

ISSN 0233-8026

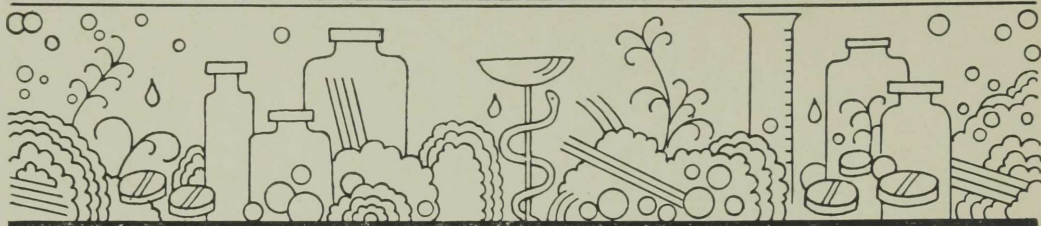
EESTI ARST



4

1989

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



SOLIZYMUM

Solisüüm on lipolüütiline ensüümipreparaat, mis hüdrolyüsib taimseid ja loomseid rasvu, soodustab rasvade seedimist ning omastamist.

Preparaati kasutatakse vähenenud lipolüütilise aktiivsusega krooniliste pankreatiitide ja seedetegevuse puudulikkuse korral ning pärast kõhunäärme, sapipõie ja soolte operatsiooni.

Pakendis on 50 kattedkihiga tabletti à 20000 lipolüütilist ühikut solisüümi.

SOMYLASUM

Somilaas on solisüümi ja α -amülaasi kombineeritud preparaat.

Somilaas hüdrolyüsib taimseid ja loomseid rasvu, lõhustab polüsahhariide, mille tagajärjel kompenseeritakse seedetrakti ensüümivaegus.

Preparaati kasutatakse kõhunäärme funktsioonide ja seedetegevuse puudulikkuse ning toitumisrežiimist tingitud funktsionaalsete häirete korral.

Pakendis on 50 kattedkihiga tabletti à 0,0286 g solisüümi ja 0,1363 g α -amülaasi.

4 EESTI ARST

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1989

Asutatud 1922. aastal

SISU

JUHTKIRI

- J. Riiv — Arstist ja arstimisest 243
L. Karu — Saastatud elukeskkond on meie valulaps, nii otseses kui ka kaudses mõttes 246
Balti rahvaste õiguste deklaratsioon 247
Resolutsioon stalinismi kuritegudest 248

TEORIA JA PRAKTIKA

- M. Kundla, I. Randmaa — Robinsoni indeksi informatiivsus stenokardiahaigetel individualiseeritud antianginaalse ravi korral 249
T. Popova, V. Subi, I. Randmaa, S. Malõgin — Meremeeste organismi adaptiivsed muutused pikaajalistel reisidel troopikas 252
L. Luiksaar — Dermatofüütia esinemis-sagedus Võru rajoonis 256
T. Tasmuth — Pahaloomulised maksa-kasvajad lastel 259

ÜLEVAATED

- M. Mägi — Käitumise aktiivsuse, moti-vatsioonide ja emotsioonide füsioloogia 262

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

- D. Võzull, E. Saarnok — Hailey-Hailey villtõve juht 266

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

- R. Malbe — Eesti rahva tervis 1988. aastal 268
Valitsuskomisjoni informatsioon Kirde-Eesti laste grupiviisilise haigestumise põhjuste väljaselgitamise kohta 270

MÖTTEVAHETUS

- H. Rüütli — Suriija põetamine 273

ARSTITEADUSE AJALOOST

- I. Käbin — Eesti Arstide Seltsi aja-loost 277
A. Viksna, H. Gustavson — Meditsiini-doktor Vilis Derumsi mälestuseks 281

VÄLISMAALT

- H. Sillastu — Reis Hiinamaale retro-spektiivis 282

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

- R. Zupping — III Eesti neuroloogide, neurokirurgide ja psühhiaatrite kongress 284
R. Zupping — Üleliidulise Neuropato-loogide Seltsi presiidiumi väljasõiduistung ja üleliidulise probleemikomisjoni «Kesk-närvisüsteemi haigused» pleenum 284
M. Tarum — Leedu Arstide Liidu taas-asutamise kongress 285
M. Gustavson — Rahvusvaheline seminar «Meditsiiniõe ja velskri osa esmaabis» 285

