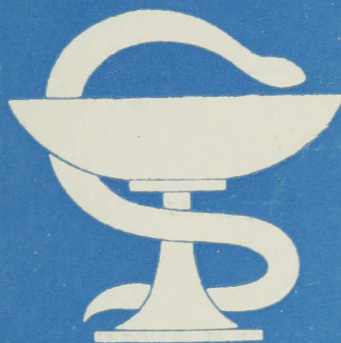




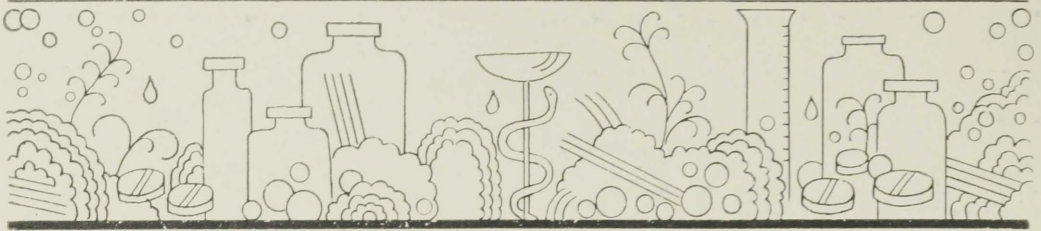
ISSN 0134—2320

ÕUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIUMINISTEERIUMI AJAKIRI

6 · 1981



UNGUENTUM TEBROPHENI

2⁰/₀-, 3⁰/₀- ja 5⁰/₀-lised mõjusad viirusevastase toimega salvid nahahaiguste raviks:

Herpes simplex, herpes zoster

2⁰/₀ - või 3⁰/₀-line salv

Psoriasis, lichen ruber planus

2... 5⁰/₀-line salv

Molluscum contagiosum, verruca vulgaris

kombineeritud raviks

3... 5⁰/₀-line salv koos 3... 5⁰/₀-lise salitsüülhappe salviga.

EESTI NSV TERVISHOUMINISTEERIUMI AJAKIRI 1981 · XXIV AASTAKÄIK

SISU

Läkitus kõikidele Eesti NSV tervishoiu-
töötajatele 403
Eesti NSV tervishoiuministri professor
V. Rätsepa ettekandest 405
Sõnavõttudest 407

TEORIA JA PRAKTIKA

T. Oim — Aegriidade statistilise töötuse
meetodeid spordimeditsiinis 410

A. Vapra, K. Lupkina, N. Tihase — Reu-
maatilistest haigustest põhjustatud in-
valiiduse struktuur Tartus 413

H. Pärn, U. Mardna — Kroonilised
mao- ja sapiteede haigused eakatel ja
raukadel 415

J. Männiste, A. Mehik, A. Josing,
A. Viirmaa, S. Velbri — Kroonilise
pankreatiidi kirurgilise ravi võima-
lusi 417

H. Talvoja — Informaatiku osa teadus-
kollektiivis 419

OLEVAATED

A. Viru — Tervise tugevnemine kehali-
se treeningu mõjul 422

350-AASTANE TARTU ÜLIKOO

L. Nurmand — Oswald Schmiedebergi
kui Euroopa farmakoloogilakoolkonna
rajaja elu ja töö 427

V. Kalnin — Akadeemik Filipp Ovsjan-
nikov ja Tartu Ülikool 430

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

E. Annus — Spordimeditsiini problee-
me 433

MÕTTEVAHETUS

H. Rüüti — Ödeontoloogia 435

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

E. Annus — Vabariikliku Arstliku Ke-
hakultuuri Dispanseri filiaal Tallinna
Olümpia Purjespordikeskuse meditsiini-
keskuses 437

SANITAARHARIDUSTÖÖ

M. Kivilo — Veel veidi tervishoiukir-
janduse lugemusest 439

ARSTITEADUSE AJALOOST

E. Kogerman-Lepp — 80 aastat Gerhard
Rooksi sünnist 440

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Eesti NSV tervishoiutöötajate ülevaba-
riigiline nõupidamine 442

R. Silla — Rahvusvaheline laste ja noo-
rukite hügieeni seminar 443

H. Vahter — Üleliidulise Dermatovene-
roloogide Teadusliku Seltsi juhatus
pleenum 443

I. Veldre — Keskkonnahügieeni teadus-
likke aluseid käsitleva üleliidulise pro-
bleemikomisjoni veehügieeni ja veekogu-
de sanitaarkaitse sektiiooni väljasõidu-
pleenum 444

M. Mägi, J. Raudsepp — Moskva Arsti-
de Täiendamise Keskinstituudi laste-
kirurgia kateedri väljasõidutsükkel 444

S. Teesalu — III Nõukogude Liidu ja
Tšehhoslovakkia teadlaste sümposium
teemal «Seedimise füsioloogia ja pa-
toloogia» 445

MEIE JUUBILARE 446

Ehse Käer-Kingisepp, Ralf Uetola,
Aleksander Gavrilov, Lev Grinšpun,
Mall Türi, Erich Kuus, Hilda Kärner

ARSTIDE SELTSIDES 448

INTERVJU

Tervisesport on meist igaühele häda-
vajalik 449

IN MEMORIAM

Leili Hannus 14. XII 1934...16. VII
1981 451

Mark Piskunov 20. IV 1908...25. VII
1981 452

Edgar Padrik 30. VI 1910...12. IX
1981 453

MITMESUGUST

S. Lalksoo — Tervishoiutöötajate rah-
vaspordist 454

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Nitrasepaam 456

QUAESTIONES LINGUAE ESTONICAE IN MEDICINA

E. Kindlam — Tuhast tõusev fooniks ja
õigelt teelt hälbiv homöopaat 457

I. Laan — Meditsiinterminoloogia ko-
misjonis 458

TOIMETUSE VEERG 459

KROONIKA 461

Artiklite venekeelsed resümeeid 467
Artiklite ingliskeelsed resümeeid 470
1981. aasta koondsisukord 473

«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 järgmiseks aastaks võetakse vastu 1. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

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

Toimetuse nõukogu

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

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 16. 10. 1981. Trükkimisele antud 07. 12. 1981. Trükiarv 5850. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,95. Tell. nr. 3465. MB-11707. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Tallinn, Тираж 5850. Печ. лист. 5,0. Уч.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,95. Заказ № 3465. MB-11707. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, 200090, Таллин, Пярну маantee, 67-a.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

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

Toimetuse ei tagasta fotosid ja jooniseid ning avaldamisele tulevate artiklite käsitajatu.

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

LÄKITUS KÕIKIDELE EESTI NSV TERVIS- HOIUTÖÖTAJATELE

Tervishoiutöötajate aktiivi vabariiklik nõupidamine on kokku tulnud ajal, mil kogu nõukogude rahvas on energiliselt asunud ellu viima NLKP XXVI kongressi ajaloolisi otsuseid.

Leninlikele printsiipidele rajatud nõukogude tervishoiusüsteemi ühtsesse tervikusse kuuluv Nõukogude Eesti tervishoid on arenenud sotsialismi tingimustes läbi teinud tähelepanuväärse arengutee, mille kõigil etappidel on Kommunistlik Partei ja Nõukogude valitsus kandnud väsimatult hoolt nõukogude inimeste tervise eest. Selle kõige eredamaks näiteks on kodanike tervise kaitse õiguse fikseerimine uues Nõukogude põhiseaduses. NLKP XXV kongress nimetas hoolitsust nõukogude inimeste tervise eest kõige tähtsamaks sotsiaalseks ülesandeks, millest lähtudes NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu võtsid 1977. aastal vastu laiaulatusliku määruse tervishoiu edasise parandamise abinõudest. Selle määruse, mis tähistab uut etappi rahva tervishoiu arengus, elluviimine meie vabariigis on andnud juba märgatavaid tulemusi uute haiglate ja polikliinikute ehitamisel, meditsiinilise abi kättesaadavuse ning kvaliteedi tagamisel, kaadri väljaõppel, arstiteaduse arendamisel ja haiguste vastu võitlemisel.

X viisaastakul ehitati ja anti käiku nüüdisaja nõuetele vastavad haiglad Tallinnas, Narvas ning Haapsalus ja mujal, kokku 2480 voodikohaga. Polikliinikute võimsus suurenes 2240 külas-

tuse võrra vahetuses. Erilist tähelepanu on pööratud polikliinikute arstijaoskondade, maarajoonide raviasutuste ja kiirabiasutuste kaadriga komplekteerimisele. Tervishoiuasutustes on hoo-
gustunud kommunistliku töö liikumine, sotsialistlik võistlus, kutseala parima konkursid. Efektiivsemaks on muutunud haiguste profülaktika.

On täiustunud spetsialiseeritud arstiabi, eriti psühhiaatriline ning narkoloogiline, stomatoloogiline ja kardioloogiline abi.

Märgatavalt on tõhustunud sanitaarjärelevalve ja epideemiatõrje. On harvenenud ägedatesse nakkushaigustesse haigestumise juhud.

Partei ja valitsus on alati kõrgelt hinnanud meie arstide, meditsiiniõdede ja teiste tervishoiutöötajate ausat ning ennastsalgavat tööd. Kõrge tunnustus ja usaldus kohustavad kõiki tervishoiutöötajaid regulaarselt täiendama oma ideelis-poliitilisi teadmisi ning tõstma erialakvalifikatsiooni, et hoida au sees nõukogude meediku nimetust.

NLKP XXVI kongressil rõhutati vajadust edaspidi silmas pidada seda, et iga nõukogude inimene võiks alati ja kõikjal saada õigeaegset, kvalifitseeritud ja osavõtlikku arstiabi.

Eesti NSV tervishoiutöötajate vabariiklik aktiiv, kiites heaks NLKP XXVI ja EKP XVIII kongressi otsused ning lähtudes Nõukogude Liidu majanduse ja sotsiaalse arengu XI viisaastaku põhisuundadest, kutsub kõiki meie vabariigi meditsiinitöötajaid üles:

— jätkama meditsiinilise abi kompleksset arendamist, pöörates peatähelepanu ambulatoorse ja polikliinilise abi täiustamisele;

— otsustavalt ja järjekindlalt parandama töökultuuri ning töö kvaliteeti kõikides meditsiinilise abi lülides;

— järjepidevalt täiustama ja kasutusele võtma tõhusaid organisatoorseid vorme haigete vastuvõtuks, haiguste diagnoosimisel, ravis ja profülaktikas;

— kujundama kõikides töökollektiivides terve ja tähelepaneliku suhtumise õhkkonna abivajajate ja oma kollektiivi liikmete suhtes, võitlema kutseetika ja töödistsipliini rikkumiste vastu;

— tagama iga töötaja tööaja täieliku ja ratsionaalse kasutamise igas töölõigus;

— tõstma iga töötaja vastutust oma tööülesannete täitmisel;

— süvendama elanikkonna sanitaarhügieenilisi teadmisi, kasutades selleks kõige mõjusamaid ja eesrindlikumaid sanitaarharidustöö vorme, ning innustama Punase Risti Seltsi sanitaaraktiivi propageerima tasuta doonorlust;

— otsustavalt laiendama elanikkonna massilisi profülaktilisi läbivaatusi ja dispanseerimise ulatust, eelkõige laste osas, tagades tegusa kontrolli selle kvaliteedi üle;

— igakülgselt propageerima tervislikke eluviise, kehakultuuri ja sporti, otsustavalt võitlema tervist kahjustavate harjumuste vastu;

— laiemalt juurutama organisatsioonilise tegevuse teaduslikku töökorraldust ja täiustama haldustehnikat;

— energiliselt osalema sotsialistlikus võistluses, osa võtma kommunistliku töö liikumisest, noorte kasvatustööst, täiendades pidevalt oma erialateadmisi, samuti süvendades oma ideelis-poliitilisi teadmisi;

— tegema kõik selleks, et nõukogude inimene võiks alati ja kõikjal saada

õigeaegset, kvalifitseeritud ja osavõtlikku arstiabi.

Tervishoiutöötajate vabariikliku aktiivi nõupidamisest osavõtjad pöörduvad kõigi ministeeriumide ja ametkondade, ettevõtete, asutuste, ehitus-, transpordi- ja põllumajandusorganisatsioonide poole üleskutsega osutada meie vabariigi tervishoiusüsteemile pidevat kaasabi, parandades tervishoiuasutuste varustatust seadmete, inventari, transpordi- ja sidevahenditega. Leida ka edaspidi võimalusi tervishoiuasutuste kompleksseks planeerimiseks ja ehitamiseks koopereeritud vahendite arvel, koos linnade, rajoonide ning asulate rahvasaadikute nõukogudega parandada meditsiinitöötajate olme- ja töötingimusi.

Aktiivi nõupidamisest osavõtjad on kindlalt veendunud, et kõik meie vabariigi tervishoiutöötajad rakendavad kogu oma energia, teadmised, oskused ja kogemused rahva tervise kaitseks, viies eflu NLKP XXVI kongressi ajaloolised otsused.

Tallinnas 9. juunil 1981.

EESTI NSV TERVISHOIU- MINISTRI PROFESSOR V. RÄTSEPA ETTEKANDEST

Tervishoiuministri ettekandes* analüüsiti põhjalikult viisaastaku saavutusi, ravi- ja profülaktikatöö peamisi suundi, kriitiliselt vaadeldi ka üksikuid puudujääke tervishoiutöös.

NLKP XXVI kongressil vastuvõetud majandusliku ja sotsiaalse arengu põhisuunad aastaks 1981...1985 ning ajavahemikuks kuni 1990. aastani tõstatasid olulisi lahendamist vajavaid probleeme, näidates ka teed neile lahenduse leidmiseks. Alanud aastakümme on uus suur etapp materiaal-tehnilise baasi edasisel rajamisel. Selle kõrval peab elanikkonna heaolu tõstmine arenenud sotsialistlikus ühiskonnas olema suunatud soodsaimate olme-, töö- ja puhketingimuste loomisele, inimese tervise tugevdamisele ning isiksuse iga-külgele arendamisele.

Meie vabariigi tervishoiusüsteemi edasiseks arendamiseks on koostatud teaduslikult põhjendatud ning kohalike partei- ja täitevkomiteedega kooskõlastatud programm. Kümnen-dal viisaastakul saime juurde haiglates 2480 voodikohta ja polikliinikute vastuvõtuvõim-sus suurenes 2240 külastuse võrra vahetuses (planeeritud oli 1595). Valmisid Tervishoiu-ministeeriumi IV Valitsuse Vabariiklik Haigla, Tallinna Kiirabihaigla koos kiirabijaamaga, Tallinna Kliiniline Lastehaigla, Põlva Rajooni Keskhaigla, Narva Sünnitusmaja, Rapla Ra-jooni Keskhaigla ning -polikliinik, samuti Haapsalu Rajooni Keskhaigla juurdeehitised ning Narva Stomatoloogia Polikliinik. Tööstus-ettevõtete ja majandite koostööd vahen-ditega ehitati Tallinna Vabariiklik Sadama-haigla, Tartu Tuberkuloosidisperseri juurde-ehitis, Kirovi-nimelise Näidiskalurikolhoosi ravikeskus, Loksa Haigla, Pärnu-Jaagupi Haigla juurdeehitis ja polikliinik ning Türi polikliinik. Uutesse ruumidesse viidi üle 11 apteeki, neis on tänapäevane sisustus ja apa-ratuur. Rekonstrueeriti veel 20 apteeki. Inten-siivne ehitus jätkub ka XI viisaastakul.

* Aktiivi nõupidamisel esitatud ulatuslikku ettekannet «Meie vabariigi tervishoiutöötajate ülesannetest XI viisaastakul NLKP XXVI kongressi ja EKP XVIII kongressi otsustest tulenevalt» on kokkuvõtlikult refereeritud.

Avati 60 uut terapeudijaoskonda linnades. Profülaktikaalane töö järjekindlalt laieneb, 30% polikliinikukülastustest on profülaktilised. Kõikides polikliinikutes toimuvad vastu-võetud ka õhtuti ja laupäeviti, on avatud laboratoorium ning füsioteraapiakabinetid. Uued ruumid said 5 ambulatooriumi, 31 velskri- ja ämmaemandapunkti ning kaks tervishoiupunkti.

Minister rõhutas jaoskonnaterapeutide töö ja kvalifikatsiooni suurt tähtsust. Spetsialiseeritud arstiabi ja laialdane profülaktiline töö algabki terapeudi argitööst. Terapeutilise abi kvaliteedist tuleneb kogu arstiabi põhiline hinnang. Spetsialiseerumine teraapias on olnud edukas — eriarstiabi tagatakse 10 eri-alal. Laienenud on ka spetsialiseeritud kirur-giline arstiabi: üldkirurgide kõrval töötavad polikliinikutes traumatoloogid, ortopeedid, las-tekirurgid, uroloogid ja vasoloogid.

On loodud narkoloogilise abi ülevabariigiline süsteem ning ulatuslikult täiustatud psühhiaatrilise abi süsteemi. Märkimisväärselt on edenenud stomatoloogiline abi, järjekind-lalt vähenenud tuberkuloosihagistumus.

Pediaatriaosaoskondi reorganiseeriti juurde 55, laste arv jaoskonnas on keskmiselt 860; on paranenud imikute süstemaatiline patro-naaz, on vähenenud laste suremus. Muret teki-tav on ägedate respiratoorsete nakkuste sage-nemine. Koolieelsetes lasteasutustes on meil 55,8% lastest, mis on üleliidulises ulatuses üks kõrgemaid näitajaid, ent laste haigestu-mus on neis kõrge.

Analüüsiti ka sünnitusabi- ja günekoloogia-alast tööd. Rasedate varajane arvelevõtmine ja dispanseerne jälgimine on tublisti parane-nud, abortide arv vähenenud, sünnituste arv suurenenud. Edaspidi tuleb täiustada tule-vaste emade krooniliste günekoloogiliste hai-guste ravi, enam tähelepanu pöörata raseda-tele, kellel on ilmsed riskitegurid. On väga oluline meditsiinigeneetikatalituse väljaaren-damine kogu meie vabariigis.

Meditsiinilise kiir- ja vältimatu abi täius-tamine on ka edaspidi aktuaalne, sest üldine töömaht on väga suur, moodustades 1980. aastal ligi 350 tuhat väljakutset. Eesti NSV Ministrite Nõukogu sellekohases korralduses on toodud kiir- ja vältimatu abi süsteemi edasise täiustamise peamised suunad ning juhendid.

Suur osa ministri ettekandest käsitles poli-

kliinilist arstiabi, sest selles valdkonnas on meil veel palju teha. Harju, Jõgeva, Rakvere, Tartu, Valga ja Viljandi rajooni polikliinikute materiaalne baas on ebarahuldav, see otse takistab polikliinilise arstiabi parandamist. Nendes polikliinikutes ei ole võimalusi haigete vastuvõtu normaalseks korraldamiseks ning diagnostika-, ravi- ja profülaktikalase töö organiseerimiseks.

Puudusi oli polikliinikute töökorralduses. vastuvõttude toimumisid vaid asutuste ja ettevõtete töö ajal. Eriarsti jutule saamisel on pikad järjekorrad, on takistusi konsultatsioonile saatmisel, raskusi on arstiabi kättesaadavuse ja kvaliteedi tagamisel üldse. Mitte kõikidel juhtudel ning kõikjal ei ole järjepidevust diagnoosimises ja ravis. Paljudes polikliinikutes on füsioteraapia, ravivõimlemise ning vesi- ja mudaravi võimalused ebapiisavad.

Õeldust tulenevalt on XI viisaastakul ambulatoorse ja polikliinilise abi edendamiseks endiselt tähtis ehitada ja laiendada rajoonide keskpoliikliinikuid ning maaelanikele arstiabi andvaid linnapolikliinikuid, samuti maa-ambulatoriume ja apteekke, parendada registratuuride tööd, suurtes polikliinikutes avada profülaktikaosakonnad dispanseerimis-, eelnevate läbivaatuste, vaktsineerimis- ja muude kabinettidega. Rajoonide polikliinikud vajavad rohkem eriarste ja meditsiinitehnikat. Taastusravi võimalusi vajame eriti südame- ja traumahaigete, samuti ortopeediliste ja neuroloogiliste haigete jaoks. Lai on olnud meedikute tööpõld tööstus-, ehitus- ja transporditööstuste meditsiinilise abi parendamisel, ka ajutise töövõimetuse ekspertiisid ning kardioloogilise ja onkoloogilise arstiabi täiustamisel, samuti psühhoneuroloogia, stomatoloogia ja oftalmoloogia alal.

Haiglaabist kõneldes rõhutas minister ühelt poolt haigla voodikohtade ülekoormatust, sest voodikohtade arv ei ole veel küllaldane, teiselt poolt aga voodifondi ebarahuldavat kasutamist, mis aga on halb ilming. Piirab ju voodifondi ebarahuldavat kasutamine arstiabi kättesaadavust ning on riigile majanduslikult kahjulik, sest finantseeritakse ka siis, kui haiglavoodid tühjadena seisavad. Edaspidi on vaja operatiivsem olla haiglavoodide ümberprofileerimises, tuleb vältida uuringute dubleerimist, täiustada polikliinikute, kiirabitalituse ja haiglate koostööd, parendada haigete ravi, põetamist ja ka toitlustamist.

Tervishoiualaste teadmiste levitamisest kõneldes rõhutas minister, et vajadus objektiivse, õigeaegse ja rahvastiku sotsiaalsetele vajadustele vastava tervishoiuteabe järele on tohutult kasvanud. Väga tähtis tervete eluviiside propagandas on meditsiinitöötaja isiklik eeskujud ja veendumused. Sanitaarharidustöö peab hõlmama inimese tööd, olmet, toitumist, puhkamist, õppimist jm.

Minister analüüsis mitmest aspektist raviabi, meditsiinitehnika- ja varustusalasest probleemidest ning leiutus- ja ratsionaliseerimis-tegevust.

Meie arstiteadlaste uurimistööde tulemuste kasutuselevõtt tervishoiupraktikas, eriti südame ja veresoonte, onkoloogiliste ja viirushaiguste ning kutse- ja tööhügieeni valdkonnas, on suurel määral olnud meie tervishoiusüsteemi saavutuste eelduseks. X viisaastakul avati kaks uut teadusasutust: TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut ning A. Seppo nimeline Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratoorium ja Kliinik, lisaks veel uusi laboreid uurimisinstituutides. Meie teadlasi ja nende töid tuntakse nii üleliiduliselt kui ka rahvusvaheliselt. Nad osalevad 22 üleliidulise tähtsusega arstiteadusliku probleemi lahendamises. Koostöö paljude üleliiduliste ja mitme välisriigi arstiteaduskeskustega on veelgi laienenud ning jätkub rinnavähi epidemioloogia, kasvaja immunoloogia, väliskeskkonna kaitse, kutsehaiguste, toksikoloogia, gastroenteroloogia, neurokirurgia jm. valdkonnas. Endiselt on tähtis silmas pidada teadustööde otstarbekust sotsiaalse tellimuse aspektist, nende efektiivsust ja kasutegurit. Vähem tähtis ei ole ka teadlaskaadri järelkasvu tagamine, samuti TRÜ arstiteaduskonna ja tervishoiuasutuste vaheline planeeritud ning koordineeritud koostöö.

Ettekande lõpus peatus tervishoiuminister pikemalt meditsiinkaadri mitmetahulisel probleemil: kaadri kutsealasel ettevalmistusel ja täiendusel, ideelis-poliitilisel ja kõlbelisel kasvatamisel, mis kõik on alatiselt seotud tervishoiuasutuste võrgu vajadustega. «Arstiabi kõrge kvaliteet, ratsionaalne töökorraldus igas tervishoiuasutuses peab kujunema igapäevaseks tavaks tervishoiutöötajate tegevuses, nende tähelepanelikkus, delikaatsus ja osavõtlikkus haige vastu aga iga meditsiinitöötaja elukutsest tulenevaks iseloomujooneks», rõhutas minister.

SÕNAVÕTTUDEST

Tallinna RSN Täitevkomitee esimehe asetäitja L. Veskimäe

Praegu on Tallinnas arstiabi edendamiseks hoopis paremad eeldused ja võimalused, kui olid eelmise viisaastaku algaastal. Peatahelepanu pööramegi meditsiinasutuste materiaal-tehnilisele baasile, ambulatoorse ja polikliinilise arstiabi kvaliteedi parendamisele. Tallinna meedikud on rahvatervishoiu heaks palju ära teinud. Suuresti on paranenud südamehaigete, seedetraktihaigusi põdejate ja laste arstiabi. Tallinna Kiirabihaigla töötab küll ööd ja päevad, kuid voodifondi defitsiit linnahaiglates on ikkagi 1800 voodikohta. Mitmes polikliinikus on veel suur ruumikitsikus, täitmata on nii arstide kui ka õdede ametikohti. Nii et teha on palju. Tallinna meditsiinitöötajate premeerimiseks leiame ka tulevikus vahendeid, samuti anname neile kortereid ja ühiselamukohti, sest arstiabile, tervishoiuasutuste ja meditsiinitöötajate tegevusele pööravad EKP Tallinna Linnakomitee ja Tallinna RSN Täitevkomitee alati suurt tähelepanu.

Tartu Kliinilise Haigla peaarst L. Karu

Edusammudele vaatamata on tarvis, et Tartus toimuks nihe eelkõige polikliinilise arstiabi parendamisel. Peab laabuma tervishoiusüsteemi koordineeritud koostöö sotsiaalhooldus-, haridus- ja kehakultuurisüsteemiga.

Tartus on meditsiinitöötajaid 4,5% linna elanikest ja ligikaudu 8% töötajate üldarvust, enam-vähem nii jääb see ka edaspidi. Tartus tuleks materiaal-tehnilist baasi laiendada, linn vajab uusi raviasutusi ja praeguste rekonstrueerimist. Tervishoiuvõrgu tegevus on küllaltki intensiivistunud, selle tõus pole enam võimalik haigete ravi kvaliteeti kahjustamata. Seda peab silmas pidama, sest Tartu haiglates ravitakse haigeid ka teistest meie vabariigi rajoonidest, linnadest, vaid pooled hospitaliseerituist on tartlased. Kui Lõuna-Eesti rajoonides avatakse uued raviasutused, mõelgem ümberkorraldustest haige tartlase huvides.

Haapsalu rajooni Linnamäe velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja E. Toffer

Meie velskri- ja ämmaemandapunkt paikneb avarates ruumides. On olemas raviaparatuur, lihtsamaid laboratoorseid uuringuid teeme kohapeal. Vastuvõtuaegade kindlaksmääramisel on arvestatud autobusside sõiduplaani. Linnamäel on palju punaristlasi ja doonoreid, neist 7 kannavad audoonori rinnamärki. Koolis tegutseb õpilasing «Noor meedik». Arvestades rahvastiku eripära — suhteliselt palju on eakaid — tahan jõuda nii kaugele, et igas külas, hiljem ka igas peres oleks inimene, kes oskaks haiget vanainimest põetada, kui selleks vajadus tekib.



Tervishoiutöötajate ülevabariigilisest nõupidamisest võtsid osa paljud tervishoiujuhid, haiglate peaarstid, apteegitöötajad ja keskastme meditsiinitöötajate esindajad, ka linnade ja rajoonide parteikomiteede ning täitevkomiteede esindajad. U. Oksbuschi fotod.

Tallinna Kiirabihaigla parteiorganisatsiooni sekretär, peaarsti asetäitja A. Talihärm

On tähelepanuväärne, et ka pärast Suure Oktoobrirevolutsiooni võitu jäi Lenin parteija riigijuhina samasuguseks lihtsaks, tagasihoidlikuks ja äärmiselt taktitundeliseks inimeseks, nagu teda oli tuntud põrandaaluses tegevuses, poliitilise emigratsiooni ja asumise aastail. Ning tema sõnad ei läinud iialgi lahku tegudest. On vääramatu tõde, et tänapäeval, uue inimese kujunemisel, tema kommunistliku maailmavaate kujundamisel, on ka meditsiinitöötajate peres iga kommunisti, iga kollektiivi juhi, iga arsti isiklikul eeskujul ning iseloomuomadustel mõnikord isegi peamine tähtsus.

Tallinna Kiirabihaigla, kelle ülesandeks on anda arstiabi Tallinna ja Põhja-Eesti elanikele, on suur ning noor tervishoiuasutus. Tal on kasvuraskused alles ees: tuleb luua ühtne kollektiiv, tegelda kasvatusprobleemidega, arstide ja õdede kvalifikatsiooni tõsta jne. Haiglas on koostatud arstide kvalifikatsiooni tõstmise plaan. Õdede teadmiste täiendamisega tegeleb haigla õdede nõukogu, sama eesmärki teenivad ka kutsemeisterlikkuse võistlused ja osakondadevahelised ülevaatused. Peame oluliseks uute töötajate, eriti noorspetsialistide kollektiivi liikmeks vastuvõtu meeldejäävat tähistamist. Algust on tehtud. Algust on tehtud ka sotsialistliku võistlusega, enamik töötajaid on endale võtnud sotsialistlikud kohustused.

Valga Rajooni Kesonhaigla peaarst P. Rahu

Tervishoiutöös pean tähtsaks kahte asjaolu. Esiteks, silmas pidades eelkõige arstiabi kvaliteedi ja ravigasutuse töökorralduse süsteematilist parendamist, peame koostama, täpsustama konkreetseid ja põhjendatud ning igati kaalutud plaaniülesanded igas tervishoiuasutuses, selle igas osakonnas ja kollektiivis. Teiseks, koos ühiskondlike organisatsioonide abiga, kui oma kohustused täpselt täidame, mis on olnud iga töötaja heast tahtest ja teadlikkusest, jõuamegi eesmärgini — parema arstiabinii. Haiguste profülaktika alal on vaja tegutseda koos ettevõtete ja majanditega, teist teed ei ole. Meditsiinitöötajate hoolikat ja raskest tööd peaks väärikalt hindama ning lugu pidama selle töö tegijaist.

Tallinna Kiirabihaigla Kiirabijaama pediatraiaosakonna juhataja G. Melamed

Tallinna Kiirabihaigla Kiirabijaam sai 1980.

aastal ligikaudu 143 tuhat väljakutset, mis moodustab 41% väljakutsete üldarvust meie vabariigis. 31 637 väljakutse peale sõitsid välja pediatrilised brigaadid. Kaks sellist eribrigaadi töötavad kogu ööpäeva, neli pediatrilist liinibrigaadi päeval, puhkepäevadel kokku 8 brigaadi. Kiirabijaama pediatriaosakond töötab väga püüdlikult. Saatelehetallongid saame tagasi peaaegu 100%-liselt, üleliiduline näitaja on 77...80%. Et laste traumatism on sagenenud, nõuab see igati rohkem tähelepanu. Kiirabijaam vajab tugevate käte, sooja südame ja kutsumusega noori meditsiinitöötajaid.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor, Eesti NSV Tervishoiu ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu esimees prof. P. Bogovski

Meie teadlaste põhiülesanne on uurimistööde efektiivsuse tõstmine, nende tulemuste tervishoiupraktikas kasutuselevõtt, seda eelkõige kardioloogia, onkoloogia, pulmonoloogia, psühhiaatria ja narkoloogia, nakkushaiguste, traumatoloogia ja ka muudel meditsiinaladel. Tuleb silmas pidada ka üldküsimusi, nagu teadustöö koordineerimine, temaatika kompleksuse suurendamine, leiutustegevus, tehniline varustatus. Üks keskseid ülesandeid viisaastakul on kaadri ettevalmistamine. Järelikasvu teadlaste hulgas on napilt. Potentsiaalne teadlaskaaader on ju tulevaste arstide ettevalmistuse, nende kvalifikatsiooni ja spetsialiseerumise üks eeltingimusi. Arstikonna kvalifikatsiooni tõstmises on suur osa täita trükisõnal. Ka ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» on üsna palju kirjutisi arstide teadmiste rikastamiseks, ka kutse-etika ja deontoloogia põhimõtete paremaks mõistmiseks. Teadlaste osavõtt praktilisest tööst on tähtis ja vajalik, see aga ei tähenda hoopiski fundamentaalteaduslike uurimistööde alahindamist. Rahvusvahelises koostöös on meie arstiteadlased edukad olnud, edaspidi tuleb rohkem silmas pidada selle koostöö kasutegurit.

TRÜ arstiteaduskonna parteibüroo sekretär dotsent L. Mehilane

Arstiteaduskonnal kui traditsioonilisel ülikooliteaduskonnal on bioloogia- ja meditsiinalasteks uurimistöödeks soodsad võimalused. Arstiteaduskonda iseloomustab lai profiil nii

teaduslikus uurimistöös kui ka meditsiini-kaadri ettevalmistamises, seda ka internatsionaalsuse mõttes. Arstiteaduskonnas õpib 22 rahvusest üliõpilasi. Edasijõudmine on hea, lõpetajaid on kuni 93% sisseastujaist, väljangevus vaid 2% aastas. Õppejõudude kvalifikatsioon on 1970. aastast järjekindlalt tõusnud. Arstiteaduskond on ka meie arstide ja farmatseutide spetsialiseerumise ja täiendamise keskus. Silmas pidades ulatuslikke pedagoogilisi ja teaduslikke ülesandeid, üliõpilaste ja õppejõudude arvu suurenemist, on õppebaasid kitsaks jäänud, ehkki viimastel aastatel on Tartus mitmeidki uusi õppehoo- neid ja haiglaid rajatud. Ruumikitsikus ongi meie suur mure.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Apteekide Peavalitsuse juhataja V. Nisu

Eesti NSV-s on apteek peaaegu kõige tihe- damalt NSV Liidus, maa-apteekide on meil keskmiselt kaks korda rohkem kui NSV Liidus. Üks apteek teenindab keskmiselt 6900 elanikku; üleliiduline näitaja on 10 100. On ehitatud palju apteekide, XI viisaastakul avame veel kolm, uutesse ruumidesse viime üle 10 apteeki. Kodumaiste ravimite nomenklatuur on täienenud enam kui 200 preparaadi võrra. On suurenunud ka importravimite nomenklatuur ja hulk. Apteegitöötajad osalevad üleliidulises sotsialistlikus võistluses ning heade tulemustega. Tänavu võeti TRÜ farmaatsiaosakonda vastu juba 50 üliõpilast, s. o. rohkem kui varem. Nii proviisorite kui ka farmatseutide kvalifikatsiooni tõstmine toimub regulaarselt.

Narva Linna Haigla parteiorganisatsiooni sekretär G. Žamiro

Narva meditsiinitöötajatel on häid saavutusi, linna elanike arstiabi on jõudsalt edenenud. Seda tunnetab ka rahvas. Kas või näide doonorlusest: X viisaastakul andsid verd tasuta, kokku 5902 liitrit, 28 365 narvalast. Narva Linna Haiglas töötab 513 kommunistliku töö eesrindlast, 83% meditsiinitöötajaist võttis individuaalkohustused, kõikide osakondade ja kabinetide töötajad kollektiivsed sotsialistliku võistluse kohustused.

Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja T. Kaljuste

Tallinna Pelgulinna Haiglas on 1100 töötajat. Need inimesed väärivad tunnustust, nad on oma tööd teinud püüdlikult ja vastutustundega. Haigla koormus on suur, sest Tal-

linnas on ju voodikohti ikkagi vajaka. Haigla- le on hädasti tarvis juurdeehitist, mis on otstarbekas ka meie praeguse kaadri töösuut- likkusest mõeldes. On kahju, et õed Tallinna raviasutustest lahkuvad, neist 25% on läinud hoopis muule tööle. Sellise tendentsi tõkesta- miseks on vaja erakorralist sekkumist ning radikaalseid ettevõtmisi ning asjalikku lähe- nemist. Kaadripuudusest ülesaamiseks on lahendussuunad formuleeritud juba NLKP XXV kongressi otsustes.

Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehni- ka» peadirektor J. Raiend

Tervishoiu edendamisel meditsiinitehnika osa üha suureneb, XI viisaastakul aparatuuri ja seadmete üldväärtus kahekordistub. Väga aktuaalne on kallihinnalise aparatuuri ots- tarbekas kasutamine. On haiglaid, kus osa meditsiiniaparaate ei olegi tööks paigaldatud. Arstiteaduskonna lõpetanud peaksid aparaatidest ja nende käsitlemisest rohkem teadma. Rajooni keskhaiqlate kontroll näitas, et nii «Eesti Meditsiinitehnika» kui ka keskhaiqlate juhtkonnad saaksid kallihinnalise meditsiini- aparatuuri ja -seadmete efektiivsemaks kasu- tamiseks nii mõndagi paremini ära teha.

Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiaja- ma peaarst H. Lutsoja

Meie vabariigi sanitaarteenistuse koosseisus peaksid kindlasti olema viroloogia- ja toksiko- loogiatalitused ning sinna kuuluvad ajako- hased laborid. Ka laborite tsentraliseerimine, nende ühendamine on progressiivne samm. Tallinna Meditsiinkool peaks välja õpetama ka laborante, see korvaks nende puudust Tallinna sanitaarjärelevalveasutustes. Sani- taartalituse spetsialistide kvalifikatsiooni tõst- mine on alatine vajadus. Keskkonnakaitse- probleemidele pöörame maksimaalselt tähele- panu.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Lin- nakomitee esimees G. Arro

Tartus on ametiühingu osavõtt tervishoiu- probleemide lahendamisest küllalt järjekin- del. Tuberkuloositorjes on meil ikka veel suur töö ees, sest asotsiaalsete eluviisidega inimeste hulgas on tuberkuloosihagestumus esmakord- selt 1980. aastal veidi tõusnud. Seda ilmingut peame tõsiselt võtma.

Teooria ja praktika

UDK 613.72:681.3

AEGRIDADE STATISTILISE TÖÖTLUSE MEETODEID SPORDIMEDITSIINIS

TIIU OLM · TALLINN

spordimeditiin, sportlase treenitus, funktsionaalsed näidud, aegrida, andmete matemaatilis-statistiline töötlus ja meetodid

Spordiarstide üks põhiülesandeid on kindlaks määrata sportlaste treenitus. Esialgseid andmeid selle kohta saadakse sportlase arstliku vaatluse ning tema funktsionaalsete näitajate mõõtmise teel. Neid tulemusi võrreldakse kas sama indiviidi varajasemate näitudega või siis antud spordiala jaoks normatiivseks peetavate suurustega.

Funktsionaalsed suurused aja jooksul muutuvad. Ajateguri arvestamisel kujutab organismi iga funktsionaalne näit endast mingit juhuslikku protsessi. Mõõtmisi tuleb teha korduvalt ja eri aegadel. Sel teel saadakse terve rida arve, aegrida. Aegrida on juhusliku protsessi diskretiseerimisel saadav arvujada. Arvrea samm, teiste sõnadega, mõõtmiste (või diskretiseerimise) intervall sõltub uuritavast fenomenist. See võib olla sekundi murdosa, sekund, minut, päev, nädal või mõni teine ühik.

Aegrida sisaldab peale meile vajaliku informatsiooni olulisel määral ka statistilist «müra». Sellist müra sisaldavad, muide, iga loodusliku objekti või nähtuse mõõtmise tulemused. Arsti kui uurija ülesanne on saada aegreast võimalikult palju teavet.

Kasuliku informatsiooni saamiseks

tuleb mõõtmistulemusi matemaatilis-statistiliselt töödelda. Mida keerukam on töötlemise tase, seda enam on vaja teha arvutustööd. Seda enam aga saame ka oma andmeist kasulikku teavet. Tänapäeval on määrav just viimane tegur, sest arvutustöö toimub alati niikuinii ülikiireil elektronarvuteil. Arstidel peab olema meetodeist mõnesugune ettekujutus. Seda kahel põhjusel. Esiteks on vaja teada, mida tahta matemaatikult. Ja teiseks, et suuta õigesti või võimalikult õigesti interpreteerida tulemusi.

Meditisiinilis-bioloogilisi protsesse kirjeldavate andmete töötamise hierarhia võib vastavalt matemaatilise aparatuuri keerukusele tinglikult jaotada kolmeks tasemeks:

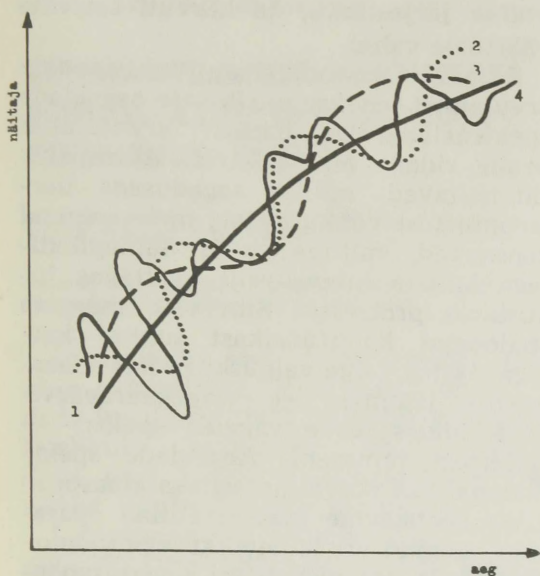
- a) keskmiste arvutamine ja võrreldavate keskmiste erinevuse hindamine;
- b) korrelatsioonikordajate ja dispersioonide arvutamine, trendi ning regressioonivõrrandite leidmine;
- c) korrelatsioonifunktsioonide arvutamine ja spektraalanalüüs.

Kui katseandmete statistiline töötlemine üldse nõuab mahukaid arvutustöid, siis korrelatsioonifunktsioonide arvutamisel, eriti spektraalanalüüsil, on arvutustööde maht kolossaalne. See pärast on selge, et enne raale rakendati neid meetodeid äärmiselt harva. Nüüd aga ei peaks enam olema mingit tehnilist raskust spektraalanalüüsi kasutamiseks füsioloogiliste nähtude põhjalikul uurimisel. Millegipärast on neid meetodeid regulaarselt rakendatud üksnes kosmosemeditsiinis. Spordimeditisiinis on tehtud vaid üksikuid töid.

Korrelatsioon- ja spektraalanalüüsi kasutamisel spordimeditisiinis on uurijatel kahesugused ülesanded.

Esiteks on vaja selgitada, kas ja kuidas sõltuvad treenituse tasemest eri füsioloogiliste näitude korrelatsioonifunktsioonide ning spektraalkarakteristikute suurused ja muutumise laad. On vaja välja selgitada, milline on sportlase sportliku vormi ja aegkarakteristikute vaheline seos.

Kui eespool nimetatud seosed on teada, siis võib asuda teise ülesannete ringi lahendamisele. Ja nimelt: teatud aja



Eri aegridadel (2, 3, 4) on üks ja sama regressioonikõver (1). Autori joonis.

vältel mõõta sportlase füsioloogiliste tunnuste suurusi, teha aegride korrelatsioon- ja spektraalanalüüs ning nende aegkarakteristikute järgi anda hinnang sportlase treenituse kohta.

Füsioloogilise protsessi mõõtmisel saadava aegrea kõige elementaarsem töötlemine seisneb aritmeetilise keskmise arvutamises. Veel kümmekond aastat tagasi sellega piirduti. Kui aga oli vaja võrrelda kahe keskmise erinevust, siis lähtuti sellest, et erinevus üle 5% oli usaldusväärne, sellest väiksemat aga oluliseks ei peetud. Tänapäeval selline täpsusaste meid enam ei rahulda. Olen ju erinevuse usaldatavus aegride (või näitajate) dispersioonist. Seepärast arvutatakse keskmise usaldusintervallid või kasutatakse Studenti t-kriteeriumi.

Aritmeetiline keskmine on staatiline näitaja, ta hindab uuritava nähtuse suurust, mitte aga selle muutumist. Seepärast tehakse tavaliselt läbi ka keerukuselt järgmine statistiline töötlus — regressioonanalüüs. Arvutatakse regressioonikõver, mis teatud mõttes võimalikult hästi lähendab katsetule-

musi. Esmalt valitakse regressioonikõvera tüüp. Seejuures lähtutakse kas analüüsitava aegrea üldisest kujust või siis mõnest muust kaalutlusest. Tavaliselt valitakse kas lineaarne, ruut- või kuuppolünoom, logaritmfunksioon või mõni muu seos. Seejärel leitakse regressioonivõrrandile sellised kordajad, et katseandmete hälvete ruutude summa regressioonikõverast oleks minimaalne. Siit ka nimetus — vähimruutude meetod. Kõver iseloomustab uuritava näitaja muutumist, ta annab selle trendi. Regressioonikõver näitab uuritava nähtuse muutumise suunda ja kiirust.

Regressioonikõvera arvutamine on vajalik, kuid teades küll regressioonikõvera valemit, jääb veel hulgaliselt küsimusi, millele me ei oska vastata. Nii ei saa me midagi öelda näitajate stabiilsuse kohta regressioonikõvera suhtes. Me ei oska öelda, kui tugevalt on omavahel seotud näitajate suurused, mis paiknevad üksteisest ühe, kahe, kolme või enama sammu kaugusel. Jääb selgitamata ka näitajate võnkumise laad regressioonikõvera suhtes. Vaatleme näiteks kolme hüpoteetilist aegrida (vt. joonis), kus kõigil on üks ja sama regressioonikõver ning kus dispersioon selle kõvera ümber on ühesugune. Nagu jooniselt näeme, on nad ilmselt kõik üsnagi erinevad: suure ja väikese sagedusega harmooniline võnkumine ning «valge müra».

