



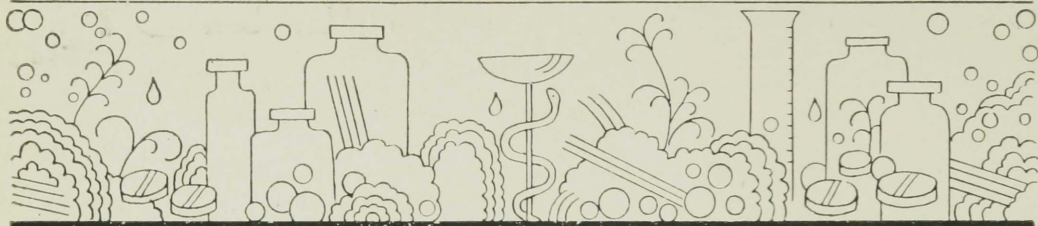
ISSN 0134—2320

TOUKOGUDE EESTI TERVIS- HOID



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

2-1983



VIDECHOLUM

Videkool on kolekaltsiferooli (vitamiin D₃) molekulaarne ühend kolesteriiniga.

Reguleerib organismi kaltsiumi- ja fosforiainevahetust. Kiirendab kaltsiumi imendumist sooltes, parandab fosfori resorptsiooni neerudes. Soodustab laste hammaste ja skeleti luukoe formeerumist.

Videkool on spetsiifiline rahhiidiravim.

Pakendis 10 ml 0,125% -list õlilahust.

VITAPHTHORUM

Kombineeritud preparaat, mis sisaldab A-, C- ja D₂-vitamiini ning naatriumfluoriidi. Vitaftoori antakse lastele hambakaariese korral, samuti jäävhammade kudede moodustumise ajal.

Tumedast klaasist flakoonis on 115 ml preparaati.

SISU: NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID 25

O. Tamm — Tagasivaateid ja mõtteid 83
J. Saarma, L. Allikmets, K. Gross, U. Sibul, V. Ilmoja — Mõtteid ja soove «Nõukogude Eesti Tervishoiu» teise veerandsaja künnisel 85
P. Vihalemm — Kes on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» lugeja? 89

JUHTKIRI

V. Rätsep — Täiendavad abinõud rahva tervise kaitsel 91

TEOORIA JA PRAKTIKA

O. Maimets — Glükokortikoidid ja nende osa reumaatiliste haiguste ravis 94
O. Imelik — Retikulotsüütide hulga muutused perifeerses veres lihassetöö puhul ja nende interpreteerimise võimalused 98
H. Mitrofanova — Ülelapsed proovid kuulmiskahjustuse diagnoosimisel 101
A.-E. Kaasik — Soome ja Eesti neuroloogide ning neurokirurgide teaduslik koostöö aastail 1981...1982 104

OLEVAATED

R. Teesalu — Intrakoronaarne tromboolüüs 106

H. Poola, U. Sibul — Ägeda koletsüstiidi kirurgilise ravi taktika 112

H. Tälli, L. Sildver, P. Dmitriev — Hemolüütilis-ureemiline sündroom lastel 118

ARSTITEADUSE AJALOOST

H. Gustavson — Vastseid andmeid Võru meditsiiniajaloo kohta 121

TARTU RIIKLIK ÕLIKOOL 1632—1982 123

KONVERENTSID JA NOUPIDAMISED

V. Laos — Nõukogude Liidu sanitaar-epidemioloogiatalituse 60. aastapäev 132

V. Kalnin — Üleliiduline (XIII Baltimaade) teadus- ja tehnikaajaloo konverents 132

U. Sibul — Tartu ja Turu ülikooli arstiteadlaste kolmas ühistöö koosolek 133

E. Arak — Ravimtaimede teadusliku uurimise ja kogumise alane konverents 134

V. Kalnin — S. Botkini 150. sünniaastapäevale pühendatud konverents 134

T. Tatar — IV üleliiduline konverents ravimite kõrvaltoime alal 135

V. Kask — I üleliiduline teaduslik-praktiline konverents teemal «Laste ja alaealiste günekoloogia aktuaalsed küsimused» 135

A. Lukaš — II üleliiduline kohtuarstide kongress 135

A. Luts — VIII üleliiduline otorinolaringoloogide kongress 136

L. Tamm — XI üleliiduline lastearstide kongress 136

N. Loogna — Üleliiduline seminar «Tööstusallergeenidest põhjustatud allergooside diagnoosimine ja profülaktika» 137

H. Sillastu — XXV ülemaailmne tuberkuloosi ja kopsuhaiguste konverents 138

MEIE JUUBILARE 139

Heino Järv, Ilmar-Vello Novek, Olaf Imelik, August Lutsuver, Aarne-Lembit Kõöp, Harri Tihane, Enno-Alfred Kõiv

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

P. Bogovski — Meditsiiniterminite korrasdamise suundadest ja ülesannetest 141

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Asparkaam 144

IN MEMORIAM

Johannes Saks 21. X 1901...31. X 1982 145

Elmiire-Helene Närska 12. VI 1899...1. XII 1982, 146

Toivo Velgre 25. VIII 1940...8. I 1983 147

Professor Viktor Särgava 4. III 1918...31. I 1983 148

MEDITSIINITEHNIKA

L. Schotter, A. Panov, O. Mandel, R. Kuiv — Krüoekstraktor-magnet hägustunud läätse ja sellesse sisenenud magnetilise killu eemaldamiseks 149

TOIMETUSE VEERG 150

KROONIKA 151

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 156

Artiklite venekeelsed resümeed 157

Artiklite ingliskeelsed resümeed 159

Teade Riikliku...
Kõrvaltoime...
132, 549

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

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

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 446-100. Ladumisele antud 18. 02. 1983. Trükkimisele antud 21. 03. 1983. Trükiarv 5750. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,74. Tell. nr. 703. MB-01517. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5750. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист 6,5. Уч.-изд. лист 8,74. Заказ № 703. MB-01517. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika»
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

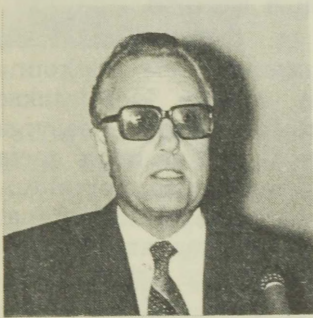
Käsitrad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Töö olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitrad peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatakse see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatakse kokkusurutult mitte üle viie ja ülevaadet mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõend, kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsitradiga. Teadusliku töö käsitrad viiseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsitrad lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümee** esitatakse vene keeles (15... 20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8...12 rida) või lisatagu tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod** ja joonised koos allkirjadega paigutatakse käsitrad lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

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

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

Noukogude Eesti Tervishoid 25

TAGASIVAATEID JA MÖTTEID



Eesti populaarteadusliku meditsiini- perioodika algust tähistab Põltsamaa arsti Peter Ernst Wilde väljaantud ajakiri «Lühike õppetus», mis hakkas ilmuma 1766. aastal. XIX sajandil avaldatud meditsiintrükistest pälviv tähelepanu Fr. R. Kreutzwaldi «Kodu- tohter» (1879. a.) ja P. Hellati «Tervise õppetus» (1894. a.). H. Koppeli tegev- toimetamisel ilmunud «Tervis» (1903... 1909. a.) oli samuti populaarteaduslik väljaanne, mõeldud rahvatervishoiu- alaseks selgitustööks. «Tervise» VII aastakäigu viimases numbris avaldatud lõppsõnas ütles toimetaja H. Koppel muuseas ka seda, et «Tervise» ilmu- mine lakkas ajakirja kaastööliste, s.t. autorite tollase meditsiinkirjandusalase kultuuri mitteküllaldase arengutaseme tõttu: «Meie arstid on oma üleüldise

eelhariduse saksa- või venekeelsetes koolides saanud, olud ei ole ka pärast selle poolest neile iseäralisi nõudeid ette pannud ja nii on neil kirjalikult keel kangeks jäänud, ei anna hästi ära ütelda, mis tahaks».

Eesti arstiteadusliku perioodika algust tähistab ajakirja «Eesti Arst» ilmumise algus 1922. aastal, mille väl- jaandmine ja toimetamine oli eelkõige Albert Valdese nimega seotud. Pärast Suurt Isamaasõda anti lühikest aega, vaid 1946. aasta augustini, välja aja- kirja «Noukogude Eesti Arst». Aastail 1954...1957 ilmus kuus kogumikku «Noukogude Eesti Tervishoidu», see- järel sündis teaduslik-praktilise profii- liga meditsiiniajakiri «Noukogude Eesti Tervishoid», mille 1. number jõudis lugeja kätte 1958. aasta märtsi esimes- tel päevadel 25 aastat tagasi.

Meie teaduskultuuri ajaloos on proff- essor A. Valdesel, «Eesti Arsti» tegev- toimetajal, kui eesti meditsiinoskus- keele ja -kirjasõna arendajal ligi poole- sajandiline peatükk. Tema ja keeleaka- deemiku J. V. Veski range asjalikkus, erakordne töövõime, veenev süsteemi- taotlus, lõputud otsingud emakeele ja meditsiinoskuskeele süsteemipärasuste mõistmiseks ning tunnetamiseks löid eeldused ja tegid võimalikuks monu- mentaalse ladina-eesti-vene meditsiini- sõnaraamatu sünni, mis nüüd pärast hulgalisi keerdkäike on lõpuks lugeja käes. See on suur kingitus «Noukogude Eesti Tervishoiule» 25. aastapäevaks, sest kõige rohkem tundi puudust just selle teose järele.

25 aastakäiku — 150 ajakirjanumb- rit, mille lehekülgede koguarv on 12 792, seega ühe aastakäigu keskmine maht 512 lehekülge. Ajakirja üldтирааж on 733 220 eksemplari, sellest esimesel aastakümnel (1958...1967) 236 890 eksemplari, viimasel aastakümnel (1973...1982) 337 880 eksemplari, seega 100 990 ajakirjanumbrit enam kui algusaastail. Väikseim numbri trükiarv oli 1961. aastal — 2700, suurim 1978. aastal — 5950. Praegu on trükiarv sta- biliseerunud 3800...5900-le. 25 aasta jooksul on ajakirjale kirjutatud 1720

autorit, avaldatud on 7639 artiklit ja muud kirjutist. Toimetusse laekub igal tööpäeval 1...2 kaastööd, kusjuures praktilise suunitlusega kirjutisi on $\frac{3}{4}$ tööde üldarvust. Teadusartiklite autoritest on ligikaudu 80% -l teaduskraad.

Iga ajakirjanumber on nõudnud kavandamist, läbimõtlemist, kokkuseadmist, trükivalmiks toimetamist. Iga number on kas rohkem või vähem muret valmistanud, kuidas kunagi, rõõmu aga igal juhul. On ju toimetuse sageli ka rahutul ja murelikul töö võlu juures — iga uus tööpäev on tõesti uus, iga kaastöö omanäoline, iga autor omamoodi isiksus ja huvitav inimene. Oma tööd on toimetus teinud lootuses, et iga uue numbriga rikastab ning edendab ajakiri kas või mingil määral nõukogude meditsiini teaduslikku mõtet. Seda kõike silmas pidades on ergutatud loomingulist mõttevahetust aktuaalsetel teemadel, on koostatud temaatilisi numbreid väga mitmel erialal, mille juurde on ka praegu jäädud, ning süstemaatiliselt korraldatud Asklepiose klubi vestlusringe koos nende aruteluandmete publitseerimisega. Temaatiliste numbrite väljaandmine, artiklite sihipärane tellimine toob kaasa kaastöö suurenemise. Kirjutiste tellimisest aga loobuda ei tohi ajakirja kvaliteedi huvides. Igas numbris avaldame ülevaateartikleid, mida lugejad väga hindavad. «Filosoofia ja meditsiini» rubriigis on käsitletud mitmetahulisi meditsiini filosoofilisi probleeme, ka tervishoiutöötajate kommunistliku kasvatus printsiipe. Juba üle kümne aasta on ajakiri eriti tähelepanu pööranud kirjutiste stiilile, meditsiinoskuskeele arendamisele ja terminite tuletamisele.

Mitmesugustel põhjustel, nagu vähene huvipakkumus, informatsiooni hiline mine, retsensendi negatiivne hinnang, ei ole ligikaudu 10% toimetusse laekunud töödest ajakirjas avaldatud.

Ajakiri peab enda kohuseks meditsiinitöötajate laiale lugejaskonnale esitada nõukogude tervishoiu eesrindlike ideid, teadussaavutusi, parimate arstide ja arstiteadlaste edasiviivaid mõtteid,

tööoskust, arstikunsti ning uuemaid erialateadmisi üldse. Selle kõige ühine eesmärk on olnud meie rahva tervishoidu edasi viia igas mõttes, selle eeldusena aga anda kõigile meditsiinitöötajatele erialaseid lisateadmisi, täiustada, arendada nende mõttelaadi, kutseeetikat, suurendada nende töö võimekust ja mõjusust. Ajakirja otsene ülesanne on olnud propageerida terveid eluviise, mis on sotsialistliku elulaadi osa.

Arstide töö, see tähendab ajakirja autorite töö, väärrib suurt tunnustust, ajakiri kui arstiteadusliku mõtte ja oskuskeele arendaja on osa meie internatsionalistlikust ja rahvuslikust kultuuriväärtusest. Meie tervishoiutöötajad on ju mitte üksnes arstiabi andjad, vaid koos oma ajakirjaga ka sotsialistliku rahvuskultuuri kandjad.

On meeldiv, et «Nõukogude Eesti Tervishoid» on saanud meie arstkonna usaldusajakirjaks, millele kirjutatakse omakasupüüdmatult, siiralt, sooviga muuta paremaks ja mõjusamaks meie arstiabi, meie tervishoiutöö korraldus. Ajakiri tunneb end kohustatud olevat ka edaspidi hoolt kandma arstiteaduse ajaloo rubriiki mahtuvate originaalkirjutiste avaldamise eest, sest vaid ajakirjas avaldatu säilib. Ei tohi unustada ning tuleb mõista, et meie rahva arstiteaduse ajalugu on tähtis osa meie rahvuskultuuri ajaloo. Säilitagem seda hoolikalt.

«Nõukogude Eesti Tervishoid» on arstkonna, meditsiinitöötajate ühislooming. Ajakirja arengukõver on läinud tõusvas suunas. Edaspidi peaks ajakirja mõjusfäär veelgi laienema. See on võimalik ja see oleneb meist endast: autoritest, retsensentidest, toimetuse kolleegiumist ja nõukogust ning mitte viimases järjekorras ka tervishoiujuhtidest, kelle organiseeriv tegevus peaks tagama ajakirja leviku peamiselt tellimuste kaudu, sest «Nõukogude Eesti Tervishoid» on erialajakiri, mille lugejad peaksid olema meditsiinitöötajad.

Oku Tamm

MÖTTEID JA SOOVE «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOIU» TEISE VEERAND- SAJA KÜNNISEL

**NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia
korrespondentliige, TRÜ arstiteaduskonna
psühhiaatria kateedri juhataja professor
Jüri Saarma**



Kui 25 aastat tagasi ilmus «Nõukogude Eesti Tervishoiu» esimene number, oli see suursündmuseks kogu meie vabariigi tervishoiutöötajate perele. Toimetuse saatesõnas märgiti: «Ajakiri on määratud arstidele, keskharidusega meditsiinitöötajatele ja farmatseutidele; see peab kujunema sidepidajaks vabariigi rohkearvulise tervishoiutöötajate pere vahel, peegeldama nende tööd, nende päevaprobleeme, abistama neid partei ja valitsuse otsuste ellurakendamisel.»

Täna võime rahuldustundega tõdeda, et «Nõukogude Eesti Tervishoid» on neid üllaid ülesandeid veerandsajandi jooksul auga täitnud. Meie vabariigi ajansa ning universaalse arstiteadusliku ajakirjana on ta omandanud kindla koha kõikide meditsiinitöötajate teadvuses ning tegevuses. Eelkõige on «Nõukogude Eesti Tervishoid» asendamatu informatsiooniallikas, kust lugeja saab ülevaatlikku teavet kõigest, mis toimub meie vabariigi arstiteaduses ja rahva tervishoius. Aktiivsematele meedikutele on ta ühtlasi laia kõlapinnaga tribüüniks oma tegemiste ning ideede tutvustamisel.

Kaastööliste arvu pidev kasv, lugejate vastukajade elavnemine, trükiarvu kahekordistumine — see kõik annab tunnistust ajakirja populaarsuse järjekindlast tõusust. Meie meditsiinitöötajate üldsus on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» tunnistanud omaks. Ja ühtlasi on «Nõukogude Eesti Tervishoid» suurel määral kaasa aidanud meedikute ühisperetunde kujunemisele, ühise vastutustunde mõistmisele meie rahva vaimse ja kehalise tervise tagamisel.

Tegijate, kaastööliste ja lugejate kollektiivse loova mõtte tulemusena on ajakirjal välja kujunenud universaalsele väljaandele otstarbekas ja ühtlasi soliidne vorm, on tagatud ajakirja sisu kõrge professionaalsus ning ideelis-teoreetiline tase.

Hindamatu väärtus on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» kaante vahele talletatud materjalidel ajaloo tarvis. Järeltulevatele põlvedele on ajakiri ammen-damatuks allikaks Eesti tervishoiu ja arstiteaduse arenguloo uurimisel. Täna-sele lugejaskonnale aga annavad reegli-päraselt ilmuvad ajaloolised ülevaated pildi meie vabariigi tervishoiuprobleemide ning põlvkondade järjepidevusest. Sellest aspektist väärib eriti märkimist ulatuslik artikkelisari Tartu Riikliku Ülikooli ja tema arstiteaduskonna 350. aastapäevaga seoses.

Tähistades rahuldustunde ja rõõmuga «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veerand-saja juubelit, soovime kõik, et meie ajakiri edaspidi veelgi edukamalt osaleks tervishoiutöötajate õpetamises, kasvata-mises ning innustamises nende kõrge kutsumuse täitmisel. Minu arvates võiks ajakirja tegijate ja kaastööliste ühised pingutused järgmistel aastatel taotleda, et järjekindlamalt ilmuks ülevaateid meie arstiteadlaste tähtsamate uurimissuundade alal saavutatust; ilmuks ulatuslikumaid ülevaateid meedikute erialaste ja kohalike seltside organisatsioonilisest ning teaduslikust tegevusest; sagedamini toimuksid ajakirja algatusel Asklepiose klubi vestlusringid, eriti tervishoiu arengu sõlmprobleemide üle. Ja lõpuks — tahaks siiski loota, et lähematel aastatel realiseeruks

meie kauaaegne unistus ja hakkaks ilmuma populaarteaduslik ajakiri «Tervis», mida hädasti oleks vaja üldsuse sihipäraseks mobiliseerimiseks meie rahva tervise kaitsele.

TRÜ arstiteaduskonna dekaan, farmakoloogia kateedri juhataja, Eesti NSV teeneline teadlane professor Lembit Allikmets



Ajakiri on täiuslik Eesti NSV tervishoiu arengu peegel. Rahvuskeelne teaduslik meditsiiniajakiri on üks olulisemaid tegureid eestikeelse meditsiini-terminoloogia arendamisel. Tähelepanuväärne on ajakirja laialdane rubritseeritus. Üldise tervishoiukorralduse arenemises on meditsiiniteooria-, praktika- ja organisatsioonialased rubriigid kaheldamatult tähtsad. Meile meeldib, et ajakirja lehekülgedel on ka Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna tegevus leidnud pidevat kajastamist, seda nii arenguprobleemide, kroonika kui ka ajaloo alal.

Ajakirja osa farmatseudi kutse-eetika käsitlemisel, uurimis- ja ravimeetodite, ravimite asjaliku reklaami alal võiks isegi suurem olla.

Soovime oma ajakirjale, sellele südamega meie vabariigi tervishoiu arendajale, jätkuvat otsivat vaimu ja edu.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri juhataja, Eesti NSV teeneline arst professor Kadri Gross



Esimese veerandsaja täitumine ajakirjale «Nõukogude Eesti Tervishoid» on kahtlemata sündmus, mis sunnib tagasi vaatama tehtule ja mõtlema ees seisvale. Veerandsaja täitumine peaks tähendama noorusaastate, samuti otsinguaastate möödumist. Vanus aga on alati suhteline mõiste, seda enam ühe ajakirja jaoks. Aastad on ajakirjale väärtuseks, kuid määravaks on tema tase, milleni nende aastate vältel on jõutud, milline on meie meditsiiniajakirja tänane pale.

Sirvides «Nõukogude Eesti Tervishoiu» üksikaastakäike, saab vaieldamatult selgeks ajakirja pidev areng, järjekindel täiustumine. Ta on kujunenud tõeliselt meie, meditsiinitöötajate, ajakirjaks. Saame soovitusi uue rakendamiseks oma igapäevases töös. Sellest leiab iga eriala arst täiendust senistele teadmistele, samuti ka palju uut teavet. Seda kõike me vajamegi.

Põhjendatult võib öelda, et ajakiri ühendab meid ühtseks meditsiinipereks, informeerides meid eri probleemidest, saavutustest, meie tervishoiu ülesannetest, ka puudustest. Pole liialdus, kui öelda, et see on lausa hämmastava oskusega kujundatud ajakiri, mis hõlmab kogu meditsiini, kuid samal ajal on suurt huvi pakkuv kõigi erialade spetsialistidele. Huvipakkuv pole üksnes autorite sõna, mis arstiabi tegeliku sisu lõpuni avab, kindlasti rõhutan ka aja-

kirja vajalikkust ning küsimustele mitmekülgset lähenemist.

Ajakirja sisutihedust ja mitmekülgust iseloomustab rubriikide rohkus. Need kõik on vajalikud ja midagi enamat ei oskagi soovida. Hinnatav on lühiinformatsioon kõige uue, kaasa arvatud uute ravimite kohta. Hinnatavad on ajakirja temaatilised numbrid, kus üht probleemi käsitlevad mitme eriala spetsialistid, kuid kus põhirohk on ühe eriala probleemidel. Ajakirja vahendusel on meil otsene ülevaade, milliste teadustööde või uurimustega meie vabariigi arstid tegelevad. Hinnatav on ka toimetuse töö meditsiiniterminoloogia edendamisel. Enam sooviks mõttevahetust kutse-eesitika alal, mis püsivad aktuaalsena meie igapäevases tegevuses.

«Nõukogude Eesti Tervishoid» on astunud teise veerandsajandisse. Soovime, et järgmised aastad oleksid veelgi edukamad. Selleks jõudu tegijatele nende tänuväärse töö. Suur tänu!

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi arstide teadusseltside nõukogu esimees, Tallinna linna peakirurg arstiteaduse doktor Uno Sibul



Tänapäeva arstiteadust iseloomustab spetsialiseerumine ja informatsiooni tohutu tulv. Seetõttu eeldab erialase kompetentsuse saavutamise ja selle säilitamise pidevat tööd uue info omandamisega. Et arstiabi korraldamisega ja andmisega on väga oluline arvestada mitmesuguseid tegureid, nagu elanikkonna demograafilist karakteristikat, enam levinud haiguste struktuuri antud

geograafilises regioonis, kliimat jne., siis ei piisa ainuüksi sellest erialainformatsioonist, mida edastavad globaalse leviga meditsiiniajakirjad. Kohalike arstiteaduse saavutuste ja eespool toodud tegureid arvestavate erialaste uurimistööde tulemuste evitamisel on raske ülehinnata ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» väärtust meie vabariigi elanikele arstiabi õigeaegsel ja kvaliteetsel tagamisel.

«Nõukogude Eesti Tervishoid» on nii sisult kui ka vormilt viimaste aastate kestel täiustunud. Võib julgesti väita, et ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» on üks paremini kujundatud meditsiiniajakirju Nõukogude Liidus. Tänu indeksmärgistusele ja märksõnade kasutuselevõtmisele on bibliograafidel, raamatukogu töötajatel ja lugejatel ajakirjas avaldatud töödest kerge ülevaadet saada. Taolised, esialgu pisiasjadena näivad detailid võimaldavad kokku hoida hulga väärtuslikku aega info otsimisel ja selle talletamisel.

Vene- ja ingliskeelsed resümeed võimaldavad eesti keelt mittevaldaval lugejal saada osa kõige olulisemast, mida autoritel on öelda olnud. Tänu viimati mainitule on ajakirja levi ja maine tunduvalt kasvanud. Sellest annavad tunnistust ühelt poolt välismaa teadlaste publikatsioonid meie ajakirja veergudel, teiselt poolt meie autorite tööde tsiteerimine välisriikide teadlaste poolt.

Vaatamata ruumikitsikusele, s. o. ajakirja suhteliselt väikesele mahule, on toimetus leidnud võimaluse mitmekesisendada ajakirja sisu, pühendades terve seeria töid arstiteaduse ajaloo, kaasa arvatud ka TRÜ 350. aastapäevale pühendatud artiklite avaldamisele. Ei ole unustatud tähelepanu juhtida ka eesti meditsiinoskusele õigekirjutusele ja terminite tuletusele ning meditsiiniterminoloogia aktuaalsetele probleemidele.

Olulise rubriigi ajakirjas moodustavad tööd, mis avaldatakse kroonikat ja teadusseltside tegevust käsitavas osas. Kahjuks ei ole meil veel tavaks saanud, et teadusseltside tegevust kajastavaid artikleid illustreeritaks seltsi juhatuse koosseisu tutvustava fotoga.

Teadusseltside juhatustel oleks vaja senisest enam kasutada võimalusi oma seltsi töö jäädvustamiseks ajakirja veergudel.

Mida soovida ajakirja toimetusele peale õnnitluste järgmiseks veerandsajaks?

Senisest rohkem võiks ruumi olla ülevaateartiklitele, mis käsitlevad meie vabariigi aktuaalseid meditsiiniprobleeme. Hea eeskujuna tahaks siin esile tõsta prof. V. Salupere töid, mis on avaldatud ajakirja veergudel 1982. aastal — autor on meisterlikult sidunud n.-ö. kuiva kirjandusliku ülevaate oma-poolsete kommentaaride ja tähelepanekutega.

Lõpetuseks tahaks veel kord rõhutada, et «Nõukogude Eesti Tervishoiu» näol on tegemist ajakirjaga, mis pakub palju huvitavat meditsiinitöötajate arvukale lugejaskonnale.

**Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst, Eesti NSV teeneline arst
Vello Ilmoja**



Ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» on suutnud tuua teavet meie vabariigi tervishoiu aktuaalsete probleemide kohta ning on kaasa aidanud meie arstiteaduse arengule. Meil sagedamini esinevaid haigusi ja meie oma tervishoiuprobleeme käsitlevad artiklid huvitavad kõiki lugejaid. Ei ole mõeldav, et arst suudaks edukalt töötada ilma erialakirjandust lugemata.

Kogemused on näidanud, et just noo-

red arstid võidavad meie ajakirja lugedes palju, selles leiavad nad erialast teavet, õpivad tundma autoreid, jõuavad ise lugemisharjumuseni, saavad inimestust tegelemiseks teadustööga, õpivad oma tööst tegema järeldusi ja üldistusi. See kõik kajastub edaspidi arsti kvalifikatsioonis. Kvalifikatsioonist aga sõltub otseselt diagnoosimine, ravi ning profülaktika tõhusus.

Ajakirja kasutegurit suurendab veel see, et ruumi leidub ka tervishoiutöö korralduse ning eesrindlike kogemuste valgustamiseks. Huvitav ja vajalik on rubriik «Quaestiones linguae Estonicae in medicina».

Meeldiv on, et toimetus on leidnud võimaluse jäädvustada ajakirja veergudel juubilaride elu ja tegevuse. See on juubilaridele tunnustus, millel on ka meditsiiniajalooline väärtus.

Ajakiri on olnud heaks teabeallikaks konverentside, kongresside, sümposioonide, kolleegiumide kohta, samuti kajastanud teadusseltside tegevust.

Suurt tähelepanu on pööratud poliitilisele kasvatustööle, arstieetikale ja deontoloogiale, juhtkirjades on kommenteeritud NLKP kongresside otsuseid ja valitsuse määrusi tervishoiu arendamise aspektist.

Ajakiri on populaarne eriarstide ja teadustöötajate hulgas. Populaarsus on tingitud sisutihedast seosest meditsiini teooria ja praktikaga. Kahekümne viie aasta jooksul on ajakiri paremaks muutunud nii vormi kui ka sisu poolest, temast on saanud meedikutele vajalik ja kasulik abivahend.

Õnnitleme ajakirja toimetust, toimetuse kolleegiumi ja nõukogu, autoreid ja retsensente tähtpäeva puhul ning soovime edukat loometööd ning rõõmutundmist sellest tegevusest!

KES ON «NÕUKOGUDE ESTI TERVISHOIU» LUGEJA!

TRÜ žurnalistika kateedri dotsendi kt. psühholoogiakandidaat Peeter Vihalemm



«Nõukogude Eesti Tervishoiu» lugejaskonna kohta on üsna vähe teada. Mitmetes kogu tööealist eesti elanikkonda hõlmavates Eesti Raadio ja Eesti Televisiooni küsitlustes on selgitatud meie ajalehtede ja ajakirjade loetavust, kahjuks aga on nende hulgast puudunud «Nõukogude Eesti Tervishoid». TRÜ žurnalistika kateeder on Eesti NSV Riikliku Kirjastuskomitee tellimisel uurinud kohalike lehtede osa Eesti NSV ajakirjandussüsteemis, mahukas ankeedis on esitatud küsimusi kõigi vabariikliku levikuga ajalehtede ja ajakirjade kohta. Andmeid aga ei ole veel kogutud kogu meie vabariigi kohta — 1979. a. suvel ja sügisel toimus küsitlus Jõgeva, Paide, Põlva, Valga, Viljandi ja Võru rajoonis. 1981. a. suvel, sügisel ja talvel

Tartus, Pärnus, Kohtla-Järvel; Harju Kohtla-Järve, Pärnu ja Tartu rajoonis. Küsitleti 0,5% täiskasvanud eesti elanikkonnast, esimeses küsitluses kokku 992, teises 1280 inimest. Küsitletavad leiti juhusliku valiku abil valimisnimekirjadest. Sel kombel koostatud küsitletavate nimekirjadest peeti küllalt rangelt kinni ja andmed on esinduslikud nende linnade ja rajoonide täiskasvanud eesti elanikkonna suhtes, kus küsitlus toimus.

Andmetest selgus, et «Nõukogude Eesti Tervishoiu» lugemist märkinuid oli mõlemas küsitluses ühepalju: 5...5,5% märkis selle ajakirja pidevat lugemist, 16...19% juhuslikku lugemist. Selline küsitlustulemuste kokkulangevus näitab, esiteks, andmete usaldusväärsust, teiseks, «Nõukogude Eesti Tervishoiu» suhteliselt ühetaolist levikut suuremates ja väiksemates keskustes. See lubab arvata, et teatud määral esindavad toodud andmed kogu meie vabariiki, Tallinna arvessevõtmine ei tohiks ajakirja pidevate lugejate osakaalu viia üle 6% ja juhulugejate osakaalu üle 20% täiskasvanud elanikkonnast. Seega võib öelda, et «Nõukogude Eesti Tervishoidu» loeb pidevalt umbkaudu 5...6%, juhuslikult 17...20% täiskasvanud eesti elanikkonnast (vastavalt ligikaudu 35—40 000 ja 120—140 000 inimest).*

* Umbes niisama palju pidevaid lugejaid on «Nõukogude Õpetajal», juhulugejaid on viimasel mõnevõrra vähem (umbes 10%). Tiraazi poolest samasse klassi kuuluvatel «Nõukogude Koolil», «Nõukogude Õigusel», «Keel ja Kirjandusel» on meie andmetel pidevaid lugejaid kõigil 2...3%, juhulugejaid 7...8%-st («Nõukogude Koolil») 15%-ni («Nõukogude Õigusel»).

Tabel. Huvi «Nõukogude Eesti Tervishoiu» vastu erinevates elanikkonna rühmades (%-des küsitletutest vastavas rühmas)

	Sugu			Haridus			Vanus					
	üldkeskmine	mehed	naised	kuni 6 kl.	7...10 kl.	keskharidus	keskeriharidus	kõrgharidus	kuni 30 a.	30...49 a.	50...69 a.	üle 70 a.
Loeb pidevalt	5,5	3,3	7,4	2,9	4,6	2,7	9,7	12,3	5,8	7,5	4,4	2,2
Juhuti, vahetevahel	18,7	16,1	21,1	11,2	25,9	17,6	22,6	16,7	14,6	21,3	21,1	13,1
Ei loe	75,2	80,6	71,6	85,9	69,5	79,8	67,7	71,0	79,6	71,5	74,5	84,7

semalt, nii suur hulk inimesi on püsivalt või juhuslikult ajakirja mõjusfääris. Pidevat lugemist märkinud inimesed ilmselt vähemalt lehitsevad ajakirja küllalt regulaarselt läbi (muidugi on ka neid, kes iga numbrit põhjalikult loevad), juhuslikku lugemist märkinud inimesed on kõik vähemasti ajakirja näinud, mõnda numbrit lehitsenud, mõnda artiklit lugenud.

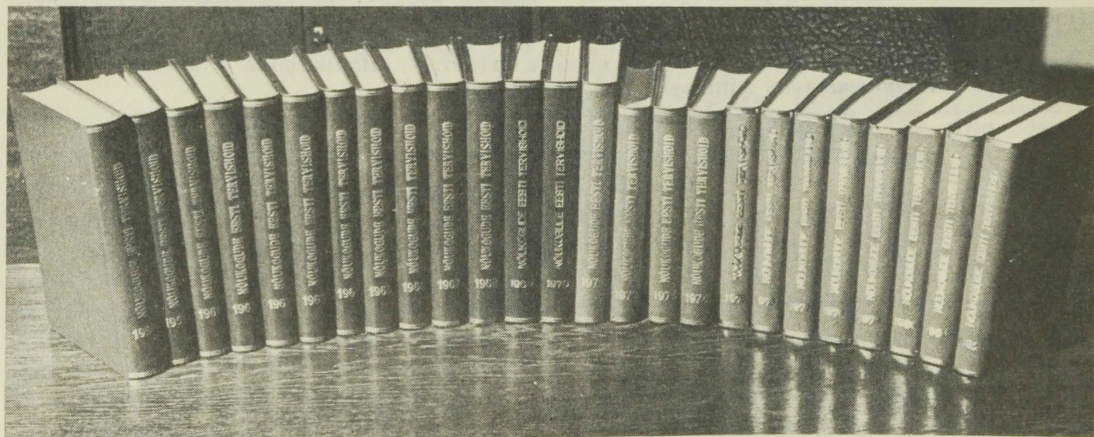
Muidugi on ajakirja konkreetse numbriga lugejaskonnas palju väiksem. Kuipalju väiksem, selle kohta ei oska midagi öelda, ei Eestis ega mujal. Nõukogude Liidus ei ole tehtud ühtegi ajakirja lugejaskonna selgitamisele suunatud uurimust. Mõned Tartus tehtud katsed konkreetsete ajalehenumbrite lugejaskonna selgitamiseks on näidanud, et «Edasi» konkreetset numbrit loeb 70...80% nendest, kes märgivad «Edasi» pidevat lugemist, vabariiklike päevalehtede konkreetseid numbreid 50...60% nendest, kes märgivad vastavate lehtede pidevat lugemist.

Tabelis on toodud andmed lugejaskonna sotsiaalsed-demograafilise koosseisu kohta 1981. a. küsitluse põhjal (1979. a. küsitlus andis samalade tulemusi.) Näeme, et naiste huvi ajakirja vastu on oluliselt suurem. Pidevat lugemist märkinute hulgas oli 73% naisi, 27% mehi. Loomulikult on huvi suurenemine ajakirja vastu kobs haridustaseme tõusuga. Kuid pidevat lugemist märkinute hulgas oli 34% keskkhariduseta inimesi, 10% keskkharidusega, 28% keskerihari-

dusega, 28% kõrgharidusega. Meedikutest märkis «Nõukogude Eesti Tervishoiu» pidevat lugemist 70% (80% arstidest ja velskritest, 60% õdedest, apteegitöötajatest jt.). Võib arvata, et meedikud moodustavad püsivast lugejaskonnast umbkaudu 50%. Tervis on sedavõrd oluline ja üldist huvi pakkuv valdkond, et ka selle puhterialane ja teaduslik käsitlus köidab küllalt suurt osa elanikkonnast. 86% küsitletutest märkis, et nad tahaksid täiendada oma teravisealaseid teadmisi (kõige enam 17 pakutud valdkonna hulgas, järgnesid loodus ja laste kasvatamine).

Haridustaseme erinevustest tulenevalt tuntakse linnas «Nõukogude Eesti Tervishoiu» vastu rohkem huvi kui maal, Tartus ulatus pidevat lugemist märkinute osakaal 9 protsendini. Siiski võib ka Tallinna arvesse võttes oletada, et 20...25% «Nõukogude Eesti Tervishoiu» lugejatest elab maal. Kõige suuremat huvi ajakirja vastu tunnevad nooremas keskeas, 30...50 aasta vanused inimesed, kes moodustavad ka põhiosa püsivast lugejaskonnast (54% 1981. a. küsitluse andmetel).

Ülaltoodu ei anna kõige vähemalgi määral vastust küsimusele, mida «Nõukogude Eesti Tervishoiust» loetakse, mida loevad sealt erineva eriala ja kvalifikatsiooniga meedikud, mida mitte-meedikud. Sellele küsimusele ei ole võimalik vastata ilma spetsiaalse uurimiseta.



UDK 614.2

TÄIENDAVID ABINÕUD RAHVA TERVISE KAITSEL

VÄINO RÄTSEP · TALLINN

rahva tervishoid, tervishoiu areng, suunad, töökorraldus, meditsiinkaader

Koostöös Eesti NSV valitsuse, kohalike partei- ja nõukogude organite, ministriumide, ametkondade ning ühiskondlike organisatsioonidega on meie vabariigi tervishoiuorganid teinud märkimisväärset tööd elanike tervise kaitse parandamiseks.

Elanikkonna tervise tugevdamise abinõude kompleksi ellurakendamisel on aluseks olnud EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu 1978. a. 13. veebruari määrus «Rahva tervishoiu edasise parandamise abinõudest vabariigis». Meie vabariigi valitsuse poolt 26. oktoobril 1982. a. väljaantud määrus nr. 609 võtab kokku kõik tehtu ja annab suunad edaspidiseks. Nimetatud dokumentide aluseks on olnud vastavad Nõukogude valitsuse dokumendid. Ka EKP Keskkomitee XVIII kongressi suunistes, NLKP Keskkomitee 1981. a. novembri- ja 1982. a. maipleenumi otsustes on konkreetset ülesanded meditsiinilise abi edasiseks täiustamiseks.

Meditsiinis olid ja jäävad ka edaspidi kolm põhisuunda: 1) ambulatoor-polikliinilise, s. t. esmase arstiabi arendamine ja täiustamine; 2) spetsialiseeritud arstiabi lähendamine maaelanikele rajoonide keskpolikliinikute ja keskhaiglate süsteemi väljaarendamisega; 3) spetsialiseeritud arstiabi kõrgema etapi keskuste jätkuv väljaarendamine Tallinnas ja Tartus.

Neist ülesannetest lähtuvad meie töö järgmised põhiaspektid:

1) tervishoiuasutuste materiaal-tehnilise baasi jätkuv väljaarendamine

uusehitiste rajamise, rekonstrueerimise ja juurdehituste teel;

2) tervishoiuasutuste töökorralduse täiustamine, töö intensiivistamine ja kvaliteedi tõstmine.

Ambulatoor-polikliinilise abi kättesaadavuse parandamiseks avati meie vabariigis aastail 1977...1982 116 uut territoriaalset terapeutijaoskonda. Sellega viidi ühe territoriaalse jaoskonnaarsti koosseisulise ametikoha kohta elanike arv 2878 inimesel (1977. a.) esialgsel andmetel 1980 inimeseni (1982. a.). Järelikult on täidetud riiklik ülesanne — jõuda 1982. a. selleni, et ühe jaoskonnaarsti ametikoha kohta tuleks 2000 elanikku.

Ülesanne on vähendada 1985. aastaks jaoskonnaarsti teenindada olevat patsientide arvu 1700-ni. Et see teostuks, peab selles osas pingeliselt tööd alustama juba tänavu. Plaanipäraselt tuleb avada nõutav arv jaoskondi igal järgmisel aastal. Sellealast tööd tuleb intensiivistada eelkõige Tallinnas, Narvas ja Kohtla-Järvel.

Paranenud on polikliinikute registratuuride töö. Kõikides polikliinikutes on arsti vastuvõtule eelregistreerimine, sealhulgas ka telefoni teel. Elanikkonna informeerimiseks polikliinikute tööaegadest on kasutusele võetud mitmesuguseid kanaleid ning palju ära tehtud polikliinikute ja ambulatooriumide töörežiimi reguleerimisel. Tööajad on kooskõlastatud täitevkomiteede ja majanditega. Seda tööd tuleb jätkata, sest 1982. aastal töötas 127 maajaoskonna ambulatooriumist ja haiglast 29 ning 56 linna polikliinikust ja polikliinilisest osakonnast 6 ainult 5 päeva nädalas. Tuleb tagada elanikkonnale ambulatoorne abi laupäeviti ja öhtutundidel. Mitmes rajoonis ei ole veel organiseeritud arstide öhtuseid vastuvõtte kõigil põhialadel.

Kiirabiteenistuse tugevdamiseks näeb uus määrus ette mitmeid abinõusid. On vaja avada veel üks kiirabialajaam Koplis. On otstarbekas, et ka Kohtla-Järve 1. Linnahaigla ümber profileeritaks kiirabihaiglaks. Rajoonides tuleb kiirabiteenistus ühendada terviksüste-

miks ja see komplekteerida kvalifitseeritud kaadriga. Eriti oluline on muuta kiirabi töö operatiivsemaks ning süvendada kiirabiarstide teadmisi.

On tehtud palju raviasutuste materiaaltehnilise baasi tugevdamiseks. Avatud on uued haiglad Põlvas, Võrus, Jõgeval jm. Ees seisab ambulatooriumide võrgu väljaehitamine. Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrusega nr. 344 (31. maist 1982) kinnitati apteekide-ambulatooriumide riiklike ja koopereeritud vahendite arvel ehituse plaan. Selle programmiga on aastatel 1983... 1986 ette nähtud 20 ambulatooriumi ehitus meie vabariigi rajoonides. Käesoleva viisaastaku lõpuks tuleb kõik meie vabariigi maa-ambulatooriumid varustada ka autotranspordivahenditega.

On vaja parandada maaelanike arstiabi kättesaadavust, eriti nina-, kurgu- ja kõrvahaiguste, ka silma- ja närvihaiguste osas. Neil erialadel peab igas rajooni keskpolikliinikus töötama vähemalt kaks eriarsti.

Eriline tähtsus on rajooni tervishoiusüsteemi organisatsioonilis-metoodilise ja konsultatiivse abi tõhustamisel. Peale Tallinna Vabariikliku Haigla ja Tartu Kliinilise Haigla töötajate on suured kohustused ka TRÜ arstiteaduskonna ja teiste teadusasutuste õppejõududel ja teaduritel. Määrus nr. 609 näeb ette korraldada territoriaalsetes polikliinikutes TRÜ ja teaduslike uurimise instituutide kõrge kvalifikatsiooniga spetsialistide süstemaatilisi konsultatiivvastuvõtte, regulaarselt korraldada konsultatiivseid väljasõite maa-rajoonidesse. Tervishoiuministeriumil ja TRÜ arstiteaduskonnal tuleb luua süsteem eeltoodud kohustuste täitmiseks ja ühiselt koostada graafikud.

Kuigi meie vabariigi raviasutuste profülaktilise töö maht ja sisukus on aasta-aastalt suurenenud, jätab tihti soovida veel töö kvaliteet. Profülaktilised läbivaatused on sageli formaalsed, pinnapealsed. Vähe korraldatakse teravistavaid üritusi.

Uues tervishoiu-määruses on öeldud, et ambulatoor-polikliiniliste asutuste

profülaktilise töö kvaliteet peab paranema. Tuleb teha kõik südame- ja veresoonte-, onkoloogiliste, kopsu-, sise-sekretsiooni-, närvi- ja muude levinud haiguste ärahoidmiseks, õigeaegselt väljaselgitamiseks ning neid haigusi põdevate inimeste efektiivseks ravimiseks ja nende töövõime taastamiseks. Suurtes polikliinikutes tuleb avada profülaktika- ja rehabilitatsiooniosakonnad.

Ravi- ja profülaktikaasutuste töö olgu järjepidev. Eesti NSV Tervishoiuministeriumil on koos teiste ministereeriumide ja ametkondadega ning ühiskondlike organisatsioonidega kohustus koostada ning ellu viia arstiabi korralduse täiustamise kompleksprogramm, pöörates tähelepanu eeskätt haiguste profülaktikale, traumade vältimisele, keskkonna tervendamisele, töö-, olme- ja puhketingimuste parandamisele ning nõukogude inimeses tervise hoidmise ja tugevdamise teadliku suhtumise kasvatamisele.