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

- M. Moks — Uus meditsiinikandidaat 286
Teaduslikke kutseid 286

ASKLEPIOSE KLUBIS

- Eesti Arstide Liidu ja Eesti Lastekaitse Liidu lähemad ülesanded 287

EESTI ARSTIDE LIIDUS

- V. Laos — Eesti Arstide Liidu volikogus 293
H. Kelk — Tartu Arstide Liidus 294

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

- L. Tamm — Meie lapse mured 295

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

- M. Otter, L. Nurmand — Retseptuuri põhimõisteid ja oskussõnu 297
O. Kibe — Eesti arstiteaduslikust oskus-keelest 303

MEIE JUUBILARE 309

- Elvine Kuik, Johannes Luur, Eliazer Beltšikov, Lii Jannus, Viktor Kalnin, Kelli Tühis, Ilmar Vahula

REFERAATE 311

TARTU ÜLIKOO LIS 312

IN MEMORIAM 313

- Ralf Uuetoa, Jiri Rotta

KROONIKA 314

- Eesti NSV teadlaste publikatsioone välis-maal 317
Eesti NSV teadlaste lõpetatud uuri-musi 317

AUTOREILE

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

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

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

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

«Eesti Arst»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekonnad. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil

Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

Lembit Allikmets, Pavel Bogovski, Andres Ellamaa, Natan Elstein, Kadri Gross, Ants Haavel, Vello Ilmoja, Tenno Jänes, Ain-Elmar Kaasik, Laur Karu, Maano Kivilo, Heino Kokk, Vello Laos (peatöötaja asetäitja), Jüri Saarma, Eduard Sassi, Uno Sibul, Rein Zupping, Leo Tamm, Oku Tamm (peatöötaja), Matti Tarum, Rein Teesalu, Kaljo Villako.

Korrektor H. Brus. Tehniline töötaja L. Viller. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kalaku 3, tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 12. 06. 1989. Trükkimisele antud 03. 08. 1989. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,71. Tell. nr. 2597. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ээсти Арст» (Врач Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР и Союза врачей Эстонии. Издательство «Периодика», Таллинн. Тираж 5800. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,71. Заказ № 2597. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Таллинн, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika». «Eesti Arst», 1989

UDK 614.253

Arstist ja arstimisest

Jaan Riiv · Tartu

Umbes 6000 aastat tagasi tutvus inim-olevus kirjutamiskunstiga ja hakkas tegelema elementaarmatemaatikaga. Leiutati metallitöötlemiskunst ja ratas. Osati juhtida vett kanalitesse ja jälgi-da tähtede liikumist. Kuid haigused ja surm on olnud inimkonna saatjateks kõikidel aegadel. Nii tekkis arstiprofession ja arenes arstimiskunst. Seetõttu käsitlevad kõige vanemad meie ajani säilinud ürikud meditsiini ja mate-maatikat.

Meditsiinilise deontoloogia hälliks on Vana-Kreeka. Tolle aja arstide mo-raalne ja eetiline tase oli kõrge. Nad olid humanistid, tegelesid filo-soofia ja kunstiga, pidasid loenguid tervisest ja hügieenist, tegid annetu-si oma linna asutustele. Paljud arsti-de omavahelist ning arsti ja haige suht-lemist reguleerivad normid kujunesid välja tavaõiguslikult ning kehtivad kut-se-eetika reeglitenä tänapäevani, olgugi et ajastust ja teaduse arengust johtuvate korrektiividega.

Oma kutsetööle asudes annab arst vande mida algselt tunti Hippokratese vandena ja milles pöörduti tervise-jumalate Apolloni, Asklepiose, Hygieia, Panakeia ja teiste poole töötusega pidada ettekirjutatud reeglitest kinni kuni elu lõpuni. Kuigi Hippokra-tese vande algteksti ei ole säilinud, on põhjust arvata, et meile teadaolev va-riant on originaalilähedane. Nagu Ho-meros, Kristus ja Sokrates, ei kirjuta-nud ka Hippokrates üles ühtegi sõna. Vähemalt 58-kõiteline «Corpus Hippo-craticum» on kirja pandud tema õpilas-te ja tõenäoliselt ka teiste koolkondade arstide poolt alles mitu sajandit pärast Hippokratest.