See hüpoteetiline näide peaks meid viima mõttele, et nende aegride erinevust peaks ju saama kuidagi kirjeldada, arvudes väljendada.

Lühidalt — me ei tohi rahulduda regressioonanalüüsiga, vaid peame üle minema statistilise töötluse järgmisele, keerukamale tasemele. Tuleb välja arvutada mõõdetud aegride auto- ja kaaskorrelatsioonifunktsioonid, on kasulik teha ka nende ridade spektraalanalüüs.

Korrelatsioon- ja spektraalanalüüs on lihtsam siis, kui meil on tegemist statsionaarse ning ergoodilise juhusliku protsessiga.

Statsionaarseks nimetatakse sellist protsessi, mille puhul näitaja keskmine

väärtus ja tema dispersioon aja jooksul ei muutu. Statsionaarsed aegread saame siis, kui algsete suuruste asemel võtame nende hälbed regressioonikõverast. Selliseid hälveti ridu nimetatakse ka tsentreeritud aegrideks.

Protsess on ergoodiline, kui arvutatavad aegkarakteristikud ei olene sellest, millise punkti me algrea alguseks võtame. Meditsiinipraktikas esinevaid tsentreeritud ridu võib pidada ergoodiliseks.

Korrelatsioonanalüüsist rääkides võib nentida, et korrelatsioonitegur on meedikute ja bioloogide poolt üks enam kasutatavaid statistilisi parameetreid. Nimetatud tegur näitab seost kahe näitaja vahel, selle seose suunda ja tugevust. Väga vähe aga on meditsiinis kasutatud aegride korrelatsioonifunktsioonide arvutamist. Neid võib pidada korrelatsioonitegurite üldistuseks: mainitud diskreetsed funktsioonid kujutavad endast sisuliselt korrelatsioonitegurite jadasid. Näiteks autokorrelatsioonifunktsiooni väärtused kohal 1, 2, 3 jne. on arvutatud kui korrelatsioonitegurid aegrea nende suuruste vahel, mis asetsevad üksteisest 1, 2, 3 või enama sammu kaugusel. Analooiliselt arvutatakse kaaskorrelatsioonifunktsioonid. Üksnes siin on üksteise suhtes nihutavaks kaks eri aegrida.

On ilmne, et autokorrelatsioonifunktsioon

a) on sümmeetriline, s. o. ta väärtused kohal «i» võrduvad väärtustega kohal «-i»;

b) kohal «null» võrdub alati +1-ga. Kaaskorrelatsioonifunktsiooni puhul see üldiselt ei kehti.

Korrelatsioonifunktsioonid näitavad aegrea muutumist, nende abil saab hinnata näitaja stabiilsust. Kui autokorrelatsioonifunktsiooni väärtus on kohtadel nullist näiteks viieni, lähedane pluss ühele, siis muutub vaadeldav rida aeglaselt, ta on stabiilne. Vastandiks on nn. valge müra. Selle puhul on autokorrelatsioon igal pool null, välja arvatud kohal «null», kus ta võrdub ühega. «Valge müra» iseloomulik omadus ongi, et puudub igasugune seos

aegrea järjestikku, ka kõrvuti seisvate väärtuste vahel.

Pärast korrelatsioonifunktsioonide arvutamist tehakse uuritavate aegride spektraalanalüüs. Esmalt arvutatakse nende ridade autospektrid. Autospektrid näitavad, millise sagedusega harmoonilistest võnkumistest meie aegread koosnevad, milline on eri lainepikkusega lainete intensiivsus uuritavas juhuslikus protsessis. Siin võib märgata analoogiat koolifüüsikast tuntud katsega: lastes valge valguskiire läbi klaasprisma, jaguneb see vikerkaarevärvideks, andes terve värvide spektri — violetsest punaseni. Aegride spektraalanalüüsi korral on selleks klaasprismaks spetsiaalne matemaatiline aparaat, saadud eri lainepikkusega valgusvõnditele aga vastab eri sagedusvõndiga võnkumiste osatähtsus analüüsitavas aegreas.

Uurides üheaegselt kahte meid huvitavat aegrida, on vaja välja selgitada, kui tihedalt on read omavahel seotud. Seost mõistame siin sageduslikus mõttes. Selleks tuleb välja arvutada koherentsus. Viimane on, nagu spektergi, lainepikkuse (või võnkesageduse) funktsioon. Koherentsus näitab, millisel määral ühe või teise lainepikkusega võnked kanduvad ühelt juhuslikult protsessilt (aegreal) üle teisele protsessile. Koherentsuse muutumise piirkonnaks on vahemik nullist (ülekannet ei toimu üldse) pluss üheni (vastava sagedusega võnkumine kandub üle täielikult).

Spektraalanalüüsi käigus arvutatakse veel faasinihe, s. t. leitakse, kui palju on üksteise suhtes nihutatud ühe ja sama lainepikkusega lained kahes erisuguses juhuslikus protsessis (aegreas).

Eespool kirjeldatud lähenemisviisi kasutades oleme saanud täiendavat informatsiooni sportlase treenituse kohta. Metoodika võiks huvi pakkuda mitte ainult spordiarstidele, vaid ka neile, kes uurivad elundite või elundite süsteemide talitluse muutusi ajas.

E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut

REUMAATILISTEST HAIGUSTEST PÕHJUSTATUD INVALIIDSUSE STRUKTUUR TARTUS

ARTEMI VAPRA KRISTI LUPKINA TARTU
NIINA TIHASE TALLINN

reuma, reumatoidartriit, süsteemsed sidekoe-
haigused, invaliidsus, Tartu elanikud

Invaliidide eest hoolitsemine jääb alati aktuaalseks. Meie kohus on avardada invaliidistunud inimeste võimalusi täielikuks osavõtuks ühiskondlikust elust ning nende osasaamiseks eluhüvedest võrdselt teiste inimestega (1).

Levinumad on reumaatilised haigused. W. Otto andmetel ulatub haigete arv maailmas, kes kannatavad reumaatiliste haiguste all, üle 100 miljoni ehk 4% maakera elanikkonnast. Saksa DV-s on üle poole miljoni reumaatilisi haigusi põdeja (4).

Kirjanduse andmeil põhjustavad reumaatilised haigused 10...20%-l juhtudest püsiva töövõimetuse (8). Reuma tagajärjel invaliidistunuid oli 12,9...20% kõigist südame ja veresoonte haigusi põdejaist, kes olid esmaselt tunnistatud invaliidideks (8). A. Bolotina kaasautoritega, uurinud 351 reumahaiget invaliidi, konstateeris neist I grupi invaliidsust 10-l, II grupi 136-l, III grupi invaliidsust 205-l (7).

Reumaatilistest haigustest on pikaldase kuluga reumatoidartriit.

M. Astapenko ja E. Pihlaku andmeil 1966. aastast (6) invaliidistus kolmel esimesel aastal 50% reumatoidartriiti põdejaist, M. Hvilivitskaja ja L. Djakova andmeil 1967. aastast (12) viie aasta vältel 61,3%. Invaliidsus reumatoidartriidi tagajärjel on V. Loskiti ja A. Vapra tähelepanekuil püsiv ning süvenemistendentsiga (3, 5). N. Tihase ja kaasautorite andmetest selgub, et reumatoidartriidi tagajärjel invaliidistus 28...32% haigetest noores eas (9).

Õigeaegne dispanseerimine ja süsteemiline etappravi võimaldavad reumatoidartriiti põdejail paremini säili-

tada töövõimet. T. Trofimova ja B. Surovitseva andmetel (11) säilis õigeaegse etappravi tulemusena 70%-l haigetest töövõime 10 aasta vältel. Tulemused olid veelgi paremad neil, kellel reumatoidartriit oli avastatud varakult, juba esimese aasta vältel, ning kellel oli rakendatud süsteemalist etappravi. Töövõime säilis viieaastase jälgimise vältel 95%-l juhtudest (10).

Töö ülesanne oli anda ülevaade tähtsamate reumaatiliste haiguste (reuma, reumatoidartriit ja süsteemsed sidekoehaigused) põhjustatud invaliidsuse struktuurist, esmasest invaliidsusest ning invaliidsuse vältusest.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uurimisel kasutasime Tartu Linna I ATEK-i, Tartu Linna Polikliiniku ja Tartu Kliinilise Haigla reumatoloogiaosakonna haigete uurimismaterjali. Uurituid oli 124.

Tabelist 1 selgub, et enamik kuulus I ja II invaliidsusgruppi, kusjuures ülekaalus olid II grupi invaliidid (78,3%). Süsteemse erütematoosse luupuse, süsteemse sklerodermia ja dermatomüosiidi ning teiste süsteemsete sidekoehaiguste puhul oli invaliidsus üksnes raskemakujuline.

Reumahaiged invaliidistusid enamasti 20...40 eluaasta vahel (60 haiget, 54,1%), reumatoidartriiti põdejad aga hiljem, 41...55 eluaasta vahel (69%) (vt. tabel 2). Need haiged jäävad pikaks ajaks invaliidideks, seepärast väärivad reumaatilised haigused silmaspidamist ka rahvamajanduse seisukohalt.

Tabelist 3 selgub, et reumahaigetel kestis invaliidsus lühemat aega, 51 invaliidil (79%) oli invaliidsuse vältus 6 aastat, reumatoidartriidi puhul aga mõnevõrra kauem, 24 invaliidil (52%) üle 7 aasta.

Esmast invaliidsust põhjustanud haigusvormidest oli reumahaigetel sageduselt esikohal

Tabel 1. Reumaatiliste haiguste tagajärjel invaliidistunute jaotumus haiguse nosoloogilise vormi ja invaliidsusastme järgi

Haiguse nosoloogiline vorm	Invaliidsusgrupid			Kokku
	I	II	III	
Reuma	1	49	14	64
Reumatoidartriit	2	35	9	46
Süsteemsed sidekoehaigused	1	13	—	14
Kokku	4	97	23	124
%	3,3	78,0	18,7	100%

Tabel 2. Esmaselt invaliidistunute jaotumus vanuserühmade järgi

Haiguse nosoloogiline vorm	Vanuserühmad				
	21...30	31...40	41...50	51 aastat ja üle selle	Kokku
Reuma	19	24	17	4	64
Reumatoid-artriit	3	11	25	7	46
Süsteemsed sidekoe-haigused	—	3	6	5	14
Kokku	22	36	48	16	124
%	17,7	36,4	38,7	7,2	100%

kombineeritud südamerike koos südame ja veresoonte kroonilise puudulikkusega, raske- tel juhtudel rütmihäiretega: absoluutne arü- mia, paroksüsmaalne tahhükardia, sagedane ekstrasüstoolia. Neid haigeid oli 45. Sagedu- selt teisel kohal oli pika kuluga reumaati- line müokardiit (17), kolmandal kohal aga reumaatiline kardioskleroos, millega kaasne- sid rütmihäired (kaks juhtu). Reumatoidart- riidihaigete invaliidistumist põhjustas esma- joones haiguse kiire progresseerumine, tun- dud liigeste deformatsioon, sage ja kestav haiguse ägenemine, siseelundite krooniline kahjustus (nefriidid, kardiomüopaatia jm.) ning kompleksravile mitteallumine.

Süsteemseid sidekoehaigusi põdejate inva- liidistumise korral haigus pidevalt progres- seerus, neil tekkisid neerude ja liigeste kah- justused, või oli haigus pidevalt aktiivne.

Reumaatiliste haigete invaliidistumise vas-

tu võitlemisel etendab väga tähtsat osa hai- guse õigeaegne avastamine, haigete dispan- seerimine, süstemaatiline etappravi, meditsii- niline ja sotsiaalne rehabilitatsioon (1, 2).

Järeldused.

1. Reumaatilisi haigusi põdejate rüh- mas täheldasime püsivat töövõimekao- tust (I ja II invaliidsusgrupp) 81,6%-l juhtudest. Esiplaanil oli II invaliidsus- grupp.

2. Esmane invaliidsus tekkis suure- mal osal nooremas eas.

3. Invaliidsus reumaatiliste haiguste tagajärjel on püsiv ja kauakestev.

4. Reumaatilised haigused on Tartus suuremal osal juhtudel põhjustanud raskekujulise invaliidsuse. Eriti tähtis on neid haigusi varakult avastada, rak- endada kompleksravi ning luua tingi- mused haigete igakülgseks rehabilitee- rimiseks. Reumaatiliste haigete eduka- ma ravi eesmärgil oleks Tartusse vaja rehabilitatsiooniosakonda.

KIRJANDUS: 1. Laine, V. European League Against Rheumatism, 1980, 9, 4, 87. — 2. Kei- tel, W., Rosser, W., Marz, G. Z. gesamte Hyg., 1978, 1, 63—65. — 3. Loskit, V., Vapra, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1974, 1, 15—17. — 4. Otto, W., Seidel, K., Wessel, G. Rheuma- tische Erkrankungen. Berlin, 1977. — 5. Vap- ra, A., Loskit, V., Tihase, N. Reumatoidart- riidi haigete arstlik tööeksperitiis. Metoodiline juhend. Tartu, 1980.

6. Астапенко М., Пихлак Э. Г. Болезни суставов. М. 1966. — 7. Болотина А. Ю., Максакова Е. Н., Свиридова М. П. В кн.: Инвалидность при ревматических заболе- ваниях. М., 1978, 16—19. — 8. Насонова В. А., Болотина А. Ю., Максакова Е. Н. В кн.: Инвалидность при ревматических заболе- ваниях. М. 1978, 4—10. — 9. Тугазе Н. В., Мюллербек Е. Х., Ааса С. О. В кн.: Акту- альные вопросы ревматологии и реабили- тации больных ревматическими заболева- ниями. Тезисы докладов научной конфе- ренции ревматологов Литовской ССР. Вильнюс, 1979, 240—241. — 10. Трофимова Т. М. В кн.: Инвалидность при ревматиче- ских заболеваниях. М. 1978, 20—21. — 11. Трофимова Т. М., Суровцева Б. М. Сов. мед., 1975, 5, 141—145. — 12. Хвиливицкая М. И., Дякова Л. Д. В кн.: Ревматоидный полиартрит. Л., 1967, 253—264.

Tabel 3. Invaliidsuse vältus aastates

Haiguse nosoloogiline vorm	Invaliidsuse vältus aastates				Kokku
	0,5...3	4...6	7...10	11 ja üle	
Reuma	38	13	2	11	64
Reumatoid- artriit	10	12	13	11	46
Süsteemsed sidekoe- haigused	4	7	2	1	14
Kokku	52	32	17	23	124
%	42,0	25,7	13,6	18,7	100%

TRÜ arstiteaduskonna
hospitaalsisehaiguste kateeder
Tartu Linna Polikliniik
Eesti NSV Vabariiklik ATEK

KROONILISED MAO- JA SAPI- TEEDE HAIGUSED EAKATEL JA RAUKADEL

HELGA PÄRN URVE MARDNA · TALLINN

kroonilised maohaigused, kroonilised sapiteede
haigused, eakad ja raukad

Vanemaealistel esineb sagedamini or-
gaanilisi seedeelundite muutusi, har-
vem funktsionaalseid häireid.

Seedeelundite haigustest on sageda-
mad kroonilised maohaigused, nende
esinemissagedus suureneb koos eaga (3).
Arvestades nende prekantserooset laa-
di, maovähi sagedust selles eas ja mao-
haiguste tüsistuste rohkust, on nende
varajane avastamine eriti oluline,
diagnoosivigade ja nende põhjuste ana-
lüüs suure tähtsusega.

Sapiteede haigustesse haigestumise
juhtude arv suureneb koos elueaga.
Elu kolmandal dekaadil põeb 5%, seits-
mendal dekaadil aga 30% naistest sapi-
kivitõbe, meestest vastavalt 1% ja
13% (2).

Sageli on haiguse kulg atüüpiline.
Siit saab alguse sapiteede haiguste
hüpodiaagnoosimine, mis on eriti mär-
gata polikliinikutes (5).

Et iseloomustada mao ja sapiteede
krooniliste haiguste sagedust, seost
teiste haigustega, nende haiguste kulu
iseärasusi ja diagnoosimise võimalusi
eakatel ning raukadel, uurisime aas-
tail 1976...1979 Harjumäe Haigla
gastroenteroloogiaosakonnas viibinud
üle 60 aasta vanuseid patsiente. Kõiki-
delt vaatlusalustelt võeti anamnees,
neid uuriti objektiivselt, tehti vere ja
uriini üldanalüüs, koprogramm, tehti
ka maksa funktsiooni proove, näidus-
tuste korral fiibergastroskoopia koos
mao limaskesta histoloogilise ja tsüto-
loogilise uurimisega, lisaks mao ning
sapiteede röntgenuuring.

Oma töös lähtusime 1963. a. Kiievis
vastuvõetud klassifikatsioonist, mille
järgi 60...74 aasta vanused on eakad,
75...89 aasta vanused raukad ning

90-aastased ja vanemad pikaajalised.

Mao- ja sapiteede haiguste struk-
tuuri eakatel ning raukadel võrdlesime
meie poolt varem uuritud nooremate
ja keskealiste haigete samade näitaja-
tega (4, 6). Andmeid töötlesime statis-
tiliselt, kasutasime Studenti t-testi,
tõenäosuseks lugesime erinevuse 95%
juures.

Krooniliste maohaiguste väljaselgita-
miseks uurisime 185 eakat ja rauka,
kes kannatasid seedetrakti vaevuste
all. Esikohal oli krooniline gastriit,
 $95,2 \pm 2,1\%$ haigetest, sagedamini atroo-
filine vorm ($84,8 \pm 3,0\%$). Sageduselt
teisel kohal oli maohaavandtõbi, järg-
nesid maovähk, mao operatsioonijärg-
sed sündroomid ja mao polüpoos. Olu-
list soolist erinevust maohaiguste struk-
tuuris ei ilmnunud. Võrreldes maohaiguste
struktuuri eakatel ja raukadel
struktuuriga varem uuritud noorema-
tel ning keskealistel, selgus, et vanema-
ealistel oli rohkem gastriidi atroofilist
vormi, maohaavandtõbe ja maovähki
(vt. tabel 1).

$93,3 \pm 2,2\%$ -l juhtudest kulgesid eaka-
tel ja raukadel maohaigustega üheaeg-
selt muud seedeelundite ning muude
elundite süsteemide haigused. Üheaeg-
selt kulgevatest seedeelundite haigus-
test olid maohaigete esikohal sapiteede

**Tabel 1. Maohaiguste struktuuri võrdlus
eakatel ja raukadel ning üldrühmas**

Diagnoos	Eakad ja raugad	Üldrühm	Studenti t-test	P
Krooniline atroofi- line gastriit	$58,9 \pm 1,0$	$42,0 \pm 3,0$	5,21	$< 0,01$
Krooniline pindmine gastriit	$7,3 \pm 2,1$	$42,7 \pm 3,0$	9,58	$< 0,01$
Maohaa- vandtõbi	$20,5 \pm 3,3$	$4,8 \pm 1,3$	4,50	$< 0,01$
Maovähk	$7,3 \pm 2,1$	$0,4 \pm 0,4$	3,29	$< 0,01$
Mao operat- sioonijärgsed sündroomid	$4,0 \pm 1,6$	$6,7 \pm 1,5$	1,20	$> 0,05$
Mao polü- poos	$2,0 \pm 1,1$	$1,5 \pm 1,3$	1,00	$> 0,05$

Tabel 2. Sapiteede haiguste struktuuri võrdlus eakatel ja raukadel ning üldrühmas

Diagnoos	Eakad ja raukad	Üldrühm	Studenti t-test	P
Sapikivitõbi	20,2±3,8	7,2±1,7	3,12	<0,01
Krooniline sapiteede põletik	9,2±2,7	1,8±0,9	2,60	<0,01
Krooniline sapipõiepõletik	38,5±4,6	59,5±3,2	3,75	<0,01
Koletsüstektomiajärgne sündroom	5,5±2,1	7,2±1,7	0,23	>0,05
Sapiteede düskineesia	26,6±4,2	24,3±2,8	0,45	>0,05

haigused. Teistest haigustest põdesid vanemaealised kõige sagedamini südame ja veresoonte, hingamisteede ning liigesehaigusi.

Kroonilisi sapiteede haigusi leidsime 40,8±3,5%–l 208 uuritust.

Krooniliste sapiteede haiguste struktuuris oli esikohal krooniline sapipõiepõletik, sellele järgnesid sapiteede düskineesiad, sapikivitõbi, krooniline sapiteede põletik ja koletsüstektomiajärgne sündroom. Sapiteede haiguste struktuuris märgatavaid soolisi erinevusi ei olnud. Võrreldes varem uuritud nooremate ja keskealistega, täheldasime eakatel ning raukadel sapikivitõve juhtude kolmekordistumist. Sama tendentsi võis märgata kroonilise sapiteede põletiku puhul. Seevastu vanemas eas oli kroonilise sapipõiepõletiku osa tunduvalt väiksem kui nooremate vanuserühmades, seda ilmselt sapikivitõve sagedama esinemise arvel (vt. tabel 2).

Sapiteede haigustega koosinevatest seedeelundite haigustest olid esikohal gastriit ja jõesooles haigused. Mittegastroenteroloogilistest paralleelselt kulgevatest haigustest olid sapiteede haigusi põdevail eakatel ja raukadel esikohal südame ja veresoonte haigused. Oluline koht kuulus ka kopsu-, liigese- ja endokrinoloogilistele haigustele, eriti rasvtõvele.

Mao- ja sapiteede haiguste diagnoosimist eakatel ning raukadel raskendavad koosinevate haiguste rohkus, haiguste atüüpiline kulg ning sümptomide vähesus. Tihti on esiplaanil üldnähud või kaasnevatest haigustest tingitud kaebused. Nende haigete uurimisel on sagedamaks vastunäidustuseks südame ja veresoonte ning hingamiselundite haigused.

Kõrvutades haigete saatediagnoose kliiniliste lõppdiagnoosidega, selgus, et kõige enam eksidiagnoose vanemas eas oli maovähi osas — hüpodiaagnoose 81,8±12,5%. Sapiteede haiguste osas oli hüpodiaagnoose 15,2±5,1%. Sapiteede haiguste asemel oli eakatel ja raukadel ambulatoorselt diagnoositud krooniline pankreatiit, krooniline hepatiit, pimesoolekasvaja ja krooniline koliit. Sapiteede haiguste hüperdiagnoosimine antud vanuserühmas moodustas ambulatoorselt 7,2±2,3%.

Tööst selgub, et eakatel ning raukadel esineb mao- ja sapiteede orgaanilisi haigusi sagedamini kui noorematel. Vanemas eas suureneb koosinevate haiguste arv, mis raskendab mao- ja sapiteede haiguste diagnoosimist ning uuringute tegemist. Haigus kulgeb vanemaealistel sageli atüüpiliselt ning sümptomidevaeselt. Mao- ja sapiteede haiguste diagnoosimise parandamiseks on haigeid vaja komplekselt uurida, arvestades kõiki koosinevaid haigusi.

KIRJANDUS: 1. Schmincke, W., Lengwinat, A. Beitrag zur Erforschung der allgemeinen Morbidität. Berlin, 1968. — 2. Spiro, H. M. In: Clinical Gastroenterology. New York, 1977, 1289.

3. Гусев О. А. Болезни органов пищеварения и организация медицинской помощи при них. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1969. — 4. Мардна У. Б. Вопросы эпидемиологии и диагностики заболеваний желчевыводящих путей (по материалам города Таллина). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1974. — 5. Напалков П. Н., Трунин М. А. Клинический журнал, 1973, 9, 51–55. — 6. Пярн Х. М. Вопросы выявления и эпидемиологии хронических заболеваний желудка (по материалам города Таллина). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1974.

Ekspereimendiaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

KROONILISE PANKREATIIDI KIRURGILISE RAVI VÕIMALUSI

JÜRI MÄNNISTE AARE MEHIK AARNE JOSING
AGU VIIRMAA SIRJE VELBRI TALLINN

krooniline pankreatiit, tüsistused, pankreatiidi
klassifikatsioon, kirurgiline ravi, näidustused

Ravi kroonilise pankreatiidi tüsistumata vormide korral on vastavalt üldtunnustatud põhimõtetele konservatiivne. Toitumisel on eriti tähtis, et vältitaks alkoholi ning muude tugevate mao- ja seedenäärmete sekretsiooni stimuleerivate ainete kasutamist. Range dieet aitab enamasti ära hoida sagedat protsessi ägenemist. Kõhunäärme sellise ekskretoorse puudulikkuse, mis põhjustab kahheksiat, likvideerimiseks kasutatakse perioodiliste ravikuuridena seedeensüüme, nagu pankreatiini, kolensüümi, allohhooli, festaali, trifermenti jt. Parenteraalseks infusioonraviks võib samal ajal kasutada valgu- ja rasvalahuseid (albumiini, aminooni, alvesiini, lipofundiini jt.).

Kroonilise pankreatiidi korral võib raskeks osutuda valu vaigistamine. Konservatiivsete vahenditega ei ole see sageli võimalik, nii et võib areneda pseudonarkomaania või isegi narkomaania tingituna pikaajalisest valutugevuse tarbimisest.

Antud töö eesmärk on kroonilise pankreatiidi ravi kogemuste analüüs, eriti kirurgilise ravi näidustuste ja võimaluste täpsustamine.

Üleliidulisel sümposiumil teemal «Krooniline pankreatiit», mis toimus tänavu Moskvast, võeti vastu otsus korrustada pankreatiidi klassifikatsioon (2), sest seni kehtivad on väga varieeruvad, sageli kohmakad. Nad ei kajasta nüüdisaegseid seisukohti etioloogia, patogeneesi või morfoloogiliste muutuste aspektist.

W. Otto jt. soovivad praktiliseks tööks etioloogilisest aspektist lähtunud klassifikatsiooni (1), mis üldjoontes on kooskõlas ka tuntuks saanud Marseille'

klassifikatsiooniga ja mille järgi meiegi juhime.

1. Primaarselt krooniline pankreatiit

1.1. alkohoolne, toksilis-infektsioosne, kalsifitseeriv vorm

1.2. skleroseeriv vorm (tõenäoliselt autoimmuunse protsessi)

1.3. pärilik ehk hereditaarne vorm:

1.3.1. hereditaarne, krooniline retsidiveeruv pankreatiit (on tõenäoliselt põhjustatud aminohapete ainevahetuse kaasasündinud häiretest, esineb lüsinuuria)

1.3.2. mukovistsidoos (pankrease tsüstiline fibroos), mis esineb peamiselt lapseas koos kroonilise bronhiidi, bronhoektaasiatega; higis on keedusoola kontsentratsioon kõrge.

2. Sekundaarselt krooniline pankreatiit

2.1. biliaarne

2.2. nekroosijärgne pseudotsüst

2.3. operatsioonijärgne, traumajärgne.

3. Pankreolitiaas.

Uurimismaterjal ja -meetod. Analüüsisime kroonilise pankreatiidi mitmesuguste vormide tõttu Tallinna Vabariikliku Haigla üldkirurgiaosakonda ajavahemikul 1975...1981 saadetud 472 haige haiguslugu. Neist 382-l oli protsess ägenemisfaasis. Opereeriti 82 haiget (17,3%) (vt. tabel), ülejäänutele määrati konservatiivne ravi esialgu statsionaaris, hiljem ambulatoorselt. Diagnoosimisel kasutati üldtunnustatud kliinilis-laboratoorseid meetodeid, immunoloogilisi uuringuid (S. Velbri), farmakoangiograafilisi uurimismeetodeid, endoskoopiat, laparoskoopiat jm. Kõhunäärme ja selle naaberelundite muutuste hindamisel püüti enne operatsiooni selgusele jõuda pankrease pahaloomulise protsessi võimalikkuses.

Uurimistulemused ja analüüs. 472 hospitaliseeritust, kellel diagnoosisime kas primaarse või kaasneva kroonilise pankreatiidi, esines 102-l (21,6%) tüsistunud haigusvorm.

Kõige sagedasemaks kroonilise pankreatiidi tüsistuseks pidasime järgmiste patoloogiliste sündroomide tekkimist:

1. Mehhaaniline ikterus, tingituna ühissapijuha terminaalosa või duodenaaläsa umbumisest kõhunäärme induratiivsete ja sklerootiliste muutuste tõttu. Mehhaaniline ikterus ka sekundaarsete pankreatiitide korral, eriti konkrementide pitsumise tagajärjel *papilla Vateri*'sse. Krooniline pankreatiit tüsistus mehhaanilise ikterusega kokku 38 juhul (8,0%).

2. Nekroosijärgne pankrease pseudotsüst, kõhunäärmejuha retentsioonsüst, näärme välised uurised, arrosiivsed verejooksud, pankreolitiaas — 21 haigel (4,4%).

3. Maolukuti või kaksteistsõrmiku läbimatus, duodenostaas induratiivse protsessi tagajärjel — 13 haigel (2,7%).

4. Tugev valu, mille tõttu pidi ordineerima opiaate või analgeetikume — 10 haigel (2,1%).

5. Portaalhüpertensiooni nähud väljendunud splenomegaliaga — kahel haigel (0,4%).

Nimetatud sündroomide tekkimist pidasime kirurgilise ravi näidustuseks. Lisaks sellele opereerisime haigeid nn. kaasneva pankreatiidi korral, kui selle põhjuseks olid sapikivitõbi, duodenaaldivertiikul või retentsioondivertiikuliit, kõhunäärmesse tunginud duodenaalhaavand, *tr. coeliacus*'e ekstravasaalne steenoos jms., mis esinesid 59 juhul (12,5%).

Sõltuvalt haigusprotsessi iseärasustest kõhunäärmes või selle naaberelundites rakendasime järgmisi kirurgilise ravi meetodeid (vt. tabel).

Enamikul juhtudel, s. o. 63 haigel 82-st, tehti kombineeritud või liitoperatsioonid, s. o. ühemomentselt operatsioonid sapiteedel (biliodigestiivne anastomoos, papillosfinkterotoomia jm.) või kõhunäärnel.

Operatsioon on otseselt näidustatud juhtudel, kui haigus on tüsistunud mehhaanilise ikteruse ja seedetrakti läbitavuse häiretega.

Sekundaarse pankreatiidi korral on kirurgiline ravi vajalik peamiselt siis, kui on tegemist biliaarse pankreatiidi ja destruktiivsete muutuste järgsete tüsistustega kõhunäärmes.

Sapiteede operatsioonidest tuleb papillotoomiat eelistada teistele biliodigestiivsetele anastomoosidele, et vältida ühissapijuha lõpposa umbset soppi. Sekundaarse pankreatiidi ravis on sapiteede saneerimine esmajärguline ülesanne. Kroonilise kalkuloosse koletsüstiidi korral, mis on tüsistunud kroonilise pankreatiidiga, on sageli häid tulemusi andnud ka lihtoperatsioon — koletsüstektomia.

Tabel. Operatsioonid kroonilise pankreatiidi korral

Liitoperatsioonid või kombineeritud operatsioonid	Operatsioonide arv
I. Kõhunäärme operatsioonid	kokku 27
1. Kõhunäärme saba- ja kehaosa reseksioon	2
2. Pankreatoduodenaalne reseksioon	2
3. Pankreatoduodenumektoomia	1
4. Pankreatikojejunostoomia	5
5. Pankrease pseudotsüsti reseksioon ja juha väline drenimine	5
6. Mädase nekroosijärgse pseudotsüsti avamine ja väline drenimine	5
7. Kõhunäärme tsüsti marsupialisatsioon	1
8. Kõhunäärmejuha plombeerimine	1
9. Marginaalne neurotoomia	3
10. Kõhunäärmejuha reimplantatsioon duodeenumisse	1
11. Annullaarse näärmeosa reseksioon	1
II. Sapiteede operatsioonid	kokku 100
1. Koletsüstektomia	45
2. Koledohhoduodenostoomia	16
3. Koledohholitotoomia	14
4. Koledohhojejunostoomia väljalülitatud soolelingul	7
5. Koletsüstojejunostoomia	5
6. Koletsüstogastrostoomia	5
7. Papillosfinkterotoomia ja papilloplastika	6
8. Hepatokoledohhojejunostoomia Rodney-Smithi järgi	1
9. Koledohhogastrostoomia	1
III. Naaberelundite operatsioonid	kokku 20
1. Gastroenteroanastomoos	8
2. Duodenaaldivertiikuli reseksioon	4
3. Antrumektomia	3
4. Duodenojejunostoomia	2
5. Splenektomia	2
6. Liidete mobiliseerimine	1

Kõhunäärme induratiivsete ja fibroossete muutuste korral, mis põhjus-

INFORMAATIKU OSA TEADUSKOLLEKTIIVIS

HELI TALVOJA · TALLINN

informaatika, meditsiin, toksikoloogia

tavad tugevat valu, on neurotoomia mitmesugused modifikatsioonid vähe efektiivsed. Kõhunäärmejuha sulguse ning piirdunud muutuste korral saba- ja kehaosas tuleks sagedamini kasutada resektsiooni koos kõhunäärmejuha dreenimisega. Pankreatojejunostoomia koos nekroosijärgse pseudotsüsti resetseerimisega annab paremaid tulemusi kui tsüsti väline dreenimine, mis võib põhjustada arrossiivseid verejookse. Kui kõhunäärme keha- või sabaosa tsüsti korral on induratiivne protsess ilmne, soovitame resetseerida näärme distaalosa. Kõhunäärmejuha retentsioonsüsti korral tuleb eelistada pankreatojejunostoomiat. Eriti traumaatilised on radikaaloperatsioonid, nimelt pankreatoduodenaalne resektsioon ja duodeno-pankreatektoomia, nende puhul on le-
taalsus kõrge.

KIRJANDUS: 1. Otto, W., Hambsch, K., Treutler, K. Medizinisch-poliklinische Diagnostik. Jena, 1979, 205—209.

2. Хронический панкреатит. Тезисы все-союзной конференции. М., 1981.

Tallinna Vabariiklik Haigla
Tallinna Vabariiklik Onkoloogia
Dispanser

Rasedusspetsiifilise ja platsentast pärineva plasmaproteiini A isoleerimine raseda verest ning selle määramine immunoelektroforeesi-meetodil läks korda Suurbritannia teadlasel G. R. Hughesil ja tema kaastöötajatel. Spetsiifilise plasmaproteiini kontsentratsioon tõuseb raseduse ajal kuni 100 µg/ml. Kuid ähvardava preeklampsia, platsenta enneaegse irdumise, enneaegse sünnituse ja loote düstroofia korral on plasmaproteiini kontsentratsioon tunduvalt kõrgem ning seega on patoloogilise raseduskulu näitajaks.

Die Heilberufe, 1981, 10.

Nüüdisajal on informatsioon, eeskätt teadusalane, üks kõige olulisemaid ressursse, mida ühiskond omab (13). Siit ka järjest kasvav huvi informaatika-probleemide vastu üldse ning teadustöötajate infoga varustamise vastu eriti.

Teadusalases infotöös on aspekte, millega kahtlemata tuleb tegelda teadustöötajal enesel: jälgida teatud arvu erialaajakirju, osa võtta nõupidamistest ja konverentsidest, pidada erialast kontakti kolleegidega jne. Infoteenistuse eesmärk aga peab olema infotöö organiseerimine niisugusena, et spetsialist osaleks vaid nendes infoprotsessides, mis on teadustöötaja loometöö lahutamatuks osaks ja mis stimuleerivad tema loomingulist aktiivsust. Teadustöötaja infoalasest tegevusest tuleks välistada kõik niisugune, mille täitmiseks ei ole vaja tema erialast kvalifikatsiooni (11). Siin ongi vaja informaatiku abi.

Kogenud informaatikut võib sisuliselt pidada uurimisrühma liikmeks (9), sest kuigi tulevik kuulub automatiseeritud infoteenindusele, sõltub igasuguse infoteeninduse tõhusus ikkagi eeskätt inimestest, nende teadmistest ja oskustest arendada spetsialistide ning informaatikute vahelist koostööd (6), mis omakorda sõltub vastastikusest psühholoogilisest sobivusest. See aitab paljusi üle saada infotöös ette tulla võivatest raskustest.

Üks peamisi raskusi on abonendi oskamatus oma infopäringut täpselt formuleerida. Näiteks arvatakse, et mida suurem on märksõnade arv, seda rohkem peaks saama infot. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi meditsiiniinformatsiooni vabariiklikus osakonnas (MIVO) tehtud uurimus aga näitas, et 5...6, enim võib-olla 10 oskuslikult valitud märksõnast ühe teadustöötaja

kohta piisab, et spetsialist saaks küllaldaselt erialakirjandust (5). Teadlaste infovajadus on keeruline, mitmetahuline ja, mis peamine, muutuv nähtus (14). Nii meie kui ka välismaa infotarbijad kurdavadki kõige sagedamini infosüsteemide jäikuse üle (3), mis ei arvesta spetsialistide järjest muutuvaid infovajadusi. Infoteenistuse ülesanne on tundma õppida oma abonentide infovajadusi, et iga teadustöötaja saaks endale ja ainult endale vajalikku infot (3). Eriti oluline on see tippteadlaste teenindamisel.

Oleks otstarbekam, kui igal suurel teaduslikul struktuuriüksusel või paaril-kolmel lähedase uurimistemaatikaga osakonnal/laboratooriumil oleks oma informaatik. See nõuab enam vahendeid kui lihtsalt infoosakonna töötajate arvu suurendamine, kuid, nagu mitme riigi kogemused on näidanud, tasub end igati ära (11). Sellisel juhul oleks võimalik mitte ainult juhtivatele töötajatele informatsiooni edastamine, vaid kõigi osakonnas/laboratooriumis tehtavate uurimiste kindlustamine nii retrospektiivse kui ka jooksva infoga. Kõige tähtsam on see teadusharudes, kus kirjanduse hajasus on väga suur ja ülekaalus uurimused mitme teadusharu piirimaolt (8).

Meditšiinis võib niisugusteks valdkondadeks pidada onkoloogiat ja toksikoloogiat, mis on ka omavahel tihedalt seotud (7). Paljud tööstuses, põllumajanduses ja olmes kasutatavatest kemikaalidest on toksilised, mitmedki nendest on ka kantserogeensete omadustega. Niisugused ained nagu asbest, plii-, kroomi-, nikliühendid ja benseen võivad kutsevähki põhjustada. Peale selle on arvukaid nn. modifitseerivaid tegureid, mis annavad tuge kasvajalise protsessi vallandumiseks või loovad selleks soodsa pinna.

Ei ole huvitusetä märkida, et sajast enam tsiteeritavast toksikoloogiaalasest ajakirjast (7) on üheksa (9%) puht-onkoloogiaalased või sisaldavad eraldi rubriigi onkoloogia kohta, 60 (60%) aga kuuluvad ajakirjade hulka, milles avaldatakse ka onkoloogiaalaseid artik-

leid (12). Siin võib täheldada, et ühe teadusharu nn. komeedi sabasse kuuluv kirjandus koosneb suurel määral mõnede teiste teadusharude nn. tuumikajakirjadest (4).

Toksikoloogia* on kunagi unustusehõlmas olnud teadusharust muutunud nii kiiresti arenevaks, et toksikoloogide ettevalmistus näiteks USA-s jääb kaugelt maha vajadusest nende järele (1). Toksikoloogia osa «*Chemical Abstracts*'is» suurenes aastail 1971... 1975 mahuliselt 345%, samal ajal kui kogu «*Chemical Abstracts*'i» kohta oli see 41,8% (2). USA automatiseeritud infosüsteemi *Toxline* andmeil on toksikoloogiaalane kirjandus hajutatud 14 500 ajakirjas, millest vaid 100 enamtsiteeritavat (0,69%) annab peaaegu kolmandiku (29%) *Toxline*'i ajakirjartikleist (7).

Kemikaalide toksiline toime inimorganismidesse ja keskkonna saastumine on probleemid, mis on muret teinud sajandeid. On teada, et Rooma impeeriumi orjad, kes töötasid elavhõbedakaevandustes, püüdsid end elavhõbedaurude sissehingamise eest kaitsta loomapiõiest maskiga, kuid tagajärjetult. 1661. a. esitas J. Evelyn Charles II-le petitsiooni, milles kurdetakse Londoni õhu saastumise üle väävli, arseeni ja muude kemikaalide aurudega ning tehakse ettepanek, et värvalid, lubjapõletajad, seebikeetjad ja teised käsitöölised, kelle tegevust J. Evelyn pidas saastumise põhjuseks, viiksid oma töökojad linnest välja (10).

Nüüdisaja toksikoloogil on vaja piisavalt infot kümnete kemikaalide toksilise toime kohta. Enamik seda infot on olemas, kuid hajutatuna arvukates publikatsioonides on ta paraku raskesti kättesaadav just siis ja seal, kus ja millal teda kõige enam vaja on (10). Appi tuleb informaatik.

Järgnevalt anname ülevaate toksiko-

* Mõeldud on meditsiinilist toksikoloogiat ja tema piirialasid. Ingl. k. «*medical toxicology*» — E. G. Comstock. *Current Literature of Medical Toxicology* — Clin. Toxicol., 1981, 18, 2, 231—235.

loogiaalasest infost meditsiiniinformatsiooni vabariiklikus osakonnas, kus juba palju aastaid on tehtud valikteadistust Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi (EKMI) juhtivatele spetsialistidele, nende hulgas ka peatoksikoloogile. 1981. a. alustati kogu instituudi eksperimentaalse ja kliinilise toksikoloogia osakonnale, mida juhatab peatoksikoloog, jooksva erialainfo andmist, seda vastavalt kogu osakonna uurimisteemadele ning eraldi ka osakonnajuhatajale.

Infotöö aluseks on kõiki osakonna uurimisteemasid hõlmav märksõnastik ning informaatiku poolt koostatud rubrikaator kirjanduse klassifitseerimiseks. Rubrikaator, mida pidevalt täiendatakse, koosneb ligikaudu 50 rubriigist ning umbes 340 alarubriigist. Näiteks geneetiline toksikoloogia, käitumistoksikoloogia, kutsevähk ja sellega seotud probleemid; osakonnas uuritavate metallide ja aromaatsete süsivesinike jaoks on välja toodud eraldi rubriigid mitme aine koosmõju, nende mutageense ja teratogeense toime ning muu sellise kohta.

Et informaatik töötab artiklid sisuliselt läbi, siis on iga artikkel erialakirjanduse kartoteegis peegeldatud kolmes-neljas, vahel isegi 10...12 alarubriigis. See hõlbustab info kättesaamist tunduvalt, sest ainuüksi artikli pealkirjast lähtudes võiks mõndaigi olulist leidmata jääda. Praegu sisaldab massiiv umbes 800 põhiliselt viimase 2...3 aasta jooksul ilmunud artiklit. Ligikaudu 70% sellest moodustavad autoritelt väljaannete «Current Contents. Life Sciences» ja «Current Contents. Clinical Practice» (USA) põhjal tellitud separaadid. Suur on ka ВИНИТИ referaatajakirjade (seeriad: Токсикология, Онкология, Медицинская география, Охрана природы и воспроизводство природных ресурсов) põhjal tellitud kserokoopiate osatähtsus.

Oluliseks võib pidada ka seda, et vajaduse korral aitab informaatik osakonna töötajaid võõrkeelse erialakirjanduse tõlkimisel.

Niisugune infotöö suund, et infot antakse vastavalt teadustööde temaatikale, mitte aga ainult juhtivatele spetsialistidele, on praegu NSV Liidus üks määravamaid. Paraku pole teadusasutustes ikka veel informaatikute ametikohti, kuigi vajadus nende järele on ilmne. Ei ole kahtlust, et uurimise kvaliteet ja nende teostamise kiirus see läbi üksnes võidaksid.

KIRJANDUS: 1. Alsop, R. Wall Street J., 1980, 4, 1—21. — 2. Baker, D. B. Chem. Engng. News, 1976, 54, 20, 23—27. — 3. Elam, P. G. J. Syst. Manag., 1979, 30, 8, 30—33. — 4. Garfield, E. Curr. Cont. Chem. Earth Sci., 1980, 20, 19, 6—12. — 5. Gasman, L., Talvoja, H., Rõigas, S. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 2, 113—115. — 6. Kendal, R. I. ASLIB Proc., 1976, 28, 11/12, 370—375. — 7. Kissman, H. M. Ann. Rev. Pharm. Toxicol., 1980, 20, 285—305. — 8. Packer, K. M., Soergel, D. J. Am. Soc. Inf. Sci., 1979, 30, 3, 125—135. — 9. Palčova, A. Zdrav. dok., 1979, 18, 3—4, 186—190. — 10. Satkunanathan, C., Huismans, J. W. Industry and Environment, 1979, 2, 4, 18—19.

11. Ахмадеев М. Х., Бурсакова Н. М. Научно-техн. информ., сер. I, 1979, 2, 15—18. — 12. Лоозна Т. О., Талоя Х. Т., Гасман Л. А., Лаан И. А. Информационно-библиографический справочник по онкологии. М., 1975. — 13. Михайлов А. И. Научно-техн. информ., сер. I, 1980, 4, 1—7. — 14. Михайлов А. И., Черный А. И., Гиляревский Р. С. Научные коммуникации и информатика. М., 1979.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Veel kord tõtt suitsetamise kohta. Statistika andmeil on 90% kopsuvähist, 25% südameveresoonte haigustest ja 75% kroonilisest bronhiidist põhjustatud surmajuhtudest otseselt seotud suitsetamisega. See tähendab tagasihoidlikult hinnates, et igal aastal sureb maailmas tubakasuitsetamise tõttu vähemalt üks miljon meest ja naist. Võib arvata, et kui tubakasuitsetamine oleks maailmas tuntuks saanud alles tänapäeval, oleks see kindlasti kõikjal ära põlatud. nii nagu toimistakse igasuguse kahtlase väärtusega ravainete suhtes.