Tunduvalt tuleb tugevdada tööstustöölise meditsiinilist abi, eriti Narvas ja Kohtla-Järvel.

Tsehhiarstide puudulik väljaõpe, kaadrivoolavus ja ebarahuldav profülaktiline töö ning muud puudused tuleb kiiresti kõrvaldada.

Suurt tähelepanu on pööratud laste nimestikulise arvu vähendamisele pediatriaajaoskondades, mis eeldas hulga uute pediatriaajaoskondade avamist. 1982. a. lõpuks oli meie vabariigis ühe jaoskonnapediatriline ametikoha kohta 800 last, mis vastas ka määruse nõuetele.

On paranenud nii rasedate kui ka ginekoloogiliste haigete ambulatoor-polikliiniline abi. Rasedate tervist jälgivad ka terapeut, stomatoloog, neuropatoloog ja okulist. Paranenud on vastsündinute esmane patronaaž, mille näit on tõusnud 90,8... 95,3%-ni, on suurenenud arsti pideval jälgimisel olnute arv, 93,0... 95,7%-ni.

Tuleb parandada naiste ja laste profülaktiliste läbivaatuste ja dispanseerimise kvaliteeti.

Rangemalt peab suhtuma ka õpilaste tervisesse. Siinjuures järgitagu järgmisi

nõudeid: põhjalikud läbivaatused, õige dispanseerimine ja tervistamine, aga ka kehalisest kasvatuses osavõtu korregeerimine, sest sageli vabastame õpilased põhjendamatult pikaks ajaks kehalisest koormusest, mis aga ei tule nende tervisele kasuks.

Tervishoiuasutuste laitmatu sanitaarse seisundi saavutamiseks on tehtud palju: on koostatud sanitaar-epidemioloogilise režiimi eeskirjad, on kinnitatud vastutav personal, on moodustatud nakkuste profülaktika komisjonid jms. Kuid ikkagi kujuneb mõnel pool nii, et osakonnajuhatajate ja vanemõdede kontroll ning nõudlikkus on liialt vähenenud. Koolieelsete lasteasutuste rühmad on liiga suured, mis loob soodsa pinna eriti viirusnakkuste levikuks. Siin tuleks viivitamatult sekkuda riikliku sanitaarteenistuse organitel. On väga tähtis, et tervishoiuasutustes tehtaks sanitaarremonti regulaarselt, eriti sünnitusmajades, -osakondades ja lasteosakondades. Mingil juhul ei tohi sellest mööda minna.

Meie tervishoiuasutustes käis NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi kontrollbrigaad. Kontroll oli mitmekülgne ja põhjalik. Tulemuses oli nii mõndagi mitterõõmustavat, ehkki võimatut kontrollimisel leitud puuduste ennetamiseks ei olnud. Adekvaatse arstiabi tagamine nõuab täpsust ja oma kohustustesse vastutustundlikku suhtumist igas mõttes, samuti nagu tervishoiuasutuste puhtuses hoidmine nõuab täpsust ja hoolt ning ka tegijat, vastutajat. Nii mõndagi jääb meil võib-olla puudu aparatuurist, tehnilistest vahenditest, kuid instrumentariumi steriliseerimiseelisel töötlemisel, samuti steriliseerimisrežiimi täpsel täitmisel, sidumismaterjali õigesti ettevalmistamisel ning kasutamisel meid miski ei takista ega sega.

Peame tõsiselt suhtuma personali kohustuslikesse meditsiinilistesse läbivaatustesse, ka serumhepatiidi profülaktikasse kõikides tervishoiuasutustes, samuti kõikide sanitaarnõuete tingimusteta täitmisel. Kõiki kontrollimisel avastatud puudusi oleks olnud lihtne

vältida — personal pidanuks oma töö suhtes olema vastutustundlikum, arstid ja tervishoiujuhid nii eneste kui ka alluvate suhtes nõudlikumad.

Ümberkorraldust vajab ka sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töö. Nad on kavas viia tsentraliseeritult Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama alluvusse, mis kahtlemata tõstab töö koordineeritust ja kvaliteeti.

Äsja vastuvõetud määruse nr. 609 kohaselt tuleb eriti tähelepanu pöörata juhtiva kaadri valikule ja kasvatamisele, tõstes nende vastutust ametikohustuste täitmise ning arstiabi kvaliteedi ja kultuuri eest. Kontrolli tõhustamiseks kuulatakse ravi- ja profülaktikaasutuste peaarstide arvamusi ministri kolleegiumi istungitel. Kohustuslikuks jäävad ka peaarstide esinemised elanikkonna ees. Üks peamisi ülesandeid on tervishoiu esmase lüli komplekteerimine arsti ametikohtadega ja plaani järgi avatavate arstijaoskondade kindlustamine arstidega. Aastail 1978...1982 suunati jaoskonna- ja tsehhiarstidena tööle 215 noort spetsialisti, mis on 36,3% nendel aastatel TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna lõpetanuist. Jaoskonnapediaatritena hakkas tööle 103 arsti, kiirabiijaamadesse ja -osakondadesse suunati tööle 77 arsti. Maarajoonides sai töökoha 47,1% lõpetanuist. Ka järgmistel aastatel peame enamiku lõpetajaid tööle suunama tervishoiu esmasesse lülisse ja maarajoonidesse.

Meditiinilise abi kvaliteet sõltub meditsiinitöötajate kutsealastest teadmistest. Meie vabariigi meditsiiniuasutustes peavad olema perspektiivplaanid, milles märgitud iga arsti kvalifikatsiooni tõstmise kursuste aeg. Suuremat tähelepanu tuleb pöörata keskastme meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni tõstmisele.

Meie kõikide ülesanne on ennetada üksikuid puudujääke kutse-eetikas ja meditsiinilises deontoloogias, igapäevases töös hoida kõrgel nõukogude meditsiinitöötaja nime.

Teooria ja praktika

UDK 616.002.77-08:612.018.2

GLÜKOKORTIKOIDID JA NENDE OSA REUMAATILISTE HAIGUSTE RAVIS

OLEV MAIMETS · TALLINN

glükokortikoidid, reumaatilised haigused, ravi

1950. aastal said Nobeli preemia laureaatideks E. C. Kendall, T. Reichstein ja Ph. Hench avastuste eest neerupealiste koore hormoonide, nende keemilise struktuuri ja bioloogilise toime kohta (3). H. Selye paralleelsete tööde tulemused, mis tõestasid neerupealiste koore hormoonide tähtsust organismi mitespetsiifilistes kaitsereaktsioonides (adaptatsioonisündroom ehk stress), andsid probleemi praktilisele arengusuunale soodsa teoreetilise tausta. Terminid «mineraalkortikoidid» ja «glükokortikoidid», eristamaks neerupealiste koore eri põhitoimetega steroidhormoone, pärinevad H. Selye'lt.

Esmakordselt ravis kortisooniga kroonilist polüartriiti (reumatoidartriiti) põdevat haiget Ph. Hench 1948. a. sügisel, järgnevalt 15 haiget 1948/1949. a. talvel. Ravitulemus oli lausa üllatav. Kui siis H. L. Herzogil kaastöölistega õnnestus 1955. a. sünteesida tunduvalt väiksema mineraalkortikoidse kõrvaltoimega prednisoon ja prednisoloon, oli glükokortikoidravi ajastu meditsiinis alanud.

Glükokortikoidravi esialgne buum peagi vaibus, sest selgus, et nende pikaajaline kasutamine suurtes annustes põhjustab rasket kõrvaltoimet. Kulus veel mõni aasta, enne kui glükokorti-

koidid reumatõrje vahendite arsenalis asetati õigele kohale kui ravimid, mis õiges kombinatsioonis põhiravimite ja mittesteroidsete vahenditega võimaldavad vältida haigete invaliidistumist.

Glükokortikoidravi puhul on tegemist nende vahendite tõelise farmakodünaamilise toimega — substitutsiooniks piisaks vaid 2...4 milligrammist prednisoloonist ööpäevas. Juba füsioloogilistes annustes pärsivad glükokortikoidid prostaglandiinide sünteesi, leukopedeesi ja fagotsütoosi. Nende toimel tekivad neutrofiilne leukotsütoos, lümfotsütopeenia ja eosinopeenia, langeb kapillaaride permeaablus ja toimub kogu lümfatiliselt koe reduktsioon. Glükokortikoidid stabiliseerivad granulotsüütide lüsoosüüme, millega pidurdub vahetult koekahjustust põhjustavate lüsoomaalsete ensüümide toime. Väheneb ka rakkude proliferatsioon ja põletikuliste granuloomide tekkimine. Glükokortikoidid pärsivad antikehade produktsiooni ja antigeen-antikeha reaktsiooni, olles suurtes annustes tõelised immuunsuppressandid. Eriti pikaajalisel kasutamisel on glükokortikoidravi kõrvaltoime küllalt tugev, nii et ka tänapäeval, kasutades parimaid sünteetilisi glükokortikoidi derivaate, tuleb kaaluda, milline risk igal konkreetsel juhul on suurem, kas põhihaigusest tingitu või ravimi kõrvaltoimest tulenev.

Juba varsti pärast kortisooni kasutuselevõtmist selgus, et kestev ravi põhjustab hüperkortsismi (Cushingi sündroom), sageli ka steroiddiabeeti. Viimane on seoses kõrge glükoneogeneesiga aminohapetest (üldise kataboolse toime foonil) ja glükoosi vähenevad perifeerse utilisatsiooniga. Kataboolsest toimest valkudesse tuleneb ka osteoporoos (seoses luu matriksi puuduliku ülesehitusega), mis on spontaansete luumurdude põhjus; võivad tekkida lihaste atroofia ja üldine müopaatia, millega kaasneb kreatiniini rohke eritumine. Glükokortikoidide toimel tekivad hüpokalieemia põhjustab üldist adünaamiat ja kardiomiopaatiat. Arteriaalne hüpertensioon ja ödeemide tekkimine on seoses naatriumiooni peetusega, mis oleneb preparaadi mineraalkorti-

Tabel. Glükokortikoidide toime ja kõrvaltoimete võrdlev tabel. Täiendatult (1, 2) L. Jägeri (4) järgi

Preparaat	Säilitav annus (mg päevas)	Cushingi lävivannus	Antiflogistiline efektiivsus	Ekvivalentset annused*)	Naatriumipeetus	Diabetogeenne toime	Ultserogeensus	Pärssiv toime ajuripatsisse	Psüühikahäired	Hüpokaliteemia	Kataboolne toime (müopaatia ja osteoporoos)	Söögiisu
Kortisool	20—30	40	1	4	1	+	+	+	+	++	+	+
Prednisoloon	7,5—12,5	10	4—5	1	0,6	+	+	+	+	+	+	+
Urbasoon e. metipred (6-metüülprednisoloon)	6—10	8	5—6	0,8	0,02	(+)	—	(+)	—	(+)	(+)	—
Dekortileen (16-metüleenprednisoloon)	10—12	24	4	1,2	0,02	(+)	—	—	(+)	(+)	—	—
Triamtsinoloon	6—8	8	6	0,8	0,01	+	++	+	(+)	—	++	—
Deksametasoon	1,5—2	2	20—25	0,15	0	++	+	++	++	—	++	++
Beetametasoon	1—1,5	2	25—30	0,12	0	++	+	++	++	—	++	++
Alдостeroon			0,1		100							

*) Glükokortikoidi annus mg-des, mis oma antiflogistiliselt toimelt vastab 1 mg-le prednisoloonile = 1 mg prednisoloonekvivalenti

koidsest toimest (suurim kortisoolil, prednisoonil ja prednisoloonil), arteriaalset hüpertensiooni põhjustab ka glükokortikoidide toimel tekkiv adreno-reseptorite tundlikkuse tõus endogeen-sete katehoolamiinide suhtes (1).

Glükokortikoidid on üldiselt ultserogeensed, kuid kõige tugevamini on see omadus väljendunud triamtsinoloonil ja tema derivaatidel (kenakort, kenalog 40). On küsitav, kas glükokortikoidide parenteraalne manustamine nende ultserogeensusust vähendab (1), sest toime maosekretsioonisse on mõlemal juhul humoraalne. Söögiisu suurenemine ravi ajal on tavaline nähtus.

Tuntud on glükokortikoidide toimel tekkivad kasvuhäired lapseas, mis on tingitud üldisest kataboolsest toimest ja pärssivast toimest hüpofüüsi somatotroopsesse hormoonisse (2, 6). Ravi ajal võib tekkida psüühikahäireid, liigeste aseptilisi nekroose (9), tromboose. Kestva ravi korral on täheldatud ka katarakti ja glaukoomi. Ravimite põletikuvastane toime tingib ühtlasi suurenenud vastuvõtlikkuse infektsiooni suhtes ja infektsiooni spetsiifilise kallaku. Ftisiaatrid on korduvalt hoiatanud in-

aktiivse tuberkuloosi võimaliku aktiveerumise eest glükokortikoidravi ajal. Ravikuuri ajal on vastunäidustatud ka vaksineerimine esmajoones viiruste elusvaktsiiniga (4).

Glükokortikoidravi vastunäidustused tulenevad otseselt nende kõrvaltoimetest: haavandtõbi (eluohtlike seisundite võimalus!), suhkurtõbi (vastunäidustus erandjuhtudel suhteline), hüpertooniatõbi, osteoporoos, kalduvus trombooside tekkeks, raskesti paranevad haavandid ja kopsutuberkuloos.

Praegu käibivad sünteetilised glükokortikoidi derivaadid (nn. kortisonoidid) on erinevad nii oma põletikuvastase toime intensiivsuse kui ka kõrvaltoime poolest.

Tabelist nähtub, et haigetel, kelle glükokortikoidravi on alati näidustatud, näiteks reumatoidartriiti ja difuusheid sidekoehaigusi põdejail, on deksametasoon ja beetametasoon üsna ebasobivad vahendid ajuripatsisse avalduva kõrge kataboolse (diabetogeenne) ja tugevasti pärssiva toime tõttu. Fluoritud glükokortikoididel (triamtsinoloonil, deksametasoonil ja beetametasoonil) on müopaatiaid põhjustav toime kõige tugevam,

mis on tingitud tugevast kataboolsest toimest lihasevalgusse (1, 2).

Glükokortikoidravi on näidustatud eriti reumatismi korral, mis aktiivses faasis nõuab ravi (nn. limiteeritud glükokortikoidravi) vaid 6...12 nädalat. Selle aja jooksul ei jõua tekkida olulisi muutusi haige neerupealistes. Mida enam reumokardiit on väljendunud, seda enam on näidustatud ravi glükokortikoididega. Ravikuuri alustatakse 40...60 mg prednisolooni või mõne muu glükokortikoidiga päevas, ravi jätkatakse alates 2...3 nädalast 20...30 mg päevas ja lõpetatakse sujuvalt, vähendades päevast annust iga 3...4 päeva tagant 5 mg võrra. Ravi jätkub mittesteroidsete reumaravimitega. Kombineeritud reumaraviga, mille puhul ravikuuri algul on juhtiv osa glükokortikoididel, õnnestub üldjuhul kiiresti likvideerida kardiit koos verukoosse valvuliidiga, sellega hoitakse ära südamerikke ja ka hilisema võimaliku septilise endokardiidi tekkimine (7).

Minimaalse aktiivsuse ja pikaldase kuluga reumokardiidi (enamasti müokardiidi) ravis peetakse glükokortikoide üldiselt väheefektiivseks. Selliseid haigeid ravitakse mittesteroidsete vahenditega, mille puhul ravikuur kestab pikka aega, kusjuures ravi efektiivsust õnnestub mõnikord tõsta glükokortikoidide lisamisega (kuni 15 mg prednisolooni päevas). TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri kogemuste põhjal potentseerivad glükokortikoidid (20...40 mg prednisolooni päevas või ekvivalentse annuses mõnda teist glükokortikoidipreparaati päevas) mittesteroidsete reumavastaste vahendite toimet ka sellistel juhtudel tunduvalt.

Reumatoidartriidi kestev, diferentseeritud ja etapiline ravi (statsionaar, polikliinik, sanatoorium ja rehabilitatsiooniasutus) nõuab haiguse aktiivses faasis tihti ka kestvate medikamentoosset ravi, mille puhul üht põhiravimit (delagiili, krüsanooli, kupreniili või immuunsuppressante) kasutatakse haiguse aktiivsuse kupeerimiseks koos mittesteroidsete vahenditega või ilma nendeta ka glükokortikoide adekvaatsetes annustes (kestev glükokortikoidravi; 5, 10, 11, 13).

Ravi näidustuseks on mõõduka ning kõrge põletikulise aktiivsusega reumatoidartriidi kiiresti progresseeruvad ja liigese-vistseraalsed vormid, reumatoidvaskuliit, silmade kahjustused ning polüerosiidid, Felty sündroom (10), aga ka kõik sellised juhud, kui haiguse aktiivsust üksnes mittesteroidsete vahenditega ei õnnestu kontrolli alla saada või kui hakkavad tekkima süsteemse kahjustuse tunnused. Glükokortikoidravi alustamisel tuleb adekvaatseks pidada sellist annust, mille puhul reumatoidartriidihaike enesetunne 3...4 päevaga tunduvalt paraneb. Selliseks on 30...40 mg prednisolooni päevas. Seejärel tuleb annust kohe järk-järgult vähendada, manustada ravimit sellistes annustes, mis juba saadud tulemuse säilitavad. Pikemaajalise glükokortikoidravi korral on hästi talutav annus, mis vastab 7,5...10 (12,5) mg prednisoloon-ekvivalendile päevas, eriti siis, kui ravim antakse haigele korraga kella 6...8 vahel hommikul. Ka suuremate päevaste annuste puhul, kui haiguse aktiivsuse seda nõuab, on otstarbekohane ~50% ööpäevasest annusest anda haigele hommikul, sest endogeense kortisooli kontsentratsiooni ööpäevaseid kõikumisi arvesse võttes on selliselt antava glükokortikoidi pärssiv toime neerupealistesse kõige nõrgem (4, 5).

Eelnevast tuleneb, et pikaajalise toimega glükokortikoidid, näiteks kenaloo 40, mis annavad ühtlase toime kogu ööpäevaks, oma resorptiivse üldtoime tõttu reumatoidartriidi raviks ei sobi. Edukalt võib neid aga manustada lokaalselt, intra- või periartikulaarselt, peamiselt reumatoidartriidi oligoartikulaarsete vormide puhul. Ka glükokortikoidi ja mittesteroidsete vahendite kombineeritud preparaadid (näiteks presotsüül) ei võimalda diferentseeritud doseerimist ja reumatoidartriidi raviks sobivad nad vähe (5).

Viimasel ajal on arvatud (8, 12), et reumatoidartriit algab nn. esmase sünoviidi faasiga, mille puhul ei ole veel täheldatud immunoloogiliste mehhanismide osavõttu haiguse patogeneesist. Varajane intensiivne põletikuravi, kaasa arvatud glükokortikoidravi, võib hai-

guse edasise arenemise selles faasis täielikult katkestada.

Süsteemsete sidekoehaiguste, eelkõige dissemineerunud luupuse ja nodoosse periarteriidi puhul on glükokortikoidravi näidustatud haiguse aktiivses faasis ning koos põhiravimiga (immuunsupressandid) tuleb ravimit kasutada suurtes annustes (60...100 mg prednisolooni päevas või enam) seni, kuni haigus allub kontrollile. Ravikuuri pikendatakse haiguse stabiliseerumiseni ja säilitav annus valitakse selline, mis suudab efekti püsivalt hoida. Sellised elundlokalisatsioonid nagu luupusnefriit, hemolüütiline aneemia ja trombotsütopeenia nõuavad glükokortikoidide veelgi suuremaid annuseid. Doosi vähendamiseks tuleb olla väga ettevaatlik, et mitte esile kutsuda ägenemisi. Rõhutatatakse glükokortikoidravi varajase alustamise vajadust dissemineerunud luupuse kõrge ja keskmise aktiivsusega vormide puhul, eriti siis, kui tegemist on luupusnefriidi, tserebrovaskuliidi või kiiresti areneva nefrootilise sündroomiga (11). On mainitud ka urbasooni suurte annuste efektiivsust raskekujulise dissemineerunud luupuse, samuti reumatoidvaskuliitide puhul (11).

Glükokortikoidide koos butadiooni või indometatsiini ja antiurikeemiliste või urikosuuriliste vahenditega võib kasutada ka podagra ägeda ataki kupeerimiseks.

Liigeste degeneratiivsete haiguste puhul on glükokortikoidid näidustatud vaid erandjuhtudel, peamiselt reaktiivse sünoviidi kupeerimiseks lokaalselt. Kestev glükokortikoidravi on deformeeriva osteoartroosi juhtudel vastunäidustatud, sest see stimuleerib kataboolseid protsesse, mis degeneratiivseid kahjustusi üksnes süvendavad.

Näidustuste range valiku, sobiva preparaadi õige doseerimise ja haige hoolika jälgimise teel on võimalik kõrvaltoimete risk viia miinimumini ning glükokortikoidravi jääb «instrumendiks, mis terapeudile on niisama vajalik kui kirurgile skalpell» (1).

KIRJANDUS: 1. *Beickert, A.* Die Glükokortikoid-Therapie innerer Erkrankungen. Jena, 1968. — 2. *Bethge, H.* In: Therapie inne-

rer Krankheiten. Berlin—Heidelberg—New York, 1977, 548—555. — 3. Editor. *Lancet*, 1950, 259, 498. — 4. *Jäger, L.* Klinische Immunologie und Allergologie. I. Jena, 1976. — 5. *Mathies, H.* Kritische Bewertung medikamentöser therapeutischer Möglichkeiten bei chronischen Polyarthritikern. In: Polyarthritiden. Bern—Stuttgard—Wien, 1977, 215—231. — 6. *Pickmann D. S. u. a.* Tsit. A. Beickert. Die Glükokortikoid-Therapie innerer Erkrankungen. Jena, 1968.

7. *Анохин В. Н.* Вопр. ревматол., 1979, 2, 44—52. — 8. *Астапенко М. Г.* Вопр. ревматол., 1979, 1, 3—8. — 9. *Еров Н. К., Саксонов С. И., Калашникова А. С.* Тер. арх., 1981, 7, 28—30. — 10. *Насонова В. А.* Тер. арх., 1978, 9, 3—7. — 11. *Насонова В. А.* Тер. арх., 1981, 7, 3—6. — 12. *Отто В., Астапенко М. Г., Трофимова Т. М.* Вопр. ревматол., 1975, 3, 18—22. — 13. *Трофимова Т. М., Акимова Т. Ф., Мылов Н. М и др.* Вопр. ревматол., 1980, 4, 15—18.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
IV Valitsuse Vabariiklik Haigla

Alkohoolse maksatsirroosi majanduslikud mõjud. Prantsusmaa Gastroenteroloogide Selts esitas mitmekümnele kliinikule päringu, väljaselgitamaks alkoholi kuritarvitamisest põhjustatud maksatsirroosi põdejate raviks tehtud majanduslikke kulutusi. Vastused olid huvipakkuvad ja üllatavad. Üks viiendik gastroenteroloogiakliinikute haigevooditest on hõivatud maksatsirroosi põdevate alkohoolikute poolt. Ravi kestus on keskmiselt 25 päeva. 20% neist haigeist sureb, vaatamata ravile, lähema aasta kestel. Haigete raviks kulutatakse 33% konservvere üldhulgast, nende uurimiseks ravi eesmärgil tehakse 20% laboratoorse analüüside üldhulgast, 13% kõigist röntgenuuringuist ja 11% kõigist endoskoopiaist. Prantsusmaal on alkohoolset maksatsirroosi põdeva inimese oletatav keskmine eluiga 58 aastat, samal ajal kui seal maal on meeste keskmine eluiga 68 aastat, naistel aga 78 aastat.

Die Heilberufe, 1983, 1.

UDK 612.14.4

RETIKULOTSÜÜTIDE HULGA MUUTUSED PERIFEESES VERES LIHASETÖÖ PUHUL JA NENDE INTERPRETEERIMISE VÕIMALUSED*

OLAF IMELIK TARTU

retikulotsüüdid, vereloome, lihasetöö

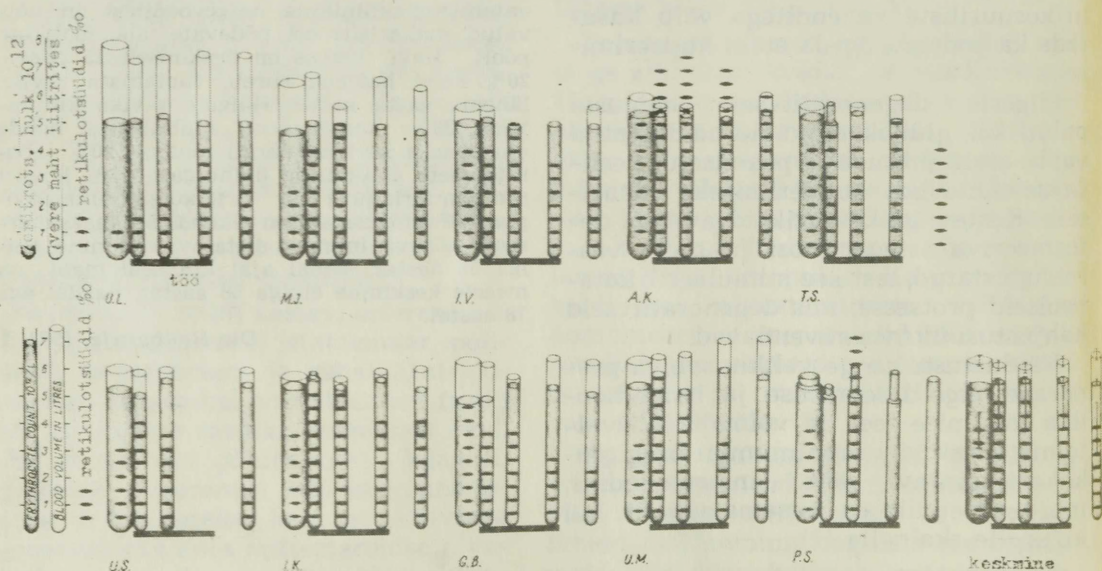
Mitmesugustele haigustele on iseloomulik retikulotsüütide hulga muutus perifeereses veres. Selle tööga kasutamisel diagnostiliseks otstarbeks on oluline teada, mis puhul ja kuidas võib retikulotsüütide hulk muutuda füsioloogilistes tingimustes.

Pärast seda, kui D. E. Rosenblum ja K. Mendjuk (6) 1930-ndal aastal näitasid pärast lihasetööd toimuvat retikulotsüütide hulga suurenemist ja selle olenevust pingutuse laadist, on mainitud nähtust kinnitanud paljude autorite uurimused. Ometi on pärast ühte ja sama pingutust saadud muutuste ula-

tus ja isegi suund eri inimestel erinev (4, 8, 9). Erinevusi on püütud seletada nii uuritavate treeniuse (9) kui ka vanusega (8). Ühe põhjusena võib arvesse tulla retikulotsüütide loendamise meetodika ebatäpsus. Seetõttu on tehtud ettepanek arvestada ainult rohkem kui 100% algsuurusest erinevaid muutusi (4), ühtlasi on avaldatud arvamust, et informatiivne võib olla üksnes retikulotsüütide absoluuthulga muutus (4, 8). Informatsioon lihasetöö mõju kohta retikulotsüütide hulgale pärineb pärast tööd tehtud määramisest. Retikulotsüütide hulga muutuste kohta töö kestle meile teadaolevas kirjanduses andmeid ei leidu.

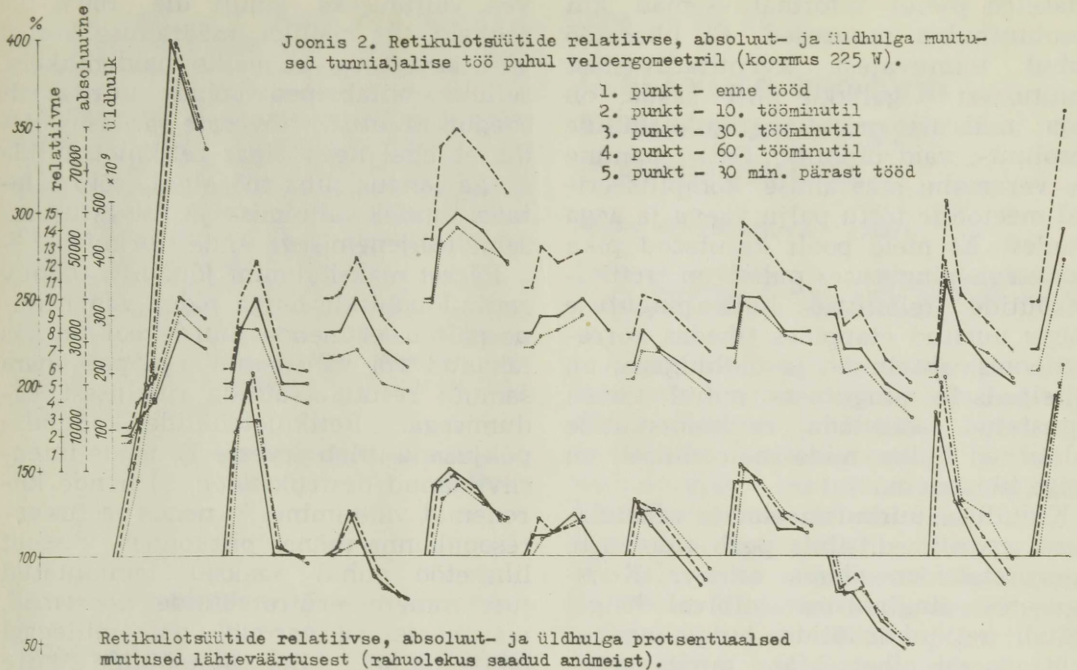
Käesoleva uurimise eesmärgiks seati 1) selgitada retikulotsüütide hulga muutuste dünaamikat perifeereses veres pika kestusega raske lihasetöö puhul ja 2) võrrelda retikulotsüütide relatiivse, absoluut- ja üldhulga muutusi.

Uuriti 10 TRÜ kehakultuuriteaduskonna meesüliõpilast. Koormusena kasutati tunniajalist tööd veloergomeetril (225W, 70 pedaalipööret minutis). Analüüsideks võeti verd kubitaalveenist püsikanüüli kaudu enne tööd, 10., 30. ja 60. tööminutil ning 30 minutit pärast tööd. Relatiivne retikulotsüütide hulk



Joonis 1. Vere maht, erütrotsüütide hulk ja retikulotsüüdid promillides enne tööd veloergomeetril (koormus 225 W), 10., 30. ja 60. tööminutil ning 30 minutit pärast tööd.

Joonis 2. Retikulotsüütide relatiivse, absoluut- ja üldhulga muutused tunniajalise töö puhul veloergomeetrial (koormus 225 W).



loendati Schillingi järgi värvitud preparaadis. Erütrotsüütide hulk määrati tselloskoobi (firma Lindhard) ja vere maht ^{51}Cr -ga märgistatud erütrotsüütide abil (5). Retikulotsüütide absoluuthulk arvutati relatiivse hulga korrutamise teel erütrotsüütide hulgaga tuhandetes ühes mikrolitris ja retikulotsüütide üldhulk absoluuthulga korrutamise teel vere mahuga mikrolitrites.

Retikulotsüütide relatiivne, absoluut- ja üldhulk rahuolekus langeb kirjanduses toodud piiresse (3, 4). Meie poolt kasutatud pika kestusega pingutuse puhul olid veremahu ning erütrotsüütide hulga muutused suhteliselt vähesed ja avaldusid peamiselt töö algstaadiumis ja pärast töö lõpetamist (vt. joonis 1). Seetõttu on retikulotsüütide relatiivse, absoluut- ja üldhulga muutuste erinevused vähesed (vt. joonis 2). Relatiivse ja absoluuthulga ning relatiivse ja üldhulga korrelatsioonikoefitsient on pingutuse kõigis uuritud etappides suurem kui 0,9. Retikulotsüütide hulga muutused võib jaotada kahte faasi. Esiteks, initsiaalfaasis retikulotsüütide hulga tõus, mis saavutas kolmel inimesel tipu 10., kolmel 30. ja kahel 60. tööminutil.

Teiseks, sellele järgnev retikulotsüütide hulga langus, mis pooltel uuritavatel pärast töö lõppu ulatus lähtetasemest madalamale (vt. joonis 2); vaid ühel algas langus kohe pärast pingutuse alustamist.

Eelkõige on oluline leida vastus küsimusele, kas lihasetöö puhul on informatiivsem retikulotsüütide relatiivse, absoluut- või üldhulga muutus.

Retikulotsüütide relatiivse hulga jälgimise puudus on, et sellele ($\%$ erütrotsüütide hulgast) avaldavad mõju ka lihasetöö ajal toimuvad erütrotsüütide hulga muutused. Arvamus, et lihasetöö puhul on retikulotsüütide absoluuthulga muutused informatiivsemad (4, 8), ei ole põhjendatud. Paljud uurimised on näidanud, et pingutusest olenevalt võivad toimuda ulatuslikud plasma mahu muutused (2), mille tõttu verekehakeste, nende hulgas ka retikulotsüütide kontsentratsioon oleneb suuresti vere lahjenduse muutusest. Seega lisandub absoluuthulga arvutamisel mitmekordistuvale retikulotsüütide loendamise niigi suurele veale veel sisuline viga. Järelikult on retikulotsüütide relatiivse hulga muutused koguni õigemad ja

lihasetöö puhul informatiivsemad kui absoluuthulga muutused. Et lihasetöö puhul toimuvatest kvantitatiivsetest muutustest tegelikku pilti saada, on vaja määrata mitte retikulotsüütide absoluut-, vaid üldhulk. Selle saamine on veremahu määramise komplitseeritud meetodite tõttu palju vaeva ja aega nõudev. Et meie poolt kasutatud pika kestusega pingutuse puhul on retikulotsüütide relatiivne hulk pingutuse kõigis uuritud etappides tihedas korrelatsioonis absoluut- ja üldhulgaga, on sellelaadsete pingutuste puhul täiesti õigustatud kasutada retikulotsüütide relatiivset hulka, mida meetodiliselt on kõige lihtsam määrata.

Kliiniliste uurimismeetodite rakendamisel spordimeditsiinis peab tulemuste interpretatsioon olema erinev. Konstantsetes tingimustes viibival haigel näitab retikulotsüütide hulga muutus erütropoeesi nihet. Mõne uurija arvamus, et see on nii ka lihasetöö puhul (6, 8) — see eksiarvamus on sattunud ka õpikutesse (7) —, ei ole põhjendatud. On ülimalt tõenäoline, et lihasetöö mõjub erütropoeesile ärritavalt. Kuid ka küllalt tugeva ärrituse korral avalduks tulemus alles mõne päeva pärast (3). Meie tulemused, mille järgi retikulotsüütide arv võib maksimumini tõusta juba esimesel 10 tööminutil, näitavad, et tõusu põhjus peab olema kas vere väljasurumine punasest lüüdist või siis retikulotsüütide väljauhtmine veresoonekonna stagneerunud verd sisaldavatest piirkondadest. Mainitud seisukohale viitavad ka meie varajasemad uurimistulemused, et makrotsüütide hulga suhteline suurenemine toimus just lühiajaliste intensiivsete pingutuste puhul (1). Arvestades retikulotsüütide hulka, mida võib leiduda lüüdi valmimis- ja salvestusbasseinid, võiks lihasetöö puhul tekkinud retikulotsütoos olla tingitud lüüdist vereringesse tulnud verest. Tsirkuleerivate retikulotsüütide hulga üle 100%-line tõus oleks siiski võimalik üksnes sel juhul, kui väärtused uuritava rahuolekus on madalad. Seetõttu tundub veidi ülepakutuna ettepanek arvestada meetodilise

vea vältimiseks ainult üle 100%-lisi nihkeid. Et hoolika määramise korral võib arvestada ka väiksemaid nihkeid, sellele viitab pea kõigilt uuritavalt saadud muutuste kõverate sarnasus. Seda, et ühel neist algas retikulotsüütide hulga langus juba töö algul, võib seletada lüüdi valmimis- ja salvestusbasseini tühjenemisega enne uurimist.

Pärast maksimumini jõudmist toimuv retikulotsüütide hulga pidev vähenemine näitab, et nende juurdevool on kas lakanud või vähenenud ega pea enam sammu retikulotsüütide ringlusest kadumisega. Retikulotsüütide kadumise põhjusena tuleb arvesse 1) nende intensiivistunud destruktsioon, 2) nende kiirenenud valmimine, 3) nende peetus veresoonekonna mõnes piirkonnas. See, et lihasetöö puhul saaksid lammutatud just nimelt erütrotsüütide nooremad, resistentsemad vormid, pole millegagi põhjendatud. Retikulotsüütide kiire valmimise kohta lihasetöö puhul otseid andmeid kirjanduses ei leidu. Jääb vaid võimalus, et tsirkulatsiooni ümberkorralduse ühe kõrvalnähtuna saavad retikulotsüüdid kui suurema dimensiooni ja kergema kaaluga erütrotsüüdid kõrvaldatud piirkondadest, kus verevool on kiirem. Kui retikulotsüütide hulga vähenemise peamiseks põhjuseks tuleb pidada nende ümberjaotust vereringes, peab seda ühe tegurina arvestama ka nende hulga suurenemisel initsiaalfaasis.

Asjaolu, et lihasetööst tingitud retikulotsüütide hulga muutused on kahefaasilised, viitab võimalusele, et üks kirjanduses esineva erinevuse põhjusi pärast lihasetööd määratud retikulotsüütide hulgas on aeg, mis on möödunud pingutuse alustamisest kuni vereproovi võtmiseni.

Eespool toodust selgub, et retikulotsüütide hulga muutus lihasetöö puhul sisaldab integreeritud informatsiooni, mille dešifreerimine on komplitseeritud, ei anna aga informatsiooni erütropoeesi muutuste kohta.

KIRJANDUS: 1. Imelik, O. Eesti NSV Teaduste Akadeemia Toimetised. Bioloogia, 1978,

27, 3, 212—222. — 2. Imelik, O. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 1, 7—11. — 3. Kaboth W., Begemann, H. Blut. München-Wien-Baltimore, 1977. — 4. Leibetseder, F., Angerer, M., Schröcksnadel, H. In: Forschungen und Forscher der Tiroler Ärzteschule, 1966, 6, 105—117. — 5. Moore, F. D., Oleson, K. H., McMurrey, J. D. Body Cell Mass and its Supporting Environment. Dublin, Philadelphia, London, 1963. — 6. Rosenblum, D. E., Mendjuk, K. Arbeitsphysiologie, 1930, 5, 395—408.

7. Гандельсман А. В., Евгеньева Л. Н. В кн.: Физиология человека. Москва, 1975, 214—222. — 8. Горшкова Т. Н. В кн.: Кровь и мышечная деятельность. Москва, 1960, 58—72. — 9. Семенова К. Н. Клин. мед., 1939, 17, 8, 26—34.

TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateeder

♦ Rinnaga toitmine on allergiaprofülaktika. Viini ülikooli kurgu-, nina- ja kõrvahaiguste kliiniku arstide uurimuses on toodud huvi-pakkuvad tulemused. Uuriti 3000 õpilast, kelle hulka kuuluvatest 8-aastastest kannatas 7% ja 16-aastastest 14% allergianähtude all. Teadlased arvavad, et elukeskkonna üha suurenev saastumine on vaid üks põhjusi, miks allergiaillmingud sagenevad. Probleemiga tegelevad eksperdid aga kinnitavad, et enamikku tänaseid õpilasi ei ole imikueas rinnaga toidetud või olid nad väga lühikest aega saanud emapiima, mille tagajärjel selliste laste immuunsüsteem ongi puudulikult arenenud. Sellest järeldub, et rinnaga toitmisel kaitseb ema lapse organismi võõrvalkude toime eest, mis võivad avaldada allergiseerivat mõju. Emapiim sisaldab ka aineid, mis stimuleerivad lapse organismi immunoloogilist kaitsemehhanismi. Eriti neid lapsi, kes pärinevad allergiaillmingutega perekondadest, peab kaudu rinnaga toitma.

Dt. Hebammen-Z., 1982, 192.

UDK 616.28-008.11-07

ÜLELÄVISED PROOVID KUULMISKAHJUSTUSE DIAGNOOSIMISEL

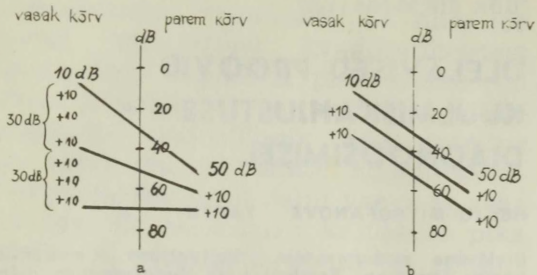
HELJU MITROFANOVA · TARTU

Ülelävine audiomeetria, helivaljuse kiirenenud kasvu fenomen, Fowleri kats, helitugevuse differentsi lävi, SISI-test, dүskomfordilävi

Ainult kuulmisläve määramine ei iseloomusta kuulmisfunktsiooni veel täielikult. Toimub ju heliline suhtlemine ülelävistel intensiivsustel. Kliinilises audioloogias on kuulmistundlikkuse kindlakstegemise kõrval tähtis koht ka ülelävistel katsudel. Eri ülelävised testid kajastavad erisuguseid füsioloogilisi protsesse. Ülelävise audiomeetria praktilise aluse moodustab puhtkliiniline tähelepanek, et mõnel nürmikul on helivaljuse kasvu tunne kiirenenud: helitugevuse vähene kasv põhjustab tunduva subjektiivse helivaljuse kasvu.

Esimesena uuris kirjeldatud nähtust lähemalt kolmekümnendatel aastatel E. Fowler (3). Selle väljaselgitamiseks soovitas ta katsu, mille eelduseks on parema ja vasaku kõrva kuulmisläve vahe vähemalt 30... 40 dB ning võimalus anda helisignaale üheaegselt mõlemasse kõrva. Pärast kuulmisläve määramist teatud kõnetsooni sagedusel lisatakse kummalegi kõrvale 10 dB. Helivaljuse kiirenenud kasvu fenomeni puudumise korral kuuleb patsient heli mõlema kõrvaga võrdselt, helivaljuse kiirenenud kasvu positiivse fenomeni korral kuuleb halvemini kuulev kõrv heli valjemini. Et saada võrdse valjusega heli, peab heliintensiivsuse juurdekasv paremini kuulvasse kõrva olema suurem.

Näide. Sagedusel 1000 Hz on kuulmislävi parema kõrvaga 50 dB, vasakuga 10 dB. Lisame mõlemapoolselt 10 dB. Helivaljuse kiirenenud kasvu fenomeni puudumise korral kuuleb kumbki kõrv heli võrdselt. Selle fenomeni olemasolul tundub parema kõrvaga kuuldav heli valjem. Seejärel tugevdame vasakusse kõrva antavat heli 10 dB kaupa



Joonis 1. Helivaljuse kiirenenud kasvu fenomeni määramine Fowleri testi abil: a — fenomen positiivne, b — fenomen puudub.

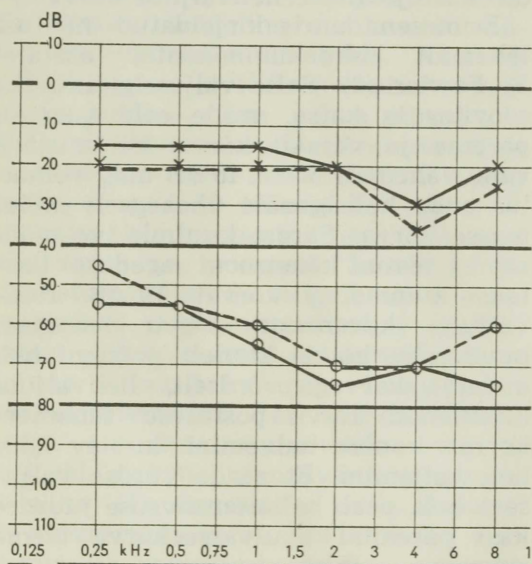
seni, kuni signaalid on ühesuguse valgusega. Graafiliselt võib seda kujutada järgmiselt (vt. joonis 1).

