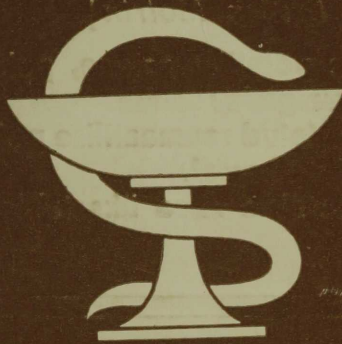




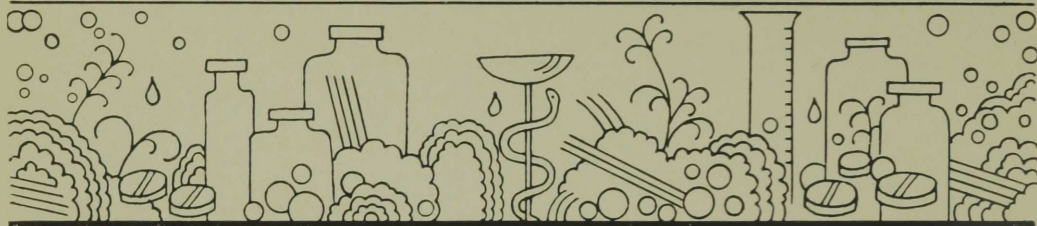
ISSN 0134—2320

NÕUKOGUDE EESTI **TERVISI HOLD**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

6 · 1984



IBUPROFEN

[Sünonüümid: *Brufen, Motrin*]

Ibuprofeenil on põletikuvastane, palavikku alandav ja valuvaigistav toime.

Ravim on näidustatud reumaatilise polüartriidi ning osteoartriidi korral.

Ibuprofeeni võetakse sisse üks tablett 3...4 korda päevas.

PREDNISOLONUM

[Sünonüümid: *Dacortin, Ultracorten H*]

Keemiliselt koostiselt on glükokortikosteroid. Prednisoloonil on põletikuvastane, desensibiliseeriv ja antiallergiline toime.

Preparaat on näidustatud reuma, polüartriidi, bronhiaalastma, Addisoni tõve korral.

Ravimit võetakse sisse 0,025...0,05 g ööpäevas, ravi käigus võib annust alandada 0,0025 grammini ööpäevas.

B-1875

6

Nõukogude Eesti Tervishoid

EESTI NSV TERVISHOIUMINISTEERIUMI AJAKIRI 1984 - XXVII AASTAKÄIK

SISU

TERVISHOIUJUHT TÄNAPÄEVAS

J. Saarma — Tervishoiuasutuse juhi osa meditsiinideontoloogias 403
M.-A. Riikjärv — Pediaatrilise abi aktuaalseid probleeme 405

TEORIA JA PRAKTIKA

S. Velbri, H. Rootsi, H. Härmat, M. Sergio, V. Erilas — Alfafetoproteiini määramise tähtsus väärearangute diagnoosimisel 407
L. Suurorg, L. Tamm — Hemodünaamika muutused süsteemsete sidekoehaiguste puhul lastel 410
K. Kutsar, G. Kasesalu — Pneumooniamükoplasma immunoflorestentsdiagnoosimine 413
L. Boston, K. Palgi, A. Past — Seedetraktihaiguste struktuur ja epidemioloogia lastel 415
A. Valdes — Kliiniline ja patoloogilis-histoloogiline diagnoos 416

V. Valdes — Sidekoe reparatsioonihäired operatsioonide tüsistusena 419
V. Sillastu — Kõri epiteeli hüperplastilised protsessid ja kasvaja (biopsiamaterjali analüüs) 424

ÜLEVAATED

K. Gross — Üsasisese nakkuse tänaseid probleeme 428

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASU-ISTIKA

M. Mägi, M. Martinson, L. Kallas, V. Suvidov, A. Levin — Kaasasündinud söögitoru-atresia juht 431

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

I. Maaroo — Maie Lövi-Kalnin arstiteaduse doktoriks 434
R. Pullat — Kandidaadiväitekiri Eesti meditsiiniajaloost 435

SANITAARHARIDUSTÖÖ

O. Tamm, M. Kivilo — Aktuaalset sanitaarharidustööd 436

ARSTITEADUSE AJALOOST

A. Valdes — Minu isa Otto Valdese meditsiinilisest tegevusest 438

U. Podar — Albert Valdes õppejõuna 441
P. Bogovski — Professor Albert Valdes arstide ja teadlaste kasvatajana 444

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

A. Viru — Üleliidulised adaptatsioonialase sümposioonid 446
A. Rumm — Tuberkuloosialane üleliiduline eesrindlike kogemuste kooli õppus 447
E. Alter — Eesti NSV Sanitaarteenistuse Keskmise Meditsiinitöötajate Seltsi XXX konverents 447
A. Lenzner — Balti liiduvabariikide kõrgkoolide meditsiinimikrobioloogide nõupidamine 448
A. Lenzner — Gastrointestinaalse mikrobioloogia alane rahvusvaheline sümposioon 448

MEIE JUUBILARE 449

Kadri Gross, Eugen Murašev, Georg Loogna, Vsevolod Grüntal, Virve Rass, Heljo Preem, Helve Mill, Aino Annus

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

V. Sillastu — Albert Valdese publikatsioonide 453
V. Laos — A. Valdese ja J. V. Veski «Ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamat» kahes köites 457

IN MEMORIAM

Dotsent Väino Mandel 18. X 1927... 31. VII 1984 462
 Ei ole enam Mari Soolot... 1. VI 1893... 9. IX 1984 463

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Nitroglütseriin želatiinkapslites, trinitrolong 464

KROONIKA 464

Eesti NSV teadlaste publikatsioonide välismaal 467
 Artiklite venekeelsed resümeed 467
 Artiklite ingliskeelsed resümeed 470
 1984. aasta koondsisukord 473

NB

2

Tartu Riikliku Ülikooli

Raamatukogu

137247

«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), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), H. Kadastik (Tartu), T. Kadastik (Rapla), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), V. Kõiv (Jõgeva), R. Mihelson (Hiiumaa), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), M. Ratt (Haapsalu), A. Rodin (Kohtla-Järve), M. Silland (Narva), R. Vodja (Pärnu).

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Brus. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 19. 10. 1984. Trükkimisele antud 20. 11. 1984. Trükiarv 5500. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspooznaid 8,71. Tell. nr. 3848. MB-10168. 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 5500. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,71. Заказ № 3848. MB-10168. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, Таллин, Пярну маантэ, 67-а.

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

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

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

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

Tervishoiujuht tänapäevas

UDK 616-052.2:614.253

Tervishoiuasutuse juhi osa meditsiinideontoloogias

Jüri Saarma · Tartu

tervishoiujuht, meditsiinideontoloogia,
tervishoiupraktika, ideoloogiatöö

Meie maa ühtne riiklik tervishoiusüsteem hõlmab erineva suuruse ning diferentsitud ülesannetega mitmesuguseid asutusi. Kõikide nende juhtidel laub rohkeid ning suuresti erinevaid ülesandeid. Tervishoiuasutuse juhil tuleb lahendada meditsiinialaseid, organisatsioonilisi, kasvatuslik-psühholoogilisi, majanduslikke ning sotsiaalseid probleeme. Koos oma kollektiiviga peab ta elanikele tagama asutuse profiilile vastava arstiabi, mis igati vastaks ka tänapäeva nõuetele.

Kitsalt erialase sisu kõrval on meedikute töö ulatuslik sotsiaalne ning poliitiline mõju. Esimesena maailmas võttis meie riik inimese tervise eest hoolitsemise täies ulatuses enda kanda. NLKP XXV kongressil rõhutati, et partei ja valitsuse sotsiaalülesannete seas ei ole tähtsamat kui hoolitsus nõukogude inimeste tervise eest.

Meditsiinitöötajad, eriti aga tervishoiuasutuste juhid, peavad lakkamatult meeles pidama ning oma tegevuses juhinduma teadmistest, et nende kätte on usaldatud mitte üksnes inimese tervis ja elu, vaid ühtaegu vastutusrikas lõik partei ja valitsuse sotsiaalpoliiti-

kast. Oma igapäevase tööga viivad meedikud ellu seda poliitikat, realiseerivad partei ülevaid ideid tegelikkuses. Seejuures tuleb arvestada, et inimesele on oma tervis eriti südamelähedane ja haigus erutab teda sügavasti. Arstiabi vajavad inimesed on alati kõrgenenud tundlikkusega selle suhtes, kuidas nende tervise eest hoolt kannavad selleks määratud asutused ja isikud. Tervishoiuasutuste ja iga meediku tegevuses esinevate puuduste suhtes ilmneb kõrgenenud tundlikkus eriti teravalt, viies mõnikord koguni ekslike kriitiliste üldistusteni meie tervishoiusüsteemi kohta tervikuna.

Seepärast peavad meditsiinitöötajad tunnetama vastutust selle eest, kuidas nad viivad iga abivajaja teadvusse meie riigi sotsiaalpoliitikat selle ühes tähtsamal loigus. Iga tervishoiutöötaja erialategevusel on ühtaegu sügavasti toimiv ideoloogiline komponent. Eredalt iseloomustas seda aspekti seltsimees K. Tšernenko oma ettekandes NLKP Keskkomitee 1983. a. juunipleenumil: «Nagu juba märgitud, saavutatakse kasvatustöös püsivaid tulemusi seal, kus see hõlmab inimeste elutegevuse kõik küljed, kaasa arvatud nende olme, vaba aja veetmine ja perekonnasuhete sfäär. Puhkeaeg peab olema rikas ja huvitav, aitama kaasa inimese võimete arendamisele, vabastama psüühilisest koormusest, mille toob kaasa tänapäeva elu rütm. Igati vastutusrikas osa kuulub siin tervishoiutöötajatele. Nende hulgas on palju tõeliselt ennastalgavaid ja suurte teadmistega inimesi. Nad teevad ära palju selleks, et päästa inimesed haiguste käest, pikendada nende aktiivset elu. On mõistetav, et see sfäär nõuab pidevat hoolitsust ja täiustamist ning olemasolevate puuduste kõrvaldamist».

Tervishoiuasutuse juhi üks ülesandeid on oma asutuse ühiskondlike organisatsioonide kaasabil kollektiivi süstemaatiliselt kasvatada šugava kohuse-

¹ K. Tšernenko. «Partei ideoloogiatöö ja massilise poliitilise töö aktuaalseid küsimusi». Ettekanne NLKP Keskkomitee 1983. a. juunipleenumil. «Rahva Häälel» 15. juunil 1983. a.

ja vastutustunde vaimus, kõrge teadlikkuse vaimus oma erialase töö suu-
rest sotsiaalsest tähendusest. NLKP
Keskkomitee hiljutine otsus «Eesti NSV
juhtiva kaadri osavõtust töötajate hul-
gas tehtavast poliitilisest kasvatustööst»
rõhutas veel kord seda aspekti meedi-
kute tegevuses. On ju otsuses inimese
töö ja olme valdkondade hulgas, mida
tuleb siduda elanikkonna poliitilise kas-
vatustööga, tähelepanu juhitud eriti
tervishoiule. Iga tervishoiuasutuse juht
peab sügavasti tunnetama oma vastu-
tust mainitud otsuses püstitatud üles-
annete täitmisel.

Tervishoiuasutuse kollektiivi ideelis-
poliitilisel ning erialasel kasvatamisel
on muule lisaks veel üks oluline aspekt,
mis väärib lähemat vaatlust. See on
nimelt tervishoiuasutuse iga töötaja,
nii meedikute kui ka mittemeetikute,
kaasamine tervet asutust hõlmava psüh-
hoterapeutilise õhkkonna loomisele. Op-
timistlik, elurõõmus, positiivsetest
emotsioonidest kantud õhkkond kollektiivis
ergutab iga tema liikme teotahet
ning annab osalustunde ühises õilsas
ürituses. Kuid veelgi olulisem: tervis-
hoiuasutuses valitseval psühhosfääril on
rohkem kui ühelgi teisel kutsealalitse-
ne mõju töö tulemustele. Avaldab ju
meedikute suhtlemise ja käitumise
emotsionaalne toon otsest toimet ka pat-
sientide meeolusse ning enesetundes-
se, sellega suuresti mõjutades paranemise
käiku. Positiivsete emotsioonide
domineerimisel kollektiivis saavutatakse
segi psühhoterapeutiline õhkkond.

Arenenud sotsialismi tingimustes on
partei püstitanud meie töötajate ette
esmajärgulise ülesandena töö efektiiv-
suse ja kvaliteedi tõstmise kui edasi-
mineku põhilise tagatise. Loomulikult
kehtib see ka meditsiinitöötajate kohta.
Väga tabavalt käsitles meedikute üles-
andeid seltsimees N. Tihhonov oma ette-
kandes NLKP XXVI kongressil. Ta märkis:
«Tänapäeval kerkib esiplaanile medi-
tsiinilise teenindamise kvaliteedi tõst-
mine, selle aga määrab ära teaduse ja
tehnikasaavutuste, nüüdisaegsete diag-
noosi- ja ravimeetodite ning efektiiv-
sete ravimite kasutamine meditsiini-

praktikas. Muidugi oleneb meditsiini-
lise teenindamise tase tohtul määral
arsti, meditsiiniõe ja sanitari kutseosku-
sest ja kogemustest, osavõtlikkusest ja
hingesoojusest igapäevaste vastu, kes vajab
abi. On tarvis, et tervishoiuorganid
ja meditsiinasutuste kollektiivid pöö-
raksid raugematut tähelepanu kvalifi-
katsiooni tõstmisele ja kõrge moraali
kasvatamisele, milleta meediku õilis-
elukutse on mõeldamatu»².

Tehnika ja farmakoloogia uusimate
saavutuste laialdase kasutuselevõtu va-
jadus on igale meedikule enesestmõistet-
av. Oma asutuse materiaalse baasi
arendamine ja uute diagnoosimis- ning
ravivahenditega täiustamine on kõikide
tervishoiuasutuste juhtide üks põhilisi
ning enim aega ja energiat nõudev tege-
vusloik. Kuid selles on oma piirid, ühelt
poolt asutuse eelarve kujul ja teiselt
poolt meditsiinitööstuse võimaluste ku-
jul. Samal ajal ei piira mingid limi-
did ega fondid meedikute erialatead-
miste täiendamist ega nende suhtlemis-
ja käitumisstiili kujundamist psühho-
terapeutilises vaimus. Tuleb tõdeda, et
nimelt viimases valdkonnas on meil veel
ohtrasti reserve, paiguti lausa uudis-
maad. Meditsiini tormilise tehnifitseerimise
ning spetsialiseerumise ja soma-
toteraapia vahendite täiustamise foonil
on meie meditsiinasutustes paiguti
unarusse jäänud psühhoteraapia raken-
damine. Tervishoiuasutuste juhid peavad
oma kollektiivi kasvatamisel täiesti
mõistma, et abivajajate hüveoluks on
tehnikasaavutuste kõrval vähe-
malt samaväärse tähtsusega iga tervis-
hoiutöötaja osavõtlikkus, tähelepanelik-
kus, hingesoosus ja sõbralikkus oma
patsientide vastu.

On ju iidne tõde, et meediku tege-
vuse objektiks on abivajaja kui konk-
reetne inimene oma tervikluses ning
individuaalsuses, mitte aga kui ainult

² N. Tihhonov. «NSV Liidu majandusliku ja
sotsiaalse arengu põhisuunad aastaks 1981—1985
ning ajavahemikus kuni 1990. aastani». Ettekanne
NLKP XXVI kongressil. «Rahva Hääl» 28.
veebruari 1981. a.

³ «Rahva Hääl» 1. augustil 1984. a.

UDK 616-053.2-084+362.147

Pediaatrilise abi aktuaalseid probleeme

mingi haige elundi kandja. Inimese ter-
vikluse aluseks on tema bioloogilise
ja sotsiaalse olemuse dialektiline ühtsus,
tema sooma ja psüühika integratsioon
ja vastastikune toime. Inimese kogu
elutegevus nii tervena kui ka haigena
kulgeb sooma ja psüühika dünaamilise
tervikuna. Psüühilist tegurit tuleb ar-
vestada nii haiguste profülaktikas kui ka
ravis, samuti ka rehabilitatsioonis. See-
pärast peab psühhoteraapia olema uni-
versaalne vahend, teda tuleb sihipära-
selt ja individualiseeritult rakendada
iga abivajaja puhul. Psühhoteraapiat
kasutab iga meedik suhtlemises üksik-
patsiendiga, kuid psühhoteraapiat selle
sõna tähenduses rakendatakse ka ter-
vishoiuasutuse kui kollektiivi poolt.
Samuti on olulised ka sellised psühho-
teraapia tegurid nagu miljö, tegevus,
kunst, kirjandus, kehakultuur. Iga
tervishoiuasutuse juht peab hoolt
kandma ka nende tegurite positiivselt
toimivaks kujundamise eest.

Tervishoiuasutuste juhid ei või oma
kasvatustöös piirduda üksnes sõnadega,
vaid peavad neid kinnitama ka tegu-
dega, iseenda eeskujuga. Tabavalt on
rõhutatud kollektiivi juhi isikliku ees-
kuju osa NLKP Keskkomitee eespool
mainitud otsuses: «Tuleb lähtuda sellest,
et juhi usalduslikud ja siirad suhted
alluvatega võivad välja kujuneda üks-
nes siis, kui nad näevad temas asjalikkuse,
parteilise printsiipaalsuse, aususe ja
korralikkuse eeskuju»³. Tervishoiuasu-
tuse juhi selline suhe kaastöötajatega
on kahekordselt tähtis, sest tema mõju
oma kollektiivis õhkkonna kujundami-
sel mõjub võimendatult ka kõikidele
abivajajatele. See aitab tagada arsti-
abi tõelise kompleksuse ning mõju-
suse, ühtlasi on see laia haardega ideo-
loogiline kasvatustöö tegelikkuses.

*TRÜ arstiteaduskonna
psühhiaatria kateeder*

Meie riigis on erilist tähelepanu pöö-
ratud laste tervise tugevdamisele.
Ambulatoor-polikliiniliste asutuste töös
on juhtivaks profülaktiline suund.
Profülaktilise töö olemuseks on tervis-
like tingimuste loomine lapse arenguks,
esmaprofülaktika ja süstemaatiline
komplekskontroll, mis tagavad haiguste
varajase diagnoosimise ja laste õige-
aegse rehabiliteerimise.

Üheteistkümnendal viisaastakul on
ehitatud Pärnu Lastepoliklinnik, Tal-
linna Õismäe Polikliinik omaette laste-
osakonnaga, Kohtla-Järve ja Ahtme
Lastepoliklinnik, Tartu Lastepolikliini-
ku filiaal Annelinnas. Põlva, Harju,
Viljandi rajooni uutes maa-ambula-
tooriumides on loodud nõuetekohased
tingimused laste arstiabiks. Siiski jääb
ka edaspidi meie ülesandeks laste ambu-
latoor-polikliiniliste asutuste vastavusse
viimine tänapäeva nõuete ja normatiivi-
dega nii linnades kui ka rajoonides.
Pediaatrite arv on suurenenud eeskätt
TRÜ arstiteaduskonna pediaatriaosa-
konda vastuvõtu suurendamise tulemu-
sena 1979. aastast alates. Uute pedi-
aatriaosakondade avamise tõttu on jaos-
konnas laste keskmine arv 775. Pedia-
atrite arvu suurenemine ei ole
olnud küllaldane, mistõttu kohati ei ole
pediaatrite ja pediaatrijaoskondade arv
vastavuses, see sunnib jaoskonnapedi-
aatreid töötama ka kohakaasluse alusel.

1983. aasta lõpuks oli meil atesteeritud 49 % pediaatritest, neist ligikau-
du pooltel on kõrgem või esimene kvali-
fikatsioonikategooria. Suurem tähtsus
peaks kvalifikatsiooni tõstmises olema
süstemaatilisel teadmiste omandamisel
individuaalkorras.

Profülaktilises töös pediaatrijaoskon-
nas on peatähelepanu varajasel lapse-
eal. Selle töö kvantitatiivsed näitajad
on head ja stabiilsed. Jaoskonnapedi-
a-

ter koos patronaaziõega ei ole veel saanud tõelisteks perekonnajuhendajateks ja abistajateks lapse arenguks optimaalsete tingimuste tagamisel. Sageli on meie teadmised ealises füsioloogias lünklikud, puuduvad teadmised ja veendumus vajadusest tegelda terve lapsega. Ruumikitsikusest tingituna ei ole praegu võimalusi taastusraviosakondade avamiseks, mille massaaži- ja ravikehakuultuurikabinette kasutatakse ka profülaktika eesmärgil. Jaoskonna patronaaziõe peamine kohustus on vanemate juhendamine ja kontrollimine. Suurt abi lapse õige režiimi, toitmise, kehalise kasvatus ja karastamisvõtete omandamisel, immuunprofülaktika vajaduse vanematele selgitamisel ning pedagoogilisel nõustamisel, samuti patronaaziõdede kvalifikatsiooni tõstmisel loodame tänava linnade lastepolikliinikutes loodud varaealise lapse profülaktikabinettidelt. Profülaktilise töö paranemine imikueas on ka laste tugeva tervise eeldus lastekollektiivis olles. Profülaktikabinettides töötavad õed peavad saama eriettevalmistuse. Ka profülaktilise töö ja raviprogrammid meditsiinkoolide lasteõdede kursuses vajavad korrigeerimist. Samuti peaksid pediaatrite teadmised lapse ealise füsioloogia tundmises olema paremad.

Kõik 0..15-aastased lapsed on dispanseeritud. Kindlaksmääratud aegadel teeb läbivaatusi kas pediaater või pediaater ja kitsa eriala spetsialist. Hästi on see töö korraldatud linnades imikute osas, neist 80..90% on läbi vaadatud viimaste poolt. Enamikus rajoonides on neuroloog ja ortopeed läbimõeldult tööd korraldades suutnud läbi vaadata ligikaudu 50% imikutest. Kõiki kolme- ja viieaastasi lapsi ning kooliõpilasi ei ole kitsa eriala spetsialistid suutnud läbi vaadata ametikohtade pii- ratud arvu tõttu. Kvaliteetne dispanseerimine eeldab sõeltestide kasutamist ja head laboratoorset baasi.

Profülaktikas on eriti tähtis riskirühma kuulujate varajane väljaselgitamine, nende individuaalravi ning rehabiliteerimine. Väljaselgitamine peab algama juba antenataalsel peri-

oodil ja see nõuab naistenõuandlate ja lastepolikliinikute tihedat koostööd. Meie lapsed ja noorukid ei ole piisavalt teadlikud riskiteguritest ja nende vältimise vajadusest järglaste tervise huvides. Kas ei ole siin oma osa ka pediaatrite ja noorukite arstide sihipärase tegevuse puudumisel? Profülaktilises töös on eriti tähtis sanitaarpropaganda nii lastevanemate kui ka kõikide laste hulgas. Sanitaarharidustöö metoodika on vaja viia teaduslikult põhjendatud alustele.

Praegu moodustavad haiguste diagnoosimine ja ravi ambulatooriumide ja polikliinikute tegevuses mahukaima osa. Esikohal on ägedad respiratoorsed ja soolenakkused, ägedad hingamiseldite haigused, mille puhul spetsiifilise profülaktika puudumine nõuab mitespetsiifiliste kaitsevahendite laialdast rakendamist elanikkonna hulgas. Sage- nemist võib märgata krooniliste haiguste osas, eeskätt allergiliste haiguste, neeruhaiguste, nägemishäirete, tugi- liikumisaparaadi haiguste ja närvisüsteemi haiguste osas, eriti varajases lapseas. Meil on eriarstide kaader, kes annab lastele abi 18 erialal, erialaabi koordineerivad ja juhendavad peaspetsialistid 20 erialal.

Laste haiglaravi tingimused on paranenud seoses uute rajooni keskhaiglate ja ka lastehaiglate avamisega. Voodikohtade arv vastab NSV Liidu keskmistele näitajatele. Lasteosakonnad on esteetiliselt kujundatud. Vähe on voodikohti nakkushaigete jaoks. Kuigi kõik haiglaravi vajavad ägedaid respiratoorseid haigusi põdevad lapsed on võimalik hospitaliseerida, siis tingituna boksi- dega osakondade vähesusest ja viroloogilise kiirdiagnoosimise võimaluste puudumisest on haiglasiseste nakkuste osa veel kõrge. See pikendab ravi kestust ja vähendab voodikäivet. On paranenud ravimite ja aparatuuriga varustatus, seda eeskätt laste reanimatsiooniosakondades Tallinnas ja Tartus. On kasutusele võetud nüüdisaegsed uurimis- ja ravimeetodid. Koostöös TRÜ arstiteaduskonna, Tallinna Vabariikliku Haigla, ÜMPI kliiniliste baasidega on

saanud võimalikuks rakendada keerukaid uurimismeetodeid (immunoglobuliinide määramine, isotooprenograafia jms.).

Pediaatriaprobleemide lahendamine ei ole võimalik teadusliku uurimistööta. Kardioloogiaalase uurimisega tegelevad TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder, kardioloogiainstituudi lastesektor. TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder osaleb ka NSV Liidu riikliku programmi teemas nr. 069.06. Tervishoiuasutustele on tõhusat abi andnud EKMI teadusliku töökorralduse osakonna teadurid, kes on uurinud poliikliinilise abi organisatsiooni täiustamist. Aktuaalne on Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Instituudi uurimisteema mittespetsiifiliste tegurite toimest organismi immunoreaktiivsuse tõstmisel sageli põdevatel lastel. Plaani-pärane teaduslik uurimistöö meil puudub, seda eriti neonatoloogia, allergoloogia ja pulmonoloogia erialal. Teaduslik-praktilise uurimistööga, mille aluseks on oma haigla või polikliiniku andmete analüüs, tegeldakse põhiliselt Tallinna ja Tartu lastehaiglates. See töö peaks aga olema iga raviausutuse töö orgaaniliseks koostisosaks. Ka tervishoiuministeriumi teadusliku meditsiininõukogu pediaatria probleemikomisjon ei ole suutnud teha märkimisväärset tööd teadusliku uurimistöö edendamisel. Viisaastaku jooksul on meie vabariigis valminud vaid üks kandidaadi-väitekirj neuroloogia ja üks onkogeneetika alal.

Kõikide lastega tegelevate meedikute kätes on see osa rahvast, kes sünnitab ja kasvatab üles järgnevad põlvkonnad ning kelle tervisest oleneb rahvastiku tervis tulevikus. Seega peaks pediaatriaprobleemide lahendamine kuuluma arstiteaduse ja tervishoiu esmajärguliste ülesannete hulka.

Mall-Anne Riikjärv

*Eesti NSV Tervishoiuministeriumi
peapediaater*

Teooria ja praktika

UDK 618.33-07

Alfafetoproteiini määramise tähtsus väärengute diagnoosimisel

Sirje Velbri Helju Rootsi Heli Härmat
Margit Sergo Virve Erilas · Tallinn

rasedus, väärengud, alfafetoproteiin

Alfafetoproteiin (AFP) on üks tuntumaid onkofetaalseid antigene, mida sünteesib suurel hulgal loote maks, ühtlasi on ta üks olulisemaid plasmavalke loote veres. Täiskasvanu vereseerumis on AFP kontsentratsioon madal (2... .25 ng/ml), tõuseb aga uuesti primaarse maksavähi, teratokartsinoomi või mõningate teiste kasvajat puhul (1). Viimase 10 aasta vältel on uuritud AFP kontsentratsiooni rasedate vere-seerumis. Normaalsele rasedusele on iseloomulik kontsentratsiooni tõus vere-seerumis alates 7...13. rasedusnädalast ning kontsentratsioon on kõige kõrgem 28...32. rasedusnädalal (160...190 ng/ml). Loote mõningate väärengute puhul on AFP kontsentratsioon raseda vere-seerumis tunduvalt kõrgem (2, 4, 6, 7). Seetõttu soovivatatakse väärengute, eriti anentsefaalia ja *spina bifida* varajaseks diagnoosimiseks määrata AFP kontsentratsioon 16...22. rasedusnädalal. Kõrgete väärtuste puhul tuleb ette võtta põhjalik uurimine. Kui tehakse kindlaks närvisüsteemi vääreng, tuleks rasedus katkestada, et vältida raskete väärengutega laste sündimist. Peale nimetatud juhtude tõu-

seb AFP nivoo ülemääraselt ka vesi-pea, nabasonga, ähvardava spontaanse abordi, reesuskonflikti ja kongenitaalse nefroosi korral (2, 7).

AFP kontsentratsiooni määramiseks on enamasti kasutatud radioimmunooloogilist meetodit. H. Coheni ja kaasautorite (3) arvates saab ka rist-immunoelektroforeesi abil eristada väären-gute puhul esinevat ülemäärast AFP kontsentratsiooni tõusu normaalsest tasemest.

Käesolevas töös uuriti AFP kontsent-ratsiooni määramise diagnostilist väärtust, hinnates kontsentratsiooni eri rasedusperioodidel normaalselt kulgeva ja patoloogilise raseduse juhtudel.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti 91 rasedat Tallinna Vabariiklikust Haiglast ja Pelgulinna Haiglast. Uuringud tehti 8...40. rasedusnädalal, mõnel juhul pärast sünnitust või heidendit. Jälgiti raseduse kulgu ja hiljem hinnati vastsündinu arengut.

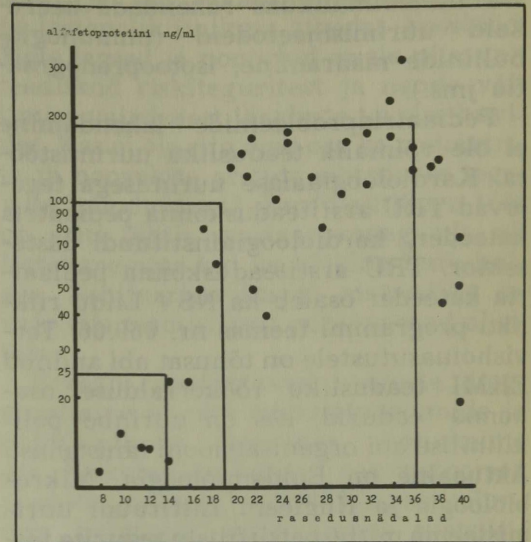
AFP kontsentratsiooni määrati paralleelselt kolmel meetodil: pretsipitatsioonireaktsioonil agaris ja rist-immunoelektroforeesil, kasutades N. Gamaleja nimelise Epidemioloogia ja Mikrobioloogia Instituudi reaktiivide komplekti, ning radioimmunooloogilisel firma *International CIS* komplektide abil. Neist kaks esimest on kvalitaatiivsed, suhteliselt madala tundlikkusega reaktsioonid, mille abil ei saa määrata AFP kontsentratsiooni raseduse normaalse kulu puhul, vaid üksnes kontsentratsiooni ülemäärase tõusu puhul (> 300 ng/ml). Radioimmunooloogilisel meetodil määratakse AFP-sisaldust vereseerumis kvantitatiivselt (ng/ml).

Uurimistulemused ja arutelu. Vastavalt raseduse kulule ja vastsündinu arengule jaotati uuritavad seitsmesse rühma, et oleks võimalik eraldi vaadelda kõiki haigusjuhte, mille puhul võib esineda AFP kontsentratsiooni tõus.

1. Raseduse normaalne kulg terve ajalise lapse sünniga — 36 juhtu. Siia rühma kuulusid ka need rasedad, kellel anamneesi järgi oli sündinud kas väärengetega laps (2), surnud laps (6) või olid olnud heidendid (4), kuid käesolev rasedus kulges häireteta ja sündis normaalne laps.

2. Väärengetega vastsündinu — viiel juhul.

3. Raseduse katkemine: heidendid või antenataalne loote surm — 8 juhtu.



Joonis. AFP kontsentratsioon ema vereseerumis normaalse raseduse puhul.

4. Heidendid (kaksikud).

5. Reesus- või AB0-süsteemi konflikt — seitse juhtu.

6. Ähvardav raseduse katkemine, mille puhul rasedus õnnestus säilitada — 27 juhtu.

7. Emal raske suhkurtõbi — neli juhtu, kusjuures kahel juhul rasedus katkes.

AFP kontsentratsiooni määramisel pretsipitatsioonireaktsioonil ja rist-immunoelektroforeesil saadi positiivne reaktsioon vaid ühel juhul (väären-guga loode). Seega andmete analüüsimisel tuli lähtuda AFP radioimmunooloogilisel määramisel saadud kontsent-ratsioonist.

Esimeses rühmas, millesse kuulujail kulges rasedus normaalselt ja sündis terve laps, jäi AFP kontsentratsioon esimese 14 rasedusnädala ajal normi piiresse (< 25 ng/ml), edasi aga järk-järgult tõusis. Seejuures kuni 19. rasedusnädalani jäi kontsentratsioon alla 100 ng/ml, 20...36. rasedusnädalani aga kõikis enamasti 100...190 ng/ml piires, ületades vaid üksikjuhtudel 200 ng/ml. Raseduse lõpul täheldati AFP kontsent-ratsiooni järkjärgulist langust ema ve-reseerumis (vt. joonis).

Tabel. AFP kontsentratsiooni ülemäärane tõus rasedate vereseerumis olenevalt raseduse kulust

Uuritav rühm	Üldarv	8. . 14. rasedusnädal AFP > 25ng/ml	15. . 19. rasedusnädal AFP > 100ng/ml	20. . 36. rasedusnädal AFP > 190ng/ml	37. . 40. rasedusnädal AFP > 150ng/ml
Raseduse normaalne kulg	38	0(6)*	0 (4)	2 (22)	0 (6)
Loode vääringuga	5	—	—	1 (2)	0 (3)
Reesus- või AB0-süsteemi konflikt	7	—	0 (2)	0 (4)	0 (1)
Heidend või loote antenataalne surm	8	—	0 (1)	2 (6)	0 (1)
Heidendid (kaksikud)	2	—	1 (1)	1 (1)	—
Ähvardav raseduse katkemine	27	1 (3)	2 (5)	2 (18)	1 (1)
Emal raske suhkurtõbi	4	—	—	2 (4)	—

* — sulgudes on toodud uuritud rasedate arv

Väärarengute puhul (viis juhtu) määrati AFP kontsentratsioon ema vereseerumis alles 1. . 5 päeva pärast sünnitust või heidendit. Kahel juhul oli närvisüsteemi vääring — *anencephalus*. Neist ühel juhul oli ema vereseerumis 3. . 4 korda kõrgem AFP tase: 27. rasedusnädalal 700 ng/ml, pretsipitatsioonireaktsioon positiivne (vt. tabel). Teisel juhul oli tase normi piires: 39. rasedusnädalal 120 ng/ml. Viimasel juhul tuleb arvestada, et tegemist oli loote surmaga 11. . 12 päeva enne sünnitust, verd AFP kontsentratsiooni määramiseks aga võeti alles viis päeva pärast sünnitust. Et AFP kontsentratsioon vereseerumis viie päeva vältel poole võrra langeb (7), siis ilmselt ka sellel juhul oleks kontsentratsioon olnud kõrgenenud, kui uuringuid oleks tehtud elupuhusel.

Teistel vääringute juhtudel (kolm juhtu) leiti AFP normaalne tase. Need vääringud iseloomustasid järgmiselt: 1) nabaväadisong, mille puhul maks ja jämesool olid väljunud kõhule; 2) nabaväadisong, ühepoolne huulelõhe, kõrvade deformatsioon, suguelundite alaareng; 3) jalgade vääringud. Nimeetatud vääringutest võiksid nabaväadisongiga puhul esineda kõrgenenud väärtused. Tuleb aga rõhutada, et AFP kontsentratsiooni ei määratud optimaalsel rasedusperioodil (16. . 22. nädalal), millal on abnormsed ja normväärtu-

sed kõige paremini diferentsitavad (5), vaid määrati hoopis raseduse lõpul.

Reesuskonflikti või AB0-süsteemi konflikti puhul AFP kontsentratsioonis normväärtustega võrreldes olulisi erinevusi ei leitud, olgugi et neljal seitsmest uuritud oli samal ajal raseduse katkemise oht.

Heidendite ja loote surmaga lõpetavate raseduste puhul saadi 26. rasedusnädalal AFP kõrgenenud väärtused kahel juhul kaheksast. Neil kahel juhul olid uuringud tehtud vahetult enne raseduse katkemist.

Kahel juhul olid heidendid kaksikud. Uuringud 16. ja 26. rasedusnädalal näitasid, et AFP tase oli kõrgenenud. Nagu teada, võib nii kaksikute kui ka heidendite puhul tase ülemäära tõusta (2, 5, 7).

Raseduse ähvardava katkemise puhul tehti uuringuid raseduse erineva kestusega juhtudel, 10. . 37. rasedusnädalal. Kuuel juhul 27-st täheldati normväärtusega võrreldes AFP kontsentratsiooni ülemäärast tõusu, kusjuures raseduse I poolal sagedamini kui II poolal, vastavalt kolmel 8-st ja kolmel 19 juhust.

Raske suhkurtõve korral emal täheldati kahel neljast normaalsest kõrgeimat AFP kontsentratsiooni. Kummalgi juhul ei olnud loode täisväärtuslik: ühel juhul suri loode antenataalselt, teisel juhul suri laps 14 tundi pärast sündi. Seevastu kahel diabeetikul, kellel

AFP väärtused olid normaalsed, sündis normaalselt arenenud laps.

Seega uurimistulemused näitasid, et AFP kontsentratsiooni tunduv tõus ema vereseerumis on üksnes närvisüsteemi vääraarengutega loote puhul (*anencephalus*). AFP kontsentratsiooni mõõdukas kõrgenemine (võrreldes normväärtustega) rasedatel võib esineda ka paljudel teistel juhtudel, nagu ähvardav raseduse katkemine, heidendid (kaksikud), raske diabeet emal. Selles osas saadud tulemused vastavad kirjanduse andmetele (2, 5, 7). Täpsete normväärtuste väljatöötamiseks tuleb uurimist laiendada eriti 16. .22. rasedusnädalal. Sel juhul vastavalt piirväärtustele raseduse normaalse kulu puhul on võimalik AFP kontsentratsiooni haiguslikku tõusu õigeaegselt kindlaks teha.

KIRJANDUS: 1. Abelev, G. I. Embryonic antigens in tumours. M., 1971. — 2. Brock, D. J., Barron, L., Duncan, P. a. o. Lancet, 1979, 1, 1281—1282. — 3. Cohen, H., Graham, H., Lau, H. Am. J. Obstet. Gynaecol., 1973, 115, 881—883. — 4. Leighton, P. C., Kitau, M. J., Gordon, Y. B. a. o. Lancet, 1975, 2, 1012—1015. — 5. Milunsky, A., Alpert, E. New Engl. J. Med., 1978, 298, 738—739. — 6. Norgaard-Pederson, B., Bang, J., Fischer-Rasmussen, W. a. o. In: Advances Cancer Research. Stockholm, 1983, 147. — 7. Seppälä, M., Ruoslahti, E. Contrib. Gynec. Obstet., 1976, 2, 143—186.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut
Tallinna Vabariiklik Haigla
Tallinna Pelgulinna Haigla*

Hemodünaamika muutused süsteemsete sidekoehaiguste puhul lastel

Lagle Suurorg · Tallinn
Leo Tamm · Tartu

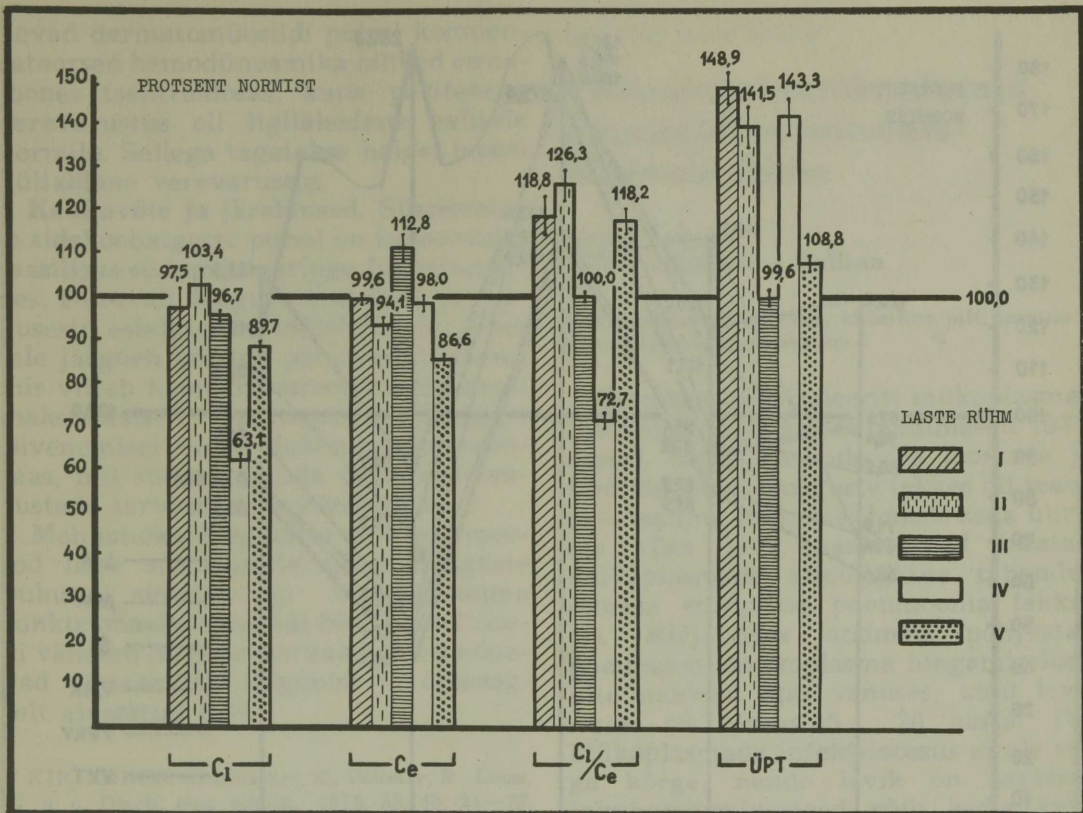
süsteemsed sidekoehaigused, tsentraalne ja perifeerne hemodünaamika, mehhanokardiograafia

Sissejuhatus ja töö eesmärk. Süsteemsed sidekoehaigused kahjustavad südant ja veresooni (2, 3, 8, 12, 13). Siiani on puudunud ühtne seisukoht südame- ja veresoontekahjustuse sageduse ning raskuse osas, on rõhutatud sidekoehaiguste puhuse kardiopaatia suhteliselt healoomulist kulgu lastel (8).

Antud töös on esitatud meie tulemsed hemodünaamika muutuste kohta, kui lapsed põdesid reumatoidartriiti, dermatomüosiiti, erütematoosset luupust ja süsteemset sklerodermiat.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti 65 4. . . 15 aasta vanust last (keskmine vanus 12,2 aastat), keda raviti Tallinna I Lastehaiglas või Tartu Kliinilises Lastehaiglas. Vastavalt haiguse laadile jaotasime haiged viide rühma: I — reumatoidartriidi liigesevorm (22 last), II — reumatoidartriidi liigese- ja vistseraalne vorm (22 last), III — dermatomüosiit (4 last), IV — erütematoosne luupus (8 last), V — süsteemne sklerodermia (11 last). Üldkliiniliste uuringute, EKG, FKG ja röntgenileiu alusel diagnoositi kahel lapsel perikardiiti (ühel ek-sudatiivne ja ühel kuiv perikardiidivorm) ning 13-l müokardiidüstroofiat. Ülejäänuil (50) südame ja vereringe manifesteerunud muutusi ei olnud.

Hemodünaamika täpsustamiseks kasutasime mehhanokardiograafiat Savitski järgi (6, 7, 9, 10, 11). Meetod võimaldab määrata kuut arteriaalse rõhu väärtust (minimaalne, keskmine, külgsüstoolne, maksimaalne, pulsirõhk ja hemodünaamiline löök) ning pulsilaine leviku kiirust mööda lihaselisi ja elastseid veresooni (C_1, C_2). Arvutuste teel saadakse südame löögi- ja minutimaht (LM, MM), südameindeks (SI), väljalöögi mahtkiirus (VMK), vasaku südamevatsakese kontraktsioonivõimsus (VVKV), vasaku südamevatsakese töö (VVT) ja energia kulu (EK) ühe liitri vere edasipumpamiseks, üldine perifeerne takistus (ÜPT) (7, 10, 11). Uudsena meie töös on arvatud vasaku südamevatsakese venitatavus (VVV) ehk *compliance*, mis iseloomustab täpselt vasaku südamevatsakese seisundit (1, 4).