Die Heilberufe, 1981, 10.

Ülevaated

UDK 613.72/.74:616-003.96(047)

TERVISE TUGEVNEMINE KEHALISE TREENINGU MÖJUL

ATKO VIRU · TARTU

tervise tugevdamine, kehaline treening, homöostaatiline regulatsioon, adaptatsioon, immunoloogiline regulatsioon, organismi energeetiline potentsiaal, südame töösuutlikkus, võistlussport, rahvasport, kehalise aktiivsuse mõju organismile

Kui tervist käsitleda mitte kitsalt haiguse puudumisena, vaid kui «psüühiliste, bioloogiliste ja füsioloogiliste funktsioonide, optimaalse töövõime ning sotsiaalse aktiivsuse säilitamise ja arendamise protsessina» (18), siis tuleb seda mõista kui organismi vastupanuvõimet haiguste suhtes. Vastupanuvõime võib kas suureneda või väheneda, seega tuleb arvestada tervise tugevdamise ja nõrgestamise võimalust. Enam ei ole kahtlust, et kehaline passiivsus on tervist nõrgestav ja kehaline treening tervist tugevdav tegur. Üatusliku argumentatsiooni on selie kohta esitanud R. Silla oma monograafias (10).

Statistika andmeist on teada, et kehaliselt treenituil on haigestumus madal, haigused kulgevad neil kergemini ning tööpäevade kaotus haiguse tõttu on väiksem kui kehaliselt passiivsetel (10). Loomkatsete varal on veenvalt tõestatud, et kehalise treeningu tulemusena suureneb katseloomade vastupanuvõime hapnikuvaeguse suhtes, külma ja kuum, mürkainete ja mikroorganismide toksiinide, kiirenduse ja radioaktiivse kiirituse suhtes (16, 24).

Käesoleva töö eesmärk on laiendada ja populariseerida vastavateemalist argumentatsiooni ning teha kokkuvõte

füsioloogilistest muutustest organismis, mis tekivad kui adaptatsioon kehalesele tegevusele ning mis samal ajal suurendavad organismi vastupanuvõimet haiguste suhtes.

Et organism saaks kahjustamatult funktsioneerida, peab säilima tema sisekeskkonna tasakaal: temperatuur ning pH, muutumatuks peavad jääma hapniku, süsihappegaasi osarõhk ja osmootne rõhk ning iooniline koostis. Juba vähesed nihked nendes parameetrites hakkavad häirima ainevahetust, sest biokeemilisi reaktsioone katalüüsivad ensüümid on aktiivsed vaid konstantsetes tingimustes.

Sisekeskkonna konstantsuse tagab muutuvas väliskeskkonnas homöostaatiline regulatsioon. Tihti nõuab see keerukat koostööd elundite vahel, paljude rakkude pingelist talitlust. Viimane võib nõuda suuremat energia-kulu, kui raku enese reservid seda võimaldavad. Sellel juhul käivitub organismi üldise adaptatsiooni mehhanism, mobiliseerides organismi energeetilised ja üldised kaitsejõud (13).

Üldise adaptatsiooni reaktsioonis on suur pinge sümpatoadrenaalsüsteemil ja hüpofüsaar-adrenokortikaalsüsteemil, mis toob endaga kaasa näärmerakkude väljakurnamise ohu. Organism kaitseb end sellega, et lülitab ajutiselt välja nende süsteemide maksimaalse aktiivsuse (12, 19). Tekib omapärane olukord: edukaks kohanemiseks vajab organism hormoone, kuid kesknärvisüsteemi reaktsiooni tõttu väheneb nende sekretsioon, mis põhjustab ebasoodsaid muutusi ainevahetuses.

Mida suuremad on näärmerakkude funktsionaalsed võimed, seda hiljem pärssub näärme talitus stressi korral ja seda väiksem on ebasoodsate ainevahetusmuutuste võimalikkus. Neerupealiste koore talitluse uurimine näitas, et kehalise treeningu tulemusena suurenevad mitokondrite ja endoplasmaatilise retiikulumi elementide arv ning mitokondrite markeri tsütokroomi aa₃-sisaldus *z. glomerulosa* rakkudes (31). Seega laieneb «tootmispind» glükokortikoidide sünteesimiseks. Kajastu-

seks on näärme maksimaalse aktiivsuse püsimine treenituil pikaajalise töö vältel, ilma et see alatalitluseni langeks, nagu ilmneb treenimatuil (11). Eeldatavasti suudab selline nääre kaua ja küllalt aktiivselt funktsioneerida ka haigust tekitava teguri kestval mõjumisel, luues olukorra edukaks homöostaatiliseks regulatsiooniks, seega kahjustava toime vältimiseks. Treeningu tulemusena suurenevad ka neerupealiste säsirakkude funktsionaalsed võimed (6, 23).

Üldise adaptatsioonimehhanismi üks komponente on organismi kaitsejõudude mobiliseerimine. Faktid kinnitavad immunoloogilise regulatsiooni efektiivsuse tõusu kehalise treeningu tulemusena (27, 30). Selle tulemusena suureneb skeleti ning südamelihase rakkudes glükogeeni- ja kreatiinfosfaadisaldus, maksas rohkeneb glükogeeni hulk. Rasvkoe üldhulk väheneb, kuid rasvkoe mobiliseeritavus (rasvhapete vabanemise kiirus ja ulatus) suureneb (7, 32).

Tõuseb paljude ensüümide aktiivsus, mis katalüüsivad bioenergeetilisi protsesse (3, 32). See kõik tähendab organismi energeetilise potentsiaali suurenemist. Tervise säilitamise, samuti ka tervise taastamise suhtes on organismi energeetilisel potentsiaalil täita suur osa, sest igasugune organismi kohanemisprotsess nõuab aktiivsete rakkude head energiaga varustamist.

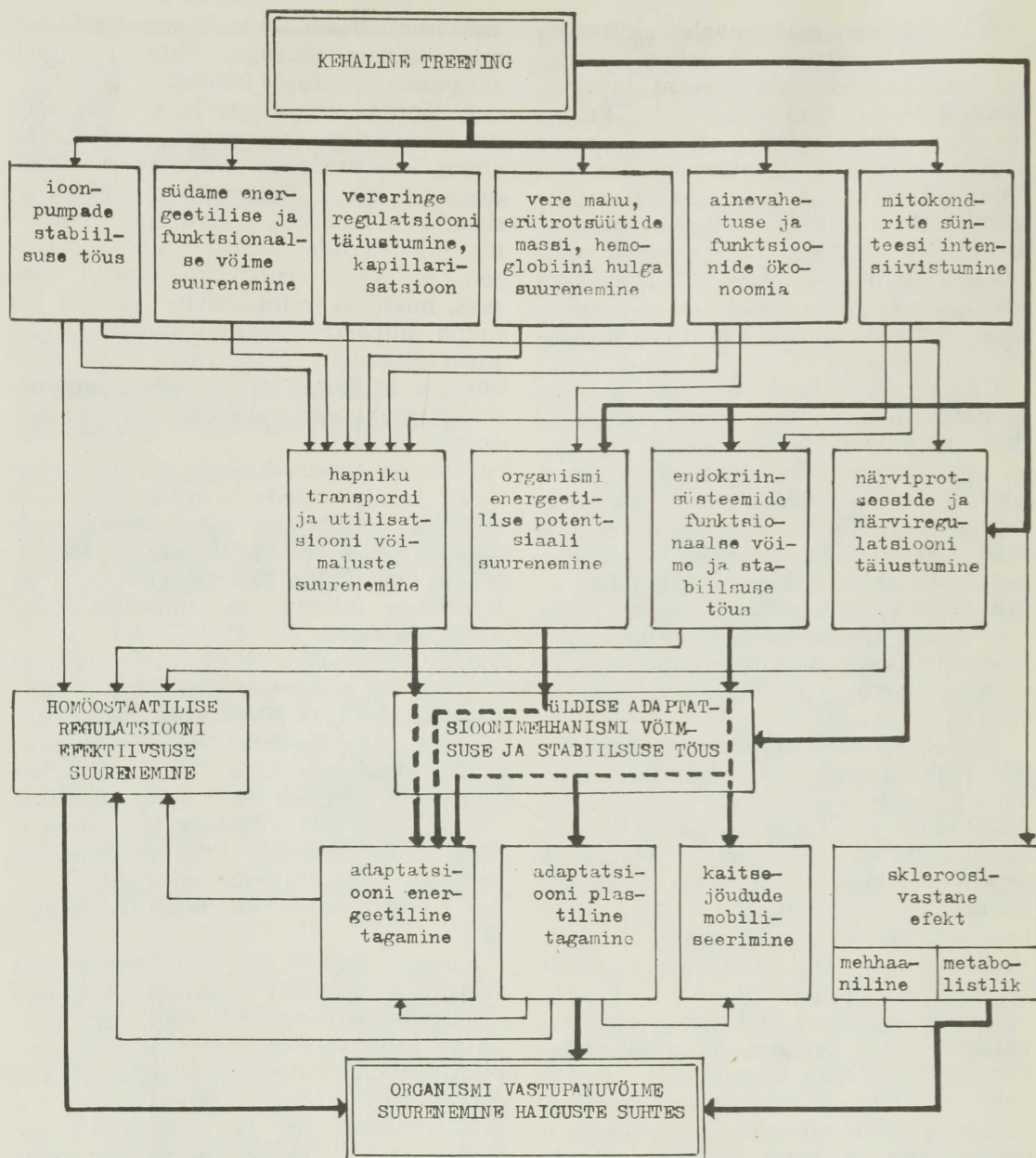
Rakkude võimalused toota energiat oksüdatiivsete protsesside arvel sõltuvad mitokondrite kogupinnast. Kehalise treeningu tulemusena aktiveerub mitokondrite süntees (2, 32), eriti teeb see kehalise treeningu tähtsaks paljude haiguste profülaktikas. Oksüdatiivsete protsesside intensiivsus sõltub mitokondrite talitluse kõrval ka kudede varustatusest hapnikuga. Treenitud organismis loob kõigis situatsioonides selleks eelduse südame ja veresoonte ja hingamisaparaadi tööjõudluse kasv. Vastupidavusharjutustega treenitud organismis on südame maksimaalne löögi- ja minutimaht märksa suurem (1). Südame mõõdukas hüpertroofia langeb

kokku müokardi rakkude energiasüsteemi võimsuse tõusuga. Viimane ilmneb järgmiste muutuste kaudu:

1. Koronaarkapillaaride arv ja koronaarsoonestiku kogumaht suurenevad enam, kui suureneb müokardi rakkude mass (8, 26).
2. Suureneb müoglobiini sisaldus müokardis.
3. Suurenevad energia substraatide juurdevoolu võimalused.
4. Aktiveerub mitokondrite süntees, mistõttu mitokondrite hulk ei jää maha hüpertrofeerunud südame massi juurdekasvust. Suureneb veel ATP energia utilisatsioon ja selle muundumine mehhaaniliseks kontraktsiooni-energiaks (26).

Südame töösutlikkuse määrab enamasti ionipumpade võimsus müokardi rakkude membraanides. Ionipumpade talitus sõltub omakorda energiat vabastavate ensüümide aktiivsusest. Kehalise treeningu tulemusena suureneb müokardi rakkudes NA-K-ATPaasi stabiilsus — pikaajaline intensiivne talitus ei põhjusta enam selle ensüümi aktiivsuse langust (21). Na-K-ATPaasi aktiivsuse langus põhjustab Na ja vee akumuleerumist müokardi rakkudes. See omakorda takistab Ca tagasipumpamist diastoli ajal sarkoplasmaatilise retiikulumi struktuuridesse. Viimane on südamelihase töösutlikkuse oluline nõrgendaja, põhjustades nn. diastoli defekti (25).

Kudede hapnikuga varustamise eest vastutava süsteemi võimsus suureneb vastupidavustreeningul veel vere üldhulga, erütrotsüütide massi ja hemoglobiini üldhulga suurenemise arvel (1, 17), samuti kapillaaristiku tihenemise arvel skeletilihastes (8) ja kopsualveoolide ümber (5). Täiustub perifeerse vereringe regulatsioon, tõhustub ringleva vere jaotumine veresoonestiku eri osade vahel (28). Kõige selle integraalseks kajastuseks on hapniku tarbimise maksimaaltaseme tõus, mis on eriti väljenduslik vastupidavusaladel treenivatele sportlastel (1, 9). Kuigi see muutus sõltub geneetilisest fondist, kinnitavad uurimused siiski selle suurendamise võimalikkust kõigil inimestel. Väga oluline on see, et treeningu tulemusena



Skemaatiline joonis. Kehalise treeningu tulemusena tekkivate muutuste osatähtsus organismi üldise adaptatsioonimehhanismi võimsuse ja stabiilsuse suurendamisel. Autori skeem.

suureneb ka kudede hapnikuga varustamise eest vastutava süsteemi funktsionaalne stabiilsus, mis kajastub treenitui võimaluses säilitada pikaajalisel tööil kõiki hapniku tarbimise tasemeid (vastavalt töö võimsusele) kauem, kui seda suudab vähe treenitud organism (1).

Kui mingi muutuse tõttu väliskeskkonnas või organismis endas tekib hüppoksia, siis talub seda treenitud organism mõningal määral paremini. Tänu mitokondrite täiuslikumale funktsioonile suudetakse vähest hapniku hulka paremini ära kasutada. Anaeroobsete protsesside ulatuslikumat kasutamist

võimaldab puhversüsteemide suur võimsus (20).

Kehalisele treeningule annab suure profülaktilise väärtuse organismi talitluse ökonomiseerumine. Ökonoomia ilmneb nii elundite talitluses kui ka ainevahetuses. Jõudeolekus on treenitud organismi funktsionaalne aktiivsus madalam, pannes seega aluse funktsionaalse reservi suurenemisele (4). Elundite talitluses ilmnevad nii jõudeoleku kui ka pingutuse korral kõige ratsionaalsemad töövormid. Näiteks suureneb südame minutimahu tõstmisel südame löögimaht ulatuslikumalt. Energiarikkad ained kasutatakse vajaduse korral ära ulatuslikumalt (2), oksüdatiivsetes protsessides suureneb vabaneva energia salvestamine fosforiühenditesse ja väheneb soojusena eralduva energia osa. Ilmneb regulatsiooni täiusumine: oksüdatsiooni mõjutavad muutused (näiteks katehoolamiinide mõju müokardile emotsionaalse erutuse korral) ei põhjusta hapniku pillavat kulumist ega energeetiliste protsesside kasuteguri langust, nagu see ilmneb kehalisest inaktiivsusest detreenitud organismis (29). W. Raab (29) oletab antiadrenergilise süsteemi olemasolu ja selle võimsuse suurenemist kehalise treeningu tulemusena. Loomkatsetel on näidanud, et kehalise treeningu tulemusena väheneb suurte katehoolamiini annuste toksilisus müokardi suhtes, mis seostub kaaliumisisalduse suurenemisega müokardi rakkudes (22).

Kehalisel aktiivsusel on teatav vastumõju kaltsiumisoolade ümberjaotumisele organismi vananemisel. See vastumõju võib olla mehhaaniline või metaboolne. Mehhaaniline vastumõju seisneb selles, et kaltsiumisoolad ladestuvad halvemini lihastesse, kõõlustesse ja liigestesse kehalise aktiivsuse korral. Taolise skleroosivastase gümnaстика annavad veresoontele kehaasendi muutus ja erisuunalised kiirendused kehaliste harjutuste tegemisel, nõudes seoses veremassi nihetega veresoonestikus kiireid muutusi veresoonte toonuses. Metaboolne vastumõju seostub treeningu mõjuga lipiidide ainevahetusele.

Üks olulisi avaldusi siin on vere kolesteriinitaseme langus (7), mida seostatakse kolesteriini maksa transportivate lipoproteiidide kontsentratsiooni tõusuga ja kolesteriini metaboolse degradatsiooni intensiivistumisega. Kehaline treening tugevdab närviprotsesse, mõjub soodsalt nende liikuvusele ja tasakaalule ning närviregulatsioonile üldse.

Kõik loetletud muutused saavutavad ulatusliku väljenduse sportliku treeningu korral, ületades kehalise kasvatus või rahvaspordi mõju avaldusi tunduvalt. Seetõttu ei saa printsiipsiaalselt õigeaks pidada arvamust, et üleminek rahvaspordist võistlusspordi toob tervise tugevnemise asemel endaga kaasa hoopis tervise nõrgenemise. Tõsi aga on see, et spordis ei ole välistatud mitmesuguste vigastuste ja tervisekahjustuste võimalus (15). Samuti eksisteerib nn. üleadaptatsiooni võimalus (26), mille näiteks on müokardi ülemäärane hüpertrofia mõnel sportlasel. Seos riskimomentidega on siin osaliselt olemas. Suuresti aga tingivad seda organisatsioonilised ja meetoodilised vead treeningu ning võistluste korraldamisel. Tuleb aga arvesse võtta, et paljudel juhtudel ei ole tervisekahjustused seotud mitte kehaliste harjutuste mõjuga, vaid korrapärase elurežiimiga, puudustega toitumises, alkoholi pruukimise ja tubakasuitsetamise ning hormoonpreparaatide kasutamisega. Küllalt tähtis on ka sportlase eluviis pärast tegevspordist loobumist. Järsk üleminek suurtelt koormustelt kehalisele inaktiivsusele võib saada kahjustavaks teguriks. Kahjustavaks võib saada ka vabanemine sportlikust režiimist tingitud kitsendusest ning selle kajastumine alkoholi kuritarvitamises ja suitsetamisega liialdamises.

Printsiipaalseks küsimuseks hinnangu andmisel võistlusspordi mõju kohta tervisele on organismi plastilise reservi muutus. Treening viib paljude valgustruktuuride intensiivsele sünteesimisele ja nõuab seega organismi plastilise reservi (valgusünteesi võimaluste) ulatuslikku kasutamist. Kui kulutatavat plastilist reservi ei kompenseerita,

tähendab treening organismi kohanemisvõimaluste vähenemist. Probleemi spetsiaalne analüüs (14) näitas:

1) intensiivse treeningu tulemusena võivad tekkida lühiajalised perioodid, millal organismi kohanemisvõime on vähenenud (14), õigel treeningu korraldusel on need ületatavad ning on võimalik nii sportliku saavutusvõime kui ka üldise kohanemisvõime edasine kasv;

2) biokeemiliste uuringute tulemusena võib järeldada, et treening tagab tingimused valgusünteesi võimaluste suurenemiseks.

See kõik räägib treeningul kulutava plastilise reservi kompenseerimise võimalusest ning aluse loomisest adaptatsioonivõimaluste üldiseks laiendamiseks.

Kokkuvõte. Organismi vastupanuvõime iga liiki mõjutuste suhtes oleneb homöostaatilise regulatsiooni efektiivsusest ning üldise adaptatsioonimehhanismi võimsusest ja stabiilsusest. Üldise adaptatsioonimehhanismi osa realiseerub homöostaatilise regulatsiooni efektiivsuse tagamise kaudu, kuid samuti vahetult organismi kaitsejõudude mobiliseerimise (immunoloogilised reaktsioonid, põletikureaktsioon jms.) ja mitme adaptiivse valgusünteesi kaudu.

Kehalise treeningu tulemusena tekib neli liiki muutusi, millel on suur tähtsus üldise adaptatsioonimehhanismi võimsuse ja stabiilsuse suurendamisel (vt. joonis).

1. Endokriinsüsteemide funktsionaalse võimsuse ja stabiilsuse tõus.

2. Närviprotsesside ja närviregulatsiooni täiustumine.

3. Organismi energiavaru suurenemine.

4. Hapniku transpordi ja utilisatsiooni võimaluste suurenemine.

Sõltuvalt homöostaatilise regulatsiooni spetsiifikast võib neil muutustel olla kas väiksem või suurem tähtsus ka vahetult homöostaasile.

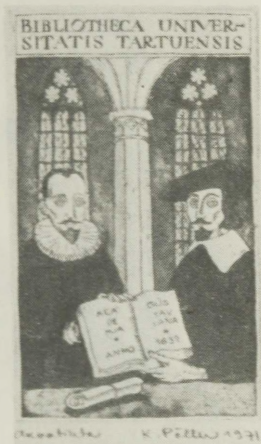
KIRJANDUS: 1. Åstrand, P.-O., Rodahl, K. Textbook of Work Physiology. New-York, St. Louis, San Francisco, 1970. — 2. Goll-

nick, P. D. In: Frontiers of Fitness. Springfield, 1971, 112—126. — 3. Holloszy, J. O., Mole, P. A., Baldwin, K. M., Terjung, R. L. In: Limiting Factors of Physical Performance. Stuttgart, 1973, 66—80. — 4. Mellerowicz, H. Arch. f. Kreislaufforsch., 1956, 24, 70—176. — 5. Minarovjech, V. In: Ier Congress Europeen de Medecine Sportive. Praha, 1963, 17—18. — 6. Pařizkova, J., Kvetansky, R. In: 4th International Symposium on Biochemistry of Exercise. Brussels, 1979, 40. — 7. Paul, P. In: Metabolic Adaptation to Prolonged Physical Exercise. Basel, 1975, 156—193. — 8. Petřen, T., Sjöstrand, T., Sylven, B. Arbeitsphysiologie, 1936, 9, 376—386. — 9. Pärnat, J. Treeningu füsioloogia. Tartu, 1974. — 10. Silla, R. Sport ja tervis. Tallinn, 1978.

11. Вуру А. А. Функции коры надпочечников при мышечной деятельности. М., 1977. — 12. Вуру А. А. Успехи соврем. биол., 1979, 87, 271—286. — 13. Вуру А. А. Успехи физиол. наук., 1980, 11, 4, 27—46. — 14. Вуру А. А. В кн.: Теория и практика физкультуры. Тарту, 1980, 19—21. — 15. Дойзер Э. Здоровье спортсмена. М., 1980. — 16. Зилкин Н. В. В кн.: Цивилизация, спорт и сердце. М., 1968, 5—11. — 17. Именик В. И. В кн.: Актуальные вопросы спортивной медицины. Таллин, 1974, 146—150. — 18. Казначеев В. П. В сб.: XII съезд Всесоюзного физиологического общества им. И. Павлова. 1975, I, 255—257. — 19. Касиль Г. Н., Матлина Э. Ш. В кн.: Стресс и его патогенетические механизмы. Кишинев, 1973, 24—26. — 20. Крестовников А. Н. Очерки по физиологии физических упражнений. М., 1951. — 21. Кырге П. К. Кардиология, 1976, 16, 9, 11—15. — 22. Кырге П. К., Массо Р. А., Марамба С. Я. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1976, 381, 50—73. — 23. Матлина Э. Ш. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1976, 3—49. — 24. Меерсон Ф. З. Общий механизм адаптации и профилактики. М., 1973. — 25. Меерсон Ф. З. Адаптация сердца к большой нагрузке и сердечная недостаточность. М., 1975. — 26. Меерсон Ф. З. Адаптация, дезадаптация и недостаточность сердца. М., 1978. — 27. Немерович-Данченко О. Р. В кн.: Физическая культура и здоровье. М., 1963, 86—91. — 28. Озолин П. П. Адаптация сосудистой системы к спортивным нагрузкам. Рига, 1976. — 29. Рааб В. В кн.: Физиология и патология сердца. М., 1963, 89—101. — 30. Суркина И. Д., Большухина Л. А., Буланова Т. Д., Гудкова Р. Г., Ласков А. А., Овгаренко Л. Н., Орлова Г. С., Фролова М. А. Всемирный научный конгресс. Спорт в современном обществе. Третье направление. М., 1980, 50. — 31. Сэзне Т. П., Массо Р. А., Окс М. С., Вуру А. А., Сеппет Э. К. Физиол. ж. СССР, 1978, 64, 1444—1450. — 32. Яковлев Н. Н. Биохимия спорта. М., 1974.

TRÜ kehakultuuriteaduskonna spordi-füsioloogia kateeder

350 - aastane Tartu Ülikool



UDK 615.(474.2)(092)Schmiedeberg

OSWALD SCHMIEDEBERGI KUI EUROOPA FARMAKOLOOGIA KOOKONNA RAJAJA ELU JA TÖÖ

LEO NURMAND · TARTU

Oswald Schmiedeberg, elukäik, õppeaastad, teaduslik tegevus Tartu Ülikoolis, eksperimentaalfarmakoloogia, detoksikatsiooniprotsessid, «Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie» asutamine, teaduslik pärand

Kuigi R. Buchheim oli Tartus pannud aluse eksperimentaalfarmakoloogiale, nõudis selle suuna laialdane elluviimine Euroopas ja üldse kogu maailmas veel suurt tööd, esmajoones tuli rajada uusi kateedreid ja välja õpetada farmakolooge. Euroopa farmakoloogiakoolkonna rajas O. Schmiedeberg juba üksnes sellega, et ta oli kokku üle 120 õpilase 20 maalt.

Johann Ernst Oswald Schmiedeberg sündis 11. oktoobril 1838. a. Kuramaa kubermangus metsniku pojana. Varsti asus perekond elama Eestisse Permiskülla Narva jõe äärde (praeguses Koht-

la-Järve rajoonis), kus isa jätkas tööd metsaülemena Pagari mõisas. O. Schmiedebergi päritolu kohta ühtset seisukohta ei ole. Vastavalt sünnikohale on teda peetud lätlaseks, kuigi samal ajal on vihjeid ka ta eesti päritolu kohta. Nimelt mainib G. von Bergmann oma mälestustes, et tema isa, Tartu Ülikooli professori, silmapaistva kirurgi E. von Bergmanni ütluse järgi olnud O. Schmiedeberg saksastunud eestlane. E. von Bergmann oli Tartus elanud koos O. Schmiedebergiga prof. L. Strümpelli maja mansardkorrusel. Mõned O. Schmiedebergi õpilased tema Strassburgi-perioodilt märgivad, et kuigi tema saksa keele oskus oli laitmatu, rääkis ta aktsendiga. O. Schmiedeberg pidas Eestimaad ise elu lõpuni oma koduks ja veetis suvepuhkused Permiskülas.

Aastail 1852... 1859 õppis O. Schmiedeberg Tartus maakonna reaalkoolis, hiljem gümnaasiumis. Seejärel astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, pärast selle lõpetamist ja doktoriväitekirja edukat kaitsmist 1866. a. sai ta R. Buchheimi assistendiks Tartu Ülikooli farmakoloogiainstituudis. 1867. a. anti O. Schmiedebergile eradotsendi kutse ning R. Buchheimi Giesseni Ülikooli siirdumise järel hakkas ta lugema farmakoloogia- ja dieteetikakursust. 1868. a. määrati ta korraliseks dotsendiks, 1869. aastal erakorraliseks ning 1871. a. korraliseks professoriks farmakoloogia, dieteetika ja arstiteaduse ajaloo alal. Samal aastal sai O. Schmiedeberg ka farmakoloogiainstituudi direktoriks.

O. Schmiedebergi esimene tõeline teadustöö eksperimentaalfarmakoloogia alal oli doktoriväitekirj, mis käsitles kloroformi kvantitatiivset määramist veres.

Huvi füsioloogilise keemia vastu võimaldas tal kasside ja koerte uriinis avastada väävlisshapet. Koostöös kirurg E. von Bergmanniga uuris ta roiskuvates ainetes tekkivaid mürke ja isoleeris roisumürgi — sepsiini.

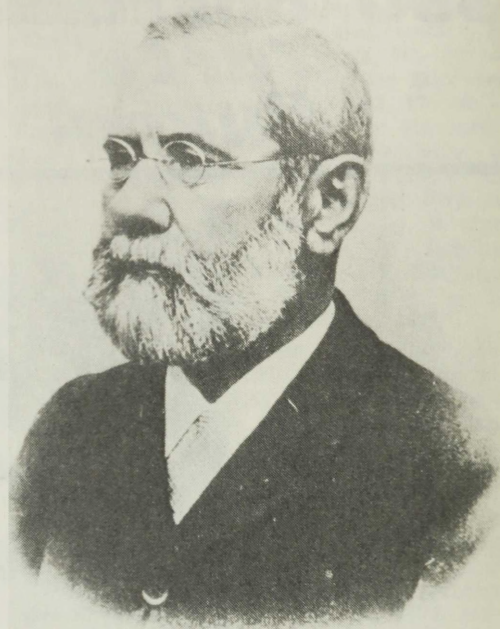
Rahvusvahelise tunnustuse tõi O. Schmiedebergile põhjapanev uurimus vegetotroopsete ainete toimest ja kee-

miliste ainete «füsioloogilisest antagonismist». Töö, mis käsitles kärbseseene alkaloidi muskariini toimet («Das Muskarin», 1869), oli valminud koos R. Koppega. Esimeses peatükis kirjeldatakse kristalse muskariini isoleerimist Tartu ümbruskonnast korjatud kärbseseenest (*Amanita muscaria*) ning alkaloidaluse ja muskariinsulfaadi füüsikalise-keemilisi omadusi. Edasi kirjeldatakse muskariinimürgituse pilti muskariini suhtes tundlikel kassidel. Muskariinsulfaadi süstimine naha alla põhjustas katseloomadel närimisliigutusi, tugevat sülje- ja pisaravoolust, oksendamist, soolemootorika kiirenemist ning kõhulahtisust. Loom suri hingamishalvatuse tagajärjel. Muskariini toime lähem analüüs tehti eksperimentaalselt konnadel. Muskariin kutsus esile südameseiskuse diastolise kusjuures südame kontraktsioone võis veel esile kutsuda südame mehhaanilise või elektrilise ärritusega. Atropiin kõrvaldas muskariinist põhjustatud südameseiskuse, pärast atropiini manustamist muskariin südamesse enam toimet ei avaldanud. Baseerudes nende katsete tulemustel, järeldas O. Schmiedeberg, et muskariin ei hävita, vaid üksnes pärssib südame muskulomotoorset jõudu. Samas töös võrreldakse mitmesugustes Eestimaa paikkondades kasvavate mitut liiki kärbseseente toksilisust.

Esimesena maailmas õnnestus monograafia autoril näidata, et muskariini toime lokaliseerub uiträrvi lõpmetes, mitte aga südamelihases, nagu seni oli arvatud. Ühtlasi selgus, et farmakoloogiliste vahenditega on võimalik närvilõpmeid valikuliselt mõjutada. Toetudes O. Schmiedebergi nendele tähelepanekutele, rajati edaspidi (J. Langley, H. H. Meyer jt.) kogu kaasaegse sünaptilise ülekande (vegetatiivse närvisüsteemi) farmakoloogia.

Kahe farmakoni — muskariini ja atropiini — vahelise antagonismi avastamine oli aluseks õpetusele mürkide füsioloogilisest antagonismist ja füsioloogilistest vastumürkidest.

Tartus viibimise ajal valmis O. Schmiedebergi juhendamisel 9 doktori- väitekirja eksperimentaalfarmakoloogia



alalt. Need käsitlesid Kalabari ubade (*Physostigma venenosum*'i seemnete) toimet, kofeiini farmakoloogilist toimet, nikotiini toimet ja toksilisust, alkoholi toimet südamesse, tungaltera alkaloidide sisaldust droogis ja alkaloidide toimet, hiniini toimet kehatemperatuuris, lämmastikuainevahetust.

O. Schmiedeberg töötas Tartus 1872. aastani, sealt kutsuti ta Saksamaale vastavatud Strassburgi Ülikooli farmakoloogiainstituuti juhatama.

Pärast Tartust lahkumist jätkas O. Schmiedeberg viljakat teadustööd. Tema tööde nimekiri on toodud prof. S. Tširvinski artiklis G. Levitski väljaantud biograafilises leksikonis (1900. a.).

O. Schmiedeberg oli töös meetodiliselt äärmiselt täpne, nõudlik kolleegide suhtes. Tema laboratooriumides töötati välja palju uusi meetodeid südame- ja vereringesüsteemi, maksa, neerude, ainevahetuse farmakoloogia, ainete metabolismi ning detoksikatsiooni uurimiseks.

Üks O. Schmiedebergi tuntumaid õpi-

lasi H. H. Meyer, kes ka Tartus kateedrit juhatas, kirjutas O. Schmiedebergi 70. sünnipäeva puhul 1908. a.: «Pea-aegu kõik tähtsamad ravimid ja mürgid, nimelt südame- ja vereringevahendid, oksevahendid, uinutid, diureetikumid, lihase- ja näärmemürgid, metallid ning metalloksiidid, veremürgid, happed, alused, lenduvad ained, loomse päritoluga ained uuriti kriitiliselt eksperimentaalselt O. Schmiedebergi ja tema õpilaste poolt läbi.»

O. Schmiedeberg uuris mürkide toimet südamesse, alkaloidide ja saponiini toimet organismisse, võrdles kofeiini mõju eri liiki konnadele, uuris ka digitaalise, muskariini ja ammooniumaluste toimet. Ta uuris ainevahetuse farmakoloogiat — hipuurhappe ja ammoniaagi moodustumist, oksüdatiivseid ning sünteetilisi protsesse organismis, köhrkoe keemilist koostist, dieteetika- ja toksikoloogiaprobleeme — solaniinisaldust kartulites, ferritiini dieteetilist ja terapeutilist kasutamist, veinide koostist ja palju muud.

Et möödunud sajandi teisel poolel oli farmakoloogia eriti tihedalt seotud füsioloogia ja füsioloogilise keemiaga, olid paljud O. Schmiedebergi tööd puhtfüsioloogiliste probleemide lahendamiseks. Juba Tartu-perioodil alustas ta kusiaine moodustumise uurimist organismis. Lähtudes tähelepanekutest, et ammooniumisoolade manustamine katseloomadele ei muuda uriini happelist reaktsiooni leeliseliseks, järeldas ta, et ammoniaak muutub organismis kusiaineks. Tema enda ja ta kaastöötajate edasistes töödes leidis see järeldus kinnitust. Koos G. Bungega uuris ta hipuurhappe moodustumist glükokollist, kusjuures näitas, et see moodustub neerukoos vererakkude osavõtul. Neerukoe võime hipuurhapet sünteesida säilib ka isoleeritud organismis.

Suurt tähelepanu pööras O. Schmiedeberg süsivesikute ainevahetuse uurimisele. Ühes oma viimastest töödest (1920. a.) üldistas ta nende uuringute tulemusi ning esitas diabeedi korral tekkiva suhkruainevahetuse häirumist seletava hüpoteesi. Ta näitas, et diabeedi

korral on takistatud ainult glükoosi, mitte aga levuloosi oksüdatsioon. Selle põhjuseks pidas ta glükoosi sidumist suhkruhaige organismis mingi «kaitsva ainega». Pankrease hormoonide toime mehhanismi seletas ta selle sidumise takistamisega.

Oma viimases, lõpetamata jäänud töös käsitles O. Schmiedeberg talveunes loomade ainevahetust.

1883. a. koostas ta farmakoloogia õpiku, mida järgmistel aastatel korduvalt (8 trükki) välja anti. See suurepärane õpik muutus klassikaliseks ja ta tõlgiti paljudesse keeltesse.

Tema hindamatu teene on esimese teadusliku eksperimentaalfarmakoloogia ajakirja «Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie» asutamine 1873. a. Leipzgis. Ajakirja asutas O. Schmiedeberg koos E. Klebsi ja Tartus töötanud terapeudi B. Naunyniga.

Esimestes numbrites on O. Schmiedebergi enese ja tema arvukate õpilaste kirjutisi. Aastaid oli ajakiri ainukeseks farmakoloogiaajakirjaks maailmas. Praegugi jätkab ta ilmumist inglise keeles «Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology».

O. Schmiedeberg rajas arvuka farmakoloogide koolkonna. Suur osa möödunud sajandi lõpul ja käesoleva algul töötanud maailma farmakolooge on tema õpilased, ligikaudu 40 farmakoloogiat kateedrit kogu maailma ülikoolides oli nende juhataja. H. H. Meyer võrdleb selles osas O. Schmiedebergi viljakust K. Ludwigi ja R. Kochi viljakusega.

O. Schmiedebergi õpilaste hulka kuuluvad näiteks sellised tuntud farmakoloogid nagu W. Heubner (Göttingen, Heidelberg, Berliin), M. Cloëtta (Zürich), H. Fühner (Leipzig, Bonn), W. Straub (Marburg, München), E. Harnack (Halbe), H. Heffter (Bern, Berliin), R. Gottlieb (Heidelberg) ja paljud teised, samuti mitmed Inglismaa ning USA farmakoloogid, nagu J. J. Abel, A. R. Cushny, J. E. Wallace jt. Tema juhendamisel töötasid Strassburgis mõnda aega ning said oma edasiste uurimiste suuna hiljem Tartus töötanud farmako-

AKADEEMIK FILIPP OVSJANNIKOV JA TARTU ÜLIKOOL

VIKTOR KALNIN . TARTU

akadeemik Filipp Ovsjannikov, elukäik, Tartu Ülikool, teaduslikud huvialad, teaduslik pärand

loogid H. H. Meyer, V. Podvõssotski, R. Kobert jt. S. Tširvinski, samuti klinitsist T. M. Openchowsky.

Suure panuse eest maailma teadusesse valiti O. Schmiedeberg Bologna ja Edinburgh'i ülikooli audoktoriks. Ta oli Pariisi Arstiteaduse Akadeemia ja Rooma Teaduste Akadeemia korrespondentliige ning Brüsseli Arstiteaduse Akadeemia auliige.

O. Schmiedeberg suri 14. juulil 1921. aastal Baden-Badenis.

KIRJANDUS: 1. Barkan, G. Acta et comment. Univ. Tartuensis. Tartu, 1930, 1—14. — 2. Holmstedt, B., Liljestrand, G. In: Readings in Pharmacology. Oxford — London — New-York — Paris, 1963, 76—87. — 3. Käbin, I. Ann. Estonian Med. Assoc., 1975, 9—17. — 4. Loewe, S. Arch. exp. Pathol. Pharmacol., 1924, 104, 1—15. — 5. Meyer, H. H. Münch. med. Wochenschr., 1908, 55, 2192. — 6. Naunyn, B. O. Arch. exp. Pathol. Pharmacol., 1921, 90, 5—6, I—VII.

7. Кингусенн Г. Я. В сб.: Материалы совещания по актуальной проблеме нейрофармакологии. Tartu, 1973, 10—12. — 8. Левицкий Г. В. Биографический словарь профессоров и преподавателей Юрьевского университета (1802—1902). Юрьев, 1903, 187—191.

TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateeder

Rahvameditsiini on Tartu Riikliku Ülikooli filoloogiateaduskonna eesti kirjanduse ja rahvaluule kateedris uuritud juba 1949. aastast. Várskeim sellealane diplomitöö on Maarika Kloorenilt — «Haigusdeemon eesti rahvameditsiinis». Autor käsitleb katku ning malaa-riaga seotud uskumusi ja muistendeid, annab ammendava terminite nimistu, vaatleb kõiki haigusdeemoni ilmumise kujusid, selgitab rahvapäraseid tõrje- ja kaitsevahendeid. Süstematiseerimine ulatub peensusteni. Töö täielikkust kinnitab ka haiguste meditsiiniline kirjeldus ning võrdlus rahvusvahelise uurimismaterjaliga.

Filipp Ovsjannikov sündis 26. juunil 1827. a. Peterburis kaupmehe perekonnas. Isa soovil tuligi noor Filipp pärast Saksa peakooli lõpetamist Peterburis 1848. aastal õppima Tartu Ülikooli kameraalteadusi — minevikus kujutasid need endast administratiivsete, majandus-, finants- või mõnede muude teaduste tsükli, mida nõuti ametnike ettevalmistamiseks kameraal- e. kroonuvaranduste valitsemiseks.¹ Ent juba järgmisel aastal läks ta üle arstiteaduskonda, sest kameralistika ei veedelnud teda. Arstiteaduskonna lõpetas F. Ovsjannikov 1854. aastal hiilgavalt arstiteaduse doktori kraadiga ja kreisiarsti (*medicus publicus districtus*) nimetusega.²

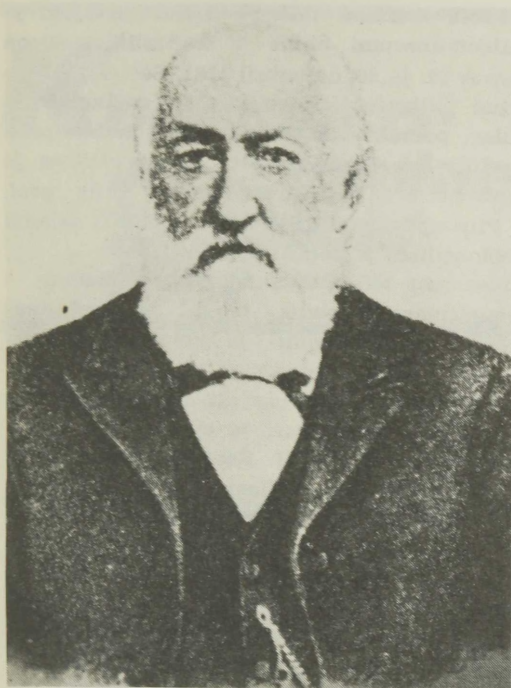
Doktoriväitekiri, mis oli valminud nimeka füsioloogi F. Bidderi juhendamisel, käsitles kalade seljaaju mikroskoopilist ehitust. Pühendusest väitekirjal ilmneb, et juhendamises oli osalenud ka oma aja tuntud anatoom professor K. Reichert (1). F. Ovsjannikovi õpetajateks olid veel sellised tuntud Tartu Ülikooli teadlased nagu farmakoloog R. Buchheim, farmatseut C. Klaus, kohutumedik ja sotsiaalhügienist G. Samson, keemik F. Goebel jt.³

Oma aja suursündmuseks teaduses oli 1856. aastal monograafia avaldamine, mille koostamisest oli osa võtnud ka N. Jakobovitš, kes samuti oli Tartu Ülikooli kasvandik. Aastail 1858... 1862 juhatas F. Ovsjannikov Kaasani Ülikooli füsioloogia ja üldpatoloogia ka-

¹ ENSV RAKA, f. 402, nim. 2, s.-ü. 18206, l. 19—20, 38.

² Samas, l. 98.

³ ENSV RAKA, f. 402, nim. 2, s.-ü. 18206, l. 11.



teedrit, mille ajaloos tema tähtis osa seisneb selles, et ta rajas füsioloogia-laboratooriumi ja pani aluse eksperimentaalsele suunale Kaasani Ülikooli meedikute tegevuses. Tema uurimuste, samuti tema juhendamisel Kaasani valminud teadustööde metoodiliseks aluseks oli, nagu F. Bidderilgi Tartus, mikroskoopia ühendamine füsioloogilise eksperimentidga (4).

1860. aastal kuulutas Peterburi Teaduste Akadeemia välja konkursi vakantsile anatoomia- ja füsioloogiaadjunkti kohale. Tartu Ülikooli kasvandik akadeemik K. E. von Baer kutsus sellele kohale Tartu Ülikooli erakorralise anatoomiaprofessori K. Kupfferi (2). 1862. aastal valiti sellele kohale K. E. von Baeri kaaslane Kaspia ekspeditsioonidelt F. Ovsjannikov, kes juba 1863. aastal sai akadeemikuks. Üheaegselt oli ta Peterburi Ülikoolis inimese ning loomade anatoomia ja füsioloogia kateedri juhataja (1886. aastani) ning anatoomia- ja histoloogiakabineti juhataja (1892. aastani). Peterburis nii ülikoolis kui ka teaduste akadeemias rajas F. Ovsjannikov füsioloogialaboratooriumi. Ta oli

I. Pavlovi üks õpetajaid, oma teaduslikku tegevust alustas I. Pavlov just F. Ovsjannikovi laboratooriumis (6). Tema õpilaseks oli ka N. Tšermak — Tartu Ülikooli histoloogiaprofessor aastail 1896... 1902 (2).

F. Ovsjannikovil oli suuri teeneid eelkõige närvisüsteemi mikroskoopilise ehituse ja tema funktsiooni uurimisel. Maailmakuulsuse tõi talle vasomotoorse keskuse avastamine ja selle lokalisatsiooni täpne määramine piklikus ajus (1871. a.) 1873. aastal tegi ta kindlaks sümpaatilise ja parasümpaatilise närvisüsteemi juurde kuuluvate närvide antagonismi, kirjeldas mitme näärme innervatsiooni. Ta uuris ka närvirakkude füsioloogilisi omadusi, mõningaid hingamise seaduspärasusi.

Histoloogias kuulub talle inimese peaaegu koore viiekihilise ehituse kirjeldus (1879. a., s. t. veel enne V. Betsi), samuti peaaegu koore närvirakkude jätkete sünaptilise seose kindlakstegemine (6). Ta oli ka esimese originaalse venekeelse kahekõitelise histoloogia käsiraamatu (1887... 1888) kaasautor. Selle koostamisele tõmbas F. Ovsjannikov kaasa Tartu Ülikooli anatoomiaprofessori L. Stieda, kes kirjutas naha- ja kõrvahistoloogia peatükid. Ka see annab tunnistust tihedatest sidemetest Tartu Ülikooli ja Peterburi Teaduste Akadeemia teadlaste vahel. 1904. aastal valiti L. Stieda Peterburi Teaduste Akadeemia korrespondentliikmeks (3).