Esimene vande osa käsitleb arsti ko-hustusi oma õpetaja ja selle perekonna-liikmete vastu, rõhutatakse ametisala-

duse hoidmise nõuet. Tegemist on oma-pärase tsunftilepinguga. Teine vande osa sisaldab arstitegevuse eeskirju, mis arstikutse kõlbelse põhialusena on ra-kendatavad meie ajani.

Nõukogude Liidu kõikides meditsiini-kõrgkoolides kehtestati arstidiplomi saa-jate vandetootuse andmine 1971. aastal. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas taas-tati selline rituaal kümme aastat varem. Aastate jooksul on vandetöotu-se teksti mitmel korral muudetud, kuid sisu on jäänud põhiliselt endiseks. Käes-olevast aastast tuleb noortel arstidel anda järgmine töotus.

Saades arsti ülla kutse ja asudes arstina tööle, töotan:

pühendada kõik oma teadmised ja ko-gu jõu inimese tervise kaitseks, haigete raviks ja haiguste ärahoidmiseks, töö-tada kohusetundlikult seal, kus seda nõuavad rahva huvid;

olla alati valmis arstiabi andma, suhtuma haigetesse tähelepanelikult ja hoolitsevalt, hoidma arstlikku saladust;

täiendada pidevalt oma teadmisi ja oskusi, arendada arstiteadust ja arsti-kunsti;

kui seda nõuavad haige huvid, küsida nõu oma kutsekaaslastelt ja olla ka ise valmis nõu andma ja neid abistama;

kaitsta elukeskkonda, teha kõikvõi-malik selle seisundi tervendamiseks ja inimeste aktiivse pikaeealisuse saavu-tamiseks;

hoida ja arendada arstiteaduse hu-maanseid traditsioone, alati meeles pi-dada arsti üllast kutsumust, tema vastu-tust rahva ees.

Töotan olla truu ametivandele kogu oma elu aja.

Farmatseudid annavad vastava pro-viisori ametivande.

Võrreldes varajasemate tekstidega, on käesolevat lihtsustatud ja vabastatud liigsest paatosest. Rõhutatud on arsti tegevust haiguste ärahoidmisel, elukesk-konna kaitsmisel ja aktiivse pikaeealisu-se saavutamisel. See asendab 1983. aastal sisseviidud deklaratiivset üleskutset kaitsta rahu ja võidelda tuumasõja vas-tu. Kuid arsti tegevuse ühiskondlikku olemust fikseerib ka uus redaktsioon.

Tuleb olla inimlik ja loomulik, sest see on arsti elukutse tähtis ja kõikevõitev koostisosa. Olla arst tänapäeval tähendab jätkata selle elukutse mitmetuhandeaastasi traditsioone. Olla arst vanade hipokraatiliste kriteeriumide järgi tähendab olla inimene, olla ühiskonna liige ja ühendada eneses kolme tegevussfääri: meditsiinilist, universaalset ja humaanset. Tulevane arst, hoolimata fundamentaalteaduste ja tehnika üha suurenevast osatähtsusest, on kujuteldav spetsialistina, kelles on integreeritud teadlane, kunstnik, filosoof ja kogemustega praktik. Ainult sellises ühtsuses on võimalik tunnetada elu ja aru saada inimese loomusest kogu tema mitmekülguses; teadmiste, oskuste ja kunsti adekvaatsel ühendamisel saavutatakse meisterlikkus.

Arstitöötuses on välja toodud põhilised arstieetika nõuded tänapäevasele vaadatuna. Vast olnuks otstarbekohane rõhutada ka *primum non nocere* printsiipi, mille vastu eksitakse liialt tihti.