Enamik autoreid peab helivaljuse kiirenenud kasvu fenomeni Corti organi sisemiste karvrakkude kahjustuse tunnuseks (4, 6, 12, 13). Seega on antud fenomeni kindlakstegemisel diferentsiaaldiagnostiline tähtsus ühelt poolt retseptori ja helijuhtesüsteemi kahjustuse ning teiselt poolt retseptori ja retro-

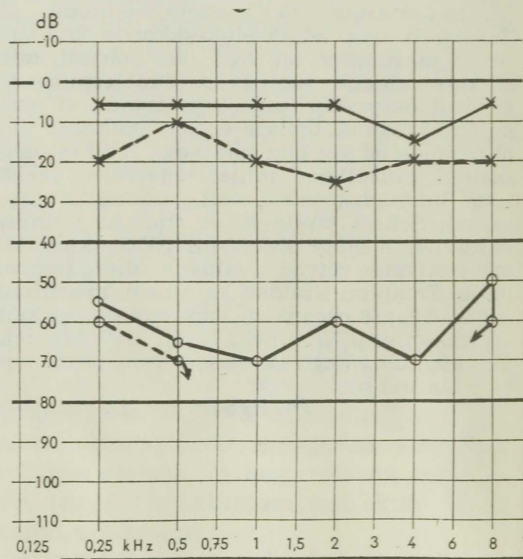
kohleaarsete kahjustuste diferentsimiseks.

Selle fenomeni kindlakstegemiseks audiomeetriliselt on välja töötatud mitmed katsud. Kuid asjaolu, et kasutamiseks on soovitatud neid üle 20, osutab nendest paljude väheusaldatavusele. Tuleb arvestada ka subjektiivset külge, sest patsiendil on lahendada vähem või rohkem keeruline psühhoakustiline ülesanne. Et valgus on kuulmisaistingu üks tähtsamaid näitajaid, on üleläävne audiomeetria tänapäeva audioloogias eriti aktuaalne.

Helivaljuse kiirenenud kasvu fenomeni kindlakstegemiseks kasutatakse laialdaselt helitugevuse diferentsiaal-läve määramist (4), mille puhul peab 40 dB kuulmislävest kõrgemal sinusoidaalselt moduleeritud signaalil kindlaks tegema minimaalse helitugevuse muutuse, mis põhjustab valguse muutumise aistingut. Normaalse kuulmise ja helijuhtesüsteemi häire korral on see



helisagedus (kHz)	0,5	1,0	2,0	4,0
SISI- paremal	0%	0%	0%	0%
test vasakul	0%	100%	100%	100%



helisagedus (kHz)	1,0	4,0
SISI- paremal	100%	100%
test vasakul	100%	100%

Joonis 2. Vasakpoolse neurosensoorse nürmusega 47-aastase patsiendi N. T. audiogramm koos SISI-testi andmetega. Ringikestega on tähistatud vasaku kõrva andmed, ristikestega parema kõrva andmed, pideva joonega õhjuhtivus, katkendjoonega luujuhtivus. Joonis 3. Ménière'i tõbe põdeva 48-aastase patsiendi S. N. audiogramm koos SISI-testi andmetega. Tähistuste seletus vt. joonise 2 allkirjas.

0,92...1,56 dB, helivastuvõtuaparaadi kahjustuse korral 0,2...0,8 dB (helivaljuse kiirenenud kasvu fenomen positiivne) ja segatüüpi häire korral 0,8...1,0 dB. Diferentsiaalläve tõusu 5,0...6,0 dB-ni peetakse kesknärvisüsteemi või pontotserbellaarnurga kahjustuse tunnuseks (12).

Viimase 10 aasta jooksul on laialdaselt kasutusel SISI-test, esmakordselt soovitas seda J. Jerger (1, 2) 1959. a. Olles helivaljuse kiirenenud kasvu fenomeni kindlakstegemise kaudne meetod, põhineb ta positiivsete tulemuste registreerimisel patsiendile korduvate lühiajaliste helisignaali intensiivsuse juurdekasvude esitamisel. Näiteks kui 20 dB üle kuulmisläve tooni foonil saada 1 kord 5 sekundi jooksul korduvalt intensiivsuse juurdekasve 1 dB võrra kestusega 200 m/sek., siis normaalse kuulmisega patsient neid ei taju. Teravnenud helivaljuse korral neid juurdekasve ta aga tajub (vt. joonis 2).

Kuigi SISI-testi füsioloogiline sisu on sama mis diferentsiaalläve määramiselgi, on ta lihtsam ning paljude uurijate andmeil annab püsivamaid tulemusi (7, 8, 9). Puuduseks aga on ebakindlad normi piirid. Eri autorite arvates on need 0 kuni 80%. Enamik autoreid peab 80...100% positiivsete vastuste ilmumist kindlalt positiivseks, 20...60% kahtlaseks.

Viimase nelja aasta jooksul on audioloogiakabinetis SISI-testi määratud 745 korral ja vastused on enamasti olnud kindlapiirilised: kas 0 või 100%; vaid 10%-l uuritustest olid vastused 20...80%. Tavaliselt on SISI-test positiivne, kui luujuhtivuslävi on tõusnud vähemalt 40...50 dB, vaid Ménière'i tõve korral on test positiivne juba siis, kui luujuhtivuse langus on 20...30 dB. Seda peaks diferentsiaaldiagnoosimisel arvestama (vt. joonis 3).

Tunnustust on leidnud ka kuulmisdüsükomfordi määramine, mis keskmistel sagedustel on 95...100 dB piires (10). Kuulmisdüsükomfordi kriteeriumiks peetakse puute- või survetunde tekkimist kuulmekile piirkonnas. Diagnosti-

line tähtsus on just kuulmisvälja, s. o. kuulmis- ja düskomfordiläve vahelise dünaamilise diapasooni kindlakstegemisel.

Helivaljuse kiirenenud kasvu fenomeni olemasolul kuulmisväli aheneb, sest kuulmisläve tõusuga kaasneb düskomfordi normaalne tase.

Konduktiivse nürmuse korral aga kuulmislävi laieneb, sest düskomfordi lävi tõuseb sedavõrd, et sageli ei ole see määratav isegi maksimaalsetel audiomeetritelistel intensiivsustel (10).

Kõik kirjeldatud testid põhinevad subjektiivsel audiomeetrial. Sageli aga on vaja objektiivset ülevaadet patsiendi kuulmissüsteemist, eriti lasteaudioloogias. Viimasel ajal arvestatavamateks objektiivseteks meetoditeks on kesk-kõrva akustilise impedantsi määramine ja kompuuteraudiomeetria.

Kuulmise nõrgenemise toopilises diagnostikas on oluline kompleksne audioloogiline uuring, eri andmete läbitöötamine ja nende diagnostilise väärtuse määramine.

KIRJANDUS: 1. Fowler, E. P. Laryngoscope, 1937, 47, 289. — 2. Jerger, J. F. J. Auditory Res., 1961, 2, 145. — 3. Jerger, J., Shedd, J., Harford, E. Arch. Otolaryngol., 1959, 69, 200. — 4. Lüscher, E., Zwislocki, J. Acta otolaryngol. (Stockholm), 1949, suppl., 78, 156—168.

5. Благовещенская Н. С. Вестн. оторинолар., 1974, 2, 25—92. — 6. Гринберг Г. И., Засосов Р. А. Основы физиологии и методы функционального исследования слухового, вестибулярного и обонятельного анализаторов. Л., 1957. — 7. Лимар Б. Я., Сушко Ю. А. Журнал ушных, носовых и горловых болезней, 1974, 5, 53—58. — 8. Римап И. Б. Вестн. оториноларингол., 1973, 1, 76—80. — 9. Сагалович Б. М. В кн.: Тугоухость. М., 1978, 38—61. — 10. Сагалович Б. М., Денисова Г. А. Ж. ушн. нос. и горл. бол., 1974, 4, 59—64. — 11. Сагалович Б. М., Петровская А. Н. Вестн. оториноларингол., 1972, 4, 19—25. — 12. Степаненко О. А., Новикова Е. П. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1980, 6, 41—42. — 13. Ундриц В. Ф., Темкин Я. С., Нейман Л. В. Руководство по клинической аудиологии. М., 1962.

TRÜ arstiteaduskonna otorinolaringoloogia ja oftalmoloogia kateeder

UDK 616.8-089(480)(474.2)

SOOME JA EESTI NSV NEUROLOOGIDE NING NEUROKIRURGIDE TEADUSLIK KOOSTÖÖ AASTAIL 1981 ... 1982

AIN-ELMAR KAASIK · TARTU

rahvusvaheline koostöö, peaaegu veresoonte haigused, ravitaktika, prognoos, epilepsia ravi

1973. aastal alustatud Soome ja Eesti NSV neuroloogide ning neurokirurgide ühisuuringud (2, 3) on viljakalt jätkunud ka viimastel aastatel.

1981. aasta septembris viibis Eestis Soome neuroloogide ja neurokirurgide kuueliikmeline delegatsioon, mida juhtis prof. O. Waltimo Helsingi Ülikooli neuroloogiakliinikust. Peeti kaks sümposiooni, üks Narva-Jõesuu kolhoosidevahelises sanatooriumis, teine Tallinna Kiirabihaiglas. Esimesel analüüsiti peaaegu transitoorse isheemia prognoosi ja kulu iseärasusi ning peaaegu vereringe häirete all kannatavate haigete rehabiliteerimist. Ettekanded esitasid dots. L. Bergström ning M. Kotila ja A. Muuronen Helsingi Ülikooli neuroloogiakliinikust ning dots. M. Mägi ja vanemteadurid M. Roose ja V. Sinisalu Tartust. Ühisuuringutest nähtus, et ajuinfarkt ei ohusta peaaegu transitoorse isheemiaga patsiente nii sageli, kui varem arvati. Nii Soomes kui ka Eesti NSV-s arenes ajuinfarkt 10...15%-l neist, kellel olid esinenud aju transitoorse isheemia atakid. Seevastu oli müokardiinfarkti haigestunud selles haigeterühmas kuni 30%. Edaspidine uurimine peab näitama, millisel määral on aju transitoorset isheemiat põhjustavad tegurid mõjutatavad eri ravimeetoditega.

Sümposioonil täpsustati veel kord aju transitoorse isheemia kriteeriume. Dots. L. Bergström rõhutas, et eriti vertebrobasilaarsüsteemi varustusala transitoorset isheemiat on raske diagnoosida ning selle kindlakstegemine vajab abiurineid. Selgus, et diagnoosimisele aitab suuresti kaasa ajutüve nn. esilekutsu-

tud potentsiaalide elektrofüsioloogiline registreerimine.

Ettekannetest nähtus, et otstarbekohaselt korraldatud taastusravi mõjutab insulti põdenute sotsiaalset adaptatsiooni oluliselt. Ligikaudu 30% paranuist jätkab kutsetööd. Ühisuuringud on näidanud, et rehabilitatsioonravi on mõjus eriti siis, kui seda alustatakse varakult. Ühtlasi selgus, et praegu on haigete järelravi võimalused Soomes mõnevõrra paremad kui Eesti NSV-s.

Teisel sümposioonil oli vaatluse all ajuarterite aneurüsmi lõhkemisest tingitud subarahnoidaalse hemorraagia ravi. Dotsent O. Heiskanen Helsingi Ülikooli neurokirurgiakliinikust rääkis, et tänapäeval on võimalik edukalt opereerida ka mitmeseid aneurüsme, dots. M. Vapalahti Kuopio Ülikooli neurokirurgiakliinikust rõhutas subarahnoidaalse hemorraagiaga haigete varajase angiograafilise uurimise ja võimalikult varajase kirurgilise ravi tähtsust. Allakirjutanu tutvustas subarahnoidaalse hemorraagiaga haigete haiglaravi taktikat Tartus. Selgus, et ravi põhimõtted ja tulemused on üldjoontes sarnased. Siiski ei ole sobiva operatsiooniaja valikuks veel usaldusväärseid kriteeriume, seda eriti raskes seisundis haigete kohta. Prof. E. Raudam andis informatsiooni ühise kogumiku ettevalmistamise ja toimetamise kohta. Kogumik ilmus 1981. a. lõpul (1).

1982. a. oktoobris käisid ühisuuringuist osavõtvad Eesti NSV neuroloogid ja neurokirurgid Soomes (delegatsiooni juht E. Raudam). Peeti kaks sümposiooni ja tutvuti mitme raviasutuse tööga.

Helsingi Ülikooli neuroloogiakliiniku Meilahti haiglas toimunud sümposioonil kuulati kõigepealt dots. M. Kaste ülevaadet peaaegu vereringe häirete alal tehtavast uurimistööst USA-s, kus esineja oli viibinud aastasel teaduslähetusel. Vanemteadur M. Roose tutvustas liikvori ensüümide aktiivsuse mõõtmise tulemusi insuldahaigetel, näidates, et insuldi korral tõuseb laktaatdehüdro-



Foto Tartu kohtumiselt. Vasakult: O. Wal-
timo, O. Heiskanen, H. Troupp, E. Raudam,
M. Kaste.

genaasi aktiivsus liikvoris ja anaerobi-
seerub selle isoensüümide spekter. Dots.
M. Mägi analüüsis kliinilise pildi ise-
ärasusi kroonilise subduraalse he-
matoomi juhtudel, rõhutades selle hai-
gsvormi diagnoosimise raskust. Va-
nemteadur T. Tomberg näitas Tartu
kliinikus tehtud mõõtmiste varal, et
ajuinfarktihaigete peaja verevoolu
mahtkiirus on tugevasti vähenenud,
eriti neil, kellel on arteriaalne rõhk
kõrge või kellel on polütsütemia. Aru-
tanud ka peaja transitoorse isheemia
prognoosi analüüsiva prospektiivse
ühisuuringu praegust olukorda, konsta-
teeriti, et see töö kulgeb edukalt.

Teine sümposioon toimus Helsingi
Ülikooli neurokirurgiakliiniku Töölo
haiglas. Kliiniku juhataja professor
H. Troupp tutvustas kuulajatele kliini-
liste suvauuringute (*randomized study*)
metoodikat ning esialgseid tulemusi.
Suvauuringuid kasutatakse põhiliselt
kahe ravimeetodi või -taktika mõjususe
võrdlemiseks, kusjuures meetodi valiku
otsustab juhus. Arusaadavalt eeldab
võrreldavate rühmade kujundamine
haigete hoolikat standardiseerimist. Va-
nemteadur V. Sinisalu tutvustas aju-
arterite aneurüsmide kirurgilise ravi
tulemusi Tartus. Ajavahemikul 1981...
1982 opereeriti Tartus 24 haiget, kus-
juures operatsiooni näidustus määrati
kindlaks ühisuuringu varajasemate tu-
lemuste alusel. Ka operatsiooni metoo-

dika ja tehniline varustus nii Tartus
kui ka Helsingis on ligilähedane. Kum-
maski kliinikus kasutatakse aneurüsmi
isoleerimiseks Heifetzi vedrukliipse. Lähedaseks osutusid ka operatsiooni tule-
mused.

Prof. A. Tikk analüüsis traumaatilise
subduraalsete hematoomide esine-
missagedust Tartu kliinikus, näidates, et
suurenenud on nii hematoomide kui ka
nende retsidiivide esinemissagedus,
mille põhjuseks on eelkõige rasked he-
mokoagulatsioonihäired. Viimased on
eriti tugevad peajaust voolavas venoos-
ses veres.

Prof. A.-E. Kaasik tutvustas Soome
kolleegidele Tartus viimase 15 aasta
jooksul tehtud stereotaktiliste operat-
sioonide näidustusi, meetodeid ja tule-
musi, samuti operatsiooni ajal tehtud
teadusuuringute andmeid. Peale teadus-
informatsiooni vahetamise tutvuti ka
Soomes tehtava neuroloogia ja neuro-
kirurgia alase raviga. Delegatsiooni
liikmed käisid Meilahti haigla neuroloogia
rehabilitatsioonipoliikliinikus, kus
toimub põhiliselt insulti põdenute taas-
tusravi ja ka epilepsiahaigete ravi. In-
sulti põdenute rehabiliteerimisel pöö-
ratakse peatähelepanu ravikehakultuu-
rile ning kaotatud funktsioonide kom-
penseerimisele ümberõppimise teel.
Haigeid õpetatakse kasutama mitmeid
abivahendeid, mis ka osalise halvatus
korral võimaldavad iseseisvalt süüa,
telefoniga rääkida ja tualetti kasutada
jms. Hiljem võetakse need abivahendid
kasutusele kodus. Külastati ka ligikau-
du 1000 voodikohaga neuroloogilise
profiiliga taastus-hooldushaiglat ja Soome
sõjaväeinvalidide haiglat Kaunialas.
Delegatsiooni neurokirurgidest liikmed
jälgisid prof. H. Trouppi mikrokirurgi-
lisel meetodil eeskujulikult läbiviidud
kuulmisnärvi neurinoomi operatsiooni.
Operatsiooni jälgimist hõlbustas see, et
operatsioonimikroskoop oli ühendatud
telekaameraga, mis kandis suurepärase
kvaliteediga pildi värviteleviisori ekraanile.

Tartu neuroloogid ja neurokirurgid
võtsid osa ka Soome farmaatsiafirma
«Orion» poolt korraldatud ühepäeva-

sest sümposionist, millel käsitleti epilepsia diagnoosimist ja ravi. Kohal oli enamik Soome neurolooge, esinejate hulgas oli ka selliseid tuntud uurijaid nagu prof. M. Dam ja L. Gram Taanist ning E. van der Kleijn Hollandist. Rõhutati, et epilepsiaravimite annust on vaja määrata individuaalselt sõltuvalt preparaate kontsentratsioonist vere-seerumis. Mitme ravimi samaaegset manustamist (polüteraapia) ei peeta soovitatavaks, valikmeetod on monote-raapia. Kõige rohkem näidustatud on karbamasepiini (finlepsiini) kasutamine, primidooni (heksamidiini) ei kasu-tata peaaegu üldse. Valproaat (konvu-leks) ja etosuksimiid (suksilep) on kasutusel absansside korral lastel.

Kokku võttes andis visiit Soome kolleegide juurde palju kasulikku, mida saab rakendada ka igapäevases töös. Lepiti kokku, et järgmine ühissümposion toimub 1983. aastal Eesti NSV-s.

KIRJANDUS: 1. Cerebrovascular Diseases (Epidemiology, Pathogenesis, Clinical Picture and Treatment). Acta Commentationes Uni-versitatis Tartuensis. 589. Tartu 1981. — 2. Raudam, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1978, 4, 334—336. — 3. Raudam, E. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 3, 233—234.

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateeder

Ülevaated

UDK [616.127-005.8+616.132.2-005.6-08](047)

INTRAKORONAARNE TROMBOLÜÜS

REIN TEESALU · TALLINN

intrakoronaarne trombolüüs, müokardiinfarkt

Tänapäeval pannakse intrakoronaar-sele trombolüüsile müokardiinfarkti ra-vis suuri lootusi. Arvatakse, et müo-kardiinfarkti mittekirurgilises ravis on see raviviis pärast intensiivravipalatis eluohtlike rütmihäirete vastases võitluses saavutatud edu esimene tõepoolest tähtis samm müokardiinfarkti prognoosi paranemise suunas (10, 15). Intra-koronaarne trombolüüs on üks osa va-hendite kompleksist, mille eesmärk on saavutada see, et müokardiinfarkti pu-hul tekiks võimalikult väike nekroosi-kolle või ei tekiks seda üldse. Intra-koronaarset trombolüüsi kombineeri-takse ja täiendatakse teiste müokardi verevarustust parandavate raviviiside-ga, nagu pärgarteri(te) spasmi lõõgasta-mine, tromboseerunud pärgarteri meh-haaniline rekanaliseerimine, translumi-naarne koronaarangioplastika ja müo-kardi otsese revaskulariseerimise ope-ratsioonid (15, 16, 18, 19, 24). Intrako-ronaarne trombolüüs ei välista teiste meetmete rakendamist müokardis välja-kujuneva nekroosikolde suuruse piira-miseks (ravi südame hapnikuvajaduse vähendamiseks, müokardi anaeroobse metabolismi soodustamiseks ja ödeemi ning põletiku vähendamiseks) (15).

Intrakoronaarse trombolüüsi kasutu-selevõtmise eeldus on, et koronaar-tromboos on müokardiinfarkti vahetu

etioloogiline tegur. Eesmärgiks on taastada hapniku nõudmise-pakkumise normaalne vahekord müokardis isheemilise müokardi reperfusiooniga. Siinkohal on kohane mainida, et müokardi hapniku nõudmise-pakkumise vahekorra põhimõtteliselt perspektiivsemaks normaliseerimise teeks peetakse hapniku pakkumise (s. o. koronaarverevoolu) suurendamist, mitte aga müokardi hapnikuvajaduse vähendamist (15).

Esimese intrakoronaarse trombolüüsi tegi J. Tšazovi juhitud kollektiiv (34). Läänes andsid intrakoronaarse trombolüüsi arengu suurtõuke K. P. Rentropi ja kaastööliste uurimused (24). Viimati mainitud autorid manustasid esimestena intrakoronaarselt streptokinaasi, mis on kõige enam kasutatav vahend intrakoronaarse trombolüüsi puhul.

Põhjuseks, miks intrakoronaarne trombolüüs hakkas arenema suhteliselt hilja, kuigi eeldused selle meetodi rakendamiseks trombolüütiliste preparaatide ja kateetrite koronaararterite valendikku viimise tehnika (koronarograafia) näol olid juba küllalt pikka aega olemas, näib olevat see, et vahepeal tundus ümber lükatud olevat Herricku ajast pärit seisukoht, mille järgi koronaartromboos on müokardiinfarkti vahetu põhjustaja (28). Mitme patoloogi andmeil (1) paljude müokardiinfarkti tagajärjel surnute lahingul trombi pärgarteris ei leitud, ülejäänutel aga peeti seda pigem müokardiinfarkti tagajärjeks kui põhjuseks.

Intrakoronaarse trombolüüsiga tegelnud autorid on veenvalt näidanud, et müokardiinfarkti korral esineb infarktitooni pärgarteris sageli tromb, mida on võimalik lahustada intrakoronaarselt manustatud streptokinaasiga, kusjuures verevoolu taastamisega kaasneb müokardiinfarkti ägedate nähtude taandareng. Nii näiteks esines L. A. Reduto jt. (22) andmeil 37 ägedast müokardiinfarkti põdevast haigest pärgarteri totaalne oklusioon 30-l, kusjuures streptokinaasi intrakoronaarne manustamine tagas reperfusiooni pärgarteri distaalosas 30 haigest 20-l. Ka teistel

autoritel on intrakoronaarse trombolüüsiga õnnestunud koronaararteri läbitavus taastada $\frac{2}{3}$ -l kuni $\frac{4}{5}$ -l juhtudest (7, 14, 15, 16, 17, 24). Ei ole teada, milliste kliiniliste ja laboratoorsete andmete alusel oleks võimalik eelnevalt välja selgitada need patsiendid, kellel intrakoronaarne trombolüüs tagab isheemilise müokardi reperfusiooni (22). Trombist tingitud pärgarteri oklusiooni sagedat esinemist ägeda infarkti puhul on täheldanud praktiliselt kõik selle küsimusega tegelnud autorid (4, 7, 14, 16, 17, 24).

Kuigi tromboosi tekkimise põhjused jäävad ebaselgeks, kinnitavad selle angiograafiliste tunnuste suur esinemissagedus ja trombolüüsi tõhusus tromboosi olulist tähtsust müokardiinfarkti tekkes (4, 10, 14, 15, 24, 26). W. Scharper (28) peab tõestatuks, et pärgarteri tromb on müokardiinfarkti põhjus, mitte selle tagajärg. Isheemilise müokardi reperfusiooni soodne toime avaldub eriti kardiogeense šokiga haigetel (14, 17), kuid teda on edukalt kasutatud ka ebastabiilse stenokardiaga haigetel, kui tromb sulleb pärgarteri vaid osaliselt (31). Pärast südame otsese revaskulariseerimise operatsioone on streptokinaasi manustamisega veenišunti tagatud viimase rekanaliseerimine ägeda tromboosi puhul (25).

Reperfusiooni tulemusena müokardiinfarkti põdevatel haigetel valu kaob ja ST-segmendi elevatsioon muutub tagasi normaalseks (10, 14, 24), vasaku südamevatsakese talitus paraneb (4, 8, 22, 26) ja päästetakse tunduv osa isheemilisest müokardist, nagu on näidanud uuringud radioaktiivsete isotoopidega (20, 22). Seda, et loetletud nähud on seotud tööpoolest reperfusiooniga, näitab positiivse dünaamika puudumine ja paljude parameetrite jätkuv halvenemine haigetel, kellel intrakoronaarselt manustatud streptokinaasi toimel pärgarter ei avanenud, samuti müokardiinfarkti põdejail, kellele streptokinaasi ei manustatud (5, 14, 22). Müokardi mehhaaniline funktsioon võib kohe pärast reperfusiooni ka parane mata jääda. Siiski erineb eluvõimelis-

reperfundeeritud müokard isheemilisest selle poolest, et positiivse inotroopse stimulatsiooniga võib temas kontraktiooni esile kutsuda või seda oluliselt tugevdada (9, 10).

D. G. Mathey ja kaastööliste (17) andmeil oli letaalsus eduka trombolüüsi korral 5%, edutu korral aga 27%. W. Ganzi ja kaasautorite andmeil ei surnud eduka trombolüüsi korral ühtki 27 haigest, küll aga suri üks haige kahest, kellel intrakoronaarne streptokinaasi manustamine ei taastanud verevoolu pärgarteris (10). Mõned autorid (2), vaatamata eduka intrakoronaarse trombolüüsi tulemusena vasaku südamevatsakese funktsiooni olulisele paranemisele, hoiduvad siiski väitmast, et reperfusioon tagab ka müokardi nekroosi piiramise, sest nende uurimustes puudub kontrollrühm. Seega äärmiselt oluline küsimus müokardi nekroosikolde piiramisest eduka intrakoronaarse trombolüüsi tulemusena jääb rangelt võttes lahtiseks. Kaudsete tunnuste alusel (letaalsuse langus, vasaku südamevatsakese väljutusfraktsiooni suurenemine, arteriaalse rõhu tõus, kopsuarteri kinnikiilumise rõhu langus, kardiogeense šoki nähtude drastiline taandareng eduka intrakoronaarse trombolüüsi korral) võib sellele küsimusele vastata siiski jaatavalt (17).

Enne fibrinolüütilist ainet manustab enamik autoreid pärgarterisse vasodilaataatoreid, enamasti nitroglütseriini (4, 10, 29, 33), kusjuures viimase annus on 0,1 mg (10) kuni 0,4 mg (4), isegi kuni 0,5 mg (22). Juhtub harva, et pärgarter nitroglütseriini toimel läbitavaks muutub (14). Arvatakse siiski, et nitroglütseriini manustamine mõjub soodsalt, sest pärgarterite laienemine ja spasmi (kui see olemas oli) kadumine trombi piirkonnast võimaldab streptokinaasil trombisse paremini tungida (14). Osa autoreid kombineerib intrakoronaarset trombolüüsi mehhaanilise rekanaliseerimisega (16, 32, 33), tehes seda kas enne fibrinolüütilise preparaadi manustamist (16) või, vastupidi, neil juhtudel, kui streptokinaas üksi tulemusi ei anna (32). Kuigi ei välistata

selle protseduuri kasulikkust streptokinaasi trombile parema juurdepääsu tagamise mõttes, ei pea mõned autorid (14) trombi juhtetraadiga läbindamist või purustamist otstarbekaks lisa ajakulu, vähesse tõhususe ja ohtude tõttu. Lootuses saada paremat trombolüütilist toimet on mõned autorid kasutusele võtnud veel teise, tunduvalt peenema kateetri, mille viivad trombi lähedusse ja selle kaudu manustavad fibrinolüütilist preparaati (4, 10, 11).

Ei ole ühist arvamust selle kohta, kui pika aja jooksul pärast ägeda müokardiisheemia teket on intrakoronaarset trombolüüsi veel otstarbekas alustada. Kuigi enamik autoreid arvab, et see aeg ei tohiks olla üle 6 tunni (5, 13), peavad teised protseduuri alustamist võimalikuks kuni 12 tunni (21) ja kuni 18 tunni (22) jooksul. C. Weser ja kaasautorid (32) peavad intrakoronaarset trombolüüsi otstarbekaks juhul, kui müokardiinfarkti esimestest sümptomidest on möödas vähem kui 24 tundi ja haigete vanus ei ületa 70 aastat. Siiski on üldtunnustatud, ja seda kinnitavad ka isotoopuuringud (13), et isheemia kahjulikke tagajärgi õnnestub vältida seda paremini, mida varem isheemilise müokardi reperfusioon saavutatakse. Mitmed autorid piiravad intrakoronaarse trombolüüsi tegemise aega seega 3 tunniga pärast müokardiinfarkti tunnuste teket (10, 29). Küsimust ajavahemiku pikkusest, mille jooksul pärgarteri oklusiooni tagajärjel nekroosiohus olevast müokardist on reperfusiooniga veel päästetav mingi praktilist tähtsust omav osa, ei saa südamel isheemilist haigust põdevail haigeil lahendatuks pidada. Kuigi eksperimentaaluuringud on näidanud, et pärgarteri kuuetunnise oklusiooni järel tema varustusalal müokardi reperfusiooni teel päästa praktiliselt ei õnnestu (23), leidsid L. A. Reduto ja kaastöölistes (22), et 18 tundi pärast müokardiinfarkti sümptomide algust tagas intrakoronaarse trombolüüsiga saavutatud reperfusioon haigetel vasaku vatsakese väljutusfraktsiooni suurenemise. Arvatakse, et südamel isheemiatõbe põdevatel haige-

tel müokardinekroosi väljakujunemise kiirus pärast pärgarteri oklusiooni kõigub suuresti, sõltudes pärgarteri täieliku sulgumise kiirusest, sulgunud pärgarteri varustusala suurusest, trombiga sulgunud pärgarteri stenoosi raskusastmest, kollateraalvereringe iseärasustest, hemodünaamiliste ja metaboolsete parameetrite kompleksist, mis mõjutab müokardi perfusiooni ja müokardi hapnikuvajadust. Ei ole välistatud ka ravimite toime, mida kasutati (9, 22).

Et lühendada aega müokardiinfarkti alguse ja intrakoronaarse trombolüüsi alustamise vahel, on koostatud EKG telefoni teel ülekandmise süsteem, mille abil mitte ainult arst, vaid ka haige omaksed on võimelised müokardiinfarkti intensiivravipalatisesse üle kandma kõrgekvaliteedilise 12 lülitusega EKG infarkti varajaseks diagnoosimiseks (6). Sümptomide alguse ja ravi alguse vahelise intervalli lühendamise seisukohalt pakub suurt huvi streptokinaasi intravenoosne manustamine pärgarteri trombi lahustamise eesmärgil (29). Trombolüüs streptokinaasi veeni manustamise teel ei vaja kallist röntgeniaparatuuri ega kvalifitseeritud angiografisti, mistõttu ta on kättesaadav tunduvalt suuremale hulgale patsientidele (29). On näidatud, et intravenooselt manustatud streptokinaasi suur annus kutsus ägeda müokardiinfarkti korral 30...80 minuti jooksul esile verevoolu taastumise infarktitooni pärgarteris $\frac{2}{3}$ -l haigetest, mis oli angiograafiliselt tõestatud, kusjuures olulisi hemorraagilisi tüsistusi ei tekkinud (20). Paljulubavad on ka G. Biamino ja kaastööliste (2) andmed, mille järgi 30-minutine streptokinaasi infusioon veeni (kokku 500 000 ühikut) põhjustas pärgarteri läbitavuse taastumise 9 haigel 12-st, mis samuti oli angiograafiliselt tõestatud. On märkimisväärne, et äsja nimetatud autorite poolt kasutatud streptokinaasi annus ei ületa intrakoronaarseks manustamiseks lubatavaks peetavat streptokinaasi koguanust. Streptokinaasi veeni manustamise perspektiivikuse poolt räägivad ka mitme teise autori andmed (14, 29). Streptoki-

naasi intrakoronaarse manustamise eeliseks veenisese manustamisviisi ees on trombolüüsi efekti ja pärgarteri seisundi vahetu angiograafilise kontrolli võimalus. Arvatakse siiski, et objektiivset kinnitust pärgarteri taasavanemise kohta on võimalik saada mitte ainult angiograafiliselt, vaid ka kreatiinkinaasi kardiospetsiifilise isoensüümi aktiivsuse korduva määramise alusel veres (20, 29), sest eduka trombolüüsi puhul saavutab kreatiinkinaasi kardiospetsiifiline isoensüüm maksimaalse aktiivsuse tunduvalt varem kui edututel juhtudel (vastavalt 11 ± 2 tundi ja 21 ± 4 tundi) (20). Loomulikult ei välista see hilisemat koronarograafiat pärgarteri(te) seisundi hindamiseks ja edasise raviplaaniga koostamiseks.

Intrakoronaarse trombolüüsi efektiivsust (reperfusiooni saavutamise mõttes) mõjutavad intervalli pikkus müokardiinfarkti sümptomide alguse ja ravi alguse vahel, streptokinaasi manustamise kiirus ja annus. Alati on pärgarteri rekanaliseerumine intrakoronaarse trombolüüsi teel seda kiirem, mida vähem aega on müokardiinfarkti sümptomide tekkimisest möödunud (4, 14). G. Lee ja kaasautorite (14) andmeil oli kõikidel intrakoronaarse trombolüüsi juhtudel, mil pärgarter jäi läbimatuks, ravi alustamise ajal müokardiinfarkti sümptomide tekkimisest möödunud rohkem kui viis tundi. Selgust ei ole veel streptokinaasi manustamise kiiruse ja annuse osas. Nii oli streptokinaasi intrakoronaarse manustamise kiirus ühes kliinikus 2000 ühikust 50 000 ühikuni minutis (14). Ühelt poolt tagab kiirem manustamine ja suurem koguanus parema efekti, teiselt poolt aga suurendab hemorraagiliste tüsistuste ohtu (14). Enam kasutatav kiirus tundub olevat 2000 ühikust minutis 6000 ühikuni minutis, kõige sagedamini 4000 ühikut minutis (10, 17, 22, 27). Samasugune manustamise kiirus (4000 ühikut minutis) on kasutusel ka J. Ehal ja kaastöötajatel Tallinna Kiirabihaiglas (7). Mõned autorid alustavad löökannusega (4, 22). Pärast verevoolu taastekkimist pärgarteris streptokinaasi manustamine tavali-

selt lõpetatakse, kuigi mõned autorid (10) jätkavad seda veel ühe tunni. Streptokinaasi intrakoronaarse manustamise maksimaalne kestus kõigub 1,5...2 tunnini (7, 14, 17, 22). On täheldatud, et vasaku pärgarteri eesmine alanev haru ja parem pärgarteri avanuvad kiiremini kui vasaku pärgarteri ümbritsev haru (27).

Arvestatavaks ohuks intrakoronaarse trombolüüsi puhul on reperfusioonarütmid (9, 14), mille tekkes etendavad olulist osa nii kõrge automatism kui ka elektrilise erutuse ringliikumine (*re-entry*) (9). Need arütmid alluvad klassikalistele arütmiaavastastele vahenditele halvasti, on aga vastavalt eksperimentaaluurimustele välditavad α -adrenoblokaatoritega (9). G. Lee ja kaasautorite (14) andmeil allusid reperfusiooniga kaasnevad ventrikulaarsed tahhüarütmid lidokaiin- ja novokaiinamiidravile siiski kergesti. Ka Tallinna Kiirabihaiglas ei ole reperfusioonarütmid siiani ületamatut raskust valmistanud (7). Reperfusioonarütmiate ravimitele suhteliselt head allumist võib tõenäoliselt seostada tunduvate aterosklerootiliste muutustega trombolüüsitud pärgarterites (residuaalstenosid), sest raskete arütmiate tõenäosus on tunduvalt väiksem, kui verevool pärgarteri läbitavuse taastumisel ei ole väga intensiivne (9). Et reperfusioonarütmid on kõige raskemad 20- kuni 40-minutilise isheemia järgselt, ei ole välistatud, et nende oht suureneb varakult tehtud trombolüüsides puhul (9).

On oluline, et reperfusioon ei põhjusta lisakahjustust (9). Küll aga kutsub esile irreversiivselt kahjustatud müokardirakkude kiire lagunemise (28). Struktuursed muutused ja müokardisene verejooks esinevad vaid aladel, mis olid nekrootilised juba enne reperfusiooni (9, 10). Hemorraagia põhjuseks arvatakse olevat isheemiline veresoonte kahjustus (10).

Pärgarteri reoklusiooni vältimiseks kasutatakse järelravi otsese ja kaudse toimega antikoagulantidega (10).

W. Ganz ja teised (10) piirduvad kaudse toimega antikoagulantide kolmekuuli-

se kasutamise, eeldades, et tromboosi kutsub esile aterosklerootilise naastu ruptuuri tagajärjel tekkinud endoteeli defekt, mis kolme kuuga paraneb ja lakkab seega olemast trombogeenne. Küsimus pärgarteri tromboosi esilekutsuvatest ja soodustavatest teguritest on siiski suures osas lahendamata, mistõttu puudub kindel järeldraviskeem retromboosi vältimiseks.

Vaatamata ravile antikoagulantide ja Ca-antagonistidega tekib pärast pärgarteri rekanaliseerimist reinfarkte (16). Esimese kuu jooksul tekib reoklusioon residuaalstenosid kohal antikoagulantide pidevast kasutamisest hoolimata umbes $\frac{1}{3}$ -l haigetest (4, 8). Seetõttu on paljud autorid veendunud vajaduses teha pärast edukat intrakoronaarset trombolüüsi võimalikult kiiresti südame otsese revaskulariseerimise operatsioon või läbi viia perkutaanne transluminaarne balloondilateerimine (16, 19). Seejuures on perkutaanse transluminaarse balloondilateerimise eeliseks küll väiksem viivitus ja operatsioonitrauma puudumine, aortokoronaarne šunteerimine aga tagab täielikuma revaskulariseerimise ja reinfarkti väiksema riski (19). Eriti rõhutatakse järgneva aortokoronaarse šunteerimise vajadust patsientidel, kellel aterosklerootiliselt on ahenenud mitu pärgarterit (10).

Ei saa välistada intrakoronaarse trombolüüsi tähtsust isheemilise müokardi päästmise ja vasaku südamevatsakese funktsioonivõime säilitamise seisukohalt ka neil juhtudel, kui hiljem tekib pärgarteri retromboos, sest müokardile pärgarteri oklusiooni korral reaalselt kaitset tagavad kollateraalsed kujunevad välja juba 24 tunni jooksul (28). On andmeid, et hilisreoklusioonide puhul müokardiinfarkti ei teki, mille tõenäoliseks põhjuseks peavad autorid kollateraalvereringe paranemist (4).

Intrakoronaarne trombolüüs on andnud suure tõuke müokardi reperfusiooni patofüsioloogia küsimuste uurimisele. Eksperimendis on leitud, et Ca-antagonisti diltiaseemi kasutamine vähendab reperfusioonijärgset müokardi-

kahjustust ja koronaarvastupanu tõusu (12), kofeiin aga avaldab reperfusioon-arütmia vastast toimet (3).

Vaatamata sellele, et intrakoronaarne trombolüüs on oma võimalustest jõuliselt märku andnud, on selgusetust veel palju. Nii näiteks ei ole lõplikult selge fibrinolüütiliste preparaate endi toime müokardisse ja koronaararteritesse. Fibrinolüüsinil on J. Tšazovi ja kaastöölise arvates kardiodepressiivne toime (34). Streptokinaasile omistatakse veresooni laiendavaid omadusi (22). W. Ganz ja kaasautorid (10) ei täheldanud streptokinaasi kahetunnise manustamise järel mingit negatiivset kõrvaltoimet. Streptokinaasi kasutamisest tingitud kardiovaskulaarse depressiooni, müokardi metabolismi ja koronaarvereringe häirete esinemise kohta puuduvad andmed ka teiste intrakoronaarse trombolüüsiga tegelnud autorite töodes (14, 24, 26, 27). Streptokinaasi suhtelisele ohutusele viitab tüstistuste (välja arvatud hemorraagiad) vähesus ja kardiovaskulaarse depressiooni puudumine intravenoosselt manustatud streptokinaasi suurte annuste (üle 2,5 miljoni ühiku) puhul (30).

Intrakoronaarse trombolüüsi tõeline osatähtsus ägeda müokardiinfarkti ravis selgub ilmselt lähematel aastatel.

KIRJANDUS: 1. Baroldi, G., Radice, F., Schmidt, L. A. Am. Heart J., 1974, 87, 1, 65—75. — 2. Biamino, G., Schröder, R., v. Leitner, E.-R. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 305. — 3. Carbonin, P., DiGenkaro, M., Pahor, M. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 0818. — 4. Cowley, M. J., Hastillo, A., Vetrovec, G. W. a.o. Am Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1149—1157. — 5. Cribier, A., Berland, J., Richard, C., Letac, B. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. 1, Moscow, 1982, abstract No 304. — 6. Dörr, R., Johnen, A., Schwindtke, P. a.o. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 308. — 7. Eha, J., Gross, J., Mesikepp, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 3, 170—173. — 8. Eha, J., Rebane, T., Luha, O., Leissoo, A., Lazaridi, K., Serka, T. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 5, 342—344. — 9. Ganz, W., Kanmatsuse, K., Mercier, J. C. a.o. In: Myocardial revascularization. USA, Yorke medical books, 1981, 455—460. — 10. Ganz, W.,

Ninomiya, K., Hashida, J. a.o. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1145—1149. — 11. Kanmatsuse, K., Kajiwara, N., Onikura, S. a.o. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 298. — 12. Kawakita, S., Kinoshita, M., Mashiro, I. a.o. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 0811. — 13. Laffay, N., Guerot, Cl., Malergue, M. C. a.o. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 302. — 14. Lee, G., Amsterdam, E. A., Low, R. a.o. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1159—1167. — 15. Mason, D. T. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1126—1133. — 16. Mathey, D. G., Rodewald, G., Rentrop, P. a.o. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1194—1201. — 17. Mathey, D. G., Kuck, K.-H., Kremer, P. a.o. In: Myocardial revascularization, USA, Yorke medical books, 1981, 480—487. — 18. Merx, W., Dörr, R., Rentrop, P. a.o. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1181—1187. — 19. Merx, W., Messmer, B., Meyer, J. a.o. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 303. — 20. Neuhaus, K. L., Tebbe, U., Sauer, G. a.o. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 301. — 21. Nobuyoshi, M., Nakamura, N., Saito, T. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 306. — 22. Reduto, L. A., Freund, G. C., Gaeta, J. M. a.o. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1168—1177. — 23. Reimer, K. A., Lowe, J. E., Rasmussen, M. M. a.o. Circulation, 1977, 56, 5, 786—794. — 24. Rentrop, K. P., Blanke, H., Karsch, K. a.o. Clin. Cardiol., 1979, 2, 354—363. — 25. Rentrop, P., Blanke, H., Karsch, K. R. a.o. Circulation, 1980, 62, 5, 1123—1126. — 26. Rentrop, P., Blanke, H., Karsch, K. R. a.o. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1188—1193. — 27. Rutsch, W., Scharl, M., Mathey, D. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1178—1181. — 28. Scharper, W. In: Myocardial Revascularization. Yorke Medical Books, 1981, 511—513. — 29. Schröder, R., Biamino, G., v. Leitner, E.-R. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 594. — 30. Verstraete, M., van de Loo, J., Jesdinsky, H. J. Acta Med. Scand., 1981, suppl., 648. — 31. Vetrovec, G. W., Cowley, M. J., Overton, H. Am. Heart J., 1981, 102, 6, part 2, 1202—1208. — 32. Weser, C., Anders, G., Hämmerlein, M. a.o. In: IX World Congress of Cardiology. Abstracts. Vol. I. Moscow, 1982, abstract No 300.

33. Комаров Б. Д., Зингерман Л. С., Голуков А. П. и др. В кн.: IX всемирный конгресс кардиологов. Тезисы докладов, том I. М., 1982, тезисы № 299. — 34. Чазов Е. И., Матвеева Л. С., Мазаев А. В. и др. Тер. аpx., 1976, 4, 8—19.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 616.366-002-002.1-089(047)

ÄGEDA KOLETSÜSTIIDI KIRURGILISE RAVI TAKTIKA

HUBERT POOLA UNO SIBUL TALLINN

äge koletsüstiit, aktiivne taktika, äraootav taktika, sunnitud operatsioonid, letaalsus, tüsistused, mõjutavad tegurid

Käesoleva artikli vajadus tuleneb asjaolust, et erialakirjanduses esineb erinevaid seisukohti ägeda koletsüstiidi kirurgilise ravi taktika osas. Kahjuks ei ole ühe või teise suuna, nn. äraootava ja aktiivse taktika, pooldajad oma argumentatsioone küllaldaselt põhjendanud, mistõttu tegevarstidel on antud küsimuses sageli raske otsustada. Terminoloogiline segadus ägeda koletsüstiidi kirurgilise ravi taktikas raskendab omakorda eri seisukohtade võrdlemist ning ravigulemuste hindamist.