F. Ovsjannikov on kodumaise histoloogia, peaaesjalikult võrdleva neurohistoloogia, samuti närvisüsteemi võrdleva füsioloogia üks rajajaid. Mitmed tema tööd kuuluvad parasitoloogia ja toksikoloogia valdkonda (7).

Huvipakkuvad on tema sidemed Peterburi Teaduste Akadeemia akadeemiku K. E. von Baeriga. Nende ühisel ettepanekul asutati anatoomiamuuseumis prosektori ja selle abi ametikoht. Kui K. E. von Baer 1863. aastal organiseeris teadusliku ringi, siis kuulus

⁴ ENSV RAKA, f. 402, nim. 4, s.-ü. 1224, l. 296.

⁵ Samas, s.-ü. 1300, l. 302—303.

selle liikmeskonda mitme akadeemiku kõrval ka F. Ovsjannikov. 1860-ndail aastail pidas see ring regulaarselt teaduslikke koosolekuid.

F. Ovsjannikov kuulus ka Baeri preemia määramise eeskirjade koostamise komisjoni ja Baeri fondi komiteesse. Tal on oma osa selles, et Baeri preemia määrati ka Tartu Ülikooli professoritele A. Böttcherile ja E. Russowile ning Baeri kuldmedal professoritele A. Bungele ja F. Bidderile. Nelja akadeemiku hulgas viibis F. Ovsjannikov Peterburi Teaduste Akadeemia esindajana Tartus 1876. aastal K. E. von Baeri matustel (5). 1902. aastal seoses Tartu Ülikooli tegevuse taasalustamise 100. aastapäevaga valiti F. Ovsjannikov ülikooli au liikmeks ning talle saadeti ülikooli ajaloo juubeliväljaanded.⁴ Et F. Ovsjannikov juubelipidustustest Tartus haiguse tõttu ise osa võtta ei saanud, saatis ta oma tervitused, soovid ja tänuavalduse kirjalikult.⁵

Olgu lisatud, et F. Ovsjannikov asutas oma kulul Zapoljes Pihkva kubermangus (praegu Lužski rajoon Leningradi oblastis) kooli talurahva lastele. Pärast tööliste mahalaskmist 1905. aasta 9. jaanuaril Peterburis oli ta üks esimesi vene akadeemikuid, kes kirjutas alla «343 protestile». Silmapaistev vene füsioloog ja histoloog, Tartu Ülikooli kasvandik suri 11. juunil 1906. aastal Zapolje mõisas.

KIRJANDUS: 1. Owsjannikow, Ph. *Disquisitiones microscopicae de medullae spinalis textura imprimis in piscibus factitatae*. Diss. Dorpat, 1854.

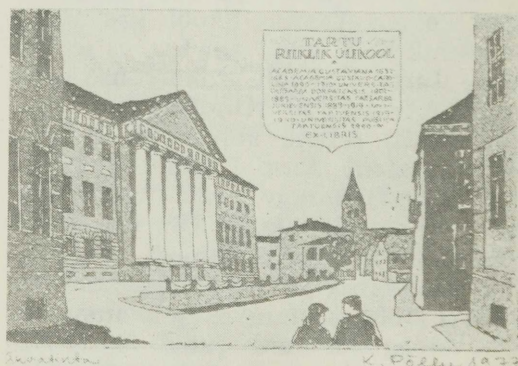
2. Калнин В. В. Из истории связей медицинского факультета Тартуского университета с Петербургской академией наук. Петербургская академия наук и Эстония. Таллин, 1978, 181—192. — 3. Калнин В. В., Альбицкий В. Ю. Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi, IX. Tartu, 1979, 3—16. — 4. Карл Бэр и Петербургская академия наук. Составитель Т. А. Лукина. Л., 1975. — 5. Кузюмин М. К. Академик Ф. В. Овсянников. К истории нервизма в России. М., 1963. — 6. Левицкий Т. В. Биографический словарь профессоров и преподавателей Юрьевского университета (1802—1902). Юрьев, 1903. — 7. Овсянников Ф. В. Избранные труды. М., 1955, 4—25, 372—392.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder

Tartu Riikliku Ülikooli ajalookomisjoni ja ajaloomuuseumi ühine V teaduslik sessioon toimus 29. ja 30. oktoobril 1981. See oli pühendatud ülikooli lähenevale 350. aastapäevale. Aulas peetud plenaaristungil kõneles prof. K. Siilivask Tartu Ülikooli osast teaduse ja kultuuri arengus XIX sajandil ning prof. H. Piirimäe Tartu Ülikooli osast XVIII sajandi ideoloogilises ja poliitilises võitluses.

Sessiooni töö jätkus kolmes sektisioonis — humanitaarsektisioonis, reaal- ja loodusteaduste ning meditsiini- ja kehakultuurisektisioonis. Viimati nimetatud sektisioonis esitatud töödes olid vaatluse all arstiteaduskonna ajaloo, selle struktuuri ja evolutsiooni probleemid (V. Kalnin, J. Saarma, M. Kalnin), samuti Tartu arstiteadlaste osa meditsiiniharude arendamises (L. Allikmets, E. Käer-Kingisepp, N. Oborin, E. Siirde jt.). Kõne all olid ka arstiteaduskonna sidemed teiste, Harkovi, Kiievi ja Odessa ülikoolide arstiteaduskondadega. Huvitavaid andmeid toodi Tartu Ülikooli kasvandike tegevuse kohta Valgevenes, Gruusias, Lätis ja Leedus (V. Kalnin, A. Viksna Lätist, K. Vassiljev Odessast, D. Beljatski Minskist jt.)

Sessiooni ajaks ilmusid «Tartu Ülikooli ajaloo küsimused» X, XI ja XII väljaanne, milles on avaldatud enamik sessiooni ettekandeid.



Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 613.72

SPORDIMEDITSIIINI PROBLEEME

ELDUR ANNUS · TALLINN

spordimeditsiin, spordiarst, sportlaste meditsiiniline kontroll, taastumisprotsessid, tervisesportlaste meditsiiniline abi

Kehakultuurlaste ja sportlaste kohustuslik arstlik kontroll kehtestati Nõukogude Liidus 1925. aastal ning 1950. aastal rajati igal pool kehakultuuridispanserid ja spordiarstikabinetid.

Kodanlikus Eestis tegutsesid sel alal üksikud arstidest entusiastid, kellest silmapaistvaim oli kahtlemata H. Jürgenson. 1927. a. tõstatas ta esimesena Eestis küsimuse spordiarstide vajalikkusest ja spordimeditsiinilise abi muutmise süsteemiks.

Spordimeditsiini arengu alguseks võime pidada 1930-ndaid aastaid ning seda kaudselt siduda M. Kase nimega. Ta käsitles kehakultuuri, sporti ja spordimeditsiini kui üht rahvatervishoiu tähtsat komponenti.

1946. aastal alustasid tööd ravikehakultuurikabinetid Tallinnas ja Tartus. 1950. aastal reorganiseeriti Tallinna ravikehakultuurikabinet arstliku kontrolli vabariiklikuks keskuseks ja sama aasta lõpul Vabariiklikuks Arstlikuks Kehakultuuri Dispanseriks.

1959. aastal võeti TRÜ arstiteaduskonna spordimeditsiini erialale vastu esimesed 25 üliõpilast, see tähistas spordiarstide süstemaatilise ettevalmistamise algust kogu Nõukogude Liidus.

Tänapäevaks on välja kujunenud arstliku kontrolli süsteem, mille põhiülesanded on järgmised.

Meditsiiniline kontroll. Kõik sportlased kuuluvad kohustuslikule dispanseerimisele. Vähemalt kaks korda aastas peavad nad käima arstlikul läbivaatusel, mille juurde kuuluvad kliinilised ja laboratoorsed uuringud. Spordimeditsiinialastest uuringutest on olulisemad sportlaste funktsionaalsete võimete kindlakstegemine ja treeningute mõjul tekkivate muutuste jälgimine. Tippspordis ei ole võimalik treeninguid planeerida ega treeningukoormusi määrata ilma organismi töövõimet testimata.

Just sportlaste funktsionaalsete võimete testimine on viimastel aastakümnetel läbi teinud kõige põhjalikuma arengu. Näiteks piirduti 1950-ndail aastail sportlase funktsionaalse seisundi hindamisel praegu juba minevikuhõngulise Letunovi prooviga.

1970-ndail aastail võeti kasutusele Harvardi step-test ja veloergomeetria. Seejärel hakati sportlase töövõimet hindama pulsisageduse alusel (PWC_{170}), seda määrati veloergomeetrilise koormuse või kaheastmelise step-testi abil. PWC_{170} arvutati Karpmani valem järgi. Maksimaalne hapniku tarbimise (V_{O_2max}) võime tehti kindlaks kaudsel teel Astrandi nomogrammi alusel.

Praegu määratakse organismi maksimaalset hapniku tarbimise võimet otsesel teel gaasianalüsaatoriga.

Vastupidavusaladel on oluline ka sportlaste südamevalu määramine. Kasutatakse prof. T. Karu meetodikat.

Sportlase organismi funktsionaalset seisundit ja selle muutusi, ühtlasi ka taastumisprotsesse saame põhjalikult hinnata biokeemilistel meetoditel. Selle põhjal saab spordiarst treenerile ja sportlasele anda soovitusi treeninguplaanide koostamiseks.

Taastumisprotsesside kontroll ja suunamine. Suure koormusega ja intensiivselt treenimisel on sportliku ettevalmistuse üks kesksemaid probleeme taastumisprotsessid. Kui sportlase organism ei suuda uueks treeninguks eelmisest välja puhata ja ainevahetuse jääkproduktid ei jõua organismist eemalduda, siis on selle tagajärg organismi kõigi funktsioonide häirumine, ülekoormusesündroom. Sellisel juhul ei ole loota ka väga häid sportlikke tagajärgi. Mis veelgi halvem, sportlase tervis on ohus. Spordiarst peab seepärast tundma põhjalikult spordialade spetsiifika ja treeningumeetodeid ning tal peab olema

täpne ülevaade treeningu mahust, üksnes siis saab ta anda head nõu. Väga oluline on taastumisprotsessi jälgida pärast haigusest või vigastusest tervenemist. Asja teeb keerukamaks veel see, et ka ravi ajal tuleb nii mõnigi kord kehalisi harjutusi jätkata, säilitamiseks teatud treenitustaset. Arst peab nõu andma, milliseid harjutusi ja kui suuri koormusi on võimalik rakendada rehabilitatsiooniperioodil, millal alustada üldtreeningut, millal spetsiaaltreeningut, missuguseid treeninguvorme valida ja milliseid ajutiselt vältida.

Sportliku ettevalmistuse meditsiiniline aspekt. Ideaalne oleks, kui spordiarst võtaks pidevalt osa sportlaste ettevalmistusest, annaks soovitusi treeningukoormuse määramisel, aitaks hinnata harjutamise efektiivsust, määraks taastumisvahendite kasutamist ja oleks käepärast kõigi spordimeditsiiniprobleemide lahendamisel.

Kahjuks tunneb nii mõnigi treener ja sportlane huvi spordimeditsiiniliste uurin-gute vastu veel vähe, neisse suhtutakse kui treeninguid segavatesse protseduuridesse. Võib öelda, et treeneri ja arsti omavahelise mittemõistmise põhjused on mõlemapoolsed. Mõnikord ei ole arst spordialadega kursis ega tunne küllaldaselt treeningumetoodikat. Seepärast ei saa ta treeneri ega sportlasega kontakti ning ta on võimeline andma üksnes kõige üldisemaid soovitusi.

Palju sagedamini kui arsti spordialast saamatust tuleb ette treeneri ja sportlase teadmatust, meditsiinilase silmaringi pii-ratust. Kõigest sellest tuleneb vajadus igati tõsta treenerite ja sportlaste üldmeditsiinilisi teadmisi.

Spordiarsti osa treeningus. Tema ülesanne on abi anda traumade, spordikahjustuste ja haiguse korral ning rakendada profülaktikaabinõusid. Arstil tuleb planeerida ja koor-dineerida sportlaste töövoime taastamise üri-tused (massaaž, saun, füsioteraapiaprotse-duurid, optimaalne toitumine, puhkus), sa-muti osa võtta treeninguplaanide koostami-sest. Eriti vaevanõudev on sportlaste indi-viduaaltreeningu plaanide korrigeerimine pärast vigastusest või haigusest põhjustatud vaheaega harjutamises, samuti uuele treeni-gumeetodile üleminekul ning sportlase funk-tionaalsete võimete kindlakstegemine treeni-tuse objektiivseks hindamiseks.

Meditsiiniline abi võistlustel. Spordiarstil tuleb organiseerida meditsiiniline abi võist-luse ajal, korraldada sportlaste võistlustele sõidu, majutamise, toitlustamise ja päeva-režiimi tervishoiualane külg. Tema kohus-tuste hulka kuuluvad ka treeningu ja puhkuse planeerimine võistluste vaheajal ja võistlus-järgne organismi taastamise tagamine ning sportlaste psühholoogiline ettevalmistamine võistlusteks.

Kuni meil ei ole spordipsühholooge, jääb ka see valdkond spordiarsti hooleks. Võist-lustel on arst lisaks eelnevale veel treeneri abiline, nõuandja ja võistkonna psühholoog. Võistluste närvilises õhkkonnas on arst neutraalne isik, ta on nii treenerile kui ka sportlasele pingemaandajaks, aitab ülal hoida võistkonna meeleolu, tervendab võistkonna psühhokliimat.

Erialase kvalifikatsiooni tõstmisel on iga spordiarst huvitatud oma eriala kui teaduse arengust. Otseselt praktikast tulenevate kü-simuste (spordivigastused ja haigused, nende ravi ja profülaktika, vajadus täiuslikumate ja täpsemate uurimismeetodite järele) tea-duslik läbitöötamine tõstab spordimeditsiini osatähtsust nii arsti, treeneri kui ka sport-lase silmis.

Tervisesportlaste meditsiiniline abi on alles kujunemisejärgus. Eesti NSV-s on paarküm-mend kvalifitseeritud spordiarsti. Nende hoo-leks on tegevsportlaste tervis. On täiesti loo-mulik, et sadade tuhandete tervisesportlaste meditsiiniline abi jääb üldvõrgu arstide anda. Spordiarst olgu üksnes koordineerija ja kon-sulteerija. Suurt tähelepanu pööravad spordi-arstid tervisespordi ja tervete eluviiside propageerimisele. Olgu siinkohal nimetatud tervisespordi leheküljed «Spordilehes», suit-setamist hukkamõistvate kirjutiste seeria jms. 1981. aastal ilmus kirjastuse «Eesti Raa-mat» väljaandel Vabariikliku Arstliku Keha-kultuuri Dispanseri arstide artiklite kogumik «Tervisesport arsti pilguga».

NLKP XXVI kongressil kavandati tervise-spordi arendamise suunad. Seega tuleb nii spordiarstidel kui ka üldvõrgu arstidel üha enam tegelda tervisesportlastega. Üldvõrgu arstide esmane kohus on võimalikult kiiresti laiendada oma spordimeditsiinialast silma-ningi.

Vabariiklik Arstlik Kehakultuuri
Dispanser

Mõtte- vahetus

UDK 614.253.52(049.2)

ÕEDEONTOLOOGIA

HILJA RÜÜTLI · TALLINN

arsti- ja õedeontoloogia, õekutse, Fl. Nightingale, õedeontoloogia põhireeglid

Meditsiinitöötaja kutse-eetikast (moraalist, deontoloogiast)* on viimastel aastatel palju räägitud ja kirjutatud. Suhteliselt vähe aga on käsitletud õedeontoloogia spetsiifilisi probleeme.

Hippokratese kirjade deontoloogia, mis on aluseks ka tänapäevasele arsti-eetikale, ei käsitle õe käitumist, sest erilise kutsealase ettevalmistusega õdesid antiikmaailmas ei tuntud. Arstide kutsekäitumise kolmetuhandeaastased reeglid olid loomulikult eeskujuks ka õedeontoloogiale, mille alused pisut enam kui sajand tagasi rajas Florence Nightingale. Uute reeglitenä tuli sellesse koodeksisse võtta õe ja arsti suhete kohta käiv punkt. See formuleeriti esialgu õige lihtsalt: «Õde täidab arsti korraldusi».

Muutunud oludest tingitud korrektuurid ja täiendused rajanevad üldiselt Hippokratese ning Florence Nightingale'i eetikal.

Florence Nightingale sündis 12. mail 1820. a. Kahekümneaastasena läks ta

* Moraal on kõlbelist käitumist reguleerivate printsiipide ja normide kogum. Eetika on moraaliteooria, mis jaguneb aksioloogiaks (õpetus heast ja kurjast) ning deontoloogiaks (õpetus kõlbelisest kohustusest). Ajalooliselt on mõisted «kutsemoraal, kutse-eetika ja kutsedeontoloogia» kujunenud sünonüümideks.

ühte Londoni haiglasse tööle halastaja-õena. Sellest ametist tollal palju ei peetud, enamasti olid halastajaõdedeks — kohakaasluse alusel — avalikud naised. Fl. Nightingale ei hoolinud sellest, kutsumus kiskus teda õetööle. Iseõppimine ja tutvumine paljude Saksa- ja Prantsusmaa tol ajal moodsa haiglate töökorralduse ning sanitaarrežiimiga ergutas Fl. Nightingale'i 1853. a. ühes Londoni naisinvaliididekodus ette võtma põhjaliku sanitaarreformi.

Krimmi sõja päevil (aastail 1854... 1856) formeeris Fl. Nightingale vabatahtlike brigaadi 38 naisest ja sõitis Krimmi. Sealsetes haiglabarakkides lõi ta korra ja viis läbi reformi sanitaarrežiimi alal. Poole aastaga langes laatsaretibarakkides haigete suremus 42-lt 2-le protsendile! Ent reformid ei hõlmanud mitte üksnes konkreetset ravi ning põetustehnikat, vaid humaniseerisid ka haigete kohtlemise ja põetamise psühholoogia.

Fl. Nightingale'i tööd hinnati 50 000 naelsterlingi suuruse autasuga. Selle raha eest asutas ta 1860. a. Londonis halastajaõdede kooli, mis oli esimene maailmas. Selle kooli eeskujul rajatud õdedekoolides oli hariduse saanud suur osa möödunud sajandi kutselisi õdesid. Florence Nightingale suri 1910. a.

1912. a. asutati õetöö autasu — Florence Nightingale'i orden. See orden anti mõne aasta eest ka mitmele nõukogude õele. Eesti Õdede Ühing (asutamisaasta 1923) avas oma õdedekooli Tartu Ülikooli juures 1925. a. Ühing oli tihedas koostöös Rahvusvahelise Õdede Liiduga ja selle kooli õed on heas kuulsuses veel tänapäevani. 1966. a. oktoobris asutatud Eesti NSV Meditsiiniõdede Selts on meie õdede kutsetaseme tõstmise ja õekutse-eetika arendamise asjus nii mõndagi korda saatnud.

Laialdaselt on levinud veel arvamus, et kommunistliku moraalikodeksi paragrahvid on sedavõrd üldised, et mingite erideontoloogiate järele vajadust ei ole. Tegelikkus on ometi näidanud,

et kõikidelt inimestega vahetult suhtlevate kutsealade esindajatelt nõutakse ka spetsiifilisi käitumisnorme.

Meie vabariigi autoreist on J. Saarma ja N. Elstein meedikudeontoloogiast rohkesti ja mitmeti kirjutanud, ka L. Kährik on tõemeeli meditsiinideontoloogiasse süüvinud (Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 6, 427—432), kuid neis kirjutistes on käsitlemata jäänud õekutse spetsiifilised probleemid.

Juba 1949. a. avaldati esimene rahvusvaheline deontoloogiakoodeks, mille parandamine ja täiendamine osutus vajalikuks juba 17 aastat hiljem, Pariisi esimesel rahvusvahelisel deontoloogiakonverentsil. 1969. a. toimus esimene üleliiduline deontoloogiakonverents.

Meditsiinideontoloogia on meditsiini-personali psühhoterapeutiline toimimispüüe haigesse*, s.o. meditsiinipsühholoogia osa, mis tihedasti seostub psühho-profülaktikaga. Samuti on kirjutatud, et arstieetika on tihedas seoses haigeetikaga ja et käitumissuhetes ei ole arsti—haige suhe ainus. Hoopis keerulisem on arsti—ühiskonna suhe, millest tulenevad niisugused suhted, mida Hippokratese reeglid ei kajasta: arst ja aparatuur, arst ja ravimid (eriti defitsiitsed ravimid), arst ja meditsiini finantseerimine. Deontoloogiale on püütud läheneda ka üldisematest käitumisreeglitest lähtudes. Näiteks on nõutud, et õde peab esteetiliselt riietuma. Asklepiose klubis diskuteeriti deontoloogia üle juba kuus aastat tagasi — kahjuks on selle mõju tegelikkusele olnud vähene. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas mäletatakse veel praegugi, kuidas prof. A. Linkberg olevat kunagi Kääriku talvelaagris lasknud lugeda tervelt kuuettunnise deontoloogiakursuse — väljaspool programmi. Meditsiinikoolides ei ole tutvustatud isegi sõna «deontoloogia».

Et luua aluseid õedeontoloogia «koodeksi» edasiseks arendamiseks, püüame loetu ja kogemustest korjatu põhjal

mõned põhireeglid sõnastada, arvestades seejuures Rahvusvahelise Õdede Liidu (ICN) juhendeid.

1. Õe ülesanne on iga inimese elu säilitamisele kaasa aidata, inimese kannatusi kergendada, haige tervenemist soodustada ja terve haigestumist vältida.

Peale muu tähendab see seda, et õde igal ajal ja igas kohas, ka väljaspool oma töökohustusi ning ametlikku tööaega kõiki oma oskusi ja teadmisi kasutab õnnetusohvri või äkki haigestunu abistamiseks. Paljud õed, kellele deontoloogiat ei ole õpetatud, kehitaavad seesuguse käitumisreegli peale õlgu: «Ei, minu töötunnid on täis ja nüüd olen eraisik.» Arusaadavalt ei tähenda see seda, et väljaspool töökohustusi tuleks tal abistada haigeid, kellel on võimalik üldises korras ravi-asutusse pöörduda.

2. Õde peab oma kutsetöoks olema hästi ette valmistatud ja kogu töötamise aja oma teadmisi pidevalt täiendama.

Meditsiini areng on tänapäeval kiire. Et arenguga kaasas käia, ei piisa uute teadmiste omandamisest üksnes täienduskursustel, õde peab palju lugema, vaatlema ja kutsekogemusi vahetama.

3. Õde hoiab enda teada kõik patsiendi poolt talle usaldatud saladused, muidugi siis, kui nende teatamine arstile ravi huvides vajalik ei ole. Tuleb vaikida ka siis, kui kolleegide informeerimine niisugustest faktidest oleks lõbus ja teeks nalja. See on õele üks põhinõudeid. Küll aga on õde, samuti nagu iga nõukogude kodanik, kohustatud kompetentsetele organitele teatama kavatsustest või toimepandud kuritegudest.

4. Õde respektseb patsiendi veendumusi ja vaateid.

Katse haiget ümber veenda võib haiguse kulgu ebasoodsalt mõjutada. Ennast ja oma emtsioone valitsedes ei lasku õde vaidlusse patsiendiga.

5. Õde peab teadma oma kohustusi, oma vastutust ja oma kutseõiguste piire: ta ei ravi kedagi arsti korralduseta, igauht ravib just arsti korraldusi mööda. Hädaseisundites, kus õde peab kiiresti otsustama, teeb ta seda oma südametunnistuse ja teadmiste kohaselt, kõigest aga teatab arstile juba esimesel võimalusel.

6. Õde täidab arsti korraldused vastutavalt ja teadlikult. Korralduste täitmisest.

* «Nõukogude Eesti Tervishoid», 1975, nr. 4, lk. 353—359.

mis on asjatundmatud, vastuolus ühiskondliku moraali ja kutse-eetika nõuetega, tuleb keelduda ning nendest ette kanda kõrgemalseisvale vastutavale töötajale.

Et hinnata arsti korralduste laadi, peab õde piisavalt orienteeruma meditsiini ja meditsiinieetika probleemides.

7. Õde suhtub arstidesse ja kõikidesse oma kollektiivi liikmetesse usaldavalt. Oma kolleegide teadmatusel ja oskamatusel tuleb õel ette kanda asja eest vastutavaile isikuile. Seesugune ettekanne on kõrgelt moraalne juhul, kui ka asjaosaline on sellest ise informeeritud.

8. Õde säilitab kõigi kaastöötajatega head ja korrektsed tööalased suhted. See nõuab head enesevalitsemist, oma isiklikest antipaatiatest üleolekut ja oskust oma eraelu ametiülesandeist lahus hoida.

9. Ka oma isiklikus elus täidab õde kommunistliku moraali nõudeid. See lisab kutseautoriteeti.

10. Õde ei võta oma kohustuste täitmise eest mingit lisatasu.

Meie arstiabikorraldus eeldab, et õdedeontoloogias oleks veel üks punkt:

11. Õde on kaasvastutav rahvatervishoiu kõrge taseme ja ravi hea kvaliteedi eest.

Need 11 juhust sisaldavad olulise osa sellest, mis õele tema töös tagavad kolleegide lugupidamise ja patsientide austuse.

Moraalseks isiksuseks on võimalik kasvatada ja kujundada. Kool sellega üldiselt tegeldes jätab aga puudutamata isiksuse kui kutseesindaja eetika küsimused.

Iga aastaga näib kahanevat nende noorte arv, kes kutsumuse sunnil meditsiiniikooli astuvad. Iga aastaga on ikka enam sisseastujaid puuduliku üldharidusega, palju on ka neid, kes muudesse koolidesse ei ole mahtunud. Seesuguse kontingendi eetika arendamine nõuab erilist forsseerimist.

On lihtne otsustada, millest alata, et asja parandada ja hoiduda õe vääriskuse alanemisest. Kutse-eetika on samuti nagu iga muu pealisehitus rajatud konkreetsele majanduslikule baasile.

*Tallinna Pelgulinna Haigla
Eesti NSV Meditsiiniõdede Selts*

Uusi tervishoiu- asutusi

VABARIIKLIKU ARSTLIKU KEHAKULTUURI DISPANSERI FILIAAL TALLINNA OLÜMPIA PURJESPORDIKESKUSE MEDITSIINIKESKUSES

1980. a. Moskva olümpiamängude purjeregati läbiviimiseks rajati Piritall nöödisaegne spordikompleks — Tallinna Olümpia Purjespordikeskus jahtklubi, ellingute, töökodade, sportlaste hotelli, sööklate, baaride, spordikorpuse

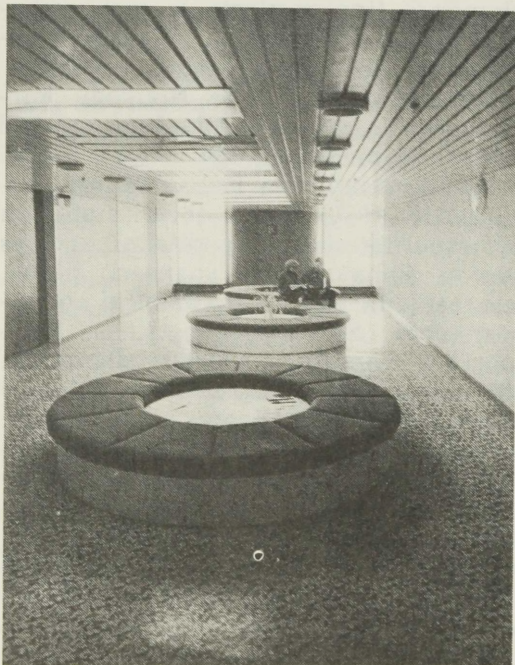


Foto 1. Meditsiinikeskuse fuajee on avar ja valgusrikas.

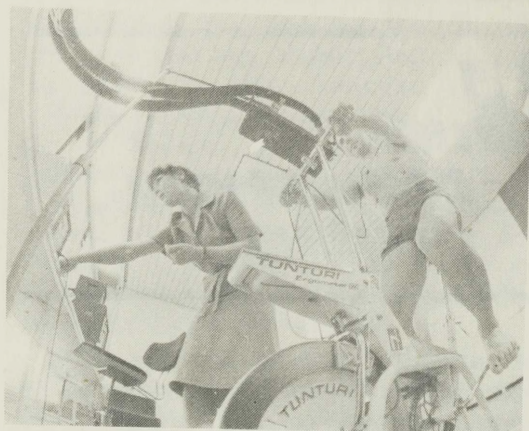


Foto 2. Funktsionaalse diagnostika kabinetis. Spordiarst V. Vask sportlaste töövõimet testimas.



Foto 3. EKG-kabinetis teeb uuringuid meditsiinikeskuse juhataja spordiarst A. Borkman. H. Leppiksoni fotod.

ja meditsiinikeskusega. Meditsiinikeskuse projekteerimisel lähtuti vajadusest tagada olümpiamängude purjeregatist osavõtjatele, ametiisikutele ja teenindavale personalile kõrgetasemeline spetsialiseeritud ambulatoorne arstiabi. Meditsiinikeskuse projekteerimisel, väljaehitamisel ning seadmete ja aparatuuriga varustamisel arvestati ka ruumide otstarvet ning kasutamist pärast olümpiamänge tipp sportlaste ja meie vabariigi koondvõistkondade liikmete spordimeditsiinilise abiga kindlustamiseks.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu korraldusega anti meditsiinikeskuse ruumid (25 ruumi pindalaga 600 m²) üle Vabariiklikule Arstlikule Kehakultuuri Dispanserile. 1980. a. oktoobrist alates on purjespordikeskuse meditsiinikeskuses avatud kehakultuuridispanseri filiaal, kus teenindatakse meie vabariigi koondvõistkondi. Siin dispanseeritakse tipp sportlasi, antakse spordimeditsiinilist abi haigestumise korral, siin annavad eriarstid konsultatsioone ning tehakse mitmesuguseid taastusprotseduure (füsioteraapia, massaaž, vesiravi, hüdro-massaaž, ravivõimlemine jm.). Funktsionaalse diagnostika kabinetis testitakse sportlaste töövõimet Soome firma «Tunturi» ja Ungari RV firma «Medicor» veloergomeetritel. Samal ajal registreeritakse gaasivahetuse näitajaid Saksa DV gaasianalüsaatoril «Spirolyt 2», mis võimaldab määrata maksimaal-

set hapniku tarbimist ja organismi aeroobse töövõime näitajaid. Toimub ka pidev südametegevuse kontroll elektrokardioskoobiga ning südame löögisageduse ja pulsisageduse registreerimine TRÜ eksperimentaaltöökohas valmistatud kardiotahhograafia. Sportlaste lihastesüsteemi uurimiseks on kasutusel Ungari RV-s toodetud elektromüograaf M-42. Kardioloogiliseks uurimiseks kasutatakse Saksa DV elektrokardiograafi 6NEK-4 ja kodumaist ehotahhokardiograafi «Rütm 1». Kliinilises laboratooriumis on vere vormelementide loendamiseks firma «Medicor» aparaat «Pico-sel PS-4». Taani firma aparaat «Microastrup VME-33» võimaldab rakendada biokeemilisi meetodeid vere biokeemiliste näitajate muutuse hindamiseks kehalise töö korral. Hambaravikabinetis on firma «Chirana» hambaravikombain «Chiradent».

Nüüdisaegse sisustusega füsioteraapiakabinetis on võimalik teha füsioteraapiaprotseduure sporditraumade ja -vigastuste korral, samuti ka sportlaste rehabiliteerimiseks pärast raskeid treeninguid ja võistlusi.

Tipp sportlaste treeningus on tähtsal kohal mitmesugused taastumist soodustavad vahendid, mis aitavad taluda suuri treeningukoormusi, suurendavad treeningute mõjusust, aitavad kaasa spordimeisterlikkuse tõusule ning aitavad vältida spordikahjustusi ja -trau-

masid. Hästi mõjuvad mitmesugused veeprotseduurid. Meditsiinikeskuses on sportlaste käsutuses vesiravikompleks, milles on dušid VK-3, Saksa DV veealuse massaaži aparaat UWM-50 DS, 25-meetrine ujula ja saunad basseinidega. Lokaalset hüperbaroteraapiat (Kravtšenko barokamber) kasutatakse sporditraumade ravis, ka väsimuse kiiremaks kõrvaldamiseks jäsemete lihastest.

Rühihäiretega laste ning mitmesuguseid haigusi põdenute tarvis on ravi-kehakultuurikabinettide juures ravivõimlemisrühmad. Koos Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kardioloogiasektori teaduritega koostatakse ravivõimlemise meetodika südame isheemiatõbe põdejate rehabiliteerimiseks ja raviks. TRÜ spordimeditsiini kateedri, Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri ning Eesti NSV Kehakultuuri- ja Spordikomitee arvutuskuse vahel on sõlmitud koostööleping spordimeditsiinilise andmetötlussüsteemi loomiseks meie vabariigi koondvõistkondade spordimeditsiinilise teenindamise tarvis.

Pirita meditsiinikeskuse andmine Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri käsutusse on meie vabariigi koondvõistkondade spordimeditsiinilist abi suuresti parandanud.

*Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri
Dispanseri peaarst Eldur Annus*

NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu ühise määruse põhjal anti 1981. aasta NSV Liidu riiklik preemia väljapaistvate arhitektuurialaste saavutuste eest teiste hulgas ka meie vabariigi projekteerijatele ja ehitajatele, kelle loominguks on Tallinna Olümpia Purjespordikeskus.

Sanitaar- haridustöö

UDK 614

VEEL VEIDI TERVISHOIU- KIRJANDUSE LUGEMUSEST

H. Hanseni kirjutis «Tervishoiukirjanduse lugemus» (Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 1, 46—48) äratas vastandlikke mõtteid. Hea, et terviseõpetuse probleemidele on peale meedikute hakanud tähelepanu pöörama ka teiste elukutsete esindajad, ja samas on kurb tõdeda, et vastava analüüsi mõned lähtekohad ei ole kooskõlas tegeliku sanitaarharidustöö põhimõtete ega taotlustega.

Nii loemegi kõnealusest kirjutisest: «...elanikele tervete eluviiside selgitamine saab tänapäeval vaevalt edukas olla tervishoiualase kirjanduseta.» Kuid see kahtlemata õige väide jääb poolikuks, isegi desorienteerivaks, kui ei täpsustata, millisest tervishoiukirjandusest juttu on. Kui see levitaks tööpoolest terviseõpetusalaseid (tervislikke eluviise propageerivaid) teadmisi, nagu näiteks H. Jänese «Kõnetunnid tervele» ja teised samalaadsed, võiks lugemust tööpoolest pidada terviseõpetuse leviku autentseks kriteeriumiks. Kui hinnangutele aga läheneda formaalselt, trükiste sisu ja adressaati arvestamata ning taotletavat eesmärki selgitamata, ei saa sellise väitega nõustuda. Kui loetakse mitte terveid eluviise, vaid iseravimist kas otseselt või kaudselt propageerivat kirjandust, peame selle levitamist erialase ettevalmistuseta lugujate seas hoopis soovimatuks, ja Vabariiklik Sanitaarharidusmaja on pidevalt

taotlenud taolise kirjanduse kõrvaldamist raamatukogude avariilult.

Ka H. Hansen ise juhib tähelepanu seigale, et «...kummatigi pole (või ei peaks olema) vaadeldava kirjavara funktsiooniks mitte niivõrd haiguste tutvustamine, kuivõrd just ennetamise võimaluste, tervise säilitamise teede juurde juhtimine.» Kuid üsna populaarse «Tervise ABC» artiklitest käsitlevad väga paljud just ravimeid ning haigusi, nende diagnoosimist ja ravimist, vaid vähestes on juttu terviseõpetusest, tervetest eluviisidest. Kuhu taoline raamat lugeja juhib? Kuhu mujale kui iseravimisele, halvemal juhul koguni arsti soovitude omapoolsele kontrollimisele ja korrigeerimisele. Lugemuse analüüsi puhul tuleks küll vahet teha, kas lugeja tundis huvi terviseõpetuse või iseravimise õpiku vastu. Viimaste kohta sobib suurepäraselt H. Hanseni artiklis kasutatud väljend «...laiematele hulkadele mõeldud arstiteaduslik ja tervishoiukirjandus...», ainult et selles tsitaadis allakriipsutatu kasutamine terviseõpetuse taseme näitajana on enam kui kahtlane.

H. Hanseni tänuväärsest uurimusest selgub, et täpsustamata sisuga tervishoiukirjanduse kõige usinam lugeja on üle 60 aasta vanune kodune või pensionärist linnas elav naine, kellel vähemalt keskharidus. Selle statistilise koondportree esindaja tunneb arvata-vasti huvi just haiguste (ise)ravimise ja vaevuste leevendamise, vaevalt küll profülaktilise suunaga terviseõpetuse vastu. Kuid just see viimane on sanitaarharidustöö tõeline eesmärk. Vastavalt tuleb ka lugemuse põhjal tehtud järeldused üksteisest lahus hoida, sest need ei ole sisuliselt samatähenduslikud. Ainuüksi lugemuse suurenemist ei saa seada eesmärgiks omaette. See on hinnatav vaid siis, kui samal ajal tagatakse ka loetava sihipärane valik.

Maano Kivilo

Arsti-teaduse ajaloo

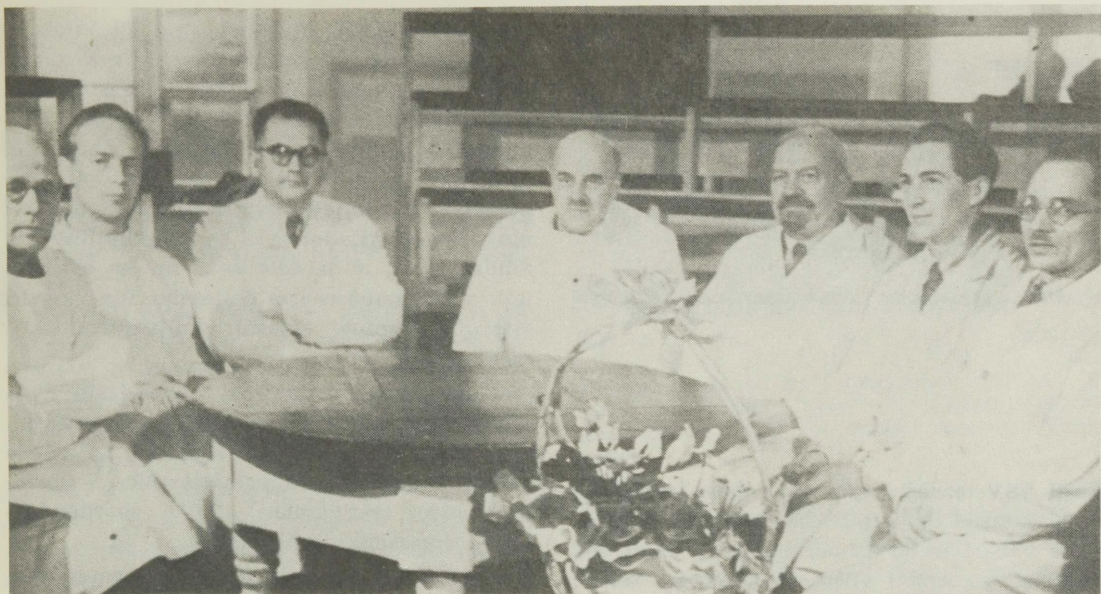
80 AASTAT GERHARD ROOKSI SÜNNIST

23. juulil 1981 möödus 80 aastat Gerhard Rooksi, TRÜ arstiteaduskonna kauaaegse õppejõu, kohtuarsti ja anatoomi sünnist.

G. Rooks sündis Võnnu linnas Lätimaal. Koolihariduse omandas Eestis, 1925. a. lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna *cum laude*.

Juba üliõpilasena torkas silma G. Rooksi teadmisanu, püüd rohkem omandada ning oma silmaringi laiendada. Ta matkas palju mööda Eestit, võttis osa üliõpilaste õpireisidest Riiga, Varssavi, Krakovisse, Prahasse, Budapesti, Viini, Linzi ja Innsbrucki, kus tutvuti meditsiiniinstituutidega ja külastati kliinikuid, jälgiti operatsioone ning kuulati loenguid. Juba üliõpilasena algas tema innukas teadustöö kohtumeditiini alal. Uurimistulemused esitas ta võistlustööna, mis tunnustati esimese auhinna vääriliseks.

Pärast ülikooli lõpetamist töötas G. Rooks kohtumeditiini alal edasi, algul noorem-, hiljem vanemassistentina, pärast doktoriväitekirja kaitsmist 1932. aastal eradotsendina. 1934. aastal määrati ta kohtumeditiiniinstituudi juhatajaks ja 1937. a. anti talle professorikutse. Prof. G. Rooks viibis stipendiaadina Pariisis, Lyonis, Modenas, Königsbergis ja Viinis (1928), tegi õpireise Berliini, Jenasse ja Müncheni (1934). 1938. a. esines ta Bernis I rahvusvahelisel kohtu- ja sotsiaalmeditsiini kongressil. 1937. a. valiti ta Eesti Arstide Seltsi juhatusse liikmeks, samal



TRÜ arstiteaduskonna anatoomia kateedris 1954. aastal. Vasakult: A. Kreis, O. Maimets, G. Rooks, V. Pärtelpoeg, E. Aunap, K. Ulp ja F. Mendik.

aastal ka Soome Arstide Teadusliku Seltsi kirjavahetajaliikmeks.

Aastail 1939...1941 täitis G. Rooks kohtumeditisiini kateedri juhataja kohustuste kõrval ka arstiteaduskonna dekaani ülesandeid. Seoses õppetöö ümberkorraldamisega käis ta 1941. a. koos teiste TRÜ arstiteaduskonna esindajatega Moskvast meditsiiniinstituutide töö ja õppekorraldusega tutvumas. Ajavahemikul 1944...1947 oli G. Rooks Halle Ülikoolis kohtumeditisiiniprofessor. 1947. a. lõpul naasnud Eestisse, asus ta tööle anatoomia kateedris, kus oli professori kohusetäitjaks ja kateedrijuhatajaks. Agaralt võttis ta osa teadustööst, esinedes ettekannetega anatoomide konverentsidel Leningradis, Moskvast, Kiievis, Kaunases jm. Osales ka Eesti NSV Anatoomide, Histoloogide ja Embrüoloogide Teadusliku Seltsi tegevuses ning oli aastail 1961...1963 seltsi esimees.

G. Rooksile on ilmunud üle 60 eesti-, saksa-, vene- ja prantsuskeelse teadusartikli, mis on avaldatud nii kodu- kui ka välismaa ajakirjades. Enamik neist käsitleb kohtumeditisiini teooriat ja praktikat, neid on refereeritud mitmes kohtumeditisiinimonograa-

fias, õpikus ja välismaa ajakirjades. Tema viimaste aastate uurimused käsitlesid veresoonekonna uurimise meetodeid, anatoomia terminoloogiat ja arstiteaduse ajaloo küsimusi. Teadusliku töö kõrval pööras G. Rooks suurt tähelepanu õppetööle ja noorte ettevalmistamisele. Nii ilmus 1938. a. kapitaalne õpik-käsiraamat «Kohtuarstiteadus», samuti on ta õpiku «Inimese anatoomia» kaasautor.

G. Rooks juhendamisel kaitsti viis doktoriväitekirja, ta oli ka üliõpilaste mitmete auhinnatööde juhendaja. Ta pedagoogiline ja teaduslik töö leidis tunnustamist ning äramärkimist kiituste ja tänukirjadega.

Tervise halvenemise tõttu siirdus G. Rooks 1964. a. pensionile ja asus elama Tallinna. 1968. aastal töötas ta Tallinna Pedagoogilise Instituudi õppejõuna.

G. Rooks suri 5. juulil 1975. aastal. Ta on maetud Pärnamäe kalmistule. Mitmekülgse ja erudeerituse poolest on Gerhard Rooks eeskujuks oma rohketele õpilastele, kes jõudumööda püüavad tema tööd jätkata.

Endiste õpilaste ja kaastöötajate nimel
Ela Kogerman-Lepp

Konverentsid ja nõupidamised

Eesti NSV tervishoiutöötajate ülevabariigilisel nõupidamisel 9. juunil 1981 Tallinnas arutati meie vabariigi tervishoiutöötajate ülesandeid üheteistkümnendal viisaastakul NLKP XXVI kongressi ja EKP XVIII kongressi otsustest tulenevalt. Pikem ettekanne oli Eesti NSV tervishoiuministrilt prof. V. Rätsepalt. Ta andis ülevaate kümnendal viisaastakul valminud uutest haiglatest ja polikliinikutest, apteekidest ning muudest tervishoiuasutustest. Minister analüüsis põhjalikult polikliinilise ja ambulatoorse arstiabi ning eriarstiabi korraldust. Samuti peatus ta tervishoiusüsteemis kohati esinevatel puudustel, nendest ülesaa-

mise võimalustel ja teedel ning tõi kuulajateni ülesanded ja eesmärgid, millega toimetulemiseks üheteistkümnendal viisaastakul on vaja kõikide tervishoiutöötajate ühiseid jõupingutusi ja head tahet. Minister rõhutas, et ülesanded on jõukohased. Suur töö ootab ees maaelanike arstiabi kvaliteedi parendamisel ning üldse ambulatoorse ja polikliinilise abi tõhustamisel, mille eelduseks on ka edaspidi uute tervishoiuasutuste ehitamine ning kaadri ettevalmistamine, samuti sanitaarselgitustöö ja rahva tervisekasvatus.