Paraku valitseb arsti vandetöötuse ilusate sõnade ja tegeliku elu vahel sügav vastuolu. Peapõhjuseks on meie ühekülgsele sotsialiseeritud meditsiinisüsteem. Arstikutse on devalveeritud tavalse teenistuja tasandile. See määrab haige suhtumise arstisse ja vastupidi. Kannatab eelkõige haige, sest arst on psühholoogiliselt häälestatud tegema tuima käsitööd. Elame praegu ökoloogilise ja hingelise tasakaalutuse ajal. On tekkinud sõpruse, üksteise mõistmise, üksteisesse tähelepaneliku suhtumise ja südamlikkuse defitsiit. Üks suur meditsiini puudus on ka vähene pieteeditunne haige vastu ja arstimise vastu üldse. Arst on eemaldunud ühtsusest: tean, oskan, tahan. Tahtmisest jääb eriti vajaka. Üldise võrdsustamise tagapõhjal jääb nõrgalt kõlama hästi töötamise motiiv. Kahtlemata aitaks olukorda parandada enam diferentseeritud töötasustamise kord. Kes teeb keerukamat, vastutusrikkamat tööd, peab selle eest ka rohkem tasu saama. Sama tuleb kehtestada ka töö mahu ja tasu suuruse suhtes: arsti, keda haiged rohkem eelistavad, tuleb adekvaatselt

tasustada. See oleks mõne arstieetika printsiipide ja seadusandlusega kehtestatud eeskirja eiramise pidurdamise üks põhieeldusi, eriti pistise ootamise, andmise ja vastuvõtmise osas. See väärnähtus on meie allakäinud ja deformeerunud meditsiini tagajärg. Muijal maailmas sellist nähtust ei tunta. Tänuhulka patsiendilt arstile antud kingituses ei ole aga eetika seisukohalt mingeid vastuväiteid. Eks tehtud neid ka Hippokratese-aegsetele arstidele. Paralleelne tasulise arstiabi süsteem ei ole meil soovitatav, sest siis süveneks sotsiaalne ebavõrdsus veelgi. Kogu meditsiiniorganisatsioon peaks siiski olema mitmekülgne ja paindlik, kusjuures mõned profülaktika, diagnoosimise ja taastusravi menetlused võiksid olla ka tasulised. Põhiline on see, et ükski haige ei tohiks end tunda ahistatuna.

Eelmise sajandi algusest pärit mõtekild — tulevikumeditiin on kas loodusteadus või üldse mitte teadus — on jäänud kehtima. Niisama õige on ka tõsi, et arstimine on midagi rohkemat kui ainult loodusteaduslik meditsiin. Nagu G. Tsaregorodtsev väidab, tekivad arsti ja haige suhetes täiesti unikaalsed, kordumatud situatsioonid, mille puhul tavakodaniku aususest ja korralikust tööse suhtumisest jääb arsti jaoks väheseks. Ta peab välja arendama selliseid omadusi ja vaimseid võimeid, mida teiste elukutsete esindajailt enamasti ei nõuta. Tõeline ja hea arst peab teadmiste kõrval laskma rääkida oma kunstniku intuitsioonil. Paljud arstid on aga ülemäära arvestavad, ülemäära ratsionaalsed. See teeb nende tegevuse tuimaks ja ühekülgseks. Meie elus ei allu kõik loogikareeglitele. Arstimine on oma olemuselt ühitumine haige inimesega, oskus haigusprotsessis haige isiksust avada, sellest aru saada ja püüda seda kõrvaldada. Et haiget haarata ja haigust mõista, tuleb teda mõista terviklikult. See on oskus ja kunst ühte aegu. See on arstimeisterlikkus. Organismi terviklikkust saab haarata põhiliselt kogemuste ja intuitsiooni kaudu, mitte aga ainult aparadi- ja analüüsinäitude abil. Arsti teadmised on tekst, kuid sellele on vaja

veel allteksti. See on selline kõrvale tabamatu ultraheli, mida tagab kogemus ja mille kaudu võib saavutada kliinilise meisterlikkuse.

