kui suure tähtsusega on haige asend neuropleegia rakendamisel. Nimelt haige sundasendi puhul, nagu tüüpilisel neeruoperatsioonil, Trendelenburgi asendis jt. ilmnesid peale aminasiini kasutamist hemodünaamika ja välise hingamise ohtlikud muutused.

Enamik järgnevate ettekannete autoreid asus seisukohal, et soovitatav on kasutada aminasiini väikestes doosides, manustatuna lihasesisesi kas seljaaju tuimastuse või kombineeritud narkoosi eelselt. Lahtiseks jäi neuropleegiliste ravimite kasutamine šoki ravis.

Sümpoosioni lõpul üksmeelselt vastuvõetud resolutsioonis märgiti, et neuropleegilisi ravimeid on soovitatav kasutada mõõdukates doosides (aminasiini 50—75 mg), pidades silmas individuaalseid näidustusi (labiilne psüühika, kõrgenenud ainevahetus jne.). Seejuures on neuropleegilisi vahendeid soovitatav kasutada premedikatsioonina ja operatsioonijärgselt lihasesisesi, vältides operatsiooniaegseid ja veenisisesi manustamisi. Vastunäidustusteks neuropleegiliste ravimite kasutamisele on püsiv arteriaalne hüpotoonia, arteriaalne hüpertoonia, üldise skleroosi nähud, maksa ning neerude puudulikkus ja haige sundasend operatsioonil. Neuropleegiliste ravimite kasutamise ajal on soovitatav teha intravenoosseid hüpertoonilise glükoosilahuse ülekandeid koos elektrolüütide, vitamiinide ja hormoonidega.

Järgmisel anestesioloogia sümpoosionil soovitati käsitleda müorelaksantide (kurare toimeliste preparaatide) kasutamise ja kunstliku hingamise küsimusi.

B. Lehepuu

APTEEGIVÕRGU JUHTIVATE TÖÖTAJATE NÕUPIDAMISEST MOSKVAS

Tervishoiutöötajate aktiivi üleliidulise nõupidamise raames toimus NSV Liidu juhtivate apteegitöötajate nõupidamine. Nõupidamise kutsus kokku NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Varustuse ja Turustuse Peavalitsus ja sellest võtsid osa kõikide liiduvabariikide Apteekide Peavalitsuste ülemad, Vene Föderatsiooni ja Ukraina mõnede apteekide oblastivalitsuste juhatajad, Apteegiala Teadusliku Uurimise Keskinstituudi teaduslikud töötajad jt.

Liiduvabariikide Apteekide Peavalitsuste ülemad andsid ülevaate NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1960. a. jaanuarikuu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» täitmisest vabariigis ja kritiseerisid Varustuse ja Turustuse Peavalitsust, kellele on tehtud ülesandeks varustamise kõrval ka juhendada metoodiliselt kogu apteegiala NSV Liidus.

Sõnavõttudest selgus, et apteekide võrgu väljakujundamises on veel puudujääke. Tehti ettepanek likvideerida ametkondlikud apteegid (raudteeapteegid jt.), sest need töötavad ilma kontrollita ja nende osatähtsus on väike.

Puudulik on veel spetsiaalkaupluste võrk, mis raskendab raviasutuste varustamist spetsiaalse tehnikaga.

Baltikumi liiduvabariikides on apteekide võrk suhteliselt tihe. Üks apteek teenindab keskmiselt 6—9 tuhat elanikku (Eesti NSV-s 5,9 tuh. elanikku). Eesti NSV-s ei ole tarvis enam avada kuigi palju apteeke, on aga tarvis parandada olemasolevate apteekide töötingimusi, laiendada ruume ja asendada mööbel ja seadmed ajakohastega.

Halvas olukorras on veel haiglaapteegid. Haiglate tüüpprojektides pole senini apteeki ette nähtud ja nii ei rahulda apteegile eraldatav pind tegelikke vajadusi. Näitena võib nimetada isegi meie uut Rakvere haiglat, kus apteegi jaoks nähti ette ainult 2 tuba (kokku 16 m^2). Muuseas, haiglaapteekide pindala normatiivid on praegu kinnitamisel.

Varustusperspektiividest 1961. aastal rääkis NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Varustuse ja Turustuse Peavalitsuse ülema asetäitja I. Dmitriev. Meditsiinitarvete tööstuse toodang 1961. aastal suureneb 1960. aastaga võrreldes 16% võrra. 1961 a. saadakse B_{12}-vitamiini ampullides 3 korda rohkem. Täielikult rahuldatakse penitsilliini, biomütsiini ja tetratsükliini vajadus. Vajadus AKTH järele rahuldatakse samuti (koos impordiga). Teataval määral suureneb vitamiinide tootmine. Maksimaaltermomeetrite tootmine suureneb 1,6-kordselt, süstlaid saab 40% võrra rohkem, kuid täit vajadust see veel ei rahulda. Meditsiiniasutuste varustamine röntgenifilmidega jääb peaaegu 1960. a. tasemele: tootmise maht tõuseb, kuid röntgenifilme kasutatakse ka tööstustes.

Suureneb analgiini, püramidooni, sulfaniilamiidide, kofeiini ja paljude teiste ravimite tootmine. Ligi 1500 raviminimetusest hakkab tööstus 1961. a. tootma 1300 nimetust, kusjuures täies ulatuses rahuldatakse vajadused 900 ravimi osas.

Meditsiini aparatuuri ja instrumentaariumi 2800 nimetusest hakatakse tootma 2600 nimetust. Sidematerjali osas suureneb valmissidemete tootmine, marli fond meetrites jääb 1960. a. tasemele.

Lõpuks juhtis ettekandja tähelepanu meil toodetavatele uutele ravimitele. Nende juurutamine praktikasse edeneb väga aeglaselt, nõrk on informatsioon uute ravimite kohta.

I. Podolski

ÜLELIIDULISEST ASUSTATUD KOHTADE HÜGIEENI KONVERENTSIST

26.—28. detsembril 1960. a. toimus Moskvas üleliiduline konverents asustatud kohtade hügieeni ja inimese aklimatisatsiooni küsimustes.

Konverents märkis, et võrreldes eelmiste aastatega on teaduslike tööde arv asustatud kohtade hügieeni alal tunduvalt suurenenud, ühtlasi on tõusnud tööde teaduslik tase. Kuid seejuures esineb ikka veel killustatust — uuritakse kohaliku tähtsusega pisiküsimusi, mõningatel juhtudel teevad suuremadki uurimisasutused eeskätt praktilise tähtsusega töid, mis peaksid kuuluma sanitaar-epidemioloogia jaamade ülesannetesse. Tulevikus tuleb liiduvabariikide uurimisasutustel oma uurimistööd kohapeal paremini koordineerida. Üldse on 1961.—1962. a. uurimistööde plaanis ette nähtud 445 tööd.

Eriti elavad olid sõnavõtud veekogude sanitaarse kaitse ja vee hügieeni kohta. Peeti vajalikuks uurida: 1) kas senini kehtestatud veekogude sanitaarse kaitse tsoonid on andnud positiivseid tulemusi ja milliseid, 2) kas asulate ja tööstuste paigutamisel on arvestatud veeressurssidega ja 3) kuivõrd on vesi ühes või teises paigas põhjustanud nakkus- ja mittenakkavate haiguste levikut. Rõhutati komplekssete uurimiste tähtsust veeressursside uurimisel (laiahaardeliselt koostöös hüdrogeoloogide, hüdrometeoroloogide jt. spetsialistidega). Ei peetud õigeks veekogude või muude veevõtukohtade vee uurimist ainult ühe-kahe ingrediendi suhtes; peale joodi ja fluori tuleb uurida ka teiste mikroelementide, kantserogeensete jt. ainete sisaldust.

Pinnase hügieeni uurimist soovitati laiendada (plaanis kõigest 22 uurimust üle kogu NSV Liidu). Avaldati mõtet, et Eesti ja Läti NSV-s tuleks uurida kultuurkarjakoplite kasutamise võimalusi reovete ja jätete kahjutustamiseks.

Õhu hügieeni alal ei peetud soovitatavaks teostada selliseid uurimisi, kus resultaadid on niigi teada, näiteks õhu reostumine autotranspordi heitegaasidest, õhu tolmusisalduse uurimine jne. Vajalik on aga uurida õhu reostust tööstuslikest heitegaasidest, ja seda mitte ainult vastava tööstuse ümbruses, vaid ka tööstuse territooriumil.

Mitmed sõnavõtjad rõhutasid, et õhus, vees või pinnases leiduvaid tervist kahjustavaid aineid tuleb uurida kompleksselt: tuleb uurida vastavate ainete sisaldust ka antud territooriumil kasvavates taimedes ja isegi loomorganismides.

Tervist kahjustavate ainete ülemmäärade (normide) kehtestamisega samaaegselt tuleb välja töötada selle aine määramise metoodika, sest ilma selleta pole normi kehtestamisel mõtet.

Elamuhügieeni alal peeti vajalikuks uurida kõikides geograafilistes rajoonides tüüpelumajade vastavust antud rajooni klimaatilistele ja muudele tingimustele. Samuti on vaja uurida uusimaid kütte-, valgustus- ja ventilatsioonisüsteeme. Tuleb selgitada, kui sobivad on uued haiglad teatud geograafiliste rajoonide tingimustes.

Puudusena märgiti, et hügieeni teadusliku uurimise asutused ei pööra vajalikku tähelepanu mikrorajoonide planeerimisele, sanitaarse kaitse tsoonide loomisele, haljasalastamisele jne. Peeti vajalikuks, et igas epidemioloogia, mikrobioloogia ja hügieeni teadusliku uurimise instituudis loodaks asustatud kohtade planeerimise osakond.

Paljud konverentsist osavõtjad rõhutasid, et sanitaar-epidemioloogia jaamad on praegu juba võimelised osa võtma teaduslikest uurimistöödest. Nii võiksid nende töötajad uurida asulate õhku, vee ja pinnase reostust, samuti võiksid nad hea eduga uurida üksikuid tööstusobjekte, osa võtta asulate planeerimisest, haljasalade loomisest jne. Selles peavad neid senisest suuremal määral abistama teadusliku uurimise instituudid ja ka hügieeni kateedrid.

*

Kuna üleliidulisest asustatud kohtade hügieeni plaanilis-temaatilisest konverentsist võttis osa suur osa juhtivaid hügieenikuid, siis otsustati korraldada asjahuviliste nõupidamine maahügieeni küsimustes.

Senini kuulus maahügieen asustatud kohtade hügieeni alla, mistõttu sellele ei pööratud küllaldast tähelepanu. 1960. aastast eraldati maahügieen omaette probleemiks (probleem nr. 52). Juhtivaks keskuseks on Kiievi Üldise ja Kommunaalhügieeni Instituut (direktor prof. D. Kaljužnõi). Vastav probleemikomisjon loodi Ukraina NSV Tervishoiu Ministeeriumi õpetatud nõukogu juurde.

D. Kaljužnõi andis ülevaate senini (poole aasta jooksul) tehtud organisatoorsest tööst maahügieenialaste uurimiste koordineerimisel. 1961.—1962. a. teostatakse 193 uurimistööd (neist 3 Eesti NSV-s) põllutöö hügieeni, kommunaalhügieeni, põllutöö traumatismi, koolihügieeni ja maaelanike toitlushügieeni alal. Peeti soovitatavaks tunduvalt laiendada maahügieenialaste uurimistööde temaatikat.

M. Kask

NAKKUSHAIGUSTE JA HÜGIEENI KONVERENTS TALLINNAS

20.—22. detsembrini 1960. a. toimus Tallinnas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi aruande ja I. I. Metšnikovi nimelise Eesti Vabariikliku Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Teadusliku Seltsi 10. aastapäeva tähistamise ühine konverents.

Konverentsil esitati üle 50 ettekande, mis käsitlesid peamiselt sooleinfektsioone, viirushaigusi ja kooli- ning tööstushügieeni küsimusi.

Konverentsi viiest istungist võttis osa üle 400 inimese; oli saabunud külalisi ka Moskvast, Leningradist ja teistest Nõukogude Liidu keskustest.

Pärast konverentsi avamist Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esimehe A. Gunteri poolt kõneles Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi tegevusest instituudi direktor A. Jannus. Ülevaate I. I. Metšnikovi nimelise seltsi tegevusest andis seltsi esimees K. Vassiljeva.

Sooleinfektsioonide küsimusi käsitleti üheteistkümnes ettekandes. Leningradi L. Pasteuri nimelise Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi direktor I. Mihhailov, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõud A. Lenzner ja Moskva I. I. Metšnikovi nimelise Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituudi töötaja K. Kilesso kõnelesid soolenakkuste diagnostika küsimustest. Esimesed kaks referereerisid flourestseerivate antikehade rakendamise võimalustest, viimane aga O-bakteriofaagi kasutamisest. Nende ettekannete täienduseks oli R. Sudakova (Tallinn) uurimus faagi tiitri tõusureaktsioonist düsenteeriatekitajate identifitseerimisel.

Salmonella typhi murium'ist põhjustatud haigestumisi Eesti NSV-s käsitles H. Pihl. K. Ahhundova kõneles kohalikkude salmonellade tundlikkusest antibiootikumide ja sulfaniilamiidide suhtes.

Kolienteriite käsitlesid A. Svitškarjova, L. Hazenoni (Leningrad) ja E. Tallmeistri ettekanded. Eksperimentaalseid andmeid *Bact. coli* muutlikkuse kohta antibiootikumide toimel esitas A. Jannus.

Soolenakkuste teaduslikule uurimisele vabariigis andis oma sõnavõtus tunnustava hinnangu professor E. Novgorodskaja.

Viirushaigustest käsitleti konverentsil gripi (E. Närska), adenoviiruste (L. Möller), rõugete (K. Ahhundova, E. Puusepp) ja poliomüeliidi (K. Vassiljeva, T. Kuslap, V. Tapupere, K. Männik, L. Priimägi, S. Jõks) küsimusi. Ettekanded poliomüeliidi kohta demonstreerisid veelkordselt elusvaktsiini rakendamise suurt efektiivsust. Ülevaate poliomüeliidi pontiinsete vormide viroloogilisest ja seroloogilisest karakteristikast andis O. Rodštein (Leningrad). Poliomüeliidiga kliiniliselt sarnaseid haigestumisi vabariigis käsitles E. Raudami, T. Kuslapi ja I. Rubinsteini ettekanne. Üldist huvi äratas L. Päi ja L. Priimäe teade reumahaigete seerumi tsütopatogeensetest omadustest.

Koolihügieeni küsimustele olid pühendatud E. Valdre, S. Kallase, A. Silla, M. Teoste, V. Hioni ja E. Žurba ettekanded. Kõik need baseerusid tähelepanekutel, mis olid saadud Tallinna Internaatkooli nendes klassides, kus rakendati kõrgendatud vaimse ja füüsilise koormusega režiimi. Konverentsil viibinud Eesti NSV haridusminister A. Eisen kiitis heaks arstiteadlaste püüdlused kaasa aidata uue koolikorra juurutamisele.

Tööstushügieeni-alastes ettekannetes kõnelesid Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi töötajad (A. Sillam, I. Akkerberg, E. Blinova, P. Bogovski, H. Jänes, A. Võsamäe ja V. Küng) põlevkivitööstuse hügieeni mitmesugustest küsimustest.

Teaduslikkude uurimisasutuste kõrval on hügieeniprobleemide uurimisel teinud edusamme ka sanitaar-epidemioloogia jaamad, mida tõendasid N. Tihhoni, G. Feoktistovi, L. Jermolajeva, M. Vellama ja A. Goldbergi ettekanded.

Eesti NSV tööstustööliste uurimise tulemustest ja kutsehaiguste küsimustest andis ülevaate I. Maripuu, kes rõhutas, et võitluses kutsehaigustega on vaja sanitaar-epidemioloogia jaamade ja ravi-profülaktikaasutuste koostööd.

Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töötaja L. Jermolajeva esitas oma tähelepanekuid Tallinna hambaravi kabinettide õhu saastumisvõimaluste kohta elavhõbedaga.

Rida ettekandeid käsitlesid ka veehügieeni küsimusi. Eesti NSV veevarustusest kõnelesid Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi töötajad L. Kuik ja L. Võgovskaja. Tööstuslike reovete mõju Pärnu jõele uurisid J. Veldre ja N. Tihhon. Andmeid Tallinna reovete bakterioloogilise ja helmintoloogilise iseloomu kohta esitasid Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töötajad E. Didenko, G. Kondratjeva, Z. Gorbunova ja V. Gorskaja. Kohalike veekogude kalade nakatatusest laiussi plerotserkoididega andsid ülevaate G. Kondratjeva ja E. Peikre (Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam).

Tallinna elanike helmintoloogilisest uurimisest ja ravist tõid andmeid M. Buhh ja S. Urman (Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam).

C-vitamiini sisalduse uurimisest toiduainetes kõnelesid A. Aljak Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast ja E. Vagane Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist.

Konverents oli oluliseks sündmuseks, andes ülevaate uurimistöödest nakkushaiguste ja hügieeni alal vabariigis.

H. Pihl

ÜLELIIDULINE HELMINTOLOOGIDE KONVERENTS

1960. a. detsembris toimus Moskvas Üleliidulise Helmintoloogide Seltsi teaduslik konverents. Konverentsi avas seltsi esimees akadeemik K. Skrjabin.

Konverentsi töö toimus plenaar- ja sektsioonide istungitena.

Meditsiini sektsioonis kuulati ettekandeid tenidooside, askaridoosi, difüllobotrioosi ja trihhoentsefaloosi ravi probleemide kohta. Suure huviga kuulati L. Mukvoz'i (Zaporožje oblasti Sanitaar-Epidemioloogia Jaam) ettekannet «Tenidoosi likvideerimise perspektiividest Zaporožje oblasti elanikkonna hulgas». Haigete väljaselgitamiseks uuriti elanikkonda anamnestiliselt kõigis ambulatooriumides, polikliinikutes, arsti- ja velskrijaoskondades. Uurimise ja küsitluse läbiviimiseks varustati vastavad kabinetid purkidega, milles olid paelusside lülid, mida demonstreeriti küsitluse ajal haigetele. Üheaegselt tenidoosihaigete väljaselgitamisega ja nende dispanseersele vaatlusele võtmisega 2 aastaks uuriti iga haigusjuhtu ka epidemioloogiliselt, kusjuures kohustuslikult uuriti kõiki haige perekonnaliikmeid. Suurt tähele-

panu osutati väliskeskkonna kaitsmisele saastumise eest jäätmetega ja käimlate ehitamisele loomakasvatusfarmides, sovhoosides ja kolhoosides. Samuti teostati rangemat sanitaar-veterinaarkontrolli loomade tapmise ja lihasaaduste müümise üle. Alates 1958. a. teatasid veterinaar- ja sanitaarorganisatsioonid üksteisele igast väljaselgitatud finnoosi- ja tenidoosijuhust vastavate abinõude tarvitusele võtmiseks.

Lootustandvatest tulemustest trihhotsefalloosi ravimisel kõnelesid N. Plotnikova, N. Ozeretskovskaja, N. Ananina ja M. Turtšina (NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi J. Martsinkovski nimeline Meditsiinilise Parasitoloogia ja Troopilise Meditsiini Instituut) oma ettekandes «Trihhotsefalloosi ravist ditiasiiniga». Ditiasiini anti 20-le piuglase invasiooniga täiskasvanule. Preparaati ordineeriti 0,2 g dražeedena 3 korda päevas 2 tundi pärast söömist, 5 päeva järjest. 11 haige dispanseersel jälgimisel ei leitud piuglase mune 6 nädala jooksul 10 haigel isegi 2—6 korda teostatud rooja uurimisel.

Z. Jaldõgina ettekanne käsitles difüllobotrioosi Arhangelski oblastis Neenetsi rahvusringkonnas, kus esineb laiussi: vene elanikkonna hulgas umbes 28—40% ja neenetsi elanikkonna hulgas 11—47,5%; invasiooni intensiivsus oli seejuures kuni 201 parasiiti ühel haigel.

N. Baženova (Leningradi Sanitaar-Hügieenilise Meditsiini Instituut) kõneles difüllobotrioosist Laadoga järve kaluritel, kelle hulgas avastati nii pernitsioosset tüüpi makrotsütaarse aneemia haigeid kui ka pühkunud aneemiavormidega isikuid.

A. Lavrentjev (Kiiev) märkis oma ettekandes «Joodi ja selle preparaatide kasutamine helmintooside likvideerimisel inimestel ja loomadel», et joodi vähesus soodustab tugevasti helmintooside levimist ja raskendab nende kulgu. Struuma, vähi ja helmintooside areaalid (levikualad) langevad ühte ja keskenduvad joodivaestesse piirkondadesse. Loode-Ukraina endeemilise struuma piirkonnas on elanikkonna nakatatus helmintoosidega 80—100%, kusjuures Ukraina mereäärsetes osades on nakatatud ainult umbes 1,5% elanikest. Referent arvab, et joodibalansi paranemisel langeb haigestumine helmintoosi kiiresti iseenesliku spontaanse tervistumise teel.

Mitmed ettekanded käsitlesid askaridoosi epidemioloogiat erinevates geograafilistes piirkondades, immunoloogiliste reaktsioonide rakendamist askaridoosi varajaseks diagnoosimiseks, samuti askaridoosi ravimist lihtsustatud metoodika järgi mitmesuguste piperasiinipreparaatidega.

Konverentsi tööst võtsid osa Moskva ja Leningradi teaduslikud töötajad ja helmintoloogid paljudest Nõukogude Liidu linnadest.

G. Kondratjeva

EESTI NSV NEUROLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE X VABARIIKLIK KONVERENTS

20. ja 21. jaanuaril 1961. aastal toimus Tallinnas Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite X vabariiklik konverents. Konverentsist võttis osa ligi 100 neuroloogi ja psühhiaatrit meie vabariigist ja külalisi Lätist ning Leedust. Konverentsi 4 istungil kuulati 34 teaduslikku ettekannet. Konverentsi avas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse ülem A. Sarap. Järgnevalt andis seltsi esimees A. Chevalier ülevaate seltsi tegevusest. Professor E. Karu esitas ettekandes «Nihked Eesti NSV psühhoneuroloogia haiglatesse aastatel 1940—1960 vastuvõetud ja dispanseersetes osakondades 1952—1960 arvelolevate haigete kontingentides» mitmeid organisatsioonilisi probleeme, mille lahendamine on oluline meie psühhiaatriavõrgu töö parandamiseks.

Rida Tartu psühhiaatrite ettekandeid käsitlesid alkoholismi probleemi üksikuid aspekte. Professor E. Karu näitas, et väikeste alkoholiannuste toimel, mida kliiniliselt on raske sedastada ja mida ei peeta ohtlikuks, tekivad vere rakulise koostise ja seerumivalgu kontsentratsiooni ulatuslikud nihked. Dotsent J. Saarma tõestas, et alkoholi ühekordne manustamine ka väikeses annuses põhjustab pidurdusseisundi nii kõrgemas kui ka vegetatiivses närvitegevuses, kroonilise alkoholi-intoksikatsiooni tagajärjel aga kujuneb välja püsiva iseloomuga pidurdussündroom, mida alkoholi igakordne tarvitamine ajutiselt veelgi süvendab. K. Aru käsitles alkoholismi ja skisofreenia vastastikuse seose küsimusi, L. Tulmin alkohoolseid psühhoose ja nende ravimeetodeid. Arstiteaduse kandidaat V. Zuhhar ja T. Platonova (Tallinn) kirjeldasid kroonilistel alkohoolikutel antabusravi puhul esinevaid psüühilisi häireid.

Psüühiliste haiguste ja ravi probleemidele oli pühendatud 5 ettekannet. Dotsent J. Saarma käsitles insuliinravi näidustusi ja taktika küsimusi skisofreeniahaigetel. Ettekandja näitas, et insuliinravi indikatsioonide täpsustamiseks on vaja kliinilis-psühhopatoloogilise sündroomi kõrval kasutada ka haigete neurofüsioloogilist uurimist. I. Paulus (Tallinn) andis ülevaate elekterkrampravi teostamisest ditilliiniga. L. Kivivare ja H. Vasar (Tartu) analüüsisid Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia Haiglas 1945.—1959. a. ravil viibinud 702 epilepsiahaigel kasutatud medikamentoosse ravi meetodeid. Suurte krambihoogude puhul osutus efektiivsemaks bromiidide manustamine, eriti depooravina ning kombinatsioonis luminaali ja aaloe-ekstraktiga. Väikeste hoogude puhul andis parimaid tulemusi tri-

metiiniga kombineeritud Sereiski ravimeetod. U. Brems (Jämejala) esitas tähelepanekuid depressiivse sündroomiga haigete aminasiinravist, E. Rosanova, O. Semevsky ja E. Untera (Jämejala) käsitlesid aminasiinravi puhul esinevaid patoloogilisi veremuutusi.

Arstiteaduse kandidaat S. Koppel (Tallinn) analüüsis I. P. Pavlovi õpetuse seisukohalt mõningaid religioosse ekstaasi seisundeid. M. Värk (Tartu) käsitles psühhogeenia ja skisofreenia seose ning diferentsiaaldiagnostika küsimusi. V. Tur (Pärnu) kirjeldas mõnede neurootiliste haigestumiste etioloogilise alusena esinevaid seksuaaltegevuse häireid.

Suurt huvi pakkusid vabariigi neurokirurgide ettekanded. Dotsent E. Raudam, R. Paimre ja E. Heinsoo (Tartu) näitasid ettekandes «Ekstrapüramidaalsete sündroomide ravist stereotaktiliste operatsioonidega», et stereotaktilisi operatsioone (kemopallidektoomiat ja kemotalamektoomiat) tuleb pidada ekstrapüramidaalsete sündroomide konservatiivsetest ravimeetoditest efektiivsemaks. Eesti NSV teeneline arst F. Raudkepp (Tallinn) pani ette kasutada aresorptiivse hüdrotsefaalia ravil omentoduraalse anastomoosi moodustamiseks drenaažimaterjalina polüetüleendioksüüdkile riba, kirjeldades kahel haigel saavutatud häid ravitulemusi. A. Veldi (Tartu) andis ülevaate intubatsioonnarkoosi kasutamisest Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgia osakonnas. Autor peab intubatsioonnarkoosi neurokirurgiliste operatsioonide teostamisel valikmeetodiks. Intubatsioonnarkoos laiendab neurokirurgiliste vahelesegamiste indikatsioone ja muudab ohutumaks operatsiooniperioodi juhtimise. A. Tikk (Tartu) käsitles vee- ja kloriidide-ainevahetuse häireid ajukolju traumade akuutses staadiumis. Uurimus omab suure praktilise tähtsuse. Arstiteaduse kandidaat A. Chevalier (Tallinn) käsitles poksi toimet kesknärvisüsteemile. Arstiteaduse kandidaat K. Põldvere (Tartu) käsitles kesknärvisüsteemi kahjustust harva esineva haiguse — sakkoidoosi (Besnier-Boeck-Schaumanni haigus) korral.

Neurokirurgilise diagnostika alalt esitasid dotsent E. Raudam, R. Paimre ja H. Vadi ettekande «Radoonmüelograafia ja radoonepidurograafia diagnostilisest väärtusest patoloogiliste spinaalsete protsesside puhul» ja E. Heinsoo (Tartu) ettekande «Pneumoentsefalograafia metoodikast».

Käesoleval ajal on meie vabariigis tähtsaks probleemiks poliomüeliidihaigete kompleksse teraapia küsimused taastumisperioodil. Ioniseeritud hapniku mõju mõningatele termoregulatsiooni näitajatele poliomüeliidi taastumisperioodil käsitlesid M. Lepp ja T. Tanimäe (Tartu), ioniseeritud hapniku toimet seerum-koliinesteraasi aktiivsusele A. Siimre (Tartu). Elektroaerosoolide toimet hingamis- ja südametegevusele, arteriaalsele vererõhule ja vitaalkapatsiteedile hingamishäiretega poliomüeliidihaigetel käsitlesid E. Kross ja R. Zupping (Tartu).

H. Saar (Tartu) andis ülevaate *sclerosis multiplex*'i esinemisest Eesti NSV-s ajavahemikul 1925.—1959. a. Perifeerse närvisüsteemi haiguste diagnostika ja teraapia küsimusi käsitlesid M. Farber (Narva), B. Budaševski (Narva) ja E. Roode (Tartu). I. Rubinštein (Tallinn) kirjeldas hiina klassikalise rahvameditsiini meetodit — tžen-tzjuteraapiat ja analüüsis 50 haigel teostatud ravi efektiivsust. Biokeemilisi ja immunobioloogilisi küsimusi psühhiaatria ja neuroloogia kliinikus käsitlesid S. Parmasto (Tallinn), E. Tiigimäe (Tartu) ja A. Lendre (Tartu).

Konverentsil valiti Eesti NSV Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi uus juhatus koosseisus professor E. Karu, dotsent E. Raudam, arstiteaduse kandidaat A. Chevalier, Eesti NSV teeneline arst F. Raudkepp, M. Serman, I. Paulus ja U. Luts. Seltsi revisjonikomisjoni valiti dotsent J. Saarma, I. Kärner ja V. Grüntal.

S. Koppel

KONVERENTS SÜDAME- JA VERESOONKONNA HAIGUSTEST

28. kuni 30. jaanuarini 1961. a. toimus Moskvas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teraapia Instituudi teaduslik sessioon hüpertooniatõve, ateroskleroosi ja koronaarpatoloogia küsimustes. Sessiooni viiel istungil kuulati ära 25 ettekannet.

Ettekannetes südame- ja veresoonkonna füsioloogia ja patoloogia alalt käsitleti kardiovaskulaarsüsteemi reflektoorse ja neurohumoraalse regulatsiooni küsimusi (B. Kulajevi, I. Rodionovi ja V. Salmanovitši ettekanded), samuti südame funktsionaalset seisundit kunstliku verevarustuse tingimustes (A. Trubetskoi). V. Karpman ja A. Abrikossova, kes uurisid südame minutimahu ja perifeerse vastupanu vahelist seost hüpertooniatõve puhul, märkisid, et nende andmed ei kinnita seisukohta, mille järgi südame minutimahu absoluutne suurenemine põhjustab arteriaalse vererõhu tõusu.

Biokeemia-alastes ettekannetes puudutati trikarboonhapete tsükli fermentsüsteemide aktiivsuse küsimust eksperimentaalse ateroskleroosi puhul ja amiinohapete

koostise osatähtsust ateroskleroosi ja müokardi infarkti tekkimisel. Külalisena esines prof. L. Selye Kanadast, kes kõneles adaptatsioonisündroomi osast müokardi infarkti patogeneesis.

Südame- ja veresoonkonna haiguste patogeneesi käsitlevatest ettekannetest pakkus erilist huvi L. Kassatkina ettekanne «Hüaluronidaasi mõjust eksperimentaalse ateroskleroosi arengule küülikuil». Autori andmeil soodustab hüaluronidaas, põhjustades kapillaaride permeaabluse muutusi, eksperimentaalse ateroskleroosi arengut. Järgnenud sõnavõttudes rõhutati, et need andmed pakuvad suurt huvi ateroskleroosi patogeneesi uurimise seisukohast.

Hüpertooniatõve, müokardi infarkti ja ateroskleroosi kliinikule ja epidemioloogiale oli pühendatud 5 ettekannet. I. Glazunov kõneles müokardi infarktide levikust NSV Liidu erinevates piirkondades. Autor leidis, et on olemas sõltuvus müokardi infarktisse suremise, toiduks tarvitatava rasvade hulga (kaubandusvõrgu andmeil) ning vere keskmise kolesteriinisisalduse vahel. Nii näiteks täheldas I. Glazunov nende 3 näitaja kõige kõrgemaid väärtusi Tallinnas, kõige väiksemaid — Stalinabadis. Sõnavõtjad tegid õigustatud märkusi, et selle ettekande autor alahindab klimaatiliste tegurite osatähtsust müokardi infarkti tekkimises. F. Karapetjani ettekandest selgus, et vere kõrget kolesteriinisisaldust noortel inimestel võib pidada eelsoodumuse näitajaks ateroskleroosi suhtes. J. Pronini andmeil soodustab rasvumine kui lipiidide ainevahetuse häire varajase ateroskleroosi arengut.

Raviküsimusi käsitlevates ettekannetes toodi andmeid eksperimentaalse tromboosi eduka ravi kohta fibrinolüsiini abil (G. Andrejenko), hüpotiasiidi hüpotensiivse toime kohta (N. Ratner), novuriidi ja diakarbi efektiivsuse kohta kardiovaskulaarse päritoluga ödeemide ravil jm.

Lõppsõnas rõhutas A. Mjasnikov vajadust pöörata rohkem tähelepanu hemodünaamika uurimisele hüpertooniatõve puhul. Mainimist väärib, et tänapäeval on hüpertooniatõve patogeneesi käsitlemisel üheks keskseks küsimuseks neerupealiste funktsioon. Toitumise osatähtsus ateroskleroosi kujunemisel vajab veel selgitamist — A. Mjasnikovi arvates on kolesterineemia esinemine noortel seostatav ka päriliku eelsoodumusega. Südame- ja veresoonkonna haiguste edasisel uurimisel tuleb rohkem tähelepanu pöörata nende haiguste epidemioloogia selgitamisele (geograafilis-klimaatiliste, professionaalsete, elukondlike, ealiste ja teiste tegurite mõju). Puudutades hüpertooniatõve ravi probleeme, soovitas A. Mjasnikov rakendada selle haiguse I staadiumi puhul serpasiili, II staadiumi puhul serpasiili kombinatsioonis gangliioblokaatoritega, III staadiumis aga kõrvuti eespool mainitud vahenditega veel hüpotiasiidi.

B. Schamardin

JURIIDILIST NÕUANNET

K ü s i m u s. Kuidas tasutakse meditsiiniõele väljaspool tööaega toimunud väljakutsete eest?

V a s t u s. Töökohustuste täitmisega seotud väljakutsete eest väljaspool tööaega tuleb meditsiiniõele tasuda kui ületunnitöö eest. Ületunnitööd võib lubada mitte rohkem kui 120 tundi aastas.

K ü s i m u s. Kui palju tuleb meditsiinitöötajal tasuda liikmemaksu ametiühingu algorganisatsioonile, kui ta töötab poolteise koormusega, kas ühe või poolteise koha töötasu eest?

V a s t u s. Kui töötaja töötab poolteise kohaga, siis võetakse ametiühingu liikmemaksu poolteise koha töötasust.

K ü s i m u s. Kas meditsiinitöötajal on õigus saada palgalisa, kui ta oma tööajast töötab iga päev 2 tundi röntgenikabinetis ja 1 tund raadiumravi kabinetis?

V a s t u s. Kui meditsiinitöötaja töötab 50% oma tööajast tervist kahjustavates tingimustes, siis on tal õigus saada lisatasu.

K ü s i m u s. Töötan lastekodus õde-kasvatajana. Mitmetunniline on mulle ettenähtud tööpäev?

V a s t u s. Lastekodus on õe-kasvataja tööpäev 7-tunniline.

K ü s i m u s. Kas lahkumisel töölt omal soovil enne 1. jaanuari 1960. a. säilib pidev tööstaaž?

V a s t u s. NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi 5. aug. 1960. a. seadluse alusel säilib pidev tööstaaž ka nendel juhtudel, kui töökoha vahetamine omal soovil on toimunud enne 1960. aastat.

K ü s i m u s. Töötaja vajab sanatoorset ravi, kuid korraline ja lisapuhkus on tal juba ära kasutatud. Kuidas sel juhul toimida?

V a s t u s. Kui töötaja vajab sanatoorset ravi, kuid puhkus on ära kasutatud enne sanatooriumi või kuurorti sõitmist, siis võib administratsioon anda palgata puhkust korralise puhkuse ja lisapuhkuse päevade ulatuses, ülejäänud päevade kohta antakse haigusleht.

K ü s i m u s. Kas esimese ja teise kategooria arstidele on ette nähtud personaalset palgalisa?

V a s t u s. Alates 1. jaanuarist 1961. a. kehtestatakse personaalsed palgalisad ametipalgale üldreeglina nendele arstidele, kes on atesteerimisel olnud ja kellele omistati esimene kategooria (palgalisa 20% ulatuses ametipalgast) või teine kategooria (15% ulatuses ametipalgast). Arstidele, kellele omistatakse kvalifikatsiooni ja oskuslikkuse eest esimene või teine kategooria, määratakse iga kord personaalse palgalisa saamise õigus ja protsendimäär Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga. Arstidel, kellele kuni 22. septembrini 1960. a. oli Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjaga määratud personaalne palgalisa ametipalgale oskuslikkuse eest, säilitatakse see kuni esimese või teise kategooria omistamiseni või kuni uuele ametikohale üleminekuni.

Uuele ametikohale üleminekul määrab personaalse palgalisa igakordselt Eesti NSV tervishoiu minister oma käskkirjaga (ka siis, kui arstile on antud atesteerimisel esimene või teine kategooria).

A. K a l d m a,
Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juriskonsult

PROFESSOR FELIX LEPP 80-AASTANE

2. mail 1961. a. tähistab Eesti NSV teeneline teadlane, väljapaistev arst ja pedagoog, Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateedri juhataja professor emeeritus Felix Lepp oma 80. sünnipäeva.

Juubilar sündis Võrumaal (endises Tsooru vallas) töölise perekonnas, õppis Rõuge vallakoolis ja Tartu gümnaasiumis, mille lõpetas eksternina 1910. a. Seejärel astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, kus õppis kuni 1914. a. Puhkenud Esimene maailmasõda katkestas ajutiselt F. Lepa ülikooliõpingud: ta mobiliseeriti sõjaväkke ja suunati 48. sõjaväehospidalisse, kus töötas ordinaatorina kuni 1917. a. Pärast demobiliseerimist jätkas ta õpinguid ja lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1918. a. üldhindega *cum laude*. Pärast ülikooli lõpetamist töötas F. Lepp kaks aastat Tartus kooliarstina. Mõni aasta hiljem sooritas ta doktorandi eksamid ja 1924. a. kaitses doktoriväitekirja teemal «Pleuravedelike bakterioloogiline ja eksperimentaalne uurimine».

F. Lepp on viljakamaid teadlasi mikrobioloogia alal: tal on ilmunud trükis üle 50 töö bakterioloogia ja nakkushaiguste küsimustest.

F. Lepp organiseeris ja sisustas 1940. a. Tartus Sanitaar-Epidemioloogia Jaama ja juhatas selle tegevust kuni 1941. a. selle likvideerimiseni.

F. Lepp on tegutsenud pedagoogina Tartu Riiklikus Ülikoolis ligikaudu kolmkümmend aastat. Omandanud habilitatsiooni 1927. a., luges ta kolme aasta jooksul arstiteaduse üliõpilastele loenguid tuberkuloosi epidemioloogiast. Rea aastate jooksul, nüüd juba dotsendina, pidas ta loenguid nakkushaiguste kliinikust ja sisehaiguste polikliinikust. 1944. a. valiti ta TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateedri juhatajaks ja talle omistati professori teaduslik kutse. Üle kümne noore teadlase on koostanud tema juhendamisel oma väitekirjad.

F. Lepp on Tartu Arstide Seltsi asutajaid, Tartu Arstide Teadusliku Seltsi jt. teaduslike seltside tegevliige.

Nõukogude valitsus autasustas professor F. Leppa 1950. a. viljaka pedagoogilise ja teadusliku töö eest Tööpunalipu ordeniga. Ta on autasustatud ka medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas 1941—1945». Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 26. maist 1956. a. omistati F. Lepale Eesti NSV teenelise teadlase aunimetus.

G. Kingisepp

PROFESSOR ALEKSANDRA RAATMA 60-AASTANE

6. mail tähistab Eesti NSV tervishoiutöötajate pere professor Aleksandra Raatma 60 aasta juubelit. Ühtlasi on A. Raatmal täitunud 35 aastat arstliku tegevuse algusest ja 25 aastat pedagoogilist tööd kõrgemas koolis.

A. Raatma sündis 6. mail 1901. a. Tallinnas kontoriametniku tütrena. Lõpetanud Narva gümnaasiumi, astus ta 1915. a. sügisel Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1925. a. Juba üliõpilasena tundis A. Raatma sügavat huvi teadusliku töö vastu. 1923. a. ilmus trükist eksperimentaalne patohistoloogiline töö, mille A. Raatma oli teostanud koos prof. A. Lipschütziga. Ülikooli lõpetamise järel asus A. Raatma tööle kohtuarstiteaduse instituudi (kateedri) assistendina. Välja arvatud poolteiseaastane vaheaeg, mil A. Raatma oli jaoskonnaarstiks Haljalas (1927—1928), töötas ta kohtuarstiteaduse kateedris kuni 1934. aastani. Sellel perioodil valmis tal doktoriväitekiri («Käekirja iseloomust üksikperekondades ja sugulaskonnas ja selle tähendusest grafoloogilise ekspertiisi puhul»), mille ta kaitses 25. septembril 1933. a.

Aastatel 1934—1936 töötas A. Raatma kooli- ja jaoskonnaarstina Tartus, Viru-Nigulas ja Tallinnas. 1936. a. ja 1937. a. viibis ta enesetäiendamise otstarbel Viinis ja Berliinis. 1937. a. kevadel kutsuti A. Raatma õppejõuks Tallinna Kodumajandus- ja Sotsiaalinstituuti, kus ta töötas kuni 1939. a. sügiseni. Pärast lühemaajalist tegevust Rakveres kooliarstina kutsuti A. Raatma nõukogude võimu kehtestamise järel Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kohtumeditsiini peaeksperdi töökohale, kus ta oli kuni 1941. a. suveni. Okupatsiooniaastail töötas A. Raatma kooli- ja jaoskonnaarstina Rakveres ja Viru-Roelas.

Kohe pärast Eesti NSV vabastamist kutsuti A. Raatma Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppejõuks. Alates 16. jaanuarist 1945. a. töötas ta kohtuarstiteaduse kateedri juhatajana ning 1947. a. omistati talle professori kutse. Pärast kateedrite ühendamist 1949. a. töötab A. Raatma kateedri professorina. A. Raatma teaduslik töö on intensiivne: tema sulest on alates 1945. a. ilmunud üle 15 artikli nii vabariiklikes kui ka üleliidulistes väljaannetes.

Otsese kutsetöö kõrval on A. Raatma rea aastate vältel täitnud ka vastutusrikkaid administratiivseid kohustusi. Nii oli ta aastatel 1950—1951 TRÜ aspirantide juhendaja, aastatel 1954—1959 aga Arstiteaduskonna prodekaaniks.

Professor A. Raatma tööd on valitsus hinnanud medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas 1941—1945».

J. Saarma

Referaate

Sooanomaaliate probleemid tänapäeval. V. Kosenov *(Gegenwärtige Probleme der Geschlechtoanomalien)*. Kinderärztliche Praxis, 1960, 9, 407—426.

Autor käsitleb sooanomaaliatega indiviidide uurimise uusi meetodeid: rakutuumade ja kromosoomide uurimist. Empiiriliselt. tehti kindlaks, et naissoost indiviidide rakutuumad sisaldavad suuri kromatiinkogumikke, mistõttu osutus võimalikuks koerakkude uurimisega kindlaks teha indiviidi sugu. Arvatakse, et need kromatiinkogumikud moodustuvad kahest X-kromosoomist, mis esinevad naissoost indiviididel (meestel esineb üks X- ja üks Y-kromosoom). Viimastel aastatel on osutunud võimalikuks rakkude kultiveerimise ja mitmesuguste ainetega töötlemise teel loendada rakkude kromosoomide arvu ja uurida neid morfoloogiliselt. Selgus, et inimesel on 46 kromosoomi, mitte 48, nagu varem arvati. Mõnede sooanomaaliate puhul on kromosoomide arv ühe võrra väiksem või suurem kui normaalselt. Autor nimetab neid juhte kromosomaalseteks sooanomaaliateks. Need on järgmised:

	Klinefelteri sündroom	Ullrich-Turneri sündroom	«Super-Female» sündroom
Välimuselt	Mees	Naine	Naine
Rakutuumade järgi	Naine	Mees	Naine
Kromosoomide arv	47	45	47
Sugukromosoomid	XXY	X	XXX
Gonaadid	Hüpoplastilised testised	Düsgeneesia	Ovaariumid

Kahe x-kromosoomi tõttu Klinefelteri sündroomi puhul on arusaadav, et rakutuumade uurimisel esineb neil naissoole omane leid (kuigi neil on testised). Ullrich-Turneri sündroomiga lapsed on rakutuumade järgi meessoost, sest neil on ainult üks x-kromosoom.

Ref. L. Keres

Luminestseerivate seerumite kasutamise kogemus düsenteeria ja kolienteriidi diagnostikas. Е. А. Кабанова и др. (*Опыт применения люминесцирующих сывороток для диагностики дизентерии и колиэнтерита*). Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1960, 11, 30—35.

Viimastel aastatel kasutatakse üha sagedamini mitmesuguste nakkushaiguste kiireks diagnoosimiseks luminestseerivaid antikehi.

Autorid uurisid luminestseerivate antikehade rakendamise võimalusi sooleinfektsioonide diagnostikas. Mudelina kasutasid nad kahte infektsiooni: düsenteeriat ja kolienteriiti.

Töös kasutati Flexneri pretsipiteerivate ja *E. coli* O_{111}- ning O_{55}-tüübi OB-aglutineerivate seerumite globuliinide fraktsioonist valmistatud luminestseerivaid seerumeid. Värvimiseks kasutati fluorestseiin-isotsüanaadi I ja II isomeeri.

Uurimuse tulemusena selgus, et luminestsents-seroloogiline meetod on väga tundlik ja küllalki spetsiifiline. Vaatamata lihtsusele võimaldab see uurimisviis saada kiire vastuse ($1^1/_2$ tunni pärast, arvates uurimise algusest, kui uuritavast materjalist valmistatakse vahetult äigepreparaat, või 18 tunni möödumisel, kui rakendatakse mikroobide kasvatamist).

Autorid rõhutavad aga samas, et seda meetodit saab kasutada ainult selliste infektsioonide puhul, mille tekitajatel on selgesti eristatav antigeenne struktuur.

Düsenteeriatekitajate paratüvede olemasolu tõttu võib luminestsents-seroloogiline uurimine vaevalt leida kasutamist düsenteeria bakterioloogilises diagnostikas, rakendatav on see aga düsenteeriabakterite orienteerival identifitseerimisel väliskeskkonnas, toiduainetes ja joogivees.

Uurimistest nähtub aga, et luminestseerivaid antikehi saab edukalt kasutada diagnoosimiseks haigestumiste puhul, mis on põhjustatud *E. coli* patogeensetest tüüpidest O_{111} ja O_{55}.

Ref. H. Pihl

Patogeensete kolipisikute kiirdiagnoosimisest fluorestseerivate antikehadega. H. Köditz und A. Weinert *(Zur Schnelldiagnose pathogener Colikeime mittels fluoreszierender Antikörper)*. Kinderärztliche Praxis, 1960, 11, 513—520.

Kolibakterite patogeensete serotüüpide suur osatähtsus imikute kõhulahtisuse etioloogias on üldiselt tuntud. Mõnede autorite andmetel (Braun) on 30—60% väikelaste kõhulahtisustest põhjustatud patogeensete kolibakterite poolt. Kolienteriitide tavaline bakterioloogiline diagnostika on aegaviitev ja keerukas. Fluorestseerivate antikehade rakendamine võimaldab haigust diagnoosida aga kohe pärast lapse haiglasse paigutamist. Kuna fluorestseerivate antikehade uurimismeetodi rajaja A. Coons'i soovitatud fluorestseeriv värvaine fluorestseiin-isotsüanaat on raskesti kättesaadav, soovitavad autorid kasutada 1-dimetüülamiino-naftaliin-5sulfokloriidi. Nad markeerisid viimasega O_{111}:B_4, O_{55}:B_5 ja O_{26}:B_6 aglutineerivaid seerumeid ja soovitavad neid säilitada väikeste portsjonitena külmutatuna. Uurimiseks paigutatakse alkoholiga puhastatud esemeklaasile nööpnõelapea-suurune roojatükike, mis emulgeeritakse tilgas destilleeritud vees ja hõõrutakse õhukese kihina laiali. Preparaat fikseeritakse leegil. Pärast tilgutatakse sellele markeeritud antiseerumit ja paigutatakse 30 minutiks niiskesse kambrisse toatemperatuuri juures. Seejärel loputatakse preparaat lahusega, milles on üks osa 1%-list naatriumbikarbonaati ja 9 osa füsioloogilist söögisoolalahust. Alusklaas kuivatatakse ettevaatlikult filterpaberiga.

Kui uuritavas roojas leidub patogeenseid kolibaktereid, toimub esemeklaasil antigeen-antikeha reaktsioon, kusjuures markeeritud antikehad fikseeruvad preparaadis. Kui aga roojas puudub homoloogiline antigeen (otsitav bakter), siis uhutakse markeeritud antikehad preparaadilt ära. Positiivsel juhul avastame preparaadi mikroskopeerimisel esemeklaasil valkjalt-kollakalt fluorestseerivaid kolibaktereid.

Autorid uurisid selle meetodiga düspepsiahaigetel lastel 700 roojaproovi, nendest 435 juhul avastati patogeensed kolibakterid, mis jagunesid järgmiselt: O_{111}:B_4 = 54,5%, O_{55}:B_5 = 22% ja O_{26}:B_6 = 23,5%. Samal ajal teostati võrdlevaid bakterioloogilis-seroloogilisi uurimisi tavalise meetodiga Jena Ülikooli Hügieeni Instituudis (direktor prof. Urbach), kus saadi ainult 251 positiivset vastust.

Võrreldes tavalise uurimisega on fluorestsentsmeetod palju tundlikum, võimaldades avastada ka antibiootikumide toimel muutunud baktereid, mis kasvavad söötmetel halvasti ja vähesel hulgal.

Fluorestsentsmeetodi lihtsuse tõttu on see rakendatav ka väiksemates haiglates ja bakterioloogia laboratooriumides.

Ref. H. Pihl

KÜSIMUSI ja VASTUSEID

MISSUGUSED ON AJUVEREVALUMI JA AJUARTERI TROMBOOSI PEAMISED DIFERENTSIAALDIAGNOSTILISED TUNNUSED?

Ajuverevalum ja ajuarteri tromboos pole kaugeltki ainsad insuldi põhjused. Jättes kõrvale diskussiooni verevalumi patogeneesi ja ajuarterite spasmi võimalikkuse üle, jagame insultide tekkepõhjused praktilisest aspektist kahte rühma: 1) verevalum ajju (veresoone või aneurüsmi ruptuurist, diapedeetiline verejooks) ja 2) ajuinfarkt ehk ajupehmenemine [ajuarteri tromboosist või embooliast (spasmist), aju verevarustuse funktsionaalsest puudulikkusest].

Kuna terapeutiline taktika on nende kahe haigusrühma puhul diametraalselt erinev, siis tuleb haige voodi juures esmajärjekorras diferentsida just neid. Diferentsiaaldiagnostika on siin küllalt raske, sest toetuda on võimalik ainult kaudsetele tunnustele. Need on: 1) ajuverevalumi esinemine enamasti hüpertooniatõve puhul; infarkti ehk ajupehmenemise esinemine enamasti arterite ateromatoosi ning südamehaiguste puhul, 2) raske üldtserebraalse sümptomaatika järsk tekkimine enamikul verevalumite juhtudel; infarkti ehk ajupehmenemise puhul enamasti selle puudumine.

Ainsaks otseseks patognomooniliseks tunnuseks on verelisandus ajuvedelikus (roosa või ksantokroomiline liikvor), mis esineb enamikul ajuverevalumite juhtudel. Seepärast on ettevaatlikult sooritatud diagnostilisel lumbaalpunktsioonil insuldi puhul eriline tähtsus.

Alljärgnevate kaudsete tunnuste kombineerumine aitab diferentseerida infarkti ehk ajupehmenemist ajuverevalumist.

1. Järsk (mõne minuti jooksul tekkinud) insuldi algus teadvuse kaotusega on omane verevalumile. Eriti sügav komatoosne seisund hingamishäiretega (perioodiline, stertoroosne hingamine), koljusisese rõhu tõusu ja ajukelmete ärrituse tunnused (oksendamine, aeglane tugev pulss, punane «apoplektiline» nägu, kuklakangestus ja Kernigi sümptoom, toonilised krambihood, kahepoolne Babinski sümptoom) — kõik see on tüüpiline verevalumile ajju. Vastupidi, pareeside tekkimine pikkamööda, prodroomidega (peapööritused, paresteesiad) ning ilma üldtserebraalse sümptomaatikata kõneleb ajupehmenemise poolt.

2. Vererõhu kõrgenemine ei ole kaugeltki kindel verevalumi tunnus, sest südame dekompensatsioon hüpertooniatõve puhul võib põhjustada aju verevarustuse puudulikkust ja olla ajupehmenemise põhjuseks. Siiski, süstoolse rõhu eriti kõrged väärtused (üle 200 mmHg) kõnelevad rohkem ajuverevalumi kasuks. Ajupehmenemisele on iseloomulikum madal vererõhk ning müokardi skleroosi või südamerikke tunnused.

3. Koldelised väljalangemisnähud on ajuverevalumite puhul enamasti massiivsemad (hemipleegia, tetrapleegia), infarkti puhul näeme sagedamini monopareeside, osalise motoorse afaasia, hemianopsia isoleeritud esinemist. Muidugi, tuleb ette ka laialdasemaid ajupehmenemisi sügavate väljalangemisnähtudega.

4. Vere hüübivuse näitajad (ka protrombiininäitaja) ei ole diferentsiaaldiagnostiliselt tähtsad. Ajuverevalumi puhul on täheldatud leukotsütoosi (10 000—12 000) ka ilma tüsistusena esineva pneumooniata (**A. Chevalier**, arstiteaduse kandidaat, Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakond.)

KAS ELEKTROKARDIOGRAMMI JÄRGI VÕIB MÄÄRATA MÜOKARDI INFARKTI TEKKIMISE AEGA?

Müokardi infarkti tüüpilistel juhtudel on elektrokardiogrammil infarkti tekkimisega seosesolevad muutused karakteerse dünaamikaga. Skemaatiliselt eristatakse infarkti puhul 4 muutuste staadiumi, mis järgnevad üksteisele kronoloogiliselt.

Esimene staadium, mida nimetatakse isheemiliseks ehk algstaadiumiks, kestab mõnest tunnist kuni ööpäevani, harva kauem. See ilmneb EKG-l peamiselt ST-segmendi nihkumises. Teine staadium on nn. äge staadium. Selles staadiumis ilmuvad EKG-s QRS-kompleksi deformatsioonid (R-saki lühenemine, infarktilised Q, QS jne.), ST läheneb vähehaaval isojoonele, kusjuures

ilmub koronaarne T-sakk. Ägeda staadiumi kestus on mõnest päevast kuni mõne nädalani. Kolmandat staadiumi nimetatakse alaägedaks ehk armistumise staadiumiks. See kestab 5—7 nädalat või kuid. Selle aja jooksul EKG-l jätkub T-saki dünaamika. Dünaamika lõppemine EKG-l näitab üleminekut neljandasse staadiumi — infarktijärgsesse armistumise staadiumi.

QRS-kompleksi deformatsioon, mis on seoses läbipõetud infarktiga, sageli ka teised T-saki muutused võivad jääda püsima kogu eluks. Kuid täheldatakse ka juhte, kus kõik infarkti tunnused kaovad aastate jooksul täielikult ja EKG muutub normaalseks.

Alates ägedast staadiumist varieerub EKG muutuste dünaamika tempo individuaalselt suurtes piirides. Tempo sõltub reast asjaoludest: infarkti suurusest, müokardi teiste piirkondade seisundist, kollateraalide arenemisest jt. EKG dünaamika tempost võib saada ettekujutuse seeriaviisiliste, korduvate EKG-de uurimisel. Kiire (mõne päeva jooksul toimuv) EKG muutuste dünaamika ägedas staadiumis viitab infrakti värskusele (mõned päevad, üks-kaks nädalat).

Eespooltoodust nähtub, et ainult isheemilises staadiumis, samuti kiire dünaamika puhul ägedas staadiumis võib elektrokardiograafilise uurimise andmetel avaldada kindlamat arvamust infarkti tekkimise aja kohta. Kõikidel ülejäänud juhtudel on infarkti tekkimise aja määramine EKG andmete põhjal raskendatud.

Suurt kliinilist tähtsust omab seeriaviisiliste EKG uurimise andmete vastandamine anamnestiliselt kindlakstehtud infarkti tekkimise ajale. See võimaldab hinnata müokardi funktsionaalse seisundi taastumise tempot ning astet ja infarktijärgse armi moodustumist. Näiteks, kui EKG-l puuduvad ägedast staadiumist alaägedasse staadiumi ülemineku tunnused (ST-segment ei ole lähenenud isojoonele, tüüpilise koronaarse T-saki puudumine) rohkem kui kahe nädala jooksul, siis on see ebasoodne sümptoom. Kui aga EKG-l esinevad infarkti ägeda staadiumi nähud ilma tendentsita edasisele dünaamikale ühe kuu jooksul pärast infarkti tekkimist ja hiljem (nn. jahtunud infarkti EKG), siis võib arvata, et infarkti piirkonnas areneb krooniline südame aneurüsm. EKG muutuste kiire üleminek ühest staadiumist teise vastab haiguse soodsale kulule.

Peab meeles pidama, et toodud andmed kuuluvad EKG-s esinevate tüüpiliste infarktimuutuste hulka, mis, nagu teada, ei esine selle haiguse kõikidel juhtudel. (**B. Liberman,** Tallinna Vabariikliku Haigla II siseosakonna juhataja.)

MILLISED ANDMED (PEALE KLIINILISTE) ON VAJALIKUD KUTSEHAIGUSE DIAGNOOSIMISEKS?

Kutsehaiguste all (vastavalt nende nimekirja juhises toodud määritlusele) mõistetakse selliseid haigusi, mis tekivad eranditult või peamiselt kutsetöö tervistkahjustavate tingimuste mõjul organismile. Oluline osa kutsehaiguste varajases avastamises on eelkõige nende haiguste sümptomatoloogia ja kulu iseärasuste tundmisel, s. o. teadmistel professioonipatoloogia kliiniku erialal. Kutsehaiguste profülaktika, varajase diagnoosimise ja ravi edukus sõltub suurel määral sanitaar-epidemioloogia jaamade, tervishoiupunktide jt. ravi-profülaktikaasutuste arstide koostööst.

Kuna kutsehaiguste mõistesse paigutatakse rangelt etioloogiline tunnus, nõuab haiguse põhjuse täpne selgitamine kliiniliste uurimuste kõrval veel mitmeid andmeid tööhügieeni alalt. Esiteks on vaja andmeid tervist kahjustava teguri iseloomu kohta, näiteks tolmu koostis ja kontsentratsioon õhus (mg/m^3), toksiliste ainete kontsentratsioon õhus (mg/l), müra ja vibratsiooni, ioniseeriva kiirguse ning muude füüsikaliste tegurite intensiivsus jne. Teiseks on vaja iseloomustust ohutustehnika ja sanitaarse kaitse (ventilatsioon, individuaalsed kaitsevahendid jt.) seisundi kohta. Tuleb detailselt täpsustada andmed haige elukutse ja tööstaaži kohta (kontakt kroonilist toimet avaldavate tervist kahjustavate teguritega jm.). Piirduda ainult haige küsitlemisel saadud anamnestiliste andmetega ei ole piisav. Praktika näitab, et isegi andmed tööstaaži kohta vajavad sageli kontrollimist. (**I. Maripuu,** arsiteaduse kandidaat, ENSV TA Eksperimentaalse ja Kiinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori juhataja.)

KROONIKA

MEDITSIINITÖÖTAJATE AUTASUSTAMISEST NSV LIIDU ORDENITE JA MEDALITEGA

Suurte teenete eest nõukogude rahva tervise kaitsel ja arstiteaduse edasiarendamisel autasustas NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium oma seadlusega 11. veebruarist 1961. a. järgmisi seltsimehi Eesti NSV-s.

LENINI ORDENIGA

1. August Ossipi p. **GOLDBERG** — Eesti NSV tervishoiu minister.
2. Vladimir Nikolai p. **PAŠKOV** — Vabariikliku Struumatõrje Dispanseri peaarst.
3. Ernst Johannese p. **RAUDAM** — Tartu Riikliku Ülikooli dotsent.
4. Margarita Karli t. **TAMIN** — Rakvere Rajooni Haigla osakonnajuhataja.

TÖÖPUNALIPU ORDENIGA

1. Anastassia Porfiri t. **VERBOVATAJA** — Tallinna Vabariikliku IV Haigla akušöör-günekoloog.
2. Ludmilla Ivani t. **KABEL** — Rapla rajooni Kohila Jaoskonnahaigla juhataja.
3. Artur Jakobi p. **LINKBERG** — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan.
4. Alviine Kristofi t. **NAHE** — Viljandi rajooni Sanitaar-Epidemioloogia Jaama arst-epidemioloog.
5. Silvia Johannese t. **TILK** — Viljandi rajooni Mustla Jaoskonnahaigla juhataja.
6. August Ferdinandi p. **TREUMUTH** — Võru rajooni Antsla Linna Haigla peaarst.
7. Benno Hansu p. **ÄNILINE** — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja.

ORDENIGA «AUSTUSE MÄRK»

1. Aleksander Madise p. **BLANDE** — Tallinna vabriku «Uus Kalev» tervishoiupunkti velsker.
2. Georg Peetri p. **VEERMA** — Tartu Vabariikliku Stomatoloogia Polikliiniku peaarst.
3. Aleksandra Viktori t. **JEVROPEITSEVA** — Pärnu Sanatooriumi nr. 1 osakonnajuhataja.
4. Aleksandr Kirilli p. **JOAKIMOV** — Tallinna Linna II Haigla peaarst.
5. Karl Reinholdi p. **MÕTUS** — Pärnu Linna Haigla peaarst.
6. Helmut Karli p. **ROHTLA** — Eesti Raudtee Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst.
7. Andrei Aleksandri p. **SARAP** — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja.

MEDALIGA «TÖÖVAPRUSE EEST»

1. Antonina Ivani t. **BLUM** — Narva Linna Haigla peaarst.
2. Pavel Aleksandri p. **BOGOVSKI** — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor.
3. Anna Movša t. **BURD** — Pärnu Sanatooriumi nr. 2 peaarsti asetäitja ravi alal.
4. Aleksei Mihhaili p. **VARES** — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peapediaater.
5. Niina Ivani t. **VIHROVA** — Narva Lastesõime nr. 1 juhataja.
6. Evald Aleksandri p. **VÄÄRT** — Kingissepa Rajooni Haigla peaarst.
7. Aleksander Nikolai p. **GAVRILOV** — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarst.
8. Anna Trofimi t. **JELAGINA** — Sõjaväehaigla kirurgia osakonna arst-ordinaator.

9. Georgi Ivani p. **KAMÕNIN** — Kohtla-Järve Linna Haigla peaarst.
10. Mihhail Aleksei p. **KARSANOV** — Paide rajooni Esna Jaoskonnahaigla juhataja.
11. Olga Aleksandri t. **MADEISKAJA** — Kiviõli Linna Haigla peaarst.
12. Aino Villu t. **NOORMÄGI** — Tallinna Vabariikliku Haigla vanemõde.
13. Salme Antoni t. **PEDAK** — Tallinna Apteegi nr. 6 juhataja.
14. Veera Maksimi t. **POTAPKINA** — Eesti NSV Siseministeeriumi tervishoiuosakonna statsionaari juhataja.
15. Elle Juhani t. **ROONI** — Tartu Linna Kliinilise Haigla vanemõde.
16. August Augusti p. **ROOSILEHT** — Tallinna Linna Tervishoiuosakonna juhataja.
17. Gunnar Jüri p. **SUKLES** — Harju rajooni Kose Jaoskonnahaigla juhataja.
18. Agnes Eduardi t. **ÕUNAP** — Väike-Maarja rajooni Simuna Jaoskonnahaigla juhataja.

EESTI NSV PUNASE RISTI SELTSI VI KONGRESS

14. ja 15. veebruaril 1961. a. toimus Tallinnas Eesti NSV Punase Risti Seltsi VI kongress, millest võttis osa 174 delegaati ja umbes 200 külalist. Ettekande 4 aasta töötulemuste kohta tegi Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees B. Pšenitšnikov. Tema andmetel on seltsi liikmete arv tõusnud 96000 inimese võrra, seega on 28,8% elanikkonnast seltsi liikmed. Kooliõpilaste üldarvust on seltsi liikmeid 80%.

1957. a. loodi Raudtee Punase Risti Seltsi organisatsioon, mille liikmeteks on 51% Eesti raudteelastest. Vabariigis on palju ettevõtteid, kus seltsi liikmete arv ulatub 70—100% töötajate üldarvust. 1960. a. said rändpunalipu Tallinna linna Keskrajooni komitee (esimees A. Tammik), Tartu rajooni komitee (esimees J. Vares), Pärnu rajooni komitee (esimees A. Olhovskaja).

Punase Risti Seltsi Keskkomitee juurde asutati meditsiiniõdede büroo, kes koordineerib koduste haigete teenindamist, mis toimub jaoskonnaarstide juhtimisel. Töö doonorluse alal on elavnenud. 1960. a. andis 3200 doonorit tasuta verd.

Laialdaselt tegeldakse linnade ja asulate puhtuse ja sanitaarse heakorrastusega. Peaaegu kõikides linnades ja rajoonides viidi 1960. a. läbi tervise dekaade. Sanitaaraktiiv võtab osa nakkushaiguste väljaselgitamisest ja kontaktsete järelevalvest. Sanitaarvolinikud kontrollivad süstemaatiliselt ja rangelt sanitaar-hügieenilise režiimi täitmist ühiskondlikes toitlustamisettevõtteis.

Tunduvat abi osutas sanitaaraktiiv poliomüeliidivastasel vaktsineerimisel, mis viidi lühikese aja jooksul läbi peaaegu kogu vabariigi elanikkonnal. Aidatakse kaasa ka võitluses difteeria, läkaköha, tuberkuloosi ja teiste nakkushaigustega. Raja küla (Jõgeva rajoon) aktivistid aitasid korraldada elanikkonna uurimist soolenugilistega nakatatuse suhtes ja kindlustasid kõikide nakatatute ilmumise soolenugiliste väljaajamispunkti.

Viimase 4 aasta jooksul on 2203 aktivisti autasustatud aukirjadega ja 698 Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee tänukirjaga. 161 aktivisti on autasustatud märgiga «Sanitaarkaitse eesrindlane», 693 märgiga «Noorele sanitaarkaitse eesrindlasele», 668 aktivisti noorte aukirjaga.

Viimasel ajal on peaaegu kõikides sovhoosides loodud sanitaarsalgad. Igal aastal viiakse läbi võistlused rajoonide ja linnade sanitaarsalkade vahel.

Häid tulemusi on saavutanud Punase Risti Seltsi Keskkomitee koolisektsioon, mida juhib haridusministri asetäitja N. Oja. 1960. aastal korraldati noorte punaristlaste vabariiklik kokkutulek ja võistlus parimale jutustusele Punase Risti teemal (1959. a. oli võistlus parimale mängule samal teemal). Nüüd toimub Punase Risti seinalehtede võistlus. Igal aastal toimuvad ülevaatused ja võistlused sanitaarsalklastele ja sanitaarpostidele. Eriti hästi töötasid koolide algorganisatsioonid Tapal, Tallinna VIII 7-kl. Koolis, Rakvere I Keskkoolis, Tehnilises Erikutsekoolis nr. 2.

Konverentsil kõneldi ka puudustest, mis esinevad Punase Risti Seltsi töös ja juhiti tähelepanu kasutamata reservidele. Paljudes maarajoonides on täiskasvanute hulgast vähe liikmeid, näiteks Paide rajoonis 12,8%, Hiiumaa, Märjamaa ja Väike-Maarja rajoonides — 11,8%. Vändra rajoonis on ainult 70% kooliõpilastest Punase Risti Seltsi liikmed, Lihula rajoonis — 63%, Keila rajoonis — 58% ja Elva rajoonis ainult 37%. Reas rajoonides on mõned algorganisatsioonid ainult paberil. Nõrgalt tõmmatakse kaasa sanitaarposte sanitaarkontrolli teostamiseks meiereides. Parandada tuleb ka šeflustööd ja eriaktiivi ettevalmistamist ning nende rakendamist võitluseks vähktõve, tuberkuloosi ja traumatismi vastu.

Konverentsil valiti Eesti Punase Risti Seltsi Keskkomitee uus koosseis. Esimeheks valiti Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg, aseesimeheks B. Pšenitšnikov.

A. Sarap

TARTU NEUROLOOGIDE JA PSÜHHIAATRITE TEADUSLIKU SELTSI TEGEVUSEST

Seoses Tartu Arstide Teadusliku Seltsi tegevuse lõpetamisega organiseeriti rida seltsi seniseid erialasektsioone ümber iseseisvateks teaduslikeks seltsideks.

30. novembril 1960. a. toimus Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia Haiglas Tartu neuroloogide ja psühhiaatrite koosolek, kus otsustati senise erialasektsiooni asemele organiseerida Tartu Neuroloogide ja Psühhiaatrite Teaduslik Selts. Seltsi juhatusse valiti prof. E. K a r u (esimees), dots. E. R a u d a m (aseesimees), dots. J. S a a r m a (sekretär) ja R. P a i m r e (laekur). Revisjonikomisjoni koosseisu valiti F. H e i n s o o, E. A r u ja H. S a a r.

Samal koosolekul andis J. S a a r m a oma ettekandes «Psühhotroopsetest farmakonidest» ülevaate kaasaegses psühhiaatrias kasutatavaist psühholeptilistest, -toonilistest ja -düsleptilistest vahenditest ning nende rakendusprintsiipidest.

28. detsembril 1960. a. toimus Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas seltsi koosolek, mis oli pühendatud aju vaskulaarsete insultide probleemile. Esitati kolm ettekannet: L. L u t s — «Aju vaskulaarsete insultide patogeneesist», K. P õ l d v e r e — «Aju vaskulaarse insuldi ja põhihaiguse vahekorrast» ja M. M ä g i — «Aju vaskulaarsete insultide elekroentsefalograafilisest diagnostikast». Kirjandusele ja Tartu neuroloogia osakonna kogemustel põhinevad ettekanded andsid ulatusliku ülevaate eeskätt aju vaskulaarsete insultide diagnostika ja differentsiaaldiagnostika kaasegsest tasemest. Ettekannetes ja arvukates sõnavõttudes käsitleti ühtlasi ka aju vaskulaarsete insultide ravi aktuaalseid küsimusi.

J. S a a r m a

UUSI RAVIMEID

N o v u r i i t (*Novurit*) esineb kahe ravimivormi kujul — lahusena ampullides, mis sisaldavad 0,1 g orgaanilist elavhõbedasoola ning 0,25 g teofülliini, ja küünaldena, mis sisaldavad 0,5 g orgaanilist elavhõbedasoola ja 0,2 g etüülamiinbensoaati.

Novuriit pidurdab vee resorbeerumist neerutorukestes ja põhjustab seetõttu vee ja soolade rikkaliku diureesi. Avaldab otsest mõju neerudele, samuti ka teistele elunditele, mobiliseerides nendest kloriide ja vett.

Novuriiti kasutatakse südametegevuse puudulikkusest tingitud tursete puhul, mis pole ravitavad südameglükosiididega (sõrmkübara preparaadid, strofantiin), vereringehäirete puhul värativeeni süsteemis (maksatsirroos jt.), neeruturseta, pleura eksudaatide, kõhuõõneeksudaatide ning transudaatide jms. puhul.

Novuriiti süstitakse lihasesse või veeni 1—2 korda nädalas, kusjuures preparaadi 2 ml süstimisel tõuseb diurees 2—5 liitrini. Novuriitküünlaid määratakse 3—5 päeva tagant.

Vereringe raskekujulise puudulikkuse korral on vaja eelnevalt läbi viia ravikuur digitaalisega või süstida samaaegselt strofantiini.

Novuriiti väljastatakse ampullides à 1 ja 2 ml ning ravimküünaldena.

Märkus. Novuriit on importpreparaat, mida toodetakse Ungari Rahvavabariigis. Kodumaise preparaadi merkusaali puudumisel on otstarbekohane elavhõbeda diureetikumi vajaduse korral välja kirjutada novuriiti.

A r t a a n (*Artanum*) on spasmolüütilise toimega preparaat, mis toimib pidurdavalt parasümpaatilisesse närvisüsteemi ja lõõgastab silelihaseid.

Artaani kasutatakse parkinsonismi kõikide vormide raviks. Eriti on see näidustatud depressiooni ja vaimse töö languse sündroomi ravimisel.

Vastandina atropiinile ei soodusta glaukoomi teket, mille tõttu on eriti efektiivne ateroskleerootilise parkinsonismi raviks.

Artaani manustamine nõuab ettevaatust hüpertoonia ja neeru- ning maksahaiguste puhul. Kõrvalnähud (hajameelsus, rahutus) esinevad tavaliselt ateroskleerootikutel, kelle ravi on vaja alustada väga väikeste annustega, suurendades neid aegamööda optimaalsete annusteni.

Haigetele, kes kasutavad peale artaani ka teisi ravimeid, antakse artaani esimesel ravipäeval ainult 0,001 g, teisel päeval — 0,002 g, edasi suurendatakse annust 0,002 g võrra ööpäevas, kuni annuseni 0,006—0,01 g (annus jaotatakse 3—4 osaks ja tarvitatakse söömise ajal). Samaaegselt artaaniannuse suurendamisega, vähendatakse teiste ravimite doose.

Artaani väljastatakse tablettidena à 0,005 g. Preparaati säilitatakse lukustatud kapis (kuulub A ainete nimekirja).

Märkus. Analoogilise toimega preparaat on parkinsaan, mille tablettide suurus on 0,002 g.

I. P o d o l s k i

SISUKORD

Arstiteaduse teooria ja praktika

E. RAUDAM, A. TIKK ja A. VELDI — Võitlusest eluohtlike seisunditega Tartu respiratsioonitsentrumis . . 3

V. RÄTSEP — Haigete operatsioonieelsest premedikatsioonist 9

R. TALVIK, H. TIHANE ja H. TIKKO — Konserveeritud arterite homotransplantatsioonist koertel . . . 14

A. LINKBERG, E. TÜNDER, K. PÕDER, H. TIHANE ja H. TIKKO — Arterite homotransplantatsioonist alajäsemete tuiksoonte trombobliitereeruva haiguse puhul 17

J. RIIV, K. VALGMA ja N. SACHRIS — Portaalhüpertensiooni sündroom 22

V. SAVI, L. SCHOTTER ja Õ. MANDEL — Kortisooni lokaalse manustamise kogemusi mõnede silmahaiguste ravimisel 27

E. VAGANE ja L. KÕPMAN — Hiiumaa ravimudast ja selle kasutamisest 31

E. TÜRI — Mudaravi kasutamise võimalustest maahaigla tingimustes . 35

A. ANNUS, M. KRAUSE ja L. SEPP — Tsütoloogilise meetodi väärtusest soo määramisel 38

V. FAINBERG — Nabaväädi põimumine ümber loote kaela 41

N. JAHNINA ja I. ŠATROV — Mõningaid kokkuvõtteid ja edasisi ülesandeid kolienteriitide uurimisel . . 45

R. MARKOVITŠ — Piirdunud sügelevate dermatooside ravist benkaiinblokaadi abil 50

Tervishoiu organisatsioon

A. ROOST — U. Margna artikli «Ravimite valmistamise kiirendamisest ja kergendamisest» puhul 54

Kogemuste vahetamine

L. MARDNA ja A. SIIMISKER — Refluksösofagiidi juhtum 55

L. POKK — Nodoosse periarteriidi juht 58

Meditsiini ajaloost

G. ROOKS ja E. KOGERMAN — 120 a. A. Rauberi sünnist 60

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика медицины

Э. РАУДАМ, А. ТИКК и А. ВЕЛДИ — Борьба с жизнеопасным состоянием больных в Тартуском респираторном центре

В. РЯТСЕП — О предоперационной премедикации больных

Р. ТАЛЬВИК, Х. ТИХАНЕ и Х. ТИККО — О гомотрансплантации консервированных артерий у собак

А. ЛИНКБЕРГ, Э. ТЮНДЕР, К. ПЫДЕР, Х. ТИХАНЕ и Х. ТИККО — О гомотрансплантации артерий при тромбооблитерирующем заболевании сосудов нижних конечностей

Я. РИЙВ, К. ВАЛГМА и Н. САХРИС — Синдром портальной гипертензии

В. САВИ, Л. ШОТТЕР и Ы. МАНДЕЛЬ — Опыт местного применения кортизона при лечении некоторых глазных заболеваний

Э. ВАГАНЕ и Л. КЫПМАН — О хийумааской лечебной грязи и ее использовании

Э. ТЮРИ — О возможностях применения грязевой терапии в условиях сельской участковой больницы

А. АННУС, М. КРАУЗЕ и Л. СЕПП — О ценности цитологического метода при определении пола

В. ФАЙНБЕРГ — Обвитие пуповиной шеи плода

Н. ЯХНИНА и И. ШАТРОВ — Некоторые итоги и задачи исследований в области колиэнтеритов

Р. МАРКОВИЧ — О лечении ограниченных зудящих дерматозов блокадой бенканна

Организация здравоохранения

А. РООСТ — О статье У. Маргна «Об ускорении и облегчении изготовления лекарств»

Обмен опытом

Л. МАРДНА и А. СИЙМИСКЕР — Случай рефлуксэзофагита

Л. ПОКК — Случай узлового периартериита

История медицины

Г. РООКС и Э. КОГЕРМАН — 120 лет со дня рождения А. А. Раубера

Konverentsid ja nõupidamised

B. LEHEPUU — Sümpoosion neuropleegikumide kasutamisest anestesioloogias 62

I. PODOLSKI — Apteegivõrgu juhtivate töötajate nõupidamisest Moskvas 63

M. KASK — Üleliidulisest asustatud kohtade hügieeni konverentsist . . 63

H. PIHL — Nakkushaiguste ja hügieeni konverents Tallinnas 64

G. KONDRATJEVA — Üleliiduline helmintoloogide konverents . . . 65

S. KOPPEL — Eesti NSV neuroloogide ja psühhiaatrite X vabariiklik konverents 66

B. SCHAMARDIN — Konverents südame- ja veresoonkonna haigustest 67

Konsultatsioone 69

Tähtpäevad

G. KINGISEPP — Professor Felix Lepp 80-aastane 70

J. SAARMA — Professor Aleksandra Raatma 60-aastane 71

Referaate 72

Küsimusi ja vastuseid 74

Kroonika 76

Uusi ravimeid 78

Конференции и совещания

Б. ЛЕХЕПУУ — Симпозиум по вопросу применения нейроплегических препаратов в анестезиологии

И. ПОДОЛЬСКИЙ — Совещание руководящих работников аптечной сети в Москве

М. КАСК — Всесоюзная конференция по вопросам гигиены населенных местностей

Х. ПИХЛ — Конференция в Таллине по вопросам инфекционных заболеваний и гигиены

Г. КОНДРАТЬЕВА — Всесоюзная конференция гельминтологов

С. КОППЕЛЬ — X республиканская конференция неврологов и психиатров Эстонской ССР

Б. ШАМАРДИН — Конференция по вопросам сердечно-сосудистых заболеваний

Консультации

Юбилейные даты

Г. КИНГИСЕПП — 80-летие профессора Феликса Леппа

Ю. СААРМА — 60-летие профессора Александры Раатма

Рефераты

Вопросы и ответы

Хроника

Новые лекарственные препараты

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (sekretär),
J. Saarma ja **A. Sarap.**

3
Mai–Juuni

4. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1961

Журнал
„Ныукогуде Ээсти Тервисхойд"

Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 8. IV 1961. Trükkimisele antud 25. V 1961. Trükiarv 3000. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+1 kleebis. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,52. Arvutuspoognaid 8,03. Tellimise nr. 3567. MB 02802.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

VÕITLUSEST KUTSEHAIGUSTEGA*

Arstiteaduse kandidaat *I. MARIPUU*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Eestimaa Kommunistliku Partei KK ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruses nr. 121 31. märtsist 1960. a. «Eesti NSV elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» on teiste aktuaalsete probleemide kõrval pööratud suurt tähelepanu ka kutsehaigustele. Vastavalt rahvamajanduse arendamise seitsme aasta plaanile suurendatakse mitte üksnes olemasolevate tehaste ja vabrikute tootmisvõimsust, vaid luuakse ka terve rida uusi tööstusettevõtteid. See toob paratamatult kaasa muutusi töötingimustes. Ilmuvad uued mehaanilised, füüsikalised, eriti aga keemilised tegurid, mis võivad avaldada ebasoodsat mõju töötajate tervisele.

Käesoleval ajal pööratakse üha suuremat tähelepanu sanitaar-profülaktilisele tööle tööstusettevõtteis. Vaatamata sellele võib ilmneda kutsehaiguste ja mürgistuste juhtumeid. Kutsehaigustesse haigestumuse struktuurist vabariigis annab mõninga ettekujutuse 1959. a. avastatud haigusjuhtude analüüs. Diagnoositi neid peamiselt Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektoris, samuti ka mõnedes teistes Tallinna, Tartu, Kohtla-Järve ja Viljandi ravi-profülaktikaasutustes. Ülekaalus on professionaalsed dermatoosid (dermatiidid ja ekseemid — 37%), mis esinesid keemia-, mööbli-, jalatsi- ja teiste tehaste töölistel. Pneumokonioosid (põhjustatud peamiselt põlevkivitolmust ja selle tuhast) moodustavad 25% juhtudest. Üksikuid pneumokonioosijuhte, sealhulgas ka silikoosi, avastati nii masinatööstuse kui ka teiste metalli- ja klaasitööstuse ettevõtete töölistel, korstnapühkijail jne. Sageduselt kolmandal kohal olid närvi- ja tugiaparaadi ülepingutusest põhjustatud perifeerse närvisüsteemi haigused (10%). Eeskätt väärib siin märkimist kaevureil ja teistel raske füüsilise töö tegijail esinev krooniline lumbosakraalne radikuliit. Eespool liigitamata jäänud kutsehaigused ja mürgistused moodustasid kokku 28% juhtudest. Nende hulgas avastati järgmisi kroonilisi haigusi: vibratsioonitõbe, elavhõbeda-, etüleeritud bensiini ja bensiinimürgistust. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsuse andmeil registreeriti samal aastal ka üksikuid ägedaid professionaalseid mürgistusi vingugaasi, bensiini, kloori, väävelvesiniku ja väävelgaasiga.

Võib arvata, et eespool toodud kutsehaiguste loetellu ei sattunud mitte kõik 1959. a. esinenud haigestumised, nagu kergekujulised ägedad mürgistused ilma töövõime kaotuseta ja ka algavas järgus vähe väl-

---

* Ette kantud Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi aruande ja I. I. Metšnikovi nimelise Eesti Vabariikliku Epidemioloogide, Mikrobioloogide, Infektsionistide ja Hügienistide Teadusliku Seltsi 10. aastapäeva tähistamise ühisel konverentsil Tallinnas 20.—22. detsembrini 1960. a.

jendunud tunnustega kroonilised kutsehaigused. Mittekompetentsuse tõttu kutsehaiguste diagnostikas võidakse selliseid üksikuid kutsekahjustustest põhjustatud haigusnähte kas kanda mõne mitteprofessionaalse haiguse arvele või jätta lihtsalt tähele panemata. Sellele viitavad ka paljude raviasutuste poolt sanitaar-epidemioloogia jaamadele esitatud aruanded kutsehaiguste kohta. Neis aruandeis esinevad peale üksikute ägedate mürgistusjuhtude vaid professionaalsed dermatiidid, mille kindlakstegemine ei eelda täpsemate erimeetodite rakendamist.

Järgnevalt toome andmeid Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori konsultatiivse töö kohta 1956.—1960. a. 1960. a. suurenes mõnevõrra konsultatsioonikabinetti suunatud tööliste arv (võrreldes 1959. aastaga). Samal ajal tõusis ka statsionaarsel uurimisel ja ravil olnud haigete arv. Paranenud on diagnoosimise kvaliteet. Pärast üksikasjalist tutvumist pliiga kokkupuutuvate tööliste töötingimustega mitmes vabariigi ettevõttes omandati ka pliimürgistuse laboratoorse diagnostika meetodid (plii ja porfüriinide eritumise määramine uriinis, varajaste patoloogiliste muutuste avastamine erütrotsüütides jne.). Selle tulemusena selgitati 1960. a. pliimürgistuste tekkevõimalused mõnedes vabariigi tööstusettevõtetes, mille kohta veel 1959. a. andmed puudusid.

On loomulik, et kui arstid pööravad veel enam tähelepanu oma patsientide töötingimustele, võivad kutsehaigustesse haigestumise näitajad mõnevõrra tõusta, seda aga ainult näiliselt. Oleks ekslik sel puhul teha järeldusi töötingimuste halvenemise kohta tööstuses, vastupidi, suurem tähelepanu võimaldab veelgi parandada sanitaar-profülaktilist tööd.

Haigestumise vähendamise edukus tööstusettevõtteis oleneb suurel määral sanitaar-epidemioloogia jaamade sanitaararstide, tervishoiupunktide juhatajate ja raviarstide koostööst. Näiteks: kõigi avastatud ägedate professionaalsete intoksikatsioonide puhul (analoogiliselt nakkushaigustega) peavad arstid saatma sanitaar-epidemioloogia jaama kiirteatise; kroonilise kutsehaiguse avastamisest teatatakse ühe kuu jooksul. Sanitaar-epidemioloogia jaama on kohustatud informeerima mitte ainult tervishoiupunktid, vaid ka kõik teiste ravi-profülaktikaasutuste arstid. Seejuures saab kahjulike töötingimuste mõju osatähtsuse üle otsustada vaid töötingimuste üksikasjaliste hügieeniliste uurimiste põhjal. Sanitaar-epidemioloogia jaamad ei pööra veel küllaldast tähelepanu kutsehaigustesse haigestumise põhjuste väljaselgitamisele tööstusettevõtteis ja nende arvelevõtmisele. Ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Sanitaar-Epidemioloogia Valitsus ei ole olnud selles suhtes küllalt nõudlik.

Võitlust kutsehaigustega pidurdab tunduvalt arstide puudulik ettevalmistus neis küsimustes. Eriti ilmneb see meie vabariigi oludes, kus arstiteaduskonna lõpetanutel ei ole kogemusi kutsehaiguste diagnoosimise, ravi ja profülaktika alal. Võib liialduseta väita, et varsti on vabariigis raske leida sellist rajooni, kus ei areneks üks või teine tööstusharu, millega kaasneb terve rida inimorganismile kaugeltki mitte indiferentseid tegureid (põlevkivikeemia saadused, kahjurite tõrjevahendid põllumajanduses, etüleeritud bensiin, ioniseeriv kiirgus jne.). Pole liigne mainida, et arstlik tööekspertiis on tähtis ka selle poolest, et ta kindlustab töölistele seaduses ettenähtud kõrgendatud pensioni kutsehaigustest põhjustatud invaliidsuse puhul. Järelikult on tööhügieeni ja kutsehaiguste kursuse lülitamine Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna õppeplaani täiesti põhjendatud.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumil tuleks kiires korras organiseerida 1) vähemalt 2 kutsehaiguste konsultatsioonikabinetti vabariigi peamistes tööstuskeskustes ja 2) kutsehaiguste statsionaarne osakond 20—25 voodikohaga ühes suuremas vabariiklikus või linnahaiglas.

Loetletud vahendid aitaksid tunduvalt tugevdada ka teaduslikku uurimistööd, mida kutsehaiguste ja tööhügieeni alal alustati põhiliselt 1953. a. — selleks ajaks oli põlevkivitööstuse kiire areng tõstnud edasilükkamatult päevakorda tööstustervishoiu ja kutsehaiguste probleemid. Kuigi neid küsimusi on Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis uuritud küllaltki laiahaardeliselt, on rida töökaitsealaseid küsimusi (ka põlevkivitööstuses) veel lõplikult lahendamata. Tekivad uued probleemid seoses põlevkivikeemia, ehitusmaterjalide tööstuse, aparaaditööstuse jm. edasise arenguga. Need kajastuvad ka vabariigis teostatava uurimistöö 7 aasta perspektiivplaanis.

О БОРЬБЕ С ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И. Мартуу

Резюме

В быстро развивающейся промышленности Эстонской ССР в настоящее время еще встречаются условия для возникновения профессиональных заболеваний, в первую очередь заболеваний кожи, пневмокониозов, заболеваний периферической нервной системы, а также некоторых профессиональных интоксикаций.

Для успешной борьбы за ликвидацию профзаболеваний в республике необходимо повысить квалификацию врачей, занимающихся в этой области здравоохранения.

Опыт работы сектора профзаболеваний Института экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР показывает, что существующие в настоящее время возможности у сектора недостаточны для развертывания широкой лечебно-профилактической работы в борьбе с профзаболеваниями. Эту работу следует расширить в ближайшем будущем путем создания стационарного отделения и консультативного кабинета со всем необходимым оборудованием. Создаваемое отделение может служить базой для сектора профзаболеваний института, а также для усовершенствования врачей по профессиональной патологии.

PÕLEVKIVIBITUUMENITE KANTSEROGEENSEST TOIMEST

P. BOGOVSKI

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Eesti põlevkivist toodetakse käesoleval ajal suurtes kogustes mitmesuguseid õlisid (generaatoriõli, tunnelahjuõli, kamberahjuõli), mis leiavad osaliselt kasutamist lähteainetena bituumenite valmistamisel. Vajadus bituumenite järele kasvab pidevalt seoses rahvamajanduse arenguga, neid läheb järjest rohkem vaja teede asfalt-betoonkatete valmistamiseks ja parandamiseks, katusepapi tootmiseks, gaasimagistraaljuhtmete isoleerimiseks jne. Põlevkivibituumenite tootmise arendamine on põhjendatud esiteks asjaoluga, et majanduslikult on ebaotstarbekohane naftabituumenit (mis on küll kvaliteedilt parem) sisse vedada (5), teiseks näitavad uurimistulemused, et teatavail juhtudel, näiteks gaasijuhtmete isolatsioonsegude valmistamisel, tõstab põlevkivibituumeni lisamine isolatsioonsegu kvaliteeti (6).

Bituumenite tootmisel rakendatakse peamiselt kahte meetodit: 1) põlevkiviõli läbipuhumist õhuga kõrgendatud temperatuuri juures ja 2) põlevkiviõli vaakuumdestillatsiooni, mille tulemusena saadakse jääkbituumeneid. Käesoleval ajal toodetakse meil ainult puhutud bituumeneid, jääkbituumenite põlevkiviõlidest saamise võimalusi on korduvalt uuritud laboratoorsel teel ja katseseadmetes.

Mitmesuguste bituumenite kantserogeense toime küsimused on eriti viimaste aastate jooksul äratanud kasvavat tähelepanu, sest kõigis maa-

des täheldatakse kopsuvähi sagenemist. Kopsuvähi põhjusteks peetakse nimelt mitte ainult sissehingatavas õhus leiduvaid tööstuslikke suitsheidiseid, tubakasuitsu, sisepõlemismootorite heitegaase, vaid ka asfaltteede valmistamisel ja parandamisel tekkivaid aurusid ning teede kulumisel õhku sattuvat asfalditolmu (9).

W. Hueper ja W. Payne (12) märgivad, et töölistel, kes kasutavad teede ehitamisel ja parandamisel kivisöetõrva, esineb kopsuvähki sagedamini. Kivisöetõrva tugev kantserogeenne toime niihästi inimesele kui ka katseloomadele on hästi tuntud (2, 3).

L. Maljugina (7) uuris kivisöetõrvast valmistatud 8 bituumenisordi kantserogeenseid omadusi ja tegi kindlaks, et kõik 8 bituumenisorti avaldavad nõrka kantserogeenset toimet hiirtesse.

Mis puutub naftabituumenitesse, siis ei ole siiani avaldatud andmeid, et nendega kokkupuutuvad töölised põeksid sagedamini vähktõbe. Eksperimentaalselt on selgitatud viimastel aastatel ameerika naftabituumenite kantserogeenseid omadusi. M. Simmers, E. Podolak ja R. Kinosita (13) tegid kindlaks, et Lõuna-Kalifornia naftast saadud bituumen avaldab märgatavat kantserogeenset toimet.

W. Hueper ja W. Payne (12) uurisid nelja teede ehitamiseks kasutatavat naftabituumenit. Kolm nendest olid saadud auruga destilleerimise teel Mississipi, Kalifornia ja Venetsueela naftast, üks kujutas endast jääkbituumenit Oklahoma naftast. Peale selle tehti katseid ka katuste tõrvamiseks kasutatava puhutud naftabituumeniga. Mississipi nafta bituumen tekitas nahale määrimisel 50 hiirest ühel nahapapilloomi ja teisel nahavähi, Oklahoma nafta bituumen ainult ühel hiirel papilloomi. Rottidele naha alla süstimisel osutus kõige tugevamalt kantserogeenseks Kalifornia nafta bituumen.

Põlevkivibituumenite kantserogeenset toimet ei ole seni uuritud. Seetõttu otsustasime uurida eesti põlevkivist saadavate bituumenite kantserogeenset toimet loomkatsete varal.

Materjal ja metoodika

Uurimismaterjaliks valisime kaks põlevkivibituumenit — tööstuslikult saadud puhutud bituumeni ja laboratoorselt saadud jääkbituumeni.

Puhutud bituumen kujutas endast Maardus toodetavat БС-2 (ТУ 590-54) bituumenit järgmiste näitajatega: lähteõli erikaal 1,012; pehmenemistemperatuur 42,0°; puhumise kestus 8,5 tundi; maksimaalne temperatuur puhumisel 180°.

Absorbtsioon-spektrograafilisel uurimisel tehti kindlaks (I. Arro, Eesti NSV TA Keemia Instituudis), et see bituumeniproov sisaldab 0,003% 3,4-benspüreeni.

Jääkbituumen valmistati Kohtla-Järve V. I. Lenini nimelise Põlevkivitöötlemise Kombinaadi Kesklaboratooriumis. Lähteõlina kasutati generaatoriõli ja tunnelahjuõli segu (3:1), millest destilleeriti ära kerged fraktsioonid kuni 240°C ja 20 mmHg juures. Niisugust jääkbituumenit võib kasutada lähteõlina edaspidiseks läbipuhumiseks. Selles bituumeniproovis leidus absorbtsioon-spektrograafilisel uurimisel 0,1% 3,4-benspüreeni.

Katseteks kasutati üldse 140 valget hiirt, kummagi bituumeni jaoks 70 hiirt. Bituumenid vedeldati bensooli lisamisega kuni põlevkiviõli tavalise konsistentsini ja määriti klaaspulgaga ühe tilga kaupa (2 korda nädalas, kokku 50 korda) hiirte nahale abaluudevahelises piirkonnas.

70 hiirele esimesest rühmast määriti nahale Maardust saadud puhutud bituumenit, teise rühma hiirtele (samuti 70) — laboratooriumis valmistatud jääkbituumenit. Hiiri jälgiti nende surmani, kusjuures kirjeldati perioodiliselt neil tekkinud muutusi, 12 hiirt (10 esimeses rühmas, 2 teises rühmas) surmati katse lõpul, neist kümnel esines ainuüksi epilatsioon määrimispiirkonna nahal. Hiired lahati, nahk ja siseelundid uuriti histoloogiliselt. Hiirte ülevaatuste tulemused töötati ümber G. Reissigi esitatud valemi (1956. a.) järgi: $E_t = \frac{100\ T_t\ \%}{A_0 - M_t}$, kus $T_t = T_t^v + T_t^m$;

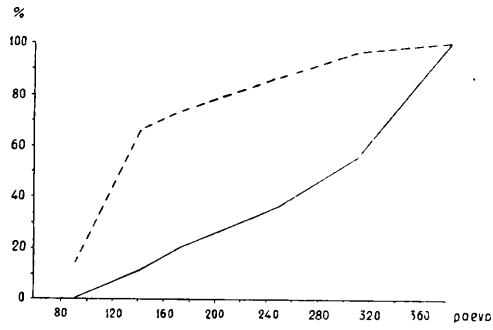
= tähtpäev; T_t^v = kasvajatega elusate hiirte arv teataval tähtpäeval; T_t^m = kasvajatega surnud hiirte arv teataval tähtpäeval; A_0 = katsesse võetud hiirte arv; M_t = kasvajateta surnud hiirte arv teataval tähtpäeval.

Vastava tähtpäeva andmete arvutamisel valemi järgi saame tulemuseks kantserogeense efekti antud tähtpäeva kohta, kusjuures E_t väljendab kasvajatega hiirte arvu hiirte suhtes, kes antud tähtpäevaks oleksid võinud saada kasvajad.

Katsete tulemused

Enamikul esimese rühma hiirtel võis täheldada kolmandal-neljandal katsenädalal määrimiskohal epilatsiooni. Edaspidi kujunesid vähestel hiirtel haavandilised nahamuutused. Väikesi kette ja koorikuid esines paljudel hiirtel pärast korduvat epilatsiooni ja karvkatte osalist taastumist. Esimese kolme katsekuu vältel suri 15 hiirt, mis näitab, et puhutud bituumen on suhteliselt väikese toksilise toimega. Esimesed nahakasvajad — papilloomid — ilmusid määrimiskohal 104 päeva möödumisel katse algusest. Selle ajani oli elus 48 hiirt. Kui katse algusest oli möödunud 142 päeva, esinesid nahakasvajad 5 hiirel. Katse jätkudes suurenes nahakasvajatega hiirte arv aeglaselt. Nahakasvajad tekkisid üldse 12 hiirel, neist kahel nahavähk. Esimese kasvaja ilmumiseni ellu jäänud hiirte arvust (48) moodustab kasvajatega hiirte arv 25%, vähiga hiirte arv 4,2%. Lahati ja uuriti histoloogiliselt 61 hiirt. Määrimiskohal oli epidermis mõõdukalt paksenenud ja esines nahamanuste atroofia, üksikutel hiirtel täheldati haavandeid, mille põhjas esines leukotsütaarset infiltratsiooni ja sidekoe tugev skleroos. Nahakasvajad olid tavalise ehitumusega, enamasti tugeva sarvestumise tendentsiga lamerakulised papilloomid ja vähid. Ühel hiirel oli piimanäärme adenoom, ühel kopsuadenoom ja ühel maksa lümfomatoos. Siseelundites ei leidunud bituumenite toimele spetsiifilisi patohistoloogilisi muutusi.

Teise rühma hiirtel oli naha epilatsioon intensiivsem ja algas varem kui esimeses rühmas. Samuti kujunes rohkem haavandilisi muutusi. Kolme esimese katsekuu vältel suri 19 hiirt, mis osutab jääkbituumeni mõõdukale toksilisusele. Esimesed papilloomid ilmusid 73. katsepäeval, edaspidi tõusis kasvajatega hiirte arv tunduvalt kiiremini kui esimeses rühmas (vt. joonis). Nii olid 142 päeva möödumisel nahakasvajad juba 25 hiirel. Üldse tekkisid 70-st katses kasutatud hiirest 24-l nahakasvajad, mis moodustab 54,5% hiirtest, kes jäid ellu esimese kasvaja ilmumiseni (44 hiirt). Nahavähid tekkisid 7 hiirel (15,9%). Patohistoloogilisel uurimisel võis täheldada selle rühma hiirtel epidermise tugevamat hüperplaasiat, haavandilisi protsesse sagedamini ja tugevamat skleroosi kui esimeses rühmas. Nahakasvajad olid sageli üsna suured, osal hiirtest esines mitu kasvajat korraga. Kolmel hiirel oli algav nahavähk, mille me arvame healoomuliste kasvajate hulka, seitsmel hiirel esines lamerakuline nahavähk; nendest ühel hiirel oli vähesarvestuv vähk, teisel hiirel üheaegselt kolm vähikollet — üks neist oli sarvestuva vähi iseloomuga, kaks — mittesarvestuva vähi ehitumusega. Ühel hiirel esines naha nuumrakk-kasvaja (mastotsütoom), teisel leidus üheaegselt papilloomiga, mis kaldus pahaloomuliseks muutuma, piimanäärme vähk. Ühel hiirel oli keskseinandis lümfosarkoom, mis vohas südamesse ja kopsudesse.



Puhutud bituumeni (——) ja jääkbituumeni (– – –) kantserogeenne efekt (E_t) dünaamikas

Siseelundites ei leidunud katsetingimustele iseloomulikke patoloogilisi muutusi, välja arvatud amüloidoos, mida esines teises rühmas sagedamini kui esimeses.

Mõlema katserühma tulemusi omavahel võrreldes võib näha, et puhutud bituumen on nõrgema paikse ärritava toimega ja nähtavasti nõrgema üldtoksilise toimega. Tugevasti erineb kantserogeenne aktiivsus, mis ilmneb eriti mõlemas rühmas leitud E_t väärtuste kõrvutamisel (vt. tabel): nimelt jääkbituumeni mõjul tõuseb kasvajatega hiirte arv tunduvalt kiiremini. Sama näitab kujukalt ka joonis.

Kantserogeenne efekt (E_t) puhutud ja jääkbituumeniga katsetes eri tähtaegadel

	Tähtaeg päevades katse algusest ⟶	91	142	170	249	311	384
E_t	Puhutud bituumen	0	11,3	19,5	36,1	55,5	100
	Jääkbituumen	13,5	65,8	72,2	86,2	96,1	100

Katsetulemusi analüüsides paistab esiteks silma, et põlevkivibituumenid (iseäranis jääkbituumen) on tunduvalt kantserogeensemad kui kivisöe- või naftabituumenid. Seda võrdlust võib teha ainult teatava reservatsiooniga — nimelt ei kasutanud meie oma katsetes puhtatõulisi hiiri, kirjanduses leiduvates katsetes kasutatud hiired olid aga C_{57} mustad ja C_{57} pruunid. On teada (10), et C_{57} mustad hiired on madala tundlikkusega nahakasvajate indutseerimise suhtes — nähtavasti on meie poolt kasutatud hiired tundlikumad. Teisest küljest tuleb silmas pidada põlevkivibituumenite keemilise koostise suuri erinevusi naftabituumeni omast (6).

Oluline on rõhutada suurt erinevust kahe erineval viisil toodetud bituumeni kantserogeenses aktiivsuses. Kui lähtuda 3,4-benspüreeni sisaldusest, oleks võinud oodata veelgi suuremaid erinevusi. Ilmselt on bituumenites peale 3,4-benspüreeni ka teisi kantserogeenseid ühendeid, nagu seda tõestasid katsed kamberahjuõli fraktsioonidega (4). Puhutud bituumeni nõrgem kantserogeensus on seletatav hapendumisega läbipuhumisel õhuga. Oksüdatsiooni on juba varem soovitatud tõrvainete või õlide kantserogeensuse vähendamiseks (11). Seega tuleb põlevkivibituumenite läbipuhumist igati soovitada, seda enam, et J. Uski (8) järgi on puhutud põlevkivibituumenid jääkbituumenitest ka tehnoloogiliselt paremad.

Tuleb arvata, et A. Aarna (1) skeemis ettenähtud kamberahjuõlist saadava jääkbituumeni rakendamine katusekatteks ei ole otstarbekohane, sest on kindel, et kamberahjuõli bituumenid on vähemalt sama kantserogeensed kui meie poolt uuritud jääkbituumen, tõenäoliselt aga veel palju kantserogeensemad.

Järeldused

1. Põlevkivi utmisel saadud õlidest tööstuslikult toodetud puhutud bituumen, mis sisaldab 0,003% 3,4-benspüreeni, avaldab valgetele hiirtele suhteliselt mõõdukat kantserogeenset toimet.

2. Põlevkivi generaatori- ja tunnelahjuõli segu vaakuumdestillatsioonil laboratoorsetes tingimustes saadud jääkbituumen, mis sisaldab 0,1% 3,4-benspüreeni, avaldab valgetele hiirtele tugevat kantserogeenset toimet.

3. Põlevkiviõlidest on soovitatav rahvamajanduses kasutamiseks valmistada puhutud bituumeneid, mis on nõrgema kantserogeense, üldtoksilise ning paikse ärritava toimega kui jääkbituumen.

4. Õhuga läbipuhumist võib pidada põlevkivibituumenite kantserogeenseid omadusi vähendavaks võtteks.

KIRJANDUS

1. Aarna, A. Tehnika ja Tootmine, 1958, 2, 5—8. — 2. Bogovski, P. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 1, 8—15. — 3. Боговский П. А. Профессиональные опухоли кожи, вызываемые продуктами переработки горючих ископаемых. Л., 1960 — 4. Боговский П. А., Эйзен О. Г., Арро И. Х. Вопр. онкологии, 1960, 6, 12, 34—42. — 5. Kask, K. Tehnika ja Tootmine, 1957, 6, 4—7. — 6. Каск К. А., Петухов Е. Ф., Тамвелиус Х. Я. Химия и технология горючих сланцев и продуктов их переработки. Л., вып. 9, 1960, 255—261. — 7. Малюгина Л. Л. Вопросы онкологии, 1955, 1, 3, 105—110. — 8. Уск И. А. Сланцевый битум. Изд. АН Эст. ССР. Таллин, 1959. — 9. Шабад Л. М., Дикун П. П. Загрязнение атмосферного воздуха канцерогенным веществом — 3,4-бензпиреном. Л., 1959. — 10. Berenblum, I. Advances in Cancer Research. New-York, 1954, v. 2, 129—175. — 11. Hueper, W. C. Occupational Tumors and Allied Diseases Ch. C. Thomas Springfield. Baltimore, 1942. — 12. Hueper, W. C., Payne W. W. Arch. Pathol., 1960, 70, 3, 372—384. — 13. Simmers, M. H., Podolak, E., Kinosita, R. Proc. Soc. Exptl. Biol. and Med., 1959, 101, 2, 266—268.

О КАНЦЕРОГЕННОМ ДЕЙСТВИИ СЛАНЦЕВЫХ БИТУМОВ

П. Боговский

Резюме

Сланцевая промышленность Эстонской ССР может давать значительные количества битумов для дорожного строительства, изоляции газопроводов и т. п. Канцерогенное действие каменноугольных и нефтяных битумов оказалось сравнительно слабым, как показали исследования последних лет; сланцевые битумы в этом отношении ранее не изучались.

Данные опытов, проведенных на 140 беспородных белых мышах, показали, что остаточный сланцевый битум, полученный лабораторным путем при вакуумной дистилляции (до 240° при 20 мм Hg) из среднетемпературных смол и содержащий 0,1% 3,4-бензпирена, оказывает сильное канцерогенное действие, тогда как продутый битум, полученный промышленным путем на комбинате «Маарду» и содержащий 0,003% 3,4-бензпирена, является значительно менее канцерогенным.

Рекомендуется изготовлять и применять в народном хозяйстве по возможности продутые сланцевые битумы, оказывающие также менее выраженное токсическое и раздражающее действие. Следует считать, что процесс продувания сланцевых битумов снижает их канцерогенную активность.

KROONILISE PLIIMÜRGISTUSE RAVIST

H. KAHN

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

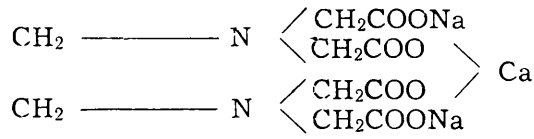
Veel kümmekond aastat tagasi oli pliimürgistuste ravimine seotud tõsiste raskustega. J. C. Aub'i poolt 1935. a. soovitatud naatriumtsitraat osutus väheefektiivseks. Ka 2,3-dimerkaptopropanool, mis alates 1945. aastast võeti tarvitusele joodkaaliumi, ammooniumjodaadi, fosforhappe jt. ammu tuntud ravimite asemel, ei andnud oodatud tulemusi (8).

1952. aastal, kui M. Rubin jt. (4) võtsid tarvitusele etüleendiamiintetraäädikhappe-kaltsiumdinaatriumsoola ($CaNa_2EDTA$), toimus pliimürgistuse ravimises otsustav pööre.

Esmakordselt võeti etüleendiamiintetraäädikape kasutusele analüütilises ja tehnoloogilises keemias ning antikoagulandina vere konserveerimiseks. 1950. a. ilmusid esimesed andmed neeru- ja põiekivide lahus-

tamise katsetest etüleendiamiintetraäädikhappe naatriumi- ja magneesiumisoolade abil.

$CaNa_2EDTA$ molekuli struktuur:



Etüleendiamiintetraäädikhappe-kaltsiumdinaatriumsoola [sünonüümid: Versenat (USA), Mosatil (Saksamaa)] plii eritust soodustav mõju ja seega pliimürgistusi raviv toime rajaneb sellele, et EDTA-Ca-kompleksi stabiilsuse konstant on 10,95, EDTA-Pb-kompleksi stabiilsuse konstant aga 18,2. Seega plii olemasolu korral veres tõrjub plii kaltsiumi iooni kompleksist välja:

$$Ca\text{-}EDTA + Pb^{++} \longrightarrow Pb\text{-}EDTA + Ca^{++}$$

Plii eritumine uriiniga sõltub peamiselt $CaNa_2EDTA$ manustamise viisist, aga ka pliimürgistuse intensiivsusest.

Samaaegselt pliierituse tõusuga vähenevad pliimürgistuse kardinaalsed tunnused ja paraneb haige enesetunne. Isegi neil juhtudel, kui pliieritus $CaNa_2EDTA$ ravi ajal tõuseb suhteliselt vähe (2—4 korda), taanduvad haigusnähud kiiresti. See on seletatav sellega, et plii kaotab kompleksühendeis oma toksilisuse.

$CaNa_2EDTA$ kasutamine on üksikjuhtudel põhjustanud ka komplikatsioone. Näiteks S. Moeschlin (3) kirjeldas toksilise nefriidi tekkimist $CaNa_2EDTA$-ravi tagajärjel. Selle preparaadi kümme korda suurema annuse andmisest põhjustatud surmajuhtu kirjeldasid W. Vogt ja H. Cottier (5). Need andmed aga ei vähenda $CaNa_2EDTA$ väärtust, vaid kõnelevad pigem vajadusest kindlaks määrata optimaalsed raviannused, raviskeemid ning üksikasjaliselt välja töötada vastunäidustused selle preparaadi kasutamiseks.

Vaatamata sellele, et pärast $CaNa_2EDTA$ tarvitusele võtmist on huvi pliimürgistuste patogeneesi, kliiniku, teraapia ja profülaktika küsimuste vastu märgatavalt tõusnud, vajavad paljud $CaNa_2EDTA$-raviga seotud probleemid veel täiendavat uurimist. Nii näiteks ravitulemuste kestusest, preparaadi kasutamise otstarbekusest pliimürgistuse profülaktikas jm. kohta on kirjanduses veel vähe andmeid. Nõukogude Liidus, kus $CaNa_2EDTA$-d hakati tööstuslikult tootma alles 1960. aastal, on seda küsimust käsitlevate tööde arv tagasihoidlik (7, 8).

Kuna meie uurimistulemustest (1, 2) selgus, et Eesti NSV-s esineb pliimürgistusi, jätkasime tööd selles valdkonnas.

1960. a. jooksul kontrolliti mitmesugustes tööstusettevõtetes üle 200 pliiga kokkupuutuva töölise, neist 99 töölist instituudi kutsehaiguste kabinetis, ülejäänud aga tehaste tervishoiupunktides või vahetult tehastes. Kutsetööga seotud kroonilist pliimürgistust diagnoositi 26 inimesel (vt. tabel 1). Lisaks patsientide kaebuste, objektiivse leiu, tavaliste laboratoorsete uuringute ja sanitaar-hügieeniliste tingimuste üksikasjalisele analüüsile teostati kõigil haigeil veel rida spetsiaalseid uuringuid, nagu basofiilse teralisusega erütrotsüütide määramine pimeväljameetodiga, porfüriini määramine uriinis poolkvantitatiivse meetodiga ja pliisisalduse määramine uriinis modifitseeritud sulfiidmeetodiga (L. E. Gorni järgi). Ravi viidi läbi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori statsionaaris Tallinna Vabariikliku Haigla II siseosakonna juures.

26 haigest oli mehi 9 ja naisi 17. Ealiselt jagunesid nad järgmiselt: 20—30 a. vanuseid — 4, 30—40 a. vanuseid — 7 ja 50—60 a. vanuseid — 4 inimest. Keskmine tööstaaž tervist kahjustaval tööl oli 9,9 aastat.

Tabel 1

Haigete jagunemine elukutsete ja pliimürgistuse raskuse astme järgi

Jrk. nr.	Tööala	Pliimürgistuse juhtude arv	Pliimürgistuse aste		
			kerge	keskmine	raske
1	Monteerija (aparaaditehastes)	9	9		
2	Maaler	3	2		1
3	Pliisulataja	3	3		
4	Glasuurija	4	1	3	
5	Masinaladuja	2	2		
6	Käsiladuja	2	1	1	
7	Trükkija	2	2		
8	Emailikeetja	1	1		
	Kokku	26	21	4	1

Paralleelsust tööstaaži ja pliimürgistuse raskuse vahel ei esinenud. Viimane sõltub pigem konkreetsetest töötingimustest ja individuaalsest tundlikkusest plii suhtes. Nii oli ainsa raske pliimürgistusega haige tööstaaž kõigest poolteist aastat.

Raviks kasutasime $CaNa_2EDTA$ 10%-list vesilahust (20,0 ml *pro die*), mida manustasime intravenoosselt. Raviskeem oli järgmine: kolm päeva kestnud ravile järgnes kolmepäevane vaheaeg, seejärel korrati kolmepäevast ravitsüklit jne. Ravi kestis seni, kuni pliimürgistuse kliinilised nähud möödusid. Viieteistkümnel juhul tuli selleks teostada kõigest kaks ravitsüklit, üheksal juhul kolm ravitsüklit ja ainult kahel juhul ka neljas ravitsükkel. Kolm patsienti palusid kodustel põhjustel ravi enneaegselt lõpetada. Ravi kestus oli keskmiselt 16—17 päeva.

Ravi oluliseks iseärasuseks oli see, et me rakendasime veenisiseseid injektsioone, samal ajal kui peaaegu kõikides teistes instituutides, kus kasutatakse $CaNa_2EDTA$-d, manustatakse seda preparaati veenisiseste infusioonide näol. Kuna meie vabariigis esinevad peamiselt kergekujulised pliimürgistused, püüdsime rakendada võimalikult lihtsamat ning seejuures küllalt efektiivset manustamisviisi, et sel teel luua eeldused $CaNa_2EDTA$ edaspidiseks kasutamiseks tehaste tervishoiupunktides ja polikliinikutes. Võrdlevaid andmeid nende kahe manustamisviisi kohta esitavad J. Teisinger ja S. Srbova (5). Need autorid tulid järeldusele, et ravi puhul $CaNa_2EDTA$-ga annavad veenisisene injektsioon ja veenisisene infusioon peaaegu võrdseid tulemusi.

Meie poolt rakendatud $CaNa_2EDTA$-ravi häid tulemusi kinnitab eelkõige haigete enesetunde kiire paranemine. Pidev väsimustunne, apaatsus ja unehäired, mille üle kaebas enamik patsiente, kadusid ravi lõpuks. Ainult kahel haigel ei muutunud enesetunne oluliselt, kusjuures ühel neist oli samaaegselt hüpertooniatõbi (II staadium), teisel aga ajuveresoonte lupjumine ühes pliientsefalopaatia algnähtudega. Viiel haigel täheldasime enne ravi alustamist tinaviirgu. Ravi lõpuks oli see kõigil kadunud.

Tinakoloriit, mida peetakse samuti üheks pliimürgistuse kardinaalseks sümptoomiks, esines ainult kahel haigel. Plii eritumine uriiniga enne ravi alustamist oli haigeil 0,02 kuni 0,2 mg/l kohta, kusjuures 25 juhul ületas see piirväärtuse (0,03 mg/l). $CaNa_2EDTA$-ravi ajal suurenes

pliisisaldus uriinis 3—70 korda. Tõus kuni kümnekordseks esines 35% haigetest ning 65%-l suurenes plii eritumine uriiniga kümme ja enam korda. Plii maksimaalne eritumine esines ravi esimestel päevadel. Ühel juhul plii eritumine tõusis koguni 14 mg/l kohta. Võrreldes lähteväärtusega oli plii eritumine pärast ravi kõikidel haigetel vähenenud. Neljateistkümnel patsiendil oli see alla 0,03 mg/l kohta. Ka ülejäänud ravialustel ei ületanud see 0,08 mg/l.

Pliimürgistuse diagnostikas omistatakse suurt tähtsust basofiilse teralisusega erütrotsüütide esinemisele perifeerses veres. Kirjanduses esinevate andmete kohaselt peetakse basofiilse teralisusega erütrotsüütide normi ülemiseks piiriks 300—500 rakku ühe miljoni erütrotsüüdi kohta. Kõigil haigeil oli basofiilse teralisusega erütrotsüüte enne ravi alustamist 500 või enam ühe miljoni punalible kohta, ühel haigel isegi 14 000. See annab meile õiguse veel kord alla kriipsutada basofiilse teralisusega erütrotsüütide määramise vajalikkust pliimürgistuse diagnoosimisel. Basofiilse teralisusega erütrotsüütide alahindamine mõnede autorite poolt on meie arvates tingitud metoodilistest raskustest, mis nende rakkude määramisel esinevad.

$CaNa_2EDTA$-ravi ajal alanes basofiilse teralisusega erütrotsüütide arv enamikul juhtudel kiiresti ning ravi lõpuks oli see 24 haigel alla 500. Ülejäänud kahel haigel langes basofiilse teralisusega erütrotsüütide arv ravi lõpuks 600-le ühe miljoni erütrotsüüdi kohta.

Tabelis 2 on näha, et ravi lõpuks alanes ka retikulotsüütide arv. Siiski jäi retikulotsütoos (üle 0,8%) püsima 35% haigetest, mis viitab punaliblede kiirenenud regeneratsiooni võrdlemisi aeglasele vaibumisele.

Tabel 2

Pliimürgistuse nn. kardinaalsete sümptoomide esinemine enne ja pärast ravi

Sümptoom	Enne ravi	Pärast ravi
Tinaviirg	5	—
Tinakoloriit	2	—
Pliisisaldus uriinis (üle 0,03 mg/l)	25	12
Basofiilse teralisusega erütrotsüüdid (üle 500 erütrots.)	26	2
Retikulotsütoos (üle 0,8%)	21	9
Porfüriinuuria	21	1

Porfüriinuuriat leidsime 21 haigel, neist kolmel oli reaktsioon väga tugevalt positiivne, kahel tugevalt positiivne, üheteistkümnel positiivne ja viiel nõrgalt positiivne. Ravi jooksul alanes porfüriinisisaldus uriinis kiiresti. Seitsmel haigel muutus porfüriinireaktsioon negatiivseks juba esimese ravitsükli järel. Ravi lõpuks kadus porfüriinuuria 20 haigel. Üks haige, kes kodustel põhjustel palus ravi katkestada, kirjutati haiglast välja positiivse porfüriinireaktsiooniga.

Oletus, nagu võiks $CaNa_2EDTA$-ravi põhjustada aneemia teket, ei leia käesoleva töö andmeil kinnitust. Umbes pooltel meie patsientidel tõusis vere hemoglobiinisisaldus $CaNa_2EDTA$-ravi ajal. Ülejäänud haigetel jäi hemoglobiini protsent ravi lõpuks muutumatuks ja ainult üksikjuhtudel alanes see mõne protsendi võrra.

Kuna ravi lõpuks pliimürgistuse nähud kadusid ja patsientide töövõime taastus, lubati neil edasi töötada oma erialal. Raskekujulist pliimürgistust põdenud haige suunati teisele tööle.

Ravil olnud töötajad viibivad instituudi kutsehaiguste sektori süstemaatilise kontrolli all.

Järeldused

1. Eesti NSV mõnedes tööstusettevõtetes esineb pliimürgistusjuhte.
2. $CaNa_2EDTA$-ravi toimel paraneb ravialuste enesetunne, kaovad pliimürgistuse kardinaalsed tunnused ja taastub haigete töövõime.
3. Head ravitulemused lubavad soovitada $CaNa_2EDTA$-d pliimürgistuse raviks veenisiseste süstetena.

KIRJANDUS

1. Kahn, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 6, 31—34. — 2. Kahn, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 5, 42—46. — 3. Moeschlin, S. Schweiz. med. Wochenschr., 1957, 87, 34, 1091—1096. — 4. Rubin, M., Gignac, S., Bessman, S. P., Belknap, E. L. Science, 1953, Vol. 117, 659—660. — 5. Teisinger, J., Srbova, J., Arch. Gewerbepathol. und Gewerbehyg., 1956. Bd. 14, 579—593. — 6. Vogt, W., Cottier, H. Schweiz. med. Wochenschr., 1957, 87, 22, 665—667. — 7. Зорина Л. А., Ванштейн И. А. Гигиена труда и проф. заболевания, 1959, 1, 7—11. — 8. Семенов Д. Н., Трегубенко И. П. Труды Института биологии уральского филиала АН СССР, Свердловск, вып. 9, 1957, 20—23.

О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ СВИНЦОВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Х. Кахн

Резюме

В 1960 году было направлено в сектор профессиональных заболеваний Института экспериментальной и клинической медицины АН ЭССР 26 больных с диагнозом: хроническое профессиональное свинцовое отравление. У 21 из них была легкая, у четырех средняя и у одной больной тяжелая степень отравления. Для лечения больных применялся 10% раствор кальций динатриевой соли этилендиаминтетрауксусной кислоты. Препарат вводился внутривенно (в виде инъекции) по 20,0 мл ежедневно в течение трех дней. После трехдневного перерыва препарат вводился повторно в течение трех дней. Лечение продолжалось до исчезновения признаков свинцового отравления. В 15 случаях потребовалось для этого лишь два трехдневных цикла, в девяти — три и в двух случаях — четыре цикла лечения.

В результате лечения улучшилось самочувствие больных, свинцовая кайма и свинцовый колорит исчезли, количество базофильных зернистых эритроцитов нормализовалось, реакция порфирина в моче становилась отрицательной, количество ретикулоцитов уменьшилось и выделения свинца с мочой по сравнению с исходными данными снизились.

Всем больным была восстановлена трудоспособность.

ANGIINIDE ESINEMISSAGEDUSEST EESTI NSV-s 1959. a. TÖÖSTUSALADE JÄRGI

Arstiteaduse kandidaat *A. LUTS*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski)*

Angiin on laialdaselt levinud üldhaigus, mis põhjustab võrdlemisi rohke ajutise töövõimekaotuse või raskematel juhtudel invaliidistumise. Sageli ei ole angiin iseseisev haigus, vaid on kroonilise tonsilliidi ägenemine. Seega aitavad kroonilisse tonsilliiti haigestumise vähendamiseks rakendatavad ravi- ja profülaktika abinõud võidelda ühtlasi angiinidega.

Angiini tekkimise mehhanismis etendavad väga tähtsat osa organismi spetsiifiline ja mittespetsiifiline reaktiivsus, mis võib muutuda organismi välis- ja sisekeskkonna faktorite, seejuures ka tööstuslike tegurite toimel.

Vastavalt Nõukogude Liidu Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi otsusele 11. nov. 1954. a. pööratakse erilist tähelepanu angiini ja kroonilise tonsilliidi probleemile. Ka Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpe-

tatud Nõukogu juures moodustati angiini probleemide komisjon, et suunata angiini- ja kroonilise tonsilliidi vastast ravi tööliste, kolhoosnikute ja õpilaste hulgas.

Käesoleva ülevaate aluseks on Vabariiklikust Sanitaar-Epidemioloogia Jaamast saadud andmed angiini ja gripi ning ülemiste hingamisteede ägedate katarride esinemissageduse kohta Eesti NSV tööstusettevõtete töölistel.

Saadud andmete analüüs näitas, et Eesti NSV-s esines angiini haigestumist 1959. a. jooksul 9,3 juhtu iga 100 töölise kohta ning grippi ja ülemiste hingamisteede ägedasse katarri haigestumist 32,5 juhtu iga 100 töölise kohta.

Statistilistel andmetel esineb angiin naistel kõigis vanusegruppides sagedamini kui meestel ja haarab peamiselt nooremat elanikkonda, mida on vajalik arvestada ühe või teise vaatlusmaterjali hindamisel.

Tuleb silmas pidada ka seda, et angiini diagnoosimisel esineb teatud määral liialdusi. Arstid kalduvad sageli angiinina diagnoosima kõiki kurguga seotud kaebusi. Angiini on diagnoositud sagedamini nendes kohtades, kus puuduvad kõrva-, nina- ja kurguarstid.

Agiini ja ülemiste hingamisteede ägedatesse katarridesse haigestumise kõrge protsent on meil tingitud osalt ka klimaatilis-meteoroloogilistest iseärasustest.

Angiini esineb meie vabariigis kõige sagedamini tekstiilitööstuses, kus tuleb 11,7 haigusjuhtu iga 100 töölise kohta, seejuures kõige enam Viljandi Linavabrikus (23,2 haigusjuhtu iga 100 töölise kohta). Ka grippi ja ülemiste hingamisteede ägedat katarri esineb kõige rohkem tekstiilitööstuses (38,4%), eriti Viljandi Linavabrikus (59,8%). Samuti on tekstiilitööstuse tööliste üldise haigestumise statistikas suure erikaaluga ülemiste hingamisteede ägedad katarrid (25,7%) ja angiinid (12%) [S. Motuzenko (1)].

S. Motuzenko (1) andmeil leiti läbivaadatud 437-st tekstiilitööstuse töölisest 18 protsendil kroonilist tonsilliiti. S. Motuzenko arvates kahjustab tolmufaktor ülemiste hingamisteede barjäärfunktsiooni. Samuti soodustab tööruumides esinev niiske õhk infektsiooni levikut tolmuosakeste kaudu. Ka W. Schmidti (4) andmeil täheldatakse sageli angiini puuvillatolmuga kokkupuutuvatel töölistel.

Angiini sage esinemine tekstiilitööstuse tööliste hulgas on samuti seoses sellega, et töölisteks on enamasti noored, peamiselt naised, kellel esineb statistiliste andmete kohaselt sageli angiine. Peale ülaltoodud faktorite mõjutavad tööliste organismi reaktiivsust suhteliselt soojad ja niisked tööruumid (tehnoloogia nõuded), kerge riietus jne.

Peale Viljandi Linavabriku esines angiini haigestumist rohkesti Riidevabrikus «Keila» (18,7%), Tallinna Õmbluskombinaadis (16,8%), Tekstiilivabrikus «Punane Koit» (16,5%), Puuvillakombinaadis «Balti Manufaktuur» (14,3%), V. Klementi nim. Õmblusvabrikus (13,5%), Kõievabrikus (11,2%), Pärnu Linaketrusvabrikus (10,8%) ja Kreenholmi Manufaktuuris (10,1%). Need arvud ületavad tunduvalt meie vabariigi keskmise (9,3%).

Angiini esinemissageduselt teiseks tööstusharuks oli naha- ja jalatsitööstus (10,8%) eesotsas Naha- ja Jalatsikombinaadiga «Kommunaar» (14,4%). Kombinaadi ruumid on kitsad, töötab rohkesti noori, eriti naistöölisi, õhus esineb palju ärritavaid gaase, tolmu jne.

Angiini esinemissageduselt kolmandal kohal on põlevkivitööstus (9,5 haigusjuhtu 100 töölise kohta). Angiini esines sagedamini kaevanduses nr. 8 (11,7%), Kukruse kaevanduses (10,7%), Viivikonna karjääris (10,8%) ja kaevanduses Käva-2 (10,3%). Kõige vähem angiine esines kaevanduses nr. 4 (7,1%).

Mandlite haigestumist soodustab ka päikesekiirguse puudumine kaevanduses. Kroonilise tonsilliidi tekkimist (*resp.* sagedate angiinide esinemist) võivad soodustada ka nina kõrvalõõnte mädased põletikud ja takistused nina kaudu hingamisel (ninapolüübid, hüperplastiline riniit). Nii täheldati Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kutsehaiguste sektori teaduslike töötajate andmeil (3) kaevureil sageli (6%) põsekoopa kroonilisi mädaseid põletikke ja ninapolüüpe.

Neljandana täheldati sagedast angiini esinemist polügraafiatööstuses (9,5 juhtu 100 töölise kohta), eriti trükikodade «Punane Täht» ja «Ühiselu» ühendatud tervishoiupunkti andmeil (12,4%), mida H. Kahn (2) seostab organismi vastupanuvõime langusega pliiga kokkupuutumise tagajärjel.

Viiendal kohal angiini haigestumise sageduses on masinaehitus- ja metallitöötlemistööstus (9,45 juhtu iga 100 töölise kohta). Kõige rohkem haigusjuhte on esinenud masinaehitustehases «Ilmarine» (15,3%), järgnevad Tallinna Masinaehitustehas (10,8%) ja raadiotehas «Punane Ret» (10,8%).

Angiinide sagedast esinemist masinatehastes võivad soodustada temperatuuri järsud kõikumised kuumades tsehhides, tuuletõmbus, tolmune õhk ja ärritavate gaaside esinemine. Raadiotehases «Punane Ret» töötab palju noori, enamus neist on naistöölised, õhus leidub pliiühendeid ja monteerimistsehhides on soodsad tingimused piisknakkuseks.

Kuuendana tuleb mainida paberi- ja puidutööstust (9,1 haigusjuhtu iga 100 töölise kohta), kusjuures kõige suurem haigestumise protsent on Viljandi Tuletikuvabrikus (21,0%), Tallinna Vineeri- ja Mööblivabrikus (11,4%) ja Kehra Tselluloosi- ja Paberikombinaadis (10,8%). Nimetatud tööstuste tööruumide õhus on rohkesti puutolmu, esineb järske temperatuurikõikumisi, tuuletõmbust; töötavad seal enamasti naised.

Põlevkivitöötlemise tööstustes on tööruumide õhus rohkesti ärritavaid gaase, põlevkivi- ja selle tuha tolmu, põlevkivi ettevalmistuse ja etteandmise tsehhides töötab palju naistöölisi ja tsehhid on kütmata (konveierlindid), ahjude tsehhis esineb järske temperatuurikõikumisi, samuti generaatoritsehhides. Kohtla-Järve Põlevkivitöötlemise Kombinaadis esineb 9,3 angiinijuhtu iga 100 töölise kohta.

Rohkesti angiini, grippi ja ülemiste hingamisteede ägedaid katarre esineb ka autotranspordi tööliste hulgas (9,1 angiinijuhtu iga 100 töölise kohta), eriti Tallinna Autobussipargis (13,4%). Angiini haigestuvad peamiselt konduktorid.

Teistes tööstusharudes ja ettevõtteis oli angiinide ja gripi ning ülemiste hingamisteede ägedate katarride esinemissagedus tunduvalt alla vabariigi keskmise.

Kõige vähem täheldati angiini, grippi ja ülemiste hingamisteede katarre meresadama töölistel (4,5 angiini haigestumise juhtu iga 100 töölise kohta ja 9,8 gripi- ja ülemiste hingamisteede ägedate katarride juhtu iga 100 töölise kohta). Sadamatööliste madal haigestumus on tõenäoliselt seletatav organismi karastatusega ja teiselt poolt puuduliku registreerimisega reisiperioodidel.

Ajutise töövõimetuse päevade protsent vastavalt tööstusharude või ettevõtete tööliste arvule oli angiini ja gripi ning ülemiste hingamisteede ägedate katarride puhul põhiliselt paralleelne haigusjuhtude esinemise protsendiga vastavates tööstusharudes või ettevõtetes. Nii oli ajutise töövõimetuse päevade protsent kõige suurem tekstiilitööstuses nii angiini (56,1%) kui ka ülemiste hingamisteede ägedate katarride puhul (202%), kusjuures vabariigi keskmine on angiini puhul 46,9% ja gripi ning ülemiste hingamisteede ägedate katarride puhul 169,9%.

Eeltoodud andmetest nähtub, et angiinid tekivad sagedamini organismi immunobioloogilise kaitsereaktsiooni nõrgenemise taustal, milles suurt osa etendavad temperatuuri kõikumised, õhu saastumine keemiliste ainetega, tolm jne. Profülaktilisest seisukohast on väga tähtis välja selgitada kõik ekso- ja endogeensed faktorid, mis muudavad organismi reaktiivsust ja soodustavad tonsilliitide teket. Krooniliste tonsilliitide vähendamisel on kõige olulisem sageli angiini põdevad isikud dispanseerida. Dispanseerimisel langeb peamine tähtsus tervishoiupunkti arstile, kes on kontaktis tehase administratsiooniga, ühiskondlike organisatsioonidega ning võib seetõttu kergemini ja efektiivsemalt läbi viia vajalikke tervistavaid abinõusid.

Oluline on vältida infektsiooni sattumist mandlitesse. Selleks tuleb ravida haigestumisi, mis takistavad nina kaudu hingamist, ja likvideerida mädakolded nina kõrvalõõntest, saneerida suuõõs.

Tolmurikastes töökohtades töötavatele töölistele tuleb organiseerida profülaktilised inhalatooriumid aero- ja hüdroionisatsiooni kasutamisega. Inhalatsiooni puhul eemaldatakse veeauru ja medikamentide abil ülemiste hingamisteede limaskestalt tolmuosad ja virveepiteeli tegevus aktiveerub.

Vajalik on korraldada maa all töötavatele töölistele duširuumide läheduses rohkem fotaariume, mis tõstavad organismi vastupanuvõimet külmetushaiguste suhtes.

Suuremat tähelepanu tuleb pöörata C-vitamiini kasutamisele, eriti neil, kes põevad kroonilist tonsilliiti, kuna kroonilise tonsilliidi haigetel on C-vitamiini hulk organismis vähenenud.

Samuti tuleb silmas pidada organismi karastamist, otstarbekohast riietust (eriti töö vaheaegadel) ja sanitaarhariduslike teadmiste tõstmist.

Tuleb parandada diagnostika, ajutise töövõimetuse ekspertiisi ja töökorralduse kvaliteeti, sest statistika andmetel ja kliinilistest tähelepanekutest on selgunud, et angiini diagnoosimisel esineb teatud liialdusi.

Tööstustes, kus angiini esineb rohkesti, tuleb tarvitusele võtta sanitaartehnilised ja hügieenilised abinõud ebasoodsate mikroklimaatiliste tingimuste, ülemisi hingamisteid ärritavate keemiliste ainete ning tolmu kõrvaldamiseks ja töötingimuste parandamiseks.

KIRJANDUS

1. Мотуженко З. Е. Сборник трудов Ленинградского научно-исследовательского института по болезням уха, носа, горла и речи. Том. XI. 1958, 76—91. — 2. Kahn, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 6, 31—34. — 3. Luts, A. Tööhügieeni küsimusi Eesti NSV põlevkivitööstuses. Kogumik II, Tallinn, 1958, 110—115. — 4. Schmidt, W. Experimentelle Gewerbestaubschädigungen der Nase und Nebenhöhlen. I. A. Barth Verlag. Leipzig, 1949.

О ЧАСТОТЕ АНГИН В ЭСТОНСКОЙ ССР В 1959 г. ПО ОТРАСЛЯМ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Л. Лутс

Резюме

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих промышленных предприятий Эстонской ССР показал, что в течение 1959 г. заболеваемость ангиной была 9,3; гриппом и острым катаром верхних дыхательных путей — 32,5 на 100 рабочих.

Первое место по частоте ангин занимали предприятия текстильной промышленности, где заболеваемость была 11,7 на 100 рабочих. Это связано, по нашему мнению, с профессиональными условиями работы (запыленность, умеренная влажность и теплота воздуха), возрастным составом рабочих и питьевым режимом (питье холодной воды).

Второе место занимали предприятия кожно-обувной промышленности, где оказались те же самые причины заболеваемости.

На третьем месте — предприятия сланцедобывающей промышленности (шахтеры). Условия труда в сланцевых шахтах характеризуются неблагоприятными микроклиматическими условиями (низкая температура +8°С и относительно высокая влажность воздуха). Как показали данные исследования сектора профессиональных заболеваний Института экспериментальной и клинической медицины Академии наук Эстонской ССР, у шахтеров часто наблюдаются хронические тонзиллиты (10%) и хронические гаймориты [с полипами носа (6%)].

Высокий уровень простудных заболеваний в Эстонской ССР связан с неблагоприятными климато-метеорологическими условиями. Принимаются меры для снижения заболеваемости ангиной (диспансеризация рабочих, часто болеющих ангиной; санация ЛОР-органов, профилактическая ингаляция аэро- и гидрононов, фотария при шахтах, витаминизация рабочих, улучшение экспертизы временной нетрудоспособности, санитарнотехнические и гигиенические мероприятия на заводах).

VIGADEST VERERINGESÜSTEEMI HAIGUSTE DIAGNOOSIMISEL JA RAVIL

A. MARDNA, N. ELŠTEIN, A. JUSKE, I. KONTOR ja *M. NOOGEN*
(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Südame- ja veresoonkonna haigused on käesoleval ajal kõikjal laialdaselt levinud, põhjustades enamiku invaliidistumis- ja surmajuhtudest. Probleemi aktuaalsuse tõttu analüüsimegi vereringesüsteemi orgaaniliste haiguste diagnoosimise ja ravi küsimusi (alltoodud andmed põhinevad Tallinna Vabariikliku Haigla I siseosakonna materjalil).

1957.—1959. a. viibis osakonnas uurimisel ning ravil 664 vereringesüsteemi patoloogiaga haiget, mis moodustab 18,5% selle aja jooksul osakonnas viibinud haigete üldarvust. Meie andmeil on südame- ja veresoonkonna patoloogia stabiilselt teisel kohal seedeelundite haiguste järel. See on seletatav Tallinna Vabariikliku Haigla I siseosakonna töö iseloomuga, sest vereringesüsteemi ägeda patoloogiaga (äge koronaarinsufitsientsus, esimesed reuma-atakid) haigeid hospitaliseeritakse meile tunduvalt harvemini kui teistesse linna- ja rajoonihaiglatesse.

Analüüsitavatest haigetest oli enamik üle 40 aasta vanad. See vastab F. Arnemanni andmetele, mille järgi 71,6% kõigist südame- ja veresoonkonna haigustest vabariigis langeb üle 50 aasta vanustele isikutele. 67,9% haigetest oli haiguse kestus üle ühe aasta (keskmiselt 3—5 aastat). Hüpertooniatõbe diagnoositi 271 haigel (I staadium — 73, II staadium — 149, III staadium — 49 haigel), ateroskleroosi 120, koronaartõbe 28, kardiaalset reumat 74, alaägedat septilist endokardiiti 18 ja südameklapiriket 107 juhul; 46 haigel sellest grupist olid mitmesugused muud diagnoosid.

Suurem osa vigu kardiovaskulaarse süsteemi haiguste diagnostikas ja ravis langeb mitte velskritele, nagu võiks oletada, vaid arstidele. Kui rühmitada kõik ekslikud saatediagnoosid (neid oli 37% juhtudest), võib eraldada 2 põhilist vigadegruppi.

Esimesse kuuluvad nn. nomenklatuursed vead, mille taga pahatihti aga peitub väär arusaamine haigusprotsessi tõelisest olemusest. Nii asendatakse sageli põhidiagnoos haiguse sümptoomiga, nagu hüpertoonia, südame puudulikkus, ninaverejooks, astsiit jne.

1. näide. 42-aastane meespatsient (haiguslugu nr. 7533—1958), viibis eelnevalt 3 nädalat Tallinna Linna Nakkushaiglas, kust suunati Tallinna Vabariiklikku Haiglasse ebaõige diagnoosiga: Botkini tõbi. Saatediagnoosiks I siseosakonda oli *hepatitis* ja *insufficientia cardiovascularis II st.* Diagnoosimata jäi aga väljakujunenud mitraalstenoos kardiaalse maksatsirroosiga.

2. näide. 61-aastane meespatsient (haiguslugu nr. 5335—1959), saadetud maahaiglast diagnoosiga: ninaverejooks. Ninaverejooks oli tingitud kõrgvererõhuhaigusest, mis esines haigel anamneesis juba 12 aasta vältel, kuid millele diagnoosimisel üldse polnud tähelepanu pööratud.

Ebaõige on panna põhidiagnoosiks ka sageli kasutatavat diagnoosi *myocardiodystrophia*, mis on alati mingi teise haigusprotsessi tulemuseks.

Samasuguste vigade hulka kuulub kardioskleroosi diagnoosimine etioloogia (müokardiitiline või ateroskleroótiline) märkimiseta.

Täiesti väär on märkida põhidiagnoosiks südame- ja veresoonkonna puudulikkust, seda aga esineb veel sageli. On hästi teada, et vereringe puudulikkuse aste on põhihaiguse funktsionaalseks iseloomustuseks. Järelikult olgu alati esimesel kohal põhidiagnoos, näiteks: mitraalne südameklapi rike, ateroskleroótiline kardioskleroos jm. Teiselt poolt pole aga õige ka vastupidine olukord, s. t. kui põhidiagnoosile ei järgne funktsionaalse seisundi äramärkimist. Just viimane võimaldab otsustada eelneva ravi ja hospitaliseerimise otstarbekuse üle.

Näide. 46-aastane naispatsient (haiguslugu nr. 8474—1959) suunati kaugel asuvast maa-arstijaoskonnast äärmiselt raskes seisundis Tallinna Vabariiklikusse Haiglasse diagnoosiga *insufficientia cardiovascularis*. Kliiniline diagnoos: *affectio mitralis; insufficientia cardiovascularis III st.* Kohapeal oli haige ravi mitteküllaldane ja transport, mis antud olukorras oli vastunäidustatud, raskendas haige seisundit märgatavalt.

Teise gruppi kuuluvad vead, mis tulenevad järgmisest 3 põhjusest:

1) atüüpiline haiguse kulg;

Näide. 72-aastane naispatsient (haiguslugu nr. 1573—1959) suunati 30. I 59. a. maahaiglast diagnoosiga: äge kõht. Kliiniline diagnoos: *cardiosclerosis atherosclerotica; infarctus myocardii.*

2) puudulikud uuringud ning haige seisundi ebaõige hinnang;

Näide. 51-aastane meespatsient N. (haiguslugu nr. 11913—1957) suunati Tallinna Vabariiklikku Haiglasse rajoonihaiglast pärast kahekuulist statsionaarset ravi diagnoosiga: vegetoneuroos ülekaalus südameneuroosi nähtudega. Kliiniline diagnoos: *atherosclerosis universalis gr. gravis; infarctus pulmonum bilateralis.*

3) patoloogilise leiu puudulik kliiniline süntees.

Näide. 17-aastane naispatsient P. (haiguslugu nr. 14153—1957) suunati maa-arstijaoskonna ambulatooriumi poolt Tallinna Vabariiklikku Haiglasse diagnoosiga *bronchopneumonia sin.* Kliiniline diagnoos: *rheumocarditis chronica exacerbata; insufficientia valvulae mitralis et stenosis ostii venosii sinistri; insufficientia cardiovascularis II.* Veaks oli asjaolu, et reumokardiidi ägenemisel tekkinud paisunähte hinnati mitraalafektsiooniga haigel pneumooniana — ei arvestatud anamneesi ega objektiivset leidu.

Teatavaid raskusi esineb hüpertooniatõve ja ateroskleroosi diferentsiaaldiagnostikas. Nagu teada, käsitles seda küsimust ka L. Mjasnikovi (4) ettekanne XIV üleliidulisel ja I ülevenemaalisel terapeutide kongressil.

Ateroskleroosi korral esineb hüpertoonia 3 korda sagedamini kui ateroskleroosita isikutel. Juba ainuüksi see asjaolu raskendab diferentseerimist. Vaatamata sellele, et avaldatakse arvamust mõlema protsessi ühtsuse kohta, näib meile, et hüpertooniatõve diagnoos peaks eelnema ateroskleroosi diagnoosile, kui eakamatel haigetel esineb püsivalt kõrgenenud arteriaalne vererõhk ja silmapõhja vastavad muutused, südame vasaku vatsakese hüpertroofia ning patoloogilised elemendid uriinis. Kõik need muutused võivad muidugi esineda ka ateroskleroosi puhul, kuid tavaliselt mitte kompleksselt ja mitte nii väljakujunenult. Lähtudes ülalmainitust tundub esialgu vaieldavana ateroskleroosi ja hüpertooniatõve ühendamine üheks ja samaks haiguseks.

Kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste diagnooside lahknemisel hüpertooniatõve ja ateroskleroosi puhul otsustab lõplikult diagnoosi siiski klinitsist, mitte aga patoloog-anatoom. Sellel seisukohal on ka I. Davõdovski ja G. Tšekareva (2).

Üheks sagedamini esinevaks veaks on paikse infektsioonikolde mõju alahindamine kardiovaskulaarsele süsteemile, seda enam, et haiged ei pööra tavaliselt tähelepanu mitteägedatele, latentselt kulgevatele haigustele. Ei tohiks unustada, et infektsioonikolded, nagu tonsilliit ja seedetrakti patoloogia võivad põhjustada arteriaalset hüpertooniat [W. Wald-

mann (1), O. Arnold (8)], arteriaalset hüpotooniat [A. Semjonov (6) jt.], anginoosseid hooge, arütmiat jne. Etioloogilise tegurina vajab erilist tähelepanu kuseteede ja neeruhaiguste patoloogia, eriti hüpertoonia puhul. Enamikel juhtudel ei arvestata kuseteedes oleva infektsiooni osa arteriaalse hüpertoonia püsimises. Nii mõnigi «hüpertooniatõbi» on tegelikult latentselt kulgeva nefriidi lõppstaadium, ehkki patsiendile omal ajal on kinnitatud täielikku paranemist ülalnimetatust. N. Ratner (5) ja J. Brod (7) rõhutavad neerude patoloogia tähtsust hüpertoonia ja ureemia tekkimisel.

Eakamatel inimestel esinevad sagedasti rööbiti kardiovaskulaarse süsteemi ning hingamisteede patoloogia. Siin täheldame kahesuguseid vigu: diagnoositakse südamehaigust, arvestamata hingamiselundite patoloogiat, või vastupidi, diagnoositakse kopsuhaigust, arvestamata vereringeelundite patoloogiat. Oluline on siin määrata ka kopsu- ja vereringe puudulikkuse aste.

Südame- ja veresoonkonna haiguste ravi puhul esinevad vead võime jagada 3 põhilisse rühma.

I. Dieedi ja ravikehakultuuri alahindamine kompleksses ravis. Põhiliselt rakendatakse ainult medikamentoosset ravi, arvestamata seda, et südame- ja veresoonkonna puudulikkus põhjustab ainevahetuse sügavaid häireid, eriti organismi happelis-leelises tasakaalus. Me ei peatu üksikasjaliselt dieedi küsimustel, kuid tuleb siiski öelda, et ei kasutata küllaldaselt kolme dieetrežiimi: a) klassikalist Karelli dieeti (eriti soovitatav Pevsneri modifikatsioon), mille puhul järk-järgult laiendatakse toiduratsiooni;

b) kaaliumirikast dieeti (riisi-kompotipäevad), mis on eriti näidustatud kardiaalse puudulikkuse korral suurte tursete ja astsiidi puhul;

c) hüpokloriidset dieeti, mis vastab Pevsneri toidule nr. 10.

Mõnikord on otstarbekas kasutada ka nn. poolnäljapäevi ning koormusevabu päevi.

Igasuguse dieedi rakendamisel peab südamehaige toit sisaldama rohkesti vitamiine.

Mis puutub ravikehakultuuri, siis seda rakendatakse üldiselt vähe. Ravikehakultuur on aga oluline üleminekuetapina voodirežiimilt tavalisele režiimile.

II. Glükosiidide ja diureetikumide ebaõige määramine. Siinjuures esinevad järgmised vead:

a) raskekujulise kardiovaskulaarse puudulikkuse puhul määratakse digitaalist peroraalselt, mis tavaliselt raviefekti ei anna;

b) samuti ei arvestata digitaalise vähest toimet suurte tursete puhul ilma diureetikumide manustamiseta;

c) ei muudeta kord määratud digitaalise ravidoosi kuni ravikuuri lõpuni, arvestamata organismi reaktsiooni ravile;

d) ei kasutata digitaalise preparaatidega paralleelselt hästi toimivat B_1-vitamiini, mis neuroreflektoorse regulatsiooni ja ainevahetuse parandamisega suurendab digitaalise toimet;

e) rajooni-, eriti aga maahaiglates rakendatakse vähe strofantiini; võimalik, et selles väljendub teatud kartus komplikatsioonide ees, kuigi meie kogemustel ei ole esinenud tüsistusi ka preparaadi laialdasel kasutamisel;

f) vähe ordineeritakse ka uusi glükosiidide preparaate, nagu erüsiid, konvasiid, nerioliin jt.

g) elavhõbeda-diureetikumide kasutamisel ei viida enamikul juhtudest läbi haige vajalikku ettevalmistust ammooniumkloriidi või kaltsiumkloriidiga, ometi on see tähtis tüsistuste ärahoidmisel elavhõbeda-diureetikumide kasutamisel. Tüsistused ei olene ju mitte niivõrd elavhõbeda toksilisest toimest neerudesse, kuivõrd organismi elektrolüütide ioonilise tasakaalu häirest;

h) reserpiini määramine ei ole mitte alati läbi mõeldud: nii näiteks pole reserpiini manustamine õigustatud hüpertooniatõve III (sklerootilises) staadiumis, reserpiin on vastunäidustatud kaasneva väljakujunenud ajuskleroosi puhul. Eriti ettevaatlikult tuleb reserpiini määrata koronaarvereringe puudulikkuse korral. Vererõhu järsk langus võib põhjustada südamelihase rasket kahjustust puuduliku koronaarverevarustuse tõttu [H. Lachmann (9)] ja võib mõnikord viia isegi müokardi infarkti tekkeni.

Näide. 43-aastane meespatsient L. (haiguslugu nr. 623 — 1959) suunati haiglasse kiirabijaama poolt püsivate stenokardianähtudega. Haiglas tehti kindlaks müokardi infarkt. Eelnevalt oli patsient saanud 3 nädala vältel reserpiini esmakordselt avastatud kõrgvererõhu tõttu. Arteriaalne rõhk oli langenud kiiresti normini, samaaegselt olid aga tekkinud stenokardianähud.

Selliste tüsistuste vältimiseks arteriaalse rõhu kiire languse korral tuleb preparaadi manustamine ära jätta ja õigeaegselt samal ajal määrata koronaarvereringet parandavaid vahendeid;

i) vähe manustatakse ka antikoagulante, eriti selliseid lihtsaid vahendeid nagu salitsülaate, mis on rakendatavad ka maahaigla tingimustes;

j) samuti peab märkima meditsiiniliste kaanide vähest kasutamist. Ei tarvitseks täiesti ignoreerida ka vana ravivõtet nõeldrenaažiga suurte tursete puhul, kui need ei vähene diureetikumidega ravimisel.

III. Kolmandaks puuduseks on mõningate ravimite liigne ja ühekülgne tarvitamine. See puudutab samavõrra nii maal kui ka linnas töötavaid terapeute. Kõigepealt ülemäärasest glükoosi kasutamisest: mitmete autorite andmeil [P. White (10), R. Mežebovski (3)] võib glükoosi hüpertooniliste lahuste kasutamine põhjustada valusündroomi südame piirkonnas. Samuti määratakse väga laialdaselt pikaajaliselt ka ainuüksi Bechterevi mikstuuri ja Zelenini tilku isegi väljakujunenud kardiovaskulaarse dekompensatsiooni puhul.

Puudutades südame- ja veresoonkonna haiguste profülaktikat, oleme seisukohal, et see pole veel kõikjal vajalikul tasemel. Eriti puudulik on see reumaatikute dispanseerimisel ja profülaktilise ravi läbiviimisel. Ei saa pidada kuidagi õigeks sageli esinevaid juhte, kus patsient suunatakse esmakordselt statsionaarsele ravile alles siis, kui on tekkinud juba mitte üksi väljakujunenud südameklapi rike, vaid ka dekompensatsioon.

Näide. 30-aastane meespatsient P. (haiguslugu nr. 14554 — 1957). Esimene reuma-atakk oli tal 16-aastaselt, tonsillektoomia tehti 27-aastaselt. Esmakordselt viibis statsionaarsel ravil alles 30-aastaselt — juba väljakujunenud mitraalklapirikke ja raske kardiovaskulaarse dekompensatsiooni tõttu.

Enamik klinitsiste on arvamisel, et reumahaigete ravis on oluline lokaalse infektsioonikolde likvideerimine. Tuleb vältida viivitamist tonsillide kõrvaldamisel. Arvestades küllaltki sagedasi reumatismi haigestumisi oleks võib-olla otstarbekas, et rajoonides, kus puudub otorinolarüngoloog, teostaksid tonsillektoomiat kirurgid.

Sageli diagnoositakse südamehaigust küllaldase põhjenduseta. Käesoleval ajal, mil südame- ja veresoonkonna haiguste kliiniliste uuringute kompleksi kuulub tingimata ka elektrokardiograafiline ning röntgenoloogiline uuring, esineb kriitikata suhtumist mõningatesse kõrvalekaldumistesse ideaalsest normist, nagu näiteks mõõdukad müokardi muutused EKG-s, röntgenoloogiliselt määratavad südame konfiguratsiooni muudatused jne. Kui juba arstid teevad siin ekslikke järeldusi, unustades tehniliste vigade võimaluse, patsientide konstitutsionaalsed ja ealised iseärasused, mida võib siis nõuda patsientidelt, kellele tehakse teatavaks selline diagnoos. Sellepärast tuleks arstidel väljenduda ettevaatlikult ja vältida võimaluse piirides uuringute tulemuste andmist haigete kätte. See põhjustab sageli iatrogeeniat, sest tehniliste seadiste abil saadud uuringute andmed mõjuvad eriti tugevasti inimese psüühikale. Iatrogeeniale peab aga osutama tõsist tähelepanu, sest mõningate autorite andmeil on see funktsionaalsete südamehaiguste tähtsamaks põhjustajaks.

Kokkuvõttes võib öelda, et diagnostilisi vigu ja sellest tulenevat ebaõiget ravi kardiovaskulaarse süsteemi haigestumise juures saaksime enamikul juhtudel vältida eelkõige suurema tähelepanu pööramisega anamneesile ja haige hoolikamale objektiivsele uurimisele. Seda saab teha keeruka tehnilise aparatuurita ning eriuuringuteta, mis jäävad ka praegusel tehnikaajastul siiski ainult abivahenditeks.

KIRJANDUS

1. Вальдман В. А. Затяжные гипертермии и латентные инфекции. Л., 1949. — 2. Давыдовский И. В. и Чекарева Г. А. Архив патологии, 1957, 5, 20—29. — 3. Межебовский Р. Г. Лечение и профилактика сердечной недостаточности. Оренбург, 1959. — 4. Мясников П. Диагностические и патогенетические грани между гипертонической болезнью и атеросклерозом. В. кн.: Труды I Всероссийского съезда терапевтов. М. 1960, 19—26. — 5. Ратнер Н. А. Диагностика хронического пиелонефрита и его значение при гипертонии. Там же, 135—140. — 6. Семенов А. М. Некоторые вопросы клиники и лечения лямблиоза. Автореферат дисс., Л. 1955. — 7. Брод Я. Хронический пиелонефрит (перевод с немецкого), М. 1960 — 8. Arnold, O. H. Akute Infektionskrankheiten und Hochdruck, Berlin, 1949. — 9. Lachmann, H. Z. ärztl. Fortbild., 1958, 12, 510—511. — 10. White, P. tsit. 9. järgi.

ОБ ОШИБКАХ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

А. Мардна, Н. Эльштейн, А. Юске, И. Контор и М. Нооген

Резюме

В течение 1957—1959 гг. в I терапевтическом отделении Таллинской республиканской больницы прошло обследование или лечение 664 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что составляет 18,5% к общему числу больных, находившихся в стационаре. По материалам отделения, патология аппарата кровообращения занимает стабильное второе место после болезней системы пищеварения. Это объясняется тем, что при профиле работы больницы больные с острой патологией системы кровообращения госпитализируются обычно в городские больницы.

Анализ возрастного состава больных показывает, что большинство составляют лица свыше 40 лет, у 67,9% из них длительность болезни оказалась свыше года.

Сопоставление преимущественного возраста больных, хронического течения заболеваний, послуживших причиной госпитализации, и совпадение в 63% случаев диагнозов направления и стационара позволяют прийти к выводу, что в основе госпитализации на первый план выступают мотивы лечебные, а не диагностические.

Сопоставление случаев расхождения диагнозов направления и стационара показывает, что наибольшие трудности, видимо, вызывают: а) дифференциальная диагностика гипертонической болезни и общего атеросклероза, б) функциональная характеристика недостаточности кровообращения, в) сочетание патологии сердечно-сосудистой системы и почечно-мочевыводящей системы, г) сочетание патологии органов кровообращения и органов дыхания.

К недостаткам в лечебной тактике можно отнести: а) недооценку диеты и лечебной физкультуры в комплексном лечении больных, б) недооценку борьбы с очаговой инфекцией, в) неправильное назначение сердечных глюкозидов и мочегонных препаратов, г) недостаточное использование антикоагулянтов и пиявок, д) не всегда обоснованное назначение некоторых средств, как, например, вливаний глюкозы, микстуры Бехтерева и др.

В результате переоценки врачами значения рентгеновского и электрокардиографического методов исследований нередки еще ятрогенные заболевания сердечно-сосудистой системы.

KORONAARHAIGUSE OPERATIIVSEST RAVIST*

(Esialgsed tähelepanekud)

L. MARDNA

(Tallinna Vabariiklikust IV Haiglast, peaarst arstiteaduse kandidaat *A. Nordberg*)

Seadsime endale ülesandeks tutvustada terapeute koronaarhaiguse praktiliselt ohutu ja efektiivse kirurgilise ravi, nimelt *arteria mammaria interna* ligeerimise tulemustega. Koronaarse vereringe ekstrakardiaalseid anastomoose kirjeldas esmakordselt A. Haller 1803. a. L. Langer jätkas 1880. a. A. Halleri varasemaid uurimusi. Kasutades kontrastainete sisseviimist pärgarteritesse tõestas ta, et pärgarterite varustuspiirkond on *vasa vasorum*'ite kaudu otseses seoses perikardi parietaalse lehe, keskseinandi, vahelihase ja kopsuvärati veresoontega. Nende anatoomiliste andmete alusel püstitas A. Langer esimesena hüpoteesi, et selline ekstrakardiaalne anastomoos võib koronaararterite ummistuse korral tagada müokardil asendava verevarustuse. L. Gross (1921), K. Schpalteholz ja J. Monkeberg (1924), J. Wearn (1927) jt. kinnitasid tähelepanekuid veresoonte anastomoosi kohta pärg- ja mediastinaalsete arterite vahel. Uurimusi täiendas 1930. a. H. Robertson, kes koondas tähelepanu rasvkoele, milles on rikkalik peente veresoonte võrk ning mis ühendab pärgartereid ekstrakardiaalse anastomoseeruva veresoonestikuga.

Tuginedes oma uurimustele südame verevarustuse alal oletas D. Fieschi (1939), et *a. mammaria interna* on seotud koronaarse vereringega. Uurimistööga, mis teostati laipadel, ei õnnestunud tal küll tõestada *a. mammaria interna* vahetut anastomoosi südame veresoontega, küll aga tegi ta kindlaks periaortaalsed ja peripulmonaalsed harud. Vaatamata sellele pani ta 1942. a. ette, tuginedes oma hüpoteesile, kasutada koronaarhaiguse puhul südame verevarustuse parandamiseks mõlema *a. mammaria interna* ligatuuri II roietevahelises ruumis. Kardioloogide seas ei leidnud D. Fieschi ettepanek toetajaid. Alles 2 aastat hiljem nõustusid kirurgid tema poolt soovitatud operatsiooni läbi viima. Opereeriti üht stenokardia nähtudega haiget, kes pärast operatsiooni vabanes anginoossetest valudest. D. Fieschi töö, mis avaldati 1942. a., jäi aga tähele panemata.

Uurides kirjandust koronaarse vereringe kohta, sattus M. Battezzati 1953. a. D. Fieschi unustatud tööle. Koos A. Tagliaferroga kordas ta D. Fieschi katseid ja kinnitas tema andmeid. Ühtlasi õnnestus neil avastada *a. mammaria interna* vahetuid anastomoose koronaarse vereringega. Koertel tehtud katsetega tõestasid nad veenvalt *a. mammaria interna* kahepoolse ligatuuri efektiivsust eksperimentaalse (*ramus descends a. coron. sin.* ligatuur) infarkti puhul. 1954. a. algas katsetel saadud andmete kliiniline kontroll. M. Battezzati statistiliste andmete järgi oli 1958. aastaks opereeritud 300 haiget. Esimene teadaanne saksa keeles avaldati R. Jellineki ja G. Questsowi poolt 1958. a. 4 operatsiooni kohta. Nõukogude Liidus teostas esimese operatsiooni B. V. Petrovski 1957. a. Praegu on andmeid üle 800 Nõukogude Liidus teostatud operatsiooni kohta (B. Kolessov kaasautoritega, B. Ossipov, A. Bakulev, B. Petrovski kaasautoritega jt.). Kõik autorid osutavad operatsiooni efektiivsusele ja ohutusele. Siinjuures vajab märkimist, et eranditult kõik avaldatud artiklite autorid on kirurgid.

Operatsiooni olemus

A. mammaria interna'l on hulgaliselt proksimaalsest osast väljuvaid harusid, mis on vahetus seoses perikardi ja epikardiga, erandjuhtudel aga ka koronaarse veresoonestikuga.

---

* Ette kantud Eesti NSV terapeutide vabariiklikul teaduslik-praktilisel konverentsil 27. juulil 1960. a.

A. mammaria interna kahepoolse ligatuuri tõttu II roietevahelises ruumis tõuseb rõhk eelkõige *a. mammaria interna* suuremates harudes. Sellega avatakse koronaarse vereringe ekstrakardiaalne anastomoseeruv võrk. Viimasega seletub ka müokardi isheemia (funktsionaalne või orgaaniline) vähenemine või paranemine *a. mammaria interna* ligatuuri tulemusena.

Vaatamata põhihaiguse raskusele on operatsioon ohutu. Surmajuhte ega operatsioonijärgseid tüsistusi pole seni kirjeldatud. Operatsioon teostatakse kohaliku tuimastusega. *A. mammaria interna* ligeerimine ei ole tehniliselt keerukas, nõuab aga teatud ettevaatlikkust, sest operatsioon toimub kitsas, lehtritaolises II roietevahelises ruumis. Pealegi asub *a. mammaria interna* ämblikuvõrgutaoliselt õhukesel pleural (pneumotooraksi oht!). Täpset operatsioonitehnikat on kirjeldatud kirurgia-alastes ajakirjades.

M. Battezzati statistikast selgub, et koronaarhaiguse operatiivne ravi andis 13,7% (28 juhul) väga head tulemused, 48,5% (99 juhul) — head, 31,8% juhtudest (65 juhul) — rahuldavad tulemused. Üksnes 5% juhtudest (12 juhtu) olid tulemused mitterahuldavad.

Näidustused operatsiooniks

Funktsionaalse või orgaanilise päritoluga stenokardia puhul ei ole eelnenud müokardi infarkt ega patsiendi vanus operatsiooni vastunäidustuseks. Ravi tulemused on funktsionaalse stenokardia puhul paremad kui orgaanilisest koronaarstenoosist tingitud südamevoolmete korral.

Ravi tulemuste kliinilise hinnangu aluseks on haigete enesetunne (anginoossete valude täielik kadumine või vähenemine, nende harvenemine või tekkimine suure koormuse puhul) ja objektiivselt EKG muutused.

Tavaliselt liigitatakse ravi tulemusi vastavalt haigete subjektiivsetele kaebustele järgmiselt:

I rühm: väga head ravitulemused — anginoossete nähtude täielik kadumine nii pingutustel kui ka rahulikus olekus, s. t. füüsiline aktiivsus taastub täielikult;

II rühm: head ravitulemused — anginoossete nähtude ilmumine ainult pingutustel, s. t. füüsiline aktiivsus taastub ainult osaliselt;

III rühm: rahuldavad ravitulemused — anginoossete nähtude harvenemine ja intensiivsuse vähenemine, s. t. füüsilise aktiivsuse teatud suurenemine võrreldes ravieelse seisundiga;

IV rühm: mitterahuldavad ravitulemused: *status quo ante*.

Isiklikud tähelepanekud

Tallinna Vabariiklikus IV Haiglas on 1960. aasta veebruarist alates teostatud ülalkirjeldatud operatsioon 5 patsiendil vanusega 38—65 a. (opereerisid U. Viires ja Š. Gulordava). 3 haigel esines anamneesis müokardi infarkt, ühel korduvalt. Kõigil neil esines nii pingutuse puhul kui ka rahulikus olekus stenokardia. Operatsioon teostati kohaliku tuimastusega. Operatsiooni vältel ega operatsioonijärgses perioodis ei esinenud mingisuguseid tüsistusi.

Ravitulemuste hindamisel arvestasime haige enesetunnet (anginoossete nähtude kadumine või ilmumine ainult pingutuste puhul, nende harvenemine või intensiivsuse vähenemine). Objektiivselt dokumenteeriti paranemist seeriaviisiliste EKG-dega, nitroglütseriini- ja koormuskatsega, mis näitasid südamelihase ainevahetuse pidevat paranemist ja hapnikuvaeguse nähtude kadumist.

Ravi tulemused olid 3 juhul väga head, 1 juhul head ja 1 juhul rahuldavad. Kõik isikud on töövõimelised.

Näide. Haige K., 57 a. vana (haiguslugu 487 /1960. a.). Diagnoos: ateroskleerootiline koronaarkardioskleroos, stenokardia rahulikus olekus ja pingutusseisundis. 1950. a. oli haigel olnud müokardi infarkt. Sellest ajast esinevad valud südame piirkonnas nii pingutuste puhul kui ka rahulikus olekus, kasutas validooli ja nitroglütseriini. Käimisel oli sunnitud valude tõttu sageli peatuma. Viimastel nädalatel sagenesid ja tugevnesid stenokardiahood. Et ambulatoorse raviga ei suudetud valu kupeerida, suunati patsient 15. I 1960. a. statsionaarsele ravile. Objektiivselt täheldati tuhme südametoone. Pulss rütmiline, rahuldava täitumusega, 80 lööki minutis, RR 145/100. Kopsud ja kõhuõõneelundid patoloogilise leiuta. Erituselunditel normist kõrvalekaldumist ei esinenud. Veri, uriin ja väljaheide iseärasusteta. Rindkere röntgenoskoopia: süda mõlema vatsakese arvel laienenud vasakule ja tahapoole, pulsatsioon loid. Aort tihenenud, selle kaar elongeerunud. EKG 4. II 1960. a.: $R_2 > R_1 < R_3$, Q_2 täheldatav, Q_3 sügav, lai. Intervall ST kõigis lülitustes isoelektrilisel joonel. T-sakid kõigis standardlülitustes ja vasakpoolsetes rinnalülitustes (alates CR_4) negatiivsed.

Elektrokardiograafiline diagnoos: armistunud jämekoldelised muutused südame vasaku vatsakese tagaseinas. Koronaarse vereringe krooniline puudulikkus väljakujunenud hapnikuvaeguse nähtudega vasaku vatsakese ees- ja külgseinas.

Alaliste valude ägenemine südame piirkonnas ja sellest tingitud üldseisundi halvenemine, samuti ka aastate vältel ravivahendite tulemusteta kasutamine olid operatiivse vahelesegamise (kahepoolne *a. mammaria interna* ligeerimine) näidustusteks.

Operatsioon tehti kohaliku tuimastusega 5. II 1960. a. Pärast operatsiooni ei esinenud enam stenokardia nähte pingutusel ega ka rahulikus olekus. Viie kuu vältel tehtud seeriaviisilised EKG-d osutavad südamelihase ainevahetuse progressiivsele paranemisele, mida näitab T-saki positiivseks muutumine esimeses, kahefaasiliseks teises standardlülituses ja negatiivsuse minimaalseks muutumine külgmistes rinnalülitustes.

A. mammaria interna ligatuur teises roietevahelises ruumis ei ole tehniliselt raske, ei ohusta mingil määral patsiendi elu ja on seetõttu teostatav ka raskesti haigetel. A. N. Bakulev näiteks on nimetatud operatsiooni edukalt teinud ka müokardi infarkti ägedas faasis.

Käesoleval ajal on stenokardia haiguseks, mis nõuab terapeutide ja kirurgide tihedat koostööd, samuti nagu näiteks haavandtõbi. Peame vajalikuks juhtida terapeutide tähelepanu sellele, et koronaarhaiguse sagedus ja konservatiivse ravi palliatiivsus tõid päevakorda nende haigete operatiivse ravi küsimuse. Kuigi operatsioon on tehnilise lihtsuse tõttu teostatav ka väikseimas kirurgia osakonnas, on seda seni vähe kasutatud. Tuleb kahjuks tunnistada, et koronaarhaiguse kirurgilise ravi aeglane juurdumine praktikasse on mõnevõrra tingitud ka terapeutide konservatiivsusest.

KIRJANDUS

1. Казанский В. И. Хирургия, 1954, 1, 42—49. — 2. Петровский Б. В., Нерсесян А. А. и Рыбкин И. Н. Клинич. медицина, 1959, 11, 52—55. — 3. Петровский Б. В. Хирургия, 1959, 10, 3—8. — 4. Осипов Б. К. Хирургия, 1959, 10, 8—12. — 5. Бакулев А. Н., Мурашова Х. Н. Клинич. медицина, 1960, 1, 41—48. — 6. Неймарк И. И. Клинич. медицина, 1960, 6, 67—70. — 7. Battezzati, M., Tagliaferro, A., Cattaneo, A. Sci. Med. Ital. Englisch Ed. Sec. series, v. VII, 1959, 3, 463—485.

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ

Л. Мардна

Резюме

Частота коронарной болезни, паллиативность её консервативного лечения сделали актуальным лечение таких больных оперативными методами. Наиболее простой и безопасной операцией является перевязка внутренних артерий молочных желез, что ведет к улучшению коллатерального кровоснабжения миокарда. Приводим краткие данные об истории, существе и показаниях к операции.

По рекомендации автора оперативное лечение коронарной болезни проведено у 5 больных в возрасте от 38 до 65 лет. Болевой синдром исчез полностью у трех, а у двух

он появляется только после физической нагрузки. Динамическое наблюдение за ЭКГ выявило улучшение сократительной способности миокарда и коронарного кровообращения.

Несмотря на техническую простоту операции, которая может быть проведена и в хирургических отделениях районных больниц, однако многие врачи-терапевты недостаточно активно принимают участие в ее внедрении.

PITSUNUD SONGAD JA NENDE RAVI

Š. GULORDAVA ja *V. SOLOVJOV*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Pitsunud songad kuuluvad «ägeda kõhu» sündroomiga haiguste hulka. V. Strutškovi andmetel väheneb pitsunud songadest põhjustatud letaalsus aeglasemalt kui teiste ägedate kirurgiliste haiguste puhul. Käesoleval ajal on letaalsus sel puhul 2,3%, samal ajal ägeda apenditsiidi puhul 0,2%, pitsumata songade puhul 0,05—0,1%. Toodud andmed on üleliidulised. Üksikute raviasutuste näitajad aga kõiguvad tunduvalt. Näiteks Leningradi haiglate andmetel varieerub suremus pitsunud songade puhul keskmiselt 1,5 kuni 3% vahel. Professor L. Šostaki andmetel oli suremus pitsunud songade puhul Eesti NSV-s 1959. a. 3,8%.

Analüüsime 1955.—1959. a. Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgia osakonnas viibinud 148 haige haiguslugu. Kõiki haigeid opereeriti kiires korras. Kõhuõõne elundite ägedate kirurgiliste haiguste hulgast moodustasid pitsunud songad 3,77%, s. o. esinemise sageduselt ägeda apenditsiidi ja soolesulguse järel kolmandal kohal.

Pitsunud songadega haigete üldarvust oli mehi 80, naisi 68. Nagu tabelist 1 nähtub, esineb tunduvaid erinevusi meeste ja naiste songade paiknemises.

Tabel 1

Pitsunud songadega haigete jaotus songade lokaliseerumise ja soo järgi

Jrk. nr.	Songa nimetus	Mehed	Naised	Kokku
1.	Kuberne	68	18	86
2.	Reie	4	25	29
3.	Naba	2	17	19
4.	Valgejoone	3	2	5
5.	Operatsioonijärgsed	2	6	8
6.	Diafragmaalsed	1	—	1
	Kokku	80	68	148

Tabel 1 näitab, et esimesel kohal on kubeme-, teisel kohal reiesongad — need kokku moodustavad 77,7% kõikidest pitsunud songadest.

Pitsunud songad esinevad meie tähelepanekute järgi igas vanuses, kuid sagedamini keskmises ja vanemas eas (vt. tabel 2). Kõige sagedamini pitsuvad kubemesongad.

On teada, et ainult õigeaegselt teostatud operatsioon võib haige päästa pitsunud elundi nekrotiseerumisest, raskest toksikoosist ja teistest ohtlikest tüsistustest, mis sageli põhjustavad haige surma. Enamik haigeid rajoonidest saabus meie haigla kirurgia osakonda aga hilja: kuni 6 tundi pärast songa pitsumist 56 (37,5%), kuni 24 tunni möödumisel — 23 (15,5%) ja hiljem — 49 haiget (33,7%).

Esitatud andmetest nähtub, et esimese 6 tunni jooksul, arvates haigestumisest, hospitaliseeriti ainult 37,5% haigetest, kuni 24 tunni möödumisel — 15,5% ja hiljem — 33,7%

Tabel 2

Pitsunud songadega haigete ealine jaotumine

Jrk. nr.	Songa nimetus	0—5	6—15	16—30	31—50	51—70	Üle 70 aasta	Kokku
1.	Kubeme	19	4	9	12	25	17	86
2.	Reie	—	—	—	7	14	8	29
3.	Naba	1	—	1	4	9	4	19
4.	Valgejoone	—	—	—	—	3	2	5
5.	Operatsioonijärgne	—	—	1	3	2	2	8
6.	Diafragmaalne	—	—	—	—	—	1	1
	Kokku	20	4	11	26	53	34	148

Meie andmetel pöördusid pitsunud songadega haiged ka ise arsti poole liiga hilja, mis omakorda oli tingitud teadmatusest songa pikemaajalise pitsumise tagajärgedest. Ka mõnede arstide teadmised selle haiguse diagnoosimisel on nähtavasti mitteküllaldased (meie andmetel saabus 3,5% pitsunud songadega haigetest statsionaarsele ravile ebaõige saatediagnoosiga), kuigi pitsunud songa kliiniline pilt on niivõrd iseloomulik, et tavaliselt ei valmista selle diagnoosimine raskusi. Pitsunud songa peamisteks tunnusteks on songa ebaõige väljasopistumise ootamatu ilmnemine, selle pingus ja valud, mis mõnikord on nii tugevad, et võivad põhjustada šoki, samuti soolesulguse nähud, reflektoorse päritoluga iiveldus ja oksendamine. Üldised ja paiksed tunnused selle haiguse puhul olenevad peamiselt pitsunud elundi tähtsusest ja tema häiritud talitluse mõjust organismi üldseisundile.

I. Judin märgib, et vead pitsunud songade diagnoosimisel võivad olla tingitud järgmistest põhjustest: 1) pitsumise sümptoomide ebaselgus, 2) songa kombineerumine haigustega, mis soodustavad pitsumist, 3) arsti puudulik kvalifikatsioon või tema hooletus.

Pitsunud songadega sarnase kliinilise pildi annavad soolesulgus songa puhul, apenditsiit songakotis, munandi seemneväädi keerdumine jne. Peale selle on diagnoosimine raskendatud paksu kudedekihi halva palpeeritavuse tõttu.

Juba 1914. aastal mainis P. Tihhov, et pitsunud songa ravitakse peamiselt operatsiooni teel. Kui varem pitsunud songa paigaldamist loeti ravimeetodiks, siis praegu peetakse seda vastunäidustatuks. Kaasajal tunnistavad kõik kirurgid, et pitsunud songadega haigete ravimise ainuõigeks meetodiks on kiire operatsioon.

Operatsioonieelne ettevalmistus on samasugune kui teiste kiireloomuliste operatsioonide puhul. Haige raske üldseisundi puhul oleme ettevalmistusele pööranud erilist tähelepanu. Sellistel juhtudel oleme haigele teinud mõlemapoolse paranefraalse novokaiinblokaadi Višnevski järgi. Rakendame südamevahendeid, manustame füsioloogilist lahust ja glükoosi veenisisesi. Ettevalmistus operatsiooniks vältab mitte rohkem kui 1—1,5 tundi. Raske üldseisundiga pitsunud songadega haigete selline ettevalmistamine parandab tunduvalt haiguse operatsiooniaegset ja operatsioonijärgset kulgu. Võitlus intoksikatsiooniga, vee- ja soolade-ainevahetuse häiretega toimus ka operatsioonijärgsel perioodil koos antibiootikumide manustamisega suurtes annustes.

Kirurgilise ravi meetodid sõltusid songade liigist, pitsumisest möödunud ajast, peritoniidi või teiste tüsistuste olemasolust. Operatsiooni teostamisel kasutasime enamasti kohalikku novokaiinanesteesiat (87,2% juhtudest). Üldist narkoosi rakendasime 12,8% juhtudest.

148 meil opereeritud pitsunud songaga haigest resetseeriti sool 16 juhul, rasvik — 4 juhul; s. t. tüsistunud pitsunud songasid, kus oli vaja resetseerida soole- või rasvikuosa, esines 13,5% juhtudest. 85% juhtudest aga oli songakoti sisu täiesti eluvõimeline ja polnud vaja selle operatiivset kõrvaldamist. Igapäevases töös pidasime kinni järgmisest kirurgilisest taktikast: radikaalselt kõrvaldada kogu muutunud soole- või rasvikuosa, vaatamata haige vanusele ja pitsumisest möödunud ajale. Õigel operatsioonijärgsel hooldamisel on selle taktika puhul haigetel suuremad võimalused tervenemiseks kui soole väljaviimisel, *anus praeternaturalis*'e moodustamisel või teiste «säästvate» operatsioonide puhul. Pärast pitsumise likvideerimist, edasiseks talitluseks võimetute elundite ja songakoti kõrvaldamist teostati songavärati plastika. Kubemekanali plastika toimus sagedamini Girard-Spassokukotski-Kimborovski meetodil. Pitsunud reiesongade puhul teostati reiekanali plastika Poupart'i sideme kinniõmblemise teel häbemeluu periosti või fastsia külge. Pitsunud nabasongade puhul kasutati Lexeri meetodit või songavärati likvideerimist aponeuroosi duplikatuuriga. Kõikide ventraalsete songade puhul õmmeldi songavärat kinni sõlmeliste õmblustega, moodustades aponeuroosist duplikatuuri. 148 haigest, keda opereerisime pitsunud songa puhul, suri 9 inimest, s. o. 6,1%.