Nõupidamisest osavõtjad kavandasid meie arstiabikorralduse edendamise teed käesolevaks viisaastakuks. Sõnavõtjaid oli 14, nende hulgas parteitöötajaid, rahvasaadikuid, tervishoiujuhte, arstiteadlasi, TRÜ arstiteaduskonna õppejõude ja raviarste.

Sõnavõttudest koorus tõsimeelne suhtumine ja hool kõigesse, mis ootab tegemist arstiabi parendamiseks, haige igakülgseks aitamiseks. Eesmäärke ja kohustusi vaeti mitmest aspektist. Nõupidamisest osavõtjad võtsid vastu läkituse kõikidele meie vabariigi tervishoiutöötajatele. Arutelust tegi kokkuvõtte ning ütles lõppsõna tervishoiuminister V. Rätsep.

Nõupidamisest võtsid osa Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green ning Eesti NSV ministrid I. Nuut ja G. Sarri.



Eesti NSV tervishoiutöötajate aktiivi nõupidamise presiidiumis. Esireas paremalt: G. Sarri, V. Vare, L. Veskimäe, A. Green, L. Jakobson, E. Väärt, I. Nuut. Kõnetoolis on tervishoiuminister prof. V. Rätsep. U. Oksbuschi foto.

Rahvusvaheline laste ja noorukite hügieeni seminar toimus 27...29. maini 1981 Tallinnas. Osa võttis ligikaudu 200 meedikut ja muu eriala spetsialisti meie vabariigist, Nõukogude Liidu teaduskeskustest ning seitsmest välisriigist. Rahvusvahelist Kooli- ja Ülikoolihügieeni ning -meditsiini Liitu esindas Euroopa büroo president doktor S.-I. Rollof Rootsist.

Seminari avas Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Tervishoiuministri asetäitja O. Tamme sissejuhatav ettekanne käsitles laste ja noorukite tervise kaitsel tehtud ning ülesandeid.

Programmis oli neli põhiettekannet. Akadeemik G. Serdjukovskaja töös oli vaatluse all laste ja noorukite hügieeni alal saavutatud nii Nõukogude Liidus kui ka teistes sotsialismimaades. Prof. S. Grombach analüüsis laste ja noorukite hügieeni uurimise sõlmprobleeme. Eriti huviäratav oli Tšehhoslovakkia koolihügieeni korüfee prof. F. Janda ettekanne, mille peamine mõte oli see, et uurimismeetodite, andmetöötluse ja uuritavate rühmade ühtlustamine võimaldaks eri teadlaskollektiivide (*resp.* maade) uurimistulemusi paremini võrrelda ja kõrvutada, seega ka uurimisandmeid kokku võtta ning kaalukamaid järeldusi saada. Allakirjutana koos M. Teostega käsitles neljandas põhiettekan-des meie vabariigi noorsoo kehalist arengut ja tervist ning poole sajandi vältel toimunud muutusi.

Lisaks kuulati veel üle 30 ettekande. Nii rääkis doktor S.-I. Rollof noorsoo alkoholismist, prof. A. Sälzler laste ja noorukite massuurimisest Saksa DV-s, doktor K. Meretei laste ja noorukite hügieeni edusammudest Ungari RV-s, prof. G. Nikogosjan samadest probleemidest Armeenia NSV-s, prof. L. Zdunkiewicz noorsoo tervishoiukasvatusest Poola RV-s, doktor L. Komarek Tšehhoslovakkias korraldatud pedagoogilise protsessi modelleerimise eksperimentidest, prof. A. Suhharev laste spordihügieeni arengust Nõukogude Liidus, prof. V. Kardašenko laste kehalise arengu hindamise kompleksmeetodist jne.

Seminari täiendas teemaga seotud kultuuri-programm. Konverentsisaalis olid välja pandud tootmiskoondistes «Polümeer» ja «Norma» valmistatud mänguasjad, oli ka temaatiline ekshibitsioon Ilmar Laane kogust. Külalastati lasteasutusi, tervishoiumuuseumi,



Istungi vaeajal. Vasakult: prof. L. Zdunkiewicz, doktor K. Provaznik, prof. F. Janda, doktor L. Komarek, akadeemik G. Serdjukovskaja, tõlk, prof. A. Sälzler, doktor S.-I. Rollof, prof. R. Silla, prof. U. Kleinpeter.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituuti, Riiklikku Teaduslikku Meditsiiniraamatukogu jm. Trükitis ilmusid seminari ettekannete teesid.

Resolutsioonis märgiti Tallinna seminari suurt tähtsust laste- ja noorukite hügieeni alase uurimistöö arendamisel ning koordineerimisel, samuti uurimismeetodite ühtlustamisel ja info vahetamisel rahvusvahelises ulatuses.

Raiot Silla

Üleliidulise Dermatoveneroloogide Teadusliku Seltsi juhatause pleenum peeti 2...3. juunini 1981. a. Tallinnas. Põhiettekande esitas NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi peaspetsialist V. Habarov, kes andis ülevaate suguja nakkuslike nahahaiguste tõrjest. Dermatoveneroloogiaalast teaduslikku uurimistööd ja seltside ülesandeid käsitles Naha- ja Suguhaiguste Keskinstituudi direktor J. Skripkin. Ajakirja «Вестник дерматологии и венерологии» peatoimetaja N. Šeklov tutvustas ajakirja tegevust. Dermatoveneroloogide seltside töökogemusi jagasid O. Komov (Valgevene) ning allakirjutanu.

Pleenumil oli tähelepanu keskmes suguhaiguste epidemioloogia, samuti nahaseenhaiguste vältimine. Suguhaiguste probleem ei ole aktuaalsust minetanud. Peeti vajalikuks vastavasisuliste direktiivdokumentide täielikku ellurakendamist, ametkondadevaheliste kompleksplaanide realiseerimist, koostöö tihendamist akušööride-günekoloogide, uroloogide ja psühhiaatritega. Tõhusam peab olema sanitaarpropaganda ning dermatoveneroloogide

kaadri ettevalmistamine. Senisest põhjalikumalt tuleb seksuaalkasvatust käsitleda koolides. Suguhaiguste loengute arvu tuleks kõrgkoolides suurendada, arstiteaduskonna VI kursuse õppeplaani soovitati sisse viia suguhaiguste profülaktika eritsükkel.

Üksikasjalikult olid vaatluse all psoriaasi patogenees ja ravi. V. Mordovtsevi põhiettekandest ilmnas, et psoriaasi patogenees on ikkagi lõplikult selgitamata. Mitu tööd käsitlesid patogeneesi geneetilisi ja immunoloogilisi aspekte ning katseid seletada psoriaasi teket fermentatiivse süsteemi (proliferatsiooni reguleeriva) häiretega. Räägiti fotokemoterapia ja hemosorptsiooni näidustustest ja kasutamise võimalustest ning psoriaasi kompleksravist. Retsidiivide vältimiseks peeti oluliseks psoriaasihaiged dispanseerida.

Herman Vahter

Keskkonnahügieeni teaduslikke aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektsiooni väljasõidupleenum toimus seekord 9...12. juunini 1981 Tallinnas. Sellest võttis osa üle 60 juhtiva spetsialisti NSV Liidu 23 linnast, samuti meie vabariigi teadlasi ning sanitaar- ja epidemioloogiajaamade arste.

Pleenumi avas tervishoiuministri asetäitja O. Tamm. Ta rõhutas veeprobleemi globaalset tähtsust. Tänu teadlaste tihedale koostööle ja uurimiste komplekssele on meil sel alal nii mõndagi korda saadetud. Pleenumist õavõtjaid tervitas Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor prof. P. Bogovski, kes märkis pleenumi suurt metodoloogilist ja praktilist tähtsust.

Prof. G. Krassovski (Moskva) andis aru probleemikomisjoni sektsiooni mullusest tööst ja esitas arengusuunad. Samas puudutas ka küsimusi, mis ootavad lahendamist esmajärgkorras.

Eesti NSV hügienistide kollektiivse töö tulemused kandis ette arstiteaduse doktor A. Saava, kes käsitles kompleksseid uurimisi Tallinna ja Pärnu lähel ning jõgedel. H. Lutsoja esitas meie vabariigi veevarustuse hügieenilise hinnangu. Ülevaate põlevkivibasseini jõgede sanitaarseisundist ja nende kantserogeensest saastatusest andis allkirjutanu.

Esimesel päeval tutvustas NSV Liidu Tervishoiuministriumini esindaja B. Kudrjavtseva uut seadusandlust veekogude sanitaarseisundi kontrolli jaotamisest asutuste vahel. Prof. G. Krassovski esitas veekogude hügieenilise klassifitseerimise tulemused, võttes aluseks vee saastumise astme. Z. Žoldakova (Moskva), prof. B. Stabski (Lvov) ja N. Zaitseva (Perm) kõnelesid normeerimisel kasutatavate toksikoloogiliste meetodite täiustamisest.

Teisel päeval töötati sektsioonides. Esimeses sektsioonis kinnitati ligemale kakskümmend uut normi keemiliste ainete sisalduse kohta veekogude vees. Teises sektsioonis arutati sanitaararstide metoodilist juhendit, hindamaks heitvete mõju veekogudele. Kolmandas sektsioonis fikseeriti veekogude sanitaarseisundi hindamise tähtsamad kriteeriumid. Uus kollektiivne metoodiliste juhendite koostamise kord on häid tulemusi andnud. Spetsialistide koostatud metoodilise juhendi esialgne variant saadetakse sektsiooni liikmetele täiendamiseks ja parandamiseks. Täiendused vaadatakse pleenumil ühiselt läbi. Nii saab juhendmaterjali koostamisest osa võtta suur hulk teadlasi ja praktikuid.

Pleenumi kolmandal päeval oli huvipakkuv B. Vitvitskaja (Moskva) esitatud metoodiline juhend, mis käsitles keemiliste ainete toime hilistulemuste hindamist toksikoloogilises eksperimentis.

Sektsoonides tehtust andsid ülevaate istungite juhatajad professorid J. Rahmanin (Moskva), J. Kostovetski (Kiiev) ning B. Stabski (Lvov). Elavas diskussioonis hinnati kolme päeva jooksul kuuldu ja kavandati tööplaan. Meie vabariigi veeuurimisele anti kõrge hinnang ja meie töösuunad kiideti heaks.

Viimasel pleenumipäeval tutvuti paari väikepuhasti tööga (Märjamaal ning Libatses «Edasi» kolhoosis) ning külastati Läänemere Kalamajanduse Teadusliku Uurimise Instituudi Tallinna osakonna ning Eesti NSV Teaduste Akadeemia välibaase Pärnus.

Ingeborg Veldre

Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi lastekirurgia kateedri väljasõidutsükkel teemal «Vältimatut abi vajava lapse seisundi diagnoosimine ja ravi» toimus 15 juunist 10. juulini 1981. a. Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla baasil. Lastekirurgide ja üldkirur-

gide kõrval osalesid selles ka pediaatrid, sest käsitleti pediaatria ja lastekirurgia piiriala teemasid.

Esimesel nädalal pidas loenguid lastekirurgia kateedri juhataja, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige S. Doletski. Viies loengus käsitles ta laste seedetrakti verejookse, lapse arengu morfoloogilisi funktsionaalseid iseärasusi, ägeda apenditsiidi diagnoosimise psühholoogilisi aluseid, professionaalse meisterlikkuse tõstmise reserve ja isikliku tervise strateegiat.

Hommikupoolne töö toimus rühmades (kaks pediaatrite, üks üldkirurgide ja üks lastekirurgide õpperühm) praktikumi vormis, pärastlõunal olid ühised loengud.

Üheksa õppejõu teemadering oli küllalt avar ning probleemid aktuaalsed: äge köht, songad, turselis-hüperemiline munandi sündroom, vastsündinute parakirurgilised sündroomid, krabisündroom, kopsude stafülokokiline destruktioon, äge osteomüeliit, vältimatu uroloogia, laste koljutrauma ja vastsündinute traumad jm.

Tsükli vältel visiteerisid õppejõud statsionaaris haigeid ning korraldasid konsultatsiivseid näitvastuvõtte, kus akadeemiliselt arutati haigusjuhte.

Peale loengute ja seminaride leidsid õppejõud eesotsas prof. S. Doletskiga aega ka näitoperatsioonideks. Silma torkas kirurgide delikaatne suhtumine opereeritava kudedesse ja operatsiooniarmi kosmeetiline ettearvestus, silmas pidades lapse kasvamist.

Peeti ka kaks sümposiumi: 1) laste koljutraumade diagnoosimine ja ravi ning 2) laste mädapõletikuliste haiguste diagnoosimine ja ravi.

Manfred Mägi Jüri Raudsepp

III Nõukogude Liidu ja Tšehhoslovakkia teadlaste sümposiumi teemal «Seedimise füsioloogia ja patoloogia» toimus 27...29. maini 1981 Kišinjovis. Plenaaristungil kuulati NSV Liidu Teaduste Akadeemia korrespondentliikme prof. A. Ugolevi ettekannet gastroenteroloogia uutest suundadest. Prof. Z. Lajda Tšehhoslovakkiaast kõneles peptidaaside histokeemiast. Ülekaalus olid stendettekanded. Pärast stendidega tutvumist toimus arutelu auditooriumis, kus autor esitas 3...4 minuti jooksul ettekande põhiteesid ja vastas küsimustele.

Plenaaristungil nentis maailmakuulus histokeemik prof. Z. Lajda, et NSV Liidus on gastroenteroloogiale iseloomulik sünteetiline lähenemine — peaaegu kõigis teoreetilise ja praktilise gastroenteroloogia valdkondades on tugevad koolkonnad välja kujunenud ning tööde tase on kõrge. Tšehhoslovakkias on gastroenteroloogia maailma tasemel histokeemia ja ensüümide biokeemia alal, ülejäänud aladega tegeldakse vähem. Sümposiumil leidsid käsitlemist järgmised teemad: peensoole valendiku ja membraanse seedimise ning imendumise mehhanismid, seedeensüümide süntees ning eritumine füsioloogilistes ja patoloogilistes tingimustes, konstitutsionaalsed tüübid ning seedetrakti talitlus, seedetrakti talitlus stressis. Fikseeriti mitmed tähtsad põhiseisukohad, arvati, et tsükliliste nukleotiidide uurimine ei anna alati võimalust hinnata stimulaatori toimemehhanismi, histamiini toime ei ole ainuüksi nn. väljapesemisfenomen (*washing out fenomen*), hormoonide toime on tihe seos närvisüsteemiga, ei saa vahet teha neuraalse ega humoraalse regulatsiooni vahel.

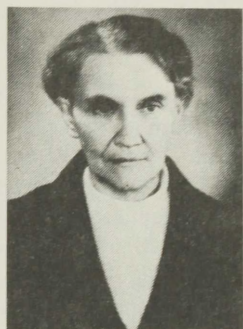
Praha klinitsist dotsent F. Malíš on pankrease eksokriinse funktsiooni hindamiseks andnud peroraalse proovi, mis sümposiumil sai hea hinnangu.

Meie vabariigist oli osavõtjaid kaks. Allakirjutanu esitas ettekande pankrease lipaasi aktiivsuse muutustest kõhunäärme mitmesugustes funktsionaalsetes seisundites, rõhutades, et lipaasi aktiivsuse muutused on teiste pankrease ensüümide aktiivsuse muutustest silmatorkavamad. Ettekanne leidis tunnustust nii teoreetilise gastroenteroloogia esindajate kui ka klinitsistide poolt. Viimased märkisid, et ägeda pankreatiidi puhul võib lipaasi aktiivsuse tõus mõnikord olla proteaaside aktiveerumisest olulisemgi.

TRÜ füsioloogia kateedri aspirant M. Roosalu tõi andmeid sülje koostise muutuste kohta üliõpilastel vaimse pinge seisundis. Eriti pakkus huvi sülje glükoosisisalduse suurenemine vaimse pinge puhul. Seda nähtust võib seostada rakumembraanide läbilaskvuse muutusega. Sõnavõtjad rõhutasid, et fenomeni üldbioloogiline tähtsus ja sülje lihtne fättesaadavus uuringuks annavad põhjust seda proovi eriti hinnata.

Selma Teesalu

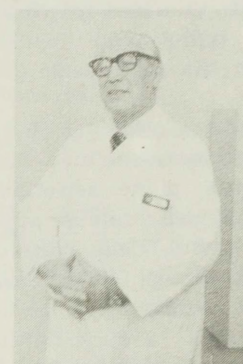
Meie juubilare



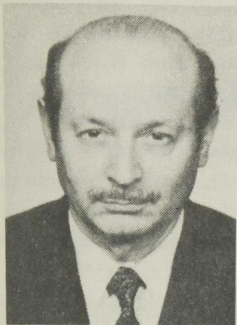
Elise Käer-Kingisepp, TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedri professor-konsultant, sai 3. oktoobril 1981. a. 80-aastaseks. Sündinud Tartumaal, õpetajakutse omandanud Tartu Õpetajate Seminaris. 1924. a. lõpetanud Tartu Ülikooli arsti- ning 1927. a. keemiateaduskonna. Seejärel töötas nimekate farmakoloogiaprofessorite W. S. Loewe ja Barkani käe all ning täiendas oma teadmisi Saksamaal, Austrias ning Inglismaal, omandades suurepärase eksperimentaalse kooli. Esimesena luges Tartu Ülikoolis eestikeelset eksperimentaalfarmakoloogia kursust. 1934. a. kaitses uude temaatikaga doktoritööd «Sise-sekretsiooni organsubstantside toimest konnavastsetel». 1948. aastast füsioloogia kateedri juhataja, millisel ametikohal oli 31 aastat. Palju teinud õppe- ja teadustöö korraldamisel. Lugenud ka mitmeid erikursusi, nagu spordifüsioloogia, kõrgema närvitalitluse füsioloogia jm. Kunagi ei ole tal kahju olnud ajast, mis on kulunud väärtuslike kogemuste jagamiseks oma õpilastele ja kolleegidele. Ligikaudu 100 teadustöö autor. Tema uurimistemaatika on olnud lai, farmakoloogia-alastele uurimustele järgnesid tööd, mis käsitlesid südame ja vere- ringe, seedimise, kõrgema närvitalitluse füsioloogiat ning füsioloogia ajalugu. E. Käer-Kingisepp on mitme teadusliku nõukogu ning I. P. Pavlovi nimelise Füsioloogide Seltsi kesknõukogu ja presiidiumi liige, Eesti NSV Füsioloogide Teaduslikku Seltsi on ta juhtinud asutamisest tänaseni. Praegu on juubilari huvialaks TRÜ füsioloogia kateedri ajalugu.



Ralf Uettoa, Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri arst, sai 4. oktoobril 75-aastaseks. Sündinud Tallinnas töölisperekonnas. Tallinna reaalkooli lõpetas 1925. a. ning Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1932. a. Töötanud jaoskonnaarstina, 1935. aastast osakonnajuhatajana Tallinna III Haiglas, 1944...1945 Tallinna Linna Naha- ja Suguhaiguste Haiglas peaarstina. 1945. aastast tänaseni on töötanud Vabariiklikus Naha- ja Suguhaiguste Dispanseris, 1958...1975 peaarstina. Üle 20 aasta oli Vabariikliku IV Haigla konsultant, pikemat aega tervishüministeeriumi peadermatoveneroloog ning vabariikliku atesteerimiskomisjoni esimees. R. Uettoa on kõrgema kategooria eriarst. NSV Liidus võttis esimeste hulgas kasutusele gonorröa ja trihhomonoosi kulturaalse diagnoosimise. Ta on uurinud leepa ajalugu Eestis, avaldanud teadusartikleid. Kauaaegne Dermatoveneroloogide Seltsi juhatusel liige. Juubilari on autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ning aukirjadega.



Aleksander Gavrilov, Eesti NSV teeneline arst, meie vabariigi peanõukoloog, saab 1. jaanuaril 1982. a. 70-aastaseks. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1940. a. On olnud jaoskonnaarst Värskas, Petseri Haigla kirurg ja juhataja, TRÜ arstiteaduskonna kirurgia kateedri assistent. Ajavahemikul 1946...1980 oli Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarst. A. Gavrilov on väga palju teinud onkoloogilise abi väljaarendamisel ja Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri muutmisel juhtivaks metoodiliseks, konsultatiivseks, õppe- ning ravikeskuseks. Tema initsiatiivil koostati spetsiaalne onkoloogiliste haigete arvelevõtmise arvestuskaart, mis võimaldas hiljem pida tsentraliseeritud arvestust kogu meie vabariigi ulatuses ning mille põhjal rajati Eesti NSV vähiregister, esimene Nõukogude Liidus. Võimekas kirurg, kes võttis kasutusele tsütodiagnoosimise ja uusi uurimismeetodeid gastroenteroloogias ning tegi mitmeid uuendusi onkokiirurgias. Jätkub dispanseri koostöö nii NSV Liidu kui ka välismaa juhtivate onkoloogiakeskustega. A. Gavrilov on olnud Eesti NSV Ülemnõukogu saadik. Teda on autasustatud Lenini ja Tööpunalipu ordeniga, medaliga «Töövapruse eest», V. I. Lenini juubelimedali ja Tööveterani medaliga, rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ning paljude aukirjadega.



Lev Grinšpun, Eesti NSV teeneline arst, Tallinna Nakkushaigla peaarst, sai 15. mail 1981. a. 60-aastaseks. Sündinud Ukrainas Korosteni linnas. 1940. a. lõpetas keskkooli, 1945. a. S. M. Kirovi nimelise Sõjameditsiini Akadeemia. Suures Isamaasõjas võitles Leningradi rindel ning Põhja-Jäämere sõjalaevastikus. Aastail 1946...1955 oli nakkushaigla laboratooriumi juhataja, 1955...1965 arst ning vanemordinaator, seejärel nakkushaiguste osakonna juhataja. 1977. a. alates on töötanud praegusel ametikohal. Kõrgema kategooria infektsionist. L. Grinšpun on Tallinna peainfektsionist. Avaldanud üle saja teadustöö, on kahe leiutise ning 50 ratsionaliseerimistepaneku autor. L. Grinšpun on olnud I. I. Metšnikovi nimelise Mikrobioloogide, Epidemioloogide ja Infektsionistide Vabariikliku Teadusliku Seltsi juhatuse liige, praegune seltsi Tallinna filiaali aseesimees. Juubilar on autasustatud Punatähe ordeni, 13 medali ning tervishoiueesrindlase rinnamärgi ning mitme aukirjaga. L. Grinšpun kuulub NLKP ridadesse 1946. a. alates.



Mall Türi, TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi mikroobide ökoloogia laboratooriumi vanemteadur, sai 21. augustil 1981. a. 50-aastaseks. Sündinud Tartus teenistuja perekonnas. 1950. aastal lõpetas Rakvere Keskkooli ning 1955. aastal TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna kiitusega. Aastail 1955...1959 oli proviisoriks Rakveres. 1959. aastast alates on töötanud Tartu Riiklikus Ülikoolis. Algul oli mikrobioloogia kateedri vanemlaborant, ajavahemikul 1969...1976 Meditsiini Kesklaboratooriumi nooremteadur. Vanemteadurikutses anti 1976. aastal sellest ajast on ta töötanud praegusel ametikohal. 1969. aastal kaitses M. Türi kandidaadiväitekirja «Merisigade intratestikulaarse nakatamisviisi kasutatavus INH-resistentsete ja kata-laasinegatiivsete tuberkuloositekitajate uurimisel». Trükis on avaldanud üle 30 teadusartikli, mis käsitlevad tuberkuloositekitajate ravimiresistentsust ning uroinfektsioonide diagnoosimist. Kohusetruud ja viljakat teadustöötajat ning sirgjoonelist ja head pedagoogi on autasustatud korduvalt aukirjadega.



Erich Kuus, TRÜ arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kateedri assistent, kõrgema kategooria röntgenoloog, sai 16. septembril 1981. a. 50-aastaseks. Sündinud Kohtla-Järvel kaevuri perekonnas. 1950. a. lõpetas Kohtla-Järve 1. Keskkooli ning 1958. a. kiitusega TRÜ arstiteaduskonna. Lühikest aega oli Kose rajoonihaigla peaarsti asetäitja. Pärast seda, kuni 1974. aastani, töötas Rapla Rajooni Keskhaiglas röntgenoloogina. Ajavahemikul 1974...1976 oli Tartu Linna Onkoloogia Dispanseris röntgenoloogiks. 1976. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. Tema tööde teemaks on olnud mao, pankrease, retroperitoneaalsete elundite ja pehmete kudede uued röntgenoloogilised uurimismeetodid. 1966. a. kaitses kandidaadiväitekirja. Juubilar on Üleliidulise Röntgenoloogide ja Radioloogide Teadusliku Seltsi juhatuse liige. E. Kuusi on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane».



Hilda Kärner, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla õde, sai 30. septembril 1981. a. 50-aastaseks. Sündinud Tartumaal metsavahi perekonnas. Tartu Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli lõpetas 1951. a. õena. Esimene töökoht oli Kallaste rajooni Koosa maa-ambulatoriumis. Aastail 1954...1955 oli Kallaste Rajooni Haigla vanemõde. Praegusel töökojal on 1955. aastast alates. Ta on olnud osakonna vanemõde, ajavahemikul 1955...1971 ülemõde, 1971. aastast alates on ta füsioteraapiaõde. Oma teadmisi on H. Kärner korduvalt täiendanud kohalikes ning üleliidulistes õppebaasides. 1980. a. anti talle füsioteraapiaõde I kategooria. Juubilar on innukalt osa võtnud ühiskondlikust tööst. Ta on olnud haigla ametiühingukomitee liige, aastaid haigla õdede nõukogu esimees ja Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi Lõuna-Eesti osakonna juhatuse liige, Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni sekretär. 1975. aastast tänaseni on parteialgorganisatsiooni büroo liige. Teda on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ja rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane». H. Kärner on NLKP liige 1965. aastast alates.

Arstide seltsides

Tartu Terapeutide Seltsi ja Kingissepa Arstide Seltsi äkksurmateemaline konverents toimus 12. juunil 1981 Saaremaal Vätal. Osavõtjate hulgas oli ka Läti NSV Talsi Rajooni Keskhaigla arste.

Enne konverentsi koguneti Kingissepa Kudjapae kalmistule rahvusvaheliselt tunnustatud teadlase, Tartu Ülikooli naha- ja suguhaiguste kateedri rajaja prof. A. Paldroki hauale. Tema matmispaika tähistab hauasammas, mille on püstitanud Tartu Riiklik Ülikool ja Kingissepa Arstide Selts. Lühikese ülevaate A. Paldroki tööst ja teaduslikust tegevusest andis allakirjutanu. Mälestusi kohtumistest prof. A. Paldrokiga meenutas prof. K. Kõrge.

Konverentsil öeldud avasõnades väljendas tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt arvamust, et arstide seltside kohtumisi ja kogemuste vahetamist on väga vaja kvalifikatsiooni tõstmiseks. Seltsi esimees tegi teatavaks, et arvestades E. Väärti suuri teeneid Kingissepa rajooni tervishoiuvõrgu rajamisel ja arendamisel, valiti ta seltsi auliikmeks. Auliikmeks valiti ka prof. K. Kõrge, silmas pidades tema teeneid Saaremaa arstide ette-

valmistamisel ja teaduslikul juhendamisel. Kummalegi anti üle auliikme tunnistus.

Avaehtekanne oli Tartu Linna Kiirabiijaama peaarstilt I. Tammelt, kes andis ülevaate äkksurma juhtudest Tartu kiirabiijaama andmeil 1980. aastal. J. Vapra käsitles äkksurma põhjusi Tartu kohtumeditiinilise ekspertiisi lahanguandmeil. Dotsent J. Samarütel rääkis äkksurma patofüsioloogiast ja esmaabist. Kingissepa Rajooni Keskhaigla arstidelt J. Kirsilt ja J. Nemvaltsilt oli ülevaade reanimatsioonist rajoonihaiglas. Nad esitasid neli kliinilisest surmast edukalt lõppenud elustamise juhtu.

Konverentsi lõpul sai sõna H. Koppel, kes andis ülevaate Saaremaa mudaravist. Igale ettekandele järgnes elav mõttevahetus. Konverentsil kuuldust tegi kokkuvõtte prof. K. Kõrge.

Ants Haavel

Eesti NSV Terapeutide Teadusliku Seltsi uus juhatus valiti 20. mail 1981 meie vabariigi terapeutide VII kongressil. Uues koosseisus on seltsi juhatuse esimees N. Elstein, esimehe asetäitjad K. Kõrge ja L. Piel, vastutavad sekretärid L. Valdes ja G. Semjonov. Juhatusse valiti veel S. Aru, I. Kalits, L. Päi, J. Riiv, V. Saarma ja V. Salupere Tartust, L. Jannus, A. Randvere, L. Sepp, R. Toots ja O. Volož Tallinnast, N. Jašina Narvast, I. Kirss Kingissepast, E. Laane Võrust, L. Rebane ja R. Tuisk Pärnust. Revisjonikomisjoni kuuluvad nüüd selle esimehena A. Vapra, liikmed on L. Liblik Kohtla-Järvelt, V. Müllin Pärnust ja N. Tšetropova Võrust.

Nordon Ilves



Tartu ja Kingissepa terapeutide konverentsi avamiselt. Vasakult: Talsi Rajooni Keskhaigla peaarst J. Bredis, tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt, prof. K. Kõrge, A. Haavel.

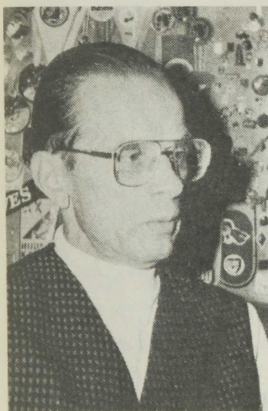
Kingissepa Arstide Teaduslik Selts ja Talsi Rajooni Keskhaigla (Läti NSV) Arstide Teaduslik Selts korraldasid 18...20. septembrini 1981 Talsis ühise rajoonihaiglatevahelise teaduskonverentsi teemal «Uute diagnoosimis- ja ravimeetodite rakendamise võimalustest rajoonihaiglas». Kuulati ära seitse ettekannet, igale järgnes elav mõttevahetus. Saaremaa meedikud tutvusid ka Talsi rajooni meditsiinasutustega ja külastasid Riias hiljuti valminud moodsat lastehaiglat, mis oli ehitatud laupäevakutest saadud summade eest.

Läti NSV raviasutustes nähti nii mõndagi sellist, mida tuleks rakendada ka Kingissepa rajooni raviasutustes. Järgmine ühine konverents otsustati korraldada 1982. aastal Kingissepas.

Ants Haavel

Intervjuu

TERVISESPORT ON MEIST IGAÜHELE HÄDAVAJALIK



Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaspetsialist patoanatomia erialal arstiteaduse kandidaat Vello Valdes, meile kõigile tuntud ja korduvalt pärjatud orienteerumissportlane, vapper suusataja, oli «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse palvel nõus vastama mõnele küsimusele. Loodame, et need vastused nii mõnegi meditsiinitöötaja ja tervishoiujuhi rahvaspordile, tervisespordile lähemale toovad.

Mis tõi Teid tervisespordi juurde, aktiivse kehalise koormuse harrastamisele?

Huvi proovida kehalise koormuse toimet tekkis ligikaudu paarkümmend aastat tagasi pärast tutvumist adaptatsiooni ja stressi probleemidega. Eriti panid mõtlema kaks aspekti. Esiteks, kohanemine ükskõik mis-suguse koormusega (stressiga) saab toimuda üksnes koormuse kaudu. Teiseks, arengulooliselt on kohastumisreaktsioonid kujunenud adekvaatseks vastuseks vaid kehalisele koormusele; psüühilise koormusega kaasnevad analoogilised mittespetsiifilised reaktsioonid (neurohumoraalses regulatsioonis, ainevahetu-

ses) jäävad adekvaatse lõpplahendusega ning võivad omandada patogeense tähenduse — ebasoodsa situatsiooni ainsaks ja loogiliseks kompensatsiooniks saab olla kehaline koormus. Seega teoreetiline alus oli olemas, praktilisele tegutsemisele on tublisti kaasa aidanud kolleeg Agu Lipping. Olen proovinud ujumist, jooksmist ja suusatamist, kahe viimase juurde olengi jäänud.

Mida Teile on andnud sportlik tegevus?

Esiteks, hea enesetunde ja tervise, mille oluliseks komponendiks on tänapäeva seisukohtadele vastav optimaalne kehakaal. Õige koormuse puhul on see saavutatav juba mõne kuuga. Ka kõige halvema ilmaga toimunud üritus, samuti sumpamine hilissügisiseses soos ei ole lõppenud külmetushaigusega. Nohu, kui seda kord aastas on olnudki, on jahedas ruumis laua taga istumise tagajärg.

Teiseks, rikkalikult meeldivaid emotsioone loodusest. Olen kodumaad palju põhjalikumalt tundma õppinud.

Kolmandaks olen juurde saanud rohkesti optimistliku ja väga terve ellusuhtumisega sõpru.

Neljandaks, aktiivsel spordil on kindel osa vaba aja veetmises, eriti kui sellest on saanud perekondlik tava. Mulle tundub, et probleemitsemine vaba aja veetmise kesiste võimaluste üle on rohkem subjektiivset kui objektiivset laadi ilming.

Kuidas tervisespordiga algust teha ja kui intensiivne peaks olema kehaline koormus?

Praegu on küllaldaselt brošüüre, milles on asjalikke juhendeid koormuse valikuks. Igal juhul alustatagu mõõdukalt ja sõltuvalt enesetundest tõstetagu koormust. Edasi tuleb olla vaid järjekindel. Ei tohi unustada, et esimesed 2 või 3 jooksukilomeetrit kuluvad organismil kohanemiseks ja enesetunne sel ajal ei saa olla vormi hindamise aluseks. Rõõm liikumisest algab siis, kui tunned end suutelise olevat 5 kilomeetrit puhkamata läbi jooksma. Tahet nõuab alustamine ja väljaminek halva ilmaga, kuid ühtegi niisugust minekut ei ole mul olnud põhjust kahetseda. Koormus nädalas peaks olema kolm kuni viis tundi jooksu, suusatamist ligi kaks korda rohkem, jaotatuna kolmele-neljale päevale. See on miinimum. Paratamatult järgneb mõte: milleks olen veel suuteline ning sellest hetkest lisandub hädavajalikule kehalisele koormusele sportlik hasart.

Milline on spordi ja pesitiivsete emotsioonide seos?

See on spordialast. Jooksul staadioni ringrajal on meeldivaks emotsiooniks põhjust finišisirgel üksnes võitjatel, teistel kipuvad need olema negatiivse varjundiga. Seevastu jooksuga pikkadel marsruutidel, kuni 20 km jooksu või 60 km suusatamist maastikul, käivad alati kaasas meeldivad emotsioonid. Loodus oma aastaringsete varjunditega, kohtumised loomade ning lindudega, uute marja- ja seenepaikade avastamine räägivad iseenda eest. Sellest aspektist on eriline koht orienteerumisspordil, kus tihedalt põimuvad kehaline koormus, loodusetunnetus ja seostamine kaardiga, lahenduste otsimine ratsionaalseks liikumiseks ning selle teostamine. Eriti meeldejäävad on mitmepäevajooksud. Eesti orienteerumisentusiastid on teinud tohutu töö rahvaspordi arendamisel. Seda näitab neljapäevakutest osavõtmine eelkooliealistest kuni eakate akadeemikuteni, ka Vilniuse konservatooriumi rektor on iga-aastane osavõtja. Samuti ka see, kuidas nii mõnigi, poisist-plikast pensionärini, võtab pühapäeva varahommikul jooksuasjade koti ning alustab keerukat sõitu meie vabariigi kõige kaugemasse nurka järjekordsele võistlusele, soov vaid osaleda, lõpetada ja mitte viimane olla. Võistlusliku ürituse korraldus mõjutab suuresti emotsionaalset elamust. Eesti kõige sportlikumaks linnaks pean Viljandit, kus ümber Viljandi järve (kevad) ja linna (sügisel) jooksule elab kaasa rohkem pealtvaatajaid kui ühelegi Tallinnas korraldatud üritusele. Sealset sportlikku vaimu saab võrrelda vaid Soome Finlandia-hiihtol tunnetatuga.

Toredad üritused on suusamaratonid, mille nimel tasub treenida. Olen osa võtnud Tartu—Kääriku, Kääriku—Tartu ja Soome 1930. aasta Finlandia-hiihto maratonist. Enam kui 8000 osavõtjaga ühisstart ja sellele järgnev 75 km suusatamist Soome vaheldusrikkas maastikus on erakordne elamus. Suusamaratonil on Soomes, eriti Lahtis, tohutu populaarsus. Maratoni lõpetamine lisab kodanikule prestiiži ning osavõtt, varustus, suusamäärimise võtted ja lõpptulemused on seltskondlikuks peateemaks vähemalt nädal enne ja pärast sõitu. Suusamaratonile eelneb pidev treening alates esimesest lumest.

Kuidas on lood treeninguvõimalustega?

Suusamaraton on tõsine asi, mille puhul

ei aita üksnes kehalisest jõust ega suusatamisoskusest. Võime pikaajaliseks kehaliseks koormuseks talvel eeldab kestvustreeningut. Tegemist ei ole ju lihtsa koormusega, vaid kogu ainevahetuse tugeva mõjutamisega. Kui viimane Kääriku—Elva maraton oli organiseerimise ja raja ettevalmistamise poolest täiesti ürituse vääriline, siis võrreldes tulemusi Finlandia-hiihto omadega, on meie keskmise sõitja võimed märgatavamalt nõrgemad. Lisaks kergemakäelisele osavõtule eelneva asjakohase ettevalmistuseta on ka objektiivseid põhjusi. Meil on palju räägitud ja kirjutatud rahvaspordi kui tervisespordi arendamisest, kuid pikamaasuusatamise sihipäraseks treeninguks õiged tingimused puuduvad. Enam kui kahetunnine pingutus nõuab vedeliku-, energia- ja soolavarude täiendamist; suusataja tuleb võimalikult kerges riides, kusjuures kohe sõidu lõpul peab märjad riided välja vahetama kuivade vastu. Seega pikamaasuusatamise treening eeldab vähemalt riidehoiu ja joogi võimalust üldkasutatavate suusaradade alguse-lõpu juures.

Mida ütleksite lõpetuseks, kokkuvõtteks?

Regulaarne tugev kehaline koormus on hädavajalik kompensatsioon tänapäeva mugavale eluviisile. Asjakohased spordiüritused seostavad sihipärase kehalise koormuse meeldivate emotsioonidega. Rahvaspordi harrastamine eeldab head tahet, sobivat varustust, spordibaase ja spordiürituste organiseerijaid. Viimastega näib asi kõige paremal järjel olevat, eriti mis puutub orienteerumisse ning mõnedesse jooksu- ja suusatamisüritustesse. Varustuse ja spordibaaside osas ootame abi neilt, kes räägivad rahvaspordi tähtsusest ja arendamise vajadustest. Hea tahe ja soov rahvaspordiga tegelemiseks, mis on kõige tähtsam, on ainult meist endist. Ehkki orienteerumine on väga populaarne, on tervishoiutöötajate osavõtt vägagi tagasihoidlik. Spordiklubi «Meedik» suusavõistlustel suureneb järjekindlalt veteranide klass, nooremaid osavõtjaid on napilt; teatevõistkondade koostamine käib paljudele Tallinna suurtele ravisutustele üle jõu. Sellest on kahju, sest tervisesport on meist igapäevase hädavajalik.

*Küsimused esitas ja mõtted edastas
Vello Laos*

In memoriam

LEILI HANNUS

14. XII 1934 ... 16. VII 1981



Meie vabariigi arstkonda on tabanud raske kaotus. 16. juulil 1981. aastal suri traagilise õnnetuse tagajärjel parimas loomeeas võimekas laboriarst Leili Hannus.

L. Hannus sündis 14. detsembril 1934. a. Tartu rajoonis metsavahi perekonnas. Keskkhariduse omandas ta Tartus, kus 1957. a. lõpetas Tartu Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli velskerlaborandina. Sellele erialale jäi ta

truuks kogu elu. Velskerlaborandina töötas L. Hannus Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis. 1961. aastal astus ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1967. aastal. Kogu ülikoolis õppimise ajal oli ta ka TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri laborant. Ülikoolipäevil võttis ta agaralt osa mikrobioloogiaringis teaduslikust tööst, mis tegutses mikrobioloogia kateedri juures. Pärast ülikooli lõpetamist oli L. Hannus Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas bakterioloogiks.

1970. aastal tuli L. Hannus tööle Tallinna Merimetsa Haiglasse juba väljakujunenud bakterioloogina ning kogunud klinitsistina. Merimetsa Haiglas töötades õppis ta viroloogiks ning tänu temale omasele põhjalikkusele kujunes L. Hannusest võrdväärne partner meie vabariigi viroloogide peres.

Oma teadmisi täiendas ta järjekindlalt, tegeldes nii teaduslik-praktilise tööga kui ka tõstes oma erialakvalifikatsiooni täiendusinstituutides. Ta oli mitme teadustöö kaasautor.

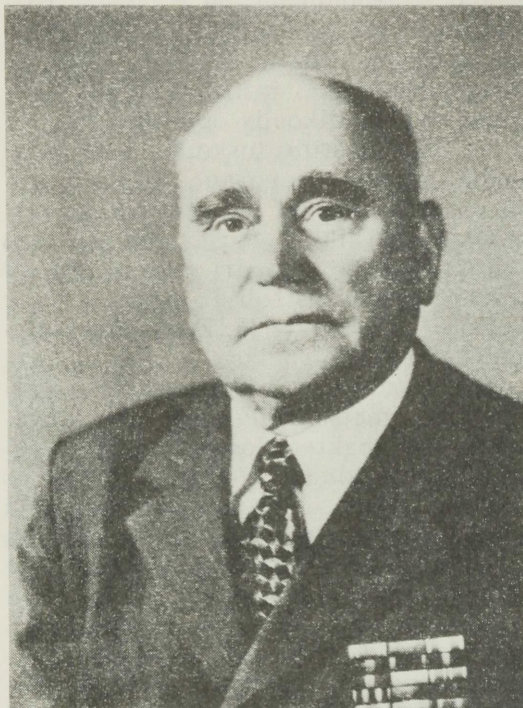
Kutsetöö kõrval osales L. Hannus aktiivselt ühiskondlikus töös. 1973. aastast alates oli ta Tallinna Merimetsa Haigla ametiühingukomitee liige, selles neli aastat kohaliku komitee esimees.

Oma erakordse lihtsusega ja inimestega suhtlemises lugupidamisele tugineva suure sisemise kultuuri ja tööharmoonilisusega oli ta võitnud kaastöötajate lugupidamise ning austuse. Ülikoolikaaslased mäletavad kursuskaaslast kui oma eriala entusiasti, loodust ja inimest armastavat, sädelevat ning südamlikku sõpra.

L. Hannuse surm on raske kaotus Tallinna Merimetsa Haiglale ning Tallinna bakterioloogide ja viroloogide perele.

Me mälestame Leili Hannust täna ja mäletame teda veel kaua.

Kolleegid



25. juulil 1981 suri kauaaegne Tallinna Kiirabijaama peaarst, meditsiiniteenistuse erualampolkovnik Mark Mihhaili p. Piskunov.

Juba kolmeaastasena orvuks jäänud M. Piskunov kasvas üles sugulaste juures. Ta oli sündinud 20. aprillil 1908 Tšernigovi rajoonis Primorje krais talupoja perekonnas. Noorukina töötas Ussuuri taigas metsatööl. Aastail 1930...1931 õppis sanitaarinstruktoriks, kellena tegutseski sõjaväes kuni 1937. aastani. Aastail 1937...1939 oli pataljoni sanitaarteenistuse ülem, 1938. aastal võttis osa Hassani järve juures toimunud kaitselahingutest. Ajavahe-mikul 1939...1943 õppis S. M. Kirovi nimelises Sõjaväemeditsiini Akadeemias, mille lõpetamise järel võttis osa Suurest Isamaasõjast polgu vanemarstina Lõunarindel, 2. Ukraina ja 3. Valgevene rinnetel.

Pärast Suure Isamaasõja lõppu töötas 1948. aastani polgu vanemarstina.

1959. aastal läks M. Piskunov erru meditsiiniteenistuse alampolkovniku auastmes.

Suurte teenete eest oli M. Piskunovi autasustatud Lenini ja Tööpunalipu ordeniga, kahe Punatähe ning Isamaasõja I ja II järgu ordenitega ning mitme medaliga.

M. Piskunov oli Nõukogude Liidu Kommunistliku Partei liige 1940. aastast.

Tallinna Kiirabijaama peaarstina töötas M. Piskunov 1960. aasta algusest 1973. aasta veebruarini, Tallinna Tõnismäe Haigla peaarsti asetäitjana kiirabi alal 1977. a. juunini, seejärel kiirabijaamas vahetuse vanemarstina.