Igal teadusharul on oma täpsuse määr. See kehtib ka meditsiini kohta. Alati ei saa täpsust määratleda aritmeetiliselt, pigem on see funktsionaalne mõiste. Teadusliku üldistuse, seaduspärasuse taga peituvad veel nähtuse individuaalsed iseärasused, kuid ka esteetilised ja eetilised momendid. Tegemist on vastava nähtuse, seaduspärasuse emotsionaalse küljega. Meditsiini aga on eluga seotud teadus ja ta seisab kõrgemal kui arvulised näitajad. Ka kunstnikud tunnetavad asju sügavamalt, kui seda võimaldavad mõõdustik ja arvud. Neil on oma vahendid. Samuti peab arst teadma, et mõõta saab veel millegi muuga, hoopis teist moodi kui ainult aparaatide ja loenduritega. Siinses asjade maailmas on sellisteks vahenditeks meeled ja tunded. Seega on olukorra hindamisel alati suuremal või vähemal määral olemas emotsionaalne tagapõhi. Emotsioonid võimaldavad käituda õigesti isegi informatsioonivaeguse korral. Kuigi teatud juhtudel võib olukord osutuda vastupidiseks, ei vähenda see emotsionaalse faktori osatähtsust arstimisest.

Arst on oma töös avastaja, iga haige juures uuesti ja eraldi. Arstimise juures ei tohi arst käituda kui ametnik, vaid kui mõtleja. Tänapäeva arsti töökultuur eeldab sotsiaalset kasvatust ja filosoofilist alust. Haige mõistab arsti, kui arstil on teadmiste kõrval veel ka kultuuri. Mis on arsti töökultuur? See on humanistlik haritus ja filosoofiliselt orienteeritud oskus kasutada põlvkondade jooksul kogutud vaimseid väärtusi. See on traditsioonide jätkamine. Kultuurse arsti töös ilmneb kõige eredamalt teaduse ja kunsti ühtsus. Selle saavutamiseks on vajalik pikaajaline kasvatus. Mainitud kasvuaega aitab lühendada vaid armastus oma töö, oma kutse vastu. Teiste sõnadega, on vajalik professionilembus. Võib olla, et nüüdisaja arstil ei jää puudu mitte niivõrd teadmistest ja nende teadmiste

rakendamise oskustest, kuivõrd kultuurist, eelkõige hingekultuurist. Haige ootab arstilt niisama palju inimlikku soojust ja kaastunnet kui arstimiskunstigi. Ja et kõik need meditsiiniprofessiooni põhilised eetilised nõuded seisaksid konkretiseeritult silme ees, annabki noor arst pidulikult ametivande.

Summary

The doctor and medical treatment. Medical treatment should be regarded as a remarkable art in which knowledge, experience and philosophy are joined together to form a unique quality. According to old Hippocratic criteria, to be a doctor means to be a philanthropist and a real member of society. As a pity, there is a big difference between the fine words of Hippocratic oath and real life which is caused by our distorted medical system. Medical profession has been put on a part with an office worker's job. As a result of such equalization, doctors have become modest about their own performances and, psychologically, have got used to dull, mental tasks. In fact, doctor's work is entirely creative: the doctor is simultaneously an inventor, thinker and artist. The resources of the doctor's humane qualities determine the plenitude of power in his or her occupational work. The patient expects from a doctor three things: human warmth, compassion and medical skill.

Резюме

Врач и врачевание. Функцией врача является врачевание. Врачевание следует рассматривать как феномен, при котором знания, опыт, искусство и философия сливаются в самостоятельное качество. По старым гиппократовским критериям быть врачом означает быть человеком, быть членом общества и соединять в себе три сферы деятельности: медицинскую, универсальную и гуманистическую. Однако между прекрасными словами врачебной клятвы и реальной жизнью существует глубокое противоречие. Основной причиной этого является наша деформированная медицинская система. Профессия врача девальвирована до уровня обычного служащего. В результате общего уравнивания все слабее звучит мотив добросовестного труда и врач психологически настраивается на однообразную ремесленную работу. В действительности труд врача является творческим. Врач одновременно открыватель, мыслитель и художник. Чем больше у врача резервы его общечеловеческих качеств, тем богаче и сильнее он в своей профессиональной работе. Больной ждет от врача как человеческого тепла и сочувствия, так и искусного врачевания.

*Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
sisehaiguste propedeutika kateeder*

Saastatud elukeskkond on meie valulaps, nii otseses kui ka kaudses mõttes*

Valitsuskomisjoni esimehena uurisin Sillamäe laste haigestumist ning tutvusin Narva, Kohtla-Järve ning Sillamäe sotsiaalsete ja ökoloogiliste probleemide ja pingetega. Täna tahaksin öelda järgmist. Oleme ühe väikese vabariigi elanikud, kus elu on võimalik vaid ühtseid ja inimsõbralikke teid kasutades. Edasisel maa ja rahva mürgitamisest üleliiduliste ametkondade voli all sureme täiesti kindlalt ja ühtemoodi rahvusele vaatamata.

Mida enam äärmuslastest eri poliitilistel seisukohtadel olevad eri rahvusest poliitikud avalikult ja salaja üksteist ärritavad solvavate äärmuslike esinemistega, seda vähem tahavad erinevat keelt rääkivad inimesed üksteist abistada ja mõista, seda kiiremini haigestume ja sureme, siis juba ükskõik milliste uhkete rahvuslike loosungite all. Nii et selles mõttes pole rahvuslikke muresid, vaid on ühised Eestimaa mured.

Meie ühine ülesanne on meie majandus, inimesed ja loodus kriisiseisundist välja tuua. Milline võiks olla väljapääs? Kas edasine uhke paljasõnaline võitlus, laskumata ühiste maapealsete asjade lahendamisse või peaksime leidma ühised probleemid, koondama jõud ja koos lahendused leidma? Arvan, et viimane tee annab meile palju enam. Näiteks ühine tegevus invaliidide, haigete, vanurite ja laste heaks.

Samal ajal kehtivad karmid üleliidulised seadused ka sellel, meile vähetuntud maa-alal, kus üleliiduline ametkond võtab tehaselt ja linnanõukogult kogu teenitud valuuta ja raha. Vabariigi suurettevõtete tsehhid ja filiaalid ei aita oluliselt kaasa linna heakorrale ja sotsiaalprobleemide lahendamisele. Seega jäävad Eestimaale valu ja saast, üleliidulistele ametkondadele au ja raha.

*Selle sõnavõtuga esines tervishoiuminister L. Karu 1989. aasta mais toimunud EKP Keskkomitee XIV pleenumil.

Oleme maa, õhu ja vee üle kemiseerinud ja mürgitanud. See, mida näeme täna haigete laste näol Sillamäel ja Kohtla-Järvel kui kõige suuremat ökoloogilist koormust kandval maa-alal esimesena, võib homme jätkuda juba igas Eestimaa paigas.

Kas oleme võitluseks inimese eest valmis? Ei ole, võin täie kindlusega öelda. Me pole seda moraalselt ega materiaalselt. Puudub sisuline soov abistada teist, eriti nõrgemat. Puudub enamik aparatuuri, mida on vaja, et üldse teada, mis toimub meie looduses ja inimeses, eriti kahjustuste algjärgus. Hoides kokku inimese ja looduse kaitse arvelt, avastame ikka alles tagantjärele, miks keegi haigestus, suri.

On vaja ühendada kõik jõupingutused, et vabaneda üleliiduliste ametkondade omavoli alt ja jätta meie töötajate teenitud raha Eesti käsutusse. Peame oma jõud ühendama ka seetõttu, et enamik üleliidulisi ministeeriume praegu ja ilmselt ka lähemas tulevikus keeldub Eestimaa territooriumile paigutamast olulisi täiendavaid kapitaalvahutusi ja eraldama valuutat, seda ka meditsiiniaparatuuri ja ravimite tootmiseks. Kõik on jäetud vabariigi valitsuse siseasjaks. Kui see nii on, siis olgem targad ja tugevad, et oskusliku tootmise ja targa poliitikaga saavutada vajalik iseseisvus. Et vabariiki edasi viia, tagada inimväärne elu kõigile, kes tahavad Eestimaa elu edendada, sõltumata rahvusest ja usutunnistusest, peame andma vastulöögi neile, kes kisuvad meid rahvuslikule vaenule ja omavahelistele pisinäaklustele, seda tihti isikliku ambitsiooni nimel.