Letaalsuse võrdlevad andmed aastate järgi on esitatud tabelis 3.

Tabel 3

Andmed letaalsuse kohta pitsunud songade puhul %	Aastad				
	1955	1956	1957	1958	1959
Kogu NSV Liidus	1,5	2,3	2,3	(andmed puuduvad)	
Eesti NSV-s	7,2	1,9	3,6	5,9	3,8
Tallinna Vabariiklikus Haiglas	12,9	0	8,0	9,3	0

Need andmed kinnitavad antud probleemi tõsidust. Letaalsuse protsent vabariigis ja eriti Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgia osakondades on ikka veel kõrge (välja arvatud 1956. ja 1959. aasta, kus ei esinenud ühtegi surmajuhtu).

Surnud 9 haigest olid kaks 65 aasta vanused, ülejäänud 7 olid üle 70 aasta vanad. Haigestumise esimese ööpäeva jooksul hospitaliseeriti neist 2, 2 ööpäeva möödumisel — 2, 3 ööpäeva möödumisel — 2. Ülejäänud 3 haiget hospitaliseeriti 4—5 ööpäeva pärast songa pitsumist.

Paljude autorite tähelepanekud ja meie kogemused näitavad, et hemorraagilise vedeliku leidumine songakotis, pitsunud sooleosa tugev tsüanoos (kõnelemata soole nekroosist), pulsi puudumine mesenteeriumi arteritel, peristaltika lakkamine — need on otsesteks näidustusteks pitsunud sooleosa resetseerimiseks.

Rakendades operatsiooni ajal konservatiivseid meetodeid pitsunud soole elustamiseks, peab kirurg ilmutama maksimaalset ettevaatlikkust soole eluvõime hindamisel ja kahtlastel juhtudel otsustama küsimuse alati soole resetseerimise kasuks.

Järeldused

1. Pitsunud songad on vabade songade sagedaseks tüsistuseks ja põhjustavad võrdlemisi kõrge letaalsuse.

2. Pitsunud songa vältimise tähtsamaks tingimuseks on vaba songaga haigete väljaselgitamine ja nende plaanipärane opereerimine enne pitsumist.

3. Pitsunud songadega haigete edukaks ravimiseks on esmajärgulise tähtsusega haiguse varajane diagnoosimine ja hospitaliseerimine. Selleks

on vaja laiendada kogu arstkonna teadmisi ägedate kirurgiliste haiguste diagnostikast ja tõsta elanikkonna sanitaarhariduslikku taset.

4. Pitsunud songadega haigete ravimise ainuõigeks meetodiks on kiire operatsioon (ettevalmistusena mõlemapoolne paranefraalne blokaad Višnevski järgi, füsioloogilise lahuse ja glükoosi niristamine veeni ja selle jätkamine ka operatsiooni ajal, energiline võitlus intoksikatsiooni ning vee- ja soolade-ainevahetuse häiretega operatsioonijärgsel perioodil, antibiootikumide manustamine suurtes annustes).

5. Soole resetseerimise näidustusteks on seroos-hemorraagilise vedeliku leidumine songakotis, pitsunud sooleosa seina tugev tsüanoos ning peristaltika puudumine ja pulsi kadumine mesenteeriumi arterites.

УЩЕМЛЕННЫЕ ГРЫЖИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Ш. Гулордава и В. Соловьев

Резюме

Наши наблюдения за 148 больными, поступившими в больницу с ущемленными грыжами, позволяют сделать следующие выводы:

1. Ущемленные грыжи являются нередким осложнением свободных грыж и дают довольно высокий процент летальности.

2. Важнейшим условием предупреждения этого грозного осложнения является активное выявление больных свободной грыжей и операция в плановом порядке до ущемления.

3. Для успешного лечения больных с ущемленными грыжами первостепенное значение имеет раннее распознавание и ранняя госпитализация. Для этого необходимо знакомство широкого круга врачей с диагностикой острых хирургических заболеваний и достаточная санитарная грамотность населения.

4. Краткосрочная дооперационная подготовка (двухсторонняя паранефральная блокада по Вишневскому, внутривенное переливание физиологического раствора и глюкозы, продолжающееся и во время операции, и другие мероприятия), своевременно произведенная операция, энергичная борьба против интоксикации и нарушения водно-солевого обмена в послеоперационном периоде с дачей больших доз антибиотиков является единственно правильным методом лечения больных с ущемленными грыжами.

5. Показаниями к резекции кишечника являются: наличие серозной геморрагической жидкости в грыжевом мешке, резкий цианоз стенки ущемленной части кишечника, отсутствие перистальтики и пульса брыжеечных сосудов.

6. Размеры резецируемого участка кишки обуславливаются состоянием выше- и нижележащей части кишки и ее брыжейкой, то есть резекция должна производиться строго в пределах здоровых тканей.

RESETSEERITUD MAGUDEGA HAIGETE RÖNTGENOLOOGILISEST JA GASTROSKOOPILISEST UURIMISEST

(Autoreferaat)

Arstiteaduse kandidaat *J. RIIV, N. SACHRIS, V. SALUPERE* ja *K. VALGMA*

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

Seoses maohaiguste kirurgilise ravi laialdase rakendamisega kasvab pidevalt resetseeritud magudega inimeste arv. Kahjuks aga ei lõpe alati haige vaevused operatsiooniga ja umbes $^{3}/_{4}$ opereeritutest pöördub uuesti arsti poole mitmesuguste kaebustega, millest prevaleerivad valud ülakõhus, kõhulahtisus, dumping-sündroom, toitumuse langus jt. Pahatihti ei pöörata taoliste vaevustega haigetele küllaldaselt tähelepanu: ei kasutata olemasolevaid diagnostilisi meetodeid kaebuste põhjuste selgitamiseks ega rakendata sellest tulenevana vajalikke terapeutilisi abinõusid.

Resektsioonijärgsete seedetraktivaevuste diagnoosimisel on olulisteks meetoditeks röntgenoskoopia ja gastroskoopia.

Röntgenoloogiliselt ja gastroskoopiliselt uuriti 43 resetseeritud maoga patsienti. Kõigil neil esinesid postoperatiivselt tekkinud vaevused. 4 inimest oli opereeritud kasvaja, 2 polüpoosi ja ülejäänud haavandtõve tõttu. Operatsioonist oli möödunud 0,5 kuni 25 aastat. Haigete vanus oli 20—80 aastat. Kõik patsiendid olid opereeritud Billroth II Hofmeister-Finstereri järgi.

Röntgenoloogiliselt selgitati operatsiooni liik, maoköndi suurus, kontuuride ja reljeefi (eriti anastomoosi piirkonna) iseloom, juurdetoova lingu pikkus ja täitumisaste, anastomoosist osavõtva sooleosa reljeefi iseärasused, maoköndi tühjenemine (selle iseloom ja kiirus), kontrastaine liikumine peensooles. Gastroskoopiliselt püüti maoreljeefi uurimise kõrval selgitada ka anastomoseeruva sooleosa seisundit.

Röntgenoloogilisel uurimisel sedastati 10 patsiendil mao kiirenenud tühjenemist (alla 5 minuti), ühel juhul diagnoositi enteriiti. Kõige enam pöörati tähelepanu maoköndi ja anastomoseeruva soole reljeefi uurimisele. Röntgenoloogiliselt leiti kõige sagedamini jämedat, kohati ebaühtlast ja ebakorrapäraselt kulgevat voldilisust. Pinnakatarri ja atroofiat ei õnnestunud röntgenoloogiliselt kordagi diagnoosida. Gastroskoopilise leiu alusel esines uuritavatel: normaalne limaskest 20; pinnakatarr 9; atroofiline gastriit a) difuusne 7, b) koldeline 1; atroofilis-hüperplastiline gastriit 3; anastomosiit a) koos kogu köndi põletikuga 3, b) ainult anastomoosiga piirduv 3 uuritul. 6 patsiendil leiti gastroskoopiliselt pseudopolüüpe, ühel sõrmeotsasuurune polüüp, mis röntgenoskoopiliselt polnud sedastatav, ja ühel patsiendil patoloogilised muutused tühisooltes.

Kokkuvõttes võib öelda, et röntgenoloogilineja gastroskoopiline meetod on ka resetseeritud magude uurimisel teineteist täiendavad meetodid. Oleme seisukohal, et resetseeritud maoga haiget tuleb alati uurida nii röntgenoloogiliselt kui ka gastroskoopiliselt. Resetseeritud mao puhul esinevate häirete korral on gastroskoopia näidustatud. Maoköndi limaskesta uurimisel on peamiseks meetodiks gastroskoopia. Eriti vajalik on see menetlus kiire tühjenemisega maoköndi uurimisel, kuna sel puhul võib sageli leida maoköndi gastriiti. Gastroskoopia aitab eristada mao peptilist haavandit õmblusesopist. *Neoventriculus*'e (funktsionaalset tervikut moodustava maoköndi + anastomoseeruva sooleosa) funktsiooni ja anastomoseeruva peensoole uurimisel on põhiliseks röntgenoloogiline uurimismeetod. Tuginedes ülaltoodud kogemustele peame maoköndi gastriidi diagnoosimist ainult röntgenoloogiliselt põhjendamatuks ja ebaõigeks. Öeldu kehtib ka anastomosiitide diagnoosimise kohta. Nii ühel kui teisel juhul annab objektiivsemaid andmeid gastroskoopia. Gastroskoopiat teostava isiku valikul tuleb eelistada gastroskopeerijat, kes uuris haiget eelnevalt röntgenoloogiliselt.

VERE EOSINOFIILIDESISALDUSE DÜNAAMILISE UURIMISE TÄHTSUSEST

S. BAKMAN

(Leningradi Sanitaar-Hügieeni Meditsiini Instituudi patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja prof. *L. Perelman*)

Kaasaegse arstiteaduse üheks tähtsamaks ülesandeks on füsioloogilise regulatsiooni mehhanismide tundmaõppimine. Selle üldprobleemi oluliseks osaks on 1) endokriinse süsteemi osatähtsuse määramine organismi reageerimisel mitmesugustele mõjutustele ja 2) endokriinse süs-

teemi seos teiste neurohumoraalsete mehhanismidega. Üheks tähtsamaks etapiks on siin adekvaatsete näitajate otsimine, mis peegeldaksid endokriinse süsteemi seisundit füsioloogilise või patoloogilise ärritaja toimimise ajal.

Juba A. Bogomoletsi uurimised 1909. a. viitasid reaktiivsete muutuste arenemisele neerupealise koorolluses organismi mitmesuguse mõjutamise puhul. A. Jegorov (3) märkis 1924. a., et rööbiti müogeense leukotsütoosiga areneb suhteline ja absoluutne eosinopeenia, ja arvas, et müogeenset leukotsütoosi võiks rakendada organismi väsimuse kindlaksmääramiseks.

Käesoleval ajal kasutatakse eosinopeenilist reaktsiooni, mis areneb vastusena AKTH manustamisele, laialdaselt neerupealise koorolluse funktsionaalsete reservide hindamiseks (tuntud Thorn'i proovina). (Siinjuures tuleb mainida, et usaldusväärseid andmeid annab see proov praktiliselt ainult siis, kui eosinofiile loetletakse loetluskambris, mitte aga vere äigepreparaadis.) Keerukam on eosinopeenilise reaktsiooni uurimine, mis areneb organismis hüpofüüsi kortikotroopse hormooni eritumisel suuremates hulkades — «pingeseisundi» tekkimise puhul. Varem kliinilisel materjalil ja tervetel inimestel teostatud uurimistega (1,2) tegime kindlaks, et mõjutamise tugevuse kasvamisega suureneb tunduvalt nende inimeste rühm, kellel tekib väljendunud eosinopeeniline reaktsioon (eosinofiilidesisalduse langus 50% võrra ja rohkem, lähtetasemega võrreldes). Eosinofiilidesisalduse kõikumiste abil kindlaksmääratav «pingereaktsioon» on sagedamini enam väljendunud traumatiseerivate operatiivsete vahelesegamiste puhul. Teostatud uurimised lõid mulje, et eosinopeenilisi nihkeid võiks vaadelda «pingereaktsiooni» näitajana ja nende kompensatoorsete mehhanismide sisselülitumise tunnistajana; kompensatoorsete mehhanismide sisselülitumine on seotud süsteemiga hüpofüüs—neerupealise koor.

Tabel 1

Eosinofiilidesisaldus valgete rottide veres 4 tundi pärast mitmesuguseid mõjustusi

Rühma nr.	Mõjustamise liik	Rottide arv rühmas	Rottide arv, kel esines eosinofiilidesisalduse langus 50% ja rohkem (lähtetasemega võrreldes)	Eosinofiilidesisalduse muutumise keskmine % perifeerses veres (kogu rühma kohta)
1	Fikseerimine ja 1 ml füsioloogilise lahuse süstimine naha alla	15	2	—15,6
2	2 TÜ AKTH süstimine naha alla koos 1 ml füsioloogilise lahusega	19	16	—60,3
3	0,5 ml teetanusevastase seerumi süstimine naha alla	10	7	—63,6
4	0,5 ml 10 korda lahjendatud polüvaktsiini НИИСИ süstimine naha alla	20	15	—59,9
5	5 ml liha-peptoonpuljongi süstimine kõhukelmesse	18	16	—65,2
6	5 ml füsioloogilise lahuse süstimine kõhukelmesse	10	8	—70,3

Tabelis 1 on esitatud normaalsete ja adrenalektomeeritud rottidega läbiviidud eksperimentaalsete uurimiste tulemused. Katsed tehti inimestel saadud andmete kontrollimiseks, samuti vere eosinofiilide hulga iseloomulike muutuste väljaselgitamiseks hüpofüüs—neerupealise talitlusts

näitajana. Katseloomadel määrati eosinofiilide arvu loendamise kõrval loenduskambris veel askorbiinhappe sisaldust pärast uuritavaid mõjustusi.

Nagu tabelist 1 nähtub, põhjustab normaalsetele valgetele rottidele AKTH, puhastatud teetanusevastase seerumi, polüvaktsiin НИИСИ süstimine naha alla, samuti steriilse liha-peptoonpuljongi või füsioloogilise lahuse süstimine kõhukelmesse 4 tunni pärast eosinofiilidesisalduse languse 50% ja rohkem (lähtetasemega võrreldes). Seejuures täheldatakse katseloomadel askorbiinhappe sisalduse märgatavat vähenemist neerupealise koes; see on neerupealise koorolluse talitluse aktiviseerumise üldtuntud näitaja.

Vere eosinofiilidesisalduse languse ja neerupealise koorolluse funktsionaalse seisundi muutumise omavahelise seose täpsemaks väljaselgitamiseks mitmesuguste mõjutuste puhul organismile korraldasime katseid adrenalektomeeritud rottidega. Selgitati (vt. tabel 2), et AKTH ja polüvaktsiini süstimine naha alla, samuti liha-peptoonpuljongi süstimine kõhukelmesse ei tekitanud rõhuval enamikul adrenalektomeeritud loomadel eosinofiilidesisalduse langust.

Tabel 2

Eosinofiilidesisaldus adenalektomeeritud valgete rottide veres 4 tundi pärast mitmesuguseid mõjustusi

Rühma nr.	Mõjustamise liik	Rottide arv rühmas	Rottide arv, kel esines eosinofiilidesisalduse langus 50% ja rohkem (lähtetasemega võrreldes)	Eosinofiilidesisalduse muutumise keskmine % perifeerses veres kogu rühma kohta
1	2 TÜ AKTH süstimine naha alla (1 ml füsioloogilises lahuses)	9	1	—6,7
2	10 TÜ AKTH süstimine naha alla (1 ml füsioloogilises lahuses)	10	—	+17,9
3	0,5 ml 10 korda lahjendatud polüvaktsiini НИИСИ süstimine naha alla	9	1	—30,9
4	5 ml liha-peptoonpuljongi süstimine kõhukelmesse	12	4	—38,9

Eosinofiilidesisalduse languse esinemise sageduse vahekorra õigsust (võrrelduna normaalsetel ja adrenalektomeeritud rottidel) uuritavate mõjustuste puhul kinnitavad tulemuste statistiline ümbertöötamine χ-kvadraadi väljaarvutamise abil.

Meie poolt teostatud eksperimentaalsed uurimised katseloomadega näitasid vere eosinofiilidesisalduse korrapärast langust organismi kõige mitmekesisemate mõjustuste puhul, kui need mõjustused olid küllalt tugevad ja põhjustasid hüpofüüs—neerupealise koore süsteemi sisselülitumise arenevas adaptatsioonireaktsioonis. Eosinopeenilise efekti hindamisel «pingeseisundi» arenemise üle otsustamiseks peab rõhutama mitte niivõrd eosinopeenilise reaktsiooni astme tähtsust, kui just seda, kas üldse esines eosinofiilidesisalduse langus 50% võrra või mitte.

Vere eosinofiilidesisalduse peaaegu pidev suurenemine ööpäeva lõpuks, nende kõige väiksema hulgaga võrreldes, mida täheldatakse 4 tundi pärast ärrituse algust, lubab oletada, et hüpofüüs—neerupealise mehhanismil on eriline tähtsus adaptatsioonireaktsioonide esimestele arenemisstaadiumidele. Mainitud asjaolu koos eosinofiilide languse puudumisega (real juhtudel isegi küllalt tugevate ärritajate puhul) viitab

sellele, et «pingereaktsioonide» puhul endokriinsetes näärmetes esinevatel muutustel on tähtis, kuid kaugeltki mitte ainumäärav osa adaptatsioonisеisundi kujunemisel.

Eksperimentaalsete uurimuste tulemused kinnitavad meie tähelepanekuid nii tervetel inimestel kui ka statsionaarsel ravil olevatel haigetel: perifeerse vere eosinofiilidesisalduse dünaamilist uurimist on võimalik rakendada ühe kriteeriumina organismi reaktiivsuse hindamisel. Eosinofiilidesisalduse vähenemist lähtetasemest 50% võrra ja rohkem võib kasutada hüpofüüs—neerupealise koore süsteemi aktiivsuse näitajana nii kliinikus kui ka katsetel (mitmesuguste füüsiliste ja psüühiliste koormuste, operatiivsete vahelesegamiste ja narkoosi puhul). Ilmnev eosinopeeniline reaktsioon on objektiivseks tõestuseks hüpofüüs—adrenaalsete mehhanismide adaptatsiooniprotsessi lülitumisest. Otstarbekohane on vere eosinofiilidesisalduse dünaamiline uurimine AKTH ja kortikosteroidravi rakendamise puhul.

KIRJANDUS

1. Бакман С. М. Сборник науч. трудов Прибалтийского военного округа (Воен.-мед. Отдел). Рига, 1959, 262—268. — 2. Бакман С. М. Врачебн. дело, 1960. 11, 100—105. — 3. Егоров А. П. Моск. Мед. Ж., 1924, 7, 3—12. — 4. Thorn, G. W., Forsham, P. H., Prunty, F. T. G. and Hills, A. G. J. Amer. Med. Assoc., 1948, 137, 1005—1009.

ЗНАЧЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ

С. Бакман

Резюме

В настоящее время эозинопеническая реакция, отмечаемая в ответ на вводимый извне АКТГ, широко используется для оценки функциональных резервов коркового вещества надпочечников (проба Торна). Целью настоящей работы было изучение эозинопенической реакции, развивающейся в ответ на собственный кортикотропный гормон гипофиза, поступающий в организм при развитии «состояния напряжения».

Экспериментальные исследования на нормальных и адреналэктомированных крысах проведены с целью проверки данных, ранее полученных нами в клинике и наблюдениях на здоровых людях при разнообразных воздействиях. Установлено закономерное снижение у нормальных белых крыс количества эозинофилов на 50% и более от исходного уровня через 4 часа после подкожного введения 2 ед. АКТГ, а также 0,5 мл противостолбнячной сыворотки, 0,5 мл разведенной в 10 раз поливакцины НИИСИ, внутрибрюшинных введений 5 мл стерильного мясопептонного бульона или же 5 мл физиологического раствора. У этих животных одновременно выявлено существенное уменьшение содержания аскорбиновой кислоты в надпочечниках.

Введение адреналэктомированным крысам в тех же дозах поливакцины НИИСИ, мясопептонного бульона и АКТГ 2—10 ед. в большинстве случаев не вызывает значительного эозинопенического эффекта.

Обнаруживаемая при динамическом наблюдении эозинопеническая реакция (снижение содержания эозинофилов на 50% и более от исходного уровня) является объективным свидетельством включения в процессы адаптации гипофизарно-надпочечниковых механизмов и может быть использована как показатель активности системы гипофиз-кора надпочечников при разнообразных состояниях. Изменение содержания эозинофилов в крови позволяет также судить о путях и механизмах осуществления адаптационных реакций в каждом конкретном случае изучаемых воздействий.

TUBERKULOOSSE MENINGIIDI RAVI TULEMUSTEST LASTEL STREPTOMÜTSIINI SUBARAHNOIDAALSE MANUSTAMISETA

L. SILDVER ja *A. PIHELGAS*

(Tartu Riikliku Ülikooli pediaatria kateedrist, juhataja dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Tuberkuloosse meningiidiga haigete ravi streptomütsiini subarahnoidaalsete süsteteta rakendatakse Nõukogude Liidus 1954. aastast alates. Sel puhul manustatakse ftivasiidi suurtes annustes ja para-amiinsalitsüülhapet suu kaudu ning streptomütsiini lihasesse. Subarahnoidaalselt ravimeid ei manustata. Suu kaudu manustatud ftivasiid imendub hästi ja difundeerub verest igale poole kudedesse, seejuures küllaldasel määral ka pea- ja seljaajuvedelikku. Meetod on osutunud efektiivseks. Võrdlevad andmed näitavad, et õigeaegse ravi puhul subarahnoidaalsete süsteteta kaovad kiiremini spetsiifilise intoksikatsiooni nähud, ajukelmete ärritusnähud, kiiremini normaliseerub ka pea- ja seljaajuvedeliku koostis (1, 2, 3, 4, 5, 7). Samuti langeb tüsistuste, eriti mitmesuguste motoorsete häirete ja meeleelundite funktsiooni häirete protsent (6; 7). Nimetatud ravimeetodit soovitatakse igas vanuses laste ravimiseks, sõltumata haiguse raskusest (2).

Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas hakati tuberkuloosse meningiidiga haigeid ravima lihasesse streptomütsiini manustamisega 1957. aastal. Ajavahemikus I. I 1957. a. — 1. X 1960. a. on Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas ravil olnud 34 akuutse või retsidiveeruva tuberkuloosse meningiidiga last. 1957. ja 1958. a. süstiti streptomütsiini lihasesse 7 lapsele; uut ravimeetodit rakendati ainult neil lastel, kelle üldseisund ravile saabumisel ei olnud väga raske ja kel ei esinenud kortikaalse funktsiooni raskeid häireid ning kesknärvisüsteemi lokaalse kahjustuse nähte. Raskes seisundis olevaid haigeid (15 juhtu) uue meetodi järgi ei ravitud. Alates veebruarist 1959. a. rakendati subarahnoidaalsete süsteteta ravimeetodit eranditult kõigil ravile saabunud lastel (arvult 12), vaatamata haiguse kestusele ja üldseisundi raskusele. Streptomütsiini süstimisega lihasesse raviti üldse 19 last vanusega 2,5—14 a.; neist 16-l oli akuutne ja kolmel retsidiveeruv tuberkuloosne meningiit. 14 last saabusid ravile 4.—14. haiguspäeval, 5 last hospitaliseeriti aga suure hilinemisega — alles kolmandal haigusnädalal. Üks hilinenult hospitaliseerituist oli saanud alates 10. haiguspäevast kodus ftivasiidravi. Haigiasse saabumisel oli 11 last rahuldavas või keskmise raskusega üldseisundis, enamasti esines tugev peavalu; 8 last hospitaliseeriti raskes üldseisundis, enamikul olid teadvusehäired. Esimesel lumbaalpunktsioonil saadud pea- ja seljaajuvedeliku leid kõikus järgmistes piirides: tsütoos 95—550 leukotsüüti 1 mm^3-s, valku 0,53—2%, kloriide 640—720 mg%, suhkrut 12—35 mg%. Tuberkuloosse meningiidi haigete ravimise uus meetod oli järgmine. Ftivasiidi määrati suu kaudu annuses 40—60 mg kehakaalu 1 kg kohta päevas. Alates 1958. aastast tõsteti annust veelgi: ftivasiidi määrati nüüd 50—70 mg ja isegi 80 mg kehakaalu ühe kg kohta päevas, ravim jaotati kolmeks annuseks päeva kohta. Mingeid kõrvalnähte ftivasiidi suured annused ei põhjustanud. Para-amiinsalitsüülhapet said lapsed suu kaudu annuses 0,2—0,25 g; streptomütsiini lihasesse 15.000—28.000 TÜ kehakaalu ühe kg kohta päevas. Ravikuuri kestus kliinikus oli 4—15 kuud, sellele järgnes sanatoorne järelravi kestusega 4—6 kuud. Sanatooriumis määrati 4—6 kuu vältel ftivasiidi ja para-amiinsalitsüülhapet tavalises raviannuses. Seega sai laps tuberkuloosivastaseid ravimeid kokku vähemalt 8—10 kuu jooksul. 14 lapsele manustati meningiidi akuutses faasis lisaks neile preparaatidele AKTH-d ja kortisooni. Hormoonravi sihiks on vähendada akuutset eksudatsiooni aju-

kelmetel, vältida liidete teket ja ajuvedeliku tsirkulatsioonihäirete kujunemist selle tagajärjel. Hormoonravi kestus oli 2—7 nädalat. AKTH-d määrati 1—1,5 TÜ kehakaalu ühe kg kohta päevas, kortisooni 1,5—2 mg kehakaalu ühe kg kohta päevas. Üldtugevdava ravina rakendati vereülekandeid, aeroteraapiat, vitamiin- ja fermentravi. Kliinilise ravi vältel kontrolliti igal lapsel keskmiselt 8—10 korda pea- ja seljaajuvedelikku.

Tuberkuloosse meningiidi kulg oli streptomütsiini manustamisel lihasesse 18 lapsel 19 uuritust soodne, tüsistusteta. Üldseisundi ilmne paranemine ja febriliteedi asendumine subfebriliteediga toimus keskmiselt 2. ravinädalal, kuklakangestus kadus keskmiselt 3. ravinädala lõpul, pea- ja seljaajuvedeliku koostis normaliseerus täielikult keskmiselt 3. ravikuul. 19 ravitud lapsest esines 18-l residuaalnähtudeta kliiniline tervistumine. Ainult ühel, üldise miliaarse tuberkuloosiga imikul jäi residuaalnähuna raske mentaalne defektiivsus. Laps hospitaliseeriti suure hilinemisega soporoosses seisundis, kraniaalnärvide ja jäsemete pareesidega. Ülejäänud 4 hilinenult hospitaliseeritud last tervistusid residuaalnähtudeta.

Niisiis on tuberkuloosset meningiiti võimalik edukalt ravida streptomütsiini süstimisega lihasesse. Ravi annab häid tulemusi kõigi paranemisnäitajate suhtes, haigustunnused kaovad kiiresti. Saadud andmed ühtivad kirjanduse andmetega. Ravi õigeaegse alustamise korral on tuberkuloosne meningiit vaieldamatult ravitav; ravi hilinemisel võivad aga haigel jääda residuaalnähud. Suu kaudu ftivasiidi manustamisel jäävad ära sagedased valulikud subarahnoidaalsed süsted.

Ravi efektiivsust on võrreldud 1. I 1955. a. — 1. I 1957. a. ravitud äguutse ja retsidiveeruva tuberkuloosse meningiidiga laste ravi efektiivsusega. Kõigile lastele manustati streptomütsiini pikaajaliselt subarahnoidaalselt. Laste üldseisund paranes keskmiselt 7. ravinädalal, kuklakangestus kadus keskmiselt 8. ravinädalal, pea- ja seljaajuvedelik normaliseerus keskmiselt 5. ravikuu lõpul. Kliiniline paranemine toimus seega tunduvalt aeglasemalt. Pikaajaliselt subarahnoidaalsete süstetega ravitutest jäid $^1/_4$ haigetest residuaalnähud. Subarahnoidaalsete süsteteta 1. II 59. — 1. X 60. a. ravitutest jäid residuaalnähud $^1/_{12}$ haigetest. Seega esines uue meetodiga ravituil residuaalnähte tunduvalt harvemini.

Hilinenult hospitaliseeritud tuberkuloosse meningiidi haigete anamneeside analüüsimisel selgus, et jaoskonnaarstid ei mõtle lapse haiguse diagnoosimisel alati vajalikul määral tuberkuloosse meningiidi võimalusele. Anamneesidest selgus, et esialgse ebaselge diagnoosi puhul on jaoskonnaarstid mitmesuguste põletike kahtluse tõttu lapsele määranud sulfaniilamiide ja isegi penitsilliinisüsteid. Tuberkuloosivõimaluse aga jätavad jaoskonnaarstid sageli kahe silma vahele. Muidugi ei ole alati võimalik tuberkuloosset meningiiti varases staadiumis ilma lumbaalpunktsioonita kindlalt diagnoosida, sest tuberkuloossel meningiidil ei ole esimesel haigusnädalal mingit spetsiifilist kliinilist pilti, mis kergendaks diagnoosimist. Eriti raske on seda haigust eristada viirusinfektsioonidest. Kindlalt diagnoosida saab lumbaalpunktsiooni abil; selle teostamisel esineb aga sageli raskusi (haige lapse transportimine, vanemate vastuseis lumbaalpunktisooni tegemisele jne.). Tuleks alati lähtuda järgmisest reeglist: kui laps on olnud haige üle 5 päeva ja tal esinevad ainult mingi põletikuprotsessi üldsümptoomid või koos nendega ka kerged hingamisteede katarri nähud, mistõttu kindlat diagnoosi pole võimalik püstitada, tuleb tuberkuliiniproovi suhtes positiivsete laste puhul alati mõtelda tuberkuloossele meningiidile. Kui on ilmne tuberkuloosse meningiidi kahtlus, siis tuleb viivitamatult teha lumbaalpunktsioon, mis annab kindla vastuse. Kui aga haiguse algus ja kliiniline pilt ei ole tuberkuloossele meningiidile tüüpilised, kuid analüüsimisel tullakse järeldusele, et

mitmete teiste diagnoosivõimaluste hulgas ei saa täiesti eitada ka tuberkuloosse meningiidi võimalust, tuleb lapsele lisaks muule ravile esialgselt määrata ka ftivasiidi suurtes annustes (50—60 mg kehakaalu ühe kg kohta päevas). Järgnevalt tuleb last kodus korduvalt külastada. Kui mõne päeva pärast meningiidikahtlus kaob, katkestatakse ravi ftivasiidiga, kui aga kahtlus püsib, siis tehakse lumbaalpunktsioon ja meningiidi esinemisel saadetakse laps viivitamatult tuberkuloosse meningiidiga haigete osakonda. Ftivasiidi mittemääramisel riskime sellega, et tuberkuloosse meningiidi ravi jääb hiljaks, millele kaasneb lapse invaliidistumise oht. Ftivasiidi kasutamisel ei ole kõrvalnähte ja see ei halvenda ka teiste bakteriaalsete põletike ega viirushaiguste kulgu.

L. Möller (8) peab ftivasiidravi tähtsaks tuberkuloosse meningiidi profülaktikas kopsutuberkuloosi haigetel. Autor soovitab manustada kopsutuberkuloosi haigetele ftivasiidi, eriti kevadkuudel, et vähendada tuberkuloosse meningiidi tekkimise ohtu.

Järeldused

1. Tuberkuloosse meningiidi uus ravimeetod streptomütsiini subarahnoidaalsete süsteteta annab kiiremad ja paremad ravitulemused kui subarahnoidaalsete süstetega ravimeetod.

2. Streptomütsiini süstimisel lihasesse saavutatakse kiire kliiniline paranemine: üldseisund paraneb tunduvalt keskmiselt 2. ravinädalal, kuklakangestus kaob keskmiselt 3. ravinädala lõpul, ajuvedeliku rakulise ja keemilise koostise täielik normaliseerumine toimub juba 3. ravikuul.

3. Lapse haigestumisel on vaja juba esimestel haiguspäevadel senisest sagedamini mõelda tuberkuloosse meningiidi võimalusele.

4. Kui lumbaalpunktsiooni tegemine mingil põhjusel viibib, tuleb igal haigusjuhul, kui ei saa täielikult eitada tuberkuloosse meningiidi võimalust, kohe anda ftivasiidi suurtes annustes.

5. Tänapäeval on võimalik õigeaegse raviga täielikult likvideerida suremine ja invaliidistumine tuberkuloosse meningiidi tagajärjel.

KIRJANDUS

1. Василевич Н. О. и др. Пробл. туберкулеза, 1957, 7, 78—86. — 2. Василевич Н. О. и др. Пробл. туберкулеза, 1957, 2, 19—27. — 3. Озерянская Р. Т., Бондаренко А. А. Пробл. туберкулеза, 1958, 5, 64—69. — 4. Салганик К. П. Педиатрия, 1958, 1, 40—43. — 5. Царева Т. И. Пробл. туберкулеза, 1956, 5, 19—24. — 6. Шведова А. Н. Педиатрия, 1958, 8, 23—25. — 7. Möller, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1957, kogumik 6, 213—219.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ БЕЗ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ СТРЕПТОМИЦИНА

Л. Сильдвер и А. Пихельгас

Резюме

Мы приводим результаты лечения туберкулезного менингита без субарахноидального введения стрептомицина в Тартуской городской детской клинической больнице. В период с 1 января 1957 г. по 1 октября 1960 г. находилось на лечении 34 ребенка с диагнозом острого и рецидивирующего туберкулезного менингита. Из них у 19 (в возрасте от $2^1/_2$ до 14 лет) лечение проводилось без субарахноидального введения стрептомицина. При этом 14 детей были госпитализированы в период от 4-го до 14-го дня заболевания; в пяти случаях была весьма поздняя госпитализация — на третьей неделе заболевания.

У 11 детей во время госпитализации общее состояние было средней тяжести. У большинства из них отмечалась сильная головная боль. 8 детей были госпитализированы в тяжелом состоянии, при этом в большинстве случаев отмечалось нарушение сознания.

У 18 детей из 19 леченных без субарахноидального введения стрептомицина заболевание протекало без осложнений. Улучшение общего состояния наступило в среднем на второй неделе лечения, ригидность затылка исчезла в конце третьей недели. Полная нормализация спинномозговой жидкости наступала в среднем уже на третьем месяце лечения; и только у одного ребенка грудного возраста с милиарным туберкулезом остались резидуальные явления — тяжелая умственная отсталость, что можно объяснить поздней госпитализацией. Ребенок был доставлен в больницу в сопорозном состоянии с парезом черепномозговых нервов и конечностей. Во всех остальных случаях поздней госпитализации наступило полное выздоровление.

Следовательно, эффективное лечение туберкулезного менингита вполне возможно и без субарахноидального введения стрептомицина.

MITMESUGUSTE KEEMILISTE ÜHENDITE BAKTERIOSTAATILISEST TOIMEST TUBERKULOOSITEKITAJATELE

(Autoreferaat)

H. JAAKMEES

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna mikrobioloogia ja nakkushaiguste kateedrist, juhataja dotsent *E. Tallmeister*)

Tuberkuloosi kemoteraapias kasutatavatel ravimitel on rida puudusi: nad on küllalt toksilised, ei anna alati soovitud raviefekti, haigusetekitajad muutuvad nende suhtes resistentseteks jne. See sunnib jätkama otsinguid uute paremate preparaatide leidmiseks.

Ka Eesti Põllumajanduse Akadeemias on sünteesitud rida ühendeid (A. Siim, E. Tigane ja V. Utsal), mille kasutatavus tuberkuloosiravis vajab veel laboratoorset uurimist. Käesoleva töö ülesandeks oligi määrata 13 sellise ühendi tuberkulostaatiline toime *in vitro*.

Uuritud preparaatidest oli 5 ühendit tiosemikarbasoonide rühmast ja 8 ühendit — isoniasiidi ning selle derivaatide rühmast.

Tuberkulostaatilise toime määramiseks kasutati Sauton'i söödet ja sama söödet inimese tsitraatvere plasma 10 %-lise lisandusega. Uuritavate ühendite kontsentratsioon söötmes oli 100—0,625γ/ml. Testmikroobina kasutati standardtüve (*Mycobacterium tuberculosis var. hominis* H37Rv) ja kohalikku patoloogilisest materjalist isoleeritud tüve. Kontrolliks määrati samade tüvede tundlikkus PAS-i ja ftivasiidi suhtes. Töö käigus tehti ligi 4500 külvi. Ühendi bakteriostaatilise toime piiriks loeti ühendi kõige väiksemat kontsentratsiooni, mis täielikult takistas tuberkuloositekitajate kasvu söötmes.

Töö tulemustest selgus, et tiosemikarbasoonide rühma preparaadid olid madalama tuberkulostaatilise toimega (1—10γ/ml) kui kirjanduses toodud sellesse rühma kuuluvad ühendid (0,06γ ml). Seevastu mõned isoniasiidi derivaadid osutusid aktiivsemaiks kirjanduses toodud vastava rühma ühendeist. Kirjanduse andmeil on isoniasiidi derivaatide tuberkulostaatiliseks kontsentratsiooniks 0,08—0,1γ ml, uuritud ühendeist toimis aga isonikotinoüülhüdrasiini p-amiinosalitsülaat bakteriostaatiliselt veel kontsentratsioonis 0,06γ/ml.

Nende näitajate põhjal võib soovitada A. Siimu, E. Tigase ning V. Utsali poolt sünteesitud isoniasiidi derivaatide edasist uurimist.

HEMOSTIMULAATORITE TOIMEST LEUKOPOEESILE JA HAAVA PARANEMISELE KIIRITAMATA NING KIIRITATUD ORGANISMIS

Arstiteaduse kandidaat G. *LOOGNA*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Haava paranemise stimuleerimise probleem on alati huvitanud nii kirurge kui ka eksperimentaatoreid. Eriline tähtsus on selle probleemi lahendamisel siis, kui trauma tekitatakse ioniseeriva kiirguse poolt kahjustatud organismile. Üldiselt arvatakse, et äge kiiritustõbi pidurdab haava paranemist, kuid on ka seisukohti, et ka siis kulgeb see protsess nagu tavaliselt [E. Dmitrijeva (7), G. Gustafson ja F. Cebul (13)]. Mõned autorid on täheldanud koguni reparatiivsete protsesside kiirenemist ioniseeriva kiirguse suurte annuste (1000 r) kasutamisel [L. Kortšanov kaasautoritega (9), M. Radacowich kaasautoritega (14)]. Enamik tähelepanekuid on tehtud nahahaavade ja luumurdude paranemise kohta kiiritustõve taustal, seevastu reparatiivseid protsesse parenhümatoossetes elundites, sealhulgas maksas, on väga vähe uuritud, eriti morfoloogiliste uurimismeetodite abil.

Arstiteaduse käsutuses on praktiliselt võrdlemisi vähe sünteetilisi preparaate, mis haava paranemist kiirendaksid. Teatavat huvi selles suhtes pakuvad hemostimulaatorid — pentoksüül, tesaan ja leukogeen—, millel on regeneratiivseid protsesse ja fagotsütoosi stimuleerivad omadused [N. Lazarev ja G. Felistovitš (10), A. Bandman (2), E. Vermel ja A. Sokolova (4) jt.].

Kirjanduses on küll andmeid, kuidas need ravimid toimivad kiiritustõve puhul vereloomele, kuid kas nad mõjutavad ka haava paranemist, selle kohta meile kättesaadavates allikates uurimusi ei leidunud.

Nimetatud asjaoludest lähtudes seati käesolevale tööle ülesanne selgitada, kuidas toimivad pentoksüül, tesaan ja leukogeen vereloomele ning haava paranemisele nii kiiritamata kui ka röntgenikiirtega kahjustatud organismis.

Metoodika. Katsemudelina kasutati aseptilise nekrootilise kolde organisatsiooniprotsessi, mis areneb maksakoesse põletushaava tekitamise tagajärjel*. Katsed viidi läbi 270 valgel rotil. Esimese seeria katseloomadel tekitati laparotoomia ajal põletushaav maksa ning samast päevast hakati neile, välja arvatud kontrollrühm, andma ravimeid järgmistes annustes: pentoksüüli — 40 mg kg üks kord päevas, tesaani — 10 mg/kg ja leukogeeni — 20 mg/kg kolm korda päevas. Loomad surmati 4, 8, 12 ja 16 päeva möödudes ning lahangul maksa põletushaava piirkonnast võetud koetükikestest valmistati histoloogilised preparaadid.

Teise seeria rotte kiiritati annustega 400 ja 800 r ning tekitati põletushaav kiiritamise päeval, 7., 14. või 21. päeval pärast kiiritamist. Haava paranemise dünaamika jälgimiseks surmati loomad 8., 12. ja 16. päeval pärast operatsiooni. III seeria katsete korraldus oli samasugune, kuid alates operatsioonipäevast anti ravimeid ülalnimetatud annustes. Kõigil loomadel määrati leukotsüütide arv perifeerses veres enne katseid (100 %), kiiritamise, operatsiooni ja surmamise päeval. Kontrollrühma kuuluvatele loomadele tekitati ainult põletushaav.

Katsete tulemused. Kontrollrühma loomadel täheldati kõigi nelja katse vältel kerget leukotsütoosi (113—120% piires), mis on tingitud operatsioonitraumast. Hemostimulaatorite manustamisel tekkis neljandaks päevaks kerge leukopeenia (82—97%), aga 8., 12. ja 16. päeval oli leukotsüütide arv (120—180%) tunduvalt kõrgem esialgsest tasemest (100%) ja samuti kõrgem kui kontrollrühmas. Kas sellistel juhtudel on

---

* Katsemudeli üksikasjaline kirjeldus on esitatud artiklis: П. А. Боговский и Г. О. Лоогна — Методика изучения процессов соединительнотканной репарации. Архив патологии, 1960, 4, 81—83.

tegemist valgeliblede intensiivsema proliferatsiooniga või ainult nende rohkema paiskumisega perifeersesse verre, selle kohta on arvamused erinevad [G. Daštajants (6), (10)].

Histoloogiliselt täheldati kontrollrühma loomadel põletushaava tekitamise kohal nekrootilist maksakude, mille ümber neljandaks päevaks oli moodustunud juba kitsas granulatsioonivöönd. Hiljem see vöönd üha paksenes ja armistus, nekrootiline kolle aga vähenes ja 16. päevaks oli see osaliselt sidekoeliste väätidega läbi kasvanud. Kärbunud ja säilinud maksakoe piiril areneva granulatsioonivööndi paksuse ja struktuuri järgi hinnatigi haava organisatsiooniprotsessi dünaamikat ühe või teise teguri toimel.

Hemostimulaatorite manustamisel 4 ja 8 päeva jooksul ei täheldatud haava paranemises veel selget erinevust kontrollrühmaga võrreldes, kuid 12- ja eriti 16-päevastes katsetes sedastati ravimite stimuleerivat toimet sidekoe proliferatsioonile. Nimetatud ajavahemikul moodustus nii pentoksüüli kui ka tesaani ja leukogeeni toimel 1,4—1,8 korda rohkem granulatsioonkude kui ravi puudumisel. Ka organisatsioonivööndi struktuur viitas reparatsiooniprotsessi energilisemale kulule. Näiteks pentoksüüli saavate rottide rühmale oli iseloomulik võõrkeha-hiidrakkude rohkus, mida võib hinnata intensiivsema fagotsütoosi- ja resorptsiooniprotsessi tunnusena.

Ka A. Bandman (2) juhib tähelepanu nekrootiliste masside kiiremale resorbeerumisele haavades pentoksüüli kasutamisel. Nimetatud autor, samuti I. Greh (5) leidsid, et selle preparaadi toimel paranevad nahahaavad mõne päeva võrra kiiremini. Organisatsiooniprotsessi hilisemas järgus tegime kindlaks, et pentoksüüli manustamisel toimus kõrvuti granulatsioonkoe kiirema vohamisega ka selle intensiivsem fibrotiseerumine. Seega võime histoloogiliselt kinnitada V. Russakovi (12) kliinilist tähelepanekut operatsioonihaavade kiiremast kinnikasvamisest ning tugevamast armistumisest pentoksüüli toimel. Tesaani ja leukogeeni haava paranemist soodustava toime kohta meile kättesaadavas kirjanduses otseseid andmeid ei leidunud.

Enamikul 400 r-ga kiiritatud loomadest kulges kiiritustõbi keskmise raskusega ja nende üldseisund ei muutunud oluliselt ka pärast operatsiooni. Kiiritamisel 800 r arenes enamikul juhtudel raskekujuline kiiritustõbi, 20 loomal kulges see aga väga raskelt ja lõppes surmaga. Neil juhtudel täheldati selget kiiritustõvele iseloomulikku patoloogiat, kõhuseina ja maksa haavade supureerumist. Ülejäänud loomadel paranesid haavad reeglina esmaspingsalt. Haavade tekitamine ei raskendanud kiiritustõve kulgu, millele viitavad ka teised autorid.

Haava paranemine maksas ei toimunud kõigil kiiritatud loomadel ühteviisi. Enamikul juhtudel oli see protsess kergelt või mõõdukalt pidurdatud. Reparatsiooniprotsessi mahajäämus avaldus kuni 25% võrra kitsama granulatsioonivööndi kujunemises. Hiidrakkude ning makrofaagide vähesuse järgi otsustades oli ka fagotsütoosi- ja resorptsiooniprotsess pärsitud. Vastavalt vähem arenenud granulatsioonivööndile leidus ka kollageenkiude vähem ja need paiknesid hõredamalt. Kiiritustõve raske kulu puhul oli haava paranemine äärmiselt aeglane. Mõnedel loomadel kulges haava paranemine nagu kontrollrühmaski ja mõnedel isegi märksa intensiivsemalt, mis väljendus peamiselt granulatsioonkoe energilises vohamises. Seda täheldati aga peamiselt siis, kui trauma tekitati kiiritamise päeval, s. t. enne kiiritustõve sümptomaatika täielikku väljakujunemist. Kui operatsioon teostati juba areneva kiiritustõve taustal, siis paranemine pidurdus, mis eriti selgesti ilmnes kiiritamisel 800 r. Pandi ühtlasi tähele, et sidekoeline reparatsioon kulges aeglasemalt algjärgus, hiljem oli mahajäämus väiksem või puudus koguni.

A. Marievi (11) jt. töödest ilmneb samuti, et operatsioonihaavade paranemine oleneb mitte ainult kiirituse iseloomust ja tugevusest, vaid ka haiguse staadiumist. Kõige visamat paranemist täheldas ta juhtudel, kui haavad tekitati kiiritustõve ägedas järgus.

Võime kinnitada ka N. Belokonskaja (3) tähelepanekut, et sidekoe proliferatsioon võib kiiritatud organismis teatud tingimustel mõnevõrra intensiivistuda. Teiste autorite andmetega võrreldes saime üldiselt soodsamaid tulemusi. See on seletatav asjaoluga, et haava paranemine toimus kõhukoopas ning reeglina aseptilistes tingimustes. Enamik autoreid uurib aga lahtiste infitseeritud haavade paranemist, kuid infektsioon raskendab selle protsessi kulgu kiiritustõve puhul väga tugevasti.

Saadud andmetest tuleneb praktiline järeldus, et ägeda kiiritustõve puhul tuleb operatiivsed vahelesegamised ette võtta võimalikult enne haiguse täieliku puhkemise perioodi.

Kui samal päeval kiiritatud (400 r) ja opereeritud loomadele hakati kohe pentoksüüli andma, siis ei avaldanud see leukopoeesile veel 12. päevaks olulist mõju. Kuid juba 16. päevaks pärast kombineeritud trauma tekitamist, kui ravimata loomadel hakkas leukopeenia nõrgenema, tekkis pentoksüüli toimel kerge leukotsütoos (111%). Haiguse 25. päevaks tõusis leukotsüütide arv keskmiselt 157%-ni. Rottidel, kel ravi puudus, ei olnud leukotsüütide arv selleks ajaks veel normaliseerunud. Kui pentoksüüli manustati pärast kiiritamist 800 r, siis paljudel juhtudel leukopeenia esialgu süvenes, mis kõneleb preparaadi ebasoodsast toimest. Ka R. Abdullina ja S. Lagno (1), T. Kaljajeva (8) jt. märgivad, et tugeva kiiritusleukopeenia korral pentoksüül süvendab luuüdi kurnatust. Kiiritamisel 800 r ilmnes meie katsetes samuti preparaadi leukopoeesi stimuleeriv toime, kuid alles paar nädalat hiljem ja märksa vähemal määral kui nõrgema kiirituse korral. Kiiritusravi saanud haigetel on isegi tugevama leukopeenia (44%) korral saadud pentoksüüliga häid tulemusi, kuid sel puhul on tegemist olnud verelcome piiratud kahjustusega.

Tesaani ja leukogeeni kasutamisel saadi võrdsetel tingimustel põhiliselt samalaadseid tulemusi, kuid tesaanravi alustamisel kiiritustõve (400 r) teisest nädalast tõusis leukotsütoos 16 päeva jooksul kuni 200 %-ni. Arvatakse (4), et tesaan on pentoksüülist efektiivsem seetõttu, et ta, toimides biogeense stimulaatorina, tõepoolest intensiivistab proliferatsiooni luuüdis ega põhjusta ainult leukotsüütide ümberpaiknemist luuüdist perifeersesse verre, nagu seda väidetakse pentoksüüli toime kohta (6).

Hemostimulaatorite andmine kiiritustõve erinevatel perioodidel ei põhjustanud maksahaava histoloogilises pildis selgeilmelisi muutusi. Kahjustuskolde likvideerumine kulges mitmesuguse intensiivsusega nagu II seeriaski. Siiski täheldati vähestel loomadel (kiiritati 400 r) kiiritustõve kergema kulu puhul taastumisperioodil pentoksüüli ja tesaani manustamisel granulatsioonkoe mõnevõrra intensiivsemat vohamist.

Esitatud andmetest võib järeldada, et hemopoeetiline süsteem, olles väga tundlik ioniseeriva kiirguse suhtes, reageerib ühtlasi tugevasti keemilistele stimulaatoritele, niipea kui tema regeneratsioonivõime hakkab taastuma. Sidekoeline reparatsioon on suhteliselt vähem häiritud, kuid nähtavasti on see kiirituskahjustuse puhul ka vähem mõjustatav keemiliste vahenditega. Stimuleeriva ravi alustamiseks sobivaima aja valimine nõuab veel täpsustamist.

Järeldused

1. Pentoksüüli, tesaani ja leukogeeni manustamine kiiritamata loomadele alates põletushaava tekitamise päevast põhjustab esialgu kerget leukopeeniat ja hiljem leukotsüütide arvu tunduvat tõusu üle lähte-

taseme. Esimese nädala vältel ei täheldata kahjustuskoldes selgeilmelisi muutusi, kuid 12. ja 16. päevaks ilmneb nende preparaatide omadus soodustada haava paranemist.

2. Ühekordne üldine kiiritamine (400 ja 800 r) põhjustab enamikul juhtudel infitseerimata haava paranemise pidurdumist, mis avaldub granulatsioonkoe aeglasemas proliferatsioonis ja makrofaagse reaktsiooni nõrgenemises. Reparatiivne protsess on kõige enam häiritud kiiritustõve ägedas järgus, kuna haiguse algus- ja taastumisperioodil võib haava paranemine toimuda nagu tavaliselt, üksikutel juhtudel isegi mõnevõrra intensiivsemalt.

3. Ravi alustamine hemostimulaatoritega kohe pärast kombineeritud trauma tekitamist ja kiiritustõve ägedas järgus süvendab vereloomekoe kurnatust, mis avaldub leukopeenia tugevnemises. Nende ravimite andmine leukopoeesi taastumise perioodil mõjub stimuleerivalt. Pentoksüüli, tesaani ja leukogeeni toime haava paranemisele ei ole kiiritustõve puhul selgelt väljendunud, kuid nõrgema kahjustuse korral on taastumisperioodil täheldatav tendents reparatiivse protsessi intensiivistumisele.

KIRJANDUS

1. Абдуллина Р. Н., Лагно З. Я. Патол. физиол. и экспер. терапия, 1958, 1, 39—44. — 2. Бандман А. Л. Влияние пентоксила на некоторые стороны течения раневого процесса. Автореферат кандидатской диссертации. Л., 1958. — 3. Белоконская Н. В. Труды Всесоюзной конф. по мед. радиол. Клиника и терапия лучевой болезни. М., 1956, 126—129. — 4. Вермель Е. М., Соколова А. А. Труды АМН СССР, Вопросы онкологии, 1954, 7, 225—267. — 5. Грех И. Ф. Фармакол. и токсикология, 1954, 5, 36—39. — 6. Даштаянц Г. А. Клинич. медицина, 1955, 8, 92—94. — 7. Дмитриева Е. В. Труды Всесоюзной конф. по комбин. радиац. поражениям. М., 1958, 28—30. — 8. Каляева Т. В. Патол. физиол. и экспер. терапия, 1959, 1, 36—39. — 9. Корчанов Л. С., Якубенко А. В., Бурмистров В. И. Труды Всесоюзной конф. по комбин. радиац. поражениям. М., 1958, 80—83. — 10. Лазарев Н. В., Фелистович Г. И. Пентоксил и его применение при алейкиях. Л., 1954. — 11. Мариев А. И. Заживление закрытой швом операционной раны мягких тканей при лучевой болезни от общего облучения. Автореф. канд. дисс. Л., 1955. — 12. Русаков В. И. Труды научн. конф. Ростовского на Дону мед. ин-та. 1957, 443—445. — 13. Gustafson, G., Cebul, F. Surg. Gynecol. and Obstetr., 1954, 98, 1, 49—54. — 14. Radacowich, M., Dutton, A., Shilling, I. Ann. Surg., 1954, 139, 2, 186—194.

О ДЕЙСТВИИ ГЕМОСТИМУЛЯТОРОВ НА ЛЕЙКОПОЭЗ И ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ В НЕОБЛУЧЕННОМ И ОБЛУЧЕННОМ ОРГАНИЗМЕ

Г. Лоогна

Резюме

Пользуясь моделью процесса организации асептического некротического очага, вызванного прижиганием печени (в асептических условиях), гистологически изучались динамика соединительнотканной репарации у необлученных и облученных (400 и 800 г) крыс (270) под влиянием пентоксила, тезана и лейкогена, а также действие этих препаратов на лейкопоэз в указанных условиях опыта. Ожоговая рана печени наносилась в разные сроки: в день облучения, на 7-й, 14-й, 21-й день после облучения. Животных забивали на 4-й, 8-й, 12-й и 16-й день после операции.

Было установлено, что гемостимуляторы в первые 4 дня обуславливали у необлученных животных развитие незначительной лейкопении (82-97%), а на 8-й, 12-й и 16-й день число лейкоцитов повышалось под их влиянием значительно (120—180%) по сравнению с исходным уровнем (100%). При введении препаратов в течение 12-и и 16-и дней выявилось их свойство стимулировать репаративный процесс, что выражалось в образовании большего количества (в среднем в 1,5 раза) грануляционной ткани вокруг некротического очага.

При облучении животных рентгеновыми лучами заживление ожоговой раны печени происходило в различных условиях опыта по-разному. В большинстве случаев репаративный процесс был нерезко заторможен главным образом в период разгара лучевой болезни. Отставание выражалось как в менее интенсивной пролиферации грануляционной

ткани, так и в ослаблении макрофагальной и фибропластической реакций. У небольшой части крыс заживление раны не было нарушено, а в единичных случаях протекало даже несколько интенсивнее, чем в контроле; это наблюдалось главным образом в начальной и в восстановительной стадиях лучевой болезни.

Введение гемостимуляторов, начиная со дня нанесения комбинированной травмы, вызывало у животных углубление лучевой лейкопении, что свидетельствует об угнетении кроветворного аппарата. Когда пентоксил, тезан и лейкоген применялись в период восстановления лейкопоэза, число лейкоцитов в периферической крови значительно повышалось (157—200%), особенно под влиянием тезана. При облучении дозой в 800г стимуляция лейкопоэза наступала позже и была менее выражена.

На заживление раны печени гемостимуляторы не оказывали четко выраженного влияния, лишь при дозе в 400г у небольшой части животных в восстановительной стадии лучевой болезни определялось некоторое усиление образования грануляционной ткани.

OBLITEREERUVA ARTERIOOSI RAVIST TARTU LINNA KLIINILISE HAIGLA HAAVAOSAKONNA ANDMEIL 1953.—1959. a.

(Autoreferaat)

E. TÜNDER ja *K. PÕDER*

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

Analüüsisime Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas 7 aasta jooksul ravil viibinud 223 oblitereeruva arterioosi haige ravi tulemusi.

Vaatlusalusel perioodil on oblitereeruva arterioosi haigete ravi olnud põhiliselt konservatiivne, kusjuures on rakendatud komplekssе ravi printsiipi, mis on suunatud veresoonte spasmi kõrvaldamisele, valusündroomi kaotamisele, kollateraalse vereringe arendamisele ja gangrenoosse protsessi kupeerimisele.

Ravitulemusi on analüüsitud vastavalt haiguse kolmele staadiumile. Esimesse kliinilisse staadiumi kuulub 76, teise — 85 ja kolmandasse — 62 uuritavat.

Paremaid tulemusi saadi haigusprotsessi I kliinilises staadiumis, kus $^2/_3$ juhtudel täheldati head ja $^1/_3$ juhtudel rahuldavat raviefekti.

II kliinilises staadiumis, kus veresoonte seintes esinevad orgaanilised muutused, saadi ainult üksikjuhtudel (8) objektiivsete näitajate paranemist (kollateraalse vereringe funktsiooni täiustamise tulemusena) ja 50% juhtudest subjektiivset paranemist. $^1/_3$ haigetel jäi seisund ravist hoolimata endiseks.

III kliinilises staadiumis saavutati ainult lühiajalist subjektiivset paranemist, kusjuures 50% haigetest tuli jäse amputeerida.

Ravitulemuste analüüs näitab, et konservatiivne ravi on edukas ainult haiguse esimeses ja osaliselt ka teises staadiumis. Haiguse hilisstaadiumides (III ja osaliselt II staadiumis), kus jäsemete veresoonte seintes on tekkinud orgaanilised muutused (kas segmentaarse obliteratsiooni või veresoone suurema osa umbumise näol), on konservatiivne ravi tulemusteta. Nimetatud juhtudel tuleks leida uusi meetodeid jäseme verevarustuse parandamiseks. Viimane osutub võimalikuks rekonstruktiivsete operatsioonide teostamisega arteritel (*transplantatio* ja *intimothrombectomia*).

Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas, kus alates 1958. aastast on oblitereeruvat arterioosi uuritud spetsiaalsete uurimismeetoditega (ostsillograafia ja arteriograafia) ravitakse nüüd jäsemete arterite segmentaarseid obliteratsioone operatiivselt.

VESINIKPEROKSÜÜDILAHUSTE SÄILIVUSEST JA STABILISEERIMISVÕIMALUSTEST

E. SALU

(Tartu Riikliku Ülikooli galeenilise farmaatsia ja farmatseutilise keemia kateedrist, juhataja farmaatsia doktor professor *N. Veiderpass*)

Meditsiinis kasutatakse peamiselt lahjendatud vesinikperoksüüdilahuseid. Lahus valmistatakse perhüdrooli lahjendamisel destilleeritud veega. Kui perhüdrool püsib tavalistes tingimustes muutumatuna mõne kuu jooksul, siis sellest valmistatud lahjendused lagunevad palju kiiremini. Eriti kergesti lagunevad 4—8 %-lised lahused (2). Mõnda aega säilitatud vesinikülihapendilahused on muutunud kas täielikult veeks või sisaldavad veel ainult vähesel hulgal vesinikperoksüüdi. Sel põhjusel hakati juba vesinikülihapendi kasutusele võtmisest alates uurima selle lahuste säilitamistingimusi, nende parandamist ning stabiliseerimist.

Vesinikülihapendilahuste säilivusele avaldab olulist mõju preparaadi puhtusaste. Absoluutselt lisanditevaba vesinikperoksüüdilahus püsib (sõltumata kontsentratsioonist) nõuetekohasel säilitamisel täiesti puhtais mittekatalüütilisest materjalist anumais pikka aega muutumatuna (1). Praktiliselt on aga väga raske ja kulukas saada absoluutselt puhast perhüdrooli (2) — ta sisaldab tavaliselt ikka mitmeid lisandeid mikrohulkades. Et viia vesinikperoksüüdi lagunemine transpordi, lahjendamise ja säilitamise vältel miinimumini, soovitavad W. Schumb, C. Satterfield ja R. Wentworth (1) täita järgmisi nõudeid: 1) vesinikperoksüüdilahuseid lahjendada äärmiselt puhtalt, 2) lisada lahustele võimaluse piires stabilisaatoreid, mis avaldaksid vastumõju lahustes leiduvatele katalüütilistele lisanditele või anuma pinna konarlustele, ja 3) valida hoolikalt säilitusanumaid.

Vesinikülihapendisse toimivad lagundavalt mitmesugused, sageli küll näiliselt indiferentsed tahked ained (1, 2, 4), näiteks mitmed metallid, metallide sulfiidid ja oksüüdid, süsi, korgipuru, tolmukübemekesed jt. Mida suurema peenuseastmega on need ained, seda suuremat katalüütilist toimet avaldavad nad vesinikülihapendi lagunemisele. Seetõttu soovitatakse vesinikülihapendilahuste lahjendamiseks kasutada eriti puhast destilleeritud või koguni bidestilleeritud vett (1).

Vesinikülihapendilahuse säilitamisel on oluline säilitusruumi temperatuur. Kõige paremini püsib lahus 0°-se temperatuuri juures; rööbiti temperatuuri tõusuga suureneb lagunemine. Valguse, eriti otsese päikesekiirguse lagundava toime eest hoidmiseks säilitatakse vesinikülihapendilahuseid pruunist klaasist anumates ja pimekappides.

Vesinikperoksüüdi lagunemist soodustab lahuste loksutamine, põrutamine, anuma sage avamine ja suur õhuruum säilitusanumas (4). Seepärast on soovitatav vesinikülihapendilahust hoida mitmes väiksemas võimalikult täidetud anumas.

Vesinikülihapendilahuste püsivus oleneb ka nende säilitamiseks kasutatavate anumate materjalist. Sobivaks peetakse neutraalklaasist anumaid, paremaks on osutunud kvartsklaas (1, 2) ja eriti hinnatavaks borosilikaatklaas, mille laialdasemat kasutamist piirab aga kõrge hind (1). Soovitatakse ka puhtast savist ja portselanist anumaid (2). Puhas metalne alumiinium, inglistina, magneesium, magneesiumi-alumiiniumi sulamid ja mõned roostevaba terase sordid, kui nende pind on poleeritud, sobivad samuti vesinikülihapendilahuste säilitusanumate materjalideks (1, 2). Kuid juba väikeste (0,5% või veelgi väiksemate) lisandihulkade olemasolu nendes metallides tõstab järsult vesinikperoksüüdi katalüütilist lagunemist.

Eespool loetletud materjalidest anumad on raskesti kättesaadavad ja seepärast kasutatakse peamiselt tavalisest naatriumklaasist anumaid. Neist eralduv leelis aga aktiveerib vesinikülihapendi lagunemisprotsessi (1, 2, 3, 4, 6). Lagunemise kulgu kiirendab veelgi anumate sisepinna konarlikkus. Varem soovitati tavalisest klaasist anumate sisepind katta õhukese parafiinikihiga, kuid viimasel ajal eelistatakse samal otstarbel kasutada polüetüleentaarat, sest parafiinikihike murdub kergesti ning eraldub siis anuma seintelt väikeste tükikestena lahusesse.

Et kasutatud kirjanduses puudusid andmed polüetüleentaara rakendamise võimaluste kohta, siis teostasime koos B. Luigega kvantitatiivsed võrdluskatsed, uurides vesinikülihapendilahuste püsivust säilitamisel polüetüleen- ja klaastaaras samades katsetingimustes. Eelnevalt Nõukogude Liidu 8. farmakopöa järgi jodomeetriliselt määratud perhüdrool (vesinikperoksüüdisisaldus 28,42%) ja vesinikülihapendilahus (3,02%-line) paigutati võrdluskatseteks polüetüleenpudelitesse ja pruuni värvusega tavalisest klaasist ning leelisevaesest klaasist pudelitesse. Kõik täidetud anumad säilitati hästi suletud pimekapis toatemperatuuri juures. Uuritavate lahuste kontsentratsiooni kontrolliti perioodiliselt.

Katsete tulemustest ilmnes, et vesinikperoksüüdilahuste lagunemine kulgeb nii klaas- kui polüetüleentaaras praktiliselt analoogiliselt. Perhüdrool lagunes palju aeglasemalt kui 3%-line vesinikülihapendilahus.

Kui arvestada farmakopöas esitatud nõuet, mille järgi vesinikülihapendi sisaldus perhüdroolis peab olema 27,5—31%, siis vastas teostatud katsetel 28,42%-lise lähtekontsentratsiooniga vesinikülihapendilahus farmakopöa nõudele veel pärast 11-kuulist säilitamist leelisevaesest klaasist anumas, pärast viiekuulist säilitamist polüetüleenpudelites ja pärast neljakuulist säilitamist pikemat aega kasutusel olnud tavalisest klaasist pudelites. Mõistetavalt pikeneks perhüdrooli säilivuse kestus veelgi, kui alglahus sisaldaks farmakopöa maksimaalse piirsisalduse, s. o. 31% vesinikperoksüüdi, ja lüheneks säilivusaeg, kui alglahus oleks farmakopöas ettenähtud madalama piirsisaldusega.

3%-line vesinikülihapendilahus säilis farmakopöa madalamale piirsisaldusele (2,7%) vastavana leelisevaesest klaasist anumas nelja, polüetüleenpudelis kolme ja tavalisest klaasist anumais kahe nädala jooksul. Edasi alanes kontsentratsioon pidevalt: 11-kuulise säilitusaja möödudes oli 3%-line vesinikülihapendilahus kõikides pudelites praktiliselt täiesti lagunenud.

Arvestades eespool toodud, praktikas sageli vältimatuid tegureid, mis taara materjalist sõltumata soodustavad vesinikülihapendi lagunemist, võiks kirjeldatud katsetel säilivuse kohta saadud ajad lugeda maksimaalseiks, sest nii apteegis säilitamisel kui ka preparaatide kasutamisel kliiniku ja eriti kodustes tingimustes võib lagunemine kulgeda veelgi kiiremini.

Tehtud katsete tulemused kinnitasid kirjanduses esinevate andmete (7) tõepärasust selle kohta, et korduvalt kasutamisel olnud taara on vesinikülihapendilahuste säilitamiseks sobivam uuest taarast. Katsetel lagunes vesinikülihapend aeglasemalt pudelis, mida oli kümne aasta vältel pidevalt kasutatud. Kui kümne aasta eest tehasest saadud uutes pudelites lagunes 39%-line vesinikperoksüüdilahus praktiliselt kolme kuu möödudes, siis samal ajal valmistatud pidevalt kasutatud pudelites alles kümne kuu jooksul. Ilmselt on see asjaolu seoses klaasi pinnalt aja jooksul väljauhutud leelise ja teiste lagunemist soodustavate ainete hulga vähenemisega. Seda väidet kinnitavad ka pudelite leelisuse teimimisel saadud tulemused — nimelt osutusid mitmed pikka aega kasutatud tavalisest klaasist pudelid leelisevaesteks.

W. Schumb ja tema kaasautorid (1) väidavad, et tavalisest klaasist anumad ei sobi stabiliseerimata vesinikperoksüüdilahuste säilitamiseks. Stabilisaatoritena soovitatakse mitmesuguseid aineid, mis lisatuna vesinikperoksüüdilahustele tõstavad märgatavalt nende püsivust. Selleks on uuritud nii anorgaanilisi kui ka orgaanilisi aineid. Vesinikperoksüüd kui väga nõrk hape on püsivam happelises lahuses, seepärast olidki mineraalhapped tema esimesteks stabilisaatoriteks (2); hiljem tehti kindlaks mitmete orgaaniliste hapete (näit. bensoe-, salitsüül-, oksaal- jt. hapete) stabiliseeriv toime. Püüti leida üha paremini stabiliseerivaid ja seejuures väiksema kõrvaltoimega aineid. Vesinikülihapendilahuste stabiliseerimiseks soovitatud ainete loetelu on arvukas ja mitmekesine: naftaliin, etanool, eeter jt. Headeks stabilisaatoriteks peeti antifebriini, antipüriini, fenatsetiini ja heksamiini, veidi nõrgemaiks osutusid luminaal ja veronaal (1, 2, 4, 5).

Hiljem tehti kindlaks, et antifebriin laguneb vesinikülihapendi toimel kiiresti ja laguproduktina tekib mürgine nitrobensool (3). Seetõttu ei tohiks antifebriini kasutada vesinikperoksüüdilahuste stabiliseerimiseks.

Parimaiks stabilisaatoreiks peetakse nipagiini (3, 6), 8-oksükinoliini, stannaate ja pürofosfaate (1).

Vesinikperoksüüdilahusele kui ravimile lisatavate ärritava toimeta stabilisaatorite otsingul jäime peatuma sulfaniilamiididele. Kirjanduses esineb küll andmeid (1) sulfaniilamiidide stabiliseeriva toime kohta vesinikülihapendile, kuid puuduvad võrdlusandmed nende toime ulatusest. Sulfaniilamiidide stabiliseeriva toime ulatuse kindlaksmääramiseks ja nende võrdlemiseks omavahel kasutasime stabilisaatorina valget streptotsiidi, sulfidiini, norsulfasooli, albutsiidnaatriumi, norsulfasoolnaatriumi, ja võrdluseks seni parimaks peetud stabilisaatoreist p-oksübensoehappe metüülestrit e. nipagiini. Kõiki stabilisaatoreid lisati lahustele 0,1%. Vesinikülihapendi lahjenduste valmistamiseks lahustati esmalt stabilisaatorid destilleeritud vees, filtriti ja saadud lahustega lahjendati perhüdrool. Kohe pärast lahuse lahjendamist määrati kontsentratsioon jodomeetriliselt ning säilitamise ajal kontrolliti perioodiliselt vesinikülihapendi sisalduvust. Lahused säilitati uutes pruuni värvusega tavalisest klaasist pudelites pimekapis 10—15° temperatuuri juures.

Väljavõtted katsete tulemustest on koondatud järgnevasse tabelisse.

Stabiliseeritud vesinikülihapendilahuste kontsentratsioon säilitamisel (protsentides)

Stabilisaatori nimetus	Lähtelahuse %	Säilitamise kestus			H_2O_2 lagunemine %%-des 3 kuu vältel
		1 kuu	2 kuud	3 kuud	
stabiliseerimata	2,86	1,41	0,31	0,03	99,0
valge streptotsiid	2,87	2,87	2,87	2,83	1,4
sulfidiin	2,91	2,91	2,86	2,79	4,1
nipagiin	2,88	2,88	2,88	2,75	4,5
albutsiid-naatrium	2,87	2,82	2,76	2,71	5,6
norsulfasool	2,84	2,84	2,71	2,65	6,7
norsulfasool-naatrium	2,90	2,55	2,45	2,34	19,3

Nagu nähtub tabelist, lagunes stabiliseerimata 3%-line vesinikülihapendilahus kolme kuu jooksul täielikult. Kõikides stabiliseeritud lahustes langes vesinikperoksüüdi kontsentratsioon sama aja vältel vaid 0,04—0,56% võrra. Parimaks stabilisaatoriks osutus valge streptotsiid. Stabiliseerimise efektiivsus ilmneb eriti selgesti siis, kui arvestada seda,

et stabiliseerimata vesinikperoksüüdilahus säilis uutes tavalisest klaasist pudelites farmakopöa nõudele vastavana vaid 5 päeva.

Albutsiidnaatriumi sisaldav vesinikülihapendilahus muutus 9 päeva möödudes kollaseks. Teiste sulfaniilamiididega stabiliseeritud lahused püsisid värvusetuna peaaegu kolme kuu vältel ja hakkasid siis aeglaselt kollaseks värvuma. Vesinikperoksüüdilahuste värvumine sulfaniilamiidide manulusel on tõenäoliselt tingitud sellest, et neis esineva primaarse amiinorühma tõttu tekivad vesinikperoksüüdi toimel kollase värvusega asoksüderivaadid (sulfaniilamiidide oksüdatsiooniproduktid), mis on aga teatavasti veelgi suurema bakteriostaatilise toimega kui sulfaniilamiidid ise. Seega ei tohiks värvumine pidurdada nende kasutamist stabilisaatorina.

Silmas pidades valge streptotsiidi eeliseid teiste stabilisaatoritega võrreldes, võib seda soovitada vesinikperoksüüdilahuste stabiliseerimiseks.

KIRJANDUS

1. Шамб У., Сеттерфилд Ч., Вентворс Р. Перекись водорода. М., 1958. — 2. Kausch, O. Das Wasserstoffsuperoxyd. Halle, 1938. — 3. Höll, K. Deutscher Apotheker-Zeitung, 1939, 54, 946. — 4. Fischer, A. Pharmaceutische Centralhalle, 1907, 48, 57—65. — 5. Schneider, G., Folgner, R., Pharmazeutische Zentralhalle, 1935, 76, 733—737. — 6. Tellera, G. Pharmazeutische Zentralhalle, 1929, 70, 727—728. — 7. Pharmazeutische Zentralhalle. 1929, 70, 596.

О ХРАНЕНИИ И СТАБИЛИЗАЦИИ РАСТВОРОВ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА

Э. Салу

Резюме

Так как перекись водорода легко разлагается под воздействием очень многих факторов, то на хранение растворов перекиси водорода следует обращать особое внимание. Для их приготовления нужно употреблять особенно чистую дистиллированную воду (еще лучше — дважды перегнанную воду) и хранить в прохладном, защищенном от света месте в малых, по возможности наполненных сосудах.

Приемлемыми для хранения растворов перекиси водорода считаются склянки из иенского, кварцевого и боросиликатного стекла. Из сосудов обыкновенного стекла для этой цели лучше подходят многократно употреблявшиеся склянки. Лучше склянок из обыкновенного стекла оказались сосуды из полиэтиленовой пластмассы.

При хранении растворов перекиси водорода в сосудах из обыкновенного стекла рекомендуется по возможности добавлять стабилизаторы. В качестве последних предложено очень большое число различных неорганических и органических веществ. Наилучшим стабилизатором для применяемых в медицине растворов перекиси водорода является белый стрептоцид в концентрации 0,1%

N-ALLÜÜLNORMORFIIN EHK ANTORFIIN KUI TSENTRAALSETE ANALGEETIKUMIDE ANTAGONIST

(Autoreferaat)

H. KURVITS

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmakoloogia kateedrist, juhataja professor *G. Kingisepp*)

N-allüülnormorfiin ehk antorfiin sünteesiti 1942. a. Weijlardi ja Ericksoni poolt. Antorfiin erineb morfiinist vaid seepoolest, et morfiini molekulis N juures asuv metüülrühm on asendatud allüülrühmaga.

Antorfiin ergutab katseloomadel lühiajaliselt hingamistalitlust, langetab vererõhku ja sooletoonust.

Antorfiini toime sarnaneb morfiini omaga, kuid on viimasest nõrgem. Ta avaldab nõrka valuvaigistavat toimet, langetab hingamismahtu, hingamiskeskuse tundlikkust CO_2 suhtes ja kehatemperatuuri, vähendab südamelöökide sagedust, tekitab mioosi; seejuures ei muuda antorfiin aga hingamissagedust ja vererõhku ega tekita kõhukinnisust.

Antorfiin avaldab morfiini ja teiste tsentraalsete analgeetikumide (kodeiin, lüdool, fenadoon, promedool, isopromedool jt.) suhtes antagonistlikku toimet. Ta kõrvaldab viimaste valuvaigistava, hingamist pärssiva, oksendamist ja soolespasmi tekitava, silmaava ahendava, veresuhkrut tõstva, samuti ka morfiini kesknärvisüsteemi ergutava toime. Teatavasti kujuneb inimesel ja katseloomadel harjumus morfiini, promedooli jt. tsentraalsete valuvaigistite suhtes, kui neid nendele korduvalt manustada. Promedooli korduval manustamisel küülikule nõrgeneb ja kaob esmalt organismi hüperglükeemiline ja analgeetiline efekt. Kui küülikutele koos promedooliga manustada iga päev ka antorfiini (2 mg kg), siis ei nõrgene ega kao promedooli vere suhkrusisaldust tõstev ja valuvaigistav toime isegi 27. päeval.

Antorfiin ei taasta eetriga, tsüklopropaaniga ja barbituraatidega halvatud hingamiskeskuse talitlust.

Antorfiini ja tsentraalsete analgeetikumide omavahelise antagonismi mehhanism ei ole lahendatud. See näib olevat füsioloogiline, mitte aga keemiline, sest antorfiin toimib mitu korda tugevamini kui analgeetikum oma molekulaarse ekvivalendiga. Vaatamata sellele, et märgitud aatomite meetodiga on tõestatud, et antorfiin kiirendab morfiini eliminatsiooni, ei saa ainuüksi sellega seletada antagonismi olemust, sest morfiini, samuti ka promedooli ja isopromedooli surmavad annused jäävad katseloomadel muutumatuks ka antagonisti toime taustal. Tõenäolisem on, et siin on tegemist konkureeriva antagonismiga. Antorfiin blokeerib oma morfiiniga ja teiste tsentraalsete analgeetikumidega sarnaneva keemilise struktuuriga neid sünapse kesknärvisüsteemis, mis moodustavad tavaliselt ründepunktid mainitud ainetele.

Kliinilised kogemused näitavad, et antorfiini võib eduga kasutada mürgistuse korral tsentraalsete analgeetikumidega. Antorfiin annustes 0,01—0,04 g osutus efektiivseks 0,06 g morfiini, 0,08—0,1 g pantopooni, 0,02 g fenadooni korral, kuid äratav toime ei olnud püsiv, umbes 30 minuti pärast uinus haige uuesti.

Antorfiini on rakendatud morfinismi diagnoosimiseks, kuna ta kutsub esile abstinentsi nähud.

Antorfiin elustab ka sünnitusvalude vaigistamiseks emale manustatud morfiini poolt vastsündinul pärsitud hingamiskeskust, kui seda manustatakse emale veeni (0,01 g) mõni minut enne sünnitust. Antorfiini (0,0002 g) võib manustada vastsündinu hingamiskeskuse ergutamiseks ka nabaveeni.

Antorfiini kui tsentraalsete analgeetikumide antagonisti tähtsust suurendab nende mürgistuste ravimisel veel asjaolu, et tema antagonism ei piirdu analgeetikumide üksiku toimekomponendiga, vaid haarab nende analgeetikumide kõiki farmakodünaamilisi toimeid.

LIHTNE METOOD REGULEERITAVA AUTOMAATSÜSTLA KONSTRUEERIMISEKS

A. JANNUS

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Reguleeritavat automaatsüstalt vajame selleks, et saada mitmesuguste laboratoorsete tööde juures kiiresti kindlamahulisi vedelikuannuseid.

Reguleeritava automaatsüstla puudumise tõttu kasutati meie instituudis varem ja paljudes kohtades kasutatakse veel praegu mitmesuguste mõõtmetega pipette. Pipeteerida tuleb siin kas sõrme või kummivooliku vahendusel suu, õigemini keele abil, hinnates annuse suurust silma järgi. Kõigile on arusaadav, et suure töömahu juures on säärane töötamine väga aegaviitev ja väsitav, ühtlasi aga ka ebatäpne.

Välismaised reguleeritavad automaatsüstlad on keerulise konstruktsiooniga, kallid ja võrdlemisi defitsiitsed. Mõnedes meie instituutides tavalistest «Rekord»-tüüpi süstaldest konstrueeritud variandid on aga raskepäraselt käsitletavad ja seeriaviisiliselt neid ei toodeta.

Sellest tingituna hakkas käesoleva töö autor otsima teed tavalise «Rekord»-tüüpi süstla paremaks ümbertegemiseks reguleerimisvõimalusega automaatsüstlaks. Et hiljuti hakati meil tootma vedelike suunamisventiile tavalistele süstaldele, jäi leida ainult käepärane reguleerimisviis.

Ülesanne lahendati järgmiselt. Tavaline, ükskõik millise suurusega «Rekord»-tüüpi süstal (foto 1), monteeritakse lahti ja kolvi varda pähikusse (1) puuritakse auk väikese juhtvarda (2) sisseneetimiseks. Juhtvardaks sobib nikeldatud väike haavasond. Juhtvardale antakse nüüd painutamise teel säärane kuju, et see hakkaks pärast süstla kokkupanemist vabalt liikuma süstla sulguri (3) küljel asuvas vaos (4). Süstla kolvi (5) automaatselt tagasiviimiseks pööratakse kolvist välja kolvivarras (6), millele asetatakse elastne terasvedru (7). Vedrule alumise toetuspunkti loomiseks asetatakse vedru ette seib (8). Seib jääb seega sulguri ja vedru vahele. Pärast seda, kui süstal on uuesti kokku pandud, asetatakse juhtvardale reguleerimiskruvi (9). Viimase asukoha muutmisega juhtvardal saabki täpselt reguleerida süstla mahtu. Reguleerimiskruvi toetuspunktiks jääb süstla sulguri alumine äär (10). Reguleerimiskruviks võib kasutada elektrilülitite juures rakendatavaid juhtmekinnitajaid. Süstla pidevaks täitmiseks töös kasutatava vedeliku või lahusega pannakse süstla otsa sisse- ja väljalaskeventiilidega varustatud aspiraator (11), mille otsa sobib tavaline punktsiooninõel (12). Aspiraatori vabaks jäänud otsa asetatakse kummivoolik (selleks sobib hästi jalgratta ventiilikumm), mille aspireeritavasse vedelikku minev ots varustatakse raskusega, et voolik ei tõuseks vedeliku pinnale.

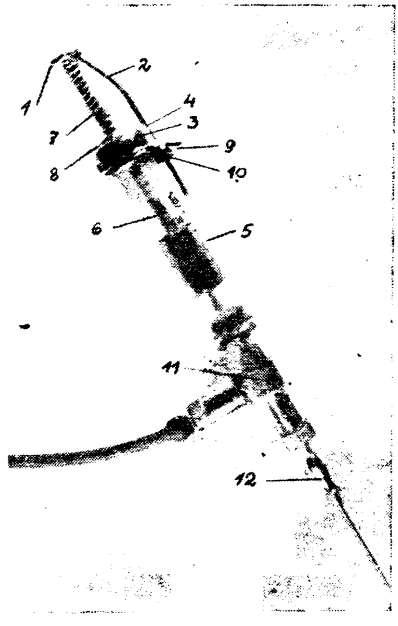


Foto 1

Reguleeritavat automaatsüstalt saab edukalt kasutada ka näiteks virusoloogiliste tööde juures arvukate seerumilahjenduste valmistamiseks.

Selleks tuleb aspiraator-süsteem asendada autori poolt valmistatud pipetihoidjaga (foto 2). Viimane kujutab enesest lühemaks tehtud võimalikult jämedat punktsiooninõela (1), mis pannakse lühikese kummitoru (2) sisse. Kummitoru fikseerimiseks punktsiooninõela ülaosas võib kasutada elastset traati (3). Pipettidena kasutatakse suhteliselt lühikesi Pasteuri pipette, mis steriilsust vajavate tööde juures eelnevalt steriliseeritakse. Pasteuri pipett (4), mis on varustatud steriilse vatifiltriga (5), asetatakse nüüd võimalikult sügavamale pipetti hoidvasse kummist vooliкusse. Pipeti ülemisse otsa jääv punktsiooninõela vaba ots aitab pipetti

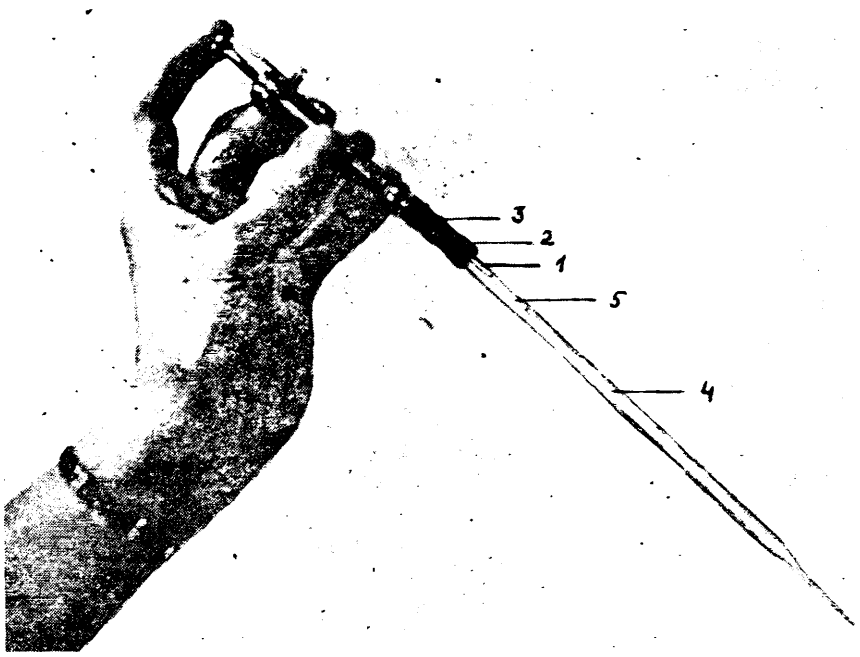


Foto 2

fikseerida. Seega asetatakse Pasteuri pipett seda hoidva kummivooliku vahendusel reguleeritava automaatsüstla otsa, mis on omakorda reguleeritud töös ettenähtud mahule. Töödeldav seerum või muu vedelik imetakse süstla abil ainult Pasteuri pipetti. Pasteuri pipetid on pipetihoidjas hõlpsasti vahetatavad ja seetõttu on töö nendega mugav ja kiire.

Kirjeldatud viisil valmistatud reguleeritavaid automaatsüstlaid ja pipetihoidjaid kasutab meie instituut virusoloogiliste tööde juures edukalt juba üle aasta, kusjuures nendega töötamine võimaldab ligikaudu kümme korda suurendada virusoloogiliste analüüside arvu.

Pärast tööd tuleb süstal hoolikalt puhta veega loputada ja süstla vedru reguleerimiskruvi lahtikeeramisega survest vabastada. Süstal steriliseeritakse tavalisel viisil.

EESTI NSV TERVISHOIU OLUKORRAST 1960. AASTAL

Arstiteaduse kandidaat *A. Nordberg*

Eestimaa KP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu võtsid 1960. a. märtsis vastu määruse «Elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest».

Eesti NSV tervishoiuorganid ja meditsiinitöötajad töötasid 1960. a. ennastsalgavalt partei ja valitsuse otsuste täitmise eest.

1961. a. jaanuarikuus arutati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis tervishoiuorganite ja -asutuste aastaaruandeid. Analüüsiti Eestimaa KP Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu määruste täitmise käiku. Üldiselt olid aruanded koostatud hästi ja andsid võimaluse õigesti hinnata tervishoiu olukorda linnades ja rajoonides.

Elanikkonna meditsiinilisel teenindamisel on aruandeaasta jooksul saavutatud märkimisväärset edu. Langes täiskasvanute ja laste haigestumine üld- ja nakkushaigustesse, alanes suremus, tugevnes meditsiiniasutuste materiaalne ja tehniline baas. Tähtsat osa arstiteaduse saavutuste ning eesrindlike kogemuste levitamisel etendasid Tallinna ja Tartu vabariiklikud haiglad ja nende organisatsioonilis-metoodilised kabinetid, mis andsid rajoonihaiglatele tähelepandavat abi. Teaduslike ja patoloog-anatoomiliste konverentside tase oli tunduvalt kõrgem. Senisest suuremat tähelepanu osutati arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisele.

Polikliinikud on 1960. a. vaieldamatult parandanud oma töönäitajaid. Meditsiinitöötajad otsivad polikliiniku, eriti selle registratuuri töös uusi vorme. Näiteks Tallinna Kalinini rajooni haiglas (peaarst A. Pandre, peaarsti asetäitja ravi alal M. Tšetverikova, polikliiniku juhataja L. Maurer) on polikliiniku töö paranenud. Elanikkonna arv kasvab jõudsasti, kuid polikliiniku ruumid on jäänud endiselt kitsaiks. Esines päevi, kus juba varajastel hommikutundidel kogunes registratuuriruumi rohkesti inimesi järjekorda. Asjatute ootamiste vältimiseks hakati rakendama eelnevat sissekirjutamist arstide juurde pääsemiseks, kuid see parandas olukorda ainult ajutiselt. Korduvalt polikliinikut külastavatele haigetele hakkas haiget vastuvõttev arst ise talonge andma, kuhu oli märgitud järjekordse külastuse päev ja kellaaeg — nii ei olnud nendel haigetel enam vaja registratuuri ilmuda, nad pääsesid kiiresti otse arsti juurde. See omakorda vähendas registratuuri koormust.

Töö korraldati nii, et polikliinikusse tulles satub iga haige kõigepealt keskharidusega meditsiinitöötaja juurde, kes lahendab iseseisvalt rea küsimusi: saadab haige laboratooriumi analüüside andmiseks, täidab sanatooriumi-kuurordiravi kaarte, annab välja mitmesuguseid õiendeid ja suunab haiged vastavatesse kabinettidesse. Kõik naised, kes sel aastal esmakordselt külastasid polikliinikut, suunati profülaktiliseks onkoloogiliseks läbivaatuseks günekoloogia kabinetti.

Varem ootasid haiged statsionaarse ravi saamiseks kaua järjekorras, nüüd aga, tänu aktiivsele ravimisele kodus, suunatakse haige (pärast konsulteerimist sisehaiguste osakonna juhatajaga) statsionaarsele ravile ainult siis, kui kodune ravi ei anna soovitud tulemusi. Ägedatel juhtudel võetakse haiged kohe samal päeval haiglasse.

Viie linna ja rajooni (Tartu, Pärnu, Haapsalu, Valga ja Viljandi) raviasutuste töö tunnistati heaks.

Pärnu meditsiinitöötajate kollektiiv (linna tervishoiuosakonna juhataja A. Olhovskaja, haigla peaarst K. Mõtus) on teinud viljakat tööd linna elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamisel. Linnas on üks vabariigi paremaid polikliinikuid. Meditsiinitöötajad töötavad süstemaatiliselt oma erialaste teadmiste tõstmiseks. Hästi on korraldatud vastavate haigustega haigete dispanseerimine ning emade- ja lastekaitse. Samuti on saavutatud häid tulemusi vastsündinute tervise kaitsel ja enneaegsete üleskasvatamisel.

Märkimisväärselt on paranenud Tapa rajooni (peaarst L. Tamm) ravi-profülaktikaasutuste töö. Tänu rajooni täitevkomitee (esimees E. Elevant) abile lõpetatakse 1961. aastal rajooni haigla uue korpuse (100 voodikohta) ehitamine. Uue ehituse valmimisel on Tapa rajoonil otstarbekohane raviasutuste võrk — 35 voodikohaga jaoskonnahaigla Kadrinas, 25 voodikohaga jaoskonnahaigla Tamsalus ja 15 kohaga jaoskonnahaigla Aegviidus. Tapa Rajooni Haigla juhib hästi jaoskonnahaiglate ja velskri-ämmaemandapunktide tööd. Teiste linnade ja rajoonide ravi-profülaktikaasutuste töö on samuti paranenud.

Mõnedes rajoonides ei ole töösse suhtutud küllaldase vastutustundega. Väike-Maarja rajooni haiglas (peaarst A. Parts) on töönäitajad 1960. a. halvenenud. Tervishoiu Ministeeriumi valitsused ja osakonnad ning Tallinna Vabariikliku Haigla Metoodiline Kabinet peavad koos rajooni parteiorganisatsiooni ja nõukogude organitega osutama sellele rajoonile omapoolset abi, tugevdama rajooni tervishoiuvõrgu kaadrit, mobiliseerima elanikkonna tervise kaitseks meditsiinitöötajate ja üldsuse aktiivi.

Endise Lihula rajooni peaarst (A. Renno) ei olnud nõudlik, profülaktilist tööd tehti nõrgalt. Haigla sanitaar-epidemioloogia osakond ei võidelnud küllaldaselt sanitaarse seisundi ja veevarustuse parandamise eest. Rajoonihaigla profülaktiline töö oli nõrk.

Tervishoiu Ministeeriumi komisjon märkis ära raviasutuste töö puudused ja tegi üksikasjalikke, konkreetseid ettepanekuid töö parandamiseks igas rajoonis. Need märkused anti edasi linnade ja rajoonide tervishoiuosakondade juhatajatele ja peaarstidele. Mainime siinkohal vaid üldisi ülesandeid, abinõusid ja reserve.

Päevakorras on kolhooside laialdane kaasatõmbamine raviasutuste ehitamisesse maal. Põlva rajooni kolhoosid alustasid 75—100 voodikohaga rajoonihaigla ehitamist, Kingissepa rajooni kolhoosid aga ehitavad kolhoosidevahelist mudaravilat. Need on muidugi alles esimesed sammud.

Vabariigi ravi-profülaktikaasutused on inventariga rahuldavalt varustatud, kuid paljudes haiglates ei ole mööbli kvaliteet hea, mööbel on tegumoelt vananenud, kohati ei ole seda ka piisavalt, mis omakorda mõjutab raviasutuste töökultuuri. On saabunud aeg varustada haiglad ühesuguse, stiilse ja kvaliteetse mööbliga. Seoses haiglate arvu suurenemisega linnades on vajadus suuremate pesukodade järele.

Laialdaselt on elanikkonna hulgas levitatud teadmisi hügieenist. Ettevõtetes ja majavalitsuste juurde on loodud sanitaarposte. Tartus, Pärnus ja Viljandi ning Rakvere rajoonis, kus Punase Risti komiteedes on koosseisulised töötajad, on töö korraldatud hästi. Esile võib tõsta ka Tartu, Jõgeva, Valga ja Põlva rajooni (komiteede koosseis töötab seal ühiskondlikus korras).

Kuid on ka rajoone, kus tervishoiuorganite ja Punase Risti vahel pole vajalikku kontakti. Mõnedes rajoonides, näiteks Harju, Märjamaa, Elva ja endises Lihula rajoonis, on Punase Risti töö organiseerimine, eriti sanitaarsalkade ja -postide osas, ebarahuldav. Nendes rajoonides jääb hügieeniline kasvatus maha kultuuri üldisest kasvust.

Elanikkonna hulgas tuleb luua rohkem ringe koduse haigepõetamise õppimiseks, koolides aga tugevdada sanitaarkontrolli, organiseerida õppe- ja vaba aja ratsionaalset veetmist. On vaja oskuslikku arstlikku kontrolli laste kehakultuuri ja sporditöö üle.

Vabariigi linnade ja rajoonide täitevkomiteede tervishoiuosakondade ja rajoonihaiglate 1960. a. aastaaruannete arutlemisel selgus, et vaatamata mõnedele puudustele on tervishoiu olukord vabariigis paranenud.

Tänu partei ja valitsuse pidevale hoolitsusele suurenevad kulutused tervishoiule seitseaastaku kolmandal aastal tunduvalt. Meie tervishoiutöötajatele on loodud kõik eeldused partei XXII kongressi vastuvõtmiseks uute, senisest veelgi paremate saavutustega.

О СОСТОЯНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭСТОНСКОЙ ССР В 1960 ГОДУ

А. Нордберг

Резюме

В течение января 1961 г. в Министерстве здравоохранения Эстонской ССР были обсуждены годовые отчеты о проделанной органами и учреждениями здравоохранения работе и проведен анализ выполнения постановления ЦК КП Эстонии и Совета Министров Эстонской ССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения республики».

Представленные отчеты медицинских учреждений за 1960 г. показали, что большинство зав. городскими и районными отделами здравоохранения, главные врачи районных больниц с большой ответственностью отнеслись к работе по подведению итогов годовой деятельности. В большинстве городов и районов отчеты составлены качественно, позволяют правильно оценить организацию и состояние здравоохранения как в городе, так и в районе.

Имеются количественные и качественные сдвиги в повышении уровня здоровья населения, улучшилось физическое развитие, снизилась общая и инфекционная заболеваемость взрослых и детей, уменьшилась смертность, укрепилась материально-техническая база медицинских учреждений.

В городах Тарту, Пярну и в районах Вильянди, Валга и Хаапсалу деятельность лечебно-профилактических учреждений комиссия Министерства здравоохранения признала хорошей. В отношении остальных городов и районов республики было отмечено улучшение качества медицинского обслуживания населения. Ряд недостатков комиссия установила в районах Вяйке-Маарья и Лихула.

В каждый город и район республики направлены анализы деятельности медицинских учреждений с конкретными предложениями по дальнейшему улучшению лечебно-профилактического обслуживания населения.

TÖÖSTUSETTEVÕTETE SANITAARSE OLUKORRA PARANDAMISEST

V. LEMARINJE

Tööstusettevõtete meditsiini-sanitaarosakondade ja tervishoiupunktide üheks peamiseks ülesandeks on tööliste töötingimuste pidev kontrollimine, sest tööstusettevõtte sanitaarne olukord ja tööliste haigestumus (eriti külmetus-, mao-soolehaigused ja mädanikulised haigused) on omavahel otseses seoses.

Näitena toome masinaehitustehase, kus kutsuti kohale arstide brigaad Leningradi Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Teadusliku Uurimise Instituudist. Koostati iseloomustus iga tsehhi sanitaarse olukorra kohta, kusjuures uuriti laboratoorselt ka õhku.

Instituudi kaastöölised koostasid koos meditsiini-sanitaarosakonna arstidega ettepanekud töötingimuste parandamiseks, mis arutati läbi nõupidamisel. Konkreetsete abinõude ellurakendamiseks nähti ette 4—5 aastat. Otsustati kapitaalselt ümber ehitada ventilatsioonisüsteem, mitmete tsehhide juurde ehitada spetsiaalsed sanitaarruumid, heakorrastada tehase territoorium jm. Kõik see fikseeriti kollektiivlepingus, mis võeti vastu tehase üldkonverentsil. Peale selle võeti nad vastavas järjekorras meditsiini-sanitaarosakonna kompleksesse aastaplaani. Ettenähtud abinõude rakendamist kontrollisid pidevalt tsehhiarstid, tööstuse sanitaararstid, ühiskondlikud sanitaarvolinikud koos ohutustehnika töötajate ja ametiühingu komiteega.

Igal aastal korraldatakse ettevõttes töökaitse, ohutustehnika ja tööstustervishoiu ühiskondlikke ülevaatusi, millest võtavad aktiivselt osa ka meditsiinitöötajad. Puudusi ja ettepanekuid analüüsib eri käskkirjaga määratud komisjon, kuhu kuulub ka tööstuse sanitaararst. Tööliste ettepanekud on realiseeritud osaliselt tööliste enda jõududega laupäevakute näol (territooriumi puhastamine ja haljastamine jm.).

Jooksev sanitaarkontroll oli meditsiini-sanitaarosakonna profülaktika-abinõude süsteemis peamiseks, seda teostati koos tsehhi administratsiooni ja sanitaarvolinikega. Seejuures rakendati laialdaselt õhuproovide laboratoorset uurimist, mis võimaldas selgitada ventilatsiooniseadmete efektiivsust jne.

Iganädalase ringkäigu tulemused tsehhides hinnati viiepallilises hindamissüsteemis ja tehti teatavaks kogu kollektiivile. Ametiühingukomitee arvestas mainitud hindeid ka kokkuvõtete tegemisel sotsialistlikust võistlusest.

Iganädalased kontrollringkäigud tsehhides muutusid oma olemuselt tervise päevadeks, millest võtsid osa ühiskondlikud sanitaarvolinikud, tsehhi ametiühingu aktiiv ja eesrindlikud töölised.

Sanitaarharidustöö läbiviimisele omistati suurt tähtsust. Loengumaterjal põhines konkreetsetel, ettevõtte elust võetud näidetel. See tõstis huvi vestluste vastu ja stimuleeris töölisi aktiivsele võitlusele töötingimuste parandamise ja oma tervise säilitamise eest.

Viimase 5 aasta jooksul tehtud töö tulemusena on töötingimused ettevõttes tunduvalt paranenud: tööruumide õhus on tolmu ja mitme-

suguste gaaside hulk viidud lubatud piiridesse; on sisse seatud vaakuumpump gaaside ja tolmu paikseks kõrvaldamiseks keevitustööde teostamisel kinnistes ruumides, on kindlustatud vastav kaitse kiirgusenergia eest gamma-defektoskoopia puhul; kõik tsehhid on varustatud saturaatoritega gaseeritud joogivee saamiseks; ühes metallitöötlemise tsehhis on akendele ja tööpinkide vahele asetatud toalilled ja akvaariumid; ettevõtte territoorium on haljastatud.

Vastavalt töötingimuste paranemisele ettevõttes on vähenenud ka haigestumine.

Haigestumine protsentides (1955. a. on võetud 100%-ks)

	1956.a.	1957.a.	1958.a.	1959.a.
1. Üldine haigestumine (§ 22, vormid N 3—1)	98,6	99,7	96,4	94,2
2. Külmetushaigused	93,1	*	88,6	84,2
3. Mädanikulised haigused	92,3	90,1	87,2	81,2
4. Ägedad mao-soolehaigused	97,1	91,5	87,4	82,7

(* — 1957. a. epideemiline gripipuhang)

Seega kinnitavad meditsiini-sanitaarosakonna töökogemused läbiviidud abinõude otstarbekust ja vajalikkust.

ОБ УЛУЧШЕНИИ САНИТАРНОГО СОСТОЯНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

В. Лемаринье

Резюме

Одной из важнейших задач медицинских работников является постоянный контроль за оздоровлением условий труда рабочих промышленных предприятий. Актуальность его диктуется прямой связью между санитарным состоянием промышленного предприятия и уровнем заболеваемости работающих на нем. Исходя из этого, например, на одном машиностроительном заводе проводятся следующие мероприятия: составляются санитарные характеристики цехов, по которым вырабатываются мероприятия по оздоровлению условий труда рабочих, постоянно контролируется их осуществление; еженедельно проводится обход всех цехов специальной комиссией в составе: помощника директора, начальника бюро техники безопасности, санитарного врача, главного механика и начальника соответствующего цеха; проводятся общественные смотры по охране труда, технике безопасности и промышленной санитарии; ведется обязательный учет санитарного состояния цехов при подведении итогов социалистического соревнования.

В результате проделанной работы, которая велась при активной поддержке и помощи партийной и профсоюзной организаций, с привлечением общественности и передовых рабочих, за последние пять лет на заводе значительно улучшились условия труда, уменьшились заболеваемость и производственный травматизм, что говорит о целесообразности проводимых мероприятий.

LASTE GÜNEKOLOOGILISE ABI KORRALDAMISE KOGEMUSI TALLINNAS

A. LISSOVENKO

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Kuni käesoleva ajani ei ole osutatud küllaldast tähelepanu lastegünekoloogiale. Sellega tegelemine on aga väga oluline selliste kõrvalekaldumiste ennetamiseks naiste suguelundites nagu kitsas vaagen, emaka funktsionaalsed verejooksud, sigimatus ja suguelundite alaareng, sest need tekivad juba varases lapseeas alanud väärarengu tulemusena. Teisest küljest esineb tütarlastel varases kooli- ja eelkooli-

eas sageli märkamatuid suguelundite haigusi, mis muudavad lapsed õppimis- ja töövõimetuiks. Seepärast nõuavad need küsimused nii günekoloogi kui ka pediaatri tähelepanu.

Lastegünekoloogia kabinettide loomine ja võimalus haigeid lapsi statsionaaris ravida on oluline organisatsiooniline abinõu võitluses naiste tervise eest.

Ukraina NSV-s töötavate lastegünekoloogia kabinettide kogemused näitavad, et ainult tütarlaste igakülgne dispanseerne uurimine pediaatri, günekoloogi ja neuropatoloogi poolt võimaldab ravisüsteemi õigesti korraldada.

Eesti NSV-s alustas esimene lastegünekoloogia kabinet tööd 1959. a. aprillis Tallinna Vabariikliku Haigla polikliinikus. Hiljem viidi kabinet üle Tallinna Linna Lastepolikliinikusse. Vastuvõtt toimub 3 korda nädalas á 3 tundi. Ühtlasi on Tallinna Vabariikliku Haigla II günekoloogia osakonnas eraldatud laste jaoks 4 voodit.

Kabineti avamisele eelnes organisatsioonilise töö esimene etapp — propaganda naisõpilaste, lastevanemate ja õpetajate hulgas. Emasid tuleb tutvustada tütarlastel ja neidudel esinevate haiguste sümptoomidega, et ema ise võiks välja selgitada mõningaid kõrvalekaldumisi tütre suguelundites. Samuti tuleb emasid õpetada, kuidas valmistada tütreid ette esimeseks menstruatsiooniks, kuidas hajutada tütarlaste kartust selle ees; viimasel on suur tähtsus funktsionaalsete emakaverejooksude profülaktikas. Vanematele ja kasvatajatele tuleb sagedamini korraldada vestlusi tütarlaste hügieenist. Samasuguseid vestlusi on vaja läbi viia vanemate tütarlastega.

Kooliarstid-pediaatrid peavad hästi tundma tütarlaste arenemise füsioloogiat, nende isiklikku ja koolihügieeni, omistama tähelepanu koolipinkide vastavusele, nõrgemate tütarlaste füüsilisele koormusele, tütarlaste psühholoogilisele suunitlusele ja iseloomule. Kooliarstide ja pediaatrite tööst oleneb kõige rohkem haigete laste väljaselgitamine.

Pedagoogidel tuleb senisest rohkem tähelepanu pühendada füüsiliselt mahajäävatele tütarlastele: individualiseerida nende vaimset ja kehalist koormust, tunda huvi tütarlapse elukondlike tingimuste vastu, pöörata tähelepanu tema närvisüsteemi seisundile, kaitsta tema psüühikat.

Arvestades tütarlapse suguelundite arenemise ja talitluse sõltuvust sisesekretsiooninäärmetest, kesk- ja vegetatiivsest närvisüsteemist, oleme lastegünekoloogia kabineti töösse kaasa tõmmanud ka endokrinoloogе ja neuropatoloogе. Laialdaselt kasutame arstliku kehakultuuri kabineti abi.

Lastegünekoloogia kabineti senised töötulemused lubavad teha mõningaid järeldusi naistehaiguste profülaktika organisatsioonilise külje lahendamise kohta.

1 aasta ja 8 kuu jooksul külastas kabinetti 481 ühe kuu kuni 18 aasta vanust tütarlast, neist hospitaliseeriti 25. Kabinetti külastanute hulgast põdes 60% mitmesuguse etioloogiaga vulvovaginiite, mis olid seotud peamiselt parasitaarsete invasioonidega, 23,5%-l vulvovaginiitidega tütarlastest esinesid soolenugilised, 13%-l *T. vaginalis*, 16%-l mittespetsiifilised nakkused, nagu streptokokkidest ja stafülokokkidest põhjustatud põletikud.

Viies ööpäeva-lastesõimes ja -aias teostatud läbivaatusel avastasime 40% tütarlastest vulvovaginiite. See arv kohustab pediaatreid, kooliarste ja günekoloogе profülaktilisesse töösse tõsiselt suhtuma. Lasteaedades ja -sõimedes on vaja regulaarselt teha tütarlastele väliste sugueluntide tualetti, sest tütarlaste nakatumist põhjustab kõige sagedamini hügieenireeglite rikkumine. Rohkem tuleb uurida nakatumist soolenugilistesse.

Vulvovaginiitide likvideerimisele tuleb pöörata tõsist tähelepanu, sest need võivad olla sisemiste suguelundite põletikuliste protsesside,

menstruatsioonihäirete ja sigimatuse üheks põhjustajaks. Meie andmete järgi põevad vulvovaginiiti peamiselt 1 kuni 12 aasta vanused tütarlapsed. Eelkõige võib seda seletada lapse organismi füsioloogiliste iseärasustega. Lapse häbe on kaetud õrna kergesti vigastatava nahaga ja on nakkusele väga vastuvõtlik. Lapse tupp on vooderdatud õrna limaskestaga, mille rakud on glükogeenivaesed, Döderleini piimhappe-kepikesed puuduvad, tupesekreedi reaktsioon on leelisene, tupe immuunsed omadused on puudulikud — kõik see loob põletikuliste haiguste sissetungimiseks soodsad tingimused.

Pikemat aega mitmesuguse etioloogiaga vulvovaginiiti põdevatest tütarlastest esineb 3% onanism. Peale selle oleme kolmel vulvovaginiidi juhul täheldanud ussnugiliste invasiooni koos reite sisepindade, lahkliha ja kubemevoltide ekseemiga; pikemaajalise ambulatoorse ja statsionaarse ravi tulemusena saabus täielik tervistumine.

9,1% kabinetti külastanud tütarlastest esinesid menstruatsioonihäired. Osa nendest viibis statsionaarsel ravil.

Sisemiste suguelundite põletikuliste protsesside põhjustajaiks oli 0,8% juhtudest tuberkuloos, 0,6% juhtudest gonorröa.

Meie töökogemused näitavad, et niisuguseid kabinette tuleb avada ka vabariigi teistes linnades. Ei ole kahtlust, et veel paljud tütarlapsed vabariigis põevad väliste ja sisemiste suguelundite mitmesuguseid kroonilisi haigusi, mis on jäänud senini avastamata. Haigete laste väljaselgitamisel langeb otsustav osa pediaatritele, günekoloogid aga peavad õigesti korraldama nende haigete dispanseerimist.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТАЛЛИНЕ

А. Лисовенко

Резюме

Первый кабинет детской гинекологии в Эстонской ССР был создан в апреле 1959 г. при поликлинике Таллинской республиканской больницы. До 1 января 1961 г. он обслужил первично посетивших 481 человек в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Из них было госпитализировано 25. Из общего числа обследованных свыше 60% составляли больные с вульвовагинитами различной этиологии, главным образом неполовозрелые девочки в возрасте от 1 года до 12 лет. Это можно объяснить в первую очередь особенностями детского организма.

У 9,1% первично обратившихся в кабинет наблюдались нарушения менструации. Из причин, вызвавших воспалительный процесс внутренних половых органов, в 0,8% случаев были заболевания туберкулезной этиологии, в 0,6% — гонококк.

Опыт нашей работы показал, что кабинеты детской гинекологии целесообразно организовать и в других городах республики.

Врачам-педиатрам на различных участках своей работы принадлежит решающая роль в выявлении больных детей-девочек, а гинекологам необходимо правильно организовать диспансеризацию этого контингента больных.

SAKRAALSETEST TERATOOMIDEST LASTEL

Arstiteaduse kandidaat *I. FREIBERG*

(Tallinna Vabariiklikust haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Teratoomid ehk embrüoomid on kaasasündinud kasvajad, mille rakud pärinevad mitmest embrüonaalkihist, mistõttu võime neis leida mitmesuguseid kudesid ja ka terveid elundite algeid. Need kasvajad on heterogeenset konsistentsi, sisaldades kas tsüste või tihedat kude. Mida vähem on teratoomis leiduv kude diferentseerunud, seda pahaloomulise-

mad on tuumorid. Teratoomid esinevad kõige sagedamini sakraalpiirkonnas, kuid neid võib leida ka teistes kehaosades. Teratoome kohtame peamiselt vastsündinuil ja imikuil, harva vanematel lastel, kusjuures viimased osutuvad sagedamini pahaloomulisteks. Tütarlastel täheldatakse teratoome sagedamini kui poistel.

Teratoomid võivad püsida healoomulistena, kui nad on ümbritsetud kapslist ning kasvavad ainult koos lapsega. Vaevusi võivad niisugused tuumorid tekitada ainult sel juhul, kui nad rõhuvad kas pärasoolele või põie kaelale, raskendades sellega defekatsiooni ja urineerimist. Osa teratoome muutuvad aga pahaloomulisteks, andes metastaase ja viies kiiresti surmale.

Teratoomid on kujult ebakorrapärased, mõõtmetelt alates mõnest sentimeetrist kuni lapsepea suuruseni. Neid kattev nahk on enamasti normaalne, kuid vahel esineb rohkesti karvu või angiomatoosseid muutusi. Teratoomid lähtuvad ristluu eesmisest pinnast ja ulatuvad tavaliselt alla tuharatele ja jalgade vahele. Nad on enamasti tihedasti liitunud pärasoole seina ja rist- ning sabaluu eesmise pinnaga, mistõttu radikaalseks raviks on vajalik eemaldada ka sabaluu. Tsüstilised tuumorid on enamasti alati healoomulised. Teratoomis võime leida mitmesuguseid kudesid, mis on välja arenenud või esinevad embrüonaalsel kujul, vahel on neis terveid elundeid ja petrifikaate. Histoloogiliselt on teratoomis avastatud kõiki kudesid, välja arvatud südame lihaskiude, platsentat ja sugunäärmeid. Närvikoe prevaleerumisel kalduvad teratoomid sagedamini korduma kui teistel juhtudel.

Teratoomi diagnoosimine vastsündinuil ei tekita raskusi. Suurte teratoomide puhul võib pärasool ja pärak olla tugevasti ette surutud ja mõnikord esineb defekatsiooni häireid. Neuroloogilisi häireid alumistes jäsemetes ja sfinkterites tavaliselt ei täheldata. Röntgenoloogiliselt leitakse pehmete kudede varjustusi ristluu ees, vahel ka lubjastunud alasid, mis võivad meenutada hamba või luu kuju. Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb teratoome eristada *meningo-* ja *myelomeningocele*'st, mis osutub vahel raskeks, eriti tsüstiliste teratoomide puhul, mis asuvad keskjoone (lülisammas) lähedal.

Teratoomide ravi on ainult operatiivne. Kuna operatsioon on võrdlemisi traumeeriv, pole seda soovitatav teostada enne 6. elukuud. Kui aga on märgata naha matsereerumist, kasvaja kiiret kasvamist või defekatsiooni ja urineerimise häireid, eemaldatakse kasvaja võimalikult varem, ka vastsündinuil. Kiiresti kasvava tuumori korral tuleb olla prognoosiga ettevaatlik, sest võivad esineda mitte ainult retsidiivid, vaid ka metastaasid.

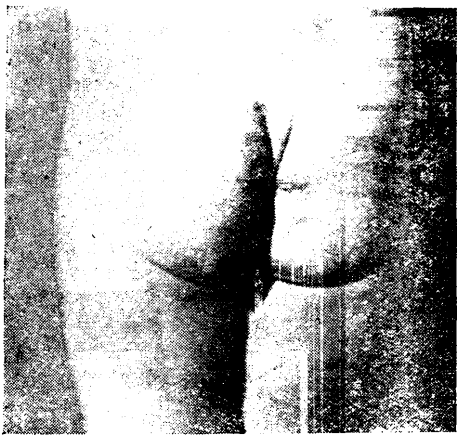
Operatsioon teostatakse tavaliselt üldnarkoosiga, ainult vastsündinuil soovitatakse kasutada kohalikku tuimastust. Igal juhul on vaja teha vere- ja vedelike ülekandeid operatsiooni ajal ja pärast seda ning rakendada šokivastast ravi. Kui tuumor on eemaldatud tervenisti, siis retsidiive ei täheldata.

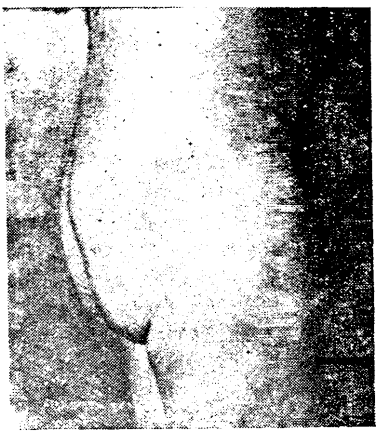
Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgia osakonnas on viimase 5 aasta vältel esinenud 3 teratoomijuhtu, neist 2 tüdrukuil, üks poisil. Kõigil juhtudel diagnoositi teratoom kohe pärast sündi; need olid täiskasvanu rusika kuni lapse pea suurused. Teratoomid olid heterogeensed, sisaldades nii tsüstilisi kui ka tihedaid kudesid. Lapsel M. (haiguslugu nr. 18626/1960. a.) esines teratoomis ka hambakujuline luuline moodustis, mis on selgesti nähtav röntgenogrammil (vt. tahvel I, joonis 2). Nahakatted olid kasvaja kohal normaalsed, ainult ühel tüdrukul esines seal ka angiomatoosseid muutusi. Neurogeenseid häireid ei täheldatud. Ühel juhul tekkis esimestel elupäevadel naha matseratsioon, mistõttu operatsioon teostati 9 päeva vanuselt. Teised lapsed opereeriti 4 ja 6 kuu vanuselt. Kõik lapsed tervistusid.

Näitena olgu toodud järgmine juht. Tüdruk N. N. (haiguslugu nr. 1057/1959. a.) saabus kirurgia osakonda 4 kuu vanuselt kaasasündinud lapsepeasuuruse kasvajaga sakraalpiirkonnas (vt. fotod 1 ja 2). Sünnitus ja lapse areng olid kulgenud normaalselt. Saabumisel siseelundite patoloogilisi muutusi ei täheldatud. Ristluu piirkonnas

Fotod 1 ja 2. Imik N. N. enne operatsiooni otse- ja külgvaates

esines normaalse nahaga kaetud heterogeense konsistentsiga tuumor, mis lähtus peaaegu keskjoonelt ning võttis enda alla mõlemad tuharad. Pärak dislotseerunud ette. Jalgade ega sfinkerite pareese ei esinenud. Röntgenoloogiliselt oli lülisammas patoloogiliste muutusteta, leiti suur ovaalse kujuga pehmete kudede varjustus, mis ei sisaldanud luulisi elemente (vt. tahvel I, joonis 1). Pärast lapse üldtugevdavat ettevalmistamist eemaldati kasvaja operatiivselt kombineeritud eeter-hapnik- ja naerugaasnarkoosi all. Samaaegselt tehti vereülekanne. Operatsiooni eel viidi pärasoolde kummitoru, mis tunduvalt kergendab tuumori eraldamist. Laps asetati selili, lõige oli kaarjas (suurest pöörlast pöörlani), pärakust 3—5 sm kaugusel (Ternovski järgi) — see võimaldab hea juurdepääsu tuumorile. Lõigati läbi kõik katvad fastsiad kuni kasvajakihini. Teratoom oli liitunud sabaluuga, mistõttu viimane eemaldati koos kasvajaga. Veresooned ligeeriti hoolikalt. Lahkliha koed ja lihased kinnitati presakraalse fastsia külge, naha ülejäägid eemaldati. Nahaservad kohaldati ja õmmeldi kinni pärakust nii kaugel kui võimalik. Hematoomi vältimiseks viidi üheks päevaks haava väike dreen.





Fotod 3 ja 4. Laps N. N. 2 aastat pärast operatsiooni otse- ja külgvaates

Postoperatiivses perioodis sai laps penitsilliini, talle tehti vereülekandeid, rakendati üldtugevdavat ravi. Seisund muutus rahuldavaks 3. päeval pärast lõikust, temperatuur normaliseerus. Defekatsiooni ega urineerimise häireid ei täheldatud. Operatsioonihaava keskosas tekkis supuratsioon dreeni sisseviimise kohal. Lapsele tehti korrapäraselt sidumisi, istevanne, lühilaineravi. Haav paranes teisespingsalt. Laps kirjutati välja heas seisundis 26 päeva pärast lõikust. Histoloogiliselt leiti kasvajas tsüstilist kude ja naha ning silma elemente.

2 aastat pärast operatiivset ravi laps täiesti terve, areneb normaalselt (vt. fotod 3 ja 4).

О САКРАЛЬНЫХ ТЕРАТОМАХ У ДЕТЕЙ

И. Фрейберг

Резюме

Тератомы — врожденные опухоли, которые выявляются в большинстве случаев у новорожденных, реже в более старшем возрасте.

Процесс протекает доброкачественно, только в редких случаях наблюдаются быстрый рост опухоли и метастазирование. Тератомы встречаются преимущественно в сакральной области, чаще преобладают у девочек.

Опухоли гетерогенные, содержат различные ткани и зачатки органов. Лечение только оперативное, наилучшим возрастом для операции от 6 месяцев до 1 года. В случае быстрого роста опухоли, сдавления прямой кишки или мацерации кожи показана срочная операция, даже у новорожденных.

Мы приводим случай успешно оперированной тератомы у четырехмесячной девочки.

SALMONELLA TYPHIMURIUM'IST PÕHJUSTATUD OSTEOMÜELIIDIJUHT

H. PIHL

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Salmonellade arvukasse perekonda kuuluvad bakterid võivad põhjustada väga mitmekesise kliinilise pildiga haigestumisi. Sagedamini esinevate gastro-intestinaalse sündroomiga (gastroenteriit, gastroenterokoliit) haigusjuhtude kõrval näeme vahel generaliseerunud haigusvorme (sepsisega, kõhutüüfusega sarnased haigestumised), samuti ka sümptoomideta bakterikandlust või nosoparasitismi.

Erilist huvi pakuvad salmonellade poolt põhjustatud lokaalsed haigusprotsessid, mida kirjeldatakse suhteliselt harva esinevate kasuistiliste juhtudena.

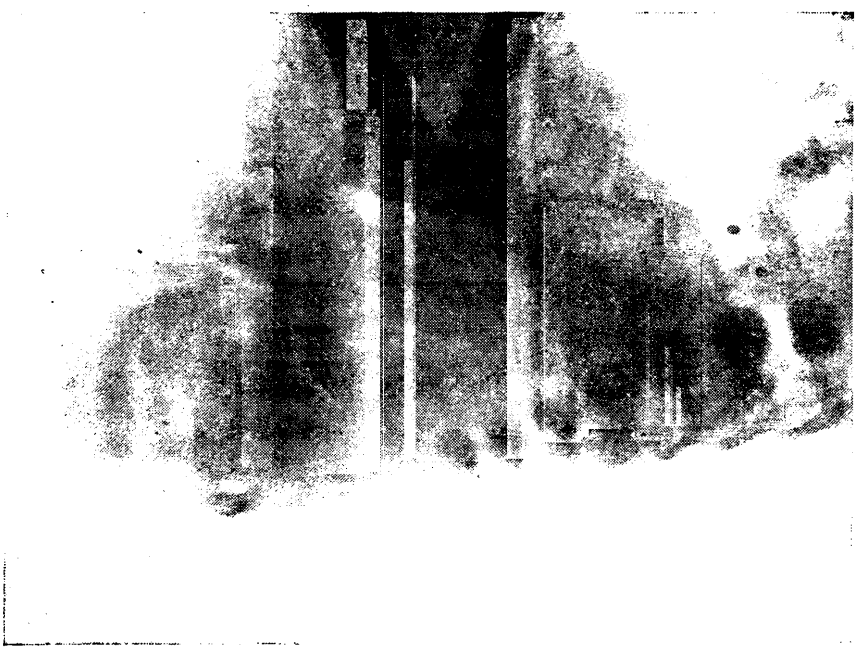
Nii esitavad J. Glebovitš ja A. Malov (1) andmeid *S. enteritidis*'e avastamise kohta ekstrapleuraalse empüeemi mädast. B. Akerrén (5) on leidnud *S. typhimurium*'i põlveliigese vedelikust ja silma sekreedist. Kirjeldatakse ka salmonelladest põhjustatud endokardiite [A. Antila (6)], meningiite [K. Richter (7)], entsefaliite [H. Zellweger ja H. Idriss (8)] jne.

S. Reinberg (4), käsitledes luude ja liigeste mitmesuguste haiguste röntgenidiagnostikat, rõhutab, et salmonelloosidejärgseid skeleti haigestumisi esineb üha harvemini, mistõttu arstide nooremal põlvkonnal võib teinekord tekkida isegi raskusi nende diagnoosimisel.

Salmonellooside puhul esinevad haigusprotsessid luudes tekivad kas rekonvalestsentsperioodil või hiljem. S. Reinberg (4) esitab juhu, kus 30. a. vanusel naispatsiendil avastati sääreluu osteomüeliidi puhul mädast *S. typhi* 11 aastat pärast kõhutüüfuse põdemist. M. Mir-Kassimov (3) tsiteerib autoreid, kes tõendavad, et salmonellad võivad eluneda salmonelloosi põdenud isikute luudes kuni 18 aastat. N. Kostjukova (2) seob 52-aastase haige reieluu osteomüeliidi (tekitatud *S. suipestifer*'i poolt) 28 aastat tagasi põetud palavikuga kulgenud haigusega, mille puhul olevat tekkinud õlavarreluu ja rinnaku fistulid, mis aeg-ajalt paranesid ja siis uuesti avanesid.

Iseloomustades salmonellade poolt tekitatud osteomüeliite rõhutavad S. Reinberg (4), M. Mir-Kassimov (3) jt., et need bakterid põhjustavad harilikult haigusprotsessi ainult ühes luus ja üsna harva korraga paljudes luudes. Kõige sagedamini esinevad salmonelladest põhjustatud osteomüeliidid sääreluu diafüüsis ehk keskosamikus, kusjuures haigusprotsess lokaliseerub peamiselt luu plink-olluse pindmistes kihtides, haarates ühtlasi ka periosti.

Joonis 1. Imik N. N. enne operatsiooni. Röntgenogrammil näha pehmete kudede varjud tuharate all



Joonis 2. Imik M. enne operatsiooni. Röntgenogrammil on näha heterogeenne kude ja all vasakul hammas

Joonis 1. Röntgenogramm haige A. K. sääreluudest otsevaates

Joonis 2. Röntgenogramm haige A. K. sääreluudest külgvaates

Järgnevalt esitame osteomüeliidijuhu, mille põhjustas *S. typhimurium*.

Naishaige A. K., 67. a. vana, hospitaliseeriti Tallinna Linna II Haiglasse 6. II 1961. a. (haiguslugu nr. 567) diagnoosiga: *Phlegmona cruris sin.* Patsient oli haigestunud ligi kaks nädalat tagasi, tekkis valulik turse ja punetus vasema säärel uluu ülemise kolmandiku piirkonnas. Seoses sellega esines haigel ka palavik kuni 38°. Haige kasutas viinakompresse, mis aga ei olevat aidanud. Vastuvõtul haiglasse haige temperatuur normaalne. Vere analüüs: SR — 27 mm, Hgb — 84%, Leukots. — 18.200. Valem: Keptt. 8, Segmentt. 79, Eosinof. 1, Lümfots. 8, Monots. 3. 6. II ja 23. II teostati flegmooni intsisioon. Flegmoonist saadud mäda bakterioloogilisel uurimisel avastati Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama bakterioloogia laboratooriumis ja meie poolt *S. typhimurium*. Avastatud bakterid olid liikuvad graamnegatiivsed kepikesed, mis fermenteerisid happe ja gaasi tekitamisega glükoosi ja manniiti, ei käärinud laktoosi ega sahharoosi; tekitasid väävelvesinikku ja olid indoolnegatiivsed. Monoretseptoorsete diagnostiliste seerumitega selgitati nende antigeenne struktuur, mis oli järgmine: IV, V, i, 1, 2. Avastatud bakterid olid tundlikud levomütsetiini ning biomütsiini ja resistentsed streptomütsiini suhtes. Valged hiired, keda nakatati suu kaudu flegmoonist saadud bakterite kultuuriga, surid üheksandal päeval.

9. II tehti haigestunud säärest röntgenogramm (vt. tahvel II, joonised 1 ja 2), mida röntgenoloog kirjeldas järgmiselt: «*Tibia* ül. $^1/_3$ piiril tibiaalsel kontuuril piirdunud umbes 5 sm pikkune kompakta ja periosti paksenemine mediaalsele, kuna luuüdipoolne piir sile, tavaline. Spetsiifiline protsess (*lues*?) *in susp. Tumor*?»

14. II teostatud Wassermanni reaktsioon osutus negatiivseks. Haige vere, uriini, rooja ja ka nina- ning kurgulima uurimisel me salmonellasid ei avastanud.

Patsient kirjutati haiglast välja 7. III 1961. a. Haige hilisemal küsitlemisel kodus selgus, et tal on esinenud vasemal säärel alates 1953. a. periooditi iseeneslikult tekkivaid ja paranevaid haavandeid. Haige on tundnud pikemat aega vasema sääre piirkonnas närivaid, tuimi valusid, mida ta märkas eriti öösiti. Vaevused jalas kergenesid jala hoidmisel sirutatult.

Uhtlasi selgus, et patsient on põdenud 1919. a. mingisugust kõrge palavikuga kulgevat haigust, mis kestnud ligi poolteist kuud. Teisi haigestumisi ta ei mäleta. Võimalik, et siis oligi tegemist diagnoosimata jäänud *S. typhimurium*'i poolt põhjustatud salmonelloosiga. Muidugi tuleb arvestada võimalust, et patsient võis salmonelloosi põdeda ka hiljem ja haiguse kerge vormi puhul võisid haigusnähud jääda märkamata. Analoogilist võimalust kirjeldab ka S. Reinberg (4).

Vasema jala välisel vaatlusel (3. IV 1961. a.) võis säärel näha intsisioonihaavade sinakaid arme ja mitmeid tumedalt pigmenteerunud laike (varem olnud haavandite jäljed). Nahk (võrreldes terve jalaga) kogu vasema sääre piirkonnas kuiv, atroofiline, läikiv ja kergelt sinaka värvusega. Sääre palpeerimisel valulikkus eriti säärelu keskmise ja ülemise kolmandiku piiril.

Osteomüeliidi diagnoosi kinnitavad anamnestilised andmed, salmonellade avastamine kolde mädast, haiguskolde tüüpiline lokalisatsioon (säärelu diafüüs!) ja kolde piirdumine luu plink-olluse pindmiste kihtidega ning periostiga.

Kirjeldatud *S. typhimurium*'i poolt põhjustatud osteomüeliidijuht rõhutab veel kord, et kõikide erialade klinitsistidel tuleb senisest laialdasemalt rakendada bakterioloogilisi uurimisi.

KIRJANDUS

1. Глебович Я. О., Малов А. Д. Сов. медицина, 1956, 11, 84—86. — 2. Костюкова. Н. Н. Сов. медицина, 1955, 1, 64—65. — 3. Мир-Касимов М. А. Хирургия брюшного тифа, Баку, т. II, 1950, 131—144. — 4. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., т. II, 1955. — 5. Akerrén, B. Svenska läkartidn., 1954, 51 43, 2708—2710. — 6. Antila, V. Duodecim, 1955, 9, 929—947. — 7. Richter, K. Kinderärtzl. Praxis, 1958, 9, 393—394. — 8. Zellweger, H., Idriss, H. J. Dis. Children, 1960, vol. 99, 6, 770—777.

СЛУЧАЙ ОСТЕОМИЕЛИТА, ВЫЗВАННЫЙ *SALMONELLA TYPHIMURIUM*

Х. Пихл

Резюме

Салмонеллезная инфекция у человека может проявляться самыми разнообразными формами поражения. Особый интерес представляют местные процессы заболеваний, которые описываются как редкие казуистические случаи.

Нами и бактериологической лабораторией Таллинской городской СЭС была выделена из гноя флегмоны голени 67-летней женщины *S. typhimurium*.

Данные анамнеза, выделение из воспалительного очага салмонелл, типичная локализация процесса (диафиз большеберцовой кости) и охват поверхностных слоев костной ткани и надкостницы (см. рентгенограмму) подтверждают наличие остеомиелита салмонеллезной этиологии.

Нами описанный случай остеомиелита, вызванный *S. typhimurium*, еще раз подтверждает необходимость шире применять бактериологические исследования со стороны клиницистов всех специальностей.

Abiks velsucitele ja õdedele

TEADVUSETA OLEKU DIAGNOSTIKAST JA RAVIST

K. KÕRGE

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, kateedri juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *K. Kõrge*)

Haigusseisund, mille puhul patsient kaotab teadvuse, on üheks alarmeerivamaks olukorraks. Haige saatus oleneb niisugustel juhtudel sageli meditsiinitöötajate kiirest ja otstarbekohasest tegutsemisest. Et seisundi raskus ei jäta alati aega arstiga konsulteerimiseks, tuleb keskharidusega meditsiinitöötajal sel puhul diagnostika ja esmaabi küsimustes otsustada iseseisvalt. Seda silmas pidades esitame alljärgnevalt lühikese ülevaate haigustest, mis võivad põhjustada teadvusehäireid ning komatoosseid seisundeid.

Iga teadvuseta olek on tunnuseks, et haigel on kahjustatud aju. Niisuguse kahjustuse põhjuseks võib olla peaaju otsene vigastus (löök, kukkumine), aju verevarustuse häire või mõni teistliiki esmane kesknärvisüsteemi haigus. Edasi võib aju kahjustuda nii väljastpoolt organismi sattunud kui ka organismis mingi haigusprotsessi tagajärjel tekkinud mürkide mõjul.

Teadvusetuse tekkimise puhul tuleb arvestada järgmisi haigusi:

1) ainevahetushäired: suhkruhaiguse kooma, insuliini üledoseerimisest tingitud hüpoglükeemiline kooma, maksa ja neerude puudulikkusest tingitud kooma;

2) üldised vereringehäired: kollaps ja äge südamepuudulikkus;

3) kesknärvisüsteemi haigused: aju verevarustuse häired (ajusisesed verevalumid ja veresoonte sulgused).

Käesolevas artiklis jäävad käsitlemata traumaatilised ja mitmesugustest mürgistustest põhjustatud teadvusetuse juhud.

Teadvusetuse tekkepõhjuste selgitamisel on olulise tähtsusega nii haige vaatlus kui ka anamnestilised andmed. Pöörame tähelepanu naha värvusele ja niiskusele, hingamise iseärasustele, lihaste toonusele, kas esineb lihaste tõmblusi ning krampe jne. Andmeid haigusnähtude arenemise kohta saame patsiendi omakseilt või töökaaslastelt: tuleb selgitada, kas teadvusetus tekkis äkki või pikkamööda, mille üle patsient enne teadvusetuse tekkimist kaebas, missuguse tegevuse juures teda haigus tabas, mis haiguste all patsient varem kannatas, mis ravimeid ta kasutas jne.

Järgnevalt käsitleme üksikuid haigusvorme üksikasjalisemalt.

1. S u h k r u h a i g u s e k o o m a tekib selle haiguse raskemate vormide puhul, kui patsient insuliinravi ei saa, või kui ravi on olnud ebajärjekindel ja ei peeta kinni haigele ettenähtud insuliiniannusest. Kooma

võib tekkida ka siis, kui niisugune patsient haigestub näiteks mingisse nakkushaigusesse või peab läbi tegema operatsiooni, mis viib tema ainevahetuse tasakaalust välja.

Suhkruhaiget ähvardava kooma signaaliks on tema töövõime langus, isutus, iiveldustunne ja oksendamine, uimasus ning unisus. Mõnel haigel esinevad suhkruhaiguse kooma eelses järgus valud kõhus, mis võivad meenutada ussjätke põletikku, sapikoolikut või maohaavandi mulgustust. Ainevahetushäirete süvenemisel tugevneb uimasus, mis läheb üle teadvusetuseks. Areneb kooma, mille põhjustajateks on organismis insuliinipuuduse tõttu kuhjuvad ainevahetuse mürgised vaheproduktid (nn. ketokehad, nagu atsetoon, atseetäädikhape ja beeta-oksüvõihape), mis mõjuvad halvavalt kesknärvisüsteemile.

Kui on tegemist insuliinravi saava suhkruhaigega, tuleb alati silmas pidada, et ülalkirjeldatud suhkruhaiguse-kooma kõrval võib niisugune patsient teadvuse kaotada veel insuliini üledoseerimisest tingitud veresuhkru liigse languse, nn. hüpoglükeemia tagajärjel. Et suhkruhaiguse kooma ja hüpoglükeemiline kooma vajavad erisuunalist ravi, tuleb kiiresti otsustada, kummaga on tegemist. Esitame seetõttu tabeli kujul mõlema seisundi olulisemad tunnused.

	Suhkruhaiguse kooma	Hüpoglükeemiline kooma
Tekkepõhjus	Insuliinipuudus	Insuliini liiga suur annus
Veresuhkur	Tugevasti kõrgenenud	Madalam normist
Suhkur uriinis	Rohkesti	Puudub
Atsetoon uriinis	Rohkesti	Puudub
Nahk	Kuiv	Väga niiske, higine
Hingamine	Aeglane, väga sügav	Normaalne
Atsetoonilõhn hingeõhus (meenutab puuvilja lõhna)	Olemas	Puudub
Silmamunad komplemisel	Pehmed	Normaalsed
Lihaskond	Lõtv	Raskematel juhtudel krambid
Söögiisu enne kooma tekkimist	Puudub. Sageli iiveldustunne ja oksendamine	Kõrgenenud, sageli näljatunne

Kirjeldatud sümptoomid võimaldavad enamasti nimetatud haigusseisundeid eristada. Kui see mingil põhjusel ei osutu võimalikuks, on parimaks taktikaks süstida haigele veenisisesi 10—20 ml 40%-list glükoosilahust. Hüpoglükeemilisest koomast ärkab patsient suhkrulahuse mõjul juba mõne minuti möödudes, suhkruhaiguse kooma puhul jääb aga seisund endiseks. Viimasel juhul vajab haige viivitamatult suuri insuliiniannuseid. Kui vähegi võimalik, tuleb patsiendile juba enne haiglasse transportimist süstida 60—80 TÜ insuliini (kõige parem koos glükoosilahusega veenisisesi), seda saatekirjale ära märkides. Enne transportimist tuleb patsiendile süstida kofeiini või kordiamiini ja võimaluse korral anda hapnikku sisse hingata.

Suhkruhaiguse kooma puhul oleneb haige elu täiel määral arstiabi kiirusest. Kui esimese 6 tunni jooksul on võimalik päästa kõik haiged, siis 24 tundi kestnud kooma puhul on surmajuhud juba väga sagedased.

2. Maksa puudulikkusest tingitud kooma areneb peamiselt nakkusliku kollatõve (Botkini tõve) komplikatsioonina. Ehkki nimetatud haiguse kulg on enamikul juhtudel healoomuline, võib 1—3% haigeist tekkida maksa äge kollane atroofia, mis põhjustab raskeid ainevahetushäireid ja lõpeb küllalt suurel protsendil juhtudest surmaga.

Maksa talitluse lakkamine võib esineda veel krooniliste maksahaiguste lõppjärgus (näit. maksatsirroosi puhul), sapi äravoolu kestvama takistuse (sapikivi) ja mõningate mürgistuste (seened, fosfor, arseen) tõttu.

Juba enne kooma väljakujunemist ilmnevad kollatõvehaigel silmapaistvad mürgistusnähud: peavalu, isutus ja oksendamine, jõuetus. Haige pulss muutub kiireks ja pehmeks. Küllalt sageli täheldatakse niisugustel haigetel kesknärvisüsteemi häireid, mis võivad meenutada vaimuhaigust (orienteerumatus, ärritusseisundid). Esineb ka krampe. Mürgistusseisundi süvenedes kaotab patsient teadvuse, areneb nn. maksakooma. Haige hingamine on kiire ja tavalisest sügavam. Hingeõhul on läägelt-magus, toorest maksa meenutav lõhn. Pupillid on kitsad, reageerivad valgusele loiult. Maksa komplemisel võib täheldada selle mõõtmete vähenemist. Niisuguse haige nahk ja silmavalged on tavaliselt kollased. Nahal võib esineda verdumisi.

Ähvardava või väljakujunenud maksakoomaga haige kuulub ravimisele statsionaaris. Ravivahenditena kasutatakse 5%-lise glükoosilahuse tilkinfusioone (1,5—2 l päevas), vitamiine (eriti C-, B_1- ja B_{12}-vitamiini), ja kampolooni 2—4 ml päevas lihasesisesi. Ähvardava kooma puhul aitab seisundi paranemisele sageli suurel määral kaasa kortisoon, prednisoon või prednisoloon. Haige seisundi tõttu on tavaliselt vaja süstida ka südamevahendeid (kofeiini, kordiamiini).

Maksakooma vältimiseks tuleb kõiki — ka kergelt kulgevaid — nakkusliku kollatõve juhte süstemaatiliselt ja hoolikalt ravida. Botkini tõvest tervenemist ei tohi hinnata ainult naha ja skleerade kollase värvuse kadumise järgi, vaid seda peavad tingimata kinnitama vastavad laboratoorsed uuringud.

3. Ureemiline kooma. Sügavate ainevahetushäirete ning raskete mürgistusseisundite kujunemisele võib viia ka neerude puudulikkus, mille tekkimise sagedasemaks põhjuseks on krooniline neerupõletik. Neerude puudulikkusest tingitult kuhjuvad organismi mitmesugused lämmastikuühendid, mistõttu jääklämmastik veres on kõrgenenud. Neerude süvenevale puudulikkusele viitab juba haigete välimus. Nii nahk kui ka limaskestad on kuivad, kahvatud. Haiged on jõuetud, osavõtmatud, kaebavad peavalude, iivelduse ja halva maitse üle suus. Patsienti võivad häirida veel nägemisvõime nõrgenemine, verejooksud ninast või seedeelundites ja kõhulahtisused.

Kirjeldatud nähtude progresseerudes kujuneb välja nn. ureemiline kooma. Haige on teadvuseta. Hingamine on sügav. Võib tekkida perioodiline hingamine, mille puhul sügavate hingetõmmete seeria vaheldub hingamisseisakutega. Hingeõhul on ebameeldiv, lagunenud uriini meenutav lõhn. Patsiendi lihaseid tähelepanelikult vaadeldes võib täheldada üksikute lihasekimpude tõmblemist. Vererõhk on kõrge. Uriinis leidub valku, silindreid ja punaliblesid. Võib esineda turseid. Areneb kehvveresus.

Kroonilise neerupõletiku (kortsneeru) tagajärjel arenevat neerude puudulikkust ei suuda me praegu veel täiesti kõrvaldada. Sellekohase ravirežiimi abil on aga võimalik haige elu pikendada ja tema vaevusi märgatavalt vähendada. Ureemilises koomas on näidustatud aadrilaskmine (400—500 ml vere eemaldamine), strofantiini ja 40 %-lise glükoosilahuse veenisisesed süsted. Haige olukorda võib parandada veel pärast puhastavat klistiiri tehtud tilkklistiir 3%-lise söögisoodalahusega.

Neerude puudulikkus võib kujuneda ka akuutselt. Selle põhjusena tulevad arvesse kuse äravoolu takistus põiest (eesnäärme suurenemisest) või neerudest (mõlema neerujuha sulgus kiviga). Esimesel juhul on muidugi näidustatud põie kateteriseerimine, ja kui see ei osutu võimalikuks, siis põie punktsioon ja järgnev operatiivne ravi.

Neerude äge puudulikkus areneb ka sublimaadimürgistuse tagajärjel, harilikult 5—7 päeva pärast sublimaadi sattumist organismi. Raske-

test neerukahjustustest tingituna lakkab sel puhul uriini sekretsioon täiesti. Raviks kasutatakse niisugustel juhtudel Višnevski blokaadi, neerude operatiivset vabastamist kapslist ning kõige moodsama vahendina kunstlikku neeru. Viimane aitab verel ainevahetuse jääkproduktidest vabaneda kuni neerude töövõime taastumiseni.

Ägeda neerupõletikuga haigeil esineb neerude puudulikkusest tingitud ureemilist koomat harva. Sagedasem on siin nn. eklamptilise pseudoureemia pilt, mis oma haigusnähtudelt ja tekkepõhjustelt on väga lähedane raseduse puhul esinevale eklampsiale. Nimetatud seisundi tekke eelduseks on kõrge vererõhk ja tursed. Kujuneb välja ajuturse, mis põhjustab kesknärvisüsteemi häireid. Haiged kaebavad tugevat peavalu ja virvendamist silmade ees. Sellele järgneb äkki teadvuse kadu ja langetõbe meenutav üldine krambihoog, mis kestab mõnest sekundist mõne minutini. Seoses mainitud seisundiga võivad tekkida mööduvad halvatused ja nägemisvõime ajutine kaotus.

Raviks tuleb haiged jätta esiteks 1—2 päevaks söömata, joodava vedeliku hulka piirata kuni $^1/_2$ liitrini päevas. Hiljem määratakse patsiendile soola- ja veevaene dieet. Krambihoogude vältimiseks rakendatakse aadrilaskmist (eemaldatakse 400—500 ml verd), lumbaalpunktsiooni ning süstitakse magneesiumsulfaadi lahust.

4. Ainevahetus- ja sisesekretsioonihaigustest põhjustatud kooma võib tekkida kilpnäärme liigtalitlusest (Basedowi tõvest). Niisuguse Basedowi kooma väljakujunemist võivad soodustada nakkushaigused, traumad, operatsioonid, rasked psüühilised vapustused ja joodi liigtarvitamine. Koomale eelnevad psüühilised ärritusseisundid, deliirium, tugev südamepekslemine, värisemine, palavik, tugev kõhulahtisus. Raviks rakendatakse aadrilaskmist järgneva veretransfusiooniga, lumbaalpunktsiooni ja joodipreparaate veenisisesi. Komatoossest seisundist aitab patsienti välja tuua ka kortisooni manustamine.

5. Teadvusetus vereringehäirete tagajärjel. Nimetatud haigusseisundeist kõige tavalisem on minestus kollapsi tagajärjel. Viimane võib tekkida ka tervel inimesel liigväsimuse, pikemaajalise püstiseismise, psüühiliste ärrituste, kuumuse tõttu ja mõningatel muudel põhjustel. Kollapsi tekkimise põhjuseks on veresoonte regulatsiooni häire, mis põhjustab vererõhu tugevat langust ja ringleva verehulga vähenemist. Tulemuseks on aju väheveresus ja teadvuse kadu. Patsient on kollapsi puhul kahvatu, tema pulss on kiire ja nõrga täitumusega. Lamavas asendis paraneb aju verevarustus ja patsient tuleb peatselt teadvusele. Vajaduse korral aitab vereringe normaliseerumisele kaasa kofeiini või kordiamiini injektsioon või ka nuuskpiirituse nuusutamine.

Minestusehoogusid esineb ka südame ärritusjuhte süsteemi häiretest tingitud südame vatsakeste lühiajaliste seisakute tagajärjel. Niisugused südamelihase kahjustused tekivad ateroskleroosi ja reuma tagajärjel. Juba mõni sekund kestnud südameseisak põhjustab (aju väheveresuse tõttu) teadvusetust. Südametegevus ja hingamine lakkavad, nahk muutub sinakaskahvatuks. Võivad tekkida üldised krambid. Enamikul juhtudel alustab süda pärast lühiajalist seisakut jälle tööd ja patsient ärkab. Täielikku südameseisakut talub organism ainult paar minutit. Kui see pikemat aega kestab, et ole näiteks kesknärvisüsteemi talitluse taastumine võimalik. Pärast niisugust minestusehoogu on patsiendi südametalitlus tavaliselt väga aeglane (40 löögi ümber minutis).

Esmaabina on niisugusel juhul näidustatud võtted, mis südant ärritades paneksid selle uuesti tööle: mõned tugevad löögid südamepiirkonnale, veenisisene (või ka südamesisene) aeglane kofeiini- või (nor-)adrenaliinisüste, või ravimite puudumisel ka südamelihase ärritamine nõelatorgete abil.

Südameseisakule võrdse olukorra võib luua samuti ülemääraselt kiire südametalitlus.

Tuleb lisada, et südameseisak võib tekkida veel seoses mehaanilise traumaga (liiklusõnnetused!), elektrilöögiga, narkoosist tingitult ning digitaalise-(või strofantiini-) mürgistusest.

6. Kesknärvisüsteemi häireist tingitud teadvusetuse juhud.

Peaaju kahjustuse tagajärjel järsku tekkiv teadvusetus on enamasti tingitud aju verevarustuse häireist — ajusisestest verdumistest, aju veresoone sulgusest emboliga või verejooksust ajukelmetesse.

Ajusisesed verevalumid tekivad teatavasti peamiselt kõrge vererõhuga haigeil. Järsku tekkivale teadvusetusele lisanduvad halvatusnähud kas ühes kehapooles või teatavas lihasterühmas. Silmaavad on laiad ja jäigad, vaade suunatud sageli ühele poole. Patsiendi hingamine on sügav ja norskav, nägu punetav. Pulss on pingeline, enamasti aeglustunud.

Aju veresoone topistus (ajuemboolia) areneb tavaliselt südamehaigeil, eelkõige südameklappide septilise põletiku komplikatsioonina. Haiguspilt sarnaneb suurel määral verevalumi poolt põhjustatuga ja mõlema seisundi eristamine vahetult pärast teadvusetuse tekkimist on raske. Tuleb lisada, et aju verevarustuse häired ei tarvitse kõigil juhtudel kulgeda teadvusekaotusega.

Esmaabi korras tuleb haige panna lamama küljeli, pea kõrgemal, et vältida sülje sattumist hingamisteedesse. Pea peale asetada jääkott, jalgadele soojendus. Eriti kõrge vererõhu puhul tehakse mõnikord aadrilaskmist, mille mõju aga ei ole kõigil juhtudel soodne. Aju vereringe parandamiseks süstitakse veenisisesi (võimalikult varakult pärast haiguse algust) eufülliini ning viinamarjasuhkru 40 %-list lahust. Vajaduse korral lisatakse südamevahendeid. Kontrollimist vajab põietegevus — uriini peetuse korral tuleb haiget kateteriseerida. Tuleb jälgida, et kurku langev keel ei takistaks hingamist (keel ette tõmmata).

Verejooks ajukelmetesse (subarahnoidaalne verejooks) põhjustab järsku algavaid lõikavaid peavalusid, peapööritust, oksendamist ja uimasust, mis võib kiiresti süveneda koomaks. Sellele haiguspildile on iseloomulik ajukelmepõletikule omane kuklakangestus.

Õige esmaabi ja haige kiire suunamine arsti juurde võib eespool kirjeldatud ohtlikkude seisundite puhul küllaltki arvukail juhtudel päästa haige elu.

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

К. Кырге

Резюме

Судьба больного, находящегося в бессознательном состоянии, зависит от срочных и целеустремленных мероприятий медицинских работников.

Основными причинами бессознательного состояния могут явиться: 1) нарушения обмена веществ — кома при сахарной болезни; гипогликемическая кома, вызванная передозировкой инсулина; кома, обусловленная недостаточной функцией печени или почек; 2) общие нарушения кровообращения — коллапс и острая сердечная недостаточность; 3) болезни центральной нервной системы — нарушение кровообращения мозга (внутримозговые кровоизлияния и закупорка кровеносных сосудов).

Оказание соответствующей первой помощи и своевременное направление на специальное лечение часто дают положительные результаты и выводят больного из жизнеопасного состояния.

RASKESTI HAIGETE VARAEALISTE LASTE KIIREST ABISTAMISEST JA TRANSPORTIMISEST

L. KERES

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

Haiguse prognoos sõltub suurel määral ravi alustamise ajast. Sageli võib lapse seisund muutuda eluohtlikuks isegi ravi mõnetunnilise hilinemise tõttu. Seetõttu tuleb otsekohe haiglasse suunatavate laste ravi alustada juba visiidil koju. Ravi peab jätkuma ka lapse transportimise ajal.

Varaealist haiget last hoitakse sõidu ajal süles küliliasendis, jälgides kogu aeg ta nägu. Lapsele pakkuda sageli juua ja soojendatud käega kontrollida, kas lapse käed ja kukal on küllalt soojad (kuid mitte higised).

Haige lapse transportimisel tuleb vältida lapse külmetumist või liigsoojumist. Esimestel elukuudel ei ole lapse soojusregulatsioon veel täiesti välja kujunenud, mistõttu lapse kehatemperatuur muutub kergesti vastavalt välistemperatuuri muutustele. Haiguse ajal kujuneb imikueas kergesti soojusregulatsiooni häire. Eriti ilmekalt avaldub see vaegtoitumusega ja sooleinfektsioone põdevatel lastel. Sageli näeme, et sellistel haigetel lastel muutuvad jahedateks käed ja jalad ja ihusoojus langeb 36,5—35,5°-ni +20°C toatemperatuuri ja tavalise rõivastuse juures. Nad suudavad oma kehatemperatuuri säilitada ainult siis, kui nad on tavalisest paksemalt rõivastatud või kui nende lähedusse on asetatud mingi soojusallikas. Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse on saadetud lapsi, kelle kehatemperatuur transpordi kestel on langenud alla 36°. Selliste haigete transportimisel on eriti nõutav, et auto oleks hästi köetud; kaasa võtta kuumaveekott, katta see flanellmähkmega ja asetada teki ja vatt-teki vahele lapse jalgade alla.

Liigsoojenemine tekib lapse transportimisel siis, kui laps on väga tihedalt ja paksult pakitud vatt-tekkidesse, mistõttu ta ei saa küllaldaselt soojust ära anda higistamise teel. Eriti kergesti tekib liigsoojumine palavikuhaigetel lastel. Algul laps higistab ja hoiab seega oma ihusoojuse ohutul tasemel. Kui aga õhk teki sees higistamise ja uriini auramise tõttu niiskusega küllastub, ei ole ihusoojuse madaldamine higistamise teel enam võimalik. Algab soojuse kuhjumine organismis. Higistamist takistab ka kummiriie või plastikaat, mis ei lase niiskust läbi. Lapse kehatemperatuur hakkab tõusma, hingamine sageneb, muutub arütmiliseks, pulss kiireneb, laps muutub rahutuks, oksendab. Hiljem lapse teadvus tuhmub, ta muutub loiuks ja lõpuks võib tekkida surm kuumarabanduse tõttu.

Näide. 6 nädala vanust tervet last transporditi talvel rongiga Tallinnast Tartu. Sõjaolukorra tõttu olid vagunid kütmata. Sõit kestis 6 tundi. Laps oli tugevasti pakitud vatt-tekkidesse ja teel olles ei mähitud last kordagi, kuna kardeti lapse külmetumist. Poolel teel muutus laps rahutuks, oksendas üks kord, teekonna lõpul hakkas lõõtsutama, muutus loiuks. Nahavärvus hallikas. Tartu jõudmisel toodi laps kohe haiglasse, kus diagnoositi kuumarabandust. Laps suri mõne tunni pärast. Lahangu leid kinnitas diagnoosi.

Transpordi ajal ei tohi last mähkida liiga paksult tekkidesse, kummiriie tuleb ära jätta. Lapsele pakutakse sageli juua. Sõidu ajal kontrollitakse korduvalt lapse hingamissagedust, asetades fonendoskoobi lapse nina alla. Samuti kontrollitakse lapse nahka. Kui laps hakkab higistama, siis asetatakse tekid lapse ümber avaramalt, et tekialuse õhu ventilatsioon oleks parem. Kui aga laps on muutunud higist täiesti märjaks ja kehatemperatuur on kõrge, siis on tingimata vaja laps mähkida kuiva-

desse rõivastesse. Kui auto ei ole mähkimiseks küllalt soe, siis sõita selleks lähemasse tervishoiuasutusse. Samas tuleb last ka kraadida. Kui lapse kehatemperatuur on üle 39°, siis on vaja sisse anda püramidooni (annust vt. tabelist).

Kiirabiks vajalike ravimite annused varaealistel lastel

Ravim	Kuuluvus B nimekirja	Manustamise viis	Lapse vanus			
			6 k.	6—12 k.	2 a.	3—4 a.
Adrenalinum 0,1%	B	nahaalusi	0,1 ml	0,2 ml	0,25 ml	0,35 ml
Antiasthmocrinum	B	nahaalusi	—	0,1 ml	0,1 ml	0,2 ml
Chloralum hydratum 1%, krampide puhul	B	rektaalselt	20 ml	30 ml	30 ml	40 ml
Coffeinum natr. benzoicum 10%	B	nahaalusi	0,1 ml	0,15 ml	0,2 ml	0,25 ml
Cordiaminum 25%	B	nahaalusi	0,1 ml	0,1 ml	0,2 ml	0,25—0,3 ml
Cytitonum 0,15%	B	nahaalusi	0,1 ml	0,15 ml	0,2 ml	0,25 ml
Luminalum, krampide puhul	B	suu kaudu	0,01	0,02	0,03	0,05
Lobelinum 1%	B	nahaalusi	0,2 ml	0,2 ml	0,25 ml	0,3 ml
Magnesium sulf. 25%, krampide puhul	—	lihasesisesi	0,5 ml ühe kg kehakaalu kohta			
Pyramidonum	B	suu kaudu	0,02	0,03—0,04	0,04	0,08
Pyramidonum 1%	B	lihasesisesi	2,0 ml	3,0—4,0 ml	4,0 ml	8,0 ml

Kõrge palaviku esinemisel (üle 39°) on vajalik lapse temperatuuri juba enne transportimist vähendada. Selleks anda püramidooni. Kui laps oksendab või ei ole mõnel muul põhjusel võimalik püramidooni sisse anda, siis süstida 1 %-list püramidoonilahust lihasesisesi. Palaviku kiireks vähendamiseks teha jahutav keremähis. Mähise tegemiseks võetakse riidetükk, mis kahekordselt panduna ulatub lapsel kaenlaaluseist kubemeteni; mähise katteks on vaja eelmisest veidi suuremat flanelli- või parhitükki. Mähise riie teha märjaks toaleige (18—20°) veega, väänata kuivemaks ja asetada kahekordselt varem valmispandud kahekordsele flanellriidele. Mõlemad riided asetada lapse kere ümber. Kompresspaberit ega kummiriiet mitte kasutada. Mähist hoida peal 10—20 minutit. Sel ajal seada valmis teine mähise-komplekt. Soojenenud mähis asendada kohe uue jaheda mähisega. Kui lapse kehasoojus on langenud alla 39°, lõpetada mähiste tegemine.

Võib teha ka jahutavat klistiiri, viies jämesoolde korduvalt 20—25°-se temperatuuriga vett.

Lapse transportimisel jälgida, et ta ei aspireeriks oksemasse. Seda esineb sagedamini teadvusehäirete, hundikurgu ja sageda oksendamise puhul. Meenutame, et transportimisel tuleb laps asetada küliliasendisse ja kogu aeg jälgida ta nägu. Kui tekib oksendamine, pöörata laps kiiresti kummuli, pea allapoole, et suhu tulnud oksemassid kergemini väljuksid. Suu ja nina kohe puhastada. Lämbumine oksemasside aspireerimisest võib tekkida ka lühiajalisel transportimisel, kui last ei hoita õigesti.

Näide. 6-kuusel lapsel tõusis õhtul kõrge palavik. Öösel tekkis krambihoog. Kodus ei olnud telefoni kiirabi kutsumiseks. Vanemad mähkisid lapse tekisse ja hakkasid teda süles viima 1,5 km kaugusel asuvasse lastehaiglasse. Viimise ajal vanemad lapse nägu ei jälginud. Haiglasse saabumisel oli lapse nägu kaetud oksemassidega. Laps oli teadvuseta, tsüanootiline, pulss niitjas, esinesid üksikud kramplikud tõmbed, t° 41,3°. Laps suri oksemasside aspireerimise tõttu.

Kopsupõletiku puhul tuleb lapsele enne pikemaajalist transportimist sisse anda ravimeid, kombineerides mõnda antibiootikumi (penitsilliini 20.000 TÜ ühe kg kehakaalu kohta, või biomütsiini või tetratsükliini või

terramütsiini 25.000 TÜ ühe kg kehakaalu kohta ööpäevas) mõne sulfaniilamiidipreparaadiga (etasooli või sulfodimesiini 0,2 g ühe kg kehakaalu kohta ööpäevas). Neli tundi hiljem anda sisse teine annus.

Hingamise puudulikkuse esinemisel on hädavajalik otsekohe alustada hapnikraviga. See on väga suure tähtsusega, sest hapniku vähesuse puhul veres kahjustuvad kiiresti elutähtsad organid — aju, süda ja maks. Varaealisele lapsele ei ole võimalik hapnikku anda maski või huuliku kaudu, vaid selleks kasutatakse 10—15 sm läbimõõduga lehtrit, mis hoitakse lapse näo kohal (lehtri serv 3 sm kaugusel näost). Vastavalt hingamise puudulikkuse astmele vajavad kopsupõletikuga imikud lehtriga andmisel 2—8 liitrit hapnikku minutis. Kuna sellist suurt hapnikukogust ei ole võimalik kaasa võtta hapnikukottidega, kasutatakse sel puhul hapnikuinhalaatoreid (KI-1, KI-3, I-2). Neil on reduktori juures dosaator, mille abil on võimalik reguleerida annuse suurust. Inhalaatorite kasutamisel varaealiste laste transportimisel panna reduktori ava otsa tavaline kummivoolik, mille teises otsas on lehter. Hapniku niiskuse tõstmiseks kinnitada lehtri põhja kleepplaastriga tükk marlisse keeratud vatti ja hoida see märjana.

Kui maal kutsutakse meditsiinitöötaja imiku juurde kauge maa taha ja imik väljakutsuja teateil raskelt hingab, tuleb kõige kiiremas korras kohale sõita, võttes kaasa hapnikuinhalaatori. Lapsel on siis tõenäoliselt raskekujuline kopsupõletik, mispuhul kiire abistamine on sageli elulise tähtsusega.

Transportimine on kopsupõletikuga imikule suureks lisakoormuseks — laps on mähitud suurte tekkide sisse, ta rabeleb, nutab. Seetõttu organismi hapnikutarvidus tõuseb ja hapnikuvaegus süveneb veelgi, mille tõttu imiku seisund võib muutuda eluohtlikuks. Varajase ja küllaldase hapnikraviga on aga võimalik imikute suremust kopsupõletikku tunduvalt vähendada.

Hapniku kasutamine on hädavajalik ka enneaegsete, haigete vastsündinute, mürgistustega ja toksiliste infektsioonidega laste transportimisel.

Kui lapse hingamine on väga pinnaline, liiga harv või arütmiline, siis süstida tsütitooni hingamistalitluse ergutamiseks. Hingamise puudulikkuse korral mitte manustada opiaate — need muudavad hingamise pinnaliseks, mistõttu hapnikusisaldus veres langeb veelgi.

Transportimisel jälgida kogu aeg lapse hingamist ja nahavärvust. Vajaduse korral suurendada hapnikuannust ja süstida veel kord tsütitooni.

Bronhiaalastma puhul süstida lapsele enne transportimist adrenaliini või antiastmokriini.

Vereringehäiretest esineb varaealistel lastel kõige sagedamini kollaps. Sel puhul on lapse pulss väga kiire, pehme; kui laps lamab, on ta kaelaveenid kokku langenud. Laps on väga jõuetu, otsmikul külm higi. Ta tunneb end paremini lamades kui süles istuliasendis hoituna. Neil juhtudel tuleb veresoonte toonuse tõstmiseks süstida kordiamiini või kofeiini. Transportimisel hoida last lamavas asendis.

Enteraalse toksikoosi puhul tuleb otsekohe keelata lapse igasugune toitmine. Anda lapsele sisse tõukeannus soolemikroobidesse toimivaid ravimeid: kas eusüntomütsiini 0,06 g või levomütsetiini 0,03 g või süntomütsiini 0,04 g iga kg kehakaalu kohta. Kui oksendamise tõttu ei ole võimalik nimetatud ravimeid sisse anda, siis manustada ravim suposiidina 1,5—2-kordses annuses. Pärast küünla panemist pärakusse hoida tuharad 5 minuti kestel kokkusurutult, et küünal välja ei tuleks. Ühe tunni möödumisel (pikemaajalisel transportimisel) anda sama annus ravimit sisse teistkordselt. Tuleb kaasa võtta kummeliteed või keedetud vett, mida anda lapsele jahedalt (hästi sageli — iga 5—10 minuti järel 5—15 g korraga). Hoolitseda, et laps transporditaks kiiresti raviasutusse,

kus on võimalik manustada naha alla või veeni Ringeri lahust glükoosiga ja vereplasmat. Transportimisel hoolitseda, et laps ei aspireeriks oksemasse.

Krampide esinemisel tuleb laps enne transportimist krampidest vabastada. Krampide puhul võetakse lapsel paksud riided seljast. Hammaste vahele asetatakse riidesse mähitud spaatel või supilusika vars, pea ümber pannakse toaleige veega niisutatud lapp. Lihasesse süstida 25 %-list magneesiumsulfaadi lahust $^1/_2$ ml kehakaalu iga kg kohta, või viia pärasoolde 1 %-list kloraalhüdraadi lahust (vt. tabel). Kui laps tuleb teadvusele, anda talle suu kaudu luminaali (krambihoogude kordumise vältimiseks).

Teetanusekrampide puhul süstida lapsele kohe 25.000—100.000 TÜ teetanusevastast seerumit, pool annust lihasesisesi ja pool annust arvatava teetanusekolde ümbrusesse.

Difteeria puhul või selle kahtlusel süstida kohe kodus difteeria antitoksilist seerumit.

Kiire abi andmiseks on vaja, et haige lapse juurde mineval meditsiinitöötajal oleksid alati kaasas järgmised vahendid ja ravimid: süstal ja nõelad, difteeriavastane seerum (50.000 TÜ), penitsilliini (400.000 TÜ): *sol. novocaini* $^1/_2$% 2 amp. á 5 ml; *biomycini* 500.000 TÜ; *magn. sulfur.* 25 % 2 amp. á 2 ml; *sol. adrenalini* 1 : 1000 2 amp. á 1 ml; *cordiamini* 2 amp. á 1 ml; *cytitoni* 0,15% 2 amp. á 1 ml; *coffeini natr. benz.* 10% 2 amp. á 1 ml; *omnoponi* 1% 1 amp. á 1 ml; *eusynthomycini* (või *levomycetini* või *synthomycini*), luminaali ja püramidooni (mõned pulbrid).

Kõik ülalloetletud vahendid peavad samuti olema haigete laste transportimiseks kasutatavate autode esmaabikohvrites. Peale selle on nõutav, et autodes oleks järgmised esemed: hapnikuballoonid (kas KI-1. KI-3 või I-2), kummivoolik ja lehter hapniku andmiseks varaealistele lastele, aspiraator hingamisteede puhastamiseks oksemassidest ja termospudel sooja joogivee hoidmiseks.

О НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И ПЕРЕВОЗКЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Резюме

Л. Керес

При обслуживании тяжелобольных детей лечение должно начаться дома, еще до их госпитализации. Во время перевозки лечение должно продолжаться, причем необходимо избегать причинения ущерба здоровью ребенка — простуды, перегревания, аспирации рвотных масс и т. д.

Детей раннего возраста при перевозке следует держать на руках, на боку, и все время следить за его лицом (охлаждение кожи, потение), пульсом, частотой и ритмом дыхания.

До перевозки тяжелобольного ребенка необходимо приостановить судороги, понизить высокую температуру, при надобности возбудить кровообращение и т. д.

При воспалении легких следует уже дома давать ребенку антибиотики, при дифтерии — впрыскивать противодифтерийную сыворотку, при энтеральном токсикозе — давать эусинтомицин, прекратить кормление ребенка и часто давать ему пить.

При недостаточности дыхания у ребенка необходимо применять кислородное лечение. Грудные дети при тяжелом воспалении легких нуждаются в 2—8 литрах кислорода в минуту, который дают с помощью воронки. Такое количество кислорода невозможно брать с собою в кислородных подушках и для этого нужны кислородные ингаляторы (КИ-1, КИ-3, И-2).

Для оказания неотложной помощи больным детям на дому нужно иметь при себе шприц с иглами и небольшой комплект лекарств.

В автомашинах для перевозки больных должны быть эти же средства и, кроме того, кислородный ингалятор, аспиратор для очистки дыхательных путей и термос с теплой питьевой водой.

L. MARDNA 60-AASTANE

28. mail 1961. a. tähistas 60. sünnipäeva Tallinna Vabariikliku IV Haigla siseosakonna juhataja L. Mardna.

Leonhard Bernhardi p. Mardna sündis Tallinnas 28. mail 1901. a. käsitöölise pojana. Kaotanud varakult ema, kasvas ta üles vanaisa juures, kes oli kooliõpetajaks Raplas. Kui L. Mardna sai 15-aastaseks, suri ka isa ja tal tuli hakata elatist teenima järeleaitamistundide andmisega. 1921. a. astus ta Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1929. a. Üliõpilasena töötas ta subassistendina Tartu Naistekliinikus ja pärast lõpetamist ordinaatorina Tallinnas Juhkentali haiglas.

1937.—1938. a. täiendas L. Mardna end Pariisis, kus töötas Pariisi Arstiteaduse Ülikoolis (L'école Médicine) professorite Ch. Laubry, C. Liani, E. Sergent' ja P. Carnot' juures. 1941. a. kuni 1947. a. töötas L. Mardna mitmes Nõukogude Liidu raviasutuses juhtiva terapeudina. 1947. aastast töötas ta Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi noorema teadusliku töötajana, hiljem Krasnojarski krais rajoonihaigla sisehaiguste osakonna juhatajana. Alates 1954. aastast oli L. Mardna Tallinna II Haigla siseosakonna juhataiaks, kust siirdus tööle Tallinna Vabariiklikku IV Haiglasse.

Juubilarilt on ilmunud arstiteaduslikke artikleid mitmetes meditsiinilistes ajakirjades, ta on sageli esinenud ettekannetega konverentsidel jm. L. Mardna on Tallinna Terapeutide Seltsi esimees ja Vabariikliku Terapeutide Seltsi juhatuse liige.

1960. a. autasustati L. Mardnat rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».

Tunneme L. Mardnat arstina, kelle isikus on kokku sulanud arstikutsumus ja huvi teaduse vastu, võime olla alati kursis kõige uuemaga ning oskus seda kasutada igapäevases ravitöös.

L. Sõrmus

Konverentsid ja nõupidamised

GERONTOLOOGIA KONVERENTS KIIEVIS

9.—12. veebruarini 1961. a. toimus Kiievis konverents gerontoloogia ja geriaatria alal. Konverentsist võttis osa ligi 400 esindajat peaaegu kõikidest liiduvabariikidest. Kuulati ära üle 40 ettekande.

A. V. Nagornõi Harkovi koolkonna järgijad kinnitasid eksperimentaalselt A. V. Nagornõi hüpoteesi, mille järgi organismi vananemise tähtsamaks põhjuseks on eneseuuendusprotsesside järkjärguline kustumine. Nad tegid kindlaks valkude ja nukleiinhapete uuendumise kiiruse vähenemise vananemisel (P. M. Šerevskaja, E. V. Parina, N. M. Novikova jt.) ning rõhutasid, et füsioloogilise vananemisprotsessi aluseks on nukleiinhapete kindlad muutused. B. I. Goldštein ja V. V. Gerassimova tegid kindlaks desoksüribonukleiinhappe kahe vormi (stabiilse ja labiilse) esinemise; nende vahekord oleneb rakkude jagunemise intensiivsusest ja vanusest. V. N. Nikitin, L. I. Stavitskaja jt. tõestasid, et valgete rottide eluiga on võimalik tunduvalt pikendada väikese kalorsusega toidu andmisega.

Uusi andmeid esitati mitmesuguste elundsüsteemide muutumisest seoses vananemisega. S. I. Fudel-Ossipova, F. I. Griško jt. esitasid fakte, mis tõendavad närvisüsteemi ja lihaskonna tähtsamate füsioloogiliste talitluste märgatavaid häireid vananevas organismis. Muutub ka südame ning veresoonte ja hingamiskeskuse reaktsioon reflektoorsete ja humoraalsete ärritajate toimel. Tuleb arvestada nii olemasolevate kohanemismehhanismide kustumisega kui ka uute tekkimisega, mis toimub raskendatult (V. V. Frolkis). Mitmetes ettekannetes juhiti funktsionaalsete muutuste kõrval tähelepanu ka märgatavatele morfoloogilistele muutustele raukade organites ja kudedes.

Käsitleti mitmesuguste haiguste kliinilise kulu iseärasusi elatanud inimestel ja raukadel. Lähtudes vananeva organismi tunduvatest iseärasustest peeti vajalikuks eraldada geriaatria omaette haruks. Tähelepanu pälvisid Gerontoloogia ja Eksperimentaalse Patoloogia Istituudi dispanseerse osakonna (F. O. Tšerni) ja Zelenodolski linna polikliiniku geriaatria kabineti (O. M. Strelkova jt.) kogemused elatanud inimeste dispanseerimise alal. Nad näitasid süstemaatilise järelevalve, spetsialiseeritud teenindamise ja diferentseeritud lähenemise tähtsust selles eas olevate inimeste ravimisel. Prof. I. V. Streltšuk (Moskva) pidas vajalikuks enneaegse vanadusnõtruse profülaktika eesmärgil üle 40 a. vanused isikud dispanseerida. Geriaatria kabinettide esindajate nõupidamisel, mis toimus konverentsi viimasel päeval, arutati kabinettide loomise ja laiendamise probleeme.

Rohkesti ettekandeid oli pühendatud enneaegse vananemise ravi küsimustele. Üksmeelne oli arvamus, et progeeria ravi peab olema kompleksne. Eriti tähtis on vitamiinide (C, B_1, B_2, B_6, B_{12}, E, P) kasutamine. Novokaiini toime kohta aga esitati vastukäivaid andmeid. Prof. D. F. Tšebotarjov (Kiiev) väitis, et novokaiinil, nagu paljudel teistel varem soovitatud vahenditel ja meetoditel, ei ole spetsiifilist toimet vananevale või raugastunud organismile. Ta rõhutas, et novokaiini tuleb kasutada kombineeritult teiste ravimite ning raviviisidega (vitamiinid, lipotroopsed vahendid, hormoonid, ravivõimlemine, eeskätt hingamisharjutused jt.). Novokaiini kasutamise edu oleneb sellest, kuivõrd läbimõeldult ja individualiseeritult on ravi korraldatud.

Viis ettekannet käsitlesid kehaliste harjutuste osatähtsust enneaegse vananemise vältimisel. Nii subjektiivsete kui ka objektiivsete näitajate järgi avaldab aktiivne liikumisrežiim positiivset toimet elatanud inimeste tervislikule seisundile. Oluline on ka toitumise laad (Z. I. Barljajeva jt.).

Statistilisi andmeid pika eluea kohta NSV Liidus toodi viies ettekandes (Ukraina, Azerbaidžaani, Gruusia, Uzbeki ja Eesti NSV kohta). Elanikkonna materiaalse heaolu ja kultuuritaseme tõus ning tervishoiukorralduse paranemine on tinginud kõrges eas isikute arvu tunduva suurenemise. Kui kodanliku valitsuse ajal Eestis üle 80 a. vanuste isikute arv püsis peaaegu muutumatuna, üle 90 a. vanuste isikute arv aga vähenes, siis nõukogude korra päevil nende arv Eesti NSV-s on märgatavalt kasvanud (üle 80 a. vanuste isikute arv 1,5 korda, üle 90 a. vanuste isikute arv aga 1,7 korda). Ukraina, Azerbaidžaani ja Gruusia NSV andmed näitavad, et pikk eluiga sõltub ka geograafilis-klimaatilistest tingimustest.

V. Kalnin

ÜLELIIDULINE LEEPRA-ALANE NÕUPIDAMINE ASTRAHANIS

21.—24. veebruaril 1961. a. toimus Astrahanis üleliiduline leepra-alane nõupidamine, millest võttis osa ligi 200 delegaati, nendest 82 leproloogi (esindatud olid kõik liiduvabariigid). Kuulati ära 30 ettekannet.

Nõupidamise avas NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi esindaja T. Nikitina, kes andis ülevaate leepravastasest võitlusest NSV Liidus. Tänu uutele efektiivsetele ravimitele, nagu Siba-1906 jt., on leprosooriumidest väljakirjutatute hulk tunduvalt suurenenud. Samuti on märgata pahaloomuliselt kulgeva lepromatoosse vormi vähenemist. Esinevatest puudustest märkis T. Nikitina, et leproloogide ja dermatoloogide vahel pole alati küllalt tihedat sidet. Meditsiiniõppeasutused peavad andma põhjalikumaid teadmisi leeprast.

Konverentsi huvitavamateks ettekanneteks oli V. A. Martõnova «Eksperimentaalne leepra kaasaja infektsioosse patoloogia mõiste valguses» ja N. V. Vassiljevi «Hüdrofauna osa leepra epidemioloogias».

N. V. Vassiljev viis oma uurimistöö läbi kahes suunas: a) kuldkalade eksperimentaalne nakatamine inimese ja roti leepratekitajatega; b) Tereki jõe deltast (endeemiline leeprakolle) püütud kalade bakterioskoopiline ja bakterioloogiline uurimine.

Mõni aeg pärast nakatumist võis kuldkalade elunditest ja kudedest leida leepratekitajaid, kuid inimese leeprale tüüpilisi muutusi (leproome) välja ei kujunenud. Nakatatud kalad eritasid mikroobe soolestiku kaudu ja neid võis leida rohkesti akvaariumi sademest. Tereki suudmest püütud 1958 kalal (22 eri liiki) leiti organitest ja kudedest happekindlaid kepikesi. Külv Petronjani söötmele jäi aga negatiivseks.

Märkida tuleb ka Z. L. Semitsenko ja V. V. Boguni tööd leeprahaigetega kokkupuutuvate haigestumisest. Autorid märkisid, et kontaktsete haigestumise sagedus leepra endeemilises koldes on 1:10; nendest haigestub esimese 10 a. jooksul 76%, pärast 15 a. ainult 2%. Lepromatoosse leepravormiga kontaktsed haigestuvad viis korda sagedamini kui tuberkuloidse leepravormiga haigetega kokkupuutunud. Eriti huvitav on märkida, et puudub oluline vahe perekonnasiseste ja perekonnaväliste (juhuslikud kohtumised, tööalane kontakt jm.) kontaktsete haigestumise sageduses. Seetõttu peavad autorid vajalikuks elanikkonna massilisi läbivaatusi haige elu- ja töökohas (esimese 10 a. jooksul iga 2—3 a. järel).