M. Piskunov oli väga distsiplineeritud, autoriteetne tervishoiuorganisaa-tor ja kohusetruu arst. Tema heasoovlikkus haigete ja kaastöötajate vastu oli igati tunnetatav. Ta viis kiirabi-jaama tööd edasi, täiustas töökorraldust, kandis hoolt arstide kvalifikatsiooni tõstmise eest ja oli selles suhtes väga nõudlik. Oma töös erakordselt täpne ja nõudlik ka enese suhtes. M. Piskunov püüdis rakendada kõike uut ja edasiviivat. Ta hakkas korraldama kiirabiarstide konverentse, kus analüüsiti diagnooside lahknevust, täiendati teadmisi diagnoosimises, laiendati erialast silmaringi. Ta tegi palju ära kaadri kasvatamisel. 1964. aastast alustasid tööd spetsialiseeritud kiirabibrigaadid, kiirabi kvaliteet hakkas tõusma.

M. Piskunov võttis osa ka IV rahvusvahelisest sotsialismimaade meditsiinilise kiirabi alasest kongressist 1967. aastal. Teda oli valitud Tallinna Rahvasaadikute Nõukogu liikmeks, korduvalt pälvis ta aukirju.

Kaotasime väga võimeka kiirabiarsti, organisaatori, teotahtelise ja kaastöötajaid austava inimese, kes elu jooksul oli palju head teinud, väsimatu arstina palju haigeid aidanud.

Tallinna Kiirabihaigla



Meie vabariigi arstide peret on tabanud raske kaotus. 12. septembril 1981 lahkus jäädavalt kauaaegne töökaaslane, suurte kogemustega röntgenoloog Edgar Otto p. Padrik.

E. Padrik sündis 30. juunil 1910. a. Lätimaal Ape linnas talupoja perekonnas. Õppinud Ape eesti algkoolis, seejärel Valga poeglaste gümnaasiumis, astus E. Padrik 1929. a. Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1936. a. Seejärel töötas Tartu Ülikooli I Sisehaiguste Kliinikus nooremassistendina ja tuberkuloosinõuandla arstina.

1940. a. hakkas E. Padrik tööle Tallinna Tõnismäe Haiglas, kus algul oli röntgenoloog, hiljem röntgenikabineti juhataja, sellele ametikohale jäi ta väga kauaks. Ta tegi palju Tallinna Tõnismäe Haigla röntgenikabineti sisseseade ja aparatuuri täiendamisel, personali väljaõpetamisel ja Tallinna elanikele röntgenoloogilise abi andmisel. Väga paljud vanema põlvkonna röntgeno-

loogid on temalt omandanud töökogemusi ning neid võib pidada tema õpilasteks. Tervisehäiretele vaatamata, mis teda olid vaevanud pikemat aega, säilitas E. Padrik hea töövõime ja erksa meele. Elu lõpuni juhatas ta A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku röntgenikabinetti. E. Padrik kuulus nende tagasihoidlike ja töökate arstide hulka, kes oskavad tööd teha loominguiliselt, suure täpsuse ja innuga, ilma end esile tõstmata. Seetõttu jääme kadunu ees igavesti tänuvõlgu, jõudmata esile tuua, mida ta elu jooksul oli teha jõudnud. E. Padrik oli põhjalike teadmistega röntgenoloog. E. Padriku näol kaotasime ühe parima spetsialisti luuhai-guste röntgenoloogia alalt.

E. Padrikut oli autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, medaliga «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941—1945», rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ning Tallinna Linna RSN Täitevkomitee aukirjaga. Talle oli paljudes käskkirjades avaldanud kiitust Eesti NSV tervishoiuminister, Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakond ja Tallinna Tõnismäe Haigla peaarst.

Oma suure teadmistepagasi, tähelepanelikkuse ning tagasihoidlikkusega võitis E. Padrik kõikide lugupidamise ja austuse. Helge mälestus temast jääb alatiseks.

*A. Seppo nimeline Metallosteosünteesi
Teadusliku Uurimise Laboratoorium
ja Kliinik*

Mitme- sugust

UDK 796:614.253.1/52(474.2)

TERVISHOIUTÖÖTAJATE RAHVASPODIST

Kehakultuuri ja spordiga tegelemise vajadus peaks meedikutele enam kui selge olema. Üha sagedamini soovitavadi nad patsientidele tablettide asemel tervisejooksuteste.

Tervisesportlase põhiharrastus on suvel jooksmine ja talvel suusatamine. Võib kindlalt väita, et need tervishoiutöötajad, kes tegelevad kehakultuuri ja spordiga, on elurõõmsamad, ei põe külmetushaigusi, nende tööjõudlus ja kehaline vastupidavus on tunduvalt suurem võrreldes nendega, kes sporti ei harrasta.

1972. aastal kehtestati uus üleliiduline kehakultuurikompleks «Valmis tööks ja NSV Liidu kaitseks», milles nähakse ette esmajoones massilise kehakultuuritegevuse arendamist töökohtades, elukohas ja koolides. Et sooritada VTK-norme, on vaja eelnevalt harjutada. Tihti minnakse mõõda just sellest. Ka tervishoiuasutustes esineb VTK-normide täitmisel kampaanialikkust ning üksnes suurte arvude tagaajamist. 1981. aasta 1. jaanuari seisuga on meie tervishoiutöötajast 8753 VTK-märgi omanikud, seega 20,3% tervishoiutöötajate üldarvust. Kõige rohkem oli VTK-normide täitjaid 1975. aastal — 2722; 1980. aastal vaid 1761. Tallinna Tõnismäe Haiglas, Tallinna Vabariiklikus Haiglas, Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris, Tallinna Linna Nakkushaiglas, Tallinna Stomatoloogia Polikliinikus, Narva Linna Haiglas, Rapla Rajooni Keskhaiglas ja veel mõnes tervishoiuasutuses ei saanud 1980. a. VTK-märki mitte ükski töötaja. Mida arvavad selles nende kehakultuurikollektiivide nõukogud ja ametiühingu kohalike komiteede esimehed?

VTK-alane töö on teistest paremini korraldatud Viljandi tervishoiuasutustes (kehakul-

tuurikollektiivi nõukogu esimees M. Jõgis), Pärnu ühendatud kehakultuurikollektiivis (H. Treufeldt, E. Paugus), Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla (T. Vallfisch, L. Kala), Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehase (R. Tamming), Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» kollektiivis.

VTK-kompleksi täitmises on keskel kohal VTK suvised ja talvised mitmevõistlused, mis kuuluvad kehakultuurikollektiivide, spordiühingute ja meie ametiühingu vabariiklike spartakiaadide võistluskavva. VTK suvises mitmevõistluses kuuluvad Eesti NSV koondisse Pärnu kuurordi koondise ravi-kehakultuuri instruktor I. Rand ja Tartu Linna Polikliiniku arst V. Ilves. Ka talvises VTK mitmevõistluses on I. Rand parimate hulgas. Head sportlikku vormi ja stabiilsust on üles näidanud veel Rakvere arstid E. Tambik ja A. Tühis, V. Butakov Tallinnast, J. Org Valgast jt.

Tervishoiutöötajate hulgas on populaarne ka orienteerumine, mis teatavasti on välja kasvanud tervisejooksust. Selle spordiala ak-



Esimene tervishoiutöötajate terviserada avati 1979. aastal Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla territooriumil. Nagu kõikjal esirinnas, nii ka terviserajal on ikka Tiivi Vallfisch — tolleaegne haigla kehakultuurikollektiivi juht. Autori foto.

tiivsemad on L. Annus, Luule ja Vello Valdes ning A. Lipping Tallinnast ja V. Viirsalu Tartust. Siiski tahaks, et tulevikus kõikide linnade ja rajoonide raviuasutuste kehakultuurikollektiivid tegeleksid enam selle spordialaga.

Korvpallimänguga püüavad liikumisvaegust eemale peletada Tallinna Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri arstide pere eesotsas peaarst E. Annusega, samuti «Eesti Meditsiinitehnika», Tartu Kliinilise Haigla, Kingissepa ja Kohtla-Järve tervishoiuasutuste kehakultuurikollektiivid.

Paljud kehakultuurikollektiivid korraldavad talvel suusaväljasõite. Talvistest rahvaspordiüritustest on populaarseim vastlapäeva tähistamine, peale suusavõistluste on kavas mitmesuguseid muid rahvaspordiüritusi. Huvitavamaid üritusi on korraldanud Viljandi, Rakvere, Tartu ja Tallinna tervishoiuasutuste kehakultuurilased, millest on osa võtnud ka perekonnaliikmed. 1980. aastal oli tervishoiuasutustes rahvaspordiüritustest osavõtjaid üle 7000 töötaja.

Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas, «Eesti Meditsiinitehnikas», Tallinna Pelgulinna Haiglas, Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas ja mujal tegutsevad naisvõimlejad rühmad. Tõrvas on võimlemise ja tervisespordi propageerija haigla peaarst A. Pruuler. Tema juhendatavas võimlemisrühmas võimlevad haigla töötajate ja nende laste kõrval tihti ka ravalused.

Populaarne spordiala on ka ujumine. Harastatakse nii võistlus- kui ka terviseujumist. Enamikul Tallinna raviuasutustel on võimalus kasutada ujulat. Ent on kehakultuurikollektiive, kus see on ainuke spordiala, millega tegeldakse. Kahjuks on ka selliseid asutusi, kes kallite ujumistundide eest küll tasuvad, ujumas aga käivad vaid vähesed. Kujunenud on kummaline olukord — ujumine peaks olema suvine harrastus, põhiliselt aga tegeldakse sellega talvel. VTK-normide täitmine takerdub sageli seepärast, et ei osata ujuda. Olukord paraneb kindlasti, kui ujulas leitaks võimalus korraldada ujumise algõpetustunde.

Ametiühingu vabariiklikul spartakiaadil võttis 1981. aastal ujumisvõistlustest osa üheksa kehakultuurikollektiivi. Teist aastat järjest võitsid Tartu tervishoiutöötajad. Varem olid võidukad olnud pealinna meedikud.

Meie ujumismeistritest nimetagem J. Rauda, P. Peirumaad Tallinnast, E. Mooni Pärnust, I. Peljot Tartust. Noorema põlvkonna nodedamad on J. Stukolkin, J. Tepp, R. Uukivi, A. Sirge Tallinnast, A. Arro Tartust, D. Saat Pärnust.

Ametiühingute vabariikliku spartakiaadi lauatennisevõistlustes osales seitse võistkonda. Tugevamad mängijad olid tartlast M. Vadi, E. Priske, L. Lašek, R. Palm ning L. Golovina, pärnakad Õ. Joosepson, I. Koso ja I. Senješ.

Teatavasti on matkamine kõige tervislikum spordiala. Kahjuks on vähe neid, kes eelistavad automatkale jalgsimatka. Unarusse on jäänud ka jalgratas. Meie tervishoiutöötajate kehakultuurikollektiivid peavad koos ametiühingu rajooni-, linna- ja kohalike komiteede ning asutuste administratsiooniga leidma võimalusi luua matkaseksioonid ning korraldama regulaarselt matka- ja suvespordipäevi.

Taas on algust tehtud «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi suvemängude korraldamisega. Suvemängudele tullakse koos perekondadega. Päevakava on tihe: võrk- ja rahvastepall, VTK mitmevõistlus, autode vigursõit, kombineeritud teatevõistlus, viktoriin jne.

Hea kuulsuse on võitnud Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi suvelaagrid, kus osavõtjate arv küünib juba üle tuhande ja kuhu paljude haiglate õed tulevad koos arstidega. Neil kokkutulekuil on kesksel kohal ikka olnud rahvaspordiüritused. Imestama pani tõsiasi, et pealinna ükski haigla ei võtnud 1980. a. osa ühestki spordiüritusest ega lõõnud kaasa taidluses.

Passiivsust võib täheldada ka paljudes Tallinna raviuasutuste kehakultuurikollektiivides. Ühiskondlikel alustel tegutsev Tallinna tervishoiutöötajate spordiklubi «Meedik» korraldab küll iga-aastase üelinnalise tervishoiutöötajate spartakiaadi, kuid sellega klubi tegevus piirdubki. Kehakultuurikollektiivide esimehi aga oleks vaja juhendada organisatsioonilises ja metoodilises töös. Selleks tuleks leida võimalus, et spordiklubi «Meedik» töotaks VTK- ja rahvaspordimetoodik, kelle ülesandeks oleks just see tööloik. Varem korraldas VSÜ «Kalevi» Tallinna Linnanõukogu kehakultuurikollektiivide esimeestele suvelaagreid, millest oli suur abi. Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ühiskondlik kehakultuuri- ja

spordinõukogu on püüdnud korraldada seminare. Tegelikuses aga kujuneb see nii, et tulevad need, kellel töökogemusi on endil küllaga, tulemata aga jäävad need, kellele seminar tegelikult määratud oli. Ehkki VTK- ja rahvaspordikomisjonid on igas tervishoiuasutuses, on nende abi rahvaspordi viljelemisel ja VTK-alases töös kaheldav.

Osavõtt tervishoiutöötajate ametiühingu vabariiklikest spartakiaadidest kajastab küllaltki ilmekalt kogu meie vabariigi tervishoiutöötajate kehakultuurialast tegevust. Kui varajasematel aastatel jäid finaalvõistlustest eemale ühe-kahe rajooni tervishoiutöötajad, siis tänava ei võistelnud kohustuslikel aladel Harju, Kingissepa, Rapla, Valga ega Võru rajooni tervishoiutöötajad. Rapla rajooni tervishoiutöötajad ei võtnud osa ühestki alast, osaliselt võistlesid Põlva ja Jõgeva rajooni tervishoiutöötajad. Mõtlemapanev on, mida siis tähendavad need arvud kehakultuurikollektiivide aruannetes, eriti VTK-normide täitmise osas, kui kogu rajooni või linna raviuasutustest ei leita ühtki töötajat, kes oleks võimeline osa võtma VTK mitmevõistlusest või kergejõustiku- ja suusavõistlustest. Või on viga organisaatori puudumises?

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ühiskondlik kehakultuuri- ja spordinõukogu valmistab ette ning korraldab vabariiklikke spartakiaade. Aastaid ei ole me finaalvõistluste ava- ega ka lõputseremoonial näinud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi esindajaid, paari aasta jooksul on eemale jäänud ka Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee koosseisulised töötajad. Kas sellised ilmingud ei peegeldagi ning varja endis üht põhjust, miks tervishoiuasutustes kehakultuuri ja spordi vastu nii vähe huvi tuntakse.

Meie vabariigi tervishoiutöötajate VTK- ja rahvaspordialase töö parandamisel tuleb otseks tegevusjuhiseks võtta äsja septembris NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu poolt vastuvõetud määrus «Kehakultuuri ja spordi massilisuse edasise suurendamisest», milles on kõik väga selgelt ära näidatud ja välja öeldud.

Silvi Laiksoo

Uusi ravimeid

NITRASEPAAM (Nitrazepamum)

Sünonüüm: *Eunocin, Radedorm, Nitrazepam, Magadon, Mogadan, нитразепам*

Nitrasepaam on keemiliselt bensodiasepiini derivaat, lähedane teistele bensodiasepiinrühma trankvillisaatoritele. Nitrasepaami erinevus on bensodiasepiini tuumas 7. asendis klooriooni asemel nitrorühm NO₂.

Farmakoloogiliselt sarnaneb nitrasepaam bensodiasepiinrühma trankvillisaatoritega. Tal on tugev uinutav toime. Mõjub rahustavalt ja krambivastaselt, lõõgastab lihaseid. Vähen-dab emotsionaalset pinget ja erutatavust. Soodustab uinumist ning süvendab und.

Nitrasepaami ordineeritakse unehäirete, neurootiliste ja neuroosisarnaste haiguste ning epilepsia raviks.

Uinutina võetakse nitrasepaami pool tundi enne magamaheitmist. Ühekordne annus täiskasvanuile on 5...10 mg, maksimaalannus 20 mg. Alla ühe aasta vanustele lastele antakse korraga 1,25...2,5 mg, 1...5-aastastele 2,5...5 mg, 6...14-aastastele 5 mg nitrasepaami. Eakatele patsientidele võib anda 5 mg nitrasepaami korraga.

Neurootiliste haiguste ja epilepsia korral antakse 5...10 mg nitrasepaami 2...3 korda päevas, kusjuures suurem osa päevasest annusest võetakse öhtul. Ravikuur kestab 30...35 päeva.

Nitrasepaami suurte annuste manustamisel võivad ilmnedas unisus, lihaste nõrkus, loidus, tasakaalu- ja koordinatsioonihäired, tahhükardia ning allergilised nahanähud. Kõrvaltoime ilmnemisel ravimi kasutamisest loobutakse.

Nitrasepaami ei ole lubatud kasutada kolmel esimesel raseduskuul. Keelatud on teda manustada müasteenia, maksa ja neerude talitlushäirete korral. Teda ei ordineerita liiklusvahendijuhtidele, kelle töö nõuab ping-sat tähelepanu ja kiiret psüühilist ning füüsilist reageerimist. Nitrasepaami kasutamise ajal ei tohi tarvitada alkohoolseid jooke.

Pakendis on 10 tabletti ä 10 mg, hind 41 kop. Nitrasepaam kuulub B-nimekirja.

Ravimit säilitatakse valguse eest kaitstult. Väljastatakse retsepti alusel.

Aino Jürison

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

TUHAŠT TÕUSEV FÖÖNIKS JA ÕIGELT TEELT HÄLBIV HOMÕOPAAT

ESTER KINDLAM · TALLINN

1. Et eesti ortograafias antakse puh-talt l a d i n a lähtelistes sõnades ladina diftongi *oe* edasi *ö*-tähega, selle vastu pole vist protesteeritud. Ajast aega on meie teatmeteostes olnud fikseeritud *föderaalne* (← ladina *foedus*), *pönaalne* (← ladina *poenalis*) jts. *ö*-lised grafeemid.

Mis siin salata: tegu on saksa ortograafia (ajalooliselt paratamatu) mõjuga — täpselt samuti nagu näiteks meie põhjanaabrite soomlaste ortograafia on mõõtu võtnud rootsi keelest ja joondanud end selle *federal*'i järgi (soome keeles *federatiivinen*, *federalismi* jne.), kuigi neil ju *ö*-täht olemas (ja olemas on see muide rootsigi keeles).

Neis keeltes, kus *ö*-märki ei kasutata (ladina diftong *oe* hääldub *ö*-na), on tulnud jääda kas ladina kirja-pildi juurde, nagu on tehtud näiteks inglise keeles (vrd. ingl. *foederal*) või siis võtta abiks ligilähedane tähemärk *e* (nii prantsuse, tšehhi, läti, leedu jpt. keeltes). Ajapikku on raskesti kõigutatav inglise ortograafia siiski kõikumistendentsi ilmutanud ja omaks võtnud lihtsamaid, *e*-lisi grafeeme (näit. *federal* jt.).

2. Siirdugem nüüd k r e e k a algu-

päraga laensõnade juurde ja jälgigem mõningat kõhklust põhjustava kreeka *oi*-diftongi edasiandmist eesti keeles. Suures enamikus on kreeka keelest tulnukad meieni jõudnud üle ladina vaheastme. Ladina keel vastendas kreeka diftongi *oi* *oe*-ga, mis — nagu eelnevast nägime — muudetakse eesti keeles hääldusvasteks *ö*. Ja niisiis teavdki eestlased liigutavat müüti punakuldsest *fööniksist*, kuna soomlased näiteks tunnevad hoopis *feeniks*-lindu, prantslastel on vastav nimetus *phénix* jne.

Ülalkirjeldatud eesti vahendussüsteemile vastavad meie tänapäeva üldkeeles juba laialt kasutatavad sõnad, nagu *ökonoomia* (kreeka *oikonomia* → ladina *oeconomia*), *ökoloogia*, *ökosüsteem*, *ökotüüp* jts., aga märksa kitsamad erialakeelendidki, nagu *ödeem*, *östroon*, *östrogeen*, *östraaltsükkel*, *ösofagoskoop* jts.

Sellest ühtlasest jadast pürib nüüd aga välja üks isemeelne juhtum, nimelt kreekalähteline esiosa *homöo* (← *homoiōs*-), mis moodustab niisuguseid termineid nagu *homöopaat*, *homöopaatia*, *homöostaas*, *homöotermne*. Mitmed autorid on tundnud kas siis väikest kiusatust või päris tõsist soovi hakata neid kasutama *e*-listena (homeopaatia, homeostaas jne.). Hakkajamad toimetajad on üldiselt suutnud seda kõrvalekallet tõrjuda, ent trükimasinastki on *e*-grafeeme siiski läbi läinud (selle tõenduseks võiks lahti lüüa teose: V. Salupere, Gastroenteroloogia. Tallinn, 1973, lk. 72, kus kohtume homeostaasiga; samuti U. Sibul ja R. Truve, Gastro-duodenaalsed haavandid. Tallinn, 1977, lk. 122; ka J. Riiv ja K. Valgma, Kardioloogia II. Tallinn, 1978, lk-d 7, 19, 53, 54, 63).

Küllap on selle kirja-pildi soosijal silme ees terendanud kas vene, inglise või ka prantsuse keele uus-sus. Vene keeles on kõnealustel juhtudel *e* või э (гомеопатия, экология), prantsuse keeles *é* (homéopathie, phénix). Ka soome keel — mis mõjutajana tuleb praegu küll vähem arvesse — on *e* kasutamises järjekindel (nii nagu federalismi,

nii ka ökologi ja homeopaati). Inglise keele (vanem) pruuk annab kreeka *oi-* edasi kas ladinapäraselt *oe-*ga (oesophagitis, oestrum, oedema, oecology, oecumenic, homoeopathy) või lihtsustatult *e-*tähega (näit. economy). Lihtsustus näib teatmeallikate andmeil levivat: kasutatakse *e-*lisi kirjapilte *ecologic*, *ecotype* jts., ka *homeopathy*.

Mis oleks siis mõistlik teha meil? Kas selle *e-*voolusega kaasa minna? Mis puutub inglasesse, siis selles küsimuses vaevalt meil sobib sõna sekka öelda, või kui, siis ehk niipalju, et mingit ökonoomiat näib see tendents nende ortograafias andvat (kahe tähe-märgi asemel üks tähemärk!). Eesti keel tähemärkide arvus midagi ei võidaks, kui ta *ö-*lt *e-*le siirduks. Küll aga tuleks arvestada kaotust sel juhul, kui tooksime terviksüsteemi seda lõhestavad üksikud erandjuhud (*homeopaatia*, *homeostaas* jts.). Veelgi suurem oleks aga kahju kogu süsteemi ümbertegemise korral, mis *homeostaasile* tee tasandamiseks nõuaks ka federatsiooni, feeniksi, ökonoomia, ökoloogia, edeemi aktsepteerimist. Asjatu ümberõppimine on teatavasti mahavisatud vaev.

Eesti ortograafia traditsioon on kujunenud saksa keele baasil (seal on *föde-ral*, *Phönix*, *Ökonomie*, *Ödem*, *Ösophagus*, *Homöopathie*) ja tema üle poleks nagu põhjust nuriseda. ta töötab. Süsteemi killustamist ilma tungiva motiveeringuta ei saa heaks kiita. Motiveeritud on aga eesti ortograafias üksnes kirja-pildid *homöopaatia* ja *homöostaas*.

Ajakirja «Keel ja Kirjandus» toimetus

MEDITSIINITERMINOLOOGIA KOMISJONIS

Meditstiiniterminoloogia üheksateistkümnendal koosolekul 29. mail 1981 tutvustati algul komisjonile laekunud keele- ja terminoloogiamaterjale:

1. ENSV ametkondadevahelise seadusandlike aktide terminoloogia komisjoni soovitus (Nõukogude Õigus, 1981, 2, 113—116).

2. ENSV ministeeriumide, riiklike komiteede ja keskasutuste täis- ja lühinimetuste teatmik. Tallinn, 1981, 28 lk.

3. Справочник по аллергенным растениям и пыльца. Ашхабад, 1980, 136 с.

4. Nomina anatomica (Fourth Edition), Nomina histologica, Nomina embryologica. Excerpta Medica, Amsterdam. Oxford, 1977. (Kserokoopia).

Järgmisena arutati terminoloogiakomisjoni laekunud kahte üksikpäringut:

1. Kas *leukoos* on sama mis *leukeemia*?

Praktiliselt võib neid pidada paralleelvormideks, kusjuures nõukogude kirjanduses on siiani ülekaalukalt kasutusel olnud *leukoos*, kuid rahvusvahelistes klassifikatsioonides on valdav *leukeemia*, mistõttu seda terminit tuleks ka meil eelistada.

2. Kuigi «Õigekeelsussõnaraamatus» (1978) ja «Võõrsõnade leksikonis» (1978) on *homöostaas*, esineb trükisõnas sageli ka *homeostaas*. Kas termini õigekirjutust on muudetud?

Ei ole muudetud. Nähtavasti on *e-*lise sõna-kuju kasutajad eeskujul võtnud inglise terminist ja on anglosaksi kirjanduse mõju all, kus paljudel juhtudel ka ladina oskussõnad on diftong *oe* taandunud *e-*ks, näiteks *oesophagus* ~ *esophagus*.

Kreeka *oi* märgitakse aga eesti keeles *ö-*na (*ödeem*, *ökonoomia*, *ökumeeniline* = *oikumeeniline*) ja niisamuti tehakse ka saksa keeles (*Homöostase*, *Homöoplasie*).

Niisiis kreeka *homoios* (taoline, sarnane) annab aluse eestikeelsele *homöo-* ja seega tuleb endistviisi kirjutada *homöostaas*, *homöopaat* jne. Asjahuvilistel soovitame selle kohta lugeda E. Kindlami põhjalikku kirjutist meie ajakirja samas numbris lk. 457... 458.

Päevakorras viimasena alustati ligi 180 stomatoloogiatermini arutelu.

Meditstiiniterminoloogia komisjoni sekretär Ilmar Laan

Toimetuse veerg

6. juulil 1981 toimus üheaegselt meie vabariigi linnade tervishoiuosakondade juhatajate ning rajoonide peaarstide nõupidamisega «Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse kolleegiumi ja nõukogu koosolek. Kuulati peatoimetaja tervishoiuministri asetäitja O. Tamme ettekannet ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» ülesannetest.

Peatoimetaja andis ülevaate Moskvast 19. juunil 1981 toimunud teaduslike meditsiiniajakirjade peatoimetajate, liiduvabariikide tervishoiuministreeriumide teaduslike meditsiini- ja nõukogude esimeeste ja arstide seltside nõukogude esimeeste üleliidulisest nõupidamisest ning NSV Liidu tervishoiuministri S. Burenkovi ettekandest teaduslike meditsiiniajakirjade toimetuste kolleegiumide tegevuse täiustamise kohta NLKP XXVI kongressi otsustest tulenevalt. Töö efektiivsus ja kvaliteet kõikides rahvamajandusharudes sõltuvad ju otseselt töötajate tervisest. Sellest omakorda tulenevad meditsiiniajakirjade ülesanded: valgustada tervishoiusüsteemi kompleksset arendamist, polikliinilise abi täiustamist, meditsiinitöötajate töökultuuri, rahva saia- ja tarkkultuuri parendamist, samuti tööaja ratsionaalset kasutamist ning töökorraldust üldse; pidevalt tähelepanu pöörata meditsiini- ja deontoloogiale ja kutse-etikale.

S. Burenkov analüüsis meditsiiniajakirjade tööd küllaltki üksikasjalikult, rõhutades lugeja nõudlikkuse suurenemist teabe vastu. Seda asjaolu on tarvis arvestada, ka ajakirjades avaldatu kvaliteet peab pidevalt tõusma. Peatähelepanu pööratagu ambulatoorse ja polikliinilise abi parendamisele, dispanseerimisele, haiguste profülaktikale, väliskeskonna kaitse hügieenilistele aspektidele, emade ja laste meditsiini- ja abiorganisatsioonile, samuti geneetilistele haigustele, aga ka tööstusettevõtete, sovhooside ja kolhooside töötajate tervisele. Hoopis enam ja sagedamini peaks rääkima tervishoiu ökonomikast, ergonoomiast ja väikemehhaniseerimisest raviasutustes. Igas ajakirjanumbris olgu ülevaadete rubriik arstide, eeskätt polikliiniku- ja jaoskonnaarstide teadmiste rikastamise, nende kvalifikatsiooni tõstmise huvides. Olulisel kohal on endiselt arstiteaduse ja tervishoiu marksistlik-leninliku metodoloogia küsimused ning meditsiinitöötajate ideoloogiline kasvatustöö, meditsiini filosoofiliste probleemide valgustamine. Suurendada on

vaja operatiivse meditsiiniinformatsiooni osatähtsust. Kriitika alla tuleb võtta kapitalistlike riikide tervishoiuprintsiibid ja -süsteemid ning sealsed ebaterved tervishoiukontseptsioonid, lähtudes marksistlikest seisukohtadest.

S. Burenkov peatus ka meditsiiniajakirjade olulisematel puudustel. Napilt on tugevaid originaalseid juhtkirju, häid ülevaateartikleid, ka ideoloogilisi küsimusi valgustavaid kirjutisi. On vaja kirjutada sotsialistlike ja ka kapitalistlike riikide tervishoiusaavutustest, arendada mõttevahetust aktuaalsetel teemadel. Teravalt tuleb kritiseerida ebateaduslikke tendentse tervishoiupraktikas. Vajame rohkem artikleid noorte arstide õpetamiseks ja kasvatamiseks. Toimetused telligu töid sagedamini, see aitab ajakirja kvaliteeti tõsta. Toimetuse kolleegiumides ja nõukogudes olgu üksnes aktiivsed inimesed, ajakirja huvides tegutsesed.

Nõupidamisel kuulati ka üheksat sõnavõttu, millest koorusid peamised mõtted ja soovitused: «toimetuse portfell» olgu väike, see aitab artikleid kiiresti avaldada; konverentside ülevaadetes esitatagu vaid sisult uutset ja aktuaalset, mitte aga ettekannete autorite ja nende tööde loetelu. On vaja mõttevahetust tähtsates küsimustes, peaarstide olgu polikliinilisel abil ja kõigel, mis sellega seoses on. Tähtis on, et järjekindlalt kirjutataks profülaktikast, varajastest diagnoosimisest ja ravi kvaliteedist. Artikleid on vaja redigeerida väga põhjalikult; ka trükipoogna mahtu tuleb suurendada. Retsensioonid ei tohiks olla üldsõnalised — kriitiliste märkusteta ja asjalike soovitusetega.

Mainitust puudutab paljugi just üleliidulise väljaandeid.

«Nõukogude Eesti Tervishoid» on teaduslik-praktiline ajakiri, milles on peetud vajalikuks kajastada kõige aktuaalsemat meditsiini teooria ja praktika valdkonnast. Eeskätt on mõeldud praktiseerivate meditsiinitöötajate vajadustest, just jaoskonnaarstide tarvisminevat teabest. Neid probleeme on palju. Toimetust töötabki koos kolleegiumi liikmete, autorite ja retsensentidega selles suunas, et ilmuks uudne ning originaalne, et avaldatu oleks sisutihe ning kõidaks lugejat. Järjekindlalt oleme püüdnud suurendada praktilise suunilusega artiklite ja ülevaadete, ka meditsiini- ja filosoofilise sisuga, marksistlikku ideoloogiat ning meditsiini- ja deontoloogiat käsitlevate artiklite arvu, mis mitmeti on meil õnnestunud. Ka edaspidi jätkame temaatiliste üksiknumbrite koostamist. Selle on kolleegium heaks kiitnud, samuti nagu artiklite tellimisegi; tänavuses esimeses numbris ilmus 6, teises samuti 6, kolmandas 10, neljandas 11 tellitud tööd. Arstide seltside tegevuse ning konverentside kohta esitatakse teavet enam-vähem regulaarseid, kahjuks laekub kroonikasündmuste kohta infot juhti.

Lugeja ilmse poolehoidu on võitnud meditsiiniterminoloogiat käsitlevad kirjutised ja

regulaarne teave sellega tegeleva komisjoni töö kohta. TRÜ arstiteaduskonnaga on kooskõlastatud rubriigi «350-aastane Tartu Ülikool» sisustamine.

Ka edaspidi püüame koostöös kirjatuse ja trükikojaga ajakirja paremaks muuta ning kvaliteedist mõelda, seda nii sisu kui ka välismuse seisukohalt. Alati ei ole see küll õnnestunud, selliseks näiteks on tänavune 4. number, mille paber ja polügraafiline teostus jätavad soovida. Nii mõndagi oleme teinud artiklite ilmutamisaja lühendamiseks. Väärtuslikke originaalseid töid avaldame viivitamatult. Ka edaspidi suurendame nõudlikkust kaastöö vastu, autoreil palume seda arvestada. Et informatiivsust veelgi suurendada, on tarvis, et kirjutised oleksid veelgi lühemad. Ülevaated jäävad ka edaspidi eelistatuks. Päevakorrale peavad jääma ka meditsiinilist deontoloogiat ja kutse-eetikat, ideoloogilist kasvatustööd käsitlevad kirjutised. Ootame kaastööd parteiorganisatsioonide tegevuse kohta, seni on sellist informatsiooni saanud vaid TRÜ arstiteaduskond. Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi istungitest ja muudest sündmustest tuleb informatsiooni toimetusele edastada operatiivselt. Toimetuse nõukogu liikmeilt ootame suuremat aktiivsust ajakirja tellijate arvu suurendamisel, kohalikest sündmustest ja meedikute tööst kirjutamisel. On meeldiv, et NSV Liidu Kirjastuskomitee on «Nõukogude Eesti Tervishoidu» esile tõstnud kui sisukat ja hästi kujundatud ajakirja.

Pärast peatoimetaja ettekande ärakuulamist võtsid sõna mitmed toimetuse kolleegiumi liikmed. Prof. N. Elstein mainis, et ajakirja lugejat üldiselt rahuldab, sest avaldatakse aktuaalseid kirjutisi, toimetus mõistab ning arvestab ka dissertantide vajadusi. Keskaste meditsiinitöötajate rubriigis võiks olla kirjutisi rohkem. Nõukogu liikmed on passiivsed, kuid kohtadel nad siiski tegutsevad, nende osa ajakirja propageerimisel meedikute hulgas on tähtis. Kolleegiumi liikmed on ajakirjale alati abiks olnud, nende koostöö toimetusega on pidev. Kohalikku infot on siiski vähe, kuigi arstide seltsid ja nõukogud tegutsevad pidevalt. Võrus on palju, millest eeskuju võtta, ka Pärnus, meil on ju eesrindlike kogemuste koolid, kuid ka nemad vaikivad trükisõnas. Arstid, eriti internid ja noored arstid, peavad «Nõukogude Eesti Tervishoidu» kindlasti lugema. See pole kaugeltki pisiprobleem. Arstiteadust õppiv üliõpilane peab lugema erialakirjandust, õigemini, peab harjuma lugema nii, et sellest saaks talle lausa igapäevane vajadus.

Prof. P. Bogovski juhtis tähelepanu tõsiasjale, et «Nõukogude Eesti Tervishoidu» on võimalik osta ajalehekioskest, et seda loevad ka mittemeedikud. Niisugust fakti peab arvesse võtma, sest tegemist on erialaväljaandega, mis on mõeldud meditsiinitöötajate, mitte aga haigete teadmiste täiendamiseks.

Mittemeedikute hulgas ei tohiks meie ajakirja reklaamida. Sageli anname välja konverentside, kongresside, sümposiumide ettekannete kogumikke, milles on ära trükitud palju uut ja huvitavat ning aktuaalset. Nende kogumike kohta peaksid ajakirjas ilmuma retsensioonid, kas või annoteerivadki, et tutvustada kõikidele lugejatele kogumike sisu. Retsensioonidest rääkides rõhutas P. Bogovski vajadust teravalt, kriitiliselt ning seejuures asjalikult retsenseerida nii artikleid kui ka muid trükiseid, nii et sellest saaks kasu autor, ka lugeja ning et sellest oleks abi toimetusele autorite valimisel, numbrite komplekteerimisel, ajakirja kvaliteedi parendamisel. Ajakirja peab andma veelgi rohkem informatsiooni meie tööde ja tegemiste kohta. On vaja mõelda ka teabeküllaste ja huvitavate fotode avaldamisest. Aeg läheb edasi ja seda viga ei saa hiljem enam kuidagi parandada. Ajakirjas, selle kirjutistes, sõnumites on ajalugu. Autorid olgu oma kaastöö vastu nõudlikumad. Toimetuse nõudeid peab täitma. Soovitav oleks käsikirju hinnata veelgi rangemalt. Lohakust mitte sallida. Autori halb töö jääb toimetuses seisma, see ei tohi olla põhjus autori pahameeleks. Heade artiklite ilmutamis-aeg on üldiselt lühike. Ajakirja on põhjust heaks pidada. Jätkakem samas vaimus ning püüdkem seda teha veelgi paremini.

Prof. kt. U. Sibul kõneles tunnustavalt autoritest, kes on head ajalootundjad (V. Kalnin Tartust, H. Gustavson Tallinnast) ja kelle töid kui originaalseid andmeid sisaldavaid on alati huvitav lugeda. Ka kirurgide hulgas leidub veel neid, kelle lugemus jätab soovida. On räägitud juba varemgi, et arstide seltsid peaksid planeerima teadusartikleid, mida seltsides algul kuulatakse, analüüsitakse, parandatakse ning heaks kiidetakse ja seejärel juba seltsi kirjaga koos ajakirjale avaldamiseks saadetakse. Niisugune tegutsemine tooks kasu kõigile: autorile, lugejale ja ajakirjale.

Dotsent L. Keres juhtis tähelepanu ravigraktikas pidevalt eksisteerivatele tähtsatele ning kiireloomuliste probleemidele, millest on vaja ikka ja jälle kõnelda ning kirjutada. Ajakirjas on võimalik palju ära öelda noortele arstidele, ka vilumusega meedikutele. Arstid arendagu koostööd ka raamatukirjastustega. Nad peavad koostama plaane ja tegema valiku, milliseid väljaandeid vajame kõige enam, ning kandma hoolt ka kordus-trükide vajaduse põhendamise eest. See vajab mitmete eriarstide, eriti pediaatrite ja terapeutide koostööd.

Lõppsõnas rõhutas peatoimetaja O. Tamm, et ilma heade artikliteta ei saa ajakirja kvaliteeti oluliselt tõsta. On tingimata vaja, et parimad ülevaated, värskeima sisuga teaduskirjutised, meditsiinipraktikale hädavajalikku sisaldavad tööd, mis kõik tulevad kasuks ka arstide kvalifikatsiooni tõstmisele, ajakirja toimetusse tee leiaksid.

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

7. mail 1981 toimunud kolleegiumi koosolekul kuulati informatsiooni surnultsündinute ja vastsündinute surmajuhtude registreerimise kohta, samuti ravimite kohustusliku sortimendi kontrolli tulemustest ning suhkurtõveravimitega varustatuse kohta. Kõikide linnade tervishoiuosakondade ja rajooni keskhaiglate juures on moodustatud ning on tööd alustanud ravimivajaduse planeerimise ja ravimite ratsionaalse jaotamise komisjonid, on moodustatud ka vabariiklik komisjon. Suhtkurtõveravimitega varustatus on rahuldav, raskusi tuleb ette vaid ebaregulaarselt meile saabuvate preparaatidega. On tähtis, et nende ravimite varu oleks vähemalt pooleks aastaks.

Samal istungil esitas tervishoiu-ministeeriumi pearaamatupidaja kokkuvõtte A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku, tootmis-koondise «Eesti Meditsiinitehnika» allasutuste ning Tallinna Vabariikliku Haigla finantsmajandusliku tegevuse kontrolli tulemustest. Kolleegiumi üksikasjalik otsuses on näidatud rahaliste vahendite kulutamises ja raamatupidamistööks ilmsiks tulnud puuduste kõrvaldamise teed.

Haapsalu rajooni elanike arstiabi arutati 12. mail kolleegiumi ja Haapsalu RSN Täitevkomitee ühisel väljasõiduistungil Haapsalus. Sealne polikliiniline ja ambulatoorne abi vajab paremat korraldust ning ka täiustamist: üle 40 aasta vanuste profülaktilisi läbivaatusi glaukoomi suhtes peab tegema rohkem, muda- ja vesiravila tööle rakendama, voodifondi ratsionaalsemalt kasutama. Haapsalus tuleb asutada arstide selts, sanitaarharidustööd tuleb tõhustada. Haapsalu RSN Täitevkomitee lubas rajoonis arstiabi paremaks muutmist kogu jõu ja vahenditega toetada.

Internide töö ja õppimine ei ole kaugeltki tervishoiu edasiminekü kõrvalküsimus. 14. mail alustatigi kolleegiumi koosolekut, mida juhatas tervishoiu-minister prof. V. Rätsep, just internide ettevalmistuse aruteluga. TRÜ arstiteaduskonnas on internide väljaõppega tegeldud juba 10 aastat, edaspidi peaksid profileerivad kateedrid internide töös veelgi rohkem osalema. Iga intern peab koostama oma tööplaani. See peab olema igal internil. Nende puudumist on meile ette heidetud. Prof. L. Allikmets rõhutas internatuuriaasta erakordset tähtsust arsti töös ja elus. Just sellel aastal peab ta palju töötama, lugema,

mõtleva, juurdleva, sest kliiniline diagnoosimine on ja jääb oluliseks alati. Sel ajal on tarvis, et internid palju tegeleksid haigetega.

Ka sanitaarselgitustöö on internatuuri ajal tähtis osa — arst peab õppima loengut pidama, korrektselt ja autoriteetselt esinema mis tahes auditooriumi ees. Internide töösse tuleb suhtuda veelgi rangemalt ja nõudlikumalt. Arutelu lõpetades rõhutas tervishoiu-minister, et internide töö peab olema intensiivne ning haigla kui internatuuri baas funktsioneerima igal juhul optimaalselt. Sellega tegelda on peaspetsialistide kohus. Rõhk olgu asetatud polikliinilisele abile, kiir- ja vältimatule abile. Peame veel õppima, kuidas toimida akuutse haige puhul, kuidas käituda, kusjuures kutse-eetika ja deontoloogilised küsimused jäävad ikka päevakorraale.

Istungil arutati ka eesrindlike kogemuste tundmaõppimise, üldistamise ja rakendamise korda meie tervishoiuasutustes. Siin tuleb meil väga palju ära teha, sest eesrindlike kogemusi meil küll teatakse, ka tuntakse, kuid neid ei võeta üle ega rakendata. Tallinna Pelgulinna Haiglat kui eesrindliku töökorraldusega haiglat teatakse ja tuntakse üleliiduliselt, väga kaugelt on tulnud selle majaga tutvuma, kuid paljud meist endist pole sinna teed leidnud. Taolisi näiteid võiks tuua teisigi. See ongi hinnang eesrindlike kogemuste rakendamise kohta.

Neuroloogilisel ja neurokirurgilisel arstiabi on meie vabariigis austusväärne ajalugu. 21. mail toimunud kolleegiumi koosolekul arutati taas, mida saaks veel paremini teha. Teemakohane ettekanne oli prof. E. Raudamilt, ka-teedrijuhatajalt ja peaspetsialistilt. Närvihaigete voodikohtade arv on 200 koha võrra suurem kui varem, haigla- ja intensiivravi on tublisti edasi läinud, nagu on arenenud ka neurokirurgia- ja neurotraumatoloogiatilusk. Tallinna Kiirabihaiglas on 100 voodikohta. Tänapäevane sisseseade ja meditsiiniaparatuur võimaldavad seal anda kõrgelt kvalifitseeritud eriarstiabi. Head saab öelda ka Kohtla-Järve 30-kohalise neurokirurgiaosakonna tegevuse kohta. Enam on vaja ära teha kogu vabariigis neuroloogiliste haigete rehabiliteerimise heaks. Et paremini diagnoosida ajuvereringe kahjustusi ja neid haigeid paremini ravida, tuleks laiendada angiograafiaosakonna kasutamise võimalusi.

Samal koosolekul arutati koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee Presiidiumiga ka leiutus- ja ratsionaliseerimistegevuse arendamist meie vabariigi tervishoiuasutustes ning profülaktiliste kaitse-süstimiste korraldamist Rapla rajoonis, millest andis ülevaate rajooni keskhaigla peaarst G. Sukles.

Kõikide arutatud küsimuste kohta fikseeriti kolleegiumi otsuses üksikasjalikud juhtnõud ning tegevussuunad.

Vello Laos

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOO LIS

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 28. augustil 1981 kuulati prodekaan dotsent V. Kase informatsiooni arstiteaduskonda vastuvõtust. Tänavu võeti vastu 345 üliõpilast, neist 150 raviosakonda, 55 spordimeditsiini-, 50 farmaatsia-, 50 pediaatria- ja 40 stomatoloogiaosakonda. Vastuvõtt oli arstiteaduskonna ajaloos suurim ning tingitud põhiliselt farmaatsia- ja stomatoloogiaosakonna laiendamisest. Praegu õpib arstiteaduskonnas 1810 üliõpilast.