I Eesti NSV kirurgide kongressil 1982. a. märkisid V. Vinogradov (22) ning L. Hnohh (51), et nende kliinikutes opereeritakse ligikaudu 96% ägedat koletsüstiiti põdevaist haigeist remisioonistaadiumis, s. t. et vältimatut operatsiooni vajab ainult 4% haigetest. Ekslik oleks sellest järeldada, nagu leiaks sarnane taktika üldist järgimist või nagu oleksid kirurgilise ravi taktika põhisuunad ägeda koletsüstiidi puhul formuleeritud küllalt täpselt. Tähelepanelikum tutvumine kirjandusega ning igapäevane praktiline töö veenavad hoopis vastupidises.

Õigustatult märgitakse, et vaevalt leidub teist näidet kirurgias, kus juhtivate kirurgide ning raviasutuste seisukohad oleksid nii vastandlikud kui ägeda koletsüstiidi kirurgilise ravi taktika alal (28, 47).

Samal ajal rõhutatakse, et ägedat koletsüstiiti põdevate haigete arv pidevalt suureneb: iga 10 aastaga kaks (28) või isegi kolm korda (18). I. Morozi (36) järgi moodustavad need haiged 14% kõigist kõhuõõne ägedaid kirurgilisi haigusi põdejais. Ka meie vabariigis on äge koletsüstiit sageduselt teisel kohal kõigi kõhuõõne ägedate kirurgiliste haiguste seas (27).

Operatsioonijärgne letaalsus, vaatamata intensiivravi edusammudele, ei näita langustendentsi. Nii oli 1955. a. letaalsus V. Strutškovi järgi 8,6% (28), 1975. a. Moskva oblastis 9,6% (45). Seejuures on autorite andmed suuresti kõikuvad: 1,6% (1); 3,2% (8); 10,2% (34). Vanemas (60...74 a.) ja raugaeas (üle 75 a.) tõuseb letaalsus järsult. V. Bujanovi (19) andmeil oli letaalsus üle 70 a. vanuste patsientide seas 31%, mõnede autorite järgi 45,2% (23). Operatsioonijärgne letaalsus üle 80 a. vanuste puhul oli V. Strutškovi andmetel (47) 63%, kuid ometi peetakse ka neil kirurgilist ravi ainuõigeks ning püütakse leida võimalusi letaalsuse vähendamiseks. Olu-kord halveneb veelgi ägeda koletsüstiidi tüsistuste puhul. V. Nahodel kaasautoritega (11) märgib, et eri autorite andmeil on operatsioonijärgne letaalsus haigetel biliaarse peritoniidi korral 30...60%. H. Jakobi järgi (7) oli üldine letaalsus ägeda koletsüstiidi näidustusel opereeritute puhul 6,1%, erakorralistel operatsioonidel opereeritute puhul 22,5%.

Erinevad andmed letaalsuse kohta eri autoritelt on tingitud ka asjaolust, et terminit «äge koletsüstiit» on tõlgendatud mitmeti. Mõned autorid arvavad selle alla ka maksakoolikuga ja nn. subakuutset sapipõie põletikku põdevad haiged, kelle hulgas letaalsus on vaieldamatult väiksem. See võib olla üks põhjus, miks diagnoosimisel rangemaid kriteeriume arvestavad kirurgid (16, 24,

Tabel 1. Kirurgiline aktiivsus ägeda koletsüstiidi puhul

Autor	Aasta	Opereeritud kõigist ägeda koletsüstiidiga haigetest %
F. Uglov	1968	15,2
A. Guzejev	1975	44,8
V. Vinogradov kaasautoritega	1977	41
A. Babališ kaasautoritega	1977	32,9
O. Vorostsova	1981	40,4
J. Bjalik	1982	37
E. Dumpe kaasautoritega	1982	29,1

33) opereerivad vältimatu abil korras kuni 80% haigetest, kuna teistel õnnestub 60...80%-l konservatiivse raviga saavutada remissiooni (2, 6, 22, 34).

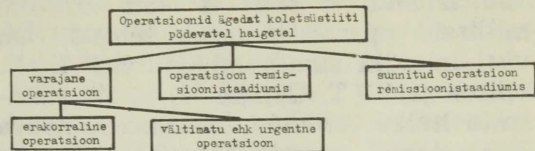
Kuigi V. Strutškov kaasautoritega (47) rõhutab, et kirurgilise ravi vajadus ägeda koletsüstiidi puhul ei põhjusta praegu enam diskussiooni, on probleem praktikas teine. Nimelt peab kirjanduse andmetele toetudes märkima, et ägedat koletsüstiiti põdevate haigete arvu pidevale suurenemisele vaatamata on enamikul ravi jäänud konservatiivseks. Kõigist ägedat koletsüstiiti põdevatest haigetest opereeritakse vähem kui 50%. Ülevaade kirurgilisest aktiivsusest on toodud tabelis 1.

Puuduvad kriteeriumid diagnoosi õigsuse ja haiguse raskuse kohta konservatiivselt ravituil, samuti ei tooda enamikus artiklites ära letaalsust nende haigete osas, kelle arvel on operatsioonijärgset letaalsust võimalik kunstlikult vähendada. J. Bjaliku (20) andmetel suri 1588 opereeritud haigest 63 (4%), 7394 konservatiivselt ravitud 58 (1%). N. Mahhov kaasautoritega (35) analüüsib 222 letaalse lõppega haigusjuhtu. Opereerimata haigetest suri 37 (16,7%). Operatsioonijärgset letaalsust näidates peaks ära toodama ka surmaga lõppenud juhud konservatiivselt ravitute seas.

Autorite tulemuste võrdlemisel tekiavad raskused ka ühtse terminoloogia puudumise tõttu. Sel põhjusel peamegi otstarbekaks siinkohal tutvustada mõningaid termineid ja mõisteid, mida erialakirjanduses võib kohata, kuid mitte alati ühesuguselt mõistetuna.

Nõukogude Liidus andis üldise põhisuuna ägeda koletsüstiidi kirurgilise ravi taktikas Üleliidulise Kirurgide Teadusliku Seltsi juhatause VI pleenum 1956. a. Seal vastuvõetud seisukohtadest on välja arenenud tänapäevani kasutatav põhiline operatsioonide jaotus.

1. Üldperitoniidi ning destruktiiivse protsessi kahtlusega haiged kuuluvad erakorralisele kirurgilisele ravile pärast hädavajalikku ettevalmistust esimestel hospitaliseerimistundidel (экстренная операция, *emergency operation*). Ehkki B. Petrovi (40) esialgselt mõistis erakorraliste operatsioonide all kõiki 24...72 tunni jooksul pärast haige saabumist tehtud operatsioone, nende hulka loetakse praegu ainult saabumise esimestel tundidel



Skeem. Operatsioonitaktika ägeda sapipõie-põletiku puhul

tehtud, s. o. operatsioonid elulistel näidustustel. Kui N. M. Matolo kaasautoritega (10) nimetab neid kui *emergency operations*, mis koos vältimatute operatsioonidega (*urgent operations*) moodustavad rühma *early operations*, siis teisel (14) asendatakse termin *emergency* terminiga *urgent* ning viimane omakorda terminiga *early*.

2. Kui haige seisund intensiivsele konservatiivsele ravile vaatamata ei parane, tehakse 24...72 tunni möödumisel urgente e. vältimatu operatsioon (срочная операция, неотложная операция, *urgent operation*). Mõned autorid (24) peavad vältimatuteks (срочные) operatsioone, mis tehakse 8...12 tundi pärast saabumist, teised aga 24...48 tundi (1,47), kolmandad (11, 24) esimesel ööpäeval haige saabumisest alates.

3. Kui ägedat haigusnähtu on vaibunud, tuleb pärast uuringuid ja ettevalmistust teha varajane operatsioon remissioonis, mida esialgselt soovitati teha 7...11. päeval pärast hospitaliseerimist, s. o. edasilükatud operatsioon (отсроченная операция, операция в стадии ремиссии, операция в интервале, ранняя операция В. Petrovi järgi; *early delayed operation, delayed operation, elective operation*). Praegu on remissioonistaadiumis operatsiooni aja suhtes mitmeid seisukohti: on soovitatud opereerida 7...11. päeval (39, 51), 2...3. nädalal (22, 47), 6 nädalast kuni 3 kuuni (10, 12) ja isegi mitte varem kui 4 kuud pärast atakki (8).

4. Eraldi rühma moodustavad sunnitud operatsioonid remissioonistaadiumis, s. o. urgentsetel näidustustel tehtud operatsioonid haigetel, kellel esialgu vaibuma hakanud haigus intensiivsele konservatiivsele ravile vaatamata uuesti ägenes (вынужденная операция, *delayed emergency cases*). Eeltoodu on lihtsustatult esitatud skeemil.

Mitteletaalseid tüsistusi tekib ägeda koletsüstiidi tõttu opereeritust keskmiselt igal neljandal või viiendal — 17,2...24,3% (12, 27, 43, 48), kuid ka siin võib täheldada kõikumisi 4...30,9% piires. Olulisi erinevusi on ka hilistulemuste osas, mis on tingitud põhiliselt samadest asjaoludest mis letaalsuse erinevusi. Võrdlust rasken-

dab asjaolu, et alati ei teata autorid, milliseid operatsioone on tehtud. On veel muudki suvalisust, näiteks H. D. Hilton ja W. T. Griffin (6) ei ole tüsistuste hulka arvanud operatsioonihaava infektsiooni, mistõttu neil tüsistuste esinemissagedus on väiksem (10%).

Praegu ei ole vaidluse all erakorraliste operatsioonide tegemine, vaid eelkõige urgentsete ja remissioonistaadiumis tehtavate operatsioonide suhe, ning tekib küsimus, kas üldse on otstarbekas intensiivse konservatiivse raviga püüda haigusprotsessi viia remissioonistaadiumi või opereerida kõik ägeda koletsüstiidiga haiged juba saabumise esimestel päevadel, juhul kui elulised vastunäidustused puuduvad.

Ägeda koletsüstiidi kirurgilise ravi taktikas on välja kujunenud kaks põhisuunda. 1. Äraootava taktika (выжидательная тактика) pooldajad (2, 21, 22, 23, 29, 34, 40, 41) eelistavad intensiivset konservatiivset ravi ning opereerimist remissioonistaadiumis. 2. Aktiivse taktika pooldajad soovivad varajasi urgentsid operatsioone esimestel päevadel pärast haiglasse saabumist (срочные операции, *early operations*) (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 24, 26, 30, 31, 37, 42, 45, 48, 49, 50, 52, 53).

Et kirjanduses võib leida veel taolisi termineid nagu «möödukalt aktiivne taktika» (28), «rangelt diferentsitud taktika» (23), esitame tabelis 2 enamvähem objektiivse kriteeriumi — vältimatus korras (esimesel 3 ööpäeval) opereeritute suhte kõigisse opereerituise eri autorite järgi.

Peamiseks argumendiks nn. äraootava taktika pooldajatel on remissioonistaadiumis opereeritute madal letaalsus, võrreldes urgentsete operatsioonide letaalsusega. V. Vinogradovi andmetel (21) oli ainult koletsüstektoomia puhul ägeda koletsüstiidi näidustusel opereerituist (põhiliselt opereeriti remissioonis) üldletaalsus 4,3%, koos sapiteede operatsiooniga 6,8%. Erakorraliselt opereeritute rühmas oli letaalsus 25% ning vältimatute operatsioonide rühmas 16%. Seevastu H. I. Järvinen ja I. Hastbacka

(9) ei ole varajaste operatsioonide puhul täheldanud letaalsuse ega tüsistuste sa-genemist, samal seisukohal on ka R. A. Payne (12).

Kuid aktiivse taktika pooldajad on saavutanud veelgi märkimisväärsemat letaalsuse langust: O. Vorostsova (24) 2,8%, A. Babalits kaasautoritega (18) 3,7%. B. Apanasjenko kaasautoritega (16) sai letaalsuse näitajaks isegi üle 60 aasta vanuste patsientide hulgas 3,8%. Ta seostab seda eelkõige aktiivse kirurgilise taktikaga.

Mitmes töös aga selgub lausa paradoksaalne fakt: nii need autorid, kes vahetasid aktiivse taktika äraootava taktika vastu (21, 34, 41), kui ka vastupidiselt toimunud (30, 53) said mõlemad letaalsuse languse. On selge, et peale taktikaliste kaalutluste avaldavad letaalsusele mõju uurimis- ja ravivõtete täiustamine ning teadmiste süvenemine ja kogemuste suurenemine. Mitte asjata ei rõhutata, et ägedat koletsüstiiti põdevaid haigeid peavad opereerima kogunud kirurgid (9, 47).

Juba 1971. a. (43) juhtisime oma töös tähelepanu asjaolule, et kirurgilise taktika põhjendamisel sapipõie- ja sapiteede haiguste puhul tuleb arvestada nii letaalsust, mitteletaalseid tüsistusi kui

Tabel 2. Vältimatus korras opereeritud haigete esinemissagedus eri autorite järgi

Autor	Aasta	Vältimatus korras opereeritute % kõigist opereerituist
H. Poola	1972	55,9
B. Koroljov kaasautoritega	1974	60...70
P. Napalkov kaasautoritega	1974	82,5
A. Babalits kaasautoritega	1977	81,1
V. Vinogradov kaasautoritega	1977	4,5
O. Vorostsova	1981	78,8
V. Apanasjenko	1982	kuni 74,9
		45 a. üle
		60 a. 82,5
V. Gostištševa	1982	51
L. Hnohh kaasautoritega	1982	4

ka hilistulemusi, lähtudes nii nende otsestest põhjustest kui ka kirurgilise ravi tulemust mõjutavatest teguritest (kirurgiline taktika, haige vanus, haiguse kestus, operatsiooniaegne diagnoosimine, operatsioonimeetod jt.).

Üks asjaolusid, mis sundis paljusid autoreid revideerima taktikat ning aktiveerima kirurgilist ravi haiguse varajases staadiumis (5, 11, 16, 19, 24, 30, 32, 36, 47, 48, 50, 52, 53), on vanemaalaste arvu tunduv suurenemine. Kõrgem letaalsus ning mitteletaalsete tüsistuste sagedus mõjutavad neil kahtlemata kõikide ägedat koletsüstiiti põdejate ravi tulemusi. F. Glenn (5) toob andmed ägeda koletsüstiidi tõttu 2347 opereeritu kohta ning võrdleb kahte suurt perioodi: I periood hõlmab aastaid 1932...1955 ja II periood 1955...1978. Keskmise vanus tõusis 49,6 aastalt 65,3 aastani, kusjuures letaalsus tõusis 2,5% -lt 10,9% -le. Autor näeb väljapääsu varajases operatsioonis ägeda koletsüstiidi puhul, mis peaks diagnoosimisele järgnema kohe. Vanemaalaste (üle 60. a.) osatähtsuse suurenemisele viitavad eranditult kõik autorid. Sellealasi on 60...87% kõikidest haigetest. Rõhutatakse, et liialt palju püütakse nende haigete puhul rakendada konservatiivset ravi. Lõpuks tuleb neid ikkagi opereerida, siis juba tüsistunud koletsüstiidi tõttu, mis ongi üks kõrge letaalsuse põhjusi (3, 4, 15, 19, 24, 49).

Eri taktika pooldajad näevad erinevusi juba haiguse etiopatogeneesis. V. Vinogradov kaasautoritega (21) käsitleb ägedat koletsüstiiti kui kroonilise põletiku ägenemist. Kuigi ei eitata patogeneetilise momendina sapipõiejuha obturatsiooni, peavad nad veresoonte patoloogiliste muutuste tagajärjel arenevat ägedat protsessi harva esinevaks. Samade autorite arvates flegmonoosne põletik tavaliselt taandareneb ning ainult 5% -l haigetest läheb see üle emfüeemiks. Tundub paika pidavat V. Strutškovi ja tema kaasautorite väide (47), et neil haigeil, kelle haigus õnnestus viia remissioonistaadiumi, oli haiguse kulg kahtlemata kergem, sa-

muti oli neil immunoloogiline aktiivsus kõrgem. Seevastu N. M. Matolo kaasautoritega (10) arvab, et 25% -l ägedat koletsüstiiti põdejaist progresseerub haigus gangreenini või perforatsioonini. D. Pikovski märkis juba 1968. a. (42), et äge obturatsioonikoletsüstiit moodustas 42% kõigist ägeda koletsüstiidi vormidest ning neist üle poole (52,3%) vajasid vältimatut operatsiooni. B. Koroljov (32) rõhutab, et eriti vanemaalastel on kiiresti arenevad destruktiivsed muutused sapipõies sageli seotud südame ja veresoonte haiguslike muutustega, kusjuures patogeneesi aluseks on veresoonte aterosklerootilised ja trombemboolilised kahjustused. Vanemas ja raugaeas patsientidel täheldatakse koos kiiresti areneva destruktiivse protsessiga sapipõies ka suuri muutusi maksas (hepatiit, kolangiit, hulgaliselt nekroosikoldeid, tsirroos, düstroofilised muutused hepatotsüütides).

Kui veel kümmeaastat tagasi oldi seisukohal, et äge koletsüstiit kulgeb vanemas või raugaeas küllaltki väljendunud kliinilise sümptomaatikaga (30, 32), siis viimastel aastatel on üha rohkem täheldatud selle kiiret üleminekut üldperitoniidiks (31, 49) ja mitmesuguste mädapõletikuliste tüsistuste teket (10, 11, 49, 52). Samal ajal on järjest rohkem neid autoreid, kes rõhutavad sageli täheldatavat kliinilise pildi mittevastavust sapipõies esinevatele patomorfoloogilistele muutustele (11, 26, 36, 46), kusjuures isegi sapipõie perforatsiooni puhul võivad kliinilised nähud peaaegu puududa (11). On selge, et taoliste haigete puhul on kirurgilise raviga viivitamine viga ja haigust ei õnnestu intensiivse konservatiivse raviga remissioonistaadiumi viia. Kõige kõrgemat letaalsust ja kõige suuremat mitteletaalsete tüsistuste esinemissagedust on registreeritud sunnitud operatsioonide puhul (вынужденная операция või операция отчаяния В. Петрови järgi). I. Morozovi andmetel (36) oli neil letaalsus 22%, H. Järvineni ja kaasautorite järgi (8) 28%, B. Rozanovi ja kaasautorite (46) järgi 30%, ulatudes kuni 42,3% -ni (45), ja seda mitte ainult va-

nemaealiste hulgas. Seepärast mainis F. Uglov (49) juba 1968. a., et peamine surma põhjus ägeda koletsüstiidi puhul on hilinenud operatsioon.

Aktiivsemale taktikale üleminekut põhjustasid ka tähelepanekud, et isegi kliiniliselt väljendunud remissioonis (8...12. päeval või hiljemgi) opereeritakse ikkagi infitseeritud kudedes (10, 25, 52).

Antibakteriaalsete vahendite kasutamine ei suuda pidurdada patomorfoloogiliste muutuste süvenemist sapipõies ja naaberelundeis. Seepärast soovitab osa kirurge loobuda antibiootikumide kasutamisest operatsioonieelsel perioodil (3, 25, 26, 37, 49).

Aktiivse taktika pooldajad on varajase operatsiooniga saavutanud mitte ainult letaalsuse languse, vaid ka mitteletaalsete tüsistuste vähenemise (1, 12, 14, 48). Samuti on täheldatud paremaid hilistulemusi urgentselt opereeritud (17, 43). Seevastu autorid, kes registreerisid kõrgemat letaalsust vältimatute operatsioonide puhul esimese kolme ööpäeva jooksul opereeritud, tegid enamiku operatsioone kolmandal päeval pärast saabumist (kui intensiivne konservatiivne ravi ei andnud tulemusi) ning lisasid sageli siia ka andmed erakorraliselt opereeritud haigete kohta. Siin oli põhiliseks riskiteguriks raske haigus — opereeritakse tüsistunud, destruktiivsete koletsüstiidivormide puhul.

Tahaks peale vanuse peatuda veel ühel riskiteguril, mille vähendamine sõltub suuresti meie igapäevasest tööst. Selleks on haiguse kestus. A. Reuti ja L. Lebedeva (44) andmeil oli 38,9% ägeda koletsüstiidi näidustusel opereerituist varem viibinud ravil kirurgiaosakonnas, neist enamik mitu korda, kuid ometi kirjutati nad haiglast opereerimata välja. Samuti ei saa pida õigeks püüdu kupeerida haigel esinevat sapikoolikut analgeetikumide ja spasmolüütikumidega kiirabi poolt või valvehaigla vastuvõtutoas, ilma et haiget hospitaliseeritaks.

Kui V. Stružškov kaasautoritega (47) märkis juba 1978. a., et ägeda koletsüs-

tiidi aktiivse kirurgilise ravi pooldajaid (haiguse varajases staadiumis) tundub olevat rohkem, siis viimaste aastate kirjandus ei luba selles enam kahelda. I. I. Džanelidze nimeline Leningradi Kiirabi Teadusliku Uurimise Instituut, akadeemik B. Koroljovi koolkond jt. on taolist taktikat juba paarkümmend aastat edukalt rakendanud ning neile on lisandunud arvukalt kirurge, kes näevad ravitulemuste parandamise ühe väljapääsuna varajast operatsiooni.

Mõned autorid (47, 49) soovitavad opereerida 4...6. päeval pärast haiguse algust. Siin tuleks teha korrektiiv — praktiliselt oleme võimelised operatsiooni aja määrama mitte haiguse alguse, vaid haige statsionaari saabumise järgi. Enamik aktiivse taktika pooldajaid ei ületa siin 72 tunni piiri, kuid valdav osa neid peab vajalikuks operatsiooni 24...48 tunni jooksul. See aeg on vajalik diagnoosi täpsustamiseks ja haige ettevalmistamiseks. Ka ägedale obturatsioonkoletsüstiidile viitav palpeeritav, pingul sapipõis on vältimatu operatsiooni näidustus, kuid see tuleb teha juba esimesel ööpäeval, kui ei järgne iseeneslikku dekompressiooni. Mitmed autorid rõhutavad varajase valikulise koletsüstektoomia vajadust, kui on diagnoositud äge koletsüstiit (1, 5, 13), viidates sellega radikaalse operatsiooni eelisele, samuti sellele, et arvestada tuleb ka vältimatu operatsiooni vastunäidustusi (rasked kaasuvad haigused jt.). Ei soovitata opereerida öösel, välja arvatud erakorralised operatsioonid.

Kokku võttes eelnevat räägivad varajaste operatsioonide poolt järgmised asjaolud:

1. Opereerides 24...48 tunni möödumisel pärast saabumist, on võimalik vähendada letaalsust ning tüsistuste esinemissagedust, samuti parandada hilistulemusi.

2. Kaob vajadus sunnitud operatsioonide järele remissioonis, s. o. tingimustes, mida iseloomustavad kõige halvemad kirurgilise ravi tulemused.

3. Vaatamata intensiivsele konservatiivsele ravile, ei õnnestu haigust sageli viia remissioonistaadiumi, seega on konservatiivse ravi tulemust võimatu ette näha. Sellega võime mööda lasta õige aja operatsiooniks, kusjuures tõuseb letaalsus mitteopereeritute hulgas.

4. Esimestel ööpäevadel esineb infektsiooni tunduvalt harvem, on võimalik opereerida veel põletiku aseptilises faasis.

5. Varajased operatsioonid on tehniliselt lihtsamad, sest ägeda koletsüstiidi algstaadiumis esinevad ainult kudede turse ning fibrinoosne reaktsioon, ühtlasi on võimalik destruktiivseid muutusi ennetada.

6. Väheneb voodipäevade arv, samuti töövõimetuspäevade arv.

7. Teatud osa patsiente keeldub operatsioonist pärast ajutist paranemist, kuid järgmise ataki ajal satuvad nad uuesti haiglasse ning risk on suurem.

8. Ei tohi unustada asjaolu, et anestezioloogia ja reanimatoloogia võimaldavad operatsiooniriski miinimumini viia.

Põhiliseks operatsioonimeetodiks ägeda koletsüstiidi puhul peetakse koletsüstektomiat, kusjuures vahelesegamiste laadi ja ulatuse sapiteedel määravad operatsiooniaegsed uuringud. Suhtumine koletsüstostoomiasse on suuresti erinev. Mitmed autorid peavad seda ainult «hädabi operatsiooniks», teised aga rakendavad tunduvalt sagedamini (F. Glenni andmetel 15,5% kõigist operatsioonidest ning 30,5% üle 65 aasta vanustel) ning leiavad, et õigete näidustuste korral aitab koletsüstostoomia vähendada letaalsust (32). Koledohhotoomia vajadus tõuseb vanuse suurenemisel mitmekordseks (2, 47).

S. D. Archibald kaasautoritega (1) märgib, et võimaluse korral tuleb teha koletsüstektomia ja vajaduse korral koletsüstostoomia.*

F. Glenn (5) rõhutab, et operatsioon tuleb valida selline, mis aitaks kupee-

rida ägedat põletikku ja oleks seotud minimaalse ohuga. Tema arvates on palju parem teha koletsüstostoomia intaktse sapipõie korral kui pärast selle perforatsiooni.

Ägeda koletsüstiidi kirurgilise ravi tüsistuste vähendamisel eriti vanemas ja raugaeas kuulub tulevik mitmesugustele minioperatsioonidele: endoskoopiline papillosfinkterotoomia, laparoskoopilised piiperatsioonid (sapipõie dekompressioon, antibiootikumide manustamine) jt. Neid tuleb aga vaadelda kui osalist või ajutist lahendust.

KIRJANDUS: 1. Archibald, S. D., Colapinto, N. D., Frost, P. Can. J. Surg., 1979, 22, 5, 464—466. — 2. Bruce, T. A., Harrison, R. S. Can. Med. Assoc. J., 1967, 96, 5, 1252—1257. — 3. Dalmas, H., Picaud, R., Anfossi, G. a. o. J. Chir., 1979, 116, 3, 193—200. — 4. Glenn, F., Dillon, L. D. Surg. Gynecol. Obstet., 1980, 151, 4, 528—532. — 5. Glenn, F. Ann. Surg., 1981, 193, 1, 56—59. — 6. Hilton, H. D., Griffin, N. T. Postgrad. Med., 1970, 47, 2, 120—124. — 7. Jacob, H. Z. Ärztl. Fortbild., 1977, 7, 19, 903—905. — 8. Järvinen, H. I., Hastbacka, I., Turunen, M. I. Acta Chir. Scand., 1979, 145, 9, 399—404. — 9. Järvinen, H. I., Hastbacka, I. Ann. Surg., 1980, 191, 4, 501—505. — 10. Matolo, N. M., La Morte, W. W., Wolfe, B. M. Surg. Clin. North Am., 1981, 61, 4, 875—883. — 11. Nahodel, V., Vesely, I. Acta Univ. Carol. Med., 1977, 23, 3—4, 151—158. — 12. Payne, R. A. Br. J. Surg., 1969, 56, 3, 200—203. — 13. Ram, M. D., Bergese, J., Brown, H. W. Am. Surg., 1977, 43, 11, 763—767. — 14. Sery, Z., Kral, V., Etner, M. Zentrabl. Chir., 1978, 103, 3, 143—150. — 15. Visconti, N., Grillo, N., Tarrantino, O. Gerontologia, 1979, 27, 2, 103—114. — 16. Анапасьенко Б. Г., Сухарев В. Ф., Зрячих Г. А. и др. В сборнике научных трудов Ленинградского научно-исследовательского института скорой помощи им. проф. И. И. Джanelидзе. «Вопросы острого холецистита и панкреатита». Л., 1982, 21—26. — 17. Аргинев Х. К. Причины неудовлетворительных отдаленных результатов после холецистэктомии и их профилактика. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Целиноград, 1970. — 18. Бабалич А. К., Степанов М. Н. Хирургия, 1977, 9, 74—78. — 19. Буянов В. М. В кн.: Проблемы хирургии желчных путей. М., 1982, 20—21. — 20. Бялик Я. Р. В кн.: Проблемы хирургии желчных путей. М., 1982, 22—23. — 21. Виноградов В. В., Зима П. И. Хирургия, 1977, 9, 38—43. — 22. Виноградов В. В., Зима П. И. В сб.: Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической хирургии. Тезисы докладов I съезда хирургов Эстонской ССР. Таллин, 1982, 223—224. — 23. Войтенко Н. К. Клиническая хирургия, 1982, 9, 25—27. —

* Early elective operation, using cholecystectomy when possible and cholecystostomy when necessary is recommended for general use in experienced hands.

24. Воросцова О. В. Хирургия, 1981, 1, 49—51. — 25. Гостищев В. К., Мисник В. И., Ревенко Н. М. и др. Хирургия, 1982, 8, 75—79. — 26. Гузев А. И. Вестн. хир., 1975, 12, 11—14. — 27. Гулордава Ш. А. Развитие и совершенствование неотложной хирургической помощи населению Эстонии. Автореферат дисс. докт. мед. наук. Тарту, 1973. — 28. Дедерер Ю. М., Прохоров В. И. Хирургия, 1981, 1, 109—112. — 29. Думпе Э. П., Крылов Л. Б., Сабиров В. У., Галицкий А. Б. В кн.: Проблемы хирургии желчных путей. М., 1982, 45—47. — 30. Захаров А. А. Вестн. хир., 1974, 7, 29—32. — 31. Захаров С. Н., Свистин Ю. М., Баскаков В. А. Вестн. хир., 1982, 6, 16—20. — 32. Королев Б. А., Авров Ю. М., Климов Ю. С. Клин. хирургия, 1973, 2, 4—7. — 33. Королев Б. А., Гагушин В. А., Авров Ю. М. Сов. мед., 1974, 4, 8—11. — 34. Магдиев Т. Ш., Кузнецов В. Д. Хирургия, 1982, 6, 43—48. — 35. Махов Н. И., Эндер Л. А. В сб.: Острый холецистит. Труды научной сессии, посвященной 30-летию института. Л., 1966, 288—294. — 36. Мороз И. М. Хирургия, 1982, 1, 83—85. — 37. Напалков П. Н., Качурин В. С., Иванова Т. А. Сов. мед., 1974, 4, 11—17. — 38. Нурмухамедов Р. М., Хаджибаев М. Хирургия, 1982, 6, 48—51. — 39. Петров Б. А. Хирургия, 1950, 10, 58—69. — 40. Петров Б. А. Хирургия, 1955, 5, 3—13. — 41. Петров Б. А., Гальперин Э. И., Иванова Н. Н. Хирургия, 1970, 4, 65—71. — 42. Пиковский Д. Л. Вестн. хир., 1968, 9, 66—71. — 43. Поола Х. С. Профилактика осложнений и неудовлетворительных отдаленных результатов после холецистэктомии. Автореферат дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1972. — 44. Реут А. А., Лебедева Л. С. Хирургия, 1981, 1, 34—37. — 45. Рогачев Г. И. Хирургия, 1975, 1, 22—26. — 46. Розанов Б. С., Топчиашвили З. А. Хирургия, 1967, 10, 42—49. — 47. Стручков В. И., Лохвицкий С. В., Мисник Д. И. Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте. М., 1978. — 48. Суторов В. Ф., Веселов В. С. В сб.: Научн. тр. Ленинградского Научно-исследовательского института скорой помощи им. проф. И. И. Джанелидзе. Вопросы острого холецистита и панкреатита. Л., 1982, 26—34. — 49. Углов Ф. Г., Селезнев Е. К., Савинов И. П. Хирургия, 1968, 8, 29—32. — 50. Фоменко Л. И., Черенько М. П. Вестн. хир., 1981, 1, 40—44. — 51. Хнох Л. И., Урмане Е. А., Никитин А. А. и др. В сб.: Актуальные вопросы сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической хирургии. Тезисы докладов I съезда хирургов Эстонской ССР. Таллин, 1982, 299—300. — 52. Шапошников Ю. Г., Решетников Е. А., Мясникова Н. А. и др. Хирургия, 1981, 1, 27—31. — 53. Шушков Г. Д. В сб.: Острый холецистит. Труды научной сессии, посвященной 30-летию института. Л., 1966, 13—20.

Tallinna Vabariiklik Sadamaigla
Tallinna Linna Täitevkomitee
Tervishoiuosakond

UDK 616.61-008.64-002.1-053.4/5(047)

HEMOLÜÜTILIS-UREEMILINE SÜNDROOM LASTEL

HELJU TALLI LIA SILDVER
PEETER DMITRIEV · TARTU

hemolüütilis-ureemiline sündroom, äge neerupuudulikkus, dissemineerunud intranasaalne koagulatsioon, hemodialüüs

Esmakordselt kirjeldas hemolüütilis-ureemilist sündroomi 1955. aastal C. Casser (9, 15, 18, 20). Sündroomile on iseloomulik triaad — hemolüütiline aneemia, trombotsütopeenia ja äge neerupuudulikkus (20, 22), kusjuures viimase aastakümnel on täheldatud haigusjuhtude sagenemist (5, 19, 23). Sündroom võib tekkida igas vanuses lastel (19), eriti sageli varaealistel (3, 9, 12, 13, 16, 18).

Sündroomil on infektsioossed ja toksilised põhjused (19), sealhulgas eriti pneumokokk-, Coxsackie ja gripiviirusnakkus (1, 10, 18). Hemolüütilis-ureemilist sündroomi on täheldatud ka medikamentoosel alusel (10), pärast lüüsi-difteeria-teetanuse või poliomieliidi vaktsiooni (22). Mitmed autorid kaastöötajatega (12, 17, 18) ja L. Sorrenti rõhutavad haiguse sesoonsust: sagedat haigestumist hiliskevadel ja varasuvel.

Patogeneesis on tähtsust autoimmuunsel mehhanismil, antigeen-antikeha reaktsioonil (6). Tunnustuse osaliseks on saanud haiguse trombohemorraagiline genees, mille puhul initsiaalperioodil tekib dissemineerunud intravasaalse koagulatsiooni sündroom, mis on eriti välja kujunenud neerukapillaarides (12, 19, 20, 21). Neerukahjustus kujuneb erütrotsüütide esmase lõhustumise ja trombotsüütide kuhjumise järgse hemo-koagulatsiooni aktiveerumise alusel. Vererakkude laguproduktid ja fibriin ladestuvad neerupäsmakestes, endoteelis ja basaalmembraani lestmete vahel. Neerukoos tekib ulatuslik mikroangiogram, kiiresti tekivad ka nekroosikolded, mis kalduvad laatumale. Morfoloogilised muutused neerudes põhjustavad progresseeruvat ägedat neerupuudulikkust. Analogiline mikro-

angiotromboos tekib ka ajuveresoontes, põhjustades ajukoos nekroosikoldeid, mikroabstsesse, mistõttu kliiniliselt ilmnevad ajukahjustuse nähud.

Haigust prodromaaljargus ei ole võimalik diagnoosida. Üldsümptoomidest on subfebriilsus, somnolentsus, väsimus, peavalu ja isutus, millele lisandub gastrointestinaalne sündroom: kõhuvalu, iiveldus, oksendamise ja kõhulahtisus, (7, 19, 20), ka veriokse ja -roe (6, 12, 17, 18). Prodromaaljargu kestus on mõnest tunnist 2...5 päevani (13, 18, 20).

Haiguse ägedale perioodile on iseloomulikud hemolüütiline aneemia, trombotsütopeenilised hemorraagiad (tavaliselt 2...4. haiguspäeval) ja äge neerupuudulikkus. Kesknärvisüsteemi progresseeruva kahjustuse sümptoomid ilmuvad esimestel haiguspäevadel. D. Crispi ja kaastöötajate (2) uurimuste järgi tekib neuroloogilisi tüsistusi sageli. Gastrointestinaalsed sümptoomid intensiivistuvad (6, 7, 12, 14, 15, 19, 20), täheldatakse ka hepatosplenomegaaliat ja hepatomegaaliat (7, 13, 18, 19, 21).

Hemolüütiline aneemia on juhtiv sümptoom, mida leitakse kõigil haigetel (21). Hüperhemolüüs tekib ägedalt ja progresseerub (16). Trombotsütopeenilised hemorraagiad on tähtis kliiniline sümptoom ja seda täheldatakse kõigil haigetel. Esialgsed renaalsed sümptoomid (tursed, vererõhu tõus, hematuuria ja oliguuria) sarnanevad sümptoomidega ägeda glomerulonefriidi puhul, kuid kiiresti süvenev neerutalitluse langus põhjustab hüperasoteemiat ja ägedat neerupuudulikkust.

Settreaktsioon on kiirenenud. Aneemia hemolüütilist olemust kinnitavad normokroomsus, hüperretikulotsütoos (7, 12, 13, 19, 22), normoblastoos (20), kaudse bilirubiini sisalduse suurenemine (12, 13, 21, 22) veres ja erütrotsütaarrea rakkude kompensatoorne hüperplasia luuüdis (20). Valgeveres on leukotsütoos, tugev nihe vasakule (19), võimalik on ka leukomoidne müeloiiline reaktsioon (20, 21, 22). Trombotsütopeeniat leitakse kõigil haigetel (7, 14, 18, 19, 20, 21, 22). Trombotsütopeenia langeb kokku hüperhemolüüsi kulminatsiooniga

(19, 21). Täheldatakse transaminaaside sisalduse suurenemist ja leeliselise fosfataasi aktiivsuse tõusu (22). Coombsi otsene proov on negatiivne (12, 15, 19, 20), kuid see võib olla ka positiivne (13). Ägeda neerupuudulikkuse puhul kujunevad hüponatreemia, hüperkaleemia ja metaboolne atsidoos (4, 22). Proteiinuuriale lisandub 2...3 päeva pärast hematuuria, täheldatakse silindruuriat ja glükosuuriat. Prognoos sõltub peamiselt neerukahjustuse intensiivsusest, vähemal määral hematoloogilistest avaldustest (22). L. Diekmanni (3) andmetel on prognoos viimastel aastatel paranenud, mis on seostatav eriti varajase dialüüsiga.

Hemolüütilis-ureemilise sündroomi ravis pööravad paljud autorid (3, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 22) suurt tähelepanu varajasele hemodialüüsile, likvideerimaks ägedat neerupuudulikkust ja vältimaks ureemia kujunemist. B. Kaplan kaasautoritega (9) peab dialüüsi otseseks näidustuseks anuuriat kestusega üle 24 tunni ning sümptoomide kombinatsiooni: oliguuria, vererõhu tõus ja krambid. Kirjanduses leidub andmeid (17) ka neerude transplantatsiooni kohta ägeda neerupuudulikkuse süvenemise korral. Tugevasti väljakujunenud aneemia ravis on obligatoorsed erütrotsüütide massi korduvad ülekanded (3, 7, 11, 13, 16, 20, 22) ja ka osaline verevahetus (20, 22).

Kirjanduse andmetel on glükokortikoidravi tõhusus lastel vaieldav. B. Kaplani jt. (9) andmeil ei olnud 67 varaealise lapse hormoonravi mõjus. Ka A. Papajan (20) ja O. Popecku (22) on seisukohal, et glükokortikoidhormoonid ei anna soodsaid ravitulemusi. S. Levitskaja (19) seevastu omistab prednisoloonile head toimet ja peab vajalikuks määrata prednisolooni algul 5 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas.

Pediaatrikirjanduses on palju andmeid dissemineerunud intravasaalset koagulatsiooni likvideeriva antikoagulaatiivse ja fibrinolüütilise ravi vajalikkuse kohta. Antikoagulantidest kasutatakse hepariini (3, 7, 8, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 22), seejuures on hepariini annused ja ravi kestus erinevad. Mitmete autorite

(11, 13, 14, 16, 20) uurimuste järgi on hepariin oma soodsa ravitoime tõttu tin-gimata vajalik. L. Diekmann (3) see-vastu jõudis järeldusele, et hepariin ei paranda sündroomi varajast ega hilist prognoosi. Fibrinolüütiliseks raviks määratakse streptokinaasi (3, 7, 11, 14).

Järgnevalt kirjeldame hemolüütilis-ureemilist sündroomi lapsel.

Haigusjuht, 7-aastane K. R. (haiguslugu nr. 109/1980) hospitaliseeriti etappravi korras Tartu Kliinilise Haigla neerukeskusesse. 9 kuu vanuselt oli põdenud rinofarüngiiti, järgneva kuue aasta jooksul 10 korral ülemiste hingamisteede katarri ja kahel korral otiiti. 1979. aasta märtsis oli diagnoositud mõlemapoolne ülalõualuu-urke põetlik.

Haigus algas 17. detsembril 1979 nohu ja kõhaga, neljandal haiguspäeval tekkisid näole turse ja punetus, mis järgmisel päeval levisid ka kehale. Jaoskonnapediaatri poole pöörduti esmakordselt 8. haiguspäeval, mil laps oksendas korduvalt, kehal olid täppverevalumid ja uriin muutunud tumedaks. Samal päeval (24. detsembril) viidi haige üle Pärnu Linna Haigla lasteosakonda. Nähk oli kollakaskahvatu, üle kogu keha täheldati täppverevalumeid ja süstekohtadel hematoomide. Nägu oli tursunud, mõõdukas turse ka säärtel. Vereanalüüs: SR 23 mm/t., hgb 8,4 g%, leukots. 7500. Valgeverre valem: tugev nihe vasakule; trombots. 100 000, retikulots. 28%, jääklämmastikku 72...114 mg%. Vere kolesteriini- ja bilirubiinfraktsioonide, vereplasma, naatriumi- ja kaaliumisisaldus normaalne. Uriinis valku 12,5%, sademes rohkesti erütrotsüüte ja leukotsüüte, mõõdukalt hüaliin- ja sömersilindreid. Zimnitski proovil erikaal 1008...1014, diurees 364 ml/24 t., päsmakeste kliirens 26,4 ml/min. Raske üldseisundi tõttu saadeti laps 26. XII 1979. a. Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonda. Diagnoos: trombotsütopeeniline purpur; hemolüütilis-ureemiline sündroom. Objektivselt täheldati mõõdukaid turseid, petehhiaalseid hemorraagiaid, näol laatonud roosakaid laike ja tuharail laatonud verevalumeid. Vererõhk oli 120/70 mmHg. Siseelundites olulisi patoloogilisi muutusi ei olnud. SR oli kiirenenud veelgi, erütrotsüütide, hemoglobiini ja trombotsüütide sisaldus vähenenud, veelgi tugevam neutrofiilsete granulotsüütide tuuma nihe vasakule. Veritsusaeg oli pikenenud üle 10 minuti, hüübimisaja algus 3. minutil. Vere-seerumis üldvalku 7,5 g%, düsproteiineemiata, siaalhappesisaldus 320 ühikut, C-reaktiivne valk positiivne, antistreptolüsiiniitiiter 625 ühikut. LE-rakke ei leitud. Vere pH 7,36, vereplasma kaaliumisisaldus 6,28 mekv/l. Vere bilirubiinisaldus normaalne, Coombsi reaktsioon negatiivne, hemoelektrokoagulogramm normis. Jääklämmastikku veres 90 mg%, urea 28 mmol/l. Uriinis valku 0,88%, üksikuid leukotsüüte ja erütrotsüüte, hüaliin- ja sömersilindreid. Patsiendil diagnoositi äge infektsioos-allergiline glomerulonefriit (seejuures

süsteemne kollagenoos mitte välistatud), mis respiratoorse viirusnakkuse järgselt kulgeb ägeda neerupuudulikkusega. 2. jaanuaril 1980 seisund halvenes: laps muutus loiomaks, tekkisid ninaverejooksud ja veriokse; urea ning vereplasma kaaliumisisaldus suurenes veelgi. Tartusse suunamisel oli lapsel ägeda difuusse glomerulonefriidi ja ägeda neerupuudulikkuse diagnoos.

Tartu Kliinilise Haigla tehisneeruosakonda saabumisel 3. jaanuaril 1980. a. oli üldseisund raske. Laps oli somnolentne, küsimistele vastas osalt ebaadekvaatselt. Tekkisid hallutsinatsioonid. Vallandus ninaverejooks, laps oksendas korduvalt, kaks päeva ei olnud urineerinud. Nähk oli kahvatuhallikas, pastoosne, säärtel polümorfne taanduv hemorraagiline lööve. Maksa alumine serv oli palpeeritav 2 cm allpool roidekaart. Vererõhk 120/60 mmHg, hgb 5,7 g%, trombots. 38 000. Vereplasma kreatiniinisaldus 14,4 mg%, kaaliumisisaldus 7,0 mekv/l; jääklämmastikku 236 mg%.

Arvestades ülirasket, eluohtlikku ureemiat, tehti kohe hemodialüüs. Järgmisel päeval pandi nefroloogide ja pediatrite konsiiliumil diagnoosiks *syndroma haemolytico-uraemicum* (*syndroma Gasser*).