Joonis 1. Hemodünaamika muutused lastel eri haiguste korral võrreldes normiga (tähistuste seletused tekstis).

Kasutades normväärtustena Moskva Pediaatria-instituudi andmeid (11), leidsime näitajate erinevuse normist (protsentides). Tulemused on toodud joonistel 1 ja 2.

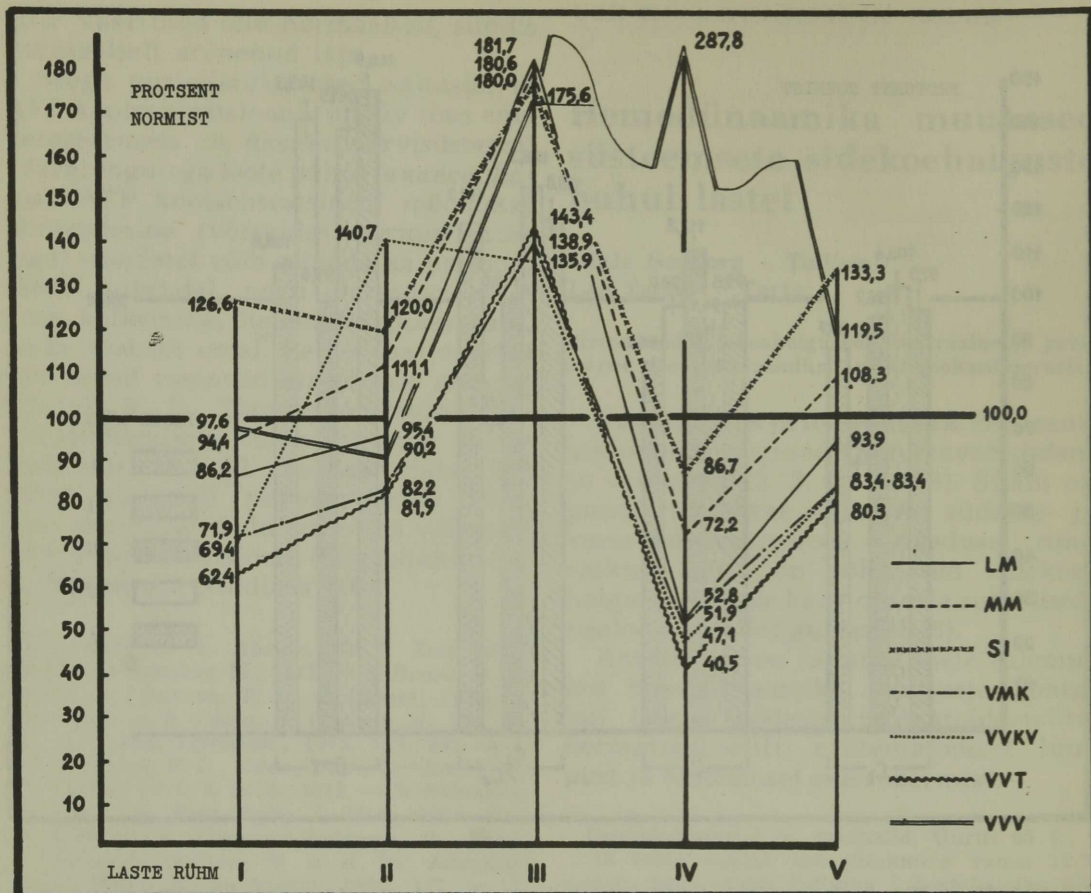
Uurimistulemused ja arutelu. Arteri- aalse rõhu keskmistes väärtustes olulisi muutusi uurituil ei olnud, kuigi 1/3-l oli vererõhk tõusnud üle ealise normi piiri. Pulsilaine leviku kiirus (vt. joonis 1) oli normi lähedane I, II ja III rühmas ning vähenenud IV ja V rühmas. Pulsilaine leviku kiirus mööda lihaselisi veresooni (C_1) oli kõige väiksem erütematoosse luupuse juhtudel ($63,1 \pm 2,0 \%$). Toonilisuse koefitsient (C_1/C_e) oli tõusnud reumatoidartriidi liigese- ja vistseraalse vormi puhul ($126,3 \pm 4,1 \%$) ning langenud erütematoosse luupuse puhul ($72,7 \pm 2,2 \%$).

Muutusi leidsime veresoonte perifeerses takistuses. Kõikides rühmades,

välja arvatud dermatomüosiiti põdejad, oli üldise perifeerse takistuse tõus 41. . . 48 % võrra üle normi piiri.

Väljendunud muutused süsteemsete sidekoehaiguste puhul on lastel tsentraalse vereringe osas. Jooniselt 2 on näha, et dermatomüosiidi juhtudel esineb südame väljalöögi (löögimahu, minutimahu, südameindeksi, väljalöögi mahtkiiruse) ja vasaku südamevatsakese kontraktsioonivõimsuse, vasaku südamevatsakese venitatavuse ja töö tõus 35. .81 % üle ealise normi piiride. Erütematoosse luupuse puhul (IV rühm) on aga need näitajad langenud 13. .59 % allapoole normväärtusi. Vasaku südamevatsakese venitatavus on IV rühma haigetel suurenenud 188 % normist.

Tsentraalse ja perifeerse vereringe häireid on igal juhul vaja hinnata in-



Joonis 2. Hemodünaamika mitmesuguste näitajate muutused lastel eri haiguste korral võrreldes normiga (tähistuste seletused tekstis lk. 410).

dividuaalselt. Vererõhu kompenseerib organismis perifeersetes veresoontes toonus koos tsentraalse hemodünaamikaga. Pulsilaine leviku kiirus elastsetes veresoontes iseloomustab veresoonte kõige kättesaadavama osa, alaneva aordi, funktsionaalset seisundit. Otsest korrelatsiooni veresoonte elastsete omaduste ning arteriaalse rõhu suuruse vahel ei ole täheldatud ka tervetel lastel (7), samuti ei leidnud me oma töös sidet nimetatud näitajates. On alust arvata, et sidekoehaiguste algfaasis säilib veresoonte elastsuse lai individuaalsete kõikumiste diapason.

Perifeerse takistuse suurenemise põhjal võib väita, et süsteemseid sidekoehaigusi põdevail lastel on mikrotsirkulatsiooni häired, mille tõttu perifeerne takistus suurenebki. Meie andmed üh-

tivad kirjanduse andmetega (5, 8, 12).

Tsentraalse hemodünaamika näitajad viitavad südame funktsiooni häirumisele kõikide rühmade haigetel. Südame väljalöögi suurus, mida iseloomustavad löögimaht, minutimaht, südameindeks, väljalöögi mahtkiirus, on erütematoosse luupuse puhul langenud. Vähenenud väljalöögi mahtkiirus (51,9 % normist) koos vasaku südamevatsakese kõrge venitavusega (188 % üle normi) erütematooset luupust põdejail viitab vasaku südamevatsakese ülemäärasele laienemisele löögimahuga võrreldes. Dermatomüosiidi puhul on tõusnud südame väljalöök, vasaku südamevatsakese kontraktsioonivõimsus ning venitavus, mis on tingitud südamelihase kontraktiilsete elementide hüpertroofiast ning fibroossetest muutustest (8). Meie andmeil esi-

nevad dermatomüosiidi puhul kompensatoorsed hemodünaamika nihked esmaajoones tsentraalosas, kuna perifeerne verevarustus oli ligilähedane ealisele normile. Sellega tagatakse haigel lapsel küllaldane verevarustus.

Kokkuvõte ja järeldused. Süsteemsete sidekoehaiguste puhul on iseloomulik faasilisus südamevereringe funktsioonides, sõltuvalt haiguse kestusest ja raskusest: esialgsetele mõõdukatele nihele järgneb kõikide parameetrite tõus, mis viitab kompensatsioonimehhanismi maksimaalsele kasutamisele. Haiguse süvenemisel algab dekompensatsioonifaas, mil süda ei suuda organismi varustada tarvismünevahelise verehulgaga.

Mehhanokardiograafia on tõhus meetod laste süsteemsete sidekoehaiguste puhuse südame ja veresoonekonna funktsionaalse seisundi hindamisel. Isegi vähesed normist kõrvalekalded nõuavad dünaamilist jälgimist ja õigeaegselt alustatud ravi.

KIRJANDUS: 1. *Drescher, E., Vollmar, R., Liuss, G. u. a. Dtsch. Ges. wesen.*, 1978, 33, 45, 21—22. — 2. *Hollingsworth, S. W. Management of rheumatic arthritis and its complications.* Chicago — London, 1978. — 3. *Ishikawa, S., Segar, W. E., Gilbert, E. F. a. o. Am. J. Dis. Child.*, 1976, 132, 7, 696—699. — 4. *Lewis, B. S., Gotsman, M. S. Am. Heart J.*, 1980, 99, 101.

5. *Баженова Л. К., Деягин В. В. Педиатрия*, 1983, II, 20—25. — 6. *Вульфсон И. Н. Особенности гемодинамики у детей в норме и патологических состояниях. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М.*, 1974. — 7. *Вульфсон И. Н., Китикарь Ф. М. Тахоосциллография и сфигмография у детей. Кишинев*, 1973. — 8. *Исаева Л. А. В кн.: Дерматомиозит у детей. М.*, 1978, 22. — 9. *Савицкий Н. Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. Л.*, 1974. — 10. *Орлова Н. В. Педиатрия*, 1974, 4, 31—33. — 11. *Осколкова М. К. Кровообращение в норме и патологии. М.*, 1976. — 12. *Осколкова М. К., Сахарова Ю. Д. Сердце и сосуды при ревматоидном артрите у детей. М.*, 1974. — 13. *Яковлева А. А. Инфекционный неспецифический (ревматоидный) артрит у детей. М.*, 1971.

Tallinna I Lastehaigla
TRÜ arstiteaduskonna pediaatria
kateeder

UDK 616.24-002-022.6-07

Pneumooniamükoplasma immunoflorestsents-diagnoosimine

Kuulo Kutsar
Galina Kasesalu · Tallinn

pneumooniamükoplasma, kliiniline pilt, immunoflorestsentsdiagnoosimine

Esmakordselt isoleeriti mükoplasma loomadelt 1898. aastal ja inimeselt 1937. aastal. Mükoplasma osa loomade ja lindude nakkushaiguste tekkes oli teada juba ammu, inimestel hakati seda uurima alles 1962. aastal, mil tõestati mükoplasma etioloogiline tähendus esmase atüüpilise pneumoonia tekkes (1). Kirjanduse andmeil põhjustab pneumooniamükoplasma hingamiseldite nakkust igas vanuses, kuid levinuim on elueas 5...20 aastat (7). Mükoplasma infektsioosus ei ole väga kõrge, nende levik on aeglane, inkubatsiooniperiood võib kesta kuni kolm nädalat ning vaid 10...20 %-l nakatanuist kujuneb välja kliiniliselt väljendunud haigus (2).

Käesoleva töö eesmärk on anda ülevaade pneumooniamükoplasma põhjustatud nakkuse immunoflorestsentsdiagnoosimisest ning tõestada, millist osa see haigusetekitaja etendab meil levivate haigusetekitajate hulgas.

Uurimismaterjal ja -meetodika. Uurimismaterjaliks olid uhtmeproovid haigete nina-neelust või samast piirkonnast tampooniga võetud proovid, ka lahangumaterjal (kopsukude). Enamik uurimismaterjali pärines lastelt vanuses üks päev kuni kümme aastat, osalt ka noortelt täiskasvanutelt (18...22-aastastelt) ja täiskasvanutelt vanuses kuni 68 aastat. Neil kõigil oli kliiniliseks või patoanatomiliseks diagnoosiks äge kopsupõletik. Kokku uuriti 865 proovi.

Preparaadid immunoflorestsentsuuringuteks valmistati ette varem kirjeldatud meetodika alusel (6). Kasutasime Üleliidulise Gripi Teadusliku Uurimise Instituudi poolt toodetud pneumooniamükoplasma vastast fluorestseerivat diagnostilist immunoglobuliini. Selle tootmiseks oli kasutatud pneumooniamükoplasma tüve H-10, mida kultiveeriti Hayflicki söötmes ja millele oli lisatud 10 %-list pärmiekstrakti, 1 %-list glükoosi- ja 0,02 %-list fenoolpunaselahust (3).

Tabel. Pneumooniamükoplasma uurimise tulemused

Uurimis- materjal	Vanus		kuni 3 a.		3. . .10 a.		18. . .22 a.		22. . .68 a.		Kõik vanuse- rühmad				
	arv	posit.	arv	posit.	arv	posit.	arv	posit.	arv	posit.	arv	posit.			
Kliiniline materjal	213	26	12,2	256	42	16,4	108	8	7,4	128	6	4,7	705	82	11,6
Lahangu- materjal	72	6	8,3	56	3	5,4	—	—	—	32	1	3,1	160	10	6,2
Kokku	285	32	11,2	312	45	14,4	108	8	7,4	160	7	4,3	865	92	10,6

Tulemused ja arutelu. Pneumooniamükoplasma immunofluorestsentsdiagnoosimise tulemused on esitatud tabelis.

Immunofluorestsentsimeetodil saadi diagnoosi kinnitus keskmiselt 11,6 %-l haigusjuhtudest. Olulised erinevused ilmnesid pneumooniamükoplasma esinemissageduses eri vanuserühmade järgi: kõige sagedamini esines seda 3. . .10-aastastel, mõnevõrra harvem kuni kolmeaastastel, 18. . .22-aastastel üliõpilastel ning vanadel. Kõige noorem nakatunu oli üks päev vana ja kõige vanem 68-aastane. Kahjuks jäi täiendava uurimismaterjali puudumise tõttu tõestamata, kas ühe päeva vanusel lapsel oli nakkus kaasasündinud. Seega võib öelda, et ka meie vabariigis esineb pneumooniamükoplasma põhjustatud ägedat kopsupõletikku kõikides vanuserühmades, mõnevõrra sagedamini eelkooliealistel ning noorema kooliea lastel. Analoozilist seaduspärasust haiguse esinemises on täheldanud mitmed uurijad (4, 5, 7). Meie uurimistulemustele lähedasi andmeid on saanud ka Leningradi, Kaasani, Kišinjovi ja Hersoni teadlased. Nende järgi on pneumooniamükoplasma esinemissagedus immunofluorestsentsimeetodil diagnoosituna varieerunud 7,6. . .14,5 % piires (9).

Lahangumaterjali põhjal õnnestus pneumooniamükoplasma kindlaks teha sagedamini väikelastel ja üksikjuhul isegi vanemaerialisel.

Seega näib pneumooniamükoplasma poolt esilekutsutud nakkusel olevat ulatuslikum levik ja ohtlikkus, kui seda seni on kirjeldatud. Kliiniline praktika

tunneb kahtlemata vajadust kiirdiagnoosimise järele, kuid nõudmise rahuldamine esialgu viibib, sest vastavaid fluorestseerivaid immunoglobuliine tööstuslikult veel ei toodeta.

Järeldused.

1. Immunofluorestsentsimeetodil on pneumooniamükoplasma põhjustatud nakkuse diagnoosimisel teiste meetodite ees eeliseid, sest ta annab kiiresti küllalt objektiivseid andmeid.

2. Pneumooniamükoplasma on oluline osa meie esinevate haiguseteki-tajate seas, ta tabab kõiki vanuserühmi ning võib põhjustada surmaga lõppevaid haigusjuhte.

KIRJANDUS: 1. Chanock, R. M., Hayflick, L., Barile, M. F. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1962, 48, 41—49. — 2. Foy, H. M., Grayston, J. T., Kenny, G. E. a. o. JAMA, 1966, 197, 859—866. — 3. Hayflick, L. Tex. Rep. Biol. Med., 1965, 23, suppl., 285—303. — 4. Hayflick, L., Chanock, R. M. Bacteriol. Rev., 1965, 29, 185—221. — 5. Jansson, E., Wager, O., Stenström, R. a. o. Br. Med. J., 1964, 1, 142—145. — 6. Kutsar, K., Lember, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1975, 2, 148—150. — 7. Mufson, M. A., Chang, V., Gill, V. a. o. Am. J. Epidemiol., 1967, 86, 526—544. — 8. Потапенко Л. Б., Камфорин Л. Е. В кн.: Проблемы гриппа и ОРЗ. Л., 1973, 9, 95—101. — 9. Потапенко Л. Б., Солдатова В. М. В сб.: Этиология и диагностика гриппа и других ОРЗ. Л., 1982, 105—110.

Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogia-
jaam

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia
ja Hügieeni Teadusliku Uurimise
Instituut

UDK 616.3-008.1-03-053.4/5

Seedetraktihaiguste struktuur ja epidemioloogia lastel

Lea Boston Katrin Palgi Anne Past
Tartu

seedetraktihaigused, struktuur, epidemioloogia, riskitegurid

Viimastel aastakümnetel on arenenud industriaalmaades seedeelundite haiguste sagedus suurenenud nii täiskasvanute kui ka laste hulgas. Arvestades haiguste suurt esinemissagedust, on äärmiselt tähtis tähelepanu pöörata nende profülaktikale, riskirühmade väljaselgitamisele, dispanseersele jälgimisele ja esialgsete sümptomide väljaselgitamisele (1, 2, 3, 4). Vaatamata mao-sooletrakti haigustesse haigestumise pidevale sagenemisele lastel, on nende haiguste epidemioloogiat veel vähe uuritud. Meie vabariigi andmed selles osas puuduvad.

Käesoleva töö eesmärk oli kindlaks teha laste seedetraktihaiguste struktuur ja mitmesuguste riskitegurite osa seedetrakti talitlushäirete tekkes.

Uuriti 86 kõhuvalu all kannatavat Tartust pärit last, kes 1982. ja 1983. aastal viibisid Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas. Uuritavatest 70 (81,3 %) olid kooliealised. Tüdrukuid oli 48 (55,8 %), poisse 38 (44,2 %). Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaigusi esines nii ealiselt kui ka sooliselt enam-vähem võrdse sagedusega. Sapipõie ja sapiteede haiguste puhul oli hüpertoonilisi düskineesiaid enam väikelastel ja eelkooliealistel, hüpotoonilisi aga kooliealistel. Sapipõie ja sapiteede haigusi täheldati kaks korda sagedamini tütarlastel.

Mao- ja kaksteistsõrmiksoolehaigused moodustasid uuritavatel 74,1 %, sapiteede ja sapipõie haigused 45,8 % ning soole talitlushäired 3,5 %. Orgaanilisi muutusi maos ja kaksteistsõrmiksooles leiti vaid 5,9 %-l ning sapipõies ja sapiteedes 12,8 %-l juhtudest.

Krooniliste mittenakkuslike seede-

elundite haiguste tekkes etendasid suurt osa järgmised riskitegurid.

Põetud seedetraktihaigused 39 lapsel (45,3 %), neist düsenteeria 15-l (17,4 %), enterobioos kuuel (6,9 %), lamblioos kolmel (3,4 %), ussripik eemaldatud viiel lapsel (5,8 %); kroonilised nakkuskolded organismis (krooniline tonsilliit, haimoriit, hambakaaries) 36 lapsel (41,9 %). Ägedad ülemiste hingamisteede haigused 15 lapsel (17,4 %); toidurežiimi rikkumine 35 lapsel (40,6 %), halb söögiisu 22 lapsel (25,6 %), ebakorrapärane toitumine kuuel (6,9 %) ja ületoitmine seitsmel lapsel (8,1 %); stress ja närvisüsteemi labiilsus, mis on tingitud konfliktidest perekonnas ja koolis, 32 lapsel (37,2 %). Stressi mõju oli eriti ilmne kooliealistel — 25 lapsel (29 %); neuroloogilised haigused kümnel lapsel (11,6 %); allergilisi nähte 9 lapsel (10,4 %); pärilik soodumus seedeelundite haiguste tekkeks neljal lapsel (4,6 %).

Seedeelundite haiguste riskitegurite arvu järgi jaotati lapsed järgmistesse rühmadesse: riskitegureid üks, riskitegureid 2...3, riskitegureid neli või enam. Esimene rühm moodustas uuritavatest 20,1 %, teine 63,3 % ja kolmas 16,6 %.

Seedetrakti talitlushäirete epidemioloogias on lastel olulisemad põetud seedetraktihaigused, ägedad ja kroonilised nakkuskolded organismis, toidurežiimi rikkumine ning stress ja närvisüsteemi labiilsus. Laste seedetrakti talitlushäirete epidemioloogia osas tuleb kõige sagedamini arvestada seda, et võivad esineda 2...3 riskitegurit koos.

KIRJANDUS: 1. Баранов А. А. Эпидемиология и организационные принципы лечения неинфекционных заболеваний органов пищеварения у детей. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1977. — 2. Баранов А. А., Гринина О. В. Болезни органов пищеварения у детей. Горький, 1981. — 3. Желдак А. П. Клинико-лабораторные данные при заболеваниях желчевыделительной системы у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Иваново, 1971. — 4. Клименская Л. В., Давыдова В. П., Шагохина В. Н. Педиатрия, 1980, 11, 40—43.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria
kateeder

TRÜ arstiteaduskond

Kliiniline ja patoloogilis-histoloogiline diagnoos*

Albert Valdes

Mitmekesiste laboratoorsete uurimisviiside seas, mis on toeks puhtkliinilisile haigeuurimisile, osutub patoloogilis-histoloogiline uurimine üheks tähtsamaiks.

Patoloogilis-histoloogiliste uuringute vajadus kliiniliste diagnooside selgitamiseks kasvab meil aasta-aastalt. Enne sõda saadeti Ülikooli patoloogia-instituuti harva kliinilist materjali patoloogilis-histoloogiliseks uurimiseks, ning seegi oli peamiselt Ülikooli kliinikuist. Nüüd on aga säärase uuringute arv väga tunduvalt progressiivselt suurenenud patoloogia-instituudis ja neid tehakse rohkesti ka Tallinnas linna Keskaiglas.

See näitab, et arstides on kasvanud arusaamine säärase uuringute väärtusest. Kuid siiski peab tähendama, et meil Eestis kasutatakse veel liiga vähe patoloogilis-histoloogilist uurimist haiguste diagnoosimisel, nii haiglates töötavate kui ka vabalt tegelevate arstide poolt.

Kogu rida kolleege, kellede ala on niisugune, kus ka patoloogilis-histoloogilised uurimised on vähem või rohkem võimalikud, ei tunne oma igapäevases tegeluses üldse vajadust niisuguste uuringute järele. Nad loodavad puhtkliinilisele vilumusele, mille abil nad

arvavad võivat diagnoosida haigusi õieti.

Patoloogia-instituudi patoloogilis-histoloogiliste uuringute statistiline kokkuvõte näitab, et umbes 60 %-l uuringuist satub kliiniline ja patoloogilis-histoloogiline diagnoos kokku. Nende juhtude seast, kus patoloogilis-histoloogiline diagnoos erineb kliinilisest, on osutunud kliinilise diagnoosi järele healoomune protsess patoloogilis-histoloogiliselt pahaloomuseks umbes 4—5 %-il ja umbes samal määral ka ümberpöördult.

Ei ükski arst, ei ka hästi vilunud, ei või kindel olla, et kõik tema diagnoosid oleksid õiged. Ikka võib juhte olla, kus ka kogenud diagnoosija ei taba puhtkliiniliste võtete varal haigusprotsessi päris olemust. Järgnegu siin mõned näited.

Patoloogia-instituudi patoloogilis-histoloogiliste uuringute protokollist on näha, et mitte harva günekoloog saadab emaka kaapematerjali uurimisele kindla diagnoosiga «endometriit», kuid patoloogilis-histoloogilisel uurimisel see osutub vähiks.

Vanem kogenud kirurg, kelle kliinilised diagnoosid on olnud enamasti hästi tabavad, nagu patoloogilis-histoloogilised uuringud seda tõendavad, saadab kord tükikese keelest diagnoosiga «carcinoma», — diagnoos olla temal üsna kindel, kuid saadab materjali siiski uurimiseks, paludes ühtlasi uurimist teha valmis järgmiseks hommikuks, sest selleks ajaks on määratud selle haige keele operatsioon. Patoloogilis-histoloogiline uuring aga näitas selgesti, et siin on tegemist tuberkuloosiga, mitte aga vähiga. Muidugi, haigel tuli ette võtta mitte operatsioon, vaid hoopis teist liiki ravi.

Larüngoloog saadab patoloogilis-histoloogiliseks uurimiseks tükikese noore, umbes 20-aastase patsiendi kõrist, et teada saada, kas seal on tuberkuloosne või mõnda teist liiki põletik. Kasvaja ei tulnud tal üldse kahtluse alla. Patoloogilis-histoloogilisel uuringul osutus see aga tüüpiliseks vähiks, mis nõudis ope-

* **Toimetuselt.** Seoses 100 aasta möödumisega Eesti NSV teenelise teadlase, Tartu Riikliku Ülikooli kauaaegse õppejõu professor Albert Valdese sünnist avaldame tema mälestust austades taas muutmatult käesoleva teadusartikli, mis ilmus ajakirja «Eesti Arst» 1933. aasta lisas lehekülgedel 46... 50. Artiklist nähtub, et kõik põhiprintsiibid, ka üksikasjad kaasa arvatud, ka tehnilised detailid, on nagu tänapäeval kirja pandud, ehkki artikli ilmumisest on mööda läinud üle poole sajandi. Tõsine teadus ei aegu, ta on püsiva väärtusega.

ratsiooni. Ka operatsioonimaterjali uurimine kinnitas vähi diagnoosi.

Kellelgi patsiendil on seljal haavand, mis ei taha paraneda. Üle aasta ta käib seda näitamas mitme eriteadlase juures, kes määravad temale mitmesuguseid vahendeid. Viimaks üks arstest, kelle poole patsient pööras, taipas lasta haavandi servast võetud tükki patoloogilis-histoloogiliselt uurida. Osutus, et sel juhul oli tegemist tüüpilise vähiga.

Juba nende väheste näidete varal näeme, et puhtkliiniline haiguspilt ei võimalda alati õiget diagnoosi panna, ka diagnoosiva arsti kõige paremate teadmiste ja kogemuste korralgi. Seepärast on väga tähtis lasta patoloogilis-histoloogilisi uuringuid teha, kui see on vähegi võimalik.

Patoloogilis-histoloogilised uuringud on tähtsad eeskätt günekoloogile ja kirurgile.

Ei saa ükski günekoloog enam läbi ilma patoloogilis-histoloogiliste uurimisita. Need võimaldavad kindlat ning varast emaka pahaloomuste kasvajate diagnoosi. Ka mitte-kasvajaliste emaka protsesside puhul abrasioonimaterjali patoloogilis-histoloogilised uurimised võivad avastada hoopis teisi toimusid emakas, kui günekoloog seda temale kättesaadavate kliiniliste andmete varal võis arvata. Näiteks, günekoloogile näib, et tegemist on endometriidiga, kuid patoloogilis-histoloogiline uuring avastab abordi. Uuemal ajal on kindla reeglina püstitatud nõue: iga emaka-abrasiooni materjali on vaja tingimata patoloogilis-histoloogiliselt uurida.

Kirurgel on laialdased vajadused patoloogilis-histoloogilise diagnoosi järele, eeskätt uudismoodustiste suhtes, kuid ka teiste protsesside olemuse lähemaks määramiseks.

Larüngoloogile osutuvad ühel ja teisel juhul tingimata vajalikuks patoloogilis-histoloogilised diagnoosid, eriti kõrivähi aegsaks avastamiseks.

Naha- ja sisehaiguste eriarst võib paljude naha- ja sisehaiguste puhul täpsat ning kindlat diagnoosi panna ainult patoloogilis-histoloogiliste uurimiste varal. Patoloogilis-histoloogiliselt on juhuslikult ka

leprat avastatud juhtudel, kus kliiniliselt ei esinenud selleks kahtlustki.

Ka sisehaiguste arsti võivad patoloogilis-histoloogilised uurimised vahel õigele diagnoosile juhtida, näiteks suurenenud mahlanäärmete puhul (tuberkuloosne lümfadeniit, lümfogranulomaatoos, vähk jne.).

Olgu veel tähelepanu pööratud mit-teparanevatele haavandidele, mis panevad arste vahel raskesse seisundisse, kuid mille puhul patoloogilis-histoloogilised uurimised toovad selgust: haavandid, mida on peetud kliiniliselt harilikeks, lihtsa põletiku tagajärjel tekkinuks, on osutunud patoloogilis-histoloogilisel uurimisel mõnikord kartsinomaatoos-seiks, nagu juba ülal mainitud, või ka süfiliitiliseks.

Tähtis on patoloogilis-histoloogiliselt uurida operatsioonimaterjali ka juhul, kui enne operatsiooni on tehtudki proovlõike patoloogilis-histoloogiline uuring, sest suurema hulga materjali varal on võimalik protsessi iseloomu paremini selgitada ja vastavat järeldravi määrata.

Nii tähtis kui patoloogilis-histoloogiline uurimine on, esineb siiski juhte, kus ka patoloogilis-histoloogiline uuring ei saa anda kindlat või õiget diagnoosi. Sel põhjal võivad tekkida ka arusaamatused kliiniklase ja patoloog-histoloogi vahel. Suuremalt jaolt need arusaamatused tekivad sellest, et patoloogilis-histoloogiliseks uurimiseks saadetud proovmaterjal ei ole tabavalt võetud.

Näide. Kirurg diagnoosib «sarcoma testis». Uurimiseks saadetud proovväljalõige võimaldab diagnoosida vaid fibroomi. Haige opereeritakse siiski, kuna kliinilised andmed kõnelevad sarkoomi poolt. Patoloogilis-histoloogilisele uurimisele saadetakse ka opereeritud kasvaja ning selgub, et siin on tegemist tõesti sarkoomiga (fibrosarkoom). Proovväljalõige oli haaranud ainult kasvaja välise fibroosse kapslitaalse osa ilma kasvajat puutumata.

Seepärast olgu siin kohal eriti alla kriipsutatud, et kliiniklane ei pea oma diagnoosi aluseks võtma ainult laboratoorsete uurimiste tulemusi, eriti veel

siis, kui näit. patoloogilis-histoloogiline uurimine osutab vaid võrdlemisi tühisele healoomusele protsessile, kuna aga kliinilised andmed näitavad, et tegemist peaks olema pahaloome protsessiga. Igal kahtlasel juhul on vaja teha korduvaid uurimisi, kui see on võimalik.

Günekoloogia alal võivad arusaamatused tekkida ka nii näiteks, et abrasioonimaterjali mikroskoopiline uurimine on võimaldanud kindlasti diagnoosida vähki. Varsti peale abrasiooni toimetatud operatsioonil väljavõetud emaka makroskoopilisel vaatlusel aga ei leidu ühtegi vähikahtlast kohta. Günekoloogile näib, et patoloog-histoloog on diagnoosiga eksinud. Kuid lugu võib olla säärane, et algav vähk on levinud vaid pindmiselt emaka limanahas, ilma et ta oleks jõudnud veel suuremaid sõlmi moodustada, nagu see on kirjanduseski kirjeldatud. Emaka abrasiooni tegemisel on ühes limanahaga ka kasvaja kolded vähem või rohkem välja kaabitud.

Niisugused paratamatud juhud, kus patoloogilis-histoloogiline uurimine ei jõua anda õiget diagnoosi, moodustavad siiski ainult väikese protsendi kogu uuringute arvust ning ei vähenda uuringute üldväärtust.

Olgu veel tähelepanu pööratud ühele soovimatule asjaolule. Nagu on selgunud, vahel saadetakse kliiniline materjal teistkordseks patoloogilis-histoloogiliseks uurimiseks väärandmeiga, — hoopis teise haigenime, kliinilise diagnoosi ja muude märkmeiga, et teada saada, kui õiglaselt patoloog-histoloog diagnoosib ühelt ja samalt haigelt kahel või enamal korral võetud materjali. Kuid sellega võivad tekkida vahel rasked arusaamatused, mis kantakse täiesti ilma igasuguse põhjusega patoloog-histoloogi arvele. Nagu juba ülal mainisin, et ikka esineb paratamatult juhte, kus teistkordse uurimise diagnoos erineb esmakordse uurimise omast, lihtsalt juba sellepärast, et proov-väljalõikel ei tabata õiget kohta.

Mäherdune raske arusaamatus võib tekkida näiteks ka siis, kui esimest korda saadetakse abrasioonimaterjal uuri-

miseks, millele antakse patoloogilis-histoloogiline diagnoos emaka limanaha muutuste suhtes, selle järel kohe haigel opereeritakse emakas välja ja günekoloog saadab emakast väljalõigatud tüki patoloogilis-histoloogiliseks uurimiseks väärandmeiga, ilma tähendamata ka, et mõni päev tagasi on tehtud emaka täielik abrasioon (muidu ehk patoloog-histoloog võib taibata, missuguse juhuga on tegemist!), kuid ta soovib teada saada muu seas ka muutuste iseloomu endomeetriumis. Seesugusel korral patoloog-histoloog paratamatult tõlgitseb emaka limanaha seisundit teisiti, kui see tõesti peaks olema, ning kliiniklane teeb patoloog-histoloogi selja taga ka väärjäreldused.

Sääraseid väärandmeiga uurimisele saated osutuvad kahjulikeks eeskätt saatjale kliiniklasele enesele, sest lahkuminevuse põhjus jääb selgitamata, kuid võib-olla täiendavate uurimistega (preparaatide juurdetegemisega) oleks küsimus kergesti lahendatud.

Ei ole mingisugust mõtet kliinilist materjali saata väärandmeiga patoloogilis-histoloogilisele uurimisele. Kõik uuringu preparaadid mikroskoobitakse ning vastavad diagnostilised järeldused tehakse individuaalselt, ilma et eelmise uurimiskorra tulemused seda mõjustaksid.

On ülitähtis, et iga arusaamatuse korral kliiniklane pööraks otse patoloog-histoloogi poole, et koos teatava juhu kohta selgusele jõuda.

Sidekoe reparatsioonihäired operatsioonide tüsistusena

Vello Valdes · Tallinn

haava paranemine, sidekoeline reparatsioon, põletik, operatsioonitüsistus, riskitegurid, kliinilis-morfoloogiline analüüs

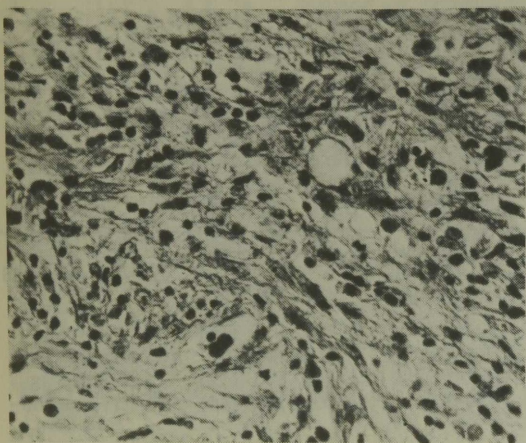
Operatsioonide puhul väärivad lõpptulemuse osas erilist tähelepanu kaks asjaolu: operatsiooni tehniline teostamine ja järgnevate kudede liitumine elundite talitluse taastumisega. Tehnilisest küljest isegi kõige ideaalsem operatsioon ei saa anda loodetud tulemust kudede raskete funktsioonihäirete korral. Et haava paranemine toimub sidekoelise reparatsiooni kaudu, siis on ka arusaadav huvi ahelreaktsioonina kulgeva protsessi kõigi etappide vastu: põletik, granulatsioonkoe moodustumine, selle kollageniseerumine ja sidekoe lõplik kujunemine koos teiste kudede taastumisega. A. Šeher ja kaasautorid (11) käsitlevad reparatiivset granulatsioonkude isegi ajutise elundina, millel on kindel eesmärk ja mille normaalse funktsiooni aluseks on adekvaatne homöostaas. Viimase muutumine põhjustab häireid põletiku osas ja granulatsioonkoe moodustumises, mille tagajärjeks võib olla nii reparatiivse protsessi pidurdumine kui ka ülemäärane sidekoestumine. Kliinilisest aspektist on erilist tähelepanu pööratud reparatsiooni puudulikkusest sugenevale haavade ja anastomooside avanemisele ning järgnevate septiliste tüsistuste lisandumisele (1, 2, 3, 4). Selliste komplekselt toimivate riskitegurite selgitamine ja sihipärane arvestamine võimaldab valida optimaalsema ravitaktika. Osa riskitegureid kaasneb organismi üldseisundiga: kõrgem iga, meessugu ja ületoitumus. Teised aga seostuvad haigusega: pahaloomulised kasvajakasvaja, iileus, peritoniit, pneumoonia, ikterus, ureemia, suhkurtõbi, suur verekaotus, aneemia, vere hüübimishäired, vaegtoimus (eriti hüpoproteineemia), C-

avitaminoos, nihked immuunsüsteemis ning vee ja elektrolüütide homöostaasis, stress (ka psüühiline). Kolmandad tulenevad ravivõtetest: operatsioonitraum (eriti kauakestvad, ulatuslikud ja korduvad operatsioonid), ravi glükokortikoidide ja tsütostaatikumidega ning kiiritusravi (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9). Haava loomuline töötlemine ja vahetu infitseerimine näib olevat vähem tähtis (1, 7). Eksperimentaaluurimistena on sidekoe organisatsiooniprotsessi käsitleanud A. Valdese (8) õpilased P. Bogovski, U. Podar, A. Vösamäe, Ü. Arend ja Viiv Valdes.

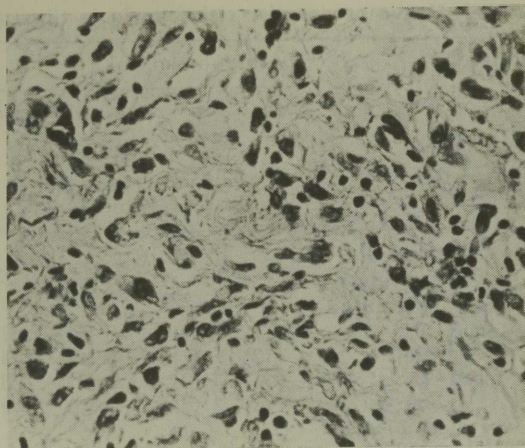
Käesolevaga vaadeldakse igapäevase haiglatöö aspektist sidekoe reparatsioonihäirete võimalikku osa kõhuõõne (seedeelundite) operatsioonidele järgnenud tüsistuste tekkimisel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Statistiline analüüs (vt. tabel) põhineb Tallinna Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonna täiskasvanute lahangu tel aastast 1975... 1983, kus pärast kõhuõõne (seedeelundite) operatsioone reparatsioonihäirete foonil tekkinud tüsistused põhjustasid surma (kaks juhtu on 1984. a.). Võrdluseks on tabelis toodud sulgudes lahangujuhud samast perioodist, samade haiguste ja operatsioonidega, kuid nende puhul olulisemaid kasvatajaid riskitegurina (1, 3, 4), on need juhud koondatud omaette rühma. Statistilise analüüsi töepärasust hinnati χ^2 -testiga. Reparatsioonihäirete arvestamisel lähtuti histoloogilistest muutustest operatsioonivälja piirkonnas, esmajoonelise sidekoe moodustumise ja põletikulises reaktsioonis; operatsioonide(aegseid) muutusi kõrvalt lahangu omade-ga.

Tulemused ja arutelu. Seedetraktihaiguste analoogiliste operatsioonidega 278 juhust (vt. tabel) ilmnesid rasked reparatsioonihäired ühel kolmandikul (93 juhtu). Seejuures aga on teadmata reparatsioonihäirete potentsiaalne osa juhtudel, kui haige suri operatsiooni ajal või esimestel päevadel pärast operatsiooni. Füsioloogilise riskitegurina avaldub meeste tunduvalt ülekaal nooremate vanuserühmas, soolise suhtena 3,5:1 reparatsioonihäirete esinemisel ja 1,52:1 nende puudumise korral. Vanemate haigete rühmas on suhe 0,68:1 ja

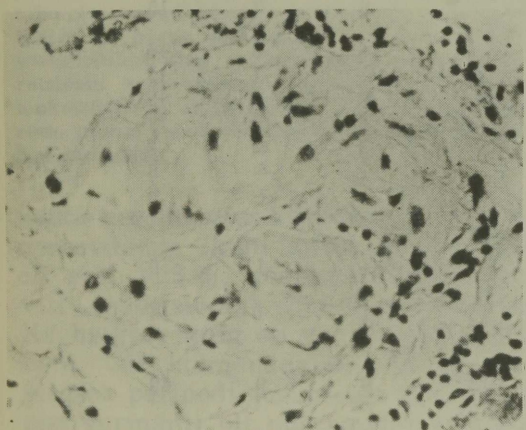


1 a

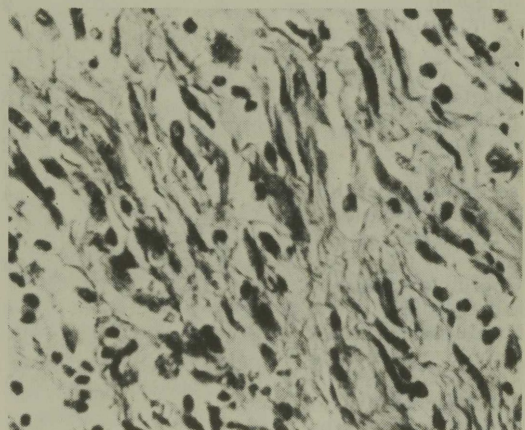


1 b

1 c



2



Mikrofoto 1. Lahang nr. 18/1984, 67-aastane naine. Kaksteistsõrmikunäsa vähk; mehhaaniline ikterus 1,5 kuud, pankrease koldeline nekroos; surm 15 päeva pärast koletsüstojejunostoomiat. 1 a. Operatsioon, pankrease ümbruse rasvkude. Aktiivsete fibroblastidega põletik. 1 b. Lahang, sama piirkond. Degenereeruvad fibroblastid, jämenenud struktuuriga kollageenkiud, hõre ümarakuline infiltraat. 1 c. Lahang, anastomoosi (peensool) serv. Nekrotiseeruv reparatsioonitunnusteta sidekude, ümbruses fibriin ja ülekaalus ümarakuline infiltraat. (Suurendus 330×, värving hematoksüliin-eesiiniga).

Mikrofoto 2. Lahang nr. 24/1984, 52-aastane mees. 12 aastat tagasi maoreseksioon kaksteistsõrmikuhaavandi tõttu, kaks aastat tagasi vagotomia; kolm kuud valud, kõhulahtisus, tugev kaalulangus, tursed; sedastatud anastomoosi peptiline haavand uurisega jämesoolde; vana gastroenteroanastomoosi reseksioon; 10 päeva pärast iileus, korduv operatsioon, sidekoeliste liidete vabastamine; haige suri 3 päeva hiljem, lahangul kõrge iileus uute liidete moodustumisest, tugev kopsuturse. Mikrofotol gastroenteroanastomoosi piirkond. Aktiivsete fibroblastide ja põletikureaktsiooniga noor sidekude. (Suurendus 330×, värving hematoksüliin-eesiiniga).

sid korduvate operatsioonide ajal ja tüsistustena tekkinud soolefistulid olid omakorda aluseks uutele operatsioonidele, järgnevate veelgi ulatuslikumate tüsistuste lisandumisega. Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavanditega haigete rühmas oli taolisi juhte 88 %, mehhaanilise iileuse puhul 67 %, 12 juhul 15-st

oli esimene, mitteadekvaatne operatsioon tehtud rajoonihaiglas väiksema kogemusega kirurgi poolt.