Dekaan prof. L. Allikmets rääkis uue õppeaasta ülesannetest. Päävakorral on ülikooli 350. aastapäevaks ettevalmistamine, millest kõik kateedrid peavad agarlalt osa võtma. Ka ülikooli üldettevalmistused nõuavad arstiteaduskonnalt innukat kaasalöömist. Arstiteaduskonnalt ilmub juubeliks mitmeid väljaandeid, mis käsitlevad kateedrite ajalugu ja teadustööd. Mahukas on programm endiste kuulsate teadlaste mälestuse jäädvustamisel. Peale bareljeefide kateedrites on plaanis püstitada kaks mälestussammas — prof. Ludvig Puusepale Maarjamõisa ümbrusse ja prof. Aleksander Schmidtile Toomele. Väga tänuväärne on rubriigi «350-aastane Tartu Ülikool» avamine ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid». Selles rubriigis tutvustatakse põhjalikult arstiteaduskonna minevikku ja tänapäeva, see on oluline ka ajaloolise materjali jäädvustamisel. Seetõttu on tarvis kõigi õppejõudude ja teadurite elavat koostööd ajakirjaga. On koostatud toimetuse ja teaduskonna ühine artiklite esitamise plaan. Teaduskonnas töötab 20-liikmeline juubelikomisjon. Kõigis kateedrites on vaja viimistleda kateedri tegevust kajastavad stendid ja õppetöös käsitleda ülikooli ajalugu. Juubeliüritused toimuvad 15...18. septembrini 1982. a.

1981/1982. õppeaastal osutab ka Eesti NSV Tervishoiuministerium teaduskonna kliiniliste baaside korrastamisel ja remontimisel suuremat abi.

Konkursi korras valis nõukogu dotsendikohale T. Hinrikuse (farmaatsia kateeder), E. Kuusi (röntgenoloogia), M. Niidu (hügieen ja tervishoiuorganisatsioon), H. Kaarma (sünnitusabi ja günekoloogia), H. Tälli ja A. Pavese (pediaatria), L. Goljanova (nakkushaigused) ja vanemõpetajakohale E. Karelsoni (biokeemia), E. Araku ja P. Veski (farmaatsia).

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul 22. septembril kuulati prodekaan prof. L. Poki aruannet 1980/1981. õppeaasta kohta. Talvisel sessioonil oli teaduskonna õpiedukus 92,3%, kevadisel 92,4%. Arstiteaduskond oli ülikoolis mõlemal sessioonil 4. kohal ja tulemused paremad ülikooli keskmisest. 1981. a. lõpetas arstiteaduskonna 234 spetsialisti, neist 19 kiitusega. Kõik V ja VI kursuse üliõpilased sooritasid riigeksamid edukalt.

Hästi möödus üliõpilaste ühiskondlik-politiline praktika. Atesteerimisele kuulunud 1053 üliõpilasest sai väga hea hinde 38,9%, hea 44,3% ja rahuldava 16,2%, mitterahuldava vaid 0,09%.

Kogu õppeaasta on edukalt töötanud õpemetoodikakomisjon prof. V. Saarma juhtimisel. Komisjon korraldas teaduskonna õpemetoodikakonverentsi, kus käsitleti õppetöö näitlikustamist. Samuti korrigeeriti õppeplaane, kontrolliti kateedrite tööd ja õppetööst osavõttu, anti välja palju õppemetoodikavahendeid.

Teaduskondadevahelises sotsialistlikus võitluses saavutas arstiteaduskond möödunud õppeaastal ülikoolis esikoha. NSV Liidu Tervishoiuministeriumi otsuse põhjal on nüüd TRÜ arstiteaduskonna VI kursusel uus kohustuslik õppeaine — kliiniline farmakoloogia. Selles osas on teaduskond eksperimentalbaasiks Nõukogude Liidus.

Arstiteaduskonna õppe- ja kasvatustöös märgiti ka puudujääke. Õppedistsipliin paranes küll VI kursusel, kuid ravi- ja spordimeditsiini osakondades jätab see ikkagi soovida. Rahule ei saa jääda kursuse- ja rühmajuhendajate tööga. Teaduskonnas on praegu 61 teaduskraadita õppejõudu (32,1% õppejõudude üldarvust). See protsent on viimastel aastatel suurenenud aspirantuuri vähesed edukuse tõttu. Tänavu kaitsesid kandidaadiväitekirja vaid kolm õppejõudu. Enamik kateedreid (16) ei kasutanud välislektorite abi.

Õppebaaside osas ei paranenud olukord möödunud õppeaastal üheski kateedris. Meditsiinilis-bioloogiliste kateedrite õppehoone ehituse alguse edasilükkamise tõttu jäävad teoreetilised kateedrid amortiseerunud ruumidesse, mis raskendab õpet- ja teaduslikku tööd. Kliinilistest kateedritest on suurtes raskustes nakkushaiguste ja stomatoloogia kateeder. Mitmes kateedris püsib vajadus õppejõudude ja abiõppepersonalil ametikohade järele.

Seoses üliõpilaste arvu suurenemisega on arstiteaduskonnas puudu 8...12 õppejõukohta. Abipersonali osas on 25 kateedri kohta juurde saadud ainult kaks kohta aastas. Arstiteaduskonna üliõpilaste majutatavus ühiselamutesse on ülikoolis madalaim — 43%.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisatsioon tunnistasid teaduskonna 1980/81. õppeaasta tulemused rahuldavaks. Kateedrijuhatajad peavad süstemaatiliselt tegelema õppejõudude teadusliku kvalifikatsiooni tõstmise ja aspirantuuriga, peavad õppetöös senisest enam kasutama välislektorite abi. Dekanaadi ja parteibüroo nõudlikkus kursuse- ja rühmajuhendajate töö vastu peab suurenema. Otsustati pöörduda TRÜ rektoraadi ja parteikomitee poole palvega leida võimalusi arstiteaduskonna kateedrite õppejõudude ning abiõppepersonalil ametikohade arvu suurendamiseks ja leida arstiteaduskonna üliõpilaste jaoks ühiselamutes enam kohti.

Dekaan prof. L. Allikmets analüüsis arstiteaduskonna kaadritööd. 1981. aasta lõpuks on 200 õppejõust pensionieas 42 (21%), neist 12 kateedrijuhatajat. Kaadri järelekasvule on mõeldud farmaatsia, stomatoloogia, neuroloogia ja neurokirurgia, hügieeni, farmakoloogia, psühhiaatria, pediatria, patoanatoomia ning kohtuarstiteaduse kateedrites.

Professorite juurdekasv peab toimuma praeguste aspirantide ja noorte õppejõudude arvel, kellest mitmed peavad 8...10 aasta jooksul kaitsma doktoriväitekirja. Viimastel aastatel on kateedritesse ning Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituuti tööle jäänud rohkem noori. Iga-aastastest lõpetajatest tuleb teaduskonda tööle jätta 10...12 noort. Äärmiselt vajalik on sihtaspirantuur neil erialadel, milles kohapealne teadustöö on loid.

Arstiteaduskonna juhtkond on suurendanud nõudlikkust kateedrijuhatajate töö vastu.

Biokeemikute Ühingu Euroopa Föderatsiooni XIV konverentsist, mis peeti 28. märtsist 5. aprillini 1981. a. Edinburgh'is, võttis osa TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi vanemteadur R.-N. Mikelsaar. Ta juhatas kaht sümpoosioni: «Mitokondrite ja kloroplastide biogenees» ning «Molekulaarrevolutsioon». Viimati nimetatud sümpoosionil esitas ta stendettekande «Mitokondrite RNA ülekande arhigeneetilise päritolu hüpotees».

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri juhataja prof. H. Sillastu oli 4...13. maini 1981. a. Inglismaal. Ta võttis osa Bournemouth'is toimunud rahvusvahelisest tuberkuloosi- ja pulmonoloogiakonverentsist. Põhiprobleemid olid tuberkuloosi kemoteraapia ning kroonilised obstruktiivsed mitpetsiifilised kopsuhaigused. Prof. H. Sillastu ettekanne käsitles hüpofüsaar-türeoidfunktsiooni tuberkuloosihaikeil ning kopsu sarkoidoosi korral.

TRÜ arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kateedri juhataja prof. K. Villako, teaduskonnasisehaiguste kateedri juhataja prof. V. Salupere ning dotsent H.-I. Maaroos, Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi vanemteadur A. Tamm ning biokeemia kateedri vanemõpetaja L. Villako viibisid 29. maist 3. juunini 1981 Soome ja TRÜ gastroenteroloogide koostööüpidamisel Soomes. Ühtlasi tähistati kümne aasta möödumist koostöö algusest ning kooskõlastati järgmise viie aasta uurimise põhisuunad.

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia- ja neurokirurgia kateedri õppejõud on koostöös Helsingi Ülikooli kolleegidega mõnda aega uurinud insultide ja ajuaneurismide profülaktika ning ravi täiustamise võimalusi. Tänavu 2...4. septembrini olid Helsingi ning Kuopio ülikooli teadlased Eestis, arutamaks eespool nimetatud probleeme. Külalisdelegatsiooni,

keda juhtis prof. O. Waltimo, kuulusid dotsendid O. Heiskanen ja L. Bergström ning M. Kotila ja A. Muuronen Helsingi Ülikoolist ning dotsent M. Vabalahti Kuopio Ülikoolist.

Tänavu oktoobris Saksa DV-s Greifswaldis toimunud kolmandal rahvusvahelisel sümpoosionil «Inimese gastrointestinaalne mikrofloora» käisid TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri juhataja prof. A. Lenzner, dotsent E. Türi ning TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi vanemteadurid M. Mikelsaar ja A. Tamm. Sümpoosion oli pühendatud Greifswaldi Ülikooli 525. aastapäevale. Tähelepanu keskmes olid mikroökoosiaprobleemid. Eesti teadlastelt oli sümpoosionil viis ettekannet. Koos Jaapani teadlase prof. T. Mitsukaga juhatas prof. A. Lenzner sektsiooni, kus vaatluse all olid anaeroobsed mikroorganismid ja nende uurimisega seotud probleemid.

PUNASE RISTI SELTSIS

Tartu rajoonis on ligi 2500 doonorit, 300 rohkem kui eelmisel aastal. Raviuasutuste vajadusi on hästi mõistetud Lenini-nimelises näidissovhoosis, Alatskivi, Puhja ja Elva sovhoosis ning Rõngu ja Ulila tootmiskollektiivides, ka lihakombinaadis. Punase Risti Seltsi Rajoonikomitee esimees J. Vares nentis edasiminekuks veel piimakombinaadis, Varal, Luunjas ja rajoonidevahelises kauba baasis. Vähe on doonoreid aga Tartu näidissovhoosis, «Rahvaste Sõpruse» kolhoosis, Kuustes ja Ülenurmel. Meditsiinitöötajast on doonorlust edukalt propageerinud V. Koni, E. Karjus ja A. Kulla Rõngus, S. Koemets Rannus, L. Oolo Alatskivil, S. Leire Puhjas, G. Rannula Ulilas ja paljud teisedki.

Veel tänavu tuleb doonorite päev Nõos, Elvas, Kallastel, Kambjas ja konservitehases.

Kalju Tirman

Kauaaegset ja teenekat Punase Risti Seltsi töötajat, vabariikliku tähtsusega personaal-pensionäri **Tatjana Bogovskajat** autasustati tema 85. sünnipäeval Nõukogude Punase Risti kõrgeima autasuga — Nikolai Pirogovi medalliga.

Viljandi kolhoosiehitajate hulgas on palju doonoreid. Neist 30 teenekamat, kes on verd andnud viis, kümme või viisteist korda, olid kutsutud austamisõhtule. Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni poolt anti doonoritele üle rünnamärgid, tänukirjad ja mälestusesemed. Päevakohase kõne pidas Viljandi Rajooni Keskaigla vereülekandeosakonna juhataja E. Semevsky.

Edu eest tervishoiu ja arstiteaduse arendamises kümnendal viisaastakul autasustas NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidium oma seadlusega 26. juunist 1981 järgmisi Eesti NSV tervishoiusteemist töötajaid:

Lenini ordeniga

Rahu, Peeter Aleksei p. — Valga Rajooni Keskhaigla peaarst

Tööpunalipu ordeniga

Ilmoja, Vello Aleksandri p. — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst

Kaljuste, Tiit Johannese t. — Tallinna Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja

Norman, Ksenia Karli t. — Tallinna Kiirabihaigla arst

Petropavlovskaja, Jelena Borissi t. — Tavaskoja Vabariikliku Lastesanatoomia peaarst

Reinaru, Joosep Karli p. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi osakonnajuhataja

Solk, Voldemar Rudolphi p. — Narva Linna Haigla arst

Vallikivi, Helga Augusti t. — Tallinna 1. Lastehaigla peaarst

Vocnjeva, Nina Tihhoni t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla osakonnajuhataja

Rahvaste Sõpruse ordeniga

Ali, Elgi Ernst-Ottomari t. — Tallinna Merimetsa Haigla velsker

Karin, Eeva Augusti t. — Tartu Kliinilise Haigla arst

Lehepuu, Bernard Kusta p. — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja

Multatuli, Jekaterina Dmitri t. — Tallinna Linna Tuberkuloosidispenseri arst

Skorohodova, Maria Nikolai t. — Tallinna Tõnismäe Haigla arst

Sitova, Gotfrida Ivani t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla peaarst

Ordeniga «Austuse märk»

Arkadjeva, Helju Peetri t. — Tartu Kliinilise Sünnitusmaja peaõde

Eerik, Helmi Pauli t. — Tallinna Oktoobri Rajooni Keskapteegi juhataja

Grinevitš, Nina Ivani t. — Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla osakonnajuhataja

Haavel, Maie-Li Gustavi t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Ilves, Vaike Aleksandri t. — Tallinna Noorukite Polikliiniku õde

Juhasoo, Ado Augusti p. — Põlva Rajooni Keskhaigla peaarst

Kirss, Jutta Augusti t. — Paide Rajooni Keskhaigla arst

Koemets, Silvi-Silja Augusti t. — Tartu rajooni Rannu Ambulatooriumi peaarst

Kujan, Maria Dmitri t. — Tallinna Linna

Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloogi abi

Küngas, Heino Aleksandri p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi mehaanik

Laas, Jevgenia Jefimi t. — Apteekide Peavalitsuse juhataja asetäitja

Laur, Lehte Karli t. — Võru Rajooni Keskhaigla õde

Laurima, Helve Johannese t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla rajooni-pediaater

Lehtla, Grete Augusti t. — Tallinna Linna Nakkushaigla peaõde

Lepiksoo, Mall Endli t. — Rakvere rajooni Väike-Maarja Jaoskonnahaigla osakonnajuhataja

Madise, Maila Roberti t. — Tartu «Kesklinna» apteegi juhataja

Malviste, Roomelt Taaveti p. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla peaarst

Mardisalu, Ulve Alfredi t. — Loksa Haigla peaarst

Mäger, Aili Aleksei t. — Pärnu Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri vanemõde

Nekljudova, Mari Anfinogeni t. — Puuvillakombinaadi «Kreenholmi Manufaktuur» polikliiniku ämmaemand

Persidskaja, Milvi-Adelaide Hindreku t. — Jõgeva Rajooni Keskhaigla rajooni-pediaater

Sibul, Uno Friedrichi p. — Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna peakirurg

Sirel, Hiivi Arnoldi t. — Valga rajooni Sangaste Jaoskonnahaigla velsker

Sukles, Gunnar Jüri p. — Rapla Rajooni Keskhaigla peaarst

Štšerbakova, Valentina Dmitri t. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla vanemõde

Medaliga «Töövapruse eest»

Burk, Rein Evaldi p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi autojuht

Daniltšenko, Anna Kondrati t. — Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla vanemõde

Dudkina, Olga Vassili t. — Tallinna Vabariikliku Haigla anestezioloog-reanimatoloog

Harjak, Hilda Bernhardi t. — Tallinna Desinfektsioonijaama desinfektor

Ivanova, Malle Rudolphi t. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri vanemõde

Kaldma, Jutta Feliksi t. — Tallinna apteegi nr. 210 farmatseut

Kariis, Rein Valteri p. — Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarst

Koks, Eleonore Johannese t. — Tallinna Lastehaigla laohoidja

Kornelt, Leonore Eduardi t. — Punase Risti Seltsi Rakvere Rajoonikomitee esimehe asetäitja

Laos, Erika Jaani t. — Tartu Tuberkuloosidispenseri vanemõde

Makarov, Viktor Nikolai p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» remonditegevõtte meister

Nõgu, Milvi Kaupo t. — Viljandi rajooni Karksi-Nuia Ambulatooriumi arst

Nõmm, Herta Johani t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla meditsiinistatistik

Reznik, Lukjan Demjani p. — Maardu Keemiatehase meditsiinilis-sanitaarosakonna motorollerijuht

Saar, Tiit August-Johannese t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla vanemõde

Selav, Vaike Martini t. — Tallinna Stomatoloogia Polikliniku vanemõde

Toots, Elsa Karli t. — Põlva rajooni Rápina Haigla vanemõde

Uutman, Pauline Johannese t. — Tallinna Harjumäe Haigla õdeperenaine

Veskioja, Hilja Taaveti t. — Jõgeva Rajooni Keskhaigla velsker

Võlli, Ellen Eduardi t. — Pärnu RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja

Medaliga «Eeskujuliku töö eest»

Aru, Aili Otto t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla velsker

Bergmann, Heidi Osvaldi t. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla osakonnajuhataja

Ehatamm, Vii Juhani t. — Valga Rajooni Keskhaigla arst

Hallik, Eda Alvin t. — Tallinna apteegi nr. 12 farmatseut

Hirt, Ellen Friedrichi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla õdeperenaine

Jaksi, Mari-Anne — Paide Rajooni Keskhaigla vanemõde

Jõgi, Imbi Johannese t. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla vanemõde

Kozõreva, Antonina Konstantini t. — Narva Linna Haigla sanitar

Kuklane, Aino Semjoni t. — Võru Rajooni Keskhaigla arst

Käärid, Pille Aleksandri t. — Rapla Rajooni Keskhaigla peaõde

Marjamägi, Leili Johannese t. — Tartu rajooni Soinaste velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Nigesen, Ulita Teodori t. — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi endine valitsusejuhataja

Nurmeleht, Mare Erichi t. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» pesumaja tööline

Nõmm, Ilma Oskari t. — Hiiumaa Rajooni Keskhaigla vanemõde

Org, Johanna Villemi t. — Tallinna Nõmme Haigla polikliniku sanitar

Paldra, Karin Jakobi t. — Rapla rajooni apteegi nr. 20 juhataja

Pihlapson, Malle Martini t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla peaõde

Priske, Elvi Alberti t. — Tartu Kliinilise Haigla velsker



Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumis pärast autasude kätteandmist 20. augustil 1981. L. Kitzeli foto.

Purde, Maret Karli t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Rannamägi, Aili Augusti t. — Harju rajooni Keila Haigla vanemõde

Ridal, Zoja Semjoni t. — Kiviõli Linna-haigla sanitar

Toporkova, Nadežda Aleksandri t. — Tallinna Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborant

Vassilenko, Vera Aleksei t. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi osakonnajuhataja

20. augustil anti autasustatuile Toompeal kätte NSV Liidu ordenid ja medalid. NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi nimel andis need üle Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees J. Kabin, kes õnnitles autasustatud EKP Keskkomitee, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu nimel. Tānusõnu ütlesid Valga Rajooni Keskhaigla peaarst P. Rahu ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla peaarst R. Malviste.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 1. oktoobrist 1981 anti kauaaegse viljaka teadusliku ja pedagoogilise tegevuse ning teenete eest tervishoiu arendamisel Eesti NSV teenelise arsti auanimetus Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria kateedri professorile-konsultandile **Elmar Karule**.

Edu eest erialase arstiabi andmisel ja seoses asutamise 100. aastapäevaga autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium oma aukirjaga **Tartu Vabariiklikku Kliinilist Psühhoneuroloogiahaiglat**.

Kauaaegse eduka töö eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi oma aukirjaga Tartu Kliinilise Haigla osakonnajuhatajat, Eesti NSV teenelist arsti **Ruth Paimret** ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla peaarsti **Roo-melt Malvistet** nende juubelisünnipäeva puhul.

Kauaaegse viljaka teadusliku ja pedagoogilise tegevuse eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 22. oktoobril 1981 oma aukirjaga Tartu Riikliku Ülikooli psühhiaatria kateedri juhatajat, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliiget, Eesti NSV teenelist arsti professor **Jüri Saarmat** tema 60. sünnipäeval.

Eesti NSV Ministrite Nõukogu Presiidiumi istungil kinnitati aastail 1980/1981 ehitatud hoonete ülevaatuse tulemused. Kaunisteks ja hästi ehitatud hooneteks ning preemia väärilisteks tunnistati teiste hulgas ka Tartu Riikliku Ülikooli uus raamatukogu ja Tallinna Kiirabihaigla.

Eesti NSV ja Soome kirurgide koostöörühma järjekordne teaduslik nõupidamine haavanditõve kirurgilise ravi alal toimus suve lõpul Turu ülikoolis. Meie kirurgide delegatsioon, mida juhtis Tallinna peakirurg prof. kt. U. Sibul, kuulusid veel professorid S. Gu-lordava, E. Sepp, J. Sarv ning dotsent A. Peet-salu, samuti Tallinna Vabariikliku Haigla ja Kingissepa Rajooni Keskhaigla kirurgiaosa-konna juhatajad J. Männiste ja A. Haavel. Ettekanded avaldatakse Soome meditsiiniaja-kirjas. Koostöörühma uues tegevusplaanis on fikseeritud järgmisel aastal Eesti NSV-s toimuvate nõupidamiste teemad.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor prof. P. Bogovski võttis osa oktoobris Tokios toimunud VII rahvusvahelisest N-nitrosoühendite alasest nõupidamisest, mille põhiteemad olid kantserogeense ühendite esinemine ja bioloogiline toime. Prof. P. Bogovski käsitles seal N-nitrosoamiinide uurimist väliskeskkonnas Nõukogude Liidus. Ta juhatas ka istungit, kus arutati nitrosoühendite kantserogeenset toimet ja toimet modifitseerivaid tegureid.

Augustikuu lõpul olid Tallinna Kiirabihaigla külalisteks Turu Keskhaigla meditsiiniõed. 15-liikmelises delegatsioonis oli vanemõdesid, laste- ja günekoloogiaosakonna õdesid. Külalisi huvitas eelkõige õetöö kiirabihaigla eriarstiabi osakondades, nagu näo- ja lõualuukirurgia, röntgenoloogia-, reanimatsiooniosakonnas, laboris jm., samuti tundsid huvi õdede töö- ja olmetingimuste, puhketubade jm. vastu. Eriti meeldis Soome õdedele kolleegide tööriietus.

Tervise Rahvaülikoolide Vabariikliku Nõukogu istungil 15. septembril 1981 arutati mulluseid töötulemusi ja ettevalmistumist 1981/1982. õppeaastaks. Istungil oli ka kõigi rajoonide tervise rahvaülikoolide nõukogude esindajaid. Nõukogu sekretäri ettekandest selgus, et aasta oli edukas, kuulajaid oli esmakordselt üle 20 000, täpsemini 22 861, ja elanikkonna hõlmatud 1,6%. Suurenemistendents on juba viiendat aastat, kui võrrelda, et 1976/1977. õppeaastal oli vaid 15 054 kuulajat ja hõlmatud 1,0%. Plusspoolele tuleb kanda ka õppetöö diferentseerituse kasvu — 91% õpperühmadest kasutatud eriprogramme.

Tartu linna, Kohtla-Järve linna ja rajooni ning Kingissepa rajooni tervise rahvaülikoolide nõukogude esimehed esitasid tegevusaruanded ja uued tööplaanid. Algalval õppeaastal rakendatakse uudseid töövorme.

Lõppsõnas toonitas nõukogu esimees O. Tamm tervise rahvaülikoolide suurt osa profülaktilise meditsiini edendamisel.

Maano Kivilo

Ratsionaalses ja tasakaalustatud toitumises on asendamatu meie igapäevane leib. Tera- viljasaadustest saab organism B-rühma vita- miine, fosforit jm. mineraalaineid ning bio- mikroelemente, süsivesikutest rääkimata. 24. septembril toimus Tartu Leivakombinaa- dis pressikonverents teemal «Leib on meie rikkus». Kohale olid saabunud raadio, tele- visiooni ning 13 ajalehe ja ajakirja toime- tuse esindajad. Pärast ekskursiooni kombi- naati toimus asjalik arutelu.

Sissejuhatavalt võttis sõna toiduainetetöös- tuse ministri asetäitja A. Bachmann. Pagari- toodete tarbimine on praktiliselt rahuldatud, meie vabariigis toodetakse 29 nimetust leiba, ja 73 nimetust saia. Populaarsemad on valgu- sai ja muuga leib.

Dotsent K. Kask TPI-st rääkis tervislikust toitumisest. Minevikus moodustas eestlastel leib 70...80% kogu toiduratsioonist, täna- päeval vaid 20%. Meie toit on muutunud ühekülgsemaks. K. Kask esitas huvitavaid andmeid: üks tsiviliseeritud inimene sööb oma eluaja jooksul ära keskmiselt 2,5 tonni suhkrut, 5 tonni nisu, 8 veist, 36 siga, 36 lammast ja 550 lindu. Mittetäisväärtusliku toitumise tulemusena süveneb organismis vitamiinide, mineraal- ja ballastainete puu- dus, mille kurvad tagajärjed on südame ja veresoonte haigused, hambakaaries, suhkur- töbi.

On tähtis, et tarbiksime päevas vähemalt 100 g saia ja 150 g leiba. Just leivast saab organism väga väärtuslikke B-rühma vita- miine, aminohappeid, valke, süsivesikuid, vaimseks tööks vajalikku glutamiinhapet jm., mida teistes toiduainetes on vähe või ei leidu üldse.

Leib muudab meie toidukorrad tervislikuks ja tasakaalustatuks. 1000 kcal leiba maksab 9,6 kopikat, sellestki on näha, et leiva hind ei vasta tema toiteväärtusele. Paraku on odavus ja kättesaadavus tekitanud lugupida- matuse leiva vastu ja tihti tema mõttetu raiskamise.



Foto. Vaade konverentsisaali. Küsimustele on vastamas A. Bachmann. P. Meistri foto.

Elanikkonna hulgas tuleks teha järjekind- lat selgitustööd, õpetada lastele juba laste- aias ja koolis tundma leiva hinda, tema väärtust. Samuti tuleks küpsetada rohkem väiketooteid, leiva tootmisel kasutada mit- mesuguseid lisandeid (vadakut, lõssipulbrit), dieettoodetele lisada rohkem riisi, hakaia leiba kilesse pakkima.

Laialdast selgitustööd oodatakse meedikult, et räägitaks rahvale rohkem tervislikust toi- tumisest ja leiva osast selles.

Leivakombinaadi direktor N. Raig rõhutas, et austust leiva vastu tuleb meelde tuletada kui austust põllumehe ja tema töö vastu.

Väga palju tunti muret leiva raiskamise pärast. Selleks, et näidata, mida kuivanud leivast kõike teha võib, oli meisterkook M. Rooväli valmistanud ligi paarkümmend näidist. Degusteerimisel jäid ajakirjanikud hindamisel hätta — roogi toodi aina juurde, üks maitavam kui teine. Kõigi nende leiva- vormide, -suppide, -vahtude, -präänikute ja -kookide retseptid lubas avaldada «Nõuko- gude Naine», kust nad siis ehk ka paljude perede söögilauda rikastama jõuavad.

Helle Abel

Kingissepa rajooni tervishoiutöötajate ke- hakultuurikollektiivi nõukogu otsustas 1980. aastast alates hakata kord aastas toimunud kergejõustikuvõistluse asemel korraldama aasta ringi toimuvat spartakiaadi: igal kuul võistlused ühel spordialal. Kokkuvõtted tehti 1981. aasta tervishoiutöötajate päeval.

Kogu rajooni tervishoiutöötajad jagati eri- alade põhjal 10 võistkonda. Kokkuvõtete te- gemisel võeti arvesse osavõttu tervishoiu- töötajate vabariiklikust spartakiaadist ja VSÜ «Kalevi» Kingissepa rajooninõukogu võistlustest. Üldkokkuvõttes võitis Kingissepa Rajooni Keskhaigla eriarstikabinettide võist- kond (esindaja R. Sirg), teise koha sai aptee- kide, väikelastekodu ja haigla koondvõist- kond (J. Nemvalts) ning kolmanda keskhaigla haava- ja operatsiooniosakonna võistkond.

Henn Sepp

1981. aasta märtsis-aprillis oli Tallinnas ja Tartus avatud esimese üleliidulise tervis- hoiutöötajate fotokonkursi «Fotografeerivad meedikud» lõppnäitus. Väljapanekut vaatas meil ligi 20 tuhat inimest.

Konkursis osalesid Nõukogude Liidu mee- dikute kõrval ka ametivennad Jugoslaaviast, Poolast, Rumeeniast, Saksa Demokraatlikust Vabariigist, Tšehhoslovakiast ja Ungarist. Kokku laekus 486 fotot 105 autorilt, meilt oli vaid kaks osavõtjat.

Zürri määras *grand prix'* J. Gleizdsile (AFIAP) Riia Traumatoloogia ja Ortopeedia Instituudist. Üks 31 auhinnast, 1 järgu dip- lom meditsiinižanris, laeas allakirjutatule.



Näituse avamispäeval 12. märtsil 1981. Avasõnad öelnud Vabariikliku Sanitaarharidusmaja peaarst M. Kivilo (vasakul) on vestlemas fotovõistluse peakorraldaja Z. Segelmaniga (Mogiljovist). E. Variku foto.

Rändnäitusele, mis varem oli olnud juba Mogiljovis, Minskis ja Novosibirskis, oli zürri valinud 126 fotot 51 autorilt.

Ürituse suurim väärtus oli see, et kõikide piltide autoriteks olid tervishoiutöötajad, et taoline meedikute fotokonkurss toimus Nõukogude Liidus esmakordselt. Ettevõtmise algatajad olid Valgevene NSV Mogiljovi oblasti meditsiinitöötajad sealse foto-kinoklubi «Raduga» eestvõttel. Kollektiivi juht oli lastekirurg Z. Segelman.

Fotode kvaliteet ning korralik vormistus, samuti selgitavad tekstid ja tabelid kõneleisid korraldajate nõudlikkusest ning suurest tööst. Konkursil olid ka oma embleemid, illustreeritud kataloogid, kunstiliselt kujundatud afišid ja auhinnad. Tallinnast toimetati fotod edasi Riiga ja Vilniusse, Eestisse aga jäi algatajate austav ettepanek muuta alustatu traditsiooniks ning korraldada tulevikus ka ise taoline konkurss.

Arvo Laurima

TÄHELEPANUKS FOTOHUVILISTELE!

Fotograafia võib üha suuremat populaarsust. Fotoharrastus kätkeb kultuurilise ja loominguilise töö võimalusi. Seni puuduvad meil teated Eesti NSV tervishoiutöötajate kohta, kes fotograafiaga tegelevad ja oma oskuste edendamisele huvitatud on.

Palume kõiki meditsiinitöötajaid, kelle hobiks on fotograafia, endast meile teada anda. Palume kõiki fotohuvilisi saata meile järgmised andmed: perekonna-, ees- ja isanimi, sünniaasta, töö- ning elukoht koos täpse aadressi ja telefoninumbriga, ametikohat ning aasta, millal fotograafiaga olete tegelema hakanud.

Andmed palume saata aadressil 200 007, Tallinn, Luha t. 16, Vabariiklik Sanitaarharidusmaja, lisades aadressile märgusõna «Mefo».

KONGRESSID JA KONFERENTSID 1982. AASTAL

1982. aastal on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumil plaanis kaks vabariiklikku kongressi, neli vabariiklikku ja üks üleliiduline konverents.

Kongressid

2...3. septembrini korraldavad Eesti NSV Tervishoiuministeerium, Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut, Vabariiklik Hügienistide ja Tervishoiuorganisaatorite Teaduslik Selts ning I. Metsnikovi nimeline Epidemioloogide, Infektsionistide ja Mikrobioloogide Teaduslik Selts Eesti NSV epidemioloogide, mikrobioloogide, infektsionistide ja hügienistide kongressi Tallinnas.

16...17. novembrini on Tartus Eesti NSV kirurgide kongress, mis on pühendatud TRÜ 350. aastapäevale. Arutatakse südame ja veresoonte ning seedeelundite haiguste diagnoosimist ja ravi ning kirurgiaküsimusi.

Konverentsid

2...4. juunini korraldavad Eesti NSV Tervishoiuministeerium ja Eesti NSV Uroloogide Teaduslik Selts III Balti liiduvabariikide uroloogide konverentsi Tallinnas.

27...28. aprillini leiab Tallinnas aset Eesti NSV laboriarstide I konverents. Vaagimisele võetakse laboratoorse diagnostika aktuaalsed küsimused. Konverentsi korraldavad Eesti NSV Tervishoiuministeerium ja Eesti NSV Laboriarstide Teaduslik Selts.

25...26. maini organiseerivad Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi lastereumatoloogia osakond ja TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder Tallinnas reumatoloogiakonverentsi. Arutatakse reuma profülaktikat, diagnoosimist ja ravi.

26...27. oktoobrini toimub Tallinnas tööhügieenialane konverents, kus käsitletakse kutsemeditsiini osa ja perspektiive töölajakuse ja -kultuuri tõstmisel. Korraldajateks on Eesti NSV Tervishoiuministeerium, Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu ja Eesti NSV Riiklik Töökomitee.

Üleliiduline konverents

20...22. oktoobrini on Tallinnas III üleliiduline neurokirurgide konverents, millega tähistatakse TRÜ 350. aastapäeva. Korraldajad on Eesti NSV Tervishoiuministeerium, TRÜ, Üleliiduline Neurokirurgide Teaduslik Selts ning L. Puusepa nimeline Eesti NSV Neurokirurgide, Neuropatoloogide ja Psühhiaatrite Teaduslik Selts.

Andrei Sarap

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

**Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР**

№ 6 ноябрь, декабрь 1981 г.

**Обращение ко всем работникам здраво-
охранения Эстонской ССР**

**Из доклада министра здравоохранения
Эстонской ССР В. Рятсепа**

Из выступлений

**Т. Э. Ольм — О методах статистической
обработки временных рядов в спортив-
ной медицине**

Рассматриваются методы математико-статистической обработки временных рядов, получаемых при медицинском обследовании спортсменов. По сложности различают условно три уровня: а) вычисление средних арифметических и оценка существенности различия сравниваемых показателей; б) вычисление коэффициентов корреляции и регрессионный анализ; в) вычисление корреляционных функций и спектральный анализ. Вкратце описываются достоинства и недостатки каждого уровня. Для извлечения максимальной информации статистическая обработка должна быть произведена на всех уровнях.

А. Н. Вапра, К. О. Лупкина, Н. В. Тихазе — Структура инвалидности, обусловленной ревматическими заболеваниями в гор. Тарту

Проводилось изучение структуры инвалидности у 124 больных ревматическими заболеваниями (ревматизм, ревматоидный артрит, системные заболевания соединительной ткани). Больные находились на

диспансерном лечении в Тартуской городской поликлинике и были признаны инвалидами. Установлено, что больные имеют большую продолжительность инвалидности (у 31,3% больных свыше 7 лет) и высокую ее степень (инвалиды I и II группы составляют 81,6%).

Х. М. Пярн, У. Б. Мардна — Хронические заболевания желудка и желчевыводящих путей в пожилом и старческом возрасте

При обследовании лиц старше 60 лет в целях выявления болезней желудка (185 человек) и желчевыводящих путей (208 человек) эти заболевания были диагностированы соответственно в $65,4 \pm 3,5\%$ и $40,8 \pm 3,5\%$ случаев.

Сопоставление структуры болезней у пожилых и старых людей с другими возрастными группами выявило повышение с возрастом заболеваемости атрофическим гастритом, язвенной болезнью, раком желудка и желчнокаменной болезнью, а также воспалением желчевыводящих путей. У больных старше 60 лет диагностировано более частое сочетание болезней желудка и желчевыводящих путей с другими гастроэнтерологическими и негастроэнтерологическими заболеваниями.

Сочетанность болезней и их атипичное течение в старческом и пожилом возрасте затрудняют диагностику заболеваний желудка и желчевыводящих путей. При сопоставлении диагнозов, указанных в направлениях, и клинических диагнозов рак желудка не был диагностирован в $81,8 \pm 12,5\%$, болезни желчевыводящих путей — в $15,2 \pm 5,1\%$ случаев. Для улучшения диагностики этих болезней необходимо комплексное обследование больных с учетом наиболее частых параллельно протекающих заболеваний.

Ю. Э. Мяннисте, А. В. Мехик, А. А. Иозинг, А. А. Вийрмаа, С. К. Велбри — О возможности хирургического лечения хронического панкреатита

В отделении общей хирургии Таллинской республиканской больницы в 1975—1981 гг. находилось на лечении 472 больных с хроническим панкреатитом. Из них 382 больных были в стадии обострения хронического панкреатита. Оперировано 82 больных ($17,3\%$).

Из 472 госпитализированных больных у 102 человек ($21,6\%$) наблюдались осложненные формы хронического панкреатита: у 38 больных ($8,0\%$), с механической желтухой, у 21 больного ($4,4\%$), с постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы, у 13 больных ($2,7\%$) — со стенозом двенадцатиперстной кишки, у 10 больных ($2,1\%$) — с интенсивным болевым синдромом, у 2 больных ($0,4\%$) — с синдромом портальной

гипертензии. 59 больных (12,5%) были оперированы по поводу «сопутствующего хронического панкреатита». У этих больных причиной хронического панкреатита является желчнокаменная болезнь, дивертикула двенадцатиперстной кишки и т. д. 27 операций произведено на поджелудочной железе, 100 — на желчных протоках, 2 — на соседних органах. При стенозе панкреатического протока или ограниченных патологических изменениях тела или хвоста поджелудочной железы надо чаще прибегать к разным методам резекции поджелудочной железы. Первостепенное значение при вторичном панкреатите имеет санация желчных протоков. По сравнению с другими билиодивергентными анастомозами, предпочтение следует отдавать папиллотомии и сфинктеропластике, чтобы избежать замыкания дистальной части общего желчного протока.

Х. Г. Талвоя — Роль информатики в научном коллективе

В наше время информацию, особенно научную, считают одним из главных ресурсов, которым располагает общество. Растет и роль информатики в проведении научных исследований. Целью информационной работы в научном учреждении является по возможности полное освобождение научных сотрудников, и в первую очередь ведущих специалистов, от информационной деятельности, для которой не требуется их высокая специальная квалификация. Обращается внимание на наиболее распространенные трудности в информационной деятельности. Приводится пример опыта работы Республиканского отдела научно-медицинской информации МЗ ЭССР в области токсикологии.

А. А. Виру — Укрепление здоровья под влиянием физической тренировки

Сопrotивляемость организма к различным воздействиям зависит от эффективности гомеостатической регуляции и мощности и устойчивости механизма общей адаптации организма. Значения механизма общей адаптации реализуются через обеспечение эффективности гомеостатической регуляции, а также непосредственно через мобилизацию защитных сил организма (иммунологические реакции, реакция воспаления и др.) и целый ряд адаптивных синтезов белков.

В результате физической тренировки складывается четыре группы изменений, которым принадлежит существенное значение в увеличении мощности и устойчивости механизма общей адаптации: 1) повышение функциональной мощности и устойчивости эндокринных систем; 2) усовершенствование нервных процессов и нейроген-

ной регуляции; 3) прирост энергетического потенциала организма; 4) увеличение возможностей транспорта и утилизации кислорода. В зависимости от специфики гомеостатической регуляции эти изменения могут иметь более или менее важное значение также непосредственно в гомеостазе.

Увеличение возможностей транспорта и утилизации кислорода осуществляется в процессе тренировки через большое количество изменений, наиболее важными из которых являются усиление синтеза митохондрий, рост энергетической и функциональной мощности сердца, повышение устойчивости ионных насосов, усовершенствование регуляции кровообращения и увеличение количества капиллярных сосудов, прирост объема крови, массы эритроцитов и количества гемоглобина и экономизация обмена веществ и функций. При двигательной активности прибавляется еще определенный антисклеротический эффект, состоящий в механическом противодействии отложению соли кальция, в метаболическом влиянии (прежде всего посредством уменьшения уровня холестерина в крови и усиления его деградации).

Л. Б. Нурманд — Жизнь и деятельность Освальда Шмидеберга, основоположника европейской фармакологической школы

Выдающийся фармаколог Освальд Шмидеберг, эстонец по происхождению, закончил медицинский факультет Тартуского университета и с 1871 года работал там профессором, возглавляя кафедру фармакологии, диететики и истории медицины. Международную известность ему принесло исследование о действии вегетотропных веществ и «физиологическом антагонизме» химических веществ. Научно-исследовательская деятельность О. Шмидеберга отличалась своей разносторонностью. В его лаборатории родились новые методы исследования, его ученики работали позднее в университетах многих европейских стран, стояли во главе 40 кафедр фармакологии. О. Шмидебергом был создан учебник классической фармакологии. Его неоценимой заслугой явилось основание в 1873 г. в Лейпциге первого научного журнала по экспериментальной фармакологии «Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie».

В. В. Калнин — Академик Филипп Овсянников и Тартуский университет

Воспитанник медицинского факультета Тартуского университета академик Филипп Васильевич Овсянников (1827—1906) является одним из основоположников отечественной гистологии, в основном сравнительной нейрогистологии, а также сравнительной физиологии нервной системы. Мировую из-

вестность ему принесло открытие вазомоторного центра и точное определение его локализации в продолговатом мозге. Он установил также антагонизм нервов, принадлежащих к симпатической и парасимпатической системам. В 1863 г. Ф. Овсянников был избран действительным членом Петербургской академии наук, в 1902 г. — почетным членом Тартуского университета. В лаборатории Ф. Овсянникова начал свою научную деятельность студент Иван Петрович Павлов.

В статье описывается жизнь известного ученого, его исследования и научное наследие.

Э. Э. Аннус — Проблемы спортивной медицины

В статье кратко рассматривается формирование спортивной медицины как самостоятельной отрасли медицины в Советском Союзе в целом и в Эстонии. Автор знакомит читателей с важнейшими участками работы современных спортивных врачей, приводит модель оказания спортивно-медицинской помощи. Более подробно он останавливается на проблемах, связанных с оздоровительным спортом. К врачам общемедицинской сети обращается все больше людей, занимающихся оздоровительным спортом. В связи с этим первоочередной задачей врачей является по возможности быстро пополнить свои знания в области спортивной медицины.

Х. К. Рюйтли — Деонтология медицинских сестер

Автор статьи выдвигает в порядке обмена мнениями ряд положений, связанных с профессией, деонтологией и профессиональной этикой медицинской сестры. Дается обзор истории формирования института сестер, коротко рассказывается о жизни и деятельности Флоренс Нитингаль. Подчеркивается необходимость в кодексе деонтологии медицинских сестер. Его содержание и основные требования отражаются в аргументированных предложениях, сформулированных в 11 пунктах на основании литературы и опыта работы в области здравоохранения.

Э. Э. Аннус — Филиал республиканского врачебно-физкультурного диспансера в медицинском центре Таллинского олимпийского центра парусного спорта

М. О. Кивило — Ещё раз о читаемости литературы по вопросам здравоохранения

Э. П. Когерман-Лэпп — 80 лет со дня рождения Герхарда Рюкка

Республиканское совещание актива работников здравоохранения Эстонской ССР

Р. В. Силла — II Международный семинар по гигиене детей и подростков

Х. Т. Вахтер — Пленум правления Всесоюзного научного общества дерматовенерологов

И. А. Вельдре — Выездной пленум секции гигиены воды и санитарной защиты водоемов всесоюзной проблемной комиссии «Научные основы гигиены внешней среды»

М. О. Мяги, Ю. Ю. Раудсеп — Выездной цикл кафедры детской хирургии Московского центрального института усовершенствования врачей

С. А. Тээсалу — III симпозиум ученых Советского Союза и Чехословакии по теме «Физиология и патология пищеварения»

Юбилейные даты

В врачебных обществах

Оздоровительный спорт необходим каждому из нас (интервью)

Некрологи

С. М. Лайксоо — К вопросу о оздоровительного спорта медицинских работников

Лекарственные препараты

Э. К. Киндлам — Вопросы эстонского языка в медицине

И. А. Лаан — В комиссии медицинской терминологии

Гранки редакции

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Nõukogude Eesti Tervishoid

SOVIET ESTONIAN HEALTH

Medical Journal of the Ministry of Health of the Estonian SSR

No 6. November, December 1981

T. Olm — Methods of the Statistical Analysis of the Time Series in Sports Medicine

The article deals with statistical methods applied to multiple time series obtained by medical examination of sportsmen. According to complexity, these methods are conditionally divided into the three following levels: (a) computation of arithmetic means and testing the significance of the differences between comparative indices, (b) computation of correlation coefficients and regression analysis, and (c) computation of correlative functions and spectral analysis. The merits and drawbacks of each level are dealt with in brief. The author points out that all these levels of statistical analysis should be utilized to elicit a maximum amount of useful information.

A. Vapra, K. Lupkina, N. Tihase — The Structure of Disability from Rheumatic Diseases in Tartu

On the basis of follow-up studies, 124 patients with rheumatic diseases (rheumatic fever, rheumatoid arthritis, systemic connective tissue diseases), receiving treatment in Tartu polyclinics, were regarded as invalids. The authors have analysed the structure of disability, including the stage of handicap, its duration and main causes.