Tehti hemodialüüs ja määrati intensiivne immunosupressiivne ravi. Hemodialüüse korrali ülepäeviti, kokku viiel korral. Manustati urbasooni 4 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas, manustati ka efülliini ja vitamiine. Lapse seisund püsis endiselt raske. Hemorraagiad ja trombotsütopeenia küll taandusid, kuid aneemia ja neerupuudulikkus jäid püsima. Kuuendast ravipäevast (21. haiguspäevast) kesknärvisüsteemi kahjustuse nähud süvenesid. Neuroloogi konsultatsioonil sedatati opistotoonust, positiivset Kernigi ja Babinski sümptoomi, pupillide ja reflekside asümmeetriat (d < s). Pea- ja seljaajuvedeliku muutused olid tagasihoidlikud: rõhk normaalne, sütoos 6 mg/mm³ ja valku 0,53%. Laps suri kesknärvisüsteemi süveneva kahjustuse tõttu tehisneeruosakonnas 12. ravipäeval, 28. haiguspäeval. Patomorfoloogiliselt: Gasseri sündroomi alusel kujunenud laialdased verevalumid neerupäsmakestes ja nekrootilised muutused neerutorukestes. Söögitoru ja mao limaskestal leiti veritsevaid erosioone, peajus hulgaliselt abstsesse.

Haigusjuhu kliinilisest analüüsist selgub, et tegemist on tüüpiliste sümptomide ja tüüpilise kuluga kasuistilise juhuga. Jaoskonnapediaatri poole hilise pöördumise ajal olid hemolüütiline aneemia, trombotsütopeenilised hemorraagiad, gastrointestinaalse ja renaalse kahjustuse nähud juba välja kujunenud. Haiguse ebasoodsat kulgu võis mõjutada lapse hiline eriosakonda hospitaliseerimine ja sellest tingitud hemodialüüsravi hiline alustamine.

Haigusjuhu kirjelduse eesmärk on tutvustada hemolüütilis-ureemilise sündroomi nüüdisaegseid diagnoosimise ja ravimise võimalusi lastel.

KIRJANDUS: 1. Berry, P. L. J. *Pediatr.*, 1980, 96, 4, 774—775. — 2. Crisp, D. E., Siegler, R. L., Bale, J. F. a. o. J. *Pediatr.*, 1981, 99, 2, 273—276. — 3. Diekmann, L. *Klin. Pädiatr.*, 1980, 5, 430—436. — 4. Diekmann, L., Koch, H., Bonzel, K.-E. *Klin. Pädiatr.*, 1980, 6, 526—533. — 5. Dolislager, D., Tune, B. *Am. J. Dis. Child.*, 1978, 1, 55—58. — 6. Donckerwolcke, R. A., Kuyten, R. H., Tiddens, H. A. *Paeditrician*, 1975, 4, 1, 27—40. — 7. Donckerwolcke, R. A., Kuyten, R. H., Tiddens, H. A. a. o. *Paeditrician*, 1979, 8, 5—6, 378—393. — 8. Hodson, E. M., Kjellstrand, C. M., Mauer, S. M. J. *Pediatr.*, 1978, 93, 5, 756—761. — 9. Kaplan, B. S., Katz, J., Krawitz, S. a. o. J. *Pediatr.*, 1971, 78, 3, 420—425. — 10. Kaplan, B. S., Thomson, P. D., De Chadarevian, I. P. *Pediatr. Clin. North. Am.*, 1976, 23, 4, 761—778. — 11. Monners, L., van Collenburg, J., de Jong, M. a. o. *Helv. paediatr. Acta*, 1978, 33, 4—5, 321—328. — 12. Musgrave, J. E., Talwalkar, Y. B., Puri, H. C. a. o. *Clin. Pediatr.*, 1978, 17, 3, 218—225. — 13. Plenert, W., Hermann, J. In: *Anämien im Kindesalter*. Leipzig, 1977, 132—135. — 14. Powell, H. R., Ekert, H. J. *Pediatr.* 1974, 84, 3, 345—349. — 15. Seiler, G., Tietze, H. U. *Z. Kinderheilkunde*, 1969, 106, 4, 249—259. — 16. Sharpstone, P., Evans, R. G., O'Shea, M., Alexander, L., a. o. *Arch. Dis. Child.*, 1968, 43, 6, 711—716. — 17. Sorrenti, L., Lewy, P. R. *Am. J. Dis. Child.*, 1978, 132, 1, 59—62. — 18. Wieringen, P., Monnens, L., Schretlen, E. *Arch. Dis. Child.*, 1974, 49, 6, 432—437.

19. Левицкая С. В. В кн.: Почечный синдром при заболеваниях крови у детей. М., 1976, 15—17. — 20. Папаян А. В. *Вопр. охр. мат. и детства*, 1971, 12, 30—33. — 21. Папаян А. В. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Л., 1974. — 22. Попеску О. В кн.: Синдромы в педиатрии. Бухарест, 1977, 150—155. — 23. Шаферман А. М., Каргашова Г. В., Мальченко Л. С. В сб.: *Вопросы нефрологии детского возраста*. Воронеж, 1973, 72—75.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateeder

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 614.2.474.2(091)

VASTSEID ANDMEID VÖRU MEDITSIIINIAJALOO KOHTA

HEINO GUSTAVSON · TALLINN

meditsiinialaju, Võru haigemaja, linnahaigla, emade- ja lasteõuandla, Punase Risti laatsaret

Seni on Võru vanemat meditsiinialaju käsitletud peamiselt seoses Fr. R. Kreutzwaldiga, järgnev periood kuni nõukogude ajani on suuremalt jaolt puudutamata jäänud. Käesolevaga tahetakse traditsioonilistele andmetele lisada mõndagi uut.

Esmalt tuleks harjuda teadmisega, et Võru ei saanud haiglat mitte 1827. aastal, vaid hoopis varem. Esmakordselt on linna haigemaja mainitud 10. aprillil 1824. a., mil seal oli ravil kaks patsienti, mõlemad sõjaväelased. Järgmise aasta alguseni kõikus haigete arv ühest kolmeni. 1827. aasta on uue haigemaja valmimisaeg. Seda, kus esialgne statsionaar asus ja kunas ta täpselt ukсед avas, me seni veel ei tea. Vastavalt ajaloos kehtivale tavale peame praeguse Võru Rajooni Keskhaigla kui kunagise linnahaigla järglase asutamispäevaks pidama esmakordset dokumentaalset nimetamisaega, ukj. 1824. aasta 22. aprilli.¹

Esialgsele ühekorruselisele Kreutzwaldi-aegsele haigemajale ehitati hiljem juurde veel teine korrus, 1909.

¹ ENSV RAKA, f. 998, n. 1, s. 124, kogu tolmik.

aastal kerkis selle kõrvale haigetele vangidele määratud barakk. 1928. aastal saadi juurde maja haigla naabruses, kus tehti põhjalik remont, lisandusid viis palatit, operatsioonituba jne. Sinna paigutati sise- ja haavaosakond, «iseegi veevärk on sisse seatud, mida Võrus ainult paaris majas leida.» (6).

26. märtsil 1933. a. valmis uus haiglahoone, kus olid palatid, sünnitustuba, röntgenikabinet, operatsioonitoad ja muud ruumid. Senised ruumid jäid sugu- ja nakkushaiguste osakonnale, esimesed haiged võeti vastu 1. aprillil (70). Juurdeehitis sellele majale kerkis aastail 1938...1940, komisjon võttis hoone vastu 17. märtsil. Esimesel korrusel olid röntgenikabinetid, teisel operatsioonitoad.²

Haigla varustatus paranes aastail 1920...1940 märgatavalt. Kui kogu raviinventar pärast sõda oli koosnenud paarist süstlast, käsivändaga induktiooniparaadist, primitiivsest steriliseerimisest ja haigla siseapteegi tabletimasinast, siis 1925. a. lisandusid ultraviolet- ja sollukslamp, 1927. a. autoklaav, 1931. a. ohtralt kirurgilisi instrumente, aastail 1933...1935 röntgenikabineti tarbeid, 1934. a. diatermiaaparaat ja 1936. a. pantostaat.³

Siiski ei olnud röntgeniseade haigla oma, vaid kuulus Võru Tiisikusnõuandlale (asutatud 1. oktoobril 1926), mis haigla ruumes alustas tegevust 12. oktoobril 1933. a., teenindades kokkuleppe alusel ühtlasi ka haigla patsiente (1). Esimene röntgeniaparaat linnas aga oli eraarstil Voldemar Lutzuveril 1922. aastast. Muuseas võisid patsiendid V. Lutzuveri juures saada ka mitut laadi elekterravi (10).

Tiisikusnõuandlal ja linnal oli teinegi ühissetevõte — bakterioloogialaboratoorium, mis alustas tegevust nõuandla majas 15. mail 1927. a. (1).

Võru emade- ja lastenõuandla avati 1926. a. oktoobri algul. Esialgu anti seal vaid konsultatsiooni, 1927. a.

1. maist alates hakati vastu võtma ka ravi vajavaid lapsi kuni 8 aasta vanuseni (5. 9).

Võrus töötas 1914. a. augustist teinegi statsioonarne raviasutus, Punase Risti laatsaret 43 voodikohaga. Selles haiglas oli ametis esimene Võru halastajaõde Elsa Budkovskaja. Punase Risti organisatsioon suure liikmete arvuga siiski kiidelda ei saanud, oli vaid viis tegevliiget ja umbes paarkümmend toetajat (8). Haigla suleti 1920. aastal.

Tööliste ravi hõlbustamiseks asutati 1. jaanuaril 1923. a. Võru—Petseri Ühishaigekassa, millest osa võtma kohustati kõiki ettevõtteid, kus vähemalt kaks töölisi (3, 4).

Ja lõpuks. Võru esimeseks sanitaarhariduslikuks massiürituseks tuleb pidada 17...20. märtsini (vkj.) 1893. a. toimunud rõugekursusi, millest võttis osa ümberkaudsete valdade talupoegi (2).

KIRJANDUS: 1. *Lepp, F., Lind, S., Pao-
mees, A.* Tuberkuloosi vastu võitlemise liidu ning sihtasutise 15-aastase tegevuse ülevaade 1925—1939. Tartu, 190, 100—101. — 2. «*Olevik*», 1893, 27. märts. — 3. «*Päevaleht*», 1922, 24. detsember. — 4. «*Päevaleht*», 1923, 3. mai. — 5. «*Päevaleht*», 1927, 21. aprill. — 6. «*Päevaleht*», 1928, 9. detsember. — 7. «*Päevaleht*», 1933, 25. ja 28. märts. — 8. «*Võru Teataja*», 1917, 1. märts. — 9. «*Võru Teataja*», 1927, 29. august. — 10. «*Võru Teataja*», 1927, 22. detsember.

*Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse
Ministeeriumi KTB*

² ENSV ORKA, f. 4425, n. 1, s. 91, kogu toimik.

³ ENSV ORKA, f. 4425, n. 1, s. 86, l. 8p., 9p., 12p., 45p., 50p., 51p., 52p.



MÕNDA TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI JUUBELIPÄEVADELT, TEMA MINEVIKU JA OLEVIKU AUSTAMISE PÄEVADELT

Need päevad olid ülevad, südantliigutavad, täis kauneid elamusi, mida ei suuda niipea unustada keegi, kes nendel päevadel Tartus oli.

Meie *alma mater*'i juubelpidustused olid kantud rahvaste siirast sõprustundest, õppejõudude ja üliõpilaste külalislahkusest, nende avali südameist. See kõik oli väga selgelt tunnetatav.

Ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» tuleb korraks nende sündmuste juurde tagasi, esitades valikuliselt fotosid ja lühidalt teavet TRÜ juubelil toimunust, et jäädvustada seda omaette rubriigis lõpetuseks juba ilmunule «350-aastane Tartu Ülikool».

15. septembri 1982. a. hommikul kell 9.30 puhusid hõbedased fanfaarid «Gaudeamus» algusmotiivi ja rektor prof. A. Koop ülikooli juhtkonna eesotsas kuulutas peahoone ees juubelpidustused avatuks ning tervitas kõiki külalisi (foto 1).

Samal päeval avati N. Burdenko tänava majas nr. 61 Lenini venna, Dmitri Uljanovi kortermuseum. Arstiteaduskonna üliõpilasena oli ta selles majas elanud ja arstiteadust õppinud ning Tartu üliõpilaste hulgas marksislikke ideid levitanud aastail 1900...1901. Muuseumi avamisele olid tulnud EKP Keskkomitee sekretär R. Ristlaan, EKP Tartu Lin-

nakomitee esimene sekretär I. Toome, Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green, Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep ja tema asetäitjad jt. Dmitri Uljanovi õppimisest ja tema revolutsioonilisest tegevusest Tartu-aastail rääkisid EKP Tartu Linnakomitee sekretär A. Allmann ja EKP TRÜ komitee sekretär A. Kiris. Lindi lõikas läbi R. Ristlaan, I. Toome ja A. Green. D. Uljanovi kortermuseum on esimene muuseum Tartus, mis otseselt on pühendatud revolutsioonilisele liikumisele.

Septembri algul avas uked TRÜ Ajaloomuseum Toomel, ülikooli teadusraamatukogu endises asupaigas (foto 2 ja 3) Toomkiriku ruumides. Muuseumis leidub nüüd palju ülikooli minevikuga seonduvaid originaaldokumente, teaduslikke väljaandeid, fotosid, esemeid, teadustrükiseid, diplomeid, haruldasi litograafiaid ja muud väga väärtuslikku aalates XVII sajandist kuni meie päevini.

15. septembri pärastlõunal toimus aulas TRÜ nõukogu pidulik koosolek, mille avas rektor prof. A. Koop. Presiidiumis olid rektorat ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green. TRÜ teadussekretär I. Maaros tegi teatavaks ülikooli nõukogu otsuse 31. augustist 1982 Ungari RV Teaduste Akadeemia akadeemiku, Ülemaailmse Majandusajaloo Assotsiatsiooni presidendi Zsigmond Pal Pachi (sündinud 1919. aastal) Tartu Riikliku Ülikooli audoktoriks valimise kohta. Dotsent T. Kuldsepp luges ette audoktori diplomi ladina- ja eestikeelse teksti, mille järel rektor andis vastsele audoktorile üle diplomi ja medali (foto 5). Z. P. Pach pidas ingliskeelse kõne, mille lõpetas ladinakeelse tervitusega.

Seejärel tehti teatavaks ülikooli nõukogu otsus Soome Akadeemia akadeemiku, nimeka keeleteadlase prof. Lauri Posti valimise kohta TRÜ audoktoriks. Tema peamine uurimisvaldkond on soome-ugri keeleteadus, soome-ugri rahvaste ja keelte kujunemislugu, slaavi, balti ja germaani keelte kontaktid läänemeresoome keeltega. Aastail 1934...1937 õppis L. Posti stipendiaadina Tartus, Riias ja Leningradis. Tal on olnud pikaajaline koostöö



Foto 1. Juubelpidustuste avamishetk.

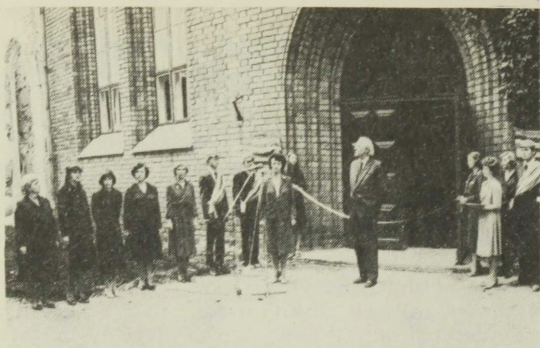


Foto 2. Rektor prof. A. Koop avab Tartu Riikliku Ülikooli Ajaloomuuseumi.

Eesti NSV keeleteadlastega. Tervislikele põhjustel ei saanud L. Posti Tartusse tulla audoktori diplomit vastu võtma.

Tehti teatavaks ka otsus tšehhi arstiteadlase prof. Jiří Rotta (sündinud 1925. aastal) valimise kohta TRÜ audoktoriks (foto 7). Teda tutvustas arstiteaduskonna dekaan prof. L. Allikmets. Tööülesannete tõttu ei olnud värskel audoktoril võimalik Tartusse sõita. Temalt saabunud tänutelegrammi luges ette prof. A. Lenzner.

* * *

Arstiteaduse doktor prof. Jiří Rotta on maailmakuulus mikrobioloog. Ta on sündinud 1925. a. Tšehhoslovakkias, on lõpetanud Praha Karli Ülikooli, on mikrobioloogia erialal oma teadmisi täiendanud stipendiaadina Ameerika Ühendriikides. Prof. J. Rotta on Praha Hügieeni ja Epidemioloogia Instituudi streptokokkide laboratooriumi juhataja. See laboratoorium on ÜTO keskuseks streptokokkide uurimise alal (*WHO Collaborating Center for Reference and Research on Streptococci*).

Prof. J. Rotta sulest on ilmunud kaks monograafiat, mitmed ÜTO poolt väljaantud mikrobioloogiliste uuringute meetodikate kogumikud, üle 130 artikli juhtivates välismaa ajakirjades. Eriti väärtuslikud on tema fundamentaaluurimused streptokokkide bioloogia ja nendest mikroorganismidest põhjustatud nakkuste patogeneesi alal. Prof. J. Rotta ja tema kaastöötajad tegid kindlaks streptokokkide rakuseina komponendid, eeskätt peptidoglükaani organismi kahjustava toime, mis ilmneb näiteks reuma ja glomerulonefriidi puhul. Ta on uute uurimismeetodite autor, mis võimaldavad täpselt eristada haigust tekitavaid streptokokke kahjutuist, jälgida nende tsirkuleerimist elanikkonna hulgas.

TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedril ja ÜMPI mikroobide ökoloogia laboratooriumil on prof. J. Rotta laboriga olnud tihedad teadussidemed 1972. aastast alates. Tema vahetusl kaasabil olemise sidemeid sõlminud ka teiste Tšehhoslovakkia mikrobioloogia-alaste teaduskeskustega Prahas, Brnos, Olomoucis. Tänu nendele teadussidemetele on osutunud võimalikuks ühiselt lahendada mitmeid pakilisi probleeme mikroorganismide taksonoomia ja inimese mikroökoloogia valdkonnas.

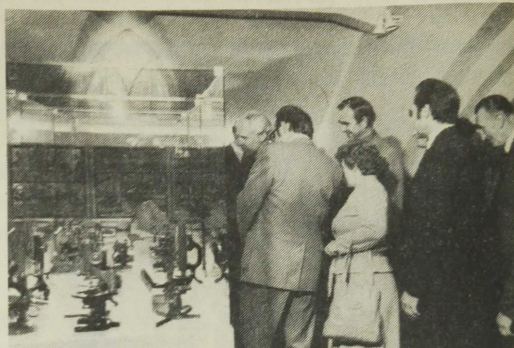


Foto 3. Külalised ja ülikooli juhtkond muuseumi väljapanekutega tutvumas.

Prof. J. Rotta on korduvalt viibinud Nõukogude Liidus, pidanud loenguid Moskvas ja Leningradis. Peale TRÜ on prof. J. Rotta laboratooriumil tihedad teadussidemed veel NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi ning Reumatoloogia Instituudiga.

Akivo Lenzner

Selle päeva sündmusi oli veel mitmeid. Toomemäe nõlval Kingisepa tänavas avati ülikooli õppejõudude ja kasvandike — revolutsiooniliikumisest osavõtnute mälestusmärk. TRÜ prorektor prof. U. Palm tervitas kohalviibijaid ning andis sõna avakõneks akadeemik H. Habermanile. Oma kõne lõpetas ta mõttega, et revolutsioonivõitluses langenute mälestust tähistades tõdeme, et need inimesed ise elavad edasi koos meiega ning koos meie saavutustega. NSV Liidu ajaloo kateedri dotsent L. Eringson andis ülevaate TRÜ revolutsioonilisest minevikust. Mälestusmärgi loojad on kunstnik Andrus Kasemaa ja arhitekt Martti Preem, keda tänati lilledega.

Sama päeva õhtul kogunesid ülikooli õppejõud ja üliõpilased ning külalised Raadi kalmistule, et austada ülikooli vilistlaste ja õppejõudude mälestust (fotod 8 ja 9). Tartu Akadeemilise Meeskoori laulud, mis lauldud elu, inimelu, elutule ülistuseks, tungisid igaühe südamesse, vääristasid kuulsate Tartu manalameeste mälestust veelgi enam nagu teenelise kunstniku E. Hermaküla esitatud G. Suitsu, J. W. Goethe ja N. Jazõkovi luulereadki. Lillekorvid jäid ehtima Tartu Ülikooli rektorite kalmusid, maailmakuulsate teadlaste hauakünkaid. Puhkavad ju Raadi kalmistul J. F. W. Parrot, E. v. Wahl, H. Koppel, K. E. v. Baer, L. Puusepp, A. Tomingas, A. Linkberg, esimesed eesti soost arstid F. R. Faehimann, F. R. Kreutzwald ja mitmed teised nimekad arstid ja loodusteadlased.

Tartu Riiklik Ülikool on alati kalliks pidanud nimekate teadlaste mälestust, on järjekindel olnud nende mälestuse jäädvustamisel. Tänavu hilissuvel, juba enne juubelipidustuste algust avati Uue Anatoomiku ringauditooriumis meile kõigile teada patoanatomia-professori Albert Valdese bareljeef (foto 10),



Foto 4. EKP Keskkomitee esimene sekretär K. Vaino kinnitab ülikooli lipule Rahvaste Sõpruse ordeni.

mille ülikooli tellimisel tegi kujur Aulin Rimm. Avamispäeval rääkisid professor A. Valdese elust ja tööst arstiteaduskonna dekaan prof. L. Allikmets ja praegune patoanatomia ja kohtuarstiteaduse kateedri juhataja, Albert Valdese õpilane prof. A. Truupõld, kes ka bareljeefi avasid. A. Valdes juhatas kateedrit 32 aastat järjest. Tema doktoritöö oli esimene eestikeelne doktoritöö. Tema ja keeleteaduse J. V. Veski koostöö oli väga tihe ja viljakas. Et meil on olemas omakeelsed arstiteaduslikud terminid, et areneb meie meditsiinioskuskeel, selleks tegid hiiglatöö need kaks inimest. Bareljeefi avamisel olid Albert Valdese tütar Viuu Sillastu ja poeg Vello Valdes.

16. septembril anti Raekoja saalis TRÜ õppejõududele kätte autasud. Seda tegi EKP Keskkomitee esimene sekretär K. Vaino. NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadluse põhjal autasustati NSV Liidu ordenite ja medalitega 40 ülikoolitöötajat, sealhulgas ka arstiteadlasi (vt. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 1, 70).

Sama päeva hommikul hakati kogunema Vana Anatoomikumi juurde, et osa saada ülevast hetkest, Tartu Ülikooli kuulsa pro-

fessori Nikolai Pirogovi tammepärjas bareljeefi avamisest (foto 12). Pärast sissejuhatavat kõnet tegi seda kõigi meedikute ja külaliste nimel dekaan prof. L. Allikmets.

Väga huvitavalt rääkis N. Pirogovist prof. E. Sepp, tuues esile selle, mis oli tähtsaim kuulsa ja väga tööka kirurgi töös. Pirogov rajas välikirurgia, ta rajas kirurgilise anatoomia, tema teaduslik pärand on hiigelpärand, ta oli silmapaistev kirurg ja anatoom ning ka ühiskonnategelane, oma kodumaa suur patrioot. Tervituskõnega esines ka tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Bareljeefi looja on kujur Aulin Rimm.

16. septembri pärastlõunal toimus miiting V. I. Lenini mälestussamba juures meie vabariigi valitsusdelegatsiooni osavõtul, tund hiljem juubelipidustuste keskne sündmus — pidulik koosolek «Vanemuise» kontserdisaalis, kuhu olid palutud külalised ja hulgaliselt ülikooli õppejõude, teenistujaid ja üliõpilasi. Rektor prof. A. Koop, kes koosoleku avas, tervitas ja tutvustas külalisi, kelle hulgas olid 44 NSV Liidu ning seitsme välismaa ülikooli rektorid ja prorektorid. Seejärel anti sõna EKP Keskkomitee esimesele sekretärile K. Vainole, kes oma kõne lõpul luges ette NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi seadluse TRÜ autasustamise kohta Rahvaste Sõpruse ordeniga. K. Vaino kinnitas ordeni ülikooli lipule (foto 4) ning andis rektorile üle EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu tervituse teksti nahkköites kaante vahel. Tervitajaid oli palju: NSV Liidu kõrgharidusminister V. Jeljutin, NSV Liidu Teaduste Akadeemia akadeemik V. Tutškevits, NSV Liidu Pedagoogika Akadeemia akadeemik, Moskva Riikliku Ülikooli prorektor I. Fedossov, TRÜ vastne audoktor, Ungari TA asepresident Z. Pal Pach, kosmonaut V. Sevastjanov, Upsala Ülikooli rektor prof. M. Holmdahl jt. Ülikooli õppejõudude nimel lausus tervitussõnad prof. E. Raudam, kes muu hulgas rõhutas, et ülikool tunnetas juubeliks valmistudes kogu rahva armastust *alma mater*'i vastu ning NSV Liidu rahvaste austust ja abi. Neid rahvastevahelisi traditsioone jätkab ja rikastab ülikool ka tulevi-

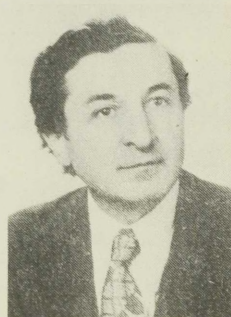


Foto 5. Rektor A. Koop annab Ungari TA akadeemikule Z. P. Pachile üle audoktori diplomi ja medali. Fotol 6 teadusnõukogu istungist osavõtjad. Fotol 7 TRÜ audoktor mikrobioloogiprofessor J. Rotta Prahast.



Fotod 8 ja 9. Tartu Ülikooli vilistlaste ja õppejõudude mälestuse austamine Raadi kalmistul



Foto 10. Patoanatomia kateedri juhataja prof. A. Truupõld (vasakul) ja arstiteaduskonna dekaan prof. L. Allikmets professor Albert Valdese bareljeefi avamas.



Foto 11. Professor Ludvig Puusepa mälestusmärgi juures tema tütar Liivia Luts, TRÜ arstiteaduskonna dotsent.

kus. Dotsent O. Printsa ettekandes kõlas prof. L. Schotteri «Ood ülikoolile» (V. Adamsi sõnad), mis kasvas üle «Gaudeamuseks». Kontserdi kulminatsiooniks oli ülikooli juubelile pühendatud E. Tambergi kantaadi «Alma

mater» (J. Krossi sõnad) esiettekanne.

Samal õhtul «Vanemuise» saalis toimunud üliõpilaste kontsertaktusel kõlas esiettekandes Gustav Ernesaksa «Peahoone kell» (L. Hain-salu sõnad), mis ovatsioonidega vastu võeti.



Foto 12. Vana Anatoomikumi seinal on nüüd Nikolai Pirogovi bareljeef. Hetk pärast bareljeefi avamist.



Foto 13. Uue Anatoomikumi juurde Kassitoome nõlvale püstitati Aleksander Schmidt mälestusmärk. Avamishetk.

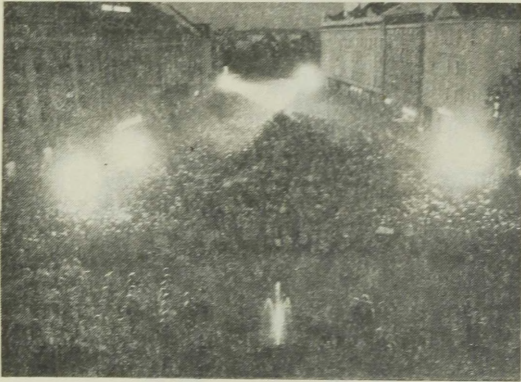
Samal õhtul toimus ka külaliste vastuvõtt arstiteaduskonnas, meeleolukat õhtut juhtis dekaan prof. L. Allikmets (foto 19).

Järgmisel hommikul avati Uue Anatoomikumi juures Aleksander Schmidt mälestusmärk (foto 13). Prof. A. Tikk nimetas sümbolseks mälestusmärgi avamist just Tartus, sest Muhus sündinud A. Schmidt kogu elu oli seotud Tartu Ülikooliga. Siin ta õppis, tegutses teadlasena, juhtis füsioloogiainstituuti, oli ülikooli rektor aastail 1885...1890. Prof.



Foto 14. Eesti NSV teenelise teadlase professor Artur Linkbeigi bareljeefi avamisel esines kõnega tervishoiuminister prof. V. Rätsep.

L. Allikmets meenutas A. Schmidt elu- ja teadlaseteed. A. Schmidt avastas fibriniensüümi ja nimetas selle trombiiniks, selgitas fibrinogeeni muutumist fibriniiks, ta on verehüübimise fermentatiivse teooria rajaja, pälvides sellega maailmakuulsuse. Sõna võtsid veel prof. E. Käer-Kingisepp, tervishoiuminister V. Rätsep, A. Schmidt neljanda põlvkonna esindaja, füüsika-matemaatikadoktor prof. N. Zvolinski Moskvast. Kohal viibisid ka Upsala ja Stokholmi ülikooli rektorid



Fotod 15. 16. 17.

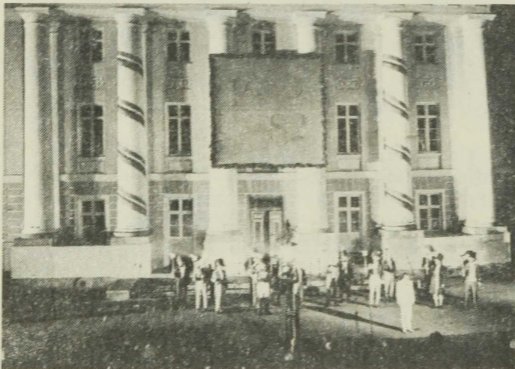


Foto 18.



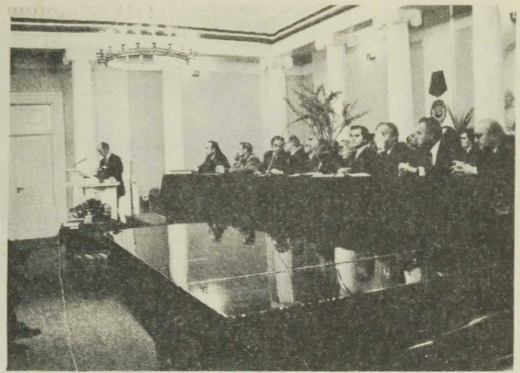
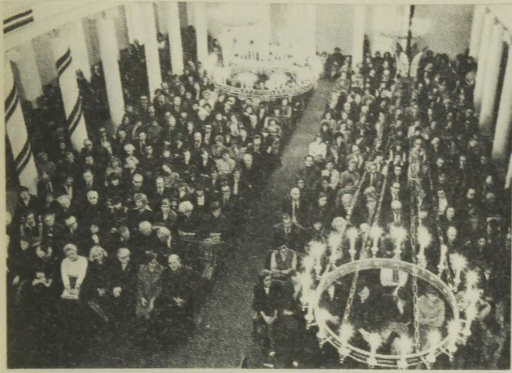
Foto 19. Tartu ja Vilniuse ülikooli artiteaduskonna dekaanid prof. L. Allikmets ja prof. S. Pavilonis kohtusid taas arstiteaduskonna vastuvõtul 16. septembril 1982.



Foto 20. TRÜ ajaloo professor H Piirimäe koos Upsala ja Stokholmi ülikooli rektoritega.

(foto 20). Mälestusmärgi autor on Ülo Oun.

Maarjamõisa närvikliiniku ees avati ülemaailmselt tuntud neurokirurgi prof. Ludvig Puusepa monument (foto 11). L. Puusepa elust ja tööst, tema teadlasekuulsusest kõnelesid dekaan prof. L. Allikmets, neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja prof. E. Raudam, tervishoiuminister V. Rätsep, Tallinna neuroloogide ja neurokirurgide nimel T. Randvere. Avamistseremooniast võtsid osa



Fotod 21 ja 22. TRÜ arstiteaduskonna päevad 14. ja 15. oktoobril olid osa juubelipidustustest. Akadeemilise loengu pidas sel korral prof. K. Kõrge.

ka Upsala ja Stokholmi ülikooli rektorid (foto 20). Monumendi looja on skulptor E. Taniloo.

Keemiahoones avati Tartu Ülikoolile kuulust toonud omaaegse farmaatsiainstituudi juhataja prof. Georg Dragenborffi bareljeef. Katte langetas dotsent B. Luik. Vanemuise tänava õppehoones on nüüd K. E. von Baeri, ühe kuulsama ja mitmekülgsema Tartu Ülikooli kasvandiku pronksist bareljeef. Katte eemaldas bareljeefilt akadeemik H. Haberman, suure teadlase elust rääkis prof. K. Pöldvere.

Ülevaiks, meelde ja südamesse jäävaiks elamusteks olid tõrvikutega juubelirongkäik (fotod 15, 16, 17), vabaõhuetendus peahoone ees «Vivat Academia» (foto 18) ja spordipidu TRÜ staadionil.

Ülikooli suurjuubel ajendas kunstnikke looma, looma ilu ülikoolile, tema rikkale minevikule ja tänapäevale. TRÜ teadusnõukogu saali ehivad viie rektori portreemaalid (fotod 26 ja 27), rektoraadi ruume pannoo «Universitas Tartuensis» (foto 28), TRÜ Teadusliku



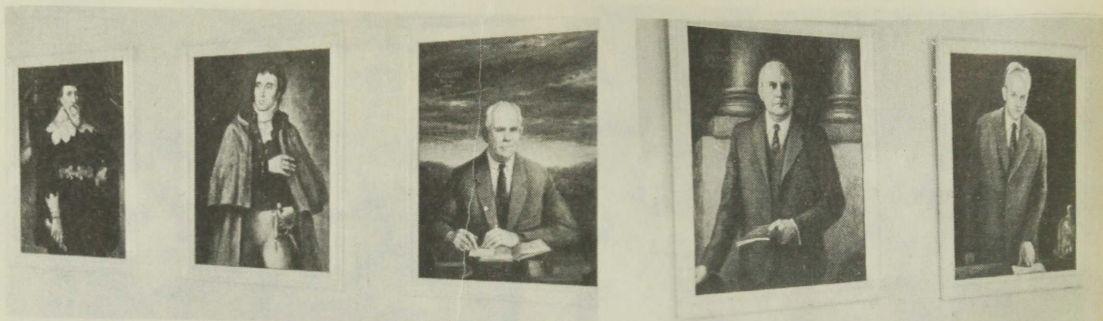
Foto 23. Arstiteaduskonna päeva teaduskonverentsi vaheajal. Vasakult: J. Riiv, K. Põder, U. Reino, L. Päi, L. Allikmets, A. Kallikorm.

Raamatukogu saali lõpmata kaunis suuremõduline vaip (foto 24).

Juubeliürituste osa olid ka-oktoobris toimunud arstiteaduskonna päevad koos teadusliku konverentsiga (fotod 21, 22, 23) ning meditsiini



Fotod 24 ja 25. Pressikonverents TRÜ teadusraamatukogu kaunis saalis.



Fotod 26 ja 27. TRÜ teadusnõukogu istungisaalis on nüüd viie rektori portreemaalid — Johan Skytte, Georg Friedrich Parrot, Hans Kruus, Alfred Koort ja Feodor Klement — kunstnik Ilmar Malini tööd.

nioskuskeele probleemide aruteluga kolme teadusnõukogu ühisistungil, samuti nende päevade pidulik koosolek aulas, kus akadeemilise loengu «Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna ajaloo» pidas prof. K. Kõrge. Avati veel ülikoolile kuulsust toonud teadlaste professor Artur Linkbergi (foto 14) ja vitamiinide olemasolu tõestaja Nikolai Lunini bareljeefid Tartu Kliinilises Haiglas ja Tartu Linna Lastehaigla uues hoones.

* * *

2...9. novembrini 1982 viibis Stokholmis ja Upsalas Tartu Riikliku Ülikooli delegatsioon rektor prof. A. Koobi juhtimisel. Delegatsiooni kuulusid H. Koop, professorid H. Piirimäe, A. Kallikorm, J. Peegel, E. Raudam ja TRÜ Ajaloomuuseumi direktor E. Martis.

Juubeliaastapäeva tähistamiseks olid suure töö ära teinud Upsala Ülikooli rektor prof. M. Holmdahl ja Stokholmi Ülikooli Balti Instituudi direktor prof. A. Loit, kes ka Tartu Ülikooli juubelipidustustel viibisid.

Upsala Ülikoolil, mis asutati 1477. a., on Tartu Ülikooliga selle asutamisest peale olnud tihedad sidemed. Tartu Ülikooli asutamisel juhtis organiseerimistööd J. Skytte, kes Upsala Ülikooli kantserina sealt eeskuju võttis. Tartu Ülikoolile andis Gustav II Adolf samad privileegid mis Upsala Ülikoolilegi.

3. novembril võtsid rektor prof. A. Koobi vastu Rootsi Haridusministeeriumi töötajad ja Stokholmi Ülikooli prorektor. 4...6. novembrini toimusid Upsala Ülikoolis TRÜ 350. aastapäeva, Gustav II Adolphi 350. surma-aastapäeva ja Gustav Adolphi Akadeemia 50. aastapäeva pidustused.

Pidustused algasid 4. novembri õhtul juubelikontserdiga ülikooli aulas. 5. novembril tutvusid TRÜ delegatsiooni liikmed Upsala Ülikooliga.

TRÜ juubelipidustuste keskne sündmus oli 6. novembri keskpäeval aktus Upsala Ülikooli aulas, mille avas Upsala Ülikooli rektor prof. M. Holmdahl. TRÜ rektor prof. A. Koop esines pikema sõnavõtuga, mille tõlkis rootsi keelde prof. A. Loit. Aktuse põhiettekande TRÜ ajaloo ja selle sidemetest Upsala Ülikooliga esitas rootsi keeles Upsala Ülikooli auktoriks valitud TRÜ professor H. Piirimäe.

Sama päeva õhtul toimus aulas Gustav Adolphi Akadeemia pidulik koosolek, tähistamaks Gustav II Adolphi 350. surma-aastapäeva. Sellest võtsid osa Rootsi kuningas Carl XVI Gustav ja kuninganna Silvia. Mälestati sel aastal surma läbi lahkunud akadeemialiiikmeid. Järgnes teadussaavutuste eest akadeemia auhindade väljajagamine, neid andis üle kuningas. TRÜ rektor prof. A. Koop andis kuningale üle TRÜ medali. Samal õhtul toimus Upsala lossi kuningasaalis vastuvõtt.

TRÜ juubelipidustused Rootsis kujunesid meie *alma mater*’ile järjekordseks rahvusvaheliseks tunnustuseks, kinnitades veel kord, et Tartu Ülikoolil ei ole olnud üksnes kuulus minevik, vaid et tal on ka väärikas olevik.

Ernst Raudam

Esitasime TRÜ arstiteaduskonna dekaanile, Eesti NSV teenelisele teadlasele prof. L. Alkimeetsale küsimuse: «Mida andis ülikooli juubel arstiteaduskonnale?»

Esiteks. Ülikooli ja arstiteaduskonna ajaloo teadusliku käsitluse kõige viimase ajani. Seni oli arstiteaduskonna kõige varajasem periood. XVII...XVIII sajand, leidnud trükisõnas ainult põgusat käsitlust. Nüüd aga tänu prof. H. Piirimäe ja dotsent V. Kalnini süstemaatilisele uurimistööle on see terviklik. Lünklik oli teaduskonna ajalugu ka XX saj. kohta. Lisaks Tartu Ülikooli kolmeköitelisele teadusajaloole ilmus eriraamatuna arstiteaduskonna kateedrite ajalugu, ka mitmeid ajaloolaste uurimuste kogumikke. Eriti tunnustavalt märgiksin «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse tööd rubriigi «350-aastane Tartu Ülikool» toimetamisel aastail 1981...1982, mis andis väärtusliku lisamaterjali arstiteaduskonna suurkujude teadusliku tegevuse alalt.

Teiseks. Juubel kujunes tähtsaks kasvatuslikuks ürituseks, andes hea ülevaate arstiteaduskonna praegusest võimekusest, juubel liitis kogu kollektiivi palju ühtsemaks. Sellist arusaamist eesmärkidest ja üliõpilaste ning õppejõudude kaasalöömist ühisüritustele kui juubelieelsel ajal pole kaua tunda olnud.



Foto 28. Enn Põldroosi õlimaal «Universitas Tartuensis» kaunistab TRÜ rektoraati. V. Kutsari, K. Raua, E. Saki, M. Toome ja I. Trapido fotod.

Arstiteaduskonna mitme kursuse üliõpilased, kokku üle 600, töötasid ülikooli korrastamisel ka suvevaheajal. Suur oli üliõpilaste algatusvõime. Arstiteaduskonna patriootiline suhtumine oli tuntav mitte ainult üliõpilaste ja töötajate hulgas, vaid ka TRÜ vilistlaste taaslähendamisel ülikoolile. Arstiteaduskonna juubelpäevadest 1982. aasta oktoobris võttis osa üle 700 vilistlase — arsti ja farmatseudi. Ka vennasvabariikidest saatsid paljud hiljutised arstiteaduskonna lõpetanud tervitus- ja õnnitlustelegramme.

Kolmandaks. Juubel kinnitas taas, kui palju on võimalik korda saata eesmärgikindla ühtse tegevusega. Oluline oli ka materiaalsete väärtuste, ainelise baasi kasv. Röömsaaimeliseks muutusid arstiteaduskonna ajaloolised õppehooned ja kliinikumid, sai valmis A. Linkbergi nimeline auditoorium. Tänu meie vabariigi valitsuse eraldatud summadele sai arstiteaduskond mitmeid unikaalseid seadmeid tea-

dustööks ja uusi tehnilisi vahendeid õpetegevuseks. Tartut ilmestavad vastsed mälestussambad arstiteadlastele Ludvig Puusepale ja Aleksander Schmidtile ning mitmed silmapaistvate teadlaste bareljeefid õppehoonetel. Uus raamatukoguhuone ja spordihooned avardasid suuresti õppe- ja teadustöö ning kehakultuuri ja tervisespordi võimalusi.

Neljandaks. Ülikooli juubeli ettevalmistus ja teostus ning kordaminek kinnitasid selle üldrahvalikku iseloomu, EKP Keskkomitee ja meie vabariigi valitsuse toetust ja suurt abi selle erakordselt tähtsa ühiskondlik-polii-tilise sündmuse korraldamisel. Juubeli ettevalmistusele pühendatud tähelepanu võimaldas propageerida Tartu Ülikooli teadussaavutusi, tema tähtsust kodumaale, tema kaalu rahvusvahelises ulatuses. Ning lõpuks, Tartu Ülikooli juubel andis suure panuse üliõpilaste kasvatamisse nõukogude patriotismi ja internationalismi vaimus.



peaaegu kõik ettekanded TRÜ arstiteaduskonna ajalugu mitmest aspektist. Prof. K. Vassiljev (Odessa) ja allakirjutanu andsid oma ühissetekanded üldistava ülevaate Tartu Ülikooli arstiteaduskonna teadussidemete teiste revolutsioonilise Venemaa ülikoolidega, kasutades süsteem-struktuurset analüüsi ja kontseptsiooni teaduskeskuste esinemisest. Analoogiliselt, ent stomatoloogia valdkonnas, vaates M. Lõvi-Kalnin teaduslikke kontakte kuni tänapäevani välja. V. Kutorga kaasautoritega (Vilnius) rääkis Tartu Ülikooli arstiteaduskonna sidemetest Vilniuse Ülikooliga (1803... 1832) ja Meditsiinilise Kirurgiaakadeemiaga (1832... 1842), R. Talimaa (Vilnius) tõi täiendavaid andmeid Leedu meedikute ja veterinaaride sidemete kohta Tartu Ülikooliga kuni XX sajandi alguseni. A. Endzinas (Kaunas) peatus Vilniuse Meditsiinilise Kirurgiaakadeemia veterinaariaosakonna Tartu Ülikoolile üleandmisel, mis leidis aset 1843. aastal. Laiahaardelises ettekandes rõhutasid professorid A. Georgijevski ja A. Lopatjonok (Leningrad) Tartu Ülikooli suurt osa sõjaväearstide koolitamisel ja sõjaväemeditsiini arendamisel Venemaal. J. Golikov kaasautoritega (Leningrad) tõi veenvaid näiteid Tartu Ülikooli suure mõju kohta meditsiinilis-bioloogilise mõtte arengule Venemaal.

Uusi andmeid esitati ka mõne Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kasvandiku kohta: A. Hazanov (Riia) näitas Tartu Ülikooli mõju N. Pirogovi loodusteaduslike vaadete kujunemisele, L. Kuzmaite (Vilnius) kõneles akadeemik V. Kuzmaist kui teadusliku transplantoloogia rajajast Leedus, A. Šalčiute (Vilnius) D. Alseikast kui ühiskonna- ja kultuuritegelasest ning ajalehtede väljaandjast.