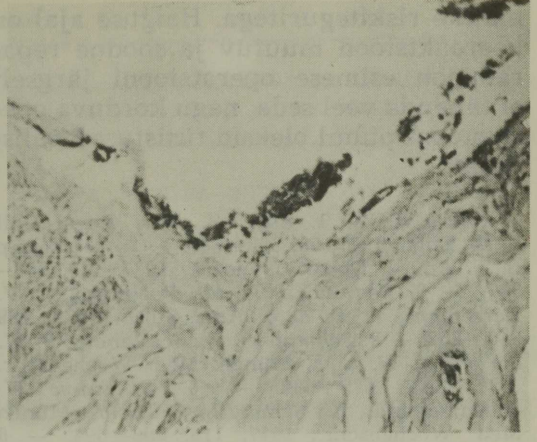
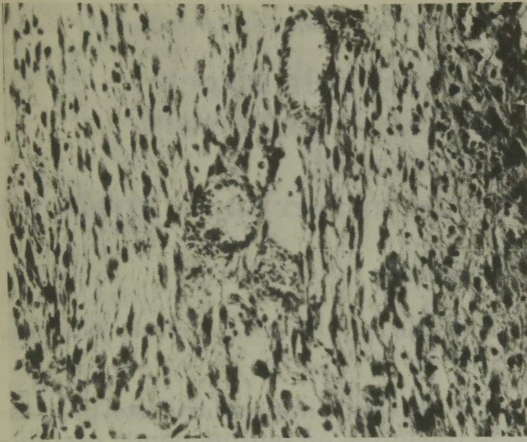
Histoloogiliste muutuste kõrvutamise muutustega operatsioonide ja lahanguite uuringutes näitab reparatsioonihäirete kujunemise dünaamikat (vt. mikrofoto

Tabel. Haava paranemise riskitegurid ja tüsistused eri haigusrühmades

Näitajad	Haigusrühmad							
	söögi- toru	magniti- duodee- num	sellest haavand- töbi	sooled	sellest mehhaa- nilise sulgusega	sapiteed ja pankreas	pahaloo- mulised kasvajad	kokku
Reparatsiooni- häiretega juhud	2	20	17	23	18	17	31	93 + (185) = 278
() häireteta juhud	(5)	(22)	(18)	(29)	(12)	(44)	(85)	
Mehed 15... 59 a.	1 (1)	9 (7)	8 (5)	7 (5)	4 —	4 (10)	7 (15)	28 + (38) = 66
üle 60 a.	— (2)	6 (7)	5 (6)	4 (8)	4 (4)	3 (10)	10 (23)	23 + (50) = 73
Naised 15... 59 a.	—	3 (2)	2 (1)	3 (7)	1 (4)	1 (4)	1 (12)	8 + (25) = 33
üle 60 a.	1 (2)	2 (6)	2 (6)	9 (9)	9 (4)	9 (20)	13 (35)	34 + (72) = 106
Operatsioonieelsed riskitegurid:								
iileus	—	—		18		—	14	32
krooniline kulg	1	14		3		7	1	26
maksa kroonilised haigused	—	2		2		9	2	15
mehhaaniline ikterus	—	1		—		6	8	15
tugev verekaotus	—	12		—		—	1	13
vaegtoitumus	1	2		3		2	4	12
peritoniit	—	—		4		2	5	11
rasvumine	1	—		2		2	2	7
suhkurtöbi	—	1		4		1	—	6
seedekulglafistulid	—	—		4		1	—	5
Mitteadekvaatne esimene operat- sioon	2	7		5		—	1	15
Operatsioonijärg- sed fistulid	2	4		6		1	1	14
Korduivad operat- sioonid tüsistuste kõrvaldamiseks	2	17	15	15	12	6	9	49
Tanatogeneetiliselt olulisemad tüsistu- sed:								
peritoniit	—	8		9		4	19	40
sepsis	1	8		7		3	2	21
pneumoonia	—	6		2		3	7	18
progresseeruv kur- tumus	1	3		4		5	3	16
hepatorenaalne puudulikkus	—	1		2		4	5	12
kardiovaskulaarsed tüsistused	—	1		2		3	5	11

1). Mitmel juhul oli esimese operatsiooni ajal haiguskolde piirides täheldatav noore sidekoe aktiivne moodustumine, millega kaasnesid rohked fibroblastid ja aktiivne põletik. Korduval operatsioonil ja lahangul aga (surmast alates 5. operatsioonijärgsel päeval) oli sidekude rakuvaene, prevaleerisid degeneratiivsete muutustega fibroblastid; kollageenkiudude struktuur oli jämenenud,

leukotsüütiderohke eksudaat asendunud fibrinoosiga. Sellisel pinnal tehtud korduva operatsiooni puhul põhjustasid õmblused nekroosi ja juba esimesel reoperatsioonijärgsel päeval oli ulatuslikke mikroobide kolooniaid (vt. mikrofoto 3). Kahel taolisel juhul tekkis kiire kuluga bakterieemiline šokk, kahel juhul anaeroobne sepsis. Vanemaealistel, ilmselt küll ealiste riskitegurite toimetel,



Mikrofoto 3. Lahang nr. 177/1979, 24-aastane mees. Apenditsiit; esimesed 3 operatsiooni rajoonihaiglas, apendektomia tehti teisel operatsioonil (3 päeva esimesest), esimese operatsiooni piirkonnas liided; 12 päeva järel peensoolefistul, üleõmblus; 10 päeva hiljem liidete vabastamine ja peensoolefistulite ning sooltevaheliste abstsesside likvideerimine; surm 12 tundi pärast viimast operatsiooni anaeroobsest sepsisest. 3 a. Viimane operatsioon, sooltevaheline liide. Noor sidekude leukotsütaarse infiltraadiga. 3 b. Lahang, sooleanastomoosi serv. Põletikulise reaktsioonita nekroos, pinnal (peeneteralise võõndina) mikroobide kolooniad. (Suurendus 165×, värving hemotoksüliin-eosiiniga).

tekis areaktiivsus kiiremini, korduvaid operatsioone (kuni kolm operatsiooni) oli neil 36,8 %, noorematel aga (kuni viis operatsiooni) 75,0 %-l juhtudest. Ka haiguse kulgu oli vanemaealistel lühem. Üle kolmenädalast operatsioonijärgset perioodi (esimesest operatsioonist surmani) oli noorematel 44,4 %-l, vanematel 28,1 %-l juhtudest ($P > 0,05$).

Kolmel juhul (neist kaks nooremate rühmas) ilmnis sidekoestumise omapärane faasilisus, kus esimese reoperatsiooni tingis mehhaaniline iileus värsketest operatsioonijärgsetest liidetest — esialgne ülemäärane sidekoestumine. Liidetest vabastamise operatsiooni järgselt omandas reparatsioon aga areaktiivse iseloomu. See näitab äärmuslike reparatsioonihäirete ülemineku võimalust, olenevalt uute riskitegurite summaarsest toimest (iileus, korduv operatsioon).

Oluliseks riskiteguriks peetakse vaegtoitumust, eriti hüpoproteineemiat (1, 4). Põletiku ja sidekoe äärmuslikku areaktiivsust täheldasime 36 aasta vanusel mehel söögitoru striktuurist tingitud pikaajalise nälgimise tagajärjel. Eran-

diks on aga ülemäärane sidekoestumine, vaatamata progresseeruvale kaheksiale anastomoosihaavandist lähtunud mao-jämesoole fistuli korral (vt. mikrofoto 2), kus korduva gastroenteroanastomoosi järgselt, 10. päeval, tekis liiteline iileus, mis kordus ja oli surma põhjuseks kolm päeva pärast liidetest vabastamise operatsiooni. Äärmuslikult erinevad reparatsioonihäired on A. B. Šehteri ja kaasautorite (11) seisukohtade järgi käsitletavad ühtse protsessi eri faasidena, sügavatest häiretest granulatsioonkoe moodustumist reguleerivas süsteemis.

Konkreetsete haigusjuhtude analüüs näitab väga erinevate tegurite summaarset toimet sidekoe reparatsioonisse. Esiolguks soodne reaktsioon võib haiguse käigus (lisanduvate riskitegurite toimetel, surnud ringina) võtta progresseeruvalt ja taaspöördumatult ebasoodsa kulu (vt. skeem). Seega operatsioonide tulemus ei sõltu ainult tehnilisest teostamisest, küll aga sõltub see suuresti optimaalse ravitaktika leidmisest, operatsiooni aja ja ulatuse sobitamisest olemasolevate ja lisandumisvõi-

malike riskiteguritega. Haiguse ajal on koereaktsioon muutuv ja soodne repaatsioon esimese operatsiooni järgselt ei tähenda veel seda, nagu korduva operatsiooni puhul oleksid tüsistused välisatud.

KIRJANDUS: 1. *Ellis, H.* Ann. Royal Coll. Surg. Engl., 1977, 59, 382—387. — 2. *Helmkamp, B. F.* Am. J. Obstet. Gynecol., 1977, 128, 803—807. — 3. *Penninckx, F. M., Poelmans, S. V., Kerremans, R. P. a. o.* Ann. Surg., 1979, 189, 345—352. — 4. *Schmidtler, F., Schildberg, F.-W., Schramm, W. u. a.* Münch. Med. Wochenschr., 1977, 119, 685—689. — 5. *Schramm W., Schaarschmidt, K., Schmidtler, F. u. a.* Münch. Med. Wochenschr., 1977, 119, 690—694. — 6. *Valdes, V.* TRÜ Toimetised 686. Tartu, 1984, 44—52. — 7. *White, H., Cook, J., Ward, M.*, Ann. Royal Coll. Surg. Engl., 1977, 59, 337—341.

8. *Вальдес А. О.* В кн.: Труды всесоюзной конференции патологоанатомов (Ленинград 1954 г.). М., 1956. — 9. *Линднер Д. П., Большаков И. Н., Поберий И. А. и др.* Арх. патол., 1982, II, 30—38. — 10. *Чернин В. В., Сергеев С. А.* Тер. арх., 1981, II, 63—65. — 11. *Шехтер А. Б., Берченко Г. Н., Николаев А. В.* Арх. патол., 1984, 2, 20—29.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Vastsündinute rinnaga toitmine sageneb. Saksa DV pediaatrite tähelepanekute põhjal aastail 1981...1983 on rinnaga täieliku ja täisväärtusliku toitmise sagedus nimetatud ajavahemikul tõusnud 42,6 %-lt 90,7 %-le. Vaatlusalusteks olid Berliini Kaulsdorfi haiglas sündinud 1385 last. Rinnaga toitmise praeguse sageduseni on jõutud mitmesuguseid imetamise meetodeid sihipäraselt varieerides, kusjuures see on toimunud regulaarse arstikontrolli all. Tuli ilmsiks ka see, et üksnes selgitustöö meditsiiniõdede ja emade hulgas kui esimene samm ei anna rahuldavaid tulemusi. Teise sammuna kahandati milasaani osatähtsust imikute lisatoitmisel (see oli lubatud veel üksnes ema eba piisava imetamisvõime korral) ning üldkehtiv viiekordne rinnaga toitmine aitas suurendada täielikkul rinnaga toitmist 16% võrra. Järgmiseks sammuks oli see, et ikkagi viiel korral rinnaga last toites andis ema kumbagi rinda ning imetamisega oli juba pikendatud. Selle tulemusena suurenes rinnaga täieliku toitmise sagedus veel 15% võrra. Lõpuks suudeti haigla töö ulatusliku ümberkorralduse tulemusena teha võimalikuks, et emad imetasid last ka kell 24 ning nii jõutigi eespool nimetatud 90,7%-ni vastsündinute täielikul rinnaga toitmisel.

Kinderärztl. Praxis, 1984, 4.
Die Heilberufe, 1984, 8.

UDK [616.22+611-018.7-007.61]:616-006

Kõri epiteeli hüperplastilised protsessid ja kasvaja (biopsiamaterjali analüüs)

Viiu Sillastu · Tartu

kõri epiteeli hüperplaasia, kõrivähk, papilloom, kõri prekantseroos

Kõri epiteeli hüperplastiliste protsesside uurimine on oluline nende osatähtsuse selgitamiseks kõrivähi tekkes (1). Sellele oleme tähelepanu juhtinud ka oma varajasemas töös (5). Kirjanduses viidatakse terminoloogia osas valitsevale segadusele: ühe ja sama protsessi tähistamiseks kasutatakse erinevaid nimetusi. Ka ühe ja sama termini kirjeldus autoritel ei lange kokku. 1975. a. toimus Itaalias kõri prekantseroosete protsesside alane sümposium. V. Kambi esitas seal kõri epiteeli hüperplastiliste protsesside järgmise jaotuse, mida oleme kasutanud ka käesolevas töös: lihtne, ebanormaalne (basaalrakkude hüperplaasia) ja atüüpiline hüperplaasia. Kahel esimesel vormil ei täheldata erilist tendentsi maligniseeruda, kuid atüüpiline hüperplaasia kuulub kindlalt prekantseroosi hulka. Rakkude sarvestusel ei ole tähtsust maligniseerumisel. Küll aga pööratakse kõri kartsinogeneesi uurimisel tähelepanu strooma lümfo-plasmatsütaarsele infiltratsioonile. Selle puudumine näitab, et organismi reaktiivsus ei ole muutunud. Strooma infiltratsioon vähi puhul väljendab kaitsereaktsiooni (2, 3).

Kõri prekantseroosi hulka arvatakse ka papilloom (4, 6, 7, 8). Selle prekantseroosne tähendus on erinev lastel ja täiskasvanutel. Papilloom lastel ja noorukitel on küll sageli retsidiveeruv, kuid ei maligniseeru. Seevastu täiskasvanutel võib papilloom maligniseeruda.

Käesoleva töö eesmärk on Tartu Kliinilise Haigla prosektoori arhiivipreparaatide alusel uurida kõri hüperplastiliste

Tabel. Uurimismaterjali vanuseline ja sooline jaotumus

Protsess	Vanus ja sugu																					
	kuni 5a.		5...9		10...19		20...29		30...39		40...49		50...59		60...69		70...79		üle 80a.		Kokku	
	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m	n	m
Lihne hüperplaasia							2	2	4	7	4	16	7	19	3	8	1	3	—	—	21	55
Basaalrakkude hüperplaasia							1	1	1	1	1	12	3	6	—	3	—	5	—	—	6	28
Atüüpiline hüperplaasia							1	—	1	—	—	4	—	10	2	2	—	2	—	—	4	18
Papilloom	2	3	2	1	1	1	2	2	4	3	2	6	3	5	—	—	1	1	—	—	17	22
Vähk						1	—	1	—	2	—	22	2	51	2	40	—	18	—	2	4	137
Kokku	2	3	2	1	1	2	6	6	10	13	7	60	15	91	7	53	2	29	—	2	52	260

liste protsesside, papilloomi ja vähi seost soo ning vanusega; korduva biopsiamaterjali olemasolul hüperplastiliste protsesside ja papilloomi osa kõri prekantseroosina.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Töö põhineb Tartu Kliinilise Haigla proktuuris 9 aasta jooksul (1975...1983) uurimisel olnud kõribiopsiatide arhiivipreparaatide analüüsil. Et rühmade jaotus oleks võimalikult täpsem, on töö autor kõik preparaadid täiendavalt läbi vaadanud. Kokku on uuritud 312 juhtu, neist 73 korduvalt. Korduvalt uuritud juhud on rühmadesse paigutatud viimase leiu alusel. Uurituist oli mehi 260, naisi 52. Uurimismaterjal on jaotatud kolme rühma: 1) lameepiteeli hüperplaasia kolme alavormiga (lihtne; basaalarakkude ja atüüpiline hüperplaasia), 2) papilloom ja 3) vähk. Stroomas on määratud lümfoplasmotsütaarse infiltratsiooni intensiivsus. Kõikides rühmades on tehtud soolis-vanuseline analüüs, mille kohta andmed on toodud tabelis. Et selgitada protsessi progresseerumist, on korduvalt uuritud juhte töö lõpus analüüsitud täiendavalt omaette rühmana.

Analüüs. 1. Lameepiteeli hüperplaasia. Lihtne hüperplaasia. Selle vormi puhul on epiteel paksenenud, basaalarakkude kiht ei ole muutunud või esineb vähene hüperaktiivsus (vt. mikrofoto 1). 76 uuritust oli mehi 55 ja naisi 21. Meeste keskmine vanus oli 49,8 a., naistel 48 a. Seega vanuseline erinevus ei ole oluline. Vaid viiel mehel ja ühel naisel esines mõõdukas strooma infiltratsioon, teistel kas infiltratsiooni ei olnud või oli see vähene.

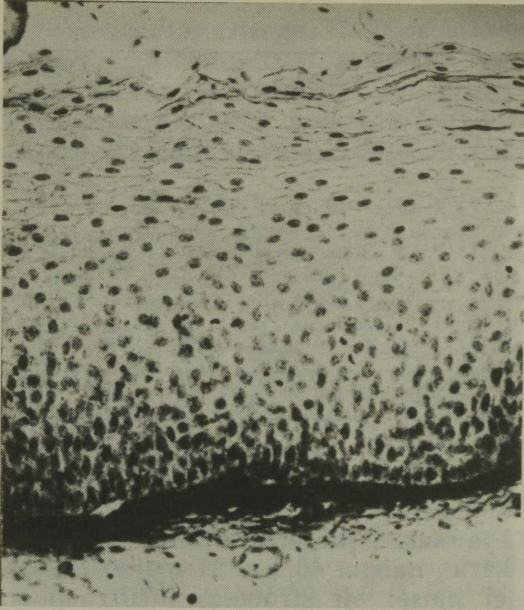
2. Basaalarakkude hüperplaasia. Basaalkihi rakud on tunginud epiteeli keskosani, rakkude atüpism puudub või

esineb seda üksikutes basaalarakkudes (vt. mikrofoto 2). 34 uuritust oli mehi 28 ja naisi 6. Meeste keskmine vanus oli 53,1 a., naistel 45,3 a. 21 mehel ja kolmel naisel oli stroomas infiltratsioon tugev või mõõdukas.

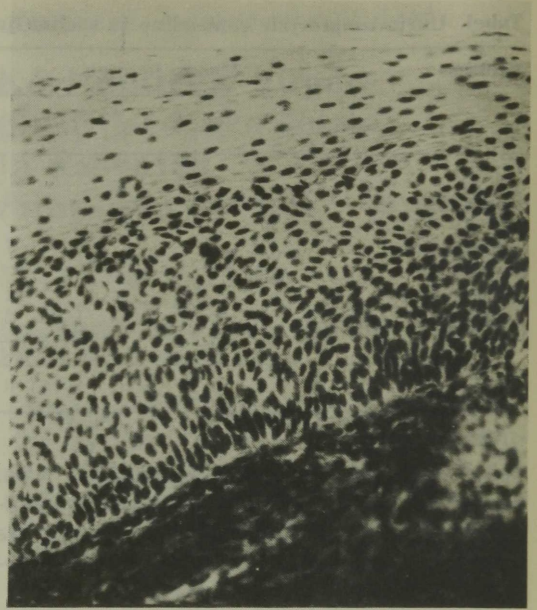
3. Atüüpiline hüperplaasia. Siia kuuluvad kõik epiteeli märgatava atüpismi juhud (vt. mikrofoto 3). Kokku oli rühmas 22 juhtu (18 meest ja neli naist). Meeste keskmine vanus oli 54,7 a., naistel veidi madalam, 48 a. 13 mehel ja kõigil naistel oli strooma infiltratsioon kas tugev või mõõdukas.

Papilloom. 39 papilloomi põdenust oli mehi 22 ja naisi 17. Kuni 40-aastastel haigestumises soolist erinevust ei esinenud, vanematel oli märgatav meeste ülekaal (2:1). Keskmise vanuse arvutamisel oli kõrvale jäetud juhud lastel ja noorukitel (kuni 20 a.). Meeste keskmine vanus oli 45,5 a., naistel 43,4 a.

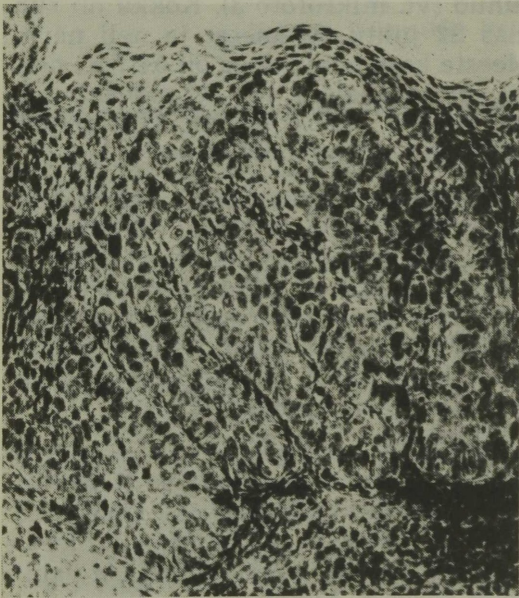
Vähk. 141 vähihaigest oli mehi 137, naisi 4. 1980. a. alates ei ole diagnoositud ühtegi vähijuhtu naistel. Kõige noorem oli 16-aastane. Keskmine meeste vanus oli 58,1 a., keskmine naiste vanus veidi kõrgem, nimelt 59,3 a. Histoloogiliselt oli kõikidel lamedarakuline vähk, enamasti sarvestuv (90%). Kasvajad ümbritsevas koes oli enamasti tugev lümfoplasmotsütaarne infiltratsioon. Enamikul juhtudel oli seos infiltratsiooni intensiivsuse ja kasvajakude diferentseerumisastme vahel: mida madalamalt on vähirakud diferentseerunud,



Mikrofoto 1. Lihtne hüperplaasia.



Mikrofoto 2. Basaarakkude hüperplaasia.



Mikrofoto 3. Atüüpiline hüperplaasia.



Mikrofoto 4. Epiteel vähi naabruses (basaarakkude hüperplaasia ja vähene epiteelirakkude atüpism).

seda nõrgem on rakuline reaktsioon.

Korduvalt uuritud juhud. 73 korduvalt uuritud juhtu jaotuvad viimase bioptaadileiu alusel: epiteeli hüperplaasia 28 juhtu (lihtne hüperplaasia kuus, basaarakkude hüperplaasia neliteist,

atüüpiline hüperplaasia kaheksa), papilloom 15 ja vähk 30 juhtu.

Hüperplastiliste protsesside 28 juhust 14-l (üks naine) oli korduv biopsia järg-

nenud vahetult esimesele. Ilmselt ei ole esimese biopstaadi vastus klinitsiste rahuldanud. Neist viiel oli korduval biopsial saadud leid olnud eelnevast erinev (neljal korral lihtsa hüperplaasia asemel basaalkrakkude hüperplaasia, ühel basaalkrakkude hüperplaasia asemel atüüpiline hüperplaasia). 14 uuritul (11 meest ja 3 naist) oli intervall biopsiatel olnud vähemalt aasta. Neist pooltel hüperplaasiavorm korduva uuringu puhul eelnenust erines ja üldreeglina oli protsess progresseerunud. Seejuures oli viiel (neist üks naine) viimases biopstaadis atüüpiline hüperplaasia sellele eelnenud lihtsa hüperplaasia asemel. Ühte juhtu on uuritud pikemat aega korduvalt. Sel juhul tuleb nähtavale järkjärguline protsessi progresseerumine: esimestes lihtne hüperplaasia, edasi basaalkrakkude hüperplaasia ja lõpuks atüüpiline hüperplaasia.

Meie uurimismaterjali põhjal retsidi-veerus papilloom 15 juhul (38,5%), neist viiel vanuses kuni 10 a., teistel juhtudel vanuses üle 20 a. Ühel mehel ja ühel naisel esines pärast korduvaid retsidiiv biopstaadis märgatav atüpism ja tekkis protsessi maligniseerumise kahtlus.

30 vähijuhul esialgses uurimismaterjalis vähile iseloomulikke muutusi ei olnud või ei olnud kindlaid vähitunnuseid. 22 uuritul (üks naine) oli korduv biopsia järgnenud vahetult esimesele, kus tehti kindlaks basaalkrakkude hüperplaasia (kolm juhtu), basaalkrakkude hüperplaasia ja atüüpiline hüperplaasia (kaheksa juhtu) ja atüüpiline hüperplaasia (kümme juhtu). Esimesel korral oli materjal ilmselt saadud vähi naabrusest. Kõrivähi juhtudel oleme epiteeli seisundit uurinud vähi naabruses. Alati on siis esinenud epiteeli hüperplaasia, sageli basaalkrakkude hüperplaasia ning see koos atüüpilise hüperplaasiaga (vt. mikrofoto 4). Mida lähemale vähikolletele, seda tugevam on atüpism. Ka kirjanduses märgitakse (6), et kõrivähi histoloogilisel diagnoosimisel võib vastus vähi suhtes olla negatiivne ja võib vajalikuks osutuda korduv biopsia. Meie uurimismaterjali põh-

jal on biopsiaid tehtud vähemalt aasta tagant 8 juhul, neist neljal on vähi diagnoosile eelnenud mitu biopsiat. Nende materjalide uurimisel tuleb ilmekalt nähtavale protsessi järkjärguline progresseerumine: esimeses uuringus on kas lihtne hüperplaasia või basaalkrakkude hüperplaasia, edasi basaalkrakkude hüperplaasia ja hiljem atüüpiline hüperplaasia.

Eeltoodust nähtub, et kõri epiteeli hüperplaasial ja papilloomil täiskasvanutel on prekantseroosne tähendus. Kliiniliselt kõrivähikahtlastel juhtudel negatiivne histoloogiline leid vähi suhtes, kuid basaalkrakkude hüperplaasia või atüüpilise hüperplaasia esinemine võib olla tingitud sellest, et uurimismaterjal on saadud vähikolde kõrvalt. Need juhud vajavad erilist tähelepanu ja soovitatav on biopsia kordamine.

KIRJANDUS: 1. Kambič, V. Acta otolaryngol., 1977, suppl., 344, 7—18. — 2. Krygier-Stojalowska, A., Koselnik-Glugla, B. A., Urasinski, I. u dr. Ref. ž., ser. 73. 1980, 4, 105. — 3. Sala, O. Acta otolaryngol., 1977, suppl., 344, 25—27.

4. Мирошникова Е. З. Ж. ушн. нос. горл. болезн., 1978, 1, 1—6. — 5. Силласту В. В сб.: Актуальные вопросы судебной медицины и патологической анатомии. Материалы V научно-практической конференции судебных медиков и патологоанатомов. Таллин, 1982, 187—190. — 6. Филатов В. Ф., Шкиль А. М., Зеленков Н. В. и др. Вестн. оториноларингол., 1983, 5, 68—73. — 7. Фотин А. В., Чумаков Ф. М., Парамонова Е. А. и др. Вестн. оториноларингол., 1978, 4, 35—39. — 8. Ягудин К. Ф., Гордиевский И. Д. Ж. ушн. нос. горл. болезн., 1983, 1, 19—21.

TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia
ja kohtuarstiteaduse kateeder

Ülevaated

UDK 618.33/.34(047)

Üsasisese nakkuse tänapäevaseid probleeme

Kadri Gross · Tartu

üsasisene nakkus, raseduse kulg, loode, vastsündinu

Akušöörgünekoloogid ja pediatrid on sünnituseelse eluperioodile hakanud üha rohkem tähelepanu pöörama. Pidevalt on täiustunud loote seisundi hindamine, ohutegurite väljaselgitamine ja nende vältimine, üsasisese eluperioodi juhtimine. See kõik on igati põhjendatud, sest on teada selle perioodi tüsistusteta kulu olulisel lapsel arengus.

Viimastel aastatel on aktuaalseks muutunud üsasisene nakkus ja sellest tulenevad tüsistused, mis võivad raskeks osutuda. Probleem on seda enam aktuaalne, et loote nakatumise osatähtsus perinataalse patoloogia struktuuris ei ole vähenenud, vaid hoopis suurenenud (19). Üsasisene nakatumine võib toimuda lootemuna arengu eri perioodidel ja vastavalt sellele kahjustub embrüo, loode või haigestub vastsündinu. Oluline on teada, et üsasisese nakkuse tagajärjed võivad ilmuda alles lapseas või veelgi hiljem (2, 14). Kahjustuse laad ja ulatus sõltuvad sellest, millisel arenguperioodil nakatumine toimus. Need aga on otseses seoses nakkusetekitaja virulentsusega, ema ja loote organismi reaktiivsusega. Nakatumine raseduse 10...12. nädalani võib olla vääraarengu põhjuseks. Vääraarengud on oma eelkõige viirusnakkusele. Hilisem nakatumine võib olla raskete elundikah-

justuste põhjuseks, kuid teratogeensus enam ilmsiks ei tule. Võib kujuneda fetopaatia, millele on iseloomulik ulatuslik elundite kahjustus ja mille puhul loode võib hukkuda.

Lootemuna võib nakatuda transplatsentaarselt (hematogeenselt) või astsendeeruva infektsiooni tagajärjel. Platsentaarbarjäär on teatavasti läbitav toksoplasmoositekitajatele, viirustele (punetise-, tuulerõuge-, herpese-, tsütomegaliaviirus) ning strepto- ja stafülokokkidele. Transplatsentaarselt kulgev nakkus on eelkõige viirusnakkus. Huvipakkuvad on tööd, mis käsitlevad platsentaarbarjääri läbitavust mikroobidele raseduse erinevatel perioodidel, sõltuvust platsenta küpsusastmest. Nagu eksperimentaaltöödest nähtub, on platsenta stafülokokkidele läbitav kogu raseduse ajal (23, 24). Soodsamini läbivad stafülokokid platsentaarbarjääri raseduse varajasemal perioodil (24).

Nakkus levib lootele astsendeeruvalt sagedamini kui transplatsentaarselt. Astsendeeruv infektsioon on tavaliselt bakteriaalne. Esiplaanil on strepto- ja stafülokokid, soolekepikevad, *Klebsiella*. Viirustest on täheldatud herpeseviirust (*Herpes virus hominis*), ka mükoplasma ja klamüüdia võivad olla astsendeeruva infektsiooni põhjustajad.

Tervel rasedal, kellel tupe mikrofloora on küll tavaline, kuid kuhu kuuluvad ka tinglikult patogeensed mikroorganismid, pole välistatud astsendeeruva infektsiooni kujunemine (11, 13, 14, 15). Tupesisaldise mikrobioloogilised uurinud on näidanud, et tervel rasedal on I trimestril peale piimhappekepikeste veel aeroobseid soolebaktereid (74%), streptokokke (20,5%), stafülokokke (36,4%) ja anaeroobseid mikroorganismide (11). Eespool toodu kinnitab veel kord, et normaalne tupefloora võib teatavates tingimustes astsendeerudes loodet nakatada. Infektsiooni astsendeerumine võib toimuda pärast lootevete minekut või enne seda.

Astsendeeruva infektsiooni korral on iseloomulik lootekestade põletik, platsenta infitseerub, põletikutekitajaid satub lootevette. Loode on nüüd põleti-

kutekitajatega vahetus kokkupuutes. Võib toimuda lootevee aspiratsioon, lootevesi võib sattuda mao-sooletrakti.

Loode võib nakatuda ka sünnitusteedes sünnituse ajal. Vastsündinu nakatumine gonorröasse toimub sünnitusteedes.

Loode võib nakatuda selliste uurin-gute ajal nagu amniotsentees, üsasisene loote kardiotokograafia (2, 9, 13). On teada kasuistilised juhud, kus loote nakatumine lähtus emakapõletikust (endometriit, metriit), nakkus kandus vahetult emalt lootele (13, 14).

Teades, kuivõrd ohustatud nakatumisest on loode emaorganismis, kerkib paratamatult küsimus võimalikest teguritest, millised kaitsevad loodet, millised väldivad nakatumist. Perinataalses meditsiinis on see probleem erakordselt tähtis.

Teatavasti on looteveel mitmene kaitseülesanne, kuid ta on ka oluliseks lüliks mikroobide sattumisel emalt lootele. Talle on omistatud bakteriostaatilist toimet. Ühtlasi on täheldatud, et meokooniumi lootevette sattumise korral see omadus nõrgeneb või kaob (2, 13, 14). Arvamused lootevee bakteriostaatilise omadusest on mõnevõrra muutunud. On tähelepanekuid, et lootevees on mikroorganismide paljunemiseks soodsad tingimused, millest tingituna ta kujuneb mikroobide reservuaariks (8). Praktiliselt sama tulemuseni on jõudnud V. Silin (24), kes eksperimentaaluurimise varal tõestas stafülokokkide rohkearvulisust lootevees ja kes ühtlasi täpsustas, et stafülokokkide tihedus lootevees on kõrgem kui loote kudedes.

Huvipakkuv on N. Katranuškova (22) uurimus. Ta on jälginud lootevee toimet eri mikroobides (*Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*). Vaatluse all oli nimetatud mikroobide paljunemine lootevees, ka lootevee võimalikud bakteriostaatilised ja bakteriitsiidsed omadused. Autor jõudis järeldusele, et lootevesi ei anna täielikku kaitset nakkuse eest, kusjuures tema kaitsev toime ei avaldu eri mikroorganismide osas ühtlaselt. Täheldatav on sõltuvus mik-

roorganismist. Suhteliselt kõrge oli lootevee bakteriitsiidne toime stafülokokkidesse, samal ajal aga bakteriostaatiline toime avaldus märgatavalt nõrgemini. Lootevee bakteriitsiidne ja bakteriostaatiline toime puudus täielikult *E.coli* ja *Klebsiella* osas.

Pidevalt on täienenud meie teadmised immunoloogiast. Teatavasti toimuvad raseduse ajal iseloomulikud immunoglobuliinide kvantitatiivsed nihked. Raseduse arenemisel IgG hulk väheneb, IgA väärtused püsivad ühtlasel madalal nivool, mis on madalam kui mitterasedal. IgM kontsentratsioon raseduse vältel ei muutu, vaid püsib ühtlaselt madal (21). Loote immunoglobuliinide IgG ja IgM süntees algab 20. rasedusnädalal. See, millises arengujärgus IgA süntees algab, on veel esialgu lahtine. Tänu madalale molekulkaalule on immunoglobuliin IgG platsentaarbarjäärile läbitav ja on võimalik tema üleminek emalt lootele (6). A. Jemeljanova andmeil vastsündinuil, kelle emal diagnoositi püelonefriit, oli IgM hulk kolm korda suurem võrreldes hulgaga terve ema lapsel. Suhteliselt kõrge oli haige ema lapse IgA kontsentratsioon ja ilmne IgG kontsentratsiooni langus. Oluline on, et nakatunud emal sündinud lapse G-immunoglobuliinide hulk langeb ja seega loomulik kaitse muutub (18).

Ei saa mööda minna nakkustest, mis loodet enam ohustavad ning seega suuremat tähelepanu vääriavad.

Üsasisese nakkuse juhud, mille põhjustajaks on tinglikult patogeenne bakteritaoline mikroorganism — mükoplasma (*Mycoplasma hominis*, *T-mycoplasma*) —, on kas sagenenud, võimalik ka, et neid on täpsemini diagnoositud. Teatavasti esineb mükoplasmat suhteliselt sageli naise suguelundites. H. Foy kaasautoritega (3) leidis rasedate emakaelast 19 %-l *Mycoplasma hominis*'t ja 58 %-l juhtudest *T-mycoplasma*'t. Mükoplasma võib olla ema urogenitaaltrakti põletiku, kuid ka loote nakkuse ja sellest tulenevate tüsistuste põhjustaja. Ta võib olla raseda püelonefriidi, samuti asümptomaatilise bakteriuria põhjustaja. Tüsistustest on esiplaanil

raseduse varajane katkemine, enneaegne sünnitus, väikese sünnikaaluga laps (1, 10, 12). Raseduse katkemise korral on mükoplasmat isoleeritud ema verest (4). R. Kundsini kaasautoritega (5) leidis spontaanse aborti ja enneaegse sünnituse järgselt platsentakoest mükoplasmat 68 %-l juhtudest. Järeldub, et mükoplasmast tingitud nakkused ja täheldatav perinataalne patoloogia nõuavad meilt senisest märgatavalt suuremat tähelepanu.

Muret tekitab on mittespetsiifiliste infektsioonidega, nagu püelonefriidi ja asümptomaatilise bakteriuria esinemissagedus, kaasnev loote nakatumine ja haigestumine. Püelonefriidi esinemissagedus rasedatel on viimastel aastatel 7...11 % suurenenud (7, 17, 25). Samasugune on asümptomaatilise bakteriuria esinemissagedus rasedail. 30...50 %-l neist läheb asümptomaatiline bakteriuria üle püelonefriidiks. Kuid asümptomaatiline bakteriuria võib olla kroonilise püeliidi ainuke sümptom. Tekitajatest on esiplaanil soolebakter (*E.coli*). Püelonefriidi korral esinevad tüüpilised rasedustüsistused — ähvardav raseduse katkemine, abort, enneaegne sünnitus, loote hüpoksia. Täheldatud on ka aneemiat, hüpotooniat, enneaegset lootevete minekut, kusjuures viimase sagedus läheneb 20 %-le (16). Enneaegne lootevete minek võib olla seotud korioamniotiidiga. Tüsilikkus süveneb ladestustoksiikooši väljakujunemisel. Viimase all tuleb mõista juhtumeid, kus püelonefriidile lisandub raseduse II poole toksikoos.

Vastsündinu üsasisesele kahjustusele viitavad hüpotroofia, ebaküpsus ja väärengud. Kuid alati ei ole üsasisesed kahjustused nii ulatuslikud, et võiksim neid kohe välisvaatlusel diagnoosida. Vastsündinul võib kujuneda raske üldseisund, võib täheldada muutusi neuroloogilises leius, pneumooniat, konjunktiviiti ja teisi põletikke. Nende vastsündinute perinataalne suremus on suurenenud kuni neli korda (7, 16).

Paratamatult kerkib küsimus, miks tänapäeval, mil meie käsutuses on tõhu-

sad põletikuravimid, siis ikkagi on võimalikud sellised üsasisesed kahjustused. Milline on lahendus? Ei tohi unustada, et uue elu alguseks on viljastumine ja sellest alates on kahjustumine võimalik. Ebasoodsad tegurid võivad toimet avaldada juba ajal, mil sellele ei osata veel mõelda, mil pole veel arsti poole pöördutud. Sellest tingituna uuringud ja ravi hilinevadki. Iga ravim ei sobi üsasisesse põletiku vältimiseks ega raviks, sest ta võib omakorda osutada loodele kahjustavaks. Ääretult oluline on ravimite valik raseda haigestumise korral. Õeldust lähtudes peame kogu tähelepanu pöörama noortele kui tulevastele emadele ja isadele. Peame õigesti mõistma emaduseks ettevalmistust, perekonna planeerimist. Tuleb tõhustada mittespetsiifiliste põletike diagnoosimist ja ravi. Teades püelonefriidi esinemissagedust ja temast tulenevaid tüsistusi, peavad nii pediatrid kui ka terapeudid rohkem tähelepanu pöörama just nendele haigetele. Ravi olgu järjepidevam, raseduseks ettevalmistus sihipärasem. Viimane aga eeldab head koostööd terapeudi ja akušööri vahel. Ema raske infektsiooni korral tuleb õigel ajal langetada otsus, kas antud raseduse säilitamine on põhjendatud, kas mitte enne järgnevat rasestumist ema terveks ravida.

Järeltuleva põlvkonna tervis on meie kõigi ühine eesmärk. Hool lapse tervise eest algab üsasisesest eluperioodist. Ouline on vältida perinataalse perioodi ohutegureid, üsasine loote nakkus kaasa arvatud.

KIRJANDUS: 1. *Baumann, J., Ruckhäberle, K. E., Viehweg, B.* Zbl. Gynäkol., 1983, 105, 16, 1122—1125. — 2. *Evans, E., Glass, L.* Mechanism of Infection. Perinatal Medicine, New York — San Francisco — London, 1976, 340—355. — 3. *Foy, H. M., Kenny, B. B., Wentworth, W. L. a. o.* Am. J. Obstet. Gynecol., 1970, 106, 635. — 4. *Jones, D. M.* In: Proceeding of the International Symposium Reinhardsbrunn, 1968. Jena, 1969. — 5. *Kundsini, R. B., Driscoll, S. G., Praznik, J.* In: Proceeding of the International Symposium Reinhardsbrunn, 1968. Jena, 1969. — 6. *Menzel, K.* Zbl. Gynäkol., 1984, 106, 11, 709—714. — 7. *Menzel, K., Dziambor, H.* Zbl. Gynäkol., 1983, 105, 17, 1126—1129. — 8. *Naeye, R. L., Tafari, N., Marboe, C. C. a. o.* Цит. по В. А. Си-

лин (24). — 9. Richter, Th., Grubbe, C., Vogtmann, Ch. u. a. Zbl. Gynäkol., 1983, 105, 17, 1135—1138. — 10. Rosanelli, K., Mayer, O., Stünzner, D. u. a. Zbl. Gynäkol., 1984, 106, 17, 721—724. — 11. Spitzbart, H., Könnecke, J., Mende, H.-E. Zbl. Gynäkol., 1983, 105, 1118—1121. — 12. Wildführ, G., Wilken, H., Naumann, G. Mycoplasmainfektionen. Erkrankugen während der Schwangerschaft. Leipzig, 1979. — 13. Wilken, H. Zbl. Gynäkol., 1983, 105, 17, 1113—1118. — 14. Wilken, H., Frenzel, J. Intrauterine Infektionen der Frucht, Impfungen. Leipzig, 1980.

15. Анкирская А. С., Ермоленко Н. И., Ма-
медалиева Н. И. и др. Акуш. и гинек., 1982, 1,
36—39. — 16. Безнощенко Г. Б. Акуш. и гинек.,
1983, 6, 39—41. — 17. Беккер С. М. Патология
беременности. Л., 1973. — 18. В'яскова М. Г.,
Елизарова И. П. В сб.: Бактериальная инфекция
в акушерской практике. Сборник научных
трудов. М., 1981, 128—134. — 19. Гуртовой
Б. Л., Серов В. Н., Макацария А. Д. Гнойно-
септические заболевания в акушерстве. М.,
1981. — 20. Емельянова А. И. В сб.: Бакте-
риальная инфекция в акушерской практике.
Сборник научных трудов. М. 1981, 78—90. — 21.
Зорина Р. М., Зорин Н. А. Иммуноглобулины
и альбумин сыворотки крови беременных
женщин. Акуш. и гинек., 1983, 6, 31—33. — 22.
Катранушкова Н. И. Акуш. и гинек., 1982, 6,
53—54. — 23. Курдюкова В. Г. Проницаемость
плаценты гемохориального типа к пенициллину
и стрептомицину на разных стадиях беремен-
ности и вопросы терапии стафилококковой
инфекции. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М.,
1964. — 24. Силин В. А. В сб.: Бактериальная
инфекция в акушерской практике. Сборник
научных трудов. М., 1981, 120—127. — 25.
Шелтман М. М. Заболевания почек и беремен-
ность. М., 1980.

TRÜ arstiteaduskonna
sünnitusabi ja günekoloogia
kateeder

Kogemuste vahetamine ja kasuis- tika

UDK 616.329-007.271-07-089-053.31

Kaasasündinud söögitoru- atreesia juht

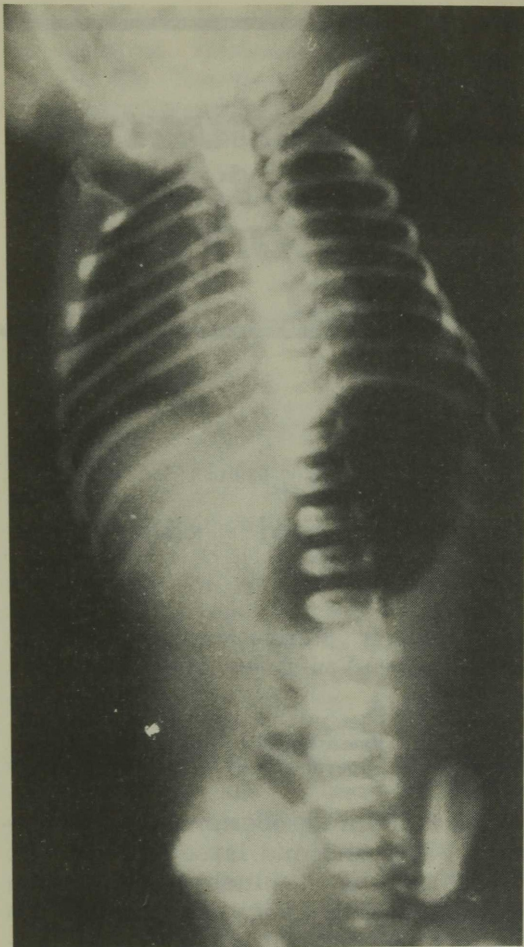
Manfred Mägi Merike Martinson
Liivia Kallas Vadim Suvidov Adik Levin
Tallinn

vastsündinu, kaasasündinud söögitoruatreesia,
diagnoosimine, operatsioonieelne ja -järgne ravi

Kaasasündinud söögitoruatreesiat esi-
neb 1:3500 sündinud lapse kohta (1, 2).
See väärareng kujuneb loote arengu
4...5. nädalal. Söögitoruatreesia vor-
midest kõige sagedam on söögitoru üle-
mise osa atreesia ja alumise osa ühine-
mine trahheaga, moodustades trah-
hea-söögitoru fistuli (90...95%).