Kaks ettekannet käsitlesid uue leepraravimi DPT ehk Siba-1906 toimet. See preparaat on sama efektiivne kui sulfoonpreparaadid.

Leepra retsidiive esilekutsuvaid faktoreid analüüsis V. A. Evstratova. Haigete jälgimine, kes olid dispanseerse järelevalve all 1935.—1960. aastani, andis võimaluse järelduste tegemiseks retsidiivide sagedusest mitmesuguste leepravormide puhul.

Rida ettekandeid oli pühendatud patomorfoloogilistele muutustele leeprahaige organismis.

Nõupidamise lõpul võeti vastu resolutsioon, mille ellurakendamine aitab veelgi kaasa leepravastasele võitlusele NSV Liidus.

A. Sarv

SÜNNITUSABI JA GÜNEKOLOOGIA TEADUSLIK SESSIOON LENINGRADIS

1.—4. märtsini 1961. a. toimus Leningradis NSVL Arstiteaduse Akadeemia, Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudi XIII teaduslik sessioon, millest võttis osa ligi 300 inimest. Kanti ette 47 teaduslikku tööd. Sessiooni avaettekande tegi prof. S. M. Bekker, kes põhjalike uurimiste ja teoreetiliste ning praktiliste tööde alusel selgitas latentsete infektsioonide küsimust. Need infektsioonid ei kahjusta küll naise tervist, kuid kutsuvad selliste naiste rasestumisel lootel esile väärarenguid, põhjustavad surnultsündimist jne. Puudutati peamiselt toksoplasmoosi, listerioosi ja brutselloosi. Ettekandja väitis, et latentse infektsiooni varajane avastamine rasedal ja selle õigeaegne ravi võimaldavad vältida loote üsasisest patoloogilist arengut.

A. B. Kretšetov rõhutas loote intranataalse suremise peategurina sünnitustegevuse anomaaliat — kas liiga nõrka või intensiivset sünnitustegevust. Kõige ohtlikumaks peab autor pikenenud veeta perioodi, eriti tuharseisude puhul, millal surnultsündimine ulatub 25,9%-ni.

N. G. Tšistjakova väitis oma ettekandes, et vastsündinute varajase surma põhjustest on esikohal loote üsasisene asfüksia — 34,2%, teisel kohal on infektsioonid — 31,7%, kolmandal kohal aju verevalumid — 20,4%, neljandal kohal — vastsündinute hemolüütiline haigus — 9,1%.

Erilist huvi äratas A. I. Kotšergini ettekanne listerioosist (demonstreeriti ka loote koljude röntgenogramme). Listerioosi puhul tekivad kaltsifikaadid loote aju kestadel ja koljuluude sisepindadel, lõgemed on suurenenud ja koljuluudevahelised õmblused laienenud.

Huvitav oli prof. J. S. Klenitzky ettekanne sünnitustegevuse nõrkuse diagnostikast ja ravist, samuti tema kaastöötajate ettekanded sama küsimuse kohta. Prof. J. S. Klenitzky toob võrdluseks välismaa autorite andmeid laste perinataalse suremise kohta (s. t. surma põhjuseks on olnud pikaleveninud sünnitustegevus ja pikk veeta periood, mille tagajärjel 35,4—80% lastest sureb). Autor peab «erakorraliseks sündmuseks» sünnitust, mis kestab üle 30 tunni. Koos teiste silmapaistvate akušööridega asub autor seisukohal, et sünnitustegevust tuleb «juhtida», varakult diagnoosida selle nõrkust ning alustada ravi. Autori kaastöötaja I. J. Podolskaja, uurinud oksikortikosteroidide sisaldust rasedate ja sünnitajate veres, tutvustas uusi võimalusi sünnitustegevuse nõrkuse patogeneesi ja diferentsiaaldiagnostika selgitamiseks ning ravivõimalusi kortikosteroidipreparaatidega.

Prof. N. L. Garmaševa tõestas oma uurimistega eksperimentaalselt, et mitmesugused patoloogilised protsessid emaorganismis raseduse sel perioodil, kui toimub platsenta areng, kahjustavad platsenta vaskularisatsiooni, mille tagajärjena lootel tekib hapnikuvaegus.

Prof. V. G. Baranovi ettekanne rasedusest ja diabeedist näitab, et 9,0% vastsündinuist, kelle emad põdesid seda haigust raseduse ajal, on päritav diabeet, kuigi 21%-l esineb see pärivus varjatud kujul. Diabeetikutel sündinud lastest hukkuvad 10% hüpoglükeemia tagajärjel, kuna 50—70% lastest esinevad kopsudes hüaliinsed membraanid. Autor omistab suurt tähtsust prediabeedi avastamisele ja selle energilisele ravile.

Prof. E. P. Maiseli ettekanne «Steriilsuse probleemidest ja selle uurimise perspektiividest» pakkus rohkesti uut nii diagnostika kui ka ravi organiseerimise suhtes. Ta teatas, et uurimiste abil on kindlaks tehtud, et ligi 60% steriilsetest naistest on steriilsuse põhjuseks endomeetriumi tuberkuloos.

Stafülokokkide infektsioonist ja selle profülaktikast rääkis prof. S. G. Haskin. Ta propageeris profülaktilist immuniseerimist vastava anatoksiiniga. Rasedatele teostatud kaitsepookimised annavad kindlaid tagajärgi 92%-l. Kaitsepoogitute veres tekib rohkesti antikehasid, mis kanduvad üle ka vastsündinule, kaitstes teda stafülokokkide infektsiooni vastu. Samuti on vaktsineerimise tulemusena märgatavalt vähenenud haigestumine mastiitidesse ja sünnitusjärgsetesse sisemiste suguelundite põletikkudesse.

Viimase küsimusena puudutati klimakteeriumiga seoses olevaid häireid ja eriti klimakteerilise neuroosi küsimust. Oma uuringute põhjal väitsid ettekandjad, et klimakteeriumi patoloogia puhul on kõige otstarbekohasemaks hormoonravi meetodiks östrogeenide ja androgeenide kombineeritud manustamine vahekorras 1:10 ja 1:20. Ravi teostatakse individuaalselt ja võib kesta 6 kuust kuni 2 aastani.

Klimakteerilise neuroosi füsioterapeutilise ravina soovitati aeroionisatsioon- ja hüdroionisatsioonravi, mis annavad eriti häid tulemusi unetuse ja püsiva higistamise puhul. Uudispreparaadina soovitati kasutada hemohormonostimuliini, mida valmistab Leningradi Vereülekandejaam.

K. Sööt

Küsimusi ja vastuseid

KUIDAS TULEB ARU SAADA TERMINIST «VEGETATIIVNE NEUROOS»?

Terminit «vegetatiivne neuroos» kasutavad diagnoosina nii neuroloogid kui ka paljude teiste erialade arstid. Ometi peitub selles nimetuses vasturääkivus: neuroos on kõrgema närvitalitluse häire ja ei saa oma loomult kuidagi olla vegetatiivne. Samuti on ebaõiged nimetused «südameneuroos» ja «maoneuroos» («organneuroos»).

Lähenedes küsimusele sisuliselt näeme, et termini «vegetatiivne neuroos» all mõistetavad haigused jagunevad tavaliselt kahte liiki: 1) ühe või mitme elundkonna funktsionaalsed häired, mis on põhjustatud vegetatiivse närvisüsteemi orgaanilistest haigustest, sageli ka endokriinsest patoloogiast ja 2) vistseraalsed häired neurooside puhul. On iseenesest mõistetav, et nende kahe haigusrühma ühendamine pole lubatav, kõigepealt juba puhtpraktilisest arstitaktika seisukohast. Näiteks isutus, unehäired, kõrgenenud higistamine, värin sõrmedes ja elavnenud püsiv punane dermografism võivad esineda niihästi aju III vatsakese tuumori kui ka neurasteenia puhul.

Vegetatiivse närvisüsteemi haigused (alates peaaju koore, dientsefaalpiirkonna ning bulbaartuumade kahjustustest ja lõpetades sümpaatilise ganglioniidiga, solariidiga või vegetatiivse neuriidiga) ja nende sümptomatoloogia on kaunis mitmekesised ning pole praegusel ajal veel kaugeltki lõpuni uuritud. Siin esineb ka segadust terminoloogias: näiteks säärased haigused nagu Raynaud' tõbi või näo hemiatroofia kannavad tänapäevani arhailist nimetust «angiotrofoneuroosid». Vegetatiivset närvisüsteemi uuritakse tavaliselt üleliia lihtsustatult, tehes otsustavaid järeldusi hüperhidroosi ja punase dermografismi esinemise alusel.

Üldneurooside — hüsteeria, neurasteenia ja psühhasteenia — sümptomaatikas esineb väga sageli vegetatiivseid häireid: ülitugev higistamine, kuumad hood, südamepekslemine, isutus, seedehäired, sugulise potentsi häired jt. Kõige sagedamini leiame neid neurasteenia puhul, kuid siin on nad sekundaarseteks sümptoomideks (tekivad kortikaalse kontrolli nõrgenemisel vegetatiivsete keskuste tegevuse üle). Primaarseks osutub kortikaalse neurodünaamika (erutus- ja pidurdusprotsessi) häire, mis on tingitud väliskeskkonna kahjulikust toimest (akuutne või krooniline psühhotrauma). Neuroosi vorm oleneb suurel määral inimese närvisüsteemi tüübist, näiteks psühhasteenia areneb mõtleja tüüpi inimesel. Kausaalne teraapia, esijoones psühhoteraapia põhineb neuroosi õigel lahtimõtestamisel, kusjuures nende mõjul nõrgenevad neurootikul ka vegetatiivsed häired. On iseenesest mõistetav, et vegetatiivsed häired kroonilise dientsefaliidi puhul ei allu psühhoteraapiale ja see nn. vegetatiivne neuroos vajab hoopis teist ravitaktikat.

«Vegetatiivse neuroosi» nimetuse taga võivad peituda siseelundite orgaanilised, sageli onkoloogilised haigused, mida pole osatud avastada. (**A. Chevalier**, arstiteaduse kandidaat, Tallinna Vabariikliku Haigla neurokirurgia osakond.)

KUIDAS RAVIDA *STATUS EPILEPTICUS*'T?

Status epilepticus on seisnud, kus epileptilised krambihood järgnevad üksteisele nii tihedalt, et haige hoogude vaheajal ei tule teadvusele. Selline seisund on eluohtlik, kuna võib areneda ajuturse, kopsuödeem või südame ja vereringe äge puudulikkus. *Status epilepticus* nõuab kohest arstlikku vahelesegamist, sõltumatult haige transportimisest raviasutusse. Krampide kupeerimiseks rakendatavad vahendid võivad olla järgmised. Manustada lihasesse luminaalnaatriumi (10 %-list lahust 1,0—2,0) ja veeni broomnaatriumi (10 %-list lahust 10,0—15,0). Kui need vahendid ei tõkesta hooge, siis tuleb teha klistiir kas kloraalhüdraadiga või paraldehüüdiga. Sobivad on selleks järgmised retseptid:

1) **Rp.** *Chlorali hydrati* 2,0 (kuni 5,0)
Mucilaginis Amyli
Aq. dest. āā 25,0
MDS. üheks klistiiriks

2) **Rp.** *Paraldehydi* 2,0 (3,0)
Mucilaginis Salep 10,0
Aq. dest. ad 30,0
MDS. üheks klistiiriks

Võib manustada ka magneesiumsulfaati kas lihasesse või veeni (5 %-list lahust kuni 50,0 või 25 %-list lahust kuni 20,0). Kui kõik nimetatud vahendid ei suuda hoogusid kupeerida, on soovitatav manustada heksenaali veeni (10 %-list lahust kuni 10,0 õige aeglaselt süstides) kuni narkoosi tekkimiseni, või lihasesse (sama annus). On soovitatud rakendada koguni eeternarkoosi. Arvukate hoogude korral võib teha lumbaalpunktsiooni, evakueerides 20,0 kuni 30,0 seljaajuvedelikku. Seejuures tuleb pidada silmas, et punkteerida võib ainult juhul, kui krambihoogude vaheaja kestus on selleks piisav. Sama reegel kehtib ka veenisiseste süstete kohta. Uue krambihoo algamisel tuleb nõel viivitamatult eemaldada. Ajuturse arenemise tõkestamiseks on soovitatav süstida 40 %-list glükoosi (20,0—40,0) ja lihasesse merkusaali (1 ampull = 1,0). *Status epilepticus*'e käigus tuleb pidevalt jälgida südame ja vereringe seisundit ja rakendada vajalikke vahendeid. Hoiduda tuleb aga kampri ja korasooli manustamisest, sest need vahendid võivad soodustada krampide tekkimist. Kõik ülalesitatud annused on arvestatud täiskasvanule, lapsele tuleb neid manustada eale vastavalt vähem. (**J. Saarma**, dotsent, TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatria ja kohtuarstiteaduse kateeder.)

MILLAL KASUTADA UUSI SUU KAUDU MANUSTATAVAID KARBOANHÜDRAADI INHIBIITORITE RÜHMA DIUREETIKUME?

Elavhõbediureetikumidel on rida negatiivseid omadusi: 1) sageli liiga tugev ja tõukeline toime, mis tekitab organismis elektrolüütide suuri nihkeid; 2) kestvamal tarvitamisel võib tekkida organismi resistentsus (s. t. efektitus); 3) nende efekt langeb alkaloosi ja naatriumivaese toidu korral; 4) neid ei saa kasutada mõnede neeruhaiguste korral; 5) suu kaudu kasutatuna (promeraan, neohüdriin) ärritavad mao limaskesta.

Viimaste aastate jooksul on sünteesitud rida karboonhüdraadi inhibiitorite rühma diureetikume, millest meil on kasutusel fonuriit ja hüpotiasiid.

Fonuriit (diamox) blokeerib süsihappe anhüdraasi neerutorukestes ja toimib karbonaatide organismist väljaviimise teel. Atsidoosi tekkimisega lõpeb fonuriidi diureetiline toime automaatselt. Et uuesti efekti saada, peab ootama uute alkalireservide kogunemist organismi. Tavaliselt doseeritakse fonuriiti 1 tablett (0,25 g) 3—4 päeva järjest, või 3 tabletti päevas 2 päeva järjest. Vahet peetakse 4—7 päeva. Fonuriiti võib kasutada eriti südame- ja neeruhaigustest tingitud tursete puhul.

Fonuriidist efektiivsemaks osutuvad bensotiadiasiini derivaadid; neist esimesena avastatu kandis klorotiasiidi nimetust. Meil on kasutusel preparaat hüpotiasiid, mis on oma olemuselt dihüdroklorotiasiid. Nimetatud preparaat elimineerib naatriumi ja ekvivalentselt ka kloori, takistades nende elementide tagasiresorptsiooni neerutorukeste distaalsemates osades. Kaaliumi elimineerumine toimub mõnevõrra vähemal määral, kuid hüpotiasiidi pikemaajalisel kasutamisel tuleb arvestada kaaliumi defitsiidi tekkimist organismis. Hüpotiasiid toimib pH igasuguste väärtuste juures. Resistentsust kestval manustamisel pole täheldatud. Toime võib puududa ainult raske hüpoproteineemia või glomeerulusinsufitsientsuse korral.

Hüpotiasiidi võib kasutada naatriumi peetusest tekkinud ödeemide puhul (kardiaalsed, renaalsed, premenstruaalsed, flebiidijärgsed, steroidide või butadiooni tarvitamisest põhjustatud ödeemid). Samuti on hüpotiasiid inditseeritud maksatsirroosist tingitud astsiidi, hüdrofiilse rasvtõve ja rasedustoksikoosi ning eklampsia profülaktikas. Mõned autorid soovitavad anda hüpotiasiidi ka akuutse nefriidi puhul.

Hüpotiasiid omab ka tugevat hüpotensiivset toimet, mistõttu selle kasutamisel hüpertooniatõve korral tuleks antihüpertensiivsete ainete (näiteks reserpiini) annust vastavalt vähendada.

Tavaline hüpotiasiidiannus on 100 mg (1 tablett) päevas, kuni ödeemide kadumiseni. Hiljem valida ödeemide tekke vältimiseks individuaalne annus — kas iga päev 25—50 mg või 1—3 päeva tagant 100 mg. Hüpotiasiidi kestval kasutamisel pole vaja keedusoola hulka toidus rangelt piirata. Hüpotiasiid on vähetoksiline preparaat. Vastunäidustuseks hüpotiasiidi kasutamisele on tugev hüpokalieemia ja naatriumkloriidi vaegus organismis. (**J. Riiv**, arstiteaduse kandidaat, TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist.)

Referaate

Kiirituse indirektne toime loote arengule. R. L. Brendt a. others (*The Indirect Effect of Irradiation on Embryonic Development. I. Irradiation of the Mother While Shielding the Embryonic Site*). American Journal of Diseases of Children, 1960, vol. 100, 1, 94—102.

Uuriti röntgenikiirituse tagajärjel kujunenud väärarengute tekkemehhanismi rottidel. Kui rotte kiiritada 9. tiinuspäeval tugevusega 25—100 röntgenit, siis kujunevad järglaste väärarengud; 200 r tugevusega kiiritus põhjustab kõigi loodete surma. Autorid uurisid kiirituse toimet loodetele katsetingimustel, mil kiiritati emaorganismi, kuid looted koos platsentaga olid kaitstud. Katseid tehti 76 tiinel rotil. Osa loomadest laparotomeeriti, loodetele koos platsentaga asetati kiirituse kaitseks pliist rennikujuline plaat ja loomadele anti üldkiiritus tugevusega 400 r. Osa loomadest ei laparotomeeritud, vaid nende alakeha asetati pliist silindrisse ja kiiritati ainult rindkeret ja pead tugevusega 1000 ja 1400 r. Kõik loomad tapeti 21. tiinuspäeval ja uuriti väärarengute esinemist, loodete kehakaalu ja fetaalset mortaliteeti. Katsetest selgus, et ka väga tugev emaorganismi kiiritamine ei põhjustanud väärarenguid. Emalooma rindkere ja pea kiiritamine 1000 ja 1400 r tugevusega pidurdas küll loodete kasvu ja suurendas fetaalset mortaliteeti.

*

Kiirituse indirektne toime loote arengule. R. L. Brendt (*The Indirect Effect of Irradiation on Embryonic Development. II. Irradiation of the Placenta*). American Journal of Diseases of Children, 1960, vol. 100, 1, 103—108.

28 tiinel rotil kiiritati 12. tiinuspäeval laparotoomia abil isoleeritud looteid, osal platsentasid ja osal mõlemaid tugevusega 400 r. Emaorganism kiiritust ei saanud. Rotid surmati 16. tiinuspäeval. Katsetest selgus, et ainuüksi platsenta kiiritamine ei põhjustanud loote väärarenguid, ei kahjustanud loodete kasvu ega suurendanud mortaliteeti. Kui aga kiiritati vahetult looteid, siis suurenes suremus tunduvalt, nõrgenes loodete kasv ja kujunesid väärarengud (jalgade väärarengud, diafragma hernia, mikroftalmia jne.). Seega on väärarengute kujunemise põhjuseks loote otsene kiiritamine.

Ref. L. Keres

PROFESSOR M. MASTBAUM

24. VIII 1892 — 28. II 1961

28. veebruaril 1961. a. suri pärast pikaajalist haigust Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi auesimees, Eesti NSV teeneline arst arstiteaduse doktor professor M. Mastbaum.

M. Mastbaum sündis 24. augustil 1892. a. Kaasanis. Pärast Kaasani reaalkooli lõpetamist eksternina jätkas ta õpinguid Strasbourgi ülikooli arstiteaduskonnas. Esimese maailmasõja puhkemisel pöördus M. Mastbaum kodumaale tagasi. Meditsiinilise hariduse lõpetas ta 1915. a. Kaasani ülikoolis, olles seejärel 2 aastat rindel. 1918. a. astus M. Mastbaum vabatahtlikult Punaarmeesse. 1920. a. pöördus ta tagasi Kaasanisse.

Kaasanis töötas M. Mastbaum koos väljapaistvate professorite S. Zimnitski ja R. Lurjaga, algul ordinaatorina, lõpuks professorina. Ta on tuberkuloosi, hiljem sisehaiguste kateedri juhatajaks Kaasanis, Stalingradis ja seejärel jälle Kaasanis. Suure Isamaasõja aastatel töötas prof. M. Mastbaum laevastiku peaterapeudina Vaikse ookeani laevastikus. Pärast sõja lõppu oli ta Balti mere laevastiku peaterapeudiks, 1948.—1952. a. aga sisehaiguste sektori juhatajaks Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis. Viimastel aastatel oli M. Mastbaum Tallinna Vabariikliku Haigla konsultant.

Professor M. Mastbaum on kirjutanud üle 50 teadusliku töö, peamiselt kopsuhaiguste ja gastroenteroloogia alal, nende hulgas 3 monograafiat. Tema juhendamisel on valminud rida kandidaadiväitekirju.

M. Mastbaum oli NLKP liige. Teda on autasustatud NSV Liidu ordenite ja medalitega.

1948. a. anti talle Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. Alates 1947. a. oli ta Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi esimees, 1959. a. alates seltsi auesimees.

Helge mälestus professor M. Mastbaumist jääb kauaks kõigi südameisse, kes teda tundsid.

Tallinna Terapeutide Teaduslik Selts

PROFESSOR HERBERT NORMANN

7. III 1897 — 12. III 1961

12. märtsil 1961. a. suri Tartus arstiteaduse doktor professor Herbert Normann.

H. Normann sündis Tartus 7. märtsil 1897. a. trükitöölise pojana. Keskhariduse omandas ta Tartu Aleksandrigümnaasiumis, mille lõpetas 1916. a. Samal aastal astus H. Normann Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda, mille lõpetas 1923. a. 1924. a. asus H. Normann tööle prof. E. Masingu assistendina Tartu Ülikooli I Sisehaiguste Kliinikus. Siin valmis ka tema doktoridissertatsioon (haavandtõve konservatiivse ravi kaugtulemustest), mille ta kaitses 1928. a.

Järgnevad aastad pühendas H. Normann arstiteaduse ajaloo uurimisele ja õpetamisele, saades sel alal Eesti silmapaistvamaks eriteadlasteks. Aastail 1932—1939 oli ta Tartu Ülikooli arstiteaduse ajaloo dotsendiks, pidades loenguid ka arstieetikast. 1939. a. asus H. Normann tööle Tartu Ülikooli sisehaiguste polikliiniku õppetooli juhatajana professori ametikohal, olles eelnevalt tutvunud selle eriala õpetamise metoodikaga Hollandis Leideni ja Amsterdami ülikoolis.

1944. a. määrati prof. H. Normann Tartu Riikliku Ülikooli patoloogilise füsioloogia kateedri juhatajaks, 1945. a. TRÜ Arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedri juhatajaks. Viimased kümme aastat töötas ta Tartu Linna Kliinilises Haiglas peaarsti asetäitjana ravi alal. Prof. H. Normann on töötanud veel Tartu Meditsiinilise Keskkooli direktorina ja Tartu tööekspertiisi komisjoni liikmena.

Prof. H. Normannil on ilmunud trükis 36 tööd, millest kaaluvam osa (22 tööd) käsitleb arstiteaduse ajaloo küsimusi. Viimaseist pakuvad eriti huvi uurimused Eesti meditsiini ja Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna ajaloost. Püsiva väärtusega teatmeteoseks on prof. H. Normanni poolt koostatud 3-köiteline «Eesti meditsiiniline bibliograafia», mis hõlmab aastaid 1918—1934 ja sisaldab üle 9800 töö.

Professor H. Normanni arvukad õpilased ja kaastöölised säilitavad temast püsiva mälestuse kui sooja südamega ja abivalmis arstist, innukast uurijast ja heast õpetajast.

K. Kõrge

RINDKEREKIRURGIA TÄIENDUSKURSUSTEST GRUUSIAS

Möödunud aasta lõpul oli allakirjutanul võimalus viibida 3 kuud Tbilisis Arstide Täiendusinstituudis.

Algul valmistas pettumuse, et üldkirurg suunatakse kursustele ftisiokirurgia alal, kuid olukorraga lähemalt tutvudes ning tagantjärele mõeldes näib, et õige tee torakaalkirurgiasse algab just kopsutuberkuloosi kirurgilisest ravist. Esiteks annab ftisiokirurgia alused kõige lihtsamate rindkereoperatsioonide teostamiseks. Teiseks — ajalooliselt võttes on tänapäeva torakaalkirurgia arenenud just kopsutuberkuloosi kirurgilisest ravist. Kolmandaks — enamik tänapäeval tuntud torakaalkirurgidest on alustanud oma teed just ftisiokirurgidena või teostavad suurema osa operatsioone selles valdkonnas.

Õppetöö toimus peamiselt Tbilisi Linna I Haigla I kirurgiaosakonnas (prof. N. V. Antelava) ja Tbilisi I Tuberkuloosihaiglas. Viimane on üks tähtsamaid torakaalkirurgia keskusi Gruusias, eesotsas energilise prof. G. Abašidzega, kes sageli käib opereerimas ka teistes Gruusia haiglates ja sanatooriumides. Tänu tema aktiivsusele ning meie kursuse väikesearvulisusele oli võimalus jälgida rohkesti igasuguseid tänapäeval rakendatavaid kopsuoperatsioone ning paljudel neist assisteerida. Samuti pakkus huvi teoreetiline osa koos haigusmaterjali aruteluga.

Õhkrinna rajamist ja torakokaustikat oli võimalus näha ainult paaril korral, neist viimast sai harjutada ainult spetsiaalsel fantoomil. Põhjuseks on ftisiokirurgias valitsev radikaalne suund: prof. N. Antelava sõnade järgi on ainult 2 kindlat ftisiokirurgilist ravimeetodit — kopsu resektsioon ja torakoplastika. Tuberkuloosihaigete operatsiooniks ettevalmistamise perioodil kopsu alaosades asetsevate disseminatsioonikollete likvideerimiseks, samuti postoperatiivses perioodis pleura jääkõõne kiiremaks likvideerimiseks, disseminatsioonikollete ägenemise, nende tekkimise ja muude kopsutüsistuste profülaktikaks kasutatakse laialdaselt pneumoperitoneumi. Tuberkuloosihaige ettevalmistus kopsuresektsiooniks kestab 1—1,5 kuud, kusjuures ettevalmistusperioodil saab haige ftivasiidi ning para-amiinsalitsüülhapet, mitte aga streptomütsiini, et vältida antibiootikumide suhtes resistentsete mikroobitüvede arenemist operatsiooni ajaks.

Operatsiooni ettevalmistamise perioodi kasutatakse ka haige üldseisundi põhjalikuks uurimiseks, kopsude kompensatsioonivõime määramiseks ning parandamiseks. Korduvalt määratakse vere gaasidesisaldust (nii enne kui ka pärast operatsiooni), määratakse põhikäive, teostatakse biokeemilisi, bakterioloogilisi, röntgeni- ja tomograafilisi uuringuid, rääkimata korduvatest tavalistest kliinilistest analüüsidest. See on ka kindlasti üheks heade operatsioonitulemuste eelduseks. Veregaaside uurimise alal on prof. N. Antelava kliinikus autoriteetseks spetsialistiks lätlanna dots. A. Bredis.

Operatsioonid teostatakse eranditult juhitava intubatsioonnarkoosi all tiopentaal-naatriumi ja naerugaas-hapniku või eeter-hapniku abil kuraaretaoliste relaksantide kasutamisega. Potentseerimist kasutatakse kopsukirurgias vähe.

Suurem osa nähtud operatsioonidest olid kopsuresektsioonid, enamasti ökonoomsed atüüpilised resektsioonid aparaadi УКЛ-60 (kopsuvärati õmbleja) abil.

Saime jälgida ka mitmesuguseid torakoplastikaid, mitte niivõrd otseselt kollapsoteraapilistel eesmärkidel, kuivõrd pneumonektoomia, empüeemi, resektsioonijärgse või ekstrapleuraalse oleotooraksi jääkõõne likvideerimiseks ja bronhiaalfistuli sulgemiseks; viimasel juhul koos lihasplastikaga. Nõrgema üldseisundiga haigetel kasutatakse laialdaselt ekstrapleuraalset pneumolüüsi järgneva ekstrapleuraalse õhk- või õlirinna rajamisega kui vähem traumaatilist ning torakoplastikaga võrreldes mittedeformeerivat operatsiooni. Empüeemide puhul on valikmeetodiks pleurektoomia e. kopsu dekortikatsioon, mis annab üllatavalt häid ravitulemusi võrreldes teiste, konservatiivsete ravimeetoditega. Paaril juhul nägime lütsiidpallikestega täidetud ekstrafastsiaalse õhkrinna likvideerimist; selle rajamist nägime aga ainult filmis, sest viimasel ajal seda (võib-olla haigete ebaõigest valikust või ravi pikast kestusest tingitud septiliste tüsistuste tõttu) ei kasutata.

Teoreetilistest osadest kõige huvipakkuvamaks osutusid kopsuhaiguste röntgenidiagnostika koos diferentsiaaldiagnostikaga ja topograafiline anatoomia operatiivkirurgiaga (kael ja rindkere) koos praktilise osaga — operatsioonidega laipadel. Samuti huvitav oli programmis ettenähtud ekskursioon Musta mere ääres Suhhumi lähedal Gulripšis asuvasse V. I. Lenini nim. sanatooriumi 5 päevaks. See sanatoorium, vaatamata oma 50-aastasele eale, on üks otstarbekamaid ja ilusamaid nähtud raviasutustest. Seal on eeskujulik operatsiooniblokk kõigi rindkereoperatsioonide tegemiseks.

Peale muu oli võimalus külastada teisi kirurgia kliinikuid Tbilisis. Korra ning eeskujuliku töö poolest on tuntud prof. I. Bipia kliinik. Kirurgilise ravi ja operatsioonimeetodid on üldiselt samad mis mujal NSV Liidus ja ei pakkunud midagi lisaks seninähtule. Huvitav oli prof. A. Tsulukidze uroloogia kliinikus teostatav kusepõie täielik eemaldamine põievähi puhul, kusjuures põis asendatakse jäigast plastmassist valmistatud keraga, mis hiljem sidekoelise kapsli tekkimisel eemaldatakse, nii et tekib uus kusepõis.

Otsese õppetöö kõrval oli muidugi rohkesti aega kirjanduse lugemiseks, millega on küllaldaselt varustatud Gruusia NSV Arstide Täiendusinstituudi ja Tbilisi Meditsiini Instituudi raamatukogud. Peale selle jäi veel küllalt vabadust Kaukaasiaga, eriti Tbilisi ümbruse vaatamisväärsustega tutvumiseks. Meeldejäävaks kujunes Suhhumis asuva NSVL Teaduste Akadeemia ahvikasvanduse külastamine, kus praegu on umbes 1300 ahvi, kellel tehakse väga mitmesuguseid eksperimente.

E. Liiv

RAHVAMEDITSIINI ANDMETE KOGUMISEST

Ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» (1959, 4. 52—59) avaldas arstide M. Kase ja K. Villako üleskutse ja küsitluslehe rahvameditsiini materjali kogumise kohta. Äratrükki nimetatud artiklist on levitatud sanitaarharidusvõrgu kaudu ja see on saadetud kõigile Eesti NSV TA Fr. R. Kreutzwaldi nim. Kirjandusmuuseumi rahvaluule osakonna korrespondentidele.

Nüüd on üleskutse avaldamisest möödunud juba küllalt palju aega, et senisest kogumistööst kokkuvõtteid teha.

Kirjandusmuuseumi rahvaluule osakonda (kuhu kogu materjal otsustati koondada) on saabunud u. 650 lehekülge vastavasisulist materjali (seisuga 15. veebruar 1961. a.). Selle hulgas leiame nõidumist, maagiat sõnade ja tegudega, s. o. rahvausundilist materjali. On aga ka andmeid aastasadade jooksul kogunenud empiirilistel tähelepanekutel põhinevaist ravivõtteist ja ravimeist. On toodud haiguste rahvapäraseid nimetusi, tunnuseid, mille põhjal diagnoositi jne. On iseloomustatud külatarku ja -arste ning nende tegevust, näidatud rahva suhtumist neisse ja tõelistesse arstidesse vanasti ja praegusel ajal. Leiame konkreetseid andmeid olukorrast esimestes haiglates (tasumäärad, haigete eest hoolitsemine) jne.

Materjal on saadud kirjandusmuuseumi korrespondentidelt. Meditsiinitöötajate korjandustest ei ole kirjandusmuuseumi jõudnud mitte ühtki rida. Ühe arstiteaduskonna üliõpilase korjandus leidub Tartu Riikliku Ülikooli eesti kirjanduse ja rahvaluule kateedris. Samas on ka rahvaluule eriala üliõpilaste meditsiinialased kirjapanekud. Arstide M. Kase, K. Villako jt. kogud on nende endi käes.

Selline olukord määrab muidugi ka muuseumi saabunud materjali iseloomu ja väärtuse — nagu varem kogutud rahvameditsiinialase materjali puhulgi. Ainult üksikutes saadetistes (näit. M. Mäesalu Häädemeestelt) on ravimtaimi käsitledes antud ka nende ladinakeelsed nimetused, tavaliselt nimetatakse taimi ainult kohalike rahvakeelsete nimedega, need võivad aga väga erineva või erineva tähendusega olla. Sama kehtib haiguste nimetuste kohta. Ei oska ju arstiteadusliku ettevalmistuseta inimesed kindlasti mitte kõike vajalikku tähele panna ega küsitledagi.

Saabunud tekstid — samuti nagu varem kogutud ulatuslik rahvameditsiinialane materjal — on kättesaadav kõigile asjahuvilistele Kirjandusmuuseumis (Tartu, Vanemuise 42). Soovime, et selle uurimise ja kogumise vastu tervishoiutöötajate ringides tulevikus suuremat huvi tuntaks. Rahvaluulekorrespondentide reageerimine antud küsitluskavale aga lubab loota, et nende kaudu võiks saada täpsemaid vastuseid ka mõne kitsama meditsiinialase probleemi kohta, kui selleks vajadust peaks olema.

E. Liiv,
Eesti NSV TA Fr. R. Kreutzwaldi nim.
Kirjandusmuuseumi rahvaluule osakonna
teaduslik töötaja

UUS ARSTIDE TEADUSLIK SELTS

28. aprillil 1961. a. asutati Tallinnas Eesti NSV Tervishoiu Organisaatorite Teaduslik Selts. Asutamiskoosolekul võeti vastu seltsi põhikiri, valiti juhatus ja revisjonikomisjon. Seltsi esimeheks valiti V. Pobus, esimehe asetäitjaks A. Roosileht, sekretäriks A. Nordberg, kassapidajaks A. Sarap ja juhatuse liikmeks A. Joakimov.

Seltsi ülesanneteks on: tervishoiuorganisatsiooni teoreetiliste ning praktiliste küsimuste ja arstiteaduse ajaloo läbitöötamine; seltsi liikmete ideeline kasvatamine marksismi-leninismi, kodumaise arstiteaduse ja loodusteaduse parimate traditsioonide alusel; seltsi liikmete erialaste teadmiste laiendamine ja süvendamine; tervishoiuorganite metoodiline abistamine; arstide ja novaatorite töökogemuste üldistamine tervishoiu organisatsiooni alal; arstiteaduse saavutuste propageerimine meditsiinitöötajate ja elanikkonna hulgas.

Juhatus kutsub üles kõiki tervishoiuorganisaatoreid astuma seltsi liikmeks. Avaldused seltsi liikmeks astumiseks palutakse saata aadressil: Tallinn, Lossi plats 7, Eesti NSV Tervishoiu Organisaatorite Teadusliku Seltsi Juhatus.

*

28 апреля 1961 г. основано в Таллине Научное общество организаторов здравоохранения Эстонской ССР. Принят устав общества, избраны правление и ревизионная комиссия. Председателем общества избран В. П. Побус, заместителем председателя — А. А. Роозилехт, секретарем А. А. Нордберг, кассиром — А. А. Сарап и членом правления — А. К. Иоакимов.

Желающих вступить в члены названного общества просят направлять заявления по адресу: Таллин, Лоссиплатс 7, Правлению Научного общества организаторов здравоохранения Эстонской ССР.

A. Nordberg

SISUKORD

Teooria ja praktika

I. MARIPUU — Võitlusest kutsehaigustega 3
P. BOGOVSKI — Põlevkivibituumenite kantserogeensest toimest . . 5
H. KAHN — Kroonilise pliimürgistuse ravist 9
A. LUTS — Angiinide esinemissagedusest Eesti NSV-s 1959. a. tööstusalade järgi 13
A. MARDNA, N. ELŠTEIN, A. JUSKE, I. KONTOR ja M. NOOGEN — Vigadest vereringesüsteemi haiguste diagnoosimisel ja ravil 17
L. MARDNA — Kronaarhaiguse operatiivsest ravist 22
Š. GULORDAVA ja V. SOLOVJOV — Pitsunud songad ja nende ravi . . 25
J. RIIV, N. SACHRIS, V. SALUPERE ja K. VALGMA — Resetseeritud magudega haigete röntgenoloogilisest ja gastroskoopilisest uurimisest (Autoreferaat) 28
S. BAKMAN — Vere eosinofiilidesisalduse dünaamilise uurimise tähtsusest 29
L. SILDVER ja A. PIHELGAS — Tuberkuloosse meningiidi ravi tulemustest lastel streptomütsiini subarahnoidaalse manustamiseta . . 33
H. JAAKMEES — Mitmesuguste keemiliste ühendite bakteriostaatilisest toimest tuberkuloositekitajatele (Autoreferaat) 36

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

И. МАРИПУУ — О борьбе с профзаболеваниями
П. БОГОВСКИЙ — О канцерогенном действии сланцевых битумов
Х. КАХН — О лечении хронических свинцовых отравлений
А. ЛУТС — О частоте ангин в Эстонской ССР в 1959 г. по отраслям промышленности
А. МАРДНА, Н. ЭЛЬШТЕЙН, А. ЮСКЕ, И. КОНТОР и М. НООГЕН — Об ошибках в диагностике и лечении болезней сердечно-сосудистой системы
Л. МАРДНА — Об оперативном лечении коронарной болезни
Ш. ГУЛОРДАВА и В. СОЛОВЬЕВ — Ущемленные грыжи и их лечение
Я. РИЙВ, Н. САХРИС, В. САЛУПЕРЕ и К. ВАЛГМА — О рентгенологическом и гастроскопическом исследованиях больных с резецированными желудками (автореферат)
С. БАКМАН — Значение динамического изучения содержания эозинофилов в крови
Л. СИЛЬДВЕР и А. ПИХЕЛЬГАС — О результатах лечения туберкулезного менингита у детей без субарахноидального введения стрептомицина
Х. ЯАКМЭЭС — О бактериостатическом действии различных химических соединений на возбудителей туберкулеза (автореферат)

G. LOOGNA — Hemostimulaatorite toimest leukopoeesile ja haava paranemisele kiiritamata ning kiiritatud organismis 37
E. TÜNDER ja K. PÕDER — Obliteereeruva arterioosi ravist Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna andmeil 1953.—1959. a. (Autoreferaat) 41
E. SALU — Vesinikperoksüüdilahuste säilivusest ja stabiliseerimisvõimalustest 42
H. KURVITS — N-allüülnormorfiin ehk antorfiin kui tsentraalsete analgeetikumide antagonist (Autoreferaat) 45
A. JANNUS — Lihtne meetod reguleeritava automaatsüstla konstrueerimiseks 47

Tervishoiu organisatsioon

A. NORDBERG — Eesti NSV tervishoiu olukorrast 1960. aastal . . . 49

Kogemuste vahetamine

V. LEMARINJE — Tööstusettevõtete sanitaarse olukorra parandamisest . 52
A. LISSOVENKO — Laste günekoloogilise abi korraldamise kogemusi Tallinnas 53
I. FREIBERG — Sakraalsetest teratoomidest lastel 55
H. PIHL — *Salmonella Typhimurium*'ist põhjustatud osteomüeliidijuht 58

Abiks velskritele ja õdedele

K. KÕRGE — Teadvuseta oleku diagnostikast ja ravist 60
L. KERES — Raskesti haigete varaealiste laste kiirest abistamisest ja transportimisest 65

Tähtpäevad

L. SÕRMUS — L. Mardna 60-aastane . 69

Konverentsid ja nõupidamised

V. KALNIN — Gerontoloogia konverents Kiievis 70
A. SARV — Üleliiduline leepra-alane nõupidamine Astrahanis 71
K. SÖÖT — Sünnitusabi ja günekoloogia teaduslik sessioon Leningradis 71
Küsimusi ja vastuseid 72
Referaate 74
Professor M. Mastbaum 75
Professor Herbert Normann . . . 76
Kroonika 77

Г. ЛООГНА — О действии гемостимуляторов на лейкопоэз и заживление раны в необлученном и облученном организме
Э. ТЮНДЕР и К. ПЫДЕР — О лечении облитерирующего артериоза по данным хирургического отделения Тартуской городской клинической больницы за 1953—1959 гг. (автореферат)
Э. САЛУ — О хранении и стабилизации растворов перекиси водорода
Х. КУРВИЦ — N-аллилнорморфин или анторфин как антагонист центральных анальгетиков (автореферат)
А. ЯННУС — Простой метод конструирования регулируемого автоматического шприца

Организация здравоохранения

А. НОРДБЕРГ — О состоянии здравоохранения Эстонской ССР в 1960 году

Обмен опытом

В. ЛЕМАРИНЬЕ — Об улучшении санитарного состояния промышленных предприятий
А. ЛИСОВЕНКО — Опыт организации детской гинекологической помощи в Таллине
И. ФРЕЙБЕРГ — О сакральных тератомах у детей
Х. ПИХЛ — Случай остеомиелита, вызванный *Salmonella typhimurium*

В помощь фельдшерам и сестрам

К. КЫРГЕ — О диагностике и лечении бессознательных состояний
Л. КЕРЕС — О неотложной помощи и перевозке тяжелобольных детей раннего возраста

Юбилейные даты

Л. СЫРМУС — 60-летие Л. Мардна

Конференции и совещания

В. КАЛНИН — Конференция по геронтологии в Киеве
А. САРВ — Всесоюзное совещание по лепре в Астрахани
К. СЕЭТ — Научная сессия по родовспоможению и гинекологии в Ленинграде

Вопросы и ответы

Рефераты

Профессор М. Мастбаум

Профессор Херберт Норманн

Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»

(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

P. Bogovski, A. Gunter, A. Jannus, A. Linkberg,
A. Nordberg (toimetaja), **E. Raudam, H. Roots** (sekretär),
J. Saarma ja **A. Sarap.**

4. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS

TALLINN 1961

Журнал
„Ныукогуде Ээсти Тервисхойд"

Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 3. VI 1961. Trükkimisele antud 11. VII 1961. Trükiarv 2700. Paber 70×108¹/₁₆. Trükipoognaid 5+1 kleebis. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,52. Arvutuspoognaid 7,72. Tellimise nr. 5505. MB 05450.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Polügraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

EESTI NSV TERVISHOIUTÖÖTAJATE AKTIIVI VABARIIKLIKUST NÕUPIDAMISEST OSAVÕTJATELE

Kallid seltsimehed!

Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu tervitavad palavalt teid ja teie kaudu kõiki vabariigi meditsiinitöötajaid — nõukogude intelligentsi tublit väesalka.

Tänu Kommunistliku Partei ja Nõukogude valitsuse hoolitsusele tõuseb pidevalt nõukogude inimeste aineline heaolu ja kultuuritase. Vabariigi elanikkonnale on garanteeritud tasuta asjatundlik arstiabi, on loodud laialdane raviasutuste võrk, mida aasta-aastalt täiustatakse. Partei ja valitsus pööravad suurt tähelepanu arstiteaduse arendamisele, laiade rahvahulkade kaasatõmbamisele kehakultuuri- ja sporditegevusse. Kõige selle tulemusena on Eesti NSV-s, samuti nagu kõigis teisteski Nõukogude vennasvabariikides, tehtud märgatavaid edusamme rahva tervise tugevdamisel.

Kommunistlik Partei ja Nõukogude valitsus on teile, seltsimehed meditsiinitöötajad, usaldanud tähtsa ja austava töö — kaitsta nõukogude inimeste tervist, nende tervist, kes annavad kogu oma jõu ja teadmised suure eesmärgi saavutamiseks — kommunistliku ühiskonna ülesehitamiseks meie maal.

Meditsiinitöötajate esmajärguliseks ülesandeks on haiguste ärahoidmine, mis on nõukogude tervishoiu arengu peajoon. Teie kohus on täielikult ära kasutada need suured võimalused, mis riik on andnud profülaktilise töö arendamiseks, selle vormide täiustamiseks, ja saavutada suuremat efektiivsust selles töös.

Vabariigi tervishoiuorganid peavad koos partei-, nõukogude, ametiühingu- ja teiste organisatsioonidega ning majandusjuhtidega ühisel jõul tarvitusele võtma abinõusid töötajate töö- ja elutingimuste edasiseks parandamiseks, asulate heakorrastamiseks ning elanikkonna hügieenialaste teadmiste süvendamiseks ja laiendamiseks.

Meditsiinitöötajate kohuseks on pidevalt täiendada oma teadmisi, võtta omaks ning rakendada tööpraktikasse kõike uut ja eesrindlikku arstiteaduses, tõsta tervishoiuasutuste töökultuuri, olla tervete eluviiside eest peetava võitluse esiridades.

Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu avaldavad vabariigi töötajate nimel kõigile meditsiinitöötajatele tänu nõukogude inimeste tervise kaitsmise eest.

Meie elame suurepärasel ajal, kus nõukogude rahvas Kommunistliku Partei ja tema leninliku Keskkomitee juhtimisel, kelle eesotsas on seltsimees Nikita Sergejevitš Hruštšov, saavutab üha uusi võite. Tehiskaaslase «Vostok» saatmine kosmosesse koos kosmoselenduriga on nõukogude teaduse ja tehnika silmapaistev saavutus, sotsialismi ja nõukogude ühiskonna suur triumf.

Nõukogude rahvas võitleb ennastsalgava tööga NLKP Keskkomitee jaanuaripleenumi ajalooliste otsuste elluviimise eest. Kirjas Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei Keskkomiteele väljendasid Eesti NSV töötajad oma kindlat otsust saavutada uusi edusamme võitluses seitseaastaku kolmanda aasta plaani ja võetud sotsialistlike kohustuste täitmise eest.

Eestimaa Kommunistliku Partei Keskkomitee ja vabariigi valitsus on veendunud, et tervishoiutöötajad, valmistudes väärilselt vastu võtma NLKP XXII kongressi, täidavad järjekindlalt ja auga partei ja valitsuse poolt püstitatud ülesandeid elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamise alal ja annavad tõhusa panuse kommunismi ülesehitamise grandioossete plaanide elluviimisel.

EKP KESKKOMITEE

EESTI NSV
ÜLEMNÕUKOGU PRESIIDIUM

EESTI NSV
MINISTRITE NÕUKOGU

EESTI NSV TERVISHOIUTÖÖTAJATE AKTIIVI VABARIIKLIK NÕUPIDAMINE

19.—21. aprillini 1961. a. toimus Tallinnas EKP Keskkomitee ja Tallinna Linnakomitee Poliitharidusmajas Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklik nõupidamine.

Plenaaristungi presiidiumis olid Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimees A. Müürisepp, EKP Keskkomitee sekretär O. Merimaa, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimehe asetäitja E. Puusepp, Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green, NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov, Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg, Läti NSV tervishoiu minister V. Ozolin, Leedu NSV tervishoiu minister V. Kleiza, Eesti NSV tervishoiu ministri asetäitja V. Pobus, Eesti NSV kultuuriminister A. Ansberg, Üleliidulise Tervishoiu Organisatsiooni ja Arstiteaduse Ajaloo Instituudi direktor P. Kalju jt.

Nõupidamise avas Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green, kes soovis nõupidamisest osavõtjatele jõudu ja edu nõukogude rahva tervishoiu edasiarendamisel.

Tervituseks võttis sõna EKP Keskkomitee sekretär O. Merimaa, kes luges ette EKP Keskkomitee, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu läkituse Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklikust nõupidamisest osavõtjatele.

Seejärel andis A. Green sõna ettekandeks Eesti NSV tervishoiu ministrile A. Goldbergile.

*

NLKP KESKKOMITEE JA NSV LIIDU MINISTRITE NÕUKOGU MÄÄRUSE «NSV LIIDU ELANIKKONNA MEDITSIINILISE TEENINDAMISE JA TERVISHOIUKORRALDUSE EDASISE PARANDAMISE ABINÕUDEST» TÄITMISE KÄIGUST EESTI NSV-s *

A. GOLDBERG
Eesti NSV tervishoiu minister

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1960. a. jaanuarikuu määrus «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» kutsus kohalikes partei- ja nõukogude, samuti ka tervishoiuorganites esile suure aktiivsuse.

Tänu partei ja valitsuse erilisele hoolitsusele on meie kodumaa rahvatervishoid kõrgel tasemel. Eesti NSV-s kasvavad riiklikud assigneeringud tervishoiule pidevalt (1945. a. — 52,2 milj. rbl., 1960. a. — 305,0 milj. rbl.). 1960. a. kulutati tervishoiule 5,8 korda rohkem kui 1945. a. Seejuures oli ehitusteks määratud 25,5 milj. rbl., kuid ehitusorganisatsioonid kasutasid sellest summast ära ainult 88,5%. 1961. a. kulutusteks on ette nähtud 324,3 milj. rubla (vanas rahas).

Suurenenud on ka haiglavoodite arv. 1940. a. oli Eestis ainult 5050 haiglavoodit, 1960. a. aga 11360, seega 2,2 korda rohkem. Üldse on meie linna ja maa raviasutuste arv 3,8 korda suurem kui 1940. a. Seitsme aasta plaan (1959—1965) näeb ette uute raviasutuste ehitamist, milleks on määratud 129,3 milj. rubla, sellest 1961. aastaks — 19,8 milj. rubla (uues rahas). Voodikohtade arv suureneb 3300 võrra.

1961. a. avatakse 7 haiglat 755 voodikohaga, muuhulgas Tallinnas laste nakkushaigla (190 voodit), Ahtmes haigla (220 voodit), Narvas nakkushaigla (100 voodit), Tapal rajoonihaigla (100 voodit) ja Jämejalal Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla uus korpus (100 voodit).

Raviasutuste võrgu tihendamisel võivad kahtlemata suurt abi osutada ka kolhoosid. Näiteks otsustasid Põlva rajooni kolhoosid ehitada 1962. a. rajoonihaigla (75—100 voodit) ja Kingissepa rajooni kolhoosid mudaravila. Kolhoosid peaksid senisest rohkem hoolitsema jaoskonnahaiglate ja velskri-ämmaemandapunktide ehitamise ja remontimise eest, sest need asutused teenindavad vahetult neid endid.

Haiglad ja polikliinikud. 1960. a. raviti meie linnade statsionaarides 163 257 haiget, s. o. 2,4% rohkem kui 1959. a. Samal ajal aga jäi 5,6% haiglasse saadetud haigetest kohtade puudusel hospitaliseerimata. Tuleb mainida, et osa linnade ja rajoonide statsionaare töötas suure ülekoormusega. Linnas asuvate statsionaaride koormus oli 1 haiglavoodi kohta keskmiselt 336,6 päeva, Jõgeva Rajooni Haiglas — 406,7 päeva, Tapa Rajooni Haiglas — 412,1 päeva, Võru Rajooni Haiglas — 401,7 päeva, Valga Rajooni Haiglas — 419,7 päeva ja Tartu Vabariiklikus Haiglas 406,7 päeva. Alakoormusega aga töötasid Pärnu-Jaagupi Linna Haigla — 255,4 päeva, Kallaste Linna Haigla — 277,4 päeva ja Otepää Linna Haigla — 272,6 päeva. Linnahaiglates viibisid haiged ravil keskmiselt 13,4 päeva (sisehaiguste osakonnas 16,7 päeva, kirurgia osakonnas 14,4 päeva, nakkushaiguste osakonnas 17,9 päeva, sünnitusosakonnas 10,1 päeva, günekoloogia osakonnas 4,5 päeva).

Suremus haiglates (100 väljakirjutatu kohta) oli linnahaiglates 1960. a. 1,4 (sisehaiguste osakonnas — 2,5, kirurgia osakonnas — 2,0). Mõnede haiguste puhul on suremus ikka veel kõrge, näiteks krupoosne pneumoonia põhjustab 2,2 surmajuhtu 100 haige kohta, koldeline pneumoonia — 1,1, mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi — 1,7 ja mehaanilised traumad koos luude vigastustega — 4,3. Aasta-aastalt väheneb suremine müokardi infarkti, nefriidi ja reumatismi tagajärjel.

* Avaldatud lühendatult

Tähtsaks ülesandeks on ravi ja diagnoosimise kvaliteedi parandamine statsionaaris. Nähtavasti on otstarbekas luua mõnede linnade (näit. Tallinna, Tartu ja Kohtla-Järve) haiglates suured spetsialiseeritud osakonnad seniste väikeste osakondade liitmise teel.

Umbes 80—85% elanikkonnast pöördub arstiabi saamiseks polikliinikusse või ambulatooriumisse, kus ravi alustatakse ja lõpetatakse. 1960. a. külastati meie vabariigis linna ambulatooriume ja polikliinikuid 5 milj. 146 tuhat korda; arstid külastasid haigeid kodus 540,9 tuhat korda.

Tööstustööliste paremaks meditsiiniliseks teenindamiseks on ettevõtete juures tervishoiupunktid. Käesoleval ajal on meil 152 tervishoiupunkti ja 18 tsehhijaoskonda.

Enamik vabariigi ambulatooriumidest ja polikliinikutest on elanikkonna meditsiinilise teenindamise kvaliteeti tunduvalt parandanud. Eeskujuks võib siin seada Tartu Linna Kliinilise Haigla polikliinikut (polikliiniku juhataja S. Aru), Pärnu Linna Haigla polikliinikut (juhataja V. Tölp), Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haigla polikliinikut (juhataja L. Maurer) ja paljusid teisi.

Polikliiniku kogu tegevus põhineb jaoskondlikkuse printsiibil. Seepärast on vaja osutada erilist tähelepanu jaoskonna suurusele ja jaoskonnaarstide töötingimustele. Linnaelanikkonna teenindamiseks on meil 186 arstijaoskonda ja 18 tsehhi-arstijaoskonda. Ühes linna-arstijaoskonnas on keskmiselt 3704 inimest. Jaoskonnaarsti päevane koormus polikliiniku vastuvõtul on 16 külastust päevas, koduseid külastusi on päeva jooksul keskmiselt 2,8.

Teataval määral on tugevdatud ka ambulatooriumide ja polikliinikute materiaal-tehnilist baasi ja laiendatud ruume. Siiski on mitmete ambulatooriumide ja polikliinikute ruumid Tallinnas, Võrus, Põltsamaal, Paides ja Haapsalus kitsad, sisustus ei ole hubane. Kahjuks omistavad mõnede rajoonide ja linnade tervishoiuosakonna juhatajad endiselt kogu tähelepanu statsionaaridele, selle asemel, et panna suuremat rõhku ambulatoorsele-polikliinilisele teenindamisele, nagu see on vajalik.

Polikliiniku töö peab olema korraldatud nii, et haige vaadataks igakülgselt läbi võimalikult juba esimesel külastusel. Arstil tuleb anda kohe kõik korraldused ravi ja režiimi kohta, samuti määrata järgmise külastuse täpne kuupäev. Kodune abi peab olema korraldatud nii, et arst tuleb koju samal päeval, kui ta välja kutsuti.

Jaoskonna ordinaatorid peavad jaoskonda suhtuma. nagu oma palatisse. Kodus olevate haigete konsulteerimiseks tuleb sagedamini kutsuda eriarste ja osakonnajuhatajaid.

Haigete kodusel teenindamisel on tähtis osa esmasel epideemiatõrjel nakkuskoldes. NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjas nr. 321 21. juulist 1960. a. on täpselt kindlaks määratud jaoskonnaarsti ja sanitaar-epidemioloogia jaamade töötajate ülesanded epideemiatõrjel.

Mõnedes linnades ja rajoonides (Tallinnas, Narvas, Võrus ja Haapsalus) ei rahulda stomatoloogiline abi elanikkonna nõudmisi; kooli- ja eelkoolieaiste laste suuõõne saneerimine on korraldatud ebarahuldavalt. Peab mainima, et meie vabariigis on suuõõne- ja hambahaiguste arv kõrge.

Polikliiniku arstid ei jälgi ega ravi dispanseeritud haigeid alati küllalt aktiivselt ja dünaamiliselt. Profülaktilisi järelevaatusi tuleb teostada kompleksselt: sellest peavad osa võtma ftisiaatrid, onkoloogid, günekoloogid ja teiste erialade arstid, sõltuvalt läbivaadatavatest kontingentidest. Esmajärjekorras tuleb profülaktiliselt läbi vaadata tööstusettevõtete töölised, mehhanisaatorid, põllumajandusspetsialistid ja loomakasvatajad. Haiged tuleb võtta dispanseersele arvele ja plaanilisele ravile.

Selleks et ratsionaalselt ja hästi korraldada profülaktilist tööd, tuleb tundma õppida elanikkonna haigestumise ja suremise struktuuri. 1960. a. oli haigestumus 1000 elaniku kohta 1141 juhtu: maal 659 juhtu, Tallinnas — 1290, Tartus — 1199, Narvas — 1498, Pärnus — 1023, Kohtla-Järvel — 1148. Vaevalt tohib nende arvude järgi teha järeldust, et haigestumus maal on nii väike. Siin on arvatavasti tegemist haigusjuhtude ebatäpse registreerimisega, peamine on aga see, et maaelanikud pöörduvad haigestumise puhul harvem arsti poole.

Haigestumise analüüsimine näitab, et eriti suure erikaaluga on külmetushaigused (ülemiste hingamisteede katarr, gripp, angiin), siis neuroloogilised haigused, nefriidid, naiste suguelundite haigused ja elukondlik traumatism. Meditsiinitöötajatel tuleb jõudu pingutada esmajoones just nende haiguste vähendamiseks.

Arstiabi maaelanikkonnale. 1940. a., s. o. esimesel nõukogude võimu aastal, oli Eestis ainult 8 maa-jaoskonnahaiglat ja üks tuberkuloosihaigla (177 voodit). Käesoleval ajal on maal tihe ravi-profülaktikaasutuste võrk: 112 maahaiglat (1560 voodit), nende hulgas 103 jaoskonnahaiglat ja 238 velskri-ämmaemandapunkti. Kõikides rajoonikeskustes on avatud profileeritud haiglad ja sanitaar-epidemioloogia jaamad. Nüüd ei leidu enam ühtegi rajooni, kus ei oleks kõikide põhierialade arste.

Peab mainima, et maaelanikkonnale on kättesaadav ka kvalifitseeritud arstiabi linna- ja vabariiklikes haiglates, sest teeolud on üldiselt head, vahemaa maalt rajoonikeskusesse väike. Peab veel märkima arstiabi head korraldust Haapsalu, Kingissepa ja mõnedes teistes rajoonides.

Saavutatu kõrval ei saa jätta mainimata ka tõsiseid puudusi, mis veel esinevad maaelanikkonna meditsiinilises teenindamises. Paljud jaoskonnahaiglad ja velskri-ämmaemandapunktid on paigutatud halvasti kohandatud ruumidesse. Paljudes rajoonides (Võru, Viljandi, Valga, Paide, Abja, Rakvere) ei hoolitse kolhoosid ravi-profülaktikaasutuste ruumide remontimise ja ehitamise eest, ei kindlusta neid küttega, transpordivahenditega jne.

103 jaoskonnahaiglast on 62 10-voodilised ja 4 haiglat 5-voodilised. Meie vabariigi tingimustes ei ole vajadust laiendada jaoskonnahaiglaid, vaid on otstarbekohane suurendada rajooni- ja mitme profiiliga rajoonidevahelisi haiglaid.

Viimaste aastate jooksul on velskri-ämmaemandapunktide arv tunduvalt kasvanud. Mõned neist on vaja ümber paigutada kolhoosi- ja sovhoosikeskustesse. Tuleb luua vajalikud töötingimused: komplekteerida nimetatud punktid kahe isikuga, s. o. velskri ja ämmaemandaga, ja parandada töökorraldust. Velskri-ämmaemandapunktide peamiseks ülesandeks on sanitaar-profülaktilise töö organiseerimine ja läbiviimine. Ravi-diagnostiline töö, eriti esmakordselt arstiabi saamiseks pöörduvate haigete puhul, peab jääma maa-jaoskonnaarstide ja rajoonihaiglate hooleks. Nähtavasti tuleb mõned velskri-ämmaemandapunktid, mis teenindavad 2—3 tuhat inimest, reorganiseerida ambulatooriumideks, kus töötab arst. Koos sellega tuleb tõsta maa-arstijaoskonna arstide vastutust velskri-ämmaemandapunktide töö eest, nii nagu see on ette nähtud vastavates juhendites. Paljude maa-jaoskonnahaiglate töös on nõrgaks kohaks tuberkuloositõrje. Osa meie maa-jaoskonnaarstidest on ebaühtlaselt koormatud. Kui Võru, Valga, Märjamaa, Paide, Põlva, Pärnu, Tartu ja Elva rajoonis võtavad maa-arstid päevas vastu 13—16 haiget, siis Hiiumaa, Kingissepa, Kohtla-Järve ja Põltsamaa rajoonis ainult 8—9 haiget, kusjuures arstidel on seal vähe ka koduseid visiite. Kui arsti ambulatoorne koormus on väike ja jaoskonna territoorium suur, tuleb sagedamini korraldada arsti vastuvõttu velskri-ämmaemandapunktis, eriti kiirete põllutööde ajal, et maksimaalselt säästa kolhoosnike ja sovhoositöötajate aega.

Akušöör-günekoloogiline abi. Sünnitusabi- ja günekoloogiaasutuste töö kvaliteedi peamised näitajad paranevad aastast aastasse, tõuseb polikliinilise abi kvaliteet rasedatele naistele ja günekoloogilisi haigusi põdevatele haigetele.

Viimase 10 aasta jooksul on emade ja laste suremus vähenenud peaaegu 2,5 korda; surnultsündimus vähenes 2 korda. Rasedad pöörduvad sagedamini varajaselt naiste nõuandlatesse, vähenenud on haigestumine eklampsiasse.

Mitmetes rajoonides on akušöör-günekoloogiaasutuste töö näitajad keskmistest näitajatest tunduvalt paremad (Pärnu, Rakvere, Võru, Tapa. Haapsalu ja Kingissepa). Mahajäänumaks osaks on siin polikliinilise abi korraldamine rasedatele ja günekoloogilisi haigusi põdevatele naistele. Mitmes naiste nõuandlas on profülaktiline töö eostumisvastaste vahendite kasutamise ja abordi kahjulikkuse selgitamisel veel puudulik.

Erilist tähelepanu on vaja osutada rasedate ja günekoloogilisi haigusi põdejate polikliinilise teenindamise kvaliteedi tõstmisele, abortide arvu vähendamisele ja akušöör-günekoloogiaasutuste võrgu väljakujundamisele, profülaktilise ja ravitöö parandamisele statsionaarides. Akušööride kaadrit tuleb õigesti paigutada ja tõsta selle kvalifikatsiooni.

Laste ravi-profülaktiline teenindamine. Laste ravi-profülaktiline teenindamine on meil aastast aastasse paranenud. Pediaatrijaoskonnad on muudetud väiksemaks. Praegu on ühes pediaatrijaoskonnas keskmiselt 977 last. Igas jaoskonnas on 1,5 meditsiiniõe ametikohta. Viimasel ajal on suur osa pediaatrikohtadest komplekteeritud kahte keelt kõnelevate arstidega.

Pediaatria alal töötab palju entusiaste, nagu Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedri juhataja dotsent L. Keres, Tartu Lastekodu juhataja V. Karu, Kohtla-Järve Laste Nõuandla juhataja M. Dudina ja sama nõuandla jaoskonnaarst S. Madera, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla peaarsti asetäitja E. Ratnik, Pärnu Linna Haigla vastsündinute osakonna juhataja K. Pogorelskaja, Jõgeva rajooni pediaater I. Soosaar, Vändra rajooni pediaater E. Õunapuu ning palju teisi.

Alla aastavanuste laste meditsiiniline teenindamine paraneb meil aastast aastasse. 1960. a. oli arsti patronaažil 95% ja õe patronaažil 97% lastest. Esimesel eluaastal oli arsti süstemaatilise järelevalve all 96,0% ja õe järelevalve all 98,0% lastest. Paranesid laste füüsilise arenemise näitajad, vähenes haigestumine rahhiiti ja hüpertroofiasse jne. Kõrvuti heade näitajatega esineb mõnedes rajoonides ka madalat töökvaliteeti. Näiteks Tapa rajoonis patroneeris arst ainult 36,2% vastsündinuist, Harju rajoonis 72,9%, Võru rajoonis 80,4% jne.

Rinnaga toitmise propageerimine on meil nii naiste nõuandlates kui ka sünnitusabiasutustes veel halvasti korraldatud. Tallinna Lastehaigla kogemused näitavad, et meil on suured võimalused doonorite rinnapiima kogumiseks. On vaja, et ka teised laste polikliinikud nende kogemustega tutvuksid.

Täiesti ebarahuldav on piimasegude tasuta andmiseks eraldatud summade kasutamine. Tuleb kiiresti võtta tarvitusele abinõud, et see krediit kasutamata ei jääks.

Laste suremuse järgi võib kõik rajoonid ja linnad jagada 3 rühma. Esimesesse rühma kuuluvad Tartu linn ja rajoonidest Vändra, Põlva ning Haapsalu, kus laste suremus on mitme aasta jooksul olnud madal.

Teise rühma kuuluvad Jõgeva ja Hiiumaa rajoon ning linnadest Kohtla-Järve, Tallinn jt., kus veel mõne aasta eest oli laste suremus võrdlemisi kõrge, kuid on nüüd langenud. Näiteks oli 1960. a. laste suremus Hiiumaa rajoonis 16,9 ja Jõgeva rajoonis 21,5 1000 vastsündinu kohta.

Kingissepa, Rakvere ning Märjamaa rajoonis ja Narva linnas püsib laste suremus veel kõrgel tasemel.

Laste surma põhjuste struktuuris on esimesel kohal hingamiselundite haigused (36,6%), teisel kohal vastsündinute haigused (27,0%), kolmandal kohal arenemisanomaaliad (11,8%) ja neljandal kohal ägedad mao-soolehaigused (9,8%).

Kaasaegsete meetodite abil on suudetud statsionaarides edukalt võidelda varaealiste laste toksikoosiga ja alandada nii ka laste suremust. Mõnedes lastehaiglates aga ollakse uute meetodite kasutusele võtmise suhtes veel passiivsed. Tervishoiu Ministeeriumi peapediaater A. Vares peab järjekindlalt ja visalt nõudma kõikjal uute ravi- ja profülaktikameetodite ellurakendamist.

Laste suremuse edasiseks vähendamiseks on vaja kiiresti suurendada voodite arvu laste somaatiliste ja nakkushaiguste ravimiseks. Selles suunas on meil soodsad perspektiivid.

Kõige teravam on lastesõimede probleem. Käesoleval ajal on meil linnade lastesõimedes (kõikides ametkondades) 4520 kohta. 1. jaanuaril 1961. a. oli lastesõimedesse pääsemiseks järjekorras 3768 last, kusjuures eelmiste aastatega võrreldes kasvas järjekord 800 lapse võrra. Lastesõimede ehitamise olukord on võrdlemisi halb: 1960. a. ehitusplaani järgi ettenähtud 460 sõimekohast on üle antud ainult 220 kohta, s. o. 48%. Mõned Rahvamajanduse Nõukogule alluvate ettevõtete juhid ilmutavad selles osas lubamatut aeglust. Vaatamata sõimekohtade teravale puudusele töötasid Haridusministeeriumi ja teiste ametkondade lastesõimed 1960. a. koormatusega 201,6 päeva aastas (linnade lastesõimede keskmine koormatus on 257,7 päeva). Seda olukorda ei saa pidada rahuldavaks ja ainsaks lahenduseks on anda kõik lastesõimed Haridusministeeriumi valdusesse.

Koolide meditsiinilises teenindamises on märgata mõningat paranemist. Näiteks on süvenenud meditsiiniline läbivaatus, vähenenud kooliõpilaste haigestumine ägedatesse mao-soolehaigustesse. Kohalikud tervishoiuorganid omistavad aga koolidele vähe tähelepanu ja nende meditsiinilist teenindamist ei saa, eriti maal, pidada rahuldavaks.

Sanitaar-epideemiatõrje. Pärast EKP Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu 26. oktoobri 1960. a. määruse «Nakkushaiguste vältimise ja likvideerimise abinõudest vabariigis» ilmumist töötati vabariigis välja nakkushaiguste vähendamise ja likvideerimise plaan aastaiks 1960—1965. Samuti on kõikides linnades ja rajoonides välja töötatud ja kohalike täitevkomiteede poolt kinnitatud perspektiivplaanid.

1960. a. omistasid täitevkomiteed suurt tähelepanu asulate sanitaarsele heakorrastusele.

Tallinnas ja Tartus avati tervise ülikoolid. Kolmes rajoonis on kultuuriülikoolide juures meditsiini osakonnad. 5—6 korda kuus annab Eesti Raadio edasi raadioloenguid. Lühisõnumeid kuuleme päevakajas. Ka televisiooni on kasutatud sanitaarharidustöös. 1960. a. II kvartalis korraldati sanitaarhariduslike filmide festival. Ajaleht «Õhtuleht» avaldab pidevalt sanitaarhariduslikke kirjutisi. 1959. a. lõpul avati Tartus ajalehe «Edasi» veergudel tervisenurk, kus 1—2 korda kuus tuuakse ära 3—4 artiklit. Mõnedes rajoonides aga (näiteks Valga, Võru, Põlva ja Hiiumaa) avaldavad kohalikud ajalehed ainult 1—2 sanitaarhariduslikku kirjutist aastas.

Hügieeni aluste õpetamist üldhariduslikkudes koolides ei saa lugeda rahuldavaks. 1959. a. töötas Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja välja metoodilise kirja õpetajatele, kuid Haridusministeerium ei ole seda veel koolidele välja saatnud.

1960. a. andis Eesti NSV Ministrite Nõukogu välja määruse abinõudest atmosfääri kaitse parandamiseks. Tallinnas, Tartus, Kohtla-Järvel ja Võru, Rakvere ning teistes rajoonides andsid täitevkomiteed välja erimääruse. Viimasel ajal on sanitaar-epidemioloogia jaamad hakanud laialdasemalt kasutama laboratoorseid meetodeid õhu uurimiseks.

1960. a. täiendati sanitaar-epidemioloogiateenistuse laboratooriumide sisseseadeid. See võimaldas tunduvalt laiendada ja süvendada pinnase, veekogude ja veevõtukohtade uurimistööde mahtu. 1960. a. uuriti Pärnu, Emajõe, Jägala ja Pirita jõe vett. Narvas alustati veehoidla uurimist (koos Leningradi Oblasti Sanitaar-Epidemioloogia Jaamaga). Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaam on sellel alal maha jäänud, sest alles 1961. a. alustati Tallinna lahe vee uurimist.

Puhastusseadmete töö korduval kontrollimisel on selgunud, et 171 reovete puhastusseadmest 98 ei tööta efektiivselt. See on tingitud sellest, et puuduvad ekspluatatsiooni eest vastutavad isikud.

Partei ja valitsuse otsustes põllumajanduse kohta on pööratud tähelepanu ka töö- ja elutingimustele maal. Sanitaarteenistuse ettepanekul kuulati mitmes rajoonis ära ettekanded sanitaarseisundi kohta piimafarmides. On tugevnenud sanitaarjärelevalve mürkkemikaalide tarvitamise üle. Kolhoosikeskuste projekteerimisel peavad sanitaarjärelevalve kohalikud organid osa võtma rajatavate kolhoosikeskuste maa-alade valimisest ja lahendama veevarustuse ja reovete kahjutustamise probleemid.

Peab mainima, et tervishoiupunktid ei analüüsi küllalt süvenenult ajutise töövõimetusega seotud haigestumisi ja seepärast ei saa seda analüüsi aluseks võtta tervistavate abinõude planeerimisel. Paljud polikliinikud juhivad puudulikult tervishoiupunktide tööd. Sanitaartöötajad külastavad ettevõtteid harva ega tõmba tervishoiupunktide töötajaid kaasa ettevõtete kontrollimisele ega informeeri neid selle tulemustest.

Mõni sõna radiatsiooni hügieenist. Viimasel ajal kasutatakse mitmete haiguste diagnoosimiseks ja raviks üha rohkem radioaktiivseid isotoope. Nende rakendamine peab olema nii haigele kui ka personalile absoluutselt ohutu, kuid mitte kõik raviasutuste juhatajad pole vastavate tingimuste loomisesse suhtunud vajaliku tähelepanelikkusega.

EKP Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu määruses on pandud suurt rõhku elanikkonna, eriti laste toitlustamisele. Toidu täisväärtuslikkus oleneb eriti vitamiinide sisaldusest. Vabariigi laste- ja raviasutustes vitaminiseeritakse toitu süstemaatiliselt juba mitme aasta jooksul. Sanitaar-epidemioloogiateenistus kontrollib igas kvartalis laboratoorselt vitamiinide sisaldust toiduainetes.

Sidemete tugevdamiseks meditsiinitöötajate ja sanitaaraktiivi vahel loodi 2 aasta eest maa-arstijaoskondades Punase Risti Seltsi jaoskonnakomiteed. Tunduvat abi osutavad meditsiinitöötajatele Punase Risti aktivistid, kes on vastavates ringides õppinud haigete põetamist kodus.

Meie vabariigis on kõik tingimused nakkushaiguste järsuks vähendamiseks ja mõnede täielikuks likvideerimiseks. Tänu elusvaktsiini kasutamisele on kadumas poliomüeliit. Pärast korduvat vaktsineerimist 1960. a. on vabariigis registreeritud ainult 3 haigusjuhtu.

Haigestumine difteeriasse tuleb likvideerida 1962. a. — selleks on meil kõik vajalikud tingimused olemas. Haigestumist sellesse nakkusesse esineb meil üksikutes linnades ning rajoonides, ja ainult seetõttu, et mõned tervishoiuorganite juhtivad töötajad kohtadel ei osuta küllaldast nõudlikkust ega kontrolli teostatavate kaitsepookimiste kvaliteeti.

1960. a. oli läkaköhasse haigestumise näitaja 10 tuhande elaniku kohta 16,3, kusjuures haigestumine vähenes 1959. a. võrreldes 28,3% võrra. Neid tulemusi tuleb veelgi parandada. Mis puutub leetritesse, siis

hakatakse mõnedes linnades ja rajoonides lähemal ajal tegema spetsiifilisi leetritevastaseid kaitsesüstimisi elusvaktsiiniga.

Haigestumine kõhutüüfusesse oli möödunud aastatel võrdlemisi levinud ja kroonilisi pisikukandjaid leidub veel nüüdki tunduvalt. Mõnedes linnades ja rajoonides on olukord kõhutüüfuse suhtes veel praegugi ebasoodne, näiteks Põltsamaa ning Rakvere rajoonis ja Narva linnas. Võitluseks kõhutüüfusega tuleb linnades ja rajoonides välja selgitada kroonilised pisikukandjad ja võtta nad arstliku kontrolli alla. On laiendatud kõhutüüfusevastaseid kaitsesüstimisi. Siinjuures ei tohi unustada, et kõhutüüfusesse haigestumise vähendamisel on suur tähtsus asulate, toitlustamisettevõtete ja veevarustuse sanitaarseisundi parandamisel.

Haigestumist ägedatesse soolenakkustesse, sealhulgas ka düsenteeriasse, tuleb vähendada. Senini ei ole me saavutanud püsivaid tulemusi. 1959. a. võrreldes langes haigestumine düsenteeriasse 1960. a. 47,5%, kõigi soolenakkuste osas 34,6%.

Viimaste aastate jooksul on meie vabariigis haigestumine epideemilisesse hepatiiti tõusnud. Epideemilist hepatiiti esineb kõikides linnades ja rajoonides. Selle nakkuse vastu ei ole meil veel tõhusaid tõrjeabinõusid. Kuid ka olemasolevatest võimalustest ei ole veel kõiki kasutatud. Nii registreeritakse enamikel juhtudel ainult kollatõvega esinevaid vorme. Laboratoorset diagnostikat kasutatakse epideemilise hepatiidi puhul puudulikult.

Arvestades nakkushaiguste õige diagnoosimise tähtsust ja nende täieliku registreerimise vajadust, korraldati vabariigis 1960. a. ja ka käesoleval aastal arstidele ja keskharidusega meditsiinitöötajatele vastavad kursused ja seminarid. On korraldatud ka nakkushaiguste-alaseid teaduslik-praktilisi konverentse. Nakkushaiguste uurimisega tegeleb Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut.

Elanikkonna ainelise heaolu ja kultuuritaseme tõusu ning tuberkuloositõrje abinõude rakendamise tulemusena on meie vabariigis viimaste aastate jooksul saavutatud mõningat edu tuberkuloosivastases võitluses. Alates 1953. a. täheldame tuberkuloosi haigestumise pidevat vähenemist. 1958. a. võrreldes vähenes tuberkuloosi haigestumine seitseaastaku 2 esimesel aastal 27,1%, laste hulgas 43%. Samaaegselt tuberkuloosi haigestumise vähenemisega vähenesid ülalmainitud ajavahemiku jooksul ka tuberkuloosihaigete kontingendid 21,7% võrra. Aasta-aastalt väheneb tuberkuloosist põhjustatud surmajuhtude arv.

Vaatamata edusammudele jääb tuberkuloosi haigestumine meie vabariigis ikkagi üleliidulisest keskmisest tunduvalt kõrgemaks. Plaan näeb ette haigestumise vähendamist 1965. a. lõpuks 3—4 korda (võrreldes 1958. a.).

Praegu on kõikides vabariikliku alluvusega linnades ja rajoonides tuberkuloositõrje dispanserid või kabinetid, kokku 21 tuberkuloositõrje dispanserit ja 20 kabinetti. Mõnedes rajoonides (Võru, Paide, Abja, Valga, Kohtla-Järve) on 2 tuberkuloositõrje asutust.

1960. a. oli vabariigi tuberkuloosihaiglatel 1098 voodikohta ja sanatooriumidel 1225 kohta. Pikemaajalise statsionaarse ravi võimaldamiseks kõikidele tuberkuloosihaigetele, eriti täisealistele kopsutuberkuloosi haigetele, kes seda vajavad, ei jätku meil praegu veel voodikohti.

Vastavalt Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusele 1960. aastast töötas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium välja plaani, mille järgi voodikohtade arv tuberkuloosihaigetele peab tõusma seitseaastaku lõpuks kuni 3700 voodini.

Praegu ehitatakse uut tuberkuloosisanatooriumi Kose-Ristile. Tallinnas (Kivimäel) ehitatakse uut haiglakorpust, Taageperas sanatooriumihoonet ning Kohtla-Järvel uut tuberkuloositõrje dispanserit.

Käesoleval aastal tuleb parandada varustamist BCG-vaktsiiniga ja kindlustada kõikide nakatamata laste, noorukite ja kuni 30 aasta vanuste täiskasvanute tuberkuloosivastane vaktsineerimine. Tuberkuloosi aitab varakult avastada fluorograafiline uurimine. Meie vabariigis on 11 fluorograafi, kuid neid ei rakendata veel tööle täie koormusega, seda aga on vaja teha.

Elanikkonna varustamine ravimitega. Meie vabariigi elanikkonda teenindavas apteegivõrgus on 1 apteek iga 5890 elaniku kohta. NSV Liidus oli 1959. a. andmetel 1 apteek iga 15 tuhande elaniku kohta. Eesti NSV-s on apteeke veel vähe Tallinnas ja Tartus, kus 1 apteek teenindab 14—15 tuhat elanikku. 1965. a. lõpuks avatakse veel 13 apteeki, neist 8 linnades ja 5 maal. Seega likvideeritakse disproportsioon apteekide arvu ja teenindatava elanikkonna vahel. Peale selle on meil maal, seal, kus apteeke pole, peaaegu iga velskri-ämmaemandapunkti juures apteegipunkt.

1960. a. tarvitati meil ühe elaniku kohta (kaasa arvatud ka raviasutused) apteegikaupu 89 rubla ja 47 kopika eest (vanas rahas). 1959. a. oli see summa 85 rubla ja 92 kop. (Vene NFSV-s vastavalt rbl. 44.55 ja Ukraina NSV-s rbl. 46.13).

Nõudmine ravimite järele tõuseb meil aasta-aastalt. Peaaegu täielikult on kaetud vajadus ftivasiidi, paraamiinsalitsüülhappe, 5%-lise B_1-vitamiini (ampullides) osas. 1960. a. paranes varustamine B_{12}-vitamiini (ampullides) ja follikuliiniga. Varustamine on puudulik veel analgiini, anestesiini, novokaiini, püramidooni, maomahla, insuliini, kraadiklaaside ja süstalde, samuti röntgenifilmide jt. osas. Küllaldaselt ei ole ka C-, A- ja E-vitamiini.

Möödunud aastal saime meditsiinilisi sisseseadeid, eriti füsioteraapia aparaate rohkem kui 1959. a.

Kaadrite paigutus ja kasvatamine. Tervishoiukorralduse edusammud on lahutamatult seotud meditsiinikaadri kasvu ja selle kvalifikatsiooni tõstmisega.

Ravi- ja profülaktikaasutuste arvu suurenemisega suureneb ka meditsiinitöötajate arv. 1940. a. oli Eestis 813 arsti. 1. jaanuariks 1961. a. oli ainult Tervishoiu Ministeeriumi süsteemis 2345 arsti, s. o. 10 tuh. elaniku kohta 19,5 arsti ja 393 farmatseuti. Sellele vaatamata jääb meditsiinikaadri kasv kiiresti areneva tervishoiuasutuste võrgu nõudmistest maha. Arstid töötavad veel kohakaasluse alusel (1. jaan. 1961. a. linnades iga arsti kohta keskmiselt 1,4 ja maal 1,5 kohta). Terav puudus on pediaatritest, sanitaararstidest, röntgenoloogidest ja mõnedest teistest eriarstidest. Pöördume siinkohal NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poole, et meie vabariigile eraldataks 10 kohta Leningradi pediaatria ja 10 kohta sanitaar-hügieeni instituudis pediaatrite ja sanitaararstide ettevalmistamiseks, sest Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond selle eriala arste ette ei valmista.

Vabariigis on kasvanud suurepärane tervishoiutöötajate kaader, kes on võimeline juhtima ravi- ja profülaktikaasutusi ja osutama kõrgelt kvalifitseeritud arstiabi. 21 arstile on omistatud vabariigi teenelise arsti aunimetus, üle 100 meditsiinitöötaja on autasustatud Nõukogude Liidu ordenite ja medalitega. Enam kui 300 meditsiinitöötajat on autasustatud märgiga «Eeskujulik tervishoiutöötaja». Elanikkonna austuse ja poolehoiu on võitnud arstid V. Paškov, E. Raudam, B. Äniline, M. Tamin, A. Verbovataja, E. Kama, L. Sõrmus, M. Karzanov, A. Õunapuu, L. Tilk ja paljud teised, kes annavad kogu oma jõu ja teadmised rahva teenimiseks.

Meie vabariigis valmistab arste ette Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond, kus iga aasta lõpetab 150—170 arsti, stomatoloogi ja farmatseuti. Arstide ettevalmistamine on viimasel ajal tunduvalt paranenud.

Arstide täiendamine toimub Moskvas Arstide Täienduse Keskinstituudis ja riiklikes arstide täiendusinstituutides. 1960. a. täideti arstide spetsialiseerimise ja täiendamise plaan 125%-liselt. Peale selle saadeti väljaspool vabariiki asuvatesse instituutidesse ja raviasutustesse kvalifikatsiooni tõstmise eesmärgil üle 60 arsti. Suur tähtsus arstide kvalifikatsiooni tõstmisel on teaduslik-praktilistel konverentsidel ja seminaridel. 1960. a. korraldati 7 teaduslik-praktilist vabariiklikku konverentsi, millest võtsid osa paljud silmapaistvad teadlased Moskvast, Leningradist ja mujalt.

Vabariigis töötab 34 arstide seltsi 18 erialal, liikmete arv neis on ligikaudu 1800.

Teaduslike seltside tööd juhib Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu. 1960. a. esitati seltside koosolekutel üle 500 teadusliku ettekande.

Keskharidusega meditsiinitöötajaid oli 1940. a. 1267. Praegu töötab vabariigis 8300 keskharidusega meditsiinitöötajat, s. o. 10 tuhande elaniku kohta 68,7. See arv ei rahulda aga veel nõudmisi. Kohakaaslus on veel kõrge — ühel isikul keskmiselt 1,3 kohta, mõnedes rajoonides ja linnades (Narva, Võru, Valga jt.) aga veel kõrgem. Tuleb rohkem ette valmistada ämmaemandaid ja velskreid velskri-ämmaemandapunktide jaoks.

Üheks puuduseks on see, et 20% meditsiinikaadrist ei oma lõpetatud meditsiinilist keskharidust.

Teaduslik uurimistöö. Teaduslik uurimistöö vabariigis toimub Tervishoiu Ministeeriumi plaani järgi. Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu juhib metoodiliselt meditsiiniliste uurimisasutuste, samuti ka vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste teaduslikku uurimistööd.

Õpetatud Nõukogu soodustab kõigiti meditsiinialast leiutamis- ja ratsionaliseerimistegevust, samuti teaduse saavutuste ning elanikkonna ravi-profülaktilisel teenindamisel omandatud eesrindlike kogemuste kiireimat juurutamist praktikasse.

1960. a. plaanis oli ette nähtud 172 teadusliku töö lõpetamine. Plaan täideti 73%-liselt. Osa töid, peamiselt ravi- ja profülaktikaasutustes, valmib 1961. a. Peale selle lõpetati 1960. a. 311 mitteplaanilist tööd.

On valminud 7 doktoridissertatsiooni. Üle 60 teaduslikul töötajal ja arstil-praktikul valmib kandidaadidissertatsioon. 1960. a. lõpetatud 430 tööst on trükis avaldatud 331 tööd (ajakirjades artiklitena või teaduslik-praktiliste konverentside ettekannete teesidena).

Vabariigis ilmuvad «Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised», «Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised» ja ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid». Mõned arstide teaduslikud seltsid on asunud oma liikmete tööde kogumike väljaandmisele. Eri raamatuna ilmus 1960. a. trükist P. Bogovski «Põlevkivi ümbertöötamise saadustest põhjustatud professionaalsed nahakasvajad».

*

Tervishoiutöötajate peamiseks püüdeks möödunud aastal oli NSV Liidu Kommunistliku Partei Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» täitmine. Nagu kogu paljumiljoniline Nõukogude rahvas, nii täidavad ka meie vabariigi meditsiinitöötajad Kommunistliku Partei juhtimisel auga neid õilsaid ja austavaid ülesandeid. NLKP XXII kongressi võtame vastu uute saavutustega nõukogude inimese tervise eest hoolitsemisel.

*

LÄBIRÄÄKIMISED

O. Tamm (Tartu Linna Tervishoiuosakonna juhataja kohusetäitja). Tartus on 32 raviasutust 1505 haiglavoodiga, nendest linnaelanikkonna teenindamiseks 57,3%. 1000 elaniku kohta on 12 haiglavoodit. Sellele vaatamata ei suuda olemasolev raviasutuste võrk veel täielikult rahuldada elanikkonna vajadusi. Tervishoiuasutuste tööd takistab ruumide kitsikus, seda eriti kliinikutes, kus toimub tulevaste arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate ettevalmistus. Seetõttu tuleks leida võimalusi Tartu tervishoiuasutuste kiiremaks väljaehitamiseks. Tuleval aastal alustatakse Tartus 300-voodikohalise haigla ehitamist. Perspektiivplaanis on ette nähtud haiglate ehitamine Maarjamõisa väljale, kuhu kujuneks haiglalinnake.

Tervishoiuasutuste töö on viimasel ajal paranenud. On alustatud üleminekut kaheastmelisele teenindamisele. Tartu Linna Kliinilises Haiglas avati esimesena vabariigis kudede konserveerimise laboratoorium. Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas alustab tööd vajaliku aparatuuriga varustatud virusoloogia laboratoorium. Enamik meditsiinitöötajaid suhtub täie tõsidusega oma töösse, mida kinnitavad haigete kiitused ja tänuavaldused. Kahjuks aga on veel üksikuid töötajaid, kes suhtuvad haigetesse pealiskaudselt ja eksivad kutse-eetika vastu. Selles osas tuleb tugevdada kasvatustööd kollektiivides.

Tartus reorganiseeriti arstijaoskonnad; nüüd on ühel arstil teenindada 3000—4000 inimest, lastearstidel aga 1000 last. On alustatud haigete hospitaliseerimist kodus, kusjuures määratakse tasuta ravimeid ja põetajad. Rostovi eeskujul annavad polikliinikutes tasuta konsultatsioone TRÜ Arstiteaduskonna õppejõud.

Suurt tähelepanu pööratakse laste tervise kaitsele. 1960. a. avati 80 kohaga lastesõim, käesoleval aastal saab valmis laste päevakodu. Peale olemasoleva piimaköögi ja piimajaotuspunkti avatakse käesoleval aastal veel 2 piimajaotuspunkti. Peaaegu kõik varaealised lapsed on patronaaži all.

Tõsiseid puudusi esineb raviasutuste varustamisel mõningate ravimitega (hormoonipreparaadid, vitamiinid jt.), samuti röntgenifilmide, süstalde, termomeetritega jne.

Linna heakorrastamisel ja võitluses nakkushaigustega ei suuda meditsiinitöötajad ilma ühiskondliku aktiivi abita toime tulla. Seepärast tõmmatakse elanikkonda kaasa tervishoiutööle. Möödunud aastal korraldati Tartus tervisenädal, ka tänavu tehakse seda. Samuti avati möödunud aastal tervise ülikool. Elanikkonna huvi selle vastu on suur. Vabariigis vajaks lahendamist ka populaarteadusliku terviseajakirja asutamise küsimus.

Nakkushaiguste vähenemisele on kaasa aidanud elanikkonna igaaastane vaktsineerimine ja pisikukandjate avastamine. Difteeriajuhtude arv on möödunud aastal tunduvalt vähenenud. Lastehalvatustõbe ei esine.

Vastu minnes NLKP XXII kongressile püüavad Tartu tervishoiutöötajad anda oma parima elanikkonna meditsiinilise teenindamise parandamiseks ja rahva tervise tugevdamiseks.

A. Roosileht (Tallinna Linna Tervishoiuosakonna juhataja). Võime ette kanda, et oleme saavutanud oma töös edu. Möödunud aastal loodi Tallinnas lisaks senistele mitu terapeudi- ja pediaatrijaoskonda. Laste polikliinikuid täiendati eriala-arstidega ja nad muutusid iseseisvateks asutusteks. Selle tulemusena laste suremus langes, vähenes haigestumine nakkushaigustesse. Viidi läbi massiline poliomüeliidivastane vaktsineerimine, mille järel Tallinnas enam raskesti haigestumisi ei esinenud. Vähenenud on haigestumine düsenteeriasse, difteeriasse ja tuberkuloosi.

Esmakordselt asuti tegema stomatoloogilisi profülaktilisi järelevaatusi: stomatoloogide liikuvad brigaadid kontrollisid õppeaasta jooksul 50 protsenti kooliõpilasi. Polikliinikutes rakendatakse uusi teenindamisvorme. Hakati tegelema stenokardiasse haigestumise probleemiga. Paranes laste toitlustamine. Praegu organiseerivad meditsiinitöötajad laiaulatuslikku üritust — tervisekuud, mille eesmärgiks on linnaelanike laiade hulkade kaasatõmbamine sanitaarkultuuri tõstmisele. Võitluses tuberkuloosiga on meie vabariigi tingimustes kõige efektiivsemaks epideemiatõrje abinõud, immuniseerimine ja haigete isoleerimine. On ette nähtud tuberkuloosihaigetele määratud voodikohtade arvu maksimaalne suurendamine.

Kõige raskemaks küsimuseks on ruumikitsikus polikliinikutes. Kabinettide puudusel ei saanud me tervishoiupunktide arste üle viia tsehhiviisilisele teenindamisele. Vähe on meil günekoloogijaoskondi. Nende küsimuste lahendamiseks on vaja kohalike töörahva saadikute nõukogude ja parteiorganisatsioonide abi.

Sõnavõtja peatus pikemalt lastesõimedel ning -aedadel ja leidis, et olukorra õigeks lahenduseks on kõikide lastesõimede üleandmine Haridusministeeriumi alluvusse.

Edasi peatus sõnavõtja polikliinikute, sünnitusmajade ning lastehaiglate tüüpprojektidel ja pidas vajalikuks luua uued tüüpprojektid, mis oleksid senistest otstarbekohasemad ja vastaksid kõigiti kaasaja nõuetele.

A. Linkberg (Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan). Möödunud sõjas raskesti kannatada saanud Tartu on nüüd sõjahaavad parandanud, ravi-profülaktiline töö on tugevnenud ja on ka teatud saavutusi teaduslikus töös. Kodanliku perioodiga võrreldes on arstide väljalase TRÜ Arstiteaduskonnast tunduvalt suurenenud, erialane ettevalmistus on muutunud konkreetsemaks. Käesoleval aastal on täielikult täidetud Tervishoiu Ministeeriumi nõudmised erialade järgi. Oleks vaja, et Tervishoiu Ministeerium teataks juba sügisel, kui palju on vaja günekolooge, neurolooge, oftalmolooge ja teisi eriarste, sest siis saaks arstiteaduskond varakult neid vajadusi arvestada.

Arstiteaduskonna üliõpilased võtavad aktiivselt osa ühiskondlikust ja poliitilisest elust. Aastast aastasse on nad töötanud komsomoliehitustel Narvas, Kundas, ühiselamute ehitamisel ja spordibaaside rajamisel. Enam kui 60% üliõpilastest kuulub komsomoli ridadesse.

Järjekindlalt suureneb teaduslikku kraadi omavate õppejõudude arv. TRÜ Arstiteaduskonna õppejõud abistavad aktiivselt arste-praktikuid konsultatsioonide, väljasõitude ja loengutega, šefluse alla on võetud Jõgeva rajooni tervise ülikool. Ligi pool õppejõududest tegeleb teadusliku uurimistööga.

Samal ajal esineb TRÜ Arstiteaduskonnas arstide ettevalmistamisel ja organisatsioonilises töös veel mitmeid puudusi. Õppe- ja teadusliku töö baas on maha jäänud kaasaja nõuetest ja see takistab NLKP ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse täitmist. Tuleval aastal hakatakse ehitama uut 300 voodikohaga kirurgiakorpust, mis rahuldab selle eriala vajaduse aastakümneteks. 15 aasta perspektiivplaanis on ette nähtud terve rea kliinikute projekteerimine ja ehitamine Maarjamõisa väljale. Hiljuti selgus, et Maarjamõisa välja keskelt tahetakse võtta 400 meetri laiune maariba Eesti Põllumajanduse Akadeemia jaoks. Väljaku selline jaotus killustaks tervishoiuasutused, ja kui EPA territooriumile ehitatakse ka mootoreid kasutavad osakonnad, on haigete rahu häiritud. Seepärast tuleks EPA-le leida sobivam maa-ala.

Kliinilised haiglad, kus tegeldakse teadusliku tööga, on ühtlasi õppebaasideks meie arstidele ja üliõpilastele. Seetõttu peaksid seal töötama kõrgema kvalifikatsiooniga arstid. Sellistel baasidel peaks olema õigus

ise valida kaadrit. Sageli aga suunatakse sinna inimesi ilma administratsiooniga kooskõlastamata. Seetõttu satuvad mõnikord nendele kohtadele inimesed, kes ei tunne huvi teadusliku töö vastu, nad ainult täidavad koha 25—30 aastaks. Kliiniliste haiglate komplekteerimisel tuleks luua samasugune süsteem, nagu kehtib ülikooli õppejõudude valimisel.

U. Meikas (Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Komitee esimees). Tervishoiu Ministeeriumi ja Vabariikliku Komitee koostöö on muutunud tugevamaks, on antud välja ringkirjad tööstustööliste teenindamise, ravi-profülaktikaasutuste kontrollimise jne. kohta. Käesoleva aasta algul anti Tartu Tervishoiutöötajate Maja üle Tartu Kliinilise Haigla bilanssi.

Selleks et ametiühingute kaudu oleks kohtadel võimalik küsimusi objektiivsemalt lahendada, korraldati k. a. aprillis kahenädalane seminar ametiühingu aktiivile. Administratsioon ei hinda alati küllaldaselt kohaliku ametiühingukomitee osatähtsust eesseisvate ülesannete lahendamisel ega täida kohaliku ametiühingukomitee põhimäärust. Asutuste töö planeerimisest tuleb kutsuda osa võtma ka ametiühingu esindajad. Kui administratsiooni ja ametiühingu kohaliku komitee vahel on hea koostöö, siis ei teki arusaamatusi ega seaduserikkumisi.

M. Boston (Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla peaarst) Tartus asuvad TRÜ Arstiteaduskond ja meditsiinikeskkool, kuid baasid ei ole küllaldased. Samuti ei ole Tartus nõuetekohaste ruumidega polikliinikut.

1958. a. alustas Tartus tööd hingamistsentrum. Algul raviti siin poliomüeliidihaigeid. 1959. ja 1960. a. poliomüeliidihaigeid peaaegu ei olnud, kuid sellele vaatamata töötab hingamistsentrum täie pingega. 1960. a. raviti hingamistsentrumis 220 haiget. Haigla juures on väljasõidubrigaad (1 arst ja 1 keskharidusega meditsiinitöötaja) vastava aparatuuriga. Kahjuks ei ole haiglal maastikumasinat, millega pääseks igasse rajooni. Kuna hingamistsentrumis olevad haiged vajavad suurel hulgal hapnikku (5—6 ballooni) ööpäevas ja küllaltki kalleid toidusegusid, siis palub kõneleja Tervishoiu Ministeeriumi selleks otstarbeks antavaid summasid suurendada.

B. Dušenko (laevastiku meditsiiniteenistus) annab edasi tervitused Punalipulise Balti mere Laevastiku meditsiiniteenistuse poolt. Laevastiku meditsiinikaader töötab kooskõlastatult vabariigi teadlastega, näiteks looduslik-koldeliste nakkuste uurimisel jne. Laevastiku arstid võtavad aktiivselt osa vabariigi meditsiinielust, avaldavad kirjutisi ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid», esinevad ettekannetega konverentsidel ja nõupidamistel. Mitmed mereväearstid on teaduslikkude seltside liikmed. Ka igapäevases töös puutuvad nad kokku vabariigi ravi- ja uurimisasutustega. Kõneleja avaldab veendumust, et laevastiku arstid annavad oma panuse NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse täitmiseks.

P. Bogovski (Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor). Instituut asutati 13 aastat tagasi ja tegeleb praegu viie probleemiga: 1) töötervishoid ja kutsehaigused meie juhtivates tööstusharudes; 2) tuberkuloos; 3) reumatismi ravi, eriti ravimudaga ja preparaat humisooliga; 4) trihhomoniaas; 5) pahaloomulised kasvajad. Kõik mainitud küsimused on aktuaalsed. Oleks otstarbekohane lähemal ajal asutada kutsehaiguste instituut. Võiksime sellele instituudile anda vastava ettevalmistusega teaduslikke töötajaid. Ka onkoloogia instituudi asutamine on meil aktuaalne, seda enam, et kavas on uue baasi ehitamine. Eriti vajalikuks tuleb pidada kurortoloogiat ja reuma uurimist, eriti laste osas.

Instituudis on kandidaadidissertatsiooni kaitsnud 14 inimest, eksternaadi kaudu 7. Instituudis töötab 105 inimest, neist 50 teaduslikku töö-

tajat (25 kandidaati ja 2 arstiteaduse doktorit). Teaduslike töötajate ettevalmistamisega on raskusi; käesoleval aastal ei saadud ühtegi aspiranti saata Moskvasse ega ka Leningradi, sest ühiselamud ei saa neid seal majutada. Järelikult tuleb mõtelda aspirantide ettevalmistamisele kohapeal, s. t. tuleb muretseda neile nii elu- kui ka tööruumid. Mis puutub kliinilisesse baasi, siis on vaja seda laiendada, et pidada sammu ajaga. Raskusi on ka doktoridissertatsioonide kaitsmisega. Üks instituudi töötaja, kel on dissertatsioon valmis, ootab juba 2 aastat selle kaitsmisele võtmist. Suureks sammuks edasi on see, et kandidaadidissertatsioone saab nüüd kaitsta kahes kohas — Eesti NSV Teaduste Akadeemia bioloogia ja meditsiini osakonnas ja Tartu Riiklikus Ülikoolis.

Š. Gulordava (Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja ravi alal).Eesti NSV elanikkonna teenindamisel on suur erikaal Tallinna Vabariiklikul Haiglal (800 voodikohaga statsionaar, polikliinik ja naiste nõuandla). Meil saab haiglaravi 11,5 protsenti Eesti NSV elanikkonnast. Haiglal on 185 arstikohta (praegu töötab üle 140 arsti) ja 514 keskharidusega meditsiinitöötaja kohta (töötab umbes 400 inimest). Statsionaaris on kõik osakonnad üle koormatud.

Suremus on haiglas 15 aasta jooksul keskmiselt 1,7%. Kliiniliste ja patoloog-anatoomiliste diagnooside lahkuminekuid oli möödunud aastal 11,1%. 1960. a. langes operatsioonijärgsete tüsistuste protsent 6,8 kuni 1,3-ni. Operatsioonijärgne suremus oli keskmiselt 2,5%, kiiret kirurgilist ravi vajavate haiguste puhul vähenes see 3,5 kuni 0,9%-le. Viimase 5 aasta jooksul langes enneaegsete laste suremus 33,3%-lt kuni 14,1%-ni. 1961. a. esimeses kvartalis oli see 8,6 protsenti.

Väga tähtis on elanikkonna polikliiniline teenindamine. Polikliinikus osutatakse abi nii linna- kui ka maaelanikele (viimastele konsultatiivselt). Vastuvõtt toimub kõikidel erialadel. 1960. a. rakendati kõõrsilmsuse ravil uusi ambulatoorseid meetodeid, hakati välja kirjutama teleskoopilisi prille, avati vastuvõtt lasteuroloogia ja -günekoloogia alal. Polikliiniku juurde loodi profülaktiliste järelevaatuste kabinet. On paranenud jaoskonnaarstide töö sanitaaraktiiviga.

Kõrvuti heade näitajatega esineb ka veel puudusi. Veel ei saa rahule jääda diagnoosimise kvaliteediga polikliinikus. Tuleb meeles pidada, et puuduste kõrvaldamine sõltub meditsiinitöötajatest endist. Teeme kõik selleks, et parandada haigete ambulatoorse ravi ja profülaktika kvaliteeti. See soodustab statsionaari koormuse vähenemist.

Tallinna Vabariiklik Haigla on vabariigi raviasutuste organisatsioonilis-metoodiline keskus. Haigla organisatsioonilis-metoodiline töö on väga mitmekesine. Konsultatiivseid väljasõite tehakse aasta jooksul 175—200, kusjuures nad haaravad üha enam kõiki tervishoiukorralduse lülisid haiglast kuni velskri-ämmaemandapunktini.

Tallinna Vabariikliku Haigla arstide erialast kasvamist soodustab teaduslik töö. Viimase kahe aasta jooksul on teaduslikku tööd teinud ligikaudu 50 arsti. Selle aja jooksul on avaldatud 63 teaduslikku ja 19 populaarteaduslikku artiklit. Teaduslikel konverentsidel on esitatud 165 ettekannet. Haiglas juurutatakse uusi ravi- ja diagnostikameetodeid. Kirurgia osakonnas tehakse kopsu ja söögitoru operatsioone, haigeid ravitakse operatiivselt ajuverevalumite ja lülisamba diskuste herniate korral. Lähemas tulevikus (kaadrid on juba olemas) hakatakse teostama operatsioone südamerikete puhul. Sisehaiguste osakonnas kasutatakse mõnede verehaiguste ravimisel laialdaselt radioaktiivset fosforit, kilpnäärme raviks radioaktiivset joodi jne. Samuti kasutatakse uusi meetodeid röntgenoloogia, silmahaiguste, sünnitusabi, günekoloogia jt. osakondades ning laboratooriumis. Sellises suures haiglas ja metoodilises keskuses peaks tingi-

mata olema teaduslik juhendaja. Kahjuks ei ole meie haigla arstidel-praktikutel TRÜ Arstiteaduskonna ning Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslike töötajatega küllalt tihedaid sidemeid. Võib öelda, et just sel põhjusel tegeleb meie haiglas teadusliku tööga ainult 36 protsenti arstidest, vabariigi teistes raviasutustes aga veelgi vähem. Muide, esineb veel ebaõiget arvamist, nagu peaks arsti teaduslik töö seisnema tingimata probleemide lahendamises uute uurimismeetodite ja keerukate aparaatide abil. Selle üldistamine, mida arst teeb ja näeb oma tööalal, haiguse kulu seaduspärasuste väljaselgitamine on samuti uurimine, s. o. teaduslik töö, mis on tähtis ka teistele arstidele. Arvame, et iga ravi-profülaktikaasutuses töötava arsti kohuseks on teha teaduslikku tööd. Meie haigla töötajad palusid Eesti NSV tervishoiutöötajate vabariiklikule aktiivile edasi anda, et nad teevad kõik selleks, et täita neile usaldatud ülesanded ja võitlevad väsimatult Eesti NSV töötajate tervise eest.

B. Tsiklis (Narva linna tervishoiuosakonna juhataja). Narva tõuseb kiiresti varemetest ja koos linnaga areneb ka tervishoid. Narvas on avatud uue nakkushaigla esimene järk, 6 lastesõime jt. Meil on suur hulk arste, kes töötavad aktiivselt, teevad teaduslikku tööd ja kirjutavad artikleid arstiteaduslikele ajakirjadele.

Kui rääkida puudustest, siis haigestumine, eriti laste oma, on meil võrdlemisi kõrge, samuti elukondlik traumatism. Pretensioone on ehitusorganisatsioonide vastu. Balti elektrijaama ehituse juurde on loodud arstijaoskond, arstijaoskonnad on ka Kreenholmil. On vaja selliseid jaoskondi luua ka linna teiste ehituste juurde. Arstiabi lähendamisel töötajatele väheneb ka haiguspäevade arv.

J. Lebedev (Kohtla-Järve tervishoiuosakonna juhataja). Viimaste aastate jooksul on tervishoiu olukord tunduvalt paranenud, meditsiiniasutused on saanud juurde 30 tuhat ruutmeetrit pinda, on paranenud sanitaarseisund, asulate varustamine ravimitega jne. Kõik see tingib ka nakkushaiguste vähenemise. On paranenud tööstusettevõtete meditsiiniline teenindamine. Nüüd otsustasime üle minna tsehhiviisilisele teenindamisele.

Tervist kahjustab ümbruse saastumine tööstusjäätmetega. Olgugi et selle küsimusega on tegeldud, ei ole see veel soovitud tulemusi andnud. Ka kaadrist on meil puudus, eriti keskharidusega meditsiinitöötajatest. Praegu on meil meditsiiniõdesid rohkem vaja kui arste. Meditsiinilise instrumentaariumiga varustamisel tekib samuti lünki.

Lõpuks mainib sõnavõtja, et Kohtla-Järve meditsiinitöötajad annavad kogu jõu selleks, et täita valitsuse poolt antud ülesanded.

NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov märkis, et NSV Liidu Kommunistliku Partei Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu suunav määrus haarab terve küsimuste ringi, millega tervishoiuorganitel tuleb töötada palju aastaid.

Meie maa läheb vastu partei XXII kongressile, kus vaadatakse läbi ja kinnitatakse uus parteiprogramm, mis sisaldab ka meie rahva tervishoiu perspektiivid kommunistliku ühiskonna ülesehitamise perioodil. Meditsiinitöötajad võtavad partei XXII kongressi vastu suurte saavutustega: aastast aastasse väheneb haigestumine nakkushaigustesse, seega langeb ka üldhaigestumus. Väheneb isikute arv, kes on haiguste tagajärjel invaliidistunud. Langeb elanikkonna üldine suremus.

1960. a. oli elanikkonna üldine suremus NSV Liidus tuhande elaniku kohta 7,2. See on kõige madalam suremus, võrreldes teiste majanduslikult arenenud Euroopa riikidega.

Tähelepanuväärne on laste suremuse pidev vähenemine — 1960. a. suri Nõukogude Liidus tuhandest vastsündinust 36. Kõrge sündimuse

(25 iga tuhande elaniku kohta), laste suremuse pideva vähenemise ja madala üldise suremuse tõttu on NSV Liidus elanikkonna iive 3 800 000 inimest aastas. Need näitajad kinnitavad meie edu ja me võime oma saavutuste üle uhked olla.

NLKP Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu määruse täitmine oleneb eelkõige meditsiinikaadrist ja selle kvalifikatsioonist. Arstide enesetäiendamisel ja kvalifikatsiooni tõstmisel ei ole piiri, pealegi meie ajal, kus üks uus avastus järgneb teisele. Et mitte teaduse arengust maha jääda, peame kogu aeg mõtlema, kuidas paremini korraldada meditsiinikaadri ettevalmistamist. Tuleb parandada meie raviasutuste tehnilist varustatust, luua arstidele head materiaal-tehnilised töötingimused. See võimaldab tõsta profülaktika, diagnostika ja ravi kvaliteeti, mis omakorda kindlustab üldise suremuse edasise vähenemise. Peame arendama oma meditsiinitööstust. Tõsiseid puudusi on Eesti NSV-s raviasutuste ehitamisel. Plaani ei täideta, kuigi kõik võimalused on olemas ja teistel ehitustel läheb töö hästi.

Kohalikud organid peavad astuma resoluutseid samme farmaatsiatehase ehitamiseks. Sellega suureneks valmisravimvormide väljalase, mis parandaks tunduvalt elanikkonna varustamist ravimitega. Ühtlasi väheneks apteekide töökoormus ja sama arv farmatseute suudaks teenindada rohkem elanikke kui seni. Eesti NSV-s on ravimite tarvitamine ühe elaniku kohta suurem kui teistes liiduvabariikides. See näitab elanikkonna kõrget sanitaar-hügieenilist taset ja meie kohus on seda arvestada. Farmatseutilise tehase ehitamine oleks konkreetne samm NLKP Keskkomitee ja NSVL Ministrite Nõukogu määruse täitmisel.

Väga oluliseks küsimuseks Eestis on teadusliku kaadri ettevalmistamine. Teadusliku kaadri ettevalmistamisel ei saa loota isevoolule, vaid tuleb toetuda konkreetsele programmile. Vajaduse korral tuleb saata teadlasi Moskvasse või Leningradi, et nad saaksid lõpetada oma teaduslikud tööd.

On vaja hoolitseda ka selle eest, et Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna professuur kasvaks kiiremini kui seni.

Iga dissertatsiooni tegemine on raske, kui inimene teeb seda ainult kraadi pärast, kui see ei ole tema teaduslike tööde kokkuvõte. Kraad on kraad. See on formaalseks mõõdupuuks, millise ettevalmistuse omab üks või teine inimene. Loomulik oleks aga, et dissertatsioon kasvaks välja pidevast teaduslikust tööst.

Eesti NSV-s on elanikkonna juurdekasv väike. Järelikult tuleb tarvitusele võtta kõik abinõud laste meditsiinilise teenindamise parandamiseks, vähendada tunduvalt laste suremust, kuigi see on madalam üleliidulisest keskmisest.

Eesti NSV-s tuleb lähema kahe aasta jooksul laste suremust langetada. Eelkõige tuleb tegelda laste toitmise küsimustega. Ei ole õige lapsi võimalikult vara üle viia kunstlikule toidule, vastupidi, last tuleb rinnapiimaga toita võimalikult kauem — see on tervislik nii lapsele kui ka emale.

Väga tähtis on laste patroneerimine. Pole vaja taga ajada protsente, vaid igat last tuleb patroneerida niikaua, kui see on lapse huvides vajalik. Linnavälised lasteasutused (lastesõimed, -aiad, sanatooriumid jne.) on eriti vajalikud nende laste seisukohalt, kelle perekondades on tuberkuloosihaigeid. Eestis on nende asutuste võrk veel nõrgalt välja arendatud.

Tervishoiuorganite ja arstide tööd tuleb hinnata eelkõige haigestumuse ja varaealiste laste suremuse järgi, need on kõige tähtsamad objektiivsed näitajad.

Eesti NSV meditsiinitöötajate teiseks ülesandeks on mõnede nakkushaiguste järsk vähendamine ja likvideerimine. Difteeria likvideerimiseks

on kõik võimalused olemas. Sihipärast võitlust tuleb pidada nakkusliku hepatiidiga, mis näitab kasvutendentsi. Kahjuks ei tunne teadus veel täpselt selle nakkuse tekitajat ja levimisviise. Nakkuslik hepatiit on raske haigus, mis lõpeb mõnikord maksatsirroosiga. NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium soovitab profülaktilise vahendina nakkusliku hepatiidi vastu kasutada gammaglobuliini, eriti lastel.

Eesti NSV tervishoiuorganite ja meditsiinitöötajate kolmandaks ülesandeks on tuberkuloosi haigestumise vähendamine, sest Eestis on tuberkuloosi haigestumine tunduvalt kõrgem. kui teistes liiduvabariikides. Tuleb suurendada voodikohtade arvu tuberkuloosihaigetele uute haiglate ehitamise, seniste hoonete kohandamise ja voodikohtade ümberprofileerimise teel, et oleks võimalik hospitaliseerida kõik statsionaarset ravi vajavad tuberkuloosihaiged. Kogemused näitavad, et juba ainuüksi kõigi tuberkuloosihaigete täieliku hospitaliseerimisega on võimalik haigestumist vähendada kaks korda.

Meie töö edu sõltub eelkõige tervishoiuorganite, rajoonide ja haiglate peaarstide tööst, sellest, kuivõrd nad suudavad kasutada olemasolevaid reserve.

Sõnavõtu lõpul avaldas S. Kurašov kindlat veendumust, et Eesti NSV meditsiinitöötajad teevad partei ja nõukogude organite juhtimisel kõik selleks, et tervishoid Eesti NSV-s kujuneks kõige eeskujulikumaks kogu Nõukogude Liidus.

Edaspidi toimus nõupidamise töö sektsioonides: nakkushaigused, tuberkuloos ja apteegitöö.

NAKKUSHAIGUSED

EESTI NSV MINISTRITE NÕUKOGU MÄÄRUSE «NAKKUSHAIGUSTE VÄLTIMISE JA LIKVIDEERIMISE ABINÕUDEST VABARIIGIS» TÄITMISE KÄIGUST

I. MASIK

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peasanitaarinspektor

Nõukogude Liidu elanikkonna materiaalse ja kultuurilise taseme pidev tõus, meditsiiniasutuste tihe võrk ja elanikkonna kindlustatus tasuta kvalifitseeritud arstiabiga loob vajaliku baasi nakkushaiguste vähendamiseks.

Arvestades kaasaegse teaduse taset ja epidemioloogilist olukorda meie vabariigis on täiesti reaalne likvideerida lähemate aastate jooksul sellised nakkushaigused nagu difteeria, kõhutüüfus, poliomüeliit ja trahhoom, samuti vähendada läkaköha, askaridoosi ja ägedaid mao-soolehaigusi. Rea aastate jooksul ei ole Eestis registreeritud malaariasse ja marutõppe haigestumisi, tähnilist tüüfust esineb vaid üksikjuhtudena.

Eesti NSV Kommunistliku Partei Keskkomitee ja Ministrite Nõukogu määruse ja NSV Liidu tervishoiu ministri S. Kurašovi käskkirja täitmiseks töötati Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis välja kompleksplaan nakkushaiguste vastu võitlemiseks meie vabariigis 1960.—1965. a. Plaan avaldati koos Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusega 26. oktoobrist 1960. a. Vabariigi kõikides linnades ja rajoonides on välja töötatud ja kohalike täitevkomiteede poolt kinnitatud perspektiivplaanid.

Arstijaoskondade tugevdamine toimub peamiselt terapeudi- ja pediaatrijaoskondade väiksemaks muutmise ja neile ettenähtud koosseisude komplekteerimise teel.

Suurt tähtsust omistatakse arstikohtade täitmisele maal. 1960. a. suunati maa-arstijaoskondadesse 22 arsti, 1961. a. on plaanis saata sinna veel 34 arsti.

Tallinna Nakkushaigla juurde luuakse vabariiklik metoodiline keskus, mis hakkab osutama organisatsioonilist ja konsultatiivset abi. Tunduvalt tõuseb endiste soolekabinettide osatähtsus — need peavad nüüd muutuma nakkushaiguste kabinettideks ja epideemiatõrje peamisteks organisatsioonilis-metoodilisteks lülideks ambulatoorse-polikliinilise teenindamise süsteemis.

Suurenenud on voodikohtade arv nakkushaiglates. 1960. a. avati uus nakkushaigla Narvas ja Rakveres. 1961. a. ehitatakse ja laiendatakse nakkushaiglaid Tallinnas, Kohtla-Järvel, Tapa ja Põltsamaa rajoonis. Siiski ei suuda nakkushaiglad veel täielikult rahuldada vabariigi nõudmisi, samuti ei ole lahendatud soolenakkustega haigete statsionaarse ravi ja sanatoorse järelravi küsimused. 1960. a. hospitaliseeriti ainult 2,2% leetrihaigeist ja 2,4% läkaköhaga haigeist.

Olgugi et nakkushaigete voodikohtade arv on suurenenud, jääb see maha üldprofiiliga voodite arvu kasvust. 1950. a. oli nakkushaiglatel 883 voodikohta, mis moodustas 12,3% voodite üldarvust, 1955. a. oli neid 1010, s. o. 10,4% ja 1960. a. — 1193, s. o. 10,5% üldarvust.

Käesoleval ajal on väga tähtis sanitaar-epidemioloogiateenistuse täiendamine püsiva kaadriga, sest kaadrite voolavus on veel suur. Sellele vaatamata oli 1961. a. jaanuaris ainult 5 arstikohta täitmata. Käesoleval aastal täieneb sanitaar-epidemioloogiateenistus 13 noore arsti võrra.

Sanitaar-epidemioloogiateenistuses on võrdlemisi rohkesti noori töötajaid ja tunduv osa nendest on lõpetanud arstiteaduskonna raviosakonna. Kaadri ettevalmistamine toimub arstide täiendusinstituutides, Vabariiklikus Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas, kursustel ja seminaridel. Saadetakse välja metoodilisi kirju ja sõidetakse kohtadele abi osutamise eesmärgil.

Vabariiklikus Sanitaar-Epidemioloogia Jaamas on organiseeritud šeflusrühmad ebasoodsamas olukorras olevate rajoonide ja linnade abistamiseks, kuid üldine kontakt linnade ja rajoonide vahel peaks olema parem.

Arvestades laboratooriumide osa nakkushaiguste vastu võitlemise süsteemis, on nende töö korraldamisele osutatud erilist tähelepanu. Praegu on meil sanitaar-epidemioloogia laboratooriumid kõikides linnades ja rajoonides. 1961. a. eraldati ühendatud rajoonihaiglates kliinilised laboratooriumid sanitaar-epidemioloogia laboratooriumidest; see võimaldab nende laboratooriumide kaadri komplekteerimist bakterioloogidega. 13 laboratooriumis on loodud laborant-bakterioloogi kohad. Suurtes asulates on avatud üldse 12 sanitaar-bakterioloogia laboratooriumi osakonda. Kõik see on suureks sammuks edasi.

Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama juurde on loodud laboratooriumiala keskus, mille ülesannetesse kuulub laboratooriumide kontrollimine, nende kindlustamine laboratooriumitarvetega, uute meetodite juurutamine ja kaadri ettevalmistamine.

Peab mainima, et suurem osa sanitaar-epidemioloogia jaamade ja osakondade tööajast kulub haiglatest saabunud analüüside tegemiseks. Järelikult peaksid suurtel haiglatel olema oma bakterioloogia laboratooriumid. Perspektiivplaanis ongi ette nähtud 6 bakterioloogia laboratooriumi avamine (Narva, Pärnu, Rakvere, Viljandi, Tallinna Vabariikliku Haigla ja Tallinna II Haigla juurde).

Eesti NSV täitis liiduvabariikidest esimesena 1959. a. sanitaar-epidemioloogia jaamade ehitamise plaani. Uutes hoonetes töötavad Vabariiklik Sanitaar-Epidemioloogia Jaam, sanitaar-epidemioloogia jaamad Kohtla-Järvel, Jõhvis ja Keilas. Tunduvalt on paranenud töötingimused Tartu, Pärnu, Tallinna ja Võru rajooni sanitaar-epidemioloogia jaamades. Kõikidel jaamadel veel siiski ei ole nõuetekohaseid ruume.

Edukamaks võitluseks nakkushaiguste vastu on vaja, et ühendatud haiglate peaarstid ja linnade ning rajoonide tervishoiuosakondade juhatajad kannaksid sanitaar-epidemioloogia jaamade peaarstide ja osakonna juhatajatega võrdset vastutust võitluses nakkushaigustega.

Edukaks võitluseks nakkushaigustega on vaja radikaalseid abinõusid elanikkonna töö- ja elutingimuste parandamiseks. Põhjalikult muutub olukord maal. Üksiktalude asemele kerkivad kolhoosikeskused. Linnade ja asulate planeerimine nõuab sanitaarorganitelt erilist tähelepanu, eriti veevõtukohtade ja reovete puhastamise meetodite valikul. Sanitaarorganid on välja selgitanud lahtiste veekogude saastumise allikad ja kindlaks määranud reovete puhastusseadmete süsteemid. Siinjuures peab märkima, et puhastusseadmete ehitamise tempo ja kvaliteet on ebarahuldav. Selle põhjusi tuleb otsida Rahvamajanduse Nõukogu valitsustest, kuid teatud osa langeb ka sanitaarjärelevalve organite töötajatele, kes ei kontrolli küllaldaselt ehitustööde käiku. Eesti NSV tervishoiu ministri käskkirjad veeresursside kasutamise ja järelevalve kohta peavad saama sanitaarjärelevalve organite töö aluseks.

1959. a. alates on vabariigi sanitaarteenistus osutanud erilist tähelepanu veevarustusele ja kanalisatsioonile. Sel alal on saavutatud teatud tulemusi põlevkivibasseinis, samuti toimuvad veevarustuse korrastustööd Tallinnas, Tartus, Pärnus, Viljandis jm. Sellele vaatamata ei ole veevarustuse probleemid maal veel lahendatud. Käesoleval aastal peavad sanitaartöötajad kohtadel esitama täitevkomiteedele ja kohalikele tööliste saadikute nõukogudele oma seisukohad veevarustuse kohta. Läbivaatamiseks esitatud perspektiivplaanides tuleb näidata võimalused olukorra parandamiseks.

Ägedate soolenakkushaiguste analüüsimine näitab, et igal aastal tõuseb haigusjuhtude arv suvekuudel. See on kahtlemata seoses kärbestega, mistõttu on eriti oluline asulate puhastamine ja kärbeste sigimispaikade likvideerimine.

Arvestades toiduainete osa nakkuste edasiandmisel tehakse tõhusat tööd toiduainete tööstuse ja ühiskondlike toitlustamisettevõtete sanitaarseisundi parandamisel. Igal aastal kontrollitakse koos ametiühinguorganisatsioonidega ühiskondlikke toitlustamisettevõtteid. Käesoleva aasta aprillis-mais viidi Tallinnas, Võrus ja Keilas läbi tervisenädalad ja -kuud.

1960. a. kuulati enamiku rajoonide täitevkomiteede koosolekutel ära aruanded piimafarmide seisukorrast. Sanitaarteenistus kontrollib pidevalt piimafarmide sanitaarseisundit. Piimafarmide töötajad on arstliku järelevalve all pisikukandluse suhtes; läbivaatuse tulemused kantakse iga töötaja isiklikku sanitaarraamatusse. 1959. a. andis Vabariiklik Sanitaarhariduse Maja välja brošüüri lüpsjatele, 1961. a. aga sanitaartehnilise miinimumi eeskirjad. Käesoleval ajal on lähemaks ülesandeks kõikide farmide korrastamine ja heakorrastatud piimafarmide ehitustööde lõpetamine.

Põllumajanduse Ministeerium koostas tuberkuloosi ja brutselloosi põdeva karja likvideerimise plaani. Plaaniga kooskõlas likvideeriti 1960. a. kõik tuberkuloosi põdeva karja väikesed (kuni 25 looma) isolaatorid. Käesoleva aasta jooksul likvideeritakse kõik brutselloosi põdevad lehmad. 1965. aastaks likvideeritakse kogu vabariigis kõik tuberkuloosi põdevad kariloomad.

Tunduv protsent nakkushaigustest langeb lapseeale. Näiteks düsenteeriasse haigestunute üldarvust on 29,5% kuni 2 aasta vanused lapsed, hepatiiti põdejatest 36,4% on kooliõpilased, kõnelemata laste piisknakkustest. Linnade lasteasutustes ei ole piisavalt kohti. Siin peavad kohalikud tervishoiuorganid olema nõudlikumad. Tuleb hoolitseda, et lasteasutuste personal ei rikuks sanitaarrežiimi. Tallinnas, Tartus ja Kohtla-Järvel korraldati lastesõimede juhatajatele seminarid nakkushaiguste profülaktikast. On vaja sisse seada ka sanitaartehnilise miinimumi katsed isikutele, kes astuvad teenistusse eelkooliealiste laste asutustesse.

Võru rajoonis on kõik koolid, peale ühe, üle viidud tööle ühes vahetuses. Lähemas tulevikus korraldatakse see kogu vabariigis. Tunduvalt on paranenud koolide sanitaarseisund. Maakoolide internaatides aga pole olukord veel rahuldav, seepärast peavad sanitaarteenistuse organid neid kõige rangemalt kontrollima.

Farmide kasutamine kooliõpilaste töökasvatuseks nõuab sanitaararstide, pediaatrite ja epidemioloogide erilist tähelepanu.

Esineb veel juhtumeid, kus iseteenindamine (kooliruumide koristamine jne.) toimub eririietuseta ning ilma meditsiinipersonali ja pedagoogide kontrollita. Samuti esineb juhtumeid, kus lapsi lastakse koristada üldkasutatavaid ruume (tualettruume jt.). See võib põhjustada nakkuste, eriti soolenakkushaiguste levimist.

1960. a. töö tulemusi kokku võttes võib öelda, et on saavutatud mõningat edu. Haigestumine nakkushaigustesse on langenud peaaegu kõikide haiguste osas (poliomüeliit, difteeria, kõhutüüfus, düsenteeria jt.). Ees seisab aga veel suur töö, et saavutada kõikide nakkushaiguste järsk vähenemine.

*

EPIDEMIOLOOGILISEST OLUKORRAST VABARIIGIS JA ÜLESANNETEST NAKKUSHAIGUSTE EDASISEL VÄHENDAMISEL

K. VASSILJEVA

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog

Üksikute nakkushaiguste levimine Eesti NSV-s on teatud määral tingitud nakkushaiguste (näiteks kõhutüüfuse, difteeria, poliomüeliidi) laialdasest levikust sõjaeelsel perioodil, samuti looduslike haiguskollete esinemisest. Viimastel aastatel täheldatakse laialdaste profülaktiliste ja epideemiatõrje ürituste ning elanikkonna kasvava heaolu tulemusena üksikute nakkushaiguste tunduvat vähenemist. Mõnede nakkuste (sarlakid, epideemiline hepatiit jt.) järsuks vähendamiseks ja likvideerimiseks ei ole aga meil veel vastavaid võimalusi.

Rida nakkushaigusi on Eesti NSV-s praktiliselt juba likvideeritud, nagu marutõbi, värske brutselloos, siberi katk (inimeste hulgas) ja malaaria. Vaatamata sellele, et vabariigis leidub üksikuid looduslikke koldeid, ei ole esinenud tulareemiat. Trahhoomi on olnud vaid mõned üksikjuhud. Tänu rakendatud abinõudele on vabariigi lõunarajoonides järsult vähenenud ja likvideeritakse lähemal ajal haigestumine naha seenhaigustesse. Rakendatakse abinõusid, mis takistavad puukentsefaliidi levikut vabariigi kagupiirkonnas asuvates looduslikes kolletes.

Poliomüeliit on vabariigi territooriumil ammust ajast levinud haigus, viimastel aastatel aga omandas see sageli epideemiliste puhangute iseloomu. Otstarbekohaste abinõude rakendamisega alustati juba 1958. a., mil teostati profülaktilisi poliomüeliidivastaseid pookimisi, esimesel etapil

küll surmatud vaktsiiniga. Hiljem, kui saadi akadeemik A. Sabini tüvedest attenueeritud elusvaktsiini, viisime sellega läbi elanikkonna massilise immuniseerimise. 1960. a. teostasime korduvat immuniseerimist, kusjuures vaktsineeriti üle 800 000 inimese (69,7%). Käesoleval aastal viiakse uuesti läbi massiline immuniseerimine. Nüüd võime anda juba teatud hinnangu vaktsineerimise kaugtulemuste kohta. Kahe suveperioodi jooksul ei esinenud haigestumise sesoonset tõusu. 1960. a. mais registreeriti ainult neli poliomüeliidijuhtu, käesoleval aastal poliomüeliiti haigestumist ei ole esinenud.

1960. a. paranes epidemioloogiline olukord vabariigis tunduvalt, võrreldes 1959. aastaga. Enamikesse nakkushaigustesse haigestumine vähenes, samuti vähenes haigestumine kõhu- ja paratüüfusesse. Mõnes rajoonis ei ole mitme aasta jooksul registreeritud ühtegi kõhutüüfuse juhtu. Üksikutes rajoonides aga on olukord selles suhtes veel ebasoodne.

Kõhutüüfuse levimise peamiseks põhjuseks on kontakt krooniliste pisikukandjatega, kelle arv haigust põdenute hulgas on võrdlemisi tunduv; tähtsust omab ka pikemaajaline kokkupuutumine kõhutüüfust põdejatega, nagu seda juhtub hilise hospitaliseerimise ja haiguse hilise diagnoosimise puhul. Pärast kuuendat haiguspäeva hospitaliseeriti 62,5% haigetest (1959. a. — 61,6%). Kõhutüüfuse levitajateks võivad olla vesi (eriti kaevu- ja lahtiste veekogude vesi) ja toiduained (eriti piim).

Kõhutüüfusesse haigestumise vähendamiseks uuritakse kõhutüüfust põdenuid, et välja selgitada pisikukandjaid; tugevdatakse tõrjeabinõusid kolletes, kus elavad kroonilised nakkusekandjad, teostatakse süstemaatilist fageerimist, laiendatakse kaitsepookimiste ulatust.

Kõhutüüfusesse haigestumise vähendamisel on tähtis parandada asulate, eriti mikrorajoonide, samuti toitlusettevõtete ja veevarustuse sanitaarseisundit. Piimasaaduste säilitamisel ja kaubastamisel tuleb täita kõiki sanitaarnõudeid.

1960. a. vähenes ägedatesse soolehaigustesse, sealhulgas düsenteeriasse haigestumine tunduvalt (see oli teatud määral tingitud sesoonse haigestumise vähenemisest). Tunduvalt vähenes puhangute arv ja nende intensiivsus.

Haigestumine laste hulgas on aga endiselt kõrge ja moodustab kuni 2 aasta vanuste laste hulgas 29,9% haigestumiste üldarvust. Haiguse levimine eelkooliealiste laste asutustes oli tingitud sanitaar-epideemiatõrje režiimi rikkumistest ja esimeste haigusjuhtude hilisest diagnoosimisest. Haigestumisi esineb ka maakoolide internaatides elavate õpilaste hulgas (Märjamaa, Rakvere jt. rajoonides).

Düsenteeriasse nakatumine ja selle levimine toimub peamiselt elukondliku kontakti puhul haigetega (65,3%) ja krooniliste haigetega (6,4% juhtudest). Iseloomustav on, et haiged, kes on nakkusallikaiks, põevad enamasti haigust kergel kujul ega pöördu arsti poole. Sellised haiged avastatakse alles uute haigestumiste tõttu toimetatud uurimiste tulemusena. Esineb ka sporaadilisi juhte (58,8% juhtude üldarvust).

1960. a. toimus nakkuse levimine toiduainete kaudu 9,1% juhtudest. Vee kaudu nakatumine tehti kindlaks 2,5% juhtudest.

1960. a. oli düsenteeria erikaal soolehaiguste koguarvust 53,7% (1959. a. — 67,8%). Laboratoorselt kinnitati düsenteeria diagnoos 39,4% juhtudest, kõige sagedamini oli ka 1960. aastal haigusetekitajaks Sonne kepike (60,1% juhtudest, 1959. a. 73,1%).

Viimasel ajal on düsenteeriat põdenud rekonvalestsentide dispanseerimine ja järelravimine polikliinikute soolekabinettides mõnevõrra paranenud, samuti kroonilist düsenteeriat põdevate haigete ravimine, millest kõneleb nende haigete arvu vähenemine. Käesoleva ajani ei ole veel lahendatud laste lõpliku väljaravimise küsimus sanatoorsetes osakondades.

Tugevdati sanitaarnõudeid toiduainetega tegelevates asutustes ja tehti sanitaarharidustööd elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmiseks.

Viimaste aastate jooksul on haigestumine epideemilisesse hepatiiti sagenenud, seda esineb vabariigi kõikides linnades ja rajoonides. Hepatiiti haigestunutest on suur osa kooliealised lapsed (33,6%). Haigete varajane väljaselgitamine, eriti kollatõveta haigusvormi puhul, on veel puudulik, ei kasutata alati igakülgselt laboratoorset diagnostikat. Epideemilise hepatiidiga haigete hospitaliseerimine on viimasel ajal paranenud — hospitaliseeriti 95,3% haigetest, kuid 58,7% juhtudest hospitaliseerimine viibis.

Oleme teostanud haigetega kontaktis olnud lastele seroprofülaktikat; õigeaegse gammaglobuliini süstimisega (annust vähendamata) oleme saanud häid tulemusi ja pannud piiri haiguse levikule.

Parenteraalse epideemilise hepatiidi profülaktika küsimustele ei ole vabariigis omistatud veel küllaldast tähelepanu.

Viimase kümne aasta jooksul täheldatakse vabariigis difteeriasse haigestumise pidevat vähenemist (selle aja jooksul on haigestumine vähenenud 20 korda). Enamikus rajoonides ei ole viimaste aastate jooksul haigestumist difteeriasse enam registreeritud. Arvame, et meil on kõik võimalused selle haiguse likvideerimiseks lähemal ajal.

Vabariigis esineb aga siiski üksikuid rajoone, nagu Harju, Rakvere, Tapa, Valga ja Võru, kus on veel registreeritud difteeriasse haigestumisi. Rakvere ja Võru rajoonis alahinnati difteeria profülaktika tähtsust ja puudus vajalik kontroll läbiviidavate abinõude üle. Difteeria likvideerimiseks püstitatud ülesannete edukas täitmine oleneb ainult profülaktikavahendite täielikust ja täpsest rakendamisest.

Haigestumine läkaköhasse vähenes 1960. a. 28,3% võrra (võrreldes 1959. a.), kuid üksikutes linnades ja rajoonides esineb seda veel võrdlemisi sageli (Pärnus, Narvas, Viljandi, Põltsamaa jt. rajoonides). Kaitsepookimist läkaköha vastu alustati 1957. a. Tallinnas ja Tartus. Nii kaitsepookimiste kui ka haigete varajase väljaselgitamise tulemusena on haigestumine tunduvalt vähenenud, eriti eelkoolieaeliste laste asutustes. Kuid kõikides linnades ja rajoonides ei ole haigestumine läkaköhasse langenud vajalikul määral. Pole veel tehtud kaitsesüstimisi kõigile kuni 5 aasta vanustele lastele ega omistatud vajalikku tähelepanu revaktsineerimisele.

Vaatamata epideemilisesse parotiiti haigestumise vähenemisele 1960. a. (33,2% võrra) tuleb lähemal ajal lahendada selle vastu tehtavate kaitsesüstimiste läbiviimise küsimus.

1960. a. tõusis leetritesse haigestumine peaaegu kõikides linnades ja rajoonides. Käesoleva aasta lõpul on oodata uut haigestumise tõusu. Kuna meil on võimalus leetritevastaste kaitsesüstimiste tegemiseks, siis tuleb sellega mõnedes linnades alustada juba 1961. a. teise poolaasta algul.

Igal aastal registreeritakse Eesti NSV-s üksikuid teetanusesse haigestumise juhte keskealiste isikute, eriti maaelanike hulgas. Sellele vaatamata ei ole meditsiinipersonal selle nakkuse suhtes küllalt valvas. Lastele tehakse lähemal ajal kohustuslikud kaitsepookimised teetanuse vastu assotsieeritud difteeria-läkaköha-teetanuse vaktsiiniga. Teetanusesse haigestumise vältimiseks tuleb laiendada kaitsesüstimisi täiskasvanutele, samuti rakendada teetanuse profülaktikat mitte ainult raskete, vaid ka kergete haavade korral. Profülaktika peab olema aktiivne ja passiivne, aga mitte ainult passiivne (teetanusevastase seerumi vähendatud annuste rakendamisega).

Soolenugiliste invasiooni vähendamine ja likvideerimine on Eesti NSV-s samuti aktuaalne, sest üksikute soolenugiliste levik vabariigis on veel võrdlemisi tunduv. Nakatumine helmintoosi oli 1960. a. 5%, 1951. a. 13,4% uuritute arvust. Soolenugilistesse haigestumiste hulgas esineb kõige rohkem askaridoosi — 7,2%. Difüllobotrioos on eriti levinud

suurte järvede ääres elavate inimeste seas, kuid nakatatust esineb ka saarte ja läänerannniku elanike hulgas; difüllobotrioosi nakatumine moodustab 19% soolenugilistesse nakatumise üldarvust. Tenidoosi esines 0,02% uuritute arvust. Trihhotsefalloos on rohkem levinud Kingissepa ja Hiiumaa rajooni elanikkonna hulgas.

Soolenugiliste invasiooni vähendamiseks elanikkonna hulgas tuleb edaspidi veelgi laiemalt teostada dehelmintiseerimist koos kolde ja väliskeskkonna sanitaartingimuste samaaegse parandamisega; see on eriti tähtis invasiooni leviku tõkestamiseks.

Nakkushaiguste vähendamisel ja likvideerimisel on tähtis osa nende täielikul arvele võtmisel, õigel diagnoosimisel ja ravimisel nii statsionaarselt kui ka ambulatoorselt. Üksikutes rajoonides ei ole veel täielikult lahendatud nakkushaigete hospitaliseerimise küsimus. Nakkushaigete ambulatoorset teenindamist tuleb tunduvalt parandada nakkushaiguste kabinettide organiseerimise näol.

Omades tõhusaid vahendeid võitluseks nakkushaigustega on üksikute nakkuste edasine vähendamine ja likvideerimine lähemal ajal Eesti NSV-s täiesti võimalik.

*

B. Pšenitšnikov (Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees). **Sanitaaraktiivi tähtsusest võitluses nakkushaiguste vähendamise eest.** Efektiivne epideemiatõrje ei ole võimalik elanikkonna laiade hulkade kaasatõmbamiseta. Eriti vajalik on Punase Risti Seltsi abi. Eesti NSV-s on Punase Risti Seltsis üle 280 tuhande liikme, neist kümned tuhanded on spetsiaalse ettevalmistusega sanitaaraktivistid. On vaja, et kõik meditsiiniasutused rakendaksid võitluses nakkushaigustega sanitaaraktiivi, see aitab kaasa nakkushaiguste kiirele vähenemisele ja likvideerimisele.

A. Jannus (Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor). **Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi ülesannetest nakkushaiguste vähendamisel ning mõningate nakkuste likvideerimisel.** Instituudi teadusliku uurimistöö temaatika on tihedalt seotud praktika vajadustega. Instituudi laboratooriumides on loodud võimalused arstide täienduskursuste läbiviimiseks. Teaduslikud töötajad annavad vabariigi linnades ja rajoonides konsultatsioone väljasõidu korras. Võetakse šefluse alla mõned Eesti NSV linnad ja rajoonid (Kohtla-Järve, Narva).

Olulise tähtsusega on kõigi sanitaar-epideemiatõrje asutuste tihe koostöö. Kontakti Tartu Riikliku Ülikooli vastava profiiliga kateedritega aitaks parandada teadlaste ajutine vahetamine ja vastastikune õpetatud nõukogude tööst osavõtmine. Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumil tuleks senisest aktiivsemalt kutsuda instituudi töötajaid nõupidamistele, kus arutatakse sanitaar-epidemioloogia probleeme. Epideemiatõrje plaanid ja üritused tulevad omavahel kooskõlastada.

A. Grigorjeva (Kohtla-Järve Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst). **Nakkushaiguste vähendamise abinõudest põlevkivibasseinis.** Kohtla-Järvel on olemas nakkushaiguste vastu võitlemise seitsme aasta plaan, mille alusel töötatakse välja aastaplaanid, mis kinnitatakse täitevkomitees. Massilise vaktsineerimise tulemusena on likvideerumas poliomüeliit, ka difteeriat esineb veel ainult harvade üksikjuhtudena. Düsenteeriasse haigestunute arv langes Kohtla-Järvel 1960. a. ligi kaks korda, võrreldes 1959. a. Aastast aastasse paraneb Kohtla-Järve ja selle ümbruse sanitaarhügieeniline olukord. 1960. a. arutati Kohtla-Järve TSN Täitevkomitees sanitaar-epidemioloogia küsimusi 8 korral ja 1961. a. I kvartalis juba 5 korral. Tunduvalt on paranenud bakterioloogiliste uurimiste tase. Nakkushaiguste vältimiseks lasteasutustes korraldati seminar eelkoolieaiste lasteasutuste töötajatele. Lõpukorral on piimafarmide ülevaatus. Vaatamata saavutustele esineb ka veel puudusi. Ebarahuldavas olukorras on koolide sööklad ja puhvetid, koolide ning internaatide ruumid on üle koormatud. Linnas on veel vähe lastesõimi ja -aedu. Esineb ebatäpsusi laste arvele võtmises, mis takistab nende teenindamist. Kohtla-Järve vajab täiendavalt sanitaarautosid nakkushaigete transportimiseks. Samuti on vaja parandada varustamist bakteriaalsete preparaatidega, eriti BCG-vaktsiiniga.

A. Kuusik (Tallinna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst). **Kogemusi sanitaar- ja tervistusabinõude rakendamisest nakkushaiguste juhtude arvu vähendamisel.** Tallinnas on saavutatud võitluses nakkushaigustega märkimisväärseid tulemusi. 1960. a. vähenes elanikkonna haigestumine nakkushaigustesse 50% võrra, sealhulgas soolenakkustesse 40% võrra. Lastehalvatustõve juhte ei ole pärast 1960. a. märtsikuud Tallinnas enam esinenud.

Sanitaar-tervistavad üritused ja võitlus nakkushaigustega toimub Tallinnas kompleksplaani alusel, mis arutatakse täitevkomitee istungil detailselt läbi. Uue plaani kinnitamise eel tehakse kokkuvõte, kuidas leidsid täitmist eelmiseks aastaks planeeritud üritused. Võitluses nakkushaigustega pööratakse Tallinnas suurt tähelepanu sanitaarpropagandale. 1960. a. valmistati ette 266 ühiskondlikku sanitaaraktivisti. 1961. a. kevadel organiseeriti Tallinnas tervise hoogkuu.

U. Vagur (Rakvere Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst). **Profülaktiliste ürituste organiseerimisest rajoonis.** Tervishoiuasutustel peab olema tihe koostöö kohalike partei- ja nõukogude organitega. Oluline on, et tervishoiualaste üldkohustuslike otsuste täitmist kontrolliksid kommunaalorganid, miilitsatöötajad ja rahvasaadikud. Tervishoiuküsimusi on arutatud ka Rakvere Rajooni TSN Täitevkomitee väljasõiduistungitel. Üks selline toimus näiteks Ed. Vilde nimelises kolhoosis. Piima kvaliteedi tõstmiseks organiseeriti kolhoosides piima tootmise kontrollimise päevi. Sanitaareeskirjade rikkumised jäädvustati fotosüüdistuste näol. Koolides aitab hügieeninõudeid rakendada Punase Risti Seltsi organisatsioon. Nii linnas kui maal hoogustab tervishoiutööd sotsialistlike võistluste korraldamine.

A. Gunter (Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaterapeut). **Terapeutide edasistest ülesannetest nakkushaiguste tõrjel.** Terapeutidel on vastutusrikkad ülesanded võitluses nakkushaigustega, jaoskonnaterapeudid aga on nagu eelpostid selles võitluses. Nende ülesandeks on haigestumiste, kaasa arvatud nakkushaiguste varajane diagnostika. Jaoskonna meditsiinitöötajad peavad nakkushaiged õigeaegselt hospitaliseerima ja vältima nakkuse levikut. Kõhutüüfusega ja paratüüfusega haigete varajaseks avastamiseks on vaja senisest rohkem kasutada verekülve. Temperatuuriga haigeid tuleb senisest enam provisoorselt hospitaliseerida. Düsenteeria ravimisel on vaja juurutada A. Bilibini poolt aprobeeritud raviskeemi. Üha suuremat tähelepanu nõuab vabariigis nakkuslik kollatõbi. Meil tuleb senisest enam rakendada olemasolevaid laboratoorseid uurimismeetodeid (aldolaasi aktiivsuse määramine jt.) haigete varajasemaks avastamiseks. Botkini tõve profülaktikas on tarvis laialdaselt rakendada gammaglobuliini. Erilist rõhku tuleb panna sanitaareeskirjade täitmisele ühiselamutes ja koolide internaatides. Vabariigi ühes suuremas nakkushaiglas tuleks luua metoodiline keskus, mis tegeleks ka terapeutide ja jaoskonnaarstide kvalifikatsiooni tõstmisega nakkushaiguste alal.

S. Lepnjova (Kopli polikliiniku soolenakkuste kabineti juhataja). **Nakkushaiguste kabineti töö kogemusi.** Kopli polikliiniku nakkushaiguste kabinet avati 1955. a. soolenakkuste kabinetina, selle töö korraldati ümber NSVL tervishoiu ministri käskkirja nr. 321 alusel (20. VII 1960. a.) 1961. a. algul. Kopli polikliinikus on praegu 12 arstijaoskonda. Kabinetis töötab 1 arst, 1 meditsiiniõde ja sanitar poole kohaga. Polikliinikusse pöörduvad sooletrakti häiretega haiged suunatakse kõik nakkushaiguste kabinetti. Kabinet tegeleb haiglast väljakirjutatud nakkushaigete järelraviga ja nende dispanseerimise juhtimisega. Tunduvalt on alanenud kroonilist düsenteeriat põdevate isikute arv. Kabinetil on hea side polikliiniku jaoskonnaarstidega, Tallinna Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaamaga ja Tallinna Linna Nakkushaiglaga. Kabinet tegeleb ka parasitaarsete invasioonidega. 1960. a. avastati helmindid 4% uuritutest. Askaridoosiga isikute raviks kasutatakse ka hapnikku. Polikliiniku teenindamisel oleva linnaosa sanitaarhügieenilise olukorra parandamiseks on kasutatud sanitaaraktiivi abi. Kabinet analüüsib ja võrdleb haigestumist arstijaoskondades. Kabinet organiseerib ka profülaktilisi vaktsineerimisi vastava plaani alusel. Nii on kabinet kujunenud polikliiniku organisatsioonilis-metoodiliseks tsentrumiks võitluses nakkushaigustega. Töö soodustamiseks tuleb nakkushaiglas avada diagnostika osakonnad. Vajalik on parandada ka nakkushaiguste kabinettide varustamist ravimitega.

J. Želandovskaja (Tallinna Nakkushaigla peaarst). **Mõningate nakkushaiguste kliiniku ja ravi iseärasustest.** Ettekandes analüüsiti kliinilisi nähte ja ravi Tallinna Linna Nakkushaiglas 1960. a. ravitud düsenteeria-, Botkini tõve, kolienteriidi- ja difteeriahaigetel. Düsenteeria esinemine tõestati bakterioloogiliselt 55,7% haigetest, kusjuures avastati peamiselt Sonne bakterid. Enamasti kulges düsenteeria kergelt.

Botkini tõvega haigetest hospitaliseeriti haiguse esimese viie päeva jooksul 32,7%, 6.—10. päeval 38,2%, 11.—20. päeval 23,0%, 20. päeval ja hiljem 5,9%. Haiguse preikteerilises faasis prevaleerisid haigetel kas düspeptilised, pseudoreumatoidsed või pseudogripoossed nähud. Botkini tõve varajane diagnoosimine näib olevat rasken-

datud, sest enamik haigeid hospitaliseeritakse alles väljakujunenud ikteruse nähtudega. Epidemioloogilised andmed, preikteerilise perioodi kõikide variantide silmaspidamine, maksa ja põrna mõõtmete määramine, uriini värvuse jälgimine jne. aitavad arste haiguse diagnoosimisel. Preikteerilises perioodis, samuti ikteruseta haigusvormide puhul on soovitatav uurida ka uriini urobiliini ja sapipigmentide suhtes.

Botkini tõbi näib vanemas eas raskenevat. Lastel täheldati kergeid 75,4%, keskmisi 24,4% ja raskeid haigusvorme 1,2% juhtudest; täiskasvanuil olid protsendid vastavalt järgmised: 41,4, 47,3 ja 11,3. Lapsed viibisid Botkini tõve puhul haiglas keskmiselt 29,3 päeva, täiskasvanud 36 päeva. Maksa ägedast düstroofiast suri 3 haiget.

Kolienteriidihaigetest lastest oli 67% 0—1 aasta ja 33% 1—2 aasta vanused. Etioloogilises struktuuris prevaleerisid patogeensed kolikepikesed O_{111} ja 145.

Difteeriaga oli Tallinna Linna Nakkushaiglas ravil 1960. a. ainult 16 isikut, kusjuures toksilise difteeria I staadium esines kuuel, II staadium kahel haigel. 13 haiget olid vaktsineeritud ja revaktsineeritud. Diagnoos kinnitati bakterioloogiliselt 12 haigel.

Nakkushaigete ravi ei tohi olla šabloonne. Oluline osa on dieedil ja režiimil. Nakkushaigete ravi peab endast kujutama spetsiifiliste, patogeneetiliste ja sümptomaatiliste vahendite kompleksi. Praktikas täheldatakse, et katseklaasis saadud andmed haigusetekitaja ravimresistentsuse kohta ei ole alati arvestatavad. Ravi puhul tuleb jälgida rohkem ravimi terapeutilist efekti kui laboratooriumiandmeid.

H. Kuuse (Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja metoodik). **Sanitaarharidustöö kui tõhus abinõu nakkushaiguste vastu võitlemisel.** Ettekandja rõhutas, et tervishoiualaste teadmiste propaganda on meie ravi-profülaktikaasutuste töö lahutamatuks koostisosaks. Uhtlasi näitas ta, et sanitaarharidustöös tuleb tingimata arvestada kohalikku haigestumist ja sanitaar-epidemioloogilist olukorda. Eriti tähtis on sanitaarharidustöö üldhariduslikes koolides. Suurt tähtsust võitluses nakkushaigustega omavad hästi organiseeritud tervisenädalad ja tervisekuud. Tervishoiu ülikoolid tuleks avada vabariigi kõigis linnades ja rajoonides.

O. Tamm (Tartu Linna Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst). **Kõhutüüfuse vähendamise kogemustest Tartu oludes.** Ettekandja arvates levib kõhutüüfus Tartus peamiselt kontaktsel-elukondlikul teel. Haigestumised esinevad enamasti sügiskuudel, teatud sagenemist on märgata ka kevaditi. Keskmine suremus kõhutüüfusesse oli viimase 13 aasta jooksul 3,6%. Ligi 20% haigusjuhtudest oli nakkusallikaks bakterikandja.

Võitluses kõhutüüfusega on Tartus peamine rõhk pandud bakterikandjate avastamisele, elanikkonna immuunsuse tõstmisele ja mikrorajoonide sanitaarse olukorra parandamisele.

Bakterikandluse avastamiseks tehakse rooja bakterioloogilisi (eelnevalt lahtisti manustamisega) uurimisi ja seroloogilisi uurimisi (Vi-aglutinatsiooni reaktsioon). Alates 1960. a. hakati rakendama faagi. Samal aastal alustati ka laste vaktsineerimist alates 7. eluaastast. Tartus immuniseeritakse kõhutüüfuse vastu üldse 34—38% elanikkonnast. Kõhutüüfuse bakterite fagotüpiseerimisel on avastatud fagotüüpe *S. typhi*, E, E_2 E_5 ja A.

A. Fominõh (Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama epidemioloog). **Kõhutüüfuse puhangu likvideerimisest ühes maarajoonis.** Ettekandja analüüsis haigestumist kõhutüüfusesse Põltsamaal. Põltsamaa linnas ja rajoonis on kõhutüüfusesse haigestumise sagedus suurem kui mujal vabariigis. Haiguse levikut soodustasid siin bakterikandjate olemasolu ja sanitaar-hügieeniliste eeskirjade rikkumine. Põltsamaa linnas ei ole senini veel üldist veevärki ja kanalisatsiooni. Osa kaeve on madalad, käimlad aga on enamasti ehitatud kuivkäimlatena. Ei ole ehitatud reovete puhastusseadmeid, mistõttu kahjutustamata reoveed voolavad linna läbivasse jõkke. Kõhutüüfusesse haigestumise vähendamiseks on vaja likvideerida puudused kommunaal-hügieeni alal, kehtestada bakterikandjate suhtes kõik vastavad eeskirjad. 1961. a. vaktsineeritakse siin kõhutüüfuse vastu ligi 50% elanikkonnast.

A. Vares (Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peapediaater). **Pediaatriateenistuse ülesannetest ägedate soolenakkuste ja difteeria vähendamisel.** Ettekandja rõhutas, et võitluses nakkushaigustega on suur osatähtsus laste polikliinikutel ja nõuandlatel. Pediaatrijaoskondade arvu suurendamine, patronaažiõdede tööleraken-damine 1,5 koormusega ja rida teisi organisatsioonilisi abinõusid on juba andnud positiivseid tulemusi.

Laste polikliinikud ja nõuandlad peavad järjekindlalt pidama laste arvestust. Meil peavad olema täpsed andmed ka mujalt saabunud laste kohta, samuti peame teadma, kas neid on vaktsineeritud difteeria vastu. Igas polikliinikus ja nõuandlas tuleb avada vaktsineerimise kabinet, kus on kartoteek, milles kaardid on paigutatud järjekordsete vaktsineerimistähtpäevade järgi. On vaja tunduvalt vähendada kodus toimuvate vaktsineerimiste arvu. Vaktsineerimiste vastunäidustuste puhul

on vaja läheneda lapsele individuaalselt; paljud eeskirjas nimetatud haigused on kontraindikatsiooniks ainult nende ägedas järgus. Oluline on haiguse varajane diagnoosimine ja kergete haigusvormide avastamine. Difteeria likvideerimiseks tuleb iga angiinijuhu puhul rakendada bakterioloogilist uurimist. Et difteeria on muutumas harva esinevaks haiguseks, on vaja pediaatritele ja infektsionistidele korraldada seminare selle haiguse diagnostikast, ravist ja profülaktikast.

Enamike soolenakkuste puhul puuduvad veel efektiivsed vahendid immuunsuse saavutamiseks. Seetõttu on oluline tähtsus lapse organismi vastupanuvõime tõstmisel (ratsionaalne toitmine, karastamine) ja rahhiidi ning hüpotroofia vältimisel. Varases lapseeas nakatuvad lapsed soolenakkustesse peamiselt isikute kaudu, kes nende eest hoolitsevad. Emasid on vaja bakterioloogiliselt uurida juba raseduse ajal, tähelepanu tuleb pöörata ka teistele perekonnaliikmetele. Kõiki seedehäiretega lapsi tuleb samuti uurida düsenteeria, kolienteriidi jt. soolenakkuste suhtes. Bakterioloogilisi uurimisi tuleb suuremates keskustes teha ka puhkepäevadel.

Senisest suuremat tähelepanu on vaja osutada soolenakkustega laste ravile, võidelda toksikoosiga, rakendada hapnikravi jne. Raviarstid peavad hästi tundma dietoloogiat. Eesti NSV-s täidetakse veel loiult NSVL tervishoiu ministri käskkirja, mis reguleerib sanitaar-epidemioloogiateenistuse ja ravi-profülaktikaasutuste tegevust võitluses nakkushaigustega.

L. Stepanova (Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama peaarst). **Difteeria likvideerimise perspektiividest Eesti NSV-s.** Eesti NSV tervishoiutöötajate ülesandeks on likvideerida difteeria 1962. a. lõpuks. Reaalsed võimalused on meil selleks olemas. Difteeriasse haigestumine on meil langenud aastast aastasse. 1960. a. vähenes difteeriasse haigestumine võrreldes 1952. aastaga 20 korda. Eesti NSV-s on rajoone ja linnu, kus difteeriasse haigestumisi ei ole registreeritud juba mitme aasta jooksul.

Võitluses difteeriaga on otsustav tähtsus vastavalt eeskirjadele toimuval vaktsineerimisel. Seda tuleb selgitada ka lastevanematele. Vaktsineerimise ja revaktsineerimise läbiviimiseks peavad kõik lapsed olema arvele võetud. Ebarahuldavalt toimub vabariigis laste revaktsineerimine; nii revaktsineeriti meil teisel eluaastal ainult 39% lastest, Haapsalus isegi ainult 12%, Väike-Maarjas 13%, Abjas 14% jne. Difteeriasse haigestunute analüüsimisel selgub pahatihti, et haigeid on puudulikult immuniseeritud.

Difteeria immuunsusseisundi uurimiseks Eesti NSV-s rakendati 1960. a. Schicki reaktsiooni 7 linnas ja rajoonis (üldse uuriti 6,5 tuhat last). Uurimise tulemustest selgub, et organiseeritud kollektiivides on immuunsuseta lapsi 5,9—8,0%. 1961. a. uuritakse sama reaktsiooni abil immuunsust veel 14 rajoonis.

Senisest aktiivsemalt on vaja avastada bakterikandjaid, sest nad on haiguse leviku potentsiaalseks allikaks, ja tõsta difteeria laboratoorse diagnostika kvaliteeti.

Meil esineb veel eksimisi diagnoosimisel (Rakvere, Võru). On juhte, kus haiguse avastamine ja hospitaliseerimine on hilinenud. Vaatamata difteeriasse haigestumise järsule langusele ei tohi meditsiinitöötajad vähendada valvsust selle infektsiooni suhtes.

A. Valdman (Tartu Laste Polikliiniku juhataja). **Laste Polikliiniku töö kogemustest nakkushaiguste likvideerimise alal.** Nakkushaiguste profülaktikas on oluline tähtsus vaktsineerimisel. Tartu Laste Polikliinikus hoolitsetakse, et iga jaoskonnaarst ja õde tunneks hästi nende teenindamisel olevaid lapsi. Igale vastsündinule täidetakse koos individuaalkaardiga laste profülaktiliste kaitsesüstimiste kaart (vorm 63). Mõlemad kaardid asuvad jaoskonnaarsti kabinetis. Jaoskonnaarst ja õde koostavad igaks jooksvaks kuuks vaktsineerimise plaani ja annavad tehtud tööst aru polikliiniku juhatajale. Kaitsesüstimised püütakse teha peamiselt polikliinikus. Vaktsineerimise jaoks kodus oleks vaja toota vaktsiini ka ühe- või kaheannuselistes kogustes.

1960. a. uuriti difteeria immuunsust Schicki reaktsiooniga 916 lapsel. Positiivse reaktsiooni korral korrati vaktsineerimist. Võrreldes 1945. a. on Tartus difteeriasse haigestumine langenud 69 korda. Viimase kaheksa aasta jooksul ei ole esinenud ühtegi surmajuhtu. Arvestades difteeria atüüpilisust uuritakse raskemaid angiinijuhte bakterioloogiliselt.

Edusamme on olnud ka võitluses tuberkuloosiga.

Leetrite profülaktikas on suur tähtsus gammaglobuliinil. Oleks vaja organiseerida selle müüki ka apteekides.

Polikliinik tegeleb pidevalt arstide ja meditsiiniõdede kvalifikatsiooni tõstmisega (konverentsid, seminarid, plaanilised ülesanded). Hädavajalik on välja anda uus lastehaiguste õpik keskharidusega meditsiinitöötajatele.

Polikliiniku ravi-profülaktilisele tööle osutab suurt abi sanitaaraktiiv — igas jaoskonnas töötab 4—6 ühiskondlikku aktivisti.

Suurt rõhku pannakse sanitaarharidustööle. Emadele on olnud suureks abiks Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla arstide kollektiivi poolt koostatud käsiraamat «Varaealiste laste tervishoid».

Uldise sanitaar-hügieenitaseme tõstmiseks on vajalik ka üldhariduslike koolide õppekavasse võtta vastavad õppeained.

A. Volõnkina (Tartu Laste Polikliiniku jaoskonnaarst). **Nakkushaiguste vähendamise kogemustest pediaatrijaoskonnas.** Ettekandja rõhutas samuti käsiraamatu «Varaealiste laste tervishoid» tähtsust. Ema ja lapse patroneerimisel kohustatakse emasid läbi töötama selle raamatu mõni peatükk. Hiljem kontrollitakse omandatud teadmisi. Tartu Laste Polikliiniku arstid propageerivad laialdaselt imikute rinnaga toitmist. Aastast aastasse suureneb piimaköögi kasutavate emade arv. Osa lapsi saab piimaköögist tasuta toitu.

Soolenakkuste vältimiseks uuritakse igat rasedat ja tema perekonnaliikmeid bakterioloogiliselt. Teine kord uuritakse ema sünnitusmajas. Võitlus soolenakkustega toimub tihedas koostöös nakkushaiguste kabinetiga.

Jaoskonnaarsti tööd raskendab Tartus asjaolu, et nakkushaiglas puudub diagnostika osakond. Raskusi on ka sellega, et jaoskonnaarst ei saa välja anda töövõimetuslehte nendele emadele, kelle lapsed on nakkushaigetega kontaktsed või viibivad kodus pärast nakkushaiglast väljakirjutamist. Tartu Linna Nakkushaigla juurde on vaja organiseerida düsenteeriahaigete rekonvalestsentidele sanatoorne osakond.

A. Migatš (Tallinna Laste Polikliiniku nakkushaiguste kabineti juhataja). **Laste polikliiniku nakkushaiguste kabineti töökogemustest.** Ettekandja poolt juhitav nakkushaiguste kabinet teenindab Tallinna Kalinini ja Mererajooni lapsi. Haiged või haiguskahtlased lapsed suunab kabinetti jaoskonnaarst, lastekollektiivi arst või mõni teine spetsialist. Kabinetti saabunud lapsi uuritakse kompleksselt, bakterioloogiline uurimine kaasa arvatud. Nakkushaigusi põdenud lapsed on jaoskonnaarstide järelevalve all. Nakkushaiguste kabinet kontrollib viimaste tööd ja annab konsultatiivset-organisatoorset abi. Düsenteeriahaigete rekonvalestsentide järelravi teostab kabinet. Nakkushaigust põdenud laps lubatakse lastekollektiivi või kustutatakse arvelt jaoskonnaarsti, nakkushaiguste kabineti arsti ja epidemioloogi ühise otsuse kohaselt. Tunduvalt on vähenenud kroonilise düsenteeria juhtude arv. Nakkushaiguste kabinet tegeleb helmintide ja protosoade avastamisega ja vastavate haigete raviga.

Laste nakkushaiguste kabinettide tööd takistab juhendite ja instruktsioonide puudumine. Kabinettide arste tuleks kogemuste saamiseks suunata Moskvasse. Parandamist vajab side nakkushaiglaga. Ka kabineti arstidele tuleb võimaldada töötada statsionaaris nagu jaoskonnaarstidel. Töö hõlbustamise eesmärgil peab nakkushaiguste kabinet asuma samas hoones polikliinikuga.

O. Kuiva (Tallinna Mererajooni Laste Polikliiniku jaoskonnaarst). **Nakkushaiguste tõrje organiseerimisest pediaatrijaoskonnas.** Pediaatrijaoskonnas, mida ettekande autor teenindab, on 1018 last. Laste täpse arvu teadasaamiseks toimub nende loendamine 2 korda aastas. Lapse väljakirjutamine sünnitusosakonnast toimub jaoskonna pediaatri juuresolekul. Võitlust nakkustega alustatakse juba antenataalses perioodis. Rasedaid patroneeritakse dekreetpuhkuse ajal, sel ajal selgitatakse välja ka faktorid, mis võivad last ohustada (tuberkuloosi jt. nakkuskolded jne.). Pärast sünnitusmajast väljakirjutamist patroneeritakse ema ja last esimese kolme päeva jooksul.

Nakkushaigeid lapsi teenindatakse nende kodudes. Hospitaliseerimise vajadusel hoolitsetakse transpordivahendi eest ja võetakse tarvitusele kõik profülaktika abinõud koldes.

Väljaheite võtmiseks bakterioloogiliseks uurimiseks on jaoskonnaarstil visiidi ajal alati kaasas katsut tampooniga.

Difteeria avastamiseks toimub kõigi angiinijuhtude bakterioloogiline uurimine. Hoolitsetakse selle eest, et kõik ettenähtud lapsed oleksid difteeria vastu vaktsineeritud.

Varaealisi lapsi pirketiseeritakse üks kord kvartalis, eelkooliealisi lapsi aga vähemalt 2 korda aastas. Positiivse reaktsiooni puhul suunatakse laps ftisiaatri juurde.

Rakendatud profülaktikaürituste tulemusena väheneb jaoskonnas pidevalt nakkushaigustesse haigestunute arv.

TUBERKULOOSITÕRJE OLUKORRAST JA ULESANNETEST EESTI NSV-s

E. KAMA

Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst

Nõukogude tervishoiul on suuri saavutusi tuberkuloositõrje alal. Elanikkonna üldise materiaalse heaolu, kultuuritaseme pideva tõusu ja tuberkuloositõrje tulemusena on Eesti NSV-s suudetud tunduvalt vähendada elanikkonna haigestumist ja suremist tuberkuloosi.

Pöördeline tähtsus tuberkuloosi kui levinud nakkushaiguse likvideerimisel on NSVL Ministrite Nõukogu määrusel 1. septembrist 1960. a. ja ENSV Ministrite Nõukogus selle alusel väljatöötatud määrusel.

Pidades tuberkuloositõrjet tähtsaimaks riiklikuks ülesandeks, võttis Eesti NSV Ministrite Nõukogu oma määruses 14. oktoobrist 1960. a. vastu mitmed tähtsad otsused tuberkuloosivastase võitluse parandamiseks Eestis. Vastavalt määrusele töötas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium seitseaastakuks välja üksikasjalise tuberkuloositõrje plaani.

Määrusekohaselt on alates 1. jaanuarist 1961. a. kõigis statsionaarsetes tuberkuloosiravi asutustes suurendatud ravimite ja toidunorme. Pikaajalise ravi saamiseks on kõigile tuberkuloosihaigeile kindlustatud töövõimetusleht kuni 10 kuuks, kusjuures töökoht säilitatakse kuni 12 kuu jooksul. Ka ambulatoorsetes tingimustes on ette nähtud tasuta ravi.

Eesti NSV-s on praegu igas linnas ja rajoonis kas tuberkuloositõrje dispanser või kabinet. Nõukogude korra taaskehtestamisel 1940. a. organiseeriti vabariigis 3 tuberkuloositõrje dispanserit ja 8 tuberkuloositõrje kabinetti. 1960. a. oli aga juba 21 tuberkuloositõrje dispanserit ja 20 tuberkuloositõrje kabinetti.

Aasta-aastalt on Eestis kasvanud ka ftisiaatrite arv ja voodite arv tuberkuloosihaigetele.

Aasta	Ftisiaatrite arv	Voodite arv
1940	31	166
1945	24	267
1950	53	618
1955	106	1060
1960	143	1098

1960. a. andmeil oli Eestis tuberkuloosi raviks 10 000 elaniku kohta 0,9 haigevoodit ja 1,0 voodit sanatooriumis.

Kui aluseks võtta haigete arv, siis on Eesti NSV-s voodeid tuberkuloosi raviks tunduvalt vähem kui paljudes teistes liiduvabariikides. Nii oli 1959. a. Eestis ühe voodi kohta aktiivse tuberkuloosi haigeid 16,9 ja 1960. a. 14,4. Vastavalt Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusele tuleb meil käesoleva seitseaastaku lõpuks tuberkuloosihaigete voodite arvu suurendada kuni 3700-ni. Praegu on ehitamisel uus tuberkuloosisanatoorium Kose-Ristil. On planeeritud täiendavad ehitused Tallinnas, Taageperas ja Kohtla-Järvel.

Seitseaastaku lõpuks tuleb haigestumist tuberkuloosi vähendada 3—4 korda, võrreldes 1958. a. tasemega.

Seoses diagnoosimise ning arvele võtmise paranemisega täheldati Eesti NSV-s kuni 1953. aastani aktiivsesse kopsutuberkuloosi haigestumise suurenemist. Alates 1953. a. algas haigestumise pidev vähenemine. 1960. aastaks oli haigestumine vähenenud 46% võrra (võrreldes 1953. a.), seega ligi 2 korda. Haigestumine luutuberkuloosi vähenes samal ajal 54,3% võrra.

Seitseaastaku kahe esimese aasta jooksul vähenes haigestumine tuberkuloosi 27,1% võrra, laste seas isegi 43%.

Koos haigestumise üldise vähenemisega langeb ka kaugelearenenud vormidega arvele võetavate isikute arv. Nii oli kaugelearenenud vorme 1959. a. 8,4%, 1960. a. — 7,9%. Eriti tunduvalt on vähenenud luutuberkuloosi kaugelearenenud vormidega arvele võetavate arv — 1959. a. oli see 2,7% ja 1960. a. 2,0%.

Vaatamata nimetatud positiivsetele nihetele tuleb märkida, et tuberkuloosi haigestumine ületab meie vabariigis veel tunduvalt üleliidulise keskmise näitaja. 1959. a. oli Eesti NSV-s haigestumine 25,6, 1960. a. — 22,7 (maal 21 ja linnas 23) 10 000 elaniku kohta.

Haigestumise tase rajoonides oli 1960. a. enam-vähem ühtlane, välja arvatud Rakvere, Haapsalu ja Jõhvi rajoon, kus see on tunduvalt madalam (vastavalt 14,0, 17,0 ja 18,0 iga 10 000 elaniku kohta). Keskmisest tunduvalt kõrgem on haigestumine Harju rajoonis: 10 000 elaniku kohta 29.

Aasta-aastalt on vähenenud ka profülaktilisel läbivaatusel avastatud aktiivse tuberkuloosiga isikute protsent. Kui 1958. a. avastati 10 000 läbivaadatu kohta 47 aktiivse tuberkuloosiga haiget, siis 1960. a. juba tunduvalt vähem — 20,3. Seega on profülaktiliselt avastatud aktiivset tuberkuloosi põdejate arv 2 viimase aasta jooksul vähenenud üle 2 korra.

Ka haigestumine haigetega kokkupuutuvate isikute seas on viimase 2 aasta jooksul vähenenud üle 2 korra. Nii haigestus 1958. a. 10 000 haigetega kokkupuutuva kohta 227, 1960. a. aga 111,6 isikut.

Profülaktilisel läbivaatusel avastatute ja kontaktsete isikute haigestumise järsk vähenemine näitab profülaktilise töö paranemist. Tuberkuloosikollete nakkusohtlikkuse vähenemiseks on oluline parandada haigete korteritingimusi. Ministrite Nõukogu määrus näeb ette tuberkuloosikepikesi eritavatele haigetele omaette elamispinna eraldamist. Perekondadest, kus on aktiivset tuberkuloosi põdevaid isikuid, võetakse terved lapsed alaliseks lastesõime, lasteaeda või internaatkooli.

Haigestumise vähenemine algas meie vabariigis juba 1953. a. Seoses ravi efektiivsuse suurenemisega hakkas ka haigete arv langema (alates 1957. aastast). Seitseaastaku kahe esimese aasta jooksul on tuberkuloosihaigete arv vähenenud 21,7% võrra, tuberkuloosikepikesi eraldavate haigete arv 9% võrra.

Laste ja noorukite protsent moodustab üha väiksema osa tuberkuloosihaigete üldarvust:

1955. a.	täiskasvanuid	77,7%,	noorukeid	6,2%,	lapsi	16,1%,
1958. a.	„	80,6%,	„	5,9%,	„	13,5%,
1960. a.	„	85,5%,	„	4,2%,	„	10,3%.

Tuberkuloosihaigete üldarvust moodustavad kopsutuberkuloosi haiged 90% ja luutuberkuloosi haiged 4%. Kopsutuberkuloosi haigetest on suurem osa täiskasvanud, kellest $^1/_3$ eritab tuberkuloosikepikesi. Haigusetekitajaid eritavad isikud on suurelt osalt üle 50 a. vanused (Tallinnas näiteks 31%).

Aktiivse tuberkuloosi haigete üldarv 10 000 elaniku kohta oli Eesti NSV-s 1959. a. 150 ja 1960. a. 130.

1959. a. oli meil tuberkuloosihaigete arv ligemale 2 korda kõrgem kui NSV Liidu keskmine.

Vaatamata dispanseersete gruppide ühtlustamisele tuberkuloosihaigete kontrollimise tulemuste põhjal on meil veel üksikutes rajoonides haigete arv palju kõrgem vabariigi keskmisest (Elva, Abja, Väike-Maarja ja Tartu rajoonis); end. Lihula, Rapla ja Jõhvi rajoonis on see keskmisest palju madalam.

Kuna kompleksed ravivõimalused ja ravi efektiivsus on aasta-aastalt suurenenud, peaks arvelolevate haigete arv veel enam vähenema. Tuleb arvata, et väga kõrge haigete arv meie vabariigi mõnes rajoonis on tingitud sellest, et ftisiaatrid hoiavad II dispanseerses grupis haigeid, kes praktiliselt kuuluvad juba III dispanseersesse gruppi (s. t. juhindutakse dispanseerse grupeerimise tähtaegadest, mis olid juhiseks enne antibakteriaalse ravi kasutamisele võtmist).

Tuberkuloosi surnud inimeste arv on aasta-aastalt vähenenud. 1940. aastaga võrreldes on suremus vähenenud 5 korda.

Aasta-aastalt on vähenenud alla 1 a. arvelolnud haigete suremine. Surnud isikud on peamiselt aastaid arvel olnud vanad kroonilised haiged: neist 40,7% suri kodus (Tallinna linnas 23%). Juba käesoleval aastal tuleb jõuda selleni, et kõik haiged protsessi ägenemisperioodis ja haiguse lõppstaadiumis oleksid isoleeritud haiglatesse. Seni on seda kahtlemata takistanud ka voodikohtade vähesus.

Tunduvalt on paranenud kompleksravi võimalused ja ravi efektiivsus. Ravi tagajärjel vähenes bakterite eritajate arv 1959. a. 16,1% ja 1960. a. 20,9% võrra. Aktiivse tuberkuloosiga haigete grupist viidi 1959. a. üle mitteaktiivse tuberkuloosiga gruppi 14% ja 1960. a. 25%.

Möödunud aastal vähenes nii meil kui ka mujal Nõukogude Liidus tunduvalt õhkrindravi kasutamine — osalt seetõttu, et on enam arvele võetud piiratud protsessiga haigeid. Kui 1959. a. rajati Eestis tuberkuloosihaigetele 511 õhkrinda, siis 1960. a. ainult 284. Esmase aktiivse kopsutuberkuloosiga haigetel rajati õhkrind 1959. a. 14,1%-l ja 1960. a. ainult 7,4%-l.

Kuigi viimastel aastatel on täpsustatud õhkrindravi näidustusi ja loobutud pikaajalisest õhkrindravist, on meil veel varasematest aastatest jäänud pikaajalise õhkrindravi tulemusena haigeid rigiidsete, transudaadiga jääkõõntega, millest tulenevad komplikatsioonide võimalused. Rigiidse õhkrinna teket on tarvis vältida ja püüda aktiivselt likvideerida rigiidseid jääkõõsi; kui vaja, teha kopsu dekortisatsiooni operatsioon.

Ftisiokirurgiliste operatsioonide arv on paaril viimasel aastal langenud seoses õhkrinda korrigeerivate operatsioonide vähenemisega ja ka seetõttu, et enamik arvelevõetuist on piiratud protsessiga haiged, kes ei vaja kirurgilist ravi.

Suurte kopsuoperatsioonide seas on kopsuresektsioonide osatähtsus veel väga väike (15%), samal ajal on aga kavernotoomiate arv väga suur (31%). Teistes NSV Liidu vabariikides ei rakendata nii sageli kavernotoomiat kui Eesti NSV-s. Kuna pärast kavernotoomiat tuleb haigel väga kaua haiglas viibida, koormab see raviasutusi. On vaja hakata rohkem rakendama kopsu ökonoomseid resektsioone ja pleurektoomiat. Meil on praegu küllaldaselt ftisiokirurge, tuleb ainult tõsta kirurgilise ravi efektiivsust, mis kahtlemata suurendab haigete veendumust operatiivse ravi edukuses. Vaatamata ftisiokirurgiliste operatsioonide arvu vähenemisele 1958.—1960. a. ei ole meil kirurgilise ravi osatähtsus tuberkuloosi kompleksses ravis praegu väiksem kui teistes liiduvabariikides.

Luutuberkuloosi hakati meil laialdaselt kirurgiliselt ravima alates 1958. a. Nii on kahe viimase aasta jooksul Tallinna Linna Luutuberkuloosi Sanatooriumis ja Narva-Jõesuu Luutuberkuloosi Sanatooriumis opereeritud üle 300 luutuberkuloosiga haige.

Möödunud aastal paranes tuberkuloosiasutuste koostöö teiste tervishoiuasutustega. 25 rajoonis organiseeriti seminarid tuberkuloosi profülaktikast. Tallinna linnas peeti kõigis polikliinikutes 3 seminar-loengut polikliinikute arstidele.

1960. a. uuriti Tallinna linnas elektrimootorite tehase «Volta» töölisi ja Harju rajooni elanikke tuberkuloosi haigestumise ja infitseerituse avastamiseks.