Mitmed ettekanded olid Tartu Ülikooli arstiteaduskonna teadlaste ja kasvandike panusest üksikute teadusdistsipliinide arendamisse (psühhiaatria, psühholoogia, immunoloogia, füsioloogia, hügieen, meremeditsiin). Enam huvipakkuvad olid V. Žuraveli (Leningrad) ettekanne, ta tutvustas V. Tšži ja A. Jarotski andamit üliõpilaste psühholoogilisse haridusse sajandivahetusel, samuti prof. A. Samini (Moskva) ettekanne, kes rääkis šveitsi bioloogi, tsütokeemia ja -füsioloogia ühe rajaja F. Miescheri kirjavahetusest farmakoloogia-professor R. Boehmiga. Juba XIX sajandi 70ndail aastail esitas F. Miescher hüpoteese nukleiinhapete funktsioonidest. Huvitav oli ka T. Uljankina (Moskva) töö farmakoloogiaprofessor R. Koberti koolkonna kohta, kellel on suuri teeneid I. Metšnikovi fagotsütaarse immuunsusteooria kinnitamise alal. Kriitilise ülevaate Tartu Ülikooli kasvandike ja õppejõudude panusest kirurgia historiograafiasse andis N. Oborin (Lvov), tõstes esile eriti L. Stieda, G. Levitski, I. Brennsohni, P. Kalju, A. Linkbergi, Š. Gulordavā ja V. Kalnini töid. Kahjuks jäid kodanlikul perioodil (1919... 1940) kirurgia ajaloole alal ilmunud tööd autorile tundmatuks ning seetõttu hindamata.

Neli ettekannet otseselt temaatikasse ei kuulunud, ent olid Baltimaade teaduseajaloo konverentsidele traditsioonilised. Neist väärivad

esiletõstmist prof. J. Voronovi (Leningrad) uurimus eesti päritolu füsioloogist N. Pärnast ja tema panusest õpetusse tähtsamatest närvi-protsessidest, J. Norvaišene (Kaunas) I Leedu arstide kongressist (1921. a.) ja I. Jakušovaite (Kaunas) meditsiiniajaloo filosoofilis-sotsioloogilise analüüsist.

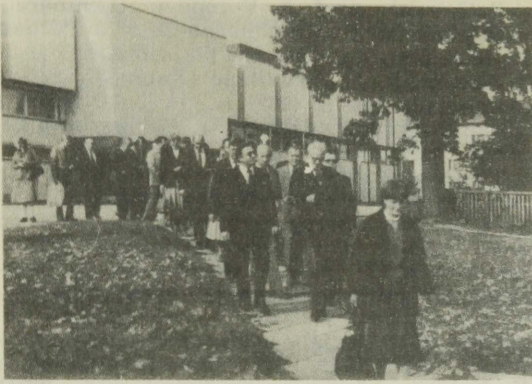
Ettekanded põhjustasid arvukalt küsimusi, järgnes elav diskussioon. Pikemate kriitiseerivate ja analüüsivate sõnavõttudega esinesid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige B. Petrov, professorid K. Vassiljev, E. Käer-Kingisepp, vanemteadurid A. Lopatjonok, V. Žuravel, A. Hazanov jt. Sektsiooni materjalid ilmusid trükitist konverentsi materjalide III vihikus (toimetaja V. Kalnin). Lõpp-plenaaristungil said TRÜ rektori käskkirjaga kiita väljastpoolt vabariiki meie ülikooli arstiteaduskonna ajaloo uurimises aktiivselt osalenud K. Vassiljev, A. Viksna, A. Loit, V. Siudikas ja R. Talimaa. Järgmine, XIV Baltimaade teaduseajaloo konverents otustati pidada Riias 1984. a. sügisel, põhiteemaatiks teaduskoolkondade kujunemine ja nende panus teaduse arengusse.

Viktor Kalnin

Tartu ja Turu ülikooli arstiteadlaste kolmas

ühistöö koosolek sai teoks 25. septembril 1982 Tartus. Meie teadlaste kontaktid põhjanaabritega on üha tihedamaks muutunud. Gastroenteroloogia seltsi liikmed eesotsas professorite K. Villako ja V. Saluperega on edukalt korraldanud kohtumisi. Süstemaatilisel ja tööalast mõõtu teineteise teadussaavutustelt võtnud ka juhtivad neurokirurgid, meil prof. E. Raudami eestvedamisel. Kolme aasta jooksul on teadustöö sidemed regulaarseks muutunud samuti gastrokirurgide rühmal, keda Tartu Riikliku Ülikooli poolt on esindanud prof. J. Sarv ja allakirjutanu, Turu Ülikooli poolt kirurgiakliiniku juhataja prof. S. Viikari.

Seekord kõitsid Soome kolleegide tähelepanu mitte üksnes meie tööd ja tegemised, vaid ka kaunis juubelilinn ning ülikool ise. Pärast TRÜ Teadusliku Raamatukoguga tutvumist toimus põgus mõttevahetus ülikooli rektoradis. Prorektor prof. A. Tikk andis lühülevaate ülikooli senisest käekäigust. Ei unustatud külastamast ka ülikooli kartserit, samuti tutvuti õppeasutuse ajaloo muuseumis Toomemäel. Järgnes teadusreferaatide vastastikune esitamine ülikooli aulas. Arvukale kuulajaskonnale esitati ühtekokku viis ettekannet teemal, mille Soome teadurid on välja pakkunud kümne aasta koostöök — «Haavandtõve diagnoosimise ja ravi meetodite täiustamine». Turu Ülikooli kirurgiakliiniku esindajatek (E. Nylamo ja M. Inberg) oli väga huvitav ettekanne, mis käsitles insuliinesti väärtust vagotoomia täiuslikkuse ja haavandi retsidiivi riski vagotoomiajärgsel kindlakstegemisel. Uurimistöö tulemuste põhjal tulid autorid järeldusele, et laialdaselt kasutusel olev Hollanderi insuliinesti ei võimalda üsna sageli



Koos Soome kolleegidega tutvuti ka TRÜ teadusraamatukoguga.

kindlaks teha vagotoomia täiuslikkust ega võimalda välja selgitada haigeid, kellel haavandi retsiidivi suur oht pärast operatsiooni on veel säilinud. Külaliste teine ettekanne (A. Auranen ja M. Äärimea) oli sukraalfaadi (*sucralfate*) kaksteistsõrmikuhaavandiga haigete ravi tulemuste hindamisest, võrdlemaks tsimetidiniitainoistepreparaatide toimega samalaadsete haigete ravimisel. Esinejad rõhutasid, et nende poolt saadud esialgsetele andmetele tuginev uurimistulemus lubab väita, et sukraalfaadiga ravituil on efekt pikaajalisem ja retsiidivive tekib mõnevõrra vähem kui tsimetidiiniga ravituil. Andmed on esialgsed ja vajavad vaagimist.

Nõukogude Eesti esinejad käsitasid mao ja peensoole limaskestast vagotoomiajärgseid muutusi (eksperimentaaluurimus E. Sepalt, P. Roosaarelt). Esmaseid kogemusi ja võimalusi magu säilitavate operatsioonide valikul maohaavandi ägedate tüsistuste korral esitati diskussiooniks R. Truve ja allakirjutanu ühise uurimismaterjali alusel. Rasvade ja valkude assimileerumise iseärasusi pärast vagotoomiat käsitles J. Sarve ja R. Taru ettekanne.

Diskussioonist jäi kõlama tees, et uute mõjuvõimete konservatiivse ravi vahendite kasutuselevõtmisel on vaja senisest rohkem tähelepanu pöörata intensiivsele ja igati põhjendatud komplekssele terapeutilisele ravile. Kui see ei osutu tõhusaks, tuleb haiged veel enne raskete ja eluohtlike haavanditüsistuste ilmnemist saata kirurgilisele ravile sinna, kus magu säilitavateks operatsioonideks on kogemusi küllaldaselt.

Uno Sibul

Ravimtaimede teadusliku uurimise ja kogumise alane seminarkonverents, mis oli pühendatud Nõukogude Liidu moodustamise 60. aastapäevale, toimus 15. detsembril 1982. aastal Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Apteekide Peavalitsuse korraldusel.

Seminarkonverentsi avas Eesti NSV Apteekide Peavalitsuse juhataja V. Nisu, kes andis ka ülevaate ravimtaimede osatähtsusest ravimite saamisel. Nõukogude Liidu riiklikus

registris olevatest ravimitest pärineb üks kolmandik taimedest. Metsikult kasvavate ravimtaimede kogumise võimalusi looduskaitsese seisukohalt lähtudes tutvustas dotsent J. Tammeorg. Eesti NSV Metsamajanduse ja Looduskaitsese Ministeeriumi süsteemis on alustatud sookassiurva ja kolmisraskme katselist kultiveerimist. Metsamajanduse ja Looduskaitsese Teadusliku Uurimise Instituut on teinud algust paakspuu varude uurimisega Lõuna-Eestis. Edaspidi kavatakse neid uurimisi jätkata kogu meie vabariigis (A. Mutso). Eesti NSV TA Zooloogia ja Botaanika Instituudis tehtud uurimistööde põhjal (U. Pihlik) rajatakse leesika ja pohla kaitsealad, kus järgnevalt selgitatakse nende ratsionaalse eksploateerimise võimalusi olenevalt kohalikest ökoloogilistest tingimustest. Edu on saavutatud ravimtaimede teaduslikul uurimisel TRÜ farmaatsia kateedris. E. Arak käsitles bioloogilisel aktiivsete ainete sisaldust teekummeli lehtedes ja vartes. I. Tammaru tutvustas uurimistulemusi mikroelementide mõju kohta ogaõuna alkaloidide sisaldusele. Kanepist ja tema toimeainetest andis põhjaliku ülevaate P. Veski.

Eri majandeid, kes tegeleksid ravimtaimede kultiveerimisega, ja ametkondi, kes tegeleksid metsikult kasvavate ravimtaimede kogumisega, Eesti NSV-s ei ole. Need ülesanded on jaotatud tervishoiu, hariduse, kõrg- ning keskerihariduse ning metsamajanduse ja looduskaitsese ministeeriumi vahel. Kuigi ravimtaimede varumine Eestis on viimase kümne aasta jooksul ligikaudu kaks korda suurenenud, ei ole nõudmist suudetud täiel määral rahuldada (V. Romanova). Kogujate vähesest teadlikkusest tuleb ette juhtumeid, kus ravimtaimed ei vasta kvaliteedinõuetele (A. Parmas). Ravimtaimede varumise omapoolseid kogemusi tutvustasid E. Eichelmann, E. Täht, V. Roost ja S. Öisma. Metsikult kasvavate ravimtaimede varumist takistab neid tutvustava näitliku materjali ning ravimtaimede leviku ja leiu-kohtade kaartide puudumine. Paljudes apteekides pole võimalik taimi nõuetekohaselt kuitvatada ega säilitada. Kultiveerimine apteegiaedades ja ainult apteekide ettevõtmisel majandites on seotud suurte raskustega.

Seminarkonverentsi otsuses peeti vajalikuks välja selgitada metsikult kasvavate ravimtaimede leiukohad vastava lepingulise töö alusel ja tihendada töökontakte ravimtaimi varuvate ametkondade vahel.

Elmar Arak

S. Botkini 150. sünniaastapäevale pühendatud konverents toimus 29. septembril 1982 Leningradis. Korraldasid selle NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia ja S. Kirovi nimeline Sõjaväemeditiini Akadeemia. Konverentsi avas ning seda juhatas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia president N. Blohhiin. Põhi-ettekanne oli NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi peaterapeutidil akadeemik F. Komarovilt, kes iseloomustas S. Botkinilt kui vene arstiteaduse klassikut, tõeliselt teadusliku kliini-

lise meditsiini rajajat Venemaal. Mitmes ettekandes räägiti S. Botkini teeneist internmeditsiini üksikute harude arendamisel. Konverentsil esitati töid ka tänapäeva internmeditsiini aktuaalsetest probleemidest, nagu vereringe puudulikkuse patogeneesi neurohumoraalsed mehhanismid, südame- ja veresoonte haiguste funktsionaalse diagnoosimise perspektiivid, omandatud südamerikete diagnoosimine, kliinilise ensümolooogia saavutused siseelundite haiguste diagnoosimisel, vere agregaatlooki reguleerimissüsteem ja selle korrektsiooni-metoodika jt.

Konverentsil viibis ka S. Botkini professorist pojapoeg Pariisist, kes andis Sõjaväe-meditsiini Akadeemiale üle vanaisa käsikirju ja osa kirjavahetusest. Oli võimalus tutvuda ka S. Botkinile pühendatud väljapanekuga ning Sõjaväe-meditsiini Akadeemia õppejõudude poolt konstrueeritud meditsiiniaparatuuride ja -instrumentide näitusega.

Viktor Kalnin

IV üleliiduline konverents ravimite kõrvaltoime alal toimus 28...29. septembrini Moskvas.

Konverentsist võtsid osa kõikide liiduvabariikide esindajad. Enamik delegaate olid allergoloogid, terapeutid, ftisiaatrid, pediaatrid või muud spetsialistid, kes töö juures ravimitest põhjustatud kõrvalnähtudega kõige enam kokku puutuvad.

Meie vabariigist võtsid konverentsist osa N. Loogna ja allakirjutanu.

Avaettekandes rõhutas NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Uute Ravimite ja Meditsiinitehnika Juurutamise Valitsuse ülem E. Babajan ravimite tingletud kõrvaltoime kõigi juhtude täpse registreerimise vajadust, mis tagaks üleliidulise andmepanga laekumise. Ravimite kõrvaltoime juhtude ühtne registreerimise süsteem võimaldab välja selgitada enam kõrvaltoimet põhjustavad ravimid, haiguste iseärasused, mis ravimite kõrvalmõju soodustavad, meditsiinitöötaja vale taktika ravimi kõrvaltoime tekkimisel või muud olulised tegurid. Ravimite kõrvaltoime juhtude analüüs võimaldab neid ohtlikke reaktsioone edaspidi vältida.

Paljud ettekanded käsitlesid ravimiallergia, ravimi toksiliste reaktsioonide ja muude ravimitalumatuse ilmingute etiopatogeneesi.

Kõigist sõnavõttudest jäi kõlama allergoloogilise anamneesi suur tähtsus.

Ravimite kõrvaltoime juhtude retrospektiivne analüüs viitas peaaegu kõikidel juhtudel arsti poolt puudulikult kogutud allergoloogilisele anamneesile. Huvipakkuvad olid ettekanded ravimiallergia laboratoorsete testide diagnostilise väärtuse kohta (L. Gorjatškina jt.), riskitegurite arvestamisest ravimiallergia võimaliku tekke vältimiseks (I. Zomotajev jt.). N. Loogna rõhutas oma sõnavõtus fotosensibiliseerumise võimalikkust mõningate ravimite toimel, mis sisuliselt kuulub samuti ravimite kõrvaltoime hulka.

Rõhutati vajadust laboratoorseid teste ravigiallergia diagnoosimiseks enam kasutada, sest *in vitro* testid kätkevad uuritavale vähem ohtu.

Tiiu Tatar

I üleliiduline teaduslik-praktiline konverents teemal «Laste ja alaealiste günekoloogia aktuaalsed küsimused» toimus 4. ja 5. oktoobril 1982 Jerevanis. Käsitleti tütarlaste günekoloogiliste haiguste ravi- ja profülaktilise abi organisatsiooni, reproduktiivse süsteemi arengu füsioloogilisi aspekte ja selle süsteemi häirete ravi ning profülaktikat puberteedieas. Kuulati 33 ettekannet ja hulgaliselt sõnavõtte. Esinesid lastegünekoloogia alal rahvusvaheliselt ja üleliiduliselt tuntud teadlased M. Kuznetsova, J. Bogdanova, N. Tkatchenko ja V. Strugatski Moskvast, N. Kobozeva ja V. Alipov Leningradist, J. Krupro-Bolšova Kijevist ja R. Sarkisjan Jerevanist. Ettekandeid oli ka Leedu, Läti ja Eesti NSV vastava eriala spetsialistidelt või tervishoiuorganisatoritelt — R. Janitskene Kaunast, G. Bergman Riist ja allakirjutanu. Konverentsist võtsid osa kõikide liiduvabariikide peagünekoloogid.

Võimalus oli põhjalikult tutvuda Jerevani lastegünekoloogiaalase korraldusega, samuti linna ja selle lähema ümbruse vaatamisväärsustega.

Virve Kask

II üleliiduline kohtuarstide kongress toimus 27...30. oktoobri 1982 Minskis. Delegaate oli kõikidest liiduvabariikidest üle 300, sealhulgas ka õiguskaitseorganite esindajad ning külalisi Bulgaariast, Ungarist, Saksa DV-st ja Poolast. Eesti NSV kohtuarste esindasid kongressil Ü. Kool, O. Ilvik ja allakirjutanu.

Ülevaate kohtumeditiinitalitusest ja selle arenguperspektiividest esitas NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja A. Safonov. Märkimisväärselt on laiendatud materiaalsel baasil paljudes liiduvabariikide keskustes ja ka oblastikeskustes on rajatud eriruomid kohtumeditiiniekspertiisi büroode jaoks, varustatus seadmete ja aparatuuriga on paranenud. Paranenud on ka kaadri ettevalmistus ja erialane täiendamine internatuuris, arstide täiendamise intituutides, temaatilistel täienduskursustel jm. Kõige selle tulemusena on paranenud ekspertiisi kvaliteet, järelduste teaduslik põhjendus, laboratoorsete uurin-gute tegemine, tunduvalt on lühenenud komplitseeritud ekspertiisi kestus.

Nõukogude kohtumeditiinitalituse iseärasus on profülaktiline tegevussuund, ka arstiabi korraldamises osalemine ning tervishoiusüsteemis ilmnenud puuduste kõrvaldamisel abistamine. Selles suhtes on kohtuarstide kasutuses küllalt oluline teave tervishoiusüsteemi ja selle üksikülilide tegevuse kohta eri ravietappidel.

NSV Liidu Tervishoiuministeriumi kohtumeditiini peaekspert akadeemik A. Gromov tõi esile, et teaduslik-praktiline uurimine kohtumeditiini ja -keemia alal on intensiivistunud. Mitmed ettekanded käsitlesid kohtumeditiini aluse koostööd õiguskorraldajate ja jurisdiktsiooni organitega.

Ühe plenaaristungi kõik ettekanded olid kohtumeditiiniilise traumatoloogia alalt, mille osatähtsus kohtumeditiini praktikas tänapäeval üha suureneb. Traumade ekspertiisi teoorias ja praktikas on palju ära tehtud: traumade mudeldamine biomannekeenidel, traumade biomehaanika seaduspärasuste väljaselgitamine, vigastuste iseloomustamine, läheduste konkreetsetest tingimustest.

Teise plenaaristungi peateema oli mürgituste kohtumeditiiniilise ekspertiisi. Käsitleti toksikoloogia arengut ja hetkeseisu, ägedaid mürgitusi lastel ja nende ravi, ravimite väärast kasutamisest põhjustatud mürgituste ekspertiisi, alkoholmürgituste ekspertiisi nüüdisaegseid seisukohti ning arengut, pestitsiididest tekitatud mürgituste ekspertiisi. Rõhutati ka keemilistest ainetest esilekutsutud mürgituste diagnoosimise tähtsuse suurenemist, pideva sanitaar-hügieenilise propaganda suurt osa igasuguste mürgituste ennetamiseks.

Kongressil valiti Üleliidulise Kohtuarstide Teadusseltsi uus juhatus. Eesti NSV esindajana valiti juhatusse A. Lukaš ja E. Murašev.

Aleksei Lukaš

VIII üleliiduline otorinolarüngoloogide kongress toimus 23...25. novembrini 1982. a. Suzdalis. Sellest võttis osa üle 400 delegaadi ja külalisi. Kohal oli ka Ülemaailmse Otorinolarüngoloogide Seltside Föderatsiooni president L. Surján Budapestist. Meie vabariiki esindasid viis delegaati (R. Aero, H. Kruuse, V. Liiv, S. Sibul ja allakirjutanu).

Kongressil kuulati ja arutati üle 60 ettekande. Peale seitsme plenaaristungi toimusid istungid neljas sektsioonis, kus arutati järgmisi probleeme: otorinolarüngoloogia areng Nõukogude Liidus, kuulmis- ja tasakaaluanalüsaatori füsioloogia ja patoloogia, kõrva ning ülemiste hingamisteede mikrokirurgia, kasvaja otorinolarüngoloogias ning organisatsioonilised küsimused. Viimati nimetatut arutamisel kuulati Nõukogude Liidu otorinolarüngoloogiaajakirjade peatoimetajate aruandeid ning valiti üleliidulise seltsi uus juhatus. Istungite vaheajal demonstreeriti teadusfilme ning külastati meditsiiniaparatuuri ja -instrumentide näitust.

Kongressi avas ning põhiettekande esitas NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja J. Novikova. Ta rõhutas, et kõrva-, nina- ja kurguhaiguste eriala on üks tähtsamaid kliinilisi distsipliine, kusjuures peatähelepanu tuleb pöörata arstiabi esmase lüli — polikliinikute töö tõhustamisele, maaelanike arstiabile, kiir-

abi arendamisele ja tööaja ratsionaalsele kasutamisele. Suuremates linnades tuleb rajada ajakahase aparatuuriga varustatud kuulmise uurimise ja rehabilitatsiooni keskused (kuulmisaparaatide määramiseks). Eriti puudulik on selline abi kuni kahe aasta vanustele lastele. Et kroonilise tonsilliidi, otiidi ja sinusiidi esinemissagedus on elanikkonna hulgas suurenenud, siis peaks teadlaste abi praktikale suurem olema.

Tähelepanu keskmes olid veel sisekõrva kuulmis- ja tasakaalurakkude ultrastruktuuri ja talitluse tundmaõppimine elektronmikroskoopilistel ja elektrofüsioloogilistel meetoditel ning sisekõrvas põhinevate objektiivsete kuulmise uurimise ja diagnoosimise täiustamine.

Täiustatakse ja arendatakse edasi keskkõrva ja häälepaelte mikrofüsioloogilisi meetodeid, seejuures kasutatakse ka laserikiirt ja ultraheli. Viimasel ajal on nii meil kui ka välismaal suurt tähelepanu pööratud kuulmisnärvi neuriinomi varajasele avastamisele ja mikrokirurgilisele eemaldamisele.

Rõhutati pahaloomuliste kasvujate väheväljendunud sümptomide tähtsust nende varajaseks avastamiseks ning juhiti tähelepanu kõrvakasvajate küllalt suurele esinemissagedusele. 98% -l juhtudest arenevad need kroonilise mädase keskkõrvapõletiku tagajärjel.

Kongressile järgnes 26. novembril NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Presiidiumi juures asuva otorinolarüngoloogia teadusnõukogu laiendatud plenum, kus probleemikomisjonide esimehed andsid ülevaate tehtust. Kuulati ka Moskva, Leningradi ja Kiievi otorinolarüngoloogia uurimise instituutide direktorite sõnavõtte teadusliku uurimistöö koordineerimisest oma instituutides.

Arvid Luts

XI üleliiduline lastearstide kongress toimus 30. novembrist 3. detsembrini 1982 Moskvas. Külalisi oli 17 riigist. Põhiküsimusteks olid lastetervishoiu organisatsioon, vastündinute füsioloogia- ja patoloogiaprobleemid ning allergilised seisundid ja haigused.

Kongressi avas NSV Liidu tervishoiuminister S. Burenkov, kes rõhutas, et laste hügieenialane kasvatus peab saama tervishoiutöötaja südameasjaks. Suurt rõhku peavad kõik liiduvabariigid panema laste rehabilitatsioonikeskuste ehitamisele, sanatoorse abi parandamisele, kiiresti lahendamata laste toiduproduktide tootmisele. Tähtsaim aga on vastündinute tervise seotud probleemid. Tunduvalt peaks parem olema pärilike haiguste õigeaegne väljaselgitamine ja taastusravi. Selles on suur osatähtsus naistenõuandlatel, kuid kahjuks nende töö praegu meid ei rahulda.

NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja prof. J. Novikova andis ülevaate saavutatust lastetervishoius viimase kuue aasta jooksul. Lastearvu vähendamine jaoskonnas 800 lapseni peab parandama polikliinikute tööd haiguste profülaktika, ravi ja diagnoosimise alal. Tähelepanu keskmes peab olema patronaazi ja dis-

panseerimise kvaliteet. Parem peab olema õdede ettevalmistus. Järgmistel aastatel on peatähelepanu pööratud ravi- ja profülaktilisele abile maal. Jaoskonnahaiglates peaksid olema rajooni keskhaiglate eriarstide vastuvõttud, statsionaarset abi tuleks arendada üksnes keskustes. Moldaavia ja Leedu NSV-s on välja töötatud maajaoskonna näidised, eri suurussega ravi- ja profülaktikaasutuste tüüpprojektid.

Eriti oluline on riskirühmade väljaselgitamine, enneaegsuse põhjuste kindlakstegemine. Riskirühma rasedate tarvis oleks vaja pensionaate, samuti perinataalse diagnoosimise keskust ning peaneonatoloogide töölerakendamist. Akušööride ja neonatoloogide koostöö peaks tunduvalt tihedam olema.

Paljud sõnavõtjad rääkisid laste karastamisest. Polikliinikute basseinidel, ostarbekalt rajatud mänguväljakutel on tähtis koht laste tervise kaitsel. Meie vabariigis on sel alal veel palju teha. Meil ei ole veel kompleksset lastehaiglat, kus ravitaks lapsi pediatraia kõikidel erialadel. Üksnes sellistes ravi- ja diagnostikakeskustes saab tänapäeval meditsiiniprobleeme igakülgselt lahendada, kaadrit nõuete kohaselt ette valmistada ja kvalifikatsiooni tõstmise kursusi korraldada.

G. Saveljeva (Moskva) rääkis sellest, et vastsündinute riskirühmade suurenemine on seotud sünnitamise vastunäidustuste vähenedamisega. Sageli sõltub vastsündinu seisund ema tervisest. Kaasasündinud ja pärilikud haigused, immunoloogiline sobimatus, üsasisene nakkus ja platsenta haiguslikud muutused on vastsündinute haiguste põhjustena esiplaanil. K. Sotnikova juhtis tähelepanu adaptatsiooni-häiretele, mis põhjustavad vastsündinutel pneumo- ja kardiopaatiaid.

Vastsündinute respiratoorsed nakkused kulgevad sageli varjatult või siis tormiliselt, põhjustades šokki. Samal ajal kahjustuvad paljud elundkonnad.

Enamik autoreid oli arvamusel, et ajukahjustusega laste ravi on väheefektiivne (M. Studenikin, A. Ratner, B. Lebedev jt.). Taastusravis peaksid esiplaanil olema ravikehakultuur ja massaaž. Logopeediline ravi peab algama esimestel elukuudel. Vastsündinute, eriti enneaegsete hooldus, nüüdisaegne intensiivravi võimaldavad vähendada laste suremust.

Väga huvitava ettekande vastsündinute parenteraalsest toitmisest esitas prof. A. Mazurin (Moskva). Kõige ohtlikum on haigete laste nälgutamine, seda tuleb silmas pida.

Allergilisi seisundeid ja allergilisi haigusi käsitlesid paljud esindajad. Väga oluliseks peetakse immunoloogilisi uuringuid allergia avastamiseks ja ravitulemuste hindamiseks.

Meie vabariigis ei ole veel allergiliste seisunditega laste ravi osakonda, kus tehtaks immunoloogilisi uuringuid.

Meie vabariigist võttis kongressist osa lastearstide 10-liikmeline delegatsioon (E. Kõöbi, M. Laaniste, A. Ormisson, A. Paves, I. Pilv, P. Põldmäe, A.-M. Riikjärvi, L. Tamm, E. Tomberg, A. Vares) ning Eesti NSV tervishoiu-

nistri esimene asetäitja E. Väärt, kellelt koos V. Loolaidi, A. Paju, K. Zilmeriga oli ka ettekanne.

Kongressil valiti järgmiseks kuueks aastaks Üleliidulise Lastearstide Teadusliku Seltsi juhatus. Seltsi esimeheks sai taas akadeemik M. Studenikin. Meie vabariigist valiti juhatusse E. Tomberg ning allakirjutanu, seltsi auliikmeks A. Vares.

Teatati, et ülemaailmne lastearstide kongress toimub tänavu novembris Manilas.

Leo Tamm

Üleliiduline seminar «Tööstusallergeenidest põhjustatud allergooside diagnoosimine ja profülaktika» toimus 27...29. detsembrini 1982 Moskvast.

Seminari avas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudi direktor prof. N. Izmerov, kes rõhutas allergooside suurt osa kutsehaiguste tekkes.

L. Dujeva iseloomustas tööstusallergeene. Paljudel keemilistel ainetel on sensibiliseeriva toime kõrval ka tugev toksiline toime. Osa allergeene, näiteks nikliühendid ja tärpentin, toimib ainult nahasse, teised, nagu formaldehüüd, nii nahasse kui ka hingamisteedesse. Allergooside kõige sagedamad põhjustajad on tööstuses formaldehüüd, polümeerid, kaptaks või muud ained. Arst peab teadma vastava keemilise aine omadusi ja selle organismi satumise võimalusi. Sageli toimib mitu allergeeni ja toksilist ainet üheaegselt. Suur tähtsus on täpsete töötingimuste selgitamisel ja haigestumise uurimisel tööstusettevõttes. Arstid peavad rohkem tegelema allergooside väljaselgitamisega põllumajandustöötajatel, kes puutuvad kokku söödajahu, vitamiinide, ensüümide, loomakarvade või linnusulgedega.

Prof. O. Aleksejeva käsitles immunoloogilisi *in vitro* teste tööstusallergooside diagnoosimiseks.

Prof. B. Somov rääkis kutsedermatooside kliiniku ja diagnoosimise iseärasustest ning profülaktikast. On tähelepanekuid, et kutsedermatoos võib kliiniliselt kulgeda kui seborroiline ekseem. Laborandid, kes mitmesuguseid keemilisi aineid pipetiga suhu tõmbavad, võivad haigestuda allergilisse glossiiti. Kutsedermatooside etioloogias on kombineeritud tegurite, näiteks tsemendi (sisaldab koobaliti, krooni ja niklit) osatähtsus suurenenud. Rohkem tuleb tähelepanu pöörata fotosensibiliseeriva toime väljaselgitamisele. Kutsedermatooside diagnoosimisel on tähtsal kohal spetsiifilised nahatestid tilga- või kambrimeetodil. Praegu on tootmise võtmisel preparaat, mis inaktiveerib formaldehüüdi.

V. Pankova käsitles ülemiste hingamisteede kutseallergooside diagnoosimist ja profülaktikat. Ülemistesse hingamisteedesse toimivad sageli üheaegselt mitmed tegurid: keemilised ained, tolmu, õhuniiskuse. Võib tekkida aller-

gilne riniit, rinosinusiit, farüngiit, larüngiit või eespool mainitud mitu haigust koos. Ülemiste hingamisteede kahjustuste diagnoosimisel soovitatakse spetsiifilisi ninasiseseid provokatsiooniteste. Oluline on õige töökorraldus ja varajane ravi.

V. Ožiganova rääkis kutseteguritest põhjustatud bronhiaalastma kliinilisest kulust, diagnoosimisest ja ravist. Rõhutati varajase diagnoosimise vajadust, sest haiguse algstaadiumis on ravi tulemused paremad. Tunduvalt halvemad aga on need siis, kui kutseastma on tüsistunud infektsioonallergiaga. Diagnoosimisel on tähtsal kohal spetsiifilised inhalatsiooni-provokatsioonitestid. Kui allergiatekitajateks on tugeva toksilise toimega ained, kasutatakse rohkem spetsiifilisi nahateste ja *in vitro* teste.

Naomi Loogna

XXV ülemaailmne tuberkuloosi ja kopsuhaiguste konverents toimus Buenos Aireses 15...18. septembrini 1982. a. Tuberkuloositekitaja avastamisest R. Kochi poolt on möödunud 100 aastat, sellele tähtpäevale oligi konverents pühendatud.

Konverentsist võttis osa ligikaudu 1800 delegaati 70 riigist. Nõukogude Liitu esindasid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige prof. A. Homenko ja allakirjutanu.

Konverentsi päevakorras oli kolm põhiprobleemi: tuberkuloosi epidemioloogia, tuberkuloosi ravi ja mittespetsiifilised kopsuhaigused.

Tuberkuloosi epidemioloogias oli peatähtsusele pööratud arengumaadele. Rahvusvahelise Tuberkuloositorje Liidu teadusala direktori prof. K. Styblo põhietekanne «Tuberkuloosi epidemioloogiline seisund ja selle kontrolliürituste vajalikkus» näitas tuberkuloosi aktuaalsust arengumaades. Arengumaades on risk haigestuda tuberkuloosi 20...50 korda suurem kui arenenud maades. Kõrge on ka letaalsus. Oletatakse, et igal aastal haigestub seal tuberkuloosi umbes 10 miljonit inimest, kellest pooled on tuberkuloosibakterite eritajad. Aastas sureb tuberkuloosi umbes 2...2,5 miljonit inimest.

Tuberkuloos ei ole aktuaalsust kaotanud ka arenenud maades. See ilmnes A. Vennama (USA) ettekandest. Tema andmetel suurenes New Yorgi koolilaste tuberkuloosihäigestumus 1980. a. 23% 1977. aasta andmetega võrreldes.

Meeldiv oli tõdeda Argentiina kolleegide saavutusi tuberkuloositorjes. Häigestumus ja letaalsus on vastavalt 35 ja 6,2 100 000 elaniku kohta (A. P. Bado). Need 1979...1980. aasta andmed on sellise territoriaalselt suure riigi jaoks suhteliselt head.

Osa ettekandeid oli konventsionaalse ravi kohta — 12 kuud või kauem kestev antibakteriaalne ravi. Enamikus töödes aga oli vaatluse all tuberkuloosi lühiajaline, tavaliselt 6...9 kuud kestev kemoterapia. Teatud ravimikombinatsioonide puhul osutub võimalikuks tuberkuloosi antibakteriaalset ravi lühendada.

Selliseid uurimisi on paljudes riikides korraldatud juba pikemat aega. Puuduvad aga veel üldistused ja unifikseeritud meetodid. Nõukogude Liidus uuritakse samuti individualiseeritud kemoterapia võimalusi haigetel, kellel on esmasavastatud destruktiivne protsess.

Mittespetsiifiliste kopsuhaiguste osas oli peatähtsusele pööratud bronhiaalastmale, kroonilisele bronhiidile ning mitmesugustele respiratoorsele nakkustele, samuti suitsetamise ja õhu reostuse kahjulikkusele ning selle osatähtsusele kopsuhaiguste tekkes.

Prof. A. Homenko (koos M. Averbachiga) käsitles kemoterapiat ja tuberkuloosivastast immuunsust ning allakirjutanu (koos A. Kalikormi, E. Raukase ja P. Taniga) hüpofüüsi ja kilpnäärme korrelatsiooni kopsutuberkuloosi ja bronhiaalastmat põdejatel.

Konverentsil anti esmakordselt välja ka Kochi-nimeline medal edusammude eest tuberkuloositorjes, organisatsioonilises ja teadustöös. Medali pälvivad prof. W. Fox (Inglismaa) ning J. Holm (Taani).

Heinart Sillastu

Ravimite toimemehhanism ja laste ainevahetuse iseärasused. Farmakokineetika ja farmakodünaamika sõltuvad muu hulgas ka patsiendi vanusest. Ravimite spetsiifilise toime kohta imikute organismisse teatakse veel suhteliselt vähevõitu. See selgus ka Kopenhaagenis peetud Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo sümposiooni ettekannetest. Kahe näite varal saavad selgeks imiku ainevahetuse iseärasused, mida ravimite manustamisel peab arvestama.

Teofüüniin muundub täiskasvanu organismis vees lahustuvaiks aineks ja eritatakse neerude kaudu. Seda ravimit aga kasutatakse imikutel, eriti just enneaegselt sündinutel, hingamise stimuleerimiseks, ning see ravim, pikkamööda muundatuna veel alles väljaarenemata maksas kofeiiniks, toetab soovitud toimeefekti veelgi. Ehkki toimemehhanism on kahjutu, peab seda asjaolu ravimi doseerimisel arvestama.

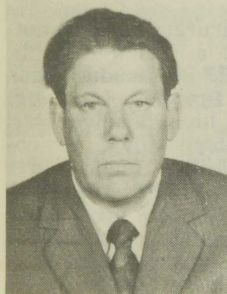
Seevastu klooramfenikooli kasutamine on enneaegsete puhul vastunäidustatud. Nende maks ei ole veel sel määral välja arenenud, et oleks võimeline antibiootikumi molekuli muundama vees lahustuvaiks, mistõttu ravim organismist ei eritu. Pikaajalise kasutamise korral suureneb ravimi kontsentratsioon ohtliku määran, põhjustades lõpuks mürgitust. Sellised lapsed näevad välja kahvatud ning nende hingamine on pidurdatud (Gray sündroom).

Der praktische Arzt, 1982, 1148—1150.

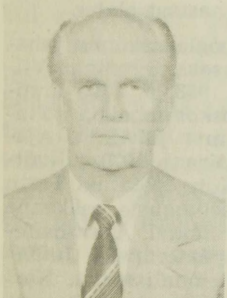
Meie juubilarid



Heino Järv, Tartu Rajoonihaigla Elvas peaarst, Eesti NSV teeneline arst, sai 26. jaanuaril 60-aastaseks. Sündinud Tartus käsitöölise perekonnas. On lõpetanud Pärnu 1. Keskkooli, aastail 1946...1952 õppis TRÜ arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetas kiitusega. Pärast ülikooli lõpetamist oli ta Kallaste Linnahaiglas peaarstiks. 1958. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. Põhitöö kõrval on ta kogu aeg töötanud ka akušöör-günekoloogina. H. Järv on I kategooria tervishoiuorganisaator. Juubilar on palju teinud haigla materiaalse baasi rajamisel ning Elva polikliiniku ehitamisel. Südamelähedased on juubilarile olnud elanike terviseõpetus ja haigla ajalugu. Ta on kogunud väga põhjalikke andmeid Elva tervishoiuajaloo kohta ning tema ettevõtmisel rajati üks esimesi tervise rahvaülikoole meie vabariigis. H. Järv on korduvalt olnud rajooninõukogu saadik ning rajooni täitevkomitee liige. Mitmekülgse ja hea töö eest on teda autasustatud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiutöö eesrindlase ja NSV Liidu sanitaarkaitse eesrindlase rinnamärgi ning mitme aukirjaga. Juubilarile on omane heasoovlikkus ja suur tööarmastus.



Ilmar-Vello Novek, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla röntgenoloog, sai 29. jaanuaril 60-aastaseks. Sündinud Valga rajoonis põllupidaja perekonnas. On lõpetanud Tartus H. Treffneri gümnaasiumi. 1955. aastani töötas põllumajanduses, 1955. a. alustas õpinguid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetas 1960. aastal. 1960. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. Korduvalt on täiendanud oma erialateadmisi Moskvas Arstide Täiendamise Keskinstituudis. I.-V. Novek on I kategooria röntgenoloog, on esitanud ettekandeid konverentsidel ja seminaridel. Trükis on avaldanud 17 tööd, mis põhiliselt käsitlevad lasteröntgenoloogiat ning röntgenogrammide otsese suurendamisega seotud probleeme. Ta on kolme ratsionaliseerimisettepaneku autor. I.-V. Novek on õpetanud TRÜ-s röntgenoloogiat ja tsiviilkaitset. Juubilar on innukalt osa võtnud Punase Risti Seltsi ja ametiühingu tööst. Aastaid on ta kuulunud ametiühingukomiteesse ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee presiidiumisse. Hea töö eest on teda autasustatud Tartu Linna RSN Täitevkomitee, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi aukirjadega. Hobiks on matkamine.



Olaf Imelik, TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedri dotsent, sai 12. märtsil 60-aastaseks. Sündinud Tartus arsti perekonnas. On lõpetanud H. Treffneri gümnaasiumi. TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna lõpetas 1947. a. Juba üliõpilasena huvitus füsioloogiast ning 1946. a. asus tööle TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedris. Arstiteaduse kandidaadi väitekirja kaitses 1955. a. Ajavaheimikul 1960...1975 oli O. Imelik E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi kehalise kasvatuse ja spordi kateedri dotsent. Ta rajas seal ka füsioloogia laboratooriumi, mille juhendajaks ta oli. 1975. a. alates on juubilar töötanud praegusel ametikohal. Teadustöös on tähelepanu keskmes olnud kehalise töö ja treeninguga seoses toimuvad muutused organismi funktsioonides, viimasel aastakümnel aga eriti veres toimuvad muutused. Tunnustatud spetsialistina on ta esinenud paljudel vabariiklikel, üleliidulistel ning rahvusvahelistel konverentsidel. On avaldanud üle 120 teadustööd, neist 20 välismaa väljaannetes. On juhendanud arvukalt üliõpilaste teadustöid, võtnud osa paljudel teadusüritustel organiseerimisest. O. Imelik on mitme vabariikliku ja üleliidulise erialaselti juhatause ning erialanõukogu ja -komisjoni liige.



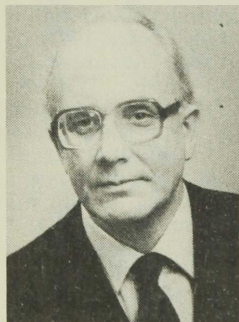
August Lutsuver, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla I kirurgiaosakonna juhataja, sai 3. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud Võru rajoonis teenistuja perekonnas. 1950. a. lõpetas Tartu Meditsiinikooli, mille järel töötas aasta velskrina Nõos. Õppis TRÜ arstiteaduskonnas ja Leningradi I Meditsiiniinstituudis, mille lõpetas 1957. a. Ajavahemikul 1957...1958 oli Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja polikliinilisel alal, 1958...1960 Tallinna Vabariiklikus Haiglas kliiniline ordinaator kirurgia erialal. Aastail 1960...1962 töötas A. Lutsuver Jõhvi Haigla kirurgiaosakonna, 1962...1963 Kohtla-Järve 1. Linnahaigla traumatoloogiaosakonna ja 1969...1979 Tallinna Tõnismäe Haigla vältimatu kirurgia osakonna juhatajana. 1979. a. alates on ta töötanud praegusel ametikohal. Kandidaadiväitekirja kaitses 1978. a. A. Lutsuver on kõrgema kategooria kirurg. NLKP ridadesse kuulus 1969. a. alates. A. Lutsuver on olnud aktiivne ühiskonnatöös, praegu on ta haigla parteiorganisatsiooni sekretär. Teda on autasustatud Tööpunalipu ordeniga.



Aarne-Lembit Kõöp, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku vanemordinaator, sai 26. veebruaril 50-aastaseks. Sündinud Harju rajoonis talupoja perekonnas. Töö kõrvalt on ta lõpetanud Tallinnas õhtukeskkooli. 1951. aastal astus Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1957. aastal. Ajavahemikul 1957...1980 töötas A.-L. Kõöp Tallinna Vabariiklikus Haiglas, algul kirurgina, seejärel traumatoloogina ning kaks aastat osakonnajuhatajana. 1980. aastast alates on juubilar töötanud praeguses töökohas. A.-L. Kõöp on I kategooria traumatoloog. Tema sulest on ilmunud mitmeid teadustöid. Aktiivselt osaleb ta ühiskondlikus tegevuses. Aastaid on ta olnud Eesti NSV Traumatoloogide Teadusliku Seltsi sekretär. Palju kordi on teda valitud rahvakohtu kaasistujaks. Juubilar on kohusetundlik, korrektn, sõbralik ning distsiplineeritud. Kolleegid ning sõbrad tunnevad teda ka kui head jahimeest.



Harri Tihane, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri dotsent, sai 16. märtsil 50-aastaseks. Sündinud 1933. a. Tartu rajoonis. 1954. a. lõpetas Tartu 5. Keskkooli ja 1960. a. TRÜ arstiteaduskonna. Juba üliõpilasena tundis huvi teadustöö vastu. Prof. A. Linkbergi juhendamisel valmis mitu võistlustööd ja 1967. a. kandidaadiväitekirja «Vee- ja elektrolüütide ainevahetuse häiretest postoperatiivsel perioodil». H. Tihane initsiatiivil rajati 1966. a. Tartu Kliinilise Haigla juures tehiseeruosakond, mis teatavasti oli esimene Eesti NSV-s. Koos prof. A. Linkbergiga oli juubilar ka neerude siirdamise pioneere meie vabariigis. TRÜ arstiteaduskonna dotsendina on ta uroloogia ja kirurgilise nefroloogia alase teadustöö juhendaja. Juubilar on oma eriala tunnustatud spetsialist. Ta on Euroopa Dialüüsi ja Transplantatsiooni Assotsiatsiooni liige, üleliidulise ja Eesti NSV uroloogide teadusliku seltsi juhataise liige ning NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia elundite ja kudede siirdamise teadusliku nõukogu liige. Trükis on avaldanud 95 teadustööd. Ajavahemikul 1980...1982 oli H. Tihane TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadusala asedirektoriks. Juubilar on korduvalt täiendanud oma erialateadmisi nii kodu- kui ka välismaa tuntud kliinikutes. H. Tihane on NLKP liige 1967. aastast alates.