Kiire kirurgilise vahelesegamiseta
esimestel elutundidel, kohese operat-
sioonieelse ja tänapäeva nõudeile vasta-
va operatsioonijärgse intensiivravita ei
ole vastsündinut võimalik surmast pääs-
ta. Kõige sagedam operatsioonijärgne
surmaga lõppev tüsistus on aspiratsioo-
nipneumoonia. Prognoos sõltub veel
teiste väärarengute olemasolust, neid
esineb 40 %-l söögitoruatreesia juhtu-
dest.

Haigusjuht. Tallinna Kliinilisse Lastehaiglas-
se toodi Tallinna Vabariikliku Haigla Sünnitusma-
jast 4 tundi vana tütarlaps K. (lastehaigla haigus-
lugu nr. 1510/1984), kellel kahtlustati söögitoru-
atreesiat. Tegemist oli ajalise vastsündinuga, kes
kaalus 4150 g ja oli 51 cm pikk. Raseduse ja sünni-
tuse kulg olid olnud iseärasusteta.

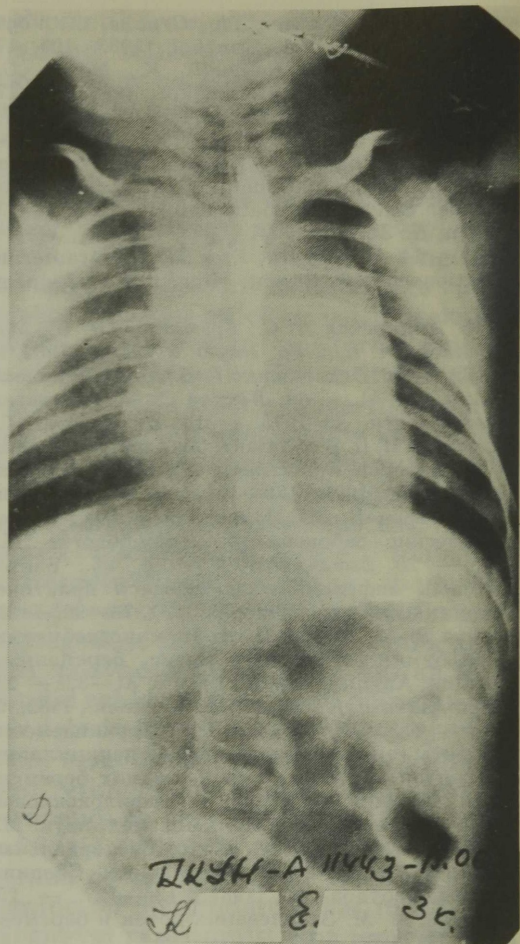


Röntgenogramm 1.

Kliinilisel ja röntgenoloogilisel uuringul diagnoositi söögitoruatreesia alumise segmenti trahheaalse fistuliga ning aspiratsioonipneumoonia (vt. röntgenogramm 1). Muid väärarenguid ei sedastatud.

Operatsioonieelne ettevalmistus toimus reanimatsiooniosakonnas: korduvalt aspireeriti lima nina-neelust, inhaleeriti röga veeldavaid vahendeid, kanüülit vasak rangluualune veen, rakendati infusioonravi.

Pärast kaks tundi kestnud ettevalmistust alustati operatsiooni. Tehti parempoolne lateraalne torakotomia V roidevahemiku kõrgusel. Parem kops lükati ette ja alla, avati mediastinaalne pleura pikisuunas ning *v. azygos* lõigati läbi pärast ligeerimist. Selgus, et söögitoru alumine segment suubus ülalpool bifurgatsiooni trahheasse ja proksimaalne segment lõppes II torakaallüli kõrgusel. Segmentide vahel oli 0,7...0,8 cm-ne diastaas. Söögitoru alumine segment mobiliseeriti umbes 1,5 cm ulatuses ja vabastati trahheast. Trahhea 0,3...0,4 cm-ne defekt suleti atraumaatiliste



Röntgenogramm 2.

õmblustega. Söögitoru proksimaalne segment mobiliseeriti ökonoomselt. Söögitoru segmentid lähendati. Alumise segmenti valendikku laiendati pikilõike abil ja asetati otsene anastomoos atraumaatiliste õmblustega. Mediastinaalne pleura suleti. Pleuraõõnde asetati drenaazitoru. Haav suleti kihiliselt õmblustega ja sinna asetati aseptiline side.

Operatsioon tehti üldanesteesias kombineeritult ketalaari, naatriumoksübutüraadi ja neuroleptanalgeesiaga juhitava ventilatsioonil, mõõduka hüperventilatsiooniga lasteanesteesiasüsteemi «Ambu» abil.

Operatsiooni ajal jätkusid tilkinfusioon- ja medikamentoosne ravi. Manustati 10 ml 10%-list glükoosilahust, 10 ml füsioloogilist lahust, 25 ml verd (B(III) Rh-positiivne), 15 mg prednisolooni, 25 mg kokarboksülaasi.

Lapse seisund operatsiooni ajal oli üliiraske. Parema kopsu komprimeerimisel tekkis tsüanoos, samal ajal jäi südametegevus stabiilseks. Mikrotsirkulatsioonihäired operatsiooni ajal süvenesid.

Vahetult pärast operatsiooni seisund stabiliseerus. Taastus spontaanne hingamine ning taandus tsüanoos. Laps jäi nasotrahheaalselt intubeerituks, ta viidi reanimatsiooniosakonda kuvöösis. Operatsioonijärgne ravi ja hooldus toimusid rangelt aseptikanõudeid täites.

Operatsioonijärgsel perioodil määrati antibakteriaalseks raviks 100 mg tsefameesiini kehakaalu ühe kilogrammi kohta 10 päeva jooksul, 250 mg karbenitsilliini koos 4 mg gentamütsiiniga kehakaalu ühe kilogrammi kohta 8 päeva jooksul. Infusioonravina manustati 19 päeva vältel kokku 160 ml 20 %-list albumiini, 275 ml natiivplasmal B(III), 150 ml verd (B(III) Rh-positiivne), 470 ml alveesiinilahust, 1250 ml 10 %-list glükoosilahust, 500 ml 20 %-list glükoosilahust.

Seejuures toimus vedeliku infusioon järgmise arvestusega: esimesel päeval 40 ml kehakaalu ühe kilogrammi kohta, teisel 45 ml, kolmandal 45 ml, neljandal 50 ml, viiendal 60 ml ja kuuendal päeval 70 ml kehakaalu ühe kilogrammi kohta.

Ordineeriti veel vitamiine, kokarboksiilasi, kontrikaali, laasiksiti ja sedukseeni. Esimestest tundidest alates toimus intensiivne trahheobronhiaalpuu tualett intubatsioonitoru kaudu iga kahe tunni järel: loputus füsioloogilise lahusega ja aspireerimine, inhalatsioonid efülliini ning trüpsiiniga ultraheliaparaadi «TURUS» abil.

Lapse seisund operatsioonijärgsel perioodil oli väljakujunenud aspiratsioonipneumoonia tõttu üliiraske. Prevaleerisid III astme hingamispuudulikkuse nähud (pCO_2 62,4 mmHg, pO_2 50,1 mmHg) ja kaasnesid homöostaasi nihked (üldvalku 40 g/l, metaboolne atsidoos BE — 19,0 mmol/l, aneemia — erütrotsüüte $2,67 \cdot 10^{12}$, hemoglobiini 94 g/l, hematokriti näit 0,27). Kolmel esimesel päeval seisund progresseeruvalt halvenes, mistõttu kolmandal operatsioonijärgsel päeval alustati kunstlikku kopsude ventilatsiooni Hollandi respiraatoriga MK:3 režiimil inspiirium-ekspiirium 1:1, sagedus 50 korda minutis, hingamismaht 30 ml. Järk-järgult toimus üleminek abistavale ventilatsioonile ja kaheksandast operatsioonijärgsest päevast alates jäi laps täielikule spontaanssele hingamisele. Vahetult pärast operatsiooni ja spontaanssele hingamisele üleminekul rakendati hapnikravis intubatsioonitoru kaudu PEEP-klappi (firma «Ambu») 5...7 cm positiivse rõhu loomiseks väljahingamisel.

11. operatsioonijärgsel päeval intubatsioonitoru eemaldati. Jäi püsima mõõdukas düspnoe, hingamissagedus 60 korda minutis ning bilateraalselt määrjad rägina. Jätkus hapnikravi nina-neelukateetri kaudu, sage (2...3 tunni järel) nina-neelu aspireerimine ja inhalatsioonid efülliini ja trüpsiiniga. Kuigi peristaltika hakkas taastuma kolmandal operatsioonijärgsel päeval, hakati last nasogastraalsondi kaudu rinnapiimaga (5 ml kupa kahe tunni järel) toitma alles 7. päeval. Järgnevatel päevadel toidukogust järk-järgult suurendati. 16. operatsioonijärgsel päeval nasogastraalsond eemaldati. Laps imes rahuldavalt, neelas hästi.

19 päeva vanusena viidi laps üle kirurgiaosakonda, kus jätkusid hapnikravi, antibakteriaalne ravi, füsioteraapia rindkerele. Kirurgiaosakonnas

oli laps kuni haava täieliku paranemiseni. Ühe kuu vanuselt viidi ta järelraviks enneaegsete ja vastündinute patoloogia osakonda. Kahe kuu vanuselt kirjutati laps koju täiesti rahuldavas üldseisundis, heas emotsionaalses toonuses, hingamispuudulikkust ei esinenud, kehakaal 5220 g, seedetegevus normaalne.

Kolme kuu vanuselt oli laps haiglas järelkontrollil (vt. röntgenogramm 2). Emal kaebusi lapse tervise kohta ei olnud. Lapse üldseisund oli hea, psühhomotoorne areng vastas eale, kaaluviive 500 g. Kliiniliselt ja röntgenoloogiliselt oli söögitoru funktsioon normis.

Meie kirjeldatud raske kaasündinud väärengu juhu eduka ravi tulemusele aitasid kaasa varajane diagnoosimine, kiire kirurgiline ravi ja tänapäevane intensiivravi.

KIRJANDUS: 1. Баиров Г. А. В кн.: Неотложная хирургия. М., 1983, 72. — 2. Долецкий С. Я. В кн.: Непроходимость пищеварительного тракта у новорожденных и грудных детей. М. 1968, 95.

Tallinna Linna Kliiniline
Lastehaigla

Söögitoruatreesia ravi kogemusi. Aastail 1956...1981 opereeriti Berliini ühes lastekirurgiakliinikus 197 vastündinut, kellel oli diagnoositud söögitoruatreesia. Ajavahemikul 1956...1961 oli nende laste operatsioonijärgne letaalsus 92 %, seevastu aastail 1976...1981 vaid 55,8 %. Otsustava tähtsusega on prognoosi aspektist nimetatud kaasasündinud väärengu varajane ning kiire diagnoosimine vastündinuil esimese 24 tunni jooksul ning seejärel selliste laste hoolikas jälgimine ja viivitamatu üleviimine lastekirurgiakliinikusse, kus peaksid vastündinule olema tagatud optimaalsed tingimused nii enne kui ka pärast operatsiooni. Kõige ohtlikumad on hingamiselundite tüsistused, eeskätt aspiratsioonipneumoonia, mida peab tingimata ära hoidma. Ravi tulemused sõltuvad otseselt ka õdede tööst ja vastutustundest. Kirurgilise ravi tulemused on head neil juhtudel, kui lapsel ei ole veel teisi väärenguid ning suudetakse vältida tüsistusi.

Die Heilberufe, 1984, 4.
Pädiatrie, 1983, 5.

Kaadri ettevalmis- tamine

Maie Lõvi-Kalnin arstiteaduse doktoriks

19. detsembril 1983. a. kaitses I. Pavlovi nimelise Leningradi I Meditsiini-instituudi kirurgiliste erialade erinõukogu ees doktoriväitekirja «Etioloogia ja kirurgilise ravi põhiküsimused kaasasündinud (huule-) suulaelõhedega haigetel Eesti NSV-s» TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri dotsent Maie Lõvi-Kalnin. Oponentideks S. Kirovi nimelise Sõjaväemeditsiini Akadeemia näo- ja lõualuude kirurgia kateedri juhataja prof. N. Aleksandrov, R. Vredeni nimelise Leningradi Traumatoloogia ja Ortopeedia Teadusliku Uurimise Instituudi vanemteadur arstiteaduse doktor A. Limberg ja I. Pavlovi nimelise Leningradi I Meditsiini-instituudi patoanatomia kateedri juhataja prof. T. Žuravljova. Nad kõik hindasid M. Lõvi-Kalnini pikaajalise uurimise tulemusi kõrgelt. Nõukogu tunnistas M. Lõvi-Kalnini uurimuse üksmeelselt doktorikraadi vääriliseks.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuv Kõrgema Attestatsioonikomisjoni Presiidium kinnitas 1984. a. 20. juuli (protokoll nr. 28 d/5) otsuse põhjal M. Lõvi-Kalninile arstiteaduse doktori kraadi. Ta on esimene Eesti nais-teadlane, kellele on antud arstiteaduse doktori kraad stomatoloogia erialal.

M. Lõvi-Kalnini doktoriväitekirjaks on kaalukas kliinilis-eksperimentaalne ja kliinilis-geneoloogiline uurimus, milles esmakordselt Nõukogude Liidus on esitatud põhjalikud andmed ja klassifi-

katsioonid kaasasündinud näolõhede ning nendega täiendatud näo-lõualuude sündroomide mikrotunnuste kohta. Autor on kindlaks teinud teatud pärilike tunnuste seose huule ja suulaelõhedega, näidates, et probandi perekonna liikmetel esinevad need geneetilised mikrotunnused mitu korda sagedamini kui üldpopulatsioonis. Töös on võrdlevalt uuritud riskitegureid loote suhtes ja nende sagedust näo väärarengutega haigete emadel ja naistel, kes on sünnitanud kliiniliselt terveid lapsi. Geneetiliste mikrotunnuste ja etioloogiliste tegurite põhjalik tundmine loob eeldused haiguse prognoosiliseks diagnoosimiseks ja profülaktikaks. Uurimistulemused on kasutusele võetud.

M. Lõvi-Kalnini initsiatiivil on Eesti NSV-s organiseeritud metoodilis-konsultatiivne keskus (Tartu Kliinilise Haigla baasil) kaasasündinud huule- ja suulaelõhedega haigete dispanserimise ning kompleksravi tõhustamise eesmärgil. Ühtlasi on autoril õnnestunud lahendada suulaelõhede varajase kirurgilise raviga seotud probleem. Rohke-



arvuliste antropomeetriliste, osteomeetriliste, histoloogiliste ja kliiniliste uuringute alusel on kindlaks tehtud ülalõua operatsioonijärgsete deformatsioonide patogeneetilised mehhanismid, mis võimaldas autoril välja töötada kudesid säästva uranoplastika meetodi. Selle operatsiooni rakendamise korral ülalõua ja hambumuse deformatsioonide oht märksa väheneb ning suulaeplastikat on võimalik edukalt teha juba väikelastel, 2...4-aastastel.

M. Lõvi-Kalnin on sündinud 1932. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. Pärast töölisnoorte õhtukeskkooli lõpetamist 1953. a. jätkas ta õpinguid Permi Riikliku Meditsiiniinstituudi stomatoloogia teaduskonnas, mille lõpetas 1958. a. Esimeseks töökohaks sai Pärnu-Jaagupi Haigla, kus oli stomatoloogiks. Ajavahemikul 1960...1963 õppis ta statsionaarses aspirantuuris S. Kirovi nimelises Leningradi Riiklikus Arstide Täiendamise Instituudis näo- ja lõualuude kirurgia ning kirurgilise stomatoloogia kateedris. 1964. a. kaitses ta kandidaativäitekirja «Lõualuude osteomüeliidid lastel». Ajavahemikul 1963...1972 töötas TRÜ arstiteaduskonnas stomatoloogia kateedris assistendina, 1973. a. alates dotsendina. M. Lõvi-Kalnin on trükkis avaldanud ligi 100 teadustööd, nende hulgas kolm õppevahendit.

Irene Maaros

Kandidaativäitekirja Eesti meditsiiniajaloo

30. septembril 1983 kaitses NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni eriloal Eesti NSV Teaduste Akadeemias ajalookandidaadi kraadi teadusliku ettekandega «Tallinna meditsiiniajalugu kuni Oktoobri-perioodini (XIII sajandist 1917. a.)» **Heino Gustavson**. Ettekanne põhines autori kolmel monograafial: «Meditsiinist vanas Tallinnas kuni 1816. a.». Tallinn, 1969; «Tallinna vanadest apteekidest kuni 1917. a.». Tallinn, 1972; «Meditsiin Tallinnas XIX sajandist kuni 1917. a.». Tallinn, 1979. Oponeerisid ajaloodoktor E. Tarvel ning ajalookandidaat T. Karjahärm Tallin-

nast. 30. mail 1984. a. kinnitas atestatsioonikomisjon H. Gustavsonile ajalookandidaadi kraadi.

Kolm monograafiat annavad kompleksse ja analüütilise ülevaate Tallinna tervishoiu areemisest mitme sajandi vältel, esitavad uusi avastusi ning korrigeerivad mõningaid väärrarvamusi. Autor on põhiteemaga oskuslikult sidunud ajaloolise demograafia ja sotsioloogia, tööstus- ja kultuuriajaloo probleeme. Tema töödes esmaavaldatu on olnud oluliseks täienduseks Põhja-Balti alade meditsiiniajaloole, kuid pakkunud informatsiooni ka teiste teadusharude uurijatele.

Väitekirja teema on peale viidatud teoste käsitlemist ja laiendamist leidnud ka H. Gustavsoni 37 teadusartiklis ning kuues mahukas käsikirjalises uurimuses, samuti arvukates populaarteaduslikes publikatsioonides. Oma uurijakogemuste põhjal on ta kirjutanud brošüüri «Metoodilised soovitusel tervishoiuasutuste ajaloo uurimiseks ja jooksva kroonika koostamiseks» (Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti NSV Teadusliku Meditsiiniajaloo Seltsi väljaanne).

H. Gustavson on sündinud 23. jaanuaril 1923 Tallinnas pedagoogide perekonnas, lõpetanud 1941. a. Tallinna 5. Gümnaasiumi ning õppinud Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Pikka aega töötas ta esimese kategooria velskrina, hiljem oli Eesti NSV Toiduainetetööstuse Ministeeriumi konsultant. 1974. aastal lõpetas H. Gustavson mittetatsionaarselt Tartu Riikliku Ülikooli germaani ja romaani keelte ning kirjanduse alal, lisaks sooritas eksameid ajaloo teaduskonnas. Praegu on H. Gustavson Eesti NSV Liha- ja Piimatööstuse Ministeeriumi Konstrueerimis- ja Tehnoloogiabüroo sektorijuhataja tööstusajaloo alal. Lisaks uurimustele tööstus- ja meditsiiniajaloo kohta on temalt ilmunud olulisi kohti ning fortifikatsioonijaloolisi töid. Tema teaduslikke ja populaarteaduslikke publikatsioone on avaldatud kümnes keeles.

Meditsiiniga on H. Gustavson seotud tänaseni: ta on Eesti NSV Meditsiiniajaloolaste Seltsi aseesimees ning Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi apteegimuseumi teaduskonsultant, üks muuseumi asutajaid. Ka Eesti Tervishoiumuuseumiga seob H. Gustavsoni tihe koostöö.

Raimo Pullat

Sanitaarharidustöö

UDK 614.39(474.2)

Aktuaalsed sanitaarharidustöös

Oku Tamm Maano Kivilo · Tallinn

sanitaarharidustöö, selle vormid, metoodiline juhendamine, Tallinna Sanitaarharidusmaja tegevus

Kuigi praegu ei ole veel objektiivseid kriteeriume sanitaarharidustöö efektiivsuse hindamiseks, on siiski väljaspool kahtlust, et haigestumise tõenäosus on tunduvalt väiksem neil, kes oskavad oma tervist hoida ja tugevdada ning õigel ajal arsti poole pöörduda. Et kõigi nende reeglite järgimine ei ole senise sanitaarharidustööga kaugeltki veel kõigile enesestmõistetavaks saanud, on ilmselt vajalik selle töö muutumine pidevaks, elanikkonna kõiki vanuserühmi hõlmavaks kasvatus tööks. Viimastel aastatel on selleks nii mõndagi tehtud. Nimetagem kõigepealt tervishoiumuuseumi, mida on külastanud tublisti üle 100 000 inimese. Tervishoiumuuseum on korraldanud ka mitmeid näitusi, mille kohta hea hinnang on jõudnud ka üleliidulise ajakirjanduse veergudele ja toonud muuseumile Üleliidulise Rahvamajandusnäituse II järgu diplomi ning hõbe-medali. See kõik on tunnustus tervishoiupropagandale, mida koos muuseumi põhiekspositsiooniga «Elu ja tervis» on külastajatele juba neli aastat pakutud.

Sanitaarharidustöö metoodilise juhendamise ja organiseerimise edusam-

muks peame koosseisuliste sanitaarharidustöötajate ning selle töö eest vastutavate tervishoiuorganisaatorite kohustuslikku kvalifikatsiooni tõstmist Vabariikliku Sanitaarharidusmaja juures korraldatud kursustel. Nendest regulaarsetest õppustest osavõtt on sanitaarharidustöö koosseisulistele keskastme meditsiinitöötajatele tervishoiuministeriumi käskkirjaga kohustuslikuks tehtud. Meile teadaolevail andmeil on Eesti NSV seni ainuke liiduvabariik, kus sanitaarharidustöötajate põhikaadri kvalifikatsiooni tõstmiseks on rakendatud sellist regulaarset õpivormi, millega loodame korvata sanitaarharidustöötajate regulaarsete üleliiduliste kursuste puudumist.

Suureks sammuks sanitaarharidustöö edendamisel oli Tallinna Sanitaarharidusmaja avamine käesoleval aastal, mille ülesandeks on sanitaarharidustöö planeerimine, korraldamine, metoodiline juhendamine ja tehtud töö sisu ning mahu kontrollimine Tallinna ulatuses. Koosseisus on kolm arsti, kolm keskastme meditsiinitöötajat ja kaks mitte-meditsiinitöötajat. Järgmised sanitaarharidusmajad on plaanis avada Tartus ja Narvas, seejärel ka Kohtla-Järvel ja Pärnus. Nende plaanide realiseerimine oleneb suuresti ka kohapealsest initsiatiivist ja huvist pidada sammu tervishoiu nüüdissuundadega.

Sanitaarharidustöö korraldamise plusspoolele tuleb kanda ka Vabariikliku Sanitaarhariduse Nõukogu regulaarne töö ametkondadevahelise terviseõpetuse kompleksplaani koostamisel ja selle täitmise kontrollimisel. Kaks korda aastas kuulatakse ära aruanne 2...3 ametkonna või ministeriumi sanitaarharidustöö tulemuste kohta ning antakse soovitusel selle töö korraldamiseks. Et oma kohustustega paremini toime tulla, uuendati käesoleva aasta algul nõukogu koosseisu. Samas kehtestati nõue, et nõukogu liikmete ametialase ümberpaigutamise korral võtaksid nende ülesanded nõukogus üle isikud, kes määratakse nende järglasteks sel ametikohal. Peale selle töötavad mitmed ametkondadevahelised nõukogud, kes

peavad alkoholismitõrjet koordineerima, ratsionaalset toitumist propageerima ja selleks tingimusi parandama jt. Hästi on töötanud ka Vabariiklik Tervise Rahvaülikoolide Nõukogu: tervise rahvaülikoolide töö on pälvinud hea hinnangu nii meie vabariigi rahvaülikoolide seas kui ka üleliiduliselt. Nende töö põhinäitaja — elanikkonna hõlmatus — on Eesti NSV-s jõudnud 1,8 %-ni.

Kuid paraku on ka puudusi ja väärkäsitlusi sanitaarharidustöö korraldamises ja läbiviimises. Nii mõnigi kord on selgunud, et osal tervishoiutöötajail on sanitaarharidustööst ja selle tegijaist vale ettekujutus.

Tihti on arvatud, et sanitaarharidustöö on üksnes koosseisuliste sanitaarharidustöötajate mure. Tegelikult on nende kohustuseks selle töö planeerimine, kooskõlastamine ja kontrollimine, samuti ka selle arvestamine. Kogu sanitaarharidustöö praktiline läbiviimine on aga eranditult kõigi tervishoiutöötajate (kaasa arvatud keskastme meditsiinipersonali) kohustus, milleks töögraafikutes tuleb iga kuu ette näha neli töötundi. See nõue on NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi korraldusega kehtestatud juba 20 aastat tagasi ja hiljem on seda veel korratud. Kõige värskem korraldus aga on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumilt 1981. aastast. Nendest nähtub sõnaselgelt, et iga tervishoiutöötaja, sõltumata oma erialast ja ametikohast, on iga kuu neli tundi sanitaarharidustöötaja. See ongi kaader, kes tagab sanitaarharidustöö plaanide tegeliku täitmise. Seepärast on täiesti väär arvata, et koosseisulised sanitaarharidustöötajad on selle töö eest ainuvastutajad — on ju neid selleks liiga vähe.

Arusaadavalt ei kuulu nelja tunni sisse ainult loengute ja vestluste pidamine, vaid ka nende ettevalmistamine, meelespeade ja artiklite tekstide koostamine, sanitaarhariduslike seinalahtede ja näitliku agitatsiooni ning näituste ettevalmistamine ja vormistamine, auditoriumi organiseerimine jne. See aga ei tohi välja viia kiusatuseni

näidata aruannetes, et kogu sanitaarharidustööks ettenähtud aeg on mõnel töötajal kulunud üksnes ettevalmistustöödeks. Organiseerimisel ja ettevalmistamisel peab tingimata olema ka kindel tulemus. Vähemalt 50 % sanitaarharidustööst peab toimuma väljaspool tervishoiuasutusi, s.t. terviseõpetust tuleb vähemalt pooles mahus jagada mitte haigetele, vaid just tervetele. Eriti hinnatav aga on kõigi tervishoiutöötajate initsiatiiv uute terviseõpetuse propaganda vormide leidmisel ja rakendamisel. Peame aga tunnistama ka seda, et seni ei ole Vabariiklik Sanitaarharidusmaja suutnud regulaarselt kontrollida, kuidas nende korralduste täitmine kajastub töögraafikutes ja kuidas on lugu tegelikkuses. Seda puudujääki püüame kõige lähemal ajal hüvitada.

On ette tulnud juhtumeid, kus linnade ja rajoonide peaspetsialistid on kahe silma vahele jätnud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi eespool nimetatud korralduse, milles sätestatakse: «... kindlustada linnade ja rajoonide peaspetsialistide poolt tervishoiupropaganda planeerimine, juhendamine, kontrollimine ja analüüsimine oma erialal. Erialase tervishoiupropaganda analüüsi tulemused esitada koos tööaastaruandega Eesti NSV Tervishoiuministeeriumile või erialatalituse juhile ja Vabariiklikule Sanitaarharidusmajale...».

On pretensioone ka mõningate sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstide kohta (näiteks Kohtla-Järvel), kes näevad oma ülesandeid ainult kontrollfunktsioonis ja kes kipuvad unustama, et töötervishoiualane väljaõpe kuulub sanitaar- ja epidemioloogiajaama töötaja kui spetsialisti kompetentsi. Järelikult on tema kohustuseks mitte ainult selle töö kontrollimine ja kursuse lõpetanujelt eksami vastuvõtmine, vaid ka sellealase õppetöö korraldamine. Mitmes linnas ja rajoonis (Harju, Võru ja Pärnu rajoon) on sellest õigesti aru saadud. Seda kummalisem on, et nende kõrval on ka kohti (Kohtla-Järve ja Rakvere rajoon), kus

aastaid ei ole seda suudetud õigesti mõista. Toonitame, et seoses riikliku sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse juhtimise ning finantseerimise tsentraliseerimisega jäävad linnade ja rajoonide sanitaarharidustöö eest vastutavate koosseisuliste töötajate ülesanded ja nende koosseisuline kuuluvus esialgu muutumatuks.

Kohati käsitletakse sanitaarharidustööd liiga kitsalt, ainult oma eriala huvidest lähtudes. See aga viib olukorrani, et ununeb sanitaarharidustöö esmane ülesanne — haiguste profülaktika põhitõdede, s.o. tervete eluviiside propageerimine. Veel halvem on aga see, kui mõne põhieriala peaspetsialist unustab sanitaarharidustöö nüüdise tähenduse. Siis juhtubki, et aruande koostamisel küsib ta koosseisuliselt sanitaarharidustöötajalt, mida oma eriala kohta kirja panna, kuigi tegelikult peaks olema just vastupidi: sanitaarharidustööle annab tegeliku hinnangu see, kes selle tööga tegeleb. Tegelema aga peab iga tervishoiutöötaja.

*Eesti NSV Tervishoiuministeerium
Vabariiklik Sanitaarharidusmaja*

Ravi kontrollimine süljeanalüüsi kaudu. Würzburgi ja Kieli ülikooli lastekliinikute arstid on esitanud andmeid, et medikamentoosse ravi kulgu on võimalik jälgida kasutatava ravimi sisaldust patsiendi süljes kindlaks tehes, seega kõrvale jätta vereseerumi uuringud samal eesmärgil. Nii on antikonvulsivsete toimivate ravimite manustamine lähedases korrelatsioonis ravimi kontsentratsiooniga süljes ja vereseerumis. Autorid on süstemaatiliselt uurinud ravimite süljega eritumise laadi ühe paljutöötava meetodi tarvis, et edaspidi suurendada süljeanalüüsise osatähtsust mitteinvasiivses ravikontrollis hoopis laialdsemalt ja kaalukamalt.

*Monatsschr. Kinderheilk., 1983, 1.
Die Heilberufe, 1984, 6.*

Arsti- teaduse ajaloost

UDK 616(092)Otto Valdes

Minu isa Otto Valdese meditsiinilisest tegevusest

Albert Valdes

1869. a. algul saadeti 20-aastane Otto Valdes, kes elas siis Järvakandi mõisas renditalus, Tallinna ametlikuks rõugepanijaks õppima Rapla kihelkonna tarvis.

Otto Valdes õppis Harju kreisiarsti juures ja lõpuks pidi ta sooritama eksami, mille kohta ta on saanud ametliku atestaadi 8. märtsil 1869, mis on säilinud (vt. foto 1). Atestaadis on märgitud, et tema teadmised nii teoreetilises kui ka praktilises osas on täielikult küllaldased kaitserougete panemise alal, mistõttu meditsiinilisest seisukohast ei ole takistusi tema ametisse seadmiseks kogukonna rõugepanijana. Eestimaa kuberner'i ringkirjaga 3. nov. 1869 (originaal säilinud) kinnitati uued rõugepanijad Eestimaa kubermangus, nende seas Otto Valdes.

Rõugepanemise kõrval omandas Otto Valdes kreisiarsti juures ka mõningaid velskrioskusi: nihestunud liigeseid paigaldada, luumurdusid lahasesse panna, haavasid siduda, mädanikke lahti lõigata, kuppude panna, aadrit lasta, hambaid välja tõmmata, kunstlikku hingamist teha uppunuile. See oli vajalik, sest siis maal arsti ei olnud. Otto Valdese ametisse võtmise kohta on säilinud

* Käesolev kirjutis on peatükk Albert Valdese üleskirjutustest oma isa Otto Valdese kohta (1848...1907). Kirjutusviis muutmata.

UDK 616.091(092)Albert Valdes

Albert Valdes õppejõuna

Uno Podar · Tartu

Albert Valdes, Tartu Riiklik Ülikool, arstiteaduse ajalugu, patoanatomia

Albert Valdes õpetas patoanatomiat viiskümmend aastat (1912...1962). Professor A. Valdese pikaajalise töö vaatlusel õppejõuna ei ole mitte ainult ajalooline tähtsus, vaid tema seisukohad õppetöö korraldamisel on aktuaalsed tänapäevani.

Pole teada, milliseid õppetöö vorme A. Valdes oma varajastel tööaastatel kasutas. Kahtlemata sai ta meetoodilisi juhendeid põhiliselt V. Afanasjevilt, keda A. Valdes on hinnanud mitte ainult kui teadlast, vaid ka kui tugevat õppejõudu (1). Sellel perioodil omandas A. Valdes oskused, kogemused ja vilumuse nii praktiliseks patoanatomiliseks tööks kui ka õppetööks sellel alal. Kui A. Valdes 1920. a. septembris Voroņežist lahkus, siis mainis V. Afanasjev iseloomustuses tunnustavalt tema osavõttu nii teaduslikust kui ka õppetööst: «Lahkudes suure kurvastusega Albert Ottovitšist tema ärasõidu tõttu kodumaale, tõendan ma heameelega tema innukat ja omakasupüüdmatut teaduse teenimist ning tema hoolikat minule osutatud abi üldpatoloogia ja patoloogilise anatoomia õpetamise alal» (4).

1922. a. kaitses A. Valdes doktoriväitekirja ning sai prorektori nimetuse. See vastas eradotsendi ametikohale ning andis loa loengute ja praktikumide iseiseisvaks pidamiseks. Ta luges ja andis praktikume järgmistel teemadel: valitud peatükke patoanatomias, patohistoloogiline tehnika, patoanatomiliste sektsioonide tehnika ja protokollimine.

1930. a. valiti A. Valdes professoriks, patoanatomia kateedri juhatajaks. Avanesid võimalused oma töökspidamiste täielikuks rakendamiseks ülikooli pedagoogilises töös.

Järgnevalt esitan A. Valdese põhi-

seisukohti õppetöö suhtes. Enamasti tulenevad need A. Valdese kirjalikest väljendustest (2, 3, 5). Mõningad ümbersõnastused ja kommentaarid on allakirjutanult, kes A. Valdese õppetöös küllalt pikka aega kokku puutus.

A. Valdes vaatles õppetööd kui protsessi, milles peab aktiivselt osalema nii õppejõud kui ka üliõpilane. See on koostöö, milles organiseeriv ja suunav osa jääb õppejõule. Siit tulenevad nõuded nii õppejõule kui ka üliõpilasele. Häid tulemusi võib saada üksnes see õppejõud, keda üliõpilased respektseerivad ning kelle nõudmisi nad arvestavad. «Loengud peavad olema hoolikalt töödeldud, täpselt liigestatud, loogiliste üldistustega, koormamata neid detailidega. Loengute stiil peab olema kokkurusutud, kuid rikas mõtete poolest» (5).

«Kui loengud on koostatud loogiliselt läbimõtlemata ja neid kantakse ette nii, et üliõpilased pole suutelised neid nende segasuse ja lektori sõnade kiire jooksu tõttu jälgima, s. o. teadvusega mõistma loengu mõtete sisu ja kulgu, siis need loengud on... ainult formaalsuse täitmine» (3). Head loengud võivad tekitada huvi aine ja erialakirjanduse vastu, segased või halvasti ettekantud aga tõrjuvad üliõpilase neist emale.

Üliõpilastelt taotles A. Valdes järjekindlat osavõttu õppetööst. Ta nõudis loengumaterjali jäädvustamist märkmete (konspektide), jooniste ja skeemidena (2). «Praktikumidest on ainult siis kasu, kui üliõpilane on teoreetiliselt teataval määral tuttav praktikumidel käsitlevate küsimustega» (2). Ka praktikumidel on vaja teha märkmeid või jooniseid.

Õppimine toimugu pidevalt — rööbiti loengute ja praktikumidega. Kui üliõpilane hakkab mingit ainet õppima alles pärast loengute ja praktikumide lõppemist, et eksamil läbi saada, siis jääb see üliõpilane arenematuks ega jõua edasi. Üksnes loengukonspektide järgi õppimine on täiesti puudulik, tingimata tuleb kasutada ka õppe- ja käsiraamatuid (2).

A. Valdes taotles tulevaste arstide üldkultuurilist arendamist. Ta nõudis nii endalt kui ka üliõpilastelt täpsust ja korrektsust. Hoolega jälgis ta õppevahendite (mikroskoobid, preparaadid) õiget ning säästlikku kasutamist. Ta oli veendunud, et kateedri ruumide hea väljanägemine ja puhtus mõjuvad kasvatavalt ning distsiplineerivalt. Seepärast pööras ta sellele palju tähelepanu. Sobivatel hetkedel puudutas ta olmekultuuri, kuid 1950-ndatel aastatel pühendas sellele koguni fakultatiivsete loengute sarja.

Eespool toodud seisukohad õpetamise, õppimise ja kasvatustöö kohta on omased paljudele õppejõududele. A. Valdese õppetöö isikupära määravad allkirjutanu arvates esmajoones ulatuslik tahvlijooniste kasutamine ja üliõpilaste küsitlemine.

Patoanatomia vajab näitlikustamist. Loengumaterjali illustreerimiseks kasutas A. Valdes makropreparaate patoloogiliste muutustega elunditest, kuid selle kõrval ka rohkesti skemaatilisi tahvlijooniseid. Diapositiivide kasutamine õppetöös sai võimalikuks alles hiljem. Skemaatilisi tahvlijooniseid pidas A. Valdes otstarbekaks, kuna nad võivad asendada paljusõnalist selgitust ning nad on loengu ajal üliõpilaste poolt hõlpsasti reprodutseeritavad. A. Valdese joonised olid meisterlikud, tehtud värviliste kriitidega. Värvide valik oli loogiline, tuginedes põhiliselt histoloogiliste preparaate värvimisele van Giesoni järgi.

Praegugi küsitletakse üliõpilasi praktikumidel, kuid A. Valdes küsitles neid ka loengutel. Küsimused nõudsid ikka parajasti vaatluse all oleva materjali seostamist eelnevalt läbivõetuga. Sellega taotles ta eelneva omandamist ja ühtlasi pidevat tööd. Teisest küljest hindas A. Valdes küsitlust kui võimalust puudujate ja õppetöös mahajääjate väljaselgitamiseks, kellele vaja pöörata erilist tähelepanu. Neil, kes õppeaasta jooksul olid küsimustele vastanud kehvasti, ei olnud ka kõrge eksamihinde saamiseks eriti suuri väljavaateid. A. Valdes hindas küsitlust kui meeto-

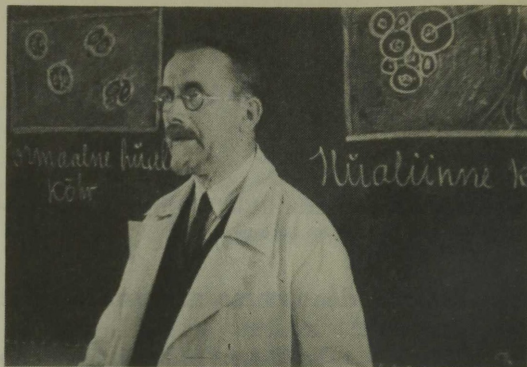


Foto. Professor A. Valdes loengut pidamas 1940-ndatel aastatel.

dit üliõpilaste aktiviseerimiseks iseseisvaks tööks (5).

Kirjeldame prof. A. Valdese endiste õpilaste, praeguste TRÜ lugupeetud õppejõudude mälestusi oma professorist.* Nende andmed valgestavad A. Valdese õppetööd aastail 1933... 1945, lisades mõningaid uudseid teateid. Kahjuks ei ole neid mälestusi võimalik täielikult ära tuua. Peale selle langevad põhiseisukohad suurel määral ühte.

Huvi pakuvad andmed õppetöö korralduse kohta 1930-ndatel aastatel arstiteaduskonna III kursusel, kus patoanatomiat õpetas A. Valdes. Et sel ajal kardeti arstide üleproduktiooni, siis lasti teiselt kursuselt kolmandale üle minna ainult umbes 1/4 taotlejaist (E. Siirde jt.). Nii oli III kursus ikka väike, vaid 20... 30 üliõpilast, ning koosnes tugevamatest üliõpilastest. Selles olukorras oli õppedistsipliin kõrge. «Professor tundis meid peatselt nägupidi, ka puudumised ei jäänud märkamata ja olime kindlad, et sageli puudujate käsi eksamil hästi ei käi» (K. Kõrge). «Osavõtt loengutest ja praktikumidest oli peaaegu alati sajabrotsendiline» (S. Laanes). «Õppedistsipliini üle ei olnud prof. A. Valdesel vaja muret tunda, see oli endastmõistetav» (E. Siirde).

* Autor tänab prof. K. Kõrget, dotsent S. Laanest, professoreid Ö. Reintamit, E. Siirde ja H. Vaherit, kes oma mälestusi prof. A. Valdesest lahkelt jagasid.

Patoanatomia loenguid oli kolm korda rohkem kui praegu — kummalgi semestril kuus tundi nädalas. Praktikumitundide arv vastas praegusele.

Kindlad ning isikupärased seisukohad õppetöös olid A. Valdesel välja kujunenud juba 1930-ndatel aastatel. Loengud olid laitmatud nii sisu kui ka vormi poolest. A. Valdesele omast süsteemikindlust materjali esitamisel üldiselt hinnatakse, kuid see võis jätta ka mulje aine kuivast või skemaatilisest käsitlusest. Juba sel ajal, kuigi harva, toimus küsitlus loengutel (E. Siirde). Hinnatud on tema tahvlijooniste osa aine omandamisel. Ikka ja jälle on meenutatud A. Valdeselt saadud teadmiste püsivust (S. Laanes, E. Siirde, H. Vahter).

Kasvatustöös tugines A. Valdes üldtunnustatud põhimõtetele, kuid ka siin ilmnis isikupära. Kõrget õppedistsipliini on kirjeldatud eespool. A. Valdes pööras tähelepanu kultuurse käitumise normide omandamisele. Täpsus loengu alustamisel ja lõpetamisel oli endastmõistetav. Et sellest rangelt kinni pidada, kandis A. Valdes loengutel kaasas küllalt suurt kella, umbes praeguse äratuskella mõõtmetes. Meenutatakse jalatsite puhastamise protseduuri kateedri ruumidesse esmakordsel sisenemisel. Jalgu tuli pühkida igal trepimademel, enne praktikumiruumi jõudmist 4...5 korda. Eeskuju andis professor ise (S. Laanes), kuid nõuete täitmist jälgis kullipilgul teravavurruline preparaator J. Pragi (K. Kõrge). Patoanatomia eksam oli pidulik sündmus, sinna tuli minna korralikult rietatuna (E. Siirde).

Kevadel korraldas A. Valdes kursuse väljasõidu rohelisse, tavaliselt mootorpaadiga Jänesele või Haaslavale. Väljasõitudel hoolitses A. Valdes isalikult üliõpilaste eest, jagades neile võileibu ning korraldades mängu, näiteks «Tagumine paar välja» (S. Laanes). Väljasõitudel pidas A. Valdes ka loenguid. K. Kõrge meenutab humoorikalt, et kord kõhutüüfusest ja düsenteeriast linnulaulu saatel loengut kuulates olid

nad lugematute sääskede ründeobjektiks.

Õppeaasta lõpul korraldas A. Valdes oma kursusele tee- või kohviõhtu, kus meenutati õppeaasta sündmusi, mis siis võisid tunduda üpris naljakatena.

Väga tunnustavalt meenutatakse Akadeemilist Arstiteaduse Seltsi, mille organiseerija oli A. Valdes (K. Kõrge, S. Laanes, E. Siirde). Seltsis osalesid üliõpilased, arstid ja õppejõud. Seltsi koosolekutel, mis toimusid umbes üks kord kuus, kuulati ja arutati peamiselt referatiivseid töid. Selts korraldas ka ekskursioone ja koosviibimisi.

Rasket ning keerulist sõjajärgset ajajärku 1944/1945. õppeaastast meenutab Ö. Reintam. Ruumid olid kütmata, ei olnud paberit konspektide jaoks, valgustus oli nõrk nii õpperuumides kui ka kodus. Ka sel ajal säilitas A. Valdes oma stiili ning nõudlikkuse õppetöös. Ö. Reintam mäletab A. Valdese isalikku rõõmu mahajäänud üliõpilaste edusammude üle.