Aasta-aastalt on laienenud tuberkuloosivastane kaitsepookimine: 1958. a. revaktsineeriti 41 874 inimest, 1959. a. — 56 908, 1960. a. — 59 300.

Vastsündinute betsežeerimise protsent on viimastel aastatel olnud 94—97% piires. 1960. a. lõpul ja 1961. a. I kvartalis on revaktsineerimiste läbiviimist takistanud vaktsiini vähesus. Meil on vaja vaktsineerida kõik kuni 30 aasta vanused tuberkuloosist infitseerimata kodanikud. Enne kõike on tarvis parandada vaktsiiniga varustamist. Tuberkuloosi varaseks avastamiseks ja samuti õigeaegseks kaitsepookimiseks on vaja tunduvalt parandada tuberkuliinidiagnostikat. Tallinna Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri kontrollkäik Tallinna koolidesse näitas, et selles töös esineb tõsiseid puudusi. Paljudes kohtades ei peeta kinni eelkooliealiste kolmekordsest ja kooliealiste kahekordsest tuberkuliniseerimisest aasta jooksul, mistõttu viraažiperioodi avastamine toimub puudulikult.

Tuberkuliinidiagnostika kõrval on teiseks tuberkuloosi varase avastamise meetodiks fluorograafiline uurimine. Vabariigi 11 fluorograafist töötas 1960. a. ainult 7 ja needki alakoormusega. Kui Tallinnas Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri 2 fluorograafiga vaadati aastas läbi 86 485 inimest, siis ülejäänud fluorograafid aga ainult 64 046, seega keskmiselt 12 800, samal ajal kui ühe fluorograafi nõutav koormus on 40 000. 1960. a. tegid fluorograafia ja röntgenikabinetid üldse 279 482 profülaktilist röntgenoloogilist uurimist (haarab $^1/_4$ elanikkonnast). Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus kohustab aga vähemalt 2 aasta jooksul läbi vaatama kogu elanikkonna. Järelikult peame profülaktiliste läbivaatuste arvu aastas tõstma kahekordseks. Selleks on vaja täie koormusega tööle rakendada kõik fluorograafid ja maarajoonide jaoks taotleda juurde 3 liikuvat fluorograafi.

Et seitseaastaku lõpuks vähendada tunduvalt haigestumist tuberkuloosi, on vaja:

1) suunata peatähelepanu profülaktilisele tööle;

2) suurendada koosseisuliste kohtade arvu rajoonide tuberkuloositõrje dispanserites ja kabinettides;

3) suurendada vastavalt Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusele haiglavoodite arvu tuberkuloosihaigetele, et oleks võimalik isoleerida kroonilised pisikuid eritavad haiged ja ravida neid pikemat aega;

4) parandada tuberkuliinidiagnostikat ja viraaži avastamist koolides ja lasteasutustes;

5) sanitaar-epidemioloogia jaamadel parandada tuberkuloosivastaste kaitsepookimiste planeerimist ja varustada rajoone küllaldaselt BCG-vaktsiiniga;

6) rakendada tööle kõik fluorograafid; selleks luua normaalsed tingimused ruumide ja koosseisude näol;

7) parandada pikaajalise kombineeritud ravi läbiviimist ambulatoorsetes tingimustes;

8) pühendada enam tähelepanu nakkuskolletele ja desinfitseerimisele;

9) statsionaarist mitte välja kirjutada pisikuid eritavaid haigeid dispanseri arsti teadmata.

*

Z. Kõiv (Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arst). **Tuberkuloositõrjest laste hulgas Eesti NSV-s.** Viimaste aastate jooksul on Eesti NSV-s haigestumine tuberkuloosi vähenenud, seda eriti varaealiste laste hulgas. Näiteks on laste haigestumine tuberkuloosi Tallinnas 1960. a. 1958. aastaga võrreldes 25% võrra väiksem, 1955. aastaga võrreldes aga 65,1% võrra. Lapsed haigestuvad peamiselt mitmesugustesse kopsutuberkuloosi vormidesse.

Tuberkuloosi varajaseks avastamiseks on vaja regulaarselt teha Pirquet' proovi: varaealistele ja eelkooliealistele lastele kolm korda aastas, kooliealistele lastele ja noorukitele kaks korda aastas. Vaatamata nendele nõudmistele ei pööra pediaatrid ning laste- ja noorukite kollektiive teenindavad arstid sellele küllaldast tähelepanu. Mõnedes koolides teostatakse õpilaste regulaarset pirketiseerimist puudulikult.

Tuberkuliinidiagnostikat tuleb teostada ka lastesõimedes, -aedades ja kodudes. Kodustele lastele teevad seda laste nõuandlad, lastekabinetid, maa-jaoskonnahaiglad, maa-arstiambulatooriumid ja velskripunktid.

Puuduliku tuberkuloosiprofülaktika tõttu avastatakse tuberkuloosi põdevaid lapsi ja noorukeid infektsiooni varajasel, s. t. viraažiperioodil vähe; enamikel juhtudel on tegemist esmase tuberkuloosi väljakujunenud lokaalsete vormidega. Tuberkuloosi profülaktika peab lähemal ajal saavutama nii kõrge taseme, et esmane tuberkuloos avastataks eranditult enne lokaalsete vormide tekkimist, s. t. viraažiperioodil.

G. Vanovskaja (Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arst). **Luu- ja liigesetuberkuloosivastase võitluse organiseerimisest Eesti NSV-s.** Käesoleval ajal võetakse Eesti NSV-s luutuberkuloosi haigeid dispanseerselt vastu 4 asutuses, lähemal ajal lisandub veel 2 asutust. Võitluses luutuberkuloosiga on suured ülesanded rajooni tuberkuloositõrje dispanseritel, kes instrueerivad üldvõrgu arste ning peavad diagnostikaküsimustes sidet rajooni kirurgiga. Aasta-aastalt väheneb haigestumine luutuberkuloosi. Sanatooriumikohtade arv luutuberkuloosi haigete jaoks on meie vabariigis küllaldane. Tähelepanelik haigete uurimine ja nende aktiivne ravimine võimaldab meil kahe lähema aasta jooksul tunduvalt vähendada luutuberkuloosi haigete arvu vabariigis.

E. Kalev ja L. Sauemägi (Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arstid). **Fluorograafiameetodi tähtsusest tuberkuloosi varajasel avastamisel Eesti NSV-s.** Kopsutuberkuloosi varajase avastamise abinõude hulgas on tähtis koht fluorograafilisel uurimisel. Aasta jooksul peaks aga läbi vaadatama tunduvalt rohkem inimesi. Aparatuur töötab alakoormusega Tallinna Linna II Haigla polikliiniku fluorograafia kabinetis (läbivaadatute arv on läbilaskevõimsusest poole väiksem) ja Kalinini rajooni polikliiniku liikuvas fluorograafia jaamas (läbivaadatute arv võiks olla 3 korda suurem). Aparaatide vähese koormatuse peamisteks põhjusteks on fluorograafia kabinettide väike koosseis (üks röntgenoloog ja üks röntgenitehnik) ja uurimisele määratud isikute mitteilmumine. Asutuste meditsiinipunktide töötajad ei pööra vajalikku tähelepanu läbivaatuse tulemustele. Ka kohustuslikule läbivaatusele kuuluvad isikud ei ilmu igal aastal kontrollimisele, kuna järelevalve sanitaar-epidemioloogia jaamade poolt ei ole küllaldane. Fluorograafilise uurimisega on praktiliselt hõlmamata kodused ja pensionärid. Töö parandamiseks selles osas tuleb kõik polikliinikukülastajad suunata kord aastas fluorograafilisele uurimisele. Fluorograafide normaalse koormamise ja töö õige organiseerimise puhul on võimalik kogu Tallinna elanikkond läbi vaadata kahe aasta jooksul.

Diagnoosimise parandamiseks peavad fluorograafia kabinetid täiendavat uurimist vajavaid isikuid mitte suunama polikliinikusse, vaid tegema kõik vajalikud uurimised ise. Praktika näitab, et kui haiget uurib mitu arsti, kaob uuritav tihti silmist. Fluorograafia kabinetid peavad ise kutsuma inimesi täiendavale uurimisele, sest ettevõtete meditsiinipunktid sageli vastavaid samme ei astu.

On vaja, et otsuse fluorogrammi kohta teeks ftisiaater ja vaieldavaid fluorogramme uuriksid kaks arsti.

V. Ridala (Eesti Põllumajanduse Akadeemia). **Veisetuberkuloosist Eesti NSV-s ja selle ohust inimestele.** Veisetuberkuloosi küsimused üldse, eriti diagnostika- ja tõrjealased küsimused, on Eesti NSV-s viimastel aastatel muutunud väga aktuaalseks. Veterinaararstide üheks peamiseks ülesandeks on käesoleva seitseaastaku jooksul likvideerida veisetuberkuloos. Pingsa töö tulemusena saavutati veisetuberkuloosi tõrjes murrang 1960. aastal, mil tuberkuloosiga veiste arv väheneb, võrreldes 1959. aastaga, ligi 2,5 korda.

Veisetuberkuloosi peamisteks levitajateks on tuberkuloosihaiged veised, seepärast on nende kiire avastamine ja isoleerimine ning võimalikult kiire likvideerimine lihaloomadena väga oluline. Tänapäeval on põhiliseks veisetuberkuloosi diagnoosimise viisiks tuberkuliniseerimine intrakutaanselt. Kuid selle meetodi kõrval tuleb kasutada ka oftalmomenetlust, eriti majandites, kus pidevalt tuleb juurde tuberkuliinile reageerivaid veiseid. Tuberkuliniseerimisel, nii nagu tavaliselt bioloogiliste reaktsioonide puhul, ei saada alati 100%-liselt õigeid tulemusi.

Abimenetlusena oleme diagnoosimise täpsustamiseks kasutusele võtnud ja neljal viimasel aastal praktikasse juurutanud tuberkuliniseerimise kohalt eraldatud nahatüki histoloogilist uurimist. Senised kogemused näitavad, et selle meetodi rakendamine on väga otstarbekas tuberkuliniseerimisel kahtlaselt reageerivate veiste puhul ja samuti neil juhtudel, kus mingil põhjusel tekib kahtlus positiivse reaktsiooni spetsiifilisuse suhtes. Meie uurimistel selgus, et kui veis on nakatunud tuberkuloosi, siis tekivad tal pärast tuberkuliniseerimist 30—50 päeva jooksul nahas tuberkuliniseerimise kohas tüüpilised tuberkuloossed muutused, sellele vaatamata, kas tuberkuliniseerimine andis positiivse või kahtlase reaktsiooni.

Veisetuberkuloosi leviku põhjuste selgitamisel tuleb arvestada, et ka inimesed ja linnud (kanad, tuvid jt.) võivad levitada tuberkuloosi veiste hulgas. Meil õnnestus 1958. aastal kahes majandis Eesti NSV-s esmakordselt bakterioloogiliste uurimistega ja katseloomade nakatamisega selgitada, et veistel oli tuberkuloos põhjustatud inimesel esinevate tuberkuloositekitajate variandist (*Mycobacterium tuberculosis var. hominis*). Mõlemas majandis olid veised tuberkuloosihaigete inimestega kokku puutunud, kusjuures ühes majandis leidsime vastaval inimesel rögas massiliselt tuberkuloositekitajaid. Tuberkuloosi leviku tõkestamiseks inimestelt loomadele on vaja keelata tuberkuloosihaigetel või tuberkuloosikahtlastel inimestel töötamine ja viibimine veisefarmides. Ühtlasi tuleb kehtestada nõue, et kõiki veisefarmide töötajaid kord kvartalis põhjalikult kontrollitaks tubrkuloosi suhtes.

Meie uurimistel selgus ühtlasi, vastandina maailmakirjanduses tavaliselt esinevatele andmetele, et *Mycobacterium tuberculosis var. hominis* on veiste suhtes patogeenne ja võib põhjustada muutusi kopsudes, kopsuvärati, retrofarüngeaalsetes ja mesenteriaalsetes mahlasõlmedes ning hingetoru seinas.

Maailmakirjanduses on rohkesti andmeid selle kohta, et inimesed, eriti lapsed võivad omakorda saada nakkuse veistelt tuberkuloositekitajate veise variandiga. Freese (1955) andmeil umbes 10% kõigist inimesetuberkuloosi juhtudest on see *Mycobacterium tuberculosis var. bovis*'e tekitatud. Wagner (1940) märgib, et 4% kopsutuberkuloosi juhtudest täiskasvanud inimestel on põhjustatud tuberkuloositekitajate veise variandist. Eriti sagedasti põhjustab see variant inimesel muutusi mitmesugustes mahlasõlmedes ja nahas, harvem luudes ja liigestes ning kuse- ja suguelundites. Missugusel määral meil *M. tuberculosis var. bovis* põhjustab inimesel tuberkuloosi, on kahjuks uurimata, kuid võimalused vastavaks uurimistööks on olemas.

Inimesele on peamiseks nakkusallikaks tuberkuloossetelt veistelt pärinev pastöriseerimata piim, kuid nakkuse võib saada ka tuberkuloosihaigete loomade talitamisel, nende tapmisel või lahkamisel.

Väga tarvilik on, et vastavad laboratooriumid selgitaksid, millist tähtsust omab meil *M. tuberculosis var. bovis* tuberkuloosi tekitajana inimestel.

E. Sorkina (NSV Liidu TA Tuberkuloosi Instituut). **Tuberkuloositõrje organiseerimise põhiülesanded NSV Liidus.** Ettekandja andis lühikese ülevaate tuberkuloositõrje saavutustest NSV Liidus viimase 10 aasta jooksul. Ta rõhutas, et erilist tähelepanu tuleb osutada vastsündinute ja laste vaktsineerimistele ja tuberkuliniseerimistele.

O. Tomberg (Tartu Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst). **Tuberkuloositõrje olukorrast Tartu linnas.** Tuberkuloosi haigestumine on Tartus viimase 10 aasta jooksul pidevalt langenud. Kui võrrelda praegusi andmeid 1951. a. omadega, siis võeti 1960. a. aktiivse kopsutuberkuloosiga haigeid esmaselt arvele 20% (täisealisi 19%, noorukeid 24% ja lapsi 19%); aktiivset kopsutuberkuloosi põdejaid oli arvel 52% (1951. a. andmed on võetud 100%-ks). 1960. a. suri tuberkuloosi põdevaid haigeid üle 4 korra vähem kui 1951. a.

Tuberkuloositõrjes esinevatest raskustest peab mainima, et tuberkuloosisanatooriumide tuusikutele individuaalse kestuse kehtestamise tõttu saame neid vähem. Seetõttu jäi osa haigetest, kes oleksid vajanud sanatooriumiravi, ravile saatmata. Eelkooliealiste laste sanatooriumituusikuid jääb üle, varaealiste laste sanatooriumituusikutest aga on puudus. Raskusi on tuberkuloosi põdevate haigete perekondadest laste paigutamisel sanatoorsetesse lasteaedadesse ja internaatkoolidesse. Tartus tuleks avada sanatoorne ööpäeva-lastesõim. Ka varustamine BCG-vaktsiiniga on ebakorrapärane. Tartu Linna Tuberkuloositõrje Dispanseril oleks väljasõitudeks vaja liikuvat fluorograafia jaama.

T. Rubinstein, N. Abramovitš ja I. Danilova (Kohtla-Järve tuberkuloositõrje dispanserite peaarstid). **Tuberkuloositõrje olukorrast Eesti NSV põlevkivibasseinis.** Põlevkivibasseini kuuluvad Kohtla-Järve, Jõhvi ja Kiviõli rajoon, mis varem olid iseseisvad administratiivüksused, kuid 1960. a. ühendati üheks administratiiv-majandusrajooniks. Rajoonis on kolm tuberkuloositõrje dispanserit (Kohtla-Järvel, Jõhvis ja Kiviõlis), mis töötavad kohandatud ruumides.

Dispanserite juures on statsionaarid, röntgenikabinetid, kliinilised laboratooriumid ja õhkrinna rajamise kabinetid. Jõhvi dispanseril on fluorograaf ja oma transport.

Haigete teenindamine toimub jaoskondade järgi. Lapsi võetakse vastu täiskasvanutest eraldi. Kohtla-Järve laste nõuandlas töötab tuberkuloosikabinet, kus teenindatakse kuni 3 aasta vanuseid lapsi. Dispanseris toimub ka luutuberkuloosi haigete vastuvõtt. Voodikohti tuberkuloosihaigetele ei ole rajoonis veel piisavalt.

Haigestumine tuberkuloosi aktiivsetesse vormidesse on viimase viie aasta jooksul vähenenud kaks korda. Haigete arv, kellel pisikute eritumine on lakanud, suurenes kaks korda (1956. a. võrreldes).

Dispanseris rakendatakse pikaajalist katkestamatut ravi antibakteriaalsete preparaatidega üldkasutatavate skeemide järgi, kuid seoses voodite vähesusega toimub see ambulatoorselt, mis muidugi kahandab ravi tulemusi. Ka laste teenindamine on raskendatud, sest rajoonis puuduvad voodid tuberkuloosi põdevatele lastele.

Rea aastate jooksul on lastele tehtud tuberkuloosivastast vaktsineerimist, mille tagajärjel laste nakatumine tuberkuloosi on langenud. Profülaktilisi läbivaatusi teostati seni veel puudulikult. 1961. a. alates on fluorograaf tööle rakendatud suurema koormusega. On vaja suurendada fluorograafia kabineti koosseisu. Tuberkuloositõrjeks rajoonis on koostatud kompleksplaan, mis esitatakse linna täitevkomiteele kinnitamiseks.

J. Ennulo (ENSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tuberkuloosisektori juhataja). **Tuberkuloosialase teadusliku uurimistöö olukorrast Eesti NSV-s.** Valitsuse määrustes tuberkuloosi haigestumise edasisest vähendamisest on peale praktiliste abinõude ette nähtud ka tuberkuloositõrje-alaste uurimiste intensiivistamine.

Eesti NSV-s ei ole tuberkuloosiinstituuti, samuti ei ole TRÜ Arstiteaduskonnas vastavat kateedrit.

Tuberkuloosialase uurimistööga tegelevad Eesti NSV-s alates 1947. a. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, TRÜ Arstiteaduskonna nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateeder ja Vabariiklik Tuberkuloositõrje Dispanser. See töö ei olnud aga varem koordineeritud.

Alles 1952. a. asus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esmakordselt koostama teadusliku uurimistöö vabariiklikku plaani. Tervishoiu ministri käskkirja alusel loodi 9 komiteed ja probleemikomisjoni aktuaalsete arstiteaduslikkude probleemide uurimise koordineerimiseks, sealhulgas ka tuberkuloosikomisjon. Sellest ajast peale on uurimistöös saavutatud teatud edu. 1955. a. ilmunud Arstiteaduse Akadeemia ja NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu poolt väljaantud bülletäänis mainitakse tunnustavalt prof. F. Lepa ja I. Kuusiku teaduslikke töid.

Käesoleval ajal kuuluvad vabariiklikku tuberkuloosikomisjoni Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, TRÜ Arstiteaduskonna esindajad, Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst, Tartu Tuberkuloositõrje Dispanseri ja Eesti Põllumajanduse Akadeemia esindajad. Tuberkuloosi uurimist koordineerivaks asutuseks vabariigis on Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut.

1961. a. tegelevad meie vabariigis tuberkuloosialase uurimistööga 7 asutust. Teaduslikku tööd teeb 35 inimest (30 teemat, neist 7 kuulub veterinaaria valdkonda). Peab ütlema, et tööd vastavad nüüd rohkem praktilistele vajadustele kui eelmistel aastatel. Teoreetilistest probleemidest võiks mainida ravimresistentsuse teemat, tuberkuloositekitajate variantide määramist loomadel, tuberkuloosi diagnoosimise parandamist jne.

Perspektiivplaanikohaselt peavad 1965. a. valmima tööd teemadel: 1) tuberkuloosi levimise epidemioloogiliste iseärasuste väljaselgitamine vabariigi elanikonna mitmesuguste kontingentide hulgas ja teostatavate tuberkuloositõrje abinõude efektiivsus; 2) sarvloomade osatähtsus tuberkuloosi levimisel Eesti NSV-s; 3) tuberkuloosi diagnoosimise meetodite parandamine; 4) tuberkuloosivastaste kemopreparaatide profülaktilise rakendamise aluste selgitamine tuberkuloosist nakatatutel; 5) andmete kogumine ravimresistentsete tuberkuloositekitajate levimise kohta Eesti NSV-s ja selle nähtuse patogeneetiline tähtsus; 6) kopsu- ja teiste elundite tuberkuloosi ravi tulemuste parandamine.

Need uurimused on kõik aktuaalsed ja seotud tuberkuloosi haigestumise edasise vähendamisega meie vabariigis.

I. Einas (Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri lasteosakonna jubataja). **Tuberkuloosivastase vaktsineerimise ja revaktsineerimise olukorrast Eesti NSV-s.** Eesti NSV-s hakati vastsündinuid kohustuslikult vaktsineerima 1945. a. alates. 1948. a. laiendati vaktsineerimist ja revaktsineerimist vanemaealistele lastele ja noorukitele. Sellest ajast on vaktsineeritute ja eriti revaktsineeritute arv aastaaastalt suurenenud. Vaktsineerimise ja revaktsineerimise tulemused peegelduvad infitseerumuse ja haigestumuse languses. Laste ja noorukite haigestumine moodus-

tab järjest väiksema osa üldisest haigestumisest tuberkuloosi. 1950. a. kuni 1959. a. langes esmakordselt tuberkuloosi haigestunud laste arv enam kui kaks korda. Batsille eritavaid lapsi oli 1960. a. vaid üksikuid.

Puuduseks on vaktsiini ja tuberkuliini ebaotstarbekohane kasutamine, millest tingituna mõnes kohas tuleb sellest puudus. Massiliste vaktsineerimiste puhul on kolmedoosised ampullid praktilised. Sageli tuleb ambulatooriumis vaktsineerida ainult 1 laps korraga, ülejäänud doosid aga riknevad. Samasugune on olukord ka tuberkuliniseerimisega. Kogu vabariigi kohta moodustab riknenud tuberkuliin ja vaktsiin küllaltki suure koguse. Otstarbekohane oleks tellida BCG-vaktsiini 1-milliliitristes ampullides.

Vaktsineerimise ja revaktsineerimise edukamaks läbiviimiseks on vaja, et tuberkuloositõrje dispanserite ja sanitaar-epidemioloogia jaamade vahel valitseks veel tihedam koostöö.

E. Kongo (Võru Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarst). **Kaugtulemustest kopsutuberkuloosi ravis.** Kopsutuberkuloosi ravi kaugtulemusi jälgiti haigeil 3—8 aasta jooksul (1954.—1958. a.). Vaatluse all oli 277 dispanseerset haiget, neist koldelise tuberkuloosiprotsessiga 107, dissemineerunud vormiga 55 ja infiltratiivsete protsessidega 65. Vast-avastatud tuberkuloosihaigetest said ravi statsionaaris 68%, ambulatoorselt raviti 32% haigetest. 227 haigest sai kollapsravi 22%. Võrreldes seda arvu destruktiivsete protsessidega haigete arvuga, saame kollapsravi rakendamise näitajaks 88%. Operatiivselt raviti 8 haiget (torakoplastika ja kavernotoomia).

1/3 haigete üldarvust võeti arvele aktiivse vormiga haigetena, I ja II grupis võrdselt 36 haiget (16%). Arvelt kustutati tervistumisega 88 haiget (38%), III gruppi jäi kontrolli alla 67 haiget (30%). 3—8 aasta jooksul tervistus seega praktiliselt 2/3 haigetest. Hea on tervistunute protsent koldeliste protsesside puhul (kuni 79%), halvem infiltratiivsete protsesside korral (68%). Dissemineerunud protsessidega haigetest on III gruppi üle viidud või arvelt kustutatud ainult pooled haigetest.

Töövõime on täielikult taastunud 67% haigetest: koldeliste vormidega haigetest 76%, infiltratiivsete vormidega haigetest 75%, aga dissemineerunud protsessidega haigetest ainult 40% üldarvust. Edukalt ravitud haigete töövõime vähenemise sagedaseks põhjuseks olid komplikatsioonid — emfüseem, südame- ja vereringe puudulikkus, hüpotoonia jne. Nende haiguste eduka ravi korral tõuseks töövõimelisus tunduvalt.

Dissemineerunud protsessidega haigete ravimisel saadi häid tulemusi intensiivse pikaajalise, vaheaegadeta antibakteriaalse raviga sanatooriumis. Infiltratiivsete protsesside puhul andis häid ravitulemusi kollapsravi koos antibakteriaalse raviga. Kollapsravi alahindamine ei ole millegagi põhjendatud.

Haigusprotsesside ägenemise, progresseerumise ja krooniliseks muutumise peamisteks põhjusteks olid peale ebaküllaldase lühiajalise antibakteriaalse ravi haigete ebasoodsad elu- ja töötingimused. Selle puuduse kõrvaldab Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus 14. oktoobrist 1960. a.

I. Ruut ja A. Vorobjova (Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama arstid). **Profülaktika ja epideemiatõrje abinõudest võitluses tuberkuloosiga Eesti NSV-s.** Tuberkuloositõrjes on juhtival kohal profülaktiline töö — betsežeerimine, haigete varajane avastamine, desinfektsioon, tuberkuloosi uurimine kariloomade hulgas jne. Kaitsesüstimiste läbiviimisel on oluline, et koostatud plaanid oleksid reaalsed ja täpsed — selle vastu veel eksitakse. Betsežeerimisplaanide koostamisel peab juhtiv osa olema tuberkuloositõrje asutustel. Plaanide ebaõige koostamise tõttu jääb osa 2-aastasi lapsi õigeaegselt revaktsineerimata (seda on juhtunud Viljandi, Jõgeva, Valga, Harju jt. rajoonides, samuti Tartus, Tallinnas jm.). Paljudes rajoonides ja linnades ei kasutata ära saadud vaktsiini.

Oluline abinõu tuberkuloosi varajaseks avastamiseks ja leviku tõkestamiseks on elanike profülaktiline läbivalgustamine. 1960. a. tehti läbivalgustusi umbes 1/4 vabariigi elanikkonnast. Selleks et profülaktilised läbivalgustused toimuksid hästi kõigi vajalike kontingentide hulgas, peavad sanitaar-epidemioloogia jaamad koostama täpsed nimekirjad ja koos tuberkuloositõrje asutuste ja haiglatega koostama läbivalgustuste plaani ja graafiku kogu aastaks ning kontrollima läbivalgustuste kulgu süstemaatiliselt aasta ringi. Pahatihti ei peeta kinni NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt 1959. a. väljaantud jooksva desinfektsiooni instruktsioonist, mõnes asutuses puudub see instruktsioon üldse. Esineb puudusi nii jooksva kui ka lõppdesinfektsiooni tegemisel. Selles osas peavad sanitaar-epidemioloogia jaamad oma tööd parandama. Ka ftisiaatrid peavad sellele senisest enam tähelepanu pöörama.

Tuberkuloosi haigestumise tunduvaks vähendamiseks tuleb rakendada ravi- ja profülaktika abinõusid kompleksselt. Kõik ettenähtud isikud tuleb hõlmata kaitsesüstimistega, teostada hoolikalt läbivalgustamisi tuberkuloosi varajaseks avastamiseks ja läbi viia vajalikud tõrjeabinõud tuberkuloosikoldes.

L. Jannus ja V. Harjo (Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanem teaduslik töötaja ja Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri laboratooriumi juhataja). **Ravimresistentsete tuberkuloositekitajate esinemisest haigetel ja esmasest ravimresistentsusest.** Uurimused pärinevad Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri bakterioloogia laboratooriumist. Tuberkuloositekitajate resistentsust määrati streptomütsiini, PAS-i ja ftivasiidi suhtes. Sõltuvalt tuberkuloosibakterite kasvu kiirusest võib ravimresistentsuse määramine võtta aega 2 nädalast kuni 2 kuuni.

Haigetelt eraldatud 225 *Mycobacterium tuberculosis*'e tüvedest osutusid samaaegselt streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-i suhtes resistentseteks 17 tüve (7%). Streptomütsiinresistentsus esines 115 tüvel (51%), PAS-i suhtes olid resistentsed 35 tüve (16%) ja ftivasiidi suhtes 98 tüve (44%).

Ravimresistentsuse esinemise puhul tuleb arvestada paralleelselt nii kliinilis-röntgenoloogiliste kui ka laboratoorsete uurimiste tulemusi. Tuberkuloositekitajate resistentsuse olemasolu puhul ühe või teise ravivahendi suhtes tuleb võimaluse piirides vältida antud ravimi manustamist ning ravida haigeid teiste antibakteriaalsete preparaatide kombineeritud kasutamisega. Eriti kehtib see streptomütsiini kohta, sest kirjanduses leidub andmeid, et streptomütsiin isegi soodustab sellistel juhtudel tuberkuloosi kulgu. Erineva keemilise rühma preparaadid (näit. tsükloseriin, etoksiid) või ka ühe ja sama preparaadi erinevad derivaadid (dihüdrostreptomütsiin, larusaan, metasiid jt.) võivad anda märgatavat raviefekti, vaatamata sellele, et ravimresistentsus isonikotiinhappe derivaatide suhtes laieneb kogu rühmale.

I. Bugakov (Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti asetäitja). **Tuberkuloosihaigete ravimise kogemustest antibakteriaalsete preparaatidega.** Ägedate, raskete kopsutuberkuloosi vormidega ning väljendunud intoksikatsiooniga haiged tuleb algul paigutada statsionaari ja alles 4—6 kuu pärast jätkata ravi dispanseris ambulatoorselt. Haigeid, kellel esineb kopsukoe destruktsioon raske kliinilise kuluta, tuleb samuti algul ravida statsionaaris ja alles 3—5 kuu pärast jätkata ravi sanatooriumis ja dispanseris. Selliste haigete viibimine statsionaaris on tähtis mitte ainult haigele enesele, vaid ka epidemioloogilises mõttes. Statsionaarist ambulatoorsele ravile siirdunud haiged peavad olema dispanseris eriti range järelevalve ja kontrolli all. Näiline, sageli tunduv tuberkuloosiprotsessi paranemine, isegi kaverni sulgumine statsionaaris viibimise ajal ei tohi rahustada arsti ega haiget, sest seda ei tohi lugeda tervenemiseks.

Kopsutuberkuloosi haigete ravi peab toimuma pikaajaliselt ja katkestamatult vähemalt 9—12 kuu jooksul, destruktiivsete protsesside esinemisel aga 18—24 kuud, millele järgnevad profülaktilised ravikuurid (kevadel ja sügisel) mitme aasta vältel. Ainult siis võib olla kindel ravi edukuses ja haige tervistumises.

Ravitulemused olenevad paljus jaoskonnaftisiaatri aktiivsusest ja püsivusest, tema oskusest õhutada haiget ravima end pikaajaliselt ja katkestamatult.

A. Reinvald (ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi noorem teaduslik töötaja). **Kopsutuberkuloosist elatanud inimestel.** Esitatud andmed näitavad vanemaealiste kopsutuberkuloosi haigete tundlikkuse vähenemist tuberkuliini suhtes. Uuritud haigetest vanusegruppides 50—69 aastani esines tundlikkuse langus peamiselt väiksemate tuberkuliiniannuste suhtes, 70 a. vanustel ja vanematel aga ka suuremate tuberkuliiniannuste suhtes. Kahtlemata on selliste muutuste puhul määravaks teguriks organismi vanuselised muutused. Esialgsed andmed võimaldavad juhtida tähelepanu sellele, et tuberkuliiniproovid diferentsiaaldiagnostilise vahendina säilitavad oluliselt oma tähtsuse ka elatanud haigete juures, põhimiselt kuni 70 a. vanuseni, kuid seejuures tuleb arvestada, et nende haigete tundlikkus on vähenenud, peamiselt väikeste tuberkuliiniannuste suhtes. Seetõttu on otstarbekohane nende tuberkuliinitundlikkuse määramisel mitte piirduda RM_6 või RM_5-ga, vaid teostada vajaduse korral ka RM_4. Tuleb meeles pidada, et tuberkuliiniproovi negatiivsus RM_4 puhul ei eita üle 50-aastastel isikutel mingil juhul aktiivse tuberkuloosi olemasolu.

70-aastastel ja vanematel isikutel on tuberkuliiniproovide diagnostiline väärtus tugevasti piiratud nende spetsiifilise reaktiivsuse tunduva languse tõttu.

Läbirääkimised

Läbirääkimistel esinesid sõnavõttudega 8 inimest.

ELANIKKONNA JA RAVIASUTUSTE VARUSTAMISE OLUKORRAST RAVIMITEGA, MEDITSIINILISE APARATUURI JA INSTRUMENTAARIUMIGA

I. PODOLSKI
Apteekide Peavalitsuse ülem

Meie kodumaa rahvamajanduse plaanide edukas täitmine võimaldas püstitada uued ülesanded ka nõukogude inimese tervise eest hoolitsemisel. Selle tulemusena anti NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu poolt 14. jaanuaril 1960. a. välja ühine määrus «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest».

Suured ülesanded seisavad ka meditsiinitööstuse ja apteegivõrgu ees.

Seisuga 1. jaanuar 1961. a. oli Eesti NSV-s 204 vabamüügi-apteeki, 257 apteegipunkti, 19 kauplust, 12 kioskit, 51 liikuvat müügipunkti ja 2 apteegiladu. Töötab arstiriistade remonditöökoda. Haigla-apteeke on 25.

1965. a. lõpuks peab apteekide arv suurenema 13 võrra. 1960. a. avati 2 apteeki — Tartu linnas ja end. Räpina rajoonis Oraval. 1961. a. jooksul avatakse 2 apteeki — Tallinnas Lenini puiesteel ja Kohtla-Nõmmel.

Maal on praegu 109 apteeki ja 257 apteegipunkti. Seitseaastaku jooksul tuleb maal juurde veel 4 apteeki.

Apteegivõrk meie vabariigis on küllaltki tihe. Käesoleva aasta lõpuks tuleb meil keskmiselt 1 apteek 5,9 tuhande elaniku kohta (Tallinna linnas aga 14,7 tuhande elaniku kohta ja Tartu linnas 10,6 tuhande elaniku kohta). Nõukogude Liidu keskmine on 1 apteek 15 tuhande elaniku kohta.

Meie apteegivõrgu puudus seisab selles, et apteegid paiknevad suuremates linnades linna keskel, väljaehitatavates äärelinnades aga apteegid puuduvad, samuti on nende tootmispinnad linnades jäänud kitsaks. Nendest vajadustest tulenevadki seitseaastaku ülesanded.

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruses kiidetakse heaks kolhooside ja sovhooside initsiatiiv ehitada raviasutusi, sealhulgas ka apteeke oma summadega. Ka meie vabariigis on üks niisugune progressiivne näide juba olemas — nimelt end. Räpina rajooni Orava sovhoos ehitas ja andis ruumid Orava apteegi avamiseks. Taolisi võimalusi tuleb otsida ka mujal.

Kahe aasta jooksul varustati uue mööbli ja sisustusega 6 olemasolevat apteeki, 2 uut apteeki ning 1 kauplus. Kahe aasta jooksul soetati apteekidele ka täiendavat aparatuuri, nagu destilleerimisaparaate, autoklaave, refraktomeetreid, kuivatuskappe, seisuklaaside komplekte, mõõtkolbide komplekte jne.

Määrus näeb ette, et iga krai ja oblasti keskuses avatakse spetsialiseeritud kauplus, kus müüakse meditsiinilist aparatuuri, instrumentaariumi, hambaravi- ja optikatarbeid.

Eesti NSV-s on 19 spetsialiseeritud kauplust, Tallinnas on arstiriistade erikauplusi — 1, laboratooriumitarvete kauplusi — 1, optikatarvete kauplusi — 1 koos kolme filiaaliga. Teistes linnades on organiseeritud kombineeritud kauplused. Nii on meil arstiriistade ja optikatarvete kauplusi 3 (Tartu, Kohtla-Järve, Kingissepp), sanitaar-hügieenitarvete,

arstiriistade ja optikatarvete kauplusi 3 (Pärnu, Viljandi, Rakvere), sanitaar-hügieeni- ja optikatarvete kauplusi 3 (Haapsalu, Valga, Võru), sanitaar-hügieenitarvete ja laboratooriumitarvete kauplusi 1 (Tartu). Ülejäänud 6 kauplust on sanitaar-hügieenitarvete kauplused Tallinnas.

Meditsiinilist aparatuuri ja instrumentaariumi ning hambaravitarbeid saavad vabariigi raviasutused 7 kohast, prilliklaase valmistatakse 16 kohas, sest peale kaupluste ja filiaalide on 3 apteegi juures optikatarvete osakonnad (Tallinnas, Narvas, Paides).

Spetsialiseeritud kaupluste võrk on meil küllaldane. Siiski ei suuda me raviasutusi nõuetekohaselt teenindada. Kaupluste ruumid on kitsad, mis ei võimalda tutvustada uut aparatuuri ja demonstreerida nende töötamist. Sellele vaatamata on tarvis enne aparaadi väljastamist raviasutusele selle esindaja juuresolekul avada taara ja kontrollida aparaadi korrasolekut.

Töökorraldus oleneb meist endist. Muidugi täiendatakse sisustust ja aparatuuri ka edaspidi. Samuti asutatakse uusi ettevõtteid olemasolevate võimaluste piires.

Apteegilaod ja nende töö. Apteegiladusid on meil 2: Kesk-Apteegiladu ja Tartu Apteegiladu.

Viimasel ajal on apteegiladude töötingimused hakanud paranema. Äsja valmis Kesk-Apteegilao uue hoone esimene järk, kuhu paigutati k. a. esimeses kvartalis ligi pool lao osakondadest. Ülejäänud osa laost jääb endistesse ruumidesse. Töötamine kahes kohas aeglustab küll tööd ja nõuab ka lisakulusid, kuid kummagi lao pindala ei mahuta siiski kõiki vabariiki sisseveetavaid meditsiinikaupu ja on paratamatu, et teatava ajani peab peale nende ruumide jääma veel rida hoiuruume.

Sisseveetav kaubahulk suureneb aastast aastasse. Apteegivõrgu kogukäive jaehinnas suurenes 1960. aasta lõpuks 1955. a. võrreldes ligi kaks korda.

1960. aastal alustati laohoone ehitamist Tartu Apteegilaole (valmib tõenäoliselt 1962. a.). Paratamatult on aga vaja lao pindala veelgi suurendada.

Paljugi saab teha paremini juba praegustes tingimustes. Kaubad tuleb suunata apteekidesse õigeaegselt ja operatiivselt, kaupade säilitamine lao osakondades peab olema nõuetekohane. Apteekide pretensioonid kauba saamise osas tuleb läbi vaadata võimalikult lühikese aja jooksul.

Apteekide juhatajatel tuleb tõsta nõudlikkust apteegiladude töö suhtes ja informeerida väärnähetest Apteekide Peavalitsust.

Tartu Apteegiladu peab tunduvalt laiendama kauba sortimenti. Tartus peavad olema esindatud kõik vabariiki saabunud ravimid. Tartu osakonnale alluvad apteegid on kohustatud osakonna piires vähem tarvitatavatest medikamentidest kohalikke arste paremini informeerima.

Apteekide Peavalitsuse kaubandus-tootmisosakonnal on vaja tõhustada kontrolli apteegiladude töö üle.

Varustamise olukord ja perspektiivid. Meditsiinitööstuse toodang kasvab aastast aastasse. Igal aastal lastakse välja sadu uusi ravimeid, meditsiinilisi aparaate ja instrumentaariumi. Seoses ravimite hinna alandamisega 14% võrra 1960. a. suurenes kaubakäive 1958. a. võrreldes 14,5 miljoni rubla (11,5%) võrra.

Meditsiinikaupu tarbiti Eesti NSV-s ühe inimese kohta (kaasa arvatud raviasutuse kaudu saadavad) 1960. a. 89,47 rubla väärtuses, 1959. a. 85,92 rubla väärtuses (võrdluseks: 1959. a. Vene Föderatsioonis 44.55 rubla ja Ukrainas 46.13 rubla väärtuses). Üks elanik ostis 1960. a. meditsiinikaupu keskmiselt 57.85 rubla eest, 1958. a. 47 rubla eest.

Kõik see sai võimalikuks meditsiinitööstuse tootmise suurenemise ja elanikkonna materiaalse heaolu tõusu tõttu. 1960. a. saadi rohkem streptomütsiini, papaveriini, analgiini, anestesiini, urodaani, hambaravikabinettide sisustusi, füsioteraapia aparaate, kaalusid ja isegi süstlaid (10% võrra rohkem) ja termomeetreid (10,9% võrra rohkem). Vaatamata sellele ei ole meie vajadused veel rahuldatud. Olukorda raskendas veel apteegikaupade ebaühtlane eraldamine erinevateks kvartaliteks. Ka tehased ei täitnud oma kohustusi õigeaegselt või jätsid need osaliselt täitmata. Kvartali võrra hiljem saadi kofeiini, osaliselt jäid saamata salool, ftivasiid, naatriumbromiid.

Käesoleval aastal jääb varustamine põhiliselt 1960. a. tasemele, kuid mõningaid ravimeid saame tunduvalt rohkem. B_{12}-vitamiini (ampullides), novokaiini (pulbris), valget streptosiidi (pulbris), C-vitamiini (dražeedes) on antud vastavalt nõudmisele, biomütsiinitablette saime 20% võrra rohkem, rohkem on eraldatud ka teisi ravimeid. Termomeetreid saame käesoleval aastal 11,5% rohkem, senisest vähem aga pankreatiini, põletatud magneesiumi, kaltsiumglükonaati ampullides ja süstlaid. Ei ole veel eraldatud fonde glükoosipulbrile, antipüriinile, tungaltera vedelekstraktile, eukalüptiõlile. Olgugi, et mitmeid ravimeid on eraldatud rohkem, on nende saamine kvartalite järgi ebasoodne, näiteks mentooli, allokooli, TIO-TEFA-t saadakse aasta teisel poolel, üle poole valge streptotsiidi pulbri kogusest langeb samuti neljandasse kvartalisse.

Hankijad saatsid k. a. esimeses kvartalis kaupu halvasti, nii et C-vitamiini hakkasime saama veebruarikuu keskel.

Importpreparaate saabub meile küllaltki laias nomenklatuuris, kuid piiratud kogustes. Ka nende saamise aeg on kõikuv: saadakse siis, kui importfirma saadab neid NSV Liidu baasidesse. Mõningaid importpreparaate saabub sel aastal suuremas koguses.

Varustamist desorganiseerivad sageli apteegid ise, sest mõnikord tellitakse kaupa tegelikku vajadust arvestamata. Hangitakse endale võibolla aasta varu, teised apteegid jäävad aga ravimitest ilma. Mõningate apteekide laoseisude ja tellimiste analüüs tõestab kauba väära tellimist (näiteks apteegid nr. 1, 102, 125, 173, 138 jt.).

Apteegitöötajate ülesanne on olla arstidele abiks ravimite leidmisel, et haigele ei kirjutataks välja ravimeid, mida apteekides ei ole. Arsti töö kergendamiseks koostas Apteekide Peavalitsus ja saatis 1960. aastal välja «Eesti NSV apteekides olemasolevate ravimite lühendatud nimekirja», kus ravimid on toodud farmakoloogiliste gruppide järgi. Selles raamatus on jäetud ruumi ka uute ravimite märkimiseks. Kui arst kasutab seda raamatut, värskendades andmeid olemasolevate ravimite kohta, saab ta haiget paremini abistada.

Elanikkonna teenindamist parandab tunduvalt valmisravimite hulga suurendamine. Kui vabrikus või galeenilises laboratooriumis valmistatavate valmisravimite hulga suurendamine on Apteekide Peavalitsuse mure, siis apteegitöötajate ülesandeks on tutvustada arstidele olemasolevaid valmisvorme, samuti välja selgitada sageli korduvaid retsepte ning retseptuuri standardiseerimise otstarbel saata need läbitöötamiseks Kontrollanalüütilisele Kesklaboratooriumile. Esimesed kokkuvõtted sel alal on juba olemas ja isegi ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» on ilmunud A. Roosti vastavasisuline artikkel (1960, 5, 61—65).

NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurašov mainis ettekandes nõupidamisel Kremlis, et valmisravimite osatähtsust tuleb tõsta lähema 2—3 aasta jooksul 70—75%-ni. Kuidas kujuneb olukord Eesti NSV-s? Kõigepealt hakkavad tööstused valmistama rohkem valmisravimeid, teiselt poolt

avame sel aastal galeenilise laboratooriumi, mis mõne aasta jooksul peab andma meile peamiselt kohaliku tähtsusega standardiseeritud eeskirjade järgi valmisravimeid. Laiendamisele kuulub ka jaendamine ja niisuguste lihtsate vahendite valmistamine ning jaendamine nagu nuuskpiiritus, rivanoolilahus, furatsiliinilahus ja rida teisi. Katsume end varustada ka niisuguste ravimitega, mida tööstused veel ei anna küllaldaselt, nagu pertussiin, köhamikstuurid, mõned siirupid, piiritused jms. Täpne programm kujuneb välja töö käigus ja täieneb ning muutub pidevalt olenevalt vajadustest.

Teiste liiduvabariikide suuremates linnades tegutsevad apteekide juures informatsioonipunktid, Moskva linna mikrorajoonides ja Gorkis on organiseeritud ravimite kojuviimine invaliididele ja raskesti haigetele, Gorki apteegid on oma šefluse alla võtnud maa-apteegid; Kurski oblastis on organiseeritud retseptide vastuvõtmine puuduvatele ravimitele ja haiget informeeritakse ravimite müügile ilmumisest posti teel. Nii mõndagi on korraldatud ka Eesti NSV-s. Juba üle aasta tegutseb informatsioonipunkt Tallinna apteegis nr. 1. Äsja loodi niisugune punkt ka Tartus.

Linnades võiks võimaldada arstil tellida raskesti haigetele ravimeid telefoni teel; sel juhul tarvitseks minna apteeki vaid üks kord. Apteegi juurde võiks organiseerida Punase Risti Seltsi aktivistide või pensionäride salgad, kes toimetaksid ravimeid koju üksi elavatele invaliididele ja raskesti haigetele.

Meditsiinilisest aparatuurist ja instrumentaariumist. Käesoleval aastal saadakse 20 röntgeniaparaati, 5 universaalset hambaraviseadet, 36 hambaravitooli, 23 EKG-d, 559 mitmesugust füsioteraapia aparaati, sealhulgas 65 ultralühilaine ja 26 terapeutilist diatermia-aparaati jt. Raviasutustele antakse uusi aparaate, näiteks veresoonte, soolte, kopsuköndi jt. õmblemise aparaate, mitut liiki hingamisaparaate jm.

Röntgenifilmide suhtes olukord 1960. a. võrreldes veidi paraneb, kuid vabariigi vajadus kaetakse vaid 77% ulatuses.

Meditsiinilise tehnika remontimisest. Iga aastaga suureneb aparaatide arv, mis vajavad ekspluatatsiooni käigus remontimist. Ainuke arstiriistade remonditöökoda töötab seni võrdlemisi kitsastes oludes. Laiendamine on seotud Kesk-Apteegilao uue hoone ekspluatatsiooni andmisega, niisiis on lähema 1—2 kuu jooksul võimalik luua sellele asutusele normaalsed töötingimused. Optikatsehhi juurde organiseeritakse süstalde remondi osakond, mille käikulaskmine viibis ruumide puudusel.

1960. a. alustas Arstiriistade Remonditöökoda ravi-profülaktikaasutuste teenindamist ringsõitude korras kindla graafiku alusel. Graafik tehti teatavaks raviasutustele, viimased aga ei saanud sellest korraldusest õigesti aru ega teinud vajalikke ettevalmistusi. Sellised ringsõidud on siiski väga vajalikud, et aparatuuri kiiresti remontida.

Kaadrid. Apteekide Peavalitsuse süsteemis töötas 1. I 1961. a. 1992 inimest, nende seas 415 proviisorit ja 424 proviisori abi. Spetsialistide suhe abipersonaliga on peaaegu 1:1. Niisugune suhe on hea, sest NSV Liidu keskmine küünib vaevalt 1:3. Kui spetsialistide arv on nii suur, peab ka töö olema kõrgel tasemel. Tiheda apteegivõrgu ja vanemate töötajate pensionilemineku tõttu meil siiski praegu veel spetsialiste ei jätku. Apteegivõrgus töötavate kutsetunnistuseta isikute arv on suurenenud ja ulatub praegu 100 inimeseni. Käesoleval aasal lõpetab kaugõppe teel meditsiinikeskkooli ligi 30 inimest, ülejäänutel on võimalik kutset saada vaid statsionaarse õppimise teel. Võtta farmatseudi ametikohale kutseta töötajaid ei ole otstarbekas, kuna edaspidi nende asendamine kutsega töötajatega on takistatud.

Apteegitööga tutvumiseks võib keskkooli lõpetanuid võtta tööle vaid mittekutselistele kohtadele (fassijateks ja sanitarideks). Kutset nõudvatel kohtadel töötajaid tuleb suunata õppima, ja kes õppima ei lähe — töölt vabastada.

Oma töölõigu korralikuks täitmiseks peab iga töötaja pidevalt täiendama oma teadmisi. Kontrollanalüütilise Kesklaboratooriumi analüütikud viivad läbi seminare kohtadel, perioodiliselt korraldatakse kursusi proviisori abidele, mõnikord suunatakse proviisoreid täienduskursustele Kiievisse. Kõige massilisem teadmiste täiendamise vorm on kvalifikatsiooni tõstmise ringid apteekides. Ringid on moodustatud suuremates apteekides, väiksemad apteegid on liidetud rühmadeks; ka maal on rühmad rajoonikeskuse apteegi juures.

Elanikkonna ja raviasutuste paremaks varustamiseks ravimitega seab Apteekide Peavalitsus oma allasutustele järgmised ülesanded: 1) kindlustada kvaliteetne töö, 2) tihendada sidemeid raviasutustega olemasolevate ravimite otstarbekohasemaks kasutamiseks, 3) koos raviasutuste arstidega koostada enam kasutatavate ravimite kohta standardseid valmisretsepte (mikstuurid, tilgad, pulbrid), et oleks võimalik neid kohe abitarvitajatele kätte anda, 4) energilisemalt tegelda töö ratsionaliseerimisega.

*

A. Meibaum (Pärnu apteegi nr. 89 juhataja). **Pärnu Rajooni Apteegi tööst ja raviasutuste medikamentoossest teenindamisest.** Pärnu apteek nr. 89 nimetati rajooniapteegiks arvates 1. aprillist 1959. a., millega pandi talle rida lisaülesandeid. Rajooniapteekide metoodiline juhendamine on toimunud kahel viisil: apteekide külastamisega kohapeal ja ülerajooniliste apteegijuhatajate nõupidamiste läbiviimisega. Kohapeal on antud juhatajatele konsultatsioone ning kontrollitud elanikkonna teenindamist. Ülerajoonilistel tootmisnõupidamistel arutati tähtsamaid käskkirju, mis puudutavad apteekide farmatseutilist ja sanitaarset korda, ümberhindluse inventuuride teostamist jne. Vahetati töökogemusi.

Kaks korda kvartalis on rajooniapteegi juures toimunud kvalifikatsiooni tõstmise ringi koosolekud, millest võtavad osa maal asuvate apteekide töötajad. Kesk- ja kõrgema haridusega farmatseutidele organiseeriti EKP Pärnu Linnakomitee kaasabil poliitring.

Olemasolevate ja uute ravimite tutvustamiseks on apteegitöötajad teinud Pärnu raviasutuste arstidele informatsioonilisi ettekandeid ning selgitanud retseptide kirjutamise nõudeid ja korda. Informatsiooni parandamiseks rakendati raamatukujulist «Eesti NSV apteekides olemasolevate ravimite lühendatud nimekirja», mida täidetakse 1—2 korda kuus. Kuna apteegi koosseis ei võimalda informatsioonipunkti tööle rakendamist, siis vahetavad Pärnus olevad apteegid omavahel informatsioone ja abitarvitajatele teatatakse, kust on võimalik nõutud ravimit saada.

Varustamise küsimustes on rajooniapteek väga vähe suutnud teisi apteeke abistada.

Selleks et apteek nr. 89 kujuneks rajoonilise tähtsusega asutuseks, mis oleks igati eeskujuks, on vajalik: 1) komplekteerida rajooniapteegile antud koosseis; 2) luua rajooniapteekide töötajaile soodsamad arengutingimused, suunates neid täienduskursustele, mida tuleks organiseerida ka Tartu Riikliku Ülikooli juures; korraldada rohkem õppeekskursioone eeskujulikult organiseeritud apteekidesse, ka teistesse liiduvabariikidesse; 3) veel enam varustada rajooniapteeke kaasaegse aparatuuriga, sisseseadega ja ka erialase kirjandusega; 4) reguleerida töötasu ka rajooniapteegi raamatupidajal, kellel on kohustusi juurde tulnud.

S. Pedak (apteegi nr. 6 juhataja). **Apteegi ja polikliiniku vahelisest koostööst.** Polikliiniku ja apteegi vaheliseks sidepidamiseks on ka apteegis nr. 6 kasutusel «Eesti NSV apteekides olemasolevate ravimite lühendatud nimekiri». Kuna apteekide defektuur muutub päevade, isegi tundidega, siis ei piisa hea informatsiooni andmiseks ainult selle raamatu täitmisest. Tuleb saata täiendavaid informatsioone kirjalikult, tuleb anda neid telefoni teel, arstide viisminutitel jne. Apteek nr. 6 on saavutanud hea kontakti nii Tallinna Linna III Haigla kui ka Tallinna Vabariikliku Haigla Polikliinikuga, sest ka mõlemate polikliinikute peaarstid tunnevad huvi koostöö vastu.

1960. a. novembris avati Tallinna Linna III Haigla polikliiniku ruumides müügipunkt, kust haiged saavad osta arsti poolt väljakirjutatud ravimeid. Müügilolevate ravimite sortimendi on kujundanud polikliiniku arstid ja tegelik vajadus. Vähemal määral on müügipunktis olnud saadaval ka arstidega kokkulepitud standardsete retseptide järgi valmistatud ravimeid. Need retseptid registreeritakse tavalisse retseptuuriraamatusse. Ravimeid valmistada polikliinikus ei saa, sest apteegil pole võimalik anda polikliinikusse farmatseuti (müügipunktis töötab polikliiniku meditsiiniõde).

Haigete paremaks teenindamiseks võetakse apteegis ravimite tellimisi vastu ka telefoni teel, tingimusel, et retsepti dikteerib arst, kes garanteerib ka ravimi väljaostmise.

I. Vigodski (Kesk-Apteegilao juhataja). **Kesk-Apteegilao tööst.** Kesk-Apteegiladu on kogu meie vabariigi apteegivõrgu ja ravi-profülaktikaasutuste ainsaks varustajaks meditsiinikaupadega.

Kesk-Apteegilao kaubakäive on aastast aastasse pidevalt tõusnud. Esimesel sõjajärgsel, 1945. aastal oli lao kaubakäive 14,2 milj. rbl., 1950. a. — 26,7 milj. rbl., 1955. a. — 45,1 milj. rbl., ja 1960. a. — 71,9 milj. rbl. (vanas rahas).

Laol on olnud väga ebasoodsad töötingimused. Käesoleva aasta algul, seoses uue laohoone ekspluatatsiooni andmisega reorganiseeriti ka lao struktuur. Likvideeriti droogide ja pakkematerjali osakond jt., moodustati uus, taara ja abimaterjalide osakond. Paigutati ümber ka teisi kaubagruppe, et võrdsustada osakondade töökoormust. Osakondade juhatajate materiaalse vastutuse tõstmiseks ja kontrolli tõhustamiseks tellimiste täitmise ja kaupade väljastamise üle viidi kontrolörid üle osakondade koosseisu, samuti viidi kauba pakkimine osakondadesse, kust pakitud kaubad antakse üle ekspeditsiooni kastide arvu järgi. Tallinna tellimisi hakatakse väljastama ja apteekidele kätte toimetama spetsiaalsetes suletavates ja pitseeritud kast-konteinerites. Loodetavasti kaotab nende uuenduste sisseviimine kõik pretensioonid kauba puudujäägi, segimineku jne. kohta.

On kindel, et uutesse ruumidesse asumine toob suuri paremusi, kergendab ja kiirendab tööd, kuid ruumipuudus oli ja jääb praegugi valusaks küsimuseks. Olukorra esialgseks parandamiseks on hädavajalik: 1) ehitada lao territooriumile eraldi seisev laoruum hapniku hoidmiseks; 2) kiiresti projekteerida ja veel käesoleval aastal valmis ehitada lao territooriumile mitteköetav laohoone tinktuuride, õlide, seebi jt. kaupade hoidmiseks; 3) alustada laohoone teise järgu projekteerimistöödega.

J. Pats (Eesti NSV Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüütiline Kesklaboratoorium). **Uutest ravimpreparaatidest (kortikosteroididest).** Kaasajal vaadeldakse neerupealiste koorollust kui organismi kaitsesüsteemi elundit. Vastavalt sellele kontseptsioonile rakendatakse ka kortikosteroide. Praegu kasutatakse järgmisi kortikosteroide: hüdrokortisooni, kortisooni, prednisooni, prednisolooni, metüülprednisolooni, triamsinolooni ja deksametasooni. Kortikosteroidide kasutamise indikatsioonideks on mitmesugused reumaatilised haigestumised, septiline endokardiit, šokiseisundid, bronhiaalastma, neuriidid, allergilised seisundid, pemfigus, mõned leukoosivormid, krooniline bronhiit, kopsupõletik, Botkini tõbi ja mitmed teised nakkushaigused, mitmesugused silma- ja nahahaigused, nefroosid. Kortikosteroide rakendatakse harilikult koos antibiootikumidega.

Vastunäidustusteks kortikosteroidide kasutamisele on suhkruhaigus, hüpertooniatõbi, kalduvus trombooside tekkimisele, psüühiline labiilsus ja rasedus.

Kortikosteroidid pidurdavad antikehade tekkimist ja fagotsütaarset aktiivsust, tõstavad vererõhku ja soodustavad trombide teket, aeglustavad haavade paranemist.

Kortikosteroidide doseerimisel peetakse kinni järgmistest põhimõtetest: 1) ravi algul kasutatakse suuri annuseid, 2) tavalisi terapeutilisi annuseid rakendatakse kuni haiguse põhisümptoomide kadumiseni, 3) neerupealiste koorolluse atroofia vältimiseks vähendatakse annuseid järk-järgult miinimumini. Ravikuuri kestus on 2 kuni 6 nädalat.

I. Sibul (Eesti NSV Teaduste Akadeemia kirjavahetajaliige). **Närvisüsteemi kaudu mõjuvate uute ravimpreparaatide toimemehhanismidest.** Viimasel ajal kasvab praktikas kasutatavate närvisüsteemisse toimivate preparaatide arv väga kiiresti. Huvitavateks uuteks preparaatideks on tsentraalsed ganglionblokaatorid, gangliolüütikumid, relaksandid jt. Neid iseloomustab valikuline toime närvisüsteemi teatavasse osasse, millest oleneb preparaadi ravitoime. Tuntakse ajukoort, ajukoorealuseid tuumasid, ajutüve, seljaaju ja vegetatiivseid ganglione mõjustavaid ravimeid. Nende vahendite toime võib olla kas närviprotsesse pärssiv või erutav.

Valikuliselt närvisüsteemisse mõjuvate ravimite toimet selgitavad kaasaegsed teadmised aju biokeemiast ja biokeemilisest farmakoloogiast. Närvirakkude kõrge tundlikkus baseerub biokeemiliste protsesside spetsiifilisel tasemel, mis omakorda diferentseerub kesknärvisüsteemi kõrgemate ja madalamate osade vahel.

Tsentraalsete ganglionblokaatorite põhirühmaks on mitmesugused fenotiasiini derivaadid, nagu aminasiin, propasiin, mepasiin jt. (sellekohased välismaised nimetused: kloorpromasiin, largaktiil, megafeen). Mõned fenotiasiini derivaadid, nagu

diprasiin, etisiin, dinesiin, on tugeva antihistamiinse toimega. Tsentraalsed ganglionblokaatorid mõjustavad kesknärvisüsteemi kõrgemaid keskusi. Aminasiin toimib rahustavalt ja und soodustavalt. See preparaat mõjub teataval määral ka adrenolüütiliselt, langetab vererõhku ning mõjub soodsalt hüpotermia tekkele. Arvatakse, et fenotiasiinipreparaadid toimivad ajusse retikulaarkeha kaudu.

Teise huvitava närvisüsteemisse toimivate ainete rühma moodustavad nn. kolinolüütikumid ehk vegetatiivsed ganglionblokaatorid, nagu heksoon, bensoheksoon, pentamiid, dikoliin, tetamoon, pahhükarpiin ja paljud teised. Nimetatud preparaatide toime baseerub nende keemilise struktuuri suurel sarnasusel atsetüülkoliiniga, mistõttu nad konkureerivad sünapsi retseptoorse neuroni lõpmetel loomuliku mediaatoriga. Blokeerides viimaseid lülitavad nad vegetatiivse ganglioni välja, vaatamata vaba atsetüülkoliini küllaldasele tekkimisele närviimpulsside mõjul. Seega pole nimetus koliinolüütikum nendele sugugi sobiv, kuna nad ei lagunda atsetüülkoliini.

Kolinolüütilised preparaadid pärsivad närviimpulsside ülekannet kesknärvisüsteemist vegetatiivsetesse elunditesse. See muudab elundite reaktiivsust ja loob soodsad võimalused paranemiseks. Eriti tähtis on see siis, kui haigust põhjustavad tsentraalsed patoloogilised närviimpulsid. Kaasaegne kirurgia kasutab ganglionblokaatoreid hea eduga operatsioonipuhuste ja operatsioonijärgsete reflektoorsete häirete vältimiseks organismis. Nad on valuvaigistava toimega. Neid kasutatakse veresoonte, eriti aga arterioolide spastiliste seisundite kõrvaldamiseks. Nad sobivad ka pressoorsete reflekside pärssimiseks, troofika parandamiseks ja bronhide, põie, soole jt. hüpertoonia nõrgendamiseks.

Analoogiliselt tsentraalsete ganglionblokaatoritega toimib kesknärvisüsteemisse ka humisool. Täheldati ka preparaadi närvitalitlust tugevdavat toimet ja ilmset adrenolüütilist efekti. Humisooli korduval süstimisel katseloomale registreeriti vereseerumi valkude üldhulga suurenemist ja hüpofüüsi gonadotroopse funktsiooni aktiveerumist. Kõik nimetatud omadused on seletatavad preparaadis leiduva erilise, ganglionblokaatori omadustega toimeainega, mis, mõjudes kesknärvisüsteemisse, põhjustab ümberkõlastust väga paljudes elundsüsteemides. Mudafaktor kui looduslik ganglionblokaator erineb sünteetilistest preparaatidest oma enam kui 1000 korda suurema aktiivsusega.

Humisooli toime eksperimentaalsel uurimisel avastati ka selle antigeensed omadused. Nimelt preparaadi korduval süstimisel tervetele küülikutele tekkis nende vereseerumis mukopolüsahhariidide hulga suurenemine koos seerumi albumiinide sisalduse ajutise vähenemisega ning punaliblede settereaktsiooni kiirenemine. Süstimise jätkamisel 10.—14. päevani hakkasid need näitajad normaliseeruma ja 30. päeval olid nad peaaegu normaalsel tasemel. Sellest järeldub, et humisooli süstemaatiline manustamine kutsub organismis esile autoimmunisatsiooni protsessi, millel võib olla suur tähtsus reumaatiliste haiguste ravi mehhanismis. Kõigil nendel tähelepanekutel on väga suur tähtsus mudaravi seni veel ikka selgusetuks jäänud toimemehhanismide selgitamisel.

B. Luik (Tartu Riikliku Ülikooli galeenilise farmaatsia ja farmatseutilise keemia kateeder). **Perspektiivseid meetodeid farmatseutilises analüüsis.** Kaasaega iseloomustab üha enam mehhaniseerimine ja automatiseerimine elektroonika ning telemehaanika baasil.

Enne kui võtame vaatlusele mõningad uudsemad, perspektiivsemad analüüsimenetlused, peatume mõnedel tehnilistel pisitäiustustel, mida saab vähese materjali- ja ajakuluga rakendada analüütiku töökohal apteegis või laboratooriumis.

Lisaks tavalisele elektrivalgustusele on vaja analüütiku töökohale monteerida luminestsentslambid — soovitav üks sinaka ja teine roosaka tooniga toru, sest tavalise elektrilambi valguses pole ainete kollakad ja roosakad toonid eristatavad.

Seoses mikro- ja poolmikroanalüüsi eelistega tuleb analüütikutel hakata hankima vajalikke tööabinõusid. Teimiklaaside asemel tuleb tilk-analüüsiks muretseda õnaratega klaas- või portselanplaat, kuid piisab isegi plastikaaditükikesest, mis ei märgu vesilahustega.

Järk-järgult tuleb makrobüretid ja -pipetid asendada vastavate poolmikrotööabinõudega. Pipettidega varustatud reaktiivide anumaid saame valmistada ise, näit. penitsilliini pudeleist. Reaktiivide komplekteerimise näidiseid on kirjanduses ja praktikas külluses. Igasuguste reaktiivide säilitusanumatena soovitame kasutusele võtta polüetüleentaarat (pudeleid ja purke). Neid nimetatakse «taaraks eriti puhastele reaktiividele», ja pealegi on nad klaastaaraga võrreldes purunematud ning väga kerged.

Tehnilise pisivõttena on soovitatav enam vajatavate mõõtlahuste büretid varustada nn. automaattäitjatega. Viimased pole midagi muud kui bürettsüsteemitaoliselt monteeritud seadised ja nende koostamiseks saabki ära kasutada bürettsüsteemist vabaks jäänud detaile.

Vähem tuntud abiriistana soovitame analüütikule ja ka assistendile magneetilist segajat, mida analüütik vajab tiitrimisel, assistent ainete lahustamisel. Segajaks

on tillukesse klaastorusse sulatatud teraspulgake, mille paneb tiirlema mootori abil käivitatav magnet. Tiirude arv on reguleeritav. Segaja on varustatud ka elektriga köetava plaadiga ja vesijahutussüsteemiga, nii et vajaduse korral saab segatavat vedelikku kuumutada või jahutada.

Refraktomeetria kõrval tuleks uuesti ellu äratada teine optikaline menetlus — polarimeetria.

Elustada tuleks samuti sulamistemperatuuri teimi. Sulamistemperatuuri määramise aparatuurist, mis on antud riiklikus farmakopöas, on eelistatavam juba mõnda aastakümmet kasutusel olev sulamistemperatuuri määramise mikroseadis. See kujutab enesest üliväikest termomeetriga varustatud elektripliidikest, mille temperatuuri reguleeritakse reostaadi abil. Uuritava aine kübemekesed — 1 mg substantsi on juba liialt suur kogus, tegelikult piisab mõnest μ grammist — paigutatakse umbes 5 mm läbimõõduga pannikesega pliidile ja jälgitakse aine sulamist kas luubiga või mikroskoobiga.

Uha kasvava tähtsusega on medikamentide, eriti süstimislahuste vesinikioonide kontsentratsiooni (pH) määramine. Praeguseni on meie praktikas ofitsinaalseks kolorimeetriline visuaalne meetod. Elektrokeemiline ehk potentsiomeetriline (ka ionomeetriline) meetod ei vaja puhvreid ega indikaatoreid ja resultaadi registreerimine pole subjektiivne, ei toimu visuaalselt. Meie tehased toodavad alates möödunud aastast ka moodsamaid elektronlampidega potentsiomeetreid. Ka imporditakse meile välisriikidest moodsaid pH-aparaate, mis registreerivad resultaadi automaatselt (fotoelektriliselt). Potentsiomeetrid on oma eeliste tõttu teaduslikus ja praktilises analüüsis kolorimeetrilise meetodi välja tõrjunud. Potentsiomeetri eeliseks on peale ülalnimetatu veel asjaolu, et seda saab edukalt rakendada nn. potentsiomeetriliseks tiitrimiseks, kus ta täidab indikaatori ülesandeid.

Tiitrimeetrias on viimaseil aastail klassikalistele tiitrimeetrilistele meetoditele lisandunud tiitrimine veeta keskkonnas ja nn. kompleksomeetria, mida rakendatakse ka leelismuldmetallide volumeetriliseks määramiseks.

Moodsamaist keemilise analüüsi meetodeist tuleks veel nimetada paberkromatograafiat.

Nüüd veel mõningaist perspektiivsemaist elektromeetrilistest menetlustest. Neist olulisemaiks osutuvad 1) fotokolorimeetria-nefelomeetria ja 2) polarograafia.

Kõnesolevate uudsemate, tuleviku analüüsimeetodite ja aparatuuride peamisteks alusteks on elektromeetria, fotoelektriline mõõtmine ja elektroonika, sageli nende mitmesugused kombinatsioonid samaaegse automatiseerimisega.

Fotokolorimeetria-nefelomeetria on tuntud klassikaliste menetluste — kolorimeetria ja nefelomeetria — moderniseeritud vormina. Põhiline, seejuures väga hinnatav erinevus võrreldes vanemate riistadega seisneb selles, et aparaati monteeritud fotoraku abil kõrvaldatakse nende meetodite suurim pahe — visuaalsest vaatlusest tingitud subjektiivsus. Pealegi on kaks omaette riista, kolorimeeter ja nefelomeeter, ühendatud nüüd mõnedes tüüpides ühiseks aparatuuriks (näiteks meil toodetav ФЭКН-М).

Polarograafia on üks uudsemaid nn. depolarisatsiooni nähtusel rajanevaid elektrokeemilisi menetlusi. Polarograafia võimaldab 1) ükshaaval määrata aineid segudes, 2) üheaegselt igat ainet samastada ja samaaegselt määrata nende kvantitatiivset sisaldust, 3) analüüsida ääretult väikesi ainehulki — puhuti piisab 0,1 ml-st lahusest ja 4) analüüsi korrata, ilma et oleks vajalik uut uuritavat aine, *resp.* segu hulka. Peale selle registreerib aparaat ise kõik katse resultaadid fotopaberile, sealhulgas ka korduskatsete andmed. Polarograaf vajab aga teadlikku töötajat analüüside ettevalmistamiseks ja teostamiseks, mis võib kujuneda omaette raskuseks.

Uudsema analüüsitehnika ja aparatuuri tutvustamisel ja rakendamisel praktilises apteegitöös saaks analüütikuid-kontrolöre abistada Kontrollanalüütilise Keslaboratooriumi ning Tartu Riikliku Ülikooli ja Tallinna Polütehnilise Instituudi vastavate kateedrite personal. Seda võiks korraldada ka seminaride või lühiaegsete täienduskursuste raamides.

Läbirääkimised

Sõna võtsid 9 delegaati. Lühikese ülevaate Apteekide Peavalitsuse Tartu Osakonna apteegivõrgu olukorrast andis Tartu Osakonna juhataja R. Vassil. 1960. aastal avati osakonna piires 2 apteeki (Tartusse ja Oravale) ning 5 teise grupi apteegipunkti. Raskusi oli apteekide varustamisega. Tartu Apteegiladu ei suutnud rahuldada kõiki apteekide nõudmisi. Ladu ise töötab kitsastes tingimustes, kuid uue laohoone ehitustööd käivad. Paranenud on apteekide ja arstkonna vaheline koostöö. On kasutusel ka raamatukujuline «Eesti NSV-s olemasolevate ravimite lühendatud nimekiri». Alates 1. märtsist 1961. a. töötab Tartus informatsioonipunkt, mis annab elanikkonnale teateid ravimite kohta.

Mitmed apteegijuhatajad (L. Tasa — apteek nr. 49 Kingissepas, A. Karrus — apteek nr. 3 Tallinnas, M. Boiko — apteek nr. 64 Tapal) kritiseerisid Kesk-Apteegilao tööd ja selle juhtkonna mitteküllaldast operatiivsust. Raskusi on kiirtellimiste kättesaamisega, arved kauba kohta saabuvad suure hilinemisega jne. Kesk-Apteegilao asumine uutesse ruumidesse ja selle töö reorganiseerimine 1961. a. halvendas tunduvalt varustamise olukorda.

M. Boiko tõstis esile ka mõnede abivahendite terava puuduse, mis takistab ravimite korralikku väljastamist. Juba poolteise aasta jooksul ei ole saadud 100-grammiseid pudeleid. Klaaskorgiga süstimislahuste pudelid puuduvad täiesti. M. Boiko teeb ettepaneku hakata tootma spetsiaalseid kahe avaga süstimislahuste pudeleid või muretseda vastavaid korke. Sellega kiireneks süstimislahuste filtrimine.

Pikema sõnavõtuga esines NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Meditsiinikaupade Varustuse ja Turustuse Peavalitsuse esindaja V. Kutšerenko, kes selgitas tähtsamate preparaatide defitsiitsuse põhjuseid ja rääkis nende saamise perspektiividest. Ravimitest ei jätku, sest rahva sanitaarhariduslike teadmiste kasvule kaasuv nõudmiste kasv ületab tööstusliku tootmise võimsuse. Näiteks 1960. a. ei täidetud salitsüülhappe, kofeiini, salooli, validooli jt. preparaatide tootmise plaani. Mentool tuleb meile Hiinast, seal aga hävitasid 1960. a. saagi suured paduvihmad. Impordist käesoleval aastal saadav glükoos ei ole veel saabunud, pealegi läheb glükoosi tarvis ka askorbiinhappe sünteesiks. Askorbiinhappe tootmine kasvab käesoleval aastal 10 tonni võrra, mis peaks nõudmist rahuldama. Eesti NSV tellimine röntgenifilmidele on rahuldatud 73% ulatuses, samal ajal kui üleliidulist vajadust suudeti rahuldada ainult 43% ulatuses. Termomeetrite väljalase on suurenenud 10 miljoni võrra (8 miljonilt 18 miljonile), kuid ei ole veel küllaldane. Samasugune on olukord ka süstaldega.

Dotsent B. Luik TRÜ galeenilise farmaatsia ja farmatseutilise keemia kateedrist tõstis üles kaadrite küsimuse. Kesk-Apteegilaos on 8,5 vakantset kohta, apteegivõrgus töötab ligi 100 kutseta töötajat, vastuvõtt TRÜ Arstiteaduskonna farmaatsia osakonda on aga minimaalne. Ühtlasi toonitas ta, et on vaja kiirendada õppebaas-apteegi ehitamist.

Sõnavõttudega esinesid veel Apteekide Peavalitsuse apteegivõrgu organiseerimise osakonna ülem V. Päsmel, kaubandus-tootmisosakonna ülem E. Laas ja Kesk-Apteegilao kaubandusosakonna juhataja H. Kangro. Sektsiooni istungi lõpetas Apteekide Peavalitsuse ülem I. Podolski, tehes lühikese kokkuvõtte. Nõupidamise materjalid töötatakse põhjalikult läbi ja võetakse arvesse edaspidise töö korraldamisel.

*

SÕNAVÕTUD TERVISHOIUTÖÖTAJATE AKTIIVI NÕUPIDAMISE LÕPPISTUNGIL

V. Parvet (Tartu Meditsiinilise Keskkooli direktor). Meditsiinikeskkoole on Eestis kaks — Tallinnas ja Tartus. Nendes koolides valmistatakse ette velskreid, laborante, hambaarste, akušööre, hambatehnikuid jt. Viimaste aastate jooksul likvideeriti rida väiksemaid meditsiinikeskkoole, mis on end ka õigustanud, sest suured õppeasutused suudavad kaadrit kahtlemata paremini ette valmistada. Viljandis asuva meditsiinikooli likvideerimisel jaotati õpilased Tallinna ja Tartu koolide vahel. Tartu õpilaste arv suurenes tunduvalt. See muutis ruumide kitsikuse veelgi teravamaks.

Praegu organiseeritakse tervishoiupunkti, mis kooli abil hakkaks teenindama 2000 töölist. Küsimus seisab praegu ruumide hankimises. Ka kooli ruume on vaja laiendada, et kool saaks vastu võtta rohkem õpilasi. Praegu valmistatakse arste ette samapalju kui meditsiiniõdesid, suhe peab aga olema — iga arsti kohta 3 õde.

C. Ustinova (Tallinna Linna Lastehaigla peaarst). NSV Liidu tervishoiu ministri sõnavõtust selgus, milline eriline tähtsus on laste suremuse vähendamisel Eestis. Meil on heameel teatada, et alates 1958. a. on meil laste suremus tunduvalt langenud. Tunduvalt on langenud ka haigestumine nakkushaigustesse. Imikutele lisatoidu määramiseks koguti

9,5 tonni rinnapiima, mis parandas märgatavalt imikute toitlustamist. Selles osas esineb aga teatavaid raskusi: nimelt rahandusorganite instruktsiooni tõttu ei saa imikute lisatoiduks ettenähtud summasid ära kulutada. Seda instruktsiooni tuleks muuta.

Iga suurema raviasutuse juurde on loodud ühiskondlikud meditsiininõukogud. Selline nõukogu töötab ka Tallinna Linna Lastehaigla juures. See nõukogu koosneb tööstusettevõtete, partei ja nõukogude organite ning komsomoliorganisatsiooni esindajatest. Meie haigla nõukogu on korraldanud haiglahoone ühendamise soojustsentraaliga, hankinud haiglale mänguasju suure summa eest.

Teadusliku uurimistöö osas on meid abistanud ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduslikud töötajad (reuma alal), kuid teadusliku töö tegemisel on takistuseks voodikohtade vähesus, samuti on vaja kardioskoopi.

Tallinna Linna Lastehaigla töötajad on veendunud, et nad täidavad neile pandud ülesanded.

S. Ellervee (Rapla Rajooni Haigla peaarst). Rapla rajoonis on 160 voodikohaga haigla, mis aga ei rahulda nõudmisi. Käesoleval aastal avatakse kohandatud hoones uus, 75 voodikohaga haigla. Raskusi on autotranspordiga, sest autode remont kestab väga kaua (alati on 1—2 autot remondis) ja see takistab tööd. Oleks vaja reguleerida rajoonihaigla koosseisu, sest niisama suure linnahaigla koosseis on suurem. Korraldamist vajab haigete dieettoitlustamiseks tarvilike toiduainete hankimine riiklike jaehindadega. Meditsiinitöötajate korteriküsimus ei ole veel lahendatud — noortele arstidele on vaja luua vastavad tingimused.

Eesti NSV tervishoiu minister A. Goldberg vastas esitatud küsimustele ja märkis lõppsõnas, et kõikidel istungitel esines ettekannete ja sõnavõttudega ligi 60 inimest. Sõnavõtud olid hästi ette valmistatud.

Kõik ettepanekud ja kriitilised sõnavõtud, mis tehti ministeeriumi ja kohalike juhtivate organite töö kohta, töötatakse põhjalikult läbi ja arutatakse ministeeriumi kolleegiumil. Puudused likvideeritakse võimaluste piires juba käesoleval aastal.

Riik eraldab tervishoiule väga suuri summasid, mis vastavalt meie riigi jõukuse kasvule aasta-aastalt veelgi suurenevad. Meie tervishoiutöötajad aga ei kasuta neid materiaalseid vahendeid alati ratsionaalselt. Kõiki vahendeid tuleb kasutada heaperemehelikult. Kui tõsiselt mobiliseerida kõik jõud, täidetakse partei poolt seatud ülesanne nakkushaiguste likvideerimise alal.

Kõikide valitsuse otsuste täitmine on meile jõukohane ja me võime siin viibivate partei ja valitsuse juhtidele kinnitada, et meie vabariigi meditsiinitöötajad teevad kõik selleks, et minna NLKP XXII kongressile vastu väärikate töönäitajatega.

Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green teatas, et on tulnud ettepanek võtta vastu üleskutse kõigile Eesti NSV tervishoiutöötajatele. Sõna läkituse projekti ettelugemiseks anti A. Sarapile. Läkitus võeti ühel häälel vastu.

Seejärel kuulutas Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green Eesti NSV tervishoiutöötajate vabariikliku aktiivi nõupidamise lõppenuks.

VABARIIGI TERVISHOIUTÖÖTAJATE AKTIIVI LÄKITUS KÕIGILE EESTI NSV MEDITSIINITÖÖTAJATELE

Kallid seltsimehed!

Hoolitsedes pidevalt töötajate suurenevate vajaduste ja nõudmiste rahuldamise eest, teevad Kommunistlik Partei ja Nõukogude valitsus kõik, et töötajate elu muutuks kauniks, sisukaks ja kauakestvaks.

Aasta-aastalt paraneb meil täiskasvanute ja laste kehaline areng, väheneb invaliidistumine ning haigestumine tuberkuloosi ja teistesse nakkushaigustesse.

Uue suure tähtsusega dokumendi — NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» avaldamisest 14. jaanuaril 1960. a. on möödunud veidi üle aasta. See ajalooline otsus, mille kogu nõukogude rahvas rõõmuga vastu võttis, väljendab veel kord hoolitsust inimese tervise eest.

Meie aukohuseks on täita ülesandeid, mis partei ja valitsus meile on usaldanud.

Meie riik teeb kõik nõukogude inimese hüvanguks: pidevalt suurenevad assigneeringud tervishoiule, kasvab meditsiiniasutuste ja arstide arv ning voodite fond, laieneb sünnitusmajade, dispanserite, naiste ja laste nõuandlate ning sõim-aedade võrk.

Vaatamata ravi- ja profülaktikaasutuste võrgu tunduvale kasvule, ei rahulda see veel täielikult elanikkonna suurenenud nõudmisi. Ambulatoorne, polikliiniline ja stomatoloogiline abi ei ole veel küllaldaselt arenenud. Statsionaarse abi organisatsioonis esineb veel rida puudusi.

Tervishoiuorganite peamiseks ülesandeks on täisväärtusliku polikliinilise ja statsionaarse abi kindlustamine elanikkonnale. Sellest tuleneb ühtlasi vajadus täiustada meditsiinilise teenindamise vorme ja meetodeid ning parandada profülaktika-, diagnostika- ning ravialast tööd polikliinilistes asutustes. Kõik see sõltub esmajärjekorras iga meditsiinitöötaja püüdlustest, oskusest ja meisterlikkusest, algatusvõimest, visadusest, printsipiaalsusest puuduste kõrvaldamisel ning kohusetundest nõukogude rahva vastu.

Profülaktika — haiguste vältimine — jääb endiselt peajooneks tervishoiukorralduse alal. Sellepärast tuleb täielikult ära kasutada rikkalikud võimalused, mis Nõukogude riik on andnud, et ellu rakendada NLKP XXI kongressi suunitlusi tervist kõige enam kahjustavate haiguste vältimiseks.

Meditsiinitöötajatel tuleb pöörata erilist tähelepanu võitlusele traumade ja selliste levinud haiguste vastu nagu gripp, angiin, millesse haigestumine on veel võrdlemisi sagedane ja mis põhjustavad rahvamajandusele suurt kahju tekitavat ajutist töövõimetust.

Meditsiinitöötajad peavad taotlema tuberkuloositõrje abinõude täielikku rakendamist. Tuberkuloosi likvideerimine on tohutu sotsiaal-hügieenilise tähtsusega probleem — see on tõeliselt üldrahvalik ülesanne, ja kahtlemata see lahendatakse.

Oleme kohustatud tarvitusele võtma kõik abinõud difteeria, samuti poliomüeliidi ja kõhutüüfuse täielikuks likvideerimiseks meie vabariigis lähema 1—2 aasta jooksul ning saavutama ägedate soolenakkuste, samuti askaridoosi ja difüllobotrioosi tunduva vähenemise. Ka laste suremine kopsupõletikku ja ägedatesse soolenakkustesse tuleb viia miinimumini. See on täiesti võimalik uute profülaktika- ja ravimeetodite ulatuslikul juurutamisel.

Kutsume kõiki meditsiinitöötajaid üles vabariigi eesrindlike asutuste algatusi sihikindlalt järgima. Pediaatrid ja akušöör-günekoloogid peavad tõhustama tööd vastsündinute suremuse vähendamiseks.

Iga arst, velsker, ämmaemand ja meditsiiniõde peab täpselt ja laitmatult organiseerima profülaktilist tööd oma jaoskonnas ning jõudu säästmata võitlema nõukogude inimese tervise ja elu eest.

Profülaktika valdkonnas etendavad tähtsat osa üldised sanitaarüritused, linna- ja maaelanike töö- ning elutingimuste parandamine ja asulate sanitaarne heakorrastus. Tervishoiuasutuste töötajad peavad senisest veel enam kaasa tõmbama laiu rahvahulki ning organiseerima võitlust kõrge sanitaarkultuuri eest, tõhustades sanitaarharidustöö propagandat, kasutades selleks kõiki töövorme ja -meetodeid.

Meie aukohuseks, meie ühiseks ülesandeks on kasvatada ja välja õpetada ühiskondlikke aktiviste Punase Risti Seltsi liikmete hulgast, kelle initsiatiiv aitab kaasa nõukogude tervishoiukorralduse edasisele parandamisele.

Töötajaid tuleb ulatuslikumalt kaasa tõmmata ravi- ja profülaktikaasutuste juures organiseeritud ühiskondlike nõukogude tööle, aktiivsele osavõtule kohalike töörahva saadikute nõukogude täitevkomiteede alaliste tervishoiukomisjonide tööst. Partei, valitsus, kogu nõukogude rahvas on meile, meditsiinitöötajaile, osutanud suurt usaldust. Peame seda usaldust õigustama. Meie kohuseks on täielikult kasutada kõiki reserve ja võimalusi, arukalt ning heaperemehelikult käsutada tohutuid materiaalseid vahendeid, mis Nõukogude riik määrab tervishoiukorralduseks, maksimaalselt tõsta linna- ja maaelanike meditsiinilise teenindamise kvaliteeti ja kultuuri.

Kutsume kõiki vabariigi meditsiinitöötajaid üles kriitiliselt hindama oma tööd, välja selgitama ja kasutama kõiki reserve, tähelepanelikult jälgima kõike uut, eesrindlikku, progressiivset profülaktika, diagnostika ja ravi alal, julgemini juurutama praktikasse uusi aparaate, tõhusaid ravimpreparaate, täiuslikke töömeetodeid ja -vorme.

Kutsume apteegitöötajaid üles pidevalt parandama apteekide tööd, tõstma teenindamiskultuuri, täielikumalt rahuldama raviasutuste ja elanikkonna nõudeid.

Tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklikust nõupidamisest osavõtjad kinnitavad parteile ja valitsusele, et kõik Eesti NSV meditsiinitöötajad, innustatuna NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrusest, jätkavad väsimatult tööd meie vabariigi elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervise kaitse edasiseks parandamiseks, pühendavad kogu oma jõu selleks, et õigustada partei ja rahva suurt usaldust ning väärikalt vastu võtta NLKP XXII kongressi.

TERMOREGULATSIOONI HÄIRETEST TÄISEALISTEL TUBERKULOOSSE MENINGIIDIGA HAIGETEL

Arstiteaduse kandidaat *L. MASER*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Kaasaegsete ravivahendite ja meetodite rakendamisel saavutatakse tuberkuloosse meningiidiga haigete ravimisel häid tulemusi. Kirjanduse andmetel paraneb 70—100% ravitutest. Ehkki paranemise protsent on kõrge, on nende haigete ravimisega seoses veel rida selgusetuid küsimusi. Nii pole senini suudetud vältida tuberkuloosse meningiidi retsidiivide tekkimist, mis tunduvalt halvendavad haiguse prognoosi, põhjustavad raskete jääknähtude kujunemist ja invaliidsust. Selleks et saavutada võimalikult täielikumat paranemist, tuleb erilist tähelepanu pühendada tuberkuloosse meningiidi haigete organismi täpsemale uurimisele. Väga oluline on välja selgitada, kas pärast kliiniliste sümpoomide kadumist ja liikvorileiu normaliseerumist on täiuslikult taastunud ka organismi funktsionaalne seisund. Niikaua kui organismi funktsioonid pole täielikult normaliseerunud, on uuesti haigestumise — retsidiivide tekkimise — oht suur.

Viimastel aastatel on hakatud pöörama suuremat tähelepanu tuberkuloosse meningiidi haigete põhjalikumale uurimisele. Täpsemate uurimiste tulemusi käsitlevad M. Frišman (6), J. Godlewsky ja M. Borodaj (9), R. Kaljužnaja (4), M. Bessonova ja K. Pissartšik (1) jt. autorid. Nimetatud autorid on täheldanud tuberkuloosse meningiidi haigetel lastel südametegevuse, vasomotoorseid ja teisi häireid. Haigete kliinilisel paranemisel täheldati uuritud talitluste aeglast normaliseerumist. Osal haigetest jäid südame- ja veresoonkonna talitluse häired püsima ka pärast tuberkuloosse meningiidi kliiniliste sümptoomide kadumist.

Kliinilised tähelepanekud aastate vältel on näidanud, et tuberkuloosse meningiidi haigetel esineb sageli ravi ajal ja pärast haiguse kliinilist paranemist ilmselt suurenenud higistamine jäsemete distaalsetes osades koos jalgade ja käte külmetamistundega. Jõudsime otsusele, et neid nähte oleks vaja uurida, kuna need osutavad termoregulatsiooni häiretele. Termoregulatsiooni häirete esinemine koos teiste funktsionaalsete häiretega võiks olla lähedalt seotud tuberkuloosse meningiidi retsidiivide tekkimisega, seda enam, et retsidiivid tekivad sageli pärast külmetushaiguste põdemist.

Lähtudes eelnevast pidasime vajalikuks uurida tuberkuloosse meningiidiga haigetel termoregulatsiooni haiguse erinevates etappides.

Termoregulatsiooni seisundit uurisime 42 täiskasvanul tuberkuloosse meningiidiga haigel, kes viibisid ravil Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas ja Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla tuberkuloosse meningiidi osakonnas. Haigeid raviti streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-iga, kusjuures kõik uuritud haiged paranesid.

Termoregulatsiooni uuringuid teostasime dünaamiliselt 6 kuu kuni 2 aasta vältel, kusjuures mõõtsime naha temperatuuri ning higistamist haigete rahulikus olekus ja samuti soojuskoormuskatse puhul. Soojuskoormuskatset teostasime termoregulatsiooni latentsete häirete väljaselgitamiseks. Soojuskoormuskatseks asetasime uuritava haige käe kuni küünarliigeseni +45°C temperatuuriga vette 30—60 minutiks. Enne soojuskoormuse rakendamist, selle ajal ja pärast lõpetamist mõõtsime 60 minuti vältel naha temperatuuri ja higistamist sümmeetrilistes nahapunktides. Naha temperatuuri mõõtmiseks kasutasime Wheatstone'i silla põhimõttel ehitatud elektritakistustermomeetrit ja higistamise mõõtmiseks naha pindmise kihi takistust mõõtvat Mištšuki kombineeritud aparaati.

Uuringute tulemused

1. Nahatemperatuuri ja higistamise dünaamika

Nahatemperatuuri ja higistamise (naha pindmise kihi takistuse) normaalseteks väärtusteks loeti L. Šargorodski (7), I. Vainbergi (2, 3), I. Russetski (5) ja käesoleva töö käigus uuritud tervetel isikutel korduvatel mõõtmistel saadud andmed.

Haiguse algperioodil, kui haigete kehatemperatuur oli kõrgenenud, täheldati neil ka nahatemperatuuri tõusu normist kõrgemale ja higistamise suurenemist. 10-l kliiniliselt raskes seisundis viibival haigel esines haiguse algperioodil nahatemperatuuri ja higistamise asümmeetria, mis oli väljendunud eriti jäsemete distaalsetes osades — sõrmedel ja varvastel. Kehatemperatuuri subfebriilseks muutumise järel, keskmiselt 1. ravikuu lõpul, täheldati kõikidel haigetel kehatemperatuuri aeglast langust normaalsete väärtusteni. Samaaegselt vähenes ja kadus nahatemperatuuri ja higistamise asümmeetria. Raviperioodi lõpul (6.—12. ravikuul) esines osal haigetest nahatemperatuuri langus ja higistamise märgatav suurenemine jäsemete distaalsetes osades.

2. Termorefleksside dünaamika

Täpsemate andmete saamiseks termoregulatsiooni kohta, eriti termoregulatsiooni latentsete häirete selgitamiseks otsustasime rakendada soojuskoormuskatseid. Kirjanduse andmetel [V. Üprus (10), A. Štšerbak (8), I. Vainberg (2)] esineb tervel inimesel ühe käe soojendamisel temperatuuri reflektoorne tõus kogu kehas ja ka naha pinnal. Temperatuuri reflektoorne tõus ilmneb 10—15 minuti vältel pärast soojendamise alustamist ja saavutab maksimumi 30—45 minuti järel. Pärast soojuskoormuskatse lõpetamist langeb nahatemperatuur lähteväärtustele 40—60 minuti vältel.

Patoloogiliseks peetakse termorefleksi kulu aeglustumist, inverteeritud kulgu ja termorefleksi puudumist — arefleksiat.

1.—2. ravikuul uuriti termoreflekse 42-l tuberkuloosse meningiidi haigel. Termorefleksi kulg oli sellel perioodil normaalne 9 haigel 42-st. Higistamine oli seejuures normaalne 20 haigel ja tugevnenud 22 haigel.

3.—5. ravikuul, kui enamikul haigetest oli keha- ja nahatemperatuur normaalne ja termoregulatsiooni seisund näis olevat kliiniliselt häireteta, tehti 32 haigel uuesti soojuskoormuskatse. Termorefleksi normaalset kulgu täheldati ainult 5 haigel. Higistamine oli normi piires 10 haigel ja tugevnenud 22 haigel.

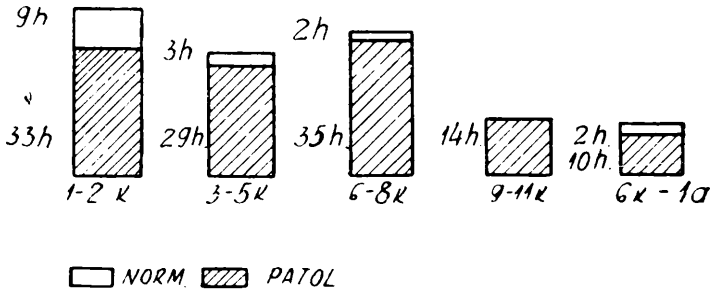
6.—8. kuul oli haigetel kehatemperatuur normaalne. Termorefleksi normaalset kulgu täheldati 2 haigel 37-st. Higistamine oli normaalne 10 haigel ja tugevnenud 27 haigel.

9.—11. kuul saadi termorefleksi kontrollida ainult 14 haigel, kes viibisid ravil pikema aja vältel. Ühelgi neist ei olnud termorefleksi kulg normaalne. Higistamine oli normaalne 3 haigel ja tugevnenud 11 haigel.

12 haigel, kes olid tuberkuloossest meningiidist paranenud, kontrolliti termoregulatsiooni seisundit 6 kuud kuni 1 aasta pärast ravilt lahkumist. Termorefleksi normaalset kulgu täheldati 2 ja patoloogilist kulgu 10 haigel. Higistamisreaktsiooni patoloogiat termorefleksside puhul täheldati 8 haigel (soojendamisele järgneva profuusse higistamise näol).

Termoregulatsiooni häirete dünaamika on toodud joonisel.

TERMOREGULATSIOONI HÄIRETE DÜNAAMIKA SEOSES HAIGUSKUUDEGA



Eelnevad andmed näitavad, et peaaegu kõikidel tuberkuloosse meningiidiga haigetel jäid pärast kehatemperatuuri normaliseerumist püsima termoregulatsiooni latentsed häired, mida oli võimalik avastada soojuskoormuskatsete abil. Termoregulatsiooni häireid täheldasime ka 6 kuu kuni 1 aasta möödumisel pärast haigete kliinilist paranemist. Nende esinemine on tõenäoliselt tingitud morfoloogiliste kahjustuste püsimajäämisest ajusubstantsis — vaheaju piirkonnas.

Termoregulatsiooni uuringutest järeldub, et hoolimata tuberkuloosse meningiidi haigete kliinilisest paranemisest pärast 6—12 kuud kestnud ravi, ei ole organismi funktsionaalne talitlus veel täielikult normaliseerunud. Võib arvata, et peale termoregulatsiooni häirete jäävad püsima ka mitmesuguste teiste funktsioonide häired. Kõik need, seejuures aga eriti termoregulatsiooni häired, võivad soodustada tuberkuloosse meningiidi retsidiivide tekkimist: haiged ei suuda vajalikul määral reageerida väliskeskkonna temperatuuri muutustele, mistõttu nad kergesti külmetuvad ja haigestuvad külmetushaigustesse; viimased aga disponeerivad tuberkuloosse meningiidi retsidiivide tekkimist.

Tuberkuloosse meningiidi haigete täielikuks paranemiseks, s. o. organismi funktsionaalse seisundi normaliseerumiseks vajavad haiged pikaajalist ravi haiglas, millele peab järgnema kindla režiimiga sanatoorne ravi. Vähemalt paari-kolme aasta vältel pärast kliinilise ravi lõppemist ei tohi tuberkuloosset meningiiti põdenuid suunata tööle. Eriti tuleb hoiduda tuberkuloossest meningiidist paranenute saatmisest sellisele tööle, kus esineb külmetumisvõimalusi. Nii suudame kahtlemata vähendada tuberkuloosse meningiidi retsidiivide tekkimist.

Järeldused

1. Tuberkuloosse meningiidiga haigetel (täiskasvanutel) jäid pärast haiguse kliiniliste sümptoomide kadumist ja pea- ning seljaajuvedeliku koostise normaliseerumist püsima termoregulatsiooni latentsed häired, mida oli võimalik avastada soojuskoormuskatsete abil.

2. Tuberkuloosse meningiidi haigeid ei või pärast 6—12 kuud kestnud ravi lugeda tervenenuteks, kuna selle aja vältel ei toimu haigete organismi funktsionaalse talitluse normaliseerumist.

3. Tuberkuloossest meningiidist kliiniliselt paranenute organismis püsima jäänud funktsionaalse talitluse häired võivad soodustada haiguse retsidiivide tekkimist.

4. Selleks et saavutada tuberkuloosse meningiidiga haigete täielikku paranemist, tuleb vähemalt paari aasta jooksul pärast kliinilise ravi lõppemist hoida haigeid sanatoorsel ning säästval ravirežiimil ja neid mitte tööle suunata.

KIRJANDUS

1. Бессонова М. Я., Писарчик К. И. Вопр. охраны материнства и детства, 1957, т. II, 4, 86—87. — 2. Вайнберг И. С. Сборник трудов больницы им. Свердлова, Л., 1940, т. II, 223—228. — 3. Вайнберг И. С. Роль нервной системы в терморегуляции, Л., 1949. — 4. Калюжная Р. А. Ж. невропатол. и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1955, т. 56, 1, 22—28. — 5. Русецкий И. И. Вегетативные нервные нарушения. М, 1958. — 6. Фришман М. Н. О вегетативно-нервных нарушениях в клинике туберкулезного менингита у детей при лечении стрептомицином. Автореф. дисс. канд., Харьков, 1961. — 7. Шаргородский Л. Я. Труды АМН СССР. М., 1949, т. IV, 37—50. — 8. Щербак А. Е. Основные труды по физиотерапии А. Е. Щербака. М., 1936. — 9. Godlewsky, J., Borodaj, M. Z. f. d. gesamte Tuberkuloseforsch., 1955, 3, 251. — 10. Üprus, V. Vasodilatation and Vasoconstriction in Responses to Warming and Cooling the Body. London—New-York, 1935.

О НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ТЕРМОРЕГУЛЯЦИИ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ МЕНИНГИТОМ

Л. Мазер

Резюме

У 42 взрослых больных туберкулезным менингитом мы исследовали функцию терморегуляции путем определения потоотделения и температуры кожи в состоянии покоя и с применением тепловой нагрузки.

Температура кожи измерялась термометром сопротивления, потоотделение определялось аппаратом Мищука. Исследования велись в продолжении от 6 месяцев до 2 лет.

В начале заболевания (в среднем в течение первого месяца) у больных туберкулезным менингитом наблюдались повышенные по сравнению с нормой температура кожи и потоотделение. У находившихся в тяжелом состоянии в начальном периоде заболевания наблюдались явления ассиметрии температуры кожи и потоотделения, проходившие после нормализации температуры тела на 3—8 месяце заболевания. При применении тепловой нагрузки выяснилось, что у больных туберкулезным менингитом после нормализации температуры тела остаются невыявляемые обычными способами исследования латентные нарушения терморегуляции, которые у большинства из них при клиническом улучшении состояния усиливались и не проходили даже после окончания стационарного лечения. Это говорит о том, что больных туберкулезным менингитом нельзя считать полностью выздоровевшими даже после 6—12-месячного лечения и исчезновения клиники заболевания. Вероятно, что нарушения терморегуляции у больных туберкулезным менингитом, остающиеся после клинического выздоровления, могут способствовать возникновению рецидивов.

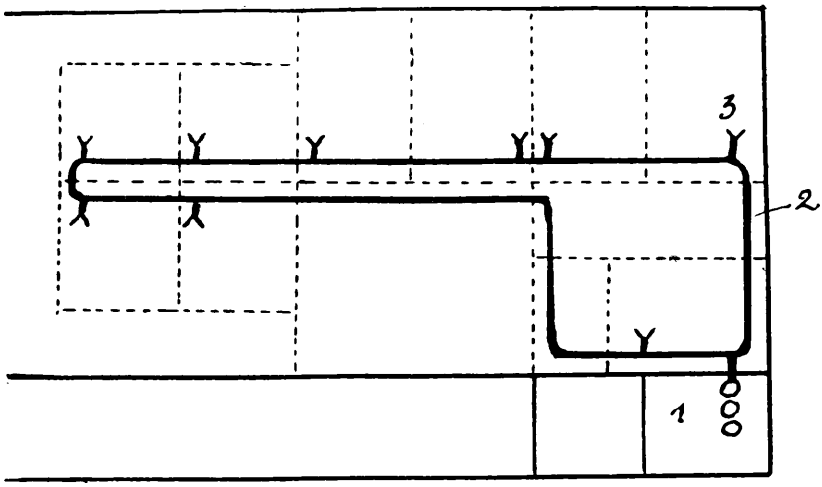
Вследствие нарушения терморегуляции больные не могут реагировать в должной мере на изменения температуры внешней среды и легко простужаются. Простудные заболевания же предрасполагают к возникновению рецидивов. Для достижения полного выздоровления больных туберкулезным менингитом и уменьшения опасности возникновения рецидивов необходимо длительное стационарное лечение их с последующим долечиванием в санаторных условиях.

LASTEOSAKONNA TSENTRAALSEST VARUSTAMISEST HAPNIKUGA

L. KERES

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna pediaatria kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *L. Keres*, ja Tartu Linna Kliinilisest Lastehaiglast, peaarst *H. Kääri*)

Varaealistel lastel esineb pneumoonia põdemisel sageli raskekujuline hingamise insufitsientsus, mispuhul on hädavajalik intensiivne hapnikravi. Selles eas ei ole võimalik hapnikku anda huuliku abil, samuti ei talu enamik lapsi hapniku andmist paljuaugulise ninaneelu-kateetri kaudu. Kõige sagedamini manustatakse neile hapnikku 12—17 sm läbimõõduga lehtri kaudu, mis asetatakse näo kohale. Sel puhul on aga hapnikukulu väga suur. Väga head on spetsiaalsed aparaadid (ДКП-1), mille puhul



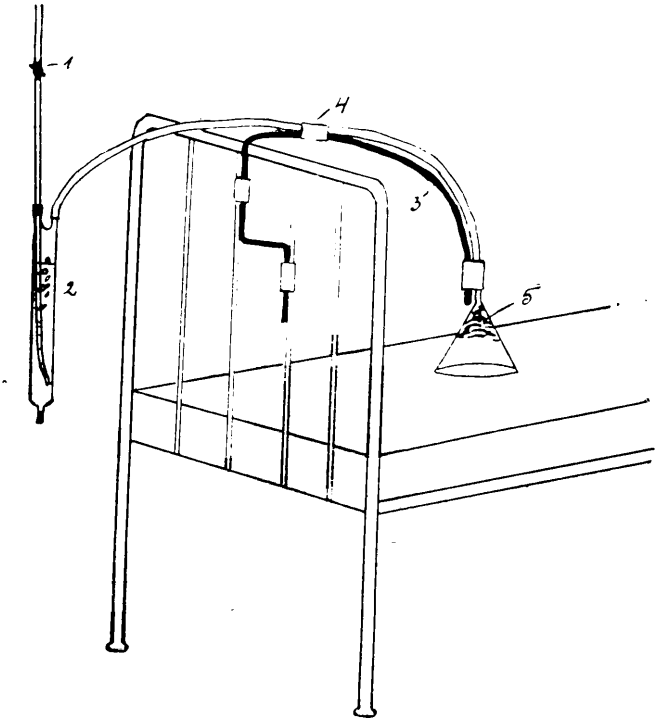
Joon. 1. Bokside tsentraalne varustamine hapnikuga: 1 — hapnikukeskus (balloonid hapnikuga); 2 — magistraal; 3 — hapnikravi kohad

kogu lapse ülakeha asetatakse kupli alla, mis on varustatud niiskuse ja temperatuuri reguleerimise seadmetega. Imikueas ei tohi sissehingatava gaasisegu hapnikusisaldus olla üle 40%, üle aasta vanustel mitte rohkem kui 50%; relatiivne niiskus peab olema 40—60% ja temperatuur mitte üle 20°. Kui sissehingatava gaasisegu hapnikusisaldus on liiga kõrge, siis tekib kopsukoe kahjustus (ödeem, verevalandid) ja hingamis- ning vereringe häired; peale selle võivad enneaegsed jääda isegi pimedaks retrolentaarse fibroplaasia tõttu.

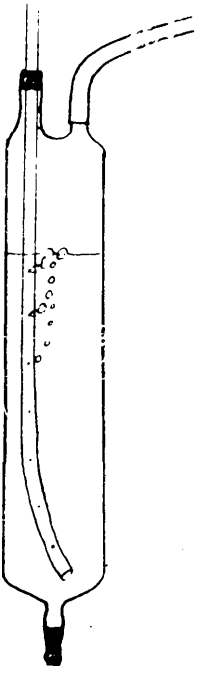
Raviks vajaliku hapniku hulk sõltub selle manustamise viisist ja haiguse raskusest. Kopsupõletikku põdevail imikuil, kel esineb hingamise puudulikkus, kulub ninaneelu-kateetri kasutamisel hapnikku keskmiselt

1—2 l/min., kupli (ДКП-1) kaudu andmisel 1,5—3 l/min. ja lehtriga andmisel keskmiselt 4 l/min. Oksühemomeetria (oksühemograaf 0—36) andmeil vajasid hingamise puudulikkusega pneumooniahaiged imikud selleks, et hoida arteriaalse vere hapnikuga küllastatust 96% tasemel, lehtriga andmisel 1,5—7 l/min., keskmiselt 4 l/min.

Selliste suurte hapnikuannuste korral on raske kasutada hapnikupatju. Ühest 25-liitrisest padjast jätkub annuse 4 l/min. andmisel ainult 6 minutiks. Seetõttu seati Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas sisse palatite tsentraalne varustamine hapnikuga (joonis 1). See korraldati lihtsalt, kasutades A. Bružesi, V. Streltsovi ja I. Demitševi kogemusi. Hapnikukeskus asub ruumis palatite kõrval. Balloonid on asetatud lukustatud kappi. Kasutusel olev balloon on varustatud reduktoriga, samas on ka liitrimõõtja. Kui balloon saab tühjaks, asetab õde reduktori järgmise



Joon. 2. Lehtri fikseerimine: 1 — kraan; 2 — liitrimõõtja-niisutaja; 3 — alumiiniumtraat; 4 — kinnitamine kleepplaastriga; 5 — hapnikujoa hajutaja



Joon. 3. Liitrimõõtja-niisutaja

ballooni külge. Hapnikumagistraal juhiti läbi seina palatitesse, kus hapnikutorustikuga varustati 9 boksi. Bokse varustav hapnikumagistraal moodustab ringi, mispuhul rõhk magistraalis on ühtlasem. Magistraaltoru asetati kõrgele seinale. Torustikuna kasutati 12 mm läbimõõduga, 3 mm paksuse seinaga kummivoolikut, hargnemiskohtadel roostevabast sulamist kolmeharulisi torusid (võib kasutada ka klaasist või vasest kolmeharulisi torusid). Igasse boksi on magistraalist suunatud haru kuni lapse voodini. Boksis (joonis 2) on liitrimõõtja-niisutaja, hapnikukoti kraan ja lehter. Liitrimõõtja-niisutaja (joonis 3) valmistasime kuivplasma ampullist. Ampulli alumine ava suletakse ja see täidetakse $^3/_4$ ulatuses veega. Ühest ülemisest avast viiakse hapnik kummivoolikuga vee alla ja teisest avast väljub niisutatud hapnik, mis juhitakse lapse juurde. Hapnikku vee alla viivasse kummitorusse põletati rotameetri

kontrolli all pikisuunas 7 sellise suurusega auku, et gaasi läbivoolu kiirus on määratav täpsusega 1 liiter minutis: nimelt näitab aukude arv, kust väljub gaas, minutis läbivoolava gaasi hulka liitrites. Liitrimõõtja-niisutaja võib teha ka Bobrovi aparaadist, varustades selle kummivoolikust valmistatud liitrimõõtjaga.

Ampullist valmistatud liitrimõõtjast-niisutajast läbilastud puhta hapniku relatiivne niiskus tõusis kuni 57—59%-ni, s. t. ravinõuetele vastavaks.

Isevalmistatud liitrimõõtjate täpsust kontrolliti aeg-ajalt rotameetri abil. Liitrimõõtja valmistamiseks kummivoolikust võib kasutada gaasnarkoosi aparaatide ja ДКП-1 aparaadi rotameetreid (dosimeetreid) ja ka igasuguseid muud tüüpi dünaamilisi liitrimõõtjaid, mis määravad gaasi läbivoolu kiirust 1—7 l/min. ulatuses, täpsusega 1 liiter.

Hapniku doseerimiseks võib tarvitada ka spetsiaalseid liitrimõõtjaid, mis on täpsemad ja stabiilsemad; samuti saab kasutada vanade gaasnarkoosi aparaatide töökorras olevaid dosimeetreid. Siis on aga vaja eraldi seadeldist hapniku niisutamiseks (vereampulli või Bobrovi aparaati).

Kummivoolikust hapnikutorustik ei talu kõrget rõhku. Seetõttu ei tohi lasta balloonist torustikku rohkem hapnikku kui kõikides ravipunktides kokku välja lastakse. Selleks ongi ballooni juures liitrimõõtja. Kui soovitakse mõnel haigel hapnikuannust vähendada, tuleb enne vastavalt vähendada balloonist torustikku lastava hapniku hulka, ja alles seejärel vähendada gaasi väljalaskmist ravipunktist. Vastasel korral tõuseb rõhk torustikus ja mõni ühenduskoht võib lahti minna, põhjustades lapsi ehmatava heleda plõksatuse.

Lehtri fikseerimiseks lapse näo kohale soovitab K. Heuck kasutada lülidest koosnevat painutatavat metallvarba. Selle asemel võib kasutada ka 8 mm läbimõõduga alumiiniumtraati, mis on kergesti painutatav (vt. joon. 2). Traaditüki otsad viilitakse kumeraks. Traadi üks ots kinnitatakse kahe kleepplaastriribaga voodi peatsi külge ja teine ots, kuhu kinnitatakse (kleepplaastriga) voolik ja lehter, painutatakse kaarjalt lapse näo kohale. Lehter asetatakse lapse näo kohale nii, et selle serv oleks näost 3 sm kaugusel. Lehter peab olema küllalt suur (läbimõõt 12—17 sm), läbipaistvast plastmassist või klaasist. Lapsele ei meeldi, kui tugev gaasijuga puhub vastu nägu. See vallandab tõrjeliigutuse (pea viskumine tahapoole) ja muudab hingamise arütmiliseks. Tugeva gaasijoa hajutamiseks asetatakse lehtri põhja kas mitmekordne marli või koonusjas kaproonkäsnatükk, mis fikseeritakse kleepplaastriga. Hapniku andmisel gaasijoa hajutajaga varustatud lehtriga on lapsed tunduvalt rahulikumad.

Lastepalatite tsentraalne varustamine hapnikuga on eeltoodud viisil väga lihtne ja kõikjal teostatav. Selleks on vaja ainult 1 hapnikureduktor, mõned balloonid, kummivoolikut, klaasist, vasest või roostevabast sulamist kolmeharulisi vaheosasid, tühje kuivplasma ampulle või Bobrovi aparaate, hapnikukoti kraane, alumiiniumtraati ja läbipaistvaid lehtreid.

Hapnikravi puhul tuleb palatis arvestada tavalisest suuremat tuleohtu. Hapniku andmisel suurtes annustes lehtri kaudu sisaldavad haige rõivad rohkesti hapnikku, mistõttu need süttivad leegiga kokkupuutumisel kergesti ja tuli levib kiiresti. Seetõttu on hapnikravil oleval lapsel vaja hoolikalt tuulutada rõivad enne protseduuri, kus lapse läheduses tehakse tuleleeki (kupukats, termokauterisatsioon, skarifikatsioonkatsud jne.). Hapnikravi palatites on keelatud süüdata lahtist tuld, kasutada hõõguva spiraaliga aparaate ja keeduplaate, röntgenifilmist valmistatud seadmeid ja hoida kergesti süttivate ainetega (eeter, bensiin jt.) pudeleid.

Lastepalatite tsentraalne varustamine hapnikuga parandab tunduvalt lasteosakonna tööd: 1) jääb ära aeganõudev hapnikupatjade täitmine ja kandmine, 2) on võimalik anda üheaegselt paljudele lastele nõutav annus hapnikku, kusjuures lapsed on üksteisest isoleeritud, 3) ei ole tarvis iga hapnikravi saava lapse jaoks eraldi ballooni, 4) balloonid asuvad väljaspool lastepalateid ega saa tekitada õnnetust.

1960. a. algul, kui mindi madalaannuseliselt hapnikravilt üle suurtele, hüpokseemiat kõrvaldavatele annustele, langes Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas tunduvalt pneumooniahaigete imikute letaalsus: 1958. a oli letaalsus 3,6%, 1959. a. — 2,6%, 1960. a. aga ainult 0,8%. 1960. a. ravil olnud 114 pneumooniahaigest imikust suri ainult üks Downi tõvega laps.

KIRJANDUS

1. Бружес А. П. Упрощенная установка для коллективной оксигенотерапии «СБ». Изд. 2-е, М., 1945. — 2. Демичев И. П. Вопросы физиологии и патологии родового акта. Вып. 1 под. ред. А. И. Петренко. Л., 1958, 262—168. — 3. Стрельцов В. В. Ингаляционная оксигено- и карбогенотерапия. М., 1943. — 4. Heuck, K. H. Kinderärztl. Praxis, 1959, 11, 555—556

ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЕ СНАБЖЕНИЕ КИСЛОРОДОМ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Л. Керес

Резюме

При пневмонии у детей раннего возраста часто встречается дыхательная недостаточность, причем необходимо проводить оксигенотерапию. По нашим оксигенометрическим данным, грудные дети, больные пневмонией с дыхательной недостаточностью, нуждаются в кислороде для устранения гипоксемии (при подаче его воронкой на расстоянии 3 см. от лица) 1,5—7, в среднем 4 литра в минуту. Лечение такими большими дозами кислорода невозможно проводить кислородными подушками, поэтому в боксированном отделении больницы установили централизованное снабжение кислородом (рис. 1). Баллоны с кислородом ставили в соседнем помещении, и резиновыми шлангами обеспечивали кислородом 9 боксов. В каждой точке потребления имеются кран, литромер-увлажнитель и воронка (рис. 2). Литромеры-увлажнители (рис. 3) были изготовлены своими силами из ампул для сухой плазмы. В резиновой трубке, направляющей кислород под воду, прожигали на основании ротаметрического контроля 7 отверстий такой величины, чтобы их количество пропускающее газ, показывало количество литров протекающего газа в минуту.

Для фиксации воронки над лицом ребенка применяли алюминиевую проволоку (рис. 2). Для рассеивания резкой струи газа на дно воронки клали многослойную марлю, скрепленную липким пластырем.

С переходом от малых доз кислорода к большим при лечении детей от пневмонии летальность, начиная с 1960 года, резко снизилась (в 1958 г. — 3,6%, 1959 г. — 2,6% и 1960 г. —0,8%).

APARAAT VEDELIKKUDE PIPETEERIMISEKS

A. JANNUS

(Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *A. Jannus*)

Laboratoorsete tööde juures on palju tegemist mitmesuguste vedelikkude suuremate koguste pipeteerimisega, mida enamasti tehakse Mohri pipeti abil. Pipeteerimist sooritatakse põhiliselt suu vahendusel, mis on aegaviitev, pikemaajalisel töötamisel väsitav ja ühtlasi ohtlik pipeteeritava vedeliku suhu sattumise võimaluse tõttu.

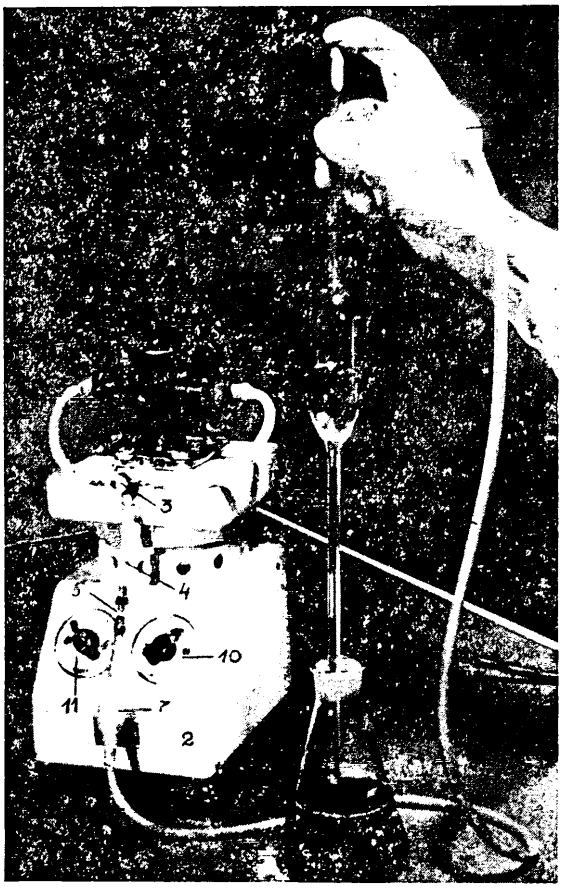


Foto 1

Pipeteerimise mehhaniseerimiseks konstrueerisid Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis instituudi elektrik V. Pipar ja käesoleva artikli autor pipeteerimisaparaadi (foto 1), mille osadena kasutati väikest õlipumpa БНК-12 ТК (1), magnetsegajat ММ-2 (2) pumba käivitamiseks ning kolmikkraani (3) vaakuumi või surve tugevuse muutmiseks süsteemis. Kolmikkraani käsitseb assistent.

Magnetsegajal eemaldati plaat ning selle mootori võll ühendati läbi puust valmistatud aluse pumba võlliga. Puust alust kasutati pumba monteerimiseks magnetsegajale. Pumba mõlemad pooled (imev ja suruv) ühendati kummivoolikute abil väikese, kirurgias vedelikkude intravenoosseks transfuseerimiseks kasutatava kolmikkraaniga. Kolmikkraani vabaks jäänud otsa asetati lühike kummivoolik (4), mis omakorda ühendati süstla ja süstlanõela ühendamise põhimõttel (5) teise pikema kummivoolikuga (6). Steriilsust vajavate tööde juures kummivoolik (6) steriliseeritakse, kusjuures vooliku algusesse ja lõppu asetatakse steriilsed vattfiltrid klaaskuulides (7). Kummivooliku (6) vabaks jäänud otsa asetatakse pipeteerimiseks kasutatav pipett (8), mille täitmise ja tühjendamise täpsust ja kiirust reguleeritakse sõrme abil pipeti otsa kinnisurumise või avamisega läbi kummivooliku (9).

Pumba töö intensiivsust on omakorda võimalik reguleerida neljakäiguliselt vastava lüliti (10) abil. Magnetsegajal asuv vasakpoolne lüliti (11) kasutamist ei leia.

Meie poolt konstrueeritud aparaati on võimalik rakendada veel paljudeks teisteks otstarveteks. Nii on selle abil võimalik viia vedelikke või

lahuseid vahenditult ühest anumast teise, imeda toitelahuseid virusoloogiliste tööde juures (foto 2), filtreerida seerumeid jne. Suureks hüveks on ka see, et aparaat on väike ja töötab peaaegu täiesti hääletult.

Kirjeldatud aparaati on instituudis juba aasta vältel virusoloogiliste tööde puhul edukalt kasutatud.

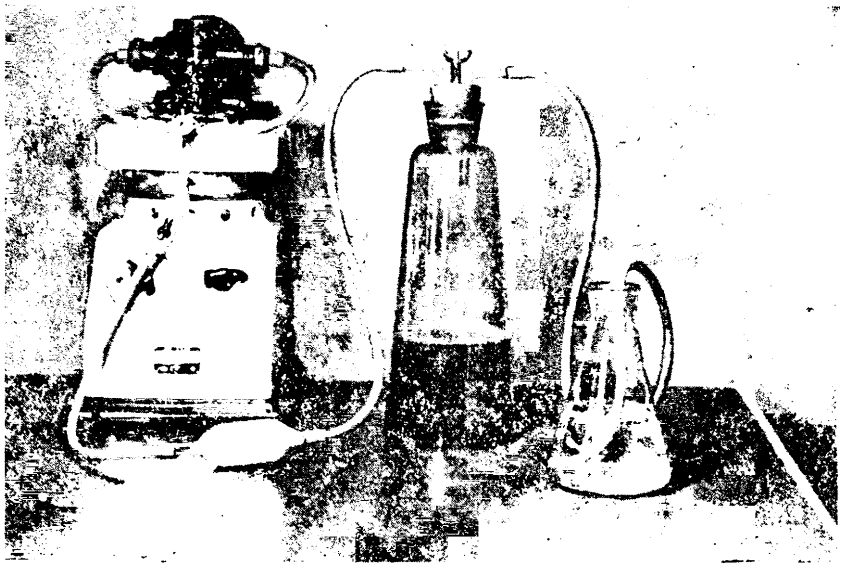


Foto 2. Vasakult paremale: pipeteerimisaparaat, vattfilter, pudel vedeliku ümberpipeteerimiseks, kolb pipeteeritava vedelikuga

Selle aparaadi konstrueerimine ei ole eriti keerukas, seetõttu võiksid seda teha ka teiste asutuste laboratooriumid, kus on tegemist suuremate vedelikuhulkade pipeteerimisega. Kui ei ole võimalik hankida mainitud õlipumpa ja magnetsegajat, võiks need asendada kodumaise rinnapumbaga, mis on vähese ümbertegemise järel samuti kasutatav.

KLIINILIS-ANATOOMILISTE KONVERENTSIDE KORRALDAMISE KOGEMUSI

A. LUKAŠ

(Tallinna Linna II Haiglast, peaarst *A. Joakimov*)

Tallinna Linna II Haiglas korraldatakse peaarsti poolt kinnitatud plaani kohaselt kliinilis-anatoomilisi (ülehaiglalisi või ühe osakonna) konverentse.

Ülehaiglalistel kliinilis-anatoomilistel konverentsidel arutame kliiniliste ja patoloogilis-anatoomiliste diagnooside lahknevuse juhtusid.

Osakondade (sisehaiguste, kirurgia) kliinilis-anatoomilistel konverentsidel arutame surmaga lõppenud juhtusid antud osakonnas. Põhihaiguse diagnooside ühtelangemisel peatume üksikasjalisemalt neil juhtudel, kus esines vigu ja eksimusi ravimisel, ehkki need eksimused ei olnud seoses haige surmaga.

Üksikute haiguste diagnoosimise parandamiseks tekkis vajadus korraldada temaatilisi kliinilis-anatoomilisi konverentse (näiteks oleme käsitlenud maovähi, kopsuvähi, maksa-, neeru- ja kõhunäärmehaigusi jne.).

Peale eespool mainitud konverentside oleme korraldanud veel üksikute surmajuhtude arutlusi teiste raviasutuste arstide osavõtul, eriti neil

juhtudel, kui haige edasiseks raviks või uurimiseks neist raviasutustest üle toodi.

Tallinna Terapeutide Teadusliku Seltsi esimehe L. Mardna algatusel on meie tähelepanekuid, kui need pakkusid huvi teaduslik-praktilisest seisukohast, arutletud Tallinna Terapeutide Seltsi koosolekutel.

Kõneldes kliinilis-anatoomiliste konverentside korraldamise kogemustest tutvustame kõigepealt raviarsti, patoloog-anatoomi, konverentsi juhataja ja peaarsti asetäitja ülesandeid, nii nagu need on välja kujunenud meie asutuses.

Ülehaiglalisel kliinilis-anatoomilisel konverentsil arutlusele tulevate juhtude (1—3 juhtu, sõltuvalt juhu keerukusest ja aktuaalsusest) valiku teeb peaarsti asetäitja või peaarst koos patoloog-anatoomiga. Konverentsid toimuvad meie haiglas töö ajal, nende kestus on 1,5—2 tundi.

Raviarsti ettekanne ei kujune meil haigusloo ettelugemiseks, vaid kõik uurimis- ja raviandmed esitatakse üldistatult, põhjendatakse diagnoos, analüüsitakse ravimisel ja diagnoosimisel esinenud vigu ja puudusi. Korduvate uuringute (veri, uriin jne.) dünaamika esitatakse mõnikord näitlikkuse mõttes koondtabelite, diagrammide või skeemide näol, demonstreeritakse röntgenogramme ja fotosid. Raviarsti ettekannet täiendatakse kirjanduse andmetega.

Olulist tähtsust omistame patoloog-anatoomi ettekandele, sest selle huvitavusest oleneb arstide aktiivsus vaadeldavate juhtude arutamisel.

Iga konverentsil arutletava juhu puhul peavad klinitsistid andma maksimaalselt selge ettekujutuse etioloogiast, patogeneesist, tanatogeneesist, kliinilis-anatoomilistest seostest ja diagnoosi ekslikkuse põhjustest (kui eksimine aset leidis). Prosektori ettekande ajal demonstreeritakse makropreparaate, fotosid ja mikrofotosid. Mikropreparaate on soovitatav näidata konverentsi vaheajal või selle lõppemisel (mikropreparaatidega mikroskoopide kõrvale asetatakse sedelid seletustega). Võttes kokku kõik kliiniliste ja morfoloogiliste uuringute faktilised andmed peab patoloog-anatoom ütlema diagnoosi vigade kohta oma arvamuse (see peab tuginema rangelt teaduslikele andmetele, kliiniku tundmisele, antud juhu iseloomule ja etiopatogeneetilisele olemusele).

Arutletavate juhtude objektiivsemaks analüüsimiseks soovitame anda haiguslood retsenseerimiseks klinitsistidele, kes antud haige uurimisest ja ravimisest ei ole osa võtnud. Retsensendi määrab peaarst või tema asetäitja ravi alal.

Kliinilis-anatoomilise konverentsi juhatajaks tuleb määrata kogenud, suure eruditsiooniga klinitsist (meie haiglas enamasti juhtiv terapeut ja üksikjuhtudel juhtiv kirurg), kes annab spetsiaalsed juhendid märgitud puuduste ja vigade kõrvaldamiseks.

Kliinilis-anatoomilistest konverentsidest võtavad reeglina osa haigla peaarst ja tema asetäitja.

Kliinilis-anatoomilisi konverentse kasutatakse meie haiglas ka uusimate uurimis-, ravi- ja profülaktikameetodite populariseerimiseks jne. Ühtlasi arutatakse ratsionaalse ravirežiimi korraldamist nii statsionaaris kui ka kodudes.

Olgugi, et kliinilis-anatoomilised konverentsid toimuvad meie haiglas küllaltki viljakalt, peame siinkohal juhtima tähelepanu mõnedele puudustele, mille kõrvaldamine aitaks veelgi tõsta konverentside kvaliteeti.

Üheks puuduseks on arstide erinev suhtumine konverentsidesse. Näiteks statsionaaris töötavad terapeudid ja kirurgid on alalised ja aktiivsed osavõtjad, polikliinikute ja tervishoiupunktide arstid aga puuduvad sageli. Muide, mitte kõik eriarstid ei konsulteeri terapeute küllalt aktiivselt. Samuti ei võta konverentside tööst osa röntgenoloogid, kelle otsuste

põhjal aga tekivad sageli vead diagnoosimisel. Nii jäävad röntgenoloogid kliinikust täiesti kõrvale. Sagedamini peaks kutsuma konverentsidele teiste raviasutuste arste, eriti konsultante nende haigusjuhtude arutlusele, kus haige ravimisest võtsid osa mitu raviasutust või haiget konsulteerisid eriarstid teistest raviasutustest.

Vähe korraldatakse haiglatevahelisi ja ülelinnalisi kliinilis-anatoomilisi konverentse.

Kahjuks ei peeta üldse kliinilis-anatoomilisi arutlusi kohtumeditsiini lahangujuhtude puhul (traumad ja mürgistused, äkksurm). Juba ainuüksi meie haigla andmetel on kogunenud palju sellist materjali, mis nõuab igakülgset analüüsi, kuid viimaste aastate jooksul ei ole Tallinnas sel alal peetud ühtegi konverentsi.

Palju puudusi esineb ka kiir- ja vältimatu abi andmisel. Muuseas pole kiirabijaama arstid osa võtnud ühestki kliinilis-anatoomilisest konverentsist, kus arutletakse neid puudutavaid juhte.

Oleme arvamusel, et raviasutustes korraldatavad kliinilis-anatoomilised konverentsid on tähtsaks lüliks arstide kvalifikatsiooni tõstmisel, samuti meditsiinilises teenindamises esinevate puuduste väljaselgitamisel.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

А. Лукаш

Резюме

Клинико-анатомические конференции в лечебных учреждениях являются важным звеном в повседневном повышении квалификации врачей, в выявлении, критике и самокритике недостатков медицинского обслуживания населения.

Обсуждениям на общебольничных клинико-анатомических конференциях подлежат все случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов, а также случаи, представляющие научно-практический интерес. Другие случаи с совпадением диагнозов разбираются на конференциях врачей больничных отделений.

Кроме клинико-анатомических конференций с участием всех врачей больницы (общебольничных) и конференций в больничных отделениях, нами рекомендуется проводить тематические клинико-анатомические конференции по материалам данного лечебного учреждения (например, по раку легкого, гипертонической болезни и т. п.).

Такие конференции имеют особенное значение, так как они нацеливают внимание врачей на наиболее существенные вопросы лечебно-диагностической помощи при том или ином заболевании, выявляют конкретные недочеты в данном медицинском учреждении и указывают пути их устранения.

Материал судебномедицинских секций (травмы, отравления, случаи скоропостижной смерти) должен также обсуждаться на клинико-анатомических конференциях. Судебномедицинская служба в этом отношении значительно отстает от патологоанатомической, хотя могла бы внести свой вклад в дело улучшения организации медицинской помощи населению.

Патологоанатомы лечебных учреждений должны обеспечивать хорошую подготовку к клинико-анатомическим конференциям, максимально использовать методы современных исследований для раскрытия этиопатогенеза и сущности разбираемых случаев заболеваний, давших летальный исход.

Критические замечания патологоанатома должны быть объективными, научно обоснованными и опираться на конкретные данные наблюдения.

Главные специалисты органов здравоохранения республики и правления научных медицинских обществ должны больше уделять внимания вопросам систематической организации и качественного проведения клинико-анатомических конференций в лечебных учреждениях, чаще практиковать проведение межбольничных конференций и обсуждение отдельных случаев на заседаниях медицинских обществ.

ESMAABIST UPPUNUTE PÄÄSTMISEL

K. ESTER
(Tartu Linna Kiirabijaamast, peaarst *H. Podar*)

Vaatamata hästi korraldatud vetelpäästele ja ettevaatusabinõudele nõuab uppumissurm igal suvel ohvreid. Suur osa uppumisi langeb väikeste veekogude arvele, kus ei tegutse vastava väljaõppega vetelpääste-üksusi ja spetsiaalne arstiabi ei ole kiiresti kättesaadav.

Uppumissurmaks nimetatakse surma lämbumise tagajärjel, mis tekib vee (laiemas mõttes vedeliku) tungimisel hingamisteedesse. Uppumiseks ei tarvitse vee alla vajuda kogu keha. Piisab, kui õhk ei pääse pea, või koguni ainult näo juurde. Nii võivad uppuda eriti lapsed või joobnud täiskasvanud (ka teadvuse kaotusel epileptilise krambihoo, trauma jne. tagajärjel), kui nad satuvad vette või lompi.

Uppumise võivad põhjustada paljud tegurid — veekogu laad (oleneb vee soolasusest, temperatuurist, voolu kiirusest), vähene ujumisoskus, liigjulgus, hirm, füüsiline kurnatus jne. Vee alla sattumisele järgneb lühiajaline hingamise peetus, mis tavaliselt ei ületa ühte minutit. Selle aja jooksul kasutab organism ära hapnikuvarud ja veri küllastub süsihappegaasiga. Viimane avaldab ergutavat toimet hingamiskeskusele ning toimub sügav sissehingamine, mille puhul vesi tungib hooga ülemistesse hingamisteedesse. Tekib tugev hingamisteede retseptorite ärritus, mis omakorda tingib järsu väljahingamise. Koos veega tõrjutakse kopsudest välja õhk. Selleks ajaks kaob harilikult ka teadvus. Teise minuti lõpul tekivad üldised krambid erutusprotsessi leviku tõttu ajukoore motoorsetele aladele. Kolmandal-neljandal minutil asendub erutusprotsess järkjärgult sügava pidurdusega. Keha muutub liikumatuks. Esinevad vaid üksikud sügavad, kuid harvad hingetõmbed. Sel perioodil tungib vesi kuni alveoolideni, purustades nende seinu ja tõrjudes välja õhu. 5—6 minuti pärast järgneb surm peaaju hapnikunälguse tagajärjel.

Kannatanu seisund oleneb sellest, millises faasis ta päästeti.

1. faas. Organismi elutähtsad funktsioonid (hingamine ja vereringe) ei ole oluliselt kahjustunud. Teadvus on säilinud. Esineb kramplik köha ja hingeldus.

2. faas. Teadvus on säilinud või tuhmunud. Pupillirefleksid on elavad. Hingamine on muutunud, kuid regulaarne. Hemodünaamilised muutused on selgesti välja kujunenud: vererõhk ei ole mõõdetav, pulss on niitjas või ei ole radiaalarteritel üldse palpeeritav.

3. faas. Teadvus puudub. Pupillirefleksid puuduvad (pupillid ei reageeri ärritustele). Südametoonid on tuhmid, aeglased. Pulss on heal juhul palpeeritav vaid unearteril. Võivad esineda üksikud kramplikud hingetõmbed.

4. faas. Elu välised tunnused, hingamine ja südametegevus puuduvad. Siin ei ole alati võimalik kohe kindlaks teha, kas on tegemist kliinilise surmaga, kus elustamiskatsed võivad osutuda edukaiks, või on kesknärvisüsteemis toimunud juba pöördumatud muutused ja elu taastamine ei ole enam võimalik.

Nii nagu terminaalsete seisundite puhul üldse, peab ka uppumise korral ravi olema kompleksne. Rakendatakse 1) kunstlikku hingamist, 2) südame massaaži, 3) intraarteriaalset vereülekannet ja 4) südame defibrillatsiooni.

Uppumise esimestes etappides, mõnikord koguni kliinilise surma puhul, annab tagajärgi juba kunstlik hingamine. Kuna esitatud ravikompleksi kolm viimast punkti eeldavad eriaparatuuri ja vastava ettevalmistusega arstide olemasolu, siis me neid selles artiklis lähemalt ei käsitle.

Eriline tähtsus uppunu elustamisel on õigeaegsel ja õigesti teostatud kunstlikul hingamisel. Kunstlik hingamine on hädavajalik, kui iseseisev hingamine on katkenud või see on häiritud sel määral, et arenev hüpokseemia ohustab uppunu elu. Kunstlikku hingamist tuleb alustada otsekohe õnnetuskohal. Iga kaotatud sekund võib edasised pingutused uppunu päästmisel muuta asjatuks.

Peale kopsude kunstliku ventilatsiooni omistatakse kunstlikule hingamisele veel reflektoorselt erutavat toimet kesknärvisüsteemile. Esmajoones taastub hingamistsentrumi tegevus ja siit levib erutus teistele elutähtsatele pikliku aju ja koorealustele tsentrumitele. Kunstliku hingamise protsessis suureneb ja väheneb rütmiliselt rõhk rinnaõõnes, mis soodustab südametegevust või annab koguni tõuke südamekontraktsioonide taastekkimiseks.

Hingamisliigutuste sagedus ja rütm kunstliku hingamise puhul peab olema ligilähedane füsioloogilisele hingamissagedusele, s. o. 14—16 korda minutis. See vastaks numbreid lugedes ligikaudu: 1, 2 — sissehingamine, 3, 4 — väljahingamine, 5, 6 — paus. Kunstlikku hingamist tuleb teha seni, kuni taastub rahuldava sageduse, sügavuse ja rütmiga iseseisev hingamine või kuni ilmuvad kindlad surmatunnused, s. t. koolnulaigud ja koolnukangestus. Koolnulaigud võivad ilmuda võrdlemisi varakult — ligikaudu pool tundi pärast surma. Koolnukangestus tekib mõne tunni möödudes, alates seejuures alalõuast.

Enne kui alustada kunstliku hingamisega, tuleb kindlustada õhu vaba juurdepääs kopsudele: selleks puhastada suu ja kõri liivast, mudast, limast, oksemassidest, eemaldada võimalikud hingamist takistavad võõrkehad (proteesid jt.). Mõnikord on uppunu suu lõuakrambi tagajärjel tugevasti suletud. Niisugustel juhtudel tuleb suu avada spetsiaalse suuavaja, puukiilu, lusika- või kahvlivarre, riide või marli sisse mässitud noatera või mõne muu sobiva eseme abil. Kui kasutada kunstliku hingamise meetodeid, mille puhul kannatanu asetseb selili, tuleb jälgida, et ei tekiks hingamisteede sulgust keele tahalangemise tagajärjel. Keel tuleb suust välja tõmmata ja fikseerida, kasutades selleks keelehoidjat või viimase puudumisel siduda keel koos alalõuaga kaela külge, võib kasutada ka nöörist silmust või häda korral isegi haaknõela. Küllaltki rahuldavaid tulemusi annab Heiberg-Esmarchi meetod: abistaja haarab kannatanu pea tagantpoolt käte vahele, kusjuures põidlad asuvad põsenukkidel või laubal; nimetissõrmed, asudes alalõualuu ülenevate harude taga, lükkavad alalõua tugevasti ette.

Enne kunstliku hingamise alustamist tuleb kannatanu asetada kõhuli ristі üle põlve, et hingamisteedesse sattunud vesi saaks välja voolata. Seejuures tuleb kannatanu pea viia tahapoole ja kloppida kergelt seljale. Tuleb hoiduda liigsest survest mao piirkonda, mille tagajärjel võib tekkida oksemasside aspiratsioon. Rindkere, kõht, kael ja jäsemed tuleb vabastada liikumist takistavatest riietusesemetest.

Kunstlikku hingamist tehakse kas käsitsi või aparaatidega. Aparaatide üha laiem kasutamine ei vähenda aga käsitsi tehtava kunstliku hingamise tähtsust, sest see on küllaltki efektiivne ja on esmaabi korras alati

kiiresti teostatav. Käesoleval ajal tuntakse ligikaudu 120 kunstliku hingamise meetodit või selle varianti.

Howardi meetod (1871, Ameerika)

Kannatanu asetatakse selili, käed väljasirutatult üle pea. Pea pööratud kõrvale. Abaluude alla asetatakse tihe padjand, näit. kokkukeeratud riietest. Abistaja asub põlvili kannatanu reite kohal, pöidlad paralleelselt rinnakuga ja sõrmed roietega. Haaratakse võimalikult suur osa alumisi roideid ja surutakse need kokku — toimub väljahingamine. Seejärel katkestatakse surve järsku — rindkere elastsuse tõttu toimub sissehingamine. See meetod ei kindlusta kopsude küllaldast ventilatsiooni ning esineb keele tahalangemise ja aspiratsiooni oht.

Shäferi meetod (1904, Inglismaa)

Kannatanu asetseb kõhuli, üks käsivars välja sirutatud, teine küünarliigesest painutatult pea all. Abistaja asetseb põlvili kannatanu tuharate kohal, pöidlad asetatakse paralleelselt lülisambaga ja sõrmed roietega. Abistaja laskub keharaskusega sirgetele kätele ja surub kannatanu rindkeret — toimub väljahingamine (joonis 1). Rindkere järsul vabastamisel toimub sissehingamine (joonis 2). Võrreldes Howardi meetodiga on paremuseks kõhuliasend. Meetod ei kindlusta siiski küllaldast kopsude ventilatsiooni.

Silvesteri meetod (1858, Inglismaa)

Kannatanu asetatakse selili. Abaluude alla pannakse tihe padi nii, et pea oleks painutatud taha. Keel tuuakse suust välja ja fikseeritakse. Abistaja asetseb põlvili kannatanu pea kohal ja võtab kinni ta käsivartest allpool küünarnukke. Kannatanu käed tuuakse üle pea ja surutakse vastu maad — toimub sissehingamine (joonis 3). Seejärel viiakse kannatanu käed risti rinnale ja abistaja laskub oma keharaskusega sirgetele kätele — toimub väljahingamine (joonis 4). Meetod on väga levinud, sest kopsude ventilatsioon on intensiivne. Puuduseks on kannatanu seliliasend. Viimasel ajal on hakanud levima meetodid, mille puhul kannatanu asetseb kõhuli ja mille puhul kopsude ventilatsioon ei ole väiksem Silvesteri omast.

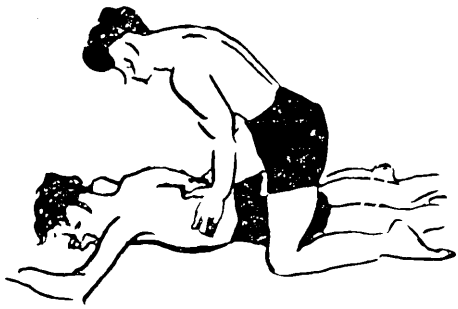
Holger Nielseni meetod (1932, Taani)

Kannatanu asetseb kõhuli. Käed on küünarnukkidest painutatud, labakäed risti, peopesadega allapoole. Laup toetub käeseljale. Abistaja, asudes ühel või mõlemal põlvel kannatanu pea kohal, asetab peopesad kannatanu abaluudele nii, et randmejoon jääb abaluu ülemise serva kõrgusele. Nüüd laskub abistaja sirgetele kätele — toimub väljahingamine (joonis 5). Katkestades järsku rõhumise haarab abistaja kinni kannatanu õlavartest ülalpool küünarnukke ja painutab end taha. Seejuures toob ta kaasa kannatanu õlavarred, neid enda poole tõmmates ja kergelt tõstes — toimub sissehingamine (joonis 6). Kirjeldatud meetod on kopsude hea ventileerimise ja kerge teostatavuse tõttu saanud laialdaselt levinuks. Täiendusena on soovitatud sissehingamisel suruda mitte abaluude kohale, vaid alumiste roiete piirkonda. Sel kujul on ta tuntud Nielsen-Schäferi meetodi nime all.

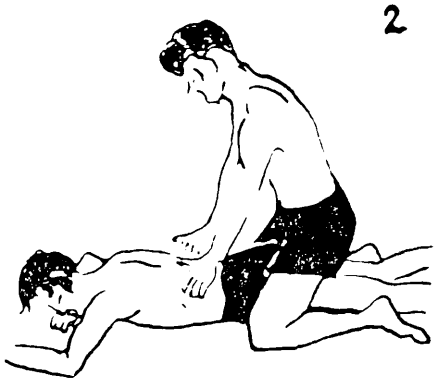
Kallistovi meetod (1938, NSVL)

Kannatanu asetseb kõhuli, käed ette sirutatud. Pikk rätik või vöörihm asetatakse üle abaluude ja otsad tuuakse ümber õlgade üles. Abistaja, seistes kannatanu pea kohal, haarab rätiku vabad otsid ja jääb kummargile kannatanu kohale (joonis 7). Abistaja ajab end sirgu, tõstab seejuures oma käsi kõverdamata kannatanu ülakeha veidi kõrgemale maapinnast. Selle võttega eemalduvad õlad teineteisest, abaluud lähenevad teineteisele, lülisammas sirgub, rindkere ja osaliselt ka kõht vabanevad survest — teostub sissehingamine (joonis 8). Väljahingamiseks lastakse kannatanu ettevaatlikult lähteasendisse. Kopsude ventilatsiooni

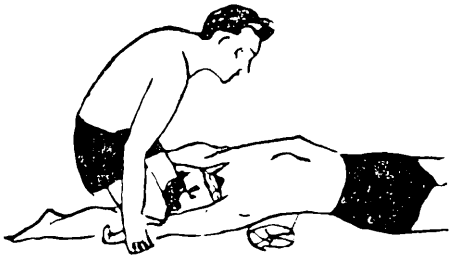
1



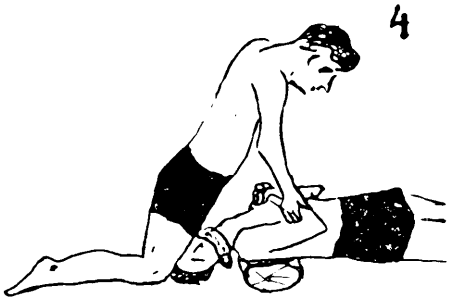
2



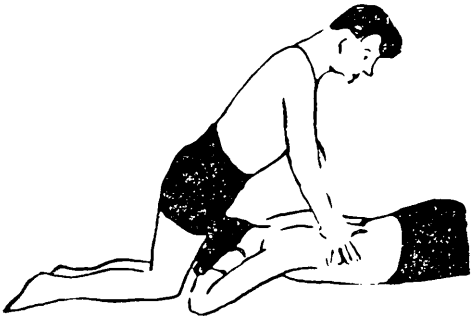
3



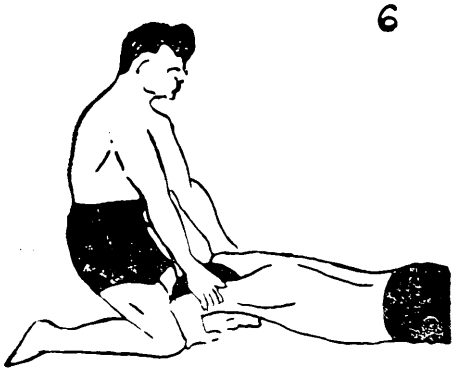
4



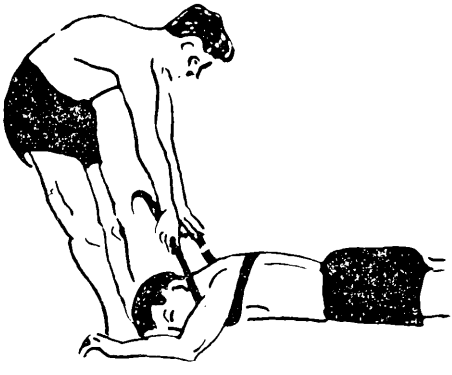
5



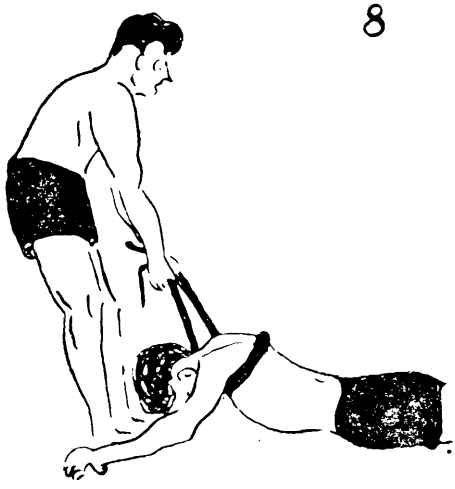
6



7



8



efektiivsuse poolest ei jää see meetod maha Silvesteri ja Nielseni omadest ja on abistajale vähem väsitav.

Laborde'i võte (1894, Prantsusmaa)

Laborde'i võte iseenesest ei kuulu kunstliku hingamise meetodite hulka, s. t. see ei kutsu esile kopsude kunstlikku ventilatsiooni. Võte seisneb selles, et kunstliku hingamise sissehingamisfaasis venitatakse keel suust välja, väljahingamisel lastakse suhu tagasi. Selle tagajärjel tekib hingamistsentrumi reflektoorne ärritus, mis aitab taastada hingamistegevust. Kui vähegi võimalik, on seda soovitatav rakendada koos kunstliku hingamisega.

Koos kunstliku hingamisega soovitatakse teha veel nn. südame massaaži. Selleks lüüakse labakäega serviti vasaku rinnanibu ja rinnaku vahele (umbes 60 lööki minutis).

Kunstliku hingamise meetodi valik oleneb konkreetsest olukorrast. Eelistatuks tuleks lugeda Nielseni ja Kallistovi meetodeid. Kui aga uppunul on ka luumurre õlavöötme piirkonnas, ei ole need rakendatavad ja kunstlikku hingamist tuleb teostada mõne muu, näiteks Howardi või Schäferi meetodi järgi. Viimaseid ei saa jälle kasutada roidemurdude puhul. Siin peab meenutama juba keskajast tuntud, kuid unustusse jäänud «suu suul» kunstlikku hingamist. Uuemate uurimuste alusel kindlustab nimetatud meetod küllaldase varustuse hapnikuga, seda on lihtne läbi viia, kusjuures piisab ühest abistajast. Nimetatud eeliste tõttu on see meetod tõusnud mitmetes riikides teiste kunstliku hingamise meetodite hulgast esikohale. Et vältida otsest kontakti kannatanu suuga, on kasutusel mitmesugused tuubused. Edukalt võiks kasutada umbes 20 sm pikkust kummitoru (u. maosondijämedune), mis viiakse kannatanu keelepära taha kas suu või nina kaudu. Ühe käega suletakse vastavalt kas suu või nina, teisega antakse peale õige asend ja viiakse alalõug ette (Esmarchi võte).

Kui kunstliku hingamisega on alustatud, võib süstida terapeutilistes doosides analeptikume (parem on seda teha veenisisesi). Kui iseseisvat hingamist ei teki, siis jätkata kunstlikku hingamist ja korrata süstet $^1/_4$ tunni pärast.

Kõiki eespool toodud ravivõtteid rakendades peame hoiduma haige traumatiseerimisest. Juba abistamise algusest peale tuleb haiget soendada. Kui kannatanu on tulnud teadvusele, anda kuuma jooki ja väikestes annustes alkoholi. Kui iseseisev hingamine on taastunud, tuleb kannatanu suunata viivitamatult raviasutusse (kopsuödeemi ja pneumoonia oht!). Tuleb silmas pidada, et niisugune haige on kurnatud, teadvusetus või poolteadvusetus seisundis, välisärritustele reageerib loiult. Seepärast on soovitatav kannatanut transportida lamavas asendis, eelistatavalt külili. Nii välditakse aspiratsioonioht oksendamise korral. Kogu transportimise vältel kuni kannatanu üleandmiseni raviasutuse arstile olgu haige juures pidev valve. Vajaduse korral võib transpordi ajal teha kunstlikku hingamist Howardi, Schäferi või «suu suul» meetodil, soovitatavam on viimane. Olenevalt võimalustest tuleb niisuguseid haigeid mõnikord transportida ka istuliasendis. Siin ei tohi unustada, et haiged on alles jõuetud. Neid tuleb toetada ja hoida pea sellises asendis, mis võimaldab vaba hingamist.

Suuremates keskustes, kus on võimalik välja kutsuda kiirabibrigaadi, antagu uppunule esmaabi senikaua, kuni arst võtab abistamise üle. Siin ei ole enam nõutav kunstliku higamise tegemine kohapeal kuni iseseisva hingamise taastumiseni. Kasutades kunstliku hingamise aparaati tuleb kannatanu viivitamatult transportida raviasutusse.

Kunstliku hingamise aparaatide suure efektiivsuse ja nende laialdase leviku tõttu on soovitav, et velskrid ja õed tutvuksid nendega ning omandaksid intubeerimise oskuse.

HAIGETE KAHEASTMELISEST TEENINDAMISEST

S. SÄRGAVA

(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Haigete statsionaarse ravi tulemused sõltuvad suurel määral põetamisest. Üldiselt levinud kolmeastmelise teenindamise süsteemis on oluline osa haigete põetamisel langenud sanitaridele. Õdede ülesandeks on seni olnud peamiselt arsti abistamine raviprotseduuride tegemisel. Õe kontakt haigetega jääb sel juhul sageli pinnaliseks. Pealegi ei suuda meditsiinilise hariduseta sanitarid teenindada haigeid sellise oskuslikkusega nagu meditsiiniõed.

Selle puuduse kõrvaldamiseks on paljud Nõukogude Liidu raviasutused üle läinud haigete kaheastmelisele teenindamisele. Haigetega tegelevad peamiselt arstid ja meditsiiniõed, sanitaridele jääb abistav ülesanne. Kogemused on näidanud, et haigete teenindamise kultuur on seoses sellega tunduvalt tõusnud. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgia osakonnas on kaheastmelist teenindamist osaliselt rakendatud juba mitme aasta jooksul, kuigi koosseisud ja majanduslik baas ei ole võimaldanud täielikku üleminekut kaheastmelisele süsteemile.

Õdede osa haigete põetamisel on tunduvalt suurenenud, ilma et nende töökoormus oleks märgatavalt tõusnud. Ühe õe hooldamisel on päeval 8—15, öövahetuses kuni 20 haiget. Õdede ja sanitaride ülesanded on kindlapiiriliselt jaotatud.

Öövalves oleva õe ülesandeks on tavaliste valvekorrakohustuste kõrval raskesti haigete pööramine, nende naha eest hoolitsemine, haigete vajaduste rahuldamine signaalväljakutsete puhul, hommikul enne päevase vahetuse saabumist haigete kehasoojuse mõõtmine, pulsi ja hingamissageduse määramine, pesemine, kammimine, suuõõne puhastamine ja palatite tuulutamine. Öises vahetuses on osakonnas tavaliselt kaks õde. Vastavalt graafikule lõpetavad nad töö kell 8. Päevane vahetus alustab tööd kell 7. Seega on võimalik valvekorra üleandmine haigevoodi juures ja hommikuste ettevalmistuste õigeaegne lõpetamine söögiajaks ning arsti visiidiks. Samal viisil toimub õhtul valvekorra üleandmine öisele vahetusele.

Päeval töötavatele õdedele on määratud kindlad palatid, mille korrashoiu, puhtuse ja vaikuse eest nad vastutavad. Pärast haigete ülevõtmist alustab palatiõde kohe hommikvõimlemist öövalve poolt õhutatud palatis. Edasi järgneb voodite korrastamine ja pesu vahetamine. Halvatuste puhul ja pärast operatsiooni tuleb haigeid pöörata iga 2—3 tunni järel, et ära hoida lamatiste teket. Iga kord haige pööramise ajal hõõrub õde haige üle kampripiiritusega ja tsinksalviga. Samuti sobitab õde haigele mugava asendi, kasutades selleks mitmesuguseid patju, polstreid ning kummi- ja vattrõngaid.

Raskeid haigeid söödab õde. Samuti jälgivad õed käijate haigete menüü ja dieedi vastavust ettenähtule. Sanitaar-toidujagaja peseb ka haigete toidunõud. Toidujagamise ajal kontrollib ja abistab teda osakonna vanemõde.

Palatiõed hoolitsevad analüüside õigeaegse võtmise eest, annavad haigetele ravimeid, süstivad ja täidavad muid arsti ravikorraldusi palatis. Uute haigete tutvustamine sisekorra, päevarežiimi ja isikliku hügieeni nõuetega kuulub õe ülesannete hulka, samuti kontroll nende täitmise üle. Palatiõed võtavad vanemõelt medikamendid ja põetusvahendid, koostavad toidule võtmise lehe järgmiseks päevaks vastavalt arsti korraldusele. Uute haigete vastuvõtmisel kontrollib õde sanitaarkorrastust. Vähemalt üks kord nädalas hõõrutakse raskesti haiged üle alkoholiga

ning kontrollitakse nende sanitaar-hügieenilist seisundit. Palatiõed varustavad haigeid kirjandusega, viivad regulaarselt läbi sanitaarhariduslikke vestlusi.

Et õdedel jätkuks rohkem aega palatis viibimiseks ja haigete eest hoolitsemiseks, on nad vabastatud kõrvalistest käikudest, näiteks röntgeni- ja füsioteraapia kabinettidesse, laboratooriumi, sidumistuppa jne. Vajalikud käigud kuuluvad vastavate kabinettide töötajate kohustuste hulka. Veeni süstib spetsiaalne protseduuriõde, kes abistab arste ka veenisiseste infusioonide, vereülekannete, punktsioonide, sidumiste ja paljude muude protseduuride juures. Nii on palatiõdedel võimalik viibida kogu päev palatis ja abistada arsti haigete teenindamisel.

Sanitaride ülesandeks on jäänud peamiselt palatite ja kõrvalruumide koristamine, samuti õdede abistamine haigete vannitamisel ja voodite korrastamisel. Siibreid ja uriinipudeleid toob haigetele ja viib ära selleks eraldi määratud sanitar.

Aastate vältel omandatud kogemused näitavad, et õed kohanevad uue teenindamissüsteemiga kiiresti ja suhtuvad suurenenud vastutustundega oma ülesannete täitmisse. Seoses sellega on haigete põetamine tunduvalt paranenud. Nii näiteks ei ole neurokirurgia osakonnas juba aastate jooksul ühelgi haigel tekkinud lamatisi, isegi nendel mitte, kes lamavad halvatuste ja vigastuste tõttu kuude kaupa voodis.

Meie eesmärgiks on seepärast üle minna haigete täielikule kaheastmelisele teenindamisele.

SANITAARHARIDUSTÖÖ ORGANISEERIMISEST RAJOONI TINGIMUSTES

Arstiteaduse kandidaat *J. REINARU*

(Kingissepa Linna Haiglast, peaarst *E. Väärt*)

Haigestumise vähendamisel, karastatud tervisega töötajate kasvatamisel ning eluea pikendamisel on otsustava tähtsusega sanitaarharidustöö.

Praeguses sanitaarharidustöös võib täheldada mõningat ebaratsionaalsust ja organiseerimatust. Nii näiteks ei vasta teemade valik alati kõige pakilisematele ülesannetele, mis seisavad rajooni tervishoiuorganisatsiooni ees. Tundub, et Punase Risti Seltsi liikmete kaasatõmbamine sanitaarharidustööle ei ole igal pool küllalt aktiivne.

Arvestades Kingissepa rajooni elanike üldise haigestumise profiili, koostasime sanitaarharidustöö temaatilise plaani, mis on kohustuslik kõigile jaoskonnaarstidele ja velskripunktide juhatajatele. Teemad on järgmised: 1) isiklik ja ühiskondlik sanitaarkultuur; 2) soolenakkuste ja soolenugiliste vältimine; 3) nakkusliku kollatõve vältimine; 4) kuidas vältida haigestumist tuberkuloosi; 5) kompleksloeng: a) hammaste tervishoid, b) angiinide ja teiste koldenakkuste teke ning nende vältimine; 6) reuma teke ja selle vältimine; 7) maokatarride ja haavandtõve ravi; 8) neurooside ja kõrgvererõhu teke ning nende vältimine; 9) vähktõbi ja sellest hoidumine; 10) traumadest hoidumine; 11) naha tervishoid ja nahahaiguste vältimine; 12) kompleksloeng naistele: a) rinnanäärme põletikud, b) rasestumisvastased vahendid, c) naistehaigused ja nendest hoidumine.

Vastavalt temaatilisele plaanile koostasid rajoonihaigla kõige kvalifitseeritumad arstid loengute tekstid, mis paljundati ja anti välja igale eriala-arstile, jaoskondade arstidele ja velskripunktide juhatajatele, kes korraldavad oma piirkonnas igas kolhoosis ja asutuses loenguid nendel teemadel. Loengu koostamisel peeti silmas, et see annaks ettekujutuse vastavast haigusest, peamine rõhk aga pandi haiguste tekkepõhjustele ja nende vältimise võimalustele. Meditsiinitöötajatel soovitati enne loengut analüüsida vastava kolhoosi või asutuse haigestumist ja näidata siis konkreetselt, kuidas vältida esinevate haiguste teket.

Laste tervishoiu alal tuleb sanitaarharidustööd suunata peamiselt koolide lastevanemate nõukogude, lasteaedade, lastesõimede ja sünnitusosakondade kaudu, kusjuures töö juhendamine peab toimuma rajooni pediaatri vastutusel. Kingissepa linna kooliarst A. Meritam kasutas möödunud õppeaastal otstarbekalt lastevanemate koosolekuid sanitaarharidustööks. On vajalik, et koolide lastevanemate nõukogu õppeaasta tööplaanis oleks märgitud ka sanitaarharidusliku töö temaatiline plaan. Samasugune plaanipärane töö peaks toimuma lastevanematega ka lasteaedade ja lastesõimede kaudu.

Üheks kõige vajalikumaks sanitaarharidustöö lõiguks on laste hooldamine imikueas. Siin on vaja ära kasutada ratsionaalsemalt sanitaarharidustöö võimalusi sünnitusosakonnas. Kümne päeva vältel on võimalik

emale anda kõiki neid teadmisi ja praktilisi kogemusi, mida ema vajab oma lapse ja enese hooldamisel. Selle aja jooksul on emad otseselt tervishoiutöötajate lähikonnas ja nii mõnigi kord lausa ootavad juhendeid meditsiinitöötajatelt. Hiljem on neid emasid kodudest raske välja tuua loengule või vestlusele. Koostasime sünnitajatele 10 loengut-vestlust, mida oleme kasutanud Kingissepa haigla sünnitusosakonnas.

Sanitaarharidustöö haigetega on eriti tähtis ambulatoorse ravi puhul. Polikliiniku arstil või palatiarstil ei ole alati aega haigele seletada üksikasjalikumalt haigusega, eriti aga järelraviga seotud küsimusi. Arsti kõnelus haigega piirdub tavaliselt retseptidel märgitud ravimite kasutamisõpetusega ja mõningate üldsõnaliste eeskirjadega dieedi ning elurežiimi kohta. Eriti täpseid eeskirju nõuavad niisugused haigused nagu maksa-, neeru-, sapipõie- ja neeruvaagna põletikud, maokatarr ja haavandtõbi, südamehaigused, samuti opereeritud maoga ja sapipõiega haiged jne. Koduse järelravi täpsete eeskirjadega peab haige tutvuma statsionaaris. Eeskirjades või sanitaarhariduslikes brošüürides peaksid olema esitatud andmed ravimteede, dieetide, kehaliste harjutuste, massaaži, töörežiimi, ravimeetodite jne. kohta. Juhul kui haige ise ei ole võimeline ravieeskirju omandama või täitma, tuleb need eeskirjad anda nende omastele. Niisugune suhtumine mõjub soodsalt haige psüühikale ja kiirendab tema paranemist.

Ambulatoorsel ravil olevatele haigetele on vaja polikliiniku või ambulatooriumi juurde organiseerida raamatukogu, kuhu on koondatud kõik ilmunud brošüürid ja kust haige võib laenutada oma haigusele vastava sanitaarhariduslikku brošüüri, millest ta saab täiendavaid andmeid oma haiguse koduse ravi kohta. Maal asuvate haigete jaoks tuleks suunata sanitaarhariduslikud brošüürid külanõukogude raamatukogudesse.

Sanitaarhariduslikes brošüürides on tihti palju üldsõnalisust, mis ei rahulda küllaldaselt haiget, kuna neis esineb vähe praktilisi ja konkreetseid juhiseid ravi ja profülaktika kohta. Elanikkonnale tuleb selgitada niisuguste ravimvahendite kasutamist, mida väljastatakse käsimüügi korras ja mis peavad olema igas koduapteegis. Õigeaegsel ravimi kasutamisel (vahel oleneb mõju isegi mõnest tunnist) võib vältida mõnegi haigusseisundi süvenemist.

Arvestades sanitaarharidustöö suurt tähtsust oleks õigeaegne hakata välja andma sanitaarhariduslikku ajakirja. Kahtlemata kujuneks selle lugejaskond arvukaks.

Elanikkond ootab tervishoiutöötajatelt eluliselt tähtsate küsimuste lahendamist, mis kindlustaks igale inimesele tervise ja pika eluea. Esitatud mõtete avaldamine diskussiooni korras peaks äratama omapoolseid arvamusi.

TERVISE ÜLIKOOLID IGASSE LINNA JA RAJOONI

M. KASK

(Tartu Riikliku Ülikooli hügieeni kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor *M. Kask*)

Rahvas on alati olnud huvitatud tervishoiust ja üldse arstiteadusest, kuigi, kasutades tuntud hügienisti M. Pettenkoferi ütlust, paljudel tärkab see huvi alles siis, kui tekib soov säilitada tervist, kui haigestutakse. Elavat huvi kinnitab juba see, et kõik arstiteaduslikud populaarsed väljaanded ostetakse ära mõne päeva jooksul. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi poolt väljaantava ajakirja «Zdorovje» tiraaž on tõusnud lühikese

aja jooksul 800 000 eksemplarini ja Läti NSV Tervishoiu Ministeeriumi populaarse ajakirja «Veselība» («Tervis») tiraaž 115 000 eksemplarini. Ravi- ja profülaktikaasutusi külastavad kodanikud tahavad vastuseid paljudele neid huvitavatele küsimustele, kuid arstidel ei ole sageli aega neile pikemaid seletusi anda.

Pärast NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» ilmumist tekkis lühikese aja jooksul üle kogu Nõukogude Liidu ligi 1000 tervise ülikooli (ka tervise rahvaülikoolide, sanitaarse kultuuri rahvaülikoolide ja teiste nimetuste all). Ka meil Eesti NSV-s asutati 3 tervise ülikooli — Tallinnas, Tartus ja Jõgeval. Nii tuleb üleliidulises arvestuses ühe miljoni elaniku kohta ligi 5 tervise ülikooli, meil aga on neid vabariigi kohta vaid 3. Näib, et meie ravi- ja profülaktikaasutuste töötajad on mõnevõrra alahinnanud rahva aktiivsust. Tervise ülikoolide kuulajad, tervishoiu aktivistid võiksid olla abiks poliomüeliidivastasel vaktsineerimisel, helmintide vastu võitlemisel, sanitaarkultuuri tõstmisel kodudes, tööstustes, toitlustusettevõtetes jm. Otse hindamatut abi võiksid nad osutada haigete kodusel põetamisel. Õigeaegse esmaabiga võib aga mõnikord päästa isegi kannatanu elu.

Meie tervishoiutöötajad peaksid mõtlema tervise ülikooli loomisele igasse linna ja rajooni. Tartus ja Tallinnas oli tervise ülikoolide loomine lihtne, sest seal on rohkesti ravi- ja profülaktikaasutusi, kus töötab spetsialiste igalt alalt. Asja algatajatel oli küll algul kartus, kas kuulajatel jätkub püsivust kogu kursuse läbivõtmiseks. Senised kogemused on need kartused täielikult hajutanud. Nii osutus Tartu Tervishoiu Ülikooli kuulajaskond kogu esimese õppeaasta vältel väga stabiilseks. Võib arvata, et sellele on kaasa aidanud 1) mitmekesine ja otstarbekohaselt väljatöötatud programm, 2) kvalifitseeritud lektorid, 3) loengu lühike kestus (30 minutit), 4) rohke näitlik materjal, 5) huvitavad praktilised tööd, 6) hea informatsioon loengute ning praktikumide toimumise aja ja koha kohta ja 7) range kinnipidamine õppeplaanist.

Eraldi tahaks puudutada loengute kestuse küsimust. Standardse, 45-minutilise loengu kuulamine nõuab loengute kuulamisega harjumatult isikult suurt vaimset pingutust ja loengu lõpp läheb seepärast faktiliselt kaduma, sest kuulaja kontsentreerumisvõime on siis juba ammendatud. Seda arvesse võttes otsustati Tartu Tervishoiu Ülikoolis pidada loengud 30-minutilised, kusjuures ühel õhtul peetakse 3—4 seesugust erineva sisuga loengut. Igale loengule järgneb 10-minutiline vaheaeg. Selline korraldus on end täiesti õigustanud.

Jõgeva Tervise Rahvaülikooli asutamislugu võiks olla õpetlik teistele maarajoonidele. Jõgeva arstidel tekkis esialgu mõte korraldada rajoonikeskuse elanikele tervishoiu lektoorium, kuid ühele asja algatajale — L. Heringile, Jõgeva Rajooni haigla peaarsti asetäitjale sanitaar-epidemioloogilise töö alal — soovitas Tartu Tervishoiu Ülikooli juhtkond asutada Jõgevale lektooriumi asemel tervise ülikool. See soovitus leidis hea kõlapinna Jõgeva arstide seas, täitevkomitees, partei rajoonikomitees ja ka rahva hulgas. Nii asutatigi Jõgeval 9. märtsil s. a. tervise ülikool. Kuna Jõgeval ei ole lektoreid nii suures valikus kui Tartus, siis võttis Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond vast-asutatud Jõgeva Tervise Rahvaülikooli oma šefluse alla. Jõgeva Tervise Rahvaülikooli programmi koostamisel arvestati kohapealseid võimalusi (see on ka mõnevõrra väiksem kui Tallinna või Tartu tervise ülikoolil). Kui Jõgeva suutis asutada tervise ülikooli, siis miks ei peaks seda suutma ka teised Eesti NSV keskused! Muide, oleks mõeldav, et suuremates linnades asutataks rohkem kui üks tervise ülikool. Näiteks võiks omaette tervise ülikoole asutada suuremate raviasutuste (haiglad, sanatooriumid) juurde.

Nüüd pisut tervise ülikoolide programmidest. Ei saa olla ühtseid programme, mis sobiksid igale tervise ülikoolile. Tervise ülikooli programm võiks sisaldada järgmist.

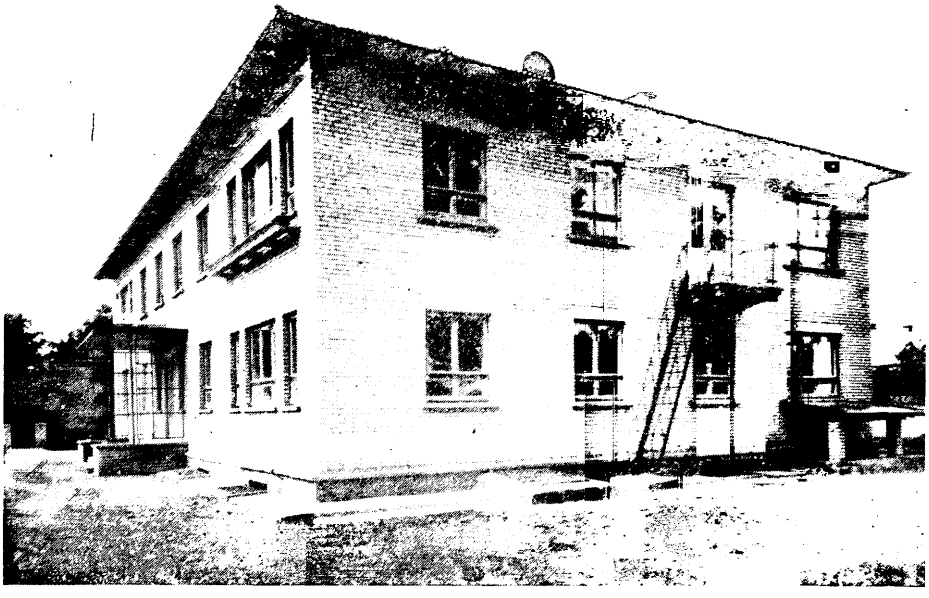
Loengud. Partei ja valitsuse hoolitsus rahva tervise eest. Profülaktika tähtsus tervishoius. Põhilisi teadmisi inimese anatoomiast ja füsioloogiast. Isiklik hügieen. Organismi karastamine (õhu, vee ja päikese tähtsus tervise tugevdamisel ja selle säilitamisel). Kehalise kasvatuse tervishoiuline tähtsus. Toitlusküsimused. Elamuhügieen. Töö-hügieen (väsimus ja selle vältimine, tööstustervishoid, põllumajanduslik töö, vaimne töö jne.). Laste ja naiste tervishoid. Eluea pikendamine. Uni ja puhkus. Alkoholi kuritarvitamine ja suitsetamine. Mikrobioloogia alused. Nakkushaigused ja nende vastu võitlemine. Tuberkuloos. Lastenakkused. Sooleparasiidid. Südame ja veresoonte haigused (kõrgvererõhutõbi, ateroskleroos, reuma jt.). Vähktõbi, vähieelsed seisundid, vähktõve vastu võitlemine. Maksa-, kopsu-, neeruhaigused ja muude tähtsamate elundite haigused. Naistehaigused. Rasedus ja selle häired. Haigete kodune põetamine. Esmaabi. Sanitaaraktivisti tööst.

Temaatikat võib vastavalt elanikkonna huvidele veelgi laiendada ja täiendada, vajaduse korral ka kärpida, kui ei ole spetsialisti, kes üht või teist teemat küllalt hästi käsitleda suudaks.

Praktilised tööd. Tutvumine ravi- ja profülaktikaasutuste tööga. Mikroskoopiliste preparaatide demonstreerimine. Tähtsamad esmaabivõtted (haavade sidumine, haige kandmine, kunstlik hingamine, lihtsamate esmaabiks kasutatavate ravimite kasutamine jne.). Sanitaarsete järelevaatuste teostamine sanitaararsti või velskri juhendamisel (toitlustusettevõtetes, tööstustes jne.).

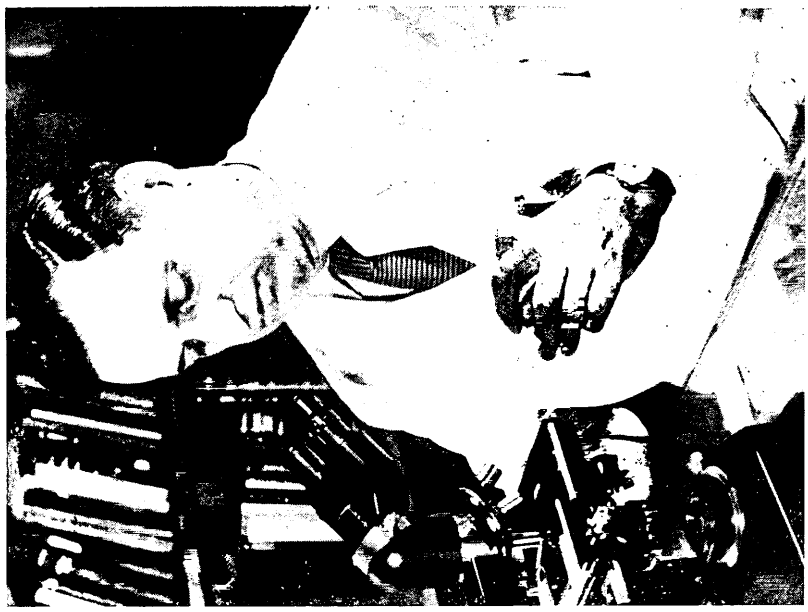
Ka praktiliste tööde osas võib temaatikat laiendada (või kärpida), kui selleks on vajadusi.

Narva Linna Haigla polikliinik



Tartu Linna VI Lastesõim

TAHVEL II



P. Bogovski

V. Küng

DOKTORIVÄITEKIRJADE KAITSMINE

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Meditsiinilis-Bioloogiliste Teaduste Osakonna teaduslikus nõukogus kaitses 23. mail 1961. a. edukalt väitekirja arstiteaduse doktori teadusliku kraadi saamiseks Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi morfoloogia sektori juhataja Valdur Küng. Ametlikkudeks oponentideks olid Vene NFSV teeneline arst professor P. Dvižkov, professor B. Ugrjumov ja arstiteaduse doktor J. Huhrina.

V. Küngi doktoriväitekiri «Kukersiitse põlevkivitolmu inhalatsioonist sugenev pneumokonioos» on mitmeaastase töö tulemusena valminud väärtuslik uurimus kutsepatoloogia valdkonnast. Väitekirjas, mis Eesti NSV Teaduste Akadeemia poolt on kirjastatud ka monograafiana, analüüsib autor üksikasjaliselt põlevkivipneumokonioosi etioloogia ja patogeneesi küsimusi, iseloomustades nii lahangumaterjali kui ka eksperimentaalsete andmete põhjal põlevkivi ja selle tuha tolmu fibrogeenseid omadusi. Uurimistulemustega on kindlaks tehtud uus, eri liiki kopsutolmustustõve vorm — põlevkivipneumokonioos, mis on võetud ka Nõukogude Liidus kehtivasse pneumokonioosiliikide loetelusse.

V. Küng on esimene Eesti NSV arstiteadlane, kes sõjajärgsel perioodil kaitses doktoriväitekirja.

*

9. juunil 1961. a. kaitses Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor Pavel Bogovski Leningradi Sanitaar-Hügieenilise Meditsiini Instituudi teaduslikus nõukogus väitekirja «Eesti põlevkivi töötlemise saaduste kantserogeenne toime» arstiteaduse doktori teadusliku kraadi saamiseks. Ametlikkude oponentidena esinesid professorid N. Lazareva, I. Fridljand ja D. Golovin.

P. Bogovski doktoritöö on eksperimentaal-morfoloogiline uurimus, milles autor mitmeaastase töö tulemusi üldistades põhjendab eesti põlevkivi saadustest sugeneda võivate kutsekasvajate vältimise vajadust ja võimalikkust. Väitekirjas, mis Eesti NSV Teaduste Akadeemia poolt kirjastatakse monograafiana, toob autor esmakordselt ulatuslikke üksikasjalisi andmeid põlevkivi termilise töötlemise esmassaaduste ja peamiste kaubatoodete kantserogeensest aktiivsusest. Üldiselt läbib P. Bogovski dissertatsioonitööd profülaktiline suund. Muude teoreetiliste küsimuste käsitlemise kõrval esitab autor ka kontseptsiooni vähktõve polüetioloogiast, mis on väliskeskkonna kantserogeensete tegurite toime vältimise teoreetiliseks aluseks. Töös on antud põhjalik ülevaade profülaktika abinõudest, mida juba käesoleval ajal on vajalik rakendada kantserogeensete põlevkivisaadustega töötamisel.