Enno-Alfred Kõiv, Tartu Kliinilise Haigla kardioloogiaosakonna juhataja, arstiteaduse kandidaat, sai 24. aprillil 50-aastaseks. Sündinud Viljandis. 1952. a. lõpetas Viljandi 2. Keskkooli ning 1958. a. TRÜ arstiteaduskonna. Aastail 1958...1963 oli Kadrina jaoskonnahaigla juhataja, 1963...1970 Tapa linnahaigla teraapiaosakonna juhataja. Ajavahemikul 1965...1969 TRÜ mittestatsionaarne aspirant. 1970. a. kaitses kandidaadiväitekirja. 1970. a. alates on E.-A. Kõiv töötanud Tartu Kliinilises Haiglas, algul terapeudina, seejärel sisehaiguste osakonna juhatajana. 1976. a. alates on olnud praegusel ametikohal. Ajavahemikul 1971...1976 oli E.-A. Kõiv ka Tartu rajooni peaterapeut. Juubilar on avaldanud 18 teadusartiklit, on tuntud ratsionaliseerija. Korduvalt viibinud täienduskursustel. E.-A. Kõiv on kõrgema kategooria kardioloog. On täitnud mitmeid ühiskondlikke kohustusi: olnud rahvasaadik, rahvakaasistuja, ametiühingukomitee liige ja muudki. E.-A. Kõivu töö on pärvinud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja mitmeid teisi aukirju.

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

MEDITSIIINTERMINITE KORRASTAMISE SUUNDADEST JA ÜLESANNETEST

PAVEL BOGOVSKI · TALLINN

Meditsiini nagu teistegi teadusharude areng on mõeldamatu samaaegse terminoloogia arenguta. Uued terminid tekivad ja endiste tähendus muutub käsi-käes uute teaduslike faktide selgumisega ja mõistete kujunemisega. Meditsiini hoogne spetsialiseerumine, uute distsipliinide teke, süvenev läbipõimimine naaberteadusaladega tingib vajaduse luua üha rohkem uusi termineid ning rakendada naaberlade terminoloogiat. Et need protsessid on viimaste aastakümnete jooksul tunduvalt kiirenenud, esineb oht, et spontaanselt tekivad terminid, mida ei reguleerita ega korrastata, võivad kujuneda takistuseks niihästi arstiteaduse arengule kui ka arstide praktilisele tegevusele. Teaduslikes artiklites kasutatavad terminid võivad jääda arusaamatuks naabereriala spetsialistile, seega on häiritud infovahetus erialade vahel, nende vahelised seosed nõrgenevad. Haige kohta koostatavad dokumendid võivad sisaldada termineid, mis ei ole ühtemoodi arusaadavad teistele spetsialistidele.

Korrastamata terminoloogia raskendab ja häirib meditsiini kui ühtse teadusala arengut.

Täpne terminoloogia on seega oluli-

seks eelduseks sellele arengule. Terminoloogiatöö on mitmepalgeline, mistõttu ei saa peatuda kõigil aspektidel. Leksikograafilise töö osas märgiksin vaid, et aastavahetusel ilmus A. Valdese ja J. V. Veski ladina-eesti-vene meditsiinisinonaraamat (6). See monumentaalne teos kujutab endast põhilist eestikeelset meditsiiniterminoloogia fondi, mida on tunduvalt redigeeritud ja milles autorid on püüdnud luua terminoloogilisi süsteeme. Kahtlemata ei ole kõik terminid nüüdisajal rakendatavad, kuid see sõnastik on väärtuslik baas, millele võib rajada kogu edaspidise meditsiiniterminite arendamise ja korrastamise töö.

Viimaseil aastail on ilmunud teisigi oskussõnastikke, mainiksime zoologia võõrsõnade leksikoni (3) ja infosõnastikku (1). Nende kohta ilmunud retensioonid (2, 5) on suureks abiks terminoloogiatöös niihästi eeskujude võtmise ning vigade vältimise kui ka erinevate erialade terminite kooskõlastamise vajaduse rõhutamise mõttes. Palju kasu oleme saanud ka E. Kindlami sisukast artikliteseeriast aastaist 1969... 1981.

Terminoloogia väljaarendamise lõppesmärk on terminite standardiseerimine, mis eeldab korrastatud ühetähenduslike terminite täpseid definit-sioone ja kindlat kohta loogilistes süsteemides.

Käesoleval ajal on aga vaja intensiivselt termineid korrastada. Puudutan järgnevalt mõnda küsimust sellest valdkonnast.

Meditsiini oskuskeele ebakohtade põhiligid.

Üldine raskus meditsiiniterminoloogias tuleneb sellest, et paljud nähtused, millel on aegade jooksul kujunenud terminid, ei ole veel lõpuni selged.

Polüseemia. Paljudel terminitel on mitu tähendust, näiteks *alveoliit* on hambasombu põletik, kuid ka kopsu-sompude põletik, *anesteesia* on kirurgias tuimastus, neuroloogias tähendab see termin sümptoomi — tuimust, mit-tetundlikku olekut. Tunneme ka paljusid termineid, mis on kasutusel eri

teadusharudes, kus neil on erinevad tähendused. Näiteks *funktsioon* — matemaatikas, füsioloogias, sotsioloogias, *ekstraheerima* — stomatoloogias, keemias, *antagonist* — anatoomias (lihas), keemias, toksikoloogias (vastupidise toimega aine), *isolaator* — meditsiinis, tehnikas. Need terminid on niivõrd juurdunud, et nad ei kuulu erialadevahelisele unifikseerimisele, kuid ühe eriala ulatuses peab neil olema kontekstis sama sisu. Seesugust polüsemiat on vaja vältida uute terminite loomisel.

Sünonüümia. Teatav hulk rööpvariante on lubatav, kui nendel tähenduslikku vahet ei ole, näiteks võõr- ja omasõna, lühi- ja täisvorm (*nodulaarne* e. *sõlmiline lümfoom*, *nodulaarlümfoom* e. *sõlmilümfoom*).

Ei saa elimineerida ka rahvakeeles juurdunud nimetusi, nagu *suhkruhaigus*, *ninakoobas*, *hambaarst*, *pimesoolepõletik* jt., mis teadusliku terminoloogia seisukohast ei ole korrektsed, teaduslikus kirjutises ega ülikooli loengus esineda ei tohi, küll aga võivad mõnel juhul kasutust leida rahvaga suhtlemisel. Siia kuuluvad ka stilistilised sünonüümid, argookeelendid jne.

Vältida tuleb aga sünonüüme, mis on ajalooliselt küll seletatavad ning võimalda muudiski keeltes tarvitusel, kuid mis on teaduse arengu tulemusena osutunud vananenuiks ega anna edasi täpset sisu. Näitena võiks tuua mõningaid sünonüüme. *Ealesi* tõvel on mitu nimetust: *noorukite võrkkesta-angjopaatia*, *retinaalne vaskuliit*, *võrkkesta periflebiit*, *proliferatiivne retiniit* (9, lk. 407). Valdese-Veski sõnaraamatus (6, lk. 590) leiame: *mikroгнаatia*, *pisilõualisus*, *pisilõugsus* ning *mikrorhism*, *mikrorhia*, *pisimunandilisus*, *pisimunandlus*, *munandiväiksus*. Ilmselt on vaja nende variantide seast valida sobivamad.

Sünonüümid on ka *renograafia* ja *nefrograafia* — viimane on parem, sest ei ole kahekeelne hübrid. Õigem on ka *ekskretoorne urograafia intravenoosse püelograafiaga* võrreldes.

Eponüümidega liialdamine. Siiani on

kasutusel paljud terminid, millede rakendatakse autorite nimesid.

Sõnastikes ja artiklites võime näiteks kohata *Brissaud'-Marie'*, *Morgagni-Stewarti-Moreli* sündroomi, *Itsenko-Cushingi* ja *Steini-Leventhali* tõbesid jpts. Mis need tähendavad, saavad aru ainult kitsa eriala spetsialistid, sest termin ei ava sisu, ei edasta informatsiooni. Neuroloogias on Šmidt ja Milovidovi (8) järgi 30% termineid eponüümsed, nende seas on näiteks 5 *Babinski sümptoomi*, 14 *Behterevi sümptoomi* ja *refleksi*. Nende puhul tuleb ette ka seda, et uute andmete juurdeugenemisel nende definitsioonid eri autoritel ja õpikuis erinevad — näiteks sobib tuntud *Rombergi sümptoom*. Ka aparate nimetustes kasutatakse sageli ainult kitsa eriala spetsialistidele tuntud autorite nimetusi, näiteks *Iizarovi* aparaat, *Gudušauri-Volkovi* aparaat jne. Eponüümide arvukusest võib saada ülevaate Lazovskise (4) raamatust, samas leiab näiteid rohkete sünonüümide kohta.

Täiesti kõrvaldada eponüümseid termineid ei saa ega ole vajagi, vahel nad on lihtsamad kui sisu kirjeldavad ja laialt tarvitusel, näiteks *Kocheri* näpits, *Crohni* tõbi, *Hodgkini* tõbi jt.

Raskused eesti keelde tõlkimisel. Lümfogranulomatoosi nimetatakse angloameerika kirjanduses järjekindlalt *Hodgkini* tõveks. Viimastel aastatel on kõik lümfoomid jaotatud kahte rühma: *Hodgkini's disease* ja *Non-Hodgkini's lymphoma*. Hiljuti leidsin, et ka vene keelde on need terminid üle võetud, kirjutatud on *ходжкинские и неходжкинские лимфомы* (7).

Meie arutasime 1978. a. juunis vereloome ja lümfoidse koe kasvajaaliste haiguste klassifikatsiooni, mis oli tõlgitud 1976. a. ilmunud ÜTO publikatsioonide seeria kõite nr. 14 klassifikatsioonist (NET, 1978, 463). Selles on veel endist viisi *Hodgkini tõbi* e. *lümfogranulomatoos* ja *lümfosarkoomid*. Kuidas eesti keeles edaspidi talitada, kui tahame üle võtta uut moodi rühmituse, on raske öelda.

Raskusi tekitab ka viirushepatiitide

nimetamine eesti keeles. Spetsialistid kasutavad meil nimetusi *infektsioosne hepatiit (A-hepatiit)*, *seerumhepatiit (B-hepatiit)* ja *non-A-non-B-hepatiit*.

Eesti keeles kasutatakse küll termineid *mittetuberkuloossed kopsuhaigused*, *mittesarvestuv vähk*, *mittespetsiifiline põletik* jne., kuidas aga leida esitatud näidetele eestikeelseid vasteid, ei ole kerge otsustada.

Teistest keeltest tõlkimisel võib ette tulla muidki raskusi. Näiteks üks võrdlemisi uus termin geneetika alal on kiiresti levinud angloameerika kirjanusest. See on *sister-chromatid exchange*. Vene keelde on see tõlgitud täpselt *обмен сестринских хроматид*. Eestikeelset vastavat terminit nägin hiljuti ühes käsikirjas — *tütarkromatiidide vahetuse* kujul. Kui ma küsisin, miks niisugune erinevus tõlkes, vastas autor, et eesti keeles ei saaks sõna «öde» rakendada. Tuletasin siis autorile meelde, et on olemas väga ilus murdesõna «sõsar» ja *sõsarkromatiidide vahetus* sobiks hästi.

Need näited viitavad sellele, et spon-taanne terminite loomine võib tekitada raskusi.

Ebajärjekindlus. Seda leidub toime-tusse tulnud käsikirjades sageli. Rööbiti kasutatakse *reumaatiline* ja *reuma-toidne*, *urge*, *koobas* ja *õõs*, *sündroom* ja *sümptoom* (sündroom tähendab sümptoomide kindlat kombinatsiooni — kr. *sündromos* on kokkujooks). Ei tehta vahet *kogumiku* ja *kogumi*, *haigestu-mise* ja *haiguse* vahel. Artiklites leidub kõrvuti *suhkurtõvega* termin *suhkru-haige*. Kasutatakse terminit *praktiline arst*, muidugi on ebapraktilisi inimesi, ka arste, kuid parem oleks *tegevarst (praktiseeriv arst)*. Kasutatakse *deformeeriv* ja *deformeeruv artriit* — õige on esimene. Ikkagi on veel pahandust *vasaku pärgarteri ümbritseva haruga*: kord on see *ringlev haru* (ringleb karussellil puuhobune), kord *ümberhaarav haru* (õige, kuid kohmakas), kord *ringharu* (ei moodusta ringi). Ikkagi võib kohata *marutõve* asemel *marutaudi* ja isegi *marutaudi epideemiat*, s. t. maru-

taudi taudi. Taolisi näiteid võiks tuua palju.

Meditšiiniterminite korrastamise põhiülesanded.

Esitatust võib tuletada meie ees seisvaid aktuaalseid sisulisi ülesandeid selles valdkonnas, neid võiks jaotada kolmeks rühmaks.

Terminifondi revideerimine. Siia kuulub: polüseemia kõrvaldamine, vaidlusaluste terminite sisuline täpsustamine ja sünonüümide sobivamate valik, eponüümsete ja teiste neutraalsete infot mitte edastavate terminite asendamine, terminite õigekeelsuslik töötlemine.

Süsteemide väljatöötamine ja selle töö jätkamine. Siia kuulub süsteemide aluste väljatöötamine analoogia, hierarhia jt. alustel ning teistes keeltes kasutatavate süsteemide kohandamine.

Uute terminite loomine. Siia kuulub rahvakeelest sõnade võtmine, uue sisuga uustuletiste moodustamine, tehissõnade loomine, teistest keeltest tõlkimine ning ülevõtmine.

Peale nende sisuliste ülesannete tuleks pisut peatuda organisatoorsetel ülesannetel, mis põhiliselt taotleavad kontaktide loomist mitmel tasandil.

Üleliidulised kontaktid. Suvel saime täpsemaid andmeid 1975. a. peetud üleliidulise meditsiiniterminoloogia konverentsi ja selle otsuste kohta. Kirjutasime prof. I. Lidovile, et teada anda meie meditsiiniterminoloogia komisjoni olemasolust ja pärida uudiseid konverentsi otsuste täitmise kohta. Siiani vastust pole tulnud, kuid kontakte taotleme edaspidigi. On oluline, et me saaksime arvestada oma tegevuses üleliiduliselt otsustatavaid küsimusi, iseäranis niisuguseid, nagu terminisüsteemide loomine, standardiseerimine, sünonüümide valik, tõlkimise põhialused jms.

Vabariikidevahelised kontaktid. Rohkesti kasulikku võiks saada ka naabervabariikide terminoloogiatöö kogemustest. Lätis on näiteks palju tehtud, samuti Ukrainas ja teistes vabariikides.

Vabariigisisene koostöö. Arendada kontakte meie omas vabariigis naaber-

aladega on eriti oluline. Termineid korrastavad ja loovad bioloogid, antropoloogid, biokeemikud, geneetikud, füsioloogid, viroloogid, botaanikud, zooloogid, veterinaarid, keemikud jt. On hädavajalik, et võimalikult palju termineid oleks unifitseeritud, iseäranis kehtib see uute terminite kohta. Hädavajalik on vabariikliku koosseisulise terminoloogikeskuse loomine, kes seda erialadevahelist koostööd ja terminite ühtlustamist peaks korraldama.

Organisatoorsete ülesannete hulka kuulub ka kontakti loomine kirjastustega, et nad pöörduksid MTK poole vaidlust tekitanud terminoloogiaküsimuste lahendamiseks.

Lõpuks lubatagu mul eriti rõhutada TRÜ arstiteaduskonna kateedrite tähtsat osa meie meditsiinterminoloogia arengus ja korrastamises. Kateedrite loengutest ning praktikumidest süginebki tulevase arsti kõne- ja kirjakeel. Väga olulised on paljundatavad õppematerjalid ja õpikud. Tahaks soovitada kõigile kateedrijuhatajatele võtta terminoloogiaprobleemi väga tõsiselt, õieti südameasjaks. Võiks olla nii, et iga kateeder süstemaatiliselt arutaks oma eriala termineid, kui aga tekib kahtlus ja vajadus, siis tuleks pöörduda MTK poole. On vaja kaasa haarata noori keelehuvilisi ja eriti oma keelt ning teisi keeli valdavaid arste terminoloogiatööl.

Tahan avaldada lootust, et eespool toodu meie meditsiinterminite korrastusele omajagu kaasa aitab.

KIRJANDUS: 1. *Agur, U., Ariste, A., Johani, H., Kull, R., Pärtelpoeg, H., Saari, H.* Eesti-inglise-saksa-vene infosõnastik. Tallinn, 1977. — 2. *Alvre, P., Boston, L.* Keel ja Kirjandus, 1979, 371—375. — 3. *Aul, J.* Zoologia võõrsõnade leksikon. Tallinn, 1978. — 4. *Lazovskis, I.* Kliniskie simptomi un sindromi, Riga, 1971. — 5. *Mereste, U.* Keel ja Kirjandus, 1978, 177—181. — 6. *Valdes, A., Veski, J. V.* Ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamat. I kd. Tallinn, 1982.

7. *Горделадзе А. С., Быстрова В. В.* Арх. патол., 1982, 6, 14—20. — 8. *Шмидт Е. В., Миловидов Ю. К.* В сб.: Актуальные вопросы упорядочения медицинской терминологии. М., 1981, 102—103. — 9. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Изд. I, т. I. М., 1982.

*Ekspperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut*

Uusi ravimeid

ASPARKAAM

(Tablettaa «Asparkam», таблетки аспаркам)

Analoogse toimega on preparaat *Panangin*.

Asparkaam on kaalium- ja magneesiumasparaginaadi segu vahekorras 1:1. Ravimina on kasutusel valge värvusega tabletid. Tablett 0,5 g sisaldab 0,175 g magneesiumasparaginaati (=11,8 mg Mg⁺⁺) ja 0,175 g kaaliumasparaginaati (=36,2 mg K⁺).

Asparkaam soodustab kaalium- ja magneesiumioonide tungimist rakkudesse ning aitab tasakaalustada organismi elektrolüütide bilansi.

Asparkaam mõjub arütmiaavastaselt. Vähendades südamelihase erutatavust, vähendab ta mõnevõrra ka juhtivust. Alandab kõrgeenenud tundlikkust südameglükosiidide suhtes ja vähendab nende toksilist toimet. Ravimit võetakse südame isheemiatõve, müokardiinfarkti, paroksüsmaalse tahhükardia, kodade ekstrasüstolite, virvendusarütmia paroksüsmide ja tahhüstoolse vormi puhul või muudel näidustustel. Võetakse 1...2 tabletti kolm korda päevas pärast sööki 3...4 nädalat. Vajaduse korral võib ravi korrata.

Asparkaami määratakse südamepuudulikkuse kompleksravi koostises, südameglükosiididest põhjustatud intoksikatsiooni korral, samuti pärast diureetikumide (salureetikumide) kasutamist tekkinud hüpokaliemiajuhtudel.

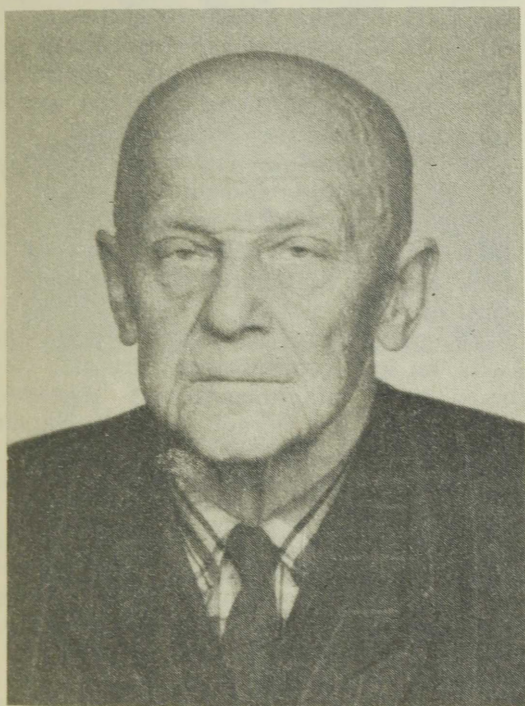
Asparkaami ei soovitata kasutada atriointrikulaarse blokaadi esinemisel. Ravim on vastunäidustatud kroonilise ja ägeda neerupuudulikkuse, ka hüperkaliemia korral. Anatsiidset gaastriiti või koletsüstiiti põdevatel haigetel võib ta esile kutsuda ebameeldivustunde roietekaare all, tekitada kõrvetisi.

Pakend, milles on 50 tabletti, maksab 74 kopikat. Säilitatakse toatemperatuuril. Säilitusaeg kaks aastat.

Aino Jürison

In memoriam

**EESTI NSV TEENELINE ARST
JOHANNES SAKS
21. X 1901 ... 31. X 1982**



Meie vabariigi meditsiiniüldsust on järjekordselt tabanud valus kaotus. Mullu 31. oktoobril 1982 lahkus meie hulgast Eesti NSV teeneline arst, suurte kogemustega kirurg Johannes Saks. Jätsime jäädavalt hüvasti suurepärase inimesega, meie esimese kõrgema kategooria kirurgiga, kes oma oskusi ja teadmisi oli lahke meelega jaganud noortele kirurgidele, tänastele juba nimekatele eriarstidele ja arstiteadlastele.

Johannes Saks sündis 21. oktoobril 1901. aastal praeguses Jõgeva rajoonis Puurmani külanõukogus külasepa perekonnas. Peres oli seitse last, tööharjumuse ja tööarmastuse omandasid nad maast-madalast. J. Saks õppis Kursi kihelkonnakoolis ja Põltsamaa Ühisgümnaasiumis. Väga tugev teadmishimu viis J. Saks 1928. aastal õppima Tartu Ülikooli arstiteaduskonda. Juba õppimise ajal töötas ta ülikooli I haavakliinikus, algul volontäärina, hiljem assistendina. Arstiteaduskonna lõpetas J. Saks 1933. aastal, seejärel jätkas samas haavakliinikus assistendina töötamist kuni 1935. aastani.

Samal aastal asus J. Saks arstina tööle Tallinna Ühise Haigekassa haiglas Tõnismäel. Alates 1940. aasta detsembrist kuni 1957. aastani töötas ta Tallinna Tõnismäe Haiglas haavaosakonna juhatajana ja laia profiiliga tegevkirurgina ning noorte arstide õpetajana. Ajavahemikul 1957...1963 oli ta samas peaarsti asetäitja ravi alal, töötades ka Eesti NSV Sotsiaalkindlustuse Ministeeriumi juures asuvas vabariiklikus ATEK-is kirurgia eksperdina.

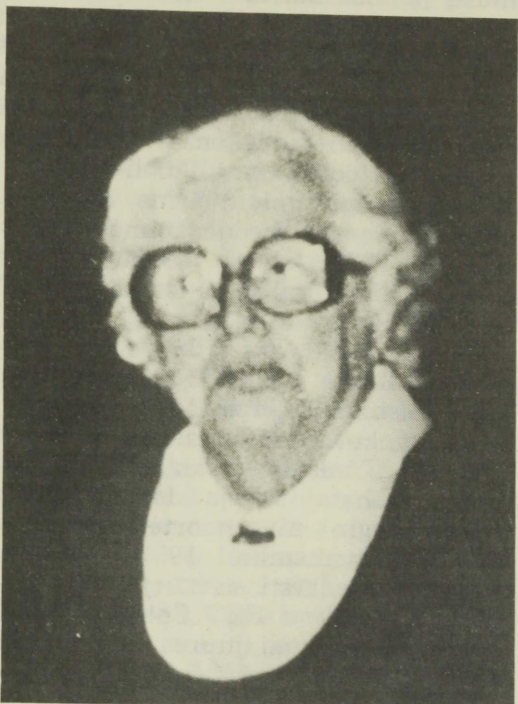
1963. aastal lahkus J. Saks töölt Tõnismäe Haiglast vabariikliku tähtsusega personaal pensionärina ja jätkas eksperditööd vabariiklikus ATEK-is kui põhitöökohal kuni 1980. aastani, mil tervise halvenemise tõttu oli igapäevasest arstist tööst sunnitud loobuma.

Suurte teenete eest tervishoiu edendamisel ja rahvale arstiabi tagamisel anti J. Saksale Eesti NSV teenelise arsti aunimetus juba 1957. aastal. Teda oli autasustatud ka Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi mitme aukirjaga, ta oli tervishoiu eesrindlane.

Peaaegu viiskümmend aastat kestnud arstitöös jõudis J. Saks teha ligikaudu kümme tuhat operatsiooni. Töö oli tema elu sisu. Ta oli väga nõudlik enese ja ka kolleegide töö suhtes, samal ajal oma tegemistes väsimatu ja abivalmis kõigi vastu.

Mälestus väga heast arstist, kellele tõeline arstikutsumus andis jõudu ka väsimushetkeil, jääb kustumatuks.

ELMIIRE-HELENE NÄRSKA
12. VI 1899 ... 1. XII 1982



1. detsembril 1982. aastal suri Elmiire-Helene Kusta t. Näska, kes pikkade aastate jooksul oli väga palju teinud mikrobioloogia, viroloogia ja hügieeni arendamisel meie vabariigis.

E.-H. Näska sündis 12. juunil 1899. aastal Valgamaal Helme vallas talupidaja perekonnas. Majanduslike raskustega võideldes lõpetas ta 1920. aastal Tallinnas Tütarlaste Gümnaasiumi ning 1929. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna.

Kogu E.-H. Näska edaspidine töö oli seotud bakterioloogiaga või sellele lähedase erialaga. Nii oli ta pärast ülikooli lõpetamist nooremassistent Tartu Ülikooli hügieeniinstituudis ning hiljem bakterioloogiainstituudis. Seejärel töötas E.-H. Näska kuus aastat Petseris tuberkuloosinõuandla ja keemia-bakterioloogialaboratooriumi juhatajana. 1940. aastal tuli ta taas Tartusse tööle, seekord Riiklikusse Seerumiinstituuti. Sõja-aas-

tail oli ta Tallinna II Haigla laboriarst ning ordinaator.

Pärast sõda töötas E.-H. Näska Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas osakonnajuhatajana. Tööka, täpse ning asjatundliku ja organiseerimisvõimelise spetsialistina määrati ta järjest vastutusrikkamatele ametikohtadele. 1948. aastal suunati ta tööle reorganiseeritud (endine Riiklik Seerumiinstituut) Vaktsiinide ja Seerumite Teadusliku Uurimise Instituuti, mis 1952. a. veel kord reorganiseeriti Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudiks. Nimetatud kolmes instituudis töötas E.-H. Näska kokku 16 aastat. Algul oli ta BCG-vaktsiini laboratooriumi juhataja, seejärel kolm aastat instituudi direktor ning viimased kaheksa aastat juhatas ta söötmelaboratooriumi, hiljem gripilaboratooriumi, peale selle jõudis olla ka hügieeniosakonna teadur.

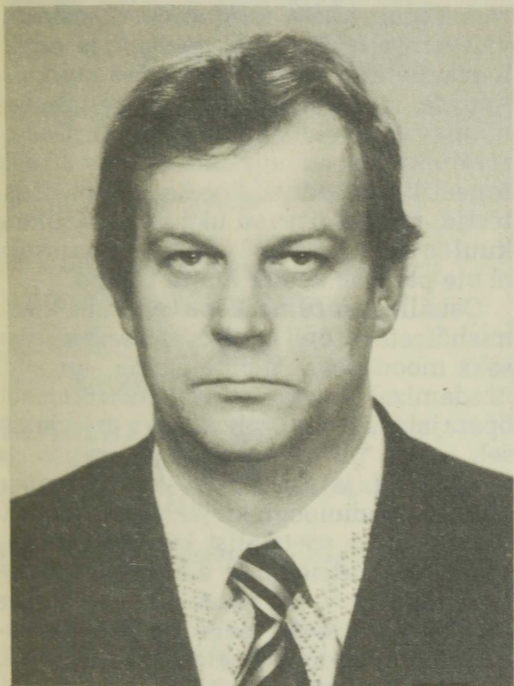
Pärast pensionile siirdumist töötas lahkunu veel mitu aastat Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas sanitaararstina.

Lisaks teadustöö organiseerijale tunti teda ka kui koolihügieeni uurijat, samuti gripi diagnoosimisega tegelevat spetsialisti. Ent ikkagi oli E.-H. Näska eelkõige võimekas bakterioloog, kes oma rikkalikke erialateadmisi oli alati valmis kolleegidega jagama.

Helge mälestus E.-H. Näskest kui tunnustatud bakterioloogist ning põhimõttekindlast, sõbralikust ning emotsionaalsest inimesest jääb kolleegide südameis püsima.

*Kolleegid Tallinna Epidemioloogia,
Mikrobioloogia ja Hügieeni
Teadusliku Uurimise Instituudist*

TOIVO VELGRE
25. VIII 1940... 8. I 1983



Eesti NSV urolooge on tabanud ränk kaotus. 8. jaanuaril 1983. aastal lakkas tuksumast parimas töömehees arsti, Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri uroloogi arstiteaduse kandidaat Toivo Frantsu p. Velgre süda.

T. Velgre sündis 25. augustil 1940. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. 1959. a. lõpetas Tallinna 2. Keskkooli ning talle omase põhjalikkusega kontrollis enne elukutse valikut aasta sanitarina töötades oma kiindumust meditsiinis. Kiindumus oli tugev. Seda tõendasid TRÜ arstiteaduskonnas õppimise ajal tekkinud huvi nii kirurgitöö kui ka teaduse vastu, mida edukalt realiseeris üliõpilaste teaduslikus ühingus.

Pärast õpingute lõppemist töötas T. Velgre aastail 1966... 1969 Tallinnas Nõmme Haiglas urokirurgina. Seejärel oli ta Tallinna Vabariiklikus Haiglas urokirurgiks. 1977. aastal edutati sama haigla peaarsti asetäitjaks ravi alal ja

1979. a. määrati peaarstiks. Sellel ametikohal töötas T. Velgre kuni 1982. a. septembrini, mil halvenenud tervise tõttu asus tööle Tallinna Vabariiklikusse Onkoloogiadispanserisse, kus töötas kuni surmani.

T. Velgre oli kõrgema kategooria uroloog, 1973. aastal kaitses arstiteaduse kandidaadi väitekirja. Ta oli Eesti NSV Uroloogide Teadusliku Seltsi juhatuse liige ning paljude teadusartiklite autor. 1979. a. ilmus «Scripta medicorum» sarjas tema monograafia «Uroloogia». Pidevalt täitis ta rohkeid ühiskondlikke ülesandeid. 1975. aastast alates kuulus T. Velgre NLKP ridadesse.

Peaarsti ametikohal pühendas ta palju jõudu Tallinna Vabariikliku Haigla rekonstrueerimisprobleemide lahendamisele.

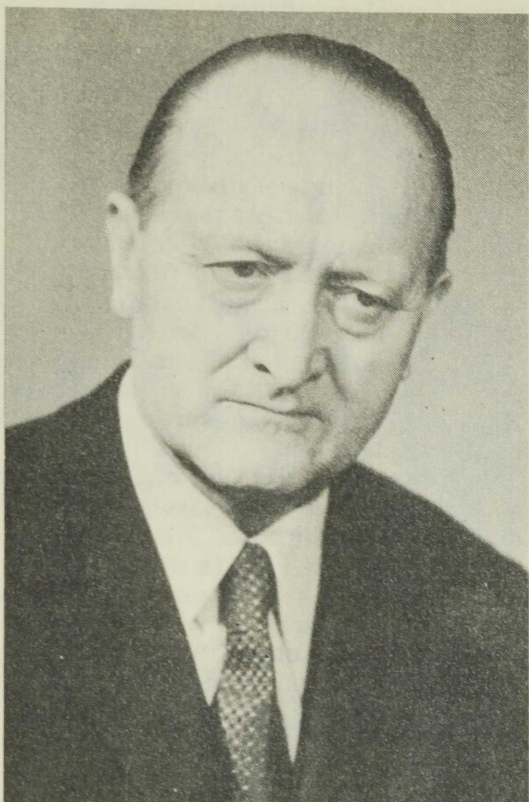
T. Velgre kutsumus oli olla arst. Seda suutiski ta oma võimekuses, abivalmiduses ja südamlikkuses. Nii kolleegidele kui ka haigetele jääb ta meelde äärmiselt tagasihoidliku, täpse ja usaldusväärse inimesena.

Seda valusam on kaotus — varises ju manalasse arst, kes veel kaua oleks võinud vähendada teiste muresid, anda paljudele tagasi tervise.

Mälestus Toivo Velgrest kui heast uroloogist, tervishoiuorganisaatorist ja unustamatust inimesest jääb püsima tema kolleegide südameis.

Kolleegid

PROFESSOR VIKTOR SÄRGAVA
4. III 1918... 31. I 1983



31. jaanuaril 1983. a. lahkus meie hulgast arstiteaduse doktor professor Viktor Särgava. Ta oli TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedri neljandaks professoriks selle ajaloo vältel. Kateedris töötas ta kokku 42 aastat, s. o. praktiliselt kogu oma eluaja.

Viktor Ado p. Särgava sündis 4. märtsil 1918. a. Väandras talupoja peres, tema kodu vahetus naabruses oli Carl Robert Jakobsoni talu. V. Särgava oli lõpetanud Väandra gümnaasiumi. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas ta 1947. aastal. Juba üliõpilasena oli ta töötanud Tartu Vabariikliku Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas ning pärast ülikooli lõpetamist jäigi sinna tööle. 1956. a. alates oli V. Särgava töötanud TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedris, algul assistendina, 1971. a. valiti ta professo-

riks ning 1975. a. kateedrijuhatajaks kõrva-, nina- ja kurguhaiguste erialal.

1955. a. kaitses V. Särgava kandidaadi väitekirja «Audiomeetrilisi vaatlusi kuulmishäirete puhul, eriti kurtidel ja raskeltkuuljatel» ning 1969. a. doktori väitekirja «Kõneaudiomeetria ja ostsillograafia küsimusi eesti keeles kuulmishäirete puhul». Mõlemad väitekirjad hõlmavad audioloogiaprobleemi. Doktoriväitekirjas on uuritud ka eesti keele foneetilisi omadusi, koostatud nn. kõnetestid, mis selgitavad üksikute häälikute kuuldavuse omadusi. Selliseid uurimisi ei ole paljude keelte kohta tehtud.

Ostsillograafiline kõne analüüs kuulmishäiretega õpilastel osutub objektiivseks mooduseks nende kõne seisundi hindamisel ja abistab nii kurttummade õpetajaid kui ka õpilasi kõne arendamisel. Seega oli ta audioloogia rajaja ja edasiarendaja Eesti NSV-s, tema nime esineb audioloogiakirjanduses sageli. Samuti oli ta spetsialist kuulmist parandavate operatsioonide alal. Peale nimetatute tegeles V. Särgava ka teiste selle ala probleemidega, nagu tonsillaarprobleemi, onkoloogia, elektroaerosoolide, keskkõrvapõletiku ja selle tüsistuste ja muuga. Ta esitas tihti ettekandeid üleliidulistel kongressidel ja vabariikidevahelistel konverentsidel. Temalt ilmus umbes 150 tööd nii meie vabariigi, üleliidulistes kui ka välismaa väljaannetes. V. Särgava oli arstide ja üliõpilaste teadustöö juhendajaks.

V. Särgava lõi innukalt kaasa ühiskondlikus töös. Ta oli Üleliidulise Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi juhatuse liige, Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi sekretär aastail 1952... 1979 ning selle seltsi esimees 1979. aastast kuni surmani. V. Särgava võttis osa Punase Risti Seltsi ja ametiühingu tööst.

Inimesena oli V. Särgava tagasihoidlik ja rahulik, kes rääkis vähe, kuid tegi palju. Ta oli lahke ja abivalmis kolleeg, südamluk ja vastutulelik arst. Mälestus Viktor Särgavast jääb kauaks püsima.

TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateeder

Meditsiini- tehnika

UDK 617.7-003.669-089.878

KRÜOEKSTRAKTOR-MAGNET HÄGUSTUNUD LÄÄTSE JA SELLESSE SISENENUD MAGNETILISE KILLU EEMALDAMISEKS

LEO SCHOTTER ALEKSEI PANOV ÖIE MANDEL
REET KUIV TARTU

silmatrauma, katarakt, magnetiline kild, krüo-
ekstraktor-magnet

Magnetilise killu sattumisel silmaläätse, mis trauma või tekkinud sideroosi tõttu kohe hägustub, on näidustatud nii killu kui ka katarakti kirurgiline eemaldamine. Kui algul eemaldada kild läätsest näiteks tavalise alalise käsimagneti (2) abil, siis järgneb katarakti ekstraktsioon toimub ekstrakapsulaarselt ja vabanenud läätsemassid, mis sisaldavad rauasooli, võivad silma kahjustada. Kui aga püütakse eemaldada lääts koos killuga tavalisel krüoekstraktsioonimeetodil (1), võib kild läätse kapsli rebenemisel, mis sagedamini toimub vigastuskatarakti korral, läätsekoest välja langeda ja silma jääda. Killu järgnev eemaldamine, eriti tema «uppumisel» klaaskehasse, nõuab uusi traumeerivaid manipulaatioone.

Erialakirjanduses on vaid üks operatsioonimeetod, mille puhul rakendatakse traktsiooni üheaegselt nii läätses paiknevale killule (magnetilisele või mittemagnetilisele) kui ka läätsele. Operatsioon seisneb läätsemasside ja killu aspireerimises ballooni otsa kinnitatud jämeda Dufouri nõelaga (4). Et see meetod on ekstrakapsulaarne, on tal ka eespool kirjeldatud puudused, peale selle on läätsemassides nähtamatut võõrkeha raske aspireerida.

Kataraktaalse läätse ja selles paikneva magnetilise killu eemaldamiseks traktsiooni

rakendamiseks nii läätsele kui ka killule konstrueerisime spetsiaalse magnetkrüoekstraktori¹.

Instrument koosneb plastmasskäepidemes asuvast magnetsüdamikust ja selle otsa kinnitatud pehmest rauast otsikust. Käepideme ja südamiku vahel on õhuvähe. Tavaliselt kasutatavast krüoekstraktorist lühem ja jämedam südamik pikkusega 70 mm ja läbimõõduga 22 mm on valatud magnetilisest sulamist, antud juhul magnikost. Südamik on kaetud õhukese alumiiniumkestaga, mille eesmises osas on keere plastmassist käepideme kinnitamiseks. 42 mm pikkune otsik on koonusekujuline ja veidi painutatud.

Magnetiseerimisel tugeva elektromagneti väljas muutub instrument püsomagnetiks. Pärast südamiku jahutamist süsihappelumes asetatakse ta plastmasskäepidemesse, pannakse külge otsik ning tehakse katarakti krüoekstraktsioon tavalisel viisil. Opereerimisel esinevad järgmised võimalused.

1. Kui kild paikneb läätse eesmistest kihtides, tõmbub ta magnetile ja fikseerub otsikule läätse läbikülmunud osas.

2. Kui kild asetseb pehme läätse tagumistes kihtides (noortel inimestel), tõmbub ta läbi kogu läätse magnetile ning samuti fikseerub otsiku läheduses läätse läbikülmunud tsoonis.

3. Kui läätses on tihke tuum (eakamatel inimestel), tõmbub selle taga asetsev kild vastu tuuma ja kild eemaldatakse koos terve läätsega.

4. Kui läätse kapsel rebeneb (tavaliselt toimub see kapsli tagaosas), tõmbub kild magneti suunas ja järgneb eemaldamisel otsiku külge külmunud läätsemassidele.

Operatsioonil tuleb silmas pidada, et kõik instrumendid, eriti iiriseretraktor, oleksid valmistatud mittemagnetiseeruvatest materjalidest, nagu näiteks M. P. Gussenkovi nimelises Možaiski Meditsiiniinstrumentide Tehases toodetav L. Schotteri² retraktor (3).

Seega mõjutab meie konstrueeritud krüoekstraktor-magnet üheaegselt nii magnetilist kildu (tõmmates seda ligi) kui ka läätse (külmutades seda külge), tagades läätse ja

¹ L. Schotter, ratsionaliseerimistunnistus nr. 1167, 1980. a.

² L. Schotter, ratsionaliseerimistunnistus nr. 630, 1976. a.

sellesse sisenenud killu ühemomentse ning vähetraumeeriva eemaldamise.

Nagu näitavad eksperimentaaluurimine isoleeritud silmadel ja kliinilised kogemused, õigustab instrument end täielikult, olles töökindel ja mugav käsitsemisel. Krüoekstraktor-magnetit võib soovitada laiemaks kasutamiseks kliinilises praktikas.

KASUTATUD KIRJANDUS: 1. *Krwawicz*, T. Br. J. Ophthalmol., 1961, 45, 4, 279—283.

2. Инструменты для офтальмохирургии. М., 1978, 30. — 3. Инструменты для офтальмохирургии. М., 1978, 15. — 4. Яровой Е. А. Офтальмол. ж., 1965, 3, 223.

TRÜ arstiteaduskonna
otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia
kateeder

Mikrotsirkulatsiooni iseärasused hüpertooniatõve korral. Kalinini Meditsiiniinstituudi teadlased uurisid mikroskoopiliselt kõige väiksemaid veresooneid 302 haigel, kes põdesid arteriaalset hüpertensiooni. Tehti kindlaks veresoonte muutused, mis intensiivistusid koos haiguse progresseerumisega: arterioolide läbimõõt oli vähenenud, arteriaalse vere kulg veenidesse häiritud. Kehalise koormuse puhul mikrotsirkulatsioon veelgi halveneb, sest veresoonte mahutavus väheneb. Pikka aega ravitud haigetel mikrotsirkulatsiooni dünaamika paraneb märkimisväärselt: arterioolide läbimõõt suureneb ning perivaskulaarsed turSED taandarenevad.

Onkoloogiaprobleemid on NSV Liidus aktuaalsed. Nõukogude Liidus tegeldakse intensiivselt vähktõve tekkepõhjuste ja arenguiseärasuste uurimisega, samuti kiiritusravi, kemoterapia ja kirurgiliste ravimeetodite täiustamisega. NSV Liidus on 21 vähiuurimisinstituuti, 249 onkoloogiadispanserit, 3500 spetsialiseeritud onkoloogiaosakonda poliiklinikes. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia president N. Blohhiin on täiskogu istungit avades öelnud, et igal aastal vaadatakse Nõukogude Liidus vähiprofülaktika eesmärgil läbi 110 miljonit inimest.

Тер. апр., 1981, 8.

Toimetuse veerg

AJAKIRJA «NÕUKOGUDE EESTI TERVISHOID» 1982. AASTA PREEMIAID

7. jaanuaril 1983 tuli toimetuse preemeerimiskomisjon prof. P. Bogovski eesistumisel kokku mullu ilmunud paremate artiklite aruteluks ja valikuks juba viieteistkümnendat korda. Komisjoni otsuse põhjal määrati kolm rahapreemiat järgmiste artiklite eest:

Viiu Sillastu — «Albert Valdes eesti meditsiinoskuskeele ja -kirjasõna arendajana», 1982, 1, 23—28;

Sirje Velbri — «Immuunkomplekside osatähtsus patoloogilistes protsessides», 1982, 3, 186—192;

Raul Vodja — «Gripivaktsinatsioonilt loodetakse paremaid tulemusi», 1982, 4, 274—277. Esiletõstmist väärivaiks pidas komisjon järgmisi autoreid ja nende töid:

Jaan Eha, Jüri Gross, Arvo Mesikepp — «Intrakoronaarne trombolüütiline ravi», 1982, 3, 170—173, ja **Jaan Eha, Tiit Rebane, Olev Luha, Ahto Leissoo, Konstantin Lazaridi, Tarmo Serka** — «Korduskoronarograafia pärgarterisisese trombolüütilise ravi tulemuste hindamisel», 1982, 5, 342—344;

Viktor Kalnin — «Grigori Hlopin ja Tartu Ülikool», 1982, 4, 261—265;

Jaan Kõiv — «Reiearteri püsikanüüli kasutamine tüsilike sääreluumurdude kompleksravis», 1982, 3, 206—208;

Helle Martinson — «Eesti NSV arstiteaduse doktorite teaduslike publikatsioonide tsiteeritavus», 1982, 1, 33—39;

Vello Salupere — «Peptiline faktor haavandtõve tekkes ja peamised raviviisid», 1982, 1, 29—33; «Haavandi paranemise ja retsidiveerumise probleem», 1982, 2, 110—118, ja «Arstikutse müstika, arstlik saladus ja arsti vahekord massisuhtlusvahenditega», 1982, 3, 209—211;

Liidia Saluste — «Esmassünnitajate toiduratsioonide toitainelise väärtuse ja rasvaainevahetuse näitajate iseloomustus», 1982, 5, 332—335.