Pärn, H., Mardna, U. — Chronic Gastric and Biliary Tract Diseases in Adult and Old Age

A total of 393 persons over the age of 60 years were screened for the presence of gastrointestinal diseases. Of those 185 were

screened for gastric diseases and 208 persons for biliary tract disorders. As a result, those diseases were detected in 65.4 ± 3.5 per cent and 40.8 ± 3.5 of the subjects respectively. These studies suggest that the incidence of peptic ulcer, gastric cancer, gall stones, and also biliary tract inflammations increases with advancing age. In patients over 60 years of age a more frequent combination of gastric disorders and biliary tract disease together with other gastrointestinal and non-gastrointestinal diseases were observed. Concomitant diseases and their atypic course at an older age make the diagnosis of gastric and biliary tract diseases more difficult.

It is concluded that a complex, thorough examination of the elderly is needed to detect various gastrointestinal and, especially, concomitant diseases.

J. Männiste, A. Mehik, A. Josing, A. Viirmaa, S. Velbri — Possibilities of Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis

H. Talvoja — The Role of an Information Scientist at a Research Institution

At present, information of any kind, especially scientific, is considered to be one of the most important resources that a society possesses. So, the ever growing importance of an information scientist is easily understood. The aim of the information service is to relieve a researcher of such menial tasks that do not require a high-level specialization. In this paper attention is also drawn to the most frequent drawbacks in information service. Information service in the field of toxicology at the Republican Department of Medical-Scientific Information of the Ministry of Health of the Estonian SSR has been described as a vivid example of a vital role the information service plays in medicine.

A. Viru — Health Promotion by Physical Training

Body resistance to various influences depends on the efficiency of homeostatic regulation and general adaptation. The role of the mechanism of general adaptation is realized via homeostatic regulation and also through mobilization of body defences (immune responses, inflammation, etc.) and the synthesis of adaptive proteins. Physical training produces four groups of changes which are important for the stimulation and stabilization of the mechanisms of general adaptation: (1) stimulation and stabilization of the endocrine system, (2) improvement of nervous processes and nervous regulation, (3) rise in the body energetic potency, and (4) increase in oxygen transport and utilization.

An increased oxygen transport and utili-

zation are guaranteed by numerous changes in the body the most important of which are: increased synthesis of mitochondria, a rise in the energetic and functional capacity of the heart, increased stability of ionic pumps, improved circulatory regulation, an increase in the number of capillaries, increased blood volume, increased erythrocyte mass and hemoglobin content, and increased economy in metabolism.

An added antisclerotic effect due to physical activity consists of a mechanical counter-effect on the deposition of calcium salts, a metabolic action connected with a drop in blood cholesterol level and an increased disintegration of cholesterol.

L. Nurmand — The Life and Work of Oswald Schmiedeberg — the Founder of the European School of Pharmacology

In this article Oswald Schmiedeberg is accounted great Estonian pharmacologist, who graduated from the Faculty of Medicine of Tartu University. In 1871 he was elected Professor Ordinarius of pharmacology, dietetics and history of medicine. Oswald Schmiedeberg enjoyed high international prestige for his research on the action of vegetotropic substances and on the "physiological antagonism" of some chemical compounds. His scientific studies were extremely multifarious, and he developed a number of new methods of investigation. His pupils worked at various universities in Europe, and they were in charge of altogether 40 chairs of pharmacology. He wrote a classical textbook of pharmacology. In 1876 he began the publication of the first scientific—experimental journal "Archiv für experimentielle Pathologie und Pharmacologie" in Leipzig, which constituted a tremendous contribution to medical science.

V. Kalnin — Academician Philip Ovsyannikov

Philip Ovsyannikov (1827—1906), a graduate of Tartu University, is one of the founders of Russian histology, especially, a trail blazer in the field of comparative neurohistology and comparative physiology of the nervous system. He became world-famed for the discovery of the vasomotor center in the medulla oblongata. He also established the antagonism between the sympathetic and parasympathetic nerves. In 1863 Ph. Ovsyannikov was elected a member of the St. Petersburg Academy of Sciences, and in 1902 he was elected a honorary member of Tartu University. By the way, Ivan Pavlov, as a student, started his scientific activities at Ph. Ovsyannikov's laboratory.

The article also deals with the life, research and scientific heritage of the great scientist.

E. Annus — Problems in Sports Medicine

This article presents a brief review of the development of sports medicine, as an independent branch of medicine, both in the USSR and Estonia. The author tells about the life and work of the sports doctor and gives a model for specialized aid in this field. Body-building and remedial physical exercises are dealt with in detail. The guidelines adopted at the 26th Congress of the CPSU place increased emphasis on the development of remedial physical exercise facilities. The author points out that bodybuilders and joggers should enrich their knowledge in the basic principles of sports medicine.

H. Rütli — Deontology and the Nurse

New Medical Institutions

Health Education

E. Kogermann-Lepp — The 80th Anniversary of the Birth of Gerhard Rooks

Conferences and Medical Meetings

Our Heroes of the Day

Societies of Physicians

Remedial Physical Exercise is an Absolute Must for Everybody (interview)

Necrologies

S. Laiksoo — Mass Sports for Medical Workers

New Drugs

Quaestiones Linguae Estonicae in Medicina

Editorial Column

Chronicle

*English text translated and edited
by E. Saarnok*

Nõukogude Eesti Tervishoid

1981

SISUKORD

Eesti NSV tervishoiuministri professor V. Rätsepa ettekandest
Läkitus kõikidele Eesti NSV tervishoitud-
tajatele
Rätsep, V. — Eesti NSV tervishoiusüsteemi
arengusuunad XI viisaastakul
Sõnavõttudest

TEORIA JA PRAKTIKA

Allikmets, L. — Ravimite toimest põhjus-
tatud liiklusohhtlikkus
Birkenfeldt, R., Villmann, C. — Magneto-
troopsus ja reumas haigestumine
Filippovits, J., Martin, J., Umanski, S., Naa-
ber, V., Ilmoja, V. — Kirurgia- ja sünnitus-
abiosakondade õhu sanitaar-bakterioloogi-
line iseloomustus
Gross, K., Kõiv, I., Zilmer, K. — Follikulit
stimuleeriva hormooni ja luteiniseeriva
hormooni tase vereseerumis anovulatsioo-
ni korral
Jannus, A., Lääne, V. — Gripp ja muud
ägedad respiratoorsed nakkused Tartu lin-
nas ja rajoonis aastail 1977...1979
Karlis, M. — Väärarengute esinemissage-
dus ajavahemikul 1970...1979
Kõrge, K., Sinimäe, E. — Alaäge septiline
endokardiit eile ja täna
Landõr, A. — Sportlase südamelihase kont-
raktsioonivõime individuaalse hindamise
süsteem
Leesik, H., Reintam, M.-A. — Rõga tsüto-
loogiline ning algoritmiline analüüs bron-
hiiti ja pneumooniit põdejail
Loogna, G., Ehivest, J., Põldvere, E. —
Toiduhüdroolüsaadi AU-8 toime siirdatava-
tesse kasvajatesse
Maimets, M. — Vastsündinute ja varaealis-
te laste farmakoterapia iseärasusi
Mandel, O. — Silmalihaste harjutuste täht-
sus akommodatsioonispasmi ravis ja lühi-
nägevuse profülaktikas
Männiste, J., Mehik, A., Josing, A., Viir-
maa, A., Velbri, S. — Kroonilise pankrea-
tiidi kirurgilise ravi võimalusi
Oim, T. — Aegridade statistilise töötluse
meetodeid spordimeditsiinis
Poljanski, V., Nuiamäe, P. — Luukoe vere-
varustus luumurdude puhul
Priimägi, L., Silla, R., Subi, K., Sidoren-
ko, L., Kremerman, I., Teoste, M., Kase-
salu, G., Kutsar, K., Nigesen, U., Tom-
berg, E., Martin, J. — Respiratoorsed vii-
rusnakkused lastekollektiivides ja mõninga-
te profülaktikaürituste tõhusus 1979/1980.
aastal
Pärn, H., Mardna, U. — Kroonilised mao-
ja sapiteede haigused eakatel ja raukadel
Reinaru, J., Belokon, V., Silland, M., Niki-
forov, N., Sitnikov, M., Jefremenko, V.,
Jelissejev, V., Gusseva, G., Dubrovkina, J.,
Novikova, K. — Seerumhepatiidi profülak-
tika Narva Linna Haiglas
Reinaru, J., Pavlovski, G., Belokon, V.,
Salijev, V., Mitt, L., Kallikorm, A. — B-
viiruse pinnaantigeeni radioimmunoloogili-
se analüüsi tulemused seerumhepatiidi
diagnoosimisel
Ruga, V., Laane, E. — Hapnikuainevahetu-
se kompleksse iseloomustamise meetodika

405
403
3
407
249
93
332
323
252
330
83
18
99
13
243
15
417
410
97
415
8
166
175

405
403
3
407
249
93
332
323
252
330
83
18
99
13
243
15
417
410
97
415
8
166
175

95
163
325
255
10
168
87
327
410
91
333
170
413
247
101

405
403
3
407
249
93
332
323
252
330
83
18
99
13
243
15
417
410
97
415
8
166
175

95
163
325
255
10
168
87
327
410
91
333
170
413
247
101

FILÖSOOFIA JA MEDITSIN

Koppel, S. — F. Engelsi ja A. Oparini filo-
soofiliste vaadete ühtsusest
Koppel, S. — Tervis kui bioloogiline ja
sotsiaalne kategooria
Koppel, S. — Ühiskondlik progress ja
meditsiin

OLEVAATED

405
415
8
166
175

405
415
8
166
175

21
178
335

26
182
106
261
257
345

405
415
8
166
175

26
182
106
261
257
345

Subi, K. — Respiratoorse viirusnakkuste laboratoorne diagnoosimine	265	Rüütli, H. — Gedeontoloogia	455
Teesalu, S. — Andmeid söögiisu ja toitumise reguleerimise kohta	187	Saarma, J. — Psüühika osalusest somaatilises haigustes	202
Teesalu, S. — Seedetrakti sisesekretoorne funktsioon	31	Salupere, V. — Quo vadis, medicina?	41
Viru, A. — Tervise tugevdamine kehalise treeningu mõjul	422	SANITAARHARIDUSTÖÖ	
Väre, H. — Naiste alkoholismi psühholoogilisi ja bioloogilisi erinevusi	340	Hansen, H. — Tervishoiukirjanduse lugemus	46
		Kivilo, M. — Veel veidi tervishoiukirjanduse lugemusest	439
350-AASTANE TARTU ÜLIKOO		KAADRI ETTEVALMISTAMINE	
Allikmets, L. — Tartu Ülikooli professor Rudolf Buchheim eksperimentaalse farmakoloogia rajaja	196	Kohtla-Järve Meditsiinikooli lõpetajad 1981. a.	370
Kalnin, V. — Akadeemik Filipp Ovsjannikov ja Tartu Ülikool	430	Maaroos, I. — Teaduslikke kutseid	287, 368
Kalnin, V. — Arstiteadus Tartu Ülikoolis XVII ja XVIII sajandil	111	Tallinna Meditsiinikooli lõpetajad 1981. a.	369
Kalnin V., Lepp, E. — Karl Friedrich Burdach	359	Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 1981. a.	370
Keres, L. — Lastehaiguste õpetamine ja pediaatriaalse teadustöö Tartu Ülikoolis	193	TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1981. a.	368
Kõrge, K. — Bernhard Naunyn ja Tartu Ülikool	272	Veldre, I. — Kaitsiti kandidaadiväitekirja	287
Kõrge, K. — Meenutades professor Volde- mar Vadi	116	ARSTITEADUSE AJALOOST	
Maaroos, I. — Teaduslikke kutseid	118	Gustavson, H. — Väärtuslik leid Lihulas	211
Nurmand, L. — Oswald Schmiedebergi kui Euroopa farmakoloogiakoolkonna rajaja elu ja töö	427	Koqermann-Lepp, E. — 80 aastat Gerhard Rooksi sünnist	440
Raudam, E., Kaasik, A.-E., Tikk, A. — Neuroloogia ja neurokirurgia areng Tartu Riiklikus Ülikoolis	269	Lõvi-Kalnin, M., Kalnin, V. — Esimene hambaarstikool Eestis	208
Tallmeister, E. — Eesti NSV teenelise teadlase Feliks Lepa elu ja töö	200	Saarma, J. — 125 aastat Emil Kraepelini sünnist	48
Saarma, J. — Sada aastat psühhiaatria ka-teedrit ja kliinikut	351	Tammeorg, J. — 80 aastat akadeemik Alma Tomingase sünnist	51
Vahter, H. — Professor Aleksander Pald- roki teaduslik tegevus	275	UUSI TERVISHOIUASUTUSI	
		Annus, E. — Vabariikliku Arstliku Keha- kultuuri Dispanseri filiaal — Tallinna Olümpia Purjesportdikeskuse meditsiinikes- kus	437
TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS		ARSTIDE SELTSIDES	
Kask, V. — Tütarlaste spetsialiseeritud günekoloogiline abi	349	Haavel, A. — Kingissepa Arstide Teadus- liku Seltsi aruande ja valimiskoosolek	218
Levin, A., Kõlle, R., Kreek, J. — Trans- fusioonide korraldamisest haiglas	36	Haavel, A. — Kingissepa Arstide Teaduslik Selts ja Talsi Rajooni Keskaigla (Läti NSV) Arstide Teaduslik Selts	448
Rannamäe, R. — Kogemusi keskkonnakait- se töö korraldamise alalt	119	Haavel, A. — Tartu Terapeutide Seltsi ja Kingissepa Arstide Seltsi konverents	448
Roos, V., Maurer, L., Aasa, S. — Invaliidis- tumine Eesti NSV-s aastail 1976... 1979	206	Ilves, N. — Eesti NSV Terapeutide Teadus- liku Seltsi uus juhatus	448
Sarap, A. — Sotsialistlik võistlus Eksperi- mentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituutis	38	Kalits, I. — Eesti NSV Endokrinoloogide Teaduslik Selts aastail 1974... 1980	288
		Kalits, I. — Eesti NSV Endokrinoloogide Teaduslik Seltsis	290
KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA		Mitt, L. — Uus teaduslik ühing	218
Annus, E. — Spordimeditsiini probleeme	433	Reinaru, J. — Epidemioloogide, Mikrobioloogia ja Infektsionistide Vabariiklik Selts	133
Haavel, A., Jantra, L. — Ussripiku tüst	278	Reinaru, J., Tetsov, A. — 30. aastapäeva pi- dulik istung	218
Hanstein, S. — Paranasaalsete näolõhe juht	110	Tamm, L. — Eesti NSV Lastearstide Teaduslik Selts 1975... 1980	215
Heinla, Ü., Josia, U., Kolde, A., Lepik, I., Lill, M., Lond, E., Mardna, U., Pärn, H. — Toiduhüdroüsaat AU-8 ja seedeelundite haigused	191	Tünder, E. — Üleliidulise Kirurgide Teadusliku Seltsi juhatus XVIII pleenum	135
Mägi, M., Raudsepp, J. — Penetreerunud maohaavand kaheaastasel lapsel	363	Veinpalu, E. — Üleliidulise Füsioterapeutide ja Kurortoloogide Teadusliku Seltsi ju- hatuse pleenum	136
Pokk, T., Pokk, L. — Iluusega tüsistunud teokromotsütoomi juht	39	KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED	
		Eesti NSV tervishoiutöötajate ülevabariigilise nõupidamine	442
ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE		Elstein, N. — Eesti NSV terapeutide VII kongress	372
Krooni, P. — Eesti NSV Sanitaarala Kesk- astme Meditsiinitöötajate Seltsi XXVII kon- verents	364	Elstein, N. — XVIII üleliiduline terapeutide kongress	293
Kutsar, K. — Leettriviirus	121	Elstein, N. — Terapeutide vabariiklik nõu- pidamine	293
Lehpuu, B. — Taaselustamise esmaabi- võtete oskused meditsiiniõdedel	285	Gasman, L. — Onkoloogide ja Röntgenora- dioloogide Teadusliku Seltsi teoreetilise praktilise aastakoosoleku	126
MOTTEVAHETUS		Haavel, A. — Teaduslik-metoodiline kon- verents «Mõningaid filosoofilisi probleeme haigusõpetusest»	130
Annus, M. — Haiglaselise psüühika oma- pära pedagoogi pilgu läbi	365	Kahn, H. — Rahvusvaheline sümposium	132
Koppel, S. — Elu väärtus	281	Kahn, H. — Toksikoloogialane sümposium	130
Päi, L. — Veel kord teemal «Quo vadis, medicina?»	203	Kalnin, V. — II üleliiduline meditsiini- ajalaste kongress	53
Russak, S. — Tänapäev terapeutiline haige stomatoloogilise pilgu läbi	280	Kurtenkov, O. — VIII Rahvusvahelise On- kobioloogia ja Meditsiini Ohingui kon- verents	123
		Liiv, A. — Esimene üleliiduline reflekso- teraapiaalane nõupidamine	133

Liiv, A. — III üleliiduline teaduslik-praktiline narkoloogiakonverents.
Loogna, G. — IV üleliiduline sümpoosion teemal «Kantserogeensed N-nitrosoühendid ja nende prekursorid — moodustumine ja määramine ümbritsevas keskkonnas».
Mägi, M., Raudsepp, J. — Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi lastekirurgia kateedri väljasõidutsükkel.
Priimägi, L. — VI rahvusvaheline interferooni sümpoosion.
Rahu, P. — Sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstide nõupidamine.
Sabbo, G. — Eesti NSV Punase Risti Seltsi XII kongress.
Sibul, U., Pöder, K. — XXX üleliiduline kirurgide kongress.
Silla, R. — Rahvusvaheline laste ja noorukite hügieeni seminar.
Sikk, M. — Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama 40. aastapäeva pidulik koosolek.
Zobel, P. — III üleliiduline farmatseutide kongress.
Tamm, A. — XI rahvusvaheline gastroenteroloogide kongress ning IV Euroopa mao- ja sooleendoskoopia alane kongress.
Tamm, L. — Eesti NSV lastearstide XI kongress «Spetsialiseeritud pediaatriline abi».
Tamm, L. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Presiidiumi juures asuva pediaatriaalase teadusliku nõukogu ja Üleliidulise Lastearstide Seltsi juhataste ühine pleenum.
Tamm, L. — Tartu Pediaatrite Seltsi ja TRÜ ÜTÜ pediaatriaringi konverents.
Teesalu, S. — III Nõukogude Liidu ja Tšehhoslovakkia teadlaste sümpoosion teemal «Seedimise füsioloogia ja patoloogia».
Vaasa, I.-O. — VIII üleliiduline seedefüsioloogia ja -patoloogia alane seminar.
Vaagane, E. — Vitamiinoloogiakonverents.
Vahter, H. — Üleliidulise Dermatoveneroloogide Teadusliku Seltsi juhataste pleenum.
Valdes, V., Lukaš, A. — V Eesti NSV kohtuarstide ja patoanatomide laiendatud teaduslik-praktiline konverents.
Veinpalu, E. — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kurortoloogia ja füsioteraapia probleemikomisjonini pleenum.
Veldre, I. — Keskkonnahügieeni teaduslike aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjonini veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektsiooni väljasõidupleenum.
Veldre, I. — USA ja NSV Liidu teadlaste II sümpoosion põlevkiviga seotud keskkonna- ja tervisekaitse alal.
Väre, H. — VII üleliiduline neuropatoloogide ja psühhiaatrite kongress.

MEIE JUUBILARE

Ain Klink
 Aleksander Gavrilov
 Arved Reinvald
 Elise Käer-Kingisepp
 Elli Ratnik
 Elmar Jogar
 Elmar Kohandi
 Endel Türi
 Erich Kuus
 Hilda Käner
 Hildegard Stahlfeldt
 Hilja Rüütli
 Hubert Kahn
 Inge Urb
 Irene Maaros
 Joosep Reinaru
 Juho Matsalu
 Julius Koljak
 Jüri Raudsepp
 Jüri Saarma
 Kaljo Valgma
 Leonhard Mardna
 Lemming Rootsmäe
 Leonid Rätsep
 Lev Grinšpun
 Lidia Lavrova

215	Linda Alujõe	295
	Linda Soots	296
	Ljudmila Tkatoeva	379
	Maie-Ly Haavel	222
	Maimo Kalda	222
292	Mall Türi	447
	Maret Malviste	379
	Maria Ora-Jannsen	295
444	Paul Alvre	56
	Ralf Uuetoa	446
131	Robert Looga	221
	Roomelt Malviste	297
52	Ruth Paimre	138
	Salme Sibul	56
213	Selma Roosior	297
	Selma Teesalu	57
375	Silvia Növandi	296
	Tatjana Bogovskaja	378
443	Uno Meikas	138
	Vello Laos	138
	Väino Luka	137
128	Ölo Uusma	57
129	MEDITSIINITEHNIKA	
	Laos, V. — Saksa DV meditsiinitehnika näitus	298
54	Luts, L. — Kinesioteraapiaseade	219
	Luts, L., Roode, E. — Vaakumelektterravi	58
125	INTERVJUU	
	350-aastane Tartu Ülikool ja tema arsti-teaduskond	61
214	Rahvusvahelises vähiuurimiskeskuses	139
128	Tervisesport on meist igapähele hädavajalik	449
	KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA	
445	Kalnin, V. — Kolmas monograafia Tallinna tervishoiu ajaloost	140
53	Vahing, V. — Väärtuslik käsiraamat	223
213	MITMESUGUST	
443	Laiksoo, S. — Tervishoiutöötajate rahvaspordist	454
291	Laos, V. — Nõukogude Eesti preemia molekulaarbioloogidele valgu biosünteesi alaste uurimuste eest	63
53	QUAESTIONES LINQUAE ESTONICAE IN MEDICINA	
	Kindlam, E. — Tuhast tõusev fooniks ja õigelt teelt hälbiv homöopaat	457
444	Laan, I. — Meditsiiniterminoloogia komisjonis	225, 299, 381, 458
371	IN MEMORIAM	
374	Arnold Põllumaa 17. X 1907... 06. II 1981	301
	Dagmar Dubas 14. XI 1925... 20. IV 1981	303
	Edgar Padrik 30. VI 1910... 12. IX 1981	453
	Eno Silm 09. VIII 1936... 04. V 1981	304
222	Heljo Ennosaar 09. VIII 1922... 21. II 1981	302
446	Leili Hannus 14. XII 1934... 16. VII 1981	451
221	Mark Piskunov 20. IV 1908... 25. VII 1981	452
446	Professor Koit Ester 22. VI 1928... 6. XII 1980	142
296	Valter Uist 30. I 1928... 7. II 1981	228
378	UUSI RAVIMEID	
137	Jürison, A. — Dikloksatsillinnaatrium	380
222	Jürison, A. — Klotasool, salviin	329
447	Jürison, A. — Liniment «Spediaan», püridoksaalfosfaat	66
447	Jürison, A. — Nitrasepaam	456
137	ASKLEPIOSE KLUBIS	
222	Suitsetamine, noorsugu ja naised	143
447	TOIMETUSE VEERG	153, 305, 459
447	KROONIKA	67, 148, 230, 306, 383, 461
137	Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused	73, 153, 313, 393
221	Eesti NSV teadlaste publikatsioonide välismaal	234, 312

Nõukogude Eesti Tervishoid

1981

СОДЕРЖАНИЕ

Из доклада министра здравоохранения
Эстонской ССР проф. В. Рятсепа
Обращение ко всем работникам здраво-
охранения Эстонской ССР
Рятсеп В. И. — Пути развития системы
здравоохранения Эстонской ССР в XI пя-
тилетке
Из выступлений

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Алликметс Л. Х. — Об опасности лекарств
для водителей транспорта
Биркенфельдт Р. Р., Виллманн Ч. И. —
Магнитотропность и заболеваемость рев-
матизмом
Филиппович Ю. В., Мартин Я. К., Уман-
ский С. Ш., Наабер В. П., Ильмоя В. А. —
Санитарно-бактериологическая характе-
ристика воздуха хирургических и родо-
вспомогательных стационаров
Гросс К. Я., Кыйв И. К., Цильмер К. Я. —
Уровень ФСГ и ЛТ в сыворотке крови
при ановуляции
Яннус А. Э., Ляяне В. Я. — О заболевае-
мости острыми респираторными заболе-
ваниями в гор. Тарту и Тартуском районе
в 1977—1979 гг.
Карлис М. Э. — О врожденных пороках
развития в 1970—1979 гг. по данным Тар-
турского клинического родильного дома.
Кырге К. Х., Синимая Э. Э. — Подострый
септический эндокардит вчера и сегодня
Ландырь А. П. — Система индивидуаль-
ной количественной оценки сократитель-
ной способности миокарда у спортсменов.
Лезсин Х. П., Рейнтам М. А. — Об алго-
ритмическом и цитологическом анализе
мокроты у больных пневмонией и брон-
хитом
Лоогна Г. О., Эльвест Ю. Я., Пылдвере
Э. И. — О действии пищевого гидролиза-
та АУ-8 на перевариваемые опухоли
Майметс М. О. — Особенности фармакоте-
рапии новорожденных и детей раннего
возраста
Мандель Ы. М. — О значение упражнений
для глазных мышц в лечении спазма ак-
комодации и профилактики близорукости.
Мяннисте Ю. Э., Мехик А. В., Йозинг
А. А., Виирмаа А. А., Велбри С. К. — О
возможности хирургического лечения
хронического панкреатита
Ольм Т. Э. — О методах статистической
обработки временных рядов в спортивной
медицине
Полянский В. П., Нуйамая П. Ф. — О
кровообращении костной ткани при пере-
ломах костей
Приймаги Л. С., Силла Р. В., Суби К. Х.,
Сидоренко Л. Г., Кремерман И. Б., Теосте
М. Э., Касесалу Г. С., Кутсар К. К., Ниге-
сен У. Т., Томберг Э. Э., Мартин Я. Х. —
Респираторные вирусные инфекции в
детских коллективах в 1979—1980 гг. и
эффективность некоторых профилактиче-
ских мероприятий

Пярн Х. М., Мардна У. Б. — Хрониче-
ские заболевания желудка и желчевыво-
дящих путей в пожилом и старческом
возрасте
Рейнару И. К., Велокоп В. Н., Силланд
М. В., Никифоров Н. П., Ситников М. Н.,
Ефременко В. И., Елисеев В. М., Гусева
Г. В., Дубровкина Е. И., Новикова К. Т. —
Профилактика сывороточного гепатита в
Нарвской городской больнице
Рейнару И. К., Павловский Г. В., Белокоп
В. Н., Салиев В. П., Митт Л. А., Калли-
корм А. П. — Результаты радиоиммуно-
логического анализа австралийского ан-
тигена в диагностике гепатита В.
Руга В. Ю., Лаане Э. Я. — Методика кос-
венной оценки биоэнергетических функ-
циональных резервов организма
Рулли А. М., Вяли Т. Э. — О причинах и
частоте рецидивных грыж в Тарту
Рятсеп В. И., Никитин Ю. Г., Куртенов
О. А. — Клеточный иммунитет у больных
раком молочной железы по данным теста
торможения прилипания лейкоцитов
Салусте Л. Н. — Динамика массы тела
первородящих и ее связь с весом ново-
рожденного
Саузмаяги Л. Р., Раукас Э. А., Яннус
Л. Э. — Результаты лечения гормоноза-
висимых больных бронхиальной астмой
аэрозолем беклометазона дипропионата
Силла Р. В., Лутсоа Х. И., Теосте М. Э.,
Яакмеэс В. А., Васильева Э. М. — Срав-
нительное исследование здоровья населе-
ния городов сланцевого бассейна Эстон-
ской ССР
Суби К. Х., Касесалу Г. С., Руут Ю. К.,
Кутсар К. К., Ханнус Л. Х., Ляяне В. Я.,
Лая Э. В. — Респираторные вирусные за-
болевания в период сезонного подъема
1979—1980 гг.
Шипилова Т. В., Кундла М. Ю. — Содер-
жание липидов в крови в сопоставлении
с результатами велоэргометрии у боль-
ных ишемической болезнью сердца
Цуппинг Э. Э., Петерманн Э. Х., Касепайд
В. А., Лейснер У. Т. — Фонокардиографи-
ческая оценка состояния внутриутробно-
го плода и состояние новорожденных
Талвоя Г. Г. — Роль информатики в на-
учном коллективе
Тээсалу Р. В., Кивик А. А., Планнен А. А.,
Кейс У. Э., Кёзби Т. О., Планнен Ю. Я. —
Об использовании морфиновой анестезии
при операциях прямой реваскуляризации
миокарда
Тялли Х. Э., Арбет А. К., Керонен М. С.,
Кирусс М. А. — Значение нитрит-теста в
выявлении бактерурии у детей
Валдес В. А., Валдес Л. К. — Разрыв
аорты (клинико-морфологический анализ)
Вапра А. Н., Лупкина К. О., Тихазе
Н. В. — Структура инвалидности, обу-
словленной ревматическими заболеваниями
в г. Тарту
Велбри С. К., Хярмат Х. Л., Виирмаа
А. А., Мяннисте Ю. Э. — Опухолевые мар-
керы при раке поджелудочной железы
Вихм Н. А. — Эффективность фторирова-
ния питьевой воды с целью профилакти-
ки кариеса зубов по данным обследова-
ния школьников в г. Таллине

415

8

166

175

95

163

325

255

10

168

87

327

419

91

333

170

413

247

101

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА

- Коппель С. Д. — Об общности философских воззрений Ф. Энгельса и А. Опари-на
Коппель С. Д. — Здоровье как биологическая и социальная категория
Коппель С. Д. — Общественный прогресс и медицина

ОБЗОРЫ

- Каасик А.-Э. А., Брин В. И. — Вазомоторные головные боли
Кырге П. К., Кырге М. К. — Молекулярные аспекты эндокринной терапии опухолей молочной железы
Ноормаа У. А. — Расстройства системы гемостаза у больных с поражениями головного мозга (обзор литературы)
Нурманд Л. Б. — Роль фармакокинетики в современной терапии
Оттер М. Я., Нурманд Л. Б. — Хронобиологические аспекты фармакологии
Салупере В. П. — Озлокачествление язвы желудка
Суби К. Х. — О лабораторной диагностике респираторных вирусных инфекций
Тезсалу С. А. — Новые данные о регуляции аппетита и пищевого поведения
Тезсалу С. А. — О внутрисекреторной функции пищеварительного тракта
Виру А. А. — Укрепление здоровья под влиянием физической тренировки
Вяре Х. Я. — Психологические и биологические особенности алкоголизма женщин

350-ЛЕТИЕ ТАРТУСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

- Аллиметс Л. Х. — Основоположник экспериментальной фармакологии профессор Тартуского университета Рудольф Бухгейм
Калнин В. В. — Академик Филипп Овсянников и Тартуский университет
Калнин В. В. — Медицинская наука в Тартуском университете в XVII и XVIII вв.
Калнин В. В., Лепп Э. П. — Карл Фридрих Бурдах
Керес Л. М. — Преподавание детских болезней и научные исследования в области педиатрии в Тартуском университете
Кырге К. Х. — Бернгард Науини и Тартуский университет
Кырге К. Х. — Вспоминая профессора Вольдемара Вади
Маароос И. Ю. — Ученые звания
Нурманд Л. Б. — Жизнь и деятельность Освальда Шмидеберга — основоположника европейской школы фармакологии
Раудам Э. И., Каасик А.-Э. А., Тикк А. А. — Развитие неврологии и нейрохирургии в Тартуском государственном университете
Таллмейстер Э. Т. — Жизнь и творчество заслуженного деятеля науки Феликса Леппа
Саарма Ю. М. — Сто лет кафедре и клинике психиатрии в Тарту
Вахтер Х. Т. — О научной деятельности профессора А. К. Пальдрока

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

- Каск В. А. — Специализированная гинекологическая помощь девочкам
Левин А. Н., Колле Р. А., Крезк Я. А. — Об организации трансфузии в больнице
Раннамаяр Р. Р. — Опыт организации работы по защите окружающей среды
Роос В. А., Маурер Л. А., Ааса С. Е. — Об инвалидности в Эстонской ССР за 1976—1979 гг.
Сарап А. А. — Социалистическое соревно-

вание в Институте экспериментальной и клинической медицины МЗ Эстонской ССР

38

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

- Аннус Э. Э. — Проблемы спортивной медицины 433
Хаавель А. А., Янтра Л. С. — Киста чер- 278
веобразного отростка
Ханстейн С. К. — Случай параназальной расщелины лица 110
Хейнла Ю. Я., Йосия У. Й., Колде А. Я., Лепик И. Й., Лилль М. Х., Лонд Е. Р.-Э., Мардна У. Б., Пярн Х. М. — Пищевой гидролизат АУ-8 и болезни органов пищеварения 191
Мяги М. О., Раудсепп Ю. Ю. — Пенетрация язвы желудка у двухлетнего ребенка 363
Покк Т. А., Покк Л. Р. — Случай феохромоцитомы, осложненной паралитическим илеусом 39

В ПОМОЩЬ ФЕЛЬДШЕРАМ И СЕСТРАМ

- Кроони П. Э. — XXVII конференция общества средних медицинских работников санитарной службы Эстонской ССР 364
Кутсар К. К. — Вирус кори 121
Лехепуу Б. К. — Умения медсестер по оказанию первой помощи при оживлении 285

ОБМЕН МНЕНИЯМИ

- Аннус М. А. — Своеобразие психики больного ребенка глазами педагога 365
Коппель С. Д. — Ценность жизни 281
Пяй Л. Т. — Еще раз по теме «Quo vadis, medicina?» 203
Руссан С. А. — Современный терапевтический больной глазами стоматолога 280
Рейтли Х. К. — Деонтология медицинских сестер 435
Саарма Ю. М. — Роль психики в этиологии соматических заболеваний 202
Салупере В. П. — Quo vadis, medicina? 41

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

- Хансен Х. Э. — О чтении литературы по здравоохранению 46
Кивило М. О. — Еще немного о читаемости литературы по вопросам здравоохранения 439

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

- Окончившие Кохтла-Ярвескую медицинскую школу в 1981 г. 370
Маароос И. Ю. — Ученые звания 287, 368
Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1981 г. 369
Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1981 г. 370
Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1981 г. 368
Велдре И. А. — Защищали кандидатскую диссертацию 287

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

- Густавсон Х. А. — Ценная находка в Лихула 211
Когерман-Лепп Э. Й. — 80 лет со дня рождения Герхарда Рокса 440
Лыви-Калнин М. О., Калнин В. В. — Первая зубоветеринарная школа в Эстонии 208
Саарма Ю. М. — 125 лет со дня рождения Эмilia Крепелина 48
Таммеорг И. К. — 80 лет со дня рождения академика Алмы Томингас 51

НОВЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Аннус Э. Э. — Филиал республиканского врачебно-физкультурного диспансера в медицинском центре Таллинского олимпийского центра парусного спорта 437

В ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ

- Хаавель А. А. — Отчетно-выборное собрание научного общества врачей г. Кингисеппа
 Хаавель А. А. — Совместное совещание научных обществ врачей г. Кингисеппа и центральной больницы Талыского района Латвийской ССР
 Хаавель А. А. — Конференция общества терапевтов г. Тарту и научного общества врачей г. Кингисеппа
 Ильвес Н. В. — Новое правление научного общества терапевтов Эстонской ССР
 Калитс И. А. — Научное общество эндокринологов Эстонской ССР в 1974—1980 гг.
 Калитс И. А. — В научном обществе эндокринологов Эстонской ССР
 Митт Л. А. — Новое научное общество
 Рейнару И. К. — Республиканское общество эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов
 Рейнару И. К., Тетсов А. А. — Торжественное заседание, посвященное 30-летию
 Тамм Л. Я. — Научное общество детских врачей Эстонской ССР в 1975—1980 гг.
 Тюндер Э. О. — XVIII пленум правления Всесоюзного научного общества хирургов
 Вейнпалу Э. Ю. — Пленум правления Всесоюзного научного общества физиотерапевтов и курортологов

КОНФЕРЕНЦИИ И СОВЕЩАНИЯ

- Республиканское совещание актива работников здравоохранения Эстонской ССР
 Эльштейн Н. В. — VII съезд терапевтов Эстонской ССР
 Эльштейн Н. В. — XVIII Всесоюзный съезд терапевтов
 Эльштейн Н. В. — Республиканское совещание терапевтов
 Гасман Л. А. — Теоретико-практическое годовичное собрание научного общества онкологов и рентгенорадиологов
 Хаавель А. А. — Научно-методическая конференция по теме «Некоторые философические проблемы учения о болезни»
 Кахи Х. А. — Международный симпозиум
 Кахи Х. А. — Симпозиум по токсикологии
 Калинин В. В. — II Всесоюзный съезд историков медицины
 Куртенов О. А. — VIII конференция Международного общества онкобиологии и медицины
 Лийв А. А. — Первое всесоюзное совещание по вопросам рефлексотерапии
 Лийв А. А. — III Всесоюзная научно-практическая конференция по наркологии
 Лоогна Г. О. — IV Всесоюзный симпозиум «Канцерогенные нитрозосоединения и их прекурсоры — образование и определение их в окружающей среде»
 Мяги М. О., Раудсепп Ю. Ю. — Выездной цикл кафедры детской хирургии Московского центрального института усовершенствования врачей
 Приймаги Л. С. — VI Международный симпозиум по вопросам интерферона
 Раху П. А. — Совещание главных врачей санитарно-эпидемиологических станций
 Саббо Г. А. — XII съезд общества Красного Креста Эстонской ССР
 Сибуль У. Ф., Пыдер К. А. — XXX Всесоюзный съезд хирургов
 Силла Р. В. — II Международный семинар по гигиене детей и подростков
 Сикк М. К. — Торжественное собрание, посвященное 40-летию Тартуской СЭС
 Цобель П. Э. — III Всесоюзный съезд фармацевтов
 Тамм А. О. — XI Международный съезд гастроэнтерологов и IV съезд Европы по

- вопросам эндоскопии желудка и кишечника
 Тамм Л. Я. — XI съезд детских врачей Эстонской ССР по теме «Специализированная педиатрическая помощь»
 Тамм Л. Я. — Совместный пленум научного совета по педиатрии при Президиуме АМН СССР и правления всесоюзного общества детских врачей
 Тамм Л. Я. — Конференция общества педиатров гор. Тарту и научного кружка педиатрии студентов ТГУ
 Тээсалу С. А. — III симпозиум ученых Советского Союза и Чехословакии по теме «Физиология и патология пищеварения»
 Вааса И.-О. В. — VIII Всесоюзный семинар по вопросам физиологии и патологии пищеварения
 Вагане Э. П. — Конференция по вопросам витаминологии
 Вахтер Х. Т. — Пленум правления Всесоюзного научного общества дерматовенерологов
 Валдес В. А., Лунаш А. А. — V расширенная научно-практическая конференция судебных медиков и патологоанатомов Эстонской ССР
 Вейнпалу Э. Ю. — Пленум проблемной комиссии курортологии и физиотерапии АМН СССР
 Вельдре И. А. — Выездной пленум секции гигиены воды и санитарной защиты водоемов всесоюзной проблемной комиссии «Научные основы гигиены внешней среды»
 Вельдре И. А. — II симпозиум ученых США и СССР по вопросам защиты биосферы и здоровья людей в сландевои промышленности
 Варе Х. Я. — VII Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

- Айн Клинк
 Александр Гаврилов
 Арвед Рейнвальд
 Элизе Кяэр-Кингисепп
 Элли Ратник
 Элмар Илгар
 Элмар Коханди
 Эндель Тюрри
 Эрих Куус
 Хилда Кирнер
 Хилдегард Стахлфельдт
 Хилья Рюютли
 Хуберт Кахи
 Инге Урб
 Ирене Маароос
 Иосер Рейнару
 Юхо Матсалу
 Юлиус Колик
 Юри Раудсепп
 Юри Саарма
 Кальё Валдма
 Леонхарт Марция
 Лемминг Роотсмяэ
 Леонил Рятсеп
 Лев Гриншпун
 Линда Лаврова
 Линда Алуыэ
 Линда Сооте
 Людмила Ткацова
 Майе-Ли Хаавел
 Маймо Калда
 Мадд Тюрри
 Марет Милвисте
 Мария Ора-Яннсен
 Паул Адвре
 Ральф Уувтоа
 Роберт Лсога
 Роомелт Милвисте
 Рут Паймре
 Салме Сибул

Сельма Роосиорт	297	гических вопросов эстонского языка	457
Сельма Теэсалу	57		
Сильвия Ныванди	296	Лаан И. А. — В комиссии терминологи	225, 299, 381, 458
Татьяна Боговская	378		
Уно Мейкас	138		
Велло Лаос	138		
Вийно Лука	137		
Юло Уусма	57		
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА			
Лаос В. А. — Выставка медицинской техники ГДР	298		
Лутс Л. Л. — Кинезиотерапевтическая установка	219		
Лутс Л. Л., Рооде Э. А. — Электровакуумная терапия	58		
ИНТЕРВЬЮ			
350-летие Тартуского университета и его медицинского факультета			
Лаан И. А. — В международном центре по изучению рака	61		
Оздоровительный спорт необходим каждому из нас (интервью)	139		
КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ			
Калнин В. В. — Третья монография по истории Таллина	449		
Вахинг В. А. — Ценное руководство	140		
РАЗНОЕ			
Лайксоо С. М. — К вопросу об оздоровительного спорта медицинских работников	223		
Лаос В. А. — Премия Советской Эстонии за исследования в области биосинтеза белка	454		
ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ			
Киндлам Э. К. — Толкование терминологических вопросов эстонского языка	63		
		Арнольд Пыллумаа 17. X 1907...06. II 1981	301
		Дагмар Дубас 14. XI 1925...20. IV 1981	303
		Эдгар Падрик 30. VI 1910...12. IX 1981	453
		Эно Силм 09. VIII 1936...04. V 1981	304
		Хельё Энносар 09. VIII 1922...21. II 1981	302
		Лейли Ханнус 14. XII 1934...16. VII 1981	451
		Марк Пискунов 20. IV 1908...25. VII 1981	452
		Профессор Койт Эстер 22. IV 1928...6. XII 1980	142
		Вальтер Улст 30. I 1928...7. II 1981	228
		НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ	
		Юрисон А. Я. — Диклоксациллина натриевая соль	380
		Юрисон А. Я. — Хлотазол, сальвин	229
		Юрисон А. Я. — Линимент «Спедиан», пиридоксальфосфат	66
		Юрисон А. Я. — Нитрасерам	456
		В КЛУБЕ ЭСКУЛАПА	
		Курение, молодежь и женщины	143
		ГРАНКИ РЕДАКЦИИ 153, 305, 459	
		ХРОНИКА 67, 148, 230, 306, 383 461	
		Законченные исследования ученых Эстонской ССР	73, 153, 313, 393
		Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати	234, 312

Ajakirja XXV aastakäiku alustades

on meil taas meeldiv meenutada

tarmukaid autoreid, heatahtlikke

retsenseerijaid, kõiki lugejaid

ning soovida Teile

head ja õnnerikast uut aastat!

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ÜLEVAATEARTIKKEL

on just see, mis annab spetsialistile kõige laialdasemat
informatsiooni teda huvitava probleemi kohta.

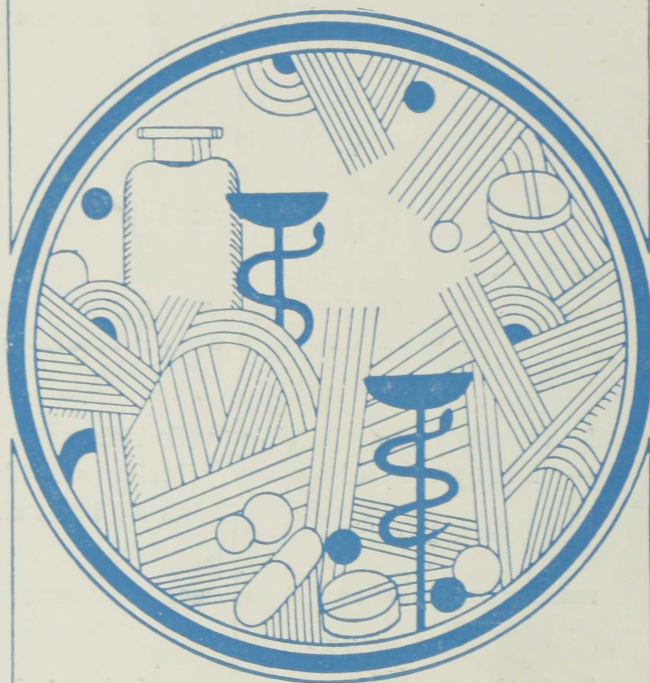
KAS TEATE,

et ülemaailmse meditsiinibibliograafia

«INDEX MEDICUS»

igas numbris on eraldi välja toodud ülevaateartiklite nimestik
— «Bibliography of Medical Reviews». Siit leiate iga märk-
sõna alt tarvisminevad artiklid.

Teatmeteost «Index Medicus» saab kasutada Riiklikus Tea-
duslikus Meditsiiniraamatukogus, TA Teaduslikus Raamatu-
kogus ja TRÜ Teaduslikus Raamatukogus.



TABULETTAE OXYLIDINI

Vähe toksiline ravim, millel on
mõõdukalt hüpotensiivne ja sedatiivne
toime hüpertooniatõve, neuroosidega
kaasneva erutuse, pingeseisundi,
unetuse jm. korral.

Sobib kasutada ravimikombinatsioonides.
Pakendis 100 tabletti à 0,02 g.