P. Bogovski uurimus, mille tulemused on tunnustust leidnud nii Nõukogude Liidus kui ka välismaal, rikastab oluliselt kutsepatoloogiat ja onkoloogiat.

H. Jänes

KANDIDAADIVÄITEKIRJADE KAITSMINE

Tartu Riikliku Ülikooli Õpetatud Nõukogu kinnitas 28. aprillil 1961. a. kahele noorele teadlasele — Naomi Schamardinile ja Boris Schamardinile — arstiteaduse kandidaadi teadusliku kraadi. Nad kaitsesid väitekirju TRÜ Arstiteaduskonna Õpetatud Nõukogu ees 7. aprillil.

N. Schamardini väitekirja «Mittespetsiifiliste nahatestide uurimise tulemustest põlevkivikaevureil ja nende tähendustest vibratsioontõve diagnostikas» oponeerisid arstiteaduse doktor M. Kask ja arstiteaduse kandidaat dotsent Ü. Lepp. Kuna vibratsioontõve algjärgu diagnoosimine on raskendatud objektiivsete sümptoomide vähesuse tõttu, püüti leida uusi abimeetodeid. Sellel eesmärgil uuriti mittespetsiifiliste nahatestide abil 344 töötajat. Testide abil on võimalik saada vibratsioontõve haigete organismi seisundist tunduvalt selgemat ettekujutust, kui seda võimaldavad senini kasutatavad kliinilised uurimismeetodid.

B. Schamardini töö «Perifeerse vereringe funktsionaalsest seisundist põlevkivikaevanduste puurijail seoses vibratsioontõvega» oponentideks olid arstiteaduse doktor E. Karu ja arstiteaduse kandidaat K. Kõrge. Autor on uurinud mõningaid vibratsioontõve sümptomaatika ja patogeneesi küsimusi põlevkivikaevanduste puurijail, kes töötavad madala sagedusega vibratsiooni tekitavate elektripuuridega. Üldse vaadeldi 280 töötajat, nendest osa korduvalt kuni 2,5 a. jooksul. Puurijail esines ilmseid nihkeid perifeerse vereringe seisundis.

I. Maaroos

*

Eesti NSV Teaduste Akadeemia Bioloogia- ja Meditsiiniteaduste Osakonna teadusliku nõukogu istungil 1. juunil 1961. a. kaitses Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi protozooloogia ja mikrobioloogia sektori noorem teaduslik töötaja Elmar Rõigas väitekirja «Meeste urogenitaaltrakti põletikkude trihhomonaalsest etioloogiast». Teaduslik nõukogu omistas E. Rõigasele arstiteaduse kandidaadi teadusliku kraadi.

H. Jänes

*

16. juunil 1961. a. kaitsesid Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna Õpetatud Nõukogu avalikul koosolekul kandidaadiväitekirju J. Reinaru ja E. Tünder.

Kingissepa Linna Haigla peaarsti asetäitja Joosep Karli p. Reinaru dissertatsioon käsitles teemat «Neerukahjustused reuma, reumatoidse polüartriidi, alaägeda ja ägeda septilise endokardiidi puhul». Töö valmis TRÜ Arstiteaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedri juhataja dots. K. Kõrge juhendamisel. Oponentidena esinesid arstiteaduse doktor E. Mill ja vanem teaduslik töötaja A. Gunter. Nimetatud väitekirjas käsitleb autor reuma, septilise endokardiidi ja mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidi vahekordi, rõhutades neerukahjustuste esinemist märgitud haiguste puhul. Autor jõuab uudsele järeldusele, et reuma ja reumatoidse polüartriidi puhul kulgeb neerukahjustus varjatult, kergelt. Alaägeda septilise endokardiidi puhul on need sügavamat difuusset laadi.

Tartu Linna Kliinilise Haigla ordinaator Endel Oskari p. Tünder kaitses väitekirja teemal «Ostsillograafia, arteriograafia ja pletüsmograafia kasutamisest alajäsemete tuiksoonte trromboblitereeruva haiguse diagnoosimisel». Töö valmis prof. A. Linkbergi juhendamisel. Kaitsmisel oponeerisid prof. I. Sibul ja dots. A. Rulli. E. Tünderi kaheköiteline uurimistöö on aktuaalne. II köide sisaldab täpseid protokolle teostatud uuringu-

test. Autor võttis tarvitusele alajäsemete tuikveresoonte trombobliteereruva haiguse kompleksse diagnoosimise meetodi, mis on eriti vajalik veresoonte rekonstruktiivsete operatsioonide läbiviimisel. Tuleb märkida, et uurimistööks vajamineva pletüsmograafi konstrueeris E. Tünder ise.

I. Maaroos

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI KOLLEEGIUMIL

12. mail 1961. a. oli Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumil arutusel 2 küsimust: 1) Eesti NSV tervishoiuasutuste töö 1960. a. statistiliste aruannete põhjal ja 2) Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töö.

Esimese küsimuse kohta tegi ettekande Tervishoiu Ministeeriumi statistikasektori ülem M. Marants. Kolleegium märkis, et 1960. a. on elanikkonna meditsiinilise teenindamise osas saavutatud mõningat edu. On vähenenud elanikkonna haigestumus ja suremus, suurenenud arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate ning voodikohtade arv, tugevnes ravi- ja profülaktikaasutuste tehniline varustatus. Arstijaoskondade tööpiirkonnad on muudetud väiksemaks. Ühes jaoskonnas on keskmiselt 3704 inimest. Samal ajal esineb elanikkonna meditsiinilises teenindamises veel olulisi puudusi. Tallinnas jm. on veel terapeudi-, pediaatri- ja akušöör-günekoloogijaoskondi, kus elanike arv on normist tunduvalt kõrgem. Paljudes rajoonides (Märjamaa, Kohtla-Järve, Elva) ei kasutata voodikohti ratsionaalselt, eriti voodeid sünnitajatele jaoskonnahaiglates.

Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama tööst tegid ettekande peaarst L. Stepanova ja peasanitaarinspektor I. Masik. Kolleegium märkis, et viimastel aastatel on Vabariikliku Sanitaar-Epidemioloogia Jaama töö tunduvalt paranenud. Tööalane kontakt Sanitaar-Epideemiatõrje Valitsusega on aga puudulik, esineb töö dubleerimist. Ei ole küllaldaselt kontrollitud Ministrite Nõukogu määruse ja tervishoiu ministri käskkirjade täitmist. Aeg-ajalt esineb sanitaarnormide rikkumist üksikutes ettevõtetes.

Kolleegium kinnitas edaspidiseks konkreetsed ülesanded ja näitas võimalusi esinevate puuduste kõrvaldamiseks.

A. Sarap

SISUKORD

Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklikust nõupidamisest osavõitjaile 3

Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklik nõupidamine . . . 4

A. GOLDBERG — NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määruse «NSV Liidu elanikkonna meditsiinilise teenindamise ja tervishoiukorralduse edasise parandamise abinõudest» täitmise käigust Eesti NSV-s 5

СОДЕРЖАНИЕ

Участникам Республиканского совещания актива работников здравоохранения Эстонской ССР

Республиканское совещание актива работников здравоохранения Эстонской ССР

А. ГОЛЬДБЕРГ — О ходе выполнения постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» в Эстонской ССР.

Läbirääkimised

O. Tamm 14
A. Roosileht 14
A. Linkberg 15
U. Meikas 16
M. Boston 16
B. Dušenko 16
P. Bogovski 16
Š. Gulordava 17
B. Tsiklis 18
J. Lebedev 18
S. Kurašov 18

Прения

О. Тамм
А. Роозилехт
А. Линкберг
У. Мейкас
М. Бостон
Б. Душенко
П. Боговский
Ш. Гулордава
Б. Циклис
Е. Лебедев
С. Курашов

I. MASIK — Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruse «Nakkushaiguste vältimise ja likvideerimise abinõudest vabariigis» täitmise käigust . 20

K. VASSILJEVA — Epidemioloogilisest olukorrast vabariigis ja ülesannetest nakkushaiguste edasisel vähendamisel 23

B. PŠENITŠNIKOV — Sanitaaraktiivi tähtsusest võitluses nakkushaiguste vähendamise eest 26

A. JANNUS — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi ülesannetest nakkushaiguste vähendamisel ning mõningate nakkuste likvideerimisel 26

A. GRIGORJEVA — Nakkushaiguste vähendamise abinõudest põlevkivibasseinis 26

A. KUUSIK — Kogemusi sanitaar- ja tervistusabinõude rakendamisest nakkushaiguste juhtude arvu vähendamisel 27

U. VAGUR — Profülaktiliste ürituste organiseerimisest rajoonis . . . 27

A. GUNTER — Terapeutide edasistest ülesannetest nakkushaiguste tõrjel . 27

S. LEPNJOVA — Nakkushaiguste kabineti töö kogemusi 27

J. ŽELANDOVSKAJA — Mõningate nakkushaiguste kliiniku ja ravi iseärasustest 27

H. KUUSE — Sanitaarharidustöö kui tõhus abinõu nakkushaiguste vastu võitlemisel 28

O. TAMM — Kõhutüüfuse vähendamise kogemustest Tartu oludes . . 28

A. FOMINÕH — Kõhutüüfuse puhangu likvideerimisest ühes maarajoonis . 28

A. VARES — Pediaatriateenistuse ülesannetest ägedate soolenakkuste ja difteeria vähendamisel 28

L. STEPANOVA — Difteeria likvideerimise perspektiividest Eesti NSV-s 29

A. VALDMAN — Laste Polikliiniku töö kogemustest nakkushaiguste likvideerimise alal 29

A. VOLÕNKINA — Nakkushaiguste vähendamise kogemustest pediaatrijaoskonnas 30

A. MIGATŠ — Laste polikliiniku nakkushaiguste kabineti töökogemustest 30

Õ. KUIVA — Nakkushaiguste tõrje organiseerimisest pediaatrijaoskonnas 30

И. МАЗИК — О ходе выполнения постановления Совета Министров Эстонской ССР «О мерах по ликвидации и предупреждению инфекционных заболеваний в республике»

К. ВАСИЛЬЕВА — Эпидемиологическое состояние республики и задачи по дальнейшему снижению инфекционных заболеваний

Б. ПШЕНИЧНИКОВ — Роль санитарного актива в борьбе за снижение инфекционных заболеваний

А. ЯННУС — Задачи Таллинского н-и института эпидемиологии, микробиологии и гигиены по снижению инфекционных заболеваний и ликвидации некоторых инфекций

А ГРИГОРЬЕВА — Мероприятия по снижению инфекционных заболеваний в сланцевом бассейне

А. КУУЗИК — Опыт проведения санитарно-оздоровительных мероприятий, направленных на снижение инфекционных заболеваний

У. ВАГУР — Организация профилактических мероприятий в районе

А. ГУНТЕР — О дальнейших задачах терапевтов в борьбе с инфекционными заболеваниями

С. ЛЕПНЕВА — Опыт работы кабинета инфекционных заболеваний

Е ЖЕЛАНДОВСКАЯ — Особенности клиники и лечения некоторых инфекционных заболеваний

Х. КУУЗЕ — Санитарное просвещение как одно из важных мероприятий в борьбе с инфекциями

О. ТАММ — Опыт работы по снижению брюшного тифа в условиях города Тарту

А. ФОМИНЫХ — Ликвидация вспышки брюшного тифа в одном из сельских районов

А. ВАРЕС — Задачи педиатрической службы по снижению острых желудочно-кишечных инфекций и дифтерии

Л. СТЕПАНОВА — Перспективы ликвидации дифтерии в Эстонской ССР

А ВАЛЬДМАН — Опыт работы детской поликлиники по ликвидации инфекционных заболеваний

А ВОЛЫНКИНА — Опыт работы по снижению инфекционных заболеваний на педиатрическом участке

А. МИГАЧ — Из опыта работы кабинета инфекционных заболеваний детской поликлиники

Ы. КУЙВА — Организация борьбы с инфекционными заболеваниями на педиатрическом участке

TUBERKULOOS

E. KAMA — Tuberkuloositõrje olukorrast ja ülesannetest Eesti NSV-s . 31

Z. KÕIV — Tuberkuloositõrjest laste hulgas Eesti NSV-s 35

G. VANOVSKAJA — Luu- ja liigesetuberkuloosivastase võitluse organiseerimisest Eesti NSV-s 35

E. KALEV ja L. SAUEMÄGI — Fluorograafiameetodi tähtsusest tuberkuloosi varajasel avastamisel Eesti NSV-s 35

V. RIDALA — Veisetuberkuloosist Eesti NSV-s ja selle ohust inimestele . . 35

E. SORKINA — Tuberkuloositõrje organiseerimise põhiülesanded NSV Liidus 36

O. TOMBERG — Tuberkuloositõrje olukorrast Tartu linnas 36

T. RUBINSTEIN, N. ABRAMOVITŠ ja I. DANILOVA — Tuberkuloositõrje olukorrast Eesti NSV põlevkivibasseinis 36

J. ENNULO — Tuberkuloosialase teadusliku uurimistöö olukorrast Eesti NSV-s 37

I. EINAS — Tuberkuloosivastase vaktsineerimise ja revaktsineerimise olukorrast Eesti NSV-s 37

E. KONGO — Kaugtulemustest kopsutuberkuloosi ravis 38

I. RUUT ja A. VOROBJOVA — Profülaktika ja epideemiatõrje abinõudest võitluses tuberkuloosiga Eesti NSV-s 38

L. JANNUS ja V. HARJO — Ravimresistentsete tuberkuloositekitajate esinemisest haigetel ja esmasest ravimresistentsusest 39

I. BUGAKOV — Tuberkuloosihaigete ravimise kogemustest antibakteriaalsete preparaatidega 39

A. REINVALD — Kopsutuberkuloosist elatanud inimestel 39

ТУБЕРКУЛЕЗ

Э. КАМА — О состоянии и дальнейших задачах противотуберкулезной борьбы в Эстонской ССР

З. КЫЙВ — О противотуберкулезной борьбе среди детей в Эстонской ССР

Г. ВАНОВСКАЯ — Организация борьбы с костно-суставным туберкулезом в Эстонской ССР

Э. КАЛЕВ и Л. САУЭМЯГИ — О значении флюорографического метода при раннем выявлении туберкулеза в Эстонской ССР

В. РИДАЛА — О туберкулезе крупного рогатого скота в Эстонской ССР и его опасности для людей

Э. СОРКИНА — Основные задачи по организации борьбы с туберкулезом в Союзе ССР

О. ТОМБЕРГ — О состоянии противотуберкулезной борьбы в городе Тарту

Т. РУБИНШТЕЙН, Н. АБРАМОВИЧ и И. ДАНИЛОВА — О состоянии противотуберкулезной борьбы в сланцевом бассейне Эстонской ССР

Ю. ЭННУЛО — О состоянии научно-исследовательской работы по туберкулезу в Эстонской ССР

И. ЭЙНАС — О состоянии противотуберкулезной вакцинации и ревакцинации в Эстонской ССР

Э. КОНГО — Отдаленные результаты лечения туберкулеза легких

И. РУУТ и А. ВОРОБЬЕВА — Профилактические и противоэпидемические мероприятия в борьбе с туберкулезом в Эстонской ССР

Л. ЯННУС и В. ХАРЬО — О наличии устойчивых к лечебным препаратам возбудителей туберкулеза у больных и первичная устойчивость к лечебным препаратам

И. БУГАКОВ — Опыт лечения туберкулезных больных антибактериальными препаратами

А. РЕЙНВАЛЬД — Туберкулез легких у пожилых людей

APTEEGITÖÖ

I. PODOLSKI — Elanikkonna ja raviasutuste varustamise olukorrast ravimitega, meditsiinilise aparatuuri ja instrumentaariumiga 40

A.MEIBAUM — Pärnu Rajooni Apteegi tööst ja raviasutuste medikamentoossest teenindamisest 44

S. PEDAK — Apteegi ja polikliiniku vahelisest koostööst 44

I. VIGODSKI — Kesk-Apteegilao tööst 45

J. PATS — Uutest ravimpreparaatidest (kortikosteroididest) 45

I. SIBUL — Närvisüsteemi kaudu mõjuvate uute ravimpreparaatide toimemehhanismidest 45

B. LUIK — Perspektiivseid meetodeid farmatseutilises analüüsis . . . 46

Läbirääkimised 47

АПТЕЧНОЕ ДЕЛО

И. ПОДОЛЬСКИЙ — О состоянии снабжения населения и лечебных учреждений лекарственными средствами и медицинским инструментарием

А. МЕЙБАУМ — Работа районной аптеки Пярну и медикаментозное обслуживание лечебных учреждений

С. ПЕДАК — О взаимной работе между аптекой и поликлиникой

И. ВИГОДСКИЙ — О работе Центрального аптечного склада

И. ПАТС — Новые лекарственные препараты (кортикостероиды)

И. СИБУЛЬ — Механизм действия новых лекарственных препаратов, действующих через нервную систему

Б. ЛУЙК — Перспективные методы в фармацевтическом анализе

Прения

Sõnavõtud tervishoiutöötajate aktiivi nõupidamise lõppistungilt

V. Parvet 48
C. Ustinova 48
S. Ellervee 49
A. Goldberg 49
Vabariigi tervishoiutöötajate aktiivi läkitus kõigile Eesti NSV meditsiinitöötajatele 50

Выступления на заключительном заседании актива медицинских работников

В. Парвет
Ц. Устинова
С. Эллервее
А. Гольдберг
Обращение актива работников здравоохранения республики ко всем медицинским работникам Эстонской ССР

Teooria ja praktika

L. MASER — Termoregulatsiooni häiretest täisealistel tuberkuloosse meningiidiga haigetel 52

Теория и практика

Л. МАЗЕР — О нарушениях функции терморегуляции у взрослых больных туберкулезным менингитом

Kogemuste vahetamine

L. KERES — Lasteosakonna tsentraalsest varustamisest hapnikuga . . 56
A. JANNUS — Aparaat vedelikkude pipeteerimiseks 60
A. LUKAŠ — Kliinilis-anatoomiliste konverentside korraldamise kogemusi 61

Обмен опытом

Л. КЕРЕС — Централизованное снабжение кислородом детского отделения
А. ЯННУС — Аппарат для пипетирования жидкостей
А. ЛУКАШ — Опыt организации клинико-анатомических конференций в лечебных учреждениях

Abiks velskritele ja õdedele

K. ESTER — Esmaabist uppunute päästmisel 64
S. SÄRGAVA — Haigete kaheastmelisest teenindamisest 69

В помощь фельдшерам и сестрам

К. ЭСТЕР — Первая помощь при спасении утопающих
С. СЯРГАВА — Двухзвеньевое обслуживание больных

Sanitaarharidustöö

J. REINARU — Sanitaarharidustöö organiseerimisest rajooni tingimustes . 71
M. KASK — Tervise ülikoolid igasse linna ja rajooni 72
Kroonika 75

Санитарное просвещение

И. РЕЙНАРУ — Организация санитарно-просветительной работы в районных условиях
М. КАСК — Университеты здоровья — в каждый город и район
Хроника

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)
EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

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

5
September–Oktoober

4. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1961

Журнал
«Ныукогуде Ээсти Тервисхойд»

Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 15. VII 1961. Trükkimisele antud 19. IX 1961. Trükiarv 2800. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+2 kleebist. Formaadile 60×90 kohaldatud trükipoognaid 7,35. Arvutuspoognaid 8,14. Tellimise nr. 6553. MB-07239.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Poligraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

AJU VASKULAARSETE INSULTIDE PATOGENEESIST JA DIFERENTSIAALDIAGNOSTIKAST

L. LUTS
(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia ja sisehaiguste propedeutika kateedrist, juhataja dotsent *E. Raudam*)

Seoses uute diferentseeritud ravimeetodite rakendamisega aju vaskulaarsete insultide puhul on viimaste diferentsiaaldiagnostika küsimused muutunud üheks neuroloogia aktuaalsemaks probleemiks; seda tingib ka aju akuutsete vereringehäiretega haigete suur suremus.

Aju vaskulaarseid insulte jaotatakse 1) ajuhemorraagiateks ehk -verevalanditeks ja 2) ajuinfarktideks, mis tekivad tserebrovaskulaarse insufitsientsuse, arterite tromboosi, emboolia või vasospasmi tagajärel (22). Ligi $^1/_3$ vaskulaarsete insultide üldarvust moodustavad hemorraagiad, kusjuures 91% juhtudest on põhjuseks hüpertooniatõbi; ligi $^2/_3$ insultide üldarvust moodustavad ajuinfarktid, kusjuures valdavas enamikus on põhjuseks ateroskleroos (4, 19). Tuleb märkida, et paljudel juhtudel tekib ajuinfarkt hüpertooniatõve hilisfaasis veresoonte sklerootiliste muutuste ja südame langenud jõudluse taustal.

Ajuhemorraagia patogeneesi kohta ei ole käesoleval ajal ühtset seisukohta. Peetakse tõenäoliseks patoloogiliselt muutunud veresoone seina permeaabluse tõusu kestva vasospasmi tulemusena ning vere vormelementide väljumist *per diapedesin* (1). Viimasel aastakümnel omistatakse hemorraagia tekkemehhanismis ikka enam tähtsust arteri seina ruptuurile (8, 22).

Kaasajal diskuteeritakse ajuarterite lokaalse spasmi osatähtsuse üle ajuinfarkti ja ajuverevalandi patogeneetilises mehhanismis. Angiospasmi hüpoteesi pooldajad püüavad *retina* ja *pia materi* veresoontes nähtud spasme üle kanda ajusisestele veresoontele. Põhilise argumendina esitatakse angiograafia puhul täheldatud ajuarterite spastilisi seisundeid, kuigi enamik autoreid peab ajusisese angiospasmi esinemist ebatõenäoliseks (7, ref. 10, 12, 20, 22, 23). Ajusiseste arterite kestvat kontraktsiooni peetakse üldse kahtlaseks, kuna ajuarterite seinas on lihaselemendid puudulikult esindatud. Ka erineb aju hemodünaamika mitmes suhtes teiste kehaosade vereringe omast. Iseärasusteks on näiteks ajuveresoonte vähene kontraheerumine sümpaatiliste kiudude eksperimentaalsel ärritamisel, aju- ja perifeersete veresoonte vastupidine reaktsioon süsihappegaasi sissehingamisele ja sümpatikotroopsete ainete manustamisele, kusjuures farmakonide poolt ajuvereringes esilekutsutud muutused mööduvad kiiresti jne. (20). Siiski peetakse angiospasmi hüpertoonilise kriisi puhul kõrge vererõhu taustal tekkiva ajupehmumuse patogeneetiliseks aluseks (5). Zülch seletab seda nn. Baylissi efektiga, kus veresoone seina akuutsele venitusele, mis tekib verelaine surve tõttu, järgneb reflektoorne kontraktsioon (23).

Viimastel aastatel leiab ajuvereringe transitoorsete häirete ja ajuinfarkti patogeneesi seletamisel üha enam poolehoidjaid tserebrovaskulaarse insufitsientsuse ehk ajuvereringe puudulikkuse kontseptsioon.

Tserebrovaskulaarne insufitsientsus on seisund, mille puhul vereringe on teatud veresoone varustuspiirkonnas redutseerunud, kusjuures tekib mittevastavus ajukoe hapnikuvajaduse ja tegeliku verevarustuse vahel. Pehmumuse kujunemisel on määrava tähtsusega hüpokseemia intensiivsus ja kestus. Kui vereringe teatud ajuarteri varustuspiirkonnas kahaneb poole võrra, piisab sellest närvirakkude funktsiooni blokeerimiseks, kusjuures tekkinud kliinilised nähud on tagasipöörduva iseloomuga. Vereringe reduktsioonil 15%-ni ja alla selle tekib aga ajukoe tagasipööramatu kahjustus pehmumuse näol (22). Zülch (22) toob esile, et infarkti tekkekohaks on sagedasti arteri lõppharude vaskularisatsioonipiirkond, samuti ajualad, mis jäävad kolme suure ajuarteri vaskularisatsioonipiirkondade kokkupuutealale. Ajukoe pehmumuse kujunemisel on olulise tähtsusega arteriaalsete anastomooside seisund. Ajuveresoonte toonust reguleerivate mehhanismide häirete puhul ei toimu veresoonte adekvaatset reaktsiooni vastavalt sise- või väliskeskkonna tingimuste muutumisele, mistõttu ajukoe hapnikuvajadust rahuldava normaalse verevarustuse alalhoidmine ei ole võimalik. Vasomotoorset düsfunktsiooni põhjustavad aju veresoonkonna haigused, näiteks ateroskleroos, vaskuliit jt. Juba väike vererõhu langus võib põhjustada ateromatoosse, ahenenud luumeniga veresoone vaskularisatsioonialal ajukoe isheemiat ja hüpoksiat, seega tserebrovaskulaarse insufitsientsuse nähtude tekkimist. Oleneb põhiliselt hüpoksia intensiivsusest ja kollateraalide seisundist, kas tekkinud koldenähud on ajutise või püsiva iseloomuga. Tserebrovaskulaarsest insufitsientsusest tekkinud transitoorsete vereringehäirete puhul on ajuinfarkti vallandavaks põhjuseks enamasti ekstratserebraalsed tegurid — tsirkuleeriva verehulga vähenemine, vererõhu järsk langus jt. Müokardi infarktile järgnevad sageli tserebrovaskulaarse insufitsientsuse pinnal kujunenud tserebraalsed ärajäämanähud, mis annab põhjust rääkida nn. insultinfarktsest sündroomist ehk assotsieeritud koronaar-tserebraalsest sündroomist (9, 14, 15). Ajuarterite tromboos on infarkti põhjuseks tunduvalt harvemini, kui seda diagnoositakse kliinikus. Kirjanduse andmetel ei õnnestu sektsioonil 60% ajuinfarkti juhtudest leida trombi (17).

Enamikul ajuinfarkti juhtudel esineb valge ajukoe pehmumus. Punane pehmumus tekib infarkti puhul harvem ja seda leiame hallainest suhteliselt nooremas eas hea kollateraalse verevarustuse puhul. Aju pinnale ulatuva punase pehmumuse juhtudel võime leida liikvoris erütrotsüüte, mistõttu pannakse ekslikult hemorraagia diagnoos.

Transitoorse iseloomuga ärajäämanähtude korduval tekkimisel ühes ja samas vaskulaarses süsteemis räägitakse krooniliset «karotiidsest ehk basilaarsest insufitsientsusest». Näiteks tekivad kroonilise karotiidse insufitsientsuse puhul lühiajaline afaasia, nägemishäired, mono- või hemiparees; kaks viimast mööduvad jäljetult, korduvad aga mõne aja pärast uuesti. Basilaarse insufitsientsuse puhul võib hemiparees tekkida kord ühel, kord teisel kehapoolel, kombineerudes kraniaalnärvide halvatusega (nn. alterneeruv sündroom).

Uute ravimenetluste kasutusele võtmine viimasel aastakümnel eeldab ajuinfarktide ja hemorraagiate kindlat diferentsimist. Sektsioonil kinnitatud küllaltki kõrge eksidiagnooside arv (kuni 42%) näitab, et see ei ole alati kerge (16). Kirjanduses tuuakse terve rida sümptoome, mida tõenäoliselt võib lugeda iseloomulikuks ühele või teisele insuldivormile (vt. tabel).

Kõige sagedamini eksitakse 1) aeglaselt järk-järgult suurenevate verevalandite puhul, kus ärajäämanähud progresseeruvad aeglaselt ning ei pruugi esineda teadvusekaotust (diagnoositakse ekslikult ajuinfarkti) ja 2) suure arteri kiirest sulgusest tekkinud infarktide puhul, kus haiguse algus on apoplektiformne ja ärajäämanähud tekivad kiiresti (diagnoositakse ajuhemorraagiana) (2).

Sagedamini esinevad diferentsiaaldiagnostilised tunnused aju vaskulaarse insuldi põhivormide puhul

	Hemorraagia	Infarkt	
		Tserebrovaskulaarse insufitsientsuse, tromboosi või angiospasmi taustal	Emboolia taustal
Esinemissagedus	30%	65%	5%
Vanus	Suhteliselt nooremas eas (alla 60 a.)	Suhteliselt vanemas eas (üle 60 a.)	Nooremas eas
Põhihaigus	Valdavas enamikus hüpertooniatõbi	Ateroskleroos. Hüpertooniatõbi	Endokardiit. Tromboflebiidid
Prodromaalnähud	Puuduvad	Enamasti esinevad	Puuduvad
Haigestumise aeg	Pärast füüsilist pingutust või psüühilist ärritust	Sageli une ajal	Nagu hemorraagia puhul
Haigestumise algus	Apoplektiformne	Enamasti aeglane	Nagu hemorraagia puhul
Krampide esinemine	15%	10%	10%
Teadvus	Enamasti häiritud	Säilib või on kergelt häiritud. *A. cerebri media* algosa sulguse korral komatoosne seisund	Lühiajaline teadvusehäire
Peavalu	Esineb	Harva	Juhuslik
Meningeaalnähud	Enamasti esinevad	Puuduvad	Enamasti puuduvad
Kardiovaskulaarne süsteem	Nägu punetav. Vererõhk kõrge, sageli asümmeetriline brahhiaal- ja temporaalarteritel. Pulss pingeline, hea täitumusega	Näovärvus normaalne. Vererõhk normis või madal. Südametegevuse häired; sageli esineb absoluutne arütmia. Pulss sageli nõrga täitumusega	Näovärvus normaalne. Vererõhk normis. Sageli endokardiit
Liikvori koostis	Sageli erütrotsüüte	Normis	Normis
Koljusisese rõhu tõusu tunnused	Sageli esinevad võrkkesta verevalandid, vahel paispapillid. Liikvori rõhk sageli kõrge	Paispapillid ja liikvori rõhu tõus esinevad harva	Paispapillid ja liikvori rõhu tõus esinevad harva

Orienteeruda aitab teatud määral ka haige vanuse silmaspidamine. Ajuverevalandid esinevad sagedamini suhteliselt nooremas eas — alla 60 aasta vanustel inimestel —, kusjuures põhjuseks on enamasti ateroskleroos. Verevalandeid esineb kõige sagedamini kevadel ja sügisel, ajuinfarkte aga peamiselt talvel ja suvel (4, 18, 19).

Anamnees pakub insuldivormi õigeks diagnoosimiseks olulisi tugipunkte. Apoplektiformne algus, prodromaalnähtude puudumine, eelnev füüsiline pingutus või psüühiline ärritus hüpertooniatõbe põdeval haigel — kõik see viitab ajuverevalandile. Ajuinfarkti puhul eelnevad koldenähtudele sageli mõne tunni või päeva vältel prodromaalnähud: peapööritus, kohin kõrvades, halb enesetunne, paresteesiad. Sageli võime nende haigete anamneesis leida mööduva iseloomuga pareese, lühiajalist afaasiat. Ajuarterite emboolia (mis on kõige harvem esinev insuldivorm) tekib enamasti endokardiidi või perifeersete veenide põletikulise protsessi komplikatsioonina, kuid selle põhjuseks võib olla ka kodade virvenduse tõttu vabanenud premuraalsete trombide kandumine südameõõnest ajuarteritesse südame jõudluse tõstmisel südameglükosiididega. Erilist tähelepanu tuleb diagnoosimisel pöörata hiljutise infektsioonihaiguse põdemisele: nii näiteks kirjeldatakse gripijärgseid ajuinfarkte. Ajuvereringe akuutsed häired pole kaugeltki haruldased ka ajuveresoonte reumaatilise afektsiooni, oblitereeruva endarteriidi ja vereloomeelundite haiguste puhul.

Tüüpilisel juhul on ajuverevalandi algus järsk, haige kaotab teadvuse, nägu on punetav, vererõhk kõrge. Tulnud teadvusele, kaebab haige peavalu üle, oksendab. Esinevad enam või vähem väljakujunenud meningeaalnähud. Koldenähtude iseloom oleneb verevalandi asukohast, kusjuures sagedasemaks regiooniks on subkortikaalsete ganglionide piirkond. Esimestel tundidel on kehatemperatuur madal, hiljem võib tekkida hüpertermia. Arteriaalne rõhk on esimestel tundidel kõrge, asümmeetriline nii barahhiaal- kui ka temporaalarterites, kusjuures temporaalrõhk on kõrgem hemorraagia poolel.

Ajuinfarkti puhul kujunevad ärajäämanähud aeglaselt — mõne tunni või päeva vältel. Peavalu on vähene või puudub hoopis. Tavaliselt haiged ei kaota teadvust. Iseloomulik on ärajäämanähtude teke une ajal ja söömise järel. Kuna isheemiline insult lokaliseerub kõige sagedamini arteri kortikaalsetes harudes, siis tekivad sageli monopareesid või tundehäired. Vererõhk on normaalne või langenud. Nagu mainitud, võib ajuinfarkt ja müokardiinfarkt esineda üheaegselt, kusjuures haige raske üldseisundi või afaasia korral võib viimane jääda diagnoosimata. Meningeaalnähud ajuinfarkti korral puuduvad.

Ajuarterite emboolia tekib apoplektiformselt nagu hemorraagiagi, kusjuures haige võib kaotada lühiajaliselt teadvuse. Neuroloogilised ärajäämanähud on algul ulatuslikud, nende kiire taandareng on tüüpiline ning seletub embooliale kaasuva veresoone reflektoorse spasmi lõõgastumise ning emboli nihkumisega distaalsemale või emboli lagunemisega. Siseelundite uurimine võimaldab selgitada ka südamekahjustusi või suure vereringe veenide haigestumist.

Väärtuslikuks diagnostiliseks abimeetodiks on lumbaalpunktsioon. Hemorraagia puhul on liikvori rõhk normaalsest kõrgem. Liikvor sisaldab erütrotsüüte või on ksantokroomne (vanema hemorraagia puhul). Globuliinreaktsioonid on enamasti positiivsed. Ajuinfarkti korral on liikvori rõhk normaalne ja liikvor ei sisalda erütrotsüüte. Globuliinreaktsioonid, samuti Takata-Ara reaktsioon, on enamikel juhtudel negatiivsed (13, 21).

Oftalmoskoopilisel uurimisel leiame vahel ajuhemorraagia puhul võrkkesta verevalandeid ning silmapõhjas paisnähte (10). Ajuinfarkti korral silmapõhjas paisnähte ei esine, küll aga kombineerub ajuarterite tromboos mõningal juhul *a. centralis retinae* tromboosiga. Sisemise unearteri tromboosi oluliseks diagnostiliseks tunnuseks on vererõhu langus samapoolsetes võrkkesta-arterites.

Perifeerse vere muutustest peetakse ajuhemorraagiale iseloomulikuks leukotsütoosi tugeva nihkega vasakule ning lümfopeeniat. Ajuin-

farkti puhul täheldatakse leukotsütoosi harva, esineb mõõdukas lümfotsütoos (6, 19, 21). Punaste vereliblede settereaktsiooni ja trombotsüütide arvu kõrvalekaldumisi normist insuldi puhul ei täheldata (6). Ajuverevalandite puhul kirjeldatakse bilirubiini tõusu veres (18). Kõrget protrombiiniindeksit loetakse iseloomulikuks infarktile (2,3).

Samuti täheldatakse ajuinfarkti korral vere kõrgenenud viskoossust ja lühenenud hüübimisaega (2). Ajuverevalandile on iseloomulik hüperglükeemia, hüperproteineemia, kolesteriin ja jääklämmastiku tõus veres. Infarkti korral on need näitajad normi piires (3).

Lihtsaks, ohutuks ning praktiliselt kergesti läbiviidavaks diagnostiliseks menetluseks on eufülliini ühekordne intravenoosne manustamine insuldi varases järgus (11). Isheemilise insuldi korral paraneb haige üldseisund pärast eufülliini injektsiooni kiiresti, suureneb jõud pareetilistes jäsemetes, vähenevad afaasianähud. Hemorraagia korral paranemist ei täheldata või esineb vähene funktsioonide taastumine, tõenäoliselt ajuturse taandarengu arvel.

Hinnates anamnestilisi, kliinilisi ja biokeemilisi andmeid ning rakendades võimaluse piires diagnostilisi abimenetlusi, on võimalik diagnoosi panna ka ebatüüpilise kuluga akuutsete ajuvereringehäirete juhtudel.

KIRJANDUS

1. Александровская М. М. Сосудистые изменения в мозгу при различных патологических состояниях. М., 1955. — 2. Аносов Н. Н., Виленский Б. С. Лечение и предупреждение тромбозов сосудов головного мозга антикоагулянтами. Л., 1959. — 3. Борисенко Р. П. Ж. Невроп. и псих., 1959, 4, 452—454. — 4. Гращенков Н. И., Гехт Б. М., Вейн А. М. В кн.: Сосудистые и инфекционные заболевания нервной системы и диэнцефальные формы патологии. М., 1959. — 5. Драчева З. Л. Врач. дело, 1960, 8, 59—63. — 6. Карташева В. В., Лунев Д. К. Институт Неврологии АМН СССР. Институт Неврологии РНР. Совместная научная сессия, посвященная острым нарушениям мозгового кровообращения. Тезисы докладов, М., 1959. — 7. Левин Г. З. Ж. Невроп. и псих., 1959, 8, 919—922. — 8. Лурье З. Л. Расстройства мозгового кровообращения. М., 1959. — 9. Меликова М. Ю. Клин. мед., 1956, 4, 23—31. — 10. Членов Л. Г. Вопр. патологии с/с системы, 1956, 1, 3—15. — 11. Luts, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 3, 54—58. — 12. Brobeil, A. Der Nervenarzt, 1954, 25, 4, 154—158. — 13. Budinová-Směla J. Časopis Lekaru Českych, 1959, 10, 289—294. — 14. Chini, V. Minerva Med., 1957, 79, 3157—3163. — 15. Corday, E., Rothenberg, S. F., Putnam, T. J. A. M. A. Arch. Neur. Psych., 1953, 69, 1, 551—570. — 16. Dalsgaard-Nielsen, T. Acta Psych. Neurol. Scand., 1956, Suppl. 108, 101—119. — 17. Hicks, S. P., Warren, S. A. M. A. Arch. Path., 1951, 52, 5, 403—412. — 18. Lazorthes, G. D'hemorragie cerebrale vue par le neuro-chirurgien, Paris, 1956. — 19. Murphy, J. P. Cerebrovascular Disease. Chicago, 1954. — 20. Quandt, J. Die zerebralen Durchblutungsstörungen im Erwachsenehalter. Berlin, 1959. — 21. Stürup, H., Fog, T. Nordisk Med., 1953, 37, 1261—1268. — 22. Zülch, K. J. Deutsche med. Wschr., 1960, 35, 1524—1530. — 23. Sama, Deutsche med. Wschr., 1960, 36, 1585—1590.

О ПАТОГЕНЕЗЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВАСКУЛЯРНЫХ ИНСУЛЬТОВ

Л. Лутс

Резюме

Васкулярные инсульты подразделяются на два вида — кровоизлияние в мозг и инфаркт мозга.

До настоящего времени нет еще единого мнения по поводу патогенеза кровоизлияния в мозг. Можно предполагать, что причиной кровоизлияния является повышенная проницаемость патологически измененной стенки сосудов. Многие авторы придают при этом большое значение разрыву стенки артерий.

При инфаркте мозга важную роль играет цереброваскулярная недостаточность. Тромбоз артерий мозга является значительно меньшей причиной инфаркта, чем это диагностируется в клинике.

При применении новых лечебных препаратов необходимо точно дифференцировать кровоизлияние и инфаркт мозга.

Причинами ошибочного диагноза при васкулярных инсультах могут явиться. 1) медленное увеличение кровоизлияния, при котором признаки заболевания прогрессируют медленно; потеря сознания может не появиться. В этих случаях можно ошибочно предполагать инфаркт и 2) быстрая закупорка артерий мозга при инфаркте, при котором начало заболевания острое, по своему характеру напоминающая кровоизлияние.

При диагностике инсультов важную роль играет анамнез больного. В типичных случаях кровоизлияния больной теряет сознание, лицо становится красным, кровяное давление резко повышается. При инсультах наблюдаются продромальные явления в виде парестезии, головокружения, плохого самочувствия и т. д. Причем больные не теряют сознания, кровяное давление нормальное или пониженное.

Очень ценным диагностическим приемом является люмбальная пункция. При кровоизлияниях давление спинномозговой жидкости повышается, в ликворе наблюдаются эритроциты. При инфаркте же давление спинномозговой жидкости нормальное, эритроциты в ликворе отсутствуют.

Кровоизлияние в мозг сопровождается лейкоцитозом в периферической крови со сдвигом влево и лимфопенией, между тем как при инфаркте лейкоцитоз наблюдается редко, имеется умеренный лимфоцитоз, повышается вискозность крови. Кровоизлияния в мозг характеризуются гипергликемией, гиперпротеинемней, повышенным содержанием холестерина и остаточного азота в крови.

Простым и неопасным диагностическим методом в ранней стадии инсульта является однократное введение эуфиллина в вену. При ишемическом инсульте состояние больного быстро улучшается, между тем как при кровоизлиянии в мозг улучшение не отмечается.

AJU VASKULAARSE INSULDI RAVIST

Arstiteaduse kandidaat *A. CHEVALIER*

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Aju vaskulaarne insult on kaasaegse neuroloogia üks tähtsamaid probleeme. Praktikas puutuvad sellega kokku mitte ainult neuroloogid, vaid ka paljude teiste erialade arstid, esmajärjekorras sisehaiguste arstid. Insuldiravi arsenal on tunduvalt täienenud, eriti viimase paari aastakümne jooksul seoses neuropleegikumide, ganglioblokaatorite, koagulantide ja antikoagulantide tarvitusele võtmisega ning esimeste katsetega insuldi kirurgilise ravi alal.

Peaaju vaskulaarse katastroofi otstarbekohane likvideerimine nõuab eelkõige selget ettekujutust selle patogeneesist. Siin peituvadki esimesed raskused: esiteks, neuroloogias ei ole päris ühtset seisukohta insultide tekkepõhjuste ja tekkemehhanismide kohta; teiseks, diagnostika pole veel kaugeltki mitte alati võimeline diferentsima ajuvereringe häirete erinevaid vorme.

Kuigi teoreetilised küsimused on veel lahtised, nõuab praktika meilt mingit patogeneesil põhinevat tööskeemi, mis juba käesoleval ajal aitaks välja töötada otstarbekat ravitaktikat. Meie arvates oleks õigustatud insultide jaotus kaheks: 1) verevalum ajju (veresoone — arteri või veeni — aneürismi ruptuur, diapedeetiline verevalum) ja 2) ajupehmenemine ehk ajuinfarkt (ajuarteri tromboos, trombovaskuliit, emboolia, spasm, kui see tõepoolest esineb, aju verevarustuse insufitsientsus, unearterite tromboos). Säärane jaotus annab arstile võimaluse rakendada patogeneetilist ravi diferentseeritult, eriti insuldi ägedas järgus. Arvestades haiguse kõige tõenäolisemat etioloogiat võime lisada ka mõningad spetsiifilised ravivahendid.

Kahjuks pole isegi neuroloogia haiglas alati võimalik kindlalt diferentsida verevalumit ja ajupehmenemist. Niisugustel juhtudel muutub kausaalne ravi võimatuks ja jääb vaid täita klassikalist nõuannet — jätta haige rahule (12).

Esmaabi. Kannatanu vabastada pigistavast riietusest, transportida ettevaatlikult raviasutusse, kui insult juhtus tänaval. Varasemad autorid peavad haige hospitaliseerimist kodust insuldi ägedas järgus lubamatuks. Ka S. Lurje (1) soovitab hospitaliseerida haigeid mitte enne 7.—10. päeva. Aktiivse ravi võimalused statsionaaris nõuavad aga viimasel ajal selle küsimuse revideerimist. Varajase hospitaliseerimise poolt (iseenesest mõista on tingimuseks väga säästev transport), astub välja näiteks N. Mirtovski (2). Ka Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla närviosakond hakkas 1958. aastast alates vaskulaarse insuldiga haigeid varakult hospitaliseerima (3). Meile näib, et haigete hospitaliseerimine juba haiguse 2.—3. päeval osutuks säästva transpordi puhul ja neuroloogi loal otstarbekohaseks.

Patogeneetiline ravi saab võimalikuks kindla diagnoosi puhul. Ajuverevalumi puhul tuleb katsuda vältida verevalumi suurenemist ja püüda alandada intrakraniaalset rõhku (tekib venoosse staasi ning ajuturse ja ajupundumise tõttu).

Traditsioonilist aadrilaskmist insuldi puhul kasutatakse üha vähem — väikeste verehulkade laskmine on toimeta, massiivne aadrilaskmine (400—500 ml) võib, alandades arteriaalset rõhku, põhjustada ajuvereringe aeglustumist ja halvendada haige üldseisundit. Aadrilaskmist tuleb pidada näidustatuks peamiselt üldise venoosse paisu, südame puudulikkuse ning väljendunud hüpertoonia puhul (1, 13).

Võib arvata, et tõhusamaks vahendiks osutuvad siin neuropleegilised ja ganglioblokeerivad ained. Autorite arvamused on selles osas aga vasturäägivad. M. Delore (13) soovitab ganglioblokaatoreid tarvitades vererõhku mitte järsult langetada. P. van Gehuchten ja F. Lavenne (14) soovitavad kõrgete vererõhuväärtuste ja ajuturse vastu võitlemiseks ning kehatemperatuuri langetamiseks kloorpromasiini. Nende andmetel olevat mõned autorid saavutanud üldseisundi paranemist kloorpromasiini ühekordse manustamisega veeni. Meie arvates on raskete hemorraagiliste insultide puhul sageli otstarbekohane rakendada aminasiini.

Nagu kirjeldab N. Mirtovski (2), avaldab 10 ml 10%-lise naatriumbromiidi või 10 ml 0,5%-lise novokaiini veenisisene manustamine soodsat toimet haige üldseisundile ja normaliseerib vererõhku. Hüpertooniliste lahuste intravenoosne manustamine esimestel päevadel on täiesti põhjendatud. Samuti soodustab vere ümberjaotust ja dehüdreerimist klistiir magneesiumsulfaadi kontsentreeritud lahusega (200 ml 50%). Lumbaalpunktsiooni teostamine on mõeldav ainult diagnostilise vahendina. Suuremate liikvorihulkade (10—20 ml) väljalaskmist tuleb pidada ohtlikuks ning lubamatuks.

Tugevate peavalude puhul asetatakse jääkott pea peale; viimasel ajal kaldutakse aga arvama, et jääkott on toimetu (14). Me kasutame hemorraagilise insuldi puhul esimeste päevade vältel K-vitamiini (süstetena või suu kaudu).

Ajupehmenemise puhul tagavad patogeneetilised ravivahendid ajuveresoonte laienemise ning ajuvereringe intensiivistumise (soodustab sulgunud arteri rekanaliseerimist ning kollateraalset vereringet) ja trombootilise protsessi peatumise.

Väga oluline on üldise vereringe normaliseerimine.

Nagu näitab praktika, osutuvad kõige efektiivsemateks varakult, esimeste tundide jooksul rakendatud abinõud (14).

L. Linden (16) toob andmeid mitmete ravimite toimest ajuvereringele: nii parandavad nikotiinhape ja papaveriin aju läbivoolutust, aminofülliin. samuti noradrenaliin langetavad seda, morfiin jätab ajuvereringe mõjustamata; alkohol väikestes annustes on toimeta, suurtes annustes suurendab läbivoolutust, vähendades samal ajal aju hapnikutarvidust. *Ganglia stellatum*'i blokaadi toimel langeb aju «veresoonte resistentsus» tunduvalt

ja hapniku tarvitamine suureneb. Need eksperimentaalsed andmed ei ühti mitte täiesti kliiniliste tähelepanekutega. Nii näiteks on paljud autorid näinud häid tulemusi eufülliini (aminofülliini) intravenoosse manustamise puhul [S. Lurje (1), L. Luts (17), J. Quandt ja H. Julich (15)]. P. van Gehuchten ja F. Lavenne (14) jt. kirjutavad, et kliiniliselt ei ole aminofülliini tarvitamisest ei kasu ega kahju. Kuna eufülliin langetab koljusisest rõhku, siis võib seda kasutada nii verevalumi kui ka pehmenemise puhul.

Võib arvata, et eufülliini efekt on tingitud selle vasodilatatoorsest toimest, kuigi aju verevarustus mõningal määral nõrgeneb. Tuleb ka meeles pidada, et ajuveresoonte haigustega isikuil võivad farmakonid toimida teisiti kui tervetel inimestel. Näiteks I. Bajevskaja (4) näitas, et kofeiin ja kampriõli tõstavad tserebraalse vereringe häiretega isikuil vererõhku brahhiaal- ja temporaalarterites, teiste haigete vererõhule on nende ravimite toime aga minimaalne. Häid tulemusi on andnud ka papaveriini kasutamine. Prantsuse autorid soovitavad seda annustes 0,02—0,04 kaks-kolm korda päevas.

NSVL Arstiteaduse Akadeemia Neuroloogia Instituudis on papaveriini hea eduga kasutanud R. Tkatšjov kaasautoritega (5, 6), seda just hüpertooniliste tserebraalsete kriiside puhul. Meie rakendame papaveriini 0,02 koos kofeiiniga (*coffeinum natrio-benzoicum* 0,1) intravenoosselt võimalikult vara, hiljem ka intramuskulaarselt ja suu kaudu. Südamenõrkuse puhul on näidustatud nende ravimite kasutamine koos strofantiiniga.

Paljud autorid soovitavad nikotiinhappe manustamist. Oleme manustanud nikotiinhapet (kogustes 0,1 g) trombootilise insuldi varajases järgus ja see on andnud mõningaid positiivseid tulemusi.

Küsimus antikoagulantide efektiivsusest ajupehmenemise puhul pole kaugeltki veel lõplikult lahendatud. On kindlalt teada, et nii kiire toimega (hepariin) kui ka aeglase toimega (dikumariin) antikoagulandid takistavad vere hüübimist (sidudes protrombiini või takistades aktiivse trombiini tekkimist). Seega võivad nad ära hoida tromboosi tekkimist ja takistada selle progresseerumist. Teiselt poolt on antikoagulantide fibrinolüütilise ja spasmolüütilise toime ning vere viskoossust vähendava toime kohta vaid üksikuid andmeid (1). Seetõttu on antikoagulantide tarvitamine ajutrombooside profülaktikas teoreetiliselt täiesti põhjendatud, vähem on see põhjendatud nende ravis. Paljud autorid saavutasid kliinikus antikoagulantide abil häid tulemusi [N. Anossov ja B. Vilenski (7), B. Kušelevski (8), N. Mirtovski (2), J. Lukjanenko (9)]. S. Lurje (1) kirjutab, et tema kogemustel ei anna antikoagulantide rakendamine kõikidel ajuinfarkti juhtudel häid ravitulemusi. M. Delore (13) soovitab tarvitada antikoagulante pärast ägeda faasi möödumist ja profülaktiliselt. J. Haguenau ja I. Pecker (12) peavad ravitulemusi antikoagulantidega kahtlasteks. P. van Gehuchten ja F. Lavenne (14) loevad antikoagulante täiesti näidustatuks emboolia puhul, kuid kahtlevad nende toimes ajutromboosi puhul. Vastupidi, C. Millican kaasautoritega (18) toob Mayo kliiniku kogemused vertebraal- ja basilaararterite tromboosi eduka ravi kohta antikoagulantidega haiguse varajases järgus. Näib, et aeglaselt progresseeruvate tromboosside puhul on hepariini, hiljem dikumariini manustamine alates esimestest haigustundidest väga oluline.

Me arvame, et juhtudel, kus insuldi hemorraagiline iseloom on absoluutselt välja lülitatud ja kus on võimalik pidevalt jälgida protrombiiniindeksit, on antikoagulantide manustamine põhjendatud tromboosi progresseerumise ja tromboosside tekkimise ärahoidmiseks teistes elundites. Dikumariini võib anda (algul 0,1, siis 0,05 mitu korda päevas) mitme kuu vältel, mis võimaldab protrombiiniindeksit langetada kuni 30—50%.

Muidugi tuleb rangelt kinni pidada vastunäidustustest (verejooksud siseelunditest või kalduvus nendele, K- ja C-vitamiini vaegus, rasedus, alaäge septiline endokardiit).

E t i o l o o g i l i n e r a v i. Käesoleva sajandi algul peeti noorematel inimestel üheks sagedasemaks ajupehmenemise põhjuseks süüfilist. Aju süfiliitilise endarteriidi spetsiifiline ravi annab väga häid tulemusi.

Praegusel ajal, eriti Nõukogude Liidus, seisab süüfilis ajupehmenemise põhjusena tagaplaanil. Seevastu ilmub ikka rohkem veenvaid andmeid paljude ajupehmenemiste reumaatilisest iseloomust [V. Mihhejev (10) ja paljud teised]. Säärastel juhtudel on energiline antireumaatiline ravi näidustatud ja tulemused head.

Sümptomaatiline ravi on ajuverevalumite ja ajuinfarkti puhul üldjoontes ühine. Haiget põetatakse samadel põhimõtetel kui iga teist raskesti haiget. Tähelepanu keskpunktis peavad olema suukoobas, kopsud, kuseteed, nahk. Kardiovaskulaarne süsteem põhjustab vähem tüsistusi ja nõuab harvem eriravi.

Peatuksime siin vaid mõningatel vaieldavatel küsimustel. Range voodirežiimi nõudmine tekitab sageli arusaamatusi — haige jäetakse seliliasendisse, sageli ilma padjata lamama. Iseenesest mõista tuleb haiget pöörata (iga 2—3 tunni järel). Haige asendi voodis määrab neelamisrefleksi olemasolu või puudumine: kui neelamisrefleks on olemas, on soovitatav asetada haige poolistukile, mis soodustab hingamist ja vähendab aju venoosset rõhku. Kui neelamisrefleks puudub, valgub sülg trahheasse ja põhjustab aspiratsioonipneumoonia. Sel puhul tuleb haige asetada kõhuli või külili, puhastada suukoobast sagedasti aspiraatori abil, perioditi tõsta voodi jalgadepoolne ots mõneks ajaks kõrgemale («drenaažasend») ning manustada haigele väikestes annustes atropiini.

Alates 3. haiguspäevast tuleb puhastada soolestik klistiiri abil, mida korratakse 2 päeva tagant.*

Neelamisrefleksi puudumisel (komatoosne seisund või ajutüve insuldid) ei tohi haiget joota ega sööta. Kui haige on teadvusel, kuid ei saa neelata, tuleb teda toita ninasondi kaudu. Ei tohi unustada, et ninasondi ots võib kergesti sattuda trahheasse ja vedeliku viimine kopsu lõpeb atelektaasi ja väga raske pneumooniaga. Seepärast tuleb enne vedela toidu valamist puhuda sondisse õhku, samaaegselt auskulteerides mao piirkonda. See lihtne võte hoiab ära saatuslikud eksitused. Toitu tuleb makku viia aeglaselt. Komatoosses seisundis olevale haigele manustatakse toitained veeni tilkinfusioonina. Manustatava vedeliku minimaalne hulk on 1,5 l (peale neerude ja kopsude kaudu eritatava vedeliku võib komatoosses seisundis olev haige kaotada higistades paar liitrit vett, mille tagajärjeks on raske eksikoos!). Glükoosi ja valgu hüdrolüsaatide hulk peab olema küllaldane, et see garanteeriks organismile 1500—2000 kalorit ööpäevas (14). Tuleb hoolitseda elektrolüütide küllaldase manustamise eest.

E. Raudam ja R. Paimre (3) rõhutavad trahheotoomia vajadust komatoosses seisundis olevate haigete juures: see võimaldab sekreedi aspiratsiooni hingamisteedest ja hapnik- ning aerosoolteraapiat.

P. van Gehuchten ja F. Lavenne (14) peavad hapniku pidevat manustamist otstarbekohaseks ainult hingamise puudulikkuse korral.

Iga insuldihaige, olenemata seisundi raskusest, vajab juba ägedas järgus passiivset ravikehakultuuri. S. Lurje (1) nõuab passiivsete liigutuste teostamist teisel haigusnädalal. Meie arvates võib nendega alustada juba esimesel nädalal. Teisest nädalast võib hakata tegema massaaži, kolmanda-neljanda nädala lõpul alata vähehaaval aktiivsete harjutustega.

Viimasel ajal on hakatud insuldiga haigeil piirama range voodirežiimi kestust. Kui hemorraagilise insuldi puhul vältab see 3—6 nädalat, siis

---

* Ajuinsuldi, eriti aga ajukasvajate puhul võib suure veehulga järsk retentsioon «ebaõnnestunud» klistiiri puhul soodustada ajuturset. Seetõttu kasutame neil haigeil kas sifoonklistiiri või õli ja hüpertoonilise keedusoolalahusega mikroklismasid.

isheemilise insuldi puhul tunduvalt lühemat aega. Kergemate insultide puhul soovitavad mõned autorid varajast tõusmist (15). Tsentraalse päritoluga pareesidega haigeil elektermassaaži ei kasutata, kuna see vaid suurendab veresoonte spasmi.

Viimase paari aastakümne jooksul, peamiselt Prantsusmaal [J. Guillaume, G. Mazars, R. Roge, A. Pansini (19) ja paljud teised autorid] on hakatud rakendama ajuinsultide kirurgilist ravi. Hiljuti peatusime A. Raudkepiga sellel küsimusel ühes artiklis (11), kus valgustasime ka oma esimesi kogemusi. Otsesed näidustused operatiivseks vahelesegamiseks ja viimase kõige soodsam aeg pole veel selgitatud. Siiski võib arvata, et lähemal ajal saavutab kirurgiline ravi insuldi kliinikus õigustatud koha.

Kirurgiliste vahelesegamiste efektiivsus ajupehmenemise puhul on kaunis küsitav. Siin võiks mainida vaid *ganglion stellatum*'i blokaadi tserebraalse tromboosi ja emboolia puhul, kuid ka sellel on vastaseid.

Viimaste aastakümnete jooksul on ajuinsultide ravi tundmatuseni muutunud. Mitmed taktikalised küsimused on ka praegu vaieldavad. Kuid on selge, et ravi põhisuund muutub kogu aeg aktiivsemaks. See nõuab omakorda organisatoorset tööd, et tagada paremad võimalused nende haigete hospitaliseerimiseks ja kompleksse ravi korraldamiseks.

KIRJANDUS

1. Лурье З. Л. Расстройства мозгового кровообращения. М., 1959. — 2. Мирговский Н. В. Нарушения мозгового кровообращения. М., 1958. — 3. Раудам Э. И. и Паймре Р. И. Сборн. тр. невропатологов, нейрохирургов и психиатров Эстонии, т. I, Таллин, 1960, 84—90. — 4. Баевская И. В. Тезисы докл. VI научн. конфер. аспир. и клин. ординаторов Лен. педиатр. мед. ин-та Л. 1955, 7—8. — 5. Ткачев Р. А., Александрова Л. И., Прохорова Э. С. Сов. медицина, 1959, 10, 106—109. — 6. Ткачев Р. А., Александрова Л. И., Прохорова Э. С. Тезисы докладов совм. научн. сессии Институт. Неврологии АМН СССР и Каунасского Гос. Мед. Института. Каунас, 1959, 57—58. — 7. Аносов Н. Н. и Виленский Б. С. Лечение и предупреждение тромбозов сосудов головного мозга антикоагулянтами. Л., 1959. — 8. Кушелевский Б. П. Очерки по антикоагулянтной терапии. М., 1958. — 9. Лукьяненко И. В. Ж. невропатол. и психиатрии, 1958, 2, 190—193. — 10. Михеев В. В. Нейроревматизм. М., 1960. — 11. Раудкепп Ф. Ю., Шевалье А. В. Ж. невропатол. и психиатрии, 1961, 5, 641—644. — 12. Haguenau, J. et Pecker, I. Traitement de l'apoplexie cérébrale. Paris, 1956. — 13. Delore, M. P. Ref.: Мед. реф. журн. IX, 1960. 5, 18—19. — 14. Van Gehuchten, P. et Lavenne, F. La thérapeutique des affections vasculaires cérébrales. Paris, 1957. — 15. Quandt, J. und Julich, H. Die Zerebralen Durchblutungsstörungen des Erwachsenenalters. Berlin, 1959, 618—643. — 16. Linden, L. Acta med. Scandin. Suppl. 301, Uppsala, 1955, 1—110. — 17. Luts, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 3, 54—58. — 18. Millikan, C. H., Siekert, R. G. a Whisnaut, J. P. Ref.: Zbl. Neurochir. 1961, 1/3, 189—190. — 19. Guillaume, J., Mazars, G., Rogé. R. et Pansini, A. Les accidents circulatoires du cerveau. Traitement chirurgical de l'hémorragie et de l'ischémie. Paris, 1957.

О ЛЕЧЕНИИ ВАСКУЛЯРНОГО ИНСУЛЬТА МОЗГА

А. Шевалье

Резюме

Васкулярный инсульт мозга является одной из важнейших проблем современной неврологии.

Различают два вида инсультов: 1) кровоизлияние в мозг и 2) размягчение или инфаркт мозга (при тромбах, эмболии, спазме мозговой артерии и т. д.). Такое подразделение позволяет врачу применять дифференциальное патогенетическое лечение.

При первом виде инсульта необходимо предупредить увеличение кровоизлияния в мозг и пытаться снизить интракраниальное давление.

Кровопускание применяется за последнее время все реже и реже. Имеется основание предполагать, что при кровоизлиянии в мозг более эффективным лечением является применение невроплегических и ганглиоблокирующих препаратов. По нашему мнению, при геморрагических инсультах целесообразно применять аминазин. Рекомендуется также вводить внутривенно 10 мл 10-процентного бромистого натрия или 10 мл полупроцентного раствора новокаина. Для дегидрации можно применять сернокислую магнезию (клизмами — 200 мл 50% раствора). При сильных головных болях рекомендуется класть на голову холодные компрессы или лед.

При размягчении мозга применение патогенетических средств способствует расширению мозговых сосудов и улучшению кровообращения. Для этой цели можно рекомендовать никотиновую кислоту и папаверин. По мнению некоторых авторов, хорошие результаты дает эуфиллин. Применение антикоагулянтов по поводу размягчения мозга является обоснованным, но в случае, когда абсолютно отсутствует геморрагический характер инсульта.

Симптоматическое лечение при кровоизлиянии или инфаркте мозга в общих чертах одинаковое.

За больным необходимо установить такой же уход, как за другими тяжело больными. При сохранности у больного рефлекса глотания он может находиться в полусидячем положении, что будет способствовать лучшему дыханию и снижению венозного давления в мозгу. Если же рефлекс глотания отсутствует, то больной должен лежать на животе или на боку, при этом подножную часть кровати следует периодически поднимать. В этом случае пищу в желудок больного вводят зондом.

Мы полагаем, что при васкулярных инсультах мозга необходимо уже в течение первой недели заболевания применять к больному пассивную физкультуру, со второй недели — массаж, а в конце третьей и в течение четвертой недель — активные упражнения.

За последнее время при васкулярных инсультах мозга стали применять также оперативное лечение.

MÄDASTE MENINGIITIDE ETIOLOOGIAST JA RAVIST

E. TULMIN

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna neuroloogia ja sisehaiguste propedeutika kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat dotsent *E. Raudam*)

Nüüd, kui arstiteaduses kasutatakse laialdaselt sulfaniilamiide ja antibiootikume, on mädaste meningiitide probleem viirusinfektsioonide kõrval nihkunud tagaplaanile ning leiab viimase aja literatuuris vähe käsitlemist. Mädase meningiidi küsimust ei saa aga pidada lahendatuks, sest letaalsus, sõltuvalt east ja tekitajatest, on veel küllalt kõrge.

Mädased meningiidid on Eesti NSV-s esinenud sporaadiliselt. Selle tõttu pole neid uuritud ja meil puuduvad andmed mädaste meningiitide etioloogia, kliinilise kulu ja ravi efektiivsuse kohta. Et seda lünka osaliselt täita, on käesolevas töös analüüsitud Tartu raviasutustes (Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas, Tartu Linna Nakkushaiglas ja Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas) viibinud mädast meningiiti põdenute haigusjuhte. Läbi on töötatud haigùslood aastaist 1945—1958. Varasemast ajajärgust (1921.—1944. a.) on kasutatud andmeid haigete sissekirjutamise raamatutest, kuivõrd need on säilinud.

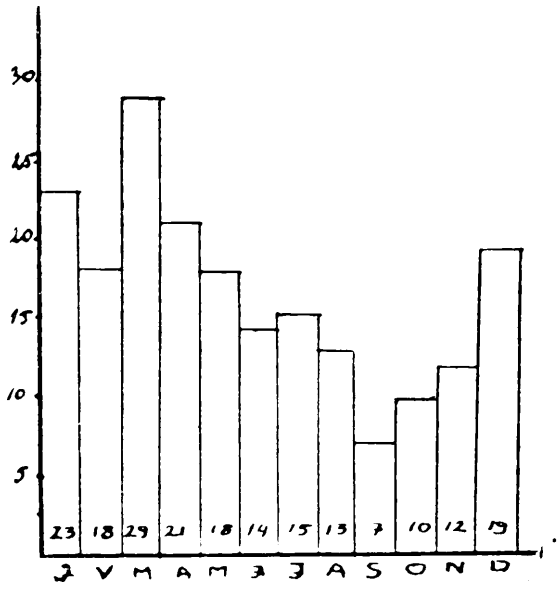
Töös analüüsiti 373 mädase meningiidi juhtu (198 juhul oli tegemist epideemilise tserebrospinaalse meningiidiga ja 175 juhul erineva etioloogiaga mädaste meningiitidega).

Selgub, et epideemiline tserebrospinaalne meningiit esineb kõige sagedamini lastel ja noorukitel. Lapsed kuni 10 a. vanuses moodustasid 40,4% kõigist haigetest. M. Žilinskaja (1) andmetel moodustasid lapsed kuni 2 a. vanuseni 70% uuritavatest, täiskasvanuid oli ainult 25%. Epideemia ajal Hiinas 1957. a. olid 75% haigestunuist alla 10 a. vanused lapsed (2).

Sooliselt jagunesid haiged järgmiselt: 119 meest ja 79 naist.

Epideemilist meningiiti on meil sagedamini esinenud varakevadel ja talvel (joonis 1). Haigestumine sagenes alates detsembrist, saavutades

maksimumi märtsis. Teatavasti seostatakse epideemilise meningiidi sesoonsust kataraalsete haigestumiste tõusuga sel perioodil (9). Meie kasutuses oleva materjali analüüsimine näitas, et haigus esines enamati sporaadiliste juhtudena. Haigestumise sagenemist konstateerisime aastail 1928, 1937, 1946 ja ka sõja-aastail 1942—1943 (joonis 2).



Joonis 1. Epideemilise meningiidi esinemine kuude kaupa

Haigestumise sesoonsus oli märgatav eriti neil aastatel, mil haigus esines epideemiliselt; enamik haigusjuhte esines siis veebruaris, märtsis ja aprillis.

Epideemilise tserebrospinaalse meningiidi diagnoos tugines enamikul juhtudest tüüpilisele kliinilisele pildile. Haigestumine algas järsku tugeva temperatuuritõusu, külmavärinate, oksendamisega. Tavaliselt olid haiged juba teisel haiguspäeval väga raskes seisundis: esines teadvuse hägunemine, motoorne rahutus või teadvusetus. Osal haigetest kinnitas diagnoosi herpeetiline lööve huultel, nahalööve koos verevalanditega, silmaliigutajate lihaste närvide halvatus või kurtuse teke.

Süstemaatiliselt on liikvorit bakterioloogiliseks uuringuks saadetud viimase 10 aasta jooksul. Uuritud juhtudest oli liikvor sageli steriilne. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas ravil olnud 36-st epideemilise meningiidi haigest 15-l leiti liikvoris meningokokke. Et bakterioskoopilised ja bakterioloogilised uurimised ei anna alati positiivseid tulemusi, on vaja pöörata erilist tähelepanu liikvori uurimisele kliinilises laboratooriumis. Et viimasel ajal kasutatakse enne hospitaliseerimist intensiivselt antibiootikume, esineb mädaste meningiitide puhul üha sagedamini selget, steriilset liikvorit. Seepärast on eriti tähtis määrata rakkude tüüp liikvoris (9). Mädase meningiidi puhul esinevad mononukleaarid ainult erandina. Aseptilise meningiidi puhul leiame polünukleaare harva. Suhkru langus liikvoris alla 40 mg% viitab bakteriaalsele infektsioonile. Kloriidide määramine on vajalik peamiselt mädaste ja viirusmeningiitide diferentsimiseks tuberkuloossest meningiidist. Valgu hulgal ei ole diagnoosimise seisukohast erilist tähtsust.

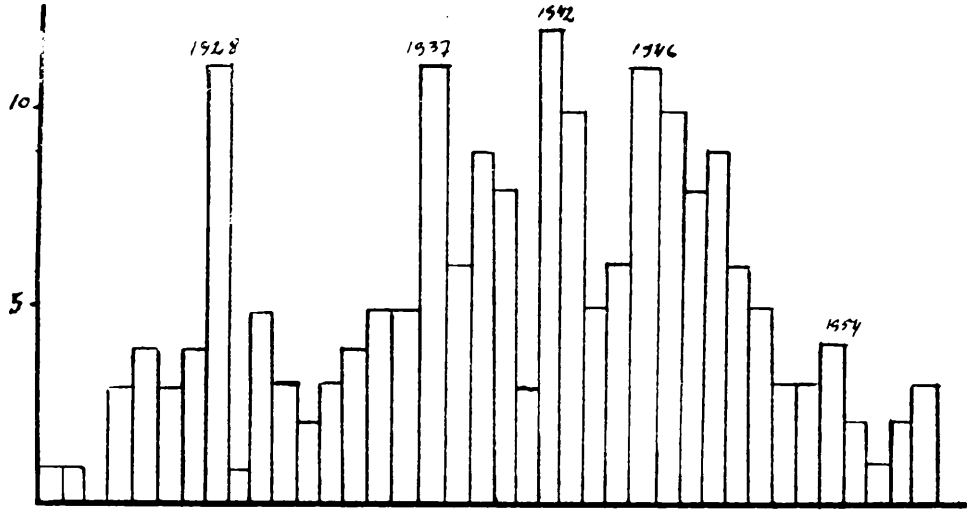
Uurisime kõigil vaadeldavail haigeil pleotsütoosi. Esines polünukleaarne pleotsütoos (1000 ja enam rakku mm^3-s) koos valgu hulga tõusuga (0,4—2% ja rohkem). Kõigil uuritud juhtudel oli suhkru hulk liikvoris langenud (kuni 18 mg%-ni), kloriidide sisaldus oli enam-vähem normi piires (680—690 mg%).

Kuna haigusnähud arenesid kiiresti välja, hospitaliseeriti enamik haigetest esimestel haiguspäevadel.

Tserebrospinaalse epideemilise meningiidi ravi tulemuste analüüsimisel jaotasime materjali kolme ajajärku: 1) periood enne 1940. a. — raviks rakendati desinfitseerivaid vahendeid ja Behringi antimeningokokkide seerumit; 2) 1941.—1944. a. — lisaks eelnimetatud vahendeile võeti kasutusele prontosiil; 3) ajajärk alates 1945. a. — peamiseks ravivahendiks on sulfaniilamiidid ja penitsilliin. Viimasel aastakümnel on neile lisandunud streptomütsiin, biomütsiin jt.

Kui üldine letaalsus epideemilise meningiidi puhul oli 20,7% (198 haigest suri 41), siis enne 1940. a. oli see 30,3%, sõja-aastail 20%. Pärast 1945. a. on surnud ainult 4 haiget 11-st, neist viimane 1951. a. Teatavasti saadeti kodanlikul ajal ja saksa okupatsiooni aastail osa haigeid kui ravimatuid koju, mistõttu tegelik letaalsus võis olla veelgi suurem.

1945.—1946. a. kasutati raviks põhiliselt sulfaniilamiide (sulfidiin, sulfadiasiin), alates 1947. aastast kombineeritult penitsilliiniga, viimast algul väikestes annustes (25 000 TÜ iga 3 tunni järel). Hiljem tõusis penitsilliini ühekordne annus keskmiselt 100 000 TÜ-le ja seda süstiti 3—6-tunniliste vaheaegade järel. Viimastel aastatel on koos antiinfektsioosse raviga rakendatud dehüdreerimist, C-vitamiini suurtes annustes, hapnikku subkutaanselt, AKTH-d. Liikvori normaliseerumise järel teostatakse terapeutilisel eesmärgil lumbaalset entsefalograafiat.



Joonis 2. Epideemilise meningiidi esinemine 1921.—1958. a

Et meningokokid alluvad suhteliselt hästi ravimile, piisab tavaliselt sulfaniilamiidide ja penitsilliini kombineeritud rakendamisest. Rapiidselt kulgevatel juhtudel kasutatakse kortisooni, hüdrokortisooni, kortikotropiini (10,4), samuti intravenoosselt sulfadiasiini, veretransfusioone (10).

M. Žilinskaja (1) andmeil on tähtis haige ravile saabumise aeg: tema tähelepanekutel ei surnud ükski enne 10. haiguspäeva hospitaliseerituist. Kõik meie haiged hospitaliseeriti enne 10. haiguspäeva; surmajuhud langesid 1., 2. või 3. ravipäevale.

Erineva etioloogiaga mädastest meningiitidest (kokku 175 juhtu) oli sagedaim otogeenne meningiit (42 juhtu). Letaalsus oli sel puhul kõrge — suri 20 haiget (47,6%), peamiselt alla 2 a. vanused lapsed.

Esinemissageduselt teisel kohal olid traumaatilised meningiidid (15 juhtu). Enamikul neist haigetest oli koljupõhimiku murd, mille kaudu infektsioon levis ajukestadele. Kolmel korral tekkis mädane meningiit pärast silmavigastust. Ühel neist oli silmakoopa lagi jäänud silmamuna evistseratsiooni järel luuliselt katmata, mistõttu infektsioon pääses ajukestadele. Huvitav on märkida, et retsidiivid tekkisid küllaltki pika ajavahemiku järel. Silmamuna evistseratsioon ja meningiit esinesid 1941. a., retsidiivid aga 1952., 1953. ja 1958. a.

Mädase meningiidiga haigetel esines (kokku 30 juhul) infektsioonikoldena veel teisi haigusi: nina kõrvalkoobaste põletik, mädane tonsilliit, bronhopneumoonia, meningotseele, enterokoliit, goniit, salpingiit, kopsu-

abstsess, karbunkul, sepsis (pärast aborti). 5 haigel sellest rühmast kujunes koos mädase meningiidiga ajuabstsess. 88 juhul ei õnnestunud infektsioonikollet selgitada.

Täielikku ülevaadet mädaste meningiitide tekitajatest ei olnud võimalik saada, sest bakterioloogilisi uurimisi on tehtud ebakorrapäraselt. Süstemaatiliselt on liikvorit uuritud (bakterioskoopiliselt ja bakterioloogiliselt) 46 juhul; positiivseid tulemusi saadi 26 haigel.

Meningiidi tekitajatest on leitud hemolüütilist ja mittehemolüütilist stafülokokki 10 juhul, pneumokokke 9 juhul, streptokokke 5 juhul, graamnegatiivseid diplokokke 2 juhul. Meie materjalis puudub täiesti *Haemophilus influenza* poolt tekitatud mädane meningiit, mida kirjanduse andmeil leidub aga küllalt sageli.

Selgub, et kõige mitmekesisem on mädase meningiidi etioloogia imikutel, kes haigestusid ka kõige sagedamini. Ligikaudu 30% haigestúmistest langes kuni 1 a. vanustele lastele. Haigestumisi esines ühtlaselt aasta läbi. Letaalsus mädaste meningiitide puhul oli 47% (175 haigest suri 82).

Võrreldes mädase meningiidiga haigete ravi tulemusi enne sulfaniilamiidide ja penitsilliini rakendamist ja viimastel aastatel, näeme letaalsuse pidevat langust. Enne 1940. a. suri 64% mädase meningiidi haigetest (50-st 32), sõja-aastail suri 7 haigest 3 (s. o. 43%). Sulfaniilamiidide rakendamisel oli letaalsus 58,3%, penitsilliini jt. antibiootikumide kasutusele võtmisega on see langenud 38%-ni. Letaalsus on suurim imikueas.

Mädase meningiidiga haige ravi suunamiseks on oluline teada liikvori bakterioloogilise uurimise tulemust. Teiselt poolt on vajalik mikroobide resistentsuse määramine antibiootikumide suhtes.

Pneumokokkidest põhjustatud meningiidiga haigete ravi ei anna ainult sulfaniilamiidide ja penitsilliini (kombinatsioonis) kasutamise korral tavaliselt küllaldast efekti. Meie poolt vaadeldud haigeist paranesid ainult need, keda raviti kompleksselt ka biomütsiiniga. Kasutatakse sulfaniilamiide kombineeritult klooramfenikooli, tetratsükliini, streptomütsiiniga, raskematel juhtudel koos veretransfusioonide, vereringet reguleerivate vahenditega, kortisooniga või penitsilliini ja streptomütsiiniga intralumbaalselt (10, 11). Häid tulemusi annab penitsilliini intravenoosne manustamine tilkinfusioonina (4—5 miljonit TÜ) 3—4 päeva kestel, hiljem üle minnes selle intramuskulaarsele manustamisele (7). Retsidiivide vältimiseks soovitatakse ravi läbi viia pikema aja kestel (1), järk-järgult vähendades penitsilliini annust. Penitsilliini ei kombineerita terramütsiiniga (11).

Graamnegatiivsete bakterite korral rakendatakse raviks streptomütsiini kombineeritult terramütsiini ja levomütsetiiniga (8) või aureomütsiiniga (biomütsiiniga) (12), samuti terramütsiini või kloormütsetiini, klooramfenikooli (13).

Graampositiivsete kokkide puhul on efektiivsem penitsilliin koos sulfaniilamiididega (12).

Meie manustasime mädase meningiidi rasketel juhtudel edukalt penitsilliini intralumbaalselt (ühel juhul isegi 17 korda) väikestes annustena (1000—5000 TÜ *pro dosi*), sest penitsilliini suured annused võivad põhjustada eluohtlikke reaktsioone (14).

Katamnestilised andmed näitavad, et seoses sulfaniilamiidide ja antibiootikumide kasutusele võtmisega on suurel osal mädase meningiidi haigetest suudetud ära hoida invaliidistumine.

Tüsistuste vältimiseks on oluline kõrvuti haigusetekitaja vastu suunatud raviga (sulfaniilamiidid, antibiootikumid) manustada vitamiine (C; B-kompleksi vitamiinid suurtes annustes), glutamiinhapet, fosforit, kaltsiumiühendeid (fosfreen, glütserofosfeen jt.), glükoosi. Ajuturse nähtude puhul tuleb haigeid dehüdreerida. Südame-veresoonkonna tegevuse parandamiseks, samuti tursenähtude vähendamiseks on soovitatav ma-

nustada veeni eufülliini. Põletikuvastase raviga samaaegne hormoonravi (kortisoon, prednisoon, AKTH) soodustab kiiremat paranemist. Rasketel juhtudel, kus kannatab kudede varustamine hapnikuga, tuleb anda hapnikku sisse hingata või manustada seda ninasondi kaudu (15).

Liitelise leptomeningiidi vältimiseks oleme mädast meningiiti põdenud haigetele teostanud pneumoentsefalograafiat (umbes üks kuu pärast haigestumist, kui haiguse ägedad nähud on vaibunud ja liikvor normaliseerunud).

Kuigi meil puuduvad täpsed katamnestilised andmed, võib öelda, et kompleksse ravi rakendamisel esineb jääknähte harva ning need piirduvad enamasti tserebrasteeniliste vaevustega.

KIRJANDUS

1. Жилинская М. В. Невропатол. и психиатрия, 1951, 2,. 22—24. — 2. Гао Бао-цзянь, Дин Гян-шэн. Ref. Мед. реф. ж. 1, 1959, 10, 114. — 3. Боголепов Н. К., Давиденков С. Н., Раздольский И. Я., Триумфов А. В., Филимонов И. Н. Нервные болезни, М. 1956, 296. — 4. Чжан Мо-чжи, Дун Сян-юнь, Ref. Мед. реф. ж. 111, 1959, 10, 76. — 5. Покровский В. И., Баркова Е. В., Кузнецов В. С. Педиатрия, 1959, 10, 69—74. — 6. Декельман А. А. tsit. 14 järgi. — 7. Пань Бо-минь, Дин Цай-дао, Чжан Сяо-чжи. Ref. Мед. реф. ж., 1, 1959, 10, 115. — 8. Гращенков Н. И., Вайнштейн И. Г. Вопросы этиологии и лечения менингитов в кн.: Сосудистые и инфекционные заболевания нервной системы и диэнцефальные формы патологии. М., 1959, 121—133. — 9. Scott, D. Ref. Мед. реф. ж. 1, 1958, 12, 110—111. — 10. Appelbaum, E., Abler, C. Ref. Мед. реф. ж., 1, 1958, 11, 104. — 11. Andronovici, G., Dimitriu, S., Besleagă, E., Radulescu, A. Ref. Мед. реф. ж., 1, 1959, 11, 111. — 12. Alexander, H. J. A. M. A., 1953, June 20, 662—666. — 13. Lepper, M., Blatt, N., Wehrle, P., Spies, H. Am. J. Dis. Child. 85, 1954, 295—302. — 14. Paimre, R. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 5, 13—15. — 15. Raudam, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1959, 1, 18—23.

ОБ ЭТИОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТОВ

Э. Тульмин

Резюме

Приводим анализ 373 случаев гнойного менингита; в 198 из них был отмечен эпидемический цереброспинальный менингит, в остальных 175 — гнойный менингит другой этиологии.

40,4% больных эпидемическим менингитом были дети в возрасте до 10 лет. В заболеваемости наблюдалась сезонность, особенно в годы эпидемий, причем наибольшее количество случаев заболевания наблюдалось в период с декабря по март.

Диагноз эпидемического менингита устанавливался на основании характерной клинической картины, и только у 15 больных удалось в спинномозговой жидкости обнаружить менингококки. Для лечения успешно применялись сульфаниламиды с пенициллином. В последние годы применялись дегидрирующие средства, витамин С в больших дозах, подкожное введение кислорода, АКТГ. Летальность при эпидемическом менингите составляла 20,7%.

Из случаев гнойного менингита различной этиологии первое место занимали отогенные — 42 случая. На втором месте оказались менингиты травматического происхождения — 15. В 30 случаях очагами инфекции явились: воспаление придаточных полостей носа, гнойный тонзиллит, бронхопневмония, менингоцеле, энтероколит, гонит, сальпингит, абсцесс легкого, карбункул, сепсис. В 88 случаях выяснение исходного инфекционного очага не представлялось возможным. Бактериологические исследования были проведены в 46 случаях. У 26 больных в качестве возбудителей были установлены пневмококки, стафилококки или стрептококки. Летальность при гнойных менингитах составляла 47%.

Для достижения лучшего эффекта лечения наряду с антибиотиками применялись переливания крови, средства для урегулирования кровообращения, гормонные препараты (АКТГ, преднизон и др.). Назначались также витамины, глутаминовая кислота, препараты фосфора и кальция.

Во избежание спаек и слипчивого лептоменингита после стихания острых явлений болезни применялась пневмоэнцефалография.

LÜMFOLEUKOOSI VARIANTIDEST

Arstiteaduse kandidaat *V. SAARMA*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalteraapia kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat *L. Pää*)

Viimastel aastakümnetel on leukoosihaigete arv tunduvalt tõusnud (1, 2, 3). Osaliselt on see seletatav sellega, et tänu paranenud diagnostikale on suudetud neid verehaigusi sagedamini avastada. Eriti on see maksev leukoosi atüüpiliste juhtude kohta. Kroonilise lümfoleukoosi tüüpilist vormi iseloomustab lümfisõlmede generaliseerunud kahjustus maksa ja põrna mõõduka suurenemisega, kuid atüüpilistel juhtudel võivad nimetatud sümptoomid jääda täiesti tagaplaanile. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonnas esines 1960. a. kaks lümfoleukoosi atüüpilist juhtu, kus diagnoosimine oli võimalik ainult statsionaarsetes tingimustes, korduvalt teostatud analüüside alusel. Et leukoosi diagnostika pakub huvi igale arstile, esitatakse alljärgnevalt mõlema haigusjuhu kokkuvõtlik kirjeldus.

J u h t 1. Meeshaige R. R., 59 a. vana, elukutselt sidetöötaja. Neli aastat tagasi pöördus patsient arsti poole ägedalt alanud verikusesuse tõttu. Uriinis esines verd hüüvetena, mis põhjustas tugevaid valusid urineerimisel ning ajuti uriinipeetust. Haige viibis ravil Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas 25. VII—29. VII 1957. a., kus diagnoositi *cystitis haemorrhagica*. Seisund paranes antihemorraagilise ja antianeemilise ravi rakendamisel. Paar kuud hiljem algasid verejooksud uuesti ja patsient saadeti ravile sama haigla siseosakonda (haiguslugu nr. 2055). Uuringud näitasid, et veri pärineb põiest. Neeru funktsionaalsed katsed ja püelogramm olid normis. Vere SR oli 12 mm t, leukotsüüte perifeerses veres (korduvatel uuringutel) 10 000—15 000, verevalemis esines nii relatiivne kui ka absoluutne lümfotsütoos. Patsient hospitaliseeriti Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonda 10. II 1958. a. verikusesuse tõttu (haiguslugu nr. 498). Tsüstoskopeerimisel sedastati põies tuumor. Rindkere läbivalgustusel leiti paremas hiiluses selgesti piirdunud ümmargune varjustus. Nende andmete alusel diagnoositi *carcinoma vesicae urinariae cum metastasibus hili dextri*. Operatsioonil põies tuumorit ei leitud. Mõne kuu pärast kadus ka hiiluse varjustus. Patsient viibis hemorraagilise tsüstiidi tõttu korduvalt statsionaarsel ravil. 6. I 1960. a. hospitaliseeriti haige Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakonda (haiguslugu nr. 60) järjekordse hematuuria tõttu. Diagnoositi prostata adenoomi. Adenektoomia järel patsiendi enesetunne halvenes, verejooksud suurenesid ja esinesid subfebriilsed temperatuurid. Lümfinäärmed kaelal ja aksillaarkoopas suurenesid oa- kuni kastanisuuruseni. Lümfisõlmed olid aluskoest dislotseeritavad, keskmist konsistentsi ja valutud. Maksa serv roidekaare all palpeeritav, sile ja valutu. Põrn ei olnud palpeeritav. Nahal, eriti kehatüvel, esines hulgaliselt täppverevalandeid. Vere analüüs: leukotsüüte 22000, valemis lümfotsüüte 80%, Gumprechti varje 6%, SR 43 mm t. Edasiseks uurimiseks paigutati haige 20. III 1960. a. sama haigla siseosakonda (haiguslugu nr. 348), kus vere korduvad analüüsid endiselt viitasid leukoosile. Parema supraklavikulaarse suurenenud lümfisõlme biopsial diagnoositi lümfadenoosi. Ajuti täheldati verirooja (Guajak-reaktsioon tugevasti positiivne), püsis mõõdukas hematuuria. Kõikide nende andmete põhjal püstitati diagnoos: *lympholeucosis*. Patsiendil rakendati arseenravi (*Liq. arsenicalis Fowleri* peroraalselt), mille järel seisund paranes. Järgneval kodusel ravil esines haigel ajuti hematuuriat. Kümme kuud hiljem tekkis uuesti raske põieverejooks, mille tõttu haige hospitaliseeriti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla siseosakonda. Statsionaari saabumisel 30. I 1961. a. (haiguslugu nr. 136) patsient välimuselt aneemiline, uriinis rohkesti verehüübeid. Kaela lümfinäärmed herneterasuurused, vasemal kaenla all üks kastanisuurune nääre. Veres SR 10 mm/t, leukots. 24050, valem: basof. 0,5%, eosinof. 2,5%, keppt. 1,5%, segmentt. 26%, lümfots. 63%, monots. 4% ja Gumprechti varje 2,5%. Müelogrammis lümforetikulaarseid rakke ja lümfotsüüte 35%, prolümfotsüüte 5% ja lümfoblaste 1,5%. Arseenravi toimel haige seisund paranes: kliinikust lahkumisel püsis vaid mikrohematuuria, leukotsüütide arv perifeerses veres 11200, verevalem oluliste muutusteta (lümfotsüüte 66%, Gumprechti varje 2%).

Kirjeldatud juhul prevaleerus haiguspildis hemorraagilise diateesi sündroom (verikusesus, veriroe, täppverevalandid nahas). Samal ajal oli perifeersete lümfinäärmete leid minimaalne. Ilmselt esines patsiendil põie kopsuvärati lümfinäärmete ajutine hüperplaasia, mis valmistas diagnoosimisel raskusi.

Veelgi tagasihoidlikum oli perifeersete lümfinäärmete pilt teisel lümfoleukoosi juhul.

Juht 2. Meeshaige V. L., 54 a. vana, elukutselt põllutööline. Patsiendil olid seitsme kuu vältel esinenud ülakõhus valud, mis ei olnud seoses söömisega. Valu oli tuima iseloomuga, kandus selga. Esines gaaside kogunemist. Viimastel kuudel tundis haige väsimust ja apaatiat. Kehakaal alanes paari kilo võrra. Palavikku ei esinenud. Jaoskonnaarst kahtlustas kõhukoopa kasvajat ning suunas patsiendi 29. XI 1960. a. Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla haavaosakonda (haiguslugu nr. 2790). Objektiivne leid: patsient heas üldseisundis, rahuldava toitumusega. Perifeersetest lümfinäärmetest palpeeritavad ainult kubemenäärmed herne-, üksikud ka oasuurustena, siledad, keskmist konsistentsi, aluskoest dislotseeritavad, valutud. Maksa serv ei ole palpeeritav. Põrna alumine serv ulatub vasema roidekaare alt kahe põikisõrme võrra välja. Tugev meteorism. Vasemal mesogastriumis umbes kahe rusika suurune ebasile pehmet konsistentsi veidi valulik tuumor. Veres SR 4 mm/t, hgb. 79 Ü, erütrots. 3,74 milj., leukots. 26700, valem: segmentt. 5%, lümfots. 91%, Gumprechti varje 4%. Edasiseks uurimiseks ja raviks viidi patsient 3. XII 1960. a. üle sama haigla siseosakonda (haiguslugu nr. 1460). Müelogrammis ülekaalus lümfaatilise rea rakud: lümfobl. 1,0%, prolümfots. 7,0%, lümfots. 57% ja Gumprechti varje 16,5%. Edasised uuringud (mao röntgenoskoopia, irrigoskoopia, oksügenorenograafia) eitasid tuumori seost seede- või erituselunditega. Võis arvata, et kõhukoopas palpeeritav tuumor on põhjustatud mesenteriaalsete näärmete hüperplaasiast, kuigi kirjanduses leidub ka tähelepanekuid leukooside ja neoplasmade kombinatsioonidest. Kuna haigel tekkisid ajuti subileuse nähud, mille tõttu seisund muutus eluohtlikuks, otsustati teostada proovilaparotoomia. Selgus, et peensoole mesenteeriumis esines lümfisõlmede tugev hüperplaasia, mis moodustas umbes lapsepeasuuruse konarliku, sagarliku tuumori. Viimane surus tugevasti peensoole lingudele ning veresoontele. Patoloogilis-histoloogiline uurimine kinnitas tuumori lümfadenootilist iseloomu.

Mõlemad kirjeldatud lümfoleukoosi juhud kulgesid subleukeemiliselt. Esimene juht kuulub M. Kassirski (1) klassifikatsiooni kohaselt lümfoleukoosi hemorraagilisse varianti, mis kulgeb mõõdukalt või vähe suurenenud lümfinäärmete ning põrnaga. Teine kirjeldatud juht on lümfoleukoosi atüüpiline variant, mille kliinilises pildis prevaleeruvad düspeptilised nähud, mis on põhjustatud seedetrakti lümfinäärmete hüperplaasiast.

KIRJANDUS

1. Кассирский М. А. и Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1955. — 2. Тушинский М. Д. и Ярошевский И. Я. Болезни системы крови. М., 1959. — 3. Schuster, E. Leukosebeobachtungen. Z. inn. Med. 16, 2, 60—61, 1961.

О ВАРИАНТАХ ЛИМФОЛЕЙКОЗОВ

В. Саарма

Резюме

Описываем динамику заболевания и трудности в диагностике двух случаев атипичного лейкоза.

Случай I. Больной Р. Р., 59 лет, лимфолейкоз в течение ряда лет протекал с преобладанием геморрагического синдрома. Эпизодическое увеличение висцеральных лимфатических желез ошибочно диагностировали как рак. Лишь после операции (простатэктомия) образовался значительный гиперлейкоцитоз (22.000; в картине крови теней Гумпрехта и лимфоцитов 84%). Одновременно проявилось и увеличение периферических лимфатических желез. На основании этих данных был поставлен диагноз «лимфолейкоз», что подтвердилось и данными биопсии лимфатических желез и миелограммы.

Случай II. Больной В. Л., 54 г., госпитализирован по поводу субилеуса, вызванного гиперплазией мезентериальных лимфатических желез. Из периферических лимфатических желез лишь отдельные ингвинальные железы были незначительно увеличены. Диагноз «лимфолейкоз» подтвержден данными миелограммы, гемограммы и пробной лапаротомии.

LÜMFOGRANULOMATOOSI ATÜÜPILISTEST VORMIDEST

I. KONTOR

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Sellest ajast, mil Th. Hodgkin (3) 1832. a. esmakordselt kirjeldas lümfogranulomatoosi, on ettekujutus sellest haigusest, mida iseloomustab kehatemperatuuri kõrgenemine, omapärane lümfisõlmede ning põrna suurenemine, suurel määral muutunud.

Selle haiguse atüüpilisi juhte on arvukalt kirjeldatud. Kõige täielikumalt esitab lümfogranulomatoosi kulu erinevad variandid A. Uspenski monograafia (2) ning J. Kassirski ja G. Aleksejevi käsiraamat (1).

Lümfogranulomatoosiga haigete jälgimine viis meid järeldusele, et haiguse atüüpilise kulu puhul põhjustab selle diagnoosimine teatud raskusi. Esitame omalt poolt järgmised tähelepanekud.

J u h t 1. 31-aastane naispatsient V., suunati Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonda 4. juunil 1959. a. (haiguslugu 8123) retrosternaalse struuma või mediastiinumi tuumori kahtlusega. Peab end haigeks alates 1959. a. veebruarikuust, mil haigestus gripinähtudega. Sellest ajast alates kaebab subfebriilse temperatuuri, nõrkuse, köha, tugeva higistamise üle, samuti väheste valude üle rindkeres. Viimased 2 nädalat on esinenud neelamisel valu rinnaku kohal. Haiglasse saabumisel oli haige nägu kergelt pastoosne. Paremal rangluu kohal on palpeeritav 2×2 cm suurune keskmist konsistentsi lümfisõlm. Auskultatoorselt kopsudes karenenud hingamiskahin, basaalselt kuivi räginaid. Perkutoorselt võib sedastada südamepiiride laienemist kõigis suundades. Auskultatoorselt tahhükardia, toonid tuhmivõitu, rütmilised. RR — 150/80 mmHg. Kaelaveresoonte pulsatsioon nähtav. Kätes peenelöögiline treemor; kerge eksoftalmia.

Raviarst kahtlustas samuti retrosternaalset struumat, mida ei lülita välja ka röntgenoloogiline uuring. Rindkere röntgenoskopeerimisel ilmneb eesmises keskseinandis massiivne selgelt piirdunud mittepulseeruv varjustus. Haiglasoleku vältel esinevad kehatemperatuuri tõusud kuni 39°-ni. Korduvates vereanalüüsides SR 38—41 mm/t,hgb. 64—69%, leukots. — 3000—7000. Valemis eosinof. 2—10%, keppt. 4—14%, segmentt. 61—80%, lümfots. 4—16%, monots. 2—22%, basof. 1—2%. Trombotsüüte 245000. Haigel tekib naha sügelemine käsivartel. Kuigi põhiainevahetus on +39%, kaldub diagnoos retrosternaalse struuma poole. Lisaks võib tomogrammil näha tuumori polütsüklilist kontuuri, mis viitab lümfogranulomatoosile või tuumorile. Supraklavikulaarsest lümfisõlmest tehti biopsia, mille histoloogiline pilt on tüüpiline lümfogranulomatoosile (Sternbergi-tüüpi hiidrakud, rohkesti eosinofiile). Siiani toimunud sümptomaatilise ravi kõrval viidi läbi ravikuur novoembihhiiniga; pärast seda haige seisund nii subjektiivselt kui ka objektiivselt paranes järsult, röntgenoskoopiliselt ning röntgenograafiliselt retrosternaalse moodustise kontuurid vähenesid tunduvalt. Haige kirjutati haiglast välja 8. juulil 1959. a. rahuldavas üldseisundis (vt. tahvel IV, röntgenogrammid 1 ja 2). Subjektiivsete kaebuste puudumise tõttu ei ilmunud patsient edaspidisele kontrollimisele.

Haige saabus Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonda uuesti 9. märtsil 1960. a. (haiguslugu 3658) raskes üldseisundis kaebustega tugeva hingematmise, köha, unetuse, kehatemperatuuri tõusu üle. Samuti esinevad valud rindkeres, toidu edasiliikumine söögitorus on takistatud. Sellised nähud tekkinud järsku umbes nädal tagasi ja süvenenud pidevalt. Objektiivselt: istuv sundasend, nägu tursunud, hüpereemiline. Õlavarte välispinnal ning rindkere ülaosas laienenud kapillaarid. Kaela esiküljel ringjalt paigutuv pehmet konsistentsi valutu tuumor, mis neelamisel liigub. Röntgenoloogiliselt: kopsu parema ülasagara tagumise ja ülemise segmendi atelektaas, paremal paramediastinaalselt väiksemamõõdulisem, kuid samasuguse iseloomuga varjustus. Süda nihkunud paremale. 11. märtsil 1960. a. tekkis patsiendil järsk hingamisseisak, millele lisandus üha suurenev kopsuödeem. Vaatamata kasutusele võetud abinõudele (medikamentoossed vahendid ning otsene larüngoskoopia — trahheasse viidi 35 sm pikkune sond ja manustati hapnikku) hingamine ei taastunud ning haige suri.

Kliiniline diagnoos: *lymphogranulomatosis (forma mediastinalis)*; *asphyxia e compressionem.*

Pataloogilis-anatoomiline diagnoos: eesmise keskseinandi isoleeritud lümfogranulomatoos keskseinandi elundite kompressiooninähtudega; siseelundite venoosne hüpereemia, kopsuödeem, parenhümatoossete elundite düstroofia, parema pleuraõõne obliteratsioon (F. Vinkman).

J u h t 2. 19-aastane naispatsient M., suunati Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonda 8. aprillil 1959. a. diagnoosiga lümfogranulomatoos (haigus-

lugu 5257). Haigestunud 1956. a. sügisel (menstruatsioon lakkas, iiveldus, oksendamine ning kõhu suurenemine). Samal ajal märganud naha sügelemist. 18. detsembrist 1957. a. kuni 30. jaanuarini 1958. a. oli patsient uurimisel Tallinna Kalinini Rajooni Haiglas munasarja tsüsti kahtlusega, kuna paremal pool kõhuõõnes oli palpeeritav mingi tuumor. Diagnoosi täpsustamiseks teostati 3. jaanuaril 1958. a. proovilaparotoomia: avastati mesenteriaalnäärmete suurenemine ning kahtlustati tuberkuloosset mesenteriiti. Alles lümfisõlme histoloogiline uuring võimaldas diagnoosida lümfogranulomatoosi. Ravi TIO-TEFA-ga ning novoembihhiiniga andis ajutise efekti.

Ravile saabumisel kaebas haige sagedase oksendamise ja kõhulahtisuse üle. Objektiivselt näo, kere ning jalgade nahaaluse koe turse, nahal rohkesti teleangiektaasiaid. Perifeersed lümfisõlmed pole palpeeritavad. Kopsudes perkutoorselt alates abaluude alumisest kolmandikust tumestus, hingamiskahin puudub (tingituna nahaaluse koe tursest). Tahhükardia. Kõht tugeva meteorismi tõttu ette võlvunud, läbi kõhunaha halvasti palpeeritav difuusne mügarlikkus. Maks ja põrn pole palpeeritavad. Korduvas vereanalüüsis SR 5—17 mm/t, hgb. 70—54%, leukots. 5800—3000, valemis basof. 1—2%, eosinof. 1—2%, keppt. 4—15%, segmentt. 57—43%, lümfots. 33—29%, monots. 4—11%. Rindkere röntgenoskoopilisel uuringul patoloogiata. Vaatamata korduvale ravile TIO-TEFA-ga ning üldtugevdavate vahenditega patsiendi seisund halvenes progresseeruvalt, tekkis hüdrotooraks, astsiit, kehatemperatuuri tõus, arenes aneemia, kahheksia. *Exitus letalis* 11. mail 1959. a.

Kliiniline dignoos: *lymphogranulomatosis (forma abdominalis).* Patolcogilis-anatoomiline diagnoos: lümfogranulomatoos (abdominaalne vorm). Kõhukoopa ja paraaortaalsed lümfisõlmed tugevasti suurenenud. Põrn veidi suurenenud, lümfogranulomatoossed sõlmed maoseinas ning peen- ja jämesoole limaskestas. Üldine tugevakujuline aneemia. Müokardi, maksa ning neerude rasvdüstroofia. Astsiit. Kahepoolne hüdrotooraks. Kopsude mõlemapoolne kompressiooniatelektaas. Kahheksia (V. Bresler).

Juht 3. 57-aastane meespatsient S., suunati Tallinna Vabariikliku Haigla I sisehaiguste osakonda 22. märtsil 1958. a. aplastilise aneemia kahtlusega (haigus-lugu 4115). Peab end haigeks alates 1957. a. septembrikuust, mil oli gripi ning kopsupõletiku diagnoosiga ravil Leisi Jaoskonnahaiglas. Sama aasta detsembris oli teist korda ravil kopsupõletikuga. Aneemianähtude tekkimise tõttu suunati haige jaoskonnahaiglast Orissaare Rajooni Haiglasse. Rajoonihaiglas viibimise ajal esinevad patsiendil temperatuuri unduleeruvad tõusud. Veri: SR — 78 mm/t, erütrots. 2 200 000, hgb. 30%, indeks 0,73, leukots. 3900, aniso- ja poikilotsütoos. Kuna aneemia etioloogia jäi ebaselgeks ja seisund halvenes, suunati patsient täiendavale uurimisele Tallinna Vabariiklikku Haiglasse.

Haiglasse saabumisel esines haigel nõrkus, kohin kõrvus, pärast söömist valud ülakõhus, valud vasakus jalas. Objektiivselt on patsient hea toitumusega, limaskestad kahvatud, nahal furunkuloos. Perifeersed lümfisõlmed pole palpeeritavad. Kopsu leid perkutoorselt ja auskultatoorselt patoloogiata. Aneemiline südamekahin. Epigastriumis paksu rasvaladestuse tõttu raskesti palpeeritav valulik resistentsus. Maks ja põrn pole palpeeritavad.

Uurimise plaan koostati eesmärgiga kõrvaldada tuumorikahtlus. Röntgenoskoopiliselt paremas kopsus bronhopneumoonia jääknähud. SR 75—57 mm/t, hgb. 38—42%, erütrots. 2400 000—2 700 000, indeks 0,87—0,85, lümfots. 3200—5200, valemis basof. 1%, eosinof. 16—9%, müelots. 1%, noori vorme 2%, keppt. 2—7%, segmentt. 35—29%, lümfots. 39—27%, monots. 2—14%, aniso- ja poikilotsütoos. Trombotsüüte 285.000.

Müelogramm: müelobl. 1,5%, promüelots. 3,5%, müelots. 4%, neutrof. — 33% (noori vorme — 18,5%, keppt. — 1,5%, segmentt. — 5,0%), megakarüots. — 1%, plasmarakke 1%, normobl. 47% (basof. 11%, polükr. — 30%, ortokr. — 2%). Duodenaalmahla III portsjonis leukotsüüte kohati kuhjades, bakterioloogilises külvis kõigis portsjoneis *B. coli.* Diastaas uriinis 256 Wohlgemuthi ühikut, diastaas veres 4,25 mg%. Veresuhkur 90 mg%, koormuse järel tõus 127 mg%, kõver ei normaliseeru 3 tunni vältel. Uriini erikaal 1019, valgu jäljed, sademes leukotsüüte kuni 5 : 1, erütrotsüütide varje 3 : 1. Jääklämmastik 50,4 mg%. Konsultandi arvates on tegemist postinfektsioosse viirusliku etioloogiaga hüpoplastilise aneemiaga. Kaasuva haigusena krooniline koletsüstiit ning furunkuloos. Ülakõhus olevat resistentsust hinnati põletikulise protsessina (mädane koletsüstiit, pankreatiit), kuna põletikuvastase ning antianeemilise raviga resistentsus väheneb oma mõõdetelt tunduvalt. Haiglasoleku jooksul süveneb patsiendil nõrkustunne, öösiti tugev higistamine, naha kerge sügelemine. Paremale ingvinaalpiirkonda tekivad palpeeritavad lümfisõlmed. Kujunenud kliinilise pildi alusel kahtlustatakse lümfogranulomatoosi. Suurenenud lümfisõlmest teostati biopsia: histoloogilise uuringu tulemus: lümfogranulomatoosikahtlane (esineb rakkude polümorfism, eosinofiilia, esinevad üksikud suured rakud, kuid mitte tüüpilised Sternbergi rakud). Seoses sellega analüüsiti haigusjuhtu kliiniliselt, pandi diagnoosiks lümfogranulomatoos. Spetsiifiliste vahenditega ei saadud patsienti

ravida, arvestades vanust ning tugevasti väljakujunenud aneemiat. Patsient kirjutati haiglast välja 14. mail 1958. a. Subjektiivsed ja objektiivsed näitajad paranenud. Kutsuti kontrollile 2 kuu pärast.

Saabus uuesti haiglaravile 24. juulil 1958. a. (haiguslugu 10418) kaebustega ebamääraste valude üle seljas ja säärelihastes. Objektiivselt võis, võrreldes eelmise haiglasviibimisega, täheldada muutusi. Maks ja põrn olid muutunud palpeeritavateks. Veri: SR — 87 mm/t, erütrots. 3 750 000, hgb. 55%, indeks 0,77, leukots. 3600, valemis eosinof. 4%, noori 1%, keppt. 7%, segmentt. 28%, lümfots 52%, monots. 8%. Trombotsüüte 230 000. Duodenaalmahla II ja III portsjonis kohati suurel hulgal leukotsüüte, bakterioloogilises külvis *B. coli*. Suhkrukõver ei normaliseeru 3 tunni vältel. Kuna seekord puudusid iseloomulikud temperatuuritõusud, suurenenud higieritus, naha sügelemine ning lümfisõlmede suurenemine, võeti lümfogranulomatoosi diagnoos uuesti kahtluse alla. Diferentsiti hüpoplastilist aneemiat aplastilisest. Müelogrammis müelobl. 2,5%, promüelots. 1,5%, müelots. — 4,5%, noori vorme 9,0%, segmentt. — 10,0%, keppt. — 12,5%, lümfots. — 2,0%, eosinof. — 1,5%, basof. — 0,5%, retikuloendoteliaalrakke 1,5%, plasmarakke 1,5%, jagunemisjärgus rakke 2,0%, normoblaste 51% (basof. — 28,5%, polükr. — 16,5%, ortokr. — 6,0%). Veres ning sternaalpunktaadis võib näha ainult punase vere ning leukotsüütide tekke pärssumist normaalsete trombotsüütide arvu juures, mis lülitab aplastilise aneemia diagnoosi välja. Kliiniline diagnoos: *anaemia hypoplastica*; *cholecystitis chronica*. Pärast antianeemilist ravi, vereülekandeid, ravi antibiootikumidega kirjutati haige haiglast välja 29. augustil 1958. a. rahuldavas üldseisundis tagasikutsega 2 kuu pärast.

16. septembril 1958. a., s. o. vähem kui 1 kuu pärast suunati patsient Kingissepa Linna Haigla nakkusosakonda *morbus Botkini* diagnoosiga. Objektiivselt maks palpeeritav 4 ristisõrme võrra, tihe, valulik, põrn palpeeritav roidekaare all. Veres SR — 25 mm/t, hgb. 49%, valemis eosinof. — 3%. Bilirubiin vereseerumis 49 mg%. Haiglasoleku vältel seisund halveneb pidevalt, aneemia progresseerub — hemoglobiin langeb 20%-ni. *Exitus letalis* 12. novembril 1960. a. Kliiniline diagnoos: *cirrhosis hepatis* (müelohepatolienaalne vorm).

Patoloogilis-anatoomiline diagnoos: lümfogranulomatoos, abdominaalne vorm. Kõhukoopas rohkesti suurenenud lümfisõlmi, milles histoloogiliselt lümfogranulomatoosile iseloomulik leid.

Nagu ülaltoodust nähtub, asetati kõigi kolme käsitletud juhu puhul lümfogranulomatoosi diagnoos elupuhuselt, kuid asjaolu, et klinitsistid kõigi toodud juhtude puhul alguses isegi ei kahtlustanud lümfogranulomatoosi esinemise võimalust, näitab seda, et paljude arstide ettekujutus lümfogranulomatoosist assotsieerub vaid nende klassikaliste sümptoomidega, mida omal ajal kirjeldas Th. Hodgkin (3) ja unustatakse atüüpiliste vormide olemasolu. Viimasel juhul lükkas klinitsist isegi õige diagnoosi kõrvale, kuna uurimise ajal ei esinenud lümfogranulomatoosile iseloomulikke sümptoome. Jäeti arvestamata anamnees ning eelnev kliiniline leid.

Meie poolt toodud näidetega sarnanevaid juhte on kirjeldatud korduvalt. Sellest hoolimata pidasime otstarbekohaseks puudutada seda küsimust veel kord, pöörates tähelepanu lümfogranulomatoosi atüüpilistele vormidele. On vaja tunda selle haiguse esinemisvariante, samuti tuleb pöörata tähelepanu täpsele anamneesile ning haiguse üldsümptoomide (suurenenud higieritus, naha sügelemine, unduleeruvad temperatuurid jm.) väljaselgitamisele. Väga tähtis on hoolikalt palpeerida perifeerseid lümfisõlmi. Vähimagi kahtluse korral tuleb teha biopsia.

Lümfogranulomatoosi varane elupuhune diagnoosimine ei ole mitte ainult teoreetilise, vaid praegu üha täiustuva ravi juures ka suure praktilise tähtsusega. Õigeaegne ravi säilitab haigetele pikema aja vältel elu ning töövõime.

KIRJANDUS

1. Кассирский И. А. и Алексеев Г. А. Клиническая гематология, М., 1955. — 2. Успенский А. Е. Лимфогранулематоз. М., 1958. — 3. Hodgkin, Th., 1932 (tsiteeritud J. Kassirski ja G. Aleksejevi järgi).

ОБ АТИПИЧНЫХ ФОРМАХ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА

И. Контор

Резюме

За последнее время в клинике все чаще выявляются формы лимфогрануломатоза, отличающиеся по симптоматологии и течению от классической формы, описанной Ходжкиным. Нами наблюдалось 3 таких больных. В одном случае у больной была диагностирована медиастинальная форма лимфогрануломатоза, причем первоначально предполагался загрудинный зоб. В двух других случаях, помимо общих проявлений болезни, имелось лишь увеличение лимфатических узлов брюшной полости (брюшная форма), без увеличения периферических лимфатических узлов. Знание этих атипичных форм лимфогрануломатоза имеет значение для ранней диагностики и соответственно раннего лечения болезни.

KROONILISEST PODAGRAJUHUST ERÜTROTSÜTOOSI FOONIL

L. PÄI ja *V. SEPP*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedrist, juhataja arstiteaduse kandidaat *L. Päi*, ja neuroloogia ja sisehaiguste propedeutika kateedrist, juhataja dotsent *E. Raudam*)

Podagrasse haigestumist esineb väga harva ja sellepärast leidub ka kirjanduses selle kohta vähe andmeid. Nõukogude autorid eesotsas V. Baranoviga (1) märgivad samuti podagra erakordselt vähest esinemist, eriti naistel. Seetõttu tohiks meie poolt jälgitud juht pakkuda mõningat huvi.

51-aastane naishaige, pensionär, elab Võru rajoonis. Kohapealne dermatoloog kahtlustas haigel leeprat ja suunas haige Tartu Vabariiklikusse Naha- ja Suguhaiguste Dispanserisse. Mainitud diagnoos ei leidnud dispanseris kinnitust ning patsient suunati Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla sisehaiguste osakonda diagnoosiga *polycythaemia rubra vera, sarcomatosis*?

Patsient on olnud haige lapsest saadik, ei ole käinud koolis ega tööl, on olnud ülalpeetav. Tal on olnud südamehaigele iseloomulikud kaebused ja tugev näopunetus. Seitse aastat tagasi viibis haige veremürgistuse tõttu ravil Võru haiglas. Samal ajal tekkinud vasaku käe viienda sõrme põhiliigese kohale sõlmeke, mis vähesel määral valutanud, eriti pärast külmetumist. Sellest ajast peale on pidevalt uusi sõlmi juurde tekkinud, need on mõõtmetelt suurenenud ja haaranud eranditult jäsemete kõiki liigeseid. Valusid ega sõlmekesi suures varbas kuni viimase ajani pole esinenud. Vaatamata sellele, et liigesed moonutusid pikkamööda niivõrd tugevasti, et liigeste liikuvus oli takistatud, ei ole haigel esinenud eriti tugevaid valusid.

Peale mainitud vaevuste esinevad patsiendil südamepekslemine, hingeldus, väsimus, ninaverejooksud ning valu paremal pool roidekaare all, mis suureneb pärast pingutust. Need vaevused on tal esinenud aastaid ning süvenenud viimase paari aasta jooksul. Anamneesis muid raskeid haigusi ei ole. Haige elutingimused on olnud rahuldavad, toitumine tavaline, kahjulikke harjumusi eitab.

Kliinikusse saabumisel oli patsiendi otsmiku, nina, põskede ja lõua nahk lillakaspunase värvusega ning limaskestad tsüanootilised. Jäsemete, eriti aga sõrmeliigeste piirkonnas esinesid üksikud hernetera- kuni kanamunasuurused, erineva konsistentsiga laatunud sinkjad muhud. Muhkude tõttu on käed ja jalad täiesti deformeerunud ja liigeste liikuvus tugevasti piiratud (vt. tahvel I, foto 1, 2).

Esines südame vasaku koja ja vatsakese hüpertroofia. Südame ristlaius 4+12 cm. Südametegevus regulaarne, toonid tuhmid, mitraalklapil ja tipul pikk süstoolne ja lühike diastoolne kahin. Pulss rahuldava täitumuse ja pingega. RR — 125/80 mmHg. Maks oli suurenenud, ulatudes medioklavikulaarjoonel nelja põikisõrme laiuselt allapoole roidekaart. Huvitav on täheldada, et patsiendi maks ei olnud palpatsioonil valulik difuusselt, vaid ainult kohati, samuti oli ka maksa pind konsistentsilt ebaühtlane. Haige kehatemperatuur oli kogu kliinikus viibimise perioodil normaalne.

Vere analüüs: SR — 5 mm/t, hgb. — 118 Ü., erütrots. — 6 300 000, leukots. — 7700, indeks — 0,84. Valem: basof. — 1, eosinof. — 2, keppt. — 3, segmentt. — 72, lümfots. — 16, monots. — 6, trombots. 264600 mm^3. Kateetriga võetud uriin: erikaal — 1014, valk — 0,165‰, suhkur — ø, bilirub. — ø. Sade: leukots. $\frac{10—15—20}{1}$, erütrots.

varje $\frac{5-6-6}{1}$, üksikuid kusihappe kristalle ja granuleerunud silindreid. Quick'i proov: I fr. 22.4, II fr. 25.5, kokku 45.9.

Takata-Ara +, kadmiumiproov ±, sublimaadikats +, bilirubiin seerumis 1,2 mg%. Jääklämmastik 36 mg%. Ksantoproteiin 28 Ü. Kreatiniin 3,3 mg%. Kusihapet plasmas 5,7 mg%. Kusihappe eritus uriiniga ööpäevas 0,416 g.

Biopsia. Granuloomid kusihappekristallide sisaldusega. EKG: regulaarne siinusrütm. Vertikaalne elektriline positsioon. Ülekoormus paremas kojas. Elektrilise süstoli normaalne vältus. Aktivatsiooni aeglustus paremas vatsakeses. Keskmine voltaaž.

Röntgenoloogiline leid. *Hyperaemia congestina hilorum. Hypertrophia et dilatatio ventr. sin. cordis. Elongatio et sclerosis aortae.* Röntgenograafiliselt uuriti kolju ja jäsemete liigeseid. Kolju patoloogilise muutuseta. Metakarpaalluude pähikute ja sõrmelülide epifüüsidel (osalt ka metafüüse haaravalt) sämbulised usuratiivsed servadefektid, paiguti sklerootiliste kontuuridega. Kohati usuratsioonide äärtel konksjad osteofüütsed väljaulatuvused. Kirjeldatud usuratsioonide tõttu on vastavad liigesepinnad ja pilud lühenenud, paiguti esineb liigestes deviatsioon. Tugevamini destrueeritud liigeste piirkonnas on pehmekoeline paraossaalne vari ümaralt jämenenud, osalt ka tihenenud, ulatudes kohati kuni ebaühtlase lubitiheda varjuni. Kirjeldatutega sarnased muutused esinevad ka jalgadel tarsaal-, metatarsaalluude ja lülide piirkonnas, kusjuures kõige tugevamad muutused on I metatarsaalluul mõlemal jalal; usuratiivne destruktsioon ulatub siin epifüüsilt ka meta- ja osaliselt isegi diafüüsile. Suuremates liigestes on muutused vähesed — kergete usuratsioonide ja kerge osteoporoosi näol. Diagnoos: *osteoarthrosis urica* (vt. tahvel II, röntgenogramm 1, 2).

Nagu kirjeldusest selgub, on tegemist väljakujunenud podagra juhuga, mis on tõenäoliselt arenenud erütrotsütoosi foonil. Sääraseid podagrajuhte nimetavad mõned autorid (F. Hart (3) jt.) sekundaarseteks. Podagra väljakujunemisel on otsustava tähtsusega puriinainete juurdevool organismi. Patsiendil ei sedastatud kõrvalekaldumist tavalisest toitumisrežiimist ja kahjulikke harjumusi. Käesoleval juhul peaks puriiniainevahetuse häire olema endogeenne, seoses erütrotsüütide hulga suurenemisega ja nende laguproduktide rohke sattumisega verre.

Haigus kulges krooniliselt, ilma eriliste valukriisideta (kaasa arvatud ka suure varba sündroom). Võimalik, et see seletub tekke omapäraga. Biokeemilised näitajad, vaatamata protsessi ulatusele, olid mõõdukalt muutunud. Kusihappe sisaldus veres oli kergelt tõusnud — 5,7 mg% (norm 4,6 mg%). Kusihappe eritus uriinis ei olnud aga oluliselt muutunud ka puriinirikka dieedi järel. Sellise haiguspildi esinemise võimalusele vihjab ka G. Povolotskaja (2). Käesoleval haigel võime oletada peale lokomotoorse aparaadi kahjustuse ka siseelundite patoloogiat. Nii esines uriinis leukotsüüte, valku, üksikuid granuleerunud silindreid; leid jäi osaliselt püsima ka pärast kardiovaskulaarse dekompensatsiooni likvideerimist. Nagu väidavad V. Baranov (1), E. Grafe (4) jt., viitab säärane leid kroonilisele podagralisele püeliidile. Ka maksakahjustust ei ole võimalik seletada ainult paismaksa ning erütrotsütoosi esinemisega, kuna see jäi püsima ka kardiovaskulaarse puudulikkuse möödumisel.

Kokkuvõttes võiks öelda, et tegemist on võrdlemisi haruldase sündroomiga, kusjuures kroonilise podagra sündroom koos siseelundite kahjustusega on nähtavasti erütrotsütoosi komplikatsiooniks.

KIRJANDUS

1. Баранов В. Г. Болезни эндокринной системы и обмена веществ. Руководство по внутренним болезням. Л.. 1955. — 2. Поволоцкая Г. М. Клинич. медицина. Том XVI, 12, 1938, 1736—1741. — 3. Hart, F. D. Brit. j. Clin. pract. 1959, 13, 10, 669—675. — 4. Grafe, E. Die Krankheiten des Stoffwechsels und der Ernährung. Raamatus Assmann, H., Beckmann, K., Beymann G. V. Lehrbuch des inneren Medizin, Zweiter Band, Berlin, 1942, 98—187.

СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОДАГРЫ НА ФОНЕ ЭРИТРОЦИТОЗА

Л. Пяй и *В. Сепп*

Резюме

Подагра очень редкое заболевание. Приводим случай подагры у 51-летней женщины, заболевание которой вызвано, очевидно, на фоне эритроцитоза. При подагре важную роль играет нарушение обмена пуриновых веществ. У больной не было возможности установить отклонения от обычного пищевого режима и вредных привычек.

Полагаем, что в приведенном случае нарушение пуринового обмена является эндогенным вследствие распада увеличенного количества эритроцитов.

Foto 1

Foto 2

Röntgenogramm 1

Röntgenogramm 2

LASTE ÜLAJÄSEME LUUDE MURDUDE RAVI JA SELLE KAUGTAGAJÄRJED

M. SEPP

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor professor *A. Linkberg*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Käesolevas töös on analüüsitud rangluu- ja ülajäseme luude murdude ravi ja kaugtagajärgi Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas (spetsiaalne lasteosakond puudub). Lastele on eraldatud 2 palatit 13 voodikohaga. Tingituna voodikohtade vähesusest ja hästi organiseeritud polikliinilisest kirurgilisest abist on rangluu ja ülajäseme luude murde ravitud põhiliselt polikliinikus. Kliinilisel ravil on viibinud komplitseeritud luumurdudega lapsed. Ajavahemikul 1955.—1960. a. on ravil viibinud 70 last. Käesolevas töös on analüüsitud 60 haigusjuhtu.

Jaotades ülajäseme fraktuuridega lapsi vanusegruppidesse (6) selgub, et kuni 1 aasta vanuseni lapsi meil ravil ei viibinud. Tõenäoliselt on see seletatav laste liikumisraadiuse piiratusega sel perioodil ning esinenud fraktuurijuhtude fragmentide hea seisu ja kerge reponeeritavusega. Vanuses 1—4 a. oli ravil 8, 5—7 a. — 20, 8—10 a. — 13 ja 11—14 a. — 19 last.

Seega näeme, et traumade hulk tõuseb järsult alates 5. eluaastast. See on seletatav liikumise suurenemisega, liigutuste vähese koordineerituse ja tegevuse kriitilise analüüsi puudumisega. Analoogiliselt kirjanduse andmetega esines ka meil fraktuure sagedamini poistel, mis on arvatavasti tingitud nende suuremast liikuvusest, võrreldes tütarlastega, ja kalduvusest demonstreerida oma vaprust (6).

Traumadest on esikohal elukondlik trauma — 36 juhtu. Järgnevad traumad sportimisel ilma järelevalveta — 15 juhtu, liiklustrauma — 5 ja traumad sportimisel täiskasvanute järelevalvel — 4 juhtu. Liiklustraumadega haigete suhteliselt väike arv meie raviasutuses on tingitud sellest, et liiklustraumadega kaasneb enamikul juhtudel aju- või koljuvigastus, sel juhul aga hospitaliseeritakse kannatadasaanu Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia osakonda.

Kahel kolmandikul juhtudest esinesid murrud vasemal, ühel kolmandikul paremal ülajäsemel. Kõige sagedamini võis traumasid täheldada suvel ja sügisel.

R a n g l u u m u r r u g a viibis ravil 15 last, neist ülekaalus tütarlapsed. Kui ülajäseme murdudega lapsed saabusid kliinilisele ravile tavaliselt esimestel tundidel pärast traumat, siis rangluumurdude puhul saabus $^1/_3$ lastest ravile alles mitu päeva pärast traumat. Osal juhtudest oli see tingitud konservatiivse ravi ebaedukusest, s. t. ravi käigus tekkis fragmentide ulatuslikum nihkumine.

Lokalisatsiooni järgi esines fraktuur peamiselt rangluu keskmises kolmandikus (lihaste poolt vähem kaitstud osa) ja üksikjuhtudel keskmise ja välise kolmandiku piiril.

R a v i. Juhul kui dislokatsioon puudus või oli minimaalne, asetati jäsemele Desault' side või kaheksakujuline abaluudevaheline kipslongettside. Jäse fikseeriti 10—21 päevaks, olenevalt vanusest.

Fragmentide puuduliku kontakti puhul reponeeriti need röntgenikontrolli all lokaalse anesteesiaga ja saavutatud seis fikseeriti Desault' sidemega.

Kui luufragmentide vahel kontakt täiesti puudus, rakendati operatiivset ravi. Luufragmendid fikseeriti kas siidniidi või intramedullaarselt viidud Kirschneri traadiga (9 juhtu). Postoperatiivses perioodis tüsistusi ei esinenud.

Järelkontrollil selgus, et käe funktsioon oli kõigil lastel laitmatu. Neil, kel osteosüntees tehti siidniidiga, fraktuuri piirkonnas esilevõlvumist ei esinenud, röntgenifilmil oli fragmentide seis hea. Neil, kel osteosüntees tehti Kirschneri traadiga, mille üks ots ulatus luust välja nahaalusesse koesse, tekkis fraktuuri kohal esilevõlvumine. Kirschneri traat eemaldati kuni 2 kuud pärast traumat, ühel juhul isegi 2 aastat hiljem.

Õlavarreluu murruga on ravil viibinud 8 last, neist enamik *collum chirurgicum*'i ja üksikud õlavarreluu keskosa fraktuuriga. Analoogiliselt rangluumurruga esines ka õlavarreluu murd sagedamini tütarlastel. Lapsed saabusid kliinilisele ravile esimestel tundidel pärast traumat, välja arvatud haigusjuht, kus esines kaasasündinud *plexus brachialis*'e halvatus, mille tõttu fraktuur jäi esimesel päeval tähele panemata. Vaatlusel esines tugev turse ja jäseme vähene deformiteet.

Ravi. Kui *collum chirurgicum*'i murru puhul dislokatsiooni ei esinenud, alustati ravikehakultuuriga paar päeva pärast käe fikseerimist kolmnurkrätikuga. Fragmentide dislokatsiooni korral reponeeriti need eeternarkoosi all, üksikjuhtudel rakendati lokaalset anesteesiat. Olenevalt fragmentide püsimisest reponeerimisel saavutatud seisus fikseeriti käsi kas tsirkulaarse kipsmähisega õlaliigesest sõrmedeni, kusjuures küünarliiges asetseb täisnurga all, või abduktsioonilahasega. Reponeeriti traktsiooniga piki luutelge ja fragmentide korrigeerimisega fraktuuri kohal. M. Gromovi poolt soovitatud repositsiooni- ja fiksatsioonimeetodit me ei kasutanud (7). Enamikul juhtudest saadi reponeerimisel hea või rahuldav tulemus.

Juhul kui repositsioon ei õnnestunud, korrati seda järgneval päeval. Korduva ebaõnnestumise korral oodati mõni päev turse ja hematoomi vähenemist ja teostati uus repositsioon. Paljud lastekirurgid ei soovita reponeerida üle kahe korra ja leiavad, et kui teistkordsel reponeerimisel ei saavutata head seisu, tuleb jätta saavutatud seis (14).

Pärast kipsi või abduktsioonilahase eemaldamist rakendati kõikidel haigetel ravikehakultuuri. Ehkki paljud autorid ei soovita enam ravi abduktsioonilahasel (7, 11), taastus meie andmeil neil lastel liikuvus varem kui teistel, kel kasutati tsirkulaarset kipsmähist.

Järelkontrolli saime teostada 6 lapsel ajavahemikus 7 kuust kuni 4 aastani pärast traumat. Tulemus hinnati heaks, kui funktsioon oli täielik, väline deformatsioon kas puudus või oli minimaalne (5 juhtu). Rahuldavaks loeti tulemus, kui funktsioon oli osaliselt häiritud ja esines nähtav deformatsioon (1 juht, tegemist oli *collum chirurgicum*'i fraktuuriga, komplitseeritud fragmentide reponeerimine oli raske).

Õlavarreluu distaalse osa murruga viibis ravil 16 last. Ravile saabusid kõik haiged esimestel tundidel pärast traumat. Üks laps suunati meile rajoonihaiglast *epicondylus medialis*'e operatiivseks eemaldamiseks pärast luumurdu.

Õlavarreluu distaalse osa fraktuuride jaotamisel puudub tänapäeval veel ühtsus (1). Käesolevas töös analüüsitud, arvult vähesed fraktuurijuhud oleme jaotanud järgnevalt: 1) suprakondülaarsed fraktuurid — 2, 2) transkondülaarsed fraktuurid a) ilma luksatsioonita — 8, b) luksatsiooniga — 1, 3) *epicondylus medialis*'e rebendmurd a) ilma luksatsioonita — 1, b) luksatsiooniga — 1, 4) *epicondylus lateralis*'e rebendmurd koos *eminentia capitata* rebendiga — 1, 5) *eminentia capitata* epifüsiolüüs — 1.

Ravi. Kohene paigaldamine järgneva fikseerimisega tsirkulaarsesse kipsmähisesse. Paljud autorid soovitavad selle rühma fraktuuride puhul tuimastusena kasutada eeternarkoosi (10,8). Esmakordsel reponeerimisel oleme kasutanud peamiselt lokaalset anesteesiat (*Sol. novocainum* 1—2%). Kui reponeerimine ei olnud edukas, rakendasime eeternarkoosi.

Ühtset metoodikat üksikute fraktuuride reponeerimiseks ei ole. Tingituna distaalse fragmendi lühidusest on nende fraktuuride paigaldamine põhjustanud raskusi, samuti supra- ja transkondülaarsete fraktuuride fikseerimine saavutatud seisus. Meile näib, et W. C. Heckeri (13) ettepanek kasutada suprakondülaarsete fraktuuride fikseerimiseks Kirschneri traati on õigustatud. Reponeerinud oleme pooltel juhtudel kaks ja üksikjuhtudel isegi kolm korda. Teistkordne paigaldamine teostati järgneval päeval, kolmas 4—5 päeva möödudes, kui turse oli alanenud ja hematoom osaliselt resorbeerunud. Vaatamata korduvatele reponeerimistele ei ole me mitmetel juhtudel saanud anatoomiliselt head seisu. Järgnevalt fikseeriti käsi enamasti tsirkulaarse kipsmähisega, üksikjuhtudel kasutati kipslongettsidet. Kips asetati sõrmedest kuni õlavarreluu ülemise kolmandikuni, kusjuures küünarliiges oli painutatud täisnurga all.

Väga erinevad on seisukohad fikseerimise kestuse suhtes, kõikudes 10 päevast kuni 3—4 nädalani (1, 2, 8, 14). Enamike autorite seisukoht on, et küünarliigese liigutustega alustataks varakult. Võrreldes kirjanduse andmetega on meil küünarliigese fiksatsiooni kestus olnud tunduvalt pikem — 4—6 nädalat.

Pärast kipsi eemaldamist on kliinilisel järelravil viibinud $^2/_3$ lastest, kel küünarliigese liikuvus kas puudus täielikult või kõikus 5—10° piires. Järelravina kasutati ravikehakultuuri, vanne, massaaži ja ühel juhul parafiinimähiseid. Viimaste kasutamisel taastus liikuvus väga kiiresti.

Järelkontrolli oleme teostanud 11 juhul ajavahemikus 1 kuust kuni 5 aastani pärast traumat. Küsitlusel selgus, et mitmetel juhtudel saavutati täielik liikuvus alles aastatega.

Heaks lugesime seisu, kui laps ei kaevanud millegi üle ja käe funktsioon oli kas täielik või painutusel-sirutusel veidi piiratud (võrreldes terve käega umbes 10°). Väline deformatsioon kas puudus või oli minimaalne (5 juhtu). Rahuldavaks hindasime tulemuse, kui esinesid kaebused käe nõrkuse, liigutuste piiratuse üle painutusel-sirutusel (võrreldes terve käega üle 10°) või esines tunduv käe deformiteet (4 juhtu). Halvaks lugesime tulemuse tunduvalt takistatud liikuvuse ja deformiteedi puhul (2 juhtu).

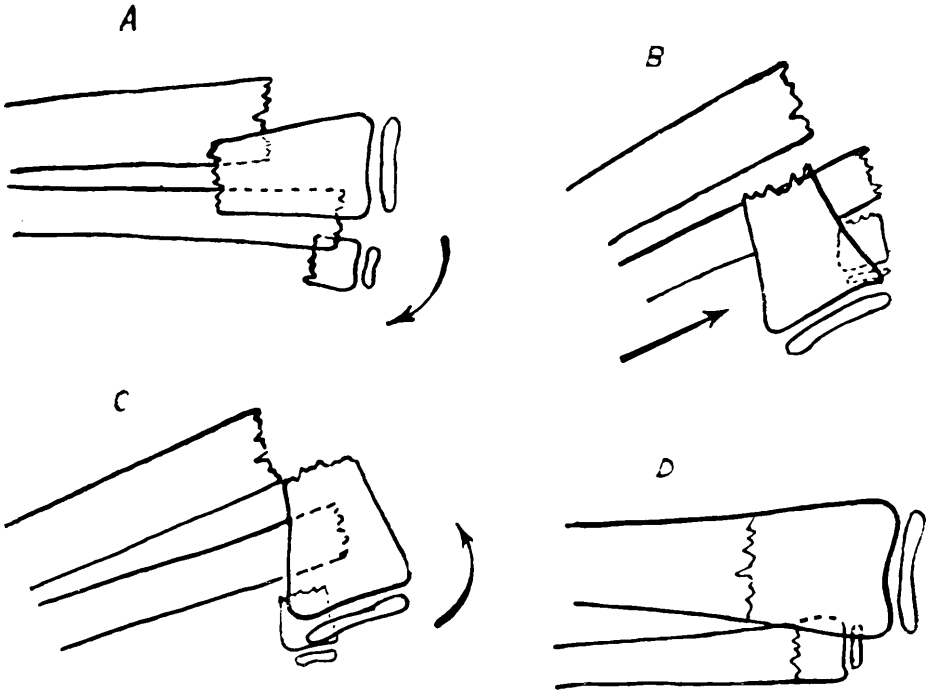
Kõikidel lastel oli käe painutamine takistatud, sirutamine aga oli maksimaalne.

Hea ravitulemuse saime juhtudel, kus reponeerimine õnnestus esimesel korral, ja *eminentia capitata* epifüsiolüüsi korduval reponeerimisel; fraktuuride korduva reponeerimise puhul saime rahuldava või halva tulemuse.

Küünarvarre luude murruga viibis ravil 20 last. Luumurdude lokalisatsiooni järgi esines 1) kodarluu keskmise kolmandiku murde — 2; 2) kodarluu ja küünarluu epifüsiolüüsi murde — 1; 3) kodarluu pähiku murde — 1; 4) kodarluu pähiku ja küünarnuki murde — 1; 5) küünarnuki ja varesenokkjätke murde — 1; 6) kodarluu ja küünarluu murde keskmises kolmandikus — 12; 7) murde kodarluu ja küünarluu metafüüsi osas — 4.

Antud murduderühma juures torkab silma laste suhteliselt vanem iga. Kõik küünarluu murruga lapsed saabusid ravile esimestel tundidel pärast traumat. Kodarluu ja küünarluu fraktuuri puhul oli küünarluu murdunud tavaliselt madalamalt kui kodarluu. Välisvaatlusel täheldati küünarvarre keskmise ja alumise kolmandiku murdudel tugevat deformatsiooni, mis on tingitud fragmentide nihkumisest nurga all palmaarsele. Küünarvarre keskosa fraktuuridega kaasnes kahel juhul *n. medianus*'e vigastus.

R a v i. Fragmentide dislotseerumisel reponeeriti need kohe, kasutades venitust piki luutelge ja korrigeerides fragmente murru kohal. Reponeerimist nurga all, nagu seda tehakse Moskva ja Leningradi lastehaiglate kirurgia osakondades, me kasutanud ei ole. Kuna eespool toodud meetod annab häid tulemusi kodarluu ja küünarluu ristmurru puhul fragmentide nihkumisega *ad longitudinem*, toome ära selle kirjelduse (vt. joonis).



Käsivarreluude murdude reponeerimise skeem

Reponeeritakse narkoosi all röntgenoloogilise kontrollimisega. Kirurg haarab jäseme nii, et parema käe sõrmed asuvad murru kohast distaalsemal, vasema omad proksimaalsemal. Pöial asetatakse käsivarre sellele poolele, kuhu on nihkunud distaalne fragment, nii et pöial ühtiks murru joonega. Pöial, mis surub distaalsele fragmendile, asetatakse nüri- või täisnurga all proksimaalse fragmendi suhtes (B). Seejärel lähendatakse pöidlaga surudes fragmendid üksteisele (C). Niipea kui on saavutatud fragmentide kontakt, reponeeruvad mõlemad luud sujuvalt (3).

Anesteesiana kasutati peamiselt 2%-list novokaiinilahust. Kuigi enamik lastekirurge (1, 5, 11) ei soovita kasutada tsirkulaarset kipsmähist, oleme meie seda enamikel juhtudel teinud. Ainult üksikjuhtudel oleme fikseerinud kipslongettsidemega. Kipsmähis asetati sõrmedest kuni õlavarre ülemise kolmandikuni, kusjuures küünarliiges on painutatud täisnurga all ja randmeliiges on kerges dorsaalfleksioonis. Labakäsi fikseeriti keskseisus. Järgnevatel päevadel jälgiti hoolikalt, kas sõrmedel ei teki turset ega tsüanoosi; selle esinemisel lõigati kips pikisuunas lahti. Tüsistusi tsirkulaarse kipsi kasutamisest meil pole esinenud.

Kui esmakordne reponeerimine ei õnnestunud, teostati see järgneval päeval teistkordselt. Kui ka teine reponeerimine oli ebaedukas, reponeeriti hiljem, kui luufragmendid olid juba sidekoeliselt fikseerunud, või tehti operatsioon. Seega oleme operatiivset ravi rakendanud

põhiliselt repositsiooni ebaedukuse korral ja peamiselt lastel pärast 12. eluaastat, mil tekkinud deformiteedid likvideeruvad iseeneslikult juba halvemini (7). Põhiliselt oleme osteosünteesi puhul kasutanud intramedullaarselt sisseviidud Kirschneri traati ja fikseerinud järgnevalt käe kipsmähisega. Üksikjuhtudel oleme kasutanud ka verist reponeerimist. Operatiivse ravi tulemused on kõikidel juhtudel, nii anatoomiliselt kui funktsionaalselt, osutunud headeks. Ühel juhul tekkis 5 kuu möödumisel refraktuur, mida võimaldas naela paindumine. Reponeerimise järel fikseeris intramedullaarselt viidud nael luufragmendid endiselt hästi.

Fiksatsiooni kestus erinevate kirurgide poolt soovitatuna kõigub 2—4 nädalani (11, 12). Meil fikseeriti käsi 4—6 nädalaks.

Kliinilisel järelravil on viibinud $^1/_3$ lastest. Neil rakendati ravikehakultuuri, massaaži, vanne. $^2/_3$ lastest eemaldati kips polikliinikus ja nende järelravi on olnud juhusliku iseloomuga. Järelkontroll tehti 18 lapsel. Selgus, et funktsiooni taastumine on kõigil olnud pikaajaline.

Ravitulemus loeti heaks, kui kaebused puudusid, käe funktsioon oli täielik ja väline deformatsioon kas puudus või oli minimaalne (13 last, neist 4-l esines minimaalne käe deformatsioon, mis seisnes kerges *varus*-seisus käe ettesirutusel).

Tulemus loeti rahuldavaks, kui funktsioon oli olemas, kuid pikemaajalisel ja raskemal tööl muutus käsi jõuetuks, põhjustades valu. Väline deformatsioon oli kas olemas või puudus (2 last, ühel neist oli seis anatoomiliselt väga hea).

Halvaks loeti ravitulemus kaebuste, funktsiooni häire ja käe deformatsiooni puhul (3 last). Kaugtulemused olid halvad kodarluu pähiku fraktuuride korral, kui repositsioon oli ebaedukas ja vanemad keeldusid operatiivsest ravist. On huvitav märkida, et ühel 8-aastasel tütarlapsel puudus pärast murdu kolme aasta vältel nii supinatsioon kui pronatsioon, 3 aastat pärast luumurret alustati ravikehakultuuriga, mille mõjul pronatsioon taastus. Supinatsioon puudus ka 5 aastat pärast traumat.

Järeldused

1. Laste ülajäseme fraktuuride puhul peaks jääma põhiliseks konservatiivne ravi.
2. Liigesesiseste ja liigeselähedaste fraktuuride korduv reponeerimine ei ole soovitatav.
3. Ei tohi jätta halbu anatoomilisi seise, lootes nende paranemisele kasvuprotsessis, sest vaatamata paranevale anatoomilisele seisule jäävad sageli väiksemad või suuremad funktsioonihäired.
4. Anatoomiliselt halbade seisude puhul tuleb kasutada laialdasemalt operatiivset ravi, valides operatsioonimeetodi vastavalt eale.
5. Järelravina on vaja ulatuslikumalt rakendada ravikehakultuuri, millega on võimalik saavutada tunduvat funktsiooni taastumist ka anatoomiliselt halbade seisude korral.

KIRJANDUS

1. Александров А. Г. Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, 155—161. — 2. Александров А. Г. Хирургия, 1958, 8, 80—87. — 3. Баиров Г. А. Вопросы хирургии детского возраста. Л., 1959, 118—120. — 4. Баиров Г. А. Переломы в области локтевого сустава у детей. Л., 1960. — 5. Дамье Н. Г. Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, 121—128. — 6. Дворкин А. М., Левашова Е. А. Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, 58—70. — 7. Громов И. В. Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, 140—145. — 8. Гуревич В. Т. Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, 146—149. — 9. Мир-Касишмов М. М. Лечение переломов обеих костей предплечья у детей. Баку, 1960. — 10. Мосешвили Г. В.

Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, 150—154. — 11. Терновский С. Д. Вопросы травматологии и ортопедии детского возраста. М., 1958, 129—133. — 12. Ван Сю-Чжун. Диафизарные переломы костей предплечья у детей, их лечение и отдаленные результаты. М., 1959. — 13. Hecker, W. C. Monatsschr. Unfallheilkunde, 1957, 8, 245—250. — 14. Laurence, W. Brit. J. of Surg., 1956, 44, 184, 143—147.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

М. Сепп

Резюме

На основании анализа лечения и отдаленных результатов переломов ключицы и верхних конечностей у 60 детей мы пришли к следующим выводам.

При переломах верхних конечностей у детей основным должно быть консервативное лечение. Повторная репозиция внутрисуставных и околосуставных переломов нежелательно.

При плохом смещении отломков костей не следует надеяться на исправление дефектов в процессе дальнейшего роста организма. Несмотря на улучшение состояния детей все же функциональные расстройства в меньшей или большей степени остаются.

При плохом смещении отломков необходимо шире применять методы оперативного лечения соответственно возрасту ребенка.

Рекомендуется также применять лечебную физкультуру, что способствует восстановлению поврежденных конечностей.

UROGENITAALELUNDITE TUBERKULOOSIST

H. MERILA

(Tallinna Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *E. Kama*)

Urogenitaalelundite tuberkuloosi ei saa käsitleda isoleeritult organismi üldisest tuberkuloossest kahjustusest. See võib tekkida samaaegselt teiste elundite tuberkuloosiga esmasinfektsioonina, organismi sekundaarsel infitseerumisel või haigusprotsessi ägenemisel vanas tuberkuloosikoldes.

Urogenitaalelundite tuberkuloosi esineb võrdlemisi sageli. Patoloogilis-anatoomiliste andmete järgi esineb see tuberkuloosivorm 1—2% kõikidest lahatuist. Kopsutuberkuloosi surnute lahanguil esineb neerutuberkuloosi aga 8—10%, kusjuures 5% juhtudest kaugelearenenud vormidena (1). Kõigist urogenitaalsüsteemi kirurgiliselt ravitavatest haigustest on tuberkuloos esinemise sageduselt II kohal (esimesel kohal on neerukivitõbi). Siinjuures vajab märkimist, et kuigi on mõeldav üksikute urogenitaalelundite isoleeritud haigestumine, tuleb alati silmas pidada, et enamikel juhtudel on tegemist kogu elundkonna haigusega ja ühe elundi haigestumisel tuleb täpsemalt uurida kogu urogenitaalsüsteemi.

Urogenitaalelundite tuberkuloosi diagnoosimine on kaasaja kliinikus veel puudulik, eriti varaste vormide puhul. Lahangu andmeil jääb isegi kaugelearenenud, kavernoossetest neerutuberkuloosi juhtudest 72,7% haige eluajal diagnoosimata (1).

See on tingitud ühelt poolt vähestest sümptoomidest ja haiguse latentsest kulust, teiselt poolt aga asjaolust, et enamik arste ei osuta küllaldast tähelepanu selle haigusvormi kliinilistele avaldustele ning alahindavad protsessi raskust. Kogu arstkond peab olema tuttav urogenitaalelundite tuberkuloosi varaste sümptoomide, kulu ja raviga. Ainult siis on võimalik selle raske haiguse varane diagnoosimine ja ravi-

Näide 1. Naishaige R., 31 a. vana. Alates 1957. a. sagedased tugevad koolikalaadsed valud vasemal allkõhus, millega kaasneb sagenenud (valutu) urineerimine. Valuhoogude vaheajal urineerimine normaalne.

1958. a. halvenes enesetunne järsult, tekkis unetus, isutus. Uriinis avastati suurel hulgal leukotsüüte, valku 0,06 mg%, SR — 25 mm/t. Tsüstoskoopiliselt esines turse vasema ureeteri ava ümber. Uriin väljus ureeterite avadest ühtlaselt, rütmiliselt. Raviks määrati kollargooli instillatsioonid 10 päeva jooksul. Kehatemperatuuri järskude tõusude tõttu kahtlustati malaariat, uurimise tulemused aga olid negatiivsed. Uroloogiline jälgimine katkes. 18 IV — 9. V 1958. viibis patsient haiglaravil Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haigla siseosakonnas (haiguslugu nr. 2042). Uriinimuutuste alusel diagnoositi *pyelocystitis chronica*. Haiglast lahkumisel oli uriinis leukotsüüte 12—14—7 ühes vaateväljas, SR 33 mm/t. Paranemist ei täheldatud.

Haige pöördus korduvalt arstide poole. Uriini analüüsides esines pidevalt 6—8—12 leukotsüüti vaateväljas, kuid tõsisemaid järeldusi sellest ei tehtud. Otse vastupidi — alaliste kaebuste tõttu tituleeriti haige lõpuks neurasteenikuks. Igasugune jälgimine ja ravi katkes kuni 31. V 1960. a., mil haige pöördus omal algatusel uroloogi poole, sest 4—5 korda ööpäevas esinevad valud muutusid talumatuteks. Kromotsüstoskoopia (ambulatoorselt): tugev bulloosne turse ja hüpereemia haarab kogu vasema ureeteri ava piirkonna, meenutades tuumorit, indigokarmiin eritub paremast kusejuhast 4. minutil, vasemast paiskub (ebarütmiliselt läbi tursunud kusejuha ava) alles 15 minuti möödumisel põide hägust vedelikku.

Patsient suunati Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haigla uroloogia osakonda (haiguslugu 1624, 1960. a.), kus avastati vasema neeru kaugelearenenud tuberkuloos keskmise ja alumise karika täieliku destruktsiooniga. BK uriinis positiivne.

Näide 2. Naishaige M., 34 a. vana, elukutselt arst (terapeut). Umbes 1946. a. hakkas tundma valulikkust urineerimisel ja aeg-ajalt ebamääraseid valusid ristluudes. Uroloogilisele uurimisele pöördus alles 1959. a., mil diagnoositi difuusset ultseroosset tsüstiiti ja mõlema neeru funktsiooni langust. Tuberkuloosikahtluse tõttu tehti haigele ettepanek jääda haiglasse. Patsient keeldus ja jätkas töötamist, vaatamata süvenevatele üldintoksikatsiooni- ja põie haiguslikele nähtudele. 1960. a. märtsis teostasime kromotsüstoskoopia. Põie limaskestal, eriti vasema ureeteri ava ümber hüpereemilisel limaskestal leidus hulgaliselt valkjaid hirsiteraolisi tuberkleid. Vähemal määral esines kirjeldatud muutusi ka paremal. Indigokarmiin eritus paremast kusejuhast 7. minutil nõrgalt ja vasemast kusejuhast 9. minutil pideva nõrga joana. Uriini analüüsis oli vaateväljas 20—25 leukotsüüti, kohati isegi sadadena kogumikes. Uriini külv banaalsele mikrofloorale oli negatiivne. Haige ei nõustunud ka nüüd veel hospitaliseerimisega ja ainult kolleegide pealekäimisel õnnestus tal teha retrograadne püelogramm bilateraalselt, kusjuures avastati mõlema neeruvaagna tugev destruktsioon. Uriini analüüs — BK + (hulgaliselt).

Neerutuberkuloos levib enamasti hematogeenselt, lümfogeenset levikut esineb harvem. Astsendeeruv ehk urinogeenne levik võib toimuda ainult erandjuhtudel (sekundaarselt, juba väljakujunenud raskete põienähtude tagajärjel).

Enamik autoreid on siiani pidanud neerutuberkuloosi sekundaarseks infektsiooniks. A. Majants (1), C. Alken (7) jt. näitavad seevastu, et paljudel juhtudel infitseerub neerukude primaarselt, samaaegselt teiste elundite hematogeense nakatumisega; et neerukoes on tingimused tuberkuloosikepikeste arenguks ebasoodsad, kujuneb haigus kliiniliselt välja 3—4 aastat hiljem kui kopsutuberkuloos. Võib lugeda tõestatuks, et alati infitseeruvad mõlemad neerud üheaegselt. Immunobioloogiliste erinevuste tõttu kujuneb aga ühes neerus protsess täielikult välja, jäädes teises samaaegselt latentsesse faasi või isegi taandarenedes [C. Alken (7)].

Tuberkuloosipisikud tungivad eelkõige neeru koorollusesse kui kõige rohkem vaskuleeritud piirkonda. Tekivad tuberklid. Siit areneb protsess edasi säsiolluse suunas, kus tingimused tuberkuloosikepikeste arenguks on soodsamad. Tuberklites tekib kaseoosne lagunemine ja moodustuvad väikesed kavernid. Selle perioodini haigus kliiniliselt ei avaldu. Alles siis, kui mikrokavernid avanevad haavanditena neeruvaagnasse, ilmnevad esimesed muutused uriinis — püüuria.

Kaugelearenenud neerutuberkuloosi kliinik on küllalt iseloomulik ja diagnostilisi raskusi siin ei tohiks olla, kui selle haigusvormi esinemisvõimalusele sagedamini mõelda. Eriti vähe arvestatakse neerutuberku-

loosi esinemisvõimalust ekstrarenaalse lokalisatsiooniga tuberkuloosi põdevatel haigetel, kes saavad antibakteriaalset ravi.

Huvitavad on selles suhtes V. Tkatšuki (3) uurimused. Tema poolt jälgitud neeru- ja kopsutuberkuloosi samaaegselt põdevatest haigetest (arvult 92) esines põiega seotud kaebusi ainult 57,6% (varem peeti põie haiguslikke nähte neerutuberkuloosi diagnoosimisel obligatoorseks). Ülejäänud 42,4% haigeist kulges haigus subjektiivselt täiesti sümptoomideta, kuigi nendest 42,4%-st (üldse 39 juhtu) esinès 10 juhul kahepoolne neerutuberkuloos ja 14 juhul tuberkuloosne püonefroos või kaseoos-kavernoosne neerutuberkuloos. Need andmed on tõsiseks hoiatuseks.

Praktiliselt võib öelda, et ilma püuuriata ei ole neerutuberkuloosi. Leukotsüütide arv uriinis ei tarvitse seejuures olla eriti kõrge. Antibakteriaalsete preparaatidega ravitud haigeil võib püuuria olla minimaalne ka kaugelearenenud protsessi korral. Üldse ei kehti kindlat sõltuvust protsessi raskuse ja püuuria intensiivsuse vahel.

Väga oluline on tuberkuloosikepikese avastamine uriinis, milleks on vaja korduvaid bakterioloogilisi uurimisi. Profuusne hematuuria esineb neerutuberkuloosi puhul umbes 25% juhtudest ja võib sageli olla ainsaks sümptoomiks, eriti varajastel vormidel.

Näide 3. Meeshaige S., 45 a. vana, pöördus esmakordselt Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haigla Polikliiniku uroloogia kabinetti 1960. a. veebruaris tugeva põieverejooksu tõttu (urineeris «verd» iga $^1/_4$—$^1/_9$ t. järel). Haigeks loeb ennast kolm kuud. Objektiivselt on võimalik palpeerida vasema neeru alumist, valulikku poolust. Prostata kergelt suurenenud, ebaühtlaselt tihenenud, valulik. Välissuguelundid patoloogilise leiuta. Kromotsüstoskoopia: väljuv uriin intensiivselt punane. Põiemaht 75 ccm. Põie puhtaks loputamine on praktiliselt võimatu, seetõttu jääb ainult ebamäärane ettekujutus, et kogu vasakpoolne põielimaskest on haaratud tugevatest ultseroossetest muutustest. Indigokarmiini 10 minuti vältel põies sedastada ei saa. BK uriinis negatiivne.

Patsient hospitaliseeriti Tallinna Linna Kalinini Rajooni Haiglasse 5. III 1960. a. (haiguslugu 532). Kompleksse uroloogilisel uurimisel avastati vasema neeru tuberkuloosne püonefroos, ultseroosne tuberkuloosne tsüstiit ja krooniline tuberkuloosne prostatiit. Krooniline ureemia.

Haige oli aastaid Tallinna Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris arvel kopsutuberkuloosiga ja kustutati arvelt tervenenuna 3 a. enne põieverejooksu ilmnemist.

Mis puutub tsüstoskoopilisesse pilti, siis on tuberkuloosile iseloomulikud ainult tuberklid ja nende värske haavandumine. Enamikel juhtudel näeme aga ebatüüpilist koldelist või difuusset hüpereemiat, mistõttu tuleks pidada reegliks, et iga krooniline tsüstiit, samuti iga krooniline püeliit või sümptoomideta kulgev püuuria on tuberkuloosikahtlane ja vajab uurimist.

Näide 4. Naishaige T., 65 a. vana, 20 aastat tagasi haigestus «neerupõletikku». Alates 1955. a. olemas ambulatoorne kaart, millest nähtub, et kuni 1957. aastani diagnoositi haigel kroonilist püeliiti perioodiliste ägenemistega (mingeid uurimisi peale uriini analüüsi teostatud ei ole). Uriinis esines pidevalt 15—30—50 leukotsüüti vaateväljas. 1957. a. suunati patsient Tallinna Kalinini Rajooni Haiglasse (haiguslugu 2472) äärmiselt raskes septilises seisundis, tugevate valudega neerudes ja põies, temperatuur kõrge. Neerude funktsioon langenud (Zimnitski proov 1007—1011). Jääklämmastik veres 50,4 mg%. Kromotsüstoskoopia: difuusne põielimaskesta hüpereemia. Indigokarmiini vasakust kusejuhast ei eritu, paremast nõrgalt 6. minutil, BK uriinis +. Vasema neeru talitlust ei olnud võimalik sedastada ka urogrammil. Püelograafia ei olnud võimalik raskete põienähtude tõttu. Vasema neeru röntgeniülesvõttel esineb kaks tüüpilist tuberkuloosset lubikollet. Diagnoos: *pyelocystitis tuberculosae dext. et pyonephrosis tuberculosa sin.*

Antibakteriaalne ravi ei väldi neerutuberkuloosi teket, see võib viia ainult aeglaselt kulgeva, ebatüüpilise kliinilise pildi väljakujunemisele. Seega tuleks ekstrarenaalse tuberkuloosi haigeil tingimata teostada uroloogilisi uurimusi, isegi siis kui haige ei esita mingisuguseid kaebusi urogenitaalelundite suhtes. Kõige tähtsam on muidugi uriini uurimine. Haige uriini iseloomustab hapu reaktsioon, albuminuuria (0,03—0,5‰ ja enam), tuberkuloosikepikeste leid ja püuuria (patoloogiaks loetakse täiskasvanuil juba üle 8 leukotsüüdi esinemist mikroskoobi ühes vaateväljas ja lastel üle 5).

Näide 5. Naishaige A., 30 a. vana, 15 a. tagasi põdenud hematogeenset disseminеerunud kopsutuberkuloosi, oli arvel Tallinna Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris. Spetsiifilisel ravil kopsuseisund paranes ja 8 a. tagasi haige kustutati arvelt. Pikkamööda üldseisund halvenes uuesti — tekkisid väsimus, isutus, unetus. Samal ajal haige välimus õitsev. Patsient pöördus tuberkuloositõrje dispanserisse. Kopsunähtude ägenemist ei sedastatud. Muid uurimisi ei tehtud.

Pärast sünnitust 4 a. tagasi halvenes subjektiivne seisund järsult. Tekkisid ebamäärased valud nimmepiirkonnas ja ristluudes, eriti paremal. Korduvad pöördumised tuberkuloosi dispanserisse lõppesid iga kord ainult kopsude röntgenikontrolliga. Alles 1959.—1960. a. tekkinud tsüstiidinähtude tõttu pöördus patsient omal algatusel uroloogi poole. Uriini analüüsis esines rohkesti leukotsüüte; valku 0,06‰, erütrotsüüte 1—0—2 vaateväljas, SR 26 mm/t. Kromotsüstoskoopia: limaskest parema ureeteri ava ümber hüpereemiline, selle taustal 3 ebaühtlaste servadega haavandit. Mujal oli limaskest normaalne. Indigokarmiin eritus vasemast kusejuhast 5. minutil, paremast 9. minutil nõrgalt. BK uriinis pidevalt negatiivne. Püelogrammil sedastati neeruvaagna destruktsioon, alumine karikas puudus täielikult.

Kõigil, ükskõik millise lokalisatsiooniga tuberkuloosi haigeil tuleb regulaarselt kontrollida uriini (vähemalt üks kord kuus, statsionaarseil haigeil aga üks kord nädalas). Täpsemateks uurimismeetoditeks on röntgeniuuringud, neerude kateteriseerimine ja eraldi kogutud uriini uurimine, kromotsüstoskoopia jne., mida käesolevas töös ei käsitleta.

Meestel kaasub neerutuberkuloosile 50% juhtudest genitaalelundite tuberkuloos (5). Tuberkuloosi leviku suhtes meeste genitaalides on autorite arvamused lahkuminevad. Üldiselt loetakse, et genitaalelundite tuberkuloos võib levida nii astsendeeruvalt kui ka destsendeeruvalt, nii hemato- ja lümfogeenselt kui ka kanalikulaarselt. Kliiniliselt avaldub kõige enne munandimanuse kahjustus. Kuid tuleb meeles pidada, et vaagnasiseste genitaalelundite kahjustus võib esineda juba tunduvalt varem ja jääda märkamatuks ainult sümptomaatika vaesuse tõttu. Testise kahjustumine muutub seda tõenäolisemaks, mida kauem esineb ravimata epididümiit. Testise haigestumine ei too esile mingeid lisasümptoome, kuid võib põhjustada sugulise funktsiooni langust.

Genitaalelundite tuberkuloosi haigeil tuleb pöörata erilist tähelepanu mäda esinemisele uriinis. See võib küll pärineda ka suguelundeist, kuid kunagi ei tohi unustada neerutuberkuloosi. Kromotsüstoskoopia ja neeru kateterisatsiooni meetodil tuleb igal püuuria juhul veenduda neerude seisundis, kahtluse korral aga teostada täielik uroloogiline uurimine. Igal juhul ei tohi genitaalelundite tuberkuloosi haigeid käsitleda «kergete» haigetena, sest siingi, nagu kõigil tuberkuloosijuhtudel, on tegemist ainult üldtuberkuloosi ühe avaldusvormiga. Neid haigeid tuleb ravida sama hoolikalt kui kõiki teisi tuberkuloosihaigeid.

Ravi urogenitaalelundite tuberkuloosi puhul on nii konservatiivne kui ka operatiivne. Kui enne streptomütsiini kasutusele võtmist loeti neerutuberkuloosi eranditult kirurgiliselt ravitavaks haiguseks, siis nüüd on pearaskus kaldunud konservatiivsele ravile. Streptomütsiin on kõige aktiivsem antibiootikum tuberkuloosi puhul, kuid selle toime avaldub ainult õige ravimetoodika korral.

Esimeseks nõudeks on määrata ravimit küllaldastes annustes. 30—60 g ravikuuriks, nagu on saanud enamik Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanserisse konsultatsiooniks suunatud haigeid, ei ole küllaldane. Esimeseks ravikuuriks kasutatav ravimihulk ei tohiks olla alla 120 g.

Teiseks tuleb streptomütsiini manustada intramuskulaarselt. Lokaalne manustamine on väheefektiivne.

Kolmandaks — streptomütsiini tuleb tingimata kasutada kombinatsioonis teiste antituberkuloossete preparaatidega (PAS, ftivasiid, tiboon jt.). See pikendab streptomütsiinikindlate tuberkuloosikepikeste tüvede väljakujunemist ja tugevdab iga üksiku ravimi toimet. Kombineeritud ravi peab olema pidev ja kestma pikka aega (esmastel juhtudel mitte alla aasta, kuid soovitud tulemuste puudumisel ka 2—3 aastat ja enam). Eriti järjekindel peab olema kahepoolse tuberkuloosiprotsessi ravimisel.

Spetsiifilist antibakteriaalset ravi tuleb tüsistuste vältimiseks kombineerida üld- ja vitamiinraviga — B_6-, B_1-, C- ja D_2-vitamiinid.

Suur tähtsus on klimaatilisel ravil. Soojades kuivades kliimarajoonides kulgeb urogenitaalelundite tuberkuloos kergemini, selle progresseerumine aeglustub. Lisandub veel positiivselt toimiv sanitaar-hügieeniline režiim. NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga 1. juunist 1960. a. kehtestati tuberkuloosihaigetele individuaalsed sanatooriumis viibimise ajad (mitte alla kahe kuu). Eesti NSV-le on eraldatud spetsiaalsetes urogenitaalelundite tuberkuloosi sanatooriumides Krimmi lõunarannikul ja Baškiiri ANSV-s 7 kohta pidevaks kasutamiseks. Kahtlemata ei suuda need veel rahuldada kogu Eesti NSV vajadusi ja seetõttu oleks väga otstarbekohane rajada vabariigi piirides asuvate tuberkuloosisanatooriumide juurde spetsiaalsed urogenitaalelundite tuberkuloosi osakonnad, nagu seda Tšehhoslovakkias laialdaselt praktiseeritakse [E. Zeman (4)]. Ambulatoorne antibakteriaalne ravi ei anna kunagi nii häid tulemusi kui spetsiifiline ravi sanatooriumis või haiglas.

Dieetravist märgiksime niipalju, et nimetatud haiged vajavad eriti täisväärtuslikku ja mitmekesist toitu (ainult teravamaitselistest toiduainetest tuleb loobuda, sest need ärritavad neeruepiteeli). Täiesti põhjendamatu on vedeliku piiramine, soola- ja valguvaba toidu tarvitamine, kui neerude summaarne funktsioon ei ole langenud.

Operatiivne ravi on näidustatud raskete ühepoolsete neerukahjustuste korral, vaatamata medikamentoossele ravile progresseeruvatel juhtudel, püonefroosi puhul ja kõigil neerufunktsiooni lakkamise juhtudel. Erinevalt neerutuberkuloosist on tuberkuloosse epididümiidi ravi peamiselt operatiivne. Igale operatsioonile peab kaasnema spetsiifiline eel- ja järelravi.

KIRJANDUS

1. Маянц А. П. Туберкулез мочеполовой системы. М., 1954. — 2. Портной А. С. Урология, 1960, 4, 66—71. — 3. Ткачук В. Н. Урология, 1960, 4, 11—16. — 4. Земан Э. Урология, 1960, 1, 35—39. — 5. Wechsler, H., Westfall, M., Lattimer, I. K. Ref. Мед. реф. ж., 1961, 2, разд. IV, 104. — 6. Lattimer, I. K. Туберкулез единственной почки (Journ. of. Urol., 1959, v. 81, N. 3, p. 379—381. Ref.: Урология, 1960, 1, 88. — 7. Alken, C. E. Leitfaden der Urologie. Stuttgart, 1955.

ТУБЕРКУЛЕЗ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Х. Мерила

Резюме

При любой локализации туберкулеза надо рассматривать его как общее заболевание всего организма и обследовать больного всесторонне, а не только отдельные органы или системы.

Туберкулез урогенитальных органов протекает в начальных стадиях практически бессимптомно и поэтому надо особое внимание обращать на его первый объективный симптом — пиурию (8 лейкоцитов в поле зрения у взрослых и 5 — у детей считается уже патологией).

Учитывая атипичное течение туберкулеза урогенитальных органов у легочных, костнотуберкулезных и других больных, необходимо подвергать урологическому обследованию всех больных с любой экстраренальной локализацией туберкулеза, если имеются малейшие изменения в моче, даже при полном отсутствии субъективных жалоб. Крайне важно систематически проводить анализ мочи у больных туберкулезом (не реже одного раза в месяц у амбулаторных и один раз в неделю — у стационарных больных).

Лечение туберкулеза урогенитальных органов должно быть комбинированным — консервативное, хирургическое, санаторное и др. Продолжительность лечения 1—2 года и больше.

Антибактериальное лечение стрептомицином следует применять обязательно в комбинации с другими антибактериальными и химиопрепаратами, внутримышечно и в достаточной дозировке (не менее 120 граммов на первый курс лечения). Применяемые 30 и 60-граммовые курсы явно недостаточны.

NAKATUMISVÕIMALUSTEST TRIHHOMONIAASI VEEVARUSTUSE VEE, UJULATE JA SAUNADE KAUDU

Arstiteaduse kandidaat *J. TERAS* ja *U. NIGESEN*
(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski)*

Erinevate autorite andmeil on urogenitaaltrakti trihhomoniaas elanikkonna hulgas laialdaselt levinud. Trihhomoniaasi leviku üheks peamiseks põhjuseks võib pidada asjaolu, et tänini ei ole veel rakendatud küllaldasi abinõusid selle infektsiooni leviku pidurdamiseks. Enamikul juhtudest piirdutakse ainult urogenitaaltrakti trihhomoniaasi põdevate haigete ravimisega, jättes kahe silma vahele infektsiooniallikate väljaselgitamise ja ka reinfektsioonide vältimise. Paljud arstid ja ka tervishoiuorganisaatorid käsitlevad trihhomoniaasi epidemioloogiat endiselt kui hügieeniprobleemi. Tavaliselt viidatakse seejuures kirjanduses leiduvatele andmetele, mille kohaselt trihhomoniaas võib levida vee, saunapinkide, toiduainete ja isegi kärbeste kaudu (3, 4, 7, 13 jt.).

Olgugi, et juba ammu on selgunud selliste kontseptsioonide ekslikkus (8, 12, 14, 16, 17 jt.), võib nimetatud levikuteede kirjeldusi leida kuni viimase ajani nii teaduslikkude (1, 3, 6, 7) kui ka massilise tiraažiga populaarteaduslikkude trükiste veergudel (ajakirjad «Zdorovje», «Krestjanka» jt.).

Lähtudes ülaltoodust oli käesoleva töö ülesandeks trihhomoniaasi epidemioloogia kompleksse uurimise huvides selgitada selle infektsiooni leviku võimalusi Tallinna veevarustuse vee, ujulate ja saunade kaudu.

Metoodika

Tallinna veevarustuse vett uurisime erinevatel aastaaegadel kokku kolmel korral. Kohe pärast vee võtmist määrasime selle temperatuuri ja pH. Seejärel tsentrifugeerisime 100 ml vett 15 minuti jooksul (1500 pööret minutis). Tsentrifugeerimisel saadud sademest valmistasime natiivpreparaadid mikroskoopiliseks uurimiseks. Samal ajal külvasime sademe ka TV-1-söötmesse (10), mis sisaldas 1000 TU penitsilliini ja samal hulgal streptomütsiini 1 ml söötme kohta. Pärast külve paigutasime söötmed termostaati, mille temperatuur oli 37°C. Vaatluse tulemused registreeriti iga 24 tunni järel.

Et selgitada urogenitaaltrakti trihhomoniaasi leviku võimalusi ujulate vee kaudu, uurisime 1959. a. juulikuus Tallinna Mererajooni Spordikooli eelsoojendusega välisujulate (arvult 2), Vabariikliku Spordiklubi Tallinna siseujula ja Turba (Keila rajoon) turbatööstuse jahutusveega välisujula vett. Sama aasta detsembrikuus uurisime Vabariikliku Tallinna Spordiklubi siseujula vett ka teistkordselt.

Vete tsentrifugeerimisel saadud sademest valmistasime natiivpreparaadi mikroskoopiliseks uurimiseks. Kulturaalseks uurimiseks külvasime sademe 2000 TÜ penitsilliini ja sama hulka streptomütsiini ühe milliliitri kohta sisaldavasse TV-1-söötmesse.

Pärast vee tsentrifugeerimisel saadud sademe mikroskoopilist ja kulturaalset uurimist määrasime eksperimentaalselt kindlaks ka *T. vaginalis*'e eluvõime nii Tallinna veevarustuse kui ka ujulate vetes. Selleks valasime igasse steriilsesse tsentrifuugi-katsutisse 9 ml uuringuteks võetud vett, kuhu inokuleerisime 0,1 ml *T. vaginalis*'e puhaskultuuri tihedusega 3 miljonit alglooma ühes milliliitris. Katseteks vajalikkude *T. vaginalis*'e puhaskultuuride saamiseks kasutasime J. Terase poolt soovitatud metoodikat (10).

Vee tsentrifuugisime algul iga minuti ja alates kümnest minutist iga 10—15 minuti järel pärast *T. vaginalis*'e puhaskultuuride inokuleerimist uuritavasse vette. Seejärel külvasime tsentrifugeerimisel tekkinud sademe, mis sisaldas 100—2000 TÜ penitsilliini ja sama palju streptomütsiini 1 ml kohta, TV-1-söötmesse. Samaaegselt valmistasime sademest ka natiivpreparaadid mikroskoopiliseks uurimiseks. Samuti nagu veekülvid, paigutasime ka infitseeritud vetest tehtud külvid termostaati (temperatuur 37°C).

Selleks et selgitada kirjanduses leiduvate andmete tõepärasust naiste nakatumise võimaluste kohta urogenitaaltrakti trihhomoniaasi saunapinkide kaudu, uurisime Tallinna kümne sauna naisteosakondade saunapinkidelt saadud materjali. Uurimismaterjali võtsime järgmiselt: saunade maksimaalse koormuse tundidel kaapisime steriilsete spaatlitega saunapinkide alumist ja pealmist pinda, suspendeeri-

des saadud materjali kohe steriilsesse, eelnevalt 37°C temperatuurini soojendatud füsioloogilisse keedusoolalahusesse.

Kohe pärast laboratooriumi jõudmist tsentrifugeerisime uuritavat materjali sisaldavat füsioloogilist keedusoolalahust 10 minuti jooksul (1500 pööret minutis). Seejärel valmistasime tsentrifugeerimisel saadud sademest natiivpreparaadid mikroskoopiliseks uurimiseks. Samal ajal külvasime sademe kolme katsutisse, mis sisaldasid 10 ml TV-1-söödet; muu mikrofloora kasvu vältimiseks lisasime 2000 TÜ penitsilliini ja samal hulgal streptomütsiini 1 ml söötme kohta.

Oma töös pidasime vajalikuks uurida ka seebi toimet *T. vaginalis*'esse *in vitro*. Selleks valmistasime Tallinna veevarustuse veega saunaseebi lahjendused 1:333, 1:500, 1:666 ja 1:1000. Iga lahjenduse valasime seitsmesse tsentrifuugi-katsutisse, igasse 9 ml. Kõikidesse katsutitesse inokuleerisime 0,1 ml *T. vaginalis*'e puhaskultuuri tihedusega 3 miljonit algloomа ühes ml-s. 5, 10, 15, 20, 25, 30 ja 50 minutit pärast trihhomoonaste inokuleerimist seebilahustesse külvasime igast katsutist tsentrifugeerimisel saadud sademe TV-1-söötmesse. Külvid paigutasime termostaati (temperatuur 37°C) ja registreerisime vaatluse tulemused iga 24 tunni järel.

Uurimistöö tulemused

Vaatamata hoolikale mikroskoopilisele uurimisele ei leidnud me ühelgi korral Tallinna veevarustuse veest valmistatud natiivpreparaatides trihhomoonaseid. Samuti osutusid negatiivseiks kõik TV-1-söötmetesse tehtud uuritava vee külvid.

Arvestades võimalust, et meie poolt saadud tulemused võisid olla juhuslikud, ei pidanud me õigeks piirduda ainult uuritava vee mikroskoopilise ja kulturaalse uurimisega. Selleks et kummutada hüpoteesid trihhomoniaasi leviku võimalustest Ülemiste järve, s. t. Tallinna veevarustuse vee kaudu, määrasime ka *T. vaginalis*'e eluvõime uuritavas vees (vt. tabel).

Tallinna veevarustuse vee toimest *trichomonas vaginalis*'ele *in vitro*

T. vaginalis'e inkubeerimise aeg	Külvide kontrollimise aeg (päevad)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	kuni 17
1 min.	Ø	+	++	+++					
2 min.	○	Ø	+	++	+++				
3 min.	○	○	Ø	+	++	+++			
4 min.	○	○	Ø	+	++	+++			
5 min.	○	○	Ø	+	++	+++			
6 min.	○	○	○	○	○	○	○	○	
7 min.	○	○	○	Ø	Ø	+	++	+++	
8 min.	○	○	○	Ø	+	++	+++		
9 min.	○	○	○	Ø	+	++	+++		
10—60 min.	kogu jälgimisperioodil negatiivne								

Inkubeeritud füsioloogilises keedusoolalahuses (pH 6,7)

10 min.	Ø	+	+++						
20 min.	Ø	+	+++						
30 min.	Ø	+	+++						
60 min.	Ø	+	++	+++					
75 min.	Ø	+	++	+++					
105 min.	Ø	+	+++						
120 min.	Ø	+	+++						
135 min.	○	Ø	+	++	+++				
150 min.	Ø	+	+++						
6 tundi	Ø	+	+++						
9 tundi	○	○	+	++	+++				
24 tundi	○	○	Ø	+	++	+++			

Märkus: ○ — *T. vaginalis*'e kasv negatiivne, Ø — üksikud liikuvad viburitega algloomad, + — tähistab algloomade paljunemise algust kultuurides, — — kasvu logaritmiline faas, +++ — kasvu maksimum.

Nagu tabelist nähtub, tekkis pärast algloomade inokuleerimist vette esimese kahe minuti jooksul tehtud külvides trihhomoonaste kasv TV-1-söötmes peaaegu samal ajal kui kontrollkatsetes füsioloogilise keedusoolalahusega. Seevastu 3—5 ja 7—9 minuti jooksul vees inkubeeritud trihhomoonaste külvamisel TV-1-söötmesse tekkis kasv juba märksa pikema viivitusastme järel, kuid ka siin, samuti nagu ühe- ja kaheminutilise inkubeerimise järel tehtud külvides, kulus kasvu algusest kuni kasvumaksimumi tekkimiseni ainult 3 päeva.

Pärast algloomade kümneminutilist ja pikemaajalist inkubeerimist uuritavas vees ei täheldanud me enam ühelgi juhul trihhomoonaste kasvu.

Samal ajal kui vette inokuleeritud trihhomoonased kaotasid paljunemisvõime ja hävisid juba kümneminutilise inkubeerimise kestel, olid need füsioloogilises keedusoolalahuses paljunemisvõimelised veel pärast 24 tundi kestnud inkubeerimist.

Arvestades asjaolu, et füsioloogilise keedusoolalahuse pH oli sama mis uuritaval veel (pH 6,7), ei saanud negatiivsed külvitulemused olla tingitud vee reaktsioonist. Samuti ei olenenud see vee temperatuurist, sest kõik katsed nii vee kui ka füsioloogilise keedusoolalahusega viisime läbi laboratooriumi temperatuuri juures (+22°C).

Jälgides vette inokuleeritud trihhomoonaseid mikroskoopiliselt natiivpreparaatides, selgus, et juba mõnekümne sekundi pärast lakkas enamiku ja kolme kuni nelja minuti järel peaaegu kõikide algloomade liikumine. Ainult üksikud trihhomoonased säilitasid veel pärast seda viburite aeglase liikumise.

Mis puutub trihhomoonaste hävimise põhjustesse, siis nii meie kui ka Ying'i (17), Weiler'i (16), Tšalaja (12) ja paljude teiste arvates tekib trihhomoonaste lüseerumine protoplasma ja vee osmootsete rõhkude vahe tõttu. Seega oleneb trihhomoonaste lüseerumise kiirus eelkõige mitmesuguste soolade ja mineraalainete kontsentratsioonist vees. Nähtavasti sellest on tingitud ka teatavad lahkuminekud kirjanduses leiduvates andmetes *T. vaginalis*'e hävimise kiiruse kohta vees. Nii leidsid Jirovec ning Peter (15), et *T. vaginalis* püsib vees eluvõimelisena 35—40 minutit, Tšalaja (12) andmeil kuni üks tund, Ying-Wu (17) katsete põhjal Elbe vees koguni 3—7,5 tundi. Küllaltki iseloomulikud on selles suhtes Teohharovi (8) poolt saadud tulemused: ta leidis, et veevarustuse vees hävib *T. vaginalis* 10—20 minuti, basseinide, niisutuskraavide, tiikide, jõgede ja järvede vees 15—50 minuti, Balti mere vees 1—1,5 tunni jooksul. Kui uuritud vetele lisati juurde NaCl kuni 0,85%-ni, pikenes trihhomoonaste eluvõime mitme tunnini.