A. Valdes oli pikka aega kõrgelt hinnatud õppejõud arstiteaduskonnas. Õppe- ja kasvatustöös lähtus ta üldtuntud alustest, kuid lisas neile isikupärasteid metoodilisi võtteid. Hea töötulemusena hinnatakse temalt saadud teadmiste püsivust. A. Valdese õppe- ja kasvatustöö põhimõtted väärivad arvestamist ka tänapäeval. Vist kõikidel A. Valdeselt õpetust saanud ühineda K. Kõrge arvamusel: «Prof. A. Valdes jääb minule alatiseks meelde suurt lugupidamist vääriava pedagoogina, kes meile, üliõpilastele, oskas hästi edasi anda oma aine põhialused, kes meid õpetas hoolsalt töötama, end õigesti väljendama ning arstina korrektselt käituma».

KIRJANDUS: 1. Valdes, A. Eesti Arst, 1939, 2, 178—179. — 2. Valdes, A. Metoodilisi juhendeid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilastele. Tartu, 1945. — 3. Valdes, A. Individuaalne töö — tähtis kasvatuslik meetod. Käsi-kiri. Tartu, 1951.

4. Афанасьев В. А. Свидетельство (о работе А. О. Вальдеса). Рукопись, Воронеж, 1920. — 5. Вальдес А. О. Активизирование студентов к творческой самостоятельности. Рукопись, Тарту, 1950.

TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia ja kohtuarstiteaduse kateeder

UDK 616.091(092)Albert Valdes

Professor Albert Valdes arstide ja teadlaste kasvatajana

Pavel Bogovski · Tallinn

Albert Valdes, Tartu Riiklik Ülikool, teadustöö
meetodid, deontoloogia

Enamikul praegu meie vabariigis töötavatel vanema ning keskea arstidel on hästi meeles prof. A. Valdese üldkasvatustlikud ning deontoloogilised õpetused. Eriti suur oli tema kasvatuslik mõju neile, kes õppisid tema juhendamisel teadustööd tegema kas aspirantuuris või kateedri töötajatena. Olin prof. A. Valdese õpilane Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna III kursuse üliõpilaseks 1939/1940. õppeaastal ja pärast Suurt Isamaasõda aspirantuuris aastail 1946...1949.

Õige töösse ja ametitegevusse suhtumise printsiibid ja nõuded, mida ta meile järjekindlalt sisendas, on tänapäeval niisama aktuaalsed kui omal ajal.

Juba patoanatomia kursuse avaloengul ja hiljem väsimatult kogu õppeaja vältel meelde tuletatades õpetas ta, kuidas tuleb õppida — mitte eksami, vaid kutsetegevuse jaoks, mitte hooti eksamissessiooni ajal, vaid süstemaatiliselt kogu õppeaasta vältel. Üksikute küsimuste õppimisel soovitas ta raamatute järgi koostada konspekti ja teha ka jooniseid-skeeme.

Teadusliku töö oskuste omandamisel prof. Valdese juures tuli peale eriala — patoanatomia ja histoloogia — õppida veel palju muudki. Värvilahuste valmistamisel või siis histoloogiliste preparaatide valmistamise kõikide etappide puhul või mikrofotode valmistamisel pidime ise korduvalt läbi tegema ja omandama kõik töövõtted ja tehnilised üksikasjad. Metoodilistes juhendites (1, lk. 21) rõhutabki prof. A. Valdes katsete sooritamise ja uuringute tegemise vajadust teema autoril endal. Just need metoodilised oskused patohistoloogilise laboratoorse töö alal, mida sain as-

pirandina prof. A. Valdeselt ja mis hästi süstematiseerituna omandati ja konspekteriti patohistoloogia ringis, aitasid mul 1950. aastal Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis rajada töövõimelise morfoloogialaboratooriumi.

Prof. A. Valdes oli väga töökas ning oskas isikliku eeskujuga suurel määral üliõpilasi mõjutada ja innustada. Kõik patoanatomia kateedris, alates meditsiinoskussõnade kartoteegist ja lõpetades mikrofotograafiapimiku seadmetega, oli tunnistuseks tema tööst. Iseäranis näitlik selles suhtes oli alati lukus olev mikrofotograafialaboratoorium ja -pimik. Selles oli professori enda konstrueeritud ja töökodades (esmajoones puutöökojas) oma kätega tehtud abiseadmed, mis tööd fotopimikus hõlbusitasid. Eriti kasulik oli väikese elektrimootori abil ekstsentriliselt kinnitatud hoovaga hõljuma pandav küvett kinnistilahusega, mille kasutamiseega välditi fotode kinnistamisel kokkukleepumisest tingitud inetuid laike. Eriti just mikrofotode tegemisel sai õppida meie professorile nii iseloomulikke jooni — täpsust, puhtust ja korda. Eks pimik oligi lukus selleks, et säilitada puhtust.

Et fotod tuleksid välja tõepoolest laitmatud, oli oluline iga pisiasi — fotoreaktiivide puhtus, fotosuurenduslambi õige asend, õige valgustus pimikus, kõrgläikeplaatide absoluutne puhtus, täpne süsteem märja foto kõrgläikeplaadile kinnitamise puhul, et ei jääks vähimaidki õhumulle foto pinnale, ja veel palju muid üksikasju.

1939. aasta sügissemestril alustas meie kursus prof. A. Valdese loengute kuulamist ja praktikumide sooritamist. Puhtust ja korda nõudis professor iga üliõpilase ning teadustöötaja töökohal. Edasi on rõhutatud: «Histoloogiliste preparaatide valmistamisel on vaja saavutada püsivat maksimaalset kvaliteedi headust, sest sellest sõltuvad oluliselt töö tulemused, näiteks heade histoloogiliste preparaatide järgi võib tajuda muutusi rohkem ning kindlamini kui halbade järgi ja neist võib val-

mistada häid veenvaid mikrofotogramme.» (1, lk. 21).

Prof. A. Valdes pööras eriti suurt tähelepanu teadustöö tegemise üldpõhimõtteist kinnipidamisele. Tema õpetusi sel alal võiks nimetada teadustöö deontoloogia alusteks. Need põhiprintsiibid pakuvad ka tänapäeval huvi, sest nad kõik on suunatud kõrge kvaliteedi tagamisele ja on täielikus kooskõlas NSV Liidu Ministrite Nõukogu Kõrgema Atestatsioonikomisjoni viimasel ajal rangemaks muutunud instruksioonide sisuga. Teema teostatavuse üle otsusele jõudmiseks soovitas ta teadustöö teemat enne töö alustamist mitmekülgsest läbi arutada. Praegu kehtib nõue, et doktoridissertatsioonide plaanid tuleb läbi arutada ja kinnitada vastavas üleliidulises probleeminõukogus, vältimaks aja raiskamist mitteaktuaalsete või ebaõige suunaga tööde tegemiseks. Edasi nõudis prof. A. Valdes töö üksikasjaliku plaani koostamist, mida ka praegu järjekindlalt nõutakse. Kirjandusest soovitas ta koguda materjali ainult oluliste teemase puutuvate küsimuste kohta, alustades värskematest töödest. Eriti hoiatas prof. A. Valdes kirjandusülevaate puudulikkuse ohu eest, millest võib tuleneda asjatult tehtud uurimus, mis varem mujal juba tehtud ja avaldatud. Väga tähtsaks pidas ta katsete või vaatluste protokollide koostamist «tingimata samal ajal, kui katseis või uurimistes võetakse midagi ette või midagi juhtub» (1, lk. 20). Mainigem, et viimasel ajal on mitmeid dissertatsioone kontrollimise tulemusena tagasi lükatud algmaterjali, sealhulgas protokollide puudulikkuse tõttu, rääkimata juhtudest, kus uurimistõesse on sisse võetud haigete andmeid, mis haiguslugudega ühte ei lange.

Prof. A. Valdes hoiatas ka mitmekvalifitseeritud teadustöö eest, märkides, et algaja võib autodidaktiliselt mingi teema uurimisele asudes õigelt uurimisteelt hälbida. «Algajal meditsiinilise teadusliku töö alal peab olema õpetaja, kes annab talle teadusliku töö koolingu» (1, lk. 35). Kui tekib vajadus konsulteerida kellegi teise eriteadlasega, peab see toimuma õpetaja nõusolekul, ja

kui konsultatsiooni tulemusi töös raken-datakse, peab see olema töös mainitud. Valmistöös peab märgitud olema ka see, kui on kasutatud teiste autorite töö tulemusi. Olulise deontoloogilise printsiibina rõhutas prof. A. Valdes, et valmistöös ja igas trükises peab selgelt vahet tegema oma töö ja teiste autorite või kolleegide tehtud töö vahel. Ebaaus on omistada endale teise teadlase töö tulemusi.

Teaduslik ausus oli üks põhiprintsiipe prof. A. Valdese töös. Oli endastmõistetav, et teadustöös ei olnud mõeldavakki mingid juurdekirjutused ega põhjendamatud, ebaobjektiivsed järeldused.

Lisaksin veel, et prof. Valdes jagas ka palju õpetusi teadustöö tehnika, sealhulgas kirjanduse refereerimise, bibliograafia koostamise, töö kirjandusliku vormistamise ja muude küsimuste alalt, nõudes alati äärmist täpsust ja korrektust nii kirjandusele viitamises kui ka keelelise väljendusviisi ning stiili alal, et ei oleks midagi võimalik kaksipidi mõista, et kõik oleks selgelt ja laitmatult nii sisu kui vormi poolest kirja pandud.

Lõpuks veel üks oluline joon. Prof. A. Valdes kõneles korduvalt suure aupaklikkuse ja lugupidamisega oma õpetajast prof. V. A. Afanasjevist. Eks seegi asjaolu teiste teguritega koos on põhjuseks, miks prof. A. Valdese õpilased teda suure lugupidamisega meenutavad.

KIRJANDUS: 1. Valdes, A. Metoodilisi juhendeid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilastele. Tartu, 1945.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini
Instituut*

Konverentsid ja nõupidamised

Üleliidulised adaptatsioonilased sümposioonid.

1984. a. kevad kujunes üldistusajaks adaptatsiooniprobleemide uurimisel. Kuu vältel toimus kolm üleliidulist sümposiooni: 15...17. juunini Frunzes «Organismi funktsionaalsete seisundite hindamise ja prognoosimise probleemid rakendusfüsioloogias», 22...24. maini Tallinnas «Adaptatsiooni füsioloogilised probleemid» ja 13...14. juunini Kišinjovis «Stress, adaptatsioon ja funktsionaalsed häired». Esimest neist seostasid adaptatsiooniprobleemidega sektsioonid «Organismi funktsionaalse seisundi prognoosimine ekstreemsete looduslike tegurite mõjumisel» ja «Organismi funktsionaalse seisundi prognoosimine lennunduses ja kosmonautikas». Ligilähedasele temaatikale ja ajalisele kokkulangevusele vaatamata üritused üksteist ei dubleerinud. Sisuliselt erinevad programmid tõendasid adaptatsiooniprobleemide uurimise suurt ulatust Nõukogude Liidus.

Tallinna sümposioon oli korraldatud sihipärase kontsentreeritusega. Traditsioonist erinevalt tellis organiseerimiskomitee juhtivatelt teadlastelt üldistused põhiküsimustes, samuti valiti teadlaskollektiivid, kelle esindajatelt võis oodata teadmiste rikastamist uute faktidega. 99 ettekannet sisaldav programm keskendus adaptatsiooni füsioloogia põhiprobleemide arutelule plenaaristungil ning kolme probleemi käsitlesele sektsioonides: adaptatsioon ja kehaline aktiivsus, adaptatsioon hüppoksiale ja hüperkapniale ning üliõpilaste tervise teaduslikud alused.

N. Agadžanjan (Moskva) tõstis esile sotsiaalselt aspekti nüüdisaegses füsioloogias. See tuleb vajadusest selgitada füsioloogiliste uuringute varal inimese tervise olemust ning seda mõjutavaid tegureid seoses elu- ja tootmistegevusega ning immigratsiooniga uutele aladele. Vahekuks tõenduseks ja argumentatsiooniks postuleeritule oli V. Kaznatšjevi (Novosibirsk) ettekanne, mis üldistas ökofüsioloogilist materjali adaptatsiooni ja tervise vahekorra kohta. Uudisena lisandus küsimus valvekorrarežiimide füsioloogilistest alustest töötamisel polaaringimustes. Adaptatsiooni süvaurimisele viisid ettekanDED valguainevahetusest kiiradaptatsioonil ning kestusadaptatsiooni kujunemisel (A. Viru, Tartu), stressist põhjustatud kahjustustest ning nende vältimise võimalustest (F. Meerson, Moskva), perifeerse vereringe regulatsioonist kiiradaptatsioonil (B. Tkatchenko, Leningrad).

Lihasetalitlusele kohanemise tähtsusest ristuva adaptatsiooni kujunemisel teiste mõjutuste suhtes andis üldistuse N. Jakovlev (Leningrad). Seejuures omistas ta peosa valkude adaptiivsele sünteesile. Peatahelepanu koondus järgnevates ettekannetes lihasetalitluse adaptatsiooni hormonaalmehhanismidele. Tähtsal kohal oli nende hulgas P. Kõrge (Tartu) ettekanne, mis näitas energiakomponendi osa glükokortikoidide molekulaarses toimemehhanismis. T. Seene (Tartu) käsitles iseärasusi müosiinimolekulü koostisosade sünteesimisel ja uuenemisel süstemaatilise lihasetalitluse korral. E. Varrik ja V. Ööpik (Tartu) tõid andmeid lihasevalkude intensiivse uuenemise kohta kehalse pingutuse järgsel taastumisperioodil. O. Imelik (Tartu) analüüsis elektrolüütide eritust higi ja uriiniga ning selle vahekorda nende sisalduse muutustega vereplasmas kehalse töö korral.

Hüppoksia kohanemise käsitlemisel sai tähelepanu keskpunktiks geneetiliselt määratud individuaalne eripära hüppoksia tundlikkuses (V. Bezevski, Kiiev; L. Lukjanova, Moskva), kaasa arvatud hingamise füsioloogilise reaktiivsuse individuaalne eripära (G. Kulikov, Kiiev) ning kriitriumid organismi adaptatsioonis hüppoksia suhtes (D. Rõzakov, Gorki; A. Lupandin, Petrozavodsk). Rõhutati molekulaarsel, raku, elundi ja tervikorganismi tasemel tehtud hüppoksiauringute tulemuste sünteesi kliinilist tähtsust.

Üliõpilaste tervise käsitlese kaudu sai adaptatsiooniprobleemide teoreetiline käsitlus vahetu seose tervise kindlustamise praktikaga. Esitati kompleksuuringute tulemusi, kus omavahel seostusid somaatilise ja psüühilise tervise aspektid (E. Sarkisjants, K. Vetškina, N. Dolžanskaja, Moskva). Suurt huvi äratasid S. Tamme (Tallinn) poolt pakutud kriteeriumid üliõpilaste tervise hindamiseks. L. Karu (Tartu) näitas suuremahulise uurimismaterjali varal, et adaptatsiooniprotsesside suunitlus üliõpilaste organismis jaguneb nelja eripära omavaks kogumiks, mis kokkuvõttes määravad tervise ja vastuvõtlikkuse haiguste suhtes. R. Silla (Tallinn) käsitles kehalse aktiivsuse ja tervise vahekorda õppival noorsool.

Frunze sümposiooni programmi kuulus 170 ettekannet. Töö toimus ka sektsioonides, kus käsitleti prognoosimise meetodikat ja kriteeriumide väljatöötamist, organismi seisundite prognoosimist kliinilises füsioloogias ja tööfüsioloogias ning organismi seisundite prognoosimist ning funktsionaalseid reserve sportlastel. Nii põhiettekanDED kui ka sektsioonide töö rikastasid füsioloogiat uute meetodite, faktide ja ideedega küllalt uudes suunas — ette määrata adaptiivsete protsesside kulg ja ulatus eri olukordades, arvestades organismi funktsionaalseid võimalusi. Programmis oli kolm ettekannet meie vabariigi teadlastelt. TRÜ spordimeditsiini kateedri õppejõud A. Lõhmus ja A. Landör käsitlesid ehkardiograafiat sportlase südame funktsionaalreservide hindamisel ja kronokardiogrammi näitajate automatiseeritud hindamist sportlastel. TRÜ spordifüsioloogia kateeder (R. Jalak ja allakirjutanu) pakkus andmeid treeninguefekti prog-

noosimiseks adrenokortikaalaktiivsuse dünaamika põhjal.

Stressialane sümposion Kišinjovis koosnes 26 plenaarettekandest ja 147 stendiettekandest. Selle vormi laialdane kasutamine õigustas end igati ja võimaldas informatsiooni edasiandmist märksa intensiivistada. Stressi on põhjalikult uuritud Moldaavia NSV Teaduste Akadeemia Zooloogia ja Füsioloogia Instituudis. Ülevaate sellest andis F. Furdui.

Uudsenä melanotropiini (B. Melnik, Kišinjov) ning siseelundite paikneva autonoomselt funktsioneeriva metasümpaatilise närvisüsteemi (A. Nozdratšov, Leningrad) adaptiivne tähtsus. E. Korneva (Leningrad) näitas immunoloogiliste reaktsioonide sõltuvust organismi seisundist, mis tingib stressi individuaalse eripära organismi kaitsejõudude aktiveerumises. A. Polenov (Leningrad) pööras tähelepanu parahüpofüsaarsele teele stressi esilekutsumisel. Tema arvates on suur tähtsus hüpotaalamuse neurohormoonide vahetel mõjul perifeersetele endokriinnäärmetele.

Üldiselt võib konstateerida stressi käsitluse ühtlustumist. On saavutatud üksmeel, et see on adaptiivse tähtsusega reaktsioon, mis mittespetsiifiliste muutuste kaudu tagab efektiivsuse spetsiifilistele homöostaatilistele reaktsioonidele. Vaieldavaks on jäänud arvamus, et stressist põhjustatud kahjustused räägivad «füsioloogilise stressi» asendumisest «patoloogilisega». Pigem on sel puhul tegemist hälvetega normaalses stressreaktsioonis: mittevastavus mõjutusele, ebaadekvaatne reaktsioonide kulg ja kestus, regulatsioonihäired. Viimast seisukohta kinnitasid uurimistulemused, et kahjustustele viivad häired lipiidide peroksüdaasetses reaktsioonides puuduvad stressorite lühiajalisel mõjumisel, kuid kujunevad välja pikaajalise kroonilise stressi puhul (V. Mhitarjan, Jerevan).

Uudse aspektina on intensiivselt hakatud uurima põllumajanduslikust tootmisest tuleneva stressi mõju loomadele ja seega ka toodangule (G. Zverjeva jt., Lvov; J. Stirbu jt., Kišinjov). Vaatluse all olid ka emasloomadele mõjuva stressori kajastused loote organismis (V. Mariu, Kišinjov; M. Alijev jt., Bakuu). Meilt oli stendiettekanne kontraktiivalkude degradatsioonist stressis (E. Varrik ja allakirjutanu, Tartu).

Atko Viru

Tuberkuloosialane üleliiduline eesrindlike kogemuste kooli õppus toimus 12...14. septembrini 1984 Tallinnas. Osa võtsid kõikide liiduvabariikide tuberkuloosidisperserite peaarstid. Arutati tuberkuloosi diagnoosimist, ravi ja tsentraliseeritud kontrolli dispanserite üle.

Seminari avas Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Ravi-Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja V. Jänes. NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Tuberkuloosi Keskinstituudi vanemteadur N. Margulis andis ülevaate tuberkuloosi üleliiduliste eksperimentaalbaaside töö kogemustest ja saavutustest.

Ettekande meie vabariigi tuberkuloositõrjest esitas allakirjutanu. Vabariikliku Tuberkuloosidisperseri metoodikakabineti juhataja H. Pullisaar rääkis tsentraliseeritud kontrolli organisatsioonilistest põhimõtetest tuberkuloositõrjes, arstliku keskkonsultatiivkomisjoni tööst andis ülevaate komisjoni esimees, sama asutuse peaarsti asetäitja H. Rohtla.

Tuberkuloosihagete tsentraliseeritud kontrolli rääkisid veel ftisiuroloog S. Lavretsov, oftalmoloog V. Ivanova ja luutuberkuloosiosakonna juhataja R. Levtsenko ning pediaater I. Einas.

Kontrolli aluseks on Vabariiklikus Tuberkuloosidisperseris sisseseatud perfokartoteek, mis hõlmab kõiki aegedas faasis tuberkuloosi põdejaid. Tööst kartoteegiga rääkis osakonnajuhataja V. Harjo. Ajavahemikul 1983...1984 on Rapla rajoonis korraldatud elanikkonna massiline röntgenfluorograafiline läbivaatus. Praeguseks on läbivaatusel käinud 92% täiskasvanud elanikkonnast. Tulemustest tegi kokkuvõtte osakonnajuhataja A. Priimats.

Seminari teisel päeval tutvuti Rapla Rajooni Keskhaigla polikliiniku töötajate ja jaoskonnarstide tööga, kes tegelevad oma ümbruskonna elanike röntgenfluorograafilise uurimise korraldamisega. Käidi ka Kaiu velskripunkti.

Seminari viimasel päeval tutvuti Tallinna Tuberkuloosidisperseri, Öismäe, Tõnismäe ja Lasnamäe polikliiniku tööga.

Andrus Rumm

Eesti NSV Sanitaarteenistuse Keskastme Meditsiinitöötajate Seltsi XXX konverents toimus 17. ja 18. augustil Jõgeval. Osavõtjaid tervitasid EKP Keskkomitee liige, EKP Jõgeva Rajoonikomitee esimene sekretär A. Kütt ja tervishoiu-ministri asetäitja O. Tamm.

Kuulati 21 ettekannet, mis käsitlesid peamiselt nakkushaiguste profülaktikat ja keskkonkaikset. Kuuldust tegi kokkuvõtte ministeeriumi valitsusjuhataja H. Kreek. Paremateks tunnistati Tartu Sanitaar- ja Epidemioloogiaama epidemioloogiabi S. Liivamäe ettekanne leetritesse haigestumisest ja leetritevastases immuniseerimisest Tartus, Tallinna Desinfektsioonijaama epidemioloogiabi V. Kõivu ettekanne «Eosteriili» desinfektsiooniks kasutamise kogemustest ja Narva Sanitaar- ja Epidemioloogiaama epidemioloogiabi T. Pronina ettekanne epideemiavastaste meetmete mõjususe hinnangust aegade soolehaiguste tõrjes koolieelsetes lasteasutustes.

Konverentsil viibisid ka Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiaama peaarst H. Lutsoja, kes kõneles sanitaarteenistuse reorganiseerimisest, ja osakonnajuhataja A. Jõgiste, kes andis ülevaate meie vabariigi epidemioloogilisest olukorrast.

Tutvuti Jõgeva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiaama bakterioloogialaboratooriumi juhataja U. Moori koostatud näitusega, kus olid vaatamiseks pandud ravimtaimed ja kus võis degusteerida ravimtaimedest valmistatud teed. Huvi pakkus ka Palamuse koolmuuseumiga tutvumine.

Elle Alter

Balti liiduvabariikide kõrgkoolide meditsiini-mikrobioloogide nõupidamine toimus 28. ja 30. juunini 1984. aastal Riias, kus Kaunase ja Riia meditsiiniinstituutide ning TRÜ mikrobioloogid vahetasid kogemusi õppe-, teadus- ja kasvatus-töö põhiküsimustes.

Nõupidamisel saadi Läti kolleegidelt kasulikke kogemusi üliõpilaste iseseisva töö korraldamise alalt. Järgimist väärib tava, mille kohaselt üliõpilased peavad eksamil esitama endi poolt iseseisvalt valmistatud preparaate komplekti. Väärtuslik on Riia Meditsiiniinstituudi dermatoloogia ja veneroloogia ning mikrobioloogia kateedri töötajate koostatud metoodiline juhend klamüdiooside laboratoorse diagnoosimise kohta. Leedu kolleegid kõnelesid palju huvitavat mikroobide ravimiresistentsuse määramise tulemuste hindamise kohta. Läti ja Leedu mikrobioloogid huvitusid inimese mikrofloora ja sellesse kuuluvate mikroorganismide bioloogiliste omaduste uurimise metoodikaist, mis on välja töötatud TRÜ-s, meil üliõpilaste praktiliste tööde tarvis koostatud metoodilistest juhenditest, meditsiinilise mikrobioloogia alaste täiendustüklite korraldamisest meie vabariigi bakterioloogidele. Selleks õppeastaks planeeritakse allakirjutanu loenguid Riia Meditsiiniinstituudis.

TRÜ-st viibisid Riias kümme mikrobioloogia kateedri ning ÜMPI mikroobide ökoloogia labori töötajat (S. Laanes, M. Mikelsaar, M. Väljaots, T. Brilene, L. Levkov, E. Tark, E.-M. Laanes, S. Truus, L. Vainola ning allakirjutanu). Järgmine nõupidamine otsustati korraldada 1986. aastal Kaunases.

Akivo Lenzner

Gastrointestinaalse mikroökoloogia alane rahvusvaheline sümposium toimus 24. ja 26. aprillini 1984 Saksa DV-s Potsdamis. Vaatluse all oli neli põhiteemat: gastrointestinaalse mikrofloora regulatsioon ning uued metodoloogilised lähenemisviisid, gastrointestinaalne mikrofloora ja mikroorganism ning gnotobioloogia. Esitati üle 40 uurimuse.

Ettekandeist selgus, et mitmete riikide teadlastel on saanud uurimisandmeid, mis lubavad uudseltselt interpreteerida gastrointestinaalse mikrofloora keerulisi regulatsioonimehhanisme.

Prof. D. C. Savage (USA) põhjendas veenvalt limaskestast rakkudega assotsieerunud mikroorganismide juhtivat osa gastrointestinaalse mikrofloora stabiilsuse ja paljutahuliste funktsioonide tagamisel. Sama küsimust käsitlesid ka prof. T. D. Luckey (USA) ja dotsent A. Stelzner (Saksa DV). Emapiima tähtsust vastsündinu seedekulgla mikrofloorat kujundava ja reguleeriva tegurina rõhutas dotsent F.-K. Grütte (Saksa DV); fruktooligosahhariidide mõjust soole mikrofloorale rääkis prof. T. Mitsuoka (Jaapan) ning ballastainete mõjust dotsent J. Schulze (Saksa DV). Prof. M. Coates (Suurbritannia) arvates on gastrointestinaalse mikrofloora tähtsus seedimises väiksem kui organismi kaitses võõraste mikroorganismide eest.

Dotsent R. Lodinová-Žádníková (Tšehhoslovakkia SV) esitas andmeid ternespiimas leiduvate antikehade peroraalse manustamise efektiivsuse kohta väikelaste soolenakkuste ravis. Prof. D. van der Waaij (Holland) andis ülevaate selektiivsest dekontaminatsioonist kemoprofülaktilikas ja -teraapias. Juttu on valikuliselt patogeensete ja tinglikult patogeensete kombinatsioonide aeroobsete mikroorganismide mahasurumisest kolonisatsiooniresistentsust tagava anaeroobse mikrofloora säätmise taustal. Selleks soovib autor kasutada mitmeid preparaate kombinatsioonide, näiteks nalidiksiinhape ja amfoteritsiin B, polümüksiin ja amfoteritsiin B. Huvi äratas Tšehhoslovakkia SV teadlaste J. Trávníčeki ning L. Mandeli film «Mikroobivaba vastsündinu». Selgus, et raskete immuunsüsteemi defektide korral tehakse rasedail keisrilõige gnotobioloogilises isolaatoris ja siis kasvatatakse üles mikroobivaba laps.

Prof. K. Smirnovi ja N. Lizko (Moskva) ettekanded käsitlesid kosmonautide mikroökoloogiat, prof. I. Kuvajeva rääkis väikelaste toitumisviisi mõjust immuunmehhanismidele, prof. O. Tšahava mikroobivabade katseloomade kasutamise võimalustest seedekulgla mikrofloora uurimisel ning dotsent A. Misautova düsbioosist haavandilise koliidi puhul.

Meie vabariigist oli sümposiumil kolm teadlast. TRÜ ÜMPI mikroobide ökoloogia labori vanemteaduri M. Mikelsaare (kaasautorid M. Türi, H. Lenzner, K. Kolts, R. Kirch, A. Lenzner) üks ettekandeid käsitles gastrointestinaaltrakti seina ja sisaldise mikrofloora vastastikuseid seoseid ning teine erituvate bakteriaalsete metaboliitide diagnostilist tähtsust (kaasautorid A. Tamm, U. Siigur). Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur J. Uibu rääkis nitraate taandavate mikroorganismide esinemisest maomahlas maovähi puhul. Allakirjutanu uurimus selgitas gastrointestinaaltrakti laktofloora kaitsefunktsiooni (kaasautorid H. Lenzner, V. Brilis, T. Brilene, M. Mikelsaar, M. Türi).

Akivo Lenzner

Meie juubilare

Eesti NSV teenelise arsti professor Kadri Grossi juubelipäeval

Kogu meie vabariigi meditsiiniüldsusele tuntud naisteadlane, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri kauaaegne õppejõud ja juhataja arstiteaduse doktor Kadri Gross saab 11. detsembril 1984 60-aastaseks. Auväärne juubilar, Eesti NSV teeneline arst, naiste- ja ka lastearstide suurepärase õpetaja on meie laste ja emade tervise heaks väga palju suutnud teha ning oma arstiväsimatuses neid ka kasvatanud ja õpetanud.

«Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetust palus juubilaril vastata mõnele küsimusele, jagada oma mõtteid meie ajakirja lugejatega.

Arstiteaduskonna üliõpilastest on enamik nais-üliõpilased, samuti meie vabariigi arstkonnast enamik naisarstid. On selline nähtus Teie arvates loomulik või tekitab see muret arstiabi ja arstiteaduse tulevikule mõeldes?

Arstiteaduskond on tõesti feminiseerunud. Tänavu I kursusele vastuvõetud 307 üliõpilasest oli



Fotol prof. K. Gross Tartu Riikliku Ülikooli aulas teadusettekannet esitamas. E. Saki foto.

noormehi vaid 79. Paratamatult tekib arvamus, et selline suhe ei ole optimaalne. Vähemalt pooled peaksid olema meesüliõpilased. Kas on erialasid, kus peaksid töötama ainult mehed? Seda ma ei arva. Kuid siiski, ühed erialad on omasemad naistele, teised meestele. Ei tohi unustada, et kutsetöö kõrval on naistel vaja täita ka bioloogiline programm, seevastu meesarstid saavad enam pühenduda tööle. Rõhutades meesarstide olulisust, nende arvu suurendamise vajadust, ei alahinda ma naisarstide tööd. On ju naised oma ülesannetega hästi toime tulnud. Kui meid ei oleks, kes siis oleks selle töö ära teinud?

Ja ikkagi, milline siis peaks olema see naine, kes on valinud arstikutse, mõistes selle eriala laiust, pidevat muutumist, väga suurt vastutust?

Arsti elukutse valitakse juba tütarlapses. Selle üle, mille alusel valik teostub, on raske otsustada. Arvatavasti tuleneb see soovist haiget inimest aidata. Vaevalt selles eas mõistetakse tulevase elukutse olemust, seda kehalist ja vaimset pinget, mis ees ootab. Kuid tõenäoliselt mõistetakse arsti töö erakordsust. Otsus tütarlapse arstiks sobivuse kohta langetatakse eksamite tulemuste ja iseloomustuse alusel. Need andmed aga on napid. Vajalikud arstiomadused tuleb kujundada õpingute ajal. On muidugi küsitav, kas see meil alati õnnestub. Kõik öeldu kehtib ka noormeeste kohta. On raske anda ideaalse naisarsti mudelit. Esiplaanil peab tal olema tahe omandada teadmisi ja püsiv soov töötada arstina. Niisama tähtsad on ka inimlikud omadused. Igas arstis peab olema soov aidata haiget, mõista tema muret. Ja haige peab tunnetama seda. Raske on, kui arstil puudub suhtlemisoskus. See toob kaasa arusaamatusi nii patsientide kui ka kolleegidega. Äärmiselt tähtis on arvestada kutse-eetikat.

Naisarst peaks olema lihtne, korrektne, otsusekindel, järgima terveid eluviise. See naine peab oma kutsetöö nimel suutma kahju tundmata paljust loobuda.

Milline peaks olema tänapäeva noor naine, mida peaks ta silmas pidama, mida ei tohiks ta

unustada, et olla enda ja perekonna õnne üle otsustaja, et olla terveid lapsi sünnitav ema?

Tänane naine oma õigustes ja kohustustes erineb naisest mõned põlvkonnad tagasi. Kuid läbi aegade on jäänud muutumatuks naise bioloogiline programm. Naine on eelkõige ema, elu järjepidevuse kandja. Naise eneseteostus peaks eelkõige avalduma emaks saamises ja laste kasvatamises. Selline seisukoht on tänapäeva naisele küllalt intrigeeriv ja võib tunduda tema kutsetöö alahindamisena. Nii aga pole see mõeldud. On kahju, kui väärtusorientatsiooni ümberhindamine toimub hilja, eas, kui emaks saada pole enam võimalik. Hool tulevase terve ema eest algab juba tema sünnieelsest eluperioodist, lapseast. Siia kuulub kõik, mille all me mõistame terveid eluviise. Jõuame välja seisukohani — kõik algab kodust! Aga kodu hoidja ja looja on ju naine. Muret tekitav on abielulahutuste sagedus. Kui noorte väärtusorientatsioon on õige, kui õieti mõistetakse elu eesmärki ja perekonna loomist, siis vaevalt küll meie pered nii kergetäoliselt laguneksid.

Kõneldes naisest, tema muutuvast ja muutumatu rollist, ei saa mööda minna naiselikkusest. Naiselikkus peab püsima jääma läbi aegade. Mida mõistame naiselikkuse all? Ma ei oska sellele vastata, kuid tean, et see ei tähenda saamatust. See on midagi seesmist, seletamatut. Kõige paremini tuleb see esile naisel, kes on ema.

Teie eriala on huvitav ja komplitseeritud, kuid ka erakordne ses mõttes, et osa Teie patsiente on väga terved ja rõõmsameelsed. On sellest rõõmu ka Teil endal Teie küllalt murelikus töös?

Sünnitusabi ja günekoloogia eriala on kahtlematult huvitav ning komplitseeritud. Meie teadmised sel erialal on pidevalt ja suuresti täienenud ning täienevad veelgi. Esiplaanile on tõusmas perinataalne meditsiin, endokrinoloogia küsimused sünnitusabis ja günekoloogias, samuti geneetikaprobleemid. Sünnitusabi tegeleb terve noore sünnitaja abistamisega, kes sünnitab alati terve ja elujõulise lapse — sellise mõttega oleme harjunud. Selle poole me ka püüdleme. Nüüdisajal see alati nii ei ole. Perinataalne patoloogia eksisteerib veel paratamatult. Kahjuks mitte kõik tulevased emad pole terved. Mitte iga ema ei hooli küllaldaselt oma lapse tervise kaitsest üsasisel eluperioodil. Küsimuse käsitletus võib tunduda ülemäära lihtsustatud, kuid terve lapse sünnis on tulevase ema ja isa eluviisid määravad. Arvan, et akušööril pole suuremat rõõmu kui terve lapse sünni. Terve lapse nimel, tulevase põlvkonna

tervise nimel on vaja sünnitusabis juurutada kohe kõik uus. Ühtki diagnoosimisaparati, uurimismeetodit ei tohiks hinnalt kalliks pidada. Kogemused on näidanud, et kulutused õigustavad end mitmekordselt.

Mis on praegu tähtsaim Teie töös ja teadusalal, millised on arengusuunad ja vajadused?

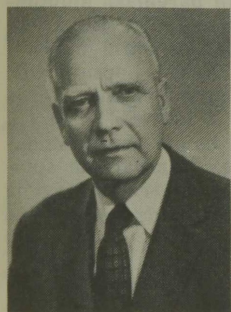
Kateedri teadustöös peame arvestama meie vabariigi tervishoiupraktika vajadusi. Tuleb olla aldis kõigele. Kateedri teadustöö põhiline ja jätkuv teema on ema ja loote organismi elutegevuse uurimine, mis kujutab ühtset ja kompleksset süsteemi. See töö toimub koos ÜMPI teaduritega. On õnnestunud täpsustada platsenta funktsiooni hormonaalsete uuringute alusel, loote seisundit ultrahelidiagnoosimise ja kardiotokograafia abil. Peamine eesmärk on varajase perinataalse patoloogia varajane diagnoosimine. Erilist tähelepanu on pööratud suure riskiga rasedatele. Veel algusjärgus on uuringud, mis käsitlevad loote nakkuse diagnoosimist ja profülaktikat. Oleme kasutusele võtnud prostenooni, preparaadi, mis on valmistatud Teaduste Akadeemia Keemia Instituudis ja mis esialgsete andmete alusel mõjutab sünnitustegevust meile soovitud suunas. Jätkuvad tööd lastegünekoloogia valdkonnas, kus esiplaanil on genitaalinfantilism. Käsitlemist leiavad hüpofüüsi gonadotroopne talitlus, antropomeetria. Täpsustame seda talitlust reproduktiivsel perioodil esinevate menstruaalfunktsiooni häirete korral. Vaatluse all on kilpnäärmehaiged, kuid ka teised haiged. Need uurimised on meie ees avanud täiesti uue ja mõnevõrra ootamatu pildi. Paljudel juhtudel näeme hüpofüüsi gonadotroopse talitluse düsfunktsiooni, mis võib olla erinev, variantiderohke. Arvan, et siin on võti nii mõnegi kõrvalekalde olemuse selgitamiseks.

Samal ajal valmistame ette noori spetsialiste, korraldame akušöörgünekoloogide täienduskursusi. Tulevikuplaanid on vahetult seotud emaduseks ettevalmistuse eriküsimustega, perekonna planeerimisega selle otseses tähenduses. See on suur ja vajalik töö. Siin hakkavad olulist osa etendama meie noored ja võimekad akušöörgünekoloogid.

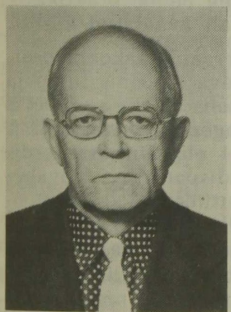
*Juubilarile on küsimused esitanud
Vello Laos*



Eugen Murašev, Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna patoanatomia ja kohtuarstiteaduse kateedri endine kauaaegne dotsent, sai 3. augustil 70-aastaseks. 1934. a. alustas õpinguid Tartu Ülikoolis ning lõpetas need 1941. a. Juba üliõpilasena huvitades kohtumeditisiinist töötas kohtumeditisiin kateedris laborandina, viimastel kursustel aga asendas kateedri assistenti. Üle neljakümne aasta oli juubilär seotud õppetööga patoanatomia ja kohtuarstiteaduse kateedris ning õigusteaduskonnas. Pärast sõda oli E. Murašev ka Tartu tervishoiuosakonna juhataja, polikliiniku ja kiirabi jaama peaarst ning pikki aastaid Tartu Rajoonidevahelise Kohtumeditisiin Ekspertiisi Osakonna juhataja. 1971. a. kaitses ta kandidaadiväitekirja, mis käsitles surmaga lõppenud ajukolju traumajuhte Tartu linna kohtumeditisiin ekspertiisi alusel. Avaldanud üle 30 teadusartikli kohtuarstiteaduse teooria ja praktika alal nii vabariiklikes kui ka üleliidulistes väljaannetes. Hinnatav on sanitaarharidustöö, mida ta on teinud traumade ja mürgituste vältimiseks. Tegevusrohke õppe- ja praktilise töö kõrval on E. Murašev olnud Tartu Linna RSN saadik, ametiühingu kohaliku komitee ning Eesti NSV Kohtuarstide Teadusliku Seltsi juhatusse liige. 1983. a. siirdus E. Murašev pensionile. Juubilari on autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu, Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi ning Eesti NSV Kõrg- ja Keskeriharidusministeeriumi aukirjadega, mitme medali ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga.



Georg Loogna, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kantserogeneesi mehhanismide laboratooriumi juhataja, arstiteaduse kandidaat, sai 20. novembril 70-aastaseks. Pärast Narva ühisgümnaasiumi lõpetamist astus Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, kuid õpingud katkestas Suur Isamaasõda, millest võttis osa Eesti Rahvuskorpuse ridades meditsiiniteenistuse vanemleitnandina. Pärast demobiliseerimist tegutses Moskvas Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadis. Aastail 1944 . . . 1947 oli tema poolt asutatud Riikliku Teadusliku Meditsiini raamatukogu direktor. Seejärel jätkas õpinguid TRÜ arstiteaduskonnas, mille lõpetamise järel 1950. a. oli samas patofüsioloogia kateedri assistendiks. 1951. a. alates käesoleva ajani on töötanud EKMI-s, on olnud teadussekretär, noorem- ning vanemteadur ning viimased 20 aastat laboratooriumijuhataja. 1958. a. kaitses kandidaadiväitekirja, mille teemaks oli tuberkuloosivastaste preparaatide toime organisatsiooniprotsessis maksas; samal katsemudelil selgitas tsütostaatikumide, hemopoeesi stimulaatorite ja ultraviolettkiirguse toimet. Hiljem uuris indutseeritud maksakasvajate morfoloogiat. Viljakas on olnud tema töö meditsiinikirjanduse alal. G. Loogna on avaldanud üle 70 publikatsiooni; ta on 19 väljaande autor või kaasautor; tõlkinud 31 raamatut. Üks aktiivsemaid ühingu «Teadus» lektoreid. 1955. a. alates on olnud NLKP liige. G. Loognat on autasustatud Oktoobrirevolutsiooni ordeniga, mitme aukirja ja medaliga. Kolleegid hindavad juubilari kui energilist, suure töövõimega, alati vastutulelikku ja abivalmis inimest.



Vsevolod Grüntal, Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla organisatsiooni-, meetodika- ja konsultatiivosakonna konsultantpsühhiaater, sai 25. novembril 70-aastaseks. Sündinud Moskvas. 1932. aastal lõpetas Tallinna Vene Gümnaasiumi ning 1941. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Pärast Eesti NSV vabastamist 1944. aastal töötas ta Tartu tervishoiuosakonnas, oli Tartu tervishoiuasutuste taasavamise üks organiseerijaid. 1946. aastal rajati Tartus meie vabariigi esimene psühhiaatriadispanser, mille juhatajaks oli V. Grüntal neli aastat. Ajavahemikul 1950. . . 1959 oli ta Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst ning seejärel peaarsti asetäitja. 1974. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. V. Grüntal on kõrgema kategooria psühhiaater. Ta on palju teinud erialase arstiabi täiustamiseks Tallinnas ning kogu meie vabariigis. Juubilari erihuviks on olnud kohtupsühhiaatria, farmakoloogia ja biokeemilised uurimismeetodid, on tegelnud ka psühhiaatriliste haiguste epidemioloogiaga, avaldanud psühhiaatrilise abi organisatsiooni alaseid artikleid. Juubilari on autasustatud Tööpunalipu ordeniga, nelja medali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning mitme aukirjaga. V. Grüntal on pälvinud kolleegide ning arvu-kate patsientide austuse ja lugupidamise.



Virve Rass, Tallinna Vabariikliku Haigla apteegi juhataja asetäitja, sai 21. septembril 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas meremehe perekonnas. 1943. aastal lõpetas Tallinna 8. gümnaasiumi. Ajavahemikul 1944... 1948 õppis Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas, mille lõpetamise järel asus tööle Apteekide Peavalitsuse Keskapteegi laos kontrolörina, hiljem oli samas arstiriistade osakonna juhataja. 1956. aastast alates on töötanud Tallinna Vabariikliku Haigla apteegis. V. Rass on esimese kategooria proviisor. Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi liige. Kutsetöös on V. Rassi töö- ja täpsusearmastus ning sirgjoonelisus eeskujuks olnud kõikidele kolleegidele. Ta on täitnud korduvalt ühiskondlikke tööülesandeid, pikemat aega teinud ametiühingutööd. Juubilaril meelistegevuseks on olnud reisimine. Kohustundliku ning hea töö eest on Eesti NSV Tervishoiuministerium ja Tallinna Vabariiklik Haigla V. Rassiile korduvalt kiitust avaldanud.