Premeerimiskomisjoni otsuse on kinnitanud toimetuse kolleegium.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» 25. aastapäeva tähistamise pidulikl koosolekul 4. märtsil 1983 anti Viiu Sillastule, Sirje Velbrile ja Raul Vodjale üle toimetuse aukirjad kui 1982. aasta parimate artiklite autoritele.

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

29. novembril 1982 toimus Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi koosolek prof. P. Bogovski eesistumisel. Päevakorras oli 24...26. novembrini 1982 Riias toimunud liiduvabariikide tervishoiu-ministeeriumide teaduslike meditsiininõukogude esimeeste nõupidamisel arutatu, millest andis ülevaate prof. P. Bogovski. Nõupidamisest võtsid osa NSV Liidu tervishoiu-ministri asetäitja O. Šepin, kõikide liiduvabariikide teaduslike meditsiininõukogude esimehed, NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu aseesimees T. Kuznetsova ja Läti NSV Tervishoiu-ministeeriumi juhtivad töötajad eesotsas minister akadeemik V. Kanepiga.

Pikema sõnavõtuga esines O. Šepin, kes märkis, et teaduslik töökorraldus NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi süsteemis jätab soovida, eriti teadussaavutuste rakendamine praktikasse. Väga asjaliku ettekande esitas Läti NSV Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu esimees, Läti NSV Teaduste Akadeemia akadeemik A. Blüger. Ta jagas kogemusi Läti NSV teaduslike meditsiinasutuste ja teadusliku meditsiininõukogu tööst, uurimisprobleemidest ning potentsiaalset tööst, millel on üleliiduline tunnustus. Hästi on korraldatud 32 õppe-teadusliku spetsialiseeritud meditsiinikeskuse tegevus, mis suuremas osas põhineb P. Stradinši nimelise Vabariikliku Haigla baasil. Haiglas on 1520 voodikohta ning arstiabi antakse 41 erialal; konsultatiivset abi 42 erialal.

1982. a. rajati Lätis tervishoiuorganisatsiooni ja meditsiiniajaloo õppe-, teadus- ja praktika-koondis, mis ühendab Riia Meditsiiniinstituudi sotsiaalhügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri, Riia Meditsiiniinstituudi Teadusliku Uurimise Kesklaboratooriumi, Vabariikliku Informatsiooni Arvutuskeskuse, Teadusliku Töökorralduse ja Juhtimise Vabariikliku Keskuse ja P. Stradinši nimelise Meditsiiniajaloo Muuseumi. Koondise põhisuunaks on teaduslik uurimistöö ja selle koordineerimine tervishoiu praktilistest probleemidest lähtudes, organisatsiooniline ja meetodiline abi Läti tervishoiuorganisatsioonidele ja -asutustele ning teadusliku töökorralduse ja automatiseeritud juhtimissüsteemi ja arvutuskeskuse vabariikliku teadussaavutuste juurutamise plaani rakendamine praktikasse.

Prof. P. Bogovski ettekanne käsitles teadussaavutuste praktikasse rakendamist meie vabariigis. Saavutatu kõrval rääkis prof. P. Bogovski puudustest sellealases töös. Tervishoiu-ministeeriumi koosseisulised ja mittekoosseisulised peaspetsialistid, Tallinna Vabariiklik Haigla ja vabariiklikud dispanserid peavad järjekindlalt suunama ja tagama teadussaavutuste õigeaegse rakendamise praktikasse. Vabariiklikus teadussaavutuste juurutamise 1981...1985. aasta perspektiivplaanis on 125 ettepanekut, neist 71 on võetud NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi plaanist ning kuuluvad rakendamisele meie vabariigi tervishoiusüsteemis. See aga nõuab suurt organisatsioonilist tööd ning pidevat kontrolli.

Andrei Sarap

TRÜ ARSTITEADUSKONNAS

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 21. detsembril 1982 kuulati dekaan prof. L. Allikmetsa ettekannet teaduskonna kateedrite osast õppetöö juhtimisel, mis põhines dekaani poolt novembris-detsembris tehtud analüüsil.

Leiti, et õppetöölane ja kateedri põhidokumentatsioon on enamikus kateedrites korras, rahule võib jääda ka õppejõudude ja üliõpilaste töökorraldusega, õppevahendite ning projektoritega varustusega. Esiletõstmist väärtsid füsioloogia, biokeemia, farmaatsia, patoanatomia, dermatoveneroloogia, mikrobioloogia, psühhiaatria ja teised kateedrid. Õppejõudude järeikasvuga aspirantuuri kaudu võib rahule jääda farmakoloogia, neuroloogia-neurokirurgia, farmaatsia, stomatoloogia erialal. Stomatoloogia, pediaatria, farmakoloogia kateeder on üliõpilastele regulaarselt esinema kutsunud lektoreid vennasvabariikidest ja ka välismaalt.

Kateedrite töö kontrollimise tulemusena avastati järgmised puudused:

hospitaalkirurgia, hospitaalsisehaiguste, teaduskonnakirurgia, sünnitusabi ja günekoloogia, spordimeditsiini jt. kateedrites puudus õppejõudude faktilise koormuse arvestus;

hospitaalkirurgia, radioloogia-onkoloogia, oftalmoloogia kateeder ei anna välja õppevahendeid;

sünnitusabi ja günekoloogia, nakkushaiguste, tuberkuloosi, spordimeditsiini kateeder ei ole piisavalt muretsumas õppetöök vajalikke valgustahvleid ega projekteid;

mitmes subordinaaturiga (VI kursus) tegelevas kateedris (hospitaalkirurgia, teaduskonnakirurgia, teaduskonnasisehaiguste, spordimeditsiini) ei ole õppejõude polikliinilise õppetöö tarvis, selle töö peavad ära tegema õppeülesande täitjad, neid aga ei vaevuta kutsuma isegi kateedri koosolekutele;

ravi, spordimeditsiini ja pediaatria eriala VI kursuse üliõpilaste õppedistsipliin jätab veel soovida, eriti halb on loengutest osavõtt.

Õppejõud on subordinaatoreid ilma dekanati teatamata päevade kaupa loengutelt puududa lubanud, puudub piisav kontroll rühmapäevikute täitmise üle. Teaduskonnakirurgia kateedris ei ole registreeritud subordinaatorite töölkäimist, selles osas ei ole kõik korras ka hospitaalkirurgia kateedris. Ei saa rahule jääda spordimeditsiinosakonna VI kursuse üliõpilaste distsipliiniga traumapunktis ja kehakultuuridispersanseri, on ette tulnud palju tööle hilinemisi;

subordinaatoreilt, eriti spordimeditsiini erialal, ei nõuta sanitaarhariduslike referaatide koostamist, piisavalt ei jälgita õppe-uurimistöö täitmist;

paljud professorid ja dotsendid ei tegele aspirantuuriga, õppejõudude järelkasvu ei ole patofüsioloogia, oftalmoloogia, histoloogia ega kirurgia erialal, ebapiisav on see ka sisehaiguste kateedris.

Kõiki kateedrijuhatajaid kohustati sisse seadma õppejõudude ja õppeülesande täitjate faktilise õppekoormuse täpne registreerimine; sagedamini analüüsima õppejõudude tööd ja üliõpilaste õppedistsipliini ning samme astuma õppejõudude järelkasvu parandamiseks.

Ka lõpetajate töölesuunamise pingerea koostamisel otsustati halva õppedistsipliiniga üliõpilastel pallide arvu vähendada 0,5...1 võrra.

Koosolek juhtis kateedrijuhatajate professorite T. Karu, A. Kliimani ja E. Tünderi tähelepanu puudustele töös subordinaatoritega.

Nõukogu analüüsis ka lepinguliste tööde täitmist farmakoloogia ja oftalmoloogia kateedris. Aruanded esitasid lepingu juhendajad dotsent O. Rajavee ja assistent A. Pannov.

Arstiteaduskonna nõukogu, parteialgorganisationsiooni ja ÜMPI nõukogu ühisel koosolekul 11. jaanuaril analüüsiti 1982. a. teadustöö tulemusi. Aruanded esitasid teadusprodekaan professor E. Sepp ja ÜMPI asedirektor A.-V. Mikelsaar. Räägiti sellest, mida on saavutatud geneetika, molekulaarbioloogia, farmakoloogia, seedeelundite füsioloogia ja patoloogia, immunopatoloogia, psühhiaatria uurimise valdkonnas, seda nii teaduskonnas kui ka Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis. Toimus ka teaduskonna 350. aastapäeva teaduskonverents. Teaduskonna ajaloo kohta on ilmunud kirjutisi ülikooli ajaloo üldväljaannetes, on ilmunud raamat teaduskonna kateedrite ajaloo kohta, peale nende veel artiklite seeria «Nõukogude Eesti Tervishoius». Ilmusid trükist uus farmakoloogia õpik ja kolm monograafiat. Edukalt esineti TRÜ 350. aastapäevale pühendatud NSV Liidu Rahvamajandusnäitusel Moskvas. Veresoontekirurgiaga tegelevad õppejõud (Ü. Arend, K. Pöder, E. Sepp, H. Tikko, E. Tünder) pälvivad Eesti NSV riikliku preemia teaduse alal. ÜMPI-s lõpetati suurem teema, mis käsitleb konservatiivse ja kirurgilise ravi valikkriteeriume infarktieelses seisundis olevail haigeil või infarktihaigeil. Tuginedes töö tulemustele on

Tallinnas, esimesena Nõukogude Liidus, korraldatud vältimatu abi teenistus ägedate koronaaarvereringehäirete korral. ÜMPI ja teaduskonna kateedrite materiaalne baas on täiendunud uue aparatuuriga.

ÜMPI struktuuris on ette võetud mõned muudatused: geneetika- ja molekulaartsütooloogiabilatooriumi asemele on rajatud uus osakond — geneetika- ja biotehnoloogiaosakond, mille koosseisu kuuluvad inimesegeneetika, rakubioloogia ning molekulaarse modelleerimise laboratoorium. Kardioloogia- ja koronaarkirurgiaosakonnas ühendati anestezioloogia- ja reanimatoloogiabilatoorium üheks laboratooriumiks ning avati südame isheemiatõve prognoosi laboratoorium.

Aruandeaastal tegeldi 15 uurimissuuna ja 59 teemaga. Rahvamajanduse arendamise plaani kuulus teaduskonnal 9 ja ÜMPI-l 22 teemat.

Üleliiduliste sihtkompleksprogrammide all täideti kaks teemat. Tähtsamate teaduse ja tehnika probleemide üleliiduliste programmide all oli 8 teemat. Neli teemat on täitmiseks NSV Liidu Riikliku Teadus- ja Tehnikakomitee poolt. 15 teemat kuulub NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja Arstiteaduse Akadeemia kompleksprogrammi «Fundamentaalteadustelt meditsiinile», kaks teemat VMN-i maade kompleksprogrammi. NSV Liidu Teaduste Akadeemia plaanidega on koordineeritud 20 ja NSV Liidu Kõrg- ja Keskerihariduse Ministeeriumi plaanidega 50 teemat.

1982. a. ilmus trükist 776 tööd; 1981. aastal 659. Avaldati 40 õppevahendit. Lepingulisi töid oli 24. On osa võetud viie rahvusvahelise, kolme üleliidulise, 16 vabariikliku ja ühe ülikoolisise teaduskonverentsi korraldamisest.

Aruandeaastal taotles ÜMPI täiendavat finantseerimist kahe uue teema täitmiseks, mille NSV Liidu Riiklik Teadus- ja Tehnikakomitee kinnitas 84,0 ja 80,0 tuhande rubla ulatuses. 1982. a. esitati autoritunnistuste saamiseks 16 taotlust, saadi 8 jaatavat vastust ja kaks autoritunnistust. Kaitsti seitse kandidaadi- ja kaks doktoriväitekirja, saadi kinnitust nelja kandidaativäitekirja kohta.

Teaduskonnas võeti kasutusele 30, ÜMPI-s seitse uut uurimis- ja ravimeetodit. Aruandeaastal töötas arstiteaduskonnas 30 ÜTÜ ringi, millesse kuulus 745 üliõpilast. ÜMPI baasil töötas 126 üliõpilast. ÜTÜ võistlustöid esitati 117.

Puudustena mainiti, et teadustöö baaside ja ruumide olukord on raske, materiaaltehniline varustatus ei vasta mitmes allasutuses nõuetele; ÜMPI on suures ruumikitsikuses, laboratooriumid paiknevad üksteisest kaugel, veninud on kaarhalli paigaldamine katsebaasi juurde; enamik kateedreid ja laboratooriume ei tegele patendinõuetele vastavate uuringute planeerimisega ja vormistamisega; arstiteaduskonnas on õppejõude, kelle osalemine teadustöös on liiga tagasihoidlik või kes sellega üldse ei tegele; mitmed kateedrid (hospitaalkirurgia, histoloogia, hospitaalsisehaiguste, radioloogia-

onkoloogia) ei ole üliõpilasi plaanilisele teadustööle piisavalt kaasa tõmmanud.

Otsustati kinnitada TRÜ arstiteaduskonna ja ÜMPI 1982. a. teadustöö aruanded ja lugeda plaan täidetuks. Kateedrite ja laboratooriumide juhatajaid kohustati võimalikult palju ja otstarbekamalt üliõpilasi kaasa tõmbama plaanilise teadustöö teemade täitmisele. Teaduskonna ja ÜMPI juhtkonda kohustati teadustöö planeerimisel, teadustöö finantseerimisel ja hindamisel oluliselt arvestama leiutus-, ratsionaliseerimis- ja juurutustegevust allasutustes ning arendama sisulist koostööd ja koordineerimist Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumiga.

PUNASE RISTI SELTSIS

29...30. oktoobrini 1982. a. korraldas Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee Pärnus IV ülevabariigilise doonorluse propageerimise seminari.

Vabariikliku Vereülekandejaama paarsti R. Kolde ülevaates olid vaatluse all vereülekande ja transfusioloogia ajalugu ning perspektiivid. Pärnu Vereülekandejaama paarst M. Kõgel ja arst L. Laretei rääkisid doonoriverest, sellest valmistatavatest komponentidest ning preparaatidest. Sütitavalt rääkis retsipient Endel Mäekalle Väandrast, kellele on üle kantud 50 l verd. Tartu Kliinilise Haigla arst L. Peterson tegi oma ettekandes muu hulgas ettepanekuid doonorluse propageerimiseks üliõpilaste seas.

Allkirjutanu rääkis doonorlusest meie vabariigis ning doonorite õigustest ja soodustustest.

2...3. detsembrini 1982. a. toimus Moskvas III üleliiduline doonorlusosalane pleenum, kus tehti kokkuvõtteid 1981. aasta töötulemustest ja seati uusi sihte. Märgiti, et 1972. aasta arvuga võrreldes on doonorite arv peaaegu kahekordistunud. Kõige paremaid tulemusi selles töös on saanud Läti NSV-s. Tänu doonorluse hoogustumisele, eriti viimase 10 aasta jooksul, sai üleliiduline ravivõrk vajalikul hulgal doonoriverd juba 1980. a. Suurt tööd doonorite värbamisel, eriti noorte hulgast, teevad Punase Risti Seltsi komiteed, mille tulemusena on Nõukogude Liidus iga viies üliõpilane doonor.

1980. aastast alates on NSV Liidu Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liidu Täitevkomitee vimpli ja rahapreemiaga igal aastal autastanud 50 paremat Punase Risti algorganisatsiooni. Meie vabariigis on selle väärilisteks olnud 1980. a. Rakvere rajooni Vinni Näidissovhoostehnikum ja 1981. a. tehase «Volta» Türi-Alliku tsehh Paide rajoonis.

Tublimatele doonorluse propageerijatele antakse rinnamärk ja tunnustus «Parim doonorluse propageerijast». Meie vabariigis on selle

autasu pälvinud parkümmend Punase Risti Seltsi aktivisti.

Üleliidulisel pleenumil seatud nõue, et XI viisaastakul peaks NSV Liidu keskmine olema 50 doonorit 1000 elaniku kohta, on meie vabariigis juba täidetud. See aga ei anna põhjust rahuloluks. Meil on veel rajoon, kus see näit on alla 40.

Tervishoiutöötajatel tuleb koos Punase Risti Seltsi, partei-, ametiühingu- ja komsomoliorganisatsiooniga doonorlust veelgi täiustada ja intensiivistada. Järjekindlalt on vaja esile tõsta selle töö eesrindlasi, tutvustada nende saavutusi, leida uusi võimalusi aktivistide ergutamiseks.

Salme Tarmas

Narkoloogilises abis on väga oluline keskastme meditsiinipersonali hea erialane ettevalmistus. Üks nende kvalifikatsiooni tõstmise vorme on vabariiklikud seminarid. Seekordne narkoloogiakabinettide meditsiiniõdede vabariiklik seminar, mis korraldati koos Eesti NSV Autotranspordiministeeriumi sõidukijuhtide reisieelset läbivaatust toimetava keskastme meditsiinipersonaliga, toimus 23. kuni 26. novembrini Tallinnas. Nelja päeva jooksul tutvusid 50 keskastme meditsiinitöötajat põhjalikult narkoloogilise abi päevaprobleemidega, tutvuti ka mitme asutuse töökorraldusega, saadi ülevaade tööseadusandlusest ning vahetati kogemusi, kuidas sõidukijuhtide reisieelset meditsiinilist läbivaatust paremini korraldada. Järgmine vabariiklik seminar on planeeritud 1984. a.

Anti Liiv

* * *

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul 7. detsembril 1982. a. arutati Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi ja Tallinna tervishoiuasutuste tööd tootmistraumade vältimisel ning ventilatsiooni- ja muude elektriseadmete efektiivset ning ohutut ekspluateerimist ning tehnilist hooldamist Tallinna ja Valga rajooni tervishoiuasutustes vastavasisulisest määrusest ja otsusest lähtudes.

Põhiettekanded esitasid tervishoiu-ministri asetäitja E. Kedars ja tervishoiuosakonna juhataja M. Martinson, kaasettekande tervishoiutöötajate ametiühingukomitee peatehnikainspektor E. Rist. Määruse ja otsuse täitmiseks on koostatud ja kinnitatud tootmistraumade vältimise abinõude plaanid, samuti on kehtestatud asutuste ja ettevõtete töökaitsealase kolmeastmelise kontrolli põhimäärus. Ent ikkagi on puudusi sellealases töös. Tootmistraumade vältimise plaanid on koostatud Tallinna Linna Tuberkuloosidisperseris, Tõnismäe Haiglas, Tallinna I Lastehaiglas jm. Suur on tootmistraumade arv Tallinna Linna Nakkushaiglas. Kontroll on seni olnud juhuse-

tervisliku seisundi uurimise rühmad, nad on teinud arvestatavaid ettepanekuid noorte tervisliku ja psüühilise seisundi parandamiseks eksamisesseiooni ajal. Tartu Riiklikus Ülikoolis on parandatud tervishoiuorganisatsiooni ja meetodika õpetamist arstiteaduskonna üliõpilastele. Eesti Riikliku Kunstiinstituudi juhtkonnale on tehtud ettepanek korraldada 1983. a. suitsetamist ja alkoholi kuritarvitamist taunivate plakatite konkursi.

Istungil kuulati ka seda, kuidas Eesti NSV Kergetööstuse Ministeeriumi ettevõtted täidavad tervishoiupropaganda kompleksplaani. Ilmnes, et ministeeriumi vastav harukondlik ametiühingu vabariiklik komitee ja ettevõtte on tervishoiuõpetuse alal teinud märkimisväärsed tööd. Kõrgemaisvaid organid on kõikide süsteemide ettevõtetele saatnud tervishoiuõpetuse kompleksplaanid ja näidisprogrammid tsükliiliste tervishoiu ning kutsahaiguste profülaktika õppuste korraldamiseks. Õppekombinaadis tegeleb 7 ühiskondlikku kaatedrit tööliste, spetsialistide ja juhtiva kaadri väljaõppega. Tegutseb direktorite, peainseneride ja ökonomistide kool. Suuremates ettevõtetes tegelevad tervishoiualase väljaõppega õppekombinaadid. V. Klementi nim. Õmblustootmiskoondises uuriti töövõimlemise tervistavat mõju organismile, koostati ka kehakultuuriprogramm.

Ettevõtetes korraldatakse regulaarselt tervishoiuüritusi: kehakultuuri-, töökaitse- ning tervisepäevi. Keskastutustel on ülevaadet tervishoiuõpetusest. Nõukogu tõstis esile kergetööstusministeeriumi ja harukondliku ametiühingu vabariikliku komitee edusamme tervishoiuõppeskompleksiplaani täitmisel. Oma süsteemi töötajate tervishoiualaste teadmiste selgitamiseks soovitas ta korraldada uurimise ning selle tulemustest Vabariiklikku Sanitaarhariduse Nõukogu edaspidi informeerida.

Kinnitati ka Ametkondadevahelise Vabariikliku Sanitaarhariduse Nõukogu 1983. aasta tööplaan.

Aili Volmer

Eesti NSV õpilaste teaduslik ühing (ÕTÜ) loodi 1980. a. novembrikuus. ÕTÜ põhiülesandeks on varakult välja selgitada eelduste ja võimetega noored teadustöökandidaadid ning anda neile juba kooliõppes harjumusi teaduslikuks uurimistööks, leitud- ja ratsionaliseerimistegudeks.

ÕTÜ juures töötab meditsiinisektsioon, mis jaguneb Tallinna ja Tartu osakonnaks. Tartu osakond töötab TRÜ ja Tartu Kliinilise Haigla baasil. Juhendaja on prof. K. Valgma. Tallinna osakond töötab Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi baasil. Juhendajad on arstiteaduse doktor H. Kahn ja arstiteaduse kandidaat M. Moks. Abiks juhendajatele töö organiseerimisel on olnud instituudi noorteadlaste nõukogu. Pediaatriahuvilistega on tegelnud arstiteaduse kandidaat Ingrid Laan.

1982. a. toimus meditsiinisektsiooni ühine teaduskonverents Tallinnas. Ettekandeid oli viis. Laureadi nimetuse pälvits Tartu 2. Keskkooli õpilane P. Lääne töö eest «Skoliooside ehk vildakselguse avastamine fluorograafias» (juhendaja H. Lill). Teise koha vääriline oli Tapa 1. Keskkooli õpilane Ü. Kirsi, Tallinna 42. Keskkooli õpilane M.-L. Suure ja Tallinna 24. Keskkooli õpilane O. Poolametsa ühine töö «Suitsetamise ja alkohoolsete jookide tarvitamise levik koolinoorte hulgas» (juhendajad B. Loogna, M. Moks). Kolmanda koha sai Tallinna 1. Keskkooli õpilane M. Veskimägi töö «Vaimse töö tervishoid» eest (juhendaja V. Tuulik).

Vabariiklikule ÕTÜ II teaduskonverentsile soovitati esinema P. Lääne ja M.-L. Suur. Teaduskonverentsi teesides avaldati P. Lääne eespool nimetatud töö ja Ü. Kirsi «Tapa Linnahaigla meditsiinilise teeninduse kajastamine läbi ajaloo ja statistika» (juhendaja R. Ojand).

Lisaks teadustööle on veel teisigi töövorme — referaatide kirjutamine, ekskursioonid tervishoiuasutustes jt. Ü. Kirsi on koolivaheaegadel töötanud Tapa Linnahaigla füsioteraapiakabinetis ja laboratooriumis, M.-L. Suur hooldusõena Tallinna I Lastehaiglas.

ÕTÜ meditsiinisektsiooni juhendajad peavad väga vajalikuks kooliarste kaasamist töösse koolinoortega. ÕTÜ meditsiinisektsioon annab soovitusi ka edasiõppimiseks.

Milvi Moks

Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi töötajatele algas tänavune aasta eriti meeldivalt — valmis said uued hooned Kadaka teel. Senistest kitsastest ruumidest Luha tänavas koliti uude nägusasse ja avarasse majja. Uues administratsioonihoones on söökla, arstipunkt ja, mis rõõmustab eriti autojuhte, samas kõrval ka kaks suurt kaarhalli autode jooksvaks remondiks. Siin asub ka parkla 400 autole ja tankla. Kapitälremontitöökooda jäi esialgu siiski veel Luha tänavasse.

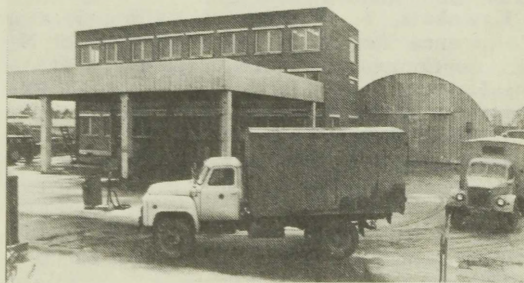


Foto. «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi uued hooned. E. Rauami foto.

14. jaanuaril toimuski sellele rõõmustavale sündmusele pühendatud pidulik koosolek, mille avas autopargi direktor A. Nõu. Ta märkis, et 1982. aastaks võetud kohustused täideti õigeaegselt, ning avaldas lootust, et seoses töötõingimuste tunduva paranemisega paraneb kindlasti töövõljalikus ja -distsipliin.

Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi nimel tervitas kokkutulnud tervishoiuministri ase-täitja O. Tamm, kes andis üle ka aukirjad. Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu aukirjad NSV Liidu moodustamise 60. aastapäevale pühendatud sotsialistlikus võistluses saavutatud edu eest said autopargi töötajad Raivo Allika ja Uno Luik. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi a-kiri aktiivse osavõtu eest tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi Pärnu kolonni garaažtöökoja väljaehitamisel anti üle «Eesti Meditsiinitehnika» Autopargi direktori Avo Nõule.

Kohalviibijaid õnnitles ja tervitas ka Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» peadirektor J. Raiend.

Helle Abel

EESTI NSV TEADLASTE PUBLIKATSIOONE VÄLISMAAL

Bogovski, P., Küng, A., Winkmann, F. Phenole, andere Bestandteile des Brennschiefer-teers und Asbest als modifizierende Faktoren der Karzinogenen Wirkung von Benzo(a)pyren. — Arch. Geschwulstforsch., 1982, 52, 1, S. 49—55.

Bogovski, P., Rooma, M., Uibu, J., Kann, J., Tauts, O. Research on Environmental N-Nitroso Compounds in the USSR. — In: N-Nitroso Compounds Occurrence and Biological Effects. Proceedings of the VII International Symposium on N-Nitroso Compounds Held in Tokyo, 28 Sept. — 1 Oct. 1981. Lyon, 1982, p. 259—267. (IARC Scientific Publication No. 41).

Haavel, A. Clinical and Morphological Parallels of Acute Cholecystitis. In: Abstract Book, Stockholm, 1982, p. 218.

Kawabata, T., Ohshima, H., Uibu, J. a.o. Occurrence, Formation and Precursors of N-Nitroso Compounds in the Japanese Diet. — In: Naturally Occurring Carcinogens-Mutagens and Modulators of Carcinogenesis. Tokyo, Jap. Sci. Soc. Press, 1980, p. 195—209.

MacMahon, B., Purde, M., Cramer, D., Hint, E. Association of Breast Cancer Risk with Age at First and Subsequent Births: a Study in the Population of the Estonian Republic. — J. Nat. Cancer Inst., 1982, 69, 5, p. 1035—1037.

MacMahon, B., Trichopoulos, D., Brown, J., Andersen, A. P., Aoki, K., Cole, P., de Waard, F., Kauraniemi, T., Morgan, R. W., Purde, M.

a.o. Age at Menarche, Probability of Ovulation and Breast Cancer Risk. — Int. J. Cancer, 1982, 29, p. 13—16.

Rätsep, V., Salijev, V., Tauts, E. CEA Level and Delayed Hypersensitivity in Cancer Patients. — Oncodevelopmental Biol. Med., 1981, 2, 3, p. 210.

Saarma, V., Asfandiyarova, N. Humoral and Cellular Immunity in Chronic Alcoholic Liver Diseases. In: Abstract Book. Stockholm, 1982, p. 31.

Salupere, V., Uibo, R. Immunology of Chronic Gastritis without Pernicious Anaemia. In: Abstract Book. Stockholm, 1982, p. 149.

Sillastu, H., Kallikorm, A., Raukas, E., Tani, P. Pituitary-Thyroid Correlation in Patients with Pulmonary Tuberculosis and Bronchial Asthma. — Bull. Int. Union Tuberc., 1982, 57, 1, p. 26.

Staneczek, W., Rahu, M., Beckmann, L., Vyhandu, L., Haas, J., Aarelaid, T. a.o. A Comparative Study of Cancer Registries in the German Democratic Republic and the Estonian SSR. — Arch. Geschwulstforsch., 1982, 52, 7, S. 575—583.

Tamm, A., Villako, K., Vija, M., Ruttas, M. Fatulenge and some Metabolites of Intestinal Bacteria in a Rural Population Sample. In: Abstract Book. Stockholm, 1982, p. 434.

Tammur, R., Tamm, A., Villako, K. Prevalence of Lactose Malabsorption in a Randomly Selected Group of Estonians. In: Abstract Book. Stockholm, 1982, p. 278.

Uibo, R., Krohn, K., Salupere, V. Gastrin Cell Autoantibodies in Antral Gastritis. In: Abstract Book. Stockholm, 1982, p. 149.

Uibu, J., Palmiste, P., Bogovski, P., Ekart, E. Volatile Nitrosamines Contained and Formed in Fermented Food Products. — In: Proceedings of the US-USSR Third Joint Symposium on Problems of Environmental Health. Suzdal, Oct. 1979. S. L., s. a., p. 230—238.

Veldre, I. A., Itra, A. R., Paalme, L. P. Carcinogenic Substances in Some Bays of the Baltic Sea. — In: 13th Conference of Baltic Oceanographers 24—27 August 1982. Helsinki. Abstracts. Helsinki, 1982, p. 72.

Veldre, I. A., Itra, A. R., Paalme, L. P., Bogovski, P. A. Some New Data on the Distribution of Benzo(a)pyrene in Fresh Water and Seawater. — Cancer Detection Prevention, 1982, 5, 2, p. 161—174.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

**Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 2, март, апрель 1983 г.

25 лет журналу «Здравоохранение Со-
ветской Эстонии»

**В. И. Рятсеп — Дополнительные меро-
приятия по охране здоровья населе-
ния**

**О. М. Майметс — Гликокортикоиды и их
значение при лечении ревматических
заболеваний**

После краткого исторического обзора проблемы изложена характеристика фармакологического действия и побочного действия гликокортикоидов, а также показания, противопоказания и тактики лечения гликокортикоидами при основных ревматических заболеваниях. Сравнительная оценка действия и побочных действий различных гликокортикоидных препаратов приведена в таблице.

**О. И. Имелик — Изменения числа рети-
кулоцитов (ЧР) в периферической кро-
ви при мышечной работе и возможно-
сти их трактовки**

У 10 студентов было определено относительное, абсолютное и общее ЧР (препараты окрашены по Шиллингу, объем крови определен хромом-51 мечеными эритроцитами перед одночасовой работой на велоэргометре (225 Вт, 70 оборотов в мин.), на 10-й, 30-й и 60-й мин. работы и через 30 мин. после работы. У всех испытуемых, кроме одного, ЧР во время работы было увеличено, как правило, с пиком в первой половине работы. После пика происходило постоянное падение ЧР. У половины испытуемых через 30 мин. после работы число ретикулоцитов упало ниже числа покоя. Поскольку число эритроцитов зависит от изме-

нений объема плазмы, изменения относительного ЧР считали более информативными, чем изменения абсолютного числа. Точные данные о количественных изменениях позволяют получить только общее ЧР, но ввиду тесной связи между относительным и общим ЧР при продолжительной напряженной работе считается достаточным определение только относительного ЧР. Главной причиной изменений считается перераспределение ретикулоцитов в кровообращении. Одной из причин разных данных в литературе является разное время взятия проб крови.

**Х. Н. Митрофанова — О надпороговых
пробах в диагностике тугоухости**

В клинической аудиологии, наряду с определением порогов слуха, важное значение имеет надпороговая аудиометрия.

Для выявления феномена ускорения нарастания громкости (ФУНГ), характерного для поражения внутренних волосковых клеток кортиева органа, рекомендовано более 20 тестов, самые распространенные из которых (опыт Фоулера, Люшера, SISI, определение порога дискомфорта) описаны в статье.

В кабинете аудиологии уха, горла и носа Тартуской клинической больницы в комплексе аудиометрических исследований широко применяется и SISI-тест, данные о котором приводятся в статье.

В топической диагностике поражения слуха важно комплексное аудиометрическое обследование.

Статья иллюстрирована 3 рисунками.

**Каасик-А.-Э. А. — Научное сотрудниче-
ство между финскими и эстонскими не-
врологами и нейрохирургами в 1981 —
1982 гг.**

**Р. В. Теэсалу — Интракоронарный тром-
боллиз**

Интракоронарный тромболлиз (ИТ) является в настоящее время перспективным направлением в лечении больных миокардинфарктом (МИ). ИТ в 4/5 случаев вызывает лизис — восстановление кровотока в закупоренной тромбом венечной артерии. Реперфузия ишемического миокарда, достигнутая посредством ИТ, обеспечивает исчезновение боли у больных МИ и нормализацию элевации сегмента ST, улучшение функции левого желудочка сердца, в значительной степени отступление симптомов кардиогенного шока и понижение летальности, причем реперфузия сама по себе не вызывает дополнительных повреждений миокарда. Несмотря на значительные успехи, достигнутые благодаря ИТ, не получено еще однозначных ответов на ряд

вопросов. В частности, до сих пор исследователи не пришли к единому мнению относительно того, в течение какого периода после развития острой миокардишемии еще целесообразно начинать применение ИТ, хотя большинство авторов считает, что это время не должно превышать 6 часов. Ждут своего решения многие вопросы реабилитационного лечения, в том числе показания и время проведения транслюминарной коронароангиопластики и операций прямой реваскуляризации миокарда. Не унифицирована методика проведения ИТ. Будущее покажет, может ли интракоронарное введение фибринолитического препарата при остром МИ быть заменено его внутривенным введением.

Х. С. Поола, У. Ф. Сибул — Тактика хирургического лечения острого холецистита

В статье отмечается увеличение частоты заболеваемости острым холециститом, а также констатируется преобладание среди этого контингента больных лиц пожилого и старческого возраста. Подчеркивается частое несоответствие клинической картины и морфологических изменений в желчном пузыре и соседних органах.

Обсуждаются преимущества и недостатки выжидательной и активной тактики с учетом летальности, нелетальных осложнений и отдаленных результатов, а также влияния разных факторов риска.

Авторы указывают на то, что в последнее время увеличилось число сторонников активной тактики, которые считают оптимальным оперировать больных острым холециститом в течение 24—48 часов после их поступления в стационар. Этого времени вполне достаточно для подтверждения диагноза, выявления сопутствующих заболеваний и для необходимой предоперационной подготовки (корректирующая и дезинтоксикационная терапия).

В пользу ранних неотложных операций говорят следующие аргументы: снижается частота неудовлетворительных результатов лечения; отпадает необходимость в вынужденных операциях, при которых регистрируется самая высокая летальность; появляется возможность оперировать в асептической фазе воспалительного процесса; уменьшается количество койко-дней и дней нетрудоспособности; современные достижения анестезиологии и реаниматологии позволяют свести риск ранних операций до минимума; часть больных с временным улучшением в стадии ремиссии отказываются от операции и поступают при следующем приступе снова в стационар с более высокими факторами риска.

За исключением экстренных операций, авторы не рекомендуют оперировать ночью.

Необходимы современные внутриоперационные методы исследования.

Х. Э. Тялли, Л. М. Сильдвер, П. Ю. Дмитриев — Гемолитикоуремический синдром у детей

Гемолитикоуремический синдром является полиэтиологическим аутоиммунным заболеванием, которое наблюдается в основном раннем детском возрасте. Синдром характеризуется развитием триады: гемолитической анемии, тромбоцитопении и острой почечной недостаточности. Одновременно наблюдаются симптомы поражения центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, печени.

В лечении данного синдрома решающим считается раннее проведение гемодиализа, использование иммуносупрессивного и антикоагуляционного лечения.

Описывается случай заболевания гемолитикоуремическим синдромом девочки Кати Р. 7 лет. В отделение искусственной почки Тартуской клинической больницы ребенок был переведен только на 16-й день заболевания. Несмотря на пятикратное проведение гемодиализа, состояние больной ухудшилось, и она умерла с явлениями поражения центральной нервной системы.

Участковым педиатрам следует больше внимания уделять диагнозу данного казуистического синдрома, что необходимо для своевременной госпитализации больных.

Х. А. Густавсон — Новейшие данные по истории медицины в Выру

Тартуский государственный университет 1632...1982

В. А. Лаос — 60-я годовщина санитарно-эпидемиологической службы Советского Союза

В. В. Калнин — Всесоюзная (XIII Прибалтийская) конференция по истории науки и техники

У. Ф. Сибуль — Третье общее собрание ученых-медиков Тартуского и Туруского университетов

Э. Х. Арак — Семинар-конференция по вопросам научного изучения и сбора лекарственных растений

В. В. Калнин — Конференция, посвященная 150-й годовщине со дня рождения С. Боткина

Т. О. Татар — IV Всесоюзная конференция, посвященная побочному действию лекарств

В. А. Каск — I Всесоюзная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы гинекологии детей и несовершеннолетних»

А. А. Лукаш — II Всесоюзный съезд судебных врачей

А. Э. Лутс — VIII Всесоюзный съезд оториноларингологов

Л. Я. Тамм — IX Всесоюзный съезд детских врачей

Н. О. Лоогна — Всесоюзный семинар «Диагностика и профилактика аллергозов, вызванных промышленными аллергенами»

Х. Силласту — XXV Всемирная конференция по туберкулезу и легочным заболеваниям

Юбилейные даты

П. А. Боговский — О направлениях и задачах упорядочения медицинской терминологии

Новые лекарственные препараты

Некрологи

Л. Х. Шоттер, А. В. Панов, Ы. М. Мандель, Р. В. Куйв — Криоэкстрактор-магнит для одновременного удаления катаракты с внедренным в хрусталик магнитным осколком

В работе описывается оригинальный инструмент — криоэкстрактор-магнит, служащий для одномоментного удаления катарактального хрусталика с внедрившимся в него осколком.

Воздействуя одновременно на ферромагнитный осколок (притягивая его) и на хрусталик (примораживая его), инструмент обеспечивает надежную и щадящую операцию.

Гранки редакции

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR

No 2. March, April 1983

Good wishes for the "Soviet Estonian Health" on the eve of its 25th anniversary

V. Rätsep — Additional measures for people's health protection

O. Maimets — Glucocorticoids and their curative value in rheumatic diseases

After a brief review of the literature the author throws some light on the pharmacological action and adverse side-effects of glucocorticoids, and also on a number of indications, contraindications and treatment tactics in cases of major rheumatic diseases. A comparative evaluation of the effects and side-effects of various glucocorticoids is presented in a table.

O. Imelik — Changes in reticulocyte count in the peripheral blood on muscular exercise and possibilities of their interpretation

The relative, absolute and total RC were determined in 10 male students before an one-hour exercise on bicycle ergometer (225W, 70 revolutions per min), at the 10th, 30th and 60th min of exercise and 30 min after the exercise. Preparations were dyed according to Schilling and blood volume was determined by means of ^{51}Cr labelled erythrocytes.

It was found that in all those subjects, but one, the RC was increased during the exercise, as a rule, with a peak in the first half of the exercise. After the peak a continuous decrease of the RC took place. In half the cases, 30 min after the exercise, the RC was decreased below the rest level. Since the erythrocyte count is dependent on plasma volume changes, the changes in the relative RC are regarded as more informative than those in the absolute RC. Exact data on quantitative changes can be obtained only from the total RC. Because of a high correlation between the relative and total RC during a prolonged strenuous exercise, the determina-

tion of the relative RC only was found to be sufficient. The main cause of those changes is attributed to the redistribution of reticulocytes in the circulation. One of the causes of different results found in the literature may be due to differences in blood sampling time.

H. Mitrofanova — Diagnosing hearing impairment by means of above-threshold tests

The article describes some diagnostic methods which are often used in practice, such as the Fowler, Lüscher and SISI tests and determining discomfort threshold. Some data are presented on the SISI test which is widely used in Tartu. A comprehensive audiometric investigation is essential in the differential diagnosis of hearing loss. By the way, the article also presents 3 diagrams.

A.-E. Kaasik — Scientific cooperation between Finnish and Estonian SSR neurologists and neurosurgeons in 1981—1982

R. Teesalu — Intracoronary thrombolysis

At present intracoronary thrombolysis (IT) holds out promises in the treatment of myocardial infarction (MI). In fourth-fifth of cases of myocardial infarction IT brings about lysis of a fresh thrombus in the coronary artery at the site of infarction. The reperfusion of ischemic myocardium, achieved by IT in patients with developing MI, secures relief of pain, brings about the return of ST segment elevation to normal, improves the action of the left ventricle, preserves the integrity of the major portion of ischemic myocardium, alleviates cardiogenic shock and reduces mortality from MI, whereas the reperfusion causes no additional damage to the body. Despite very considerable progress in treating myocardial infarction with IT, the most difficult problem facing cardiologists is to establish whether a long-term IT is justified. According to the majority of authors, IT should be performed without delay, within 6 hours of myocardial infarction. There is some debates as to whether the use of transluminal coronary angioplasty and the direct myocardial revascularisation procedure is indicated in the long term. The techniques of IT are not yet unified. It remains to be seen whether the intravenous injection of the fibrinolytic drug can be substituted for its intracoronary administration in cases of acute MI.

H. Poola, U. Sibul — The tactics of the surgical treatment of acute cholecystitis

A review of the literature on the use of early or delayed operation for acute cholecystitis is presented. The authors point out that there are an increasing number of surgeons who prefer early operations for acu-

te cholecystitis. An urgent cholecystectomy should be performed from 24 to 48 hours after the actual diagnosis of acute cholecystitis is established. The early elective cholecystectomy has the following advantages:

It allows to reduce mortality, morbidity rates and unsatisfactory late results.

It avoids recurrences and later emergencies due to acute cholecystitis.

It permits the patient to be operated on at the aseptic stage of inflammation.

It reduces the duration of hospital stay and the total losses of working days.

Occasionally, some asymptomatic patients may refuse the operation after a temporary recovery, only to be readmitted later with another episode of acute cholecystitis, when the operation risk may be higher compared with the early surgery.

The authors also emphasize the necessity for intraoperative examinations, including cholangiography.

H. Tälli, L. Sildver, P. Dmitriev — Hemolytic uremia syndrome in infants

Hemolytic uremia syndrome, a polyetiologic autoimmune disease, is mainly an infant ailment. This syndrome is characterized by hemolytic anemia, thrombocytopenia and acute renal failure. There are also functional disturbances of the central nervous system, gastrointestinal disorders and hepatomegaly.

As for the treatment of this syndrome, the majority of authors recommend to start off with hemodialysis, as rapidly as possible, and to use immunosuppressive and anticoagulative drugs.

The article describes the case of hemolytic uremia syndrome in a 7-year-old girl. Since the patient did not undergo dialysis until the 16th day of the illness, she died from a progressive cerebral damage and renal failure.

It is concluded that practitioners should have a profound knowledge of hemolytic uremia syndrome in order to render adequate and timely aid in cases of this syndrome.

H. Gustavson — Fresh data on the development of health care at Võru

Tartu State University 1632—1982

Conferences and medical meetings

Our heroes of the day

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

New Drugs

Necrologies

L. Schotter, A. Panov, O. Mandel, K. Kuiv — **Cryoextractor magnet for a simultaneous removal of cataractous lense and a ferro-magnetic body within it**

Editorial Column

Chronicle

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

Teil on võimalus tutvuda
ajakirjaga

КАТАЛОГ КАНДИДАТСКИХ И ДОКТОРСКИХ
ДИССЕРТАЦИЙ ПОСТУПИВШИХ В
ГОСУДАРСТВЕННУЮ БИБЛИОТЕКУ СССР
ИМЕНИ В. И. ЛЕНИНА И ГОСУДАРСТВЕННУЮ
ЦЕНТРАЛЬНУЮ НАУЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ
БИБЛИОТЕКУ.

Ajakiri annab informatsiooni
NSV Liidus kaitstud dissertatsioonide kohta.
Ilmub kord kuus.

Tutvuge kindlasti väljaandega
Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniiraamatukogus!



PARMIDINUM

[sünonüümid:

Anginin, Prodictin]

Ateroskleroosivastane ravim. Vähendab kolesteriini ladestumist arterite sisekestas, parandab mikrotsirkulatsiooni, nõrgendab põletikulisi reaktsioone, soodustab vereringet ateroskleroosist kahjustatud elundeis.

Mõjus aju-, südame-, jäsemete ja silmade veresoonte ateroskleroosi profülaktikaks ja raviks.

Pakendis 100 tabletti á 0,25 g.