Nähtavasti oli *T. vaginalis*'e suhteliselt kiirem hävimine meie poolt uuritud vees tingitud sellest, et Ülemiste järve vett kloreeritakse enne Tallinna veevõrku suunamist. Samuti ei saa eitada võimalust, et trihhomoonaste kiirem hävimine oli tingitud sellest, et Ülemiste järve vesi sisaldab suhteliselt vähe mineraalsooli, s. t. osmootne rõhk on madalam.

Saadud katsetulemustest selgub, et arvamus, nagu oleksid tingimused trihhomoniaasi nakatumiseks Ülemiste järve vee kaudu soodsad, ei ole millegagi põhjendatud. Seega on infitseerumine urogenitaaltrakti trihhomoniaasi Tallinnas, samuti nagu mujalgi, vee kaudu võimatu.

Me ei leidnud *T. vaginalis*'t ühelgi juhul ka meie poolt uuritud ujulate vetes. Seejuures selgus, et lisaks vee hüpotoonilisusele võib ujulate vette sattunud trihhomoonaseid kahjustada ka ebasoodus pH, mis oli meie poolt uuritud ujulates 7,3—7,64.

Määrates *T. vaginalis*'e eluvõimet meie poolt uuritud ujulate vetes, selgus, et Vabariikliku Spordiklubi Tallinna siseujula vee toimel kaotasid trihhomoonased liikuvuse ja lüseerusid peaaegu sama kiiresti kui Tallinna veevarustuse veeski. Seevastu teiste meie poolt uuritud ujulate vees toimus see märksa hiljem. Kui Spordiklubi ujula vees me 10 minutit

pärast trihhomoonaste inokuleerimist vette enam liikuvaid algloomi ei leidnud, siis Turba turbatööstuse ja Mererajooni Spordikooli ujulate vees leidsime üksikuid liikuvaid algloomi veel 30 minutit pärast nende inokuleerimist vette.

Vaatamata sellele, et ujulate vees võib *T. vaginalis* püsida meie katsetulemuste põhjal eluvõimelisena kuni 30 minuti jooksul, ei tule nakatumine trihhomoniaasi selle kaudu praktiliselt arvesse. Samal seisukohal on ka Weiler (16), Jirovec ning kaasautorid (14), Teohharov (8), Tšalaja (12) jt. Tuleb täiesti nõustuda Teohharovi arvamusega, et arvestades gonokokkide elukestust vees, mis erinevate autorite andmeil on 10—52 tundi, võiks nakatumine gonorröasse vee kaudu olla tõenäolisem kui trihhomoniaasi!

Arvestades asjaolu, et hüpotees trihhomoniaasi levikust saunapinkide kaudu on üldiselt juurdunud, uurisime oma töös ka Tallinna saunasid. Hüpotees trihhomoniaasi levikust saunapinkide kaudu on leidnud laialdast kõlapinda peamiselt seetõttu, et 1950. a. publitseeriti Jakovleva (2) andmed, kes leidis Leningradis saunapinkidele kogunenud seebi- ja saastakihis aktiivselt liikuvaid algloomi, keda ta pidas trihhomoonasteks. Vaatamata paljude saunade pinkidelt saadud materjali hoolikale mikroskoopilisele ja kulturaalsele uurimisele ei leidnud meie, samuti nagu Teohharovgi (8), saunapinkidelt võetud materjalist ühelgi juhul ei trihhomoonaseid ega ka teisi algloomi.

Seebi tugevast trihhomonatsiidsest toimest räägivad ka meie katsete tulemused. Nii ei saanud me trihhomoonaste kasvu ühelgi juhul pärast algloomade inkubeerimist seebilahjendustes 1:333—1:666. Suhteliselt nõrgem oli seebilahjenduse 1:1000 toime, kuid ka sel juhul ei tekkinud pärast 25-minutilist inkubeerimist enam trihhomoonaste kasvu TV-1-söötmes. Jälgides seebilahustesse inokuleeritud trihhomoonaseid mikroskoopiliselt natiivpreparaatides, selgus, et väiksemates lahjendustes (1:10—1:666) lakkas algloomade liikumine kiiresti, millele peatselt järgnes ka nende lagunemine.

Arvestades asjaolu, et trihhomoonaseid saunapinkidelt enne ega pärast Jakovlevat (2, 13) keegi leidnud ei ole, tekib kahtlus, kas *T. vaginalis*'e leid Jakovleva poolt oli kooskõlas selle algllooma identifitseerimiseks esitatavate taksonoomiliste nõuetega.

Käesoleva töö tulemuste põhjal võib kindlalt väita, et urogenitaaltrakti trihhomoniaasi levik vee, ujulate ja saunapinkide kaudu ei ole võimalik. Seetõttu ei ole mingit põhjust eitada urogenitaaltrakti trihhomoniaasi veneerilist iseloomu ja ignoreerida selle infektsiooni tõrjeks juba paljude autorite poolt (5, 9, 11 jt.) soovitatud võitlusvorme, mis näevad ette urogenitaaltrakti trihhomoniaasi põdevate haigete dispanseerimist ühistel alustel gonorröaga.

KIRJANDUS

1. Ашавский М. С., Шамин М. С. Урология, 1955, 2, 48—52. — 2. Протокол заседания Ленинградского акушерско-гинекологического общества 11 января 1950. Акушерство и гинекология, 1950, 5, 61—62. — 3. Радионченко А. А., Амбицкая Т. Б. В сб.: Сибирск. межобл. конференция акушеров-гинекологов, 1958, 72—73. — 4. Робачевский Г. Р. Педиатрия, 1954, 4, 67—71. — 5. Рожинский Л. М. Врачебное дело, 1948, 3, 241—245. — 6. Сидоров Н. Е., Корченкин А. М., Колесов А. П. Трихомониаз мочеполовых органов человека. М., 1959. — 7. Ташаева А. Г. Акушерство и гинекология, 1958, 3, 82—84. — 8. Теохаров Б. А. Вестн. дерматол. и венерол., 1958, 5, 53—59. — 9. Теохаров Б. А. Эпидемиология трихомониаза мочеполовых органов и вопросы патогенности влагалищных трихомонад. Диссертация на соискание ученой степени доктора мед. наук, Омск, 1958 — 10. Терас Ю. Х. Известия АН ЭССР, т. X, серия биол., 1961, 1. —11, Терас Ю. Х., Лаан И. А., Рыйгас Э. М. Тезисы докладов V Всесоюзного съезда дермато-венерологов. Ленинград, 14—19 декаб-

ря 1959, 247—248. — 12. Чалая Л. Э. Десятое совещание по паразитологическим проблемам и природноочаговым болезням, 1959, вып. 2, 265—266. — 13. Яковлева С. М. Акушерство и гинекология, 1950, 5, 61. — 14. Jirovec, O., Breindl, V., Kučera, K., Šebes, V. Zbl. Bakteriol., Parasitenkunde, Infektionskrh., 1942, 148, 338—358. — 15. Jirovec, O., Peter, R. Schweiz. Z. allgem. Pathol. und Bakteriol., 1948, XI, 2, 146—166. — 16. Weiler, P. Zbl. Hyg. und Infektsionskrh., 1938, 121, 27—35. — 17. Ying W. Zbl. Bakteriol., Parasitolenkunde und Infektionskrh., 1938, 141, 411—423.

О ВОЗМОЖНОСТИ ЗАРАЖЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗОМ ЧЕРЕЗ ВОДОПРОВОДНУЮ ВОДУ, КУПАЛЬНИ И БАНИ

Ю. Терас и У Нигесен

Резюме

Несмотря на то что многие авторы уже давно доказали нереальность внеполовых путей распространения трихомониаза урогенитального тракта (8, 14, 16, 17), в литературе до настоящего времени встречаются работы, в которых указывается на то, что заражение женщин трихомониазом происходит преимущественно при подмывании внешних половых органов некипяченой водой, при плавании в бассейнах и посещении бань (3, 6, 7 и др.). Принимая во внимание, что многие гинекологи считают возможным заражение трихомониазом урогенитального тракта через воду, купален и банные скамейки, нашей целью в интересах комплексного изучения этой инфекции, наряду с опытной диспансеризацией (11) больных трихомониазом было показать, что заражение трихомониазом в г. Таллине от водопроводной воды купальни и от банных скамеек невозможно

Несмотря на тщательные микроскопическое и культуральное [на среде ТУ-1 (10)] исследования, мы не обнаружили *T. vaginalis* ни в водах из водопровода и купален, ни в соскобах с банных скамеек. При определении жизнеспособности *T. vaginalis* в исследованных пробах воды выяснилось, что вследствие разницы в осмотических давлениях воды и протоплазмы трихомонад эти простейшие в воде теряют способность передвигаться, приобретают округлую форму, и, наконец, подвергаются лизису. При этом было установлено, что скорость гибели *T. vaginalis* зависит от концентрации минеральных солей, содержащихся в воде. В воде таллинского водопровода лизис простейших происходил в течение 10 минут. Из этого следует, что заражение трихомониазом через воду невозможно.

Неправдоподобна также возможность заражения трихомониазом через воду купален, так как в наших экспериментах в зависимости от осмотического давления воды трихомонады гибли в течение 10—30 минут в пробах, взятых из купален.

Заражение через банные скамейки, загрязненные выделениями из влагалища больных трихомониазом женщин, также нереально, так как трихомонады, попавшие на поверхность скамейки, кроме лизирующего действия воды, подвергаются сильному протистоцидному воздействию мыла. Мы установили, что в 0,15—0,3% растворах банного мыла *T. vaginalis* гибнут моментально.

Учитывая обстоятельство, что распространение трихомониаза через водопроводную воду, а также через воду купальни и банные скамьи невозможно, мы полагаем, что нет оснований сомневаться в венерическом характере этого заболевания и игнорировать необходимость диспансеризации всех больных трихомониазом урогенитального тракта на общих основаниях с больными гонореей.

NAHAKAHJUSTUSTEST JA NENDE VÄLTIMISEST PÕLLUMAJANDUSE MEHHANISAATOREIL

Arstiteaduse kandidaat *H. VAHTER*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna dermatoloogia kateedrist, juhataja dotsent *L. Nurmand*)

Uurisime kahe põllutöö mehhaniseerimise kooli õpilasi, Tartu Traktoriremondi Tehase töölisi ja põllumajanduses töötavaid mehhanisaatoreid. Töö käigus püüti leida vastus järgmistele küsimustele:

1) missuguste nahka kahjustavate teguritega puutuvad põllumajanduse mehhanisaatorid kokku meie vabariigi tingimustes,

2) selgitada nahka kahjustavate tegurite patogeneetiline tähendus, eriti naha sensibilisatsiooni seisukohalt,

3) missuguseid täiendavaid profülaktika abinõusid on vaja rakendada võimalike nahakahjustuste vältimiseks.

Nahal esinevate morfoloogiliste muutuste kindlakstegemiseks võeti arstliku järelevaatuse alla 655 põllumajanduse mehhanisaatorit. Kahjustuste patogeneesi selgitamiseks uuriti naha funktsionaalset seisundit 142 mehhanisaatoril: viidi läbi epikutaansed nahatestid mineraalõlidega, doseeritud dermograafia ja naha elektrijuhtivuse määramine, mis on üks organismi reaktiivsusseisundi näitajaid. Epikutaansed nahatestid tehti kütteõli ja bensiiniga. Dermograafia viidi läbi ühesuguse rõhu juures (300 g/cm^2) Šladkovitši aparaadist konstrueeritud dermograafiga. Peale dermografismi latentsperioodi jälgiti selle värvust, intensiivsust ning püsivust, mis võimaldab saada teatud ülevaate uuritava isiku vegetatiivse närvisüsteemi funktsionaalsest seisundist. Naha reaktsiooni elektrilisele ärritusele, s. o. naha elektrijuhtivust mõõdeti Tartu Riikliku Ülikooli õppetöökojas valmistatud Rosenthali-tüüpi aparaadiga. Funktsionaalseid uurimisi tehti tervel nahal ning kahjustuse esinemisel ka selle piirkonnas ja lähemas ümbruses.

Uurimised näitasid, et põllumajanduse mehhanisaatorid puutuvad tööprotsessis kokku mitmesuguste keemilist, mehaanilist või füüsikalist laadi ärritajatega. Kõige sagedamini kahjustavad nahka mitmesugused mineraalõlid, nende hulgas Eesti NSV põlevkivitööstusest pärinevad õlid ja bensiin. Nendega puutuvad tööprotsessis kokku eranditult kõik põllumajanduse mehhanisaatorid. Viimasel ajal oleme kasutanud õlide kindlaksmääramiseks nahal luminestsentsmeetodit, mille puhul õlid tulevad nahal nähtavale üksteisest teravalt erinevate värvinüansidena ja fluorestseeruva helendusena.

Foto 1. Õlifollikuliit käsivarrel

L. Larionovi, N. Soboleva ja L. Šabadi (1), P. Bogovski (2) jt., samuti meie eksperimentaalsete uurimiste andmeil põhjustavad nimetatud õlid katseloomade nahas põletikulisi, düstroofilisi ja hüperplastilisi muutusi; järelikult võivad õlid kahjustada ka nendega töötajate tervist. Meie tähelepanekud põllumajanduse mehhanisaatorite uurimisel näitavadki, et tööprotsessis kasutatavad põlevkiviõlid kutsuvad pikemaaegsel ja korduval kokkupuutumisel nahaga esile follikuliidi, ärritusseisundi, õlifollikuliidi ja kontaktdermatiidi.

Põllumajanduses kasutatavad mineraalõlid on heaks rasulahustajaks, mistõttu nad mõjuvad nahale kuivatavalt. Õlidega kokkupuutumise tagajärjel kujuneb välja follikulaarne hüperkeratoos, mis kliiniliselt väljendub komedoonide tekkimises. Õlidest ja sarvestunud nahaelementidest ummistub karvanääps, mille tõttu tekib rasu retentsioon ja põletikuline reaktsioon karvanäärsus ning selle lähemas ümbruses. Kliiniliselt väljendub see õlifollikuliidi tekkimises. Õlifollikuliiti esines põllumajanduse mehhanisaatoreil eeskätt kätel ja käsivartel (vt. foto 1), mis töötamisel kõige enam õlidega määrduvad. Et õlid tungivad pihustunult ka läbi riiete, esines õlifollikuliiti ka teistel kehaosadel (vt. tahvel III, foto 1).

Õlifollikuliiti leidsime 5,5 % juhtudest ja see oli tingitud pikemaaegsest kokkupuutumisest õlidega, tööriietuse ebaõigest kandmisest ja sobimatute puhastusvahendite kasutamisest. Paljudel juhtudel kasutavad traktoristid mineraalõlisid käte puhastamiseks ning teevad seda isegi äärmiselt ohtliku etüleeritud bensiiniga. Oleme täheldanud niisugustel juhtudel ulatusliku dermatiidi tekkimist näo ja käte piirkonnas (vt. foto 2). Kirjanduse andmeil võib bensiiniga, eriti etüleeritud bensiiniga kokkupuutunuil esineda bensiini resorptiivse ning toksilise toime tõttu peale nahakahjustuste ka raskeid psühhootilisi seisundeid.

Võiks mainida juhtumit, kus bensiini väljavõtmiseks tsisternist kasutati pumba asemel kummivoolikut, mida traktorist suuga imes. Selle tagajärjel arenes mehhanisaatoril huulte piirkonnas ulatuslik põletik pakatiste ja kettudega.

Foto 2. Kontaktdermatiit kätel õlide kasutamisest puhastusvahendina

Oleme täheldanud haigusjuhte, kus põllumajanduses kasutatavate õlidega kokkupuutumine pikendab ja raskendab niisuguste krooniliste dermatooside nagu psoriaasi, *acne vulgaris*'e, *lupus erythematodes*'e ning neurodermiidi kulgu. Nii esines eriti psoriaasi tunduvat ägenemist ning erütrodermiale kalduva lööbe tekkimist just nendel kehaosadel, kus õline tööriietus puutus kokku nahaga (vt. tahvel III, foto 2). Suhteliselt sageli tuli haigusprotsessi halvenemine nähtavale *acne vulgaris*'ega haigeil. Seejuures ei soodustanud põlevkiviõlid mitte ainult *acne vulgaris*'e kulgu, vaid *acne vulgaris*'t leiti sageli kombineeritult õlifollikuliidiga. Üldse täheldati õlifollikuliidi arenemist sagedamini mehhanisaatoreil, kes põevad rasunäärmete ainevahetuse häireid (seborröa jt.). Seda tuleb arvestada põllumajanduse mehhanisaatori kutse valikul ning õpilaste vastuvõtmisel vastavatesse koolidesse. Kui aga haigus esineb juba kutse omandanud mehhanisaatoreil, tuleb pöörata tähelepanu profülaktikale.

Oleme kasutanud õlifollikuliidi vältimiseks V. A. Rahmanovi poolt tarvitusele võetud puhastavat pastat. M. I. Hessini soovitatud kaitsepasta HIOT-6 ja A. V. Selinski kaitsesalvid ei ole end õigustanud. Samuti leidub välismaises kirjanduses andmeid, et senised kaitsevahendid mitmesuguste kahjustavate tegurite, nende hulgas mineraalõlide vastu ei ole küllaldased. Sellepärast on viimasel ajal pööratud erilist tähelepanu nahka puhastavate vahendite täiustamisele. V. A. Rahmanovi pastat kasutatakse järgmiselt: pärast käte ja küünarvarte loputamist veega määritakse nahale väike hulk (5—10 g) pastat, hõõrutakse hästi sisse ja pestakse maha külma veega. Seda protseduuri korratakse 2—3 korda. Pärast pastaga pesemist kuivatatakse käed käterätiga. Isikutel, kel on kuiv nahk, soovitatakse pärast pesemist nahka määrida, näiteks järgmise seguga: lubjavesi, lanoliin ja päevalilleõli (võrdsetes osades), millele on lisatud 2%-list boorhappelahust.

Pasta valmistamiseks võetakse 1,5 l tavalist valget savi, 0,5 l vedelat majapidamisseepi, 0,25 l jõeliiva ja 0,25 l petrooleumi, mis segatakse hoolikalt ühtlaseks massiks. Juurde lisatakse 75 ml 65—66-kraadilist tehnilist väävelhapet, mida enne seda on tilgakaupa lisatud 1 l veele (ettevaatust! — mitte korraga kallata, sest pritsides võib väävelhape tekitada

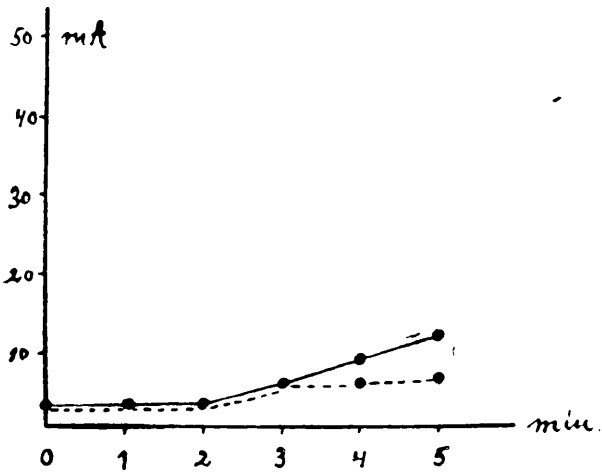
söövitushaavu). Segu segatakse hoolikalt puulabidaga ja nõu suletakse kaanega, mis hoiab ära pasta kuivamise. V. A. Rahmanovi pastale andsid Tartu Traktoriremondi Tehase mootoritsehhi mehhanisaatorid hea hinnangu. F. Koelsch (3) soovitab õlidega kokkupuutuvatele isikutele järgmise koosseisuga puhastusvahendit: 60% seebipulbrit, 32% saepuru, 2% booraksit, 6% naatriumpürofosfaati.

Puhastavate pastade ulatuslikum kasutamine eeldab nende tsentraliseeritud tootmist ja väljastamist spetsiaalsetes pakendites — sel juhul saaksid pastad kättesaadavaks mitte ainult põllumajanduse mehhanisaatoreile, vaid ka kõikidele õlidega kokkupuutuvatele isikutele. Puhastavate pastade kasutusele võtmine ei kõrvalda veel vajadust välja töötada kõikidele nõuetele vastav kaitsevahend, mis viiks kahjustuste tekkimise õlidega kokkupuutumisel miinimumini. Meie tingimustes on see eriti tarvilik, sest meie rahvamajanduses kasutatavad õlid sisaldavad tunduvalt tugevama toimega tervist kahjustavaid vahendeid (kõrgemolekulaarsed süsivesinikud) kui naftaproduktid.

Võrdlevaid andmeid tööstuslike mikrotraumade ja nahamädanike esinemisest põllumajanduse mehhanisaatoreil

Uuritavate töökoht	Tööstuslikud mikrotraumad (100 töötaja kohta)	Haigestumine nahamädanikesse (100 töötaja kohta)
1. Mehhaniseerimise koolide õpilased	14	11
2. Traktoriremondi tehase töötajad	11	4
3. Põllumajanduses töötavad mehhanisaatorid	6	2

Suhteliselt sageli esines naha mikrotraumasid ning üldse põllumajanduslikku traumatismi. Mikrotraumasid täheldati eriti sageli põllumajanduse mehhaniseerimise koolide õpilastel mitteküllaldase töövilumuse tõttu. Et õpilased pöörasid vähe tähelepanu ka mikrotraumade hooldamisele, esines suhteliselt sageli nahamädanikke (võrdlevad andmed vt. tabelis).



Joonis 1. Naha elektrijuhtivuse dünaamikast kontrollrühmas (õlidega mittekokkupuutunuil) mõlemal kehapoolel: — parem, - - - vasak

Mikrotraumade sageduse ja nahamädanikesse haigestumise vahel esineb teatud parallelism. Esitatu tõendab veel kord mikrotraumade osatähtsust nahamädanikesse haigestumisel. Seda kinnitavad ka M. Višnjak ja O. Seiketova (4), kes uurisid mikrotraumade osatähtsust püodermiitide tekkimisel raskemasinaehituse jt. tööstusalade töötajatel.

Leidsime, et 640 põllumajanduse mehhanisaatorist põdes 23 (3,6%) nahamädapõletikku, mis põhjustas ajutist töövõimetust. Keskmine töövõimetuspäevade arv ühe

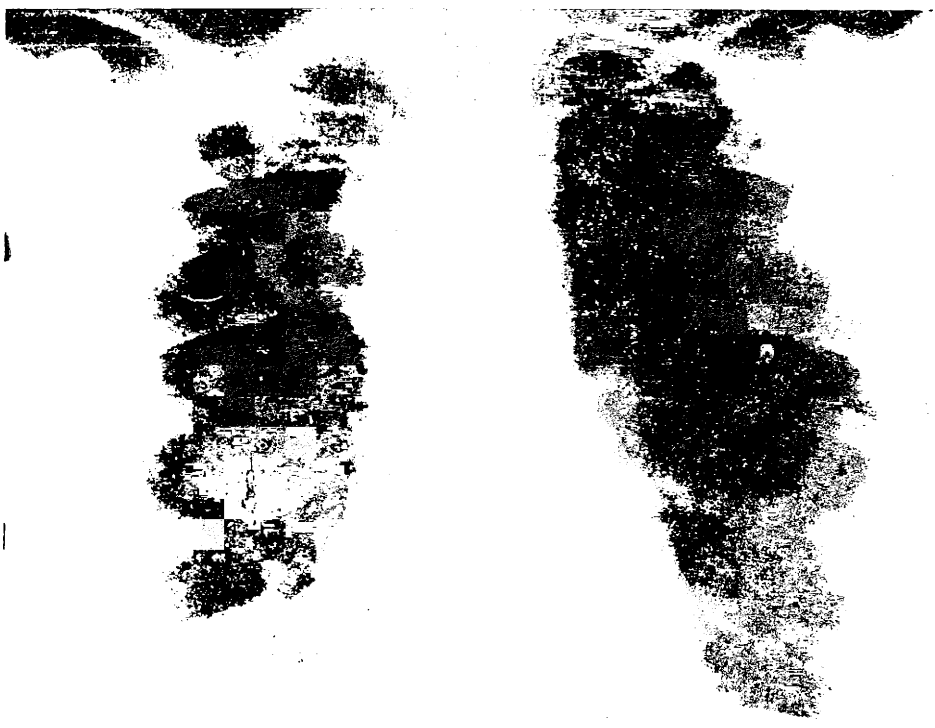
Foto 1. Ulatuslik õlifollikuliit reiel ja säärel

Foto 2. Ulatuslik psoriaatiline lööve kõhu piirkonnas, kus nahk puutus kokku õlise tööriietusega

TAHVEL IV

I. Kontor (vt. artikkel lk. 20)

1. Haige V. röntgenogramm haiglasse saabumisel



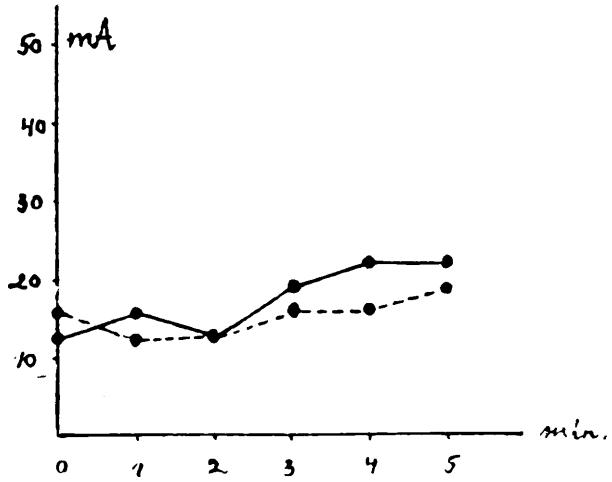
2. Haige V. röntgenogramm pärast ravi

haigusjuhu kohta ulatus 8,7 päevani. Üldse moodustasid tööprotsessiga seotud traumatism ja nahamädanikud 21% ajutisest töövõimetusest. Üksikutest nahamädaniku vormidest põhjustasid ajutist töövõimetust kõige sagedamini furunkuloos ja panariitsiumid. Töövõimetust esines ka kontaktdermatiidi ja ekseemi puhul.

Naha funktsionaalse seisundi uurimisel saadi järgmised tulemused.

Epikutaansed nahatestid kütteõli ja bensiiniga näitasid, et kütteõli ei põhjusta naha sensibilisatsiooni. Kõigil selle õliga kokkupuutunuil osutusid epikutaansed nahatestid negatiivseks. Samal ajal olid testi tulemused positiivsed 7,4%-l bensiini suhtes uurituist, mis kinnitab bensiini osatähtsust naha sensibiliseerumisel.

Mehhanisaatoreil täheldati ülekaalukalt punast, keskmise intensiivsusega dermografismi (90,8%), mille latentsperiood oli keskmiselt 6—8 sekundit. Valget dermografismi täheldati ainult üksikjuhtudel. Esines teatud parallelism naha spetsiifilise sensibilisatsiooni ja dermografismi latentsperioodi ning intensiivsuse vahel. Nahakahjustustega, eriti dermatiidi ja ekseemiga haigeil märgiti dermografismi kiirenenud latentsperioodi (2—4 sekundit).



Joonis 2. Naha elektrijuhtivuse dünaamika õlidega kokkupuutunuil

Naha elektrijuhtivuse määramisel leiti seaduspärane seos naha elektrijuhtivuse ja nahakahjustuste ulatuse vahel. Nii esines naha elektrijuhtivuse kõrgenemine esmajoones kontaktdermatiidi ja õlifollikuliidiga haigeil (vt. joonised 1, 2). See kinnitab, et nende dermatooside tekkimisel on eksogeensete tegurite (mineraalõlid jt.) kõrval tähtis osa vegetatiivse närvisüsteemi häiretel, mis soodustavad nahakahjustuste tekkimist ja naha reaktiivsuse muutumist sensibilisatsiooni suunas.

Järeldused

1. Meie vabariigi põllumajanduse mehhanisaatorid puutuvad töö juures kokku mitmesuguste nahka kahjustavate mineraalõlidega, nende hulgas ka põlevkivisaadustega.

2. Need õlid põhjustavad pikemaaegsel kokkupuutumisel nahaga õlifollikuliiti ja kontaktdermatiiti ning krooniliste dermatooside, nagu psoriaasi, *acne vulgaris*'e, *lupus erythematodes*'e ning neurodermiidi raskemat kulgu, samuti aga naha reaktiivsusseisundi muutumist sensibilisatsiooni suunas.

3. Esineb seaduspärane seos naha mikrotraumade ja nahamädanike esinemise sageduses.

4. Eesti NSV tingimustes osutub vajalikuks:

1) täiendada põllumajanduse mehhaniseerimise koolide programmi õppetundidega, mille vältel õpilasi tutvustataks nahakahjustuste tekkepõhjuste ja vältimise võimalustega põllumajanduslikel töödel;

2) organiseerida vabariikliku iseloomuga tehases V. A. Rahmanovi nahkapuhastava pasta tsentraliseeritud tootmine ning selle väljalaskmine kaubandusvõrku vastavas pakendis, mis võimaldaks selle ulatuslikumat kasutamist.

3) jätkata (arvestades meie tingimustes kasutatavate õlide keemilist koosseisu) kaitsevahendite edasist uurimist ja tööprotsesside täiendavat automatiseerimist, et viia miinimumini kahjustavate õlidega kokkupuutumise võimalused.

KIRJANDUS

1. Ларионов Л. Ф., Соболева Н. С. и Шабад Л. М. Вестн. рентгенол. и радиол. 1934, т. 13, 1—2, 131—143. — 2. Боговский П. А. Вопросы гигиены труда в сланцевой промышленности Эстонской ССР, 1, 69—83, 1953. — 3. Koelsch, F. Handbuch der Berufskrankheiten. Jena, 1959. — 4. Вишняк М. М., Сейкетова О. Ж. Труды Казахского научно-исследовательского кожно-венерологического института и кафедры кожных и венерических болезней Казахского медицинского института, 1960, т. 7, 178—181.

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У МЕХАНИЗАТОРОВ СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Х. Вахтер

Резюме

Проведенные исследования 655 механизаторов сельского хозяйства показали, что в условиях Эстонской ССР механизаторы чаще всего соприкасаются с различными минеральными маслами, повреждающими кожу. Длительный контакт с ними вызывает раздражение сально-фолликулярного аппарата, масляный фолликулит и контактный дерматит.

Масляный фолликулит был выявлен у 5,5% механизаторов, причем его возникновение можно объяснить нарушением гигиенических требований по уходу за кожей — пользованием грязной спецодеждой, редкое мытье кожи теплой водой с мылом и т. п.

Наблюдались случаи, когда хронические дерматозы, как псориаз, красная волчанка и угри ухудшались при соприкосновении с маслами.

Исследования функционального состояния кожи (эпикутанные кожные пробы, дермографизм и электропроводимость кожи) показали, что у имеющих контакт с маслами часто наблюдаются изменения реактивности кожи в сторону сенсибилизации.

Возникает необходимость применения дополнительных профилактических мероприятий (расширение учебной программы школ механизаторов сельского хозяйства, централизованное изготовление пасты Рахманова для очистки кожи и дальнейшая автоматизация работы).

MÕNEDE VITAMIINIDE TOIMEST *LAMBLIA INTESTINALIS*'E PALJUNEMISELE KULTUURIS

Arstiteaduse kandidaat *A. KARAPETJAN*

Kirjanduses esineb viiteid [M. Lwoff (1), W. Schopfer (2)] selle kohta, et B-grupi vitamiinid stimuleerivad algloomade kasvu ja paljunemist. Selliseid viiteid esineb ka pärmiseente kohta. Näiteks mainib J. Odintsova (3), et nõrgalt käärivate *Candida* perekonda kuuluvate pärmiseente kasvuks on vaja biotiini ja tiamiini olemasolu.

Et kuni viimase ajani puudusid võimalused lambliate kultiveerimiseks, ei tehtud ka uurimistöid nende vitamiinide vajaduse kohta. Alates sellest ajast, kui avanes võimalus kultiveerida lambliaid ja pärmitaolisi seeni (A. Karapetjan, 1960), on saadud katsetada mõnede vitamiinide toimet nii lambliate kasvule ja paljunemisele kui ka mikroobide sümbiontide (pärmitaoliste seente) paljunemisele.

Katseteks kasutati aasta jooksul mitmekordse passaaži läbi teinud *Lamblia intestinalis*'e kultuuri koos *Candida Guilliermondi*'ga parasiitide täieliku kasvu tingimustes 5 ml mahuga klaaspudelite seintel (300 000—400 000 lambliat 1 milliliitris järgmise koostisega söötmel: 25%-line filtreeritud inimeseseerum, 20%-line Hottingeri trüptiline keedis, 5%-line kanaembrüo ekstrakt ja 50%-line Hanksi soolalahus).

Pärast mitme pudeli sisu segamist tehti lambliate ja *Candida* külv uutesse pudelitesse. 1 ml lambliaid sisaldavale vedelikule lisati 2 ml

värsket söödet koos selles lahustatud vitamiinidega. Seega sisaldas üks pudel pärast kõikide ingredientide lisamist 137 500 lambliat 1 ml söötmes. Järgnevalt vahetati iga päev $^2/_3$ söödet uue, vitamiine sisaldava söötmega. Kultuuri hoiti 37° temperatuuri juures 6 ööpäeva termostaadis. 7. ööpäeval (pärast energilist loksutamist) loendati 1 ml söötmes leiduvad lambliad Gorjajevi loenduskambris. Kõiki vitamiine katsetati üheaegselt 6 lahjenduses ($1:10^3$, $1:10^4$—$1:10^8$). Iga lahjenduse jaoks kasutati 2 pudelit. Kontrolliks võrreldi andmeid eespool mainitud söötmel ilma vitamiinide lisandita kasvatatud lambliate omadega.

Tabelis on esitatud katse tulemused mõnede vitamiinidega lambliakultuuris (lambliate hulk 1 ml söötmes 137 500).

Preparaadi nimetus	Lambliate optimaalset kasvu põhjustav lahjendus	Lambliate hulk 1 ml söötmes 7 ööpäeva pärast (2 pudeli keskmised arvud)
Tiamiin	$1:10^6$	445000
Püridoksiin	$1:10^5$	375000
Nikotiinhape	$1:10^8$	325000
Foolhape	$1:10^8$	455000
Riboflaviin	$1:10^8$	545000
Tsüaankobalamiin (B_{12})	$1:10^6$	512500
Paraamiinbensoehape	$1:10^6$	500000
Kontroll	—	410000

Nagu toodud andmetest nähtub, stimuleerivad meie katsete tingimustes riboflaviin ja foolhape lambliate kasvu lahjenduses $1:10^8$. Samasugust toimet, kuid lahjenduses $1:10^6$, avaldavad tsüaankobalamiin (B_{12}), paraamiinbensoehape ja tiamiin. Erinevalt teistest kaks teist vitamiini — püridoksiin ja nikotiinhape — mõnevõrra pärsivad lambliate kasvu.

Mõistagi osutuvad meie poolt saadud andmed ainult orienteerivateks, sest söötme mõnede komponentide (inimeseseerum, Hottingeri keedis, kanaembrüo ekstrakt) koostisesse kuuluvad ühes või teises kontsentratsioonis ka mõned katsetatavad vitamiinid, mille täpset hulka on võrdlemisi raske kindlaks määrata. Sellele vaatamata arvame, et meie poolt saadud tulemustel võib olla teatud tähtsus edasisel vitamiinide toime uurimisel lambliatesse.

Käesoleva töö käigus pöörasime tähelepanu huvitavale nähtusele. Mõnede vitamiinide manulusel kultuuris muutsid *Candida*'d oma morfoloogilisi omadusi. Kui näiteks kontrollpudelites avastasime peamiselt pikergusi, kepikujulisi *Candida*'id siis mõnede vitamiinide lahustes (riboflaviin, foolhape, paraamiinbensoehape, tsüaankobalamiin) omandasid pärmitaolised seened ovaalse kuju. Tiamiini, püridoksiini ja nikotiinhappe manulusel aga täheldasime kultuuris peamiselt kepikujulisi *Candida*'id.

Esitatud materjalide põhjal võib oletada, et vitamiinide toime lambliatesse on küllaltki keerukas. Tõepoolest, võib oletada nii mainitud vitamiinide otsest toimet lambliatesse kui ka mitteotsest toimet mikroobide sümbiontide kaudu. Ei ole võimatu ka nii ühe kui teise mehhanismi üheaegne esinemine. Nii või teisiti, meie poolt esitatud materjal näitab, et lambliate ja *Candida* kasv ühises kultuuris kiireneb mõnede vitamiinide lisamisel söötmele. Selle toimemehhanismi väljaselgitamine nõuab täiendavaid uurimisi.

KIRJANDUS

1. Lwoff, M. C. R. Soc. Biol. Paris, 1938, F. 128, 241. — 2. Schopfer, W. H. Cronica Botanica Co, 1949, XIV, 293. — 3. Одинцова Е. Н. Микробиологические методы определения витаминов. М., 1959. — 4. Карапетян А. Е. Методика культивирования ламблий. Цитология, 1960, 2, 3, 379—384.

HAMBAKAARIESE PROFÜLAKTIKAST

V. KIIK

(Tartu Vabariiklikust Stomatoloogia Polikliinikust, peaarst *G. Veerma*)

Hambahaigustest on tänapäeval kõige laialdasemalt levinud hambakaaries. Hambakaariese profülaktikale ei omistata veel küllalt tähelepanu. Kuigi kaariese etioloogia ja patogenees pole lõplikult lahendatud ja seega ei ole võimalik hambakaariese tekkimist täielikult vältida, saab selle esinemist siiski tunduvalt vähendada. Hambakaariese profülaktika on aga ainult siis efektiivne, kui seda teostatakse süstemaatiliselt.

Kaariese profülaktikat tuleb alustada looteperioodist, sest hammaste lubjastumine algab juba viiendal lootekuul (keskmised piimalõikehambad). Looteperioodi lõpul algab ka esimese jäävmolaari lubjastumine. Piimahammaste kroonide lubjastumine lõpeb esimese eluaasta lõpuks, jäävhammaste kroonide lubjastumine aga kaheteistkümnendaks eluaastaks. Puudulikult lubjastunud hammas on kaariese suhtes väiksema vastupanuvõimega, seepärast tuleb hoolitseda, et hammaste normaalseks lubjastumiseks oleksid kõik vajalikud tingimused.

Raseda toit peab sisaldama peale vastavas vahekorras põhiainete (süsivesikud, valgud, rasvad) veel vajalikul hulgal mineraalsooli (Ca, P, Mg), vitamiine (A, B, C, D) ning mikroelemente, kusjuures hammaste lubjastumisel on eriti tähtsad kaltsiumi- ja fosforisoolad.

T. Buclei [refereeritud I. Münchi (5) järgi] andmetel vajab loode viimasel neljal kuul 0,33 g kaltsiumisoolasid päevas, ema 1,0 g. Kaltsiumi- ja fosforisoolade vajaduse rasedatel katab 0,5—0,75 l piima tarvitamine päevas. Hambakaariese vältimise seisukohast omistatakse erilist tähtsust fluori enteraalsele manustamisele hammaste lubjastumise perioodil. Fluori leidub mitmetes toiduainetes, näiteks lehesalatis, ubades, kartulikoortes ja merekalades (eriti sardiinides — 5,5 mg 100 g kohta).

Rasedaid tuleb abistada menüü koostamisel, et toit sisaldaks vajalikul hulgal tarvilikke toitaineid, mineraalsooli, vitamiine.

Vitamiinidest tähtsamad on A, D, C ja B. C- ja A-vitamiini vaegus põhjustab muutusi odontoblastides ja emaili kahjustust. B-vitamiini puudusel tekivad muutused hammaste dentiinis ja pulbis. D-vitamiini puudumine põhjustab häireid kaltsiumi-ainevahetuses. Kannatab hamba kõvade kudede kaltsifikatsioon (kõige enam dentiini lubjastumine).

Et lõualuud ning hambad areneksid normaalselt, tuleb imikut toita rinnapiimaga vähemalt esimese viie kuni kuue elukuu jooksul. Rinnast imemine nõuab lapse suulihaste tugevamat tööd kui lutist imemine ja soodustab seega lõualuude ja hammaste arengut.

A- ja D-vitamiini sisaldus emapiimas ei vasta imiku organismi nõudeile, mistõttu tuleb alates teisest elukuust anda 15 tilka kalamaksaõli päevas, tõstes annust 3. elukuuks $^1/_2$ teelusikatäieni kaks korda päevas. Alates 3. elukuust hakatakse lapsele andma ka köögi- ja puuviljamahla ($^1/_2$ teelusikatäit kuni 50 g ööpäevas), et rahuldada vitamiinide, mineraalsoolade ja mikroelementide vajadust.

Pidevalt tuleb jälgida, et lapse menüü rahuldaks kasvava organismi vajadusi nii kvantitatiivselt kui ka kvalitatiivselt.

Hambakaariese profülaktikas on viimasel aastakümnel kasutatud fluoriseerimist, s. t. fluori manustamist enteraalselt ja lokaalselt. Element fluor (F) on halogeen, vabas olekus söövitav gaas. Elavas organismis esineb soolana (fluoriidina), eriti lubjastunud kudedes. H. Bibra järgi moodustab kaltsiumfluoriid 2% hambavaabast [ref. V. ja H. Hofmanni (7) järgi].

Arvatakse, et fluori manustamine enteraalselt hammaste lubjastumise perioodil annab hammaste kõvadele kudedele parema struktuuri (fluorapariitkristallid) ja tõstab nende vastupanuvõimet väliste kahjustus-

te (eriti hapete) suhtes. Fluori lokaalsel manustamisel lubjastunud hammastele tungib see läbi intaktse emaili ja dentiini ning ladestub hamba kõvades kudedes kaltsiumfluoriidina, kusjuures pindmine kiht moodustub raskesti lahustuvast fluorhüdroksüülapatiidist [H. Heiner (8), R. Schöbel (6)]. Täielikult lubjastunud hammastes takistab fluori-ioon oksüdatsiooni- ja reduktsiooniprotsessi, millest vabanev energia kulub kaariese puhul esinevaks resorbeerumisprotsessiks. Fluori-ioon takistab ka hapu bakteriofosfataasi (pH optimumiga 5,5) tekkimist, mis omab lagundavat (lahustavat) toimet hambasubstantsile (alkaalset luufosfataasi ei takista).

V. Bobõleva-Bondareva (3) arvates pärsib fluor ferment enolaasi, mistõttu organismi kudedes väheneb püroviinamarjahappe tekkimine. Viimase üleküllus kudedes soodustab hambakaariese teket. Naatriumfluoriiditaoliselt toimib ka strontsiumfloriid, kuid palju nõrgemalt.

On teostatud palju uurimusi fluori osatähtsuse selgitamiseks hambakaariese profülaktikas. A. Pavlov ja E. Magid (1) uurisid hambakaariese sõltuvust joogivee fluorisisaldusest. Nad leidsid, et külas, kus joogivesi sisaldab fluori 0,11 mg/l, esines 60% õpilastest jäävhammaste kaaries. Külas, kus joogivee fluorisisaldus oli 0,5 mg/l, esines kaaries 30% õpilastest. Külas, kus joogivesi sisaldas fluori 1,9 mg/l, oli kaariesest kahjustatud 24% õpilastest, kuid 9%-l esines fluoroos. (Selles külas sündinuil esines kaariest ainult 14%-l.)

Nõukogude teadlaste arvates on fluori optimaalseks kontsentratsiooniks joogivees 0,8—1,0 mg/l, selle puhul on kaariese protsent lastel kõige madalam.

Poolas leidsid J. Budny ja J. Galinska (11), et Kaliszis (F — 1,6 mg/l) ja Malborgis (F — 3,2 mg/l) on kaariese esinemissagedus poole väiksem kui Varssavis (F — 0,2 mg/l).

Šveitsi teadlaste uurimused on näidanud, et külades ja linnades, kus fluorisisaldus joogivees on 1,4 mg/l, on lastel neli korda vähem kaariest kui neis kohtades, kus joogivee fluorisisaldus on 0,05 mg/l.

H. Deani järgi on joogivee optimaalne fluorisisaldus 1,0—1,4 mg/l [refereeritud J. Münchi (5) järgi].

C. Hodge (10) uuris fluori-ainevahetust ja leidis, et joogivee fluoriseerimine optimumi piires ei kahjusta organismi.

G. Coxi (12) andmetel tarvitab ligi 30 490 000 ameeriklast juba üle kümne aasta fluoriseeritud joogivett, kuid fluorist põhjustatud kahjustusi pole neil täheldatud.

Arvatakse, et fluori esinemine joogivees üle 1,5 mg/l tekitab juba fluoroosi. Peale fluoroosi võivad fluori liigsel manustamisel esineda neurovegetatiivsed häired ja ka patoloogilised muutused luudes.

Fluoriseeritakse lokaalselt naatriumfluoriidpastaga või naatriumfluoriidvesilahusega. Nõukogude Liidus on fluoriseerimist teostatud 1948. aastast alates. Fluoriseerimiseks kasutati Lukomski nafestesiinpastat, mis koosneb naatriumfluoriidist (75 osa) ja glütseriinist (25 osa), kuid see ei andnud soovitavaid tagajärgi.

Soovitame kasutada hammaste töötlemiseks naatriumfluoriidi 2%-list vesilahust. Hoolikalt puhastatud ja kuivatatud hammastele, mis on kaitstud ligniinirullidega, asetatakse naatriumfluoriidi lahuses niisutatud õhukesed vatikihid — see võimaldab lahusel tiheda kokkupuute hamba pinnaga. (Pärast fluoriseerimist hambad kuivatada!) Hambaid fluoriseeritakse 2 korda nädalas 3 nädala jooksul.

Fluori manustatakse ka tablettidena enteraalselt. Tablette on mugav kasutada ja see võimaldab manustatava fluori täpset doseerimist. Fluoritablette kasutatakse Ukraina NSV-s. Šveitsis kasutavad fluoritablette rasedad ja lapsed kuni 16. eluaastani. H. Rebel (9) soovitab fluorivaese (alla 0,5 mg/l) joogivee tarvitamisel anda rasedaile 1 mg fluori päevas, imikuile ja lastele kuni 12. eluaastani 0,5 mg fluori päevas.

Fluoritablettide kasutamise näidustus oleneb, samuti nagu fluori lokaalne manustamine, joogivee fluorisisaldusest, mis tuleb eelnevalt kindlaks määrata. Linnades, kus joogivee fluorisisaldus on madal, lisatakse tsentraalse veevarustuse veele fluori kuni kontsentratsioonini 1 mg/l. Selle tulemusena on täheldatud hambakaariese vähenemist elanike keskel.

L. Kuiki (4) uurimus näitab, et põhjavete fluorisisaldus on Eesti NSV piirides väga erinev (0,5—2 mg/l). See oleneb pinnase aluspõhja kihtide iseloomust ja vee kulgemise suunast veehorisontides. Pinnalähedased põhjaveed on üle kogu Eesti territooriumi fluorivaesed (alla 0,5 mg/l). Põhja-Eesti aluspõhjakihid (ülemordoviitsium) on fluoririkkad ja need on ka maapinnale lähemal kui Lõuna-Eestis.

Näiteks mõningais Kohtla ja Kiviõli puurkaevudes on fluori 0,9 mg/l. Pärnus 60—80 m sügavustes kaevudes 0,8 mg/l, Haapsalus 1,5—1,7 mg/l, Väike-Maarja, Jõgeva, Põltsamaa, Võhma, Vändra 50—100 m sügavustes kaevudes on fluori 0,1 mg/l ja vähem. Kuna fluoririkkad põhjaveed asetsevad sügaval, on Eestis ainult üksikutes kohtades kaevude joogivee fluorisisaldus normaalne.

Tartu ja Lõuna-Eesti kaevudes, mis saavad oma vee pinnalähedastest fluorivaestest põhjavetest, on fluorisisaldus kõikjal alla 0,5 mg/l.

Et selgitada seost kaariese esinemissageduse ja joogivee fluorisisalduse vahel, kontrollisime Haapsalu (tsentraliseeritud veevarustuse vees F — 1,5 mg/l) ja Tartu (tsentraliseeritud veevarustuse vees F — 0,1 mg/l) õpilaste hambaid. Selgus, et Tartu õpilaste hambad on rohkem kahjustatud kui Haapsalu õpilastel.

Õpilaste vanus aastates	Õpilaste arv		Kaariesest kahjustatud hambad (%-des)		Esimeste molaaride kaariese sagedus (%-des)	
	Haapsalu	Tartu	Haapsalu	Tartu	Haapsalu	Tartu
9	14	14	—	—	26,7	42,8
10	15	15	—	—	38,3	58,9
11	13	13	—	—	16,8	75,0
16	16	16	17,6	27,9	—	—
17	30	30	16,09	24,2	—	—
18	20	20	14,1	21,6	—	—
19	7	10	15,4	25,2	—	—

Kesk-Eestis (Jõgeva, Põltsamaa, Märjamaa) võib olukorda parandada sügavate puurkaevude ehitamisega tsentraalseks veevarustuseks. Lõuna- ja Ida-Eestis on selles suhtes olukord halvem, sest põhjavete fluorisisaldus on seal madalam.

Tartus, Tallinnas ja teistes tsentraalse veevarustusega linnades tuleks joogivee fluorisisaldust tõsta fluori lisamisega vastava normini. Fluori lisamine tsentraalse veevarustuse veele pole aga ökonoomne, sest ainult väike osa veest kasutatakse joogiks ja toiduvalmistamiseks ning suurem osa tööstustes, saunades, pesumajades, majapidamises jne. Soovitatav oleks fluori manustada tablettidena. Lastesõimedes, lasteaedades ja koolides tuleks kindlasti joogivesi fluoriseerida või anda lastele fluoritablette (hammaste lubjastumise perioodil on fluori kasutamine hambakaariese profülaktikas kõige efektiivsem). Fluori tootmiseks tuleks uurida Maardu fluoririkka fosforiidi kasutamise võimalusi.

Kõikjal Eesti NSV territooriumil tuleb määrata kindlaks joogivee fluorisisaldus, et vastavalt sellele oleks võimalik vajaduse korral manustada rasedaile ja lastele kuni jäävhammaste lubjastumiseni fluori tablettidena või pulbritena. Läbilõikunud hambaid fluoriseerida naatrium-

fluoriidi 2%-lise vesilahusega (võib kasutada ka naatriumfluoriidi 1%-list vesilahust iontoforeesiks).

Hambakaariese profülaktika edukaks läbiviimiseks lastel tuleb parandada stomatoloogide, pediaatrite ja akušööride koostööd.

KIRJANDUS

1. Павлов А. В. и Магид Е. А. Стоматология, 1959, 3, 28—29. — 2. Аршанский А. Я. и Клячкина Л. М. Стоматология, 1959, 3, 24—25. — 3. Бобылева-Бондарева В. Р. Стоматология, 1959, 4, 12—13. — 4. Kuik, L. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi II teadusliku konverentsi ettekannete teesid. Tallinn, 1958, 15—16. — 5. Münch, J. Die Zahnärztliche Behandlung des Kindes. Leipzig, 1956, 59—76. — 6. Schöbel, R. Deutsche Stomatologie, 1959, 3, 205—208. — 7. Hofman, U. und H. Deutsche Stomatologie, 1959, 7, 594—602. — 8. Heiner, H. Deutsche Stomatologie, 1960, 5, 354—357. — 9. Rebel, H. H. Medizinische, 1957, 6, 15. Ref.: Dtsch. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Zbl. Zahnheilkunde, 1960, 34, 1/2, 51. — 10. Hodge, C. J. Amer. Dent Ass., 1956, 52, 3, 307. Ref.: Dtsch. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Zbl. Zahnheilkunde, 1960, 34, 1/2, 61. — 11. Budny, J., Galinska, J. Czas. stomat., 1957, 10, 9, 517. Ref.: Dtsch. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Zbl. Zahnheilkunde, 1960, 34, 1/2, 56. — 12. Cox, G. J. Rev. belge stomat., 1957, 2, 367. Ref.: Dtsch. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Zbl. Zahnheilkunde, 1960, 34, 1/2, 63.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ

В. Кийк

Резюме

С целью снижения кариеса зубов необходимо в первую очередь обеспечить детей полноценным питанием как качественно, так и количественно. Кроме того, весьма важно определить содержание фтора в питьевой воде. При низком содержании фтора следует его в достаточной мере добавлять к питьевой воде. Детям до полного известкования у них постоянных зубов, а также беременным можно давать фтор в виде таблеток или порошков.

Рекомендуется зубы обрабатывать 2% раствором фтористого натрия или применять однопроцентный раствор его методом ионофореза.

Для улучшения профилактики кариеса зубов необходимо расширить совместную работу стоматологов, педиатров и акушеров.

Kogemuste vahetamine

MAO JA KAKSTEISTSÕRMIKSOOLE SIMULTAANSE SONDEERIMISE MENETLUS

Arstiteaduse kandidaat *J. RIIV*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonna sisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedrist, juhataja dotsent *K. Kõrge*, ja Tartu Linna Kliinilisest Haiglast, peaarst *R. Lepner*)

Seedetrakti haigustega haigete uurimise kiirendamiseks töötasime välja nn. kaksiksondi meetodi, mille abil kogutakse uurimismaterjali üheaegselt nii maost kui ka kaksteistsõrmiksoolest. Maosekretsiooni ja sapipõie kontraktsiooni stimuleerimiseks kasutasime insuliini, mida manustati tavaliselt 4 toimeühikut intravenoosselt. Kaksiksondina kasutasime kahte omavahel kokkuliimitud või ka -seotud duodenaalsondi, mille üks ots on jäetud teisest umbes 20 sm pikemaks ja varustatud oliiviga. Kaksiksondi neelamine ei valmista suuremaid raskusi kui tava-

lise duodenaalsondi neelamine. Kaksiksondi pikem, oliiviga varustatud haru juhitakse kaksteistsõrmiksoolde; see õnnestub õige tehnika juures enam kui 80% juhtudest (sama õnnestumisprotsent on meil ka tavalise duodenaalsondi kasutamisel).

Pärast sondi jõudmist kaksteistsõrmiksoolde kogutakse uurimiseks eraldi nii kaksteistsõrmiksoole kui ka maosisaldist — viimast saadakse sondi makku jäänud haru kaudu. Seejärel süstitakse intravenoosselt 4 toimeühikut insuliini. Järgnevalt aspireeritakse maosisaldist 10-minutiliste intervallidega 2 tunni jooksul, evakueerides iga kord mao täiesti tühjaks. Kaksteistsõrmiksooles viibiva sondiharu kaudu jälgitakse duodenaalmahla eritumist. Sapipõie kontraheerumist tähistab duodenaalmahla tumedamaks muutumine. See toimub tavaliselt 45—60 minutit pärast insuliini süstimist. Sapipõie kontraheerumise alguse aeg märgitakse üles, et selle alusel teha järeldusi sapiteede motoorse funktsiooni kohta. Uurimise läbiviimiseks on sobivam, et haige lamaks kergelt paremale küljele pööratuna.

Täiendavate koletsüstograafiliste uuringutega tegime kindlaks, et insuliin kasutatud koguses provotseerib sapipõie kontraktsiooni eeskätt siis, kui toimib veel lisaärritus kaksteistsõrmiksooles oleva sondi näol. Sapipõie kontraktsioon on küllaldane nn. B-sapi saamiseks ja seega kliiniliselt hinnatav. Ainult insuliini toimel, ilma kaksteistsõrmiksooles viibiva sondita, sapipõis alati ei kontraheeru.

Maosekretsioon on maksimaalne samuti 45—60 minutit pärast insuliini manustamist, olles tavaliselt vastupidine veresuhkru langusega.

Meie kogemused (üle 900 sondeerimise koos insuliini manustamisega) näitavad, et maosisaldise vaba soolhappe kontsentratsioon on insuliini kasutamisel keskmiselt 40—50 tiiterühikut kõrgem kui kofeiinproovieine puhul. Seega tuleks alles vaba soolhappe väärtused üle 80—90 ühiku lugeda insuliinmeetodi puhul hüperatsiidseiks. Mõnel uuritaval võib kasutatud insuliiniannus kutsuda esile maosekretsiooni pidurdumise, eriti haavandtõve ägedas faasis ja nõrgenenud närviprotsessidega uuritavatel. Nimetatud nähtus aitab mao neuroglandulaarse aparaadi talitlust veelgi üksikasjalisemalt hinnata.

Kuigi insuliiniga saame provotseerida mao sekretoorse talitluse ühte sektorit, nimelt neuroreflektoorset faasi, on meetodil võrreldes teiste kliinikus kasutusel olevate maosisaldise uurimise võtetega mitmed eelised ja see rahuldab täiesti praktilisi vajadusi.

1. Insuliin kui üks tugevamaid ärritajaid võib põhjustada vaba soolhappe eritumise ka juhtudel, kus teiste meetoditega, näiteks kofeiiniga saadud maosekreet on anatsiidne.

2. Saadakse praktiliselt lisanditeta maosisaldist, mis paljude teiste proovieinete puhul pole võimalik.

3. Võidakse ligikaudu hinnata eritatud maomahla hulka.

4. Kasutades kordusuuringutel erinevaid insuliiniannuseid on võimalik täpsemalt iseloomustada mao neuroglandulaarse aparaadi funktsionaalset seisundit.

Uurides diastaasi aktiivsust duodenaalsisaldises selgus, et sondi poolt põhjustatud kaksteistsõrmiksoole ärritus koos insuliini toimega on küllaldane pankrease funktsiooni stimuleerimiseks.

Insuliini kasutamist diagnostilisel eesmärgil tuleks vältida haigetel, kellel kahtlustatakse neerupealiste puudulikkust.

Suhkruhaigetel on insuliin maosekretsiooni ja sapipõie kontraktsiooni ergutajana väheefektiivne.

Mao ja kaksteistsõrmiksoole simultaansondeerimise menetlusel on veel üks positiivne külg. Nimelt on selle menetluse abil võimalik haigete uurimisaega lühendada nii statsionaaris kui ka polikliinikus. Nagu meie kogemused näitavad, on 3—4 tunni jooksul võimalik koguda vajalikku uurimismaterjali mao- ja duodenaalsisaldise näol, uurida sapipõie ning-

pankrease funktsiooni. Sondeerimise lõppemisel võib kohe teostada seedetrakti röntgeniläbivalgustust, sest intravenoosselt manustatud insuliini toime on juba kahe tunniga möödunud. Seega lüheneks vastavate haigete uurimisaeg statsionaaris 1—2 päeva võrra. Eriti oluline on kirjeldatud meetodi rakendamine ambulatoorses praktikas, kus haige võidab vähemalt kaks polikliinikukülastust.

Kirjeldatud kontsentreeritud kompleksset uurimist taluvad haiged üldreeglina hästi.

СПОСОБ ОДНОВРЕМЕННОГО ЗОНДИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Я. Рийв

Резюме

При одновременном зондировании желудка и двенадцатиперстной кишки применяется склеенный из двух резиновых трубок зонд, часть которого, проникающая в двенадцатиперстную кишку, снабжена оливой и на 20 см длинее части, остающейся в желудке. Стимуляция секреторной деятельности желудка и сокращения желчного пузыря достигаются внутривенным введением инсулина в количестве 4 единиц. Этим путем можно сократить время исследования соответствующих больных как в условиях стационара, так и в поликлинике. У больного, обратившегося в поликлинику с патологией пищеварительного тракта, все необходимые исследования, включая и рентгеноскопию брюшной полости, можно произвести в течение 3—4 часов. Такое концентрированное комплексное исследование больные переносят хорошо.

UUT TÜÜPI KARTOTEEK

H. LÕIV

(Tallinna Linna Laste Nakkushaiglast, peaarst *M. Martson*)

Kirjanduse, katseandmete ja statistilise materjali kogumiseks, läbitöötamiseks ja kartoteekimiseks kasutavad teaduslikud töötajad tänapäeval mitmeid meetodeid.

Üheks vanemaks, kuid ka levinumaks on autorite, vahel ka märksõnade (aine) järgi korraldatud kartoteek, nagu seda leiame raamatukogudes. Selline kartoteek on kohmakas, sest see ei võimalda mitmesuguste andmete kiiret leidmist. Seetõttu avatakse mitmete olulisemate andmete kohta lisakaardid. On selge, et koos sellega suureneb ajakulu kartoteegi kasutamisel, sest väljavõetud ja kasutatud kaardid tuleb kartoteeki tagasi paigutada tähestikulises järjestuses.

Viimastel aastatel on püütud luua kartoteeke, mis võimaldaksid saada väga mitmesuguseid andmeid, leida materjale teema järgi, autorite järgi, süstematiseerida töid ilmumisaja ja koha järgi jne. Allpool kirjeldame kaht meie poolt kasutusele võetud erinevat tüüpi kartoteeki: perfokaartidega ja pilukaartidega kartoteeki. Esimesel juhul kartoteegi- või referaadikaartidele lüüakse augud (s. o. kaardid perforeeritakse) kahelt või kolmelt realt kaardi ülemisesse, vajaduse korral ka alumisesse serva, sõltuvalt uuritavas aines leiduvate nimetuste arvust. Kaardi ülemistes nurkades on augud kahe hoidevarda läbipistmiseks (foto 1, a). Samasugune augustus on ka kartoteegikasti otstel (foto 1, b). Hoidevarrastes olevad kaardid peavad asetsema nõnda, et kaardi alumise serva ja kartoteegikasti põhja vahele jääks 4—5-sentimeetrine vahe. Kartoteegikasti otsalaua augud märgistatakse tähtedega ja numbritega, need omakorda piiristatakse joontega sektsioonidesse vastavalt materjali rühmitusele. Kartoteegistatavate kaartide alusel koostatakse eraldi lehel šifrisüsteem,

milles iga aine on märgitud vastava tingmärgiga ehk šifriga. Näit. meie väikese kartoteegi kaardil šiffer KNT = kolienteriit, PST = parasiidid, EDT = raudtee lastesõim jne. Soovitatav on koostada šiffer selliselt, et tingmärkide kombinatsioonid ei korduks. Nüüd märgime igale kaardile šifrilehel oleva tingmärgi ja sellele vastavalt perforeerime kaardi (foto 1, vt. näiteks c). Perforatsioon peab olema niisuguse ulatusega, et kaardi allalangemisel selle ülemine serv jääks allapoole hoidevardaid (foto 2, f).

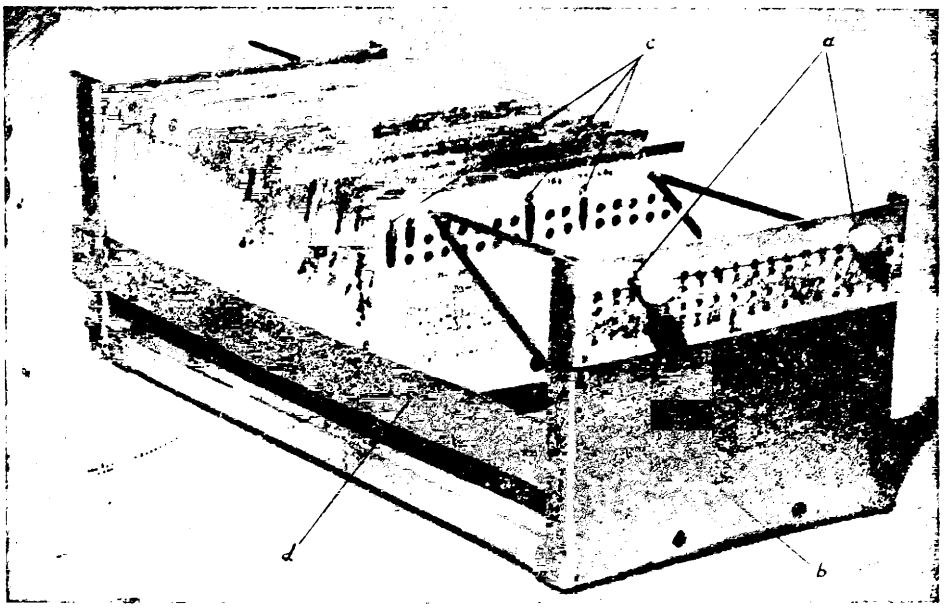


Foto 1. Mitmemõõtmelise kartoteegi kast: a) augud hoidevarraste läbipistmiseks ja hoidevardad, b) kartoteegikasti otsalaud, c) perforatsioon, d) külgliist

Kui kaardid on andmetele vastavate šifrimärkide kohaselt perforeeritud, siis paigutatakse kaardid ükskõik millises järjekorras hoidevarrastesse. Vajatava andme leidmiseks lükkame vardad vastava šifrimärgiga aukudesse. Näit. «parasiidid» leidmiseks lükkame šifrivardad otsalaual P, S ja T-ga märgitud aukudesse. Seejärel eemaldame hoidevardad ja tõmbame paar korda käega üle kaartide, et perforeeritud kaardid alla vajuksid. Antud juhul on võimalik ainult nende kaartide allavajumine, millesse on perforeeritud šiffer PST. Kuna kaardi ülemine serv langeb allapoole hoidevarraste auke, siis järgneval hoidevarraste sisselükkamisel (foto 2, a) jäävad nimetatud kaardid nende poolt fikseerimata. Järgneb šifrivarraste väljatõmbamine, mis vabastab kaardid ja võimaldab neil langeda kartoteegikasti põhjale, kust neid on hõlbus kätte saada.

Suuremamõõtmelise kartoteegi valmistamiseks oleme kasutanud referaadikaarte. Nende paber on aga pehme, mistõttu perforeeritud kohad võivad kiiresti kuluda ja katki minna. Kõige parem on kasutada kartongi. Kaartide mulgustamine peab toimuma vastava šablooni või perforaatori abil. Üksteise all asetsevate ridade vahe on 4 mm, aukude kaugus üksteisest 3 mm. Hoidevarraste aukude läbimõõt on 4 mm, sest vardad peavad olema tugevad, et kanda kaarte. Suurel kaardil on ülemises ja alumises servas kolm rida auke, kusjuures igas reas on 33 auku, s. o. ühel kaardil kokku 198 auku. Kahetähelise-numbrilise šifri korral saame koostada šifri ligi 40 tuhandele andmele. Et vajadust nii suure hulga järele vaevalt esineb, on soovitatav ühesugused andmed koondada peateemasse, mis saab kaks šifrimärki. Peateema alajaotused saavad kaks

uut märki, seega moodustub teema kohta neljakohaline täheline-numbriline šifr. Soovitatav on valida sellised šifrimärgid, et vastavatesse aukudesse paigutatud vardad hoiaksid kaarte tasakaalus, vastasel juhul peab paigutama statiivi küljele liistud (foto 1, d), et kaardid ei kalduks ega takistaks hoidevarraste paigaldamist.

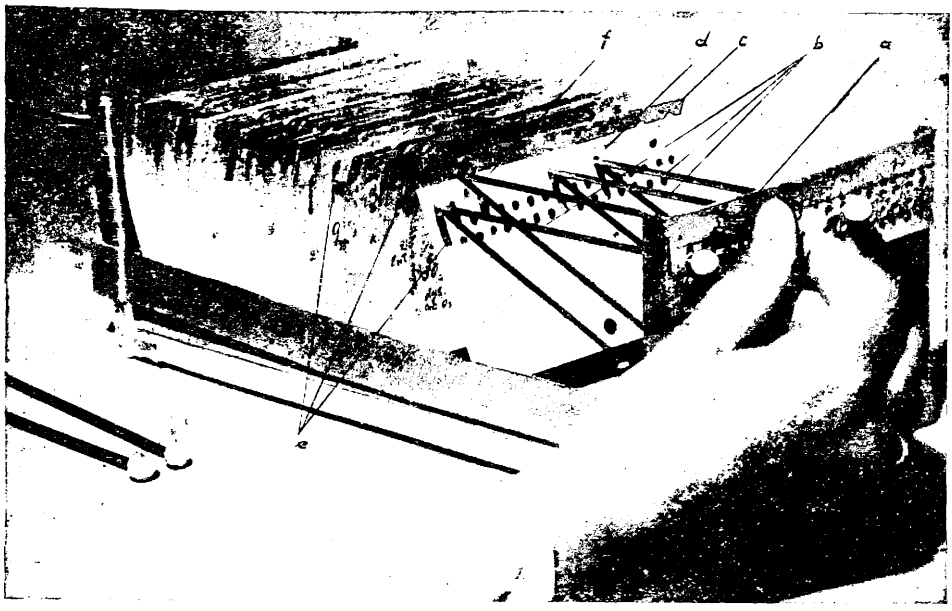


Foto 2. Kaardid šifreerimisasendis: a) hoidevarras, b) šifrivardad, c) hoidevardasse jääv kaart, d) perforatsiooni tõttu allalangenud kaart, e) perforatsioon, f) otsitav kaart on langenud allapoole hoidevarrast, mistõttu on jäänud viimasest fikseerimata

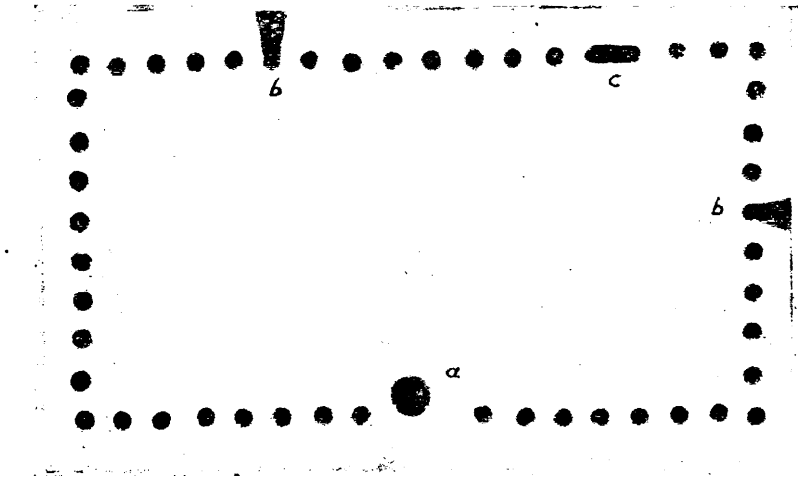


Foto 3. Piilukartoteegi kaart: a) kaardi põhiauk, b) perforatsioon serva suunas, c) ühendatud perforatsiooniauk

Algul näib sellise kartoteegi loomine raskena ja keerulisena, kuid materjali läbitöötamisel tasub see end kõigiti. Kartoteekimisel saab kasutada abitööjõudu, kui kaardi täitmisel kohe ära märkida vastava šifriga perforeerimisele kuuluvad kohad. Kartoteek kujuneb veelgi käepärasemaks, kui pildistada referatiivse žurnaali referaadid standardse suurusega fotopaberile, mis hiljem perforeeritakse nagu kartoteegikaartki. (Refe-

raadi väljalõikamine ja kleepimine kaardile muudab kartoteegi mahukaks ja võib mehaaniliselt takistada kaartide liikumist.) Kartoteeki saab kasutada ka mikrofilmide süstematiseerimiseks. Kaardi teksti kohale kanname filmi andmed šifrina ja filmide erikartoteegi numbri.

Vähese arvu andmete korral võib kasutada veelgi lihtsamat, pilukaartidega kartoteeki. Selleks kasutame kartoteegikaarte, mille kõik servad on ühtlaselt perforeeritud (foto 3). Hariliku mõõtmega kaardil saame sel puhul 50 auku, millega saab kartoteekida 54 teadet. Kaardid asuvad laual fikseeritult kartoteegivardaga, mis on pistetud läbi kaardi põhiaugust (foto 3, a). Vastavalt šifrile lõikame ühe perforatsiooniaugu kuni kaardi ääreni välja (foto 3, b). Vajatava andme leidmiseks lükkame sisse šifri- ehk otsiva varda, eemaldame fikseerimisvarda ja tõstame kaardid šifrivarda abil üles. Vajatavad kaardid jäävad lauale. Kaardile kantavate andmete hulka on võimalik suurendada sel teel, et ühendame vastava lõikega kaks perforeeritud auku omavahel (foto 3, c). Paigutanud kartoteegikaartide paki küljele, tõstame kaardid šifrivardaga üles, perforeeritud kaardid langevad seejuures allapoole. Nüüd asetame mistahes külgauku varda selleks, et fikseerida mitteväljalangevaid kaarte. Šifrivarda eemaldamisel langevad otsitavad kaardid lauale.

Artikli autor ei pretendeeri originaalsusele, sest kirjanduses on avaldatud üksikuid üldisi kirjeldusi. Tehniline külg tuli aga meil katseliselt lahendada. Muidugi on võimalik luua veel täiuslikumaid süsteeme.

On vajalik, et Tallinna Bibkollektor organiseeriks Eesti NSV-s kirjeldatud tüüpi kartoteekide valmistamist ja turustamist.

KIRJANDUS

Preuss, F. Anat. Anz., 1957, 104, 11/16, 209—230.

НОВЫЙ ТИП КАРТОТЕКИ

Х. Лыйв

Резюме

При сборе литературных, экспериментальных, данных и т. п. научные работники в настоящее время пользуются однодименсионной картотекой, подбираемой по типу авторского или предметного каталога.

Применение многодименсионных картотек дает возможность найти в одной картотеке данные по различным вопросам. При этом используются библиографические карты с двумя-тремя рядами отверстий, расположенных по верхнему или верхнему и нижнему краям карточки, каждое из которых отмечается буквой и цифрой. Библиографические карты фиксируются стержнями-держателями, проходящими через их верхние углы (фото 1, а). Для каждой темы и подтемы составляется шифр из 2-х —4-х букв и цифр. Соответственно шифру отверстия перфорируются в сторону верхнего края (фото 1, см., например, С).

Для нахождения нужных данных в соответствии с шифром вставляются шифровальные стержни, после чего удаляются стержни-держатели, причем благодаря перфорации карты с соответствующим шифром опускаются вниз. Затем вставляются вновь стержни-держатели для фиксирования карт, не используемых в данный момент, и удаляются шифровальные стержни. Карты нужного шифра в результате остаются незафиксированными и выпадают из картотеки.

При небольшом числе разнородных данных для составления многодименсионной картотеки могут быть использованы карты со щелями (фото 2). Соответственно каждой теме до верхнего края библиографической карточки перфорируется одно отверстие, при этом образуются вертикальные щели. Затем, вводя шифровальные стержни в соответствующие отверстия, приподнимают всю картотеку, нужные же карты выпадают из нее.

Количество шифров можно увеличивать, перфорируя карты и с боковых краев. При шифровании таких карт они поднимаются стержнем вдоль перфорации, карты же с соответствующим шифром опускаются при этом вниз. После этого карты фиксируются в любом из отверстий верхнего края. Затем удаляется шифровальный стержень, в результате чего при поднимании картотеки соответствующие карты выпадают.

Оба описанных метода во много раз ускоряют проработку материала, в связи с чем рекомендуем Таллинскому бибколлектору в ближайшем будущем организовать производство картотечных карт, необходимых для составления многодименсионных картотек.

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1961. a.

Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetas 1961. a. 144 isikut, neist arste 116, arste-stomatolooge 13 ja proviisoreid 15.

Arstid

Lembit Ahu (kiitusega)
Anna Andrusenko
Viivi Arumäe
Tamara Belova
Antonina Eomäe
Malle Evert
Tamara Fedortšuk
Zinaida Gitšak
Galina Gorbovskaja
Vitali Griškin
Tamara Gussarova
Heldur Hani
Kaido Hanson (kiitusega)
Helgi Heinmaa
Maidu Holm
Imbi Jakobson
Leili-Rosalie Jõers
Helle Järve
Eeva Kaleva
Tiiu Kangur
Urve-Helgi Kare
Vello Kask
Asja Kaspina
Kaljo Kiili
Ene-Mall Kiisa
Peet-Henn Kingisepp (kiitusega)
Maie Kivistik
Mai-Mirjam Koemets
Linda Krabbi
Tiiu Krimm
Elve Kubjas
Selma Kullamaa
Luule Kupper
Elvi Kurik
Linda Käärik
Taido-Valdur Käärik
Maie Laasmets
Kiira Landsberg
Aime Lantov
Lidia Leif
Elvira Leihka
Inge Lillepea-Lepiksaar (kiitusega)
Viktor Luht
Nikolai Matskov
Ivan Matviitšuk
Aari-Eeva Mirme
Uno Mirme
Kaljo Mitt
Maire-Lüüli Muiste
Inessa Mulina
Maret Murd
Eevi Muuga (kiitusega)
Ive-Ann Muuga (kiitusega)
Maimu-Endla Märtin
Arvi Nasari
Õilme Neps
Tatjana Nikolajeva
Õie Niinepuu
Heino Noor (kiitusega)
Arvo Olvet
Peeter Ott
Ljubov Piel
Teomar Pohlak
Mati Porisammal
Aili-Kristi Pruler
Enn-Jaagup Püttsepp
Lora Rakitskaja
Taimi Rapp
Jelena Ratsinskaja
Elle-Mare Remmel
Anu-Mai Rumberg
Ants Saks (kiitusega)
Ly Saks (kiitusega)
Nadežda Saljapina
Linda Sepp
Anna Sevtšjuk
Maido Sikk (kiitusega)
Heli Sild
Zoja Sidorenko
Elena Sokolova
Ene-Reet Soonets
Ülle Soosaar
Silvi Spirka
Tiina Stroom
Maie Suits
Elle Särg
Heino Särg
Eeva Zopp
Antonina Zuk
Galina Tõruljova
Hille Tagen
Malle Taggel
Aino-Silvia Tamm
Helle Tarma
Jüri Tedremaa
Tamara Teleškina
Taimi Togi
Helju Toots
Alla Tšerkasskaja
Larissa Tšelobitšikova
Taive Tölp
Valdur Täll
Galina Trapeznikova
Randu Truve

Vladimir Tuusov
Julia Uvarova
Tiiu Vaasna
Anne Valdmaa
Sirje Valge
Sirje-Mall Veski
Helje Viirlaid
Helgi Vilu
Urve Virkus
Inessa Vorobjova
Lydia Änilane
Marja Ükskask

Arstid-stomatoloogid

Hardi Arusaar (kiitusega)
Mare Arusaar
Ilve Karjaveski
Peeter-Jaan Kink
Tiiu Lang
Elvi Meier
Kaie Noor
Kaarin Pettai
Kaie Saar
Laine Siil
Ingrid Tutt
Ilme Ulst
Leili Visnapuu

Proviisorid

Mare Ahman
Helve Haavasalu
Ene-Mall Jürgenson
Helgi Malva
Helmi Mežults
Riina Milkop (kiitusega)
Saima Pokats
Mare Punke
Hilma Puis
Eljo Saare
Milvi Tarask
Malle Toom
Maie Voor
Eno Väkram
Aili Õiglane

I. Maaroos

TALLINNA MEDITSIINILISE KOOLI LÕPETAJAD 1961. a.

Tallinna Meditsiinilise Kooli statsionaarse osakonna lõpetas 1961. a. 87 isikut — 33 meditsiiniõde, 27 lasteasutuste õde ja 27 hambatehnikut. Kaugõppe osakonna lõpetas 72 isikut — 16 velskrit, 25 proviisori abi ja 31 hambatehnikut.

Statsionaarne osakond

Meditsiiniõed

Anne Aasmaa
Ester Aruaas
Malle Hunt
Asta Härm
Cato Johannes
Malle Johanson
Hella Jõgi
Evi Kajandi
Laine Kallasmaa
Tiia Kongas
Liili Krahe
Reet Kurla
Maie Leimann
Loo Liders
Reet Malva
Maie Mäeots
Merike Männiste
Aime Nuum
Mare Oks
Taimi Palo
Virve Pedaja
Asta Peterson
Niine Puusepp
Leida Sauga (kiitusega)
Elje Sisask
Mare Sumberg
Ilona Zutis
Anu Talu
Tiiu Tilk (kiitusega)
Helle Veinberg
Maie Veskimäe
Eely Väljur
Valve Õunpuu

Lasteasutuste õed

Mari Aitsam
Mall Berendsen
Viktoria Cher
Maie Dietrich
Madli Isok
Luule Kallus
Valve Kittus
Anne Klaas (kiitusega)
Ivi Lahtmäe
Helga Langi
Helgi Lüdimois
Malle-Reet Maripuu

Mall Meritam
Helve Mägi
Helle Olesk
Aino Paju
Heele Perillus
Aime Pihel
Sirje Ploompuu
Maie Raudson
Tamara Šumeiko
Milvi Tammiste
Mall Tolopilov
Saima Truumaa
Salme Tuulpärg
Aili Valner
Helmi Vilu

Hambatehnikud

Pia Allas
Vaida Arme
Ella Atto
Silvi Haavik (kiitusega)
Eugenia Janov
Anne Jürgenson
Anne Kikerpuu
Mare Kosk (kiitusega)
Aleksandra Kund (kiitusega)
Mare Kuusk
Mare Käär
Õnne Luik
Aili Maal (kiitusega)
Reet Maidla
Tiia Mandre
Mirja Marras
Koidu Paist (kiitusega)
Kersti Perling
Saima Reisalu
Eve Ruutsoo
Agnessa Sepmann
Elmi Soon
Tiiu Stubbe
Milvi Till
Aasa Uutmann
Virve Vaarpuu
Evi Vainumets

Kaugõppe osakond

Velskrid

Este Aasa
Theodor Jüriado
Paul Kuldkepp
Armilda Kangur
Miralda Lankots
Neidi Lillmann
Ulrich Mentak
Armilda Padul
Kaarel Pent
Eha Rodima
Ants Saar
Arseni Saar
Laine Sarv
Eduard Štšerbakov
Asta Sukamägi
Loreida Tsernask

Proviisori abid

Milvi Alliksaar
Augustin Heeska (kiitusega)
Linda Heinsoo
Loomet Hermlin
Mare Hiiemäe
Helgi Ilus
Maie Indus
Harri Kelt
Aino Krass
Inge Kõrgesaar
Anna Liigand
Tiina Matsin
Elvi Meriniit
Irene Miglau
Aimi Orula
Leida Puks
Maret Rae
Maie Raudsepp
Marge Silk
Laine Tamm
Laine Tamme
Helna Vainult (kiitusega)
Aino Veenpere
Leili Viitak
Eda Võsu

Hambatehnikud

Inge Aas
Hille Akkert
Helje Arrak
Irene Dorožkova
Leo Feldman
Romeo Goertz
Lea Haitov
Albina Ilves
Etty Kahn
Arnold Kirss
Valentina Krupina
Õie Kukk
Virve Kurnim
Gerta Maido
Israel Migdal
Roman-Roland Nestra
Laine Nõmmik
Olga Petrov
Heinar Petsi
Salme Puusepp
Ellen Rimm
Anna Rõtšagov

Lembit Suurkask
Valentina Štšebelskaja
Linda Tamm
Valentina Tirmann
Anatoli Tšernjavski
Olga Tupitšina
Armilda Täll
Eha Vaht
Elmar Õun

H. Klemeier

TARTU MEDITSIINILISE KOOLI LÕPETAJAD 1961. a.

Tartu Meditsiinilise Kooli statsionaarse osakonna lõpetas 1961. a. 80 isikut — 58 meditsiiniõde ja 22 velskrit-laboranti. Kaugõppe osakonna lõpetas 22 isikut — 12 sanitaarvelskrit ja 10 velskrit-laboranti

Statsionaarne osakond

Meditsiiniõed

Ellen Aps
Maie Ardel
Linda Arutee
Reet Benno
Eha Bergmann (kiitusega)
Eda Eensoo
Eha Hainla
Helju Herne
Valve Iverson
Aime Jeedas
Viive Karu
Aime Kasak
Tiina Kasemaa
Maie Kaur
Valentina Kikkas
Viive Kokamägi (kiitusega)
Anne Kolk (kiitusega)
Elviera Koppelmann (kiitusega)
Anne Kruusberg
Valli Kull (kiitusega)
Evi Kõiv
Aima Laagus
Elle Laur
Hilda Lõks
Anne Lõokene (kiitusega)
Reet Maidla (kiitusega)
Viive Maidla
Aino Muiste
Helju Mängli
Milvi Mölder
Viivi Oja
Eli Palu
Hele Pauska
Olli Pertel
Ene Peterson
Malle Saarts (kiitusega)
Elve Soha
Saima Sumberg
Viivi Sõna
Evi Särev (kiitusega)
Elfriede Zubsberg
Viivi-Eve Tagoma
Maimu Talli
Hilja Tamberg
Salme Tamm
Viive Tamm
Sirje Teras (kiitusega)
Aime Tuisk
Eha Tulnola
Alvine Uibokant
Aino Vaab
Hille Valdmaa
Anne Vallikivi
Lilli Vatman
Laine Vellemaa (kiitusega)
Viiu Vene
Valve Vent
Reet Vessin

Velskrid-laborandid

Helle Amboja
Anu Amor
Lembi Anniko
Tiiu Himma
Silvia Juhansoo
Eha Jürjenson
Mare Kersna
Helgi Küng
Aina Liivorg
Malle Lille
Helena Maidla (kiitusega)
Valve Mitt
Ellen Mühlberg
Aino Olesk
Ene Rooleht
Sirje Roosson
Ester Siidra
Eevi Suur
Maimu Talussaar
Elvi Teppo
Leena Varblane
Lidia Villmann

Kaugõppe osakond

Sanitaarvelskrid

Aino Aigro
Antonina Jõgiste
Õie Lilleorg
Zinaida Maranik
Alo Otstavel
August Ranno
Vaike Rapoport
Helga Raud
Hilja Simson
Selma Sotnik
Olly Uibukand
Inge Värs

Velskrid-laborandid

Silvi Edovald
Salme Kalda
Sinja Karp
Oskar Kask
Maie Keerma
Leo Kerge (kiitusega)
Urve Lööne
Mia Matsalu
Ester Ojaveer
Maret Tael

H. Horn

Abiks velsucitele ja õdedele

KRAMBID JA LANGETÕBI

Dotsent *J. SAARMA*
(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna psühhiaatria ja kohtuarstiteaduse kateedrist, juhataja professor *E. Karu*)

Epileptiline krambihoog on peaaju üheks eriliseks reaktsiooniks organismi tabanud kahjustustele. Kramp võib tekkida igal inimesel, sõltumata tema kehalistest ja vaimsetest omadustest. Kaasaja arstiteaduses on mõnede psüühiliste haiguste ravimisel rakendatud krampide kunstlikku vallandamist kas medikamentidega (korasool, ammooniumkloriid) või elektrivooluga. Nende vahenditega on võimalik krampi esile kutsuda igal isikul, ainult toimiva agensi annus on individuaalne. Üksikutel inimestel on peaaju märgatavalt tundlikuma reaktsioonilaadiga, mistõttu nendel ilmneb suurem nn. krambivalmidus. Neil isikutel võivad krambihood esineda kas tühistel põhjustel või isegi väliste põhjusteta.

Esitatust järeldub, et epileptiline krambihoog on ainult üheks sümptoomiks, mis iseloomustab tserebraalse regulatsiooni häiret, see ei võimalda aga ilma üksikasjalisema uurimiseta diagnoosida konkreetset haigust.

Üksikud juhuslikud krambihood võivad esineda väga mitmesuguste ägedate kahjustuste puhul, nagu mürgistused, infektsioonid jne. Tuleb silmas pidada, et eriti lastel on krambivalmidus tunduvalt kõrgem, mistõttu neil võivad krambid ilmneda üsna kergetegi kahjustuste tagajärjel.

Korduvate krambihoogude esinemisel on tegemist juba püsivama kahjustusega, mis haarab aju tervikuna või koldeliselt. Neil juhtudel on vaja välja selgitada, kas haigel esineb nn. genuiinne epilepsia, s. t. tõeline langetõbi iseseisva haigusena, või on tegemist sümptomaatilise epilepsiaga, kus krambihood on mingi teise haiguse üheks väljenduskujuks (traumaatiline, aterosklerootiline vms. ajukahjustus).

Krampide esinemist põhjustava kahjustuse või haiguse täpsemaks tundmiseks on esiteks vajalik üksikasjaliselt teada haige anamneesi, teiseks omada detailset kirjeldust esinevatest hoogudest ja kolmandaks teostada haige põhjalik somaatiline (eriti neuroloogiline) ning psüühiline uurimine. Et keskharidusega meditsiinitöötajad puutuvad haigetega vahetult kokku palju sagedamini kui arstid, on neil märgatavalt rohkem võimalusi jälgida krambihoogude avaldumist. Seepärast on oluline, et tuntaks ja teataks mitmesuguste krampide väljenduskujusid, osataks neid jälgida ning kirjeldada selliselt, et see abistaks haiguse diagnoosimisel. Alljärgnevalt esitatakse peamiste epileptiliste hoogude lühike kirjeldus.

Kõige enam on tuntud nn. suur epileptiline kramp, mis esineb ka kõige sagedamini. Suure krambi puhul kaotab haige järsku teadvuse ning kukub. Kohe seejärel tekib kõikides vöötlihastes kangestus-

krambi tooniline faas. 30—40 sekundi järel läheb see üle tõmblusteks — krambi klooniline faas, mille puhul kõikides lihastes samaaegselt vaheldub kangestus lõõgastusega. Tõmblused vaibuvad pikkamööda ja 60—90 sekundi järel lakkavad. Krambihoo ajal hingamine seiskub, haige nägu ja jäsemed muutuvad kahvatuks ja tsüanootiliseks. Sageli esineb vahune süljevool suust. Tõmbluste lõppemisele järgneb hingamise taastumine. Teadvusele tuleb haige alles pikkamööda, 5—15 minuti jooksul. Enne teadvuse täielikku selginemist esineb sageli rahutus- või hirmuseisund, mille vältel haige võib isegi vägivaldseks muutuda.

Tunduvalt kergema iseloomuga on nn. väike kramp. Selle puhul kaotab haige küll teadvuse, kuid enamasti ei kuku. Hingamine ei lakka. Esinevad tõmblused, kas ühes või mitmes jäsemes, mõnikord stereotüüpselt korduva liigutuse kujul. Hoog kestab ligikaudu üks minut, hoo lõppemisel tuleb haige otsekohe täielikule teadvusele ja on võimeline jätkama katkestatud tegevust.

Veelgi tagasihoidlikuma kujuga on nn. absaans (*absence*) ehk hetkeline teadvusetus. See tekib täiesti ootamatult keset tegevust või kõnelust ja ilmneb ainult hetkelise teadvusekaotusena. Haige muutub näost kahvatuks, liigutused või kõne lakkavad sekundiks-paariks, misjärel teadvus taastub otsekohe täielikult ja haige jätkab endist tegevust. Sageli haige ise ei märkagi, et tal mingi eriline seisund esines. Ka pealtnägijad ei oska sellisele hoole alati omistada õiget tähendust, pidades haiget üksnes hajameelseks, tema tähelepanu laokil olevaks jms.

Mõningatel haigetel avaldub krambihoog tõmblustena ühes jäsemes või näolihastes, ilma et sel ajal teadvus üldse välja lülituks (nn. Jacksoni tüüpi hood). Mõnikord piirdubki kogu hoog ainult ühe lihastegrupi tõmblustega, mõnikord aga levib kramp edasi kogu lihaskonnale ja võib siis üle minna suureks krambihooks.

Motoorsete haigushoogude kõrval võib osal haigetest avalduda ka vegetatiivseid hoogusid (vererõhu järsk tõus, profuusne higistamine, südamepekslemine, koolikataolised valud vms.), aga teatud kordadel ka sensoorseid hoogusid (tundehäired, nägemise või kuulmise häired jms.).

Paroksüsmaalsed haigusnähud võivad ilmneda real juhtudel ka psüühilise seisundi muutuste kujul. Üheks sagedasemaks avalduskujuks on hämarolek. Hämarolek tekib kas epileptilise krambihoo järel või iseseisvalt. Haige kaotab tegeliku ümbruse tajumise võime, ta ei orienteeru kohas ega ajas, ei ole suuteline kontaktiks ümbritsevate isikutega. Hämaroleku ajal esineb enamasti hulgaliselt hirmutavasisulisi meelepetteid, eeskätt visioone. Nende elamuste tõttu on haige hirmuseisundis, millest võivad alguse saada mitmesugused ohtlikud või vägivaldsed teod. Hämarolek kestab mõnest tunnist kuni mitme päevani. Hoo möödumisel ei mäleta haige toimunust midagi (amneesia).

Osal haigetest esineb nn. düsfooria hoogusid, mille puhul nad on äärmiselt pahurad, tusased, ärritatud, plahvatuvad kergesti, võivad muutuda vägivaldseks. Selline hoog võib kesta mõnest tunnist mitme päevani. Mõnedel krambihaigetel võib ilmneda ka vastupidiseid emotsionaalsuse muutusi nn. ekstaasiseisundite kujul. Sel puhul on haige enesetunne äärmiselt ülev, õnnelik, paiguti esineb meeldivasisulisi meelepetteid (muusikat, laulu jne.).

Nagu toodud ülevaatest ilmneb, valmistab mitmete epileptiliste haigushoogude äratundmine küllaltki raskusi. Tavaliselt peetakse krambihaiguse tüüpiliseks avalduskujuks suuri krampe. Kuid on küllalt haigeid, kel selliseid krampe üldse ei esine. Ja siiski on nad krambihaiged ning vajavad vastavat režiimi ja ravi. Seepärast on väga oluline osata ära tunda ja hinnata ka teisi, vähem iseloomulikke haigushoogusid.

Ülalkirjeldatud epileptiliste hoogude kõrval võib üksikutel juhtudel tegemist olla ka psühhogeensete, nn. hüsteeriliste krambihoogudega. Viimased esinevad eeskätt hüsteeriahaigetel (kas psühhopaatidel või neuroo-

sihaigeil), aga üksikutel juhtudel ka posttraumaatiliste ajukahjustustega haigetel ja isegi langetõvehaigetel. Hüsteerilist tüüpi krambihood on alati psühhogeenselt vallandatud ja nende kulg omab iseloomulikke jooni, mille põhjal võib neid diferentseerida epileptilistest hoogudest. Kuna hüsteerilise hoo ajal ei ole teadvus täielikult välja lülitatud, siis mõjustavad miljöö muutused (pealtnägijate käitumine, heli- ja valgusärritused, valu jms.) hoo kulgu. Enamasti on hüsteeriline hoog õige pikaajaline (mitukümmend minutit või isegi mitu tundi). Hingamine ei lakka hoo ajal. Epileptilise suure hoo ja hüsteerilise hoo mõningad olulisemad erinevused on esitatud tabelis.

Suure epileptilise krambi ja hüsteerilise krambi erinevused

Tunnus	Suur kramp	Hüsteeriline kramp
Vallandumine	Spontaanne, sõltumatult situatsioonist	Erutuse korral, ikka teiste juuresolekul
Esinemine	Nii ärkvel olles kui ka une pealt	Ainult ärkvel olles
Hoo algus	Haige kukub ilma ühegi kaitseliigutuseta, sageli esinevad vigastused	Haige vajub põrandale, ei vigasta end
Motoorika	Algul tooniline, siis kloonilине faas	Sümmeetrilised rappuvad tõmblused, intensiivsus varieerub
Hingamine	Hoo vältel lakkab	Ei lakka
Nägu	Algul kahvatu, siis tsüanootiline	Hüpereemiline
Pupillid	Algul kitsad, siis laiad, jäigad	Muutusteta, reageerivad valgusele
Uriini inkontinents	Esineb sageli	Enamasti ei esine
Teadvus	Kogu hoo vältel täielikult välja lülitatud, taastub pikkamööda hoo järel	Teadvus kergelt hägunenud, taastub kohe hoo lõppedes
Kestus	1—2 minutit	Kuni mitu tundi

Krambihoogusid põhjustava haiguse diagnoosimine nõuab enamasti väga põhjalikku neuroloogilist ja psühhiaatrilist statsionaarset uurimist. Keskharidusega meditsiinitöötajad võivad selle juures arste oluliselt abistada, andes esinevate haigushoogude kohta üksikasjalise ja asjatundliku kirjelduse.

Diagnostilise abi kõrval saavad meditsiiniõed, velskrid jt. suurel määral kaasa aidata ka krambihaigete ravimisele. Alljärgnevalt mõningad põhilised nõuded, mida peab silmas pidama epilepsiahaigete ravimisel.

Krambihoo esinemisel on vaja haigele osutada esmaabi. Siin tuleb silmas pidada, et epileptilise krambihoo kulgemist ei saa mingisuguste vahenditega takistada. Eriti peab vältima lihaste tõmbluste takistamist jõuga, mille tagajärjel võib tekkida lihaste rebenemist või isegi luumurde. Hoo alguses tuleb vabastada haige kael pigistavatest riietusesemetest. Kui võimalik, eemaldada suust seal leiduv toit või esemed ning paigutada hammaste vahele midagi elastset (keelevigastuste vältimiseks). Pea- ja jäsemete vigastuste vältimiseks tõmbluste ajal tuleb kas paigutada alla pehmeid esemeid või lihtsalt hoida oma kätega ära põrutusi teravate või kõvade esemete vastu. Suure krambihoo järel tuleb viibida haige juures kuni teadvuse täieliku taastumiseni, hoides tagasi rahutust ja rabelemist, mis võib esineda hoojärgsel segasusperioodil. Hoo möödumisel on soovitatav manustada luminaali 0,1 suu kaudu või süstena.

Üksikutel kordadel võib krambihaigetel esineda seisund, mil krambihood järgnevad üksteisele väikeste vaheaegadega, ilma et haige vahepeal teadvusele tuleks. Selline *status epilepticus* on raske, mõnikord isegi eluohtlik seisund ja nõuab kõige energilisemat vahelesegamist. *Status epilepticus*'e puhul rakendatavad menetlused on kirjeldatud üksikasjaliselt ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1961. a. 3. numbris (lk. 73).

Langetõve ravimisel on vaja silmas pidada järgmisi põhimõtteid. Arsti poolt ettekirjutatud dieedist (soolavaene), režiimist (absoluutne alkoholikeeld) ja ravimite kasutamisest peab haige rangelt kinni pidama. Seejuures on äärmiselt tähtis, et haige ei lubaks endale ka kõige väiksemaid kõrvalekaldumisi. On esinenud juhtumeid, kus haige on rikkunud dieedi eeskirju ainult tüki heeringa söömisega ja on sellest saanud *status epilepticus*'e või on jätnud paar päeva vahele broomi või mõne muu ravimi tarvitamise ja jällegi on tekkinud mitu krambihoogu või isegi *status epilepticus*. Epilepsia ravimine kestab aastaid ja ravi eeskirjadest tuleb kinni pidada ka sel juhul, kui hoogusid ei ole enam pikka aega üldse esinenud. Ravimite ärajätmine võib toimuda ainult nende annuste aeglase vähendamise teel pideva arstliku kontrolli all.

Langetõvehaige peab silmas pidama ka teatud nõudeid töörežiimi osas. Õnnetusjuhtumite vältimiseks (krambihoo puhul kukkudes) on krambihaigetel keelatud töötada liikuvate masinaosade läheduses, lahtiste veekogude ja tulekollete juures ning kõrgustes (katus, tellingud jne.). Neist nõudeist tuleb samuti kinni pidada aastate jooksul, ka siis, kui haigushoogusid ei ole enam pikemat aega esinenud.

Keskharidusega meditsiinitöötajad saavad pideva selgitustööga väga palju kaasa aidata sellele, et langetõvehaigete ravi oleks tõepoolest tõhus ning algaks õigeaegselt. Ühtlasi võivad nad aidata tõsta elanikkonna teadlikkust krampide ja langetõve olemusest, et kaoksid ebausu ja müstika üksikud jäänused, mis takistavad epilepsia ajakohast ravi.

MEE RAVIOMADUSTEST

Mett on iidsetest aegadest kasutatud nii toiduainena kui ka ravimina. Tuntuim antiikaja arst Hippokrates kasutas mett mitmesuguste haiguste ravimisel ja soovitas seda ka jookide valmistamiseks. Ka vanades vene käsikirjalistes raviõpetustes antakse meele ravivahendina tähtis koht. Rahvameditsiinis on mett eduga kasutatud mitmete haiguste, nagu kurgu- ja hingamisteede põletikkude, tuberkuloosi ja nahahaiguste puhul.

Mesi sisaldab umbes 75% viinamarja- ja puuviljasuhkrut, 20% vett, ülejäänud 5% mee koostisest moodustavad sahharoos, maltoos, dultsiid jm. Mee koosseisu kuuluvad veel mineraalained kaltsium, kaalium, naatrium jt., siis fosforhape, väävelhape jne. Orgaanilistest hapetest sisaldab mesi õunhapet, sidrunhapet, piimhapet jt. Fermentidest leidub mees diastaasi, invertaasi, katalaasi, peroksüdaasi ja lipaasi. Peale selle sisaldab mesi A-, B_2-, B_6-, C-, K- ja teisi vitamiine ning bakteritsiidseid aineid. 1 kg mett sisaldab 3150 kalorit.

Invertsuhkrud mees kergendavad seedimisprotsesse, sest nad imenduvad maost otse verre. Mesi on osutunud heaks dieettoiduaineks maohaigusi põdevatele haigetele ja lastele.

Mee ravivad omadused leidsid rakendamist eriti Suure Isamaasõja aastatel. Ilmnes, et meel on isegi nõrkades vesilahustes bakteritsiidne toime. See võimaldas mett kasutada haiglates loomulikul kujul (s. o. ilma pastöriseerimata ja steriliseerimata) välispidiselt haavade raviks. Haavade paranemine kiirenes ja mädanemisprotsessid vähenesid.

Kogemused on näidanud, et mesi mõjub hästi gastriitide, mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõve, jämesoolepõletiku ja maksapõletiku puhul. Irkutski Meditsiiniinstituudi Sisehaiguste Kliinikus raviti meega üle 600 haavandtõbe põdeva haige (mett anti $1^1/_2$—2 tundi enne söömist ja 3 tundi pärast söömist).

Mao alahappesuse ravimisel meega tuleb arvestada selle sissevõtmise aega: kui mett võtta $1^1/_2$—2 tundi enne söömist, siis pärsib see maomahla eritumist, kui aga vahetult enne söömist, siis mõjub mesi maomahla eritumist ergutavalt. Maksa- ja sapipõiepõletiku puhul on mee tarvitamine samuti andnud häid tulemusi.

Haigusjärgsel perioodil taandub mee tarvitamise puhul organismi üldine kurnatus kiiresti; mesi tõstab võrdlemisi lühikese ajaga hemoglobiini ja erütrotsüütide hulka veres, eriti lastel, ja seda tuleks lastehaiguste ravimisel tõsiselt arvestada. Väikelaste kõhulahtisuse ravimisel meega langes suremus kirjanduse andmeil kolm korda. On samuti teada, et mee tarvitamine tõstab laste vastupanuvõimet külmetushaigustele. Suhkru osaline asendamine meega laste toiduratsioonis avaldab lapse organismi kujunemisele head mõju ja tugevdab nõrkade laste tervist. Kui imik ei saa piisavalt rinnapiima, soovitatakse lehmapiima andmisel sellele suhkru asemel lisada mett.

Bakteritsiidse toime tõttu on mett rahvameditsiinis kasutatud suu- ja kurguhaiguste puhul vesilahusena (10—15%) suu ja kurgu loputamiseks.

Mett tarvitatakse laialdaselt ka külmetushaiguste korral (nii puhtal kujul kui ka koos ravimitega), samuti koos teiste toiduainetega, näiteks soe piim ja mesi, mesi ja sidrunimahl jne. Peab meeles pidama, et sel puhul tuleb pidada voodi- või tubast režiimi, sest neil juhtudel mee kasutamine kutsub esile higistamise.

Närvisüsteemi funktsionaalsete häirete puhul on mee tarvitamine andnud häid tagajärgi, sest ta mõjub organismile rahustavalt. Närvilistel inimestel on soovitatav õhtul juua klaasitäis meega segatud vett, mis soodustab und.

Mee raviannuseks täiskasvanutele on 100 g, maksimaalselt 200 g ööpäevas (hommikul 30—60 g, päeval 40—80 g, õhtul 30—60 g). Lastele antakse mett teelusikatäie kaupa, kokku umbes 30 g päevas. Mett tarvitatakse kuni 2 kuu jooksul, seejärel tehakse 2—3 nädalane vaheaeg.

Lõpuks veel ravist mesilasmürgiga. Mesilaste pistete (nõelamise) ravitoimet reuma puhul tunti rahvameditsiinis ammugi. Mesilasmürki kasutatakse reuma, ishiase, neuriitide jt. haiguste puhul. Neid haigusi on edukalt ravitud 2-protsendilise mesilasmürgilahuse süstimisega 8—15 päeva jooksul.

Meevahal ravitoimet ei ole, kuid farmaatsias kasutatakse seda laialdaselt salvide alustena. Meevaha kasutatakse ka proteesimise juures ja parfümeerias paremate kosmeetiliste kreemide valmistamisel.

J. Ots

SÜNNITAJA TEADMISTE TÕSTMISE METOODIKAST LAPSE TERVISHOIU ALAL

A. KADASTIK

(Tartu Linna Kliinilisest Sünnitusmajast, peaarst *A. Višnitskaja*)

Igal tervel vastsündinul on olemas kõik eeldused kasvada ja areneda ilma igasuguste häireteta. Kui laps siiski haigestub või sureb, on selle põhjuseks mingi erakordne väline kahjustus. Varaealiste laste haigestumised on sageli tingitud vanemate vähestest tervishoiulistest teadmistest: lapsed võivad kokku puutuda nakkushaiguste tekitajatega, lapsi toidetakse ja hooldatakse ebaõigesti, alahinnatakse lapse karastamise tähtsust jne. Seepärast tuleb taotleda, et eranditult kõik emad omandaksid elementaarsed teadmised lapse tervishoiust.

Sanitaarharidustöö meetodeid on mitmesuguseid. Peamiselt kasutatakse loenguid, individuaalseid ja kollektiivseid vestlusi koos näitlike abivahenditega. Mitmed laste ja naiste nõuandlad on organiseerinud emadekooli. Emadekooli all mõistetakse plaanipäraselt läbiviidud loengutetsüklit rasedatele ja emadele. Arstid või meditsiiniõed käsitlevad seal lapse hooldamise, toitmise, haiguste profülaktika jt. küsimusi. Kuigi niisugustel loengutel ja vestlustel puudutatakse ammendavalt kõiki emale vajalikke küsimusi, ei osutu see meie kogemuste põhjal küllaldaseks. Põhjuseks on asjaolu, et loengutest osavõtjad jäävad passiivseteks kuulajateks ja osavõtt ei tähenda veel teadmiste taseme tõusmist. Hilisem küsitlus on näidanud, et loenguid on kuulatud pealiskaudselt, paljud küsimused on jäänud tähele panemata, või veelgi halvem, loengul esitatud materjali on mõistetud vääralt. On ju ka arusaadav, et uue aine ühekordse kuulamisega, liiati, kui loengut ei konspekteerita, ei jää kõik vajalik meelde. Korduvalt sünnitanud ei tahagi sageli loengutest osa võtta, pidades neid üleliigseteks — enda arvates on nad juba küllalt teadlikud lapse hooldamise ja kasvatamise küsimustes. Mõned noored emad väldivad loenguid lootuses, et vanaema, tädi või mõni teine isik aitab last hooldada.

Iga loengu lõpul vastab lektor tavaliselt küsimustele. Kogemused näitavad aga, et need, kes kuulasid loengut huvitult, ei esita ka küsimusi. Niisiis, vormiliselt on sanitaarharidustöö läbi viidud rahuldavalt, kuid sisuliselt mitte. Esineb juhtumeid, et ka korduvalt sünnitanud ja loenguid kuulanud ema ei oska lapsi õigesti hooldada. Näiteks viibis sünnitusmajas ema, kes pidades end igati teadlikuks ega tahtnud enam loenguid kuulata. Samal ajal veenas ta palatikaaslasi «oma kogemuste põhjal», et meditsiinitöötajate soovitus last karastada pole õige. See ema olevat oma esimest last hakanud välisõhu kätte viima alles lapse 7. elukuul ning tänu sellele polevat viimane üldse haige olnud. Laps olevat küll vähese isuga ja kahvatu, kuid ikkagi «terve». Selliste arusaamistega see iseteadev ema sünnitusmajast lahkuski, sest meditsiinitöötajatele ta oma ekslikke arvamusi ei avaldanud ning nendest kuuldi, kui nimetatud ema oli juba sünnitusmajast välja kirjutatud.

Täiesti lubamatu on, et noor ema jääb kõrvale oma lapse hooldamisest ja kasvatamisest. Oma lapse heaolu ei või usaldada ainult vanaemadele ja tädidele. See, mida peeti õigeks 50 aastat tagasi, ei sobi enam alati tänapäeva seisukohtadega.

Teisest küljest, mõnikord pole meditsiiniõel ja ämmaemandal, kes on peamisteks loengute läbiviijateks, küllaldaselt pedagoogilisi oskusi. Seetõttu võivad ka loengud muutuda vähehuvitavateks.

Eeltoodut arvestades hakati Tartu Linna Kliinilises Sünnitusmajas dotsent L. Kerese ettepanekul 1957. a. emasid õpetama uuel viisil. Nimelt ilmus 1956. a. esimest korda Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla arstide poolt koostatud raamatuke «Varaealise lapse tervishoid». Selles on käsitletud igale emale arusaadavalt kõiki vajalikke profülaktikaküsimusi. Iga ema suudab juba sünnitusmajas viibides selle raamatukese täielikult ära õppida.

Sanitaarharidustöö metoodika on sel juhul järgmine. Kolmandal päeval pärast sünnitust antakse igale emale raamatuke «Varaealise lapse tervishoid». Sel päeval peab ema iseseisvalt läbi töötama ja selgeks õppima peatüki «Imiku igapäevane hooldamine». Neljandal sünnitusjärgsel päeval kontrollib vastsündinuid teenindav õde või lastearst omandatud teadmisi ning annab selleks päevaks õppida uue teema («Imiku loomulik toitmine»). Viiendal päeval tutvub ema teemaga «Nakkushaiguste vältimine» ja kuuendal päeval teemaga «Lapse karastamine» ja «Rahhiidi vältimine». Igal järgneval päeval enne uue teema saamist peab ema vastama eelmisel päeval õpitud teema ulatuses, kaheksandal või üheksandal päeval aga (s. t. enne sünnitusmajast väljakirjutamist) teeb ema väikese «eksami» kogu õpitud materjali ulatuses. Õppimist stimuleeriva võttena katsetasime ka teadmiste hindamist.

Kogemused näitasid, et sellise õppemeetodiga tõusis emade aktiivsus tunduvalt, neil kerkis alati mitmesuguseid küsimusi, mis meditsiinitöötajate abiga lahendati. Ainult üksikjuhtudel ei tahtnud emad miinimumprogrammi õppida, kuid ka sellised juhud kadusid, kui keelduti ema sünnitusmajast välja kirjutamast enne rahuldavate teadmiste omandamist. Eriti suurt huvi tundsid õppuste vastu esmassünnitanud. Sünnitusmajas õpitud teadmiste praktilist rakendamist kontrollisid kodus laste polikliiniku patronaažiõed. Kui ema teadmised olid lünklikud, töötati sama küsimus konkreetset olukorda arvestades veel kord läbi.

On selgunud, et emade üldteadmised tervishoiust on paljudel juhtudel madalad. Puudulike teadmiste tõttu ei ole neisse juurdunud ka vajalikul määral sanitaarharjumusi. Võib osutuda vajalikuks, et meditsiinitöötajatel tuleb vestelda ka isadega, et nad aitaksid kaasa sanitaarsete tingimuste loomisele kodus.

Arvestades Tartu Linna Kliinilise Sünnitusmaja kogemusi, võiks soovitada kirjeldatud iseõppimis-küsitlusmeetodi laialdasemat kasutamist. Selleks on aga hädavajalik, et raamatukest «Varaealise lapse tervishoid» jätkuks piisavalt ja pidevalt kõikidele emadele. Oleks hea, kui iga ema, olenemata sellest, millises tervishoiuasutuses ta sünnitab, saaks endale kaasa selle väikese raamatukese. 1961. a. esimeses kvartalis ilmus raamatu uus trükk (tiraažiga 15000 eksemplari), mistõttu praegu on võimalik seda muretseda kõikidel meditsiiniasutustel.

Vennasvabariikidest

ARMEENIA NSV TERVISHOIUKORRALDUSEST

(Vabariigi 40. aastapäeva puhul)

Arstiteaduse kandidaat *R. PARSADANJAN*, ajakirja «Armeenia Tervishoid» toimetaja

Armeenia NSV-s tuli tervishoiuorganisatsioon rajada peaaegu tühjale kohale. Enne revolutsiooni (1913. a.) oli Armeenias, s. t. Jerevani kubermangus ainult 12 maahaiglat ja ambulatooriumi, kus töötas 15 arsti ja samapalju velskreid. Üldse oli kubermangus 223 haiglavoodit, 72 arsti ja 130 keskharidusega meditsiinitöötajat. 1000 elaniku kohta tuli 0,22 haiglavoodit (praegu 6,3).

Nõukogude võimu esimestel aastatel oli Armeenias mineviku pärandina rohkesti epideemiaid. Kõrget suremust ei põhjustanud ainuüksi lastenakkused vaid ka malaaria. Nõukogude-eelses Armeenias põdes malaariat 40% elanikkonnast. Nõukogude võimu esimestel aastatel loodi vabariigis troopilised jaamad, mis juhtisid malaariatõrjet. Praegu on malaaria kui massiline haigestumine likvideeritud: 1960. a. aga registreeriti kogu vabariigis ainult 3 värsket malaariajuhtu.

Viimaste aastate jooksul on vabariigis järsult vähenenud ka haigestumine teistesse nakkushaigustesse. Praegu ei ole vabariigis ühtegi linna ega rajoonikeskust, kus poleks oma sanitaar-epidemioloogia asutust vastava laboratooriumiga. 1927. a. asutati vabariigis sanitaar-hügieeni kesklaboratoorium (praegu Epidemioloogia ja Hügieeni Instituut), mis peale väärtusliku teadusliku uurimistöö osutab tervishoiuasutustele ka suurt praktilist abi.

Nõukogude Armeenias on tihe ravi-profülaktikaasutuste võrk. 1940. a. oli Armeenia NSV-s 3900 haiglavoodit, 1956. a. — 9300, 1960. a. — 12 100. Viimase kümne aasta jooksul on uusi haiglaid ehitatud Etšmiadzines, Kirovakanis, Aštarakes, Alaverdis, Artikes ja teistes vabariigi rajoonikeskustes. Praegu on igas Armeenia rajoonis 50—100 voodiga haigla, kus töötavad kõigi põhierialade arstid. 1946. a. töötas vabariigis 1270 arsti (kaasa arvatud hambaarstid), 1960. a. ulatus see arv 4000-ni. Seega on Armeenias 1 arst 500 elaniku kohta. Huvitav on mainida, et 1913. a. oli üks arst 17 332 elaniku kohta, s. o. 33 korda vähem kui 1960. aastal.

1958. a. viidi läbi tervishoiukorralduse reform maarajoonides — sanitaar-epidemioloogia jaamad ühendati rajoonihaiglatega ja muudeti haigla osakondadeks, rajoonide tervishoiuosakonnad likvideeriti ja nende ülesanded pandi rajoonihaiglatele. See kõik aitas ühendada rajoonide meditsiinitöötajate jõudusid ravi- ja profülaktikaküsimuste kompleksseks lahendamiseks.

Revolutsioonieelses Armeenias puudus laste ja emade kaitse, ei olnud ühtegi voodit sünnitajatele, puudusid lastehaiglad ja -sõimed. Laste suremus oli väga kõrge. Nõukogude aastate jooksul on vabariigis loodud sünnitusmajade, laste ja naiste nõuandlate tihe võrk. Esimesed lastesõimed avati 1927. a., 1960. a. oli neid juba 150 (kohtade arv on seega suurenenud 37 korda). Peale alaliste sõimede organiseeritakse igal

aastal hooajalisi sõimi. Laialdane on naiste ja laste nõuandlate võrk. 1940. a. oli neid 48, 1955. a. — 125, 1960. a. — 180. 1960. aastal oli Armeenias 740 pediaatrit. Lastehaiglates oli 2000 voodit. 1960. a. oli Armeenias voodeid sünnitajatele 14 korda rohkem kui 1930. aastal. On ehitatud uusi sünnitusmaju Kirovakanis, Leninakanis, Stepanavanis jm., peale selle on mitmel pool vabariigi kolhoosides oma sünnitusmajad. Armeenias töötab 280 akušöör-günekoloogi ja 1720 ämmaemandat. Voodite arv sünnitajatele tõusis 1820-ni. Sündimus Armeenias tõuseb aasta-aastalt (praegu 40 1000 elaniku kohta). Jerevanis avati Sünnitusabi ja Günekoloogia Teadusliku Uurimise Instituut.

1940. a. kulutati Armeenias tervishoiule 1 elaniku kohta 57 rubla, 1955. a. — 102 rubla, 1960. a. — 210 rubla (1913. a. kulutati Armeenias tervishoiule 10 kopikat ühe elaniku kohta).

Nõukogude aastatel loodi Armeenia arstiteadus. Jerevanis töötavad röntgenoloogia ja onkoloogia, traumatoloogia ja ortopeedia, kurortoloogia, hematoloogia, kardioloogia jt. teadusliku uurimise instituudid. 1960. a. loodi Armeenia Teaduste Akadeemia juurde meditsiini osakond. Vabariigis töötab arstiteaduse alal üle 450 teadusliku töötaja, neist 38 arstiteaduse doktorit ja 270 arstiteaduse kandidaati. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia ja Armeenia NSV Teaduste Akadeemia liikmeid on 6.

Tähistades vabariigi 40. aastapäeva võivad Armeenia NSV tervishoiutöötajad olla uhked oma saavutuste üle, mis on saanud võimalikuks tänu nõukogude võimule.

Konverentsid ja nõupidamised

TARTU PSÜHHIAATRIA KLIINIKU 80. JA NEUROLOOGIA KLIINIKU 40. AASTAPÄEVALE PÜHENDATUD TEADUSLIK KONVERENT

26. ja 27. mail 1961. a. toimus Tartus konverents, millega tähistati Tartu psühhiaatria kliiniku (Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogia Haigla) 80. ja neuroloogia kliiniku (Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia ja neurokirurgia osakondade) 40. aastapäeva. Meie vabariigi neuroloogide ja psühhiaatrite kõrval võttis konverentsist osa arvukalt külalisi Moskvast, Leningradist, Riiast, Kaunasest ja mujalt.

Konverentsi avas Tartu Riikliku Ülikooli rektor prof. F. Klement, kes rääkis Tartu psühhiaatrite, neuroloogide ja neurokirurgide saavutustest ja avaldas veendumust, et nad edaspidi töötavad sama viljakalt.

Kolm ettekannet oli puhendatud ajaloole. Prof E. Karu andis ülevaate Tartu psühhiaatria kliiniku 80-aastasest tegevusest, rõhutades neid suuri muutusi, mis psühhiaatrilises abis on toimunud nõukogude korra tingimustes. Dots. E. Raudam käsitles Tartu neuroloogia kliiniku 40-aastast arenguteed, märkides eriti L. Puusepa osa eesti neuroloogia ja neurokirurgia kooli loomisel. Prof. I. Babtšin (Leningrad) näitas oma ettekandes L. Puusepa ja A. Polenovi teeneid vene ja nõukogude neurokirurgia rajamisel.

Psühhiaatria-alaseid ettekandeid oli konverentsil kaheksa, neist kuus käsitlesid mitmesuguseid raviprobleeme kaasaegses psühhiaatrias. Prof. J. Povorinski (Leningrad) tutvustas oma saavutusi mõnede psühhootiliste seisundite ravimisel pidurdust soodustavate ja vegetatiivset närvitalitlust stimuleerivate vahendite uuemate kombinatsioonidega. Prof. E. Karu tõi andmeid verevalgu fraktsioonide nihetest insuliinhüpoglükeemias, näidates nende prognostilise rakendamise võimalusi teatud juhtudel. Prof. E. Martinsoni ja L. Tähepõllu ettekanne käsitles insuliini toime biokeemilisi aluseid: autorite arvates on selle toime aluseks valgu makrostruktuuri muutused närvirakkudes. Dots. J. Saarma kõneles insuliinravi toimel kujunevatest muutustest skisofreeniahaigete animaalses ja vegetatiivses närvitalitluses ja nimetas prognostilisi ning remissiooni hindamise kriteeriume.

U. Tomann andis ülevaate kroonilise alkoholismi ambulatoorse ravi tulemustest, rõhutades sotsiaalsete faktorite ülisuurt osa. V. Kangur, L. Kivivare, L. Tulmin ja E. Tamm käsitlesid vipratoksi ravi kogemusi Tartu Vabariiklikus Psühhoneuroloogia Haiglas, rõhutades, et neuroosihaigetel vipratoks ei anna tulemusi, samal ajal kui reumaatiliste ja infektsioossete neuralgiate ja artralgiate puhul on tulemused head. K. Aru rõhutas oma ettekandes krooniliste etüleeritud bensiini mürgistuste puhul esinevatest neuropsüühilistest häiretest, eriti varajase diagnoosimise ja ravi tähtsust. U. Tarve kõneles oma eksperimentaalsetest uuringutest fosforileerimishäirete kohta ammoniaagi kuhjumisel ajus ning glutamiinhappe toimest sel puhul.

Neuroloogiaalaseid ettekandeid oli kokku üheksa. Prof. M. Rapoport (Moskva) andis sügava analüüsi peaaju suurte poolkerade glioomide diferentsiaaldiagnostikast, esmajoones kliinilise uurimise alusel. Kaks ettekannet oli pühendatud neuroinfektsioonidele. Dots. E. Raudam käsitles meie vabariigi neuroloogide ülesandeid võitluses neuroinfektsioonidega kaasajal. Vanem teaduslik töötaja T. Kuslap andis ülevaate neuroinfektsioonide virusoloogilisest diagnoosimisest, juhtides arstide tähelepanu uurimismaterjalide võtmise ja säilitamise tingimustele. Kolm ettekannet käsitlesid lülidevaheliste diskuste prolapsi probleemi. R. Paimre esitas analüüsi operatiivse ravi tulemustest 150 diskuse prolapsiga haigel, rõhutades selle ravi suurt efektiivsust. E. Heinsoo valgustas pneumomüelograafia rakendamist diskuse prolapsi diagnoosimisel. K. Põldvere, E. Põldvere ja M. Ratniku ettekanne käsitles prolabeerunud diskuse patohistoloogiat. Dots. E. Raudami, R. Paimre ja E. Heinsoo ühine ettekanne tutvustas Tartu neuroloogia kliiniku esimesi kogemusi stereotaktiliste operatsioonidega (kemopallidektoomia ja kemotalamektoomia) hüperkineeside ja rigiidsuse ravimisel. A. Tikk kõneles raskeid neuroloogilisi haigusi põdejatel esinevatest kopsukomplikatsioonidest ja valgustas kaasaegseid meetodeid võitluses nendega. L. Luts andis ülevaate aju vaskulaarse insuldi diferentsiaaldiagnostikast kliiniliste ja laboratoorsete andmete põhjal.

Konverentsil esitatud ettekanded ja sõnavõtud näitasid, et Eesti NSV psühhiaatrid, neuroloogid ja neurokirurgid, jätkates Tartu kliinikute ajaloolisi traditsioone, peavad sammu meie kodumaa eesrindliku teadusega.

Konverentsil valiti prof. M. Rapoport (Moskva) Eesti NSV Neuroloogide ja Psühhiaatrite Teadusliku Seltsi auliikmeks.

Ettekannete teesid on avaldatud trükis eesti ning vene keeles.

J. Saarma

EESTI NSV OTORINOLARÜNGOLOOGIDE NÕUPIDAMISELT

Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi korraldusel toimus 27. mail 1961. a. Tartus Eesti NSV otorinolarüngoloogide seminar, millest võttis osa enamik vabariigi kõrva-nina-kurguarstidest. Nõupidamise ülesandeks oli valgustada kaasaegseid seisukohti otorinolarüngoloogias.

Seminari käigus käsitleti järgmisi küsimusi.

Moskvas 1961. a. aprillis toimunud Üleliidulise Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi laiendatud pleenumist andis ülevaate dotsent E. Siirde. Esiplaanil olid erialase kvalifikatsiooni tõstmise küsimused. Peetakse vajalikuks, et kõiki diagnostilisi ja ravivõtteid rakendataks kohapeal. Tarbe korral tuleb suunata arste end täiendama ja õppima. Oto-, rino- ja larüngoskoopiat peaksid teostama ka jaoskonna- ja kiirabiarstid. Senisest suuremat tähelepanu tuleb osutada allergiale ja professionaalsetele haigustele.

Tonsillaarprobleemist ja kurgumandlite kirurgilise ravi näidustustest esitas ülevaate V. Särgava, kes näitas statistilise materjali põhjal, et angiini esineb rohkem nendes tööstusharudes, kus töötingimused ja mikroklimaatilised tegurid on ebasoodsad. Kurgumandlite kirurgilise ravi osas on meil viimasel ajal satutud teatud määral liialdustesse.

R. Uustal rõhutas allergilist momenti kroonilise tonsilliidi puhul. Sellistel juhtudel ei osutu ainult tonsillektoomia küllaldaseks, on vaja rakendada ka antiallergilist ravi.

I. Mei uuris kurgumandlite mikrofloorat kroonilise tonsilliidi haigetel. Nii mandlite pinnal kui ka sisemuses esinesid enamikul juhtudest streptokokid (86,6%), neist *Streptococus viridans* 59,2%, hemolüütiline streptokokk 19,7% juhtudest. Reumahaigete kurgumandlite mikrofloora ei erinenud oluliselt sellest, mis esineb kompenseeritud kroonilise tonsilliidi juhtudel.

Allergia osatähtsust kaasaegses otorinolarüngoloogias käsitles dotsent E. Siirde. Ta näitas, et allergiliste nähtude osatähtsus otorinolarüngoloogiliste haigestumiste puhul tõuseb pidevalt, eriti riniitide ja sinusiitide osas. Ka otiit ja Ménière' sündroom võivad esineda allergilisel alusel. Diagnoosimisel tuleb ninaeritise äigepreparaadis ja veres otsida eosinofiilseid leukotsüüte. Nende mitteleidmine ei eita aga veel allergiat. Ravi peab olema põhjuslik või vähemalt desensibiliseeriv (dimedrool jt.).

A. Tuchi sõnavõtt käsitles ülemiste hingamisteede allergiale kaasuvaid komplikatsioone, mis võivad lõppeda isegi letaalselt.

Vasomotoorse riniidi ravi küsimusi analüüsis R. Müürsepp, kes muude desensibiliseerivate vahendite kõrval rõhutas hormoonravi (kortisoon) head efekti.

Kõrva proteesimise küsimustest esitas ettekande O. Peekna. Real juhtudel, kus raviga pole võimalik kuulmist parandada, osutub haigele suureks kergenduseks kuulmisaparaadi kasutamine. Selle määramisel on oluline hoolikas arstlik kontroll, kuulmisseisundi põhjalik uurimine ja aparaadi proovimine.

A. Kängsepp rääkis praktilistest küsimustest kuulmisaparaadi määramisel. V. Särgava kõneles eestikeelsest kõneaudiomeetriast ja kõneaudiomeetria osast kuulmishäirete diagnoosimisel ning kõrva proteesimisel.

Uuemat otorinolarüngoloogilist instrumentaariumi ja aparatuuri demonstreeris E. Laamann.

K. Gerassimova käsitles kõritomograafia küsimusi. See röntgenoloogiline meetod kergendab varjatud kõrituumorite ja funktsionaalsete häälehäirete diagnoosimist.

Uuemaid füsioterapeutilisi võtteid otorinolarüngoloogias tutvustas S. Sibul. Käsitlemist leidis ionoforeesi rakendamine krooniliste otiitide ja sisekõrva haigustest tingitud kuulmishäirete puhul, mudaravi ja humisooli ning «külmkvartsi» kasutamine otorinolarüngoloogias.

Aerosoolravist rääkis A. Jents. Ta väitis, et antibiootikumide kasutamine aerosoolidena ilma mikrofloora resistentsuse määramiseta on ebaõige. Selle asemel võiks rakendada muid vahendeid, eriti tulevad arvesse mitmesugused mineraalveed.

Kutsehaigustest ja nende profülaktikast tegi ettekande A. Luts. Ta rõhutas müra ja vibratsiooni osatähtsust kutsekahjustuste tekkel. Peale kuulmishäirete tekivad kahjustused ka siseelundites ja väheneb töövõime. Mürarikastes tsehhides on vaja osutada tõsist tähelepanu müra ja selle toime vähendamisele. Mürarikastele töödele ei või lubada kuulmishäiretega isikuid ega hüpertoonikuid.

Kõnehäirete avastamisest ja ravimisest rääkis H. Alev. Ta rõhutas, et kõnehäired on sageli seotud kuulmisdefektidega. Otorinolarüngoloogide ülesandeks on ise aktiivselt avastada kõnehäiretega isikuid ja neid ravile suunata. Raskekujuliste kõnehäiretega lapsed tuleb suunata õppima erikooli.

Ettekanded kutsusid esile elavaid sõnavõtte. Osavõtjad leidsid, et selliseid seminare on vajalik korraldada igal aastal.

V. Särgava

ÜLELIIDULINE KONVERENTS MAATERVISHOIU ALAL

19.—21. aprillini 1961. a. toimus Kiievis maatervishoiu I üleliiduline konverents. Konverentsist võtsid osa paljude teadusliku uurimise instituutide töötajad ja sanitaararstid.

Konverentsi avas Ukraina NSV Tervishoiu Ministeeriumi Õpetatud Nõukogu esimees prof. D. Tšebotarjov.

Konverentsi plenaaristungil tegi ettekande Ukraina Kommunaalhügieeni Instituudi direktor prof. D. Kaljužnõi, kes kõneles 1960. a. töö tulemustest ja maatervishoiu uurimistööde 1961.—1962. a. plaanist. Tähelepanu keskpunktis on planeerimine, maa-asulate ehitamine ja heakorrastamine, põllumajanduslike tööde tingimuste tervistamine ja ohutustamine, põllumajandusliku traumatismi profülaktika, laste ning noorukite tervishoid, nende toitlushügieen ja kindlustamine kvaliteetsete toiduainetega. Maatervishoiu alal on 1961.—1962. a. planeeritud 193 teadusliku uurimistöö teemat, neist Eesti NSV teadlastele 3.

Arstiteaduse kandidaat L. Medvedjev (Kiiev) käsitles uute mürkkemikaalidega (herbitsiidid, fungitsiidid, insektitsiidid jt.) kokkupuutuvate põllumajandustöötajate töötervishoidu. On vaja uurida iga preparaadi toksilisust ning toksikodünaamikat ja välja töötada intoksikatsioonide profülaktika abinõud.

Arstiteaduse kandidaat A. Stovbun (Kiiev) rääkis maaelanike toitlustervishoiust ja selle ülesannetest.

Maatervishoiu üksikute küsimuste arutamine toimus kolmes sektsioonis: 1) kommunaaltervishoid, 2) töötervishoid ning põllumajanduslik traumatism ja laste ning noorukite tervise kaitse, 3) toitlustervishoid.

Üldse kuulati istungitel 64 ettekannet. Kommunaalhügieeni istungil äratas huvi M. Gabrilovitši ettekanne küla ümberkujundamisest Valgevene NSV-s seoses talumajade koondamisega keskustesse.

Viimase 4 aasta jooksul on taludest kolhoosikeskustesse asunud üle 60 tuhande perekonna. 1959.—1960. a. uuriti Valgevene NSV-s maa-asulate planeerimise küsimusi. Üldse uuriti 29 kolhoosi, neist seitsmes loodi kolhoosikeskused. Asulate elumajad eraldati majandus-tootmissektorist umbes 200 m laiuse kaitsevööndiga. Õhu ja pinnase laboratoorsed uurimised kolmes kolhoosis näitasid, et selline vahemaa on

sanitaarses mõttes täiesti küllaldane. Maa-asulate ehitamisel, mis heakorrastuselt vastaksid linnatüüpi asulatele, on vaja maksimaalselt kokku hoida territooriumi elamukvartalite tihendamise ja ehituste korruste arvu suurendamise teel. Osa aiamaid tuleb anda väljapoole asula piire, et nende alla ei läheks liiga palju asula territooriumi.

Suurt huvi äratasid ettekanded veevarustuse seisukorrast ning selle parandamise võimalustest Valgevene NSV-s ja Ukraina NSV-s, majapidamise reovete puhastamisest bioloogilistes tiikides, Saraatovi oblasti lahtiste veekogude tähtsusest salmonellooside epidemioloogias, töökohtade ja asulate õhu saastumisest mürkkemikaalidega.

Viies ettekandes käsitleti töötervishoiu küsimusi, mis kerkivad suure kiirusega töötavate põllumajandusmasinate puhul. Nende ettekannete põhjal võib öelda, et peamised kutsekahjustused (müra, vibratsioon, tolm, gaasid), mis ilmnevad tavaliste põllumajandusmasinatega töötamisel, esinevad ka suure kiirusega töötavate masinate puhul, kuid need on enam väljendunud.

Mitmed autorid, nende hulgas ka raviarstid, käsitlesid põllumajanduse mehhanisaatorite haigestumist seoses töötingimustega.

J. Kalnin (Riia) kõneles põllumajanduses esinevate traumade vastu võitlemise kogemustest Läti NSV-s.

Koolitervishoiu alalt oli 5 ettekannet järgmistel teemadel: maakoolide õpilaste päevarežiim polütehnilise ja tootmisõppuse puhul, suvise tootmispraktika mõjul toimuvatest füsioloogilistest nihetest maakoolide õpilastel, kooliõpilaste suvetööde (põllumajanduslikud tööd) tervishoiuline iseloomustus, laste reumasse haigestumisest ja reumavastase võitluse organiseerimisest maarajoonides ning laste teenindamisest maa-arstijaoskonnas.

Paljud ettekanded on arvestatavad Eesti NSV oludes. Meie arstiteaduslikel uurimisasutustel, rajoonihaiglate ning sanitaar-epidemioloogia jaamade arstidel ja Põllumajanduse Ministeeriumi töötajatel tuleb senisest intensiivsemalt uurida maaelanike töö- ja elutingimuste parandamise võimalusi.

H. Mets ja G. Feoktistov

NAKKUSHAIGUSTE KONVERENTS LENINGRADIS

1.—13. aprillini 1961. a. toimus Leningradi L. Pasteuri nimelise Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi konverents, millest võtsid osa ka NSV Liidu loodeoblastite sanitaar-epidemioloogia jaamade esindajad. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudist esinesid konverentsil ettekannetega A. Jannus, A. Svitškarjova, K. Ahhundova ja H. Pihl. Läbirääkimistel võttis tallinlastest sõna R. Sudakova.

Konverentsi esimesel päeval käsitleti sooleinfektsioone, kusjuures peatuti kolienteriidil, düsenteerial ja salmonelloosidel.

Professor E. Novgorodskaja esitas kokkuvõtteid kolienteriidi uurimisest. Ta rõhutas, et võitluses kolienteriidiga on kõige olulisemaks epideemiatõrje. L. Pasteuri nimelises instituudis väljatöötatud profülaktika abinõud, mis on osutunud efektiivseiks, baseeruvad kolienteriidi kui eksogeense infektsiooni tunnustamisel. Leningradis oli 1960. a. letaalsus kolienteriidi puhul 14,5 korda väiksem kui 1958. a., langenud on puhangute sagedus sõimedes ja haiglasiseste haigusjuhtude arv. Kaasajal on kõige olulisemaks küsimuseks imikute vastupanuvõime tõstmine patogeensete kolikepikeste suhtes. Kõneleja teoreetilisi kaalutlusi ja üldistusi kinnitas L. Hazensoni ettekanne «Epideemiatõrje abinõude efektiivsuse hinnangust kolienteriidi puhul». A. Svitškarjova (Tallinn) ja kaastööliste uurimus aglutiniinide leidumisest kolienteriidiga haigetel ning K. Ahhundova (Tallinn) andmed patogeensete kolikepikeste ravimresistentsuse uurimise alal on väärtuslikuks täienduseks senisele materjalile kolienteriidi kohta.

M. Idina ja O. Rodštein kõnelesid oma tähelepanekuist sooleviiruste uurimisel. Nad avastasid 44% uurituist tsütopatogeensed agensid, kusjuures neid esines ligilähedaselt võrdselt nii bakterioloogiliselt tõestatud kui ka tõestamata kõhulahtisuse juhtudel.

Düsenteeria epidemioloogilistest iseärasustest Leningradis kõneles V. Bartõševa. Tema andmeil põhjustab Leningradis düsenteeriat peamiselt Sonne bakter (V. Sapožnikova näitas, et Leningradis avastatud Sonne bakteritest olid ligi 1/3 ksüloospositiivsed). Aastast aastasse väheneb Leningradis kroonilise düsenteeriaga haigete arv, järsult on langenud suremine düsenteeriasse. Haiguse levikut on täheldatud ka toiduainete, eriti piima- ja piimasaaduste (koor, kohupiim) vahendusel.

Düsenteeria immunoloogiat ja mikrobioloogilist karakteristikat käsitlesid R. Avdejeva, S. Kapjuki ja L. Grinbergi tööd.

V. Arbuzova esitas ülevaate salmonellade identifitseerimise kaasaegsetest meetoditest. Tema andmetel jääb Leningradis laboratooriumides igal aastal tüpisee-

rimata 12—13% avastatud salmonelladest. Rakendades Sven Gardi jt. meetodeid, on võimalik tüpiseerimata jäänud salmonellade arvu vähendada kuni 0,5%-ni. 5405 salmonellakultuuri uurimine näitas nende kuuluvust A-, B-, C-, D- ja E-gruppi, millest tuleb järeldada, et teistesse seroloogilistesse gruppidesse kuuluvaid salmonellasid esineb Leningradis väga harva.

L. Balabonova kaastöölistega kirjeldas toiduga levinud salmonelloosipuhangut, mille põhjustasid *S. typhimurium* ja *S. derby*. Kliiniliselt sarnanes haigestumine esimestel päevadel gripiga.

H. Pihl (Tallinn) kaastöölistega esitas andmeid *S. dublin*'i poolt põhjustatud puhangust Valga rajoonis 1960. a. sügisel.

Rida ettekandeid käsitlesid mitmesuguseid viirushaigusi.

Poliomüeliidi epidemioloogiast Leningradis esitas andmeid H. Kotljarova kaastöölistega. Leningradis tsirkuleerivad kõik 3 poliomüeliidiviiruse tüüpi, kusjuures kõige sagedamini on avastatud I tüübi viirust (kuni 81%). Haiguse levimisel on määrava tähtsusega soole-suukaudne tee. Näiliselt ei ole poliomüeliidi levikus erilist tähtsust piisknakkusel. Leningradis on poliomüeliidi suhtes kõige vähem immuunsed kuni 1 a. vanused lapsed. 1958. a. haigestusid siin poliomüeliiti peamiselt 0—1 ja 1—2 a. vanused lapsed.

A. Jannus ja S. Kallas (Tallinn) esitasid andmeid C-vitamiini soodsa mõju kohta poliomüeliidivastasel vaktsineerimisel.

Suurt huvi pakkus professor A. Smorodintsevi ja tema kaastööliste ettekanne leetrite elusvaktsiini uurimisest Mainiti, et vaktsiini nahasisene või nahaalune kasutamine annab häid epidemioloogilisi tulemusi — 20-kuuse vaatlusaja jooksul olid vaktsineeritud 100%-liselt kaitstud leetritesse haigestumisest. Võimalike, vaktsineerimisest tingitud reaktsioonide vähendamiseks on soovitatav 4.—5. päeval pärast vaktsineerimist kasutada gammaglobuliini.

Ulatuslikult leidsid konverentsil käsitlemist parasitaarsed ja looduskoldelised haigused. D. Gvozdilova kõneles varem põetud tähnilise tüüfuse diagnoosimise võimalusest nahasisese allergilise prooviga, milleks kasutati kanade embrüote rebukotis kultiveeritud Prowazeki riketsiate eeterlüsaati. F. Krasnik aga näitas, et butadiooni sissevõtmine kaks korda 10-päevase vaheajaga (annus sõltuvalt elueast 0,15—1,0) likvideerib pedikuloosi, sest täid on väga tundlikud selle preparaadi suhtes. E. Vedenejeva jt. andmeil on tularemia looduslikud kolded Leningradi oblastis seotud ondatra jt. näriliste levikuga. Efektiivseks võitlusvahendiks tularemia vastu on vaktsineerimine. Professor K. Tokarevitš ja kaastöölised on avastanud Leningradis ornitoosi haigestumise juhte. Kuna ornitoosi peamisteks levitajateks on siin tuvid, tuleb piirata nende lindude arvu, määrata kindlad kohad nende toitmiseks ning pesitsemiseks ja uurida neid perioodiliselt laboratooriumis. A. Daiter ja I. Amossenkova esitasid konverentsil eksperimentaalse uurimistöö andmeid, mis tõestasid Q-palaviku levikuvõimalusi mõnede puugiliikide vahendusel.

E. Popova ja A. Lesnikov aga näitasid *Leptosipira tarasovi* poolt põhjustatud leptospiroosi osatähtsuse uurimise ja vastava tüübispetsiifilise vaktsiini valmistamise vajadust.

N. Uljanova ja kaastöölised uurisid sigade punataudi ehk erüsipeloidi. Nad avastasid selle haiguse tekitajaid ka hiirtel, rottidel, muttidel jt. närilistel. Erüsipeloidi haigestuvad ka ondatrad ja taudi leviku korral hävib neid karusloomi massiliselt. Võitluses erüsipeloidiga on tähtis võtta tarvitusele deratisatsiooni abinõud.

Kirjeldatud konverents süvendas veelgi Eesti NSV arstiteadlaste sõbralikku koostööd Leningradi kolleegidega. Mitme konverentsil esitatud teadusliku uurimistöö tulemusi tuleb arvesse võtta ka meie vabariigis.

H. Pihl

FONIAATRIA KONVERENTS MOSKVAS

26.—30. märtsini 1961. a. toimus Moskvas teaduslik konverents laste ja noorukite vokaalmuusikalise kasvatuse küsimustest. Konverentsi organiseeris Vene NFSV Pedagoogiliste Teaduste Akadeemia Kunstilise Kasvatuse Teadusliku Uurimise Instituut. 30 ettekandest oli osa pühendatud meditsiini, osa — laulupedagoogika probleemidele.

Arstiteaduslikud ettekanded olid morfoloogilise aspektiga (prof. M. S. Gratševa Moskvast jt.), füsioloogilise (NSVL Arstiteaduse Akadeemia korrespondeeriv liige prof. M. V. Sergijevski Kuibõševist jt.), foniaatrilise (rof. V. G. Jermolajev Leningradist jt.), psühholoogilise ja emotsionaalse aspektiga (prof. N. J. Žinkin Moskvast, prof. T. P. Tšukitšev Moskvast jt.). Konverentsist võttis osa väljapaistvaid teadlasi ka Tšehhoslovakkiast (prof. M. Seeman, prof. K. Sedlaček jt.) ning muusikategelasi Bulgaariast ja Tšehhoslovakkiast — samuti ettekannetega. Eesti NSV-st oli kaks ettekannet: S. Jõksilt koorikollektiivide stroboskoopilistest vaatlustest ja dots. E. Siirdelt hingamisest fonatsioonil.

Konverentsil esitati mõndagi uut ja huvitavat. Selgub, et kõri areneb lapseeas väga aeglaselt, *musculus vocalis* areneb häälepaela sisse alles 11—12 a. vanuselt. Uut oli ka kurgunibu funktsiooni käsitlemisel. Kurgunibu, mis esineb ainult inimesel, on koos pehme suulaega oluliseks refleksogeenseks tsooniks fonatsioonil (rääkimisel, laulmisel). Fonatsioonil on suure osatähtsusega kuulmisanalüsaator. Häälehügieeni seisukohast on tarvis jälgida, et lapsed ei pingutaks end laulmisel liigselt — 45-minutiline laulutund koolis (kui pidevalt lauldakse) võib näiteks olla juba väsitav. Laulmist tuleb vältida või piirata mutatsiooni perioodil.

Laulupedagoogide ja koorijuhtide ettekanded (neid illustreerisid laulukollektiivide esinemised või näited magnetofonilt) rõhutasid, et laulutund ja koorilaulmine etendab suurt osa noorte muusikalises ja esteetilises kasvatuses.

E. Siirde

Küsimusi ja vastuseid

KUIDAS RAVIDA ÄGEDAS RAHUTUSSEISUNDIS OLEVAT HAIGET?

Rahutus (psühhomotoorne rahutus) võib esineda väga mitmesuguste psüühiliste häirete korral: vaimuhaiguste ägeda alguse, epileptilise või hüsteerilise hämaroleku, joomahulluse, šokkreaktsiooni, infektsioosse deliiriumi jt. puhul. Enamasti on rahutusseisundi puhul teadvus kas sügavamalt (hämarolek) või mõõdukalt (infektsioosne deliirium) häiritud. Üksnes maniakaalse rahutuse korral on teadvus häireteta. Rahutuse korral esineb kõrgenenud emotsionaalne pinge, enamasti hirmu ja ärevuse kujul. Nii tajumishäirete kui ka emotsionaalse pinge tõttu on rahutusseisundis viibiv haige ohtlik kas ümbrusele või endale. Pikemaajaline rahutus, somaatiliste haiguste või kahjustuste korral aga ka lühem rahutusseisund võib tuua kaasa kurnatuse või kardiovaskulaarse süsteemi insufitsientsuse. Kõige selle tõttu on rahutuse esinemisel vajalik otsekohe võtta tarvitusele vahendid selle kupeerimiseks.

Kõige efektiivsemad vahendid rahutuse likvideerimiseks on nn. neuropleegilised ained. Kiire ja tugeva rahustava toimega on fenotiasiinipreparaadid. Igasuguse geneesiga rahutuse korral võib manustada kas aminasiini või mõnda teist analoogilise toimega preparaati. Aminasiini võib anda kas suu kaudu (ühekordne annus 50—75 mg, vajaduse korral 3—4 korda päevas) või siis süstida sügavale lihasesse (2,5%-lise lahusena 0,5%-lises novokaiinilahuses 2—3 ml). Propasiini ja dinesiini annused on samad. Mepasiini manustatakse suu kaudu 50—100 mg. Tugev rahustav toime on ka reserpiinil, manustatuna suu kaudu 0,5—1,0 mg, vajaduse korral 3—4 korda päevas. Reserpiini toime ei ilmne aga nii kiiresti kui fenotiasiinipreparaatidel. Kõikide nende vahendite kasutamisel tuleb silmas pidada võimalikku hüpotoonilist toimet (fenotiasiinipreparaatidel on see väiksem kui reserpiinil) ning kollapsi vältimiseks on soovitatav haige asetada vähemalt pooleks tunniks pärast ravimi manustamist pikali. Ei tohi unustada, et neuropleegilised ained potentseerivad uinutite toimet, mistõttu viimaste järgneval manustamisel tuleb kasutada väiksemaid annuseid.

Edukalt võib rahutuse kupeerimiseks rakendada ka *magnesium sulfuricum*'i lahuse süstimist kas lihasesse või veeni. Lihasesse süstimiseks kasutada 25%-list lahust annuses 5,0—20,0 ml. Veeni manustada 5%-list lahust 5,0—10,0 ml, soovitatav koos 40%-lise glükoosi sama suure annusega. *Magnesium sulfuricum*'i tuleb veeni süstida aeglaselt. Et *magnesium sulfuricum* võib avaldada pärssivat toimet hingamiskeskusele, tuleb vajaduse korral manustada selle antidoodina *calcium chloratum*'it või *calcium glyconicum*'i, samuti rakendada analeptikume (tsütitooni, lobeliini).

Mainitud vahendite kõrval võib rahutuse korral kasutada veel heksenaali (lihasesse 10%-list lahust 10,0 ml). Heksenaali ei ole soovitatav süstida südame- ja maksakahjustuste puhul, üldse ei tohi seda kasutada neerukahjustuste korral. Kloraalhüdraat annab klismana manustatuna samuti tugeva rahustava efekti (*Rp. Chlorali hydrati* 1,0—2,0 *Mucilaginis Amyli* 50,0), eriti joomahulluse puhul. Kui haigel on kardiovaskulaarse süsteemi häired, ei soovitata kloraalhüdraati kasutada. Barbituraate on soovitatav rakendada samuti klismana (eriti maksahaiguste korral).

Rahutusseisundi korral tuleb hoolikalt jälgida kardiovaskulaarse süsteemi seisundit ja hingamist ning rakendada vajalikke analeptikume.

Lõpuks ei tohi rahutusseisundi korral unustada psühhoterapeutilist komponenti. Isegi sügava teadvusehäire seisundis avaldab meditsiinipersonali käitumine ning kõnelus haigele teatud toimet, rääkimata haigeist, kelle teadvus ei ole oluliselt häiritud. Sõbralik käitumine ja rahustav, selgitav kõnelus võib mõnigi kord leevendada haige emotsionaalset pinget ja rahutust. Seevastu võib järsk käitumine ja ägedatooniline pöördumine põhjustada seisundi järsu halvenemise. (Dotsent **J. Saarma**, TRÜ Arstiteaduskonna psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateeder.)

MILLAL ALATA JÄSEMETE KAASASÜNDINUD DEFORMATSIOONIDE RAVIGA?

Enamik jäseme kuju kaasasündinud muutusi on kohe pärast sündimist vaatlusega diagnoositavad, välja arvatud kaasasündinud puusaliigesenihestus või mõni teine mittenähtav sisemine defekt. Praktiliselt tähtsamad ja sagedamad jäsemete kaasasündinud deformatsioonid on: nihestus puusaliigeses, komppöid, lamppöid, püstpöid, kandpöid, harvem *pes adductus*, kompkäsi, kokkukasvanud sõrmed ja polüdaktüülia. Vaatamata sellele, et need deformatsioonid ei ole lapsele eluohtlikud, peab ravi siiski olema varajane. Jäseme kuju muutust on võimalik kõrvaldada kas ainult konservatiivsel või operatiivsel teel, või mõlema menetluse kombinatsiooniga. Millist menetlust rakendada, oleneb deformatsiooni raskusest, omapärast, üldseisundist jne., mistõttu tuleb igale juhule läheneda individuaalselt.

Ravi varajast algust õigustavad jäsemeluude sideaparaadi mitmesugused anatoomilised iseärasused kasvueas. Kui deformatsiooni ei ravita, süveneb see pidevalt, sest lapse jäse kasvab kiiresti. Eriti alajäseme kuju muutuse puhul suureneb moonutatus käimisel keharaskuse mõjul veelgi ja fikseerub lõpuks sellisena. Hiljem on kuju muutuse täielik kõrvaldamine seotud suurte raskustega, sest jäseme luud on vale liigestumise tõttu arenenud anatoomiliselt ebanormaalselt. Imikueas korrigeeritud seisus arenevad luud aga täiesti normaalselt, kuigi jääb püsima retsidiivi oht, millega tuleb arvestada keskmiselt 1—1,5 aasta jooksul.

Enamik vastsündinuid, kel esineb jäseme kaasasündinud deformatsioon, on üldiselt nõrgad, alakaalulised, kosuvad aeglaselt ega võta normaalselt kehakaalus juurde. Ühele või mitmele nähtavale defektile võivad kaasneda ka mittenähtavad sisemised anatoomilised muutused. Seda arvestades ei tule ortopeedilise raviga alata enne, kui vastsündinu on üle saanud sünnitrauma tagajärgedest, võtnud pidevalt kaalus juurde, kosunud, kui *icterus neonatorum* on kadunud ja organism on saavutanud rahuldava üldseisundi.

Konservatiivse ravi valikul tuleb lähtuda nõudest, et rakendatavad redresseerivad menetlused oleksid lihtsad ja kergesti õpitavad, sest enamasti õpetatakse valitud harjutused lapse vanematele, kes neid lapse kodusel ravil iga päev korduvalt läbi viivad. Konservatiivsed ortopeedilised menetlused peavad säästma imiku õrna organismi ja andma lühikese aja jooksul tulemusi.

Ülajäseme kuju kaasasündinud muutuste varajaseks raviks ei ole olemas üldisi reegleid. Käe puhul on esmajoones tähtis funktsionaalne külg. Ortopeedilise raviga tuleb alata esimesel eluaastal, eriti juhtudel, kus deformatsioon on tugevakujuline, süveneb ja takistab käe tarvitamist. Kosmeetiline külg on siin teisejärgulise tähtsusega. Juhul kui deformatsioon on kergemakujuline ja käe funktsioon laitmatu, võib oodata raviga koolieani.

Kaasasündinud kompkätt redresseerivaid harjutusi ja korrigeerivaid sidemeid ning lahaseid võib rakendada juba 2—3 nädalat pärast sündimist.

Sündaktüülia korral tuleb opereerida kahe esimese eluaasta jooksul, et sõrmede kuju ei moonduks ja nende talitlus oleks parem. Jäseme kaasasündinud sissenöördumised tuleb välja lõigata esimese eluaasta teisel poolel.

Polüdaktaalia korral arvestame esmajoones kosmeetilist külge. Milline sõrm kuulub eemaldamisele, näitab röntgeniülesvõte ja sõrmede talitluse võrdlus.

Pöia kaasasündinud deformatsioonide puhul tuleb juhul, kui deformatsioon on ühepoolne ja imiku organism tugev, alustada ravi juba lapse 2. elunädalal, kahepoolse deformatsiooni korral alata teise kujumuutuse raviga 1—1,5 nädalat hiljem. Nõrkade vastsündinute puhul oodata raviga 3—4 nädalat ja alata siis esmalt ühe ja nädal hiljem teise deformatsiooni raviga.

Kaasasündinud puusaliigesenihestust tuleb ravida kohe pärast selle diagnoosimist. Enne lapse käimaõppimist on raske nihestust diagnoosida, sest kliinilised nähud võivad puududa. Esineb veel juhte, kus puusaliigese kaasasündinud nihestusest tingitud lonkamist peetakse ekslikult rahhiidist põhjustatuks. Kui tõhus antirahhiitiline ravi on jäänud tulemusteta, suunatakse laps küll ortopeedilisele ravile, kuid õige raviaeg on siis juba möödunud. Alates kolmandast eluaastast ei anna puusaliigese paigaldamine enam täit anatoomilist ega funktsionaalset tervistumist, seepärast peab ravi algama nii vara kui võimalik. (Dotsent **V. Põkk**, TRÜ Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia, operatiivse kirurgia ja topograafilise anatoomia kateeder.)

I. BUGAKOV 60-AASTANE

22. juulil 1961. a. tähistas 60. sünnipäeva I. Bugakov, Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri peaarsti asetäitja ravi alal.

Israel Lvovi p. Bugakov sündis Velikije Luki oblastis Neveli linnas teenistuja perekonnas 22. juulil 1901. a. Keskkooli lõpetas ta 1918. a., seejärel õppis algul Saraatovi Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonnas ja hiljem Leningradis akadeemik I. P. Pavlovi nim. I Meditsiiniinstituudis, mille lõpetas 1924. a. Instituudi lõpetamise järel teenis aasta Punaarmees, pärast seda töötas tervishoiupunkti arstina Leningradis ja alates 1926. a. ftisiaatrina tuberkuloositõrje dispanseris ja sanatooriumides Leningradis ning Leningradi oblastis.

Suure Isamaasõja aastail töötas I. Bugakov nakkushaigla peaarstina ja tuberkuloosiosakonna juhatajana Taškendis ja Kislovodskis.

Pärast Suurt Isamaasõda asus I. Bugakov tööle Eesti NSV-sse, kus töötas algul Seli Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi peaarstina ja 1948. a. Tallinna Kivimäe Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi peaarstina. 1950.—1951. a. töötas ta Krimmi tuberkuloosiravi asutustes. Alates 1951. a. töötab I. Bugakov Tallinna Vabariiklikus Tuberkuloositõrje Dispanseris, 1959. aastast peaarsti asetäitjana ravi alal.

I. Bugakov on suurte kogemustega ja erudeeritud ftisiaater. Temalt on ilmunud tuberkuloosialaseid artikleid arstiteaduslikes ajakirjades, sageli on ta esinenud ettekannetega konverentsidel.

Juubilar juhtis aastaid Tallinna Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi tööd ja on praegu Eesti NSV Vabariikliku ja Tallinna Linna Ftisiaatrite Teadusliku Seltsi juhatuse esimees.

I. Bugakov on kahel korral autasustatud ENSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga, medaliga «Eeskujuliku töö eest Suures Isamaasõjas», märgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja Tööpunalipu ordeniga.

Soovime, et juubilaril jatkuks veel paljudeks aastateks tervist ja entusiasmi tööks tuberkuloositõrje alal.

E. Kama

Kriitikat reumaatiliste haigestumiste ravi kohta kortikosteroididega. K. Seidel *(Kritisches zur Kortikosteroidtherapie rheumatischer Erkrankungen).* Das deutsche Gesundheitswesen, 1961, 21, 957—964.

Kortikosteroidide manustamine võib, vaatamata nende suurele efektiivsusele, olla seotud ka mitmete komplikatsioonidega. Kortikosteroidravi võib alata ainult siis, kui diagnoos on kindel. Siinjuures tuleb arvestada, et primaarse kroonilise polüartriidi (reumatoidne artriit) diagnoosimine ei ole haiguse algastmes alati kerge, sest isegi seroloogilised reaktsioonid võivad osutuda veel negatiivseteks (Waaler-Rose reaktsioon, modifitseeritud Svartz-Schlossmanni poolt, L-aglutinatsioon, lateksfikatsioonitest).

Reuma ravimisel kortikosteroididega võivad esineda järgmised tüsistused.

1. Resistentsuse vähenemine koos bakteriaalse infektsiooni ägenemisega. Ravi puhul kortikosteroididega nõuavad erilist tähelepanu haiged, kel esinevad vanad tuberkuloosikolded, infitseeritud haavandid, krooniline apenditsiit, koletsüstiit, otiit, püelonefriit, sinusiit, ostemüeliidikolded, süsteabstsessid, infitseeritud dermatoosid jt. Kortikosteroidid muudavad infektsioosse protsessi kulgu; põletiku kliiniline pilt on varjutatud, palavik, valu, turse ja punetus võivad nõrgalt väljenduda või koguni puududa. Pikaajalise ravi eel kortikosteroididega on vaja põletikukolded saneerida (antibiootikumide manustamine) või operatiivselt eemaldada.

2. Kortikosteroidide diabetogeenne toime. Kortikosteroidide pikaajaline kasutamine võib põhjustada suhkruhaiguse tekkimise. Olemasolev suhkruhaigus aga ägeneb kortikosteroidide toimel — see väljendub suhkru hulga tõusuna veres ja uriinis. Neid ainevahetushäireid saab reguleerida insuliini manustamisega ja kortikosteroidide annuste vähendamisega.

3. Osteoporoos. Kõik antiflogistilise toimega kortikosteroidid põhjustavad pikaajalisel suurtes annustes kasutamisel luudes kaltsiumivaegust ja osteoporoosi, millest võivad sugeneda spontaansed. fraktuurid. Osteoporoosi vältimiseks on vajalik profülaktiliselt manustada mehe või naise suguhormoone (testosteroonpropionaati, dietüülstilböstrooli jt.).

4. Mao-sooletrakti haavandite tekkimine. Mao-sooletrakti häired on kortikosteroidide tarvitamisel kõige sagedasemateks komplikatsioonideks. Haigusnähud võivad siin olla mitmesuguse raskusega, kergete düspeptiliste nähtude kõrval võib esineda ägedaid valusid, perforatsioone ja surmavaid verejookse. Valud ja tüsistused esinevad sagedamini salitsüülhappe, vofapüriini, fenüülbutasooni, klorohhiini jt. samaaegse kasutamise puhul. Prednisooni ja selle derivaate talutakse kergemini kui kortisooni ja kortisooli.

5. Psühhoside esinemine. Kortikosteroididega ravimisel võivad haigel tekkida järsud meeleolu muutused ja depressiooniseisundid. Mõnedel esineb eufooria. Psühhoosi tekkimisel ei tule ravi järsku lõpetada, mis veelgi süvendab haigusseisundit. Raske psühhoosiga haiged vajavad isoleerimist kinnistesse raviasutustesse.

6. Steroid-pseudoreuma. Pikaajaline kortikosteroidide üledoseerimine võib põhjustada hüperkortisonismi ja panmesenhümaalset reaktsiooni.

Harva tekib tüsistustena astsiit ja vedeliku kogunemine pleuraõõnde, eriti astma puhul.

Võimalike komplikatsioonide vältimiseks võib primaarse kroonilise polüartriidi ravimisel manustada kortikosteroide kahel viisil.

1. Lühiajalise tõukeravina (4—6 nädalat) üks-kaks korda aastas. Ravi alatakse suurte annustega, neid edaspidi redutseerides. Ravikuur lõpetatakse AKTH manustamisega. Ravikuuride vaheajal ordineeritakse klorohhiini ja fenüülbutasooni.

2. Pikaajalise ravina. Sel puhul kahandatakse ravi algul kasutatavad suuremad annused vajaliku miinimumtasemeni. Päevane annus ei tohi ületada 30 mg kortisooli = 5,0—7,5 mg prednisooni või prednisolooni = 0,75 mg deksametasooni. Aeg-ajalt soovitatakse sisse lülitada AKTH manustamise päevi (3—5 päeva 20—30 TÜ AKTH-d päevas, sel ajal kortikosteroidide annust vähendatakse). Ravi lõpetatakse AKTH manustamisega mõne päeva kestel. Kortikosteroidide päevane annus on soovitatav haigele manustada hommikul kella 8—10 vahel, mil neerupealiste talitlus on kõige loium.

Ref. H. Pihl

Kroonika

EESTI NSV FARMATSEUTIDE VABARIIKLIKU TEADUSLIKU ÜHINGU TÖÖST

Eesti NSV Farmatseutide Vabariiklik Teaduslik Ühing asutati 2. aprillil 1950. a. Tallinnas. Samal ajal valiti juhatus, revisjonikomisjon ning võeti vastu ühingu põhikiri. Ühingu põhiliseks eesmärgiks seati meie vabariigi farmatseutide ideoloogiliste ja erialaste teadmiste taseme tõstmine, farmaatsiateaduse saavutuste praktikasse viimine. Alates asutamisajast on ühingu liikmete arv suurenenud kuuekordseks. Enamik (umbes 85%) liikmetest töötab apteegivõrgu asutustes, väiksem osa (umbes 15%) teadusliku uurimise asutustes ja mujal.

1953. aasta lõpul asutati Farmatseutide Teadusliku Ühingu Tartu osakond.

Senini on ühingu töö pearõhk langenud teaduslike ettekannete organiseerimisele apteegitöötajatele (iga 1—2 kuu jooksul üks koosolek). Ettekanded on toimunud kõige aktuaalsematel farmaatsia-alastel teemadel, näiteks apteegitöö ratsionaliseerimisest, uute ravimpreparaatide kasutamisest, ravimvormide uutest valmistamisviisidest, saavutustest ravimtaimede uurimisel, ebasobivatest ravimsegudest, uute ravimite analüüsimismeetoditest jne.

Ühing on laiaulatuslikult propageerinud apteegitöötajate osavõttu teaduslikust uurimistööst ning töötanud välja uurimistööde temaatika. Alates 1959. aastast autasustab ühing parimate uurimuste autoreid rahaliste preemiatega. Ühingu algatusel on uuritud näiteks retseptuuri standardiseerimise võimalusi Eesti NSV-s, ebasobivaid ja raskesti valmistatavaid ravimsegusid, importravimpreparaatide keemilist ja farmakoloogilist iseloomu, ravimsegude ingredientide määramist luminestsents- ja paberkromatograafilisel meetodil, pürogeenseid aineid, Eesti NSV apteekide ajalugu jne. Teaduslikud uurimistööd teostati enamuses Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna farmaatsia osakonna kateedrite ja Apteekide Peavalitsuse Kontrollanalüütilise Kesklaboratooriumi laboratooriumides.

Lektorite saamiseks ja teadusliku tööga seotud küsimuste lahendamisel on ühingul olnud tihe side ka Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudiga.

Oma töös on Ühing juhindunud farmatseutide II üleliidulise konverentsi otsustest (toimus 3.—6. märtsini 1959. a. Leningradis). Kuna ühingu üheks peamiseks eesmärgiks on apteekide töö parandamine vabariigis, on peetud tihedat sidet Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsusega. Aktiivselt on juhtinud Farmatseutide Vabariikliku Teadusliku Ühingu tööd praegune juhatuse esimees ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse ülem I. Podolski, Kontrollanalüütilise Kesklaboratooriumi juhataja D. Luik, farmaatsiateaduste kandidaat E. Vagane, V. Ahlberg, B. Mirov jt. Ühingu Tartu osakonna tegevuse juhtimisel on osutanud silmapaistvat energiat praegune juhatuse esimees professor A. Siim, juhatuse liikmed A. Raba, O. Selli, dotsent J. Tammeorg jt.

Eesti NSV Farmatseutide Vabariikliku Teadusliku Ühingu ees seisab palju tähtsaid ülesandeid. Ühingu ridadesse kuulub senini vaid veerand vabariigi farmatseutide üldarvust. Põhjalikku uurimistööd ootavad paljud tähtsad farmaatsia-alased küsimused, nagu näiteks mitmesuguste ravimtaimede levikualade väljaselgitamine, mõnede ravimtaimede liikide kultiveerimine Eesti NSV-s ning nende toimeainete sisalduse määramine, põlevkivist saadavate produktide kasutamisvõimalused, apteegitöö tehnoloogiliste protsesside mehhaniseerimise võimalused, apteekide ruumide ja sisustuse ajakohaste projektide koostamine, apteekide kaubaringluse uurimine jne. Jätkata tuleks töid retseptuuri standardiseerimise, ravimsegude sobivuse, uute ravimite analüüsimismeetodite, apteegiala ajaloo jt. alalt. Kindlasti oleks vaja algust teha meie apteekide ajaloo muuseumi asutamisega, kuna teatavasti asub Tallinnas NSV Liidu vanim apteek (Rae apteek, asutatud 1422. a.) Palju eksponaate võiks leida ka teistes asulates. Praegu asuvad mitmesugused ajaloolised materjalid laiali teistes muuseumides (näit. Paide muuseum) ning osaliselt isegi apteekides. Selline muuseum pakuks kindlasti suurt huvi. Veel parem oleks luua tervishoiu muuseum, milles oleks ka apteegiala osakond.

Et tõsta kaugemal perifeerias asuvate apteegitöötajate teadmisi, oleks vaja senisest rohkem korraldada väljasõidusessioone vabariigi rajoonidesse ning saata sinna teaduslikel koosolekutel ettekantud loengute trükitud sisukokkuvõtted. Ühingu liikmed peaksid tegema rohkem kaastööd meditsiiniajakirjadele. Sidemete tihendami-

seks arstkonnaga tuleks sagedamini korraldada ühiseid teaduslikke koosolekuid (1960. a. toimus ainukesena ühine koosolek terapeutidega). Senini pole Eesti NSV Farmatseutide Vabariiklikul Teaduslikul Ühingul olnud võimalik saata delegaate rahvusvahelistele farmaatsia konverentsidele, kuigi on saadud kutseid osavõtuks.

V. Koppel

NSV LIIDU RIIKLIKU FARMAKOPÖA IX VÄLJAANDEST

Seni kehtinud NSV Liidu Riikliku Farmakopöa VIII väljaande (1952. a.) asemel kehtestatakse NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga nr. 328 alates 1. oktoobrist 1961. a. selle teose uus, IX väljaanne.

Farmakopöa käesolevas väljaandes on ravimpreparaatide kohta ära toodud 721 artiklit; võrreldes VIII väljaandega sisaldab IX väljaanne 189 uut artiklit, välja on jäetud 256. Nende artiklite loetelu on toodud teose 15.—20. leheküljel. Olgu mainitud, et IX väljaandesse sissevõtmata, kuid VIII väljaandes esinevad artiklid jäävad kehtima.

Sisulisi muudatusi on tehtud ravimite kuuluvuses mürgiste (A) ja kangetoimeliste (B) ainete nimekirja; on täpsustatud ühekordseid ja ööpäevaseid suuremaid annuseid täiskasvanuile, täiendavalt on lisatud suurimate ühekordsete ja ööpäevaste annuste tabel lastele (lisad lk. 648—671).

Muudatusi esineb ka mõningate juba tuntud ravimite ladinakeelsetes põhinimetustes, näiteks: *Adalinum* on muudetud *Carbromalum*'iks, *Aspirinum — Acidum acetylosalicylum*'iks, *Dioninum — Aethylmorphinum hydrochloricum*'iks, *Sajodinum — Calcium iodbehenicum*'iks jne. (vt. lk. 21—22). Endised nimetused on säilitatud sünonüümidena. Retseptide väljakirjutamisel on lubatud kasutada ka viimaseid.

Ravimite kvaliteedi määramise eeskirju on tunduvalt täiendatud ajakohase metoodikaga.

Kuna Riiklik Farmakopöa on seadusandliku iseloomuga koodeks, mis on kohustuslik nii ravimite ordineerijatele kui ka nende valmistajatele, peavad sellega tutvuma nii arstid kui ka apteegitöötajad.

I. Podolski

TERVISE KOOL ARSTIJAOSKONNAS

1961. aasta jaanuaris organiseeris Jõgeva rajooni Järve jaoskonnahaigla juhataja arst E. Tormet koos kohaliku kultuurimaja töötajatega tervise kooli.

Töötati välja loengute temaatika. Põhiküsimusteks olid: 1) inimese keha ehitus ja talitlus, 2) inimene ja väliskeskkond, 3) toitumise, riietuse ja elamu hügieen, 4) õnnetusjuhtumid ja esmaabi (praktiline õppus) jne. Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja rändkino demonstreeris tervishoiualaseid filme. Korraldati ka tervishoiualane näitus: väljapandud 8 stendi kõnelesid kooliõpilaste tervishoiust, naha ja hammaste hügieenist, ussnugiliste profülaktikast jm.

Elanikkond tundis kooli vastu suurt huvi. Tervise kooli tööst võttis pidevalt osa üle 40 kuulaja. Üldse (kuni 17. maini 1961. a.) toimus üheksa õppust, kokku 21 tundi. Erilist huvi pakkusid kuulajaile praktilised õppused. Loengute ja praktikumide näitlikustamiseks kasutati mitmesuguseid vahendeid, nagu mulaaže, lektorimappe, tabeleid, diafilme, diapositiive. Õppetöö jätkub sügisel.

Tervise kooli organiseerimine ei käi üle jõu ühelegi jaoskonnahaiglale, kui selle läheduses asub kultuurimaja. Järve jaoskonnahaigla eeskuju vajab järgimist!

Metoodilist abi tervise kooli organiseerimiseks võib saada Vabariikliku Sanitaarhariduse Maja metoodika kabinetist (Tartu, Pälsoni tn. 32).

R. Markovitš

SEINALEHTEDE VABARIIKLIK ÜLEVAATUS

Nagu igal aastal, nii ka tänavu korraldas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee koolide Punase Risti Seltsi algorganisatsioonide seinalehtede vabariikliku ülevaatuse. Ülevaatusega tähistati ühtlasi V. I. Lenini nimelise pioneeriorganisatsiooni 40. aastapäeva. Ürituse eesmärgiks oli tõhustada sanitaartööd ja selle propagandat koolides, aktiviseerida noorte punaristlaste osavõttu seinalehtede toimetamisest, parandada seinalehtede kvaliteeti, nende kujundust jne. Ülevaatusest võtsid osa keskkoolide, kaheksa- ja seitsmeklassiliste koolide, algkoolide ja tööjõureservide Punase Risti Seltsi algorganisatsioonid. Paremad seinalehed eksponeeriti juunikuus Punase Risti Seltsi Keskkomitee ruumes ja seejärel suvekuudel Tallinna 42. Keskkooli ruumes. Näitust külastasid elavalt õpetajad, koolinoored ja pealinna töötajad.

Vabariiklik žürii tunnistas keskkoolide osas parimaks Rakvere I Keskkooli seinalehe «Tervis». II ja III auhinna said vastavalt Tallinna 22. Keskkooli seinaleht «Sanitaarpost» ja Võru I Keskkooli seinaleht.

Kaheksa- ja seitsmeklassiliste ning algkoolide rühmas sai I preemia Põltsamaa rajooni Võhma 8-klassilise Kooli seinaleht «Meie Elu». II preemia anti Kingissepa rajooni Tornimäe 8-klassilise Kooli satiirilehele «Siil», III preemia vääriliseks arvati Tõrva 7-klassilise Kooli satiirileht «Ohakas».

Ülevaatusest võttis osa 25 rajooni ja linna, esitades 40 seinalehte. Seinalehtede veergudel kajastusid iga-aastased sanitaarsalkade võistlused, samuti sanitaarpostide töö koolides; kõneldi õpilaste päevarežiimist, hommikvõimlemise tähtsusest, hügieenist, käitumiskultuurist kooli sööklas, nakkushaiguste profülaktikast, kevadväsimusest jne. Seinalehtede veergudel võtsid õpilaste kõrval sõna ka kooliarstid. Tapa Keskkooli seinalehes «Tervis» ilmus kirjutis doonorlusest. Artiklis märgiti, et 1961. aasta 4. aprill oli Tapa rajoonis tasuta doonorluse päev. Sellel päeval andis tasuta verd 69 doonorit. Suurima doonorite arvuga oli esindatud Tapa Keskkool — 16 doonorit, järgnevalt Kadrina Keskkool — 9 doonorit jne. Doonorite hulgas oli pedagooge, õpilasi jt. Tapa Keskkooli tublid punaristlased viisid oma kooli tasuta doonorluse alal esikohale kogu vabariigis.

Seinalehtede ülevaatus andis koolide sanitaartööle uut hoogu.

A. Suurvärav

SÜMPOOSION KUTSEKAHJUSTUSTEST PÕHJUSTATUD PERIFEERSE NÄRVISÜSTEEMI JA LIHASTE HAIGUSTEST

22.—24. maini 1961. a. toimus Moskvas NSVL Arstiteaduse Akadeemia Töö-hügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi juures sümpoosion kutsekahjustustest põhjustatud perifeerse närvisüsteemi ja lihaste haiguste profülaktika küsimustes. Sümpoosionist võttis osa 175 professioonipatoloogi ja neuroloogi. Kolme päeva jooksul esitati 40 ettekannet.

Arutlusel oli 3 peamist probleemi: 1) tööstuslikud tegurid kui etioloogiline moment nimme-ristluu närvijuurte põletiku tekkes, 2) närvi-lihaseaparaadi haigestumised seoses ülepingutuse ja töö tempoga, 3) vibratsioontõbi.

Uusi andmeid toodi toksilistest ainetest (DDT, süsivesinikud) tingitud perifeerse närvi- ja lihaseaparaadi haiguste diagnostika (elektromüograafia, biokeemilised analüüsid jne.) ja ravimeetodite (elektroforees, nõelravi jne.) kohta.

Vibratsioontõve alal esitatud ettekannetes toodi mõningaid uusi andmeid üldvibratsioonist ja madala sagedusega vibratsioonist tingitud patoloogia kohta.

Vibratsiooni mõju nenditi ka närvi-lihaseaparaadi labiilsusele ja endokriinsele süsteemile.

Sõnavõttudes rõhutati tööprotsesside kompleksse mehhaniseerimise vajadust, mis teeks lõpu kõikidele füüsilisest ülepingutusest tingitud haiguste esinemisele.

A. Sillam

ÜLELIIDULISE OTORINOLARÜNGOLOOGIDE TEADUSLIKU ÜHINGU JUHATUSE LAIENDATUD PLEENUM

15.—17. aprillini 1961. a. toimus Moskvas Üleliidulise Otorinolarüngoloogide Teadusliku Ühingu Juhatuse laiendatud pleenum. Pleenumi kavas olid anestesioloogia küsimused, otoskleroosi kirurgiline ravi, funktsionaalne kirurgia kroonilise keskkõrvapõletiku puhul ning tööstusliku müra ja vibratsiooni toime kuulmis- ja tasakaaluelunditele. Kokku kuulati üle 30 ettekande.

Eesti NSV-st võtsid pleenumist osa dotsent E. Siirde ja V. Liiv Tartust ning L. Espar, H. Kruuse ja A. Luts Tallinnast.