Heljo Preem, kauaaegne Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla endine peaarsti asetäitja, sai 11. oktoobril 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas raudteelase perekonnas. Alg- ja keskkooli lõpetas Tallinnas. Pärast keskkooli lõpetamist asus tööle laborandina Riiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Aastail 1944... 1951 õppis TRÜ arstiteaduskonnas. 1951. a. alates on juubilar töötanud Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas jaoskonnapediaatrina, ftisiaatrina, kardioreumatoloogina, nakkushaiguste kabineti juhatajana, osakonnajuhatajana. Ajavahemikul 1964... 1983 oli peaarsti asetäitja. Praegu töötab kooliarstina. H. Preem on esimese kategooria pediatater. Erksa ja otsiva vaimuga spetsialistina on teinud palju polikliinilise abi paremaks muutmisel Tartus. Juubilar on olnud paljude publikatsioonide — «Tervise ABC», «Lapse tervishoid», «Enneaegne laps», terve lapse dispanseerimise metoodiline juhend, mitme TRÜ õppematerjali — kaasautor. Neist «Lapse tervishoid» on hinnatud üleliidulise II auhinna ja terve lapse dispanseerimise juhend vabariikliku aukirja vääriliseks. Aastail 1965... 1974 oli H. Preem Tartu Linna RSN TK rahvasaadik. Pikka aega oli ta haigla ametiühingukomitee ning Punase Risti algorganisatsiooni esinaine. Juubilar on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja mitme aukirjaga ning teda on premeeritud tuberkuloosi likvideerimisel tehtud töö eest.



Helve Mill, A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku operatsiooniploki juhataja, sai 8. oktoobril 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas teenistuja perekonnas. 1953. aastal lõpetas Tallinna 4. Keskkooli. Ajavahemikul 1953... 1959 õppis TRÜ arstiteaduskonnas. Järgnevatel aastatel oli ta kirurg ja traumatoloog Kunda Haiglas, Rakvere Rajooni Kesksaiglas, Tartu Linna Kliinilises Haiglas ning Paide Rajooni Kesksaiglas. 1965. a. alates on tema töö olnud seotud Tallinna Tõnismäe Haiglagas, kus ta algul oli traumatoloogiks, aastail 1977... 1980 MTULK-i direktori asetäitja ning seejärel kuni tänaseni operatsiooniploki juhataja. H. Mill on esimese kategooria traumatoloog. Oma rikkalikud kogemused on ta omandanud peamiselt A. Seppo kõrval töötades. Ta on tutvustanud uusi ravimeetodeid teaduslikel konverentsidel ning avaldanud sellealaseid publikatsioone. Juubilaril on autasustatud NSV Liidu Rahvamajandusnäituse pronksmedaliga teadussaavutuste ning nende praktikasse rakendamise eest. Hea töö eest on H. Millile korduvalt avaldatud kiitust.



Aino Annus, Vabariikliku Tuberkuloosidisperseri II teraapiaosakonna ordinaator, sai 6. novembril 50-aastaseks. Sündinud Jõgeva rajoonis talupoja perekonnas. Keskkooli omandas Jõgeva Keskkoolis. 1960. a. lõpetas TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel töötas ftisiaatrina Taagepera Vabariiklikus Kopsutuberkuloosisanatooriumis. Aastail 1963... 1964 oli kliinilises ordinatuuris ftisiaatria erialal Vabariiklik Tuberkuloosidisperseris. Ajavahemikul 1966... 1973 oli Sõmera Vabariikliku Kopsutuberkuloosisanatooriumi osakonnajuhataja, 1973... 1979 Maardu Keemiatahase meditsiinilise sanitaarosakonna laboratooriumi ning hiljem teraapiaosakonna juhataja. 1979. aastast alates on töötanud Vabariiklikus Tuberkuloosidisperseris, algul oli jaoskonnaftsiaater, 1980. aastast on olnud praegusel ametikohal. A. Annus on esimese kategooria ftisiaater. Juubilar on võimekas ja erudeeritud ftisiaater-pulmonoloog, hea kolleeg. Aastaid olnud disperseri ametiühingukomitee liige, rahvakohtu kaasistuja. A. Annuse hea töö on pärvinud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja Eesti NSV Tervishoiuministeriumi aukirja.

Kriitika ja biblio- graafia

UDK 616.091(092)Albert Valdes

Albert Valdese publikatsioone

Viiu Sillastu · Tartu

Albert Valdes, meditsiinikirjandus, arstiteaduse ajalugu

Oma 87 eluaastast 50 pühendas Albert Valdes aktiivsele loometööle. Paljud teda huvitanud küsimused on avaldamist leidnud trükisõnas. Vaadeldes A. Valdese publikatsioone, torkab silma probleemide mitmekesisus, mis on tingitud tema mitmekülgisusest. Ta oli patoloog, pedagoog, meditsiiniajaloolane, teaduse populariseerija, oskuskeele arendaja. Kõikidel nendel aladel on A. Valdeselt ilmunud töid.

Patoanoomiaalsed tööd. A. Valdes alustas teadustööd III kursuse üliõpilasena (1911. a.): valmis eksperimentaalne võistlustöö «Изменения в тканях животного организма при впрыскивании сальварсана (606)», mille eest Tartu Ülikooli poolt määrati talle kuldauraha. Töö oli valminud patoanoomia kateedri juhataja prof. V. Afanasjevi käe all. Tema juures töötas A. Valdes 1920. aastani. Kuigi eksperimentaalset laadi töid tal sel ajal trükist ei ilmunud, tuleb seda pidada ettevalmistusperioodiks iseseisvale teadustööle.

Üliõpilasena alustatud teadustöö suund sai A. Valdesele määravaks kogu edasises tegevuses. Kõik olulisemad eri-

alapublikatsioonid on eksperimentaalsed, seotud ainevahetusprotsesside uurimisega. 1922. a. valmis doktoriväitekirja «Glükogeeni hulka vähendavate tegurite mõju üle südame spetsiifilise lihassüsteemi glükogeeni peale», mis oli esimene eestikeelne doktoritöö. See on trükitud täielikult «Acta et Commentationes Universitatis Dorpatensis», A IV, 2, 1922. Kokkuvõtte väitekirja sisust ja diskussioonist avalikul kaitsmisel on avaldatud ajakirjas «Eesti Arst» (1922, 12). Autoril oli ülesandeks selgitada mitmesugustel katseloomadel nälgimise, ülekuumenemise, külmetamise ja adrenaliini mõju südame spetsiifilisesse lihassüsteemisse ja võrdlevalt uurida muutusi glükogeenisalduses südamelihases, maksas ja vöötlihases. Selgus, et need tegurid toimivad erinevalt: külmetamine ja adrenaliin südame glükogeenisaldust ei mõjuta, nälgimise tagajärjel võib glükogeeni hulk südamelihases küll väheneda, kuid ei kao täielikult, nagu seda juhtub maksa ja vöötlihase puhul.

Aastatel 1922... 1929 oli A. Valdese uurimistöö eesmärk selgitada eksperimentaalselt glükoosisüstide mõju elundite glükogeenisaldusele. Glükoosisüstimine võib põhjustada glükogeeni rohkenemist elundites. Glükoos võib ka loomade elu nälgimisperioodil tunduvalt pikendada ja agoonias loomi mõneks ajaks elustada. Katse tulemused on avaldatud ajakirjades «Eesti Arst» (1926, 12; 1928, lisa) ja «Virchows Archiv» (1929, H.2).

Järgneva paarikümne aasta vältel A. Valdeselt eksperimentaaltöid ei ilmunud, kuid kõrvuti uurimistööga on A. Valdes juba üliõpilasaastatest alates avaldanud mitmeid harva esinevate või praktilist tähtsust omavate lahagu- ja haigusjuhtude patomorfoloogilisi kirjeldusi. Neist esimene, antropomeetiline uurimus, valmis juba II kursusel, trükist ilmus see 1912. aastal. Sellele järgnesid tööd endoteliomist, hüdronefroosist, pseudohermafroditismist, hüpernefroomist, akonitiinmürgitusest, nahatuberkuloosi ja kartsinoomi diferentsiaaldiagnoosimisest. Enamik

on ilmunud ajakirjas «Eesti Arst», üks artikkel ajakirjas «Frankfurter Zeitschrift für Pathologie» (1929, Bd. 37). Praktilise väärtusega on «Eesti Arsti» lisana 1933. a. trükitud «Kliiniline ja patoloogilis-histoloogiline diagnoos». Töös selgitatakse histoloogilise uuringu vajalikkust kliinilisel diagnoosimisel.

Uus periood eksperimentaalses uurimistöös algas 1940-ndate aastate lõpul. Põhiliseks uurimissuunaks oli düstroofiliste protsesside, eriti rasvdüstroofia tekkepõhjuste selgitamine. Kui oma esimeses eksperimentaaltöös — võistlustöös — oli eesmärk arseeni sisaldava preparaadi salvarsaani organotroopsuse selgitamine, siis nüüd kasutatakse arseeni ja muid mürke kui kindlat vahendit rasvdüstroofia esilekutsumiseks parenhümatoomsetes elundites, ühtlasi selgitatakse düstroofia tekke intensiivsust mõjutavaid tegureid. Uuritakse vaegtoitumuse ja nälgimise osa rasvdüstroofia sügenemisel, samuti glükoosisüstide soodsat toimet. Hiljem, seoses ajastu üldise suunaga, tehakse katseid, et uurida kesknärvisüsteemi kahjustuse osa düstroofiliste protsesside arengus. Selle kõige tulemusena ilmusid artiklid keskajakirjades «Архив патологии» (1951, 1952, 1954). 1958. a. ilmus samas ajakirjas A. Valdesel viimane erialane teadustöö «О сходстве морфологических проявлений и об общих условиях возникновения ожирения клеток паренхиматозных органов при различных экспериментальных условиях», mis on üldistus tema enda ja ta õpilaste töödest.

1940-ndate aastate lõpust kateedris tehtavate eksperimentaaluurimuste üks teemasid oli maksa nekrootilise koe organisatsiooniprotsessi uurimine mitmesuguste mõjutuste korral. A. Valdes oli nende tööde juhendaja, kuid taolisi eksperimente ta ise otseselt ei teinud. Küll aga esitas ta patoanatomide üleliidulisel konverentsil 1954. a. kateedris tehtud eksperimentaaluurimiste kokkuvõtteid nii organisatsiooniprotsessi kui ka düstroofiliste muutuste tekke kohta. Ettekanne ilmus kogumikus «Труды Всесоюзной конференции патолого-

анатомов 4—9 июля 1954 г. Ленинград». М., 1956.

Õppemetoodilised tööd. A. Valdesele oli alati südamelähedane õppemetoodiline töö, samuti kutse-eeetika küsimused. Rohkem on ta neid probleeme puudutanud õppemetoodilistel nõupidamistel ja koosolekutel. Nende ettekannete käsikirjad on säilinud. Vähem on sel alal töid trükitud avaldatud. 1930. a. ilmus «Eesti Arstis» lühiartikkel üliõpilaste tervisliku seisundi kohta. A. Valdes mainib, et üliõpilaste tervislik seisund on vilets. Ta leiab, et ülikooli sisseastujate tervist tuleks kontrollida. Ta peab vajalikuks selgitada ülikooliaastate mõju kehalisele arengule ja tema arvates peaks kehaline kasvatus ülikoolis sunduslik olema. Õppemetoodilistest trükitest kaalukam on 1945. a. ilmunud «Metoodilisi juhendeid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilastele». Selles käsitletakse kolme küsimust: õpingud, kirjanduse käsitlemine, teaduslik töö.

Käsikirjadena säilinud õppemetoodilised tööd puudutavad loengute ülesehitust ja nende osa õppetöös, individuaalse töö tähtsust, kontrolltööde osa õppeprotsessis. Nii võib leida ühest käsikirjast: «Kui kellelgi üliõpilasel ei ole kutsumust selle ala vastu, mida ta tuli omandama ülikoolis, siis puuduvad temal ka stimulatsioonid enda kasvatamiseks ja sellest sugenevad distsipliinirikumised ja mahajäämused õppeedukuses. Ei aita siin noomimised, ei tagant tõukamised ega eestvedamised, kui inimesed ise ei tunneta oma enda isiksuse väärtust». Töös «Mõtlemiseks eksameiks» antakse asjalikke nõuandeid tudengile, tuuakse ka humoorikaid näiteid eksamite kohta ja vanasõnade parafraase eksameiks. Siit mõningad näited: 1. september on noore üliõpilase esimene külvipäev teadusenurmel; eksamirege valmistada sügisel lumiseks eksamihooajaks talvel jaksamivankrit talvel lumetaksamihooajaks kevadel; kes narrib teaduspõllu harimist üks kord, seda harimata teaduspõld narrib eksameil üheksa korda.

Meditsiini- ja kultuuriajaloolised tööd. Trükisõnas on kajastamist leidnud mitmed probleemid, on antud hinnang ühe või teise teadlase tegevuse kohta, kirjutatud mälestuskilde. Lisaks publikatsioonidele on selleski lõigus mitmeid huvipakkuvaid käsikirjalisi töid, enamik ette kantud ühel või teisel juubelil.

A. Valdeselt on ilmunud mitmeid kirjutisi oma õpetaja prof. V. Afanasjevi kohta. Ajakirjas «Eesti Arst» on kirjutis V. Afanasjevi 40-aastase teadusliku tegevuse puhul (1924. a.) ja 80. sünnipäevaks (1939. a.). Ettekandega prof. V. Afanasjevi teadusliku uurimistöö koolkonnast esines A. Valdes TRÜ teaduslikul sessioonil 1948. a. ja ettekandega «Prof. V. A. Afanasjevi tegevusest Tartus» Tartu Patoanoomide Seltsis 1959. a., tema 100. sünniaasta-päeva koosolekul.

«Eesti Arstis» on ilmunud veel kirjutis «Rauberi austamine tema lahkumise puhul akadeemilisest tööst», mis põhineb A. Valdese enda mälestustel. Prof. Henrik Koppeli 80. sünnipäevaks pühendatud «Eesti Arsti» numbris ilmus kaks kirjutist A. Valdeselt, üks H. Koppeli eluloost, teine «Professor Henrik Koppel pioneerina arstiteaduse alal Eestis». Käsikirjadena on säilinud «Mälestusi prof. N. N. Burdenkost» ja «Mõnda N. I. Pirogovi elust ja mälestuse jäädvustamisest Tartus».

A. Valdeselt pärineb ka nekroloog Tartu Ülikooli arstiteaduskonna esimese audoktori, I Eesti arstide kongressist osavõtnud Soome füsioloogi Robert Tigerstedti kohta («Loodus», 1924, 1).

Mitmed kirjutised puudutavad arstiteaduse ja meditsiinkirjanduse arengemist Eestis. Enamasti on need ilmunud «Eesti Arstis» (1929, 12; 1938, 2 ja 8). Artiklis «Eesti meditsiinilis-kirjandusliku kultuuri arenemisest» on põhjalikult analüüsitud seni ilmunud eestikeelseid trükiseid ja perioodikat («Tervis», «Eesti Arst»). On ära toodud ka ülesanded meditsiinilis-kirjandusliku kultuuri alal. Muuseas on märgitud: «...meil on palju kolleege, kellede tööala juhib nende kätte väärtuslikke andmeid ühe või teise meie arstiteadus-

liku või tervishoiulise küsimuse lahendamiseks, kuid kõik see jääb surnuks, sest kolleegidel on raske neid kirja panna». Ja nii on see paraku mõnikord ka praegu. Samas ta jätkab: «Rahvusvaheline hinnang meie meditsiinilisele kultuurile ei sõltu mitte ainult sellest, mis määral meie autorid avaldavad oma töid välismaa ajakirjades. See on iseenesest väga vajalik, kuid tunnustav hinnang tuleb ikkagi sellest, mis me oleme oma kodus jõudnud elujõuliseks ning lakkamatult edasikulgevaks organiseerida». Artikli lõpetab ta sõnadega: «Meil on vaja hoolega püüda, et meditsiinilis-kirjandusliku kultuuri kandjaks oleks võimalikult rohke osa meie arstikonnast».

A. Valdeselt pärineb ka kirjutis «Esimene eestikeelne arstiteaduslik koosolek Tartus» («Eesti Arst», 1937, 2). Et kogu protokolliline materjal koosoleku kohta on hävinud, siis on artiklil ajalooline väärtus. On trükitud kutse, kust saame teada teema ja koosoleku toimumise aja (8. juunil 1918).

TRÜ taasavamise 150. aastapäevaks (1952) valmis venekeelne meditsiiniajaloolane uurimus patoanatomia arengust TRÜ arstiteaduskonnas. Töö trükkis ilmunud ei ole, kuid käsikiri (29 lk.) on säilinud.

Populaarteaduslikud tööd. Populaarteaduslikke publikatsioone on A. Valdeselt rohkelt. Enamik neid ilmus ajakirjas «Tervis», kuid neid on avaldatud ka ajakirjades «Agu» ja «Loodus». Meditsiinkirjutiste arv «Eesti entsüklopeedias» ulatub mitmesajani.

Oma populaarteaduslike tööde kohta on ta kirjutanud: «Populaarteaduslikud tööd suurel määral taotleavad uute eestikeelsete meditsiiniliste terminite, aga ka oskuskeelsete väljenduste juurutamist kirja- ja kõnekeelde». Ei tahaks siinkohal töid lähemalt analüüsima hakata, tooksin vaid mõningaid hinnanguid, mis on A. Valdese populaarteaduslike tööde kohta antud.

1930. a. A. Valdese professoriks valimise puhul tuli anda hinnang kõigi tema tööde kohta. Populaarteaduslikke töid iseloomustasid H. Koppel ja H. Kull

järgmiselt: «Keikides populaararstiteaduslistes töödes käsitatakse aineid patoloogia alalt, nagu juba pealkirjad näitavad. Näiteks «Mädanemine ja roiskumine»; «Põletik bioloogilise probleemina»; «Song»; ... «Kasvajatest»; ... «Verest ja verehaigustest»; «Südameriketest» jne. ... Keik need tööd annavad tunnistust autori suurest osavusest üksikute mõistete seletamisel, kui ka aine ülevaatlikul käsitamisel. Antava pildi iseäranis selgelt silmade ette kujutamiseks aitavad veel mõjuvalt kaasa töödele juurelisatud rohkearvulised joonised, mida autor ise valmistanud... autor on ka keelelise väljatöötamise peale suurt rõhku pannud, tarvitusele võttes neis oma poolt soovitatud oskussõnu. Igale, kellel arstiteadusliste ainete üle seletusi anda ehk kirjutada tuleb, osutub nende dr. Valdese töödega tutvumine väga kasulikuks».

A. Valdese 50. sünnipäeva puhul kirjutati «Tervises» (1934): ««Tervise» lugejaile on prof. Valdes eriti tuntud. Tema kirjutistes leidub ainult praktiliselt tähtsaid näpunäiteid selgelt ja lühidalt, selgitavate joonistega temalt enest».

Omaette brošüür on «Meie perekonnakultuurist» (1938). Eelkõige leiab siin käsitlust alkoholism ja selle halvav mõju harmoonilise perekonna kujunemisele. Autor ütleb: «See on õige perekonnakultuur, kus perekonnaliikmed kuuluvad hingeliselt kokku, kus nad saavad sõpradeks, kus lapsed võivad kasvada täisväärtusega inimesteks, nii et vanematel sellest on hea meel, kus perekonnas algatatud eluväärtused kanduvad põlvest põlve edasi. Seda ei ole tarvis mitte üksi meile endile, vaid kogu ühiskonnale ja riigile».

Meditsiinioskuskeelealased tööd. A. Valdese osa eesti meditsiinioskuskeele arendamisel on allakirjutanu varem käsitletud (Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 1). See tööriik on püsivaima väärtusega A. Valdese loomingus.

Esimene kaalukam hinnang A. Valdese oskuskeelt puudutavate tööde kohta on toodud koos populaarteaduslike tööde hinnanguga H. Koppeli ja H. Kulli

poolt 1930. a. A. Valdese professoriks valimisel. Tuues andmeid A. Valdese tegevuse kohta ajakirja «Eesti Arst» toimetajana, nad märgivad: «Tema hooleks on algusest peale selle ajakirja keelelise ühtluse eest hoolitsemine olnud. Tahes-tahtmata on temal selle juures puuduvate oskussõnade leidmisele või loomisele tulnud asuda. Kui palju vaeva sarnane leidmine ja loomine sünnitab, on teada. Peale «Kogu eestikeelseid arstiteaduslisi oskussõnu» üldpatoloogia ja üldise iseloomuga, mis Dr. Valdes 1924. a. ühes keeleteadlase J. Veski'ga väljaandis, on järgnevad tööd seda kogu üksikutel erialadel laiendanud ja täiendanud. Dr. Valdes'e poolt leitud ja loodud oskussõnu tuleb väga õnnestunuteks lugeda. Meie keik, kellel arstiteaduse alal õpetada või kirjutada tuleb, teame kui hädatarvilikud meile need oskussõnade kogud on. Mis Dr. Valdes'e oskussõnade kogule iseäranis väärtuse annab, on asjaolu, et tema mitte ainult sõnu ei esita, vaid neile ka tarvilised seletused ja täpsed mõisted määramisel juurde lisab».

Ja lõpuks, 11 aastat pärast A. Valdese surma nägi trükivalgust tema elutöö — «Ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamat». A. Valdes on brošüüris «Metoodilisi juhendeid Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilastele» kirjutanud: «Arstiteaduse üliõpilase tööalal peab endastmõistetava töövahendina olema vähemalt üks meditsiiniline sõnaraamat, mille varal saab ta kiiresti orienteeruda oskussõnade õigesti tarvitamises või tutvuda uute oskussõnade tähendusega». Nendes küsimustes peaks mitte ainult arstiteaduse üliõpilast, vaid ka iga arsti suuresti aitama Valdese-Veski sõnaraamat.

Käesolev artikkel ei ole ammandav töö Albert Valdese publikatsioonide kohta. Näiteks täiesti märkimata on ajaleheartiklid. Seoses A. Valdese juubeliga ilmub TRÜ toimetiste erinumber, kus on toodud temaatiliselt süstematiseeritult kõik «Eesti Arstis» avaldatud A. Valdese tööd.

TRÜ arstiteaduskonna patoanatomia ja kohtuarstiteaduse kateeder

UDK 61(038) = 71 = 945.45 = 82

A. Valdese ja J. V. Veski «Ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamat» kahes köites

Vello Laos · Tallinn

*Keelt on vaja seada ning arendada —
täpsemaks, tõhusamaks, süsteemsemaks
ja nõtkemaks.*

Ester Kindlam

Juba teist aastat on meie töölaual professor A. Valdese ja akadeemik J. V. Veski kaheköiteline «Ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamat», mis oli valminud enam kui neli aastakümnet kestnud koostöö tulemusena, kuid mille lõpetamine ajakohase ning tänapäeval kasutuskõlbliku sõnaraamatuna jäi teadustoimetajate prof. P. Alvre ning dotsent V. Sillastu ülesandeks ja hooleks. Need kaks köidet on meil iga päev käeulatuses, ühtlasi mõistame seda, kui palju raskusi kaasatoov oli toimetamistöö ilma selle sõnaraamatuta.

Ilusasti kujundatud sõnaraamatu kaks köidet sisaldavad 30000 märksõnaoskussõna ladina-eesti-vene sõnastikuna. On toodud ladina- ja muukeelsete oskussõnade rõhk ning hääldus, ka andmeid oskussõnade tuletamise ja päritolu kohta. On tutvustatud kreeka keelest pärinevaid oskussõnu, nende hääldust ja transkriptsiooni, rõhkude asetust.

Omaette peatüki moodustab ladina keele grammatika, milles käsitatakse hääliku-, vormi- ja tuletusõpetust. 22 leheküljel on ladina väljendeid, mõteteri, vanasõnu, kõnekäande. Ja II köite lõpus on esitatud 300 leheküljel eesti-ladina ja vene-ladina sõnastik, millest esimene on omamoodi soovitatavate omaterminite loetelu ladinakeelsete vastetega, teine sõnastik teeb sõnaraamatu mõistetavaks vene arstidele ladinakeelsete terminite õppimisel.

On selge, et A. Valdese ja J. V. Veski meditsiinisõnaraamatu ilmumisega muutus sihipärasemaks ja selgepiiril-

semaks ning lihtsamaks meditsiiniterminoloogiaalane töö. Sõnaraamat on suurepärase ja süsteemipärase eeskujud — on kindel alus edasisele terminoloogiatoole, mis seni on kandnud teatavat juhuslikkuse pitsert. Mis aga on silmanähtav — sõnaraamatust on suur abi igale arstile, meditsiinitöötajale, igale toimetajale, eriti aga meditsiiniperioodika ja -kirjanduse toimetajaile, terminoloogiaga tegelevatest inimestest rääkimata.

A. Valdese ja J. V. Veski meditsiiniterminoloogia voorustest on olnud võimalik lugeda paljudes kirjutistes (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31). Korduvalt on A. Valdese ja J. V. Veski ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamatu avaldamise vajadust arutatud «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuskolleegiumi koosolekul. On olnud ka teistsuguseid mõtteavaldusi ja arutelusid. On rõhutatud küll selle kapitaalsete teoste väljaandmise vajadust

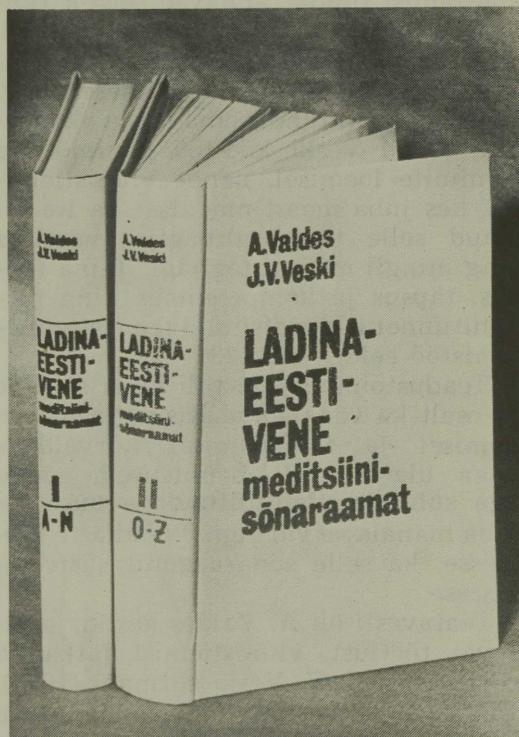


Foto 1. A. Valdese ja J. V. Veski kaheköiteline «Ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamat» sisaldab enam kui 30 000 meditsiiniterminit 1408 leheküljel. G. Vaidla foto.

(16), kuid niisugusel kujul, nagu olid ta esitanud koostajad (!). Oli väga hea, et teadustoimetajad prof. P. Alvre ja dotsent V. Sillastu ei nõustunud käsikirja sellise trükkiandmise variandiga.

Prof. P. Alvre oli sobivaim teadustoimetaja antiikkeelte tundmise tõttu, tema soome-ugri keelte alane laiahaardeline uurimistöö haakus tihedalt eesti-keelsete terminite moodustamise printsiipide rakendamisega. Ka on ta süvenenud meie kirjakeele sõnade muutmise ja sõnatuletuse probleemidesse, ta on terminiloomega tegelev teadlane, kes kõik oma keeleteooriad ja -probleemid on põhjalikult läbi mõelnud ning selgelt esitanud trükisõnas (1, 2). Mõistes ja tunnetades termini täpsust, oli ta suuteline Valdese-Veski meditsiinisõnaraamatut toimetama, seda täiendama ja lõpetama ning kasutuskõlblikuks vormima. Ka juba varem oli prof. P. Alvre pedagoogina tegelnud meditsiiniterminoloogiaga. Sellest, et ta sõnaraamatute koostamist tundis, annavad selgelt tunnistust mitmed tema publikatsioonid.

Teine sobiv teadustoimetaja oli dotsent V. Sillastu, prof. A. Valdese tütar, kes väga hästi tundis oma isa ja akadeemik J. V. Veski koostöö põhimõtteid terminite loomisel, nende viimistlemisel, kes juba maast-madalast ka ise oli olnud selle töö pealtnägija, vaateleja ning mingil määral tegijagi. Tema tööks, täpsus ja kompetentsus ning terminitunnetuslik vaist olid tegusa toimetamistöö eeldusteks (23).

Teadustoimetajatel tuli kaua seisnud ja osalt ka vananenud käsikirja parandamisel ja täiendamisel kõrvaldada väga ulatuslikud ebaühtsused, samas aga suhtuda pieteeditundega autorite, juba manalasse varisenud teadlaste elutõesse, ka selle sõnaraamatu süsteemsusse.

Teatavasti oli A. Valdes käsikirja pidevat töötlust, viimistlemist jätkanud veel pärast J. V. Veski surmaga (1968). Töö aga katkestas tema enda surm (1971). Sõnaraamatu käsikirja osade valmimine pika aja jooksul ja eri aegadel jättis endast jäljed tingituna nii õigekeelsusnormide kui ka autorite endi

seisukohtade pidevast muutumisest, koostamise tehnilisest ebaühtlusest ning mitut laadi ebatäpsustest, ka vigadest (24, 25). Võrreldes rahvusvahelise kandepinnaga paljukeelsete sõnaraamatutega, oli käsikirjas vananenud ja ka väärtõlgetega termineid ning ühtlustamata sünonüüme, kusjuures suur hulk uuemast terminoloogiast puudus. Kohati ei olnud sammu peetud muudatustega ladinakeelses kirja-pildis. Mõistagi puudusid käsikirjas hilisemad rahvusvaheliste anatoomianomenklatuuride muudatused (New York, Wiesbaden, Leningrad). Seega tuli eespool toodud puuduste süsteemipäraseks kõrvaldamiseks teha olulisi parandusi ja täiendusi.

Peale otsese sõnastikuosa olid autorid kavandanud raamatu algusesse mitmeid alapeatükke, lõppu aga peatükid kreeka-keelseist termineist, ladina keele grammatikast, sententsidest ning veel eesti- ja venekeelsete oskussõnade registrid. Paljud nimetatud osad olid jäänud tegemata, kuigi need olid sisukorras olemas. Seega tuli teadustoimetajatel puuduvad osad juurde kirjutada ja koostada. Seejuures peeti otstarbekaks asendada kavandatud registrid eesti-ladina ja vene-ladina sõnastikega, nii nagu on toimitud välismaal ilmunud meditsiinisõnaraamatutes. Peeti vajalikuks sõnaraamatu kasutuskõlblikuks tegemist ka vene keelt rääkivale lugejaskonnale, see tõi endaga kaasa kogu teksti andmist ka vene keeles.

Samuti oli vajadus täiendada kirjan-duse loetelu uuemate allikmaterjalidega, millele tuli toetuda käsikirja toimetamisel. Nii ongi lisatud ligi 30 uue-mat teost, mis algoetelus puudusid. Olulisi parandusi ja täiendusi tuli teha ka käändsõnade nummerdatud tüübistikuks, seejuures nii tüüpsõnade ümberpaigutusi kui ka mitmete asendamist uute, paremate ja üldtuntumatega.

Tingimata oli vaja anda paralleeltermi-nid ka eesti ja vene keeles, seda kõike süsteemsuse pärast. Tuli lisada ka võõr-sõnalisi vasteid, sest tänapäeva keele-pruuk, eriti teaduses, eelistab neid sa-geli omakeelseile. Toimetamisel oligi

ulatuslikuks tööks kõrvaldada eesti- ja ladinakeelsete paralleelvormide juhuslik kasutamine, seega tuli täiendada ning lisada need sinna, kus nad pidid olema tingimata kõrvuti. Seda kõike nõudis ka sõnaraamatu süsteem. Samuti eestikeelsete terminite osas oli vaja vananenud terminid välja jätta, seejuures valikut põhjalikult kaaludes, ning teha korrektiivid, küll aga autorite keelepruuki respektides.

Ulatuslik oli teadustoimetajate töö sõnarõhkude kontrollimisel, uute rõhumärkide asetamisel, mis nõuab äärmist kompetentsust rõhureglite tundmises. Suurt tähelepanu nõudis ka kreeka sõnade ladina keelde transkribeerimine. Kui vokaali pikkus on jäänud õigesti märkimata, tuleneb sellest paratamatult rõhuvigu. Rõhuvigade ülesleidmiseks tuli toimetajail tihti abiks võtta kreeka keele sõnaraamat.

Ka sünonüümide kasutuses oli olulisi lünki. Täpsust taotledes tuli teadustoimetajail need leida, neid täiendada.

Teadustoimetajad prof. P. Alvre ja dotsent V. Sillastu on kaotanud märksõnade tükeldatuse ning paigutanud neile rõhumärgid. Lisatud on termineid ning viidud (visandlikkuse astmele jäänud) tõlkevasted süsteemi. Koos toimetajapoolsete lisandustega paisus meditsiinisõnaraamatu käsikiri märkimisväärselt suuremaks.

On meeldiv, et neid terminiloomise ja -tuletuse põhimõtteid ning seisukohti, mida silmas pidades teadustoimetajad täiendasid ja lõpetasid Valdese-Veski sõnaraamatu käsikirja, on varem ja hiljem korduvalt kinnitanud meie nimekad terminoloogid ja keeletundjad.

Oskuskeeles kasutatavate sünonüümide tähendusvarjundite ja tekkepõhjuste mõistmiseks on tihti kasulik vaadelda sõnu nende ajaloolises arengus (19). Omaterminitena fikseerunud sõnad peaksid olema selged ja võõrterminite kõrval edukalt kasutatavad. See on vajalik nii stiili huvides kui ka oskuskeeles huvides üldse. Ajaproovile ei pea vastu kaugelgi kõik oskussõnad (20). Täiesti ekslik on kujutus, nagu ei tohiks oskuskeeles mingisuguseid sünonüüme

olla. Keele ja mõtlemise selguse huvides tuleb sünonüümsust kaitsta ja säilitada. Sünonüümid on mingis ulatuses vältimatud. Ja teatavates põhjendatud piirides on nende olemasolu positiivne nähtus (20, 26). Terminoloogid ei tohi oma rangust üle kanda oskuskeelekorraldusse, see aga on eriti kerge tulema, kui ei tunta või tunnustata kirjakeele funktsionaalset diferentseerumist. Terminoloogiaga tegelevad teiste alade eriteadlased peaksid seega paremini kuuletuma keeleinimeste soovitusetele (6).

Eesti oskuskeeleõpetuses ei ole veel jõutud terminivariantide hindamise kriteeriumide väljatöötamiseni, ent juba üsna lähedale sellele viib R. Kulli ja H. Saari õpetus lubatud või koguni soovitatavast sünonüümiast oskuskeeles (6, 14). Oskuskeeles hea stiili huvides on vaja nii terminite täis- kui ka lühivariante. Reaalsustundest ja eesti oskuskeeles tegelike vajaduste tundmisest jääb aga kõvasti puudu sellel, kes asub välja rookima mis tahes võõrsõnu. Tunnus *oma/võõras* ei saa olla termini heakskiitmise või hukkamõistmise aluseks (6). Terminimoodustuses on tähtis pidada silmas lühemust, kompaktsust ja ratsionaalsust. Eesti sõnatuletus ja sõnaliitmine on keerukad keelemehhanismid, just tuletuses on vaja teadlikku suunamist ning kuuletumist keeletundjate nõuannetele (14, 15).

Terministandardi, s. o. rangeima oskussõnastiku, eesmärk on fikseerida ja levitada sobivaid keelepäraseid termineid ning kõrvaldada ebasoovitavaid. Viimased on kas standardist päris välja jäetud või — mis veel parem — teadmiseks ära toodud, ent seejuures tähistatud eri märgiga. Isegi terministandardis võivad kõrvuti seista kas omatermin ja võõrtermin, või põhitermin ja igapäevavariant, või ka põhitermin ja kontekstuaalne variant, sest «ühe termini» all tuleb siiski mõista terminit koos tema lubatavate variantidega. Standardki saab tunnustada keeleliselt võrdväärseid variante: kaht korrektset tuletist, sõnaühendit ja liitsõna, täis- ja lühitüvelist liitumist (7).



Foto 4. Teadustoimetajad prof. P. Alvre ja dotsent V. Sillastu. V. Kutsari foto.

Keelekorraldusliku tänase tegevuse suhtelise tagasimineku peapõhjus on ilmsed taktikavead, s. o. alaline **õige** ja **vale** vastandamine, mis keelartvitajale ülekohtuselt jäigana tundub. See on kaasa toonud omalaadse terminiloiduse ning pinnapealse terminitegemise (18). Oma koht on siin ka sellel, mida nime-tame autoritaarsuseks ja mis avaldub jäiga korra nõudmises keelelt. Autoritaarse mõtlemise viga on aga see, et ta mõistab korda lihtsustatult ning ei näe ega mõista keerulisemat, iseorganiseerivat korda keeles (11).

Eesti oskuskeele arendamisel on kõik keele struktuuri seisukohalt korrapäraseid tuletised õiged ning pole olulinegi, kas ja kus neid varem on produtseeritud. Kõrvaline on seegi, kas nad sisalduvad ÕS-is ja mõnes oskussõnastikus või mitte (6). Kuid teatavaks tegemata eeskiri ei saa olla keelekorralduslik, nagu ei saa terminoloogiakomisjoni publitseerimata otsused olla terminikorralduseks (17).

Tänases meditsiiniterminoloogiaalases töös oleks nii mõnelgi õppida terminiloome nestorilt manalamehelt prof. A. Valdeselt nii järjekindlust ja kannatlikkust kui ka terminoloogiasse süvenemist ning takti (4).

Eesti NSV teeneline teadlane prof. J. Tehver ütles 25. mail 1984 Tartus toimunud meditsiiniterminoloogia komisjoni koosolekul välja meeldejääva mõtte: «Valdese-Veski sõnaraamatul on erakordne väärtus, osa sõnaraamatu kasutajaist mõistab seda alles hiljem.

Teadustoimetajate P. Alvre ja V. Sillastu töö sõnaraamatu lõpetamisel, just nii see tegelikult oligi, oli tohutu. See lubab rääkida neist kui kaasautoreist. Sellist tööd suudavad teha vaid erakordselt töökad ja suure eruditsiooniga inimesed. Meie meditsiiniterminoloogia on rõõmustavalt heal järjel. Valdese-Veski sõnaraamatus on antud õige kasutusmoodus, selged tuletuspõhimõtted. Seetõttu jääb ta kauaks kasutatavaks».

A. Valdese ja J. V. Veski kolmekeelse meditsiinisõnaraamatu tõelise väärtuse määrab tema mõjujõud.

KIRJANDUS: 1. *Alvre, P.*, *Boston*, L. Keel ja Kirjandus, 1979, 6, 371—375. — 2. *Alvre, P., Lepp, A., Lepp-Kogerman, E.* Keel ja Kirjandus, 1969, 8, 490—496. — 3. *Bogovski, P.* Keel ja Kirjandus, 1983, 9, 515—521. — 4. *Bogovski, P.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1963, 2, 65—69. — 5. *Bogovski, P.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 2, 141—144. — 6. *Erelt, T.* Eesti oskuskeel. Tallinn, 1982 — 7. *Erelt, T.* Raamatus: Kirjakeel 1983. Tallinn, 1983, 110—120. — 8. Ja veel kord oma asjus. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1968, 1, 71—73. — 9. *Jänes, H., Martson, E.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1967, 1, 63—66. — 10. *Jänes, H.* Meedikute terminoloogiamured. «Sirp ja Vasar», 1969, 19. detsember. — 11. *Kaplinski, J.* Keel ja Kirjandus, 1984, 8, 456—464. — 12. *Kask, A.* Keel ja Kirjandus, 1973, 6, 334. — 13. *Kindlam, E.* Meie igapäevane keel. Tema hoolet ja seadet. Tallinn, 1976. — 14. *Kull, R.* Keel ja Kirjandus, 1970, 7, 390—404. — 15. *Kull, R.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 1, 65—70. — 16. *Kurul, H.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 2, 178. — 17. *Liivaku, U.* Keel ja Kirjandus, 1984, 10, 581—586. — 18. *Liivaku, U.* Raamatus: Kirjakeel 1983. Tallinn, 1983, 167—170. — 19. *Lill, A.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1983, 4, 307—309. — 20. *Mereste, U.* Keel ja Kirjandus, 1969, 4, 211—219; 1969, 10, 583—590. — 21. *Podar, U.* Raamatus: Tartu Riikliku Ülikooli Arstiteaduskond aastail 1802—1975. Tartu, 1976, 90—92. — 22. *Päi, L.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1969, 5, 393—394. — 23. *Sillastu, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1982, 1, 23—28. — 24. *Tonkov, V.* Inimese anatoomia I. Tartu, 1948. — 25. *Tonkov, V.* Inimese anatoomia II. Tartu, 1949. — 26. *Valmis, A.* Eesti keel kõrgkooli astujale. Tallinn, 1984. — 27. *Vals, H.* Arst, aita iseenast. «Edasi», 1983, 20. jaanuar. — 28. *Vals, H.* Kuue meele ja kümne sõrmega. «Edasi», 1981, 4. jaanuar. — 29. *Veski, J. V.* Raamatus: Emakeele Seltsi Aastaraamat 14—15. Tallinn, 1968—1969, 19. jj. — 30. *Vihma, H.* Keel ja Kirjandus, 1976, 1, 52—55. — 31. *Vääri, E.* Raamatus: Nonaginta. Tallinn, 1963, 15.

Ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetus

In memoriam

Dotsent Väino Mandel
18. X 1927 ... 31. VII 1984



31. juulil varises manalasse Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna hospitaalkirurgia kateedri dotsent arstiteaduse kandidaat Väino Mandel.

V. Mandel sündis 18. oktoobril 1927. aastal Viljandimaal Olustvere vallas, kus möödusid ka tema lapsepõlv ja kooliaastad. Keskkhariduse omandas ta Viljandi 2. Keskkoolis, mille lõpetas 1946. aastal kuldmedaliga. Kõrghariduse ja arstikutse omandas ta TRÜ arstiteaduskonnas. Pärast ülikooli lõpetamist 1952.

aastal jäeti ta tööle hospitaalkirurgia kateedrisse, see jäigi V. Mandli ainsaks töökohaks, kus tegutses õppejõuna 31 aastat.

V. Mandlist kujunes silmapaistev spetsialist. Saanud hea ettevalmistuse üldkirurgias, spetsialiseerus ta küpsetel töömeheaastatel endokriinsele kirurgiale. Koos prof. A. Kliimani ja E. Teeääriga pandi alus ka endokriinse süsteemi muude haiguste kirurgilisele ravile Eestis. Nad hakkasid opereerima neerupealiseid Cushingi tõve, hüpertooniatõve ja neerupealiste kasvajate puhul. 1970. a. pälvis rühm TRÜ teadlasi, nende seas ka V. Mandel, Nõukogude Eesti preemia südame ja veresoonekonna ning endokriinse süsteemi kirurgia arendamise ning mitme uue uurimis- ja ravimeetodi ning aparatuuri väljatöötamise ja kasutuselevõtmise eest Eestis. 1973. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja «Spiroja ergospirograafilisi andmeid türeotoksikoosiga haigetel enne ja pärast kirurgilist ravi». 1976. aastast alates kuni surmani töötas lahkunu kateedris dotsendina.

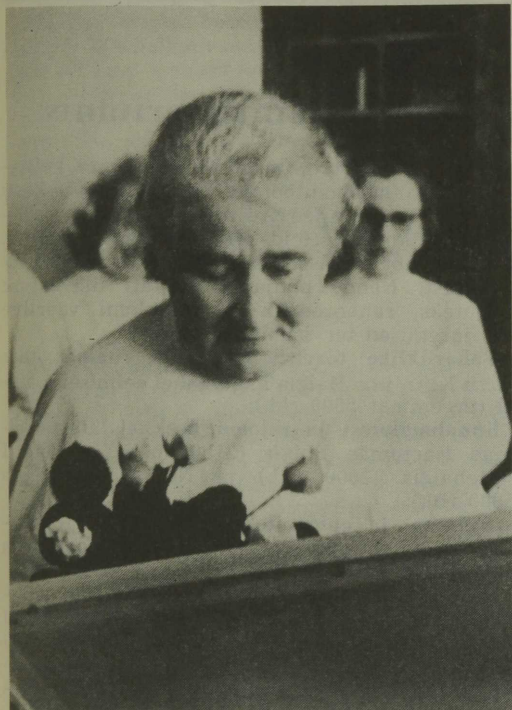
Õppejõuna ja arstina andis V. Mandel suure panuse kõrgema meditsiiniakadri ettevalmistamisse ja kirurgia arendamisse meie vabariigis. Tema endokriinse kirurgia alaseid töid tunti ka väljaspool meie vabariiki. V. Mandel oli kaastöötajate, üliõpilaste ning patsientide poolt armastatud ja lugupeetud kolleeg, õpetaja ja arst. Tema meeldiv iseloom, hea üldine ja erialane ettevalmistus, kohusetunne ja korrektsus tegid koostöö V. Mandliga ladusaks ja jätsid selle eeskujuks paljudele, kes temaga kokku puutusid.

Vabariigi kirurgid, TRÜ arstiteaduskond ja hospitaalkirurgia kateeder on kaotanud hea inimese, silmapaistva kirurgi ja õppejõu, meeldiva kolleegi ja sõbra, kellest jääb helge mälestus.

*Kolleegid hospitaalkirurgia
kateedrist*

Ei ole enam Mari Soolot...

1. VI 1893 ... 9. IX 1984



9. septembril 1984 kustus Rõngus Mari Soolo, Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi asutaja-, tegev- ja auliige, üks Eesti Apteegimuuseumi loojaid.

Mari Soolo sündis 1. juunil 1893 Viljandimaal sauniku tütreana. Perekonna kasvamisel osteti üks võlgadesse sattunud väike talukoht, mille majandamine nõudis ka laste käsi. Uude kodusse kolides oli Mari 8-aastane, kuid ta mäletas hästi põdura isa sõnu: «Kui tahate õpida, lapsed, siis peate end ka ise aitama!» Nii käidigi esialgu karjas, seejärel põllul, oma talus ja võõrastegi juures.

M. Soolo iseseisev elu algas 1915. a., mil ta siirdus Petrogradi lähedale Petropavlovski haigla apteeki õpilaseks. Veebruaris 1919 sooritas ta Petrogradi Sõjaväemeditsiini Akadeemia juures apteekriabilise eksamid, töö jätkus endisel töökohal 1920. aastani. Ajavahemikul

1920 ... 1925 õppis M. Soolo Tartu Ülikoolis farmaatsiat, vahepeal teenis leivaraha Otepääl ja Tallinnas (praeguses 2. apteegis). Tartu Ülikooli lõpetas ta *cum laude*.

Olnud mõned kuud retseptaar Kohtla-Järvel, võttis M. Soolo 1. augustil 1926 vastu retseptaaari ametikoha Tallinna Ühishaigekassa Apteegis (praegu 1. apteek). 1. juulil 1941 määrati ta asutatava jaendamiskeskuse asejuhatajaks natsionaliseeritud ravimitehases «EPHAG» (praegune Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas), kuhu jäi kuni asutuse likvideerimiseni 1942. a. Seejärel töötas M. Soolo Tõnismäe apteegi asejuhatajana. Vahepeal, 1. juulist 1951 kuni 16. detsembrini 1955, oli ta määratud Tallinna Linnaapteegi (praegu 2. apteek) asejuhatajaks. Siis tuli M. Soolo eelmisele ametikohale tagasi, kuhu jäi kuni pensionile siirdumiseni 1. juunil 1963.

Energiat jätkus mujalegi. Ta oli omaaegse palgalisi farmatseute ühendava Eesti Rohuteadlaste Ühingu liige, Puna-se Risti ödedekursuste lektor (farmakoloogia ja farmakognoosia), Tallinna Meditsiinikooli õpetaja, farmaatsiaüliõpilaste tootmispraktika juhendaja. Kirgliku pildistajana osales ta Fotoamatöörade Klubi tegevuses. Suured on M. Soolo teened Eesti Apteegimuuseumi rajamisel ja selle argitöös — päevade kaupa, juba pensionärina, registreeris ja korrastas ta laekuvaid eksponaate, oli kogujatele abiks hea nõuga.

Kõikidele jätkus Mari Soolol naerast, ent siiras oli ta ka oma kriitikas. Tema sõna võeti kuulda ning toimiti selle järgi. Mari Soolo maeti 14. septembril Suure-Jaani kalmistule. Olgu muld temale kerge, sest elu seda alati ei olnud!

Heino Gustavson

Uusi ravimeid

NITROGLÜTSEERIIN ŽELATIINKAPSLITES (Nitroglycerinum in capsulis gelatinosis, нитроглицерин в желатиновых капсулах)

Nitroglütseriini (glütserooltrinitraadi) uus kodumaine ravimivorm.

Nitroglütseriini 1 %-line õlilahus kapslites on ette nähtud stenokardiahoogude profülaktikaks ja kupeerimiseks. Ravimi kasutamise üle otsustab arst.

1... 2 kapslit (0,5 mg) või 1 kapsel 1 mg-se nitroglütseriinisaldusega pannakse keele alla, kus lastakse täielikult imenduda.

Kui tahetakse saada kiiret toimeefekti, näritakse kapsel suus katki. Järgmise kapsli võib võtta 30... 40 minuti pärast.

Kõrvaltoimena võivad tekkida peavalu, peapööritus, nõrkus.

Tootmises on 0,5 mg ja 1 mg toimeainega 1 %-list nitroglütseriini õlilahust sisaldavad želatiinkapslid.

Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse jahedas valguse ja tule eest kaitstud kohas. Väljastatakse arstiretsepti alusel.

TRINITROLONG (тринитролонг)

Uus kodumaine pika toimeajaga nitroglütseriini (glütserooltrinitraadi) preparaati, mille koostisse kuuluvad 1 või 2 mg nitroglütseriini, 0,003 mg briljantrohelist, 3 mg kakaovõid ja kogus biopolümeeri 25-milligrammise massiga kile saamiseks.

Polümeerkiled, milles on kas 1 või 2 mg toimeainet, on 9 mm pikad, 4,5 mm laiad ja 0,6 mm paksud.

Trinitrolongi kasutatakse stenokardiahoogude kupeerimiseks. Esmase raviannuse peab määrama arst, edaspidi võib haige ravimit kasutada iseseisvalt.

Sobiva annusega kile kinnitatakse suuõone limaskestale, harilikult ülemiste igemete külge lõikehammaste kohal. Selleks piisab kile mõnesekundisest surumisest igemete vastu. Ravimi toime avaldub kiiresti ja see kestab 3... 4 tundi.

Pakend, milles 50 kilet á 1 mg, maksab 1 rbl. 52 kop.

Ravim kuulub B-nimekirja. Säilitatakse kuivas tules ja valguse eest kaitstud kohas. Väljastatakse arstiretsepti alusel.

Säilitusaeg kaks aastat.

Aino Jürison

Kroonika

Tervishoiuministeriumis

17. mail 1984 toimunud ministeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi ühisel koosolekul tehti kokkuvõtteid tervishoiuasutuste 1983. aasta ülevabariigilise ühiskondliku ülevaatuse tulemustest. Nende põhjal tunnistati ülevaatuse võitjateks, rahapreemia ja audiplomi väärilisteks järgmised tervishoiuasutused.

Vabariiklike tervishoiuasutuste rühmas taas Tartu Kliiniline Haigla nagu kahel eelmiselgi aastal (preemiaks 5500 rbl.);

linnahaiglastest ja rajooni kesksaiglastest Tallinna Harjumäe Haigla (2150 rbl.), Tallinna I Lastehaigla (2000 rbl.) ja Narva Kesksaigla (5000 rbl.);

sanitaar- ja epidemioloogiaasutustest Kohtla-Järve Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam (1000 rbl.);

rajooni- ja maajaoskonnahaiglastest Pärnu-Jaagupi Haigla (1200 rbl.), Otepää Haigla (1000 rbl.) ja Harju rajooni Kose jaoskonnahaigla (800 rbl.);

tervishoiupunktidest ning velskri- ja ämmaemandapunktidest Valga õmblusvabriku «Baltika», tootmiskoondise «Marat» ja «Norma» tervishoiupunkt (á 150 rbl.), tootmiskoondise «Polümeer» ja «Estoplast» tervishoiupunkt (á 100 rbl.), Pärnu Kalakombinaadi, Tallinna Polütehnikumi, V. Klementi nimelise Õmblustootmiskoondise, Kohtla-Järve rajooni Tammiku ja Viivikonna kaevanduse tervishoiupunkt (á 100 rbl.), Viljandi rajooni Ramsi ning Sürgavere velskri- ja ämmaemandapunkt (á 100 rbl.).

Märgiti ära Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla, Tallinna Pelgulinna Haigla, Rakvere rajooni Väike-Maarja, Viljandi rajooni Kõpu ja Põlva rajooni Ahja jaoskonnahaigla, Harju rajooni Turba ambulatooriumi, Rapla rajooni Kau ja Haapsalu rajooni Linnamäe velskri- ja ämmaemandapunkti head tööd.

Samal koosolekul kuulati Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktori P. Bogovski aruannet instituudi teadusliku uurimistegevuse ning teaduslik-praktilise töö kohta ning prof. S. Gulordava kaasaruannet sama instituudi tegevuse kompleksse kontrollimise tulemuste kohta. Aruannetele järgnenud sõnavõtted olid elavad ja konstruktiivsete ettepanekutega. Kolleegiumi otsuses nenditi instituudi laialdast tegevust, uurimistööde planeerimist ning kaadri järeelkasvuga tegelemist. Edaspidi tuleks enam silmas pidada initsiatiivteemasid, kompleksuurimiste laiendamist, patendindustöö elavdamist, uu-

rimistööde tulemuste tervishoiupraktikas kasutu-selevõttu. On vaja suurendada üleliidulises ja rahvusvahelises ulatuses huvi pakkuvate teadus-publikatsioonide osatähtsust. Koostöös koondisega «Eesti Meditsiinitehnika» on vaja parendada ins-tituudi varustamist uurimisaparatuuri ja muuga vastavalt instituudi poolt esitatud tellimustele.

31. mail arutati kolleegiumi koosolekul Kohtla-Järve põlevkivikaevanduste tööliste töötingimuste parandamist, arstiabi korraldust ja võimalusi, sa-muti haigestumise vähendamise võimalusi. Kaevurite töö ei ole kerge, arstiabi korraldusi probleem selles piirkonnas on komplitseeritud ja mit-metahuline, meditsiinikaadri puudus samal ajal krooniline. Kolleegiumi otsuses on fikseeritud tegevussuunad, ka ülesanded kaevurite tervise kaitseks, arstiabi võimaluste stabiilsuse tagami-seks, üldhaigestumise vähendamiseks.

Vello Laos

Tallinna ja Harju rajooni meditsiinitöötajate ning üldsuse esindajate pidulik koosolek toimus 15. juunil 1984 V. Kingissepa nimelises Riiklikus Akadeemilises Draamateatris. Sellega tähistati meditsiinitöötajate päeva. Pidupäevakõne oli tervishoiuministrilt V. Rätsepalt, kes võttis kokku tervishoiutöötajate ja arstiteadlaste töötulemused ning rääkis kutseala parematest töötajatest ning parimatest tervishoiuasutustest. Seejärel toimus nende autastamine. Taas suurenes nende meditsiinitöötajate arv, kellel on Eesti NSV teenelise arsti, Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja nime-tus, kes nüüdsest kannab tervishoiu eesrindlase rinnamärki, kes pälvivad Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee, EKP Tallinna Linna-komitee, Tallinna RSN Täitevkomitee ja EKP Harju Rajoonikomitee au- ning tänukirju.

Tervishoiuministeeriumi laste ravi- ja profü-laktilise abi nõukogu koosolek toimus 19. sep-

tembril 1984. Kuulati laste peainfektsonisti L. Tammai ülevaadet käesoleva aasta mais NSV Liidu Tervishoiuministeeriumis toimunud ühis-kondlike peainfektsonistide seminarinõupidami-selt ning analüüsi laste nakkushaiguste diagnoosi-misest, ravist ja profülaktikast meie vabariigis. Muret tekitavad ägedad respiratoorsed nakkused, gripp ja ägedad soolenakkused. Unustada ei tohi ka difteeria ja poliomieliidi võimalust. Sage-nenud on meningokokknakkuste juhud.

Haigete hospitaliseerimine tihti hilineb. Nak-kushaige lapse ravi peab juhtima arst ja olene-valt haiguse ohtlikkusest ning seisundi raskus-est tuleb haige saata õigesse raviasutusse.

Eriti range kontrolli alla on vaja võtta pediat-riiliste ravi- ja profülaktikaasutuste režiim, tõkes-tamaks nakkuse levikut.

Päevakorral on pediatrite ja patronaaziõde-de nakkushaiguste alaste teadmiste täiendamise vajadus, resultatiivsemaks peetakse individuaal-set täiendamist eriprogrammi alusel sellele järg-neva kontrolliga (eksamiga).

Nüüdisnõuetega tuleb vastavusse viia nii res-piratoorsete kui ka soolenakkuste laboratoorne diagnoosimine ning nakkushaiguste intensiivravi.

Vaktsineerimise korraldamises on veel suuri puudusi. Põhjendatud vastunäidustusi on umbes 73 %, millest esikohal on neuroloogilised haigus-ed, seejärel sage põdemine ja allergilised haigus-ed. Põhjendamata vastunäidustusi aga on umbes 25 %. Kardinaalselt on vaja parandada tööd ku-ni üheaastaste lastega. Töökorraldus peab vastama teaduslike uuringute tulemustele, parandamist vajab sanitaarharidustöö lastevanematega. Eri-alaspetsialistid, kes määravad umbes poole vastu-näidustustest, peavad jääma konsultandi posit-sioonile diagnoosi panemisel. Vaktsinatsioonide põhjendatud vastunäidustuste ainumäärajaks peab jääma jaoskonnapediaater. Tugevdada tuleb osakonnajuhatajate ning vanemõdede kontrolli jaoskonnapediatrite ja patronaaziõdede töö üle.

Lea Tammai
Mall-Anne Riikjärva



Foto 1. Piduliku koosoleku presiidiumis olid EKP Keskkomitee büroo liikmekandidaat, Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja I. Toome, EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja A. Aben ning teised. Foto 2. Sel päeval täitsid V. Kingissepa nimelise Riikliku Akadeemilise Draamateatri saali tervishoiutöötajad ja üldsuse esindajad. G. Tsvetkovi fotod.

Tartu Riiklikus Ülikoolis

25. augustil külastas TRÜ arstiteaduskonda 36-liikmeline Tampere Ülikooli kliiniku kirurgide rühm prof. V. Autioga eesotsas. Külastuse eesmärk oli ühiskorvterentsil tutvustada farmaatsiafirma «Orion» poolt toodetavate tinidasoolipreparaatide kasutamist anaeroobse infektsiooni profülaktikas ja kirurgilises ravis. Delegatsiooni juhtis firma peadirektori asetäitja T. Lahti. A. Linkbergi auditooriumis kuulati külalistelt kolme ettekannet, millele järgnes elav diskussioon.

Soome arstid tutvusid ka Tartu Kliinilise Haigla ja TRÜ arstiteaduskonnaga.

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 30. augustil valiti konkursi korras uutele dotsendikohtadele arstiteaduse kandidaadid P. Roosaar (histoloogia ja embrüoloogia kateeder), A. Landõr (spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateeder), J. Liivamägi (psühhiaatria kateeder), A. Mõttus (operatiivkirurgia, topograafilise anatoomia ja ortopeedia kateeder), E. Maiste (sisehaiguste propeedeutika kateeder) ja H. Leesik (hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateeder).

Uue õppeaasta töödest rääkis dekaan prof. A.-E. Kaasik. Ta mainis, et on muudatusi teaduskonna struktuuris (kahe uue kateedri avamine), samuti kateedrite isikkoosseisus. Eriti rõhutas ta teadlaste järelkasvu vajadust, samuti kateedrite teadustöö intensiivistamise ja praktikale lähendamise otstarbekust. Pikemalt peatus dekaan teaduskonna materiaalsel baasil, kus mitmed hooned ootavad ehitamist ja teised kapitaalremonti. Dekaan tänas teaduskonna nimel aastakümnete jooksul arstiteaduskonnas tehtud väga mahuka ja eeskujuliku töö eest prof. V. Saarmat, kes läks konsultantprofessoriks, samuti dotsent E. Tallmeistrit, kes pensionile siirdus. Eesti NSV Tervishoiuministeriumi aukirjad anti üle juubilaridele dotsentidele S. Laanesele ja E. Lepale.

Prodekaan dotsent H. Silm andis nõukogule lühiülevaate arstiteaduskonda vastuvõtust. 1984. a. võeti vastu 326 üliõpilast, neist 150 ravi-osakonda, 50 pediaatria-, 46 spordimeditsiini-, 40 farmaatsia- ja 40 stomatoloogiaosakonda. Varajasematel aastatel vastuvõetutega võrreldes võeti farmaatsiaosakonda 10 üliõpilast vähem (viimasel kahel aastal võeti 50 sisseastujat).

Valiti teaduskonna konkursikomisjon järgmises koosseisus: professorid H. Vahter, A. Lenzner ja J. Riiv. Kinnitati nõukogu sūgisselestri tööplaan, samuti arstiteaduskonna päeva (12. oktoobril) põhiürituste kava.

Uue õppeaasta esimesel ülikooli nõukogu koosolekul 31. augustil tõstis rektor prof. A. Koop esile arstiteaduskonna head õppe- ja teadustööd, kusjuures kevadsessioonil oli arstiteaduskonna õppeedukus ülikooli parim.

Lembit Allikmets

Tervishoiutöötajate Ametiühingus

25. septembril 1984 toimus Võrus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komi-

tee presiidiumi laendatud istung. Arutusel oli ametiühingu rajoonikomitee töö. Oma töös on rajoonikomitee juhitud NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrustest «Rahva tervishoiu edasise parandamise abinõudest» ja «Täiendavatest abinõudest elanike tervise kaitsel». Paranenud on töötajate töö- ja olmetingimused. Tihe koostöö on põllumajandustöötajatega. Palju on tehtud töökaitse alal, hästi on korraldatud toitlustamine rajooni keskhaiglas ning noorte juhendamine.

Vähe on peetud üldkoosolekuid tervishoiuasutustes, vähe on kuulatud presiidiumil komisjonide, ametiühingukomiteede, tervishoiuasutuste juhtide töö aruannet, ka meditsiinilise teenindamise arutelu. Otsuste kontroll ei ole toimunud regulaarselt, parem peab olema aktiivi väljaõpe, laialdasem sotsialistlik võistlus ja kommunistlikult töösse suhtumise liikumine, sellest võtab osa vaid 38 % töötajaist (vabariigi keskmine seevastu 66,9%). Rohkem tuleb tegelda nõukogude patriotismi ja internatsionaalse kasvatustööga ning kutse-eetikaga.

Arutati ka ametiühinguorganisatsioonide ülesandeid, mis tulenevad NLKP Keskkomitee otsusest «Eesti NSV juhtiva kaadri osavõtust töötajate hulgas tehtavast poliitilisest kasvatustööst», mis on suure praktilise tähtsusega dokument ka ametiühingute tegevuses. Tervishoiujuht peab olema kõrge kvalifikatsiooniga, autoriteetne ja poliitiliseks kasvatustööks hästi ette valmistatud. Edukalt on tegeldud noorte juhendamisega, meie vabariigis on 660 juhendajat. Kasvatustöö edasiseks parandamiseks on avatud metoodikakeskused Tartu Kliinilises Haiglas, Tallinna Vabariiklikus Laevanduse Haiglas ja Narva Keskhaiglas.

Otsuses märgiti, et sotsialistlik võistlus ja kommunistlikult töösse suhtumise liikumine peavad saama uue kvaliteedi.

Lia Vahar

Punase Risti Seltsis

29. augustil toimus Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee presiidiumi väljasõiduistung Võrus. Aruande esitas Punase Risti Seltsi Võru rajoonikomitee esimees L. Schönberg. Võrus on töö plaanipärane olnud, tähelepanelikult on tegeldud kaadri ettevalmistamisega, on korraldatud seminare algorganisatsioonides, ka jaoskonnakomiteede ja revisjonikomisjoni esimeestele ning aktiivile. Puudustena rajoonikomitee töös märgiti suhteliselt väikest liikmete arvu — vaid 46,3% elanikest, rajoonikomitee presiidiumi koosolekute ebaregulaarsust. Vähenenud on elanike osavõtt tasuta doonorlusest.

Arutati veel Lasva jaoskonnakomitee (esimees V. Kristian) ja Võru Jalatsivabriku punaristlaste (esimees R. Saaremets) tööd.

27. septembril oli presiidiumi väljasõiduistung Raplas, kus samuti arutati rajoonikomitee tegevust. Istungist võttis osa Rapla Rajooni RSN Täitevkomitee aseesimees M. Meisla. Aruande esitas

Punase Risti Seltsi Rapla rajoonikomitee aseesimees A. Koppel. Aruanne oli asjalik, analüüsiv ning vajalikult kriitiline. Selles käsitleti kõiki tegevusalasid ja anti neile objektiivne hinnang. Arutluses märgiti ära rajoonikomitee head tööd meditsiini- ja hügieeniteadmiste levitamisel. Hea on olnud koostöö rajooni ajalehe, ühingu «Teadus» organisatsiooni ning teiste ühiskondlike organisatsioonidega. Elavnenud on rajoonikomitee koolitõunõukogu tegevus, selle esimees A. Kadakas on energiline. Head on tasuta doonorluse näitajad, rajoon on sel alal meie vabariigis teisel kohal.

Puudusteks on Raplas sanitaarformeringute ebaühtlane ettevalmistus, nende liikmete vähene kasutamine tervishoiutöös. Esmaste doonorite osa tasuta vereandmisel peaks suurem olema. Rajoonikomitee presiidiumi istungitel on jaoskonnakomiteede ja algorganisatsioonide tegevust arutatud liiga harva.

Presiidiumi istungil kuulati ning arutati veel Märjamaa jaoskonnakomitee aseesimehe J. Lehe ja Märjamaa sovhoosi algorganisatsiooni esimehe K. Rosina aruandeid. Otsuses kiideti nende tegevus heaks.

Gunnar Sukles

EKP Kingissepa Rajoonikomitee ja Kingissepa Rajooni RSN Täitevkomitee otsuse põhjal 2. juunist 1984. a. kanti heade töötulemuste ja eduka ühiskondliku tegevuse eest Kingissepa rajooni auraamatusse Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi esimehe arstiteaduse kandidaat **Ants Haavli** nimi.

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal

Brilis, V. I., Briiene, T. A., Lencner, Ch. P., Lencner, A. A. Die adhäsiven Eigenschaften der aus dem Verdauungstrakt des Menschen isolierten Lactobazillen. — Die Nahrung, 1984, 28, 6/7, 635—640.

Lencner, A. A., Lencner, Ch. P., Mikelsaar, M. E., Tjuri, M. E., Toom, M. A., Väljaots, V. M., Šilov, V. M., Liz'ko, N. N., Legenkov, V. I., Reznikov, I. M. Die quantitative Zusammensetzung der Lactoflora des Verdauungstrakts vor und nach kosmischen Flügen unterschiedlicher Dauer. — Die Nahrung, 1984, 28, 6/7, 607—613.

Mikelsaar, M. E., Tjuri, M. E., Väljaots, M. E., Lencner, A. A. Anaerobe Inhalts- und Wandmikroflora des Magen-Darm-Kanals—Die Nahrung, 1984, 28, 6/7, 727—733.

Тюри М. Э., Тюри Э. И., Таллмейстер Э. Т., Ленцнер А. А. О потенциальной патогенности некоторых бактерий из микрофлоры желудочно-кишечного тракта. — В кн.: Микробиelle Umwelt und antimikrobielle Massnahmen, hrsg. H. Horn, W. Weuffen u. H. Wigert, Bd. 6. Mikrobiologie des Magen-Darm-Kanals des Menschen, hrsg. H. Bernhard u. M. Knoke. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1982, 125—132.

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства здравоохранения Эстонской ССР

№ 6, ноябрь, декабрь 1984

Ю. М. Саарма — Роль руководителя медицинского учреждения в медицинской деонтологии

В единой государственной системе здравоохранения нашей страны работе медиков, помимо профессионального, принадлежит и существенное идейно-политическое значение: медики проводят в жизнь один из важнейших разделов социальной политики Коммунистической партии. Руководители учреждений здравоохранения должны воспитывать в своем коллективе чувство высокого профессионального долга и социальной ответственности. Подчеркивается необходимость широкого применения психотерапии при лечении каждого пациента. На базе положительной психосферы коллектива медицинского учреждения следует создавать вокруг всех обращающихся за помощью психотерапевтическую атмосферу. Это является одним из существенных и в то же время доступных факторов повышения эффективности профессиональной работы медиков и одновременно воспитательным фактором воздействия на население.

М.-А. Ф. Рийкъярв — Актуальные проблемы педиатрической помощи

С. К. Вельбри, X. O. Роотси, X. Л. Хярмат, М. С. Серго, В. O. Эрилас — Значение определения альфа-фетопротейна в диагностике уродств

Исследовали концентрацию АФП в сыворотке крови 91 беременной женщины с нормальным и патологическим течением беременности. При нормально протекающей беременности с рождением здорового ребенка концентрация АФП

повышалась начиная с 13 ... 15-й недели беременности с максимальными показателями на 24 ... 34-й неделях. При плоде с дефектом нервной системы (анэнцефалия) в крови матери было обнаружено чрезмерное повышение концентрации АФП. Более высокий уровень АФП по сравнению с нормальными показателями установили также у части беременных при антенатальной смерти плода, выкидышах, угрожающем аборте и тяжелом сахарном диабете.

Л. Э. Суурорг, Л. Я. Тамм — Об изменениях гемодинамики при системных заболеваниях соединительной ткани у детей

У 65 больных детей с системными заболеваниями соединительной ткани в возрасте от 4 до 15 лет изучены показатели центральной и периферической гемодинамики методом механокардиографии. Установлено, что средние показатели артериального давления у больных не отличаются от таковых у здоровых детей, хотя у 1/3 из обследованных выявлено повышение артериального давления. Определено снижение скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического и мышечного типов, а также повышение общего периферического сопротивления у больных волчанкой и системной склеродермией.

Выраженные сдвиги имели место в показателях центральной гемодинамики, особенно у детей с дерматомиозитом и волчанкой. Снижение сердечного выброса и работы левого желудочка одновременно с увеличением растяжимости левого желудочка свидетельствует о фазе декомпенсации сердечно-сосудистой системы у детей при заболеваниях соединительной ткани.

К. К. Кутсар, Г. С. Казесалу — О иммунофлуоресцентной диагностике микоплазменной инфекции

Клинический и секционный материал от больных с инфекциями респираторной системы разных возрастных групп исследовался на наличие микоплазменной инфекции. Микоплазменная инфекция была выявлена в 11,6 % клинических случаев и в 6,2 % случаев с летальным исходом. Общая частота выявления микоплазменной инфекции составляла 10,6 %. Инфекция наблюдалась во всех возрастных группах с преобладанием среди детей 3 ... 10 лет.

Л. Я. Бостон, К. Ю. Палги, А. Э. Паст — О структуре и эпидемиологии заболеваний пищеварительного тракта

Изучено 85 детей с жалобами на боли в животе.

Было установлено, что в структуре заболеваний пищеварительного тракта желудочно-кишечные заболевания составляют 74,1 %, патология желчевыделительной системы — 45,8 % и дискинезии кишечника — 3,5 %. Органические заболевания встречались в желудочно-кишечном тракте только в 5,9 % случаев и в

желчевыделительной системе в 12,8 % случаев.

При возникновении хронических неинфекционных заболеваний пищеварительного тракта особое значение имели стресс и лабильность нервной системы, нарушение пищевого режима, острые и хронические очаги инфекции в организме и перенесенные заболевания пищеварительного тракта.

А. О. Вальдес — Клинический и патологистологический диагноз (факсимиле издания 1934 г.)

В. А. Вальдес — Нарушение соединительнотканной репарации как послеоперационное осложнение

Смертельные послеоперационные осложнения при заболеваниях пищеварительного тракта (анализ 278 секционных случаев) у одной трети больных были связаны с нарушениями репаративного процесса соединительной ткани (расхождение анастомозов и операционных ран, возникновение кишечных фистул, септические процессы). Нарушения репаративного процесса наблюдались чаще в случаях язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (48,8%) и механической закупорки кишечника (60%). При язвенной болезни такие осложнения чаще наблюдались у мужчин в возрасте до 60 лет. Более существенными факторами риска оказались хроническое, с обострениями, течение заболевания, сильное язвенное кровотечение и операционно-тактические погрешности (повторные операции, чрезмерно обширные операции). При заболеваниях кишечника были выявлены следующие факторы риска: илеус, перитонит и запоздалая операция. При заболеваниях желчных путей и поджелудочной железы более чем в половине случаев наблюдалось хроническое повреждение печени в виде хронического гепатита или механической желтухи. Сравнительные гистологические исследования операционного и секционного материала указывают на изменение характера репаративного процесса в ходе заболевания: замещение активной соединительнотканной организации нарастающей ареактивностью с присоединением все новых и более тяжелых осложнений, ведущих к смерти (замкнутый круг). Предпосылкой оптимальной тактики лечения является выбор подходящего времени и объема операции в зависимости от существующих и потенциальных факторов риска нарушений репаративных процессов.

В. А. Силласту — Гиперпластические процессы и опухоли эпителия гортани (анализ биопсического материала)

На протяжении 1975 ... 1983 гг. в прозектуре г. Тарту был исследован биопсический материал 312 гортаней, в том числе 73 повторных случая. Мужчин было 260, женщин — 52. Гиперплазии эпителия подразделялись на простую гиперплазию (76 случаев), гиперплазию базальных клеток (34) и атипичную гиперпла-

зию (22). Папилломы были обнаружены в 39 и рак в 141 случае (из них у 137 мужчин). Средний возраст мужчин, больных раком гортани, составляет 58,1 года, женщин — 59,3 года и является таким образом более высоким, чем при других изученных процессах.

Лимфоплазмоцитарная инфильтрация стромы в случае гиперплазии является незначительной, при других формах гиперплазии — умеренной или сильной. При раке интенсивность инфильтрации зависит от степени дифференциации опухолевых клеток.

Повторное исследование биопсического материала свидетельствует о том, что гиперпластические процессы в эпителии гортани и папилломах у взрослых могут быть отнесены к предканцерогенным.

К. Я. Гросс — Современные аспекты инфицирования внутриутробного плода

В обзоре приводятся данные о путях и возбудителях инфицирования внутриутробного плода. Затронуты вопросы осложнений беременности и родов, поражений новорожденного.

М. О. Мяги, М. Р. Мартинсон, Л. Х. Каллас, В. С. Суридов, А. Н. Левин — Случай врожденной атрезии пищевода

В статье приводится случай атрезии пищевода у новорожденного. Положительный результат был получен благодаря ранней диагностике, оперативному вмешательству в первые часы жизни, своевременной пред- и послеоперационной интенсивной терапии. В терапии заслуживает внимания комплексная терапия дыхательной недостаточности, где первостепенное значение имеет туалет трахеобронхиального дерева, вспомогательная вентиляция и лечение кислородом путем использования РЕЕР-клапана.

Подготовка кадров

О. М. Тамм, М. О. Кивило — Актуальные проблемы санитарно-просветительной работы

В статье рассматриваются основные проблемы санитарно-просветительной работы в нашей республике. Важное место в ее дальнейшем развитии принадлежит деятельности открытого в этом году Таллинского Дома санитарного просвещения и последовательной работе Республиканского совета санитарного просвещения по составлению межведомственного комплексного плана санитарно-просветительной работы и контролю за его выполнением. Подчеркивается также необходимость обязательного повышения квалификации штатных работников системы санитарного просвещения и ответственных за эту работу организаторов здравоохранения.

А. О. Вальдес — О медицинской деятельности моего отца Отто Вальдеса

У. Я. Подар — Альберт Оттович Вальдес как преподаватель

Дается характеристика учебно-воспитательной работы заслуженного деятеля науки Эстонской ССР, патологоанатома проф. А. О. Вальдеса (1884—1971). Как автор статьи, так и опрошенные им преподаватели высоко оценивают работу ученого. Описаны индивидуальные методы, применявшиеся А. О. Вальдесом в учебно-воспитательной работе (схематические рисунки на доске, опрос студентов на лекциях и др.), которые имели существенное значение в формировании врачей и в усвоении ими прочных знаний.

П. А. Боговский — Профессор А. О. Вальдес как воспитатель врачей и ученых

Излагаются личные впечатления и воспоминания автора, учившегося у профессора А. О. Вальдеса в 1939/40 г. в качестве студента и в 1946...1949 гг. — аспиранта.

Профессор Вальдес обучал своих учеников основным знаниям по патологии, прививал им общие принципы систематической учебы, а также практические навыки научной работы, включая обращение с литературой, приемы экспериментальной работы, микрофотографию и многие другие весьма полезные знания.

Его принципы деонтологии научной работы включали рекомендации тщательно обсуждать тему исследования до начала работы над ней, внимательно работать над литературой и подробно записывать все, что предпринимается или происходит в течение эксперимента или исследования. Собственные результаты автора должны быть четко отделены от данных других исследователей.

Профессор Вальдес всегда вспоминал с большим уважением своего учителя профессора В. А. Афанасьева. Ученики профессора Вальдеса испытывают к своему учителю такое же глубокое почтение и уважение.

А.А. Виру — Всесоюзные симпозиумы по вопросам адаптации

А. А. Румм — Всесоюзное совещание по вопросам туберкулеза в Таллине

Э. А. Алтер — XXX конференция Общества медицинских работников средней ступени санитарной службы Эстонской ССР

А. А. Ленцнер — Совещание медиков-микробиологов высших школ прибалтийских республик

А. А. Ленцнер — Международный симпозиум, посвященный современному состоя-

нию и перспективам гастроинтестинальной микробиологии

Юбилейные даты

В. А. Силласту — О публикациях Альберта Вальдеса

В статье дается обзор опубликованных работ А. Вальдеса. Они подразделяются на следующие рубрики: патологоанатомические, учебно-методические, по вопросам истории медицины и культуры, научно-популярные и работы, посвященные вопросам медицинской терминологии.

В. А. Лаос — «Латинско-эстонско-русский медицинский словарь» А. Вальдеса и Й. В. Вески в двух томах

Некрологи

Новые лекарственные препараты

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 6, November, December 1984

J. Saarma — **The role of a health administrator in the development of deontology**

The author of this article points out that, in our state health system, doctors not only carry out professional duties, but also fulfil ideological tasks, representing an important part of the Communist Party's policy. Health administrators and heads of medical institutions should educate their collectives in the spirit of a high sense of duty and deep social responsibility. Psychotherapy should be applied to every patient. A psychotherapeutic atmosphere should be created on the basis of a positive psychosphere of medical workers. This is an important factor in increasing the efficacy of health care.

M.-A. Riikjärv — **Current problems of paediatric care**

S. Velbri, H. Rootsi, H. Härmat, M. Sergo, V. Erilas — **Changes in alpha fetoprotein content in the mother's serum and the diagnosis of congenital malformations in the fetus**

Alpha fetoprotein (AFP) content was measured in blood sera taken from 91 women during normal and pathologic pregnancy. It was found that during normal pregnancy, resulting in giving birth to a normal full-term infant, the AFP concentration in the mother's blood serum began to rise between the 13th and 15th week of pregnancy and reached its maximum between the 24th and 34th week of pregnancy. The amount of AFP in the mother's serum was greatly increased in cases of congenital defects of the nervous system in the fetus. Abnormally high AFP levels in the mother's serum were also observed in antenatal death of the fetus, in miscarriage, in threatened abortion and in severe diabetes in the mother.

L. Suurorg, L. Tamm — **Haemodynamic changes in systemic connective tissue disease in children**

Peripheral haemodynamic changes were studied by mechanocardiography in 65 children, aged from 4 to 15 years, suffering from mixed connective tissue disease. It was found that the mean values of blood pressure did not differ from those in healthy children, though in one-third of the patients the blood pressure was too high in the above-mentioned age group. In systemic lupus erythematosus and scleroderma a diminished pulse wave velocity was observed in elastic and intramuscular vessels, and the patients showed an increased peripheral resistance. Major changes were observed in the central circulation, especially in children with dermatomyositis and systemic lupus erythematosus.

The authors point out that a decrease in cardiac output and an impairment of left ventricular function, together with an increased dilatibility of the left ventricle, refers to the development of cardiovascular failure in children with mixed connective tissue disease.

K. Kutsar, G. Kasesalu — **The diagnosis of *Mycoplasma pneumoniae* infection with immunofluorescent technique**

Pieces of tissue were taken at autopsy from patients who had died from respiratory diseases and from living patients with acute respiratory infections and studied for the presence of *Mycoplasma*. As a result, *Mycoplasma pneumoniae* infection was detected in 11.6 per cent of the clinical cases of respiratory infection and in 6.2 per cent of fatal cases. The overall detection rate of *Mycoplasma* infection was 10.6 per cent. *Mycoplasma* infection was observed in all age groups studied, prevalently among children aged from 3 to 10 years.

L. Boston, K. Palgi, A. Past — **The occurrence and epidemiology of non-infectious diseases of the alimentary tract in children**

85 children complaining of abdominal pain were investigated. It was found that disorders of the stomach and duodenum occurred at high frequency — in 74.1 per cent, disorders of the biliary system were detected in 45.8 per cent, and other intestinal disorders were diagnosed in 3.5 per cent of those children. The incidence of organic diseases of the gastro-intestinal tract was only 5.9 per cent, and organic lesions were detected in the biliary system in 12.8 per cent of the cases studied.

Chronic non-infectious diseases of the alimentary tract were often precipitated by mental stress, disorders of the central nervous system and dietary indiscretion. These disorders were often associated with acute or chronic foci of infection

in the body and with a previous history of alimentary tract diseases. There were usually 2 and 3 contributory causes leading to the disorders of the alimentary tract.

A. Valdes — **A clinical and pathohistological diagnosis**

V. Valdes — **Reparative failure of the connective tissue as a postoperative complication**

According to 278 autopsies, fatal postoperative complications after abdominal surgery due to connective tissue replacement failure (reopening of operative wounds and of anastomoses and the development of fistulas) were observed in one-third of the deaths studied. Such reparative failures were most common in cases of gastric and duodenal ulcers (in 48.8 per cent), and in mechanical obstruction of the ileum (in 60 per cent of cases). In peptic ulcer the postoperative complications occurred more frequently among men under 60 than in other age groups operated on. The most frequent risk factors leading to death were a chronic, exacerbating course of the disease, a severe haemorrhage from the ulcer and surgical faults (e. g., a repeated or too extensive operation). Ileus, peritonitis and delayed emergency operations might be contributory causes of death. More than half of the fatal cases had developed chronic hepatitis or obstructive jaundice before bile duct or pancreatic surgery.

Repeated histological studies made it possible to monitor a progressive replacement by non-reactive connective tissue of the functionally active part of an organ and to observe the development of postoperative complications, representing a vicious circle ending in death. It is concluded that two of the prerequisites for a successful surgical treatment are an adequate timing and a proper size of the operation.

V. Sillastu — **Epithelial hyperplasia and tumours of the larynx. An analysis of biopsy findings**

Between 1975 and 1983, a total of 312 biopsies of laryngeal tissues were carried out at the Tartu prosectorium. The study involved 260 men and 52 women. Of those, repeated biopsies were carried out in 73 cases. Cytology examinations of the samples from the larynx revealed the following types of epithelial hyperplasia: simple hyperplasia — in 76, basal cell hyperplasia — in 34 and atypical hyperplasia — in 22 cases. Laryngeal papilloma was detected in 39 and carcinoma in 141 cases (137 cases in men).

These studies suggested that the highest laryngeal cancer incidence occurred at the age of 58.1 in men, and at the age of 59.3 in women, which is much higher than that of other laryngeal lesions in those age groups.

Lympho-plasmocytic infiltration of the stroma was slight in simple epithelial hyperplasia, in other forms of hyperplasia, however, it was moderate or vigorous. The author points out that the

intensity of cancerous infiltration depends upon the degree of the differentiation of cancer cells.

Repeated biopsies have suggested that both the epithelial hyperplasia and papilloma of the larynx constitute a serious cancer hazard.

K. Gross — Current views on the intrauterine infection of the foetus

In this review the author deals with various sources and causes of fetal infection within the womb. The article also tackles some problems concerning complications during pregnancy and labour, and fetal lesions.

M. Mägi, M. Martinson, L. Kallas, V. Suvidov, A. Levin — A case of congenital oesophageal atresia

The authors describe the case of a newborn infant with congenital oesophageal atresia who was admitted to the Tallinn Clinical Children's Hospital. An accurate, timely diagnosis and immediate surgical intervention, in the first few hours of life, and an adequate pre- and postoperative intensive care guaranteed a good treatment result. The authors point out that the management of respiratory distress in essential and airway should be maintained by clearing unwanted material from the trachea of the newborn infant; ventilatory assistance is indicated and oxygen should be given through the PEEP valve.

Training of personnel

O. Tamm, M. Kivilo — Current views on health education

This article deals with current problems of health education on our Republic. The House of Health Education and the Council of Health Education play an important role in drawing up complex plans of health education and in co-ordinating the work in this field. It is also concluded that health administrators should advance in health knowledge.

A. Valdes — Medical activities of my father Otto Valdes

U. Podar — Albert Valdes as an outstanding teacher

A. Valdes (1884—1971) was not only an able scientist and organizer of patho-anatomical service, but also an outstanding teacher who was held in high esteem by his former colleagues. This article describes his individual style of teaching characterized by his numerous illustrations, tables and references which added to the value of his important lectures to medical students. His lectures contained essential knowledge to medical students, as well as to doctors.

P. Bogovski — Professor A. Valdes as an educator of physicians and scientists

This article deals with the author's personal impressions of professor A. Valdes. In addition to pathology, professor A. Valdes also taught his students general principles of systematic learning and how to master practical skills in scientific work, in handling the literature, in experimental manipulations, in microphotography etc.

His principles of deontology of scientific work included discussing the theme of investigation thoroughly before starting a study, familiarizing oneself with the literature and precisely recording everything connected with an experiment or study. The data obtained had to be clearly separated from those of other investigators.

Professor A. Valdes mentioned always, with great reverence, his teacher professor V. A. Afanasyev. The pupils of professor A. Valdes have a similar respect for their former teacher.

Conferences and meetings

Our heroes of the day

V. Sillastu — Publications by Albert Valdes

Albert Valdes, former professor of patho-anatomy at Tartu University, wrote a number of articles and books providing valuable information on problems in the medical and allied health fields including patho-anatomy, medical teaching, history of medicine and culture, popular science and medical terminology.