A. Luts

SISUKORD

Teooria ja praktika

L. LUTS — Aju vaskulaarsete insultide patogeneesist ja diferentsiaaldiagnostikast 3
A. CHEVALIER — Aju vaskulaarse insuldi ravist 8
E. TULMIN — Mädaste meningiitide etioloogiast ja ravist 13
V. SAARMA — Lümfoleukoosi variantidest 18
I. KONTOR — Lümfogranulomatoosi atüüpilistest vormidest 20
L. PÄI ja V. SEPP — Kroonilisest podagrajuhust erütrotsütoosi foonil 23
M. SEPP — Laste ülajäsemete luude murdude ravi ja selle kaugtagajärjed 25
H. MERILA — Urogenitaalelundite tuberkuloosist 30
J. TERAS ja U. NIGESEN — Nakatumisvõimalustest trihhomoniaasi veevarustuse vee, ujulate ja saunade kaudu 35
H. VAHTER — Nahakahjustustest ja nende vältimisest põllumajanduse mehhanisaatoreil 39
A. KARAPETJAN — Mõnede vitamiinide toimest *lamblia intestinalis*'e paljunemisele kultuuris 44
V. KIIK — Hambakaariese profülaktikast 46

Kogemuste vahetamine

J. RIIV — Mao ja kaksteistsõrmiksoole simultaanse sondeerimise menetlus 49
H. LÕIV — Uut tüüpi kartoteek 51

Kaadri ettevalmistamine

I. MAAROOS — Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna lõpetajad 1961. a. 55
H. KLEMEIER — Tallinna Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1961. a. 56
A. HORN — Tartu Meditsiinilise Kooli lõpetajad 1961. a. 58

Abiks velskritele ja õdedele

J. SAARMA — Krambid ja langetõbi 59
J. OTS — Mee raviomadustest 62

Sanitaarharidustöö

A. KADASTIK — Sünnitaja teadmiste tõstmise metoodikast lapse tervishoiu alal 64

СОДЕРЖАНИЕ

Теория и практика

Л. ЛУТС — О патогенезе и дифференциальной диагностике васкулярных инсультов 3
А. ШЕВАЛЬЕ — О лечении васкулярного инсульта мозга 8
Э. ТУЛЬМИН — Об этиологии и лечении гнойных менингитов 13
В. СААРМА — О вариантах лимфолейкозов 18
И. КОНТОР — Об атипичных формах лимфогрануломатоза 20
Л. ПЯЙ и В. СЕПП — Случай хронической подагры на фоне эритроцитоза 23
М. СЕПП — Лечение переломов верхних конечностей у детей и отдаленные результаты 25
Х. МЕРИЛА — Туберкулез урогенитальных органов 30
Ю. ТЕРАС и У. НИГЕСЕН — О возможности заражения трихомониазом через водопроводную воду, купальни и бани 35
Х. ВАХТЕР — Поражения кожи у механизаторов сельского хозяйства и их профилактика 39
А. КАРАПЕТЯН — Влияние некоторых витаминов на размножение *Lamblia intestinalis* в культуре 44
В. КИЙК — Профилактика кариеса зубов 46

Обмен опытом

Я. РИЙВ — Способ одновременного зондирования желудка и двенадцатиперстной кишки 49
Х. ЛЫЙВ — Новый тип картотеки 51

Подготовка кадров

И. МААРООС — Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1961 г. 55
Х. КЛЕМЕЙЕР — Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1961 г. 56
А. ХОРН — Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1961 г. 58

В помощь фельдшерам и сестрам

Ю. СААРМА — Судороги и эпилепсия 59
Я. ОТС — О лечебных свойствах меда 62

Санитарно-просветительная работа

А. КАДАСТИК — О методике повышения знаний рожениц по охране здоровья детей 64

Vennasvabariikidest

R. PARSADANJAN — Armeenia NSV tervishoiukorraldusest 66

Konverentsid ja nõupidamised

J. SAARMA — Tartu psühhiaatria kliiniku 80. ja neuroloogia kliiniku 40. aastapäevale pühendatud teaduslik konverents 67

V. SÄRGAVA — Eesti NSV otorinolarüngoloogide nõupidamiselt 68

H. METS ja G. FEOKTISTOV — Üleliiduline konverents maatervishoiu alal 69

H. PIHL — Nakkushaiguste konverents Leningradis 70

E. SIIRDE — Foniaatria konverents Moskvas 71

Küsimusi ja vastuseid 72

Tähtpäevad

E. KAMA — I. Bugakov 60-aastane 74

Referaate 75

Kroonika 76

Из братских республик

Р. ПАРСАДАНЯН — Здравоохранение Армянской ССР 66

Конференции и совещания

Ю. СААРМА — Научная конференция, посвященная 80-летию Тартуской психиатрической клиники и 40-летию неврологической клиники 67

В. СЯРГАВА — Совещание оториноларингологов Эстонской ССР 68

Х. МЕТС и Г. ФЕОКТИСТОВ — Всесоюзная конференция по гигиене села 69

Х. ПИХЛ — Конференция по заразным болезням в Ленинграде 70

Э. СИЙРДЕ — Конференция по фониатрии в Москве 71

Вопросы и ответы 72

Юбилейные даты

Э. КАМА — 60-летие И. Бугакова 74

Рефераты 75

Хроника 76

NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID

«НЫУКОГУДЕ ЭЭСТИ ТЕРВИСХОЙД»
(ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ)

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI HÄÄLEKANDJA

Toimetuse kolleegium

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

6

November–Detsember

4. AASTAKÄIK

AJALEHTEDE-AJAKIRJADE KIRJASTUS
TALLINN 1961

Журнал
«Нынкогуде Ээсти Тервисхойд»

Орган Министерства здравоохранения
Эстонской ССР

На эстонском языке

Ladumisele antud 12. X 1961. Trükkimisele antud 1. XII 1961. Trükiarv 2700. Paber 70×108 1/16. Trükipoognaid 5+0,625 –2 kleebist. Formaadile 60×92 kohaldatud trükipoognaid 8,225. Arvutuspoognaid 9,73. Tellimise nr. 8860. MB 09145.

Hans Heidemanni nimeline trükikoda, Tartu, Ülikooli 17|19. III

Hind 40 kop.

Toimetus: Tallinn, Lossi plats 7. Telefon 450-73.

Eesti NSV Kultuuriministeeriumi Kirjastuste ja Poligraafiatööstuse Peavalitsuse Ajalehtede-Ajakirjade Kirjastus

RAHVA TERVISHOID PARTEI PROGRAMMIS

Arstiteaduse kandidaat *A. NORDBERG*

Kommunistlik Partei on alati suurt tähelepanu pööranud rahva tervishoiule. Juba partei esimeses programmis (1903. a.) formuleeriti konkreetsed nõudmised töölisklassi tervise eest hoolitsemise kohta. Teises programmis (1919. a.) määrati kindlaks riiklikud abinõud haigestumise vähendamiseks, rajati profülaktika alused selle sõna kõige laiemas mõttes. Nähti ette mitmesuguste sanitaarabinõude rakendamine töötajate huvides: a) asustatud kohtade tervistamine (pinnase, vee ja õhu kaitse), b) nakkushaiguste arenemist ja levimist vältivad abinõud, c) üldkättesaadava, tasuta ja kvalifitseeritud arstiabi kindlustamine.

Praegu loevad nõukogude inimesed sügava erutusega ja õigustatud uhkustundega Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei programmi. Tervishoiuküsimused on programmis tähtsal kohal. Võitlus rahu eest on võitlus inimeste elu ja tervise eest. Tööpäeva lühendamine, töötingimuste edasine parandamine, heakorrastatud korterid — need on võimsad tegurid tervise säilitamisel. Perekonna ja naise elutingimuste parandamine, võitlus õhu, pinnase ja veekogude saastumise vastu — kõik see ja palju muud peegeldub soodsalt meie maa elanikkonna tervisel.

NLKP programm püstitab maailmaajaloolise tähtsusega ülesande: tagada Nõukogude Liidu kodanikele kõige kõrgem elatustase maailmas. Nõukogude Liit muutub kõige lühema ja sealjuures kõige tootlikuma ning kõige kõrgemini tasutava tööpäevaga maaks. Tunduvalt suureneb töötajate vaba aeg, ja see loob täiendavad tingimused kultuuritaseme tõusuks. Lahendatakse kõige teravam probleem — nimelt korteriprobleem. Teise aastakümne lõpul on igal perekonnal, kaasa arvatud noorpaarid, korralik korter, mis vastab kõigile kaasaja nõuetele.

Programmis rõhutatakse: «Sotsialistlik riik on ainuke riik, kes võtab enda peale hoolitsuse kogu elanikkonna tervise kaitse ja pideva parandamise eest. Seda tagab sotsiaal-majanduslike ja meditsiiniliste abinõude süsteem. Viiakse ellu ulatuslike abinõude programm, mille eesmärgiks on vältida ja resoluutselt vähendada haigusi, likvideerida massilised nakkushaigused, pikendada eluiga.»

Programmis seatakse ülesanne — täielikult rahuldada linna- ja maaelanikkonna vajadused iga liiki kvalifitseeritud arstiabi järele. Ülesande lahendamise tagab meie tugev materiaalne ja tehniline baas. On tarvis ehitada haiglaid ja sanatooriume, varustada kõik meditsiiniasutused ajakohase aparatuuriga.

Esimeseks kümneks aastaks (1961.—1970. a.) assigneeritud summad vabariigi tervishoiuasutuste kapitaalehitusteks võimaldavad tunduvalt tõsta senist voodikohtade arvu. Linnades ja rajoonikeskustes suureneb tunduvalt haiglate, dispanserite, sünnitusmajade ja lasteasutuste arv. Tihe haiglate võrk, teede hea olukord, samuti sanitaartranspordi vahendite arvu suurenemine võimaldavad 75—80% maaelanikkonnast, kes asuvad linnade ja rajoonikeskuste ümbruse jaoskondades, teenindada võrdselt linnaelanikkonnaga. Kümneaastaku lõpuks likvidee-

ritakse põhiliselt erinevused maa- ja linnaelanikkonna meditsiinilisel teenindamisel. Edaspidi on võimalik kogu Eesti NSV tervishoiusüsteemi viia ühistele plaanidele ja normatiividele.

Teise kümne aasta (1971.—1980. a.) jooksul tõuseb vabariigi tervishoiusüsteemi kapitaalmahutuste summa üle kahe ja poole korra. Ehitatakse suuri haiglaid suurte profileeritud osakondadega, vananenud haiglad asendatakse uutega.

Tallinn ja Tartu muutuvad suurteks kvalifitseeritud arstiabi keskusteks. Nendesse linnadesse koondatakse statsionaarne ravi kitsaste erialade järgi, näit. hematoloogia, neurokirurgia, endokrinoloogia, onkoloogia, uroloogia jt.

Erilist tähelepanu osutatakse onkoloogilistele haigustele, tuberkuloosile, psühhoneuroloogilistele haigustele, lastehaigustele ja sünnitusabile.

Laieneb sanatooriumide ja puhkekodude võrk.

Rööbiti tasuta arstiabiga hakatakse võimaldama haigetele ka tasuta sanatooriumiravi ja tasuta ravimeid.

Tallinna Vabariiklik Haigla reorganiseeritakse kirurgia ja sisehaiguste instituudiks, kusjuures säilivad vabariikliku haigla funktsioonid. Instituudis hakatakse juurutama praktikasse arstiteaduse saavutusi, osutama abi teadusliku uurimistöö korraldamisel linna- ja rajoonihaiglates, ette valmistama kvalifitseeritud arstide kaadrit.

Kavatsetakse ka avada hügieeni ja endokrinoloogia instituudid.

Profülaktika, haiguste ennetamine, jääb endiselt tervishoiu pealiiniks. Tervishoiuasutuste ees seisab suur ülesanne — võtta kogu meie maa elanikkond dispanserite järelevalve alla. See ülesanne on sotsialistlikule tervishoiusüsteemile jõukohane. Dispanseerimine on meditsiinilise teenindamise kõrgeim vorm, see on profülaktika ja ravi orgaaniline ühendamine.

Edaspidi on eriti suur tähtsus ambulatooriumidel ja polikliinikutel, kus 80—85% kogu elanikkonnast ravi alustab ja ka lõpetab. Polikliinikus lahendatakse peamine ülesanne — haigused diagnoositakse varakult ja ravitakse edukalt nende algstaadiumis.

Koos voodikohtade arvu tunduva suurenemisega ja ravi- ning profülaktikaasutuste võrgu laienemisega suureneb ka arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate arv.

Elanikkonna järjest kasvav nõudlikkus kvaliteetse arstiabi järele nõuab arstide, velskrite ja ämmaemandate kvalifikatsiooni pidevat tõstmist. Selleks nähakse ette kohalikkude baaside (TRÜ Arstiteaduskond, vabariiklikud haiglad, dispanserid jt.) senisest laiemat kasutamist. Igal aastal täiendavad kümned meie vabariigi arstid oma teadmisi Moskvas, Leningradis ja teistes Nõukogude Liidu linnades.

Naiste nõuandlate töö kvaliteedi parandamisega tugevdatakse emade ja vastsündinute tervise kaitset ning välditakse emade haigestumist ning günekoloogilisi haigusi. Programmis öeldakse: «Erilist tähelepanu tuleb pöörata nii linnas kui maal emade ja laste tervise kaitse asutuste võrgu arendamisele (sünnitusmajad, nõuandlad, lastesanatooriumid ja -haiglad, metsakoolid jms.).» Ja edasi: «Partei peab üheks tähtsamaks ülesandeks kasvatada noort sugupõlve kõige varasemast lapseeast alates füüsiliselt tugevaks, arendades harmooniliselt tema kehalisi ja vaimseid võimeid.» Nende ülesannete lahendamine eeldab tihedat loomingulist koostööd kõikide meditsiinitöötajate vahel.

Tuberkuloosi ja pahaloomuliste kasvajate esinemise vähendamine on ka sotsiaalhügieenilises mõttes väga oluline. Nende haiguste profülaktika jääb arstiteaduse kõige aktuaalsemaks ülesandeks.

Tuleb parandada stomatoloogilise abi korraldust. Mõnedes linnades, nagu Tallinnas, Tartus, Võrus, Haapsalus ja mujal, ei vasta see nõue-

tele; ebarahuldavalt toimub eelkooliealiste laste ja õpilaste suukoopa saneerimine. Need puudused on seotud arstide-stomatoloogide vähesusega ja organisatoorse küündimatusega. Samuti on mõnede tervishoiuosakondade juhatajad alahinnanud stomatoloogilise abi vajalikkust.

Kerkib vajadus korraldada ühiskondlikku toitlustamist ka maal, kus see ei ole veel sellisel tasemel kui linnades. On ette nähtud uurida toitlustamist vabariigi rajoonides. Tuleb välja töötada ühtede või teiste toiduainete tarvitamise teaduslikult põhjendatud normid. Erilist tähtsust omistatakse toidu täisväärtuslikkusele vitamiinide suhtes, toitude vitaminiseerimisele lasteasutustes, ja samuti massiliselt tarvitatavate toiduainete vitaminiseerimisele.

Õppides tundma NLKP programmi, koostades perspektiivplaane eelolevaks kahekümneks aastaks tekib mõte, kas oleme teinud kõik vajaliku, kas on ära kasutatud kõik olemasolevad võimalused, et edukalt kaitsta kommunistliku ühiskonna ülesehitajate tervist; kas oleme hästi läbi mõelnud, kuidas juba täna paremini korraldada tervishoiuasutuste võrku ja parandada meditsiinilist teenindamist, kuidas paremini ja kiiremini saavutada edu töös. Võtame näiteks uute ravi-profülaktikaasutuste ehitamise. Tavaliselt toimub uute asutuste ekspluatatsiooni andmine suure hilinemisega. Ei täideta lastesõimede ehitamise plaani, kuigi nende järele on suur vajadus. Mõnevõrra on paranenud elanikkonna polikliiniline teenindamine, kuid esineb veel tõsiseid puudusi. Arsti külastades kaotavad töötajad palju aega, sageli on registreerimisel järjekorrad. Esineb juhtumeid, kus meditsiinitöötajad ei suhtu haigetesse küllalt tähelepanelikult. Ka elanikkonna dispanseerimises on puudusi — mitmel pool läheb see isevoolu teed või toimub formaalselt. Võime paljugi korraldada praegusest paremini. Polikliinikute juhatajad ja kogu meditsiinitöötajate kollektiiv peavad kasutama kõiki võimalusi tervishoiutöö tõhustamiseks.

Meditsiinitöötajad, innustatuna kommunismi kõrgetest ideedest, sammuvad ka edaspidi rahu ja rahva õnne eest võitlejate esiridades.

REUMA DIAGNOOSIMISE PROBLEEMIST

Eesti NSV teeneline arst *M. NÕGES*

(Viljandi Linna Haiglast, peaarst *E. Soots*)

N o m e n k l a t u u r. Reuma on organismi üldhaigus, mis kahjustab peamiselt kardiovaskulaarset süsteemi. Enamiku autorite arvates on müokard reuma puhul peaaegu alati kahjustatud. Müokard võib olla reumast haaratud ka siis, kui haigel puuduvad kaebused südame üle ja kui kliiniline uurimine koos elektrokardiograafiaga ei suuda avastada kõrvalekaldumist normist. Endokard on reuma puhul kahjustatud ligi poolt el juhtudest. Artralgia või polüartriit kaasneb reumokardiidile 40—60% haigusjuhtudest. Sellepärast on väär vormistada reuma diagnoosi *polyarthritis rheumatica,* lokaliseerides haiguse protsessi liigestesse, osutamata südamekahjustusele. Kuidas tuleks seda haigust nimetada? Kuna termin «reuma» on eri autoritel tänapäeval veel ebamäärase sisuga, on põhjust eraldada Bouillaud-Sokolski haigust teistest sümptomaatilistest või kindla etioloogiaga liigesehaigustest. Selle raske, invaliidistava ja pahatihti ka surmaga lõppeva haiguse äratähendamiseks kasutavad autorid järgmisi nimetusi: 1) *rheumatismus, rheumocarditis recens (recurrens) et polyarthritis rheumatica* (Tarejev jt.), 2) *febris rheumatica* ja 3) *morbus rheumaticus.* Esimese nimetuse puuduseks on, et see lokaliseerib üldhaiguse üksikutesse elunditesse, samuti pole ka teine nimetus sobiv, sest palavik võib mõnikord puududa. Meie ühineme viimase vormistamisviisiga ja tunnistame seniks, kuni lõplikult pole selgitatud reuma etioloogia, sobivamaks haiguse nimetuseks *morbus rheumaticus.* Diagnoosis peavad ära jääma haiguse kliinilised manifestatsioonid (väljendused), mis sisuliselt toovad segadust protsessi olemusse.

R e u m a m õ i s t e m ä ä r a t l u s. Kuni praeguseni puudub ühtne arvamus reuma olemuse kohta, lahtine on selle etioloogia, tekkemehhanism ja küsimus, missugused liigeste põletikud võivad kuuluda reuma hulka? Kas kuuluvad siia ka keha pehmete osade põletikulised protsessid: neuromüosiit, tendovaginiit, bursiit jt.? Viimased haigused tekivad keha jahenemisel koldenakkuse eksisteerimisel organismis ja alluvad antiallergilisele promptsele ravile (kiirravi, löökravi). Esimese hea ja ammendava kirjelduse liigeste reuma kohta andis XVI sajandil itaallane Ballonius (1538—1615). Üldiselt tunnustatakse, et õigele teele jõudis õpetus reumast pärast Bouillaud' tööde avaldamist raamatuna 1836. aastal (Stražesko). Reuma olemust piiritles täpsemalt veel Sokolski 1838. a. Bouillaud, Sahharin jt. pidasid reumat külmetushaiguseks. Ka kaasaegsed klinitsistid vaatavad keha jahenemisele, eriti higistamisele pärast rasket kehalist tööd kui ühele reumat soodustavale tegurile. Botkin, Chamnel jt. osutasid infektsioonhaiguste osatähtsusele reuma tekkel ja arengul. Botkini täheldustel võib reuma areneda sarlakite ja puerperaalsepsise tagajärjel. Reuma patogeneesi aitasid paremini mõista uurimused anafülaksia ja allergia alal Richet', Arthusi, Pasteuri, Widali, Pirquet' jt. poolt. Koldeinfektsiooni tähtsust reuma patogeneesis rõhutasid esimestena Gürich

1904/05. a. ja Pässler 1909. a. Reuma etioloogia ja patogeneesi kohta eksisteerib tänapäeval mitu teooriat.

Reuma etioloogia teooriatest nimetame järgmisi: 1) reuma on infektsioonhaigus, mille tekitaja on veel avastamata (Kissel, Skvortsov, Tšernorutski, Fahr, Graeff jt.); 2) reuma on infektsioos-allergiline haigus, mis on sageli seotud streptokokkidega (Stražesko, Valdman jt.); 3) reuma on streptokokk-allergiline haigestumine (Coburn, Coste, Nesterov, Kassirski jt.); 4) reuma on tuberkuloosi erivorm (Reiter, Petriajeva jt.) ja 5) reumat põhjustavad adenoviirused koos streptokokkidega (Zalesski, Vorobjova).

Reuma patogeneesi teooriatest tuleb esile tõsta 1) neurotroofilist (Speranski, Ado, Leporski, Nesterov, Tarejev, Ricker jt.), 2) infektsioos-allergilist (Weintraud, Rössle, Klinge, Kontšalovski jt.), 3) auto-antikehade ehk autoagressiooni, 4) histamiini ja 5) adaptatsioonihäire (Selye) teooriat.

Neurotroofilise teooria kaitsjate arvates võivat allergiline seisund ja immunogeneesi protsesside häired ning viimastest tingitud reumaatilise protsessi kliinilised nähud areneda vaid keskse neurohumoraalse süsteemi talitluse häirete tagajärjel.

Allergia-teooria seisukohast toimub kõikide bioloogiliste protsesside areng ja kulg sõltuvalt organismi reaktiivsusest ja mitmesugustele eksoja endogeensetele ärritustele reageerimise tugevusest. See teooria on oma sisult eelmisele lähedane.

Autoantikehade ehk autoagressiooni teooria kohaselt toimub mikroobide või nende toksiinide tõttu teatavate keharakkude struktuuris selline muutus, et viimased omandavad antigeeni omadused. Niisugused autoantigeensed ained põhjustavad autoantikehade moodustamist, mis omakorda sensibiliseerivad teatavaid kudesid, kus siis areneb hüperergiline põletik.

Histamiiniteooria eeldab, et antigeen-antikeha reaktsiooni korral tekib või vabaneb organismi kudedes histamiin, mis põhjustabki haigusnähte. Teiste autorite järgi on sel puhul tähtis osa ka kudedes vabaneval hepariinil ja atsetüülkoliinil.

Kanada uurija Selye järgi on reuma tekkimine seoses hüpofüsaar-adrenaalse adaptatsioonimehhanismi häiretega, mille tulemusena tekib diskordants neerupealiste mineraal- ja glükokortikoidide sekretsioonis.

Reuma viiruseteooria esitasid Novosibirski teadlased Zalesskiga eesotsas. Autorid väidavad, et nad avastasid reumahaigete verest, kurgulimast ja südameklappide tüükalistelt moodustistelt filtreeruva viiruse, millega nad said eksperimentaalselt esile kutsuda reumataolise haigestumise. Kollektiivi arvates etendab streptokokk reuma tekkes viirust kandvat osa. See teooria vajab veel täiendavaid uurimusi. Teooria streptokokkide infektsioonist koos spetsiifilise sensibilisatsiooniga reuma tekkes (tugineb laboratoorsete uuringute ja hemokultuuri andmeile) on viimasel veerandsajandil üha enam kaitsjaid leidnud. Värsketel reumajuhtudel leitakse peaaegu alati streptokokke tonsillidel ja 50—60% juhtudest hemokultuuris. Seroloogilisi reaktsioone rakendatakse reumainfektsiooni kahtluse korral 1930. a. alates.

Reumatõve korral on seerumis streptokokkidevastaste antikehade (antistreptolüsiin — 0 jt.) tiiter kõrgenenud isegi 10 korda ja enam, võrreldes normiga. Tiitri kõrgenemine esineb 80—85% ja enamal juhtudel.

Haiguse aktiivses järgus leitakse reumahaige verest alati C-reaktiivset proteiini (CRP). See leid ei ole aga spetsiifiline. CRP esineb igasuguse põletikulise ja muu protsessi korral, kui organismis toimub kudede lagunemisprotsess. Seetõttu ei saa seda reaktsiooni kasutada diagnoosimise otstarbel. Positiivse analüüsi tulemus on vaid haigestumise aktiivsuse ja raviefekti indikaatoriks. CRP reaktsioon muutub negatiivseks varem kui

normaliseeruvad SR ja teised spetsiifilised seroloogilised reaktsioonid. Uuringute alusel peetakse põletikulist või mõnda teist kudede lagunemisega seoses olevat protsessi seni aktiivses järgus olevaks, kuni on määratav CRP veres.

Reuma patogeneesis omistatakse tähtsust mingi infektsioonikolde olemasolule. Selle väljaselgitamisel kerkivad üles järgmised küsimused: 1) kas võtab haigestumise tekkest osa mõni aktiivne kolle, 2) kus paikneb infektsioonikolle ja milliste meetoditega on võimalik seda lokaliseerida. Vastuste saamiseks on vaja patsienti põhjalikult uurida, koguda korralik haigestumise anamnees ja pöörata erilist tähelepanu ergukava vegetatiivsele düstooniale (peamiselt vagotooniale), kehatemperatuuri regulatsiooni ning kardiovaskulaarse süsteemi häireile ja tonsillide patoloogilistele muutustele.

Reumatõve diagnostikast. Alles mõni aasta tagasi väitsid Valdman ja Kassirski, et reuma algab akuutselt, ent kulgeb krooniliselt. See väide võib kehtida kliinilist ravi saanud raskemate haigete kohta. Viimased paar aastat töötamist polikliinikus on meile näidanud, et raskelt, akuutselt algavaid reumatõve juhte esineb harva. Reuma, eriti selle kardiaalne vorm, algab meil enamasti hiilivalt, haigeid mitte eriti raskesti häirides. Tuntud reumatoloog A. I. Nesterov väidab: «Inimene haigestub reumasse palju varem ja arvatavasti hoopis sagedamini, kui ta selle diagnoosiga satub arsti kätesse.» Arsti vastuvõtule ilmunud haiged ei suuda täpselt määrata haigestumise päeva, sest nad on veel mõnda aega jätkanud töötamist.

Latentselt reumat põdevad haiged kurdavad roidumust ja uimasust, kiirenenud väsimist, vahete-vahel torkeid peas, rinnas või mujal, unehäireid, südamepekslemist ja hingeldust kiiremal kõndimisel või trepist ülesminekul. Kehatemperatuur võib olla normi piires või higistamise tõttu koguni alla normi. Kui niisuguse haige analüüsid osutuvad normaalseteks, diagnoositakse sageli vegetoneuroosi. Ülalkirjeldatud kaebuste puhul tuleb arvestada diferentsiaaldiagnostiliselt tuberkuloosset intoksikatsiooniseisundit, hüpertüreoosi, reuma, kollagenooside mitmesuguseid vorme, lümfogranulomatoosi, koldest tingitud latentset sepsist jm. Terapeudile on sageli anamnees kõige otsustavamaks mõtte- ja uurimiskäigu suunajaks. Haiget tuleb küsitleda põhjalikult. Selleks tuleb varuda aega, eriti kui oletatakse reumat. Selgitatakse, kas patsient on varem selliselt haige olnud, kas ta on põdenud angiini, kui sageli, millal viimati, sagedat nohu, bronhiiti, sarlakeid? Kas eelnes praegusele haigusele mingi palavikuline seisund ja millal? Kas higistamine on sagedane? Millised on korteriolud jm.

Uurimisel osutame tähelepanu koldeinfektsiooni esinemisele kurgus, nina-neeluruumis, naha laigulistele ja annulaarsetele erüteemidele, subkutaansetele sõlmedele, vegetatiivse ergukava düstooniale (vagotooniale — naha niiskus, algul valge ja seejärel punane dermografism, lihaste fibrillatsiooni-fenomeen, aeglustunud või arütmiline pulss). Erilist hoolt ja kannatlikkust peame osutama reumokardiidi väljaselgitamisel, uurides haiget mitmes asendis rahulikus olekus ja pärast 10—20 kükki. Reuma diagnoosimiseni jõuame anamneesi ja kliinilise leiu alusel. Positiivsed laboratoorsed analüüsid (kõrgenenud settereaktsioon, positiivne kupukats jt.) ja muutused EKG-s kinnitavad kliinilist leidu. Negatiivsed proovid ja reaktsioonid ei eita veel reumaatilise haigusprotsessi olemasolu.

Reuma diagnoosimist Viljandi Linna Haigla tingimustes püüame iseloomustada teraapia osakonna viimase 7 a. materjali põhjal. A. 1954—1960 viibis statsionaarsel ravil 132 reumahaiget ehk 2,25% haigete üldarvust (5872). 1959. a. registreeriti Viljandi Linna Haigla polikliinilises osakonnas 138 esmakordselt kindlakstehtud reumajuhtu. Statsionaarsel ravil viibis vaid 28 haiget (20,3%).

Ülalpool mainitud 132 reumahaigest oli naisi 85 ja mehi 47. Kliiniliselt esines reumokardiit ja polüartriit — 45, reumokardiit ilma artralgiata — 66, polüartriit või artralgia — 15, *chorea* — 1, *erythema nodosum* — 1 ja *neuromyositis* — 1 haigel. *Endocarditis lenta*'ga haigeid viibis ravil 3. Haigeist oli 15—25 a. vanuseid 57 ja vanemaid 75. 56 juhust eelnes reumaatakile: tonsilliit — 34, gripp — 11 ja 12 juhul esines haigusloos märge «palavik». Esmakordse atakiga olid ravil ligi pooled haiged (66-st 25). Statsionaaris ravil viibis neist kuni 2 nädalat — 24, 2—4 nädalat — 37, 4—6 nädalat — 38, ja kauem — 33 haiget. 47 haigest hospitaliseeriti (alates haigestumisest) esimese 10 päeva jooksul — 14, 11—20 päeva jooksul — 10 ja veel hiljem — 23 haiget.

Statsionaari saabudes oli SR üle 50 mm 32 haigel (üle 100 seitsmel), 30—40 mm — 37, 11—29 mm — 41 ja kuni 10 mm — 15 haigel. Valdmani kupuproov oli (+) 27 juhul, (±) 24-l ja (—) 16 juhul. EKG: patoloogilisi muutusi 39 juhul, normivariatsiooni piires 12-l ja normis 12-l. Uriinis leidus valku (±) 40-l, valku ja silindreid 3-l, ülejäänuil oli uriini analüüs normis. Veres oli hgb. alla 60% 47-l. Leukotsüüte üle 9000 esines 36-l ja eosinofiilia 13 haigel.

Reuma tunnused liigitatakse anglo-ameerika autorite järgi pea- ja kõrvaltunnusteks. Peatunnused on 1) endomüoperikardiit, 2) *chorea*, 3) eelnenud reumaatakk ja 4) *noduli rheumatici*. Kõrvaltunnused: 1) palavik, kõrgenenud SR või C-reaktiivne proteiin, 2) polüartriit või artralgiad, 3) eelnenud hemolüütiliste streptokokkide poolt põhjustatud tonsilliit. Meie lisaksime siia veel kupukatsu, EKG andmed, leukotsütoosi ja neerude kahjustuse tunnused. Mainitud autorite täheldustel on reumadiagnoos tõepärane, kui haigel on leitud kas 2 peatunnust või üks peasümptoom ja 2 kõrvaltunnust. Meie liigitasime oma haigusjuhud 3 rühma, mille puhul viimasesse rühma kuuluvad need haigusjuhud, kus puudub haiguse peasümptoom. Selle liigituse alusel jagunesid meie reumahaiged järgmiselt: 132 reumahaigest kuulus I rühma 59, II — 63. ja III — 10 haiget. Viimasel 10 haigel oleks diagnoosi kinnitamiseks olnud vaja teha veel spetsiifilisi seroloogilisi reaktsioone.

Järeldused

1. Reumahaiged kuuluvad statsionaarsele ravile kuni haigusprotsessi aktiivsuse näitajate kadumiseni.

2. Ligi $^1/_{10}$ reumahaigeist on vaja diagnoosimise otstarbel teha spetsiifilisi seroloogilisi reaktsioone ja protsessi aktiivuse üle otsustamiseks määrata C-reaktiivse proteiini tiitri kõrgus. Peame soovitatavaks organiseerida nende proovide läbiviimist kesk- ja rajoonidevaheliste haiglate laboratooriumides.

О ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЗМА

М. Ныгес

Резюме

Ревматизм является общим заболеванием всего организма с преимущественным поражением сердечно-сосудистой системы.

Диагноз ревматизма ставится на основании всестороннего обследования больного. Положительные серологические пробы подтверждают поставленный клинически диагноз заболевания, однако и отрицательные результаты не отклоняют клинического диагноза.

Приводим статистические данные по поводу больных ревматизмом, находившихся в терапевтическом отделении Вильяндиской городской больницы за 1954—1960 гг.

MÕNEDE DIAGNOSTILISTE PROOVIDE TÄHTSUSEST REUMA PUHUL LASTEL

Arstiteaduse kandidaat *L. KOOK*
(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Reuma kliinilise kulu ulatuslik varieerumine, eriti lapse- ja noorukieas, raskendab selle haiguse õigeaegset diagnoosimist. Kui puudub reumale tüüpiline kliiniliste sümptoomide kompleks, eriti latentselt kulgeva reumokardiidi puhul, on diagnoosi panemisel tõsiseid raskusi.

Peame nõustuma K. Sarõlova (1) väitega, et paljudel juhtudel reuma diagnoosimine hilineb. Samal ajal aga ülehinnatakse ka mõningaid sellele haigusele omaseid kliinilisi sümptoome, mille tagajärjeks on reuma hüperdiagnostika — nii eemaldatakse lapsed mõnikord õppetööst ja normaalsest elurütmist ilmaaegu.

Käesoleva ajani puuduvad kindlad meetodid reuma õigeaegseks diagnoosimiseks. Kirjanduses on viiteid, et reuma diagnoosimiseks võib kasutada nahaproovi reumahaige vereseerumiga [B. Landtman (8)] ja kortisooniga [B. Landtman ja T. Arajärvi (9)] ning reuma aktiivsuse määramiseks vereseerumi töötlemist kloroformiga F. Knücheli järgi [F. Knüchel (5, 6, 7), K. Semsch ja R. Widman (10), W. Fuchs (3), N. Keller (4) jt.].

F. Knücheli (5, 6, 7) andmeil ilmneb terve inimese vereseerumi töötlemisel kloroformiga tugev hägusus, kuid aktiivsete infektsioos-põletikuliste protsesside puhul (reuma, infektartiit, tuberkuloos jne.) väheneb seerumi hägusus paralleelselt haiguse raskenemisega. Nimetatud reaktsiooni tekkemehhanism on lõplikult veel lahendamata. F. Knüchel (5, 6) seletab hägususe tekkimist vereseerumis esinevate lahustunud või kolloidses lahuses olevate ainete (tõenäoliselt valk-lipoidi kompleks) väljasadenemisega kloroformi toimel.

Arvukate nahaproovide, biokeemiliste ja teiste reaktsioonide kohta, mida kirjanduses soovitatakse rakendada haige lapse uurimisel reuma suhtes, ei ole ühtset hinnangut.

Käesoleva töö ülesandeks oli leida võimalusi varjatud reuma diagnoosimiseks. Selleks on tehtud nahaproove reumahaige verseerumiga [B. Landtmani järgi (8)] ja kortisooniga [B. Landtmani ja T. Arajärvi järgi (9)], et selgitada nende proovide väärtust reumatismi diagnoosimisel. Samuti on püütud selgitada F. Knücheli seroreaktsiooni kliinilist väärtust reuma puhul lastel. Töö on tehtud Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi reumatoloogia ja kurortoloogia sektoris 1958.—1960. a. Tallinna Linna Lastehaigla baasil. Vereseerumi valgufraktsioonide määramised on tehtud sama instituudi biokeemia sektoris (juhataja farmaatsiakandidaat E. Vagane).

F. Knücheli seroreaktsiooni metoodika on järgmine. Katseklaasi pannakse 0,5 ccm vereseerumit, millele lisatakse 5 ccm 0,85%-list NaCl lahust ja 2,5 ccm kloroformi. Katseklaasi loksutatakse 5-minutiliste vaheaegadega kokku neljal korral. Vedelik katseklaasis kihistub kaheks. Pärast 10-minutilist seismist fotometreeritakse pindmise kihi hägusust.

F. Knücheli seroreaktsiooni tehti 88 haigel. Vanuse järgi liigitusid katsealused järgmiselt: 4—6 a. — 10 haiget, 7—15 a. — 75 haiget ja üle 15 a. vanused — 3 haiget. Diagnooside järgi liigitati haiged kahte rühma: I rühm oli põhirühm ja koosnes 69 reumahaigest, neist 60-l oli reuma aktiivses faasis ja 9-l inaktiivses faasis. II rühm ehk võrdlusrühm koosnes 19 mitte-reumahaigest. Kolmanda rühma moodustasid 8 praktiliselt tervet inimest, kelle vereseerum saadi Tallinna Vabariiklikust Vereülekande Jaamast. Nimetatud seroreaktsioone tehti üldse 146 juhul, neist reumahaigeil 119, võrdlusrühmal 19 ja tervetel 8 juhul.

Tabelis 1 on toodud F. Knücheli seroreaktsiooni andmed kõigi kolme rühma katsealuste diagnooside järgi. Seerumi hägususe näitajad on märgitud vertikaaljoonel, kusjuures hägususe intensiivsus langeb ülevalt alla 1,0-st kuni 0-ni. Võrdluslahusena on kasutatud destilleeritud vett, mille läbipaistvus on märgitud 0-ga. Diagnoosid on joonisel paigutatud horisontaaljoonele.

Tabel 1

F. Knücheli reaktsiooni näitajad diagnooside järgi

Katsealuste arv \ F. Knücheli näitajad		0—0,3	0,3—0,5	0,5—0,8	0,8—1,0	Kokku
Reuma	aktiivne faas	53	32	19	5	109
	inaktiivne faas	2	1	4	2	9
	Muud haiged	8	4	4	3	19
	Terved	—	1	2	5	8

Kui fotomeetri näitajaid 0 kuni 0,5 tinglikult lugeda seerumi märgatava selginemise näitajateks, siis võime konstateerida järgmist.

Seerumi märgatava selginemisega juhte reuma aktiivses faasis oli 85 109-st, s. o. ligikaudu $^4/_5$ juhtudest. Ülejäänud 24 juhul olid fotomeetri näitajad 0,5 kuni 1,0. Reuma inaktiivses faasis täheldati seerumi märgatavat selginemist 3 juhul 9-st, s. o. $^1/_3$ juhtudel. Nimetatud 3 haigel ei saanud konstateerida aktiivse reuma tunnuseid, nad viibisid haiglas ravil banaalsete infektsioonide tõttu (lümfadeniit, krooniline tonsilliit, ülemiste hingamisteede katarr).

Võrdlusrühma haigetel täheldati seerumi selginemist 12 juhul 19-st, s. o. ligikaudu $^2/_3$ juhtudel. Ülejäänud 6 juhul olid fotomeetri näitajad 0,5 kuni 1,0.

Tabel 2

F. Knücheli reaktsiooni näitajate ja vereseerumi γ-globuliini peegli võrdlus diagnooside järgi

Haigete arv, vereseerumi γ-globuliini % \ F. Knücheli näitajad			0—0,3	0,3—0,5	0,5—0,8	0,8—1,0	Kokku
Reuma	aktiivne faas (108 juhtu)	kuni 15%	—	—	1	—	1
		16—25%	31	20	12	3	66
		üle 25%	20	13	6	2	41
	inaktiivne faas (9 juhtu)	kuni 15%	—	—	—	—	—
		16—25%	2	1	5	—	8
		üle 25%	1	—	—	—	1
	Muud haiged (18 juhtu)	kuni 15%	1	1	—	—	2
		16—25%	7	2	3	3	15
		üle 25%	—	1	—	—	1

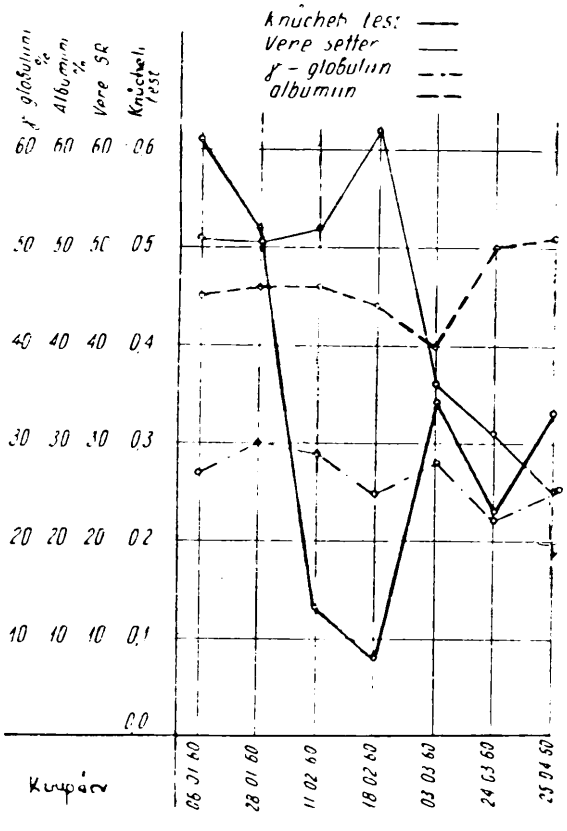
Saadud andmeist ilmneb, et enamik juhte reuma aktiivses faasis, samuti ka enamik teiste infektsioos-põletikuliste haigustega juhte andsid F. Knücheli seroreaktsiooni puhul seerumi selginemise näitaja alla 0,5. Ühel juhul (nagu nähtub tabelist 1) esines seerumi märgatav selginemine ka praktiliselt tervel inimesel.

Tabel 3

F. Knücheli reaktsiooni näitajate võrdlus vere punaliblede settereaktsiooniga diagnooside järgi

Haigete arv, vere settereaktsioonid		F. Knücheli näitajad	0—0,3	0,3—0,5	0,5—0,8	0,8—1,0	Kokku
Reuma	aktiivne faas (99 juhtu)	kuni 12 mm	6	2	4	2	14
		13—20 mm	9	11	7	1	28
		21—40 mm	10	10	3	1	24
		üle 40 mm	21	8	3	1	33
	inaktiivne faas (9 juhtu)	kuni 12 mm	1	1	5	1	8
		13—20 mm	—	—	—	—	—
		21—40 mm	—	—	—	—	—
		üle 40 mm	1	—	—	—	1
Muud haiged (17 juhtu)		kuni 12 mm	3	3	—	1	7
		13—20 mm	2	—	1	2	5
		21—40 mm	2	—	2	—	4
		üle 40 mm	—	—	1	—	1

Tabelis 2 on toodud võrdlevad andmed F. Knücheli seroreaktsiooni ja γ-globuliini peegli kohta reumahaigete vereseerumis. γ-globuliini peegel vereseerumis üle 25% on loetud patoloogiliseks nihkeks.



Joonis 1

Võrreldes γ-globuliini peeglit F. Knücheli seroreaktsiooni andmetega selgus, et reuma aktiivses faasis esines samaaegselt seerumi märgatava selginemisega γ-globuliini peegli tõus üle 25% 33 juhul 108-st, s. o. 30,5%. Mitte-reumahaigetel esines seda 1 juhul 18-st. Järelikult esines parallelism F. Knücheli seroreaktsiooni ja γ-globuliini peegli vahel sagedamini reumahaigetel kui mitte-reumahaigetel.

F. Knücheli seroreaktsiooni ja vereseerumi albumiinide peegli võrdlusel ilmnes albumiinide peegli langus enamikul haigetel. Seejuures esines paljudel juhtudel albumiinide peegli langusega samaaegselt ka seerumi märgatav selginemine.

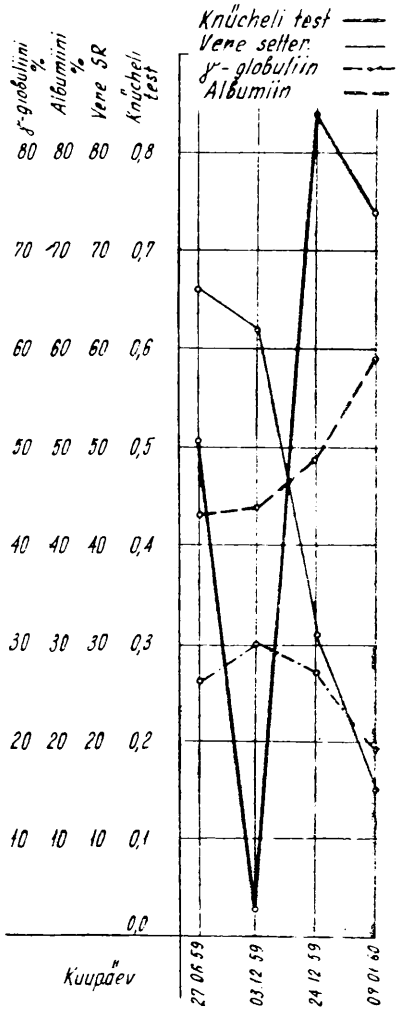
Tabelis 3 on esitatud võrdlevad andmed F. Knücheli seroreaktsiooni ja vere punaliblede settereaktsiooni kohta. Nagu nähtub tabelist, esines reuma aktiivses faasis enamikul juhtudel mõõdukalt või tugevasti kiirenenud vere punaliblede settimine. Vere punaliblede settereaktsiooni tõusuga samaaegselt olid enamikul juhtudel ka seerumi hägususe näitajad fotomeetril alla 0,5.

Järelikult esines aktiivse reuma puhul paljudel juhtudel parallelism F. Knücheli seroreaktsiooni ja punaliblede settereaktsiooni vahel.

Nagu nähtub esialgsetest katsetulemustest, ei ole F. Knücheli seroreaktsioon spetsiifiline reumaatilisele infektsioonile. Ka teiste haiguste puhul ja ühel juhul isegi tegelikult terve inimese juures esines juhte, kus võis täheldada vereseerumi märgatavat selginemist. Vastupidi, oli ka juhte, kus reuma aktiivses faasis vereseerumi töötlemisel kloroformiga märgatavat selginemist ei esinenud. Järelikult ei ole F. Knücheli seroreaktsioonil küllaldast diferentsiaaldiagnostilist väärtust.

Joonisel 1 on esitatud andmed haige Eha A. (13 a.) kohta, kes viibis haiglas korduva ägeda reumahoo tõttu. Kliiniliselt oli tal raske pikaleveniv ja retsidiveeruv reumaprotsess. Seda peegeldavad ka joonisel esitatud kõverad.

Joonisel 2 on toodud andmed haige Mati A. (12 a.) kohta. Need näitavad reumahaige paranemise tendentsi. See väljendub F. Knücheli seroreaktsiooni näitajate paranemises, vere punaliblede settereaktsiooni, γ-globuliini ja albumiinide peegli normaliseerumises. Nendega kooskõlas olid ka haige dünaamilisel jälgimisel saadud kliinilised andmed.



Joonis 2

Esitatud kõverad näitavad, et F. Knücheli seroreaktsiooni puhul on vereseerumi selginemise intensiivsus sageli paralleelne põletikuprotsessi raskusega lapse organismis. See lubab järeldada, et F. Knücheli seroreaktsioonil on teatud kliiniline väärtus haiguse, ka reuma aktiivsuse määramisel. Järelikult võiks seda kasutada täiendava abimeetodina reuma aktiivsuse selgitamisel, kuid eriti ravi tulemuste hindamisel haiguse dünaamikas.

Nahaproovi vereseerumiga B. Landtmani järgi (8) tehti 275 lapsel. Naha muutused, mida B. Landtmani järgi arvestati positiivseks reaktsiooniks, esinesid reumahaige vereseerumi manustamisel skarifikatsiooni teel nahale 3 korda sagedamini kui terve inimese seerumi manustamise korral. Siinjuures esines reumahaige vereseerumi manustamisel positiivne reaktsioon reuma- ja kroonilise tonsilliidiga haigetel sagedamini kui teistel haigetel. Positiivne reaktsioon esines umbes $^1/_4$ juhtudest, mis meie arvates on liiga väike arv selleks, et veenvalt kinnitada nimetatud nahaproovi diferentsiaaldiagnostilist väärtust. Meie esialgsete andmetega on kooskõlas A. Sleptsovi (2) andmed.

Nahaproovi kortisooniga B. Landtmani ja T. Arajärvi (9) järgi tehti 225 lapsel. Positiivset reaktsiooni (naha erütematoosne infiltraat) pärast kortisooni intrakutaanset injektsiooni täheldati 151 juhul 226-st (s. o. ca $^2/_3$ juhtudest). Seejuures esines positiivseid reaktsioone ligikaudu võrdselt nii reumahaigetel kui ka mitte-reumahaigetel. Meie katsete põhjal on seega üsna küsitav B. Landtmani ja T. Arajärvi (9) kortisoonitesti kasutamine reuma diferentsiaaldiagnostikas.

Kokkuvõte

Töö tulemuste põhjal võib arvata, et F. Knücheli seroreaktsioonil, mis on tehniliselt kergesti teostatav, on reuma puhul teatud kliiniline väärtus haigusprotsessi aktiivsuse määramisel. Seepärast võiks seda kasutada täiendava abimeetodina, eriti ravitulemuste hindamisel haiguse dünaamikas. Meie esialgsete katsete põhjal andis B. Landtmani nahaproov reumahaige vereseerumiga positiivse resultaadi enamikul reuma- ja kroonilise tonsilliidiga haigetel, teistel haigetel ainult üksikjuhtudel. Kuna aga positiivsete reaktsioonide üldarv oli suhteliselt väike (25%), siis ei kinnitasee veenvalt nimetatud nahaproovi diferentsiaaldiagnostilist väärtust. B. Landtmani nahaproovi lõplikuks hindamiseks on vajalik modifitseeritud katsete teostamine reumahaige vereseerumiga. Ka B. Landtmani ja T. Arajärvi nahasisese kortisooniproovi diferentsiaaldiagnostiline väärtus jäi meie andmeil kahtlaseks, kuna positiivseid reaktsioone esines reumahaigetel ja mitte-reumahaigetel ligikaudu võrdselt.

KIRJANDUS

1. Сарылова К. П. Педиатрия, 1954, 5, 22—27. — 2. Слепцов А. П. Сб. работ кафедры педиатр. ин-та, посвящ. 50-летию со дня смерти проф. Н. П. Гундобина. 196[illegible], 39—43. — 3. Fuchs, W. Z. ges. innere Med. 1957, 7, 310—318. — 4. Keller, N. Dtsch. med. Wochenschr. 1957, 13, 454—455. — 5. Knüchel, F. Z. ges. exptl. Experim. Med. 1940, B. 108, H. 4, 440—460. — 6. Knüchel, F. Z. Tuberk. 1941. B. 86, H. 1—2, 38—42. — 7. Knüchel, F. Dtsch. med. Wochenschr. 1951, 27 28, 908. — 8. Landtman, B. Ann. paediatr. Fenniae. 1956, 2, 2, 156—161. — 9. Landtman, B. a. Arajärvi, T. Ann. paediatr. Fenniae. 1956, V. 2, F. 4, 327—331. — 10. Semsch, K. u. Widman, R. Z. Rheumaforsch. 1955, B. 14, H. 5/6. 197.

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОБ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ У ДЕТЕЙ

Л. Коок

Резюме

До сих пор нет ещё надежных методов для своевременной диагностики ревматизма.

В нашей работе мы стремились найти возможности диагностировать скрытую форму ревматизма. С этой целью мы применяли кожные пробы с сывороткой крови больного ревматизмом (у 275 детей) и пробу с кортизоном (у 225 детей). Кроме того, мы провели сероreакцию Кнюхеля (у 88 больных).

При кожной пробе с сывороткой крови больного ревматизмом мы достигли положительных результатов только в 25% случаев. Это говорит о том, что данная проба не может иметь большой дифференциально диагностической ценности. Сомнительной оказалась и диагностическая ценность внутрикожной пробы с кортизоном, так как положительных реакций было почти столько же, сколько у больных ревматизмом и у других без ревматических поражений.

Наши наблюдения показали, что сероreакция Кнюхеля имеет некоторое клиническое значение при определении степени активности ревматического процесса. Этой реакцией можно воспользоваться в качестве дополнительного метода особенно при оценке результатов лечения.

TUBERKULOOSI PROFÜLAKTIKAST

O. PIKKSAAR
(Vabariiklikust Tuberkuloositõrje Dispanserist, peaarst *E. Kama*)

Vaatamata sellele, et haigestumine tuberkuloosi on meie vabariigis juba 1953. aastast alates pidevalt vähenenud, ületas see veel 1960. a. siiski Nõukogude Liidu keskmise.

Meie lähemaks ülesandeks on vähendada käesoleva seitseaastaku jooksul haigestumist tuberkuloosi 3—4 korda. Nagu statistilised andmed näitavad, on esmane haigestumine tuberkuloosi Eestis kahe viimase aasta jooksul langenud intensiivsemalt kui kunagi varem (1960. aastal, võrreldes 1958. aastaga, üldse 27,1% võrra, laste haigestumine isegi 43% võrra). Suremist tuberkuloosi võib meil praegu pidada madalamaks kui üleliiduline keskmine. Peale selle ei ole tuberkuloosiga arvelevõetud laste seas alates 1958. aastast esinenud ühtki surmajuhtu. H. Pullisaare (4) ja S. Kõivu (3) uurimistööde andmetest (saadud 1957. ja 1958. a. endises Kose rajoonis ja Tallinna linnas) nähtub, et infitseerumine tuberkuloosi oli meil madalam kui näiteks 11 Nõukogude Liidu suuremas linnas 1954. a. K. Berkose (7) andmetel. Sellest aga ei saa teha veel positiivset järeldust üldise epidemioloogilise olukorra kohta, sest aktiivset tuberkuloosi põdevate haigete arv, ja eriti baktereid eritavate haigete arv on Eesti NSV-s suhteliselt suurem kui enamikus teistes liiduvabariikides.

Kuna tuberkuloosi vastu võitlemisel etendab väga olulist osa profülaktika ja sellega tuleb tegelda peaaegu kõigil meditsiinitöötajail, siis käsitleme alljärgnevalt lühidalt profülaktika kõiki tähtsamaid probleeme, et tuletada meelde meie käesolevaid ja eelseisvaid ülesandeid.

1. Nakkuskollete isoleerimine ja saneerimine

On teada, et rõhuv enamik nakatumisi tuberkuloosi toimub *Mycobacterium tuberculosis*'t eritavate inimeste kaudu. Enamasti on tegemist otsese kontaktiga ja piisknakkusega. Seetõttu on mitmesugustes ringkondades korduvalt üles tõstetud kõigi baktereid eritavate tuberkuloosihaigete kohustusliku hospitaliseerimise nõue, mis võimaldab nad täielikult isoleerida kuni bakterite eritumise lakkamiseni. Harilikult on aga humaansuse printsiibist lähtudes ikka jäädud seisukohale, et hospitaliseerimise aeg ja kestus olgu haigele vabatahtlik. Teiselt poolt teame aga küllalt fakte, kus vastutustundetud ja hoolimatult käituvad haiged on põhjustanud kaasinimeste, eriti laste haigestumist tuberkuloosi, mis on lõppenud mõnikord isegi surmaga. Kuna kaasaegne tuberkuloosiravi eeldab harilikult pikaajalist viibimist raviasutustes ja hiljem ravikuuride jatkamist ambulatoorselt, siis on arsti ülesandeks selgitada igale esmaselt avastatud haigele sellise ravi vajalikkust. Kui haige tingimusteta nõustub nõuetekohase raviga ja me suudame talle seda kindlustada, siis oleme ühtlasi väga palju teinud uute nakatumiste vältimiseks.

Baktereid eritavate haigete isoleerimiseks ja pikaajaliseks statsionaarseks raviks on meil Eesti NSV-s vaja tuberkuloosihaigetele ettenähtud voodite arvu veel suurendada. Kui voodite arv tuberkuloosihaiglates ja -sanatooriumides tõuseb 1965. aastaks 3700-ni, nagu on ette nähtud Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruses, siis on vajadused kindlasti rahuldatud. Esialgsete võimaluste juures tuleb esmajoones kindlustada kõigi esmakordselt avastatud baktereid eritavate haigete ravile paigutamine ja varem arvelolevatest haigetest nende hospitaliseerimine, kellel on näidustatud kirurgiline või muu aktiivne ravimeetod. Nende baktereid eritavate haigete puhul, kelle juures aktiivseid ravimeetodeid kasutada ei saa või kellel pikaajalisele antibakteriaalsele ravile vaata-

mata bakterite eritumine pole lakanud, sõltub hospitaliseerimise vajadus ja kestus teistest asjaoludest (mitte ainult haiguse ägenemisest või tüsistustest, vaid ka epidemioloogilistest kaalutlustest ja sotsiaalsetest näidustustest).

Käesoleval ajal jagatakse tuberkuloosikolded epidemioloogilise ohtlikkuse järgi kolme gruppi: 1) kolded, kus haigega samas korteris on lapsi; 2) kontaktsed on küll täiskasvanud, kuid elavad haigega samas toas; 3) haigel on kasutada omaette tuba. Loomulikult on kõige suuremas haigestumisohus lapsed, eriti väikelapsed ja imikud. Samuti on ohtlikumad need haiged, kes eritavad pidevalt röga või käituvad antisanitaarselt. Sellistest kolletest pärinevaid haigeid tuleks hoida võimalikult kaua statsionaarsel ravil, kuigi nende nn. kroonikute ravi nõuab meditsiinipersonalilt eriti suurt hoolt ja kannatlikkust.

Haiglates ja sanatooriumides režiimi rikkuvate haigete kasvatusküsimustele tuleb pöörata erilist tähelepanu. Tuleb rakendada eeskätt rohkem selliseid mõjustamisvahendeid nagu ajutine range voodirežiim, ümberpaigutamine teise palatisse, haiglasse jne., sest väljakirjutamine raviasutusest (mida muidugi mõnel juhul äärmise abinõuna tuleb kasutada) annab haigele veelgi vabamad käed omapead talitamiseks ja haiguse progresseerudes kujutab ta nakkusallikana teistele järjest suurenevat ohtu.

Haigete isoleerimine omaette elamispinnale ja korteritingimuste parandamine on tuberkuloosi profülaktikas suure tähtsusega. Kõigil tervishoiutöötajail, kes nimetatud küsimustega tegelevad, tuleb kohalikke täitevkomiteesid ja ametiühinguorganisatsioone informeerida epidemioloogiliselt ohtlikest kolletest ja nõuda Eesti NSV Ministrite Nõukogu määruse täitmist.

2. Desinfektsioon

Tuberkuloosikollete jooksev ja lõppdesinfektsioon peab miinimumini vähendama nakkusohtu. Epidemioloogiliselt ohtlikke koldeid tuleb meditsiinitöötajail külastada sagedamini kui vähem ohtlikke. Desinfektsioonivahendid tuleb viia nakkuskoldesse ja jälgida nende kasutamise otstarbekust. Desinfektsiooniga seosesolevate küsimuste selgitamine ja hügieeniliste käitumisreeglite õpetamine haigetele on üldiselt väga delikaatne küsimus, mida puudutatakse sageli liiga pinnaliselt ja nagu muu seas. Patronaažiõe ja desinfektori kogemuste suurenemisega tõuseb aja jooksul kindlasti nende töö väärtus. Seejuures on kasulik meeles pidada, et üleliigne agarus ja haigete osaliselt põhjendatud seisukohtade mittearvestamine võib viia hoopis negatiivsete tagajärgedeni.

Lõppdesinfektsioon tuleb koldes teha neil juhtudel, kui haige lahkus kas ajutiselt või jäädavalt senisest elukohast. Vastaval tuberkuloositõrje asutusel tuleb sellest kohalikku sanitaar-epidemioloogia jaama informeerida õigeaegselt (mõnedes rajoonides eksitakse veel selle nõude vastu).

3. Kemoprofülaktika

Viimase viie aasta jooksul on seda profülaktika meetodit uuritud ja praktiliselt kasutatud nii Nõukogude Liidus kui ka välismaal. Tuberkuloosi kemoprofülaktika seisneb vähese toksilisusega isoniasiidide perioodilises manustamises isikutele, kes aktiivset tuberkuloosi ei põe või kes ei ole isegi infitseeritud, kuid on kontaktis baktereid eritava haigega. Tavaliselt hõlmatakse sellega isikuid kuni 30. eluaastani. Ravimina kasutatakse meil ftivasiidi.

Kuigi kemoprofülaktika on leidnud üldise tunnustuse, ei ole veel lõplikult selgitatud, kuivõrd isoniasiidid pidurdavad või soodustavad immuunsuse teket organismis. Esmajoones tuleb seda meetodit raken-

dada epidemioloogiliselt ohtlikes kolletes ja äsja avastatud, baktereid eritava haigega kokkupuutujatel. Tuleb veel silmas pidada asjaolu, et isoniasiidide toimel aeglustub spetsiifilise allergia väljakujunemine nii infitseerumise korral kui ka pärast vaktsineerimist. Seda tuleb arvestada tuberkuliinidiagnostika puhul.

4. Spetsiifiline profülaktika

Spetsiifiline profülaktika seisneb eeskätt tuberkuloosist infitseerimata elanikkonna regulaarses vaktsineerimises ja revaktsineerimises BCG-vaktsiiniga. Seda tuleb meil rakendada kõigil infitseerimata isikutel kuni 30. eluaastani ja tuberkuloosihaigetega kokkupuutujatel vanusele vaatamata, kui selleks pole vastunäidustusi. Vastsündinute vaktsineerimine kulgeb meil juba aastaid rahuldavalt, kuid revaktsineerimine jätab paljudes rajoonides veel soovida (kuigi töö on kahel viimasel aastal paranenud).

Viimastel aastatel on kõigis rajoonides korraldatud seminare tuberkuliinidiagnostikast ja vaktsineerimisest neile meditsiinitöötajaile, kes sellega tegelevad. Kõigil tuberkuloositõrje dispanseritel ja kabinettidel tuleb pidevalt jälgida, et vastava ettevalmistuse saaksid kõik, kes alles hakkavad vaktsineerimisega tegelema. 1961. aastal on iga rajoonihaigla koosseisu antud üks velsker või õde, kes peab juhtima tuberkuloosivastaste vaktsineerimiste läbiviimist kogu rajooni ulatuses. Tema otseseks ülesandeks peab jääma esmajoones üldvõrgu töötajate juhendamine ja nende abistamine kitsaskohtadel nii vaktsineerimise kui ka regulaarse pirketiseerimise läbiviimisel.

Täiskasvanute vaktsineerimise korraldamine on mõnes suhtes raske ülesanne. Tuleb alustada suurematest asutustest, ettevõtetest, tööstustest, koolidest, kolhoosidest ja sovhoosidest. Nagu näitavad Leningradi (6) ja meil Viljandi kohaliku tuberkuloositõrje dispanseri kogemused, saab 18—30 aasta vanustest pirketiseeritutest vaktsineerida praktiliselt keskmiselt vaid 10%, kuna ülejäänud langevad välja positiivse või kahtlase Pirquet' reaktsiooni, või ka paljude juhuslike asjaolude tõttu. Viimastel aastatel täheldatakse nn. kahtlase Pirquet' reaktsiooni esinemise sagenemist (s. o. paapul läbimõõduga alla 5 mm või ainult hüpereemia). See võib olla mõnikord tingitud vaktsineerimisjärgsest allergiast, kuid kahtlemata on ka teisi põhjusi organismi reaktiivsuse muutumiseks ja paraspetsiifiliste reaktsioonide esinemiseks.

Viimastel aastatel on laialdaselt uuritud küsimust, milliseid tulemusi annab positiivse Pirquet' reaktsiooniga isikutele BCG-vaktsiini manustamine (tavaliselt me neid ei vaktsineeri). Nõukogude Liidus on sellega tegelnud mitmed suuremad tuberkuloosiinstituudid S. Massino ja E. Sorkina (8) juhtimisel alates 1956. aastast. Nagu tulemused näitavad, ei põhjustanud infitseeritud isikute vaktsineerimine nimetamisväärseid tüsistusi. Haigestumine tuberkuloosi aga vähenes neil infitseerituil keskmiselt 3—5 korda. Need andmed suurendavad kahtlemata veelgi veendumust betsežeerimise ohutuses ja otstarbekuses.

5. Viraažiperioodi avastamine

Kaasajal loetakse esmase kompleksi, bronhiaal-mahlasõlmede tuberkuloosi ja teiste lokaalsete vormide avastamist lastel juba hilinenud diagnoosiks (1). Õigeaegne on esmase nakatumise väljaselgitamine nn. viraažiperioodil. See eeldab aga, et tuberkuliinireaktsioone tehakse regulaarselt ja muidugi tehniliselt õigesti. Viraaži avastamiseks on vaja teada järgmisi andmeid: 1) millal oli viimane negatiivne Pirquet' reaktsioon (kuupäev); 2) millal oli esimene positiivne Pirquet' reaktsioon (kuu-

päev ja mõõtmed mm-tes paapuli ja hüpereemia läbimõõdu kohta); 3) kas isik on vaktsineeritud või revaktsineeritud tuberkuloosi vastu ja millal (kuupäev).

Kui selgub, et vaheaeg viimase negatiivse ja esimese positiivse Pirquet' reaktsiooni vahel ei ületa ühte aastat ja pole põhjust arvata, et oleks tegemist vaktsineerimisjärgse allergiaga, siis ongi avastatud viraažiperiood. Kõik need isikud kuuluvad aga juba jälgimisele tuberkuloositõrje asutuses.

Nagu näitavad E. Sorkina (9) pikaajalise uurimistöö kogemused, esineb 86% lastest esmase tuberkuloosse nakkuse varajasel perioodil mitmesuguseid funktsionaalseid häireid, mis enamasti küll ruttu kaovad, ent millle ilmnemisel peame alati mõtlema tuberkuloosile.

6. Massilised profülaktilised uurimised tuberkuloosi suhtes

Elanikkonna massiliseks uurimiseks on soovitatav alates 12. eluaastast röntgenoloogiliste läbivalgustuste kõrval rakendada ka fluorograafilist uurimist. Eriti vajalik on transporditavate või iseliikuvate fluorograafide kasutusele võtmine, kuna see vähendab ajakulu uuritavatel. Eriti vajalik on sel teel põhjalikumalt kontrollida meie maaelanikke, sest näiteks 1960. a. esines maaelanikel esmaselt avastatud tuberkuloosi hilisvorme üle 2 korra rohkem kui linnaelanikel. Hoolikalt tuleb kontrollida ka vanemaealist elanikkonda, kelle seas meil haigestumine tuberkuloosi viimasel ajal järjest sageneb. Neil võib jääda tuberkuloos sageli õigeaegselt avastamata kas haiguse hiiliva alguse või haige ükskõikse suhtumise tõttu oma tervisesse, sest köha, rögaeritust, hingeldust, väsimust jne., peetakse tavaliselt vanemas eas paratamatuks.

Kogu meie elanikkonda tuleb vähemalt üks kord 2 aasta jooksul tuberkuloosi suhtes kontrollida. Isikuid aga, kes alluvad kohustuslikule kontrollile sagedamini, tuleb uurida plaanipäraselt ja ettenähtud tähtaegadel.

7. Sanitaarharidustöö

Sellest, kui teadlik on elanikkond tervishoiu küsimustes, oleneb sageli mitmesuguste profülaktiliste ürituste läbiviimine (profülaktilised läbivaatused, vaktsineerimised, desinfektsioon jm.). Sanitaarhariduslike teadmiste tõstmine, hügieeniliste harjumuste juurutamine, tervislike eluviiside ja kehakultuuri propageerimine aitab kasvatada füüsiliselt tugevaid ja terveid inimesi, kes on tuberkuloosi suhtes vähem vastuvõtlikud. Erilist rõhku tuleb panna alkoholivastasele võitlusele, sest alkoholi kuritarvitamine mitte üksnes ei suurenda haigestumisvõimalusi, vaid on ka paljudele haigetele komistuskiviks ravimisel.

Sanitaarharidustöö ei tunne piire, kunagi ei tohi saavutatuga leppida. Tuleb otsida uusi teid ja võimalusi. Vestluste, loengute, küsimustevastuste õhtute ja kirjanduse kõrval tuleb senisest rohkem kasutada raadiot ja kohalikke raadiosõlmi. Tartu, Tallinna ja Jõgeva eeskujul tuleks tervise ülikool ellu kutsuda ka teiste linnade suuremate raviasutuste juures, nagu soovitab M. Kask (2). Palju suuremat tähelepanu tuleks tervishoiu probleemidele pöörata meie üldhariduslikes koolides ja eriõppeasutustes.

Väga tervitatav on ka J. Reinaru (5) ettepanek vabariikliku sanitaarhariduslikku ajakirja asutamise kohta. Populaarteaduslike ja sanitaarhariduslike artiklite kõrval saaks ajakirja kaudu tutvustada lugejaid ka kõige uuega, mis meditsiinis ühel või teisel alal saavutatakse. See pakuks huvi ka meditsiinitöötajaile, sest sageli ei suudeta iga eriala kirjandust pidevalt jälgida. Loodame, et juba eeloleval aastal saab see hea kavatsus teoks ja meie sanitaarharidustöö kasvab kiiresti nii sügavuti kui ka laiuti.

KIRJANDUS

1. Imelik, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 4, 34—40. — 2. Kask, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 4, 72—74. — 3. Kõiv, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1960, 5, 50—53. — 4. Pullisaar H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1958, 4, 44—48. — 5. Reinaru, J. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 4, 71—72. — 6. Городнин С. Б. и Стракун И. М. Сборник по обмену опытом работы противотуберкулезных учреждений РСФСР. М., 1960. — 7. Лапина А. И. Проблемы туберкулеза, 1957, 5, 11. — 8. Массино С. В. и Соркина Э. З. Проблемы туберкулеза, 1961, 3, 3—8. — 9. Соркина Э. З. Первичная туберкулезная инфекция у детей. М., 1960.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

О. Пикксаар

Резюме

Начиная с 1953 г. заболеваемость туберкулезом в Эстонской ССР систематически снижается.

В борьбе с туберкулезом важную роль играет профилактика, которой должны заниматься все медицинские работники.

Проводя профилактические мероприятия, необходимо в первую очередь обращать внимание на изоляцию и санацию очагов заболеваний. Учитывая, что к 1965 г. количество коек для больных туберкулезом в больницах и санаториях будет доведено до 3700, как предусматривается постановлением Совета Министров Эстонской ССР, явится возможность разрешить вопрос изоляции и госпитализации больных.

Немаловажное значение имеют вопросы дезинфекции, а также кемо- и специфическая профилактика. Необходимо всюду выявлять первично зараженных в период виража, при этом весьма существенны массовые профилактические осмотры с применением флюорографических установок. Не менее одного раза в два года необходимо проводить поголовный осмотр всего населения республики.

В борьбе с туберкулезом большое значение придается также санитарно-просветительной работе среди населения. Необходимо систематически проводить соответствующие лекции, вечера вопросов и ответов и т. п., использовать радио- и телепередачи, а также местные радиоузлы.

---

40 AASTAT TUBERKULOOSIVASTAST VAKTSINEERIMIST BCG-VAKTSIINIGA

(Kirjanduse ülevaade)

I. KUUSIK

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Pärast seda kui R. Koch 1882. a. avastas tuberkuloositekitaja, hakati tegema arvukaid katseid antituberkuloosse vaktsiini saamiseks. Tuberkuloosivastast vaktsiini püüti valmistada peamiselt neljal teel: 1) elavatest virulentsetest bakteritest; 2) heterogeensest kultuurist; 3) füüsikaliste ja keemiliste meetodite abil surmatud kultuurist; 4) virulentsest tüvest saadud elavatest nõrgestatud bakteritest.

Esimesest meetodist loobuti kiiresti kui ohtlikust, teisel ja kolmandal teel valmistatud vaktsiin ei osutunud aga efektiivseks. Alles viimane meetod andis tulemusi ja käesoleval aastal möödub 40 aastat tuberkuloosivastase vaktsineerimise algusest BCG-vaktsiiniga.

Kasutades Neufeldi ja Krause tähelepanekut, et sapi sööde vähendab pneumokoki virulentsust, kasvatasid prantsuse teadlased A. Calmette ning G. Guérin 13 aastat tuberkuloositekitaja veise tüübi virulentset tüve kartuli-glütseriini-sapisöötmel. Saadud tüvest valmistati elusvaktsiin, mis korduvatel loomkatsetel osutus avirulentseks ning mida autorite järgi nimetati *Bacillus Calmette Guérin* (BCG).

Lähtudes sellest, et organism nakatub tuberkuloosi sageli enteraalsel teel ja et tuberkuloositekitajad läbivad soolte limaskesta kergesti eriti just vastsündinueas, soovitas A. Calmette (25) vastsündinuid vaktsineerida tuberkuloosi vastu. Juba esimesed vaktsineerimised näitasid, et BCG-vaktsiin on kahjutu ega põhjusta vaktsineeritute haigestumist. Kui uuriti organismi reageerimist vaktsiini manustamisele, täheldati mitmete spetsiifiliste healoomuliste muutuste teket, mis ei põhjustanud üldseisundi häireid (10, 14, 25, 32). Peamised muutused esinevad retikuloendoteliaal- ja lümfisüsteemis. Nii kirjeldas juba A. Calmette (25) vaktsineerimisjärgset polüadeniiti — põletikuliste muutuste teket lümfisõlmedes, mis kestab 2—3 nädalat ja möödub jälgi jätmata. Taolisi muutusi lümfisõlmedes on kirjeldanud ka V. Puzik (32), K. Berkos (14) jt. Mööduva iseloomuga hüperplastilisi ja proliferatiivseid muutusi täheldatakse ka maksa, põrna ja kopsude retikuloendoteliaalses süsteemis (32). BCG-vaktsiini aktiviseerivat toimet retikuloendoteliaalsele süsteemile näitavad samuti valge vere pildi mööduva iseloomuga muutused, mis tekivad juba esimese 24 tunni jooksul pärast vaktsineerimist. Nii täheldas N. Bobrov (17) pärast vaktsineerimist leukotsütoosi, eosinofiiliat, monotsütoosi ja kerget nihet vasakule.

Üldise arvamuse järgi kujunevad immunobioloogilised muutused organismis välja umbes 6 nädala jooksul. Osa meditsiinitöötajate hulgas on levinud arvamus, nagu oleksid vaktsineeritud lapsed selle 6 nädala vältel tuberkuloosi suhtes eriti vastuvõtlikud. Eksperimentaalsete uuringutega on aga tõestatud, et vaktsineeritud katseloomad reageerivad virulentsele infektsioonile immunobioloogiliste muutuste väljakujunemise perioodil samuti nagu vaktsineerimata katseloomad ja hukkuvad nendega samal ajal (20). Ka vaktsineerimist käsitlevates juhistes ja käsiraamatutes ettenähtud vastsündinu isoleerimine 6 nädala vältel on vajalik vaid organismi kaitsereaktsiooni kujunemiseks, sest enne 6 nädala möödumist haigestuksid vaktsineeritud samuti nagu vaktsineerimata lapsed.

Vaktsineerimisjärgsete muutuste hulka kuulub ka tuberkuliiniallergia väljakujunemine. Kuigi allergia ja immuunsus ei ole identsed mõisted, kasutatakse vaktsineerimisjärgse immuunsuse kaudseks hindamiseks tuberkuliinireaktsioone. A. Wallgren (11) peab vaktsineerimise tulemusi isegi negatiivseks, kui vaktsineerimisjärgselt nahasisene tuberkuliiniproov (tuberkuliin lahjenduses 1 : 100) ei muutu positiivseks, ja soovitab neid lapsi uuesti vaktsineerida. Olenevalt vaktsineerimise meetoditest, kasutatavast vaktsiinist ja makroorganismi reaktiivsusest kujuneb vaktsineerimisjärgne tuberkuliiniallergia välja 30—100%-l vaktsineerituist (1, 2, 6, 8, 14, 23). Samadest asjaoludest oleneb ka vaktsineerimisjärgse tuberkuliiniallergia kestus, mis tavaliselt kõigub 1—4 aasta vahel. Vaktsineerimisjärgne tuberkuliiniallergia kaob aga enne kui vaktsineerimisjärgne immuunsus (11, 14). L. Saye (7) nimetab seda perioodi latentse allergia, L. Nègre ning J. Bretey (5) aga infraallergia perioodiks. A. de Assis (1) püüab juba vaktsineerimisel saavutada negatiivset tuberkuliiniallergiat, nn. immunoanergiat, vaktsineerides korduvalt BCG-vaktsiini suurtes doosides *per os*, kuni pärast esimesi vaktsineerimisi tekkinud positiivne tuberkuliiniallergia muutub negatiivseks.

Ka immuunsuse kestus oleneb vaktsineerimise meetodist, vaktsiinist ja makroorganismi reaktiivsusest. A. Calmette (25) näitas oma eksperimentaalsetes töödes, et katseloomadel püsib immuunsus keskmiselt 16—18 kuud, vaktsineeritud lastel 4—5 aastat. K. Berkosi (14) andmeil hakkab immuunsus vähenema 3 aasta pärast, mistõttu ta peab otstarbekaks lapsi vaktsineerida 3—4 aasta järel. A. Wallgreni (11) arvates aga võib immuunsus kaduda juba aasta jooksul, kuigi see tavaliselt kestab 7—10 aastat ja mõnikord isegi veel kauem. Sama autori järgi võib ka subkliiniline tuberkuloosne infektsioon mõjuda immuunsuse püsimisele ja nii on raske hinnata vaktsineerimisjärgse immuunsuse tõelist kestust.

Vaktsineerimisjärgse immuunsuse väljakujunemise ja kestuse tõeliseks näitajaks on tuberkuloosi haigestumise arv vaktsineeritud laste hulgas. L. Blankmani (16), L. Stromi (9) jt. andmeil on tuberkuloosi haigestumine vaktsineeritud laste hulgas 6—13 korda väiksem kui vaktsineerimata lastel. Peale selle kulgeb haigusprotsess vaktsineeritud lastel kergemini, väikeste algsümptoomidega või sümptoomideta (21). Tuberkuloosi raskeid vorme, nagu miliaarne tuberkuloos ja tuberkuloosne meningiit, täheldatakse vaktsineeritud lastel harva.

1954.—1955. a. kirjanduse andmeil oli kogu maailmas tuberkuloosi vastu vaktsineeritud enam kui 200 miljonit inimest. Nõukogude Liidus alustati tuberkuloosivastast vaktsineerimist 1925. a. Esialgu teostati vaktsineerimist suuremates linnades teadusliku uurimistööna. Alates 1937. a. mindi üle massilisele vaktsineerimisele ja revaktsineerimisele. NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga nr. 584 3. VII 1952. a. on tehtud kohustuslikuks kõigi vastsündinute vaktsineerimine sünnitusmajades, samuti laste ja noorukite vaktsineerimine ja revaktsineerimine iga 2—3 aasta järel. Eesti NSV-s alustati süstemaatilise tuberkuloosivastase vaktsineerimisega 1947. a.

Esialgu kasutati vaktsineerimiseks vedelat vaktsiini, mille säilivus pärast valmistamist, olenevalt säilitamiskoha temperatuurist, oli umbes 10 päeva. J. Veisfeiler ning E. Morozova (18) tegid katseliselt kindlaks, et vedelat vaktsiini võib kasutada kuni ühe kuu jooksul pärast valmistamist, kuid parem immuunsus saavutatakse siiski värske vaktsiini kasutamisel. Vaktsiini lühike säilivus raskendas massilise tuberkuloosivastase vaktsineerimise läbiviimist kaugemates rajoonides. Seepärast hakati otsima vaktsiini säilivuse pikendamise võimalusi. J. Veisfeiler (19) ja M. Tsehnovitser (33) said 1937.—1938. a. toatemperatuuri juures vaakuumis kuivatatud vaktsiini, millest tärklise abil valmistati tabletid. Kuna tablettide seismisel õhu käes BCG-vaktsiini mükobakterid kiiresti hävisid, ei võetud tablette kasutusele. E. Leštšinskaja ning A. Vakengut (28) töötasid välja meetodi, kus kuivatamist kombineeriti külmutamisega ning konservandina kasutati glükoosi. Selle vaktsiini immuniseeriv toime püsis kuni $1^1/_2$ a. Edaspidised eksperimentaalsed tööd aga näitasid, et saadud kuivvaktsiini toime on nõrgem värske vedela vaktsiini toimest. Katseid parema vaktsiini saamiseks jätkati. 1946. a. õnnetuski L. Nahhimsonil (29) ja J. Kozlovil (27) saada kuiv BCG-vaktsiin, mis oma immuniseerivalt toimelt vähe erines värskest vedelast BCG-vaktsiinist. Autorid kasutasid konservandina mitte glükoosi, vaid želatiin-agarit sahharoosiga.

Kasutatava kuivvaktsiini efektiivsus sõltub aga suurel määral vaktsiini säilitamise tingimustest. BCG-vaktsiini bakterite eluvõime säilib paremini +2 kuni +5° C juures. Seda tuleb vaktsiini säilitamisel ja transportimisel arvestada. Et mitte vähendada vaktsiini efektiivsust, ei tohi BCG-vaktsiini tagavara jaoskondades ja velskripunktides, kus puuduvad külmutuskapid vaktsiini säilitamiseks, ületada nädalast vajadust.

Erinev toime võib olla ka erinevatest laboratooriumidest pärinevatel tüvedel. Nii näiteks põhjustab Taani BCG-vaktsiini alatüvest valmistatud vaktsiin parenteraalsel kasutamisel 20% vaktsineerituist tüsistusi, näit. lokaalseid haavandeid ja regionaarsete lümfisõlmede abstsesse (8,11). Sama vaktsiini enteraalsel kasutamisel on täheldatud granuleerivaid otiite (3) ja kaelal mädaseid lümfadeniite (8). Nõukogude Liidus täheldati imikutel vaktsineerimisega seotud kroonilisi lümfadeniite 1938.—1941. a. (26,34). Lümfadeniitide kulg oli healoomuline ja samaaegselt teistes elundites patoloogilisi muutusi ei esinenud. Lümfadeniite esines peamiselt lastel, kes olid vaktsineeritud vaktsiinide «Pariis» ja «Leningradi generatsioon» alatüvedega. Pärast neist tüvedest valmistatud vaktsiini kasutuselt eemaldamist ei ole lümfadeniite enam täheldatud.

Käesoleval ajal jätkavad teadlased uuringuid BCG-vaktsiini efektiivsuse tõstmiseks paremate konserveerimismeetodite abil. Välismaises kirjanduses on uuesti tähelepanu pööratud ka surmatud vaktsiini kasutamise võimalustele.

Esimene vastsündinu, keda vaktsineeriti B. Weill-Hallé (12) poolt 1921. a. juulis, sai 2 mg BCG-vaktsiini *per os* 3 korda ühepäevaste vaheaegadega: 3., 5. ja 7. elupäeval. Hiljem tõsteti vaktsiini ühekordset annust 10 mg-le, nii et iga vaktsineeritud laps sai kokku 30 mg BCG-vaktsiini. Seda klassikalist vaktsineerimismeetodit kasutatakse Nõukogude Liidus vastsündinute tuberkuloosivastaseks vaktsineerimiseks veel tänaseni.

Suu kaudu vaktsineerimine on lihtne ega traumeeri last. Harva esineb tüsistustena otiite. Otiitide teket soodustavad ülemiste hingamisteede haigused (eriti nohu) või vaktsiini andmine aevastamise või köha ajal. Ka vaktsiini liiga kiire valamine suhu soodustab BCG-bakterite sattumist kuulmetõrve kaudu keskkõrva.

Suu kaudu vaktsineerimisel saadud tulemused ei rahuldanud aga täiesti, sest vaktsineerimisjärgne tuberkuliiniallergia kujunes välja ainult 30—40% vaktsineerituist ning immuunsuse kestus oli lühike (4, 14, 24).

1923. a. soovitasid B. Weill-Hallé ning R. Turpin (13) manustada vaktsiini naha alla. Nimetatud meetod ei leidnud aga kasutamist vaktsiini manustamise kohal tüsistusena tekkiva nn. külma abstsessi tõttu (31).

Mõned aastad hiljem võeti A. Wallgreni (10) poolt kasutusele nahasisene meetod. Nahasisese meetodi eeliseks on vaktsiini täpne doseeritavus ja vaktsineerimisjärgse tuberkuliiniallergia väljakujunemine 70—100% vaktsineerituist (10, 2, 8). Meetodi negatiivseks küljeks on aga see, et tuberkuliiniproovid kaotavad oma diagnostilise väärtuse, sest 11,3—24% vaktsineerituist tekib positiivne Pirquet' reaktsioon (15). Tuberkuliinidiagnostika on aga üheks tuberkuloosi varajase avastamise meetodiks, sest vaktsineeritud lastel kulgeb tuberkuloos sageli sümptoomideta.

Nahasisesi vaktsineerimisel kirjeldatakse ka lokaalsete infiltraatide ja abstsesside tekkimist, samuti regionaarsete lümfisõlmede põletikku (8). Viimaste sagedus oleneb vaktsiini doosist, BCG-vaktsiini alatüvest ja vaktsineerimise tehnikast. Sügavama infektsiooni puhul, kui vaktsiin satub nahaalustesse kudedesse, võib tekkida kaua püsiv infiltraat, mis haavandub. Ka tuleb enne nahasisest vaktsineerimist kontrollida vaktsineeritava lapse tuberkuliinitundlikkust, tehes nii Pirquet' kui ka Mantoux'₂ reaktsioonid. Tuberkuloosist infitseeritud laste vaktsineerimisel nahasisesi võib üksikutel juhtudel tekkida tüsistusena Kochi fenomeen (11) — lühiajaline temperatuuri tõus ja lokaalne protsessi ägenemine.

Nahasisese vaktsineerimise suure efektiivsuse ja vaktsiini ökonoomse kasutamise (täpne doseeritavus!) tõttu on nahasisene meetod leidnud laialdast kasutamist Poolas, Tšehhoslovakkias, Saksamaal, Prantsusmaal, Skandinaaviamaades ja mujal. Nõukogude Liidus on Arstiteaduse Akadeemia Gamaleja nim. Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudis nahasiseseks vaktsineerimiseks välja töötatud kuiv BCG-vaktsiin, mille kasutamisel vaktsineerimisjärgne allergia kujunes välja 95—100% vaktsineerituist. Nahasisese meetodi paremaks hindamiseks on NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga nr. 426 6. okt. 1960. a. ette nähtud nahasisese meetodi tarvitusele võtmine suuremates NSV Liidu linnades.

Parenteraalsetest meetoditest on veel kasutusel hulgitorgete ja skarifikatsiooni (perkutaanne) meetod.

Esimesena vaktsineeris S. Rosenthal (6) 1937. a. merisigu hulgitorgete meetodil ja leidis, et vaktsineerimisjärgne tuberkuliiniallergia on

võrdne nahaalusi vaktsineerimisel tekkinud allergiaga. Ta kasutas vaktsineerimiseks spetsiaalset instrumenti, millega tekitas läbi nahale viidud vaktsiinitilga üheaegselt kuni 30 pindmist torget.

B. Weill-Hallé (12) modifitseeris 1939. a. S. Rosenthali meetodit, kasutades naha vigastamiseks skarifikatsiooni meetodit. Ta viis eelnevalt puhastatud nahale 3 tilka vaktsiini, millest tegi läbi 1 sm pikkused ristitaolised kriimustused.

Skarifikatsiooni ja hulgitorgete meetodil vaktsineeritud lastel kujuneb vaktsineerimisjärgne tuberkuliiniallergia välja 69—98% vaktsineerituist (14,4). Lokaalseid tüsistusi ei ole täheldatud.

Käesoleval ajal kasutatakse hulgitorgete meetodit Ameerika Ühendriikides ja Rumeenias, skarifikatsiooni meetodit kasutatakse Alžeerias, Belgias, Kanadas, Kreekas, Prantsusmaal ja mujal. Eriti laialdaselt on skarifikatsiooni meetod leidnud kasutamist Nõukogude Liidus, kus laste ja noorukite vaktsineerimiseks ning revaktsineerimiseks kasutatakse siiani peamiselt skarifikatsiooni meetodit. Meie uurimuse (4) põhjal võib skarifikatsiooni meetodit edukalt kasutada ka vastsündinute vaktsineerimiseks; käesoleval ajal rakendataksegi seda vabariigi mitmetes sünnitusasutustes.

Viimastel aastatel on huvi äratanud ka suu kaudu vaktsineerimine suurtes doosides A. de Assisi järgi (1). A. de Assis vaktsineeris nii lapsi kui ka täiskasvanuid 6 korda 1-kuulise vaheaja järel, iga kord 100—200 mg BCG-vaktsiini. Juba mõne korra vaktsiini manustamise järel tekib vaktsineerimisjärgne tuberkuliiniallergia 98—100% vaktsineerituist. A. Jefimova (24) ja L. Mitinskaja (28) andmeil ei anna see meetod aga märgatavalt paremaid tulemusi võrreldes teiste meetoditega, on seejuures organisatoorselt raskemini läbi viidav ja väga kulukas, nõudes palju vaktsiini. Kahtlemata on aga NSV Liidus vastsündinute vaktsineerimisel suu kaudu kasutatav vaktsiinihulk liiga väike, seda tuleks tõsta vähemalt 2—3-kordseks (24). Kahekordset vaktsiiniannust vastsündinute vaktsineerimisel suu kaudu kasutataksegi juba Ukraina NSV-s (22).

Nagu ülaltoodust näeme, on tuberkuloosivastases vaktsineerimises veel mitmeid selgitamist vajavaid probleeme. Neist tähtsamad on vaktsiini edasise täiustamise võimalused, optimaalse annuse ning parima vaktsineerimismeetodi kindlakstegemine. Siinjuures ei tohi ka unustada, et tuberkuloosivastane vaktsineerimine BCG-vaktsiiniga ei anna absoluutset immuunsust, vaid ainult vähendab organismi vastuvõtlikkust nakkusele. Seepärast ei tohi vaktsineerimise kõrval unustada ka teisi profülaktilisi vahendeid, nagu üldhügieenilisi abinõusid, kemoprofülaktikat jt.

KIRJANDUS

1. Assis, A. The Oral Application of BCG. — Advances in Tuberculosis Research, Basel—New-York, 1957, VIII, 105—130. — 2. Birkhaug, K. Acta med. Scand., 1944, 117, 3—4, 274—312. — 3. Hammelburg, E. Practica otorhinolaryngol., 1952, 14, 2, 81—85. — 4. Kuusik, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1956, kogumik 5, 136—142. — 5. Nègre, L., Bretey, J. Bull. Acad. méd., 1947, 3, 131, 3—4, 80. — 6. Rosenthal, S. Amer. Rev. Tuberc., 1939, 39, 1, 128—134. — 7. Saye, L. Rev. tuberc., 1951, 15, 12, 1188—1190. — 8. Stoppelmann, M., Drion, E. Acta paediatr., 1958, 47, 1, 65—75. — 9. Strom, L. Amer. Rev. tuberc., 1956, 74, 2, 28—31. — 10. Wallgren, A. Acta tuberc. Scand., 1933, 7, 72—79. — 11. Wallgren, A. Amer. Rev. tuberc., 1957, 76, 5, 715—725. — 12. Weill-Hallé, B, Rev. tuberc., 1939, 5, 827—835. — 13. Weill-Hallé, B., Turpin, R. Ann. Inst. Past., 1927, 41, 254—270. — 14. Беркос К. П. Противотуберкулезная вакцинация детей и подростков. М., 1959. — 15. Беркос К. П., Гущина А. П., Николаева Н. В. Тезисы докладов. Всесоюзное совещание по вопросам борьбы с туберкулезом. Москва, 24—27 мая 1961 г., 15—16. — 16. Бланкман А. Л. Пробл. туберкулеза, 1953, 2, 62—66. — 17 Бобров Н. Н. Гематологические сдвиги у детей при разных методах вакцинации BCG. — Противотуберкулезная вакцинация. М., 1948, 53—68. — 18. Вейсфейлер Ю. К. и Морозова Е. Н. Пробл. туберкулеза, 1936, 12, 1660—1671. — 19. Вейсфейлер Ю. К. Труды Ин-та туб. АМН СССР. 1948, IV, 98—112. — 20. Драбкина Р. О. Пробл. туберкулеза,

1959, 2, 68—78. — 21. Зайдман С. А. Пробл. туберкулеза, 1941, 3, 10—16. — 22. Замдборг Л. Я. Тезисы докладов. Всесоюзное совещание по вопросам борьбы с туберкулезом. Москва, 24—27 мая 1961 г., 30—31. — 23. Ефимова А. А. Тезисы докладов. Всесоюзное совещание по вопросам борьбы с туберкулезом. Москва, 24—27 мая 1961, 17—18. — 24. Ефимова А. А. Педиатрия, 1958, 1, 14—23. — 25. Кальметт А. Предохранительная вакцинация против туберкулеза при помощи BCG. М., 1929. — 26. Клебанов М. А. Профилактическая вакцинация против туберкулеза. М., 1946. — 27. Козлов Ю. А. Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол., 1948, 10, 20—25. — 28. Лещинская Е. Н. и Вакенгут А. М. Пробл. туберкулеза, 1941, 3, 63—67. — 29. Нахимсон Л. И. Пробл. туберкулеза, 1945, 4, 60—62. — 30. Певзнер А. Э. и Шалыт С. М. Пробл. туберкулеза, 1940, 5, 9—16. — 31. Пузик В. И. Пробл. туберкулеза, 1944, 5, 25—35. — 32. Цехновицер М. М. Цит. по К. П. Беркос (14). — 33. Цимблер И. В. Пробл. туберкулеза, 1944, 5, 18—25.

40 ЛЕТ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВАКЦИНАЦИИ ВАКЦИНОЙ БЦЖ

И. Куузик

Резюме

В текущем году исполнилось 40 лет с начала противотуберкулезной вакцинации вакциной БЦЖ, предложенной Кальметтом и Жереном.

Результаты вакцинации зависят от качества вакцины, примененного метода прививки и реактивности макроорганизма.

Вначале вакцину изготовляли жидкой, но из-за краткости срока хранения она не нашла широкого применения. Советские ученые изготовили сухую вакцину, пригодную для вакцинации в течение одного года, вследствие чего ее можно применять в самых отдаленных районах.

Наряду с классическим энтеральным методом широкое распространение получили и парэнтеральные методы вакцинации, преимущественно внутрикожный и накожный. Представляет интерес и энтеральная вакцинация большими дозами по де Ассизу.

Так как вакцина не дает абсолютного иммунитета, а только уменьшает восприимчивость к туберкулезной инфекции, поэтому при проведении вакцинации следует применять и другие профилактические мероприятия — гигиенические, химиопрофилактику и т. п.

MÕNINGAID AKTUAALSEID KÜSIMUSI LASTE TUBERKULOOSI RAVIMISEL

L. IMELIK

(Tallinna Linna Laste Tuberkuloosihaiglast, peaarst *L. Imelik*)

Aastate kestel tehtud uurimuste ja saadud kogemuste tulemusena on tuberkuloosihaigete laste ravis muutunud mitmedki olulised seisukohad.

Suure murrangu tõi tuberkuloosiravisse streptomütsiini, para-amiinsalitsüülhappe ja ftivasiidi kasutusele võtmine. Peale nende leidub veel hulgaliselt tuberkuloosivastaseid preparaate, mida seniajani pole nii laialdaselt kasutatud: tiboon, metasiid, salusiid, viomütsiin, pürasinamiid, tsükloseriin, oksütetratsükliin jt. Tuleb eelkõige rõhutada, et kasutades kemoterapeutikume ei tohi unustada kogu organismi kui terviku ravi. Tuberkuloosile tuleb vaadata kui krooonilisele infektsioonile, millest juba algusest peale on mõjustatud kogu organism tervikuna.

Desensibiliseerivaist vahendeist on soovitatav kasutada kaltsiumkloriidi või kaltsiumglükonaati, vitamiine (eriti C-, B_1-, B_6-vitamiini ja polüvitamiine), kalamaksaõli, broomi ja dimedrooli.

Tuberkuloosi ravi peab olema individuaalne, kompleksne ja kestev. Ainult üldravi ja režiimi rakendamisel võime saada kemoteraapiaga küllaldasi tulemusi. Antibakteriaalse ravi kasutusele võtmine vähendas jär-

sult raskete tuberkuloosivormide esinemist. Kemoterapeutilise ravi tulemused sõltuvad haige east, haiguse kliinilisest vormist, ravi alustamise ajast ja kestusest.

Kasutades antibakteriaalset ravi statsionaaris või sanatooriumis suureneb ravi efektiivsus veelgi. Mida varem pärast infitseerumist on kemoterapeutilise raviga alustatud, seda tulemusrikkam on ravi. Varases lapseeas on esimesed kuus kuud pärast nakatumist kõige kriitilisemad, kuna sellel ajal võib haigus generaliseeruda. Praktiliselt on raske täpselt määrata infitseerumise aega, ligikaudse aja annab esmaselt positiivsete tuberkuliiniproovide ilmumine. Terve rida uuringuid on tõendanud, et tuberkuloosiravi peab olema kestev. Pikaajalise tuberkuloosivastase ravi läbiviimist alustas prantsuse teadlane E. Bernard, hiljem veendusid selle vajaduses ka teised arstiteadlased. A. Ladõssenski andmeil saavutati püsiv kliiniline efekt tuberkuloosi kompleksravi puhul olenevalt ravi kestusest järgmiselt: ravi kestus 3—4 kuud annab püsiva kliinilise efekti 18%, aga ravi, mis vältab 5—6 kuud, 55,5% haigetel.

Ravi efektiivsuse hindamisel võime märgata, et funktsionaalsed häired ja toksilised sümptoomid kaovad märgatavalt varem kui kopsukoe lokaalne kahjustus ja lümfisõlmede kahjustus. Sageli jäävad verepildi kliinilise analüüsi andmed maha haiguse kliiniliste sümptoomide kadumisest. Ravi ebaedukus võib tuberkuloosi puhul olla tingitud 1) mittesobivate preparaatide kasutamisest, 2) ravimidooside mittevastavusest, 3) vaheaegadest ravis, 4) ravi mitteküllaldasest kestusest, 5) ebaõigest sanitaarhügieenilisest režiimist.

Ravitulemuste hindamiseks on välja töötatud järgmine skeem.

1. Kliiniline tervenemine. Kõik funktsionaalsed häired on kadunud, lokaalsed muutused täielikult imendunud, normaliseerunud on SR, verepilt ja teised näitajad.

2. Märkimisväärne paranemine. Haigusprotsess on hästi ja püsivalt taandunud (tihenemise faas), funktsionaalsed häired on kadunud, SR ja laboratoorsete uuringute teised näitajad on normis.

3. Paranemine. Funktsionaalsete häirete kadumine, lokaalsete muutuste imendumine (kollete vähenemine, imendumine, osaline tihenemine).

4. Muutuseta. Esinevad veel väljendunud funktsionaalsed häired ja säilivad lokaalsed muutused, või toimub vähene paranemine.

5. Kroonilise tuberkuloosse intoksikatsiooni arenemine (Tbk I_2) ka siis, kui lokaalsed muutused on kadunud.

Ravi efektiivsus	Esmaselt tuberkuloosist infitseeritud (viraažiga lapsed)	Esmase tuberkuloosiga lapsed
Kliiniline tervenemine	19 (76 %)	16 (13%)
Märkimisväärne paranemine	3	36
Paranemine	—	62
Muutuseta	—	9
Tbk I_2	3	1
Kokku	25	124

Nagu näitab ravitulemuste analüüsimine, oli kliinilise tervenemise protsent seda suurem,mida varem ravi alustati ja mida kestvam see oli. Esmase tuberkuloosse infitseerituse ravimisel toimus kliiniline tervenemine sagedamini kui esmase tuberkuloosi lokaalsete vormidega lastel.

Tallinna Linna Laste Tuberkuloosihaiglas 1960. a. ravil viibinud esmase tuberkuloosse infitseeritusega (lokaalsete tuberkuloosivormideta) ja esmase tuberkuloosiga laste ravi lähistulemused on esitatud tabelis.

Enneaegselt ravilt lahkunud lastel jäi tervislik seisund ravikuuri katkestamise tõttu endiseks.

Need andmed kinnitavad veel kord, et tuberkuloosivastase raviga tuleb alustada perioodil, kus lapse organismis tekkinud funktsionaalsed häired on veel paraspetsiifilise iseloomuga: need on oma etioloogialt küll seotud tuberkuloosiga, kuid taanduvad kiiresti.

Viimaste aastate uurimused on näidanud, et tuberkuloosikepikestel tekib kemoterapeutiliste preparaatide suhtes kiiresti resistentsus. Et vältida resistentsuse teket, tuleb antibakteriaalse ravi puhul kasutada mitte üht vaid mitut (enamasti kaht) preparaati samaaegselt. Resistentsust antibiootikumide suhtes esineb ka haigetel, keda varem antibiootikumidega ravitud ei ole.

Kemoterapeutilise ravi eesmärgiks esmase tuberkuloosse infitseerituse perioodil on: 1) luua tingimused, mis soodustavad tuberkuloosist infitseeritud organismi kaitse- ja kompensatoorsete omaduste tõusu; 2) mõjutada bakteriostaatiliselt tuberkuloositekitajaid tuberkuloosse protsessi generaliseerumise varases faasis; 3) mõjutada makroorganismi mitmesuguseid süsteeme ja funktsioone; 4) ennetada kroonilise tuberkuloosse intoksikatsiooni ja tuberkuloosi lokaalsete vormide arengut.

Esimesena pööras tähelepanu tuberkuloosse intoksikatsiooni ravi vajadusele (tuberkuloosi ravile enne lokaalsete tuberkuloosivormide ilmumist) A. Kissel (1). Teoreetiliselt on põhjalikult uurinud ja põhjendanud kemoterapeutilise ravi vajadust sel perioodil V. Puzik (2).

Enamik (kaks kolmandikku) esmaselt tuberkuloosist infitseeritud lastest tuleb esmase nakkusega ise toime. Umbes ühel kolmandikul tekivad aga püsivamad funktsionaalsed häired, mis ei taha taanduda ilma kemoterapeutilise ravita. Tugevamad ja püsivamad funktsionaalsed häired tekivad rohkem just aktiivse tuberkuloosi haigetega kokkupuutuvatel lastel. Väikelaste osas on kemoterapeutilise ravi määramise küsimus raskem, kuna sageli on raske otsustada, kas positiivse tuberkuliiniproovi puhul on tegemist esmase tuberkuloosse infitseerituse või postvaktsinaalse allergiaga. Tavaliselt puuduvad funktsionaalsed häired postvaktsinaalse allergia puhul. Eriti varaealistel lastel on funktsionaalsete häirete ilmumine kemoterapeutilise ravi näidustuseks. Vastavalt NSVL Arstiteaduse Akadeemia Tuberkuloosiinstituudi seisukohtadele tuleb esmase tuberkuloosse infitseerituse varasel perioodil kemoterapeutiliste preparaatidega ravida kõiki lapsi (vaatamata eale), kellel esinevad funktsionaalsed häired, ja kõiki nn. viraažiga lapsi, kes on kontaktis aktiivset tuberkuloosi põdevate haigetega (ka siis, kui neil ei esine funktsionaalseid häireid). Esmaselt tuberkuloosist infitseeritud laste varase ravi efektiivsust uuris N. Trigub (3), kes tuli järeldusele, et kemoterapeutilised preparaadid ei avalda negatiivset mõju loomuliku immuniteedi väljakujunemisele, nagu arvasid mõningad autorid, ja et kemoterapeutiline ravi avaldab desensibiliseerivat mõju. Tema uurimuste järgi esineb viimati mainitud viisil ravitud lastel kroonilist tuberkuloosset intoksikatsiooni ja tuberkuloosi lokaalseid vorme 5 korda vähem kui nendel lastel, keda raviti ainult sanatoorse režiimi tingimustes. Esmase tuberkuloosse infitseerituse puhul kasutatakse kemoterapeutilisi preparaate samades doosides kui lokaalsete tuberkuloosivormide ravil. Lastel, kellel pole funktsionaalsed häired tugevasti välja kujunenud, soovitatakse ravikuuri ainult ftivasiidiga. Tugevamini väljendunud funktsionaalsete häirete puhul tuleb alustada ravi kahe preparaadiga (ftivasiid ja PAS) ja 2—3 kuu järel minnakse üle ainult ftivasiidravile (vastavalt vajadusele kestab ravi 4—6 või isegi 9 kuud). Enne antibakteriaalse ravi kasutusele võtmist rakendati ka lokaalsete tuberkuloosivormidega lastel peale üldtugevdava ja sanatoorse ravi kirurgilisi manipulatsioone (õhkrindravi jt.).

Kemoterapeutiliste ravimite ilmumisega on kirurgiline ravi lastel kaotanud oma aktuaalsuse. Varaealistel lastel, kellel esinevad tuberkuloosi lokaalsed vormid, toimub desintoksikatsioon aeglasemalt, mistõttu ravi peab olema pikaajalisem. Haiguse ägedal perioodil on soovitatav kasutada kõiki kolme eespool toodud preparaati. Kui toksilised nähud vähenevad, siis tuleb minna üle streptomütsiini ja PAS-i kasutamisele, ja kuu või paar hiljem — ftivasiidi ja PAS-i manustamisele. Ravimite kombinatsioonide muutmine on vajalik tuberkuloosikepikeste resistentsuse vältimiseks. Samasugust ravimite kombinatsiooni soovitatakse rakendada ka eelkooli- ja kooliealistel lastel.

Healoomulise kuluga esmase tuberkuloosse kompleksi korral soovitab NSVL Arstiteaduse Akadeemia Tuberkuloosiinstituut rakendada algul kombineeritud ravi ftivasiidi ja PAS-iga 3—5 kuu kestel. Kui ravimite toime ei osutu küllaldaseks, tuleb ravi kestel üle minna streptomütsiini ja PAS-i kasutamisele. Ägeda kulu puhul tuleb alustada ravi streptomütsiini ja PAS-iga, manustades neid 3—4 kuu kestel iga päev. Edaspidi manustatakse PAS-i iga päev, streptomütsiini aga ülepäeviti 1—2 kuu kestel. Ägeda progresseeruva kulu korral alustatakse ravi korraga kolme preparaadiga: streptomütsiini, ftivasiidi ja PAS-iga, neid manustatakse 3—4 kuu jooksul; siis minnakse üle ftivasiidi ja PAS-i kasutamisele. Pärast seda jäetakse kahekuuline vaheaeg ja hiljem jätkatakse ravi kahe preparaadiga valikuliselt.

Kui esineb atelektaas või bronhituberkuloos, tuleb määrata ka streptomütsiini intratrahheaalselt või aerosool-inhalatsioonidena (15—20 või enam protseduuri).

Tuberkuloossete bronhadeniitidega haigeid ravitakse samuti nagu esmase tuberkuloosse kompleksiga haigeid. Esimese 2—3 kuu kestel kasutatakse peamiselt ftivasiidi kombineeritult PAS-iga. Tumoroossete bronhadeniitide puhul kestab ravi kauem. Kroonilise tuberkuloosse intoksikatsiooniga haigetele on üldtugevdav ja desensibiliseeriv ravi tähtsam kui spetsiifilised kemoterapeutilised preparaadid. Eksudatiivsete pleuriitide puhul alustatakse ravi kas streptomütsiini ja PAS-i või ftivasiidi ja PAS-iga. Viimasel ajal kasutatakse heade tulemustega biostimulaatoreid, adrenokortikotroopset hormooni ja kortisooni. N. Šmeljov ei soovita eksudatiivsete pleuriitide puhul pleura punkteerimisi. Pleura punktsioone võib teha siis, kui vedeliku nivoo asub eriti kõrgel või kui on tegemist mädase pleuriidiga.

Dissemineeritud kopsutuberkuloosi korral peab kemoterapeutiline ravi olema eriti pikaajaline. Ravi alustatakse tavaliselt kolme preparaadiga (streptomütsiini, ftivasiidi, PAS-iga) ja minnakse 3—4 kuu järel üle kahe preparaadi kombineeritud kasutamisele. Protsessi ägenemise korral soovitatakse kasutada ftivasiidi koos PAS-iga. Igal üksikul juhul võib ravimite annuseid kas veidi tõsta või langetada, arvestades haige üldseisundit ja tuberkuloosse protsessi laadi.

E. Sorkina andmeil vajavad tuberkuloosi lokaalse vormiga haiged pikaajalist ravi. Kogemustest on selgunud, et 3—4 kuud kestev ravi ei ole püsiva raviefekti saamiseks küllaldane. Ta soovitab ravida healoomulise kuluga esmast tuberkuloosset kompleksi ja tuberkuloosset bronhadeniiti infiltratsiooni faasis 6—8 kuud. Perioodiliste ägenemiste puhul, või kui esineb atelektaas või disseminatiivsed kolded, peab ravi kestma 9—12 kuud, tumoroosse bronhadeniidi korral — 9—12 kuud. Tuberkuloosset pleuriiti ravitakse 4—6 kuud, kui sellega aga kaasnevad muutused kopsudes või hiilustes, siis 8—9 kuud. Alaägeda dissemineeritud kopsutuberkuloosi puhul peab ravi kestma 12—18 kuud.

Kui haige ei talu kemoterapeutilisi preparaate või ravitulemused ei ole küllaldased, on soovitatav kasutada biostimulaatoreid.

Kõigi ravimite kasutamisel on oluline tunda nende toimemehhanismi ja võimalikke kõrvalnähte.

Kõikide lokaalsete tuberkuloosivormide puhul tuleb kemoterapeutilist ravi läbi viia võimalikult statsionaaris (haiglas või sanatooriumis). Pärast ravikuuri lõpetamist statsionaaris on soovitatav last veel 2—3 nädala kestel jälgida statsionaari tingimustes.

Juhul kui puuduvad võimalused tuberkuloosist infitseeritud või kergemat tüüpi lokaalse tuberkuloosivormiga lapse ravimiseks statsionaaris ja ravi toimub ambulatoorselt, on vaja patronaaži, kuna sageli esineb juhtumeid, kus lastele arsti poolt ordineeritud tuberkuloosivastaseid preparaate antakse kodus ebakorrapäraselt ja juhuslikult või ei anta neid üldse.

KIRJANDUS

1. Кисель А. А. и Иванов В. Н. Иммунобиология, клиника, профилактика туберкулеза у детей. Сборник III, 1952, 277—280. — 2. Пузик В. И. Труды Института Туберкулеза АМН СССР, т. III, М., 1947. — 3. Тригуб Н. И. Пробл. туберкулеза, 1957, 7, 60—66. — 4. Шмелев Н. А. Химия и медицина. Фтивазид. М., 1954. 85—95. — 5. Соркина Э. З. Первичная туберкулезная инфекция у детей. М., 1960.

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Л. Имелик

Резюме

Открытие стрептомицина, фтивазида, парааминосалициловой кислоты и др. произвело перелом в лечении больных туберкулезом.

Наряду с применением химиотерапевтических препаратов важное значение при туберкулезе имеет и десенсибилизирующее лечение, правильная организация санитарно-гигиенического режима, отдых, свежий воздух, полноценное питание.

Чем раньше начато лечение, тем эффективнее оно сказывается на состоянии здоровья больного. Лечению подлежат все дети (независимо от их возраста), у которых туберкулиновая проба становится положительной. В случаях первичного поражения или местных форм туберкулеза рекомендуется лечить больного в условиях больницы или санатория.

Для предупреждения возникновения устойчивости туберкулезной палочки к применяемым препаратам следует их давать больным в разных сочетаниях. Если химиотерапевтическое лечение не дает достаточного эффекта, необходимо воспользоваться биостимуляторами.

DIMEDROOLI TOIMEST TUBERKULOOSIBAKTERITESSE

Arstiteaduse kandidaat *J. TERAS*, *I. LAAN* ja *E. RÕIGAS*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Tuberkuloosibakterite ravimiresistentsuse väljakujunemise profülaktika kõrval on enamiku antituberkuloossete ravimite kasutamisel oluline vältida ka makroorganismi allergiliste nähtude süvenemist. Uurisime tuberkuloosibakterite streptomütsiiniresistentsuse tekkimise vältimise võimalusi (3, 4) ja desensibiliseerivate ning põletikuvastaste ravimite toimet tuberkuloosi kulule (1, 7 jt.).

Sellesuunaliste tööde komplekssuse huvides pidasime vajalikuks praktikas uurida desensibiliseeriva, antihistamiinse ja põletikuvastase

vahendina (2, 5, 6) laialdaselt kasutatava ravimi dimedrooli toimet tuberkuloosibakteritesse, eriti aga nende streptomütsiinitundlikkusele nii *in vivo* kui ka *in vitro*.

Mycobacterium tuberculosis'e streptomütsiinitundlikkuse mõjustatavust dimedrooliga *in vivo* uurisime tuberkuloosibakterite nelja nädala vanuse kultuuriga nakatatud 33 meriseal. Katseloomadelt isoleeritud tuberkuloositekitajate streptomütsiinitundlikkuse määramisel kasutasime Petragnani söödet.

Streptomütsiiniga ravitud merisigadelt isoleeritud tuberkuloosibakterite tüvede uurimise tulemused kinnitasid üldtuntud tähelepanekut, et streptomütsiini pikaajalisel manustamisel tekivad streptomütsiiniresistentsed tüved. Seevastu dimedrooliga ravitud katseloomadelt eraldatud tüvede streptomütsiinitundlikkus oli peaaegu samasugune kui kontrollrühma merisigadelt isoleeritud tüvedel, mille põhjal võisime öelda, et dimedrooli manustamine tuberkuloosibakteritega nakatatud merisigadele isegi kuue kuu jooksul ei mõjusta *Mycobacterium tuberculosis*'e streptomütsiinitundlikkust.

On huvitav, et hoolimata streptomütsiini pikaajalisest, ligi viis kuud kestnud manustamisest ei kujunenud streptomütsiiniresistentsed tüved välja ka neil merisigadel, keda raviti samaaegselt streptomütsiini ja dimedrooliga. Nende tüvede streptomütsiinitundlikkus jäi põhiliselt samasuguseks nagu kontrollrühma loomadelt või ainult dimedrooliga ravitud merisigadelt isoleeritud tüvedel.

Arvestades asjaolu, et me ei leidnud kirjanduses andmeid, mis oleksid võimaldanud meie poolt saadud tulemusi dešifreerida, võtsime endale ülesandeks selgitada seda fenomeni lähemalt. Kõigepealt pidasime vajalikuks uurida dimedrooli võimalikku spetsiifilist toimet *Mycobacterium tuberculosis*'esse *in vitro*, mille kohta me samuti kirjanduses andmeid ei leidnud.

Ka dimedrooli toime uurimiseks tuberkuloosibakteritesse *in vitro* kasutasime Petragnani söötmerida, mis sisaldas 200—1800 γ uuritavat ravimit ühe milliliitri söötme kohta.

Uurisime dimedrooli toimet *Mycobacterium tuberculosis typus bovinus*'e tüvesse nr. 8, *typus humanus*'e tüvesse H37Rv ja *typus humanus*'e streptomütsiiniresistentsesse tüvesse nr. 190. Katsetulemuste hindamisel arvestasime 25. nädala lõpul saadud tulemusi.

Nagu meie poolt saadud tulemustest selgus, on dimedroolil küllaltki tähelepanuväärv tuberkulostaatiline toime. Nii avaldas dimedrool *Mycobacterium tuberculosis typus bovinus*'e tüvesse nr. 8 tugevat kasvupidurdavat toimet juba 400 γ ravimit 1 ml-s sisaldavais söötmeis.

Dimedrooli täielik tuberkulostaatiline toime esines järgnevates, s. o. 500—1800 γ dimedrooli 1 ml-s sisaldavais söötmeis. Võrdluseks olgu märgitud, et sama tüve tuberkuloosibakterite kasvuintensiivsus oli 15—25 toimeühikut streptomütsiini 1 ml-s sisaldavais söötmeis peaaegu samasugune kui 400 γ dimedrooli 1 ml-s sisaldavais söötmeis.

Suhteliselt nõrgem kui *typus bovinus*'e tüvesse nr. 8 oli dimedrooli kasvupidurdav toime *typus humanus*'e tüvesse H37Rv, millesse dimedrool toimis täielikult kasvupidurdavalt 800 γ ja enam ravimit 1 ml-s sisaldavais söötmeis. Nõrk kasvupidurdav toime oli aga ka selle tüve korral täheldatav juba 300 γ ja tugev kasvupidurdav toime 400—700 γ ravimit 1 ml-s sisaldavais söötmeis.

Edaspidises töös uurisime dimedrooli toimet ka streptomütsiiniresistentsetesse tüvedesse. Selleks kasutasime esialgu NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tuberkuloosiinstituudist saadud tüve nr. 190, mille streptomütsiinitundlikkus oli passiandmeil 100 toimeühikut.

Dimedroolitundlikkus oli aga sellel tüvel peaaegu samasugune kui *typus bovinus*'e tüvel nr. 8 ja *typus humanus*'e tüvel H37Rv. Nii avaldas dimedrool tüvele nr. 190 tugevat kasvupidurdavat toimet 500—600 γ ja täielikku kasvupidurdavat toimet 700 γ ravimit 1 ml-s sisaldavais söötmeis.

Selleks et võrrelda dimedrooli toimet enne ja pärast tuberkuloosibakterite streptomütsiiniresistentsuse tekkimist, määrasime uuesti *typus bovinus*'e tüve nr. 8 ja *typus humanus*'e tüve H37Rv dimedroolitundlikkuse ka pärast nende tüvede kultiveerimist kolme kuu jooksul 25 TÜ streptomütsiini 1 ml-s sisaldavais söötmeis. Nagu neist katseist selgus, langes tuberkuloosibakterite mõlema uuritud tüve streptomütsiinitundlikkus pärast kolmekuulist kultiveerimist streptomütsiini sisaldavais söötmeis tunduvalt, kuid dimedroolitundlikkus oli mõlemal tüvel jäänud samal ajal peaaegu muutumatuks. Nüüd on meil täielik alus juba päris kindlalt väita, et *Mycobacterium tuberculosis*'e dimedroolitundlikkus ei olene tuberkuloositekitaja tüve streptomütsiinitundlikkusest, kusjuures streptomütsiiniresistentsuse tekkimine tuberkuloosibakterite dimedroolitundlikkust ei mõjusta.

Arvestades dimedrooli küllaltki tähelepanuväärset tuberkulostaatilist toimet, pakkus töö edaspidises käigus suurt huvi selgitada, kas ja millisel määral võib dimedrool mõjustada *Mycobacterium tuberculosis*'e streptomütsiinitundlikkust *in vitro*. Selgus, et dimedrooli ja streptomütsiini koostoime on märksa tugevam kui eraldi. Nii oli *typus bovinus*'e tüve nr. 8 kasv täielikult pidurdatud juba ainult 5 TÜ streptomütsiini 1 ml-s sisaldavais söötmeis 300 γ dimedrooli ja osaliselt koguni 200 γ dimedrooli juuresolekul.

10, 15 ja 25 TÜ streptomütsiini 1 ml-s sisaldavais söötmeis avaldus 200 γ dimedrooli juuresolekul juba tugev ja 30 TÜ streptomütsiini ning 200 γ dimedrooli 1 ml-s sisaldavais söötmeis täielik kasvupidurdav toime. Seega tõusis tuberkuloosibakterite antud tüve streptomütsiinitundlikkus dimedrooli toimel 40 toimeühikult 5 toimeühikule.

Et analoogilised tulemused saime dimedrooli ja streptomütsiini kompleksse toime uurimisel ka *typus humanus*'e tüve H37Rv korral, oli küllaldane alus arvata, et koos toimivad dimedrool ja streptomütsiin tuberkulostaatiliselt tugevamalt kui eraldi.

Erilist märkimist väärib asjaolu, et dimedrool tõstis meie katsetes ka streptomütsiiniresistentsete tüvede streptomütsiinitundlikkust. Nii oli streptomütsiiniresistentse tüve nr. 190 kasv täielikult pidurdatud juba 5 ja 10 TÜ streptomütsiini 1 ml-s sisaldavais söötmeis 700 γ dimedrooli juuresolekul.

Streptomütsiinitundlikkuse tõusu täheldasime dimedrooli toimel ka streptomütsiini sisaldavas söötmes pikaajaliselt kultiveeritud tüvede nr. 8 ja H37Rv korral. Vaatamata sellele, et mõlemate tüvede streptomütsiinitundlikkus oli kolmekuulises streptomütsiini sisaldavas söötmes kultiveerimise tagajärjel langenud 40 toimeühikult 80—120 toimeühikuni, esines tuberkuloosibakterite tugev kasvupidurdus juba 5 TÜ streptomütsiini ja 400—500 γ dimedrooli 1 ml-s sisaldavais söötmeis, kusjuures täielik kasvupidurdus tekkis 5 TÜ streptomütsiini ja 500—700 γ dimedrooli 1 ml-s sisaldavais söötmeis.

Esitatust nähtub, et dimedrool suurendab tunduvalt tuberkuloosibakterite, eriti aga just streptomütsiiniresistentsete tüvede streptomütsiinitundlikkust.

Meie katsetulemustest selgus, et dimedroolil on tuberkulostaatiline, tuberkuloosibakterite streptomütsiinitundlikkust suurendav ja streptomütsiiniresistentsuse tekkimist pidurdav toime. Seega oli dimedrooli kui antituberkuloosse vahendi edaspidine uurimine igati põhjendatud.

KIRJANDUS

1. Loogna, G. ENSV TA kogumik. Tuberkuloosi- ja reumatismialased uurimused. Tallinn, 1960, 51—61. — 2. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М., 1958. — 3. Teras, J., Laan, I., Rõigas, E. ENSV Teaduste Akadeemia Toimetised, Bioloogiline seeria, 1959, 3, 182—189. — 4. Teras, J., Laan, I., Rõigas, E. ENSV TA kogumik. Tuberkuloosi- ja reumatismialased uurimused. Tallinn, 1960,31—42. — 5. Флексер С. Я. Педиатрия, 1953, 4, 58—60. — 6. Черкес А. И. Фармакотерапия. Киев, 1955. — 7. Яннус Л. Э Авторефераты докладов XVI научн. сессии Института туберкулеза АМН СССР. М., 1960, 81.

О ДЕЙСТВИИ ДИМЕДРОЛА НА БАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Ю. Терас, И. Лаан и *Э. Рыйгас*

Резюме

При лечении туберкулеза немаловажное значение имеет профилактика возникновения лекарственной устойчивости бактерий туберкулеза.

В связи с этим мы сочли необходимым исследовать действие на бактерию туберкулеза препарата димедрола, широко используемого в практике как десенсибилизирующее, антигистаминное и противовоспалительное средство. Особое внимание было обращено на действие димедрола на стрептомициночувствительность бактерий туберкулеза как *in vivo*, так и *in vitro*.

Было установлено, что димедрол обладает заметно выраженным туберкулостатическим действием. Представляется существенным, что чувствительность *Mycobacterium tuberculosis* к димедролу не зависит от стрептомициночувствительности штамма, причем возникновение ее не влияет на чувствительность к димедролу бактерий туберкулеза. Выяснилось также, что комплексное туберкулостатическое действие димедрола и стрептомицина сильнее, чем каждого из них в отдельности. Таким образом, димедрол значительно повышает стрептомициночувствительность *Mycobacterium tuberculosis*, особенно же его стрептомицинорезистентных штаммов.

Необходимо отметить, что при одновременном лечении стрептомицином и димедролом морских свинок, зараженных *Mycobacterium tuberculosis*, у бактерий не возникает чувствительности к стрептомицину. Вследствие этого димедрол можно отнести к веществам, тормозящим возникновение стрептомицинорезистентности бактерий туберкулеза.

RÖNTGENOLOOGILISE UURIMISE TÄHTSUSEST TUBERKULOOSSE KOKSIIDI PUHUL JA MÕNEDEST RAVIPRINTSIIPIDEST

A. MALEVSKI

(Narva Luutuberkuloosi Sanatooriumist, peaarst *A. Malevski*)

Tänu profülaktika edusammudele on haigestumine tuberkuloosi meie maal tunduvalt vähenenud.Haigestumuse langust on märgata ka meie vabariigis, eriti on vähenenud haigestumine luutuberkuloosi.

Luu- ja liigesetuberkuloosi ravimist Eesti NSV-s ei saa aga pidada lahendatuks. Nii meil kui ka välismaal on käesoleval ajal kaks peamist probleemi: 1) luutuberkuloosi varajaste ja piirdunud vormide väljaselgitamine ja ravi; 2) väljakujunenud ja hooletusse jäetud luu- ja liigesetuberkuloosi vormide väljaselgitamine ja ravi, kaasa arvatud ka võitlus nn. lootusetute haigusseisunditega.

8 aasta jooksul (1952—1959) Narva Luutuberkuloosi Sanatooriumi suunatud luutuberkuloosi haigetest 20% moodustasid tuberkuloosset koksiiti põdevad haiged. Selle perioodi jooksul saabus tuberkuloosse koksiidi diagnoosiga ravile 108 haiget, nendest 63 last ja 45 täiskasvanut. Sanatooriumis leidis saatekirja diagnoos kinnitamist 92-l (51 last ja 41 täiskasvanut).

Saabunud haigete koosseis ja protsessi raskus on esitatud tabelis.

Vanuserühmad	Kokku haigeid	Haiguse kestus			Tüsistusteta	Tüsistustega	Tüsistuste liik		
		kuni 1 aasta	1 aasta kuni 3 aastat	üle 3 aasta			tunduvad deformatsioonid	abstsessid	abstsessid koos uuristega
Lapsed	51	21	15	15	30	21	17	3	1
Täiskasvanud	41	9	7	25	19	22	16	4	2
Kokku	92	30	22	40	49	43	33	7	3

Haigusprotsessi staadiumi määramisel juhendusime akadeemik P. Kornevi (1, 2) poolt esitatud haigusfaaside klassifikatsioonist, mis jagab tuberkuloosse liigesepõletiku arenemise järgmiselt: 1) preartriitiline faas — esmase ostiidi faas, 2) artriitiline faas — teisese artriidi faas, 3) postartriitiline faas — metatuberkuloosse osteoartroosi faas.

Tuberkuloosse koksiidi ravis on kõige suurem tähtsus haigete väljaselgitamisel nimelt haiguse preartriitilises faasis. Siis alustatud ravi võimaldab vältida kontaktse destruktsiooni arenemist liigeses, säilitab paljudel juhtudel liigese funktsiooni, võimaldab saavutada kahjustatud nahapiirkondade *restitutio ad integrum*. Eelkooliealistel ja noorematel kooliealistel lastel on seda võimalik saavutada ka antibakteriaalse raviga ja samaaegselt sanatooriumis rakendatavate ortopeediliste abinõudega. Täiskasvanutel kõrvaldatakse kolded operatiivselt.

Tuberkuloosse koksiidi patognoomiliseks röntgenoloogiliseks tunnuseks preartriitilises faasis on esmase tuberkuloosse destruktsiooni kolle luus — esmane tuberkuloosne ostiit.

Puusaliigese spetsiifilist kahjustust iseloomustavad: 1) haiguse alaäge algus, mõnikord pärast traumat, 2) valud, mis sageli kiirguvad põlveliigesesse ja on seoses mittespetsiifilise põletiku toimega reie- ja tuginärvidele, 3) lonkamine, 4) pehmete kudede atroofia, 5) funktsiooni vähene piiratus, eelkõige just eemaldamise ja rotatsiooni osas, 6) tuberkuloosse üldintoksikatsiooni ilmumine.

On selgitatud, et esmane kolle luus lokaliseerub kõige sagedamini puusanapas (60%). Nimelt esinevad sagedamini tsentraalsed, harvem lateraalsed jt. kolded. Haigusprotsessi paiknemise seisukohast on sageduselt teisel kohal reieluukael (kuni 30%); kõige harvem esineb esmaseid koldeid reieluupeas [Z. Rolje (6), Z. Lebedeva (4) jt.]. Puusaliigese keeruka anatoomilise ehitumuse tõttu ei avastata esmast ostiiti tavalisel röntgenogrammil kaugeltki alati. Selleks on tarvis täiendavaid ülesvõtteid atüüpilistes projektsioonides ja liigese tomograafilist uurimist. Esmane tuberkuloosne ostiit avaldub algstaadiumis sageli luu normaalse struktuuri hävimises tema formeerumiskohas [T. Krasnobajev (3)].

Puusaliigese tuberkuloosi diagnoosi võivad kinnitada mitmed kaudsed röntgenoloogilised sümptoomid:

1) liigese luude osteoporoos, mis on luu reflektoorne neurotroofiline reaktsioon sünoviaalkesta põletikule. Osteoporoos on nõrgalt väljendunud, kuid siiski määratav võrdlemisel terve liigese röntgenogrammiga;

2) haiguse algul on reieluupea veidi nihkunud üles, lateraalsele või alla. Nihkumiste suund sõltub põletikulise protsessi asukohast;

3) pehmete kudede kihistumised liigese piirkonnas, mis peegeldavad põletikulisi muutusi kihnus ja teiseseid muutusi lihastes;

4) liigesepilu röntgenoloogilised muutused — algul selle vähene laienemine (eriti lastel), hiljem asümmeetriline ahenemine;

Röntgenogramm 1. Suur destruktsioonikolle niudeluus

Röntgenogramm 2. Sama haige pärast 3 aastat kestnud ravi. Luu täielik taastumine endise kolde kohal

TAHVEL II

Röntgenogramm 3. Tuberkuloosist põhjustatud destruktsioonikolle parema reieluu kaelal

Röntgenogramm 4. Tuberkuloosist põhjustatud destruktsioonikolle parema reieluu peas

5) T. Krasnobajevi poolt kirjeldatud puusanapa lamenemine.

Nende sümptoomide puhul tuleb mõelda tuberkuloossele kahjustusele ja otsida visalt esmase destruktsiooni kollet — esmast ostiiti. Täiesti asendamatuks meetodiks on seejuures puusaliigese tomograafia.

Haiguse preartriitilises faasis saabus meie sanatooriumisse 19 haiget (kõikidel oli haiguse kestus alla 1 aasta). Esmane ostiit avastati tavaliste röntgenogrammide abil ainult 15 haigel. 4 haigel avastati destruktsioonikolded alles pärast pooleaastast ravi (neil haigeil esinesid eespool kirjeldatud röntgenoloogilised sümptoomid ühes või teises kombinatsioonis).

Illustreerimiseks esitame mõned haiguslood (röntgenogramme vt. tahvlitel I ja II).

1. Haige M., 4 aastat vana. Saabus 20. 09. 1952. a. (haiguslugu nr. 136) parempoolse tuberkuloosse koksiidiga. Haigus arenes järk-järgult 3 kuu jooksul. Kliiniliselt valulikkus liigeses, piiratud funktsioon, parema reie pehmete kudede atroofia. SR — 16 mm. Saabumisel oli röntgenogrammil (1) märgata liigesepilu ahenemine, ebaselge luustruktuur puusanapas, osteoporoos. Poole aasta möödumisel sedastati röntgenogrammil niudeluus suurt destruktsioonikollet, kliiniliselt esines protsessi progresseerumine. Rakendati ortopeedilist ravi, antibiootikume, ravikehakultuuri. 27. 03. 1955. a. kirjutati laps välja rahuldavas seisundis, liigese liikuvus ei olnud peaaegu piiratud, röntgenogrammil (2) — luu endise kolde kohal täielikult taastunud. 4 aastat pärast väljakirjutamist — liikuvus täielik, röntgenoloogiliselt — niudeluu kohas luuollus tihenenud.

2. Haige V., 11 aastat vana. Saabus ravile 28. 04. 1958. a. (haiguslugu nr. 461) vasakpoolse tuberkuloosse koksiidiga. Haigus arenes järk-järgult 11 kuu jooksul. Kliiniliselt esines liigese valulikkus komplemise ja koormuse puhul, liigese pehmete kudede atroofia, piiratud rotatsioon. Haigel olid tuberkuloosse üldintoksikatsiooni nähud. SR — 18 mm, röntgenogrammil (3) kolle reieluukaelal.

Sanatoorne ortopeediline ravi viis kolde piirdumisele. 1959. a. kõrvaldati kolle operatiivselt. Liigese funktsioon säilis.

3. Haige V., 5 aastat vana. Saabus ravile 26. 12. 1955. a. (haiguslugu nr. 271) parempoolse tuberkuloosse koksiidiga. Haigus arenes 2 kuu jooksul pärast traumat. Kliiniliselt esines vähene valulikkus liigese piirkonnas, liigese proliferatsioon, reielihaste atroofia, lonkamine, rotatsiooni piiratus. SR — 20 mm. Röntgenogrammil (4) leiti kolle reieluupeas. Rakendati ortopeedilist ravi.

Tuberkuloosse koksiidi väljendunud juhtusid iseloomustab röntgenoloogiliselt liigese luude pindade kontaktne destruktsioon kogu ulatuses, kuni liigese kõikide luuelementide täieliku hävimiseni. Destruktsioonile kaasneb liigese luude difuusne osteoporoos, mis on rohkem väljendunud kui haiguse esimeses faasis.

Haiguse käigus, vastavalt liigese otste hävimisele ja liigese pehmete kudede elastsuse kadumisele, seadub reis reie abduktorite ja fleksorite suhteliselt tugevama tõmbe tõttu järk-järgult painutus- ja pöördeasendisse. Selles asendis tekib lihaste kontraktuur ja edasi fibroosne (armkoeline) või harvem luustuv anküloos. Tekib invaliidsus.

Täheldasime haigeid, kellel reis oli sissepoole pöördunud 45° võrra koos samaaegse painutusega kuni 95°. Kõigil 62 haigel, kes põdesid väljendunud, hooletusesse jäetud tuberkuloosset koksiiti ja saabusid ravile üle aasta kestnud haigusega, võis kindlaks teha kontaktset destruktsiooni, kusjuures 20 isikul olid kõik liigeseelemendid täielikult hävinenud. Ja isegi 30 haigest, kes saabusid ravile kuni 1 aasta kestnud haigusega, oli 11-l kontaktne destruktsioon. 43 haigel oli haigus tüsistunud kontraktuuride, uuriste ja abstsessidega. Alati ei kupeeri isegi hoolikas ortopeediline ravi sanatooriumis küllalt kiiresti spetsiifilise põletiku arenemist. Tuberkuloosne põletik, tungides pehmetesse kudedesse, moodustab «külmi» abstsesse, turseid ja uuriseid. Viimased infitseeruvad teiseselt ja põhjustavad kroonilist sepsist ning siseelundite amüloidväärastust. Seejuures võivad uurised avaneda ka siseelunditesse.

Toome ühe näite meie tähelepanekutest.

4. Haige K., 42 a. vana (haiguslugu nr. 617). Üle kolmekümne aasta kestnud vasakpoolse tuberkuloosse koksiidi ägenemine. Jala asend: painutus 125°, sissepoole pöördunud 20° võrra. Reie pealispinnal fluktueeruva paistetuse keskkohal avanes uuris. Röntgenofistulogrammil (jodolipool) on näha, et abstsessi uuris ulatub kusepõide.

Sellised haiged vajavad pikaajalist järjekindlat ravi, mille täiendavaks etapiks kooliealistel lastel ja täiskasvanuil on enamasti liigese ökonoomne resetseerimine koos nekrotiseerunud liigeseelementide kõrvaldamisega. Kui patsiendil on lahtisi ja ka kinnisi uuriseid (need haiged on tavaliselt juba palju aastaid tuberkuloosi põdenud), siis on tuberkuloosse destruktsiooni tüüpiline röntgenoloogiline pilt mõnevõrra erinev. Neil juhtudel on teisene infektsioon ja osteomüeliitset laadi põletikuline protsess kohati põhjustanud luu skleroosi, mis võib mõnikord diagnoosimise keeruliseks muuta.

Peab mainima, et kõikidel hooletusesse jäetud tuberkuloosse koksiidi vormidega haigetel, eriti protsessi ägenemise perioodil, võib jääkosteoporoosi ja väljendunud kontaktse destruktsiooni või harvem metatuberkuloosse artroosi nähtude foonil röntgenoloogiliselt kindlaks teha mitmesuguse kuju ja ulatusega destruktsioonikoldeid. Streptomütsiiniga ravitud haigetel on need kolded tavaliselt ümbritsetud tihke luukoega.

Puusaliigese resetseerimisel (17 juhul 38 operatsioonist) avastasime nende kollete kohal luukaverne, mis sisaldasid mäda, kaseoosseid masse ja suhteliselt värsketel juhtudel tuberkuloosse granuloomi. Jääkosteoporoosi piirkonnad osutusid granulatsioonkoega läbiimbunud hävinud luuks. Röntgenoloogiliselt leidsime liigesepilu kohal armkude, mis D. Hohlovi (7) jt. järgi samuti alati sisaldab aktiivsele tuberkuloosile omaseid elemente.

5. Haige L., 29 a. vana (haiguslugu nr. 523), diagnoos: parempoolne tuberkuloosne koksiit. Põeb 7 aastat. Jalg lühenenud 5 sm, painutusseis 160°, pöördumine sissepoole 15°, liigutused kõikuvad, paremal tuharal turseline abstsess, SR — 32 mm. Röntgenogrammil: liigesenapa hävimine, reieluupea nihkumine üles. Reieluupea tugev poroos, hulgaliselt destruktsioonikoldeid niudeluu kehas, reieluupea metafüüsil ja kaelal.

7. VIII 1959. a. tehti operatsioon: leiti luukavernid, paksu mädaga kolded. Reieluupea pehme, noaga lõigatav, granulatsioonkoega läbi imbunud. 20. II 1960. a. kirjutati haige välja mahavõetava tuutoriga, jalg toetumisvõimeline, esineb liigese anküloseerumine.

Täiesti ilmne on, et operatiivne vahelesegamine on osale haigetest vajalik lüli kompleksravist, millega saavutame tuberkuloosiprotsessi püsiva väljaravimise. Seejuures on tähtis röntgenoloogiliselt kindlaks teha destruktsioonikolded luus, mis osutuvad nekrobiootiliseks substraadiks ning mille kõrvaldamiseta organismist ei ole lõplik väljaravimine võimalik, sest ükski antibiootikum ei toimi sellises koldes leiduvasse tuberkuloosikepikesesse.

Pärast ökonoomset operatsiooni või puusaliigese rekonstruktiivset resektsiooni, samuti hooletusesse jäetud juhtudel, kus liigeseelemendid on suurelt osalt hävinud ja liiges deformeerunud, püüame 1) saavutada liigese anküloosi funktsionaalselt kasulikus asendis; 2) võimalikult suuremal määral taastada töövõimet; 3) vältida haiguse retsidiveerumist.

Operatsioonimomendist kuni väljakirjutamiseni kulub 5—7 kuud. Seega lühendab õigeaegne operatiivne ravi tunduvalt ravi kestust (konservatiivse ravi puhul on see 2—3 aastat).

KIRJANDUS

1. Корнев П. Г. Костно-суставной туберкулез. М., 1957. — 2. Корнев П. Г. Клиника и лечение костно-суставного туберкулеза. М., 1959. — 3. Краснобаев Т. П. Костно-суставной туберкулез у детей (с рентгенографическим атласом). М., 1950. — 4. Лебедева З. А. Топография туберкулезного поражения костей тазобедренного сустава. М., 1948. — 5. Научная конференция по проблеме туберкулезного коксита. Л., 1956. — 6. Ролье З. Ю. Туберкулезный коксит у детей. М., 1948. — 7. Хохлов Д. К. Показание к радикальным операциям при туберкулезе костей и суставов в патогенетическом и патоморфологическом освещении. Труды XXVI Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956, 624—626.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА И НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

А. Малевский

Резюме

В Нарвском костнотуберкулезном санатории за 1952—1959 гг. больные с туберкулезным кокситом составили 20% от всего числа больных костным туберкулезом.

При определении стадии процесса мы руководствовались классификацией заболеваний, предложенной академиком П. Г. Корневым.

В преартритической стадии болезни в санаторий поступило 19 больных, давность заболевания у всех была менее одного года. У 15 из них первичный остит был обнаружен на обычной рентгенограмме, у 4 очаги деструкции выявились в течение первого года лечения.

Необходимо отметить, что у всех больных с запущенными формами туберкулезного коксита, особенно в период обострения процесса при остаточном остеопорозе и выраженной контактной деструкции или реже на фоне явлений метатуберкулезного артроза, рентгенологически определялись очаги деструкции различной формы и протяженности. В ходе оперативного вмешательства (в 17 случаях из 38 операций) — резекции тазобедренного сустава — на месте этих очагов обнаруживались костные каверны, содержащие туберкулезный гной, казеозные массы, а в относительно свежих случаях — туберкулезную гранулому.

Для решения проблемы лечения туберкулезного коксита, как и туберкулезных поражений скелета вообще, необходимы дальнейшие усилия врачей всех специальностей и особенно врачей-рентгенологов. Их работа должна быть направлена, с одной стороны, на выявление ранних стадий туберкулезного коксита и, с другой — на правильную оценку состояния больных с выраженными и запущенными формами коксита с тем, чтобы предупредить и ликвидировать инвалидность лиц, пострадавших от этого заболевания.

VEREJOOKSUDE GENEESIST EMAKA MÜOOMI PUHUL

V. MEIPALU ja arstiteaduse kandidaat *U. PODAR*

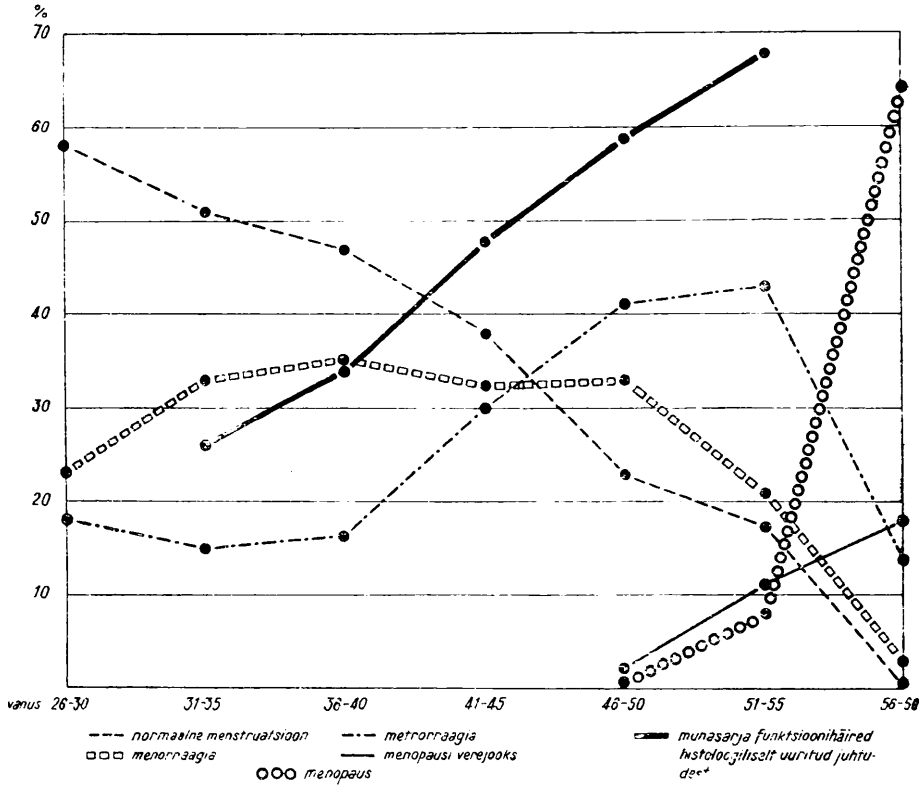
(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrist, juhataja dotsent *V. Fainberg,* ja patoloogilise anatoomia kateedrist, juhataja professor *A. Valdes)*

Emaka müoomi kõige sagedasemaks sümptoomiks on verejooksud, mis oma iseloomult on kas meno- või metrorraagiad. Erinevate autorite andmetel esinevad verejooksud 50—88% kõikidest müoomijuhtudest. Otstarbeka ravi määramiseks verejooksude puhul on vajalik tekkepõhjuste tundmine.

Müoomi-verejooksude etiopatogeneesis on põhiliselt kaks seisukohta. Osa autoreist peab verejooksude põhjuseks peamiselt muutusi müomatoosses emakas endas (G. Bakšt, J. Gitelson, A. Kilimnik jt.). Selliste muutustena tulevad arvesse müoomisõlmed (olenevalt nende lokalisatsioonist), müomatoosse emaka vähenenud kontraktsioonivõime, emakaõõne ja emaka limaskesta menstrueeriva pinna suurenemine, patoloogiliselt muutunud veresoonte rebenemine jt. Samalaadseid tegureid, nimelt soonte (ka arterioolide) skleroosi, pidas müoomihaigete verejooksude põhjuseks ka L. Gorunovitš, kes uuris Tartu ülikooli patoloogilise anatoomia kateedris Naistekliiniku materjalil histoloogiliselt emaka seina muutusi müoomi puhul ja pühendas sellele küsimusele 1914. a. oma doktoriväitekirja. Teised autorid arvavad, et verejooksude peamiseks põhjuseks müoomi puhul on östrogeensete hormoonide liigsele produktsioonile kaasnevad munasarjade talitluse häired (A. Petšenko, A. Kaplan, I. Braude, C. Béclère, P. Thiessen jt.). Ühe või teise esitatud seisukoha

pooldajad tunnustavad teatava osa verejooksude juures ka teistsuguse päritolu võimalust.

Selles töös püüame me selgitada munasarjade talitluse häirete osa müoomipuhuste verejooksude tekkes ja verejooksude tüüpi erinevatel eaperioodidel. Selleks vaatasime läbi 396 müoomihaigel menstruatsioonifunktsiooni häirete tõttu 1949.—1959. a. teostatud emaka limaskesta abrasioonide histoloogilised preparaadid, sest endomeetriumi seisund võimaldab teha järeldusi munasarjade funktsiooni kohta. Analüüsisime ka Tartu Kliinilises Sünnitusmajas 1949.—1959. a. ravil olnud 1383 müoomihaige haiguslood. Kliinilises materjalis oli nii normaalse menstruatsiooniga kui ka menstruatsioonifunktsiooni häiretega juhte.



Müoomipuhuste verejooksude sagedus erinevates eagruppides (kliinilise materjali põhjal)

Kõik 396 histoloogiliselt uuritud müoomijuhtu olid verejooksude näol avalduvate menstruatsioonifunktsiooni häiretega. Metrorraagiaid esines 217, menorraagiaid 179 haigel. Östrogeenide liigse produktsiooniga kulgevate munasarjadefunktsiooni häirete näitajana emaka limaskestas vaatlesime glandulaarset hüperplaasiat ning olukorda, kus pärast menstruatsioonitsükli 16. päeva leiti mikroskoopiliselt oodatava sekretsioonifaasi asemel proliferatsioonifaas. Selliseid muutusi tuleb hinnata kui anovulatoorse tsükli morfoloogilisi väljendusi. Esitatud seisukohtadest lähtudes võis endomeetriumi seisundist järeldada munasarjade talitluse häiret metrorraagiate rühmas 182 juhul (83,9%, seejuures vanemas eas kuni 92%), menorraagiate rühmas 27 juhul (17,8%). Seega esines munasarjade funktsiooni häireid enamikul müoomihaigetel metrorraagiate puhul ja ainult harva menorraagiate korral. Kokku esines munasarjade talitluse häiretele osutavaid muutusi 209 juhul (52,8% histoloogiliselt uuritud juhtudest). Sellised juhud sagenevad tunduvalt suguküpsuse lõpp-perioodil pärast 40. eluaastat.

Kliinilise materjali läbitöötamisel selgus, et 1383 müoomihaigest oli säilinud normaalne menstruatsioon 464 juhul (33,6)%. Menopaus oli 42 haigel (3,0%). Ülejäänutel esinesid kaebused menstruatsioonifunktsiooni häirete üle. Neist 418-l (30,2%) täheldati menorraagiaid, 424-l (30,7%) metrorraagiaid ja 35-l (2,5%) menopausi verejookse.

Vaadeldes verejooksude esinemist üksikutes eagruppides (vt. joonis) ilmnes, et nooremas eas säilib umbes pooltél müoomihaigetel normaalne menstruatsioon, kuid suguküpsuse lõpul sagenevad menstruatsioonifunktsiooni häired. Verejooksude üldise rohkenemise aluseks vanemas eas on metrorraagiate sagenemine. Menorraagiad müoomide puhul näitavad eagruppide järgi ainult vähest kõikumist. 30.—50. eluaasta vahel esinevad need ligikaudu ühtlaselt 3—35% juhtudest.

Kõrvutades histoloogilisel uurimisel ja kliinilise materjali analüüsimisel saadud andmeid selgub, et kliiniliselt jälgitud haigete metrorraagiate kõver kulgeb paralleelselt histoloogilisel uurimisel kindlakstehtud munasarjadefunktsiooni häirete kõveraga, kuid madalamal tasemel. Kõvera madalam tase peaks olema tingitud asjaolust, et tunduval osal kliiniliselt jälgitud juhtudest oli säilinud normaalne menstruatsioon. Sellele tuginedes tuleb arvata, et metrorraagiad, ka kliiniliselt jälgitud haigete rühmas, on suurel määral seoses munasarjade talitluse häiretega ja et metrorraagiate sagenemine pärast 40. eluaastat on seoses selliste häiretc üldise sagenemisega samas eas. Tuleb märkida, et munasarjade talitluse niisugused häired ei ole meie analüüsi alusel müoomidele karakteersed, kuna nad esinevad samasugusel hulgal ka teistel menstruatsioonifunktsiooni häiretega samaealistel haigetel, kellel müoomi ei ole.

Saadud andmetele tuginedes on müoomihaigete metrorraagiate puhul, eriti vanemas eas, näidustatud ravi hormoonipreparaatidega (meessuguja kollaskeha hormoonid). Munasarjade talitluse häirete kindlakstegemiseks on soovitatav teostada abrasioon järgneva histoloogilise uurimisega, võimaluse korral oletatavas sekretsioonifaasis. Abrasioon veenab meid lõplikult selles, kas protsess on hea- või pahaloomuline.

Menorraagiate kõvera ja munasarjade funktsiooni häirete kõvera vahel seost ilmsiks ei tule. Histoloogiliselt uuritud juhtude hulgas oli munasarjade funktsiooni häiretel menorraagiate puhul ainult väike osa. Seepärast omavad menorraagiate tekkes meie arvates tähtsust esmajoones müoomist tingitud lokaalsed muutused emakas.

KIRJANDUS

1. Бакшт Г. А. Акушерство и гинекология, 1939, 7, 27—30. — 2. Гительсон Ю. Э. Акушерство и гинекология, 1939, 1, 20—30. — 3. Килимник А. М. Сборник тезисов и рефератов к отчетной научной сессии (за 1954 год). Ростов-на-Дону, 1955, 263—264. — 4. Горунович Л. Г. К вопросу о патолого-анатомическом состоянии мышечной стенки матки при фибромиомах. Докт. дисс. Ревель, 1914. — 5. Петченко А. И. Фибромиомы матки. Киев, 1958. — 6. Каплан А. Л. Рентгенотерапия фибромиом матки. М., 1954. — 7. Брауде И. Л. Сов. медицина, 1948, 9, 21—23. — 8. Béclère, C. Congr. internat. de Cynécol. et d'Obstétr. Genève, 1954, 446—452. — 9. Thiessen, P. Zbl. Gynäkol., 1956, H. 41, 1625—1639.

О ГЕНЕЗЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

В. Мейпалу и *Ю. Подар*

Резюме

Нашей задачей было выявление роли нарушений овариальной функции в генезе кровотечений при миомах матки и тип кровотечений в различные периоды жизни женщины. Для этой цели мы проанализировали гистологические препараты пробных соскобов эндометрия, произведенных по поводу маточных кровотечений у 396 больных миомой. При этом такие случаи, где обнаруживалась гландулярная гиперплазия слизистой матки или стадия пролиферации после 16 дня от начала менструации, мы рассматривали как показатели повышенной продукции эстрогенов. Кроме того, были проанализированы 1383 истории болезни женщин, страдавших миомами матки.

Выяснилось, что в более молодом возрасте почти у 50% больных сохранялась нормальная менструация. В конце половозрелого периода учащались нарушения менструальной функции в виде метроррагии. Большая часть из них (свыше 80%) была связана с нарушением овариальной функции. При меноррагиях нарушения овариальной функции не играют существенной роли. Авторы считают, что меноррагии при миомах чаще связаны с местными изменениями в матке.

LAHKLIHA BIMANUAALSE KAITSMISE MEETODIST SÜNNITUSEL

Arstiteaduse kandidaat *K. GROSS*

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna sünnitusabi ja naistehaiguste kateedrist, juhataja dotsent *V. Fainberg*)

Sünnitusel vaagnapõhja terviklikkuse säilitamiseks ja lahkliha kaitsmiseks kasutatavaid meetodeid on terve rida, kuid ükski neist pole end täiel määral õigustanud. On teada, et lahkliha kaitsmine ei tohi muuta sünnitusmehhanismi ega traumeerida vastsündinut ning peab säilitama vaagnapõhja kudede terviklikkuse.

Kõige rohkem kasutatakse meil lahkliha bimanuaalse kaitsmise meetodit. Klassikaline lahkliha bimanuaalne kaitsmine seisneb ühelt poolt lootepea painutuse suurendamises, et soodustada lootepea sündimist tema väiksemas ümbermõõdus, ning teiselt poolt lahkliha vastupanu tugevdamises, et aeglustada lootepea läbilõikumist. Kuigi seda meetodit kasutatakse laialdaselt, astub ikka enam sünnitusabiandjaid selle vastu. I. Tšukalov, A. Vassilkova (1) jt. on täheldanud mainitud meetodi kasutamisel lahkliha kahjustuse kõrget protsenti. D. Brok (2) jt. jõudsid arvamusele, et väljastpoolt rõhu avaldamine lahklihale lootepea läbilõikumisel põhjustab lahkliha aneemia, mistõttu lahkliha elastsus langeb; see omakorda soodustab lahkliha rebenemist. V. Mandelberg (3) asus juba 1896. a. seisukohal, et lahkliha bimanuaalse kaitsmise meetod soodustab vaagnapõhja varjatud kahjustuste teket.

Lootepea painutuse suurendamise ohtlikkust sünnituse väljutusperioodil rõhutavad I. Arist ja V. Djomina (4) jt. — see võib traumeerida last. Samal arvamusel on tänapäeval enamik sünnitusabiandjaid ja lootepea painutust sünnituse II perioodil tavaliselt ei suurendata.

Sünnitusabiandjad on otsinud ning otsivad uusi meetodeid vaagnapõhja terviklikkuse säilitamiseks sünnitusel. Nii soovitab M. Gosteva (5) loote trauma vältimise eesmärgil sünnitusel kasutada nn. säästvat lahkliha kaitsmist. See seisneb selles, et lootepea läbilõikumise kiirust reguleeritakse ainult ühe käega.

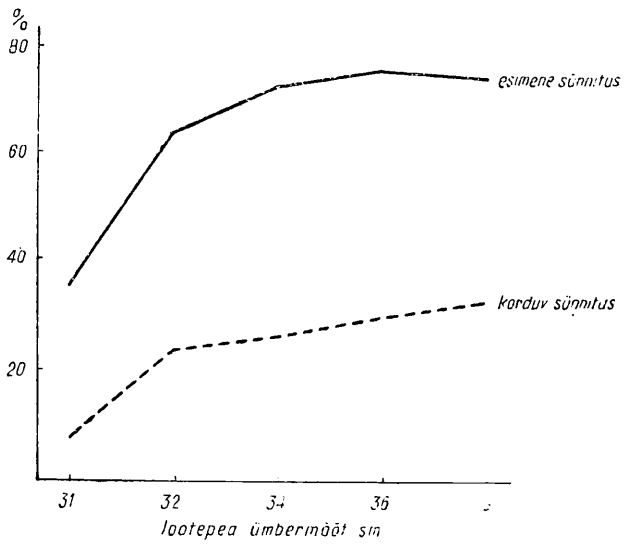
Paljud pooldavad sünnituse väljutusperioodi juhtimist ilma lahkliha manuaalse kaitsmiseta. R. Zak (6) jt. soovitavad väljutusperioodi juhtida ainult sõnaliselt, s.t. öelda, kui jõuliselt sünnitajal tuleb väidata ja millal väitamine lõpetada. Selle eeliseks peetakse traumatismi vähenemist vastsündinutel, sünnituse II perioodi lühenemist ja lahkliharebendite esmaspingselt paranemist; rebendite arv on aga endiselt kõrge.

Eriliste lahklihapeeglite kasutamine lahkliha trauma vältimiseks, nagu seda soovitavad M. Petrov-Maslakov (7) jt. ei ole end õigustanud ega leidnud seetõttu ka rakendamist.

Kirjanduses võib leida kiitvaid viiteid hüaluronidaasi kasutamise kohta sünnituse II perioodil [J. Salasc (8) jt.] Mainitud meetodit peaks ulatuslikumalt kontrollima. Eriti tuleks mõelda hüaluronidaasi kasutamisele sünnitustel, kus tõenäoliselt kaasub vaagnapõhja kahjustus. Mõnedel juhtudel on hüaluronidaasi Tartu Kliinilises Sünnitusmajas kasutatud. Tulemused on olnud positiivsed.

Käesoleva töö eesmärgiks oli välja selgitada vaagnapõhja kahjustuste esinemise sagedus ning iseloom sünnitusel, kus kasutati lahkliha bimanuaalse kaitsmise meetodit. Ühtlasi püüdsime jõuda selgusele põhjustes, mis soodustavad vaagnapõhja kahjustuste teket sünnitusel. Analüüsisime 2013 sünnitust NSVL Arstiteaduse Akadeemia Sünnitusabi ja Naistehaiguste Instituudis. Sünnituse II perioodil kasutati lahkliha bimanuaalse kaitsmise meetodit, kusjuures lootepea painutust ei suurendatud, vaid piirduti lootepea sirutuse aeglustamisega selle läbilõikumisel.

Vaagnapõhja kahjustused esinevad mainitud meetodi rakendamisel sageli. Nii diagnoositi vaagnapõhja traumat (lahkliha rebendid, tupe limaskesta rebendid, lahkliha pilustuslõige) 1022 sünnitajal (50,8%). Tupe limaskesta rebend tekkis 411, lahkliha I järgu rebend 112, lahkliha II järgu rebend 121 ning lahkliha III järgu rebend ainult 1 sünnitajal. Lahkliha rebendeid täheldati üldse 234 (11,6%) patsiendil. Lahkliha pilustuslõiget kasutati suhteliselt sageli, nimelt 377 juhul (18,7%). Töös arvestasime ka tupe limaskesta rebendeid, sest kaugtulemused näitasid, et mainitud vigastustele võivad kaasuda ka vaagnapõhja lihaste kahjustused. Viimaseid ei õnnestunud vahetult sünnitusel diagnoosida. Lahkliha pilustuslõiked kvalifitseerisime trauma hulka tinglikult, kuna see leidis tavaliselt kasutamist ähvardava rebendi puhul, s. t. juhtudel, kus bimanuaalse kaitsmise meetodist poleks piisanud lahkliha terviklikkuse säilitamiseks. Autor asub seisukohal, et vaagnapõhja terviklikkuse säilitamiseks lahkliha bimanuaalse kaitsmise meetodi kasutamisel on pilustuslõike suhteliselt sage kasutamine paratamatu.



Joonis 1. Lahkliha kahjustuse esinemise sagedus esmas- ning korduvsünnitajail olenevalt lootepea ümbermõõdust

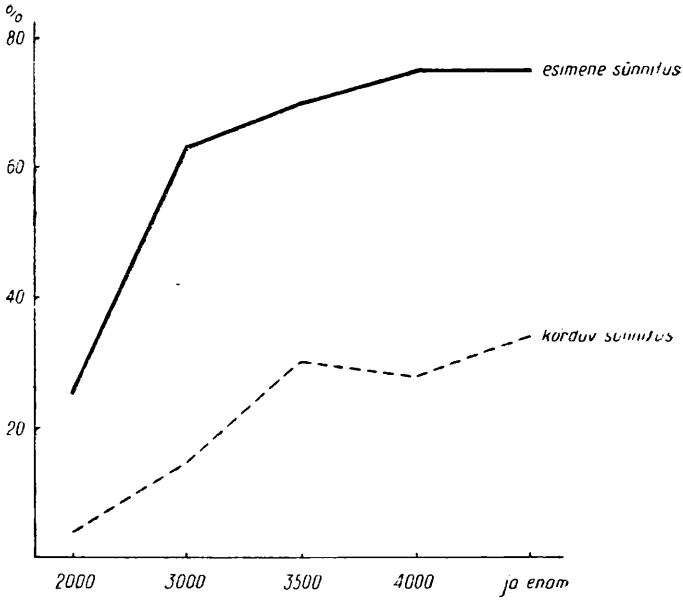
Vaagnapõhja kahjustuste esinemises võis täheldada teatud seaduspärasust. On teada, et esmassünnitajail kaasub trauma sagedamini kui korduvsünnitajatel. Nagu selgus, esines 1170 esmassünnitajast lahkliha trauma 799 juhul (68,3%). Kõige sagedamini, kokku 340 juhul (29%), diagnoositi tupe limaskesta rebendeid. Lahkliha rebendeid diagnoositi 158 juhul (13,5%). Pilustuslõiget kasutati 301 esmassünnitajal (25,7%). 552 teistkordselt sünnitanud patsiendil diagnoositi traumat 185 juhul (33,5%), kusjuures kõik traumaliigid esinesid enam-vähem võrdses sageduses. 180 kolmandat korda sünnitanud patsiendil diagnoositi kahjustusi 24 juhul (13,3%) (lahkliha rebendeid täheldati 6,1%, tupe limaskesta rebendeid ainult 4,4%, pilustuslõiget kasutati vaid 2,7% sünnitajaist). Neli ja enam korda sünnitanuil (111 juhtu) diagnoositi lahkliha traumat 14 juhul (12,6%). Seega jäi ka teistkordselt sünnitajail trauma suhteliselt sagedaks; alates kolmandast sünnitusest kahjustuste protsent korduvsünnitajail langes.

Samuti on teada, et vanadel esmassünnitajail on lahkliha kahjustused sagedamad [L. Stepanova ja M. Moissejenko (9)] jt. Meie kogemuste järgi võis nii esmas- kui ka korduvsünnitajail märgata traumatismi sagenemist juba alates 25.—29. eluaastast.

Täheldati seost lapse kaalu, pea ümbermõõdu suuruse ning vaagnapõhja trauma esinemise sageduse vahel (vt. joonised 1 ja 2).

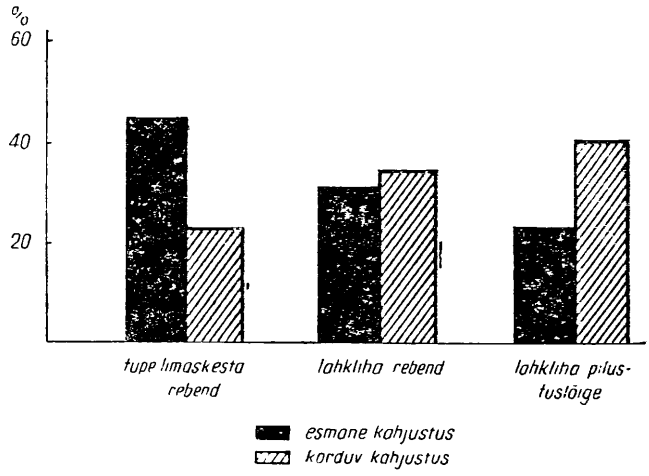
Rida autoreid [S. Baskin (10)] jt. on täheldanud lahkliha kahjustuste arvu tõusu lootepea kiire läbilõikumise puhul sünnituse väljutusperioodil. Meie tähelepanekud seda ei kinnitanud. Vastupidi, pikenenud väljutusperioodiga sünnitustel diagnoosisime kahjustusi sagedamini.

Atüüpiline lootepea seadumine vaagnasse esines 41 sünnitajal (kukalseisu tagumine teisend 34 sünnitajal, eespeaseis 5 sünnitajal, otsmikseis 1 sünnitajal ning näguseis 1 sünnitajal), lahkliha kahjustus kaasus 26 sünnitajal.



Joonis 2. Lahkliha kahjustuse esinemise sagedus esmas- ning korduvsünnitajail olenevalt loote kaalust

Vaagnapõhja kahjustuste arvu tõusu on täheldatud [V. Mandelberg, F. Iljin (11) jt.] loote vaagnaotsseisude korral. Meie andmeil polnud antud seisude korral lahkliha kahjustuste arvu tõusu märgata. Seda võib tõenäoliselt seostada asjaoluga, et viimasel aastakümnel leiab ikka enam kasutust Tsovjanovi meetod sünnitajate abistamisel vaagnaotsseisude korral.



Joonis 3. Lahkliha esmase ning korduva kahjustuse esinemise sagedus korduvsünnitajail

Huvipakkuv on küsimus, kas sünnituse valutustamismeetodi, valutustamise tulemuste ning lahkliha traumatismi esinemissageduse vahel on seost. Mitmed autorid on täheldanud traumatismi vähenemist seoses sünnituse valutustamisega. Patsientidel, kes olid saanud psühhoprofülaktilise valutustamise ettevalmistuse, võis märgata teatavat traumatismi langust. Huvitav on asjaolu, et esines ilmne seos valutustamisefekti ja traumatismi sageduse vahel. Mida tulemusrikkam oli valutustamine, seda madalam oli traumatismi protsent. Patsientidel, kel oli sünnitusel kasutatud pudendaal-anesteesiat väljutusperioodis, oli lahkliha kahjustuste esinemise sagedus suhteliselt kõrge. Lahkliha sagedamat kah-

justumist mainitud valutustamismeetodi kasutamisel on registreerinud ka I. Grjaznova (12) jt. J. Zinkovski (13) jt. andmetel küll perineumi rebendite arv pudendaal-anesteesia kasutamisel langeb, kuid meie andmed on sellega vastuolus.

Meid huvitas küsimus, kui sageli kaasub perineumi kahjustus korduvsünnitajail, kel varem esines trauma (vt. joonis 3). Teistkordselt sünnitajail esines uuesti kahjustus 21,2%, esmane kahjustus vaid 12,3% sünnitajaist; kolmanda sünnituse puhul diagnoositi korduvat kahjustust 7,8% ning esmast kahjustust 5,6% sünnitajaist; neljanda ja enama sünnituse korral esines kahjustus uuesti 8,1% ning esmane kahjustus 4,5% sünnitajaist. Sagedaimaks esmaskahjustuseks korduvsünnitajail olid tupe limaskesta rebendid (4,4%), harvem esinesid lahkliha rebendid (3,1%); lahkliha pilustuslõiget teostati harva (2,4%). Korduvate kahjustuste korral tehti lahkliha pilustuslõiget suhteliselt sageli (6,6%), harvem täheldati lahkliha rebendit (5,9%), kõige harvem tupe limaskesta rebendit (4,0%).

Nagu esitatud andmeist selgub, kaasub lahkliha bimanuaalse kaitsmise meetodi kasutamisel sünnituse II perioodil sageli vaagnapõhja traumatism. Seega ei tohi see meetod rahuldada sünnitusabiandjaid. Tuleb otsida uusi teid ning meetodeid, et säilitada vaagnapõhja terviklikkus sünnitusel.

KIRJANDUS

1. Чукалов И. Н. и Василькова А. А. Труды Ижевского медицинского института, т. XIII, 1951, 230—235. — 2. Брок Д. З. Журнал акушерства и женских болезней, 1911, 975. — 3. Мандельберг В. О. О предупреждающем срединном рассечении промежности во время родов, С.-Петербург, 1905, 88—147. — 4. Арист И. Д. и Демина В. В. Материалы трудов II съезда акушеров-гинекологов. Челябинск, 1952, 60—64. — 5. Гостева М. И. Акушерско-гинекологическая практика, под. ред. А. И. Петченко, 1952, 82. — 6. Зак Р. Л. Акушерство и гинекология, 1949, 2, 35—40. — 7. Петров-Маслаков М. А. Акушерство и гинекология, 1960, 5, 47—50. — 8. Salasc, J. Bull. fèd. soc. gynécol. obst., 1956, 8, 4, 451. — 9. Степанова Л. Г. и Моисеенко М. Д. Акушерство и гинекология, 1938, 2, 41—42. — 10. Баскин С. Клинические наблюдения над разрывами промежности во время родов. Дисс., СПБ. 1881, 10—45. — 11. Ильин Ф. Н. Четыре года клинической жизни Императорского клинического повивально-гинекологического института (1904—1907), под. ред. Д. О. Отта, 1911, 1—3. — 12. Грязнова И. М. Акушерство и гинекология, 1953, 1, 44—48. — 13. Зиньковский Я. Д. Акушерство и гинекология, 1938, 2, 36—37.

О БИМАНУАЛЬНОМ МЕТОДЕ ЗАЩИТЫ ПРОМЕЖНОСТИ ПРИ РОДАХ

К. Гросс

Резюме

Нами изучались 2013 родов с целью выяснения, является ли общепринятый бимануальный метод защиты промежности достаточным для сохранения целостности тазового дна при родах; исследовались частота и причины повреждения промежности.

Повреждения промежности наблюдались у 1022 (50,8%) рожениц. Самым частым видом травматизма являлись трещины слизистой влагалища — 411 (20,4%) случаев. Разрыв промежности был отмечен у 234 (11,6%) рожениц. Рассечение промежности применялось у 377 (18,7%).

При повторных родах число повреждений промежности уменьшалось. Однако необходимо отметить, что при вторых родах процент повреждений остается еще довольно высоким (33,5) и только с третьих — он начинает резко уменьшаться (13,3).

При первых и повторных родах закономерно повышалась частота повреждений промежности в связи с возрастом рожениц.

Можно было установить небольшое закономерное повышение числа травматизма промежности при увеличении окружности головки, повышении веса плода, а также при длительном потужном периоде.

Лучший эффект обезболивания обусловливал уменьшение числа повреждений промежности. Высоким был травматизм тазового дна при родах, когда применялась пудендальная анестезия.

Из приведенных данных следует, что бимануальный метод защиты промежности не является достаточным. Необходимо найти новые пути для сохранения целостности тазового дна при родах.

KÕRVA-NINA-KURGUHAIGUSTE PROFÜLAKTIKAST SPORTLASTEL

Arstiteaduse kandidaat *A. LUTS* ja *L. LUTS*

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*, ja Vabariiklikust Arstliku Kehakultuuri Dispanserist, peaarst *F. Markusas*)

Sportlaste arstliku kontrolli põhiliseks ülesandeks on patoloogiliste ja eelpatoloogiliste seisundite diagnoosimine, nende ravi ja profülaktika.

Eesti NSV Vabariiklikku Arstliku Kehakultuuri Dispanserisse pöördusid sportlased peamiselt kaebustega sagedate angiinide või kroonilise nohu üle. Otorinolarüngoloog sedastas nendel sportlastel peamiselt kroonilist tonsilliiti või kroonilist mädast põsekoopapõletikku. Kõige sagedamini suunati otorinolarüngoloogi juurde ujujaid, poksijaid, maadlejaid ja kergejõustiklasi.

Ujujatel täheldati peamiselt põsekoopapõletikku või kroonilist tonsilliiti, harvemini välise kuulmekäigu ekseemi või põletikku.

Ujumisega tegelejatel tuleb pöörata rohkem tähelepanu organismi karastamisele. Treeningu ebaõige organiseerimine ja metoodika on sportlaste haigestumise peamisteks põhjusteks. Oluline on, et treeningu korraldamisel ja spordialade valikul alati arvestataks meditsiinilisi vastunäidustusi. Meie arvates on peale nimetatud ägedate otorinolarüngoloogiliste haiguste veespordiga (ujumine, veepall) tegelemisel vastunäidustusteks 1) nina kõrvalkoobaste krooniline põletik, 2) krooniline mädane keskkõrvapõletik, 3) väliskõrva ekseem ja 4) tasakaaluelundi häired. Allveespordiga tegelemisel on meditsiinilisteks vastunäidustusteks lisaks ülaltoodule ka kuulmis- ja barofunktsiooni häired.

Poksijad pöördusid otorinolarüngoloogi juurde peamiselt sagedate ninaverejooksude, nina vaheseina traumaatiliste kõverduste ja hematoomide tõttu või õhusurvest tingitud kuulmekile rebenemise tagajärjel tekkinud keskkõrvapõletiku tõttu. Seega täheldati poksijail peamiselt traumast põhjustatud haigusi — järelikult nõuab võitlus sporditraumatismiga tõsisemat tähelepanu. Haigused, mille puhul poksimine on keelatud, on järgmised: adenoidid, nina kõrvalkoobaste põletikud, nina vaheseina kõverdused ja nohu, mille puhul nina kaudu hingamine on takistatud, kroonilised mädased keskkõrvapõletikud, otoskleroos, kurttummus ja Ménierè sündroom.

Intensiivsele treeningule ei tohi lubada tervisehäiretega isikuid. Tuleb suuremat rõhku panna sportlaste kõrva-nina-kurgu patoloogiliste ja eelpatoloogiliste seisundite varajasele avastamisele ja õigeaegsele ravile.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА-ГОРЛА-НОСА У СПОРТСМЕНОВ

А. Лутс и *Л. Лутс*

Резюме

Одной из важнейших задач спортивной медицины является выявление, лечение и профилактика патологических и предпатологических состояний спортсменов. В Республиканский врачебно-физкультурный диспансер Эстонской ССР обращались спортсмены главным образом по поводу частых ангин или хронического насморка. Со стороны ЛОР-органов выявляли у них чаще всего хронические тонзиллиты или хронические гнойные воспаления придаточных пазух носа. Больше всего обращений по поводу болезней уха-горла-носа приходится на пловцов, затем — на боксеров, легкоатлетов, меньше — на представителей других видов спорта.

Причиной заболеваний спортсменов при правильной организации и методике тренировки является наличие скрытых очагов инфекции. Поэтому необходимо больше внимания обращать на раннее выявление заболеваний ЛОР-органов и их своевременное лечение. Следует строго придерживаться противопоказаний к занятиям тем или иным видом спорта.

PÕLVELIIGESE DEFORMEERUVA OSTEOARTROOSI PAIKSEST RAVIST SÖÖGISOODALAHUSEGA

K. TAMMERA

(Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia, operatiivse kirurgia ja topograafilise anatoomia kateedrist, juhataja arstiteaduse doktor professor *A. Linkberg*)

Deformeeruva osteoartroosi ravi on olnud väga mitmesugune. Füsioterapeutiliste vahendite kõrval on leidnud kasutamist terve rida kemoterapeutikume, antibiootikume, anesteetikume, hormoonipreparaate jne. [I. Otškur (1); P. Berényi, J. Szentpétery (2); H. Burckhardt (3)]. Samuti on rakendatud operatiivset ravi [A. Nyakas, Salamon (4)]. Kõik see viitab ühelt poolt kasutatavate ravimeetodite vähesele efektiivsusele ja teiselt poolt osteoartroosi etioloogia ebaselgusele.

R. Kron (5) võttis tarvitusele liigesesisese leelisravi isotoonilise söögisoodalahuse süstimise näol. Kuigi R. Kron on kasutanud liigesesisest leelisravi vähestel juhtudel (15 juhtu), lubasid head tulemused mittepõletikuliste osteoartrooside korral sama meetodit kasutada ka E. Fischeril (6) ja W. Keusenhoffil (7). Nimetatud autorid on kasutanud isotoonilise 1,29%-lise söögisoodalahuse süstimist 0.5—3 ml annustes 3—7-päevaste intervallidega nii põlve-, puusa- kui ka väiksemate liigeste osteoartrooside korral. Tulemused olid julgustavad — valud kadusid või vähenesid, liigese liikuvus suurenes lühemaks või pikemaks ajaks. R. Kron (5), E. Fischer (6), W. Keusenhoff (7) põhjendavad söögisoodalahuse paikset valutustavat toimet sünoovia ehk liigesevõide leelistumisega ja selle vedelamaks muutumisega. Honti Geza (8) seletab ravi tulemusi söögisooda antihistamiinse toimega. Kahtlemata tuleb siinjuures arvestada ka liigesesisese hüaluroonhappe, hüaluronidaasisüsteemi normaliseerumist, sest M. Levine (9) täheldas deformeeruva osteoartroosi korral sünoovia kõige kõrgemat viskoossust, millega paralleelselt tõuseb ka hüaluroonhappe hulk [H. Seyfarth (10)].

Lähtudes eeltoodust on Tartu Linna Kliinilise Haigla Polikliinilise osakonna ortopeedia ambulatooriumis alates 1956. a. oktoobrist rakendatud osteoartrooside raviks isotoonilise söögisoodalahuse süstimisi liigesesse. Käesolev töö hõlmab haigusjuhte 1956. a. oktoobrist kuni 1958. a. oktoobrini. Antud ajavahemikus on ravitud 32 haiget, kusjuures neist kahel oli mõlema põlveliigese deformeeruv osteoartroos. Haigete vanus kõikus 40—78 a. vahel, keskmiselt oli see 60 a. piires.

Kõik 34 põlveliigese deformeeruva osteoartroosi juhtu on jaotatud protsessi raskuse järgi kolme vormi: 1) kerge vorm — ülekaalus subjektiivsed häired minimaalsete kliiniliste ja röntgenograafiliste muutustega; 2) keskmine vorm — subjektiivsed vaevused, objektiivselt liigese vesitõbi, liigesekapsli paksenemine, röntgenograafiliselt mõõdukad muutused; 3) raske vorm — liikuvus takistatud, valulikkuse aste erinev. Objektiivselt liikuvus tunduvalt piiratud, liigese vesitõbi, komplemisel valulikkus kogu liigese piires. Röntgenograafiliselt ulatuslikud osteoartrootilised muutused.

Ainult 9 juhul oli tegemist kerge vormiga, ülejäänud 25 juhul esines keskmine või raske, kaugelearenenud vorm. Ka siin ei saadud sedastada parallelismi subjektiivsete kaebuste ja objektiivse leiu vahel. Vastupidi, kergemate kliinilis-patoloogiliste muutuste puhul olid subjektiivsed häired tavaliselt tugevamad.

Anamnestiliselt olid vaevused enne ravile tulekut esinenud mõne kuu kuni 10 aasta vältel, kusjuures enamikel juhtudel on eelnenud kas korduv või ühekordne trauma põlveliigese piirkonnas, külmetumine või reumaatiline põletik.

Rangelt silmas pidades anti- ja aseptika reegleid süstiti haigetele steriilset 1,29%-list söögisoodalahust 0,5—4 ml põlveliigesesse. Seda korrati 3—7-päevaste vaheaegade järel kuni subjektiivsete kaebuste tunduva vähenemiseni või kadumiseni. Keskmiselt tehti 3—4 süstet, harvem 7—8.

Isotoonilise söögisoodalahuse liigesesisene manustamine ei vallandanud süstimise ajal ega ka hiljem valusümptoomi. See ühtib ka E. Fischeri (6), W. Keusenhoffi (7) tulemustega. Sageli võidi juba süstimise lõpul täheldada subjektiivsete kaebuste vähenemist, mis süvenes 1 tunni vältel pärast süstimist; enamikel juhtudel esines pärast süstimist lühiajaline soojustunne liigese piirkonnas. Valud jalale toetumisel vähenesid ja liikuvus suurenes. Kui enne ravi olid haiged sunnitud kasutama keppi, siis pärast ravikuuri seda vajadust sageli enam ei olnud.

Enamikel juhtudel oli tegemist põletikuliste tunnusteta osteoartroosidega. Vere vormelementide settereaktsioon oli normaalne, samuti ei esinenud nihkeid vere valgeliblede arvus. Paaril juhul oli tegemist reumaatilise polüartriidiga alaägedas järgus — settereaktsioon kõrgenenud. Neil juhtudel ei andnud söögisoodalahuse paikne manustamine tulemusi.