V. Laos — Two volumes of «Latin-Estonian-Russian Medical Dictionary» by A. Valdes and J. V. Veski

Necrologies

Chronicle

Soviet Estonian scientists' publications abroad

English text edited and translated by E. Saarnok

Nõukogude Eesti Tervishoid

1984

SISUKORD

Bogovski, P. — Onkologia aktuaalseid ülesandeid ja uurimisprobleeme
Laane, P. — Kardioloogia areng ja perspektiivid
 Maailma arstide üleskutse tuumavõidurelvas-tumise lõpetamiseks
Riikjärv, M.-A. — Pediaatrilise abi aktuaal-seid probleeme
Rätsep, V. — Meie vabariigi tervishoiuas-
 tuste tööst
Rätsep, V. — Uued ülesanded

TERVISHOIJUHT TÄNAPÄEVAS

Saarma, J. — Tervishoiuasutuse juhi osa medit-siinideontoloogias

TEORIA JA PRAKTIKA

Aareleid, T. — Rinnavähahaigete elulemus Eesti NSV-s aastail 1968... 1981
Birk, K. — Aktuaalset sanitaarmikrobioloogias
Boston, L., Palgi, K., Past, A. — Seedetrakti-haiguste struktuur ja epidemioloogia lastel
Ehlvest, M., Sarv, I., Tammai, L. — Laste gastroenteriidid ja rotaviirus
Etlin, S., Rodin, A., Krooni, P., Sossulin, V. — Elukeskkonna saastatuse osa pahaloomulistest kasvajatest põhjustatud haigestumuses Eesti NSV põlevkivibasseini elanikel
Gussak, I. — Südame rütmihäirete uurimine transsofagealse elektrostimulatsiooni abil
Hint, E., Tekkel, M., Purde, M. — Intervall-vähk
Jürimäe, T., Viru, E. — Üliõpilaste kehakaal
Karu, K. — Vasaku südamevatsakese kontrakt-sioonivõime muutused varajasel infarktjärgsel perioodil
Kaur, S., Tähepõld, A., Madisson, A. — Süüfil-lishaigete vereseerumi valgulise koostise muu-tused
Kutsar, K., Kasesalu, G. — Pneumooniamüko-plasma immunofluorentsentsdiagnoosimine
Lenzner, A., Nuiamäe, P. — Kalnberzi aparadi kasutamise võimalustest puusanapamurdude puhul
Lintsi, M., Laane, E. — Südame massi ja diastoli kestuse muutused surmaga lõppenud müokardi-infarkti juhtudel
Loogna, N., Tatar, T. — Fotosensibilisatsioon
Margulis, N., Rumm, A., Pullisaar, H., Krainja-ja, I. — Mõningaid sotsiaal-hügieenilisi tegu-reid hingamiseldite tuberkuloosi haigestu-misel
Mesila, I., Mesila, A. — Hüpertooniatõbi kuni 60-aastastel Tartu Kliinilise Haigla prosektuuri lahanguandmeil

Paapstel, A., Sulling, T., Mölder, V., Annus, R., Meren, T. — Vasaku südamevatsakese aneu-rüsmi kirurgiline ravi 102
Padrik, V., Gross, K., Kallikorm, A., Zilmer, K. — Hüpofüüsi gonadotroopne funktsioon mu-nasarjakasvajatega haigetel 171
Planken, A., Teevet, J.-T. — Ühest uuest meeto-dist meditsiinilise andmematerjali töötlemi-sel 264
Pokk, L. — Aordianeürüsmid Tartu prosektuu-ri lahangumaterjali põhjal 106
Pokk, T., Pokk, L. — Kliinilistest diagnoosimis-vigadest Tartu prosektuuri lahanguandmeil 250
Poola, H., Sibul, U. — Mõningaid sapiteede ja kõhunäärme kirurgia probleeme 29
Päi, L., Vihlajeva, S. — Isohemaglutiniinide tiitrite määramine reumaatiliste haiguste puhul 323
Rahu, M., Hakulinen, T., Aareleid, T., Lehto-nen, M., Teppo, L., Vanaselja, T. — Vähihai-gestumuse muutumine Eesti NSV-s ja Soomes aastail 1971... 1980 247
Reinaru, J., Märtn, J., Rooväli, S. — Viirus-hepatiidi epideemilise protsessi kulg Kingis-sepa rajoonis 330
Reino, U., Mironov, A., Varik, K. — Vesiko-ureteraalse reflukseerumise vormide diagnoo-simine lastel 27
Russak, S., Saag, M., Vasar, R., Leibur, E., Karu, H. — Statoloogilised haigused üli-õpilastel 32
Rõigas, E. — Suguühtel levivate haiguste tõrje mõningaid aspekte 22
Saks, K., Maaroo, J., Altraja, E. — Koor-mus-EKG südame isheemiatõve diagnoosimi-sel: ST-segmeni ja R-saki amplituudi muutus-te informatiivsus 94
Salupere, V. — Insuloom 180
Salupere, V. — Maksatsirroosi diagnoosimise raskusi 326
Schotter, L. (sen.), Schotter, L. (jun.) — Lühi-nägevuse kirurgiline parandamine 259
Sillastu, V. — Kõri epiteeli hüperplastilised protsessid ja kasvajak (biopsiamaterjali ana-lüüs) 424
Silm, H. — Atoopilise dermatiidi kliinilised iseärasused ja haiguse kulgu soodustavad tegurid 338
Suurorg, L., Tamm, L. — Hemodünaamika muutused süsteemsete sidekoehaiguste puhul lastel 410
Zemtsovski, M. — Vereseerumi lipiidide sisal-dus infarktieelses seisundis haigetel 92
Zemtsovski, M., Valgma, K., Altraja, E. — Vereseerumi lipiidide ja lipoproteiidide sisal-dus koronaarteroskleroosi põdejail 257
Talvoja, H. — Bibliomeetriline analüüs kantse-rogeensete N-nitrosoühendite alase kirjanduse uurimisel 261
Teesalu, R., Narbekov, J., Kask, T. — Fenta-nüüli suure annuse toime hemodünaamikasse ja organismi hapnikutarbimisesse südame isheemiatõbe põdejatel 89
Thomson, H. — Vähiregistreerimise kvaliteet Eesti NSV-s 167

Tobreluts, M., Püttsepp, E., Reintam, M.-A., Leesik, H., Lindpere, O. — Aspiratsioonibiopsia perifeerset kopsuvarjustuste diagnoosimisel.
Uusküla, M. — Müoglobiinisisalduse radioimmunoloogiline määramine vereseerumis südameelihase infarkti varajaseks diagnoosimiseks

Vahula, I., Lokk, E., Naumov, V. — *Salmonella typhimurium*'i bioloogiliseomaduste uurimise tähtsus salmonelloosidesse haigestumise analüüsil

Valdes, A. — Kliiniline ja patoloogilis-histoloogiline diagnoos (taastrükk aastast 1934)

Valdes, V. — Sidekoe reparatsioonihäired operatsioonide tüstusena

Vassilenko, V., Tamm, O., Jõgiste, A., Tšernõšova, M., Martin, J., Beršenjova, G., Tšumak-Zun, N., Vodka, B. — Looduskoldelised viirusinfektsioonid Eesti NSV-s. I

Velbri, S., Rootsi, H., Härmat, H., Sergo, M., Erilas, V. — Alfafetoproteiini määramise tähtsus väärengute diagnoosimisel

Volož, O., Tagger, U., Solodkaja, E., Kaljuste, T. — Südame isheemiatõve riskitegurid epidemioloogilise uurimise andmeil

ÜLEVAATED

Birkenfeldt, R., Villmann, C. — Meteolabiilsus ja metetroopsed haigused

Boston, L. — Lehmapiimavalgu talumatus esimestel eluaastatel

Gross, K. — Üsasise nakkuse tänaseid probleeme

Kaik, J. — Elektrokardiogramm südame endokardiaalse elekterstimulatsiooni puhul

Leisner, U. — Üsasise arengu retardatsioon

Maramaa, S. — Antikehi kandvad bakterid kuseteede nakkuste korral

Oskolkova, S. — Hemosorptsioon ja hemodialüüs psüühiliselt haigete ravis

Otter, M., Võsumaa, E. — Ravimite teratogeensus ja embrüotoksiline toime

Priimägi, L. — Aktuaalseid viroloogiaprobleeme Eesti NSV tervishoiupraktikas

Raudam, E., Paimre, R. — Lülisambakanali nimmeosa ahenemise sündroomid

Soopõld, U. — Vasaku südamevatsakese infarktjärgne aneurüsm

Subi, K. — Respiraatorsetest viirustest põhjustatud seganakkused

Teesalu, S., Roosalu, M., Kaasik, A.-T., Ilomets, T., Raidaru, G. — Vaimse ja emotsionaalse pinget ning kehalise koormuse mõju süsivesikute sisaldusele inimese süljes

Varik, M., Lindström, S. — Terapeutiline plasmaferees

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

Kutsar, K. — Francis Bacon teadusest ja meditsiinist

Kutsar, K. — Hegeli dialektika ja tema vaated meditsiinile

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

Annus, M. — Õppimisvõimalused Tallinna Linna Kliinilises Lastehaiglas

Paju, A., Kuhlberg, L. — Rahvameditsiini aspekte

Purde, M., Hint, E. — Rinnavähi avastamise ja arvelevõtmise praktilisi aspekte

Tamm, O., Martin, J. — Nakkushaiguste profülaktika aktuaalseid probleeme

Truupõld, U. — A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratoorium ja Kliinik

Umanski, S., Martin, J., Naumov, V. — Salmonelloosid Eesti NSV-s

Vahter, H. — Gonorröaprobleeme

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

Haavel, A., Haavel, H. — Palliatiivne kolestüstoduodenostoomia

Maaroos, H.-I. — Lümfogranulomatoosi abdominaalne vorm

Mesikepp, A., Eha, J., Laks, T., Gross, J., Pullisaar, O. — Intrakoronaarne ravi 26-aastaselt infarktahaigel

Mägi, M., Martinson, M., Kallas, L., Suvidov, V., Levin, A. — Kaasasündinud söögitoruarteriaalsed juht

Pruunsild, T., Sillastu, V., Kööbi, U. — Kopsude idiopaatilise hemosideroosi juht

Päi, T. — Jersinioosne artriit

Rattasepp, E., Sildver, L. — Sepsise puhune sklereem enneaegsel vastsündinul

Salupere, V. — Sapiteede hüpoplaasia

Sepp, L.-I., Varik, M. — Hemorraagiline diatees müeloomtõbe põdejail

Sepp, M. — Tüüstunud maohaavandijuht lapsel

MÖTTEVAHETUS

Riiv, J. — Kardioloogiakommentaare (mõtteid seoses Eesti NSV kardioloogide IV konverentsiga)

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

Loogna, B. — Ägedate mürgituste esmaabi

ARSTITEADUSE AJALOOST

Bogovski, P. — Professor A. Valdes arstide ja teadlaste kasvatajana

Freiberg, I. — Lastekirurgia Eestis

Gustavson, H. — Apteekide juubelid 1984. aastal

Kalnin, V. — Jevgeni Sepilevski ja Tartu Ülikool

Mägi, H. — 40 aastat Tallinna Meditsiinikooli

Podar, U. — Albert Valdes õppejõuna

Podar, U. — 125 aastat Vjatšeslav Afanasjevi sünnist

Tallmeister, E. — 300 aastat mikroorganismide avastamisest

Valdes, A. — Minu isa Otto Valdese meditsiinilise tegevusest

Viru, A. — Mälestades Hans Selyed

SANITAARHARIDUSTÖÖ

Brus, H. — Terviseülikool — teeviit tervisele (15 aastat Tervise Rahvaulikooli osakonda «Teile, naised»)

Tamm, O., Kivilo, M. — Aktuaalset sanitaarharidustöö

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

Kõiv, V. — Uue Jõgeva Rajooni Keskhaigla esimene tööaasta

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Alter, E. — Eesti NSV Sanitaarteenistuse Keskastme Meditsiinitöötajate Seltsi XXX konverents

Birk, K., Leesment, L. — Keskkonnahügieeni teaduslikke aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni väljasõidupleenum	
Ellamaa, A. — Esimene üleliiduline seminar kodumaiste leiutiste kasutamisest neurokirurgias	
Elšteín, N. — Esimene vabariiklik jaoskonnarstide konverents	
Elšteín, N. — Ülevabariigiline juhtivate terapeutide nõupidamine	
Hint, E. — Vastastikuse Majandusabi Nõukogu liikmesriikide ekspertide nõupidamine	
Holstein, A. — Esimene üleliiduline nõupidamine sanitaar- ja epidemioloogiategenistuse organisatsiooni alal	
Jannus, A. — Kolmas üleliiduline õppemetoodikakonverents	
Kahn, H. — Toksikoloogiaseümposioon «Toksiliste ainete toime varajane avastamine organismis»	
Kaldma, S. — Akušööride-günekoloogide XIV üleliiduline kongress	
Kalnin, V. — Seminar «Museoloogia aktuaalseid küsimusi»	
Kalnin, V. — Seminar «Selektiivsete elektroodide kasutamine keskkonna saastatuse uurimisel»	
Kalnin, V. — TRÜ ajaloo VI laiendatud sessioon «Tartu Ülikooli osa teadus- ja kultuuri loos»	
Kapral, H. — II üleliiduline merebasseini keskhaglate paarastide nõupidamine	
Kauba, T., Noormaa, U., Schotter, A., Tomberg, T. — I üleliiduline ajuvereringe füsioloogia, patofüsioloogia ja farmakoloogia konverents	
Kelk, J. — Eesti NSV endokrinoloogide VIII konverents	
Kivilo, M. — Üleliiduline seminar «Elanikkonna hügieenialane kasvatus haiguste profülaktika ja tervise tugevdamise süsteemis»	
Laos, V. — Tervishoiuorganisaatorite ülevabariigiline nõupidamine	
Lenzner, A. — Balti liiduvabariikide kõrgkoolide meditsiinimikrobioloogide nõupidamine	
Lenzner, A. — I üleliiduline gnotobioloogiakonverents	
Lenzner, A. — Gastrointestinaalse mikroökoloogia alane rahvusvaheline sümpoosion	
Liiv, A. — Narkoloogide ja psühholoogide nõupidamine	
Liiv, A. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia meditsiinipsühholoogia probleemikomisjoni väljasõiduistung	
Liiv, A. — Psühhiaatrite vabariiklik seminar	
Liiv, A. — Rahvusvaheline sümpoosion alkoholismi bioloogilistest alustest	
Liiv, A. — Vabariiklik pedagoogide, juristide, meditsiinitöötajate seminar alkoholismitõrje alal	
Liiv, A. — Vabariiklik psühhiaatrite seminar	
Lond, E., Suurmaa, K. — Üleliidulise Gastroenteroloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudi XI teadusessioon	
Loogna, G. — Vastastikuse Majandusabi Nõukogu liikmesriikide ekspertide istungid	
Loogna, G. — V üleliiduline sümpoosion «Kantserogeensed N-nitrosoühendid ja nende prekursorid — moodustumine ja määramine ümbritsevas keskkonnas»	
Mägi, M., Mehilane, L. — Eesti NSV neuroloogide, neurokirurgide ja psühhiaatrite II kongress	
Märtin, J. — Nakkushaiguste tõrje alane üleliiduline nõupidamine	
Niit, M. — V üleliiduline toitlusseminar	
Paapstel, A. — Üleliiduline sümpoosion südame isheemiatõve kirurgilise ravi alal	131
Poola, H. — Balti liiduvabariikide kirurgide vältimatu kirurgia alane IV teaduslik-praktiline konverents	54
Primägi, L. — I. I. Metšnikovi nimelise Seltsi üleliiduline kongress	217
Põlluste, J. — Vabariiklik sümpoosion «Bronhiaalobstruktsiooni diagnoosimine ja ravi»	134
Reinaru, J. — Viirushepatiidsümpoosion	49
Riikjärv, M.-A. — Pediaatriaalane nõupidamine	379
Rumm, A. — Üleliiduline tuberkuloosialane nõupidamine Tallinnas	447
Saava, M. — Vitamiinoloogiaseümposioonil	51
Sarap, A. — Üleliiduline teaduskonverents	135
Sibul, U. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia probleemikomisjoni «Kõhuõõne elundite kirurgia» pleenum	380
Sillam, A. — Füüsikaliste Tegurite Teadusliku Komitee ning Kutsehügieeni Alalise Komisjoni ja Rahvusvahelise Assotsiatsiooni töökoosolek	302
Sillastu, H. — Rahvusvaheline sümpoosion BCG-vaktsiinide ja tuberkuliinide alal	138
Sillastu, H. — Rahvusvaheline sümpoosion difuusete kopsukahjustuste diagnoosimise ja ravi alal	136
Sillastu, H. — Rahvusvahelise Tuberkuloositõrje Liidu aastakoosolek	138
Tikk, A. — IV Balti liiduvabariikide neurokirurgide konverents	51
Vahter, H. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Dermatoveneroloogia Nõukogu pleenumil	51
Vassilenko, V. — Üleliidulise probleemikomisjoni «Arboviirused» pleenum	299
Veinpalu, E. — VIII üleliiduline füsioterapeutide ja kurortoloogide kongress	136
Veinpalu, E. — Sümpoosion «Profülaktika, ravi ja rehabilitatsiooni printsiibid ning meetodid mittefarmakoloogiliste vahenditega»	136
Velbri, S. — Üleliiduline konverents «Immuunsüsteemi osatähtsus lümfoproliferatiivsete haiguste patogeneesis»	302
Viru, A. — Üleliidulised adaptatsioonialased sümpoosionid	446
Värnik, A. — Üleliidulistel suitsidoloogiaalastel seminarinõupidamistel	134
ARSTIDE SELTSIDES	
Arro, G. — Eesti NSV Ftisiaatrite Teaduslikus Seltsis	62
Kauba, T. — L. Puusepa nimelise Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Teadusliku Seltsi seminar	222
Kivi, E. — Kingissepa Arstide Teaduslikus Seltsis	384
Laos, V. — Eesti NSV Terapeutide Seltsi ja probleemikomisjoni ühine istung	222
Maaroos, H.-I. — Eesti NSV Gastroenteroloogi Teaduslikus Seltsis	383
Rebane, L. — 30 aastat Pärnu meditsiiniseltses	138
Reinaru, J. — Eesti NSV Immunoloogide Teaduslik Selts	305
Rumm, A., Sauemägi, L. — Leedu NSV Ftisiaatrite Vabariikliku Teadusliku Seltsi VI konverents	385
Tamm, L. — Eesti NSV Lastearstide Teadusliku Seltsi juhatusel laiendatud pleenum	140
Tamm, L. — Eesti NSV Lastearstide Teadusliku Seltsi juhatusel laiendatud pleenum	305
Vapra, A. — Eesti NSV Reumatoloogide Teaduslikus Seltsis	306
Veldre, I. — Eesti NSV Hügienistide ja Tervishoiuorganisaatorite Teadusliku Seltsi hügienistide sektsiooni väljasõiduistung	385

Viru, A. — I. P. Pavlovi nim. Üleliidulise Füsioloogide Seltsi XIV kongress 62

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Allikmets, L. — Meditsiiniline kõrgharidus — kuhu suundume? 287
Kohtla-Järve Meditsiinikooli lõpetajad 1984. aastal 374
Maaroos, I. — Maie Lövi-Kalnin arstiteaduse doktoriks 434
Pullat, R. — Kandidaadidissertatsioon Eesti meditsiiniajaloo 435
Zobel, P. — Tehnoloogproviisorid täiendavad erialateadmisi 207
Zupping, R. — Kaitsti kandidaadiväitekirja Tallinna Meditsiinikooli lõpetajaid 1984. a. 290, 372
Tartu Meditsiinikooli lõpetajaid 1984. a. 290, 373
Teaduslikke kutseid 206
TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1984. aastal 371

MEIE JUUBILARE

Ain-Elmar Kaasik 388
Aino Annus 452
Boris Luik 303
Elna Martson 388
Endla Kroon 387
Erik Siliksaar 386
Eugen Murašev 451
Evi Hint 141
Fernanda Bochmann 61
Georg Loogna 451
Hans Pullisaar 220
Heiki Kask 61
Heinar Tedrema 221
Heino Lutsoja 221
Heinu Pöder 221
Helgi Veerme 304
Heljo Preem 452
Helju Paasma 221
Helle Leesik 387
Helve Luide 142
Helve Mill 452
Inga Freiberg 219
Ingeborg Veldre 142
Jüri Teras 220
Jüri Väli 387
Kadri Gross 449
Laine Trapido 220
Lea Praks 220
Lehte Rebane 142
Lydia Rivis 386
Madis Martinson 304
Manfred Mägi 219
Maret Ehlvest 386
Niina Poklonskaja 142
Nils Sachris 61
Reinhold Birkenfeldt 304
Selma Laanes 303
Silvia Reino 387
Uno Podar 141
Vaike Kapral 219
Veera Gubareva 304
Vilbert Harjo 303
Virve Rass 452
Vladimir Lemarinje 141
Vsevolod Grüntal 451
Öie Reisberg 388

MITMESUGUST

Elšteín, N. — Rootsi kardioloogiaprofessor Gunnar Björck Eesti NSV-s 308

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

Laos, V. — A. Valdese ja J. V. Veski «Ladinaeesti-vene meditsiinisõnaraamat» kahes köites 457
Sillastu, V. — Albert Valdese publikatsioonidest 453

IN MEMORIAM

Antonida Svitškarjova 24. IV 1925 2. XII 1983 147
Dotsent Väino Mandel 18. X 1927 31. VII 1984 462
Erich Kongo 3. II 1913 20. X 1983 146
Ei ole enam Mari Soolot 1. VI 1893 9. IX 1984 463
Herman Viidik 12. V 1909 14. X 1983 64
Professor Kaljo Pöder 10. IV 1932 6. IV 1984 224
Tatjana Bogovskaja 29. X 1896 28. II 1984 223

VÄLISMAALT

Zupping, R. — Teaduslikul lähetusel Ameerika Ühendriikides 143

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

Kull, R. — Tänapäeva terminoloogiatöö põhimõtted 65

UUSI RAVIMEID

Jürison, A. — Dimetpramiid, sulfasiin 148
Jürison, A. — Estimaal, polüsponiin 226
Jürison, A. — Fenikaberaan, kloseptiid 389
Jürison, A. — Nitroglütseriin želatiinkapslites, trinitrólong 464

ASKLEPIOSE KLUBIS

Laos, V., Brus, H. — Profülaktika aktuaalseid probleeme tervishoius 55

TOIMETUSE VEERG 152, 225

KROONIKA 71, 149, 227, 310, 390, 464

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused 153, 313
 Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 234, 313, 467

MEDITSIINITEHNIKA

Luts, L., Krigul, E. — Aplikaator alalisvoolu- ja ultraheliprotseduuride sünkroonseks läbiviimiseks 306

СОДЕРЖАНИЕ

Боговский П. А. — Актуальные задачи и проблемы онкологии
Лаане П. Г. — Развитие и перспективы кардиологии
 Призыв врачей мира к прекращению гонки ядерных вооружений
Рийкъярв М.-А. Ф. — Актуальные проблемы педиатрической помощи
Рятсеп В. Й. — Новые задачи
Рятсеп В. Й. — О работе учреждений здравоохранения нашей республики

РУКОВОДИТЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕГОДНЯ

Саарма Ю. М. — Роль руководителя медицинского учреждения в медицинской деонтологии

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Аарелейд Т. П. — Выживаемость больных раком молочной железы в Эстонской ССР в 1968 ... 1981 гг.
Бирк К. Ф. — Актуальные вопросы санитарной микробиологии
Бостон Л. Я., Палли К. Ю., Паст А. Э. — О структуре и эпидемиологии заболеваний пищеварительного тракта
Вальдес А. О. — Клинический и патологистологический диагноз (факсимим издания 1934 г.)
Вальдес В. А. — Нарушение соединительнотканной репарации как послеоперационное осложнение
Василенко В. А., Тамм О. М., Чернышова М. Г., Мяртин Я. К., Старкова Л. Л., Берсенева Г. К., Чумак-Жунь Н. Ф. — Природно-очаговые вирусные инфекции в Эстонии. I
Вахула И. А., Локк Э. Ф., Наумов В. А. — О значении определения биологических свойств *S. typhimurium* при анализе заболеваемости сальмонеллезами
Вельбри С. К., Ротос Х. О., Хярмат Х. Л., Серго М. С., Эрилас В. О. — Значение определения альфа-фетопротейна в диагностике уродств
Волож О. И., Таггер Ю. Х., Солодкая Э. С., Кальюсте Т. И. — Факторы риска ишемической болезни сердца (ИБС) по данным эпидемиологического исследования
Гуссак И. Б. — Изучение сердечной аритмии посредством чреспищеводной электростимуляции
Земцовский М. З. — Липиды сыворотки крови у больных в предынфарктном состоянии
Земцовский М. З., Валгма К. А., Алтрая Э. М. — Липиды и липопротеиды сыворотки крови у больных с ангиографически документированным атеросклерозом венечных артерий сердца
Кару К. Г. — Об изменениях сократительной способности левого желудочка в ранней стадии инфаркта миокарда
Каур С. Л., Тяхепылд А. К., Мадиссон А. Р. — Изменения белкового состава сыворотки крови у больных сифилисом
Кутсар К. К., Казесалу Г. С. — О иммунофлуоресцентной диагностике микоплазменной инфекции
Ленцнер А. А., Нуйамяэ Р. Ф. — Возможности использования аппарата Калн-

берза при лечении переломов вертлужной впадины
Линтси М. Э., Лаане Э. Я. — О соотношении массы сердца и длительности диастолы при летальных случаях инфаркта миокарда
Лоогна Н. А., Татар Т. О. — Фотосенсибилизация
Маргулис Н. Ю., Румм А. А.-Ю., Пуллисаар Х. П., Крайняя И. А. — Некоторые социально-гигиенические факторы при заболеваниях туберкулезом органов дыхания
Месила И. И., Месила А. К. — Гипертоническая болезнь у лиц в возрасте до 60 лет по данным секционного материала прозектуры Тартуской клинической больницы (1973 ... 1982)
Паапстел А. В., Суллинг Т.-А. А., Мельдер В. Ю., Аннус Р. Э., Мерен Т. Р. — Хирургическое лечение аневризмы левого желудочка сердца
Падрик В. К., Гросс К. Я., Калликорм А. П., Цильмер К. Я. — О гипофизарной гонадотропной функции у больных опухолями яичников
Планкен А. А., Тээвет Дж.-Т. Э. — О применении нового метода при обработке и анализе медицинских данных
Покк Л. Р. — Аневризмы аорты на секционном материале
Покк Т. А., Покк Л. Р. — Об ошибках клинической диагностики на основании секционных данных прозектуры г. Тарту
Поола Х. С., Сибуль У. Ф. — Некоторые проблемы хирургии желчных путей и поджелудочной железы
Пяй Л. Т., Вихляева С. В. — Об определении титров изогемагглютининов при ревматических заболеваниях
Раху М. А., Хакулинен Т., Аарелейд Т. П., Лехтонен М., Теппо Л., Ванаселья Т. И. — Изменение заболеваемости раком в Эстонской ССР и Финляндии в 1971 ... 1980 гг.
Рейнару И. К., Роовяли С. А., Мяртин Я. К. — Эпидемический процесс вирусного гепатита в Кингисепском районе
Рейно У. А., Миронов А. В., Варик К. Е. — О диагностике форм пузырно-мочеточникового рефлюксирования у детей
Руссак С. А., Саар М. Х., Васар Р. А., Лейбур Э. Э., Кару Х. Х. — О распространенности стоматологических заболеваний у студентов
Рыйгас Э. М. — Некоторые аспекты борьбы с венерическими заболеваниями
Сакс К. К., Маароос Я. А., Алтрая Э. М. — Информативность сегмента ST и амплитуды зубца R нагрузочной ЭКГ в диагностике ишемической болезни сердца
Салупере В. П. — Инсулома
Салупере В. П. — Трудности диагностики цирроза печени
Силласту В. А. — Гиперпластические процессы и опухоли эпителия гортани (анализ биопсического материала)
Сильм Х. А. — О клинических особенностях и сопутствующих факторах атопического дерматита
Суурорр Л. Э., Тамм Л. Я. — Об изменениях гемодинамики при системных заболеваниях соединительной ткани у детей
Талвоя Х. Г. — Библиометрический анализ при изучении канцерогенных N-нитрозо соединений
Тээсалу Р. В., Нарбеков Е. Л.-О., Каск Т. Ю. — Влияние большой дозы фентанила на гемо-

динамику и утилизацию кислорода организмом у больных ишемической болезнью сердца
Тобрелутс М. Р., Пюттсепп Э. Й., Рейнтам М.-А. А., Леэсик Х. П., Линдпере Ы. А. — Аспирационная биопсия в диагностике периферических затемнений легких
Томсон Х. Ф. — Качество регистрации рака в Эстонской ССР
Уускула М. М. — Значение радиоиммунологического определения содержания миоглобина в сыворотке крови для ранней диагностики инфаркта миокарда
Хинт Э. К., Теккель М. Ю., Пурде М. К. — Интервальный рак молочной железы
Шоттер Л. Х., Шоттер Л. Л. — Хирургическое исправление близорукости
Этлин С. Н., Родин А. Н., Кроони П. Э., Сосулин В. А. — К вопросу о роли загрязнения окружающей среды в заболевании злокачественными опухолями населения сландцевого бассейна Эстонской ССР
Эхлвст М. А., Сарв И. Р., Таммай Л. В. — Гастронтериты и ротавирус у детей
Юримяз Т. А., Виру Э. А. — Состав тела у студентов

ОБЗОРЫ

Биркенфелдт Р. Р., Виллманн Ч. И. — Метеолабильность и метеотропные заболевания
Бостон Л. Я. — Непереносимость белков коровьего молока
Варик М. Я., Линдстрём С. Л. — О терапевтическом плазмозерее
Гросс К. Я. — Современные аспекты инфицирования внутриутробного плода
Кайк Ю. Л. — Электрокардиограмма при электрической эндокардиальной стимуляции сердца
Лейснер У. Т. — Ретардация развития внутриутробного плода
Марамая С. Я. — Бактерии-носители антител при инфекции мочевых путей
Осколкова С. Н. — Гемосорбция и гемодиализ в лечении психически больных
Оттер М. Я., Вызумаа Э. А. — Эмбриотоксическое и тератогенное действие лекарств
Приймаги Л. С. — Актуальные научные и практические проблемы вирусологии
Раудам Э. И., Паймре Р. И. — Синдромы сужения поясничной части позвоночного канала
Соопылд Ю. Х.-В. — Постинфарктная аневризма левого желудочка сердца
Суби К. Х. — Смешанные респираторные вирусные инфекции
Тээсалу С. А., Роосалу М. О., Каазик А.-Т. М., Илометс Т. Я., Райдару Г. И. — Влияние умственного и эмоционального напряжения и физической нагрузки на содержание углеводов в слюне человека

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА

Кутсар К. К. — Фрэнсис Бэкон о науке и медицине
Кутсар К. К. — О диалектике Гегеля и его взглядах на медицину

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Аннус М. А. — Возможности продолжения учебы в Таллинской городской клинической детской больнице

Вахтер Х. Т. — О проблемах гонореи 40
Паю А. Ю., Кухлберг Л. Э. — Аспекты народной медицины 369
Пурде М. К., Хинт Э. К. — Практические аспекты выявления и учета случаев рака молочной железы 196
Тамм О. М., Мартин Я. К.-А. — Актуальные проблемы профилактики инфекционных заболеваний 119
Труупыльд У. Р. — Научно-исследовательская лаборатория металлоостеосинтеза с клиникой им. А. Сеппо 198
Уманский С. Ш., Мартин Я. К., Наумов В. А. — Сальмонеллезы в Эстонской ССР 42

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

Маароос Х.-И. Г. — Абдоминальная форма лимфогранулематоза 116
Мезикепп А. Х., Эха Я. Э., Лакс Т. З., Гросс Ю. Р., Пуллисаар О. Х. — Использование внутрикоронарных методов при лечении 26-летнего больного инфарктом миокарда 114
Мяги М. О., Мартинсон М. Р., Каллас Л. Х., Сувидов В. С., Левин А. Н. — Случай врожденной атрезии пищевода 431
Пруунсилд Т. Р., Силласту В. А., Кёэби У. О. — Случай идиопатического гемосидероза легких 284
Пяй Т. Л. — Иерсиниозный артрит 204
Раттасеп Э. Ю., Сиддвер Л. М. — Септическая склерома у недоношенных детей 201
Салупере В. П. — Гипоплазия желчных путей 44
Сепп Л.-И. О., Варик М. Я. — О геморрагическом диатезе у больных миеломой 202
Сепп М. Э. — Случай осложненной язвы желудка у ребенка 118
Хаавель А. А., Хаавель Х. А. — Паллиативная холецистодуоденостомия 367

ОБМЕН МНЕНИЯМИ

Рийв Й. Я. — Проблемы кардиологии 122

В ПОМОЩЬ ФЕЛЬДШЕРАМ И СЕСТРАМ

Лоогна Б. Б. — О первой медицинской помощи при острых экзогенных отравлениях 125

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Боговский П. А. — Профессор А. О. Вальдес как воспитатель врачей и ученых 444
Вальдес А. О. — О медицинской деятельности моего отца Отто Вальдеса 438
Виру А. А. — Вспоминая Г. Селье 292
Густавсон Х. А. — Юбилейные аптеки 1984 года 297
Калнин В. В. — Е. А. Шепилевский и Тартуский университет 374
Мяги Х. П. — Таллинскому медицинскому училищу 40 лет 215
Подар У. Я. — Альберт Оттович Вальдес как преподаватель 441
Подар У. Я. — 125 лет со дня рождения Вячеслава Алексеевича Афанасьева 128
Таллмейстер Э. Т. — 300 лет со времени открытия микроорганизмов 47
Фрейберг И. А. — О развитии детской хирургии в нашей республике 212

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Брус Х. Р. — Университет здоровья — курс на здоровье (15 лет Отделения народного университета здоровья «Вам, женщины»). 290

Тамм О. М., Кивило М. О. — Актуальные вопросы санитарно-просветительной работы

436

НОВЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Кийв В. П. — Йыгеваской районной центральной больнице — один год

209

КОНФЕРЕНЦИЯ И СОВЕЩАНИЯ

Алтер Э. А. — XXX конференция Общества медицинских работников средней ступени санитарной службы Эстонской ССР

447

Бирк К. Ф., Лезмент Л. К. — Выездной пленум Всесоюзной проблемной комиссии, посвященный научным основам гигиены среды

137

Василенко В. А. — Пленум Всесоюзной проблемной комиссии «Арбовирусы»

299

Вахтер Х. Т. — Пленум Совета дерматовенерологов Академии медицинских наук СССР

51

Вейнпалу Э. Ю. — VIII Всесоюзный съезд физиотерапевтов и курортологов

136

Вейнпалу Э. Ю. — Симпозиум «Принципы и методы профилактики, лечения и реабилитации нефармакологическими средствами»

136

Велбри С. К. — Всесоюзная конференция «Роль иммунной системы в патогенезе лимфопролиферативных заболеваний»

302

Виру А. А. — Всесоюзные симпозиумы по вопросам адаптации

446

Вярник А. А. — Всесоюзный семинар-совещание по суицидологии

134

Калдма С. О. — XIV Всесоюзный съезд акушеров-гинекологов

53

Калнин В. В. — Семинар «Актуальные вопросы музееведения»

382

Калнин В. В. — Семинар «Применение селективных электродов при изучении загрязненности окружающей среды»

216

Калнин В. В. — VI расширенная сессия по истории ТГУ «Роль Тартуского университета в истории науки и культуры»

217

Капрал Х. А. — II Всесоюзное совещание главных врачей центральных больниц морского бассейна

49

Кауба Т. Ф., Ноормаа У. А., Шоттер А. В., Томберг Т. А. — I Всесоюзная конференция по вопросам физиологии, патофизиологии и фармакологии мозгового кровообращения

382

Кахн Х. А. — Симпозиум по токсикологии «Раннее обнаружение действия токсических веществ в организме»

133

Келк Я. Й. — VIII конференция эндокринологов Эстонской ССР

377

Кивило М. О. — Всесоюзный семинар «Гигиеническое воспитание населения в системе профилактики заболеваний и укрепления здоровья»

382

Лаос В. А. — Республиканское совещание организаторов здравоохранения

132

Ленцнер А. А. — Международный симпозиум, посвященный современному состоянию и перспективам гастроинтестинальной микробиологии

448

Ленцнер А. А. — I Всесоюзная конференция по вопросам гнотобиологии

383

Ленцнер А. А. — Совещание медиков-микробиологов высших школ прибалтийских республик

448

Лийв А. А. — Выездное заседание проблемной комиссии по медицинской психологии Академии медицинских наук СССР

52

Лийв А. А. — Международный симпозиум по биологическим основам алкоголизма

54

Лийв А. А. — Республиканский семинар педагогов, юристов, медицинских работников по борьбе с алкоголизмом

299

Лийв А. А. — Республиканский семинар психиатров

298

Лийв А. А. — Республиканский семинар психиатров

379

Лийв А. А. — Совещание наркологов и психологов в Таллине

299

Лонд Э. Р., Суурмаа К. Э. — XI научная сессия Всесоюзного Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии

218

Лоогна Г. О. — X Всесоюзный симпозиум «Канцерогенные N-нитрозосоединения и их прекурсоры — образование и определение в окружающей среде»

300

Лоогна Г. О. — Заседания экспертов государств-членов Совета экономической взаимопомощи

50

Мяги М. А., Мехилане Л. С. — II съезд неврологов, нейрохирургов и психиатров Эстонской ССР

378

Мяртин Я. К. — Всесоюзное совещание по вопросам борьбы с инфекционными заболеваниями

301

Нийт М. Й. — V Всесоюзный семинар по детскому питанию

52

Паапстель А. — Всесоюзный симпозиум по вопросам хирургического лечения ишемической болезни сердца

131

Поола Х. С. — IV конференция хирургов прибалтийских республик

54

Приймаги Л. С. — XVII съезд Всесоюзного общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов им. И. И. Мечникова

217

Пыллусте Я. — Республиканский симпозиум «Диагностика и лечение бронхиальной обструкции»

134

Рейнару Й. К. — Симпозиум по вирусному гепатиту

49

Рийкъярв М.-А. Ф. — Совещание по вопросам педиатрии

379

Румм А. А. — Всесоюзное совещание по вопросам туберкулеза в Таллине

447

Саава М. Э.-В. — Симпозиум по витаминологии

51

Сарап А. А. — Всесоюзная научная конференция

135

Сибул У. Ф. — В проблемной комиссии «Хирургия органов брюшной полости» Академии медицинских наук СССР

380

Силлам А. Т. — Международное рабочее заседание по гигиенической проблеме общей вибрации

302

Силласту Х. А. — Годичное собрание Международного противотуберкулезного союза

138

Силласту Х. А. — Международный симпозиум по вакцинам ВСГ и туберкулинам

138

Силласту Х. А. — Международный симпозиум по диагностике и лечению диффузных легочных заболеваний

136

Тикк А. А. — IV конференция нейрохирургов Прибалтийских союзных республик

51

Хинт Э. К. — Совещание экспертов государств-членов Совета Экономической Взаимопомощи

137

Холштейн А. А. — Первое Всесоюзное совещание по вопросам организации санитарно-эпидемиологической службы

381

Элламаа А. Н. — Первый Всесоюзный семинар по применению отечественных изобретений в нейрохирургии

381

- Эльштейн Н. В. — Первая республиканская конференция участковых врачей
 Эльштейн Н. В. — Республиканское совещание ведущих терапевтов
 Янус А. Э. — Третья всесоюзная учебно-методическая конференция на тему «Актуальные проблемы управления»

В ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ

- Арро Г. А. — В Научном обществе фтизиатров Эстонской ССР
 Вапра А. Н. — В Научном обществе ревматологов Эстонской ССР
 Велдре И. А. — Выездное заседание секции гигиенистов Научного общества гигиенистов и организаторов здравоохранения Эстонской ССР
 Виру А. А. — XIV съезд Всесоюзного общества физиологии имени И. П. Павлова
 Кауба Т. Ф. — Республиканский семинар Общества неврологов, нейрохирургов и психиатров им. Л. Пуусеппа
 Киви Э. К. — В Кингисепском врачебном научном обществе
 Лаос В. А. — Объединенное заседание проблемной комиссии и Научного общества терапевтов Эстонской ССР
 Маароос Н.-И. Г. — В Научном обществе гастроэнтерологов Эстонской ССР
 Ребане Л. — 30-летняя годовщина медицинских обществ г. Пярну
 Рейнару Й. К. — Научное общество иммунологов Эстонской ССР
 Румм А. А.-Й., Сауэмяги Л. Р. — VI конференция Республиканского научного общества фтизиатров Литовской ССР
 Тамм Л. Я. — Расширенный пленум правления Научного общества детских врачей Эстонской ССР
 Тамм Л. Я. — Расширенный пленум правления Научного общества педиатров Эстонской ССР

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

- Алликметс Л. Х. — Медицинское высшее образование — какого его направление?
 Зобель П. Э. — Провизоры-технологи повышают свою квалификацию
 Маароос И. Ю. — Майе Лыви-Калнин присвоена степень доктора медицинских наук
 Окончившие Кохтла-Ярвескую медицинскую школу в 1984 г.
 Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1984 г.
 Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1984 г.
 Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1984 г.
 Ученые звания
 Пуллат Р. Н. — Кандидатская диссертация по истории эстонской медицины
 Цуппинг Р. Х. — Защищали кандидатскую диссертацию

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ . . . 61, 141, 219, 303, 386, 449

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

- Лутс Л. Л., Кригул Э. А. — Аппликатор для синхронного проведения лечебных процедур постоянным током и ультразвуком

РАЗНОЕ

- 216 Эльштейн Н. В. — Шведский профессор-кардиолог Гуннар Бьёрк в Эстонии
 301

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

- Лаос В. А. — «Латинско-эстонско-русский медицинский словарь» А. Вальдеса и Й. В. Вески в двух томах
 Силласту В. А. — Публикации Альберта Вальдеса

НЕКРОЛОГИ

- 222 Антонида Свичкарева 24. IV 1925 . . . 02. XII 1983
 462 Вьяно Мандел 18. X 1927 . . . 31. VII 1984
 385 Герман Вийдик 12. V 1909 . . . 14. X 1983
 64 Ушла из жизни Мари Сооло 1. VI 1893 . . . 9. IX 1984
 463 Профессор Кальо Пыдер 10. IV 1932 . . . 6. IV 1984
 224 Татьяна Боговская 29. X 1896 . . . 28. II 1984
 223 Эрих Конго 3. II 1913 . . . 20. X 1983
 146

ЗА РУБЕЖОМ

- 222 Зуппинг Р. Х. — Впечатления от поездки в Соединенные Штаты Америки
 143

ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ

- 305 Куль Р. В. — Принципы терминологической работы
 65

НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- 140 Юрисон А. Я. — Диметпрамид, сулфазин
 389 Юрисон А. Я. — Феникаберан, хлосепид
 Юрисон А. Я. — Тринитролонг, нитроглицерин в желатиновых капсулах
 464 Юрисон А. Я. — Эстимал, полиспонин
 226

В КЛУБЕ ЭСКУЛАПА

- 287 Актуальные проблемы профилактики в здравоохранении
 55

ГРАНКИ РЕДАКЦИИ

- 207 152, 225

ХРОНИКА

- 434 71, 149, 227, 310, 390, 464

- 374 Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати 234, 313, 467
 371 Законченные исследования ученых Эстонской ССР 153, 313

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

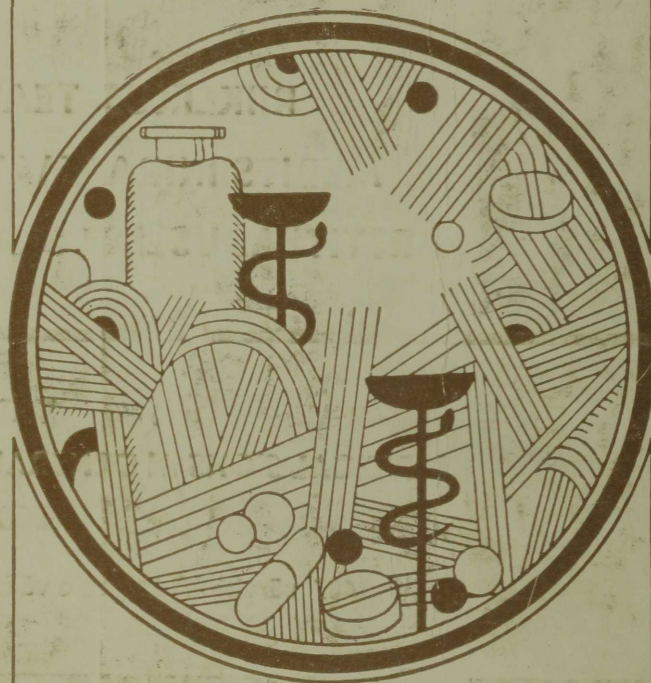
TUTVUGE
RIIKLIKUS TEADUSLIKUS
MEDITSIINIRAAMATUKOGUS
ARSTITEADUSLIKE SLAIDIDEGA:

ZATOUROFF, M.
PHYSICAL SIGNS IN GENERAL MEDICINE.
LONDON, 1981.

487 värvislaidi haiguste välistest tunnustest.

McMINN, R., HUTCHINGS, R.
HUMAN ANATOMY.
SLIDE SET: THE SKELETAL SYSTEM. LONDON, 1979.

187 anatoomiaalast värvislaidi.



ASPARKAM

[sünonüüm: panangin]

Tabletid sisaldavad kaalium- ja magneesiumasparaginaati.

Preparaat parandab südamelihase verevarustust ja ainevahetust.

Asparkaam on näidustatud stenokardia, müokardiinfarkti, kardioskleroosi ja muude südamehaiguste puhul.

Ravimit võetakse sisse 1... 2 tabletti kolm korda päevas pärast sööki.