Et välja lülitada söögisoodalahuse puht psühhoterapeutilist efekti, kombineerisime seda ravimit järgneva novokaiinilahuse süstimisega. Kuigi haiged panid 1—2 tunni vältel pärast novokaiini süstimist tähele tuimust liigese piirkonnas, ei ilmnenud ühelgi juhul subjektiivne paranemine sellisel määral kui ainult söögisoodalahuse süstimise järel. Ravikuuri vältel ei rakendatud teisi ravivõtteid.

Analüüsides ravi tulemusi võib enamikel juhtudel (22 juhul) märkida subjektiivsete kaebuste kadumist või tunduvat nõrgenemist. Objektiivselt kadus valulikkus komplemisel ja liigese vesitõbi, suurenes liigese liikuvus (10—25° ulatuses). 8 juhul vähenesid subjektiivsed vaevused, 4 juhul ei andnud ravi tulemusi. Huvitava asjaoluna tuleks esile tuua, et haiguse kerge ja keskmise vormi puhul andis ravi suhteliselt vähem tulemusi kui haiguse raske vormi puhul.

Analüüsitud haigete ravi kaugtulemusi on jälgitud 1959. a. lõpuni, seega 1—3 aasta vältel. Selle ajavahemiku kestel on 15 juhul tekkinud protsessi kerge ägenemine, kuid subjektiivsed vaevused on olnud kergemad. Subjektiivsete vaevuste taasteke on seotud peamiselt külmetumise või uue traumaga. Kõikidel juhtudel on õnnestunud juba söögisoodalahuse 1—2-kordse süstimisega endine seisund taastada.

Ravi tulemusi illustreerivad järgmised haigusjuhud.

Juht 1. Haige L. J., 61 a. vana, elukutselt arst. Kaebused valude üle vasakus põlveliigeses trepist tõusmisel, pärast pikemat käimist, hommikuti põlveliigeses kangestustunne. Kaebused püsinud umbes 20 a. vältel ja on seostatavad lapsepõlves põetud parema puusaliigese tuberkuloosi tagajärjel lühemaks jäänud vasaku jala ülekoormusega. Perioodiline konservatiivne ravi füsioteraapia, massaaži, mudaravi, paiksete novokaiinblokaadide näol on andnud lühiajalisi tulemusi. Objektiivne leid: vasaku põlveliigese piirkonnas pehmete kudede paksenemine vähese vesitõvega. Komplemisel mõõdukas valulikkus liigese mediaalsel ja lateraalsel poolel. Passiivne liikuvus võimalik kuni 180—120°-ni. Röntgenograafiliselt liigesepilu ahenenud, tugevad osteoartrootilised muutused sääre- ja reieluu liigestuvate pindmike servadel. 11. X 1956. a. süstiti vasakusse põlveliigesesse 1,29%-list söögisoodalahust 1 ml. Pärast süstimist vähenes subjektiivne soojustunne ja valulikkus. Toetumine jalale valutu. 20. X 1956. a. korrati süstimist (annus 2 ml). Ka sel korral tekkis vähene soojustunne, kergustunne alajäsemes. Põlveliigeses veel minimaalsel määral vedelikku, pehmete kudede paksenemine püsib. Järgnev süste

tehti 24. X 1956. a., misjärel valulikkus püsis veel minimaalsel määral. Põlveliigese liikuvus oli aga suurenenud 10^{3} võrra. Vedelikku liigeses ei täheldatud. Neljandat korda süstiti 27. X 1956. a. (annus 4 ml). Haige tundis tunduvat paranemist. Trepist tõusmine oli valutu,ainult pärast pikemat käimist esines valulikkus, jala väsimine, kangestustunne põlveliigeses.

Uus kontroll 2 aastat hiljem (12. XI 1958. a.). Subjektiivselt tunneb patsient end palju tervemana kui enne ravile tulekut. Esineb vaid jala väsimine ja põlveliigese valulikkus pärast pikemat käimist, samuti valud ilmade muutumisel. Objektiivselt: pehmete kudede paksenemine minimaalsel määral, vesitõbi puudub. Komplemisel valulikkus vaid mediaalsel liigesepilu kõrgusel. Aktiivne ja passiivne liikumine valutu, painutus võimalik kuni 180—130°-ni.

Juht 2. Haige A. P., 58 a. vana, koduperenaine. Anamnestiliselt vasaku põlveliigeses valud paari aasta vältel. Ravitud ei ole. Paremas põlveliigeses esinenud valud viimase aasta vältel, ei saa trepist tõusta. Objektiivselt: vasaku põlveliigese piirkonnas pehmete kudede paksenemine ilma eksudaadita liigeseõõnes. Liikuvus kuni täisnurgani valutu, üle selle tugevasti valulik. Komplemisel mediaalsel poolel tugev valulikkus. Paremas põlveliigeses sama leid. Röntgenograafiliselt mõõdukad osteoartrootilised muutused mõlemas põlveliigeses.

20. XII 1957. a. süstiti vasakusse põlveliigesesse 1,29%-list söögisoodalahust. Pärast süstet jalale toetumine valutum, kerge soojustunne. 03. I 1958. a. subjektiivne rahulolu vasaku põlveliigese suhtes, paremas põlveliigeses valulikkus endisel määral. Süstiti 1,5 ml paremasse põlveliigesesse. Uus kontroll 10. I 1958. a.: valulikkus mõlemas põlveliigeses vähenenud. Korrati süstimist (kogus 1,5 ml) vasakusse põlveliigesesse ja 24. I 1958. a. (samas koguses) paremasse põlveliigesesse. Kordussüstimised veel 07. II ja 22. II 1958. a., vaheldumisi mõlemasse põlveliigesesse; seejärel patsient tunneb tunduvat paranemist. Spontaansed valud puuduvad, valulikkus tekib vasakus põlveliigeses vaid pärast pikemat käimist. Põlveliigeste liikuvus on vabam, valutu liikumise ulatus kuni 180—120°.

Kontrollimisel 21. II 1959. a. ja 18. XI 1959. a. (2 aastat hiljem) märgiti tunduvat subjektiivset paranemist, võrreldes seisundiga enne ravikuuri. Vasak põlveliiges häirivat patsienti väga harva ja vähesel määral, ainult paremas põlveliigeses esinevat lühiajalised valud trepist tõusmisel ja külmetumisel.

KIRJANDUS

1. Очкур И. Большая мед. энцикл. 1957, Т. 2, 823—824. — 2. Berényi, P., Szentpétery, J. Zbl. Chirurg., 1958, 50, 2286—2288. — 3. Burckhardt, H. Arthritis deformans und chronische Gelenkkrankheiten. Stuttgart, 1932, 300—345. — 4. Nyakas, A., Salamon. Zbl. Chirurg., 1957, 4, 147—158. — 5. Kron, R. Schweiz. Med. Wochenschr., 1948, 4, 80—83. — 6. Fischer, E. Z. ärztl. Fortbild, 1956, 5, 221—223. — 7. Keusenhoff, W. Z. ärtzl. Fortbild, 1959, 7, 412—414. — 8. Honti Geza. Z. die ges. innere Med., 1957, 17, 814. — 9. Levine, M. J. Clin. Invest., 1956, 35, 12, 1419—1427. — 10. Seyfarth. H. Gelenkergüsse und Gelenkresorption. Leipzig, 1956, 25, 44.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСТВОРОМ ПИЩЕВОЙ СОДЫ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ

К. Таммера

Резюме

Множество применяемых методов лечения деформирующего остеоартроза и малая их эффективность указывает на неясность этиопатогенеза и безрезультатность каузальной терапии вышеуказанного заболевания.

Полученные Кроном и Фишером хорошие результаты при внутрисуставном введении 1,29% раствора бикарбоната натрия позволили нам применить его в ортопедической амбулатории Тартуской городской клинической больницы. В течение двух лет пользовались этим средством при лечении 34 больных деформирующим остеоартрозом коленного сустава. Раствор вводился интраартикулярно в количестве от 0,5 до 4 мл с перерывами от 3 до 7 дней в среднем 3—4 раза. Другое лечение параллельно не проводилось. Хороший результат был получен в 22 случаях, удовлетворительный — в 8 и эффекта не было в 4 случаях.

Метод лечения безвреден, его можно проводить и в амбулаторных условиях.

SEADIS LIIKUMISHARJUTUSTEKS ALAJÄSEMETE HALVATUSE KORRAL

V. POMMER
(Mõisaküla Linna Haiglast, peaarst *V. Pommer*)

Mõisaküla Linna Haiglas viibib ravil haige K. V., 26 a. vana (haigus-lugu nr. 641), kellel 1959. a. septembris liiklusõnnetuse tagajärjel oli kuuenda kaelalüli murre, seljaaju põrutus jäsemete ja kehatüve lihaste halvatusega. Haigel esines käte nõrkus, jalgades puudusid liigutused täielikult, põie ja pärasoole sfinkterid olid pareetilised. Pikemaajalise ravi tulemusena Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neuroloogia osakonnas paranes haige seisund tunduvalt ja ta suunati Mõisaküla haiglasse järelraviks.

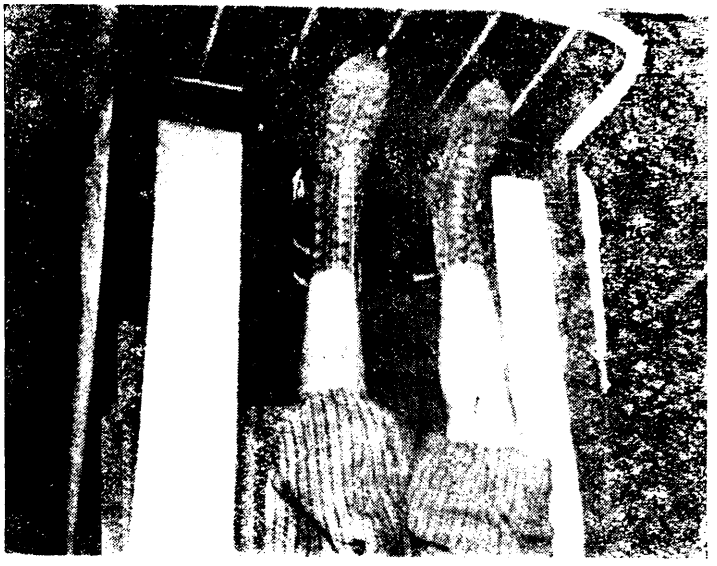


Foto 1

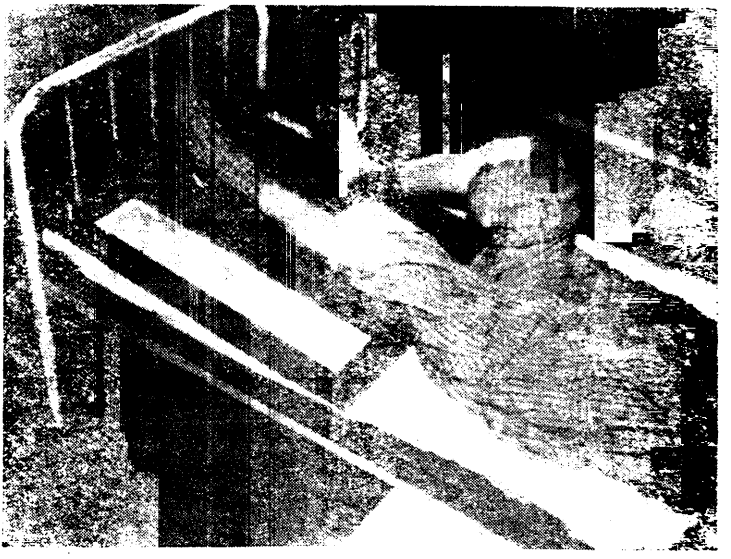


Foto 2

Praegu on haigel käte jõudlus rahuldav, põie ja pärasoole funktsioon on taastunud. Jalad tugevasti spastilised, eriti adduktorlihaste osas, mistõttu jalad tõmbusid kokku keskele. Puusaliigeste sirutus- ja painu-

tusliigutused olid suurel määral raskendatud spastilisuse ja eriti adduktorite ülepinge tõttu (liigutuste sooritamisel jalad ristusid).

Et võimaldada haigele aktiivsete liigutuste ulatuslikumat sooritamist, ehitasime abiseadise (vt. foto 1 ja 2). Seadis kujutab endast puust raami, mis asetseb haigel voodi jalutsis. Raamil on kaks paralleelset rööbasteed, kummalgi neist liigub puust vankrike, mis on liikumise hõlbustamiseks varustatud nelja kuullaagriga (nr. 203). Vankrikestes on lohud kanna kinnitamiseks, aasad jalgade fikseerimiseks vankrikestele ja vedruga tallatoed, mis takistavad põidade liigset sirutamist.

Haige kasutab seadist 1960. aasta juulikuust alates. Seadise kasutamisega muutusid jalgade liigutused vabamaks ja koordineeritumaks. Seoses aktiivsete liigutustega vähenes märgatavalt jalgade spastilisus. Kui haige algul harjutamisel kiiresti väsis, siis hiljem harjutuste kestus pikenes. Nüüd sooritab haige seadisel mõlema jalaga rütmilisi liigutusi, mis imiteerivad käimisliigutusi.

Peab märkima veel aktiivsete harjutuste psüühiliselt toniseerivat toimet. Haige on nüüd optimistlikum, oma taotlustes sihikindlam.

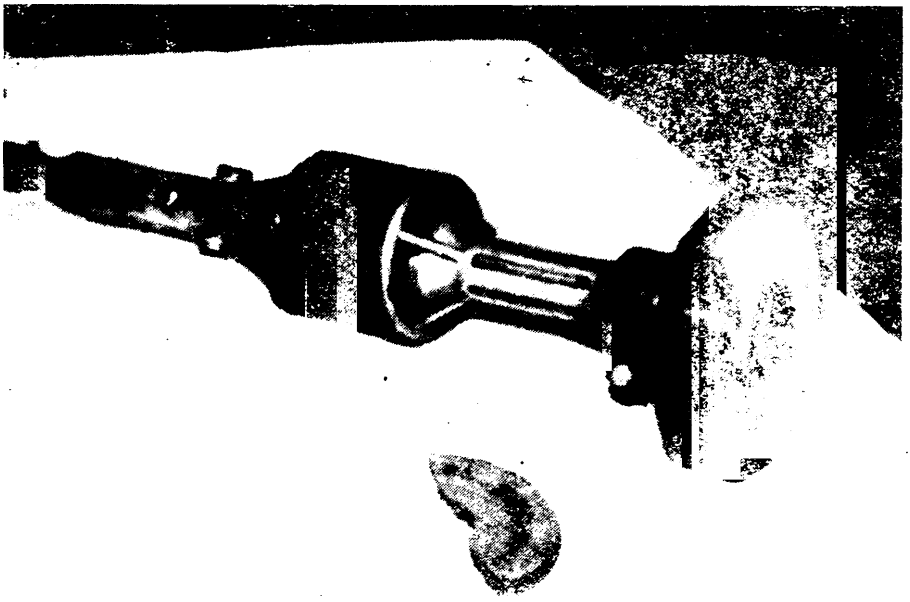
Seadise valmistamine on lihtne, seda on võimalik teha ka kohapeal.

Saabus toimetusse 20. juulil 1961. a.

FOTOALBUM OHUTUSTEHNIKA ÕPPEVAHENDINA

V. LEMARINJE
(Tallinna Vabariiklikust Sadama Haiglast, peaarst *G. Radzimovski*)

Ühel kolmandikul juhtudest on tootmistraumade põhjuseks tööliste puudulik instrueerimine. Tavaliselt instrueeritakse töölisi sissejuhatavalt tööle võtmisel ja perioodiliselt töökohal. Instrueerimisel kasutatakse ametlikke instruktsioone ja mitmesuguseid plakateid ohutustehnika ja



Pneumaatilise lihvimismasina (ŠR-2) lihvimiskivi purunes masina tühjalt käivitamise tõttu. Tööline sai selle tagajärjel näovigastused

tööstussanitaaria alalt. Nagu näitavad Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla töö kogemused 10 aasta kestel, ei ole töölistel aga konkreetset ettekujutust kõige sagedamini esinevate traumade põhjustest. Seetõttu tegime ettepaneku koostada fotoalbum kõige iseloomulikumate tööstustraumade kohta (fotod tehti töökohal kohe pärast õnnetusjuhtu). Fotodele lisasime iga õnnetusjuhu põhjuse ja trauma üksikasjalise kirjelduse. Fotoalbumit kasutame näitliku vahendina tööliste instrueerimisel. Tallinna Vabariikliku Sadama Haigla poolt teenindatavates ettevõtetes on tööliste puudulikust ohutustehnika- ja tööstussanitaaria-alasest väljaõppest tingitud traumatism pärast fotoalbumi kasutusele võtmist vähenenud.

Eespooltoodu põhjal soovitame sellise fotoalbumi koostamist ja kasutamist ka teistele arstidele, seda enam, et fotode tegemine ei nõua suuri kulutusi ja seda võib pärast vastavat ettevalmistust teha ka ohutustehnika insener või tervishoiupunkti üks velskritest.

ФОТОАЛЬБОМ КАК УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО ТЕХНИКЕ БЕЗОПАСНОСТИ

В. Лемаринье

Резюме

Недостаточно качественный инструктаж рабочих по технике безопасности является одной из причин производственных травм. При инструктажах обычно используются официальные материалы по технике безопасности и промышленной санитарии, которые, однако, не дают рабочим конкретного представления о причинах травматизма в условиях их работы. Для устранения этого Таллинской республиканской портовой больницей, в целях профилактики производственных травм, было предложено здравпунктам обычное фотографирование обстоятельств, наиболее характерных производственных травм. Из таких фотографий с соответствующими описаниями был составлен альбом, дающий конкретное представление о причинах производственных травм.

Использование этого фотоальбома значительно повысило качество инструктажа рабочих по технике безопасности, способствовало лучшему усвоению рабочими безопасных приемов труда и правил промышленной санитарии. Это, в свою очередь, привело к снижению производственного травматизма.

TARTU VABARIIKLIKU KLIINILISE HAIGLA MEDITSIINIÕDEDE NOUKOGU TÖÖST

E. KURVITS
(Tartu Vabariiklikust Kliinilisest Haiglast, peaarst *M. Boston*)

Õdede nõukogu on meditsiiniõdede organiseeritud ühinemise ja tegutsemise vorm raviasutuses. Õdede nõukogud tekkisid elu enda nõudel, ametlik alus nende tegevusele pandi NSV Liidu tervishoiu ministri käskkirjaga nr. 143 5. juulist 1955. a.

Õdede nõukogu peamisteks ülesanneteks on töökultuuri tõstmine haigete teenindamisel ning kesk- ja noorema meditsiinikaadri kvalifikatsiooni pidev igakülgne tõstmine. Paljude õdede nõukogude töökogemusi arvestades oleks soovitatav organiseerida õdede nõukogu tööd sektsioonides: see võimaldab töö plaanipärast organiseerimist, tööülesannete jaotamist liikmete vahel ja pidevat kontrolli.

Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla õdede nõukogus on 2 sektsiooni — õppe-kvalifikatsiooni- ja ravi-profülaktikasektsioon. Moodustatud on ka konfliktikomisjon. Õdede nõukogu liikmete vahel on tööülesanded jaotatud järgmiselt: esimees, aseesimees, sekretär, 5 õppe-kvalifikatsioonisektsiooni liiget, 5 ravi-profülaktikasektsiooni liiget ja 2 konfliktikomisjoni liiget. Nõukogu töötab igaks kvartaliks koostatud tööplaani järgi, mis on kinnitatud peaarsti poolt. Õdede nõukogu koosolekuid peetakse vastavalt tööplaanile 1 kord kuus ja tööst antakse aru 1 kord aastas haigla õdede üldkoosolekul. Õdede nõukogu suunab ja analüüsib regulaarselt õdede nõukogu üldkoosolekutel sektsioonide tööd ja kontrollib süstemaatiliselt sektsioonide tööplaanide täitmist.

Õdede nõukogu koosolekutel selgitasid Tartu Riikliku Ülikooli nakkushaiguste ja mikrobioloogia kateedri töötajad bakterioloogiliste uuringute materjalide nõuetekohast võtmist ja laboratooriumisse saatmist. Sanitaar-epidemioloogia jaama töötaja on andnud täpseid juhendeid seoses desinfektsiooniga (pesu, siibrid, põrandapesemisvahendid, sööginõud jne.). Apteegijuhataja on informeerinud õdesid ravimite säilitamise ja väljastamise korrast. On esitatud ettekandeid õdede nõukogu tööülesannetest, õe kutse-eetikast, arsti, õe ja sanitari töövahekorrast, säästerežiimi rakendamisest ja meditsiinilise teenindamise kultuurist. On korraldatud õdede nõukogu laiendatud koosolekuid kõikide vanemõdede osavõtul, kus õdede nõukogu liikmed on andnud ülevaate paremate osakondade organisatoorsetest üritustest, meditsiiniõdede tööstiilist ning kasvatustööst noorema ja keskharidusega meditsiinipersonali hulgas. Õppe-kvalifikatsioonisektsiooni esimees on tutvustanud osakonna vanemõdesid artiklitega, mis on ilmunud arstiteaduslikus ajakirjanduses, ja esitanud soovitatava temaatika ettekanneteks osakonna seminaridel.

Töökogemuste vahetamise eesmärgil esinevad osakondade vanemõed poolaasta töö aruannetega õdede nõukogu laiendatud koosolekul.

Õdede nõukogu ravi-profülaktikasektsioon kontrollib meditsiiniõdede ja noorema meditsiinipersonali tööd, kusjuures jälgitakse eriti seda, kuidas toimub raskesti haigete põetamine ja kas õdede töö on kor-

raldatud otstarbekalt. Eriti hoolikalt on kontrollitud tööd öise vahetuse ajal ja juhitud tähelepanu puudustele (kriuksuvad uksed, ebasobivad jalanõud, ebakohane valgustus öösel jne.).

Osakondade töö pidevaks jälgimiseks jagas ravi-profülaktikasektsioon oma liikmete vahel haigla osakonnad kuude kaupa). Pöörati tähelepanu haigete pesemisele, voodite korrastamisele, toitmisele, ravimite säilitamisele jne.

Kontrolli tulemusi analüüsitakse igal nädalal ja aidatakse esinenud puudustest üle saada.

Ravi-profülaktikasektsioon vaatab läbi osakondade sanitaride ja keskharidusega meditsiinipersonali töögraafikud järgmiseks kuuks, jälgides eriti, et graafikute koostamisel oleks arvestatud noorte õppivate töötajate õppeaega koolis. Sektsiooni kaasabil on sisse seatud kindel süsteem hommikuses põetustöös ja sanitaarkorrastuses. Õdesid on kohustatud lamajate haigete voodeid korrastama koos sanitariga (närviosakonnas 2—3 tunni järel, teistes osakondades vähemalt 2 korda päevas), lamajaid haigeid pesema ja raskeid toitma. Ka teistes osakondades on püütud rakendada kaheastmelist teenindamist, mida kirjeldas meie neurokirurgia osakonna vanemõde S. Särgava (Nõukogude Eesti Tervishoid, 1961, 4, 69—70).

Ravi-profülaktikasektsioon on aidanud kõikidesse osakondadesse sisse viia regulaarse hommikuvõimlemise.

Seati sisse osakonna vanemõdede vihikud, kuhu osakonna vanemõde ise ja osakonda külastavad ravi-profülaktikasektsiooni liikmed märgivad sisse kontrollimisel esinenud puudused.

Ravi-profülaktikasektsiooni liikmed suunavad ja abistavad hiljuti kooli lõpetanud meditsiiniõdesid nende töös. Kvalifikatsiooni tõstmiseks kasutatakse mitmesuguseid töövorme. Üks kord kuus peetakse ülehaiglalisi keskharidusega meditsiinitöötajate konverentse, kus esitatakse ettekandeid mitmest ainevaldkonnast. Sellele lisaks korraldatakse kord kuus osakonnasisene meditsiiniõdede seminar, mille eesmärgiks on süvendada kriitilist mõtlemist ja teadmisi kõigest uuest oma erialal, samuti anda kogemusi ettekannete koostamiseks ja esitamiseks.

Ülehaiglalistel kvalifikatsiooni tõstmise konverentsidel on kasutatud moodust, kus põhiettekande teeb arst, kaasettekanded aga on õdede poolt, keda juhendavad arstid vastavalt osakonna profiilile. Käesoleval aastal on käsitletud kaht teemat: 1) pahaloomulised kasvajad ja 2) südame- ja veresoonkonna haigused. Õdede kaasettekanded olid teemadel: a) südame- ja veresoonkonna haigustega haigete põetamine, b) südame- ja veresoonkonna haigustega haigete ettevalmistamine operatsiooniks, c) südame- ja veresoonkonna haigustega nakkushaigete põetamise iseärasused.

Käsitletud on veel mitmesuguseid teemasid, nagu hüpnoos, medikamentoosne intoksikatsioon, sõna kui raviv ja valuvaigistav faktor jne. Lisaks arstiteaduslikele teemadele on plaani võetud ettekandeid ajaloo (meditsiiniõdede kangelastegudest Suures Isamaasõjas, esimesed naisedmeedikud Venemaal) ja esteetika valdkonnast (kuidas mõista kunstiteost, kuidas kuulata muusikat, tarbekunstist, kodukultuurist jne.).

Õdede nõukogu on organiseerinud ülehaiglalisi kvalifikatsiooni tõstmise konverentse ka sanitaridele. Neile on tutvustatud inimese anatoomia ja füsioloogia põhialuseid, raskesti haigete põetamist ja ravirežiimi haiglas, siibrite ja röganõude desinfitseerimist, haigete toitmist, toidu serveerimist jne. Kõigile uutele sanitaridele, arvestades seda, et neil puudub vastav ettevalmistus, korraldatakse sanitaarmiinimumi kursus õppekvalifikatsioonisektsiooni poolt koostatud kava järgi.

Kvalifikatsiooni tõstmise üheks vormiks on olnud veel õdede suunamine teatud ajavahemikuks (1—2 nädalaks) tööle teise osakonda. Näiteks siseosakonna õdesid on suunatud vahetuse korras tööle haavaosakonna

operatsiooniblokki, haavaosakonna õdesid hingamistsentrumisse jne. Nii omandatakse raskete, eluohtlikes seisundites hingamishäiretega haigete põetamise kogemusi, mida on vaja aseptilises osakonnas torakaaloperatsioonide operatsioonijärgsel põetamisel. Kõiki haavaosakondade õdesid on õpetatud töötama autoklaaviga, narkoosiaparaadiga jne.

Õppe-kvalifikatsioonisektsioon on loonud kontakti haiglas töötavate õppivate noortega ja jälginud nende õppeedukust koolis. Möödunud õppeaastal õppis meil 33 noort töötajat mitmesugustes õppeasutustes.

Haigla õdede nõukogu on pidevalt organiseerinud töökogemuste vahetamist ja püüdnud praktikasse viia kõike uut ning progressiivset.

VERESOONTE LUPJUMISE PROFÜLAKTIKAST

H. KAHN

(Eesti NSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist, direktor arstiteaduse kandidaat *P. Bogovski*)

Veresoonte lupjumine ehk ateroskleroos on väga levinud haigus. Igal aastal sureb maailmas sellesse haigusesse mitu miljonit inimest. Et ateroskleroosi ravi tulemusi ei saa tänapäevani pidada küllalt edukaiks, tuleb erilist tähelepanu pöörata selle haiguse profülaktikale.

Ateroskleroosi põhjuseks on lipoidide, eeskätt kolesteriini ladestumine veresoonte seintesse. Selle protsessi esimeses staadiumis võime veresoonte seintel näha erineva suuruse ja kujuga kollakaid või hallikaid lipoidilaike. Niisugune lipoidide infiltratsioon on reversiibel, s. t. soodsate tingimuste korral võivad need laigud kaduda. Vastupidisel juhul kolesteriini ja teiste lipoidide ladestumine nendesse laikudesse jätkub. Aja jooksul need laigud paksenevad, moodustades nn. aterosklerootilisi naaste. Hiljem tekivad nende pinnal väikesed haavandid. Sageli ladestuvad aterosklerootilistesse naastudesse kaltsiumisoolad. Nii kaotab ateroskleroosist haaratud veresoon oma elastsuse, selle pind muutub ebatasaseks. Niisugune veresoon võib kergesti ummistuda (trombide moodustumise tagajärjel) või rebeneda.

Lipoidide ladestumist veresoonte seintesse ja selle põhjusi on uuritud aastakümneid. On tehtud kindlaks, et ateroskleroosi üheks põhjuseks on kolesteriinirikka toidu pidev tarvitamine, mille tagajärjel tõuseb vere kolesteriinisisaldus, ülearune kolesteriin aga ladestub veresoonte seintesse. Tegelikult on see protsess märksa keerulisem. Näiteks lipoidide infiltreerumine veresoonte seintesse oleneb sellest, kas nad on seotud α- või β-globuliiniga. On selgitatud, et lipoidide ühend β-globuliiniga (β-lipoproteiid) ladestub veresoone seinasse märksa kergemini kui α-lipoproteiid. Sellepärast areneb ateroskleroos seda kiiremini, mida rohkem leidub veres β-lipoproteiide. Suurt tähtsust omab ka kolesteriini ja letsitiini vaheline suhe. Teatavasti letsitiin, nagu teisedki lipotroopsed ained, pidurdab kolesteriini ladestumist veresoonte seintesse.

Rohkearvuliste uurimustega on tõestatud, et veresoonte lupjumist soodustavad ka veresoonte kohalikud kokkutõmbed (spasmid), kõrgenenud vererõhk (peamiselt kõrgvererõhuhaiguse näol), mõned endokriinsed ja ainevahetuse haigused (kilpnäärme alafunktsioon, podagra, rasvumine, suhkruhaigus), mõned nakkushaigused (kõhutüüfus, malaaria), pliimürgistus jne. Kõigi ülalnimetatud tegurite veresoonte lupjumist soodustav mõju on tihedalt seotud kõrgema närvisüsteemiga, sest selle talitlusest sõltub organismisisese (endogeense) kolesteriini süntees mak-

sas ning ainevahetusprotsesside reguleerimine. Seega tunnistab tänapäeva meditsiin kesknärvisüsteemi juhtivat osa ateroskleroosi kujunemises. Seda seisukohta kinnitavad nii eksperimentaalsed tööd kui ka kliinilised tähelepanekud. Näiteks on kindlaks tehtud, et niisugused vahendid, mis ergutavad kesknärvisüsteemi (fenamiin, kofeiin jt.), tõstavad vere kolesteriinisisaldust; luminaal, barbamüül ning teised uinutid aga alandavad kolesteriinisisaldust. Ka pingeline vaimne töö, hingelised vapustused, negatiivsed emotsioonid (hirm, viha) ja teised taolised seisundid, mis nõuavad kesknärvisüsteemilt suurt pingutust, toovad endaga kaasa kolesteriinihulga suurenemise veres. Sellepärast on närvisüsteemi säästmine veresoonte lupjumise profülaktikas erakordselt suure tähtsusega. Kõigepealt on väga oluline, et päevarežiim oleks otstarbekohane ja lähtuks töö ning puhkuse vaheldumise nõuetest. Närvirakkude töövõime taastamiseks peab täiskasvanud inimene magama vähemalt 8 tundi ööpäevas. Eriti oluline on üksmeelsus ja rahu kodus, samuti tööl. Soodsalt mõjub närvisüsteemile tegelemine kehakultuuriga. Ka ainevahetusprotsessidele, südamele ning veresoonkonnale ja hingamiselunditele mõjub kehakultuur hästi.

Tuleb arvestada kesknärvisüsteemi reguleerivat osa mitte ainult lipoidide-ainevahetuses, vaid ka selle otsest mõju veresoonkonnale. Psüühilised traumad ja tugevad emotsioonid võivad vererõhku tunduvalt tõsta ning põhjustada vereringe häireid elutähtsates elundites, mistõttu verevalumid ajju ja südameinfraktid tekivad sageli just neis olukordades.

Kahjulikult mõjuvad inimese kõrgemale närvitalitlusele alkoholi tarvitamine ja suitsetamine. Katseloomade abil on tõestatud, et alkohol, eriti aga nikotiin, kiirendab veresoonte lupjumist.

Paljud inimesed, jõudes 40-ndatesse aastatesse, loobuvad kehakultuurist, hommikuvõimlemisest ja isegi jalutuskäikudest. Ometi on keskja isegi vanemas eas kehakultuuriga tegelemine väga vajalik. Viiekümnendateks eluaastateks hakkavad veresoonte lupjumise nähud enamasti ikka rohkem ja rohkem ilmnema. Lisaks sellele kalduvad inimesed selles eas tüsedusele, mõned aga koguni rasvumisele. Paljudel tekib kõhukinnisus. Neid ebameeldivaid vananemistunnuseid võib pidurdada järjekindla võimlemisega, ujumisega, pallimänguga ja mitmete teiste jõukohaste kehaliste harjutustega.

Arvamus, et veresoonte lupjumine on omane ainult tehnikaajastule, et seda põhjustab kiire elutempo, intensiivne intellektuaalne töö jne., ei pea paika. Meie ajani säilinud Egiptuse muumiatel on teadlased leidnud ilmekaid ateroskleroотilisi muutusi. Mõnel juhul on saadud isegi tõestada, et see või teine Egiptuse vaarao suri veresoonte lupjumise tagajärjel. Võib aga arvata, et veresoonte lupjumist esineb tänapäeval tõepoolest mõnevõrra enam kui möödunud aegadel. Peamine põhjus on ilmselt inimese keskmise eluea tunduvas pikenemises, millega seoses on loomulikult suurenenud ka «vanema ea haiguste» erikaal.

Tõsist tähelepanu tuleb osutada krooniliste haiguste, eriti ainevahetuse, sisesekretsiooninäärmete ja südame ning veresoonkonna haiguste õigeaegsele ja hoolikale ravile. Võtame näiteks kõrgvererõhuhaiguse, mis märgatavalt soodustab veresoonte lupjumise tekkimist. Tähelepanekud näitavad, et kui kõrgvererõhku ei ravita, areneb veresoonte lupjumine tunduvalt kiiremini kui nendel haigetel, kes on ennast süstemaatiliselt ravinud. Ka suhkruhaigetel esineb veresoonte lupjumist 4—5 korda sagedamini kui teistel. Suhkruhaiguse hoolika ravimisega pidurdame ühtlasi veresoonte lupjumist. Taolisi näiteid võib tuua palju.

Tihedas omavahelises sõltuvuses on kolesteriin ja suguhormoonid. On kindlaks tehtud, et meestel tõuseb vere kolesteriinisisaldus kuni 32. eluaastani, seejärel ainult vähe muutudes. Naistel aga püsib koles-

teriinipeegel küllalt madalana kuni 32. eluaastani, millele järgneb kolesteriinihulga tõus. Et eriti intensiivselt hakkab vere kolesteriinisisaldus tõusma klimakteeriumi-eas, siis tuleks sel ajal ateroskleroosi profülaktikale hakata eriti tõsiselt mõtlema. Üldse omistatakse suguhormoonidele veresoonte lupjumise vastast toimet.

Edasi toitumisest. Mitte asjata ei peetud omal ajal veresoonte lupjumise ainukeseks põhjuseks kolesteriinirikka toidu tarvitamist. Ka tänapäeval, kus me teame, et ühe või teise toidu tarvitamine pole kaugeltki ainumäärava tähtsusega ateroskleroosi kujunemises, ei saa eitada toidufaktori suurt tähtsust veresoonte lupjumise tekkepõhjuste ahelas.

Ateroskleroosivastane dieet põhineb peamiselt toiduainete erineval kolesteriinisisaldusel (vt. tabel 1).

Tabel 1

Kolesteriini- ja letsitiinisisaldus mõnedes toiduainetes (milligrammides 100 g kohta)

Toiduaine nimetus	Kolesteriin	Letsitiin
Liha (tai)	80	1000
Sealiha	900	—
Kaaviar	490	1340
Lehmapiim	25	60
Juust	140	—
Kanamuna	480	3700
Munavalge	0	—
Munakollane	2000	9600
Või	270	160
Makaronid	0	650
Rukkijahu	0	57
Sojaoad	0	1480
Nisu (terad)	0	375
Nisujahu	0	65

Kõige enam leidub kolesteriini rasvas. Neil, kelle toidu üldkaloraažist rasv modustab kuni 20%, areneb veresoonte lupjumine harva ning aeglaselt, 30—35% puhul esineb veresoonte lupjumine sageli. Kui üle 40% toidu üldkaloraažist moodustab rasv, on veresoonte lupjumine möödapääsematu. On välja arvestatud, et eurooplastel moodustab rasv toidu üldkaloraažist keskmiselt 32,12%, kuna jaapanlastel, kelle seas veresoonte lupjumist esineb märgatavalt vähem, on see protsent 19,9. Kuid rasvainete tarvitamise piiramisest üksi ei piisa: on vaja vähendada ka süsivesikute hulka toidus, sest süsivesikud võivad organismis muutuda rasvadeks. Valkainete kogust pole vaja vähendada. Näiteks soovitatakse süüa päevas 60 grammi rasva (tavalise 100 g asemel), 350—450 g süsivesikuid (tavaliselt süüakse umbes 700 g) ja 100—120 g valke (seega normi piirides) ja mitte üle 4 g soola. Niisugune toidukogus annab ligikaudu 2500 kalorit (tavalise 3200—3500 kalori asemel).

Üksikasjalisemaid nõuandeid menüüde koostamise kohta võib leida A. V. Hodõkini brošüüris «Ravitoitlustamisest ateroskleroosi puhul» (vt. kirjanduse loetelus p. 5).

Kõrvuti ateroskleroosi soodustavate toiduainetega on olemas ka niisuguseid toiduaineid, mis aitavad kolesteriini organismist välja viia või muudavad seda nõnda, et selle ladestumine veresoonte seintesse aeglustub (vt. tabel 2). Niisugusteks on eeskätt koliini-, metioniini-, letsitiini- ja C-vitamiini rikkad toiduained.

Viimaste aastate jooksul on rasvade kohta saadud uusi huvitavaid andmeid. Nimelt on selgunud, et veresoonte lupjumise vältimise seisukohast on eriti olulised need rasvad, mis sisaldavad nn. mitteküllastatud rasvhappeid. Niisugusteks rasvadeks on peamiselt taimeõlid. Veel hil-

juti kehtis jaotus, mille kohaselt täisväärtuslikeks rasvadeks peeti ainult loomse päritoluga rasvaineid, kuna taimse päritoluga rasvu peeti ekslikult mittetäisväärtuslikeks. Nüüd on aga kindlaks tehtud, et mitteküllastatud rasvhapped lahustavad veresoonte seintesse ladestunud aineid, eriti kolesteriini. Peale selle tugevdavad nad koerakkude membraane. Arvesse võttes mitteküllastatud rasvhapete tähtsust on nende kompleksi hakatud nimetama F-vitamiiniks. Üks supilusikatäis taimeõli päevas rahuldab inimese vajaduse selle vitamiini järele.

Tabel 2

Toiduainete jaotamine veresoonte lupjumise profülaktika seisukohast

Soovitatav hoiduda	Soovitatav piirata	Soovitatav tarvitada	Vajalik tarvitada
Pekk	Sink	Peenleib	Kohupiim
Sulatatud rasv	Kalamari	Juust	Rukkileib
Rasvane liha	Või	Taine loomaliha	Taimeõlid
Kreemid	Keedusool	Värske kala	Keefir
Kakao	Puljong	Juurvili	Hapupiim
Šokolaad	Kange tee	Kartulid	Mesi
Suitsuvorst	Naturaalne kohv	Seened	Tursakala
Vürtsained	Suhkur		Õunad
	Kõrgemat sorti sai		Tsitrusviljad
	Munad		Roheline salat
	Kilud		Roheline hernes
	Koor		Küüslauk
			Tatratangud
			Aedviljamahlad

Veresoonte lupjumise protsessis etendavad tähtsat osa ka vitamiinid. Loomkatsete varal on veenvalt selgitatud, et D-vitamiin, mida leidub rohkesti rasvainetes (eriti kalamaksaõlis) tõstab vere kolesteriinisisaldust. Vastupidi D-vitamiinile C-vitamiin takistab veresoonte lupjumist. Suurtes annustes (1,0 päevas) on C-vitamiin võimeline eemaldama kolesteriini veresoonte seintest. Seepärast kasutatakse C-vitamiini mitte ainult ateroskleroosi profülaktikaks, vaid ka raviks. Raviskeem on järgmine. 20 ml 5%-list C-vitamiini süstitakse veeni üks kord päevas, kokku 10 päeva vältel. Seejärel jätkatakse C-vitamiini tarvitamist suu kaudu (neli korda päevas á 0,25) 20 päeva jooksul. Kahekuulise vaheaja järel tuleb korrata C-vitamiini kuuri suu kaudu. Kokku võib aasta jooksul korrata 4—6 niisugust kuuri.

Veresoonte elastsust aitab tõsta P-vitamiin (rutiin, katehiin), mida rohkesti leidub (koos C-vitamiiniga) kibuvitsamarjades, mustsõstardes, sidrunites ja rohelistes teelehtedes.

B_{12}-vitamiin ja foolhape (Bc-vitamiin) kaasabil toimub maksas koliini ja metioniini süntees. Need ained, nagu juba eespool mainitud, takistavad veresoonte lupjumise arenemist.

Veresoonte lupjumist pidurdavad ka mõned medikamendid, eelkõige jood. Seda tuleb kasutada järjekindlalt 1—1,5 kuu vältel, tehes seejärel umbes 2—3-kuulise vaheaja. Neil juhtudel, kui joodi tarvitamine kutsub esile kõrvalnähte, näiteks nohu, ülemiste hingamisteede ärritust jms., tuleb joodikuur ajutiselt katkestada. Kõiki joodipreparaate on soovitatav tarvitada pärast söömist, sest jood ärritab mao limaskesta. Joodipreparaatidest on eriti hästi talutav sajodiin.

Ka novokaiinile omistatakse ateroskleroosivastast toimet. Katseloomadel on leitud, et novokaiinkuurid alandavad kolesteriinihulka veres ja vähendavad aterosklerootilisi muutusi veresoontes. Novokaiini toimel suureneb veres letsitiini hulk.

Peale selle kasutatakse veresoonte lupjumise profülaktikaks ja raviks 40%-list küüslaugu-alkoholilahust (10—15 tilka kolm korda päevas), kõhunäärmehormooni lipokaiini (0,1—0,2 g 2—3 korda päevas), metioniini (0,5 g 3 korda päevas, ½—1 tund enne söömist). Ülalmainitud ravimeid võib tarvitada 2 nädala vältel. Pärast kahekuulist vaheaega tuleb ravikuure korrata.

Vaatamata sellele, et pärast 40. eluaastat esineb enamikul inimestel kalduvus kolesteriini ladestumiseks veresoontesse, pole 5—10%-l kõrge vanaduseni elanud inimestel veresoonte lupjumist leitud. Seega pole veresoonte lupjumine vanaduse paratamatu kaaslane vaid haigus. Et arstiteadus ei tunne tänapäevani spetsiifilist ateroskleroosiravi, on profülaktiliste abinõude komplekssel ja järjekindlal rakendamisel esmajärguline tähtsus.

KIRJANDUS

1. Мясников А. Л. Атеросклероз. М., 1960. — 2. Петровский К. С. Клинич. медицина, 1958, 10, 20—24. — 3. Соколовский Р. Л. Здоровье, 1958, 6, 20—22. — 4. Волкова К. Т. Атеросклероз и его предупреждение. М., 1957. — 5. Хорыкин А. В. Лечебное питание при атеросклерозе. М., 1957. — 6. Zelenin, V. F. Kuidas tugevdada südant. Tallinn, 1956. — 7. Kahn, H. Veresoonte lupjumine ja selle profülaktika. Tallinn, 1959.

О ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Х. Кахн

Резюме

Большая распространенность атеросклероза и отсутствие эффективных методов его лечения указывают на необходимость усилить профилактику этого заболевания. Поэтому, необходимо не только врачам, но и фельдшерам и медицинским сестрам постоянно совершенствовать свои знания в области профилактики атеросклероза.

Современная медицина рассматривает атеросклероз, как результат длительно и постепенно складывающихся нарушений кортико-висцеральной регуляции белково-жирового, особенно холестеринового, обмена. Этим нарушениям в сильной мере способствуют элементарные условия. Исходя из этого, нужно для профилактики атеросклероза шадить нервную систему (здоровый образ жизни, достаточный отдых, не курить и т. д.), укреплять нервную систему (физкультура, закаливание организма), своевременно и настойчиво лечить все заболевания (особенно гипертоническую болезнь и сахарный диабет), правильно питаться (ограничить употребление пищи, богатой холестерином и другими липоидами; систематически употреблять растительные масла; продукты, богатые липотропными веществами и витамином С и т. д.).

KUNSTLIKUST HINGAMISEST SUU SUUL MEETODIL ESMAABI TINGIMUSTES

B. LEHEPUU

(Tallinna Vabariiklikust Haiglast, peaarst *M. Smirnova*)

Seoses teadmiste täienemisega anestesioloogia ja reanimatoloogia (taaselustamise) alal kerkib vajadus õige ja efektiivse kunstliku hingamise järele. Käesolevas artiklis ei käsitleta kunstliku hingamise läbiviimist hästi varustatud haiglas, kus on olemas vastav aparatuur ja vilunud personal hingamishäiretega haigete raviks — see on eraldi probleem. Kahjuks aga tekivad enamikul haigetest hingamishäired väljas-

pool haiglat, tihti pole isegi meditsiinipersonali abi käepärast. Selliste haigete saatuse otsustab sageli efektiivse kunstliku hingamise õigeaegne kasutamine.

Hingamishäired, nii tsentraalset kui ka perifeerset laadi, võivad väljenduda kas hingamistalitluse nõrgenemisena või hingamise täieliku lakkamisena. Olenemata etioloogilisest faktorist toimub organismis hingamishäirete tagajärjel rida patoloogilisi nihkeid. Neist olulisemateks on 1) hapnikuga varustamise häired; 2) CO_2 kogunemise nähud; 3) hingamise taastumiseks olulise Hering-Breueri refleksi lakkamine (kopsu ja pleura rütmilise venituse puudumise tõttu); 4) intratorakaalse rõhu rütmilise muutumise soodsa mõju kadumine vereringele.

Hingamise lakkamisel alaneb hapniku osarõhk kõigis kudedes, süsihappegaasi väljaviimine ventilatsiooni puudumisel samaaegselt väheneb ja selle osarõhk kudedes tõuseb, seetõttu areneb nn. hingamise atsidoos. L. Barthi andmetel on CO_2 akumulatsioon veres aja lineaarne funktsioon, mis Holmdahli loomeksperimentide alusel võrdub 1 vol% minutis (4). Samaaegselt vere pH langeb 0,02 ühiku võrra minutis.

Kunstliku hingamise meetodi valikul tuleb silmas pidada, et kõik eespool loetletud patoloogilised muutused organismis kõrvaldataks võimalikult kiiresti. Seejuures peab kunstliku hingamise meetod olema lihtne, kergesti rakendatav ja õpitav, optimaalselt efektiivne ja haigele ohutu.

Suur hulk erinevate maade teadlasi on viimastel aastatel uurinud kunstliku hingamise meetodeid esmaabi tingimustes. Üldtuntud teadlased J. Elam jt. (6, 7), R. De Forest (8), R. Frey (9), A. Gordon jt. (10), D. Greene jt. (11), H. Poulsen (14), A. Ruben (2) on uurinud erinevate kunstliku hingamise meetodite efektiivsust, pöörates tähelepanu ventilatsiooni mahule, hapniku ja CO_2 osarõhule nii alveoolide õhus kui ka veres. Paralleelselt on uuritud organismi pH-d, hemodünaamika näitajaid ja organismi reflektoorset tegevust. Kõigi teadlaste ühine seisukoht on, et traditsioonilised käsitsi tehtava kunstliku hingamise meetodid (Silvesteri, Schäferi, Nielseni jt. meetodid) ei rahulda. Pealegi on need meetodid abistajale füüsiliselt rasked, ta väsib kiiresti ja meetodi efektiivsus langeb veelgi.

P. Safari ja Meyer Sakladi järgi (13, 15) üldtuntud käsitsi tehtava kunstliku hingamise meetoditest on saadud parimaid tagajärgi Nielseni meetodiga, mil saavutatakse suurem ventilatsioon — 580—619 cm^3. Pikemaajalisel kasutamisel ei rahulda aga ka see meetod, sest hapniku saamine on mitteküllaldane, ventilatsioon väike, Hering-Breueri refleks puudub ja intratorakaalse rõhu muutused on minimaalsed.

Paljude teadlaste uurimistulemused näitavad, et kõige efektiivsemaks kunstliku hingamise meetodiks esmaabi tingimustes on kõige vanem, kuid unustusse jäetud nn. suu suul meetod. H. Seeler (17) viitab, et juba vana testamendi teises kuningate raamatus kirjeldatakse, kuidas prohvet Elias saavutas surnud lapse elustamise, puhudes õhku tema suhu. See legend vihjab asjaolule, et kunstliku hingamise suu suul meetod oli tuntud väga ammu. 1743. aastast on inglise kirurg William Tossach'ilt säilinud kirjeldus elustamisest kunstliku hingamisega suu suul meetodil [tsit. W. Mushini järgi (20)]. Viimasel aastakümnel on see kunstliku hingamise meetod paelunud uuesti tähelepanu, ja nagu selgub 1958. a. Ameerikas toimunud spetsiaalse sümpoosioni ja 1959. a. Saksamaal peetud konverentsi otsustest kunstliku hingamise kohta (8, 9), on suu suul meetod esmaabis teistest seni tuntud kunstliku hingamise meetoditest parim. Välismaa anestesioloogia-, füsioloogia- ja üldmeditsiinialastes ajakirjades on avaldatud hulgaliselt artikleid selle meetodi kasutamise kohta heade tagajärgedega.

Suu suul meetodi rakendamisel puhub abistaja väljahingatava gaasisegu haige hingamisteedesse. Seejuures võib puhuda kas suhu (suu suul meetod), suhu ja ninasse (suu-hingamisteede meetod), ninasse (suu-nina meetod), näole fikseeritud narkoosimaski (suu-maski meetod), intratrahheaaltorusse (suu-intratrahheaaltoru meetod), trahheotoomiatorusse (suu-trahheotoomiatoru meetod). Kõigil juhtudel on niiviisi läbiviidav kunstlik hingamine vahelduva positiivse rõhuga kunstliku hingamise eriliik, mis võimaldab kompenseerida kõiki hingamise lakkamise tagajärjel toimuvaid nihkeid. Seejuures väldib suu suul meetodil läbiviidav kunstlik hingamine nii hüpo- kui ka hüperventilatsiooni, sest abistaja tunneb haige hingamise sügavust ja oluliselt hüperventileerida ta ei suuda. Kui kasutada kunstliku hingamise tegemiseks Kreiselmanni lõõtsa tüüpi aparaate, on vaja väga oskuslikke töötajaid, sest hüperventilatsioon, nagu selgub R. Looga ja K. Sugioka töödest (3, 18), ei ole vähem ohtlik kui hüpoventilatsioon.

R. Frey andmetel (9) saavutati suu suul meetodil vere hapnikusisalduse suhtes paremad näitajad kui ühegi teise meetodiga. Arteriaalse vere küllastatus hapnikuga tõusis kiiresti 96—99%-ni. P. Safar, M. Mc Mahon jt. järgi (15) alanes süsihappegaasi sisaldus alveoolide õhus 30 minutit kestnud kunstliku hingamise järel suu suul meetodil (hingamissagedus 24 korda minutis) 4,8%-lt 3,9%-ni haigel ja 3,0%-ni abistajal. Mis puutub suu suul kunstliku hingamise puhul tekkivasse loogilisse vastuväitesse, et väljahingatavas õhus on palju süsihappegaasi ja vähe hapnikku, siis R. Balagot ja M. Sadove (5) arvestustest selgub, et mõõduka hüperventilatsiooni tingimustes saab haige küllaldaselt O_2 ja mõõdukalt CO_2. Nimelt abistaja, hingates 20 korda minutis hingamismahuga à 500 ml, hingab minutis sisse 10 000 ml õhku, s. t. 2100 ml hapnikku. Sellest ta kulutab ise ligi 300 ml, järelikult hingab abistaja minutis välja 1800 ml hapnikku. Kerge hüperventilatsiooni korral langeb abistaja poolt väljahingatava õhu süsihappegaasi sisaldus 2 vol%-ni.

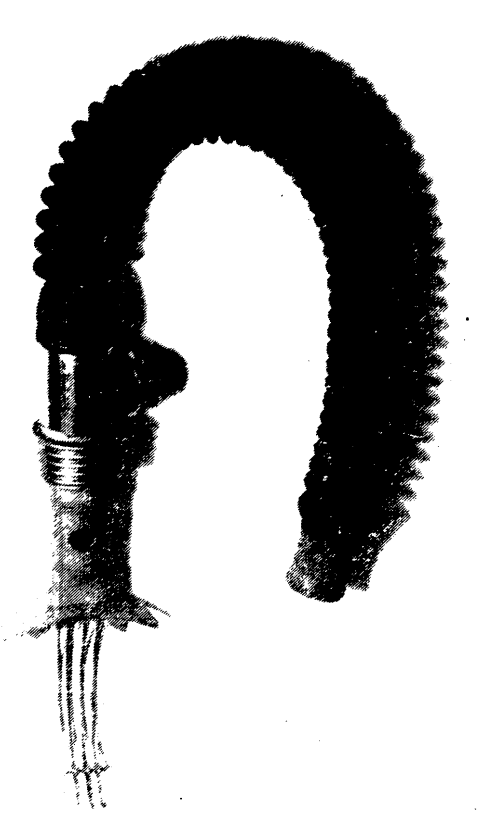
Kunstliku hingamise tehnika suu suul meetodil on lihtne. Oluline on silmas pidada, et haige suu ja hingamisteed oleksid vabad. Kui haige on terminaalses seisundis, esineb tihti keele tagasilangemist. Seetõttu on kunstliku hingamise tegemisel oluline, et haige pea oleks õiges asendis. Selleks tuleb haige alalõuga hoida tõstetult. Üldiselt soovitatakse keele tagasilangemise vältimiseks asetada haige pea maksimaalsesse kuklasirutusse, sest sel juhul moodustavad ülemised hingamisteed peaaegu sirgjoone.

R. De Forésti järgi (8) on kunstliku hingamise läbiviimisel suu suul meetodil oluline: 1) puhastada haige suu ja kurk võimalikest võõrkehadest; 2) tõsta haige alalõug pea kuklasse sirutamisega; 3) abistaja sügav väljahingamine (puhuda haige hingamisteedesse kuni rindkere liikumiseni) — haigel sissehingamisfaas; 4) abistaja hingab sisse ajal, mil haige hingab passiivselt välja; 5) hoida haige alalõug tõstetult, kuni hingamine on käratu ja väljahingamine vaba; 6) hingata 12—20 korda minutis; 7) väljahingamismomendil suruda mõnikord haigele perioodiliselt mao piirkonda, et makku sattunud gaasid väljuksid.

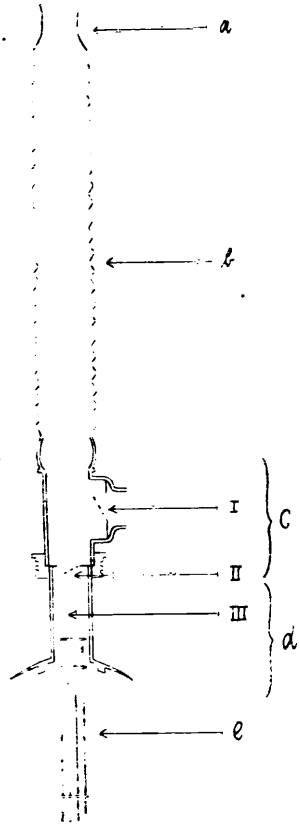
P. Safari tähelepanekute alusel (16) suudavad sellist tehnikat kasutades ka naised ja lapsed efektiivselt ventileerida kuni 2 korda suurema kehakaaluga täiskasvanuid. Kunstliku hingamise suu suul meetodil on terve rida eeliseid, sest see on 1) kättesaadav, 2) tagab haigele sissehingatava gaasisegu soovitava temperatuuri, hingamismahu, sageduse ja rõhu, 3) õhutee võimalikul obstruktsioonil tunneb abistaja hingamistakistuse muutust, 4) on tunda ja kuulda sekreedi kogunemine haige hingamisteedes, 5) haige rindkere liikuvus on jälgitav, 6) haige väljahingamine on tunda ja kuulda, 7) abistaja mõlemad käed on vabad haige alalõua hoidmiseks, 8) haige tugev hüperventilatsioon on välditud.

Meetodi puudusena märgitakse: 1) kontakt haige suuga on ebahügieeniline ja ebaesteetiline, 2) ilma hüperventilatsioonita koguneb veres süsihappegaas, 3) hüperventilatsiooni korral areneb abistajal alkaloos kuni teadvuse kaotuseni ja 4) mürgistatul (vingugaas või keemilised ründeained) ei saa meetodit kasutada, sest haige ja abistaja hingamisõhk seguneb ja võib põhjustada abistaja mürgistuse.

Nende puuduste kõrvaldamiseks konstrueerisime lihtsa aparaadi. Samal põhimõttel töötavaid aparaate on varem kirjeldanud W. Lee (12) ja J. Tomashefski kaasautoritega (19).



Aparaat kunstliku hingamise tegemiseks suu suul meetodil



Aparaadi skeem

Meie konstrueeritud aparaat (vt. foto ja skeem) koosneb huulikust abistajale (a), voltvoolikust (b) mahuga 300 cm^3, klappide süsteemist (c), huulikust haige jaoks (d) ja keelehoidjast haige jaoks (e). Klappide süsteemis on 2 klappi: abistaja sissehingamisklapp (I), mis avaneb abistaja sissehingamisel ja sulgub väljahingamisel; abistaja väljahingamisklapp (II), mis avaneb väljahingamisel, sissehingamise momendil aga on suletud, haigele on sama klapp sissehingamisklapiks. Väljahingamise võimaldamiseks haigele on haige huuliku eespinnal avaus (III), mille abistaja suleb haige sissehingamise momendiks sõrmega.

Kunstliku hingamise tegemiseks paigutatakse huulik haige jaoks haigele suhu nii, et keelehoidja asuks keele peal ja hoiaks keelt tagasi langemast, huultetagune plaat aga paikneks esihammaste ja huulte vahel. Haige nina tuleb sulgeda kas klemmiga või tampooni abil. Abistaja hingab kogu aeg läbi huuliku, hoides käega haige suu suletuna ja sulgedes sama käe ühe sõrmega (haige sissehingamise momendil) väljahingamisava haige huulikul.

Abistaja sissehingamisel avaneb sissehingamisklapp (I), voltvoolik täitub atmosfääri õhuga, samal ajal on abistaja väljahingamisklapp (II) kinni ja läbi avatud väljahingamisava (III) haige huulikul toimub haige väljahingamine. Abistaja väljahingamisel sissehingamisklapp (I) sulgub, avaneb väljahingamisklapp (II), samaaegselt suleb abistaja sõrm väljahingamisava haige jaoks (III) ja haige hingamisteedesse surutakse kõigepealt voltvoolikust 300 cm^3 atmosfääri õhku, pluss atmosfääri õhule läheneva koosseisuga gaaside segu abistaja hingamisteede nn. surnud ruumist, pluss abistaja poolt väljahingatav gaasisegu, mille maht oleneb abistaja hingamismahust. Abistaja korduval sissehingamisel avaneb uuesti sissehingamisklapp (I), väljahingamisklapp (II) sulgub ja läbi avatud väljahingamisava haige jaoks (III) toimub haige passiivne väljahingamine. Samal ajal saab abistaja sissehingamisel voltvoolikust 300 cm^3 süsihappegaasirikast, tema enda poolt väljahingatud gaasisegu, pluss atmosfääri õhku olenevalt hingamismahust.

Nii on välditud kõik suu suul meetodil tehtava kunstliku hingamise puudused: vahetu kontakt haige hingamisteedega puudub; haige saab hingamiseks põhiliselt atmosfääri õhku; abistajal ei teki alkaloosi ohtu, sest abistaja hingab sisse osaliselt enda poolt väljahingatud gaasisegu; mürgistatu abistamisel ei kannata abistaja, sest haige poolt väljahingatavad gaasid on abistajast isoleeritud.

Peame võimalikuks sellise konstruktsiooniga aparaadi kasutamist mürgistatud keskkonnas. Sel juhul kaitseb sissehingamisklapile (I) lisatud filter mürgistuse eest nii abistajat kui ka haiget. Tarviduse korral võiks osa haige huulikust asendada haige näole fikseeritud kummimaskiga (puuduseks on, et sel juhul haige «surnud ruum» suureneb) või siis intratrahheaalse toru või trahheotoomia kanüüliga.

Sellise konstruktsiooniga aparaadiga oleme edukalt teinud kunstlikku hingamist kurariseeritud haigetel narkoosi mõningatel etappidel. Saavutatud ventilatsioon on olnud küllaldane ja haige hemodünaamika näitajad stabiilsed.

Meie arvates võib kunstlikku hingamist suu suul meetodil soovitada esmaabiks. Kirjeldatud lihtne aparaat aga võimaldaks kõrvaldada selle meetodi puudused.

KIRJANDUS

1. Хоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. М., 1959, 415. — 2. Рубен А., Илем Дж., Рубен Т., Саев С. Сов. медицина, 1960, 7, 126—128. — 3. Looga, R. Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised. Tallinn, 1956, vihik 40, 3—14. — 4. Barth, L. Der Anaesthesist, 1960, B. 9, H. 2, 65—66. — 5. Balagot, R., Sadove, M. Internat. Rec. Med., 1960, vol. 173, 5, 293—299. — 6. Elam, J., Ruben, A., Greene, D. J. Am. Med. Assoc., 1960, vol. 174, 1, 13—17. — 7. Elam, J., Brown, E., Elder, J. New England J. Med., 1954, vol. 250, 18; 749—754. — 8. De Forest, R. J. Am. Med. Assoc., 1958, vol. 617, 3, 317—341. — 9. Frey, R. Der Anaesthesist, 1960, B. 9, H. 1, 27—28. — 10. Gordon, A., Frye, C., Gittelson, L., Sadove, M., Beattie, E. J. Am. Med. Assoc., 1958, vol. 167, 3, 320—328. — 11. Greene, D., Bauer, R., Janney, C. J. Appl. Phys., 1957, 11, 2, 313—318. — 12. Lee, W., Tarrow, A., Ward, R. J. Am. Med. Assoc., 1959, vol. 169, 1, 33—35. — 13. Meyer Saklad. Inhalation therapy and resuscitation. Springfield, 1953, 235—237. — 14. Poulsen, H. Der Anaesthesist, 1960, B. 9, H. 4, 141—144. — 15. Safar, P., McMahon, M., Aquto-Escarraga, L., Norris, A., Drawdy, L., Redding, J. Anesth. and analg., 1959, vol. 38, 5, 394—405. — 16. Safar, P. J. Appl. Phys., 1959, vol. 14, 1; 84—88. — 17. Seeler, H. U. S. Armed Forces Med. J., 1959, vol. 10, 7, 761—766. — 18. Sugioka, K., Davis, D. Anesthesiology, 1960, vol. 21, 2, 135—143. — 19. Tomashefski, J., Oliver, T. J. Am. Med. Assoc., 1960, vol. 172, 17, 1888—1891. — 20. Mushin, W. The principles of thoracic Anaesthesia. Oxford, 1953, 28.

О МЕТОДЕ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ РТОМ КО РТУ В УСЛОВИЯХ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

В. Лехепуу

Резюме

Во избежание имеющихся недостатков в классическом методе искусственного дыхания непосредственным приложением рта ко рту при оказании помощи во время остановки дыхания рекомендуем простой аппарат. При его применении для искусственного дыхания метод ртом ко рту становится гигиеничным, у больного не развивается ацидоз, так как он получает в основном атмосферный воздух, а у проводящего искусственное дыхание не наступает алкалоза.

Описанный нами метод пригоден и для оказания помощи (с добавлением фильтра) в условиях МПВО.

75 AASTAT PHILIPP KARELLI SURMAST

Käesoleva aasta 30. augustil möödus 75 aastat väljapaistva arsti Philipp Karelli surmast, kes ühtlasi kuulub esimeste eesti rahvusest arstide hulka.

P. Karell sündis 10. XII 1806. a. Tallinnas Toompeal baltlasest mõisniku teenija paljulapselises perekonnas. Alg- ja keskhariduse omandas ta Tallinnas. 1826. a. astus P. Karell Tartu ülikooli arstiteaduskonda. Esimestel aastatel tuli tal võidelda materiaalsete raskustega. Olukord paranes 1828. a., kui P. Karell sai kroonustipendiaadiks. Stuudiumi lõpetas ta 28. V 1832. a. arstiteaduse doktori kraadiga ning alustas sama aasta juunis teenistust sõjaväearstina, algul ihukaardiväe grenaderidepolgu pataljoniarstina. 1834. a. viidi P. Karell üle ihukaardiväe ratsapolgu nooremaks arstiks, 1838. a. kinnitati ta sama polgu vanemaks staabiarstiks. Samaaegselt töötas P. Karell ratsapolgu hospidalides. 1855. a. määrati ta ratsapolgu hospidalide juhatajaks ja töötas sel ametikohal elu lõpuni. 1849. a. omistati P. Karellile tsaariperekonna ihuarsti tiitel, vastavaid kohuseid täitis ta 1879. aastani (1, 3).

P. Karelli edukus tulenes eeskätt praktilisest oskusest kasutada oma soliidseid teoreetilisi teadmisi, mida ta pidevalt täiendas. Sellega võitis ta patsientide usalduse ja kolleegide lugupidamise. P. Karell ei olnud aga ainult arst-praktik. Ta püüdis oma ravialaseid tähelepanekuid teaduslikult üldistada, tutvustades ka teisi arste meditsiini uusimate saavutustega.

P. Karellil on ilmunud trükist neli, mitte aga kolm tööd, nagu väidab A. Lüüs (4, lk. 405). Esimeseks on doktoriväitekiri «*De rheumatismo uteri*» (1832, Dorpat). 1837. a. [mitte aga 1838. a., nagu toob L. Stieda (5)] viibis P. Karell välismaal komandeeringul. Ta eesmärgiks oli tutvuda hollandi arsti C. Herteloup'i litotripsia meetodiga, kuid ta ei kohanud teda. Sama aasta maikuus tuli C. Herteloup ise Venemaale ja sõjaminister määras P. Karelli tema saatjaks (1). P. Karell assisteeris C. Herteloup'i operatsioonide ajal Peterburis ja Moskvas ning avaldas oma tähelepanekud 1838. a. Hamburgis ilmunud ajakirjas «Zeitschrift für die gesammte Medicin» (Bd. VII). Ta kirjeldab C. Herteloup'i meetodit põiekivide purustamiseks, selgitab haiguse diagnoosimist elastse sondi abil ja lisab instrumentide joonised. Selles töös juhtis P. Karell tähelepanu ka puudustele tervishoiu propagandas: «lihtinimesi» ei tutvustata haiguse esimeste tunnustega, mistõttu nad ei saa arstiabi otsida õigeaegselt. Ta ei olnud nõus nendega, kes väitsid, et «... lihtrahvas ei saa aru põiekivi ja seda pahet eemaldava ravivahendi seletustest ja on ükskõikne oma tervise suhtes, ja et seda üksnes haritud ringkonnale peaks pakutama» (tsit. 6, lk. 418). Kuigi P. Karellilt pole ilmunud rahvale määratud sanitaarhariduslikke kirjutisi ei eesti ega ka teistes keeltes, on tema mõtteavaldused oma aja kohta hinnatavad. (Sanitaarpropaganda teaduslike aluste rajajaks Eestis sai sajandi vahetusel Peterburis tegutsenud eesti arst P. Hellat.)

Välismaareisil tutvus P. Karell Brüsseli Püha Peetruse hospidali peakirurgi L. Seutin'i juures tärklismähise kasutamisega luumurdude

Philipp Karell

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКІЙ

ЖУРНАЛЪ,

ИЗДАВАЕМЫЙ

МЕДИЦИНСКИМЪ ДЕПАРТАМЕНТОМЪ
ВОЕННАГО МИНИСТЕРСТВА.

Часть XXXIII. № 2.

Discere ne cessa, cura sapientia crescit:
Rara datur longo prudentia temporis usu.
Cato.

Act. 42, 287.

САНКТПЕТЕРБУРГЪ.
ВЪ ТИПОГРАФІИ ИВЕРСЕНА.

1839.

Fotokoopia ajakirja «Военно-Медицинский журнал» tiitellehest — selles numbris ilmus P. Karelli artikkel tärklismähisest

I.

КРАХМАЛЬНАЯ ПЕРЕВЯЗКА Д. СЕТЕНА.

Соч. Докт. *Карель.*

Первое условіе успѣшнаго леченія переломовъ есть удержаніе концевъ переломленной кости въ надлежащемъ положеніи; при переломахъ же нижнихъ конечностей необходимо еще совершенное спокойствіе и горизонтальное положеніе тѣла, тѣмъ болѣе тягостное для больнаго, что онъ обыкновенно чувствуетъ себя здоровымъ. Къ этому присоединяется еще необходимость часто перемѣнять перевязку, слишкомъ ослабшую въ нѣкоторыхъ частяхъ, или причиняющую давленіе и безпокоющую больнаго. Сказанныя неудобства зависятъ, большею частію, отъ лубковъ, то слишкомъ твердыхъ и не упругихъ, то слишкомъ уступчивыхъ и не могущихъ доставить надлежащей опоры.

Посему выборъ матеріала, приличнаго для лубковъ (ferulae), всегда занималъ Врачей. *Gooch*

Fotokoopia P. Karelli artikli esimesest leheküljest

raviks (L. Seutin hakkas oma meetodit propageerima 1835. a.). Nagu nähtub P. Karelli tööst «Seutin'i tärklismähis», mis ilmus 1839. a. ajakirjas «Военно-медицинский журнал» (ч. XXXIII, 2, 171—189), hakkas ta juba 1837. a. aprillis kasutama tärklismähist luumurdude puhul ihukaardiväe ratsapolgu Peterburi hospidalis, seega esimesena Venemaal. P. Karell võrdleb L. Seutin'i tärklismähist teiste tollal kasutusel olnud sidematerjalide ning mähistega ja teeb järeldused (raviti terveks 8 isikut) viimase eeliste kohta, eriti sõjatingimustes. Ta esitab ka oma modifikatsiooni, kuidas vältida voltide tekkimist, mis on hulgipäise sideme asetamisel peaaegu paratamatu (7, lk. 177). See tähelepanuväärv töö oli kodanlikus Eestis täiesti tundmatu, vähemalt 1926. a. Kuigi M. Lipu «Karellide suguvõsa» (1932. a.) lõpus toodud P. Karellilt ilmunud tööde nimestikus on ka see töö, ei leidu raamatus endas ühtki sõna selle kohta. Piirdutakse vaid viitega «Vene Biograafilisele Sõnastikule» (2, lk. 40), kus leidub märkus, et P. Karell tutvustas esimesena vene arste tärklismähise kasutamisega luumurdude puhul (3).

P. Karelli neljas, seejuures tähtsam töö käsitleb piimravi. Ta töötas välja originaalse meetodi, mis seisneb mitmete haiguste ravimises piimaga toitmise abil. Tema järgi peab haige tarvitama (seejuures rangelt ettenähtud ajavahemikkude järel) kooritud piima, alustades $^1/_2$—1 kohvitassist 3—4 korda päevas ja jõudes teisel nädalal kahe pudelini päevas. Oma meetodist tegi P. Karell 1865. a. märtsis ettekande Peterburi arstide seltsis ning seejärel avaldas selle ajakirjades «Военно-медицинский журнал» (ч. XCIV, ноябрь, 241—227) ja «St. Petersburger med. Zeitschrift» (Bd. VIII). Järgmisel aastal ilmus töö prantsuse ajakirjas ja 1870. a. inglise keeles, tehes P. Karelli nime tuttavaks peaaegu kogu maailmas. Oma meetodiga saavutas P. Karell häid tulemusi eeskätt kõigi vee-ainevahetushäiretega ühenduses olevate haiguste puhul (südame-, neeru-, maksa- jt. haigused), mis on seletatav ainevahetuse reguleerumisega piima rangelt metoodilisel tarvitamisel (8, lk. 419).

Kaasajal pakub P. Karelli meetod huvi ainult ajaloolisest seisukohast. Kui seda kasutataksegi, siis modifitseeritud kujul. P. Karelli meetodi kasutamine lühema aja vältel annab aga mõnedel dekompensatsiooniga südamehaigetel häid tulemusi (9).

P. Karell paistis silma ka aktiivse ühiskonnategelasena. Temale kuulub Venemaa Punase Risti Seltsi asutamise algatus (11, lk. 360 jj.). Selts asutati 3. V 1867. a. nimetuse all «Haavatud ja Haigete Sõjameeste eest Hoolitsemise Selts», mis 1879. a. nimetati ümber Punase Risti Seltsiks. P. Karell võttis osa põhikirja väljatöötamisest, ta valiti seltsi peavalitsusse ja oli seltsis väsimatult tegev. P. Karell oli ka N. Pirogovi Arstide Seltsi aktiivne liige. Koos väljapaistvate teadlaste V. Karavajevi, N. Sklifossovski ja A. Krassovskiga oli P. Karell Vene Kirurgia Seltsi (asut. 1882. a.) asutajaliikmeks (12). Peale selle oli ta mitmete arstiteaduslike seltside ja asutuste auliige.

P. Karell oli tihedas kontaktis N. Pirogoviga. Nende sõprus sai alguse juba P. Karelli üliõpilasaastail Tartus, kus N. Pirogov õppis Professorite Instituudis. Hiljem olid nad kirjavahetuses (10, lk. 520, 572). P. Karell osutas suurt hoolitsust ja kaastunnet oma sõbrale, kui viimane sattus oma ühiskondlik-pedagoogilise tegevuse pärast reaktsioonilise tsaarivalitsuse ebasoosingusse. 1868. a. püüdis P. Karell korraldada ka N. Pirogovi tagasipöördumist riigiteenistusse.

P. Karell käis korduvalt Eestis. Oma esimestel tööaastatel laskis ta end komandeerida Raplasse seoses kooleratаudi puhkemise ohuga Eestis, et võtta tarvitusele vastavaid abinõusid (2, lk. 42). Ta on sageli tundnud huvi oma sünnimaa vastu, nagu see nähtub näiteks Fr. R. Kreutzwaldi ja A. Schiefneri kirjavahetusest (13). Eriti sooja poolehoidu tundis P. Karell Fr. R. Kreutzwaldi vastu, kellega ta õppis koos Tartu ülikoolis.

Olles Peterburi nn. eesti patriootide ringi keskseks kujuks, aitas P. Karell Fr. R. Kreutzwaldil avaldada «Kalevipoja» rahvaväljaannet, tema otsene rahaline toetus võimaldas Fr. R. Kreutzwaldil 1859. a. külastada Peterburit. Oma kirjas A. Schiefnerile 19. maist 1859. a. kirjutas Fr. R. Kreutzwald P. Karelli kohta: «Praegu on tema võib-olla ainus nii kõrgel kohal olev eestlane, kelle süda oma rahva vastu on endiselt soojaks jäänud, samal ajal kui peaaegu kõik teised rahvusest lahti ütlevad, niipea kui nad saksa kuue selga tõmbavad.» (13, lk. 103.) Fr. R. Kreutzwaldi ettepanekul valis Õpetatud Eesti Selts P. Karelli oma auliikmeks. Tartu ülikool valis P. Karelli audoktoriks, Tallinna linn aga oma aukodanikuks.

P. Karelli osa kodumaise meditsiini ajaloos on vastuvaidlematult tähelepandav.

V. Kalnin

KIRJANDUS

1. Eesti NSV RAKA, fond 402, nim. 2, sü. 11647. — 2. Lipp, M. Karellide suguvõsa. Trt., 1932. — 3. Русский Биографический Словарь Спб., 1897, 522. — 4. Lüüs, A. E. Arst, 1926, 401—408. — 5. Biograph. Lexikon der hervorrag. Ärzte. Berlin-Wien, 1931. — 6. Miländer, J. E. Arst, 1926, 416—418. — 7. Докт. Карель. Военно-медицинский журнал, Спб., 1839, ч. XXXIII, 2, 171—189. — 8. E. Arst, 1926, 409—416. — 9. Vadi, V. Samas, 418—423. — 10. Гельштейн. Кареля метод, БМЭ, М., 1930, т. 12.—11. Пирогов Н. И. Севастопольские письма и воспоминания, Издательство АН СССР, 1950. — 12. Алмазова Н. Русский Архив, 1892, 7, 360—381. — 13. Врач, 1882, 284. — 14. Fr. R. Kreutzwaldi kirjavahetus III, Tln., 1953.

К 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ СМЕРТИ Ф. Я. КАРЕЛЯ

В. Калнин

Резюме

30 августа 1961 г. исполнилось 75 лет со дня смерти выдающегося врача Филиппа Яковлевича Кареля, эстонца по происхождению. Окончив в 1832 г. Юрьевский (Тартуский) университет с ученой степенью доктора медицины, Карель начал службу военным врачом в Петербурге. Широкую известность приобрел разработанный им метод молочного лечения. В апреле 1837 г. Карель впервые в России применил крахмальную повязку при переломах костей. В 1867 г. он основал Российский Красный Крест. В Петербурге Карель состоял деятельным членом эстонского кружка, был в дружественных отношениях с Фр. Р. Крейцвальдом, которому оказывал помощь в выпуске эстонского народного эпоса «Калевипоэг». Товарищем Кареля по Юрьевскому университету был Н. И. Пирогов, которому оказывал внимание и помощь в период, когда Пирогов подвергся открытой опале со стороны реакционного царского правительства за передовую общественно-педагогическую деятельность. Карель принадлежит к числу первых врачей эстонской национальности.

Konverentsid ja nõupidamised

KURORTOLOOGIA JA FÜSIOTERAAPIA VABARIIKLIK KONVERENTS

21.—23. septembril 1961. a. toimus Pärnus V vabariiklik konverents kurortoloogia ja füsioteraapia alal. Osavõtjaid oli üle 70. Külalistena viibisid konverentsil kurortoloogid ja füsioterapeudid Lätist, Leedust, Valgevenest, Kaliningradist ja mujalt.

Konverentsil esitati 30 teaduslikku ettekannet. Kurortoloogia ja balneoressursside rakendamise arengust Eesti NSV-s rääkis Pärnu sanatooriumi nr. 1 peaarst L. Vernik. Ettekandja märkis, et kuurortide ja mudaravilate tekkimine Eesti rannikul ulatub möödunud sajandi algaastaisse. Esimeseks arstiks, kes kasutas ja uuris meie tervismuda mitmesuguste haiguste ravimisel, oli Haapsalu linnaarst C. Hunnius. 1840. a. asutas Saaremaal Kuressaares puusepp I. Veise doktor E. Normanni õhutusel «Veise mudaravi-asutuse». 1876. a. rajas dr. V. Mierzejevski Roomassaare muda- ja supelasutuse. 1838. a. alustas tegevust supelasutus Pärnus, kus vana kõrtsihoone rannal ehitati ümber supelasutuseks, mis 1890. aastaks põhjalikult ümber tehti. Nii sai Pärnu kuurort ajakohase ilme. Peale mudavannide tehti merevee-, turba- ja süsihappevanne ning hüdroterapeutilisi protseduure, massaaže, elektrivalgusevanne, galvanisatsioone ja faradisatsioone. Pärnu kuurort muutus Eesti ja välismaa kodanluse üheks armastatumaks puhke- ja lõbustuskohaks. 1937. a. avati rannahotell (praegune sanatoorium nr. 1), 1938. a. hotell-pansion «Vaasa» (praegune sanatoorium nr. 3). 1938. a. lisandus neile rannakohvik. Suuremate sissetulekute saamiseks asetati kodanlikul perioodil Pärnu kuurordis pearõhk lõbustustele (lokaalid, kasiinod, kabareed jne.), mistõttu raviküsimused jäid tagaplaanile.

Pärast Eesti NSV vabastamist fašistliku okupatsiooni alt muutus kogu kuurordi ravisüsteem põhjalikult. Mudaravila töö ümberkorraldamise tulemusena sai võimalikuks muda- ja balneoprotseduuride tegemine kogu aasta kestel. Võrreldes kodanliku perioodiga on Pärnu kuurordi vesimudaravilas aasta jooksul ravitute arv kasvanud 17-kordseks.

Eesti meremuda terapeutilise toime mehhanismist kõneles prof. I. Sibul. Uks istungeid oli pühendatud põhiliselt nimme-ristluu piirkonna haigestumiste probleemidele — põhiettekandega esines dots. E. Raudam.

Terve rida ettekandeid käsitles mitmesuguste reumaatiliste haiguste diagnoosimist ja ravi. Põhiettekannetega esinesid arstiteaduse kandidaadid E. Veinpalu ja L. Päi.

Huvitavaid ettekandeid oli südame- ja veresoonkonna, seedetrakti jt. haiguste ravist.

Eesti mineraalvetest rääkis geoloogiateaduste kandidaat A. Verte. Eesti NSV-s on avastatud mineraalvee allikad Pärnus, Püssis, Pühajärvel, Missos, Raplas, Tallinnas ja Jõhvis, kuid hüdrogeoloogilisi, keemilisi, eksperimentaalseid ja kliinilisi uurimisi on vaja veel jätkata.

Konverentsil asutati Vabariiklik Kurortoloogide ja Füsioterapeutide Teaduslik Arstide Selts. Seltsi juhatuse koosseisu valiti S. Tsallagov, H. Laur, E. Veinpalu, L. Kasakova, E. Roode, N. Klimova ja L. Vernik.

A. Sarap

KAHEST ÜLELIIDULISEST KURORTOLOOGIA- JA FÜSIOTERAAPIA-ALASEST TEADUSLIKUST NÕUPIDAMISEST

21.—27. septembrini 1961. a. toimus Kobuletis (Gruusia NSV-s) üleliiduline sümpoosion, kus käsitleti kuurordiravi ja füsioteraapia toimefaktorite eksperimentaalse uurimise küsimusi südame ning veresoonkonna ja seedetrakti funktsioonide mõjustamise seisukohast.

Põhiettekande kurortoloogiliste ja füüsikaliste faktorite toime uurimise tulemustest ning perspektiividest organismi mõnede funktsioonide jälgimise alusel pidas prof F. D. Vassilenko.

Kuurordiravi toimemehhanismide üldisi küsimusi käsitles oma ettekandes veel prof. A. N. Bakuradze (Gruusia NSV Kurortoloogia ja Füsioteraapia Instituudist).

Mitmesuguste mineraalvete toimet südame ning veresoonkonna ja seedetrakti funktsioonidele arutati 4 ettekande alusel (professorid A. V. Sokolov, S. J. Kaplun, S. A. Mirzojan ning A. K. Pislegin).

Mudaravi toimemehhanismidele oli pühendatud prof. A. A. Uzbekoni (Karaganda Meditsiiniinstituudist) ettekanne. Esineja rõhutas ravimuda neurohumoraalset toimet.

Järgmine üleliiduline eksperimentaalse kurortoloogia ja füsioteraapia teaduslik konverents otsustati korraldada 1962. aastal Ukraina NSV-s.

*

27. ja 28. märtsil 1961. a. toimus Moskvas Tsentraalse Kurortoloogia ja Füsioteraapia Instituudi Õpetatud Nõukogu laiendatud koosolek. Koosoleku tööst võtsid osa ka liiduvabariikide kurortoloogia ning füsioteraapia instituutide ja muude vastavate teaduslike asutuste esindajad, samuti NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia probleemikomisjon nr. 43. Nõupidamisel arutati teadusliku uurimistöö 1960. a. plaani täitmist ning edasise töö perspektiive. Põhiettekandega esines akadeemik N. A. Obrossov.

Nõupidamise otsuses rõhutatakse vajadust tõsta kiiremini teadusliku kaadri kvalifikatsiooni. Instituutide direktsioonidel soovitatakse järjekindlalt laiendada füsioteraapia ning klimatoloogia probleemide uurimise temaatikat, samuti pöörata

suuremat tähelepanu orgaaniliste ainete uurimisele mineraalvetes ja ravimudades. Otsustati, et on vaja luua riigieelarvelised voodikohad Eesti ja Läti NSV Teaduste Akadeemiate meditsiiniinstituutide kurortoloogia sektorite juurde; see tagaks soodsamad tingimused teaduslikuks tööks ja ka vastavate haigete (reumahaiged, mittespetsiifilise infektsioosse polüartriidi haiged jt.) raviks.

E. Veinpalu

V RAHVUSVAHELISEST BIOKEEMIA KONGRESSIST MOSKVAS

10.—16. augustini 1961. a. toimus Moskvas V rahvusvaheline biokeemia kongress. Kongressi tööst võttis osa teadlasi 5 kontinendilt, kokku 58 maalt. Toimunud kongress oli suurim rahvusvahelistest biokeemia kongressidest. Kongressi delegaatide arv ulatus üle 6000, neist ligikaudu 3500 oli väljastpoolt Nõukogude Liitu (umbes 1000-liikmeline delegatsioon USA-st, Inglismaalt ligi 400 delegaati, rohkearvuliselt delegaate rahvademokraatiamaadest jm.).

Kongressi töö toimus 28 eri sektsioonis ja 6 sümpoosionil, kus kuulati kokku 1990 ettekannet mitmesugustelt biokeemia aladelt.

Kongressi avaplenaaristung toimus Lužniki spordipalees, kus esines ettekandega prof. D. Green (USA) teemal «Subtsellulaarsete osakeste struktuur ja funktsioon». Ettekandes käsitleti üht keskseimat probleemi kongressi töös — elutegevusprotsesside energeetikat raku mitokondriumide taseme..

Teiseks tähtsamaks probleemiks oli valkainete ja nukleiinhapete struktuur ja ainevahetus. Seda küsimust käsitleti mitmes sektsioonis ja sümpoosionidel, samuti ka teises plenaaristungi ettekandes — «Valgud, nende struktuur ja funktsioon» (prof. F. Šorm, Tsehhoslovakkia). Oma ettekandes avaldas prof. F. Šorm arvamust, et just valkude ja nukleiinhapete struktuuri ja sünteesi uurimise kaudu on võimalik juba lähemas tulevikus jõuda pöördelise tähtsusega avastusteni loodusteaduses, mis lubavad reguleerida elava mateeria arengut.

Kolmandaks tähtsamaks lõiguks kongressi temaatikas olid ettekanded bioloogilise regulatsiooni mehhanismidest, evolutsioonist, geneetikast ja adaptatsioonist (evolutsiooni biokeemia, biokeemiline geneetika jne.).

Peale mitmesuguste, peamiselt teoreetilise suunaga biokeemia valdkonda kuuluvate probleemide oli kongressil tähtis koht praktilise suunaga biokeemial (tööstuslik biokeemia, toiduainete tehnoloogia biokeemilised alused, vitamiinid ja toitlustamine, uued biokeemilised meetodid ja aparaadid jne.). Kongressil leidis käsitlemist ka rida otseselt meditsiini valdkonda kuuluvaid küsimusi (närvisüsteemi biokeemia, antibiootikumide biokeemia, vitamiinid ja toitlustamine, hormoonide biokeemia, pahaloomuliste kasvajate biokeemia, biokeemiline farmakoloogia jne.).

Kongressil esinesid ka mitmed meie vabariigi biokeemikud: Ü. Pavel (immunokeemia), prof. I. Sibul (uute ravimpreparaatide biokeemilised toimemehhanismid), H. Lind, L. Villako, J. Zalesskaja ja V. Hollo (süsivesikute biokeemia), prof. E. Martinson ja L. Tähepõld (närvisüsteemi biokeemia), A. Lind, L. Kildema (hormoonide biokeemia), prof. E. Martinson, L. Tähepõld ja J. Zalesskaja, L. Teras, E. Rannak (vitamiinid ja toitlustamine), prof. A. Siim ja V. Tali, L. Issako, H. Jalviste (taimebiokeemia).

Kongressi sektsioonide materjalid on avaldatud referaatidena kaheköitelises kogumikus*, sümpoosiumide ettekanded separaatidena vene, inglise ja prantsuse keeles. Lõplikul kujul avaldatakse kõik kongressi materjalid hiljem.

L. Kildema

ÜLELIIDULINE UROLOOGIDE KONVERENTS

22.—30. VI 1961. a. toimus Moskvas Üleliidulise Uroloogide Seltsi teaduslik konverents.

Konverentsil esitatud ettekanded (üle 80) olid pühendatud 3 põhilisele probleemile: 1) püelonefriit, 2) taastavad operatsioonid uroloogias ja 3) alumiste kuseteede mittespetsiifilised põletikulised haigused.

Esimese põhiteema kohta esitas ülevaatliku ja huvitava ettekande prof. A. Põtel (Moskva).

Püelonefriit on üheks sagedasemaks neeruhaigustest, mis vajavad kirurgilist ravi, kuid ainult iga 5. püelonefriidijuht diagnoositakse kliiniliselt õigesti. See on tingitud kroonilise püelonefriidi sümptoomidevaesest kulust. Sageli esineb see tüsistusena teiste uroloogiliste haiguste juures (kalkuloos, ülemiste ja alumiste kuseteede läbitavuse häired, tuberkuloos jne.). Paljudel juhtudel, eriti kui ravi ei rakendata õigeaegselt, muutub teisene püelonefriit haiguse patogeneesis peamiseks faktoriks. Püelonefriit tekib nakkuse hematogeensel levikul neerudele või üleneva

* Пятый Международный Биохимический Конгресс. Рефераты секционных сообщений. М., 1961.

urinogeense infektsiooni tagajärjel, kusjuures etiopatogeneesis etendavad väga tähtsat osa püelorenaalsed refluksid.

Antibakteriaalse ravi edukaks läbiviimiseks on vaja pidevalt kontrollida mikrofloorat ravimitundlikkuse suhtes. Parimad tulemused saavutatakse antibiootikumide kombineerimisel sulfaniilamiidpreparaatide ja nitrofuraanidega.

Operatiivne ravi on varajastes staadiumides elundit säilitav. Erilist tähelepanu väärib nefrostoomia. Hilisstaadiumides on ravi radikaalne. Nefrektoomia on näidustatud ühepoolse püelonefriidi tõttu arenenud hüpertoonia raviks. Tuleb õigeaegselt eemaldada uriini passaaži takistused (kivid, niverdused jne.), et vältida neeru insufitsientsuse väljakujunemist areneva püelonefriidi alusel.

Taastavatest ja rekonstruktiivsetest operatsioonidest uroloogias esitas põhiettekande prof. A. Frumkin (Moskva), kes näitas selle ala tohutut arenguperspektiivi. Urogenitaalelundite süsteemi rekonstruktiivsete operatsioonide ideaalseteks meetoditeks võib lugeda ainult neid, mis taastavad organite dünaamika, mobiliseerides kahjustatud elundi enda koed. Taastavas uroloogias jääb põhiliseks probleemiks elundite (testised, neerud) siirdistutamine.

Järgnevates ettekannetes käsitleti üksikasjaliselt taastavate operatsioonide tehnikat hüdronefrooside puhul, kusejuha asendamist sooleosaga mesenteeriumil ja plastmassproteesiga jne.

Rea huvitavate ja originaalsete ettekannetega taastavast kirurgiast uroloogias esinesid väliskülalised Poolast, Bulgaariast, Jugoslaaviast, Ungarist, Rootsist jm.

Alumiste kuseteede mittespetsiifilistest põletikulistest protsessidest rääkis ülevaatlikult prof. G. Goldin (Moskva).

Prof. L. Dunajevski kõneles uuest tsüstiidivormist, nn. kiiritustsüstiidist, mis tekib emakakaelavähi kiiritusravi tagajärjel ja pälvib juba tähelepanu omaette haigusvormina. Mitmed ettekanded olid pühendatud urogenitaalelundite trihhomoniaasile. Nimetatud haigete dispanseerimise tulemustest esines huvitava ettekandega J. Teras (Tallinn).

Konverentsil demonstreeriti huvitavaid filme diagnostika ja ravi uutest meetoditest.

H. Merila

TUBERKULOOSIALASEST NÕUPIDAMISEST MOSKVAS

23. V—27. V 1961. a. toimus Moskvas üleliiduline nõupidamine tuberkuloositõrje küsimustes. Juhtiva ettekande tegi NSV Liidu tervishoiu minister S. Kurasov. Läbirääkimistel esinesid kõigi liiduvabariikide tervishoiu ministrid, andes ülevaate tuberkuloositõrjest üksikutes liiduvabariikides.

S. Kurašov juhtis kõigepealt tähelepanu Nõukogude Liidu senistele saavutustele tuberkuloositõrje alal. Haigestumine tuberkuloosi on aasta-aastalt vähenenud, langeb suremus ja paranevad ravitulemused. Selleks et tuberkuloos likvideerida, on aga vaja veelgi tõhusamat tööd.

S. Kurašov rõhutas, et tuberkuloositõrje on käesoleval ajal tervishoiu üheks kõige tähtsamaks probleemiks. Tuberkuloosihaigetele tuleb kindlustada pikaajaline statsionaarne ravi. Eriti oluline on tugevdada dispanseerset tööd. Ravi efektiivsuse tõstmiseks on vaja laialdasemalt rakendada ftisiokirurgilist ravi. Õhkrinna osatähtsust ei ole õige nii suurel määral vähendada, nagu seda viimasel ajal on mitmel pool tehtud.

Haigete varajaseks avastamiseks tuleb kogu elanikkond röntgenoloogiliselt või fluorograafiliselt läbi vaadata vähemalt üks kord 2 aasta jooksul, maaelanikke veel sagedamini. Haigestumise vähendamiseks tuberkuloosihaigetega kokkupuutujate seas soovitas ettekandja juurutada praktikasse laialdasemalt profülaktilisi antibakteriaalseid kuure. Lähemail aastail tuleb kasutusele võtta spetsiifiline nahasisese vaktsineerimise meetod.

S. Kurašov märkis muuhulgas, et sanitaarharidustöö praegune tase ei vasta kaasaja nõuetele, on vaja leida uusi töövorme.

Juhtivate ettekannetega tuberkuloosivastase vaktsineerimise kohta esinesid NSVL Tervishoiu Ministeeriumi peaftisiaater A. Lapina ja professor A. Togunova, kes samuti soovitasid senistelt meetoditelt üle minna nahasisesele vaktsineerimisele — see annab tugevama ja kestvama immuunsuse.

Ambulatoorset antibakteriaalset ravi käsitlevate ettekannetega esinesid professorid F. Šebanov, A. Semjonov, A. Rabuhhin, V. Einis jt. Rõhutati pikaajalise, keskmiselt üks aasta kestva antibakteriaalse ravi vajadust. Enamik ettekandjaid pooldas kombineeritud antibakteriaalset ravi mitme preparaadiga koos raga. Professor A. Semjonov esitas Leningradi Tuberkuloosiinstituudi andmed ühe preparaadi teatud vaheaegadega kasutamisel saadud ravitulemuste kohta. Kõik aga pooldasid seda, et esmaselt avastatud haiget tuleb ravida pikaajaliselt, ilma ravikuuri katkestamata.

E. Kama

Küsimusi ja vastuseid

KUIDAS RAVIDA TROMBOOSE JA TROMBOFLEBIITE?

Käesoleval ajal peame tromboosid ja tromboflebiidid ravitaktika erinevuse tõttu jagama kahte gruppi: 1) sügaval asuvate veenide tromboosid ning tromboflebiidid, 2) pindmiste, nahaaluste veenide tromboosid ning tromboflebiidid (*v. saphaena magna, v. saphaena parva* süsteem, anorektaaltromboflebiidid).

Sügaval asuvate veenide tromboosside ja tromboflebiitide ravis on esikohal antikoagulandid. Viimased jagunevad oma toimemehhanismilt kahte gruppi: a) oksükumariingrupp (*dicumarinum, neodicumarinum, phenylinum*) ehk K-antivitamiini grupp ja b) hepariingrupp.

Oksükumariingrupi antikoagulandid pärsivad protrombiini teket maksas, mõjustades K-vitamiini. Hepariingrupi antikoagulandid ei mõjusta protrombiini teket maksas, kuid takistavad veres sisalduva protrombiini muutumist trombiiniks kas otsese ühendi tekkimise või trombiini aktivaatoritega ühinemise teel.

Seega avaldavad oksükumariingrupi antikoagulandid süsteemile protrombiin-trombiin toimet ainult ühes lülis, s. o. protrombiini tekkele maksas. Hepariingrupi antikoagulandid, mis sisaldavad eneses antitromboplastiini, antitrombiini ja antiprotrombiini, on tunduvalt laiema mõjusfääriga, haarates kogu protrombiini trombiiniks muutumise protsessi igakülgselt.

Sellest järeldub, et sügavate veenide tromboosside ja tromboflebiitide raviks on kõige efektiivsem rakendada kombineeritud antikoagulantravi, näit. hepariin-neodikumariin või hepariin-fenüliin.

Komplikatsioonide vältimiseks on väga vajalik haige pidev jälgimine ja laboratoorne kontrollimine ravi ajal: uriini analüüsimine erütrotsüütide esinemise suhtes, protrombiiniindeksi määramine veres ja verevadaku tolerantsuse määramine hepariini suhtes. Antikoagulantide manustamine lõpetatakse öö-päevaste annuste järkjärgulise vähendamisega.

Pindmiste veenide tromboflebiitide raviks on soovitatav rakendada kombineeritud ravi: a) antikoagulandid, b) kirurgiline ravi koos antibiootikumide manustamisega profülaktiliselt. Opereerida tuleb protsessi lokaalsete tunnuste piirdumise faasis. Kirurgiline ravi võimaldab põhihaigust (veenilaiendid) ja ka komplikatsiooni (tromboflebiit) lõplikult ravida, hoiab ära võimalikud komplikatsioonid (püeemia, sepsis) ning haiguse retsidiveerumise.

Peale selle ravi kestus lüheneb, võrreldes konservatiivse raviga.

Tromboflebiitide kirurgilisel ravimisel ei tohi sugugi alahinnata antikoagulante, sest meil on tarvis ravida haigestunud organismi, mitte ainult tromboseerunud veene — tromboflebiiti. Antikoagulantide rakendamine postoperatiivses perioodis (operatsioonihaavadele on see praktiliselt ohutu) on ainuke vahend organismis tekkinud haiguslike biokeemiliste ja fermentatiivsete muutuste normaliseerimiseks ning ähvardavate operatsioonijärgsete komplikatsioonide (emboolia, tromboos) ärahoidmiseks. (**P. Laasik**, Tallinna Vabariikliku IV Haigla kirurgia osakonna juhataja.)

MILLAL OPEREERIDA SONGA LASTEL?

Songad ehk herniad esinevad lastel väga sageli, eriti esimestel eluaastatel. Songad on osalt kaasasündinud, osalt tingitud lihaste nõrkusest ja kõhuõõnesisese rõhu tõusust, mida täheldatakse lastel karjumisel. Herniad ilmuvad seal, kus on anatoomiliselt nõrgemad kohad, näit. naba ja kubemekanali piirkonnas. Kubemesongad esinevad poistel mitu korda sagedamini kui tüdrukutel, sest poeglastel läbib kubemekanalit seemneväät ja munand nende laskumisel munandikotti. Seetõttu on olemas võimalus, et kõhuõõnesisese rõhu suurenemisel võib ka kõhukelme koos siseelunditega välja sopistuda sama teed kaudu. Eriti soodustatud on songa teke siis, kui *processus vaginalis peritonei* ei sulgu sündimise momendiks.

Nabarõnga laienemist täheldatakse vastsündinuil sageli, sest see osa eesmisest kõhuseinast jääb pärast nabaveresoonte läbilõikamist kõige nõrgemaks. Nabasonga täheldatakse tütarlastel sagedamini kui poistel.

Teised herniad, nagu valgejoone song jt. esinevad lastel väga harva.

Song avaldub väljasopistusena, mis lamades kergesti paigaldub. Seejuures on sooltest sageli kuulda iseloomulikku kõrinat. Songa vältimiseks on oluline lihaskonna tugevdamine võimlemisega, mida tuleb imikuil alustada juba 2. elukuust. Ka lapse ülemäärane karjumine võib soodustada songa teket.

Kui song on juba tekkinud, on selle ravi ainult operatiivne. Erandiks on nabasongad, mis alluvad esimestel elukuudel hästi konservatiivsele ravile. Selleks tuleb panna imikule naba kohale leukoplastiga rõhkside, mis ulatub eesmiselt aksillaarjoonelt aksillaarjooneni (leukoplasti ribad peavad seejuures katma üksteist katusekivitaoliselt). Sellist sidet võib peal hoida 7—14 päeva, kuni see ise lahti tuleb (tavaliselt lapse vannitamisel). Nimetatud ajavahemiku järel vahetatakse side. Kogu ravi võib kesta 2—4 kuud. Kui laps on saanud $^1/_2$ aasta vanuseks ja song pole kadunud või tunduvalt vähenenud, ei ole mõtet enam plaastersidet rakendada. Sel juhul tehakse operatsioon lapse saamisel 2—3-aastaseks.

Kubemesonga ravi on ainult operatiivne, mingid bandaažid ega teised menetlused tervistumist ei too. Soovitatav on opereerida lapsi alates 8—10 kuu vanusest — siis on lapsed tugevamad ja ka nende koed paremini kujunenud, mis loob eeldused edukamaks raviks.

Peab aga silmas pidama, et igasugused songad võivad pitsuda. Sel juhul on tegemist peritoneumi ja soolte väljasopistumisega, mis enam ei paigaldu. Kliiniliselt väljendub see tuumori tekkes, lisandub äge valu, oksendamine, soolepassaaži häired jne. Selline seisund on väga ohtlik nekroosivõimaluse tõttu ning nõuab viivitamatut kirurgilist ravi, olenemata lapse vanusest. Ainult kohene operatsioon võib sel juhul last päästa ja panna aluse tervistumisele. (**I. Freiberg,** arstiteaduse kandidaat, Tallinna Vabariiklik Haigla.)

KUIDAS VÕTTA MATERJALI VIRUSOLOOGILISEKS UURIMISEKS?

Seoses virusoloogilise diagnoosimismeetodi arenguga eriti viimasel aastakümnel on käesoleval ajal paljude viiruslike infektsioonide puhul võimalik määrata nende etioloogilist struktuuri.

Virusoloogiline diagnoosimine toimub kahel teel:

1) virusoloogilised uuringud haigusetekitaja (viiruse) isoleerimiseks,

2) seroloogilised uuringud haige veres esinevate antikehade määramiseks.

Materjali valik viiruse avastamiseks oleneb kliinilis-epidemioloogilistest andmetest. Põhilisteks analüüsimismaterjalideks on haige väljaheide, veri, liikvor ja kurgu-ninalima.

Analüüsimismaterjalide võtmisel tuleb eriti arvestada asjaolu, et kõige rohkem eraldub viirusi materjalidest, mis on võetud haiguse esimestel päevadel (esimesel nädalal). 7.—10. haiguspäeval ja hiljem võetud analüüsidest avastatakse viirust tunduvalt harvem või ei avastata üldse.

Samuti on oluline, et esimene vereanalüüs oleks võetud võimalikult haiguse esimestel päevadel, siis on meil võimalik määrata antikehade tekke dünaamikat. Teine vereanalüüs võetakse mitte varem kui 3.—4. haigusnädalal.

Kuidas tuleb võtta analüüsimaterjale?

1. V ä l j a h e i d e t võetakse analüüsimiseks samal päeval, kui haigus diagnoositi. Materjali säilitamiseks on kõige sobivamad steriilsed penitsilliini- või streptomütsiinipudelikesed. Võib kasutada aga ka teisi eelnevalt steriliseeritud väiksemaid klaaspudeleid või purgikesi. Väljaheidet vajatakse uurimiseks 1—2 grammi. Pudelike peab olema korralikult suletud ja varustatud etiketiga, millel on haige nimi, haigestumise ja materjali võtmise aeg. Materjali säilitatakse võimalikult madala temperatuuri juures (külmkapis või mõnes külmemas ruumis) ja see saadetakse esimesel võimalusel edasi virusoloogia laboratooriumi (mitte hoida kaua kohapeal!). Väga hea oleks materjali transportida termoses, mis on varustatud jääga.

2. V e r d võetakse analüüsimiseks 6—8 ml steriilsesse katsutisse. Pärast seda jäetakse veri seisma toatemperatuuril või pannakse võimaluse korral termostaati temperatuuril +37°C üheks tunniks. Pärast seda eraldatakse hüüve katsuti seintelt steriilse aasa, nõela või klaaspulgakesega ja asetatakse külmkappi või jahedamasse ruumi seerumi eraldumiseks. Järgneval päeval võetakse eraldunud seerum steriilsesse katsutisse või pudelikesse ja säilitatakse kuni uurimiseks saatmiseni külmkapis. Katsutile või pudelikesele kleebitud etiketile märgitakse samuti haige nimi jt. andmed.

3. L i i k v o r võetakse 2—3 ml steriilsesse katsutisse või pudelikesse. Säilitamine nagu vere puhul.

4. S u u - k u r g u l o p u t u s v e d e l i k u saamiseks kuristatakse 1—1,5 min. jooksul 10—15 ml steriilse füsioloogilise lahuse või liha-peptoonpuljongiga, mille järel see kogutakse steriilsesse nõusse. Säilitamine sama kui eelmistel analüüsidel.

5. N i n a l i m a võetakse steriilse tampooniga, mis asetatakse katsutisse, milles on 2—3 ml steriilset füsioloogilist lahust või liha-peptoonpuljongit.

Eesti NSV-s tehakse käesoleva ajani virusoloogilisi uuringuid Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis (aadress: Tallinn, Paldiski mnt. 52—6, tel. 440-51). Väga oluline on teatada instituuti igast viirusliku etioloogia kahtlusega haigusjuhust või puhangust. (**T. Kuslap,** Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut.)

TÄIENDAVAID KÜSIMUSI NAISTE TÖÖKAITSE ALALT

M. PELLA,
Tallinna Vabariikliku Haigla konsultant õiguslikes küsimustes

«Nõukogude Eesti Tervishoius» nr. 1 1961. a. ilmus konsultatsioon «Naiste töökaitse seadusandluse rakendamisest». Ravi-profülaktikaasutuste töötajad on esitanud terve rea täiendavaid küsimusi. Vastame nendele allpool.

K ü s i m u s. Kui palju rasedus- ja sünnituspuhkust on ette nähtud naiskolhoosnikutele ja kuidas toimub haiguseraha väljamaksmine neile?

V a s t u s. Kõikides meie vabariigi kolhoosides on läbi arutatud Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 6. märtsi 1956. a. määrus nr. 312 «Põllumajandusliku artelli põhikirjast ja kolhoosnikute initsiatiivi suurendamisest kolhoosi tootmise organiseerimisel ja juhtimisel». Kolhooside põhikirjade arutamise käigus kehtestati naiskolhoosnikutele rasedus- ja sünnituspuhkuse andmise kord järgmises redaktsioonis: «Naistele antakse raseduse ja sünnituse ajaks puhkust 112 päeva, arvestades neile tasu selle aja eest aastas keskmiselt väljatöötatud normipäevatasu ulatuses.»

Neis kolhoosides, kus töötasu on rahaline ja normipäevi ei arvestata, makstakse naiskolhoosnikutele rasedus- ja sünnituspuhkuse tasu 112 tööpäeva eest aastas keskmiselt väljateenitud töötasu ulatuses.

Kolhoosides töötavatele palgalistele, kes ei ole kolhoosi liikmed, makstakse rasedus- ja sünnituspuhkuse tasu samadel alustel teistes riiklikes asutustes ja ettevõtetes töötavate tööliste ja teenistujatega, kusjuures puhkusetasu makstakse välja sotsiaalkindlustuse summadest.

K ü s i m u s. Kas raseda ja last rinnaga toitva naistöötaja üleviimisel teisele, tervist mittekahjustavale kergemale tööle säilitatakse eranditult kõigil juhtudel keskmine töötasu või sõltub see ka plaanitäitmisest?

V a s t u s. Meie tööseadusandlus on kindlustanud naistöötajaile keskmise töötasu saamise õiguse raseduse ja rinnalapse toitmise perioodil. Teatavasti on rasedail naistöötajail õigus nõuda (raviasutuse poolt väljaantud tõendi alusel) üleviimist kergemale tööle või soodustatud töötingimusi endisel tööl. Kuna naise töötasu ei või selle ümberpaigutamise ega soodustatud töötingimuste rakendamise tõttu väheneda, säilitatakse talle selle aja jooksul kuue kuu keskmine töötasu kuni sünnituspuhkusele minekuni. Üldreeglina ei olene väljamakstav keskmine töötasu töönormi täitmisest. Erandi moodustavad siin puuvilla-, trikotaaži-, tubaka- ja kergetööstuse ettevõtted, samuti kalatööstuse süsteemi kõievabrikud. Neis tööstusharudes säilitatakse arstitõendi kohaselt kergemale või vähempingelisele tööle üleviidud rasedail naistöötajail keskmine töötasu kooskõlas töönormi täitmise protsendiga uuel töökohal. Rasedad naistöötajad, kes teenivad kergemal tööl neile tagatud palgast rohkem, saavad tasu tegeliku töö järgi.

Kui lapse rinnaga toitmise ajal tekib vajadus naistöötaja üleviimiseks teisele tööle, makstakse kogu teisel tööl oleku aja eest keskmist palka. (A l u s: Üleliidulise Ametiühingu Kesknõukogu (ÜAÜKN) Sekretariaadi määrus 19. jaanuarist 1938. a. «Rasedate ja imetavate naiste töötingimustest puuvilla-, trikotaaži- ja tubakatööstuse ettevõtetes».)

K ü s i m u s. Kas tööseadusandlus näeb ette soodustusi ka neile naistöötajaile, kes asendavad rasedaid ja rinnaga toitvaid naistöölisi öövahetuses?

V a s t u s. Kolmes vahetuses töötavates puuvilla-, trikotaaži- ja tubakavabrikutes, kergetööstuse ettevõtetes ning kalatööstuse süsteemi kõievabrikutes on direktoritel lubatud rasedate ja rinnalapsi toitvate naistöötajate asendajate jaoks öötundidel määrata eriline kord, mis näeb ette nende ühtlase vaheldumise öötöödel. Öötööst vabastatud rase või rinnalast toitev naistöötaja töötab ainult päevases või õhtuses vahetuses. Tema kaks asendajat töötavad sel perioodil vaheldumisi öövahetuses. Kuna nende naistöötajate suhtes vahetuse ühtlast vaheldumist mõnevõrra rikutakse, makstakse neile lisatasu öövahetuses töötamise eest ja ületunnitöötasu

selle poole tunni eest enne eelmise vahetuse lõppu, mil nad töötavad nende naistöötajate eest, kes kasutavad vaheaega lapse toitmiseks. Peale selle antakse naistöötajatele, kes töötavad sellise vahetuse korras, lisapuhkust (arvestusega üks päev puhkust iga kuu kohta).

Ülalnimetatud soodustusi rakendati esmakordselt 1938. a. puuvilla- ja tubakavabrikutes (a l u s: ÜAÜKN-i Sekretariaadi määrus 19. jaanuarist 1938. a.), 1940. a. aga laiendati seda kõigile kergetööstuse ettevõtetele (a l u s: NSVL Kergetööstuse Rahvakomissariaadi (RK) 17. märtsi 1940. a. käskkiri nr. 86) ja 1941. a. alates antakse ülalnimetatud motiividel soodustusi ka kalatööstuse süsteemi köievabrikutes (a l u s: ÜAÜKN-i Sekretariaadi määrus 25. märtsist 1941. a.).

Nendes ettevõtetes, kus kolme vahetusega töötavate tsehhide kõrval on kahe vahetusega töötavaid tsehhe, kuuluvad rasedad ja last rinnaga toitvad naistöötajad sinna üleviimisele (siis ei ole eriliste vahetuste sisseviimine vajalik).

K ü s i m u s. Mitu toitmise vaheaega antakse rinnalast toitvale naistöötajale puhke- ja pidupäevade-eelsetel lühendatud tööpäevadel?

V a s t u s. Puhke- ja pidupäevade-eelsetel lühendatud tööpäevadel võimaldatakse emadele lapse toitmiseks üks pooletunniline vaheaeg. Ema soovi korral võib selle vaheaja üle viia tööpäeva lõppu. (A l u s: Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus nr. 159 29. juunist 1956. a.)

K ü s i m u s. Kas naistöötajal, kes soovib oma korralist puhkust saada vahetult enne või pärast rasedus- ja sünnituspuhkust, on õigus puhkusele ka siis, kui ta ei ole antud ettevõttes töötanud 11 kuud?

V a s t u s. Vastavalt ÜAÜKN-i juriidilise osakonna selctusele nr. 55/21842 22. oktoobrist 1945. a. tuleb naistöötaja korraline puhkus sel juhul kätte anda terve tööaasta eest, ka siis, kui ta ei ole antud ettevõttes või asutuses töötanud 11 kuud. Praktikas tehakse sageli see viga, et lubatakse naistöötajale puhkust ainult proportsionaalselt tööl oldud ajaga. Naistöötajal on aga õigus saada puhkust omal valikul: kas vahetult enne raseduspuhkuse algust või vahetult pärast sünnituspuhkust (või pärast kolmekuulist palgata puhkust) terve esimese tööaasta eest avansina.

K ü s i m u s. Kas seadusandlusega on piiratud aega, mille jooksul naistöötajaema võib välja võtta oma 3-kuulise palgata puhkuse?

V a s t u s. Palgata puhkust võib anda kestusega kuni kolm kuud pärast rasedus- ja sünnituspuhkuse lõppemist (NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus 13. oktoobrist 1956. a. nr. 1414). Naistöötaja võib oma korralise puhkuse välja võtta vahetult pärast rasedus- ning sünnituspuhkust ja pärast seda palgata puhkuse, või siis vastupidi, välja võtta enne palgata puhkuse ja pärast seda korralise puhkuse, s. t. puhkuste väljavõtmise järjekord ei ole seadusandlusega kindlaks määratud ning see toimub vastavalt naistöötaja soovile.

Praktikas esineb juhtumeid, kus naistöötaja on pärast rasedus- ja sünnituspuhkuse lõppemist asunud tööle ja soovib palgata puhkust kasutada kunagi hiljem. Selleks ei ole naistöötajal õigust, nagu kinnitab ülalnimetatud määruse sõnastus, kus räägitakse õigusest palgata puhkusele «... pärast rasedus- ja sünnituspuhkuse lõppemist». Kui aga naistöötaja isiklikult küll soovis pärast rasedus- ja sünnituspuhkust kasutada palgata puhkust, kuid ettevõtte andministratsioon palus teda asuda tööle mingi kiireloomulise töö tõttu, siis säilitab naistöötaja õiguse saada oma palgata puhkust kuni lapse aastaseks saamiseni.

Tähtpäevad

T. JÜRGENSON 70-AASTANE

8. septembril 1961. a. sai 70-aastaseks üks Eesti vanemaid sisehaiguste eriarste Theodor Tõnise p. Jürgenson.

T. Jürgenson sündis Tartus käsitöölise perekonnas. Pärast Aleksandri gümnaasiumi lõpetamist astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1917. a. Ülikooli lõpetamise järel T. Jürgenson mobiliseeriti ja ta teenis sõjaväearstina algul Saare- ja Hiiumaal ning Ahvenamaal, hiljem Tallinnas Juhkentali haiglas. Ühtlasi töötas ta Sadamatööliste Ühingu usaldusarstina kuni 1940. aastani. 1940.—1945. a. töötas T. Jürgenson Tallinna Tervishoiuosakonnas ravi-profülaktikaasutuste inspektorina ja Harjumaa TSN Täitevkomitee tervishoiuosakonna juhatajana. Samal ajal oli T. Jürgenson ühtlasi Tallinna Sisehaiguste Haiglas osakonnajuhatajaks. 1945.—1949. a. töötas T. Jürgenson Toompea Ravivalitsuse Haigla sisehaiguste osakonna juhatajana ja 1949. a. kuni tänini Tallinna Vabariikliku IV Haigla teraapia kabineti juhatajana.

1945. aastal omistati T. Jürgensonile Eesti NSV teenelise arsti aunimetus.

T. Jürgensonil kui kõrge kvalifikatsiooniga eriarstil on suuri teeneid arstide noorema põlvkonna kasvatajana ja juhendajana.

Soovime juubilarile veel pikka iga ja head tervist edaspidiseks tööks.

L. Mardna

*

J. LEIVALT 60-AASTANE

19. oktoobril 1961. a. tähistas 60. sünnipäeva arst Jenni Danieli t. Leivalt.

J. Leivalt sündis Sillamäel väiketaluniku perekonnas. Pärast Narva Kommertsgümnaasiumi lõpetamist 1921. a. töötas ta ühe aasta kooliõpetajana. 1922. a. astus ta Tartu Ülikooli Arstiteaduskonda. Vahepeal tuli J. Leivaltil ülalpidamise teenimiseks õpingud katkestada. Ülikooli lõpetas ta 1932. a. Noore arstina töötas J. Leivalt Otepääl, kus ta asutas esimese emade ja laste nõuandla ja oli ühtlasi selle juhatajaks. 1937. aastast alates töötas J. Leivalt Kohtla-Järve Põlevkivitööstuse ambulatooriumi ja hiljem Türsamäe Õlikonsortsiumi ambulatooriumi juhatajana. 1944. a. siirdus ta Tallinnasse, kus töötas Tallinna Linna II Haigla polikliiniku arstina, hiljem Tallinna Linna III Haigla sisehaiguste osakonna juhatajana. 1949. a. viibis ta kuus

kuud Leningradis arstide täienduskursustel. Sama aasta sügisel määrati J. Leivalt tööle Tallinna Vabariiklikku IV Haiglasse, kus ta töötab senini (1959. aastast Pirita osakonna juhatajana).

Pingerikka arstitöö kõrval on juubilar aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust elust. Kahel korral on ta olnud Tallinna Linna Keskrajooni TSN saadikuks. Alates 1960. a. on J. Leivalt rahvakohtu kaasistuja.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium on juubilari kahel korral autasustanud kui kvalifitseeritud arsti ja aktiivset ühiskondlikku töötajat.

L. Sõrmus

Referaate

Reuma morfogenees ja immunomorfoloogia. NSVL Arstiteaduse Akadeemia kirjavahetajaliige prof. A. Strukov *(Морфогенез и иммуноморфология ревматизма)*. Сов. медицина, 1961, 9, 12—17.

Nagu V. Talalajevi töödest teada, eristatakse reumaatilises protsessis kolme faasi: eksudatiivset-degeneratiivset, granulomatoosset ja skleroosi faasi. Autori ja tema kaastööliste uurimuste alusel tuleb reumaatilise protsessi esimene faas jagada kahte iseseisvasse faasi: mukoidse turse faas ja fibrinoidi faas. Reumaatilise protsessi algul esineb alati kromotroopse materjali suurenemine ja ümberpaiknemine sidekoe intertsellulaarsubstantsis. See mukopolüsahhariidide ja glükoproteiidide kogunemine on algul difuusne, hiljem aga koldelise iseloomuga. Seejuures sidekoe kiulises struktuuris märgatavaid morfoloogilisi muutusi ei esine või täheldatakse mõõdukaid tursenähte. Selle mukoidse turse puhul esineb juba kollagenaasi toime kollageenkiududele. Mukoidne turse esineb veresoonte seintes, kus täheldatakse gammaglobuliini kuhjumist.

Fibrinoidi formeerumine algab fibrinogeeni tungimisega mukoidse tursega kahjustatud koesse, kus ta ladestub ja kalgendub. Rakkude reaktsioon võib siin olla difuusne või koldeline, mis avaldub reumaatiliste sõlmekeste tekkimisena.

Mis puutub granulomatoosse faasi uurimisse, siis selgus huvitav detail, et granuloomide rakud sisaldavad väga vähe C-vitamiini. On teada, et askorbiinhappel on väga suur tähtsus sidekoe intertsellulaarruumi ja kiulise struktuuri tsementeeriva aine tekkimises. Peale selle ergutab C-vitamiin bioflaviinide antihüaluronidaasi aktiivsust, millel on reumatismi juures oluline tähtsus. Andmed C-vitamiini vaegusest tõestuvad ka sellega, et reumaatilise protsessi ägenemine algab armkoest, mis lubab öelda, et armkude ei ole bioloogiliselt täisväärtuslik. Reumast põhjustatud arm osutub justkui hõõguvaks haiguskoldeks. Reuma ägenemise puhul laieneb armistunud ala, mis võimaldab kõnelda progresseeruvast skleroosist, mida võib vastava raviga stabiliseerida (stabiilne skleroos).

Kokkuvõttes võime sidekoe reumaatilise kahjustuse puhul eristada nelja erinevat faasi: 1) mukoidne turse; 2) fibrinoidne muutumine; 3) granulomatoos; 4) stabiilne või progresseeruv skleroos.

Reuma etioloogia ja patogeneesi uurimine võimaldab väita, et kirjeldatud sidekoe muutused tulenevad hemolüütilise streptokoki ja sidekoe autoantikehade koostoimest. Teisiti öeldes — äge reuma on autoagressiivse iseloomuga infektsioos-allergiline protsess.

Antikehade tekkimise intensiivistumine kajastub ka morfoloogilistes muutustes. Antikehade tekkimine on seotud peamiselt lümfadenoidse koega. Selles koes täheldame plasmarakkude kogunemist. Nende tsütoplasma on väga rikas ribonukleoproteiididest. Nukleoproteiidide sünteesi tõus vastab harilikult valgu sünteesile ja kulgeb paralleelselt antikehade tiitri tõusuga vereseerumis.

Reuma ägedas järgus leitakse kurgumandlitelt ülisuurel hulgal ribonukleoproteiididerikkaid plasmarakke ja protoplasmotsüüte. Reumaataki vaibumisel väheneb ka plasmarakkude arv. Kui reumanähud puuduvad, esineb kroonilise tonsilliidi puhul plasmarakke vähesel hulgal. Plasmarakud moodustuvad mandlites peamiselt folliikulite piirialadel ja subepiteliaalses koes. Seega ei ole kurgumandlid ainuüksi infektsioonikoldeks, vaid ka antikehade tekkepaigaks. Kõik see viitab tonsillaarprobleemi keerukusele.

Reaktsiooni antikeha—antigeen intensiivsust tõestavad ka neerupäsmakeste kapillaarsete mebraanide muutused. Ei ole kahtlust, et reuma puhul esineb neerude kahjustus. Eriti tihe side esineb ägedate reumanähtude ja neerupealiste seisundi vahel. Reuma ägenemisel täheldatakse neerupealistes ketosteroidide rikkalikku kogunemist.

Reuma puhul ei kahjustu ainult süda, vaid ka veresooned. Veresoontes esinevad düstroofilised ja põletikulised muutused. Esimesed on sidekoe desorganiseerumisprotsessi nähtudeks ja avalduvad peamiselt mukoidse substantsi kuhjumises intimasse, milles tekivad fibrinoidsed muutused ja skleroos. Muutused arenevad nii rakkudevahelises substantsis kui ka kiudstruktuuris (kollageensetes ja elastsetes kiududes).

Põletikulised nähud haaravad peamiselt väikseid artereid ja kapillaare. Neid muutusi kirjeldatakse kirjanduses reumaatiliste vaskuliitidena. Kapillaaride kahjustumine avaldub adventitsiaalsete ja endoteliaalsete rakkude proliferatsioonina, kapillaaride looklemisena, atoonilise seisundina või valendiku kokkulangemisena.

Kogu veresoonkonna kahjustumise puhul võib mõnedel juhtudel kõnelda veresoonte reumaatilisest kriisist.

Ref. H. Pihl

Bibliograafia

TARVILIK KÄSIRAAMAT*

Hiljuti ilmus väga tarvilik käsiraamat raviainete kohta. Ravimpreparaadid on raamatus paigutatud farmakoterapeutiliste rühmade järgi. Peale selle on antud lisad täiendustega uutest ravimpreparaatidest ja nimestik preparaatide tarvitamise näidustustega. Raamat on varustatud ladinakeelse aineregistriga, mis sisaldab välismaal samaaegselt meie preparaatidega kasutusel olevate teisendpreparaatide nimesid (ligi 3700 sünonüümi). Peale selle on raamatu lõpus veel eestikeelne aineregister. Nimetatud registrid võimaldavad raamatu hõlpsat ja kiiret kasutamist.

Kahjuks ei ole kirjastus, tõlkijad ega toimetaja pidanud vajalikuks raamatusse sisse jätta venekeelses originaalis leiduvat kodumaise kirjanduse loetelu iga preparaadi kohta. Loetelu oleks olnud aga väga vajalik (kuigi see oleks raamatu mahtu 80—90 lk. võrra suurendanud), sest tihtilugu on arstil vaja tunduvalt rohkem andmeid mõne ravimpreparaadi ja selle toime kohta, kui seda suudavad pakkuda käsiraamatu kokkusurutud, kokkuvõtlikud artiklid. Mõnevõrra segavalt mõjub ka asjaolu, et andmete saamiseks ühe ja sama preparaadi kohta tuleb sageli raamat lahti lüüa kahest kohast (näit. B_6-vitamiin lk. 287 ja lk. 719 jne.), kuid sellega tuleb leppida, sest raamatu kolmanda trüki eestikeelne tõlge oli juba trükivalmis, kui ilmus venekeelse väljaande neljas trükk, mille põhjal käsikirja parandati ja täiendati.

Oleks vajalik, et ka farmatseudid, terapeudid jt. avaldaksid käsiraamatu kohta oma arvamust.

H. Roht

---

* M. D. Maškovski. Raviained. Tallinn, Eesti Riiklik Kirjastus, 1961, 929 lk. Trükiarv 8000. Tõlkinud I. Podolski ja J. Pats. Toimetaja E. Keel.

INIMESE LOOTE ARENEMISEST VÄLJASPOOL INIMESE ORGANISMI

Aastavahetusel levis üle maailma teade, et Itaalia teadlastel on õnnestunud kasvatada väljaspool inimese organismi viljastatud munarakku kunstlikes tingimustes 29 päeva. Need teadlased olid kirurg ning embrüoloog professor D. Petrucci, kirurg ning tsütoloog doktor Raffaele Bernabeo ja keemiadoktor Laura de Pauli. Kõik nad töötavad Bolognas Villa Verde haiglas.

Teadlaste rühma juhendaja prof. D. Petrucci on 38 aastat vana. Ta õppis Inglismaal ja pöördus seejärel tagasi Itaaliasse. Ta on käinud mitu korda Ameerikas tutvumas anestesicloogia uusimate meetoditega. Peale kirurgia ja embrüoloogia tegeleb prof. D. Petrucci füüsikaga ja tehniliste teadustega.

Mitmed teadlased on ka varem tegelnud munaraku viljastamisega väljaspool organismi, kuid viljastatud munarakk elas nende poolt loodud kunstlikes tingimustes vaid mõne päeva. Itaalia teadlastel õnnestus luua areneva loote jaoks täielikult (või peaaegu täielikult) inimorganismis vajalikud tingimused. Seda võimaldas pisimate üksikasjadeni läbimõeldud katsetehnika (ettevalmistus kestis neli aastat).

Katseks valitud naisel tehti rohkearvulisi biokeemilisi analüüse, et täpselt kindlaks määrata munaraku saamiseks tehtava operatsiooni aeg, sest munarakk on vaja saada momendil, kui ta on täiesti küps ja valmis viljastumiseks. Teadlased valmistasid nn. biokoogilise hälli räniorgaanilise, s. o. hüdrofoobse ainega kaetud 0,1 mm paksuste seintega klaasnõu. Sellesse nõusse paigutati raseda naise amnionivedelikku, toitekeskkond ja munarakk. Hapnikku puhutakse vedelikku läbi nõu seinas oleva ava. Kohe pärast munaraku nõusse asetamist viiakse sinna ka spermatosoidid. «Hällis» hoiti temperatuur püsivalt 36°C juures. Kogu katseaja kestel filmiti kõik «hällis» toimuv. Kaitseks filmimisel kasutatud valgusseallikate infrapunase kiirguse vastu konstrueeriti erilised kvartsfiltrid. Samuti kaitsti rakke ultraviolettkiirte eest.

Katse filmimine võimaldas esmakordselt pidevalt jälgida isas- ja emassuguraakkude käitumist väljaspool organismi, nende kohtumist, viljastumist ja munaraku edasist arenemist.

29. päeval katse katkes. Selleks ajaks muutus loote toitumine raskendatuks, sest üleminekul toiteainete imendumiselt kehapinna kaudu keerukamale toitumistüübile osutus esialgne toitekeskkond mitteküllaldaseks.

D. Petrucci mainib, et loote edasise arengu jälgimine pole talle vajalik, sest see katse on vaid osa tema pikaajalisest uurimistööst transplanteerimise ja päriliku immunoloogia valdkonnas.

Allpool avaldame lühidalt NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia tegevliikme professor V. Parini arvamuse Itaalia teadlaste katse kohta.

Akadeemik V. Parin mainib, et prof. D. Petrucci katsed on suureks saavutuseks inimese embrüonaalse arenemise uurimisel. Senini ei ole kellelgi õnnestunud luua kunstlikku keskkonda kõigi vajalike tingimustega, mida vajab inimese embrüo pikemaajaliseks kasvamiseks. Prof. D. Petrucci katsete edukus on suurel määral seotud saavutustega nn. kunstlike elundite loomisel, mis iseloomustavad arstiteaduse kaasaegset arenguetappi. Näiteks võimaldab kunstliku vereringe aparaat (masin «süda-kopsud») kirurgil südameoperatsiooni ajal ajutiselt südametegevust välja lülitada, säilitades samal ajal kogu keha verevarustuse. Kunstlike neerude rakendamisel läbib haige veri teatud kindla koostisega soolalahuses asetsevaid tsellofaantorusid ja vabaneb seejuures lämmastiku-ainevahetuse lõpp-produktidest. Arusaadav, et selliste aparaatide konstrueerimise fakt ergutas uurijate mõtet.

Prof. D. Petrucci julge katse on edukas samm kunstliku emaka loomisel, kui nii võiks väljendada. Kõige keerukamaks ja spetsiifilisemaks probleemiks on pinna loomine, millele võiks kasvada loote platsenta, sest kogu oma edasise arenemise jooksul ammutab loode kõik talle vajalikud ained ema verest ja annab ema verre ka kõik ainevahetuse lõpp-produktid: kõik need protsessid toimuvad platsentaarse vereringe kaudu. Tehniliste detailide kohta, mida rakendas prof. D. Petrucci, puuduvad meil andmed, kuid ajakirjanduse andmete järgi otsustades õnnestus tal leiutada pehme poorne plastmass, millele platsenta hästi kinnitus. See tegelikult kindlustaski katse edu.

Raske on ennustada, millise vanuseni õnnestub inimloote arenemist kunstlikes tingimustes viia, kuid itaalia professori katse kestus — 60 päeva (viimaste andmete järgi kestis teine katse 60 päeva) — on väga oluliseks saavutuseks. Selleks

ajaks moodustuvad peaaegu kõik elutähtsad elundid, kaasa arvatud ka sisenõristusnäärmed. See asjaolu annab prof. D. Petrucci katsetele suure praktilise väärtuse. Nimelt on kirurgia saavutused kudede ja elundite ümberistutamisel väga piiratud viimaste biokeemilise spetsiifilisuse tõttu: ühelt inimeselt (doonorilt) teisele (retsipiendile) ümberistutatud koed ja elundid põhjustavad retsipiendi organismis mitmeid biokeemilisi reaktsioone, mille tagajärjel transplantaat täielikult imendub. Seni on õnnestunud ümberistutused ainult ühelt kaksikult teisele (näiteks päästis ühe kaksiku elu neeru ümberistutamine teiselt kaksikult). Kudede individuaalne biokeemiline spetsiifilisus tekib embrüonaalse arenemise hilistel staadiumidel. Embrüonaalse arengu varasel astmel kudedel neid omadusi ei ole. Seepärast võib neid kasutada universaalse materjalina ümberistutusteks, pealegi on need koed võimelised edasi arenema ja kasvama. Prof. D. Petrucci katsed on eriti huvitavad kirurgidele, kes püüavad leida lahendust kudede bioloogilisele sobimatusele, mis on plastilise kirurgia arenemise peamiseks takistuseks.

Lõpuks peab mainima, et itaalia teadlase töö on eredaks näiteks, milliste tulemusteni võib jõuda elunähtuste materialistlikul uurimisel. Kõigi maade progressiivsed teadlased ootavad nende uurimiste jätkamisest tähtsaid praktilisi tulemusi. Kuid Vatikani poolt juhitav klerikaalne reaktsiooniline ringkond teatab, et D. Petrucci katsed on jumalavallatud ja nõuab nende lõpetamist. Kas ongi vaja kommenteerida seda katoliku kiriku enesepaljastust!

Kirjandus. 1. Природа, 1961, 6, 64—69. 2. Огонёк, 1961, 27, 22—23. — 3. Eesti Loodus, 1961, 5, 309—311.

Ref. H. Roots

100-AASTASTE JA VANEMATE NSV LIIDU ELANIKE ARV 1959. a. RAHVALOENDUSE ANDMETEL *

NSV Liidu Statistika Keskvalitsus sai rahvaloendusel andmed 100-aastaste ja vanemate isikute kohta. Arvestades mäluvigu, samuti ka nn. vanaduskoketsust, s. t. püüet suurendada oma vanust, kontrollis Statistika Keskvalitsus nimeliselt neid isikuid, kes olid näidatud 100-aastastena ja vanematena. Kontrollimisel selgus, et 28 015 isikust, kes nimetasid end 100-aastasteks ja vanemateks, olid faktiliselt nii vanad 21 700 inimest. (Analoogiline dokumentaalne kontrollimine toimus ka seoses 1897. a. rahvaloendusega; siis oli niisama vanade inimeste tegelik arv 5 korda väiksem kui esialgsetel andmetel.) 21 708-st 100-aastasest ja vanemast isikust 4 436 elavad linnades ja 17 272 maal; mehi on nende hulgas 5 432, naisi 16 276. 120-aastasi ja vanemaid registreeriti Nõukogude Liidus 592 isikut, neist mehi 224 ja naisi 368. Enamik neist (487) elab maal.

Suurt huvi pakuvad andmed 100-aastaste ja vanemate isikute esinemise kohta üksikute liiduvabariikide, kraide ja oblastite kaupa.

Vene Föderatsioonis on kõrge elueaga isikute poolest esikohal Põhja-Osseetia, Kabardiini-Balkaari ja Dagestani autonoomsed vabariigid (100 000 elaniku kohta 61—70 100-aastast ja vanemat elanikku). Jakuutias on 100 000 elaniku kohta 32, Altai krais 20 ja Krasnodari krais 21 100-aastast ja vanemat isikut. Moskva oblastis on 100 000 elaniku kohta üks, Jaroslavli oblastis 2 ja Leningradi oblastis kolm 100-aastast ja vanemat kodanikku.

Ukrainas on 100 000 elaniku kohta saja-aastasi või vanemaid isikuid 6, Valgevene NSV-s — 13, Usbekistanis — 10, Kasahstanis — 10, Leedu NSV-s — 17, Moldaavia NSV-s — 6, Läti NSV-s — 3, Kirgiisi NSV-s — 11, Tadžiki NSV-s — 11, Turkmeenia NSV-s — 8 ja Eesti NSV-s 1.

Artiklis tuuakse ka andmed 100-aastaste ja vanemate arvu kohta teistes riikides. Kui NSV Liidus oli 1959. a. 21 708 saja-aastast ja vanemat isikut, s. t. 10 inimest 100 000 elaniku kohta, siis USA-s oli neid 1950. a. 1,5 (värvilised kaasa arvamata), Inglismaal 0,6, Prantsusmaal 0,7 ja Jaapanis 0,1 isikut 100 000 kodaniku kohta.

Kõrge elueaga isikuid on meil kõige rohkem Kaukaasias. Azerbaidžaani NSV-s on 100 000 elaniku kohta 84 saja-aastast ja vanemat isikut, Nagorno-Karabahhi autonoomses oblastis koguni 144. See oblast on eakate inimeste poolest Nõukogude Liidus esikohal. Gruusia NSV-s on 51 ja Armeenia NSV-s 33 saja-aastast ja vanemat isikut 100 000 elaniku kohta.

H. Pihl

* Ajakirja «Советское здравоохранение» 1961, 9, 103—104 järgi.

Hiljuti teatati Riia Lihakombinaadile, et Üleliidulisel Rahvamajanduse Saavutuste Näitusel on neile trüpsiini tootmise eest määratud kolmanda järgu diplom. Läti NSV Teaduste Akadeemia Mikrobioloogia Instituudis uuritakse poliomüeliidiviirust, viiruse kultiveerimiseks on aga vaja ferment trüpsiini, mida senini saadi Ameerika Ühendriikidest. Nüüd kasutavad kõik virusoloogid kodumaist trüpsiini.

Hiljuti avati Moskvas esimene nn. kodune polikliinik. Asutuse avamise initsiaatoriks oli pealinna Sverdlovski rajooni elamuekspluatatsioonikontori nr. 4 pensionäride nõukogu ja polikliiniku nr. 17 meditsiinitöötajad. Uus asutus paigutati ehituskontori endistesse ruumidesse. Rajooni juhtivate organisatsioonide kaasabil remonditi ruumid, polikliinik eraldas vajaliku instrumentaariumi. Uues polikliinikus töötavad ühiskondlikus korras neuropatoloog M. Kuznetsova, terapeut D. Kairo jt. Polikliinikut külastavad peamiselt lähedal elunevad pensionärid. Palju aega ja tähelepanu pühendab polikliinikule selle juhataja arst-pensionär M. Podkaminer. Rajooni sotsiaalkindlustuse osakond eraldas pensionäridele 30 tasuta tuusikut puhkekodudesse.

Kui palju tuleb mõnikord haigel raisata aega, et näiteks läbi teha solluksravi kuur! Kui tal aga endal oleks lamp, ei peaks ta iga päev polikliinikusse minema. Hiljuti avatigi Harkovis apteegi nr. 2 juures kirurgia- ja haigepõetusesemete laenutamispunkt. Külastajad võivad sealt laenutada sollukslampe, hapnikupatju, karke, ionisaatoreid, hüdropulte, lahaseid jne. Harkovi Apteekide Valitsuse uus algatus on linnaelanike poolt leidnud hea vastuvõtu.

Tänavu sügisel leidis Primorski krai vanim juurtekorjaja S. Kailnov hiiglasuure ženšennijuure ehk nn. imejuure. Juur meenutas oma kujult harali aetud sõrmedega labakätt, kaalus 273 grammi ja arvatakse, et selle vanus on ligi 150 aastat.

Rindkereelundite läbivalgustamisel röntgenikiired hajuvad ja seetõttu toimub ka kõhuõõneelundite kiiritamine. Selles veendusid Leningradi tuberkuloositõrje dispanseri arstid järgmise katse abil. Läbivalgustatavale inimesele riputati niudepiirkonda kassett kõrge tundlikkusega röntgenifilmiga. Pärast rindkere vaatlust ilmutati film; selgus, et sellel on nähtavad niudeluud ja lülisamba kontuurid. Kõhuõõne kiiritamise vältimiseks riputati röntgenistatiivile maast kuni umbes 110 sm kõrgusele tinapõll. Katsetamine filmiga näitas, et siis kõhuõõne kiiritamist enam ei toimunud. Röntgenoloogide konverentsil soovitati ka teistel asutustel seda eeskuju järgida.

Läti NSV Teaduste Akadeemia Orgaanilise Sünteesi Instituudis valmis hiljuti uus preparaat — ratindat. See antikoagulantide rühma kuuluv preparaat põhjustab närilistel (rotid jt.) vere hüübimise languse, mille tagajärjel neil tekivad surmavad verejooksud. Preparaat ei ole ohtlik inimestele ega koduloomadele.

Käesoleva aasta märtsikuus alustati Alma-Ata apteegitöötajate algatusel ravimite kojuviimist vanadele inimestele ja paljulapselistele emadele. Praegu on seda eeskuju järginud ka paljude teiste Kasahstani linnade apteegid.

Dnepropetrovski oblastis laieneb maarajoonide ravi-profülaktikaasutuste võrk. Magdalinovski rajoonis ehitati kolhooside summadest 100 voodikohaga haigla ja 50 kohaga lastesõim. Oma haiglad ehitasid ka põllumajandusartell «Progress» ja Bogdan Hmelnitski nimeline kolhoos, viimane ehitas peale selle looduslikult ilusasse kohta 50 kohaga lastesõime. Ka teistes Dnepropetrovski oblasti rajoonides on kolhoosid ehitanud velskri-ämmaemandapunkte, lastesõimi ja sünnitusmaju.

Leningradi Džanelidze-nimelises Kiirabi Teadusliku Uurimise Instituudis kasutatakse edukalt vahtkummist (penoplast) madratseid. Need on hügieenilised ega põhjusta haigetel lamatisi. Eriti mugavad on need eakamate haigete põetamisel, kes lülisamba või vaagnaluude murdude tõttu peavad nn. restil lamama. Selliste madratsitega on instituudis varustatud ka šokiravi ruum. Mainitud madratsid on tavalistest palju odavamad.

Riia lähedal Salaspilsi asulas ehitati esimene aatomireaktor Baltimaadel. Uues teadusliku uurimise keskuses töötavad koos füüsikute ja keemikutega ka bioloogid ja mikrobioloogid. Nad uurivad kiirituse toimet elusale organismile, pärilikkusele. Aatomireaktor hakkab Läti raviasutusi varustama ka radioaktiivse joodi ja teiste isotoopidega.

Koostöös arstidega valmistas Läti Rahvamajanduse Nõukogu töötaja H. Kundzinš tehases «Etalon» kunstliku hingamise aparaadi, nn. kunstlikud kopsud. Seadeldist saab kasutada haiglates kirurgiliste operatsioonide ajal, vetelpääste jaamades uppunute päästmiseks jne. Aparaat on paigutatud kohvrisse ja selle kaal on umbes 20 kilogrammi.

Novosibirski ülikooli juures avati sel sügisel meditsiini-bioloogiateaduskond. Uues teaduskonnas on juhtivateks õppeaineteks matemaatika, füüsika ja keemia, mis senini on meditsiiniõppeasutustes olnud kõrvalaineteks. Arstiteaduse edasiarendamiseks on vaja tugevdada sidemeid täppisteadustega, et rakendada matemaatika, füüsika, elektroonika jt. kõige uuemaid saavutusi. Selline teaduskond on meie maal esimene.

Kroonika

TARTU TERAPEUTIDE SELTSI TEGEVUSEST

Seoses Tartu Arstide Teadusliku Seltsi reorganiseerimisega üksikuteks eriala seltsideks alustas 1960. a. novembris tegevust Tartu Terapeutide Selts. Seltsi asutamiskoosolek toimus 3. novembril 1960. a. Tartu Terapeutide Seltsi liikmeiks astus 43 arsti. Juhatusse valiti dots. K. Kõrge (esimees), dots. K. Villako (abiesimees), S. Aru (laekur), V. Saarma (sekretär) ja J. Riiv (abisekretär).

Senini on peetud kümme koosolekut, neist kolm koos teiste seltsidega. Ühisel koosolekul Tartu Kirurgide Seltsiga (5. jaanuaril 1961. a.) arutati vasema venoosse suistiku stenoosi operatiivse ravi küsimusi (ettekandjad dots. Ü. Lepp ja A. Kliiman). Tartu Ftisiaatrite Seltsi ja Terapeutide Seltsi ühisel koosolekul esines ettekandega J. Karusoo, kes kõneles tuberkuliini mõjust neerupealise koore funktsioonile (20. aprillil 1961). 14. mail 1961. a. peeti Viljandis koosolek koos Viljandi Arstide Teadusliku Seltsi ja Tartu Kirurgide Seltsiga. Koosolekul esines A. Oro ettekandega kõhukoopa transrektaalsest avamisest appendektoomia puhul ja I. Wiedebaum tänapäeva anestesioloogia probleemidest. Tartu arstid käsitlesid allergia küsimusi. Dots. K. Kõrge kõneles desensibiliseerivast ravist, J. Riiv bronhiaalastma konservatiivsest ravist ja dots. A. Rulli bronhiaalastma kirurgilisest ravist.

Allergia probleemile on selts pühendanud mitu koosolekut. 17. novembril 1960. a. esines dots. K. Kõrge ettekandega «Allergia probleemist kaasaegses meditsiinis». 26. jaanuaril 1961. a. kuulati L. Päi ettekannet «Reuma ja reumatoidse artriidi haigete seerumi tsütotoksiline mõju koekultuuridesse». 9. märtsil 1961. a. oli päevakorras L. Šefferi ja A. Šefferi ettekanne «Reumatoidfaktorist». Seltsi koosolekutel on käsitletud veel seedetrakti mikrofloora toimet hemopoeesile (dots. K. Villako 8. detsembril 1960. a.) ja porfüüria kliinilist pilti ja diagnostikat (J. Gross 16. veebruaril 1961. a.). 30. märtsil 1961. a. tutvustas V. Salupere originaalset gastrobiopsia aparatuuri. 3. novembril 1960. a. esines külalisena L. Võhandu teemal «Matemaatilisest analüüsist verevalkude hindamisel».

Koosolekutel on demonstreeritud haigeid, kes pakuvad huvi diagnostika või ravi aspektist. Osavõtt koosolekutest on olnud elav, seltsi liikmete kõrval on koosolekutel ka arste teistelt erialadelt ja arstiteaduskonna üliõpilasi.

V. Saarma

I RAHVUSVAHELISE PROTOZOOLOOGIDE KONVERENTSI DELEGAADINA PRAHAS

Prahas toimus 22.—30. augustini 1961. a. I rahvusvaheline protozooloogide konverents, mille tööst võttis osa ka 17-liikmeline delegatsioon Nõukogude Liidust. Konverentsil esitati kokku üle 200 ettekande. Suurem osa neist käsitlesid algloomade taksonoomiat, ökoloogiat, geneetikat, biokeemiat, tsütoloogiat ja elektronmikroskoopiat. On täiesti arusaadav, et kõikide ettekannete refereerimine ei oleks võimalik, pealegi ilmuvad konverentsil tehtud ettekanded lähemal ajal trükis.

Kogu konverents kulges erakordselt sõbralikus ja töökas meeleolus. Palju aitas selleks kaasa konverentsi eeskujulik organiseerimine Tšehhoslovakkia Teaduste Akadeemia poolt, samuti see, et konverents toimus samas hotellis, kus enamik delegaate peatus. Teadlaste omavahelist kontakti soodustas juba konverentsi avapäeva õhtul korraldatud bankett, kus delegaadid olid kohustatud kandma rinnas nimekaarte. Vaevalt paar tundi pärast banketi algust vahetati juba elavalt mõtteid ja vaieldi. Peab nentima, et kõige huvitavamad ja kasulikumad jutuajamised toimusidki konverentsi töö vaheaegadel, kusjuures konverentsil diskuteeriti ainult nende küsimuste ümber, milles eelnevalt ei jõutud ühistele seisukohtadele.

Erilist märkimist väärib asjaolu, et konverentsil esitatud ettekanded olid enamasti väga rikkalikult illustreeritud. Paljud delegaadid esitasid kogu ettekande värviliste diagrammide, tabelite ja mikrofotode diapositiivide abil, kusjuures tekstiline osa ainult selgitas illustratsioone. Kahtlemata soodustab see ettekannete jälgimist ja nendest arusaamist. Tundub, et meie teadlastel tuleb edaspidi ettekannete illustratiivset külge tublisti parandada. Väga suurt huvi pakkusid arvukad mikrofilmid. Üldise heakskiidu pälvis Rootsi teadlaste E. Lundi, E. Lycke ning P. Souranderi poolt demonstreeritud film *Toxoplasma gondii* elutegevusest koekultuurides.

ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi protozooloogia ja mikrobioloogia sektori kollektiivi töö viimaste aastate tulemusi kokkuvõtva ettekande «*Trichomonas vaginalis*'e tüüpide küsimusest» andmeid pidasid välismaised spetsialistid originaalseks ja hüpoteesi *T. vaginalis*'e erinevate tüüpide (*resp.* alaliikide) esinemise kohta meie poolt saadud tulemuste põhjal väga tõenäoliseks.

Nõukogude teadlaste ettekandeist parasitaarsete algloomade kohta pälvis üldist tähelepanu arstiteaduse kandidaadi A. Karapetjani töö *Lamblia intestinalis*'e kultiveerimisest kunstlikel söötmetel. Teatavasti õnnestus A. Karapetjanil Tallinnas töötades esimesena maailmas kasvatada lambliioositekitajat *in vitro*.

Konverentsi tööst vabal ajal külastasime ka mitmeid Prahas asuvaid teaduslikke asutusi. Protosoiliste infektsioonide hulgas pööratakse Tšehhoslovakkias, samuti nagu viimastel aastatel kogu maailmas, erilist tähelepanu urogenitaalelundite trihhomonoosile. Parasitoloogide kõrval võtavad uurimistööst aktiivselt osa ka günekoloogid, mis võimaldab teadusliku uurimise tulemusi viia praktikasse. Vaatamata sellele, et Tšehhoslovakkias, samuti nagu Nõukogude Liidus, ei kuulu trihhomonoos veel suguhaiguste ametlikku nomenklatuuri, käsitleb arstkonna rõhuv enamik trihhomonoosi kui veneerilist haigust. Kõikidele trihhomonoosi põdevatele haigetele selgitatakse tema suguliste kontaktide uurimise ja ravimise vajadust. Ravi määratakse sellisele haigele alles pärast seda, kui tema partnerit on uurinud kas veneroloog või günekoloog.

Infektsiooni diagnoosimisel kasutatakse peamiselt mikroskoopilisi meetodeid. Külvimeetodit kasutatakse senini ainult üksikutes asutustes ja sedagi peamiselt Prahas. Naiste urogenitaalelundite trihhomonoosi diagnoosimisel pööratakse väga suurt rõhku vagiina mikroobide biotsenoosile.

Märkimist väärib asjaolu, et raseduse korral suhtutakse Tšehhoslovakkias trihhomonoosi väga hoolikalt. Et vältida trihhomoonaste astsendeerumist ülemistesse genitaalidesse ja sellest tulenevaid komplikatsioone, ei tehta näiteks Prahas ühtegi kunsttehislikku aborti enne, kui on läbi viidud antitrihhomonaalne ravi. Samuti püütakse trihhomoonastest vabastada võimalikult kõik rasedad enne sünnitust.

Samasugust tähelepanu kui naiste trihhomonoosile pööratakse ka meeste urogenitaalelundite trihhomonaalsetele põletikkudele. Arvestades meeste trihhomonoosi diagnoosimise raskusi, uuritakse igat patsienti reeglina korduvalt, eriti neil juhtudel, kus abikaasal juba on leitud *T. vaginalis*.

Teiseks protosoiliseks infektsiooniks, millele Tšehhoslovakkias pööratakse väga suurt tähelepanu, on toksoplasmoos. Nii selgus, et peaaegu kõikide instituutide parasitoloogia osakondades tegeldakse toksoplasmoosi uurimisega, kusjuures kardinaalseteks küsimusteks on selle infektsiooni diagnostika ja epidemioloogia, kuid samuti kliiniku uurimine.

Et toksoplasmoosi diagnostikas käesoleval ajal kasutatavad Sabin-Feldmani serovärvusreaktsioon ja komplemendi sidumisreaktsioon on küllaltki keerulised ja seetõttu rakendatavad peamiselt hästi sisustatud bakterioloogia laboratooriumides, kasutatakse Tšehhoslovakkias viimasel ajal toksoplasmoosi diagnoosimisel O. Jiroveci ning kaasautorite poolt modifitseeritud Frenkeli nahatesti toksoplasmiiniga. Nagu rohkearvulised uurimused on näidanud, on viimane lihtsam ja ka palju täpsem teistest toksoplasmoosi korral kasutatavatest diagnoosimismeetoditest. On leitud, et nahatest toksoplasmiiniga on kõrgelt spetsiifiline. Arvestades selle nahatesti praktilise teostamise lihtsust ja antigeeni säilimise küllaltki pikka aega (üle 1 aasta), võib seda reaktsiooni kasutada igas raviasutuses (isegi tervishoiupunktis).

Urogenitaaltrakti trihhomonoosi ja toksoplasmoosi kõrval väärivad erilist tähelepanu tšehhide saavutused pneumotsüstoosi uurimise alal. Vaatamata sellele, et Delanoe poolt juba 1912. a. avastatud *pneumocystis carinii*'d peeti juba ammu hiirte, rottide, merisigade, koerte ja teiste kodu- ja metsloomade kopsuparasiidiks, näitasid tšehhid J. Vanek ning O. Jirovec alles 1952. a., et see parasiit on ka laste kopsupõletikkude üheks sagedaseks etioloogiliseks teguriks. Nüüd on selgunud, et pneumotsüstoosse pneumoonia inkubatsiooniaeg võib lastel olla 8—10 päeva, enamikul juhtudel aga 20—30 päeva. Kõige esmalt tekivad haigestunud lastel gastrointestinaalsed ja alles teatud aja möödumisel ka respiratoorsed häired. Haigus kestab tavaliselt 7—14 päeva, harvem 21—30 päeva. Ainult üksikutel juhtudel võib haigus kulgeda pikaajaliselt, kestes isegi 60—90 päeva. Enamik ravimata juhtudest lõpeb haige lapse surmaga. Tavaliselt haigestuvad lapsed pneumotsüstoosi 2.—4. elukuul, kusjuures dispanseeritud on just enneaegselt sündinud, düstroofilised ja mitmesuguste haiguste tagajärjel nõrgestunud lapsed. Pneumotsüstoosne pneumoonia võib tekkida aga ka täiskasvanuil.

Pneumotsüstoosi diagnoosimiseks kasutatakse Tšehhoslovakkias K. Barta, Č. Dvoračeki ning A. Kadleci poolt väljatöötatud komplemendi sidumisreaktsiooni või O. Jiroveci poolt soovitatud kutaanreaktsiooni (mõlemad meetodid on publitseeritud).

Pneumotsüstoosi ravis on mõningat edu saavutatud sulfaniilamiididega, antibiootikumidega ja protosoatsiidsete vahenditega, kuid üldiselt peetakse ravi väheefektiivseks. On täheldatud, et täiskasvanuil soodustab pneumotsüstoosi tekkimist kortisoon, mistõttu akadeemik O. Jirovec peab vajalikuks kõigil neil juhtudel, kus

kortisoonravi ajal või varsti pärast seda tekib pneumoonia, arvestada pneumotsüstoosi võimalust.

Tundsime huvi ka mõningate tuberkuloosialaste uurimistööde vastu. Seejuures pöörasime tähelepanu peamiselt just praktikas *Mycobacterium tuberculosis*'e kultiveerimiseks kasutatavate söötmete ja ravimiresistentsuse määramiseks kasutatavate meetodite vastu. Selgus, et Tšehhoslovakkias kasutatakse kulturaalset diagnoosimist peaaegu igas tuberkuloositõrje dispanseris, statsionaaris, sanatooriumis, rajoonihaiglas ja sanitaar-epidemioloogia jaamas. Samuti määratakse *Mycobacterium tuberculosis*'e iga isoleeritud tüve streptomütsiini-, ftivasiidi- ja paraamiinosalitsüülhappenaatriumi-resistentsus. Vastavalt tüve tundlikkusele ravimite suhtes koostab raviv arst haigele raviskeemi.

Suuremates raviasutustes, kus selleks on olemas vastavad tingimused, kasutatakse nii tuberkuloosi kultiveerimiseks kui ka ravimiresistentsuse määramiseks üldtuntud söötmeid. Väiksemates raviasutustes aga, kus keeruliste söötmete valmistamiseks vajalikud tingimused puuduvad, kasutatakse L. Šula poolt koostatud söötmekontsentraate. Seda toodetakse tsentraliseeritult Prahas, kust nimetatud sööde saadetakse laiali kogu Tšehhoslovakkiasse. Šula kontsentraatsöötmele, mida tehas laseb välja 100-milliliitristes pudelites, tuleb enne kasutamist lisada ainult steriilset destilleeritud vett 1:10 (s. o. 100 ml kontsentraadile lisaks 900 ml destilleeritud vett). Seejärel valatakse sööde katsuteisse, à 5 ml. Kirjeldatud söötme kasutamine ei tee raskusi ja see võimaldab uurida nii patoloogilist materjali kui ka määrata *Mycobacterium tuberculosis*'e ravimiresistentsuse.

Pöörasime tähelepanu ka teistele teadusliku tööga tihedalt seotud küsimustele. Et meil on üheks teadusliku töö kitsaskohaks kuni viimase ajani jäänud abipersonali vähesus, tundsime huvi, kuidas on teadusliku abipersonali küsimus lahendatud Tšehhoslovakkias. Selgus, et tšehhid peavad optimaalseks vahekorda 1:3, s. o. kolm laboranti ühe teadusliku töötaja kohta. Peale vajaliku arvu laborantide on igas instituudis nn. insener-tehniline personal, kes töötab eksperimentaaltöökodades. Nende töökodade osa instituutide teaduslikus töös on kõikjal väga suur. Peale aparatuuri remontimise ja uurimistööks kohaldamise konstrueeritakse ja ehitatakse neis töökodades ka uusi aparaate vastavalt antud instituudi teaduslikule profiilile. Vahetult teadusliku uurimistöö käigus konstrueeritud aparatuurist on muide väga palju antud ka seeriaviisilisse tootmisse. Aparatuuri uudsus ja otstarbekus ongi Tšehhoslovakkias ilmselt saavutatud tänu eeskujulikult sisustatud eksperimentaalsete töökodade olemasolule. Need töökojad töötavad tihedas koostöös arstiriistade tehastega, saades sealt ka vajalikud materjalid ja detailid.

Üldiselt on Tšehhoslovakkia teaduslikud instituudid tehniliselt väga hästi varustatud. Vananenud aparatuuri asendamine kõige moodsamate vahenditega on teaduslikus töös saavutatud edu üheks olulisemaks teguriks. Et teadlased õigustaksid nendele pandud lootusi ja saaksid maksimaalselt kasutada kõige produktiivsemaid tööaastaid, luuakse neile lisaks majanduslikule hüvitatusele ka kõige optimaalsemad töötingimused.

Kõikides instituutides, mida külastasime, palusime näidata ka vivaariume. Märkimist väärib, et eksperimentideks vajalikke katseloomi saavad instituudid eranditult spetsiaalsetest riiklikest farmidest. See kindlustab uurimisasutustele kõrgekvaliteedilised ja igakülgselt kontrollitud katseloomad. Katseloomade toitmiseks kasutatakse peaaegu eranditult ainult toidukontsentraate. Kindlasti on see palju ökonoomsem kui toidu valmistamine igas vivaariumis eraldi ning kindlustab katseloomade toitmise õiged ratsioonid ja režiimi. Toidukontsentraate valmistatakse tsentraliseeritud korras toiduainete tööstustes.

Kõikides uurimisasutustes jättis sügava mulje kõrge töökultuur ja töö otstarbekas korraldus. Teaduslike tööde temaatika on planeeritud maksimaalselt kompleksena, mis võimaldab uuritavaid probleeme lahendada igakülgselt ja suhteliselt lühikese ajaga. Suurt tähelepanu on pööratud teenindavate laboratooriumide tööle. Nii näiteks on mikrobioloogia instituutides organiseeritud tsentraalsed söötmete, patomorfoloogia, biokeemia jm. laboratooriumid, steriliseerimise ja klaasmaterjali ettevalmistamise osakonnad, fotolaboratooriumid jne. Kõikide keeruliste aparaatidega (elektronmikroskoobid, ultratsentrifuugid jt.) töötavad ainult tehnilist eriharidust omavad inimesed, mis tagab tehnika õige ja täieliku kasutamise.

Lõpuks veel mõni sõna tšehhide teaduslike uurimistööde tulemuste publitseerimisest. Lisaks artiklite avaldamisele Tšehhoslovakkia teaduslikes ajakirjades saadavad autorid enamasti samaaegselt oma tööd ka Nõukogude Liidu ja teiste välisriikide ajakirjadele. Tuleb veel märkida tšehhide aktiivset osavõttu rahvusvahelistest nõupidamistest, sagedasi väliskomandeeringuid ja isiklikku kontakti paljude maade teadlastega.

J. Teras

KIRJANDUSE KASUTAMISEST

Raamatufondide kasv raamatukogudes on loomulik nähe, sest iga päevaga kasvavad meie nõukogude inimeste kultuurilised huvid, suureneb vajadus raamatute järele. Kirjandus on muutunud meie maa töötajaskonna lahutamatuks kaaslaseks. Seda tõendab arvukate isiklike raamatukogude loomine ning täiendamine ja rahvaraamatukogude elav kasutamine.

Vaatamata raamatufondide rikkusele ei suuda raamatukogud tihti rahuldada lugejate, eriti aga spetsialistide üha kasvavaid nõudeid. Tekib vajadus kasutada nende raamatukogude abi, kes saavad sundeksemplare kõigist ilmuvaist väljaannetest. Selleks on organiseeritud raamatukogudevaheline abonement (RVA), mis võimaldab raamatukogus puuduvaid teoseid tellida teistest raamatukogudest. Nii kasutavad ka kõige suuremad raamatukogud oma lugejate teenindamiseks teiste raamatukogude fonde, eriti vajalik on RVA aga küla-, rajooni- jt. väiksematele raamatukogudele. 1960. aastal tellisid Eesti NSV-s üksnes külaraamatukogud raamatukogudevahelise abonemendi kaudu 2734 eksemplari mitmesugust kirjandust.

RVA võimaldab täielikumalt kasutada spetsiaalsete ja suurte raamatukogude fondide rikkusi, tehes need kättesaadavaks ka kõige kitsama profiiliga (arstid, velskrid, ämmaemandad jt.) eriala spetsialistidele. RVA kaudu võib tellida mitte ainult teatud kindlat raamatut, vaid ka kirjandust teatud teema või küsimuse kohta. Loodame, et ka meditsiinitöötajad seda soodsat võimalust tulevikus senisest laiemalt kasutavad.

Meie vabariigis on RVA keskusteks Fr. R. Kreutzwaldi nim. Eesti NSV Riiklik Raamatukogu, Riiklik Teaduslik Meditsiiniline Raamatukogu, Tartu Riikliku Ülikooli Teaduslik Raamatukogu, Tallinna Pedagoogilise Instituudi Raamatukogu ja veel mõned teised.

V. Reidla

SISUKORD

A. NORDBERG — Rahva tervishoid partei programmis 3

Teooria ja praktika

M. NÕGES — Reuma diagnoosimise probleemist 6

L. KOOK — Mõnede diagnostiliste proovide tähtsusest reuma puhul lastel 10

O. PIKKSAAR — Tuberkuloosi profülaktikast 15

I. KUUSIK — 40 aastat tuberkuloosivastast vaktsineerimist BCG-vaktsiiniga 19

L. IMELIK — Mõningaid aktuaalseid küsimusi laste tuberkuloosi ravimisel 24

J. TERAS, I. LAAN ja E. RÕIGAS — Dimedrooli toimest tuberkuloosibakteritesse 28

A. MALEVSKI — Röntgenoloogilise uurimise tähtsusest tuberkuloosse koksiidi puhul ja mõnedest raviprintsiipidest 31

V. MEIPALU ja U. PODAR — Verejooksude geneesist emaka müoomi puhul 35

K. GROSS — Lahkliha bimanuaalse kaitsmise meetodist sünnitusel . . 38

A. LUTS ja L. LUTS — Kõrva-nina-kurguhaiguste profülaktikast sportlastel 42

СОДЕРЖАНИЕ

А. НОРДБЕРГ — Программа партии о народном здравоохранении

Теория и практика

М. НЫГЕС — О проблеме диагностики ревматизма

Л. КООК — Значение некоторых диагностических проб при ревматизме у детей

О. ПИККСААР — О профилактике туберкулеза

И. КУУЗИК — 40 лет противотуберкулезной вакцинации вакциной БЦЖ

Л. ИМЕЛИК — Некоторые актуальные вопросы лечения туберкулеза у детей

Ю. ТЕРАС, И. ЛААН и Э. РЫЙГАС — О действии димедрола на бактерии туберкулеза

А. МАЛЕВСКИЙ — Значение рентгенологического исследования туберкулезного коксита и некоторые принципы его лечения

В. МЕЙПАЛУ и У. ПОДАР — О генезе кровотечений при миоме матки

К. ГРОСС — О бимануальном методе защиты промежности при родах

А. ЛУТС и Л. Лутс — О профилактике заболеваний уха-горла-носа у спортсменов

Kogemuste vahetamine

K. TAMMERA — Põlveliigese deformeeruva osteoartroosi paiksest ravist söögisoodalahusega 43
V. POMMER — Seadis liikumisharjutusteks alajäsemete halvatuse korral 46
V. LEMARINJE — Fotoalbum ohutustehnika õppevahendina 47

Abiks velskritele ja õdedele

E. KURVITS — Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla meditsiiniõdede nõukogu tööst 49
H. KAHN — Veresoonte lupjumise profülaktikast 51
B. LEHEPUU — Kunstlikust hingamisest suu suul meetodil esmaabi tingimustes 55

Arstiteaduse ajaloost

V. KALNIN — 75 aastat Philipp Karelli surmast 60

Konverentsid ja nõupidamised

A. SARAP — Kurortoloogia ja füsioteraapia vabariiklik konverents . . 62

E. VEINPALU — Kahest üleliidulisest kurortoloogia- ja füsioteraapia-alasest teaduslikust nõupidamisest 63
L. KILDEMA — V rahvusvahelisest biokeemia kongressist Moskvas . . 64
H. MERILA — Üleliiduline uroloogide konverents 64
E. KAMA — Tuberkuloosialasest nõupidamisest Moskvas 65

Küsimusi ja vastuseid 66

Konsultatsioone

M. PELLA — Täiendavaid küsimusi naiste töökaitse alalt 68

Tähtpäevad

L. MARDNA — T. Jürgenson 70-aastane 70
L. SÕRMUS — J. Leivalt 60-aastane . 70

Referaate 71

Bibliograafia

H. ROHT — Tarvilik käsiraamat . . . 72

Mitmesugust 73

Kroonika 76

Обмен опытом

К. ТАММЕРА — Местное лечение раствором пищевой соды при деформирующем остеоартрозе
В. ПОММЕР — Прибор для двигательных упражнений при параличе нижних конечностей
В. ЛЕМАРИНЬЕ — Фотоальбом как учебное пособие по технике безопасности

В помощь фельдшерам и медсестрам

Э. КУРВИЦ — О работе совета медсестер Тартуской республиканской клинической больницы
Х. КАХН — О профилактике атеросклероза
Б. ЛЕХЕПУУ — О методе искусственного дыхания ртом ко рту в условиях оказания первой помощи

Из истории медицины

В. КАЛНИН — К 75-летию со дня смерти Ф. Я. Карели

Конференции и совещания

А. САРАП — Республиканская конференция по курортологии и физиотерапии
Э. ВЕЙНПАЛУ — О двух всесоюзных научных совещаниях по курортологии и физиотерапии
Л. КИЛЬДЕМА — V международный конгресс по биохимии в Москве
Х. МЕРИЛА — Всесоюзная конференция урологов
Э. КАМА — Совещание по туберкулезу в Москве

Вопросы и ответы

Консультации

М. ПЕЛЛА — Дополнительные вопросы о защите труда женщин

Юбилейные даты

Л. МАРДНА — 70-летие Т. Юргенсона
Л. СЫРМУС — 60-летие Е. Лейвальт

Рефераты

Библиография

Х. РОХТ — Необходимый справочник

Разное

Хроника

UUSI RAAMATUID RIIKLIKUS TEADUSLIKUS MEDITSIINILISES RAAMATUKOGUS

MAŠKOVSKI, M. D. Raviained. (Käsiraamat arstidele). Tln., 1961, 929 lk.
UTJOVSKI, N. Meditsiiniline mikrobioloogia ja mikrobioloogiline tehnika. Tln., 1961, 309 lk.
KAHN, A. Arstlikke nõuandeid sportlastele. Tln., 1961, 35 lk.
VALGMA, K. Kõrgvererõhuhaigus. Trt., 1961, 38 lk.
Meelespea tuberkuloosihaigele. Tln., 1961, 6 lk.
Tartu Psühhiaatria Kliiniku 80. ja Neuroloogia Kliiniku 40. aastapäevale pühendatud teaduslik konverents Tartus, 26. ja 27. mail 1961. a. Ettekannete teesid. Trt., 1961, 51 lk. Paralleeltekst eesti ja vene keeles.
ARU, K. Miks on laps närviline. Trt., 1961, 36 lk.
KORABLJOV, M. j. t. Kohalik õhukaitse maal. Tln., 1961, 179 lk.
Большая медицинская энциклопедия. Изд. 2-е. т. 21. Новорожденный — Органотерапия. М., 1961, 1167 стб.
Календарь врача. Под общ. ред. И. Г. Кочергина. М., 1961, 431 стр.
БАТКИС Г. А. и ЛЕКАРЕВ Л. Г. Теория и практика советского здравоохранения. [Учебник для мед. ин-тов]. М., 1961, 351 стр.
Здравоохранение в СССР. Стат. сборник. М., 1960, 272 стр.
Административные, финансовые и хозяйственные вопросы в работе лечебных учреждений. (Учеб. пособие к практ. занятиям). Под ред. И. Ф. Матюшина. Горький, 1960, 100 стр.
ФРЕЙДЛИН С. Я. Городская поликлиника. (Организация работы). Л., 1961, 359 стр.
КОРОСТЕЛЕВ Н. Б. Использование опытов в пропаганде медицинских и гигиенических знаний. М., 1961, 92 стр.
Санитарно-просветительная работа в санаториях и домах отдыха. Под ред. Я. Л. Гроссмана. М., 1961, 84 стр.
ТРАХТМАН Я. Н. Внеклассная и внешкольная санитарно-просветительная работа. М., 1960, 152 стр.
ВИДЫ-ВИРСКИ Ф. Об основных проблемах истории медицины. Пер. с польского. М., 1961, 160 стр.
ШТЕНБЕРГ А. И. и др. Руководство к практическим занятиям по гигиене питания. М., 1961, 359 стр.
ЧЕРНИКОВА Л. В. Гигиена общественного питания и профсоюзный контроль. М., 1961, 155 стр.
ГОРЕГЛЯД Х. С. и др. Ветеринарно-санитарная экспертиза с основами технологии продуктов животноводства. М., 1960, 356 стр.
МАЛЫХ А. А. и СПИРИНА А. М. Защита рабочих от лучистого тепла. М., 1961, 198 стр.
БЕРЕЗИНА М. П. и др. Большой практикум по физиологии человека и животных. Под общ. ред. Л. Л. Васильева и И. А. Ветюкова. Изд. 2-е. М., 1961, 675 стр.
БЮННИНГ Э. Ритмы физиологических процессов. («Физиол. часы») Пер. с нем. М. 1961, 184 стр.
БРЕЙТБУРГ А. М. Физиология питания. (2-е изд.) М., 1961, 318 стр.
БИРЮКОВА З. И. Высшая нервная деятельность спортсменов. Исследования типологич. особенностей нервной системы. М., 1961, 291 стр.
ДОБРИНСКАЯ М. А. и ПАВЛОВИЧ Н. А. Учебник биологической химии. Для мед. училищ. Изд. 2-е. Л., 1961, 231 стр
ОЛЕЙНИК С. Ф. Теория сердечных шумов. М., 1961, 232 стр.
СКОРОДУМОВА А. М. Диетические и лечебные кисломолочные продукты. (Микробиол. основы). Л., 1961, 204 стр.
Энциклопедический словарь аптечного работника. М., 1960, 597 стр.
Учебник организации фармацевтического дела. [Для фармацевтич. ин-тов (фак.)] Под ред. Т. И. Тольцман. М., 1961, 420 стр.
ЧЕРКЕС А. И. и МЕЛЬНИКОВА В. Ф. Пособие по фармакотерапии. Киев, 1961, 552 стр.
ЛЕВЧЕНКО М. А. Врачебные прописи лекарственных средств. М., 1961, 280 стр.
КОВАЛЕНКО В. Н. Учебник фармакологии. Для мед. училищ. Изд. 4-е. Л., 1961, 327 стр.
ОНИЦЕВ П. И. Сердечные гликозиды. М., 1960, 184 стр.
ШЕМЯКИН М. М. и др. Химия антибиотиков. 3-е изд. Т. 1—2. М., 1961, 1550 стр.
ГРОДЗЕНСКИЙ Д. Э. Радиобиология. Биол. действие ионизирующих излучений. М., 1961. 132 стр.
ЗУБОВСКИЙ Г. А. Профилактика лучевой опасности в рентгеновских кабинетах и радиологических отделениях. М., 1961, 119 стр.
ФУНШТЕЙН Л. В. Атлас патологической анатомии острой лучевой болезни в эксперименте. Л., 1961, 219 стр.
ИВАНОВ А. Е. Патологоанатомические изменения легких при лучевой болезни. М., 1961, 156 стр.
ШЕСТАКОВ С. В. Мерцательная аритмия. (Мерцание и трепетание предсердий). 2-е изд. М., 1961, 103 стр.
ФРИДБЕРГ Д. И. Неврологический анализ тиреотоксикоза. М., 1961, 287 стр.
ЗДРОДОВСКИЙ П. Ф. Проблемы инфекции и иммунитета. М., 1961, 366 стр.

ЕЛКИН И. И. Очерки теории эпидемиологии. М., 1960, 216 стр.
СКВОРЦОВ В. В. и др. Выживаемость и индикация патогенных микробов во внешней среде. М., 1960, 350 стр.
ЧИСТОВИЧ Г. Н. Патогенез стафилококковой инфекции. Л., 1961, 216 стр.
ШАПОВАЛ А. Н. Клещевой энцефалит. (Энцефаломиелит). Л., 1961, 318 стр.
Справочник хирурга. Под общ. ред. А. Н. Великорецкого и др. М., 1961, 564 стр.
ПИРОГОВ Н. И. Собрание сочинений. Т. 6. Начала общей военно-полевой хирургии. Ч. 2. Севастопольские письма. М., 1961, 468 стр.
САВАЧЕНКО Р. И. и МАСТРЮКОВ В. А. Руководство по аппаратуре для ингаляционного наркоза. М., 1960, 160 стр.
ПЕТРОВ И. Р. и ГУБЛЕР Е. В. Искусственная гипотермия. Л., 1961, 228 стр.
РУСАНОВ А. А. Резекция и чрезбрюшинная экстирпация желудка. Л., 1961, 204 стр.
ЛЕВИН М. М. Повторные операции при заболеваниях оперированного желудка. Харьков, 1961, 178 стр.
ХАКИМОВ Х. А. Некоторые нерешенные вопросы острого аппендицита. Ташкент, 1960, 183 стр.
СМИРНОВ Е. В. Хирургические операции на желчных путях. Л., 1961, 176 стр.
ДЖАГАРЯН А. Д. Атлас хирургии сердца. Ереван, 1961, 311 стр.
МУХИН М. В. Лечение ожогов головы, лица, шеи и их последствий. Л., 1961, 163 стр.
ПЫТЕЛЬ А. Я. и ГОЛИГОРСКИЙ С. Д. Пиелонефрит. М., 1961, 262 стр.
МУРАШКИН Д. С. Первичные эпителиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника. М., 1961, 128 стр.
ШВАРЦ Б. А. Злокачественные новообразования лорорганов. М., 1961, 356 стр.
ЛАРИОЩЕНКО Т. Г. Лучевое лечение рака молочной железы. М., 1961, 162 стр.
Многотомное руководство по неврологии. Т. 5. Опухоли нервной системы. М., 1961, 570 стр.
ПОПОВ Н. А. Внутричерепные опухоли. Трудности и ошибки диагностики. Л., 1961, 204 стр.
ЖАКОВ М. П. Значение очагов патологического раздражения в зубной системе в этиологии, патогенезе и лечении внутренних болезней. М., 1961, 118 стр.
ВАЙНШТЕЙН Б. Р. и ГОРОДЕЦКИЙ Ш. И. Пломбирование зубов литыми вкладками. М., 1961, 115 стр.
ЗОЛОТАРЕВА М. М. Глазные болезни. Учебник для мед. училищ. 2-е изд. М., 1961, 231 стр.
АРХАНГЕЛЬСКИЙ В. Н. Морфологические основы офтальмоскопической диагностики. М., 1960, 175 стр.
ИЦИКСОН Л. Я. и ВАЙНШТЕЙН Е. С. Применение рентгеновых лучей в диагностике и лечении глазных болезней. М., 1961, 284 стр.
РАБИНОВИЧ М. Г. Вторичная катаракта. М., 1961, 170 стр
НАЙМАН И. М. Защита глаз на производстве. Изд. 2-е. М., 1961, 287 стр.
ЧУТКО М. Б. Осколки стекла и камня в глазу. Изд. 2-е. Л., 1961, 152 стр.
ХАЮТИН С. М. Ожоги глаз и их придатков. Л., 1961, 112 стр.
ОРЛОВА Е. М. и БЕЛОСТОЦКИЙ Е. М. Контактные линзы. М., 1961, 115 стр.
ЛЕБЕДЕВ Д. Д. и ДОЛГОПОЛОВА А. В. Хронический тонзиллит у детей. М., 1961, 140 стр.
ГРАЦИАНСКАЯ Л. Н. и РОЗЕНЦВИТ Г. Э. Клиника профессиональных нейротоксикозов. Л., 1961, 199 стр.
БУГАЙСКИЙ Я. П. Организация медицинского обслуживания психических больных в условиях районного диспансера. М., 1961, 192 стр.
ПЕТЧЕНКО А. И. Гинекология. Руководство для врачей и студентов. Киев 1960, 760 стр.
ШУБ Р. Л. Значение витаминов и нитрофуранов в акушерстве и гинекологии. М., 1961, 158 стр.
ВЕДРАШКО В. Ф. Организация питания детей в детских учреждениях. М., 1961, 196 стр.
ГАВАЛОВ С. М. Хронические неспецифические пневмонии у детей и их этапное лечение. М., 1961, 204 стр.

Hind 40 kop.
Цена 40 коп.