Peame oma asju korraldama ise. Jätkem kõrgid ja solvavad sõnad, asugem oma maapealset elu inim- ja elamisväärseks kujundama, nagu lubas ka enamik saadikukandidaate oma valimiselsetes platvormides.

Laur Karu

Balti rahvaste õiguste deklaratsioon

Üldinimlike väärtuste prioriteet on maailma poliitikas omandamas üldist tunnustust. Orientiiriks saab inimkonna edasine progress, mille tingimuseks on kõigi rahvaste säilitamine ja areng. Rahvuskultuurides sünnivad ja säilivad inimese elu ja tegevuse tähtsaimad väärtused. Analoogiliselt inimõiguste tunnustamisega annab rahvaste õiguste tunnustamine poliitilisele arengule kõigis riikides humanistliku ja demokraatliku suunitluse.

BALTI RAHVAD rajavad oma õigused rahvusvahelise õiguse üldtunnustatud normidele, mis on fikseeritud ÜRO põhikirjas, inimõiguste ülddeklaratsioonis, koloniaalmaadele ja -rahvastele sõltumatuse andmise deklaratsioonis, kodanike poliitiliste õiguste rahvusvahelises paktis, majanduslike, sotsiaalsete ja kultuuriliste õiguste rahvusvahelises paktis, Euroopa julgeoleku koostöönõupidamise Helsingi dokumentides ning Vjini kohtumise lõppaktis.

BALTI ASSAMBLEE leiab, et stalinismi poliitika lahutamatuks osaks oli genotsiid. Stalinismi kõike tasalülitav ideoloogiline süsteem ja repressiivne poliitiline praktika likvideeris nii inimõigused kui ka oma võimu piirkonda haaratud rahvaste rahvusõigused. Annekteerides Balti riigid hävitas Nõukogude Liit Eesti, Läti ja Leedu riikluse ning tegi kõik võimaliku nende rahvusliku identiteedi hävitamiseks.

BALTI RAHVAD, jäänud püsima läbi ülisuurte raskuste, ei oma ka täna tegelikult võimalust määrata oma saatust ja saavutada riiklikku suveräänsust. Endiselt pole olulisi muutusi NSV Liidu suurriiklikus ideoloogias ja poliitikas, mille kohaselt rahvus on vaid mööduv ja progressi segav nähtus. Nõukogude Liidu võimustsüsteem eirab isegi rahvaste kõige ettevaatlikumaid enesemääramise katseid.

BALTI ASSAMBLEE, püüeldes oma rahvaste loomulike ja võõrandamatute õiguste realiseerimisele, deklareerib rahvaste ja rahvaste:

õigust eksistentsile oma ajaloolisel territooriumil;

õigust enesemääramisele ja oma poliitilise staatuse vabale määramisele;

õigust ja kohustust säilitada ja arendada oma kultuuri ja omapära;

kohustust tagada kodnikuõigused ja võimaldada kultuurilist omavalitsust kõigile tema territooriumil elavatele rahvus- ja etnilistele gruppidele;

õigust majandamisvormidele, mis kindlustavad nii rahvuse sotsiaalse ja kultuurilise terviklikkuse kui ka loodusvarade säästliku kasutamise ja looduskeskonna säilimise;

õigust iseseisvale koostööle teiste rahvaste ja riikidega.

Need õigused ja kohustused peavad saama Balti rahvaste edasise poliitilis-majandusliku arengu aluseks. Sellega väljendab Balti Assamblee oma rahvaste püüdlust riiklikule suveräänsusele neutraalses ja demilitariseeritud Baltoskandias.

*Eestimaa Rahvarinde
Rahvavolikogu*

*Lätimaa Rahvarinde
Duuma*

Leedumaa «Sajūdise» Seim

Tallinn, 14. mail 1989. a.

Resolutsioon stalinismi kuritegudest

1920-ndail aastail kehtestusid NSV Liidus rahvavastane totalitaarne režiim ja halastamatu repressioonipoliitika, pannes maksma riikliku terrori süsteemi, mille retsidiive ilmneb tänase päevani.

Pärast 1940. aasta suvel toimunud annektsooni suruti Balti riikidele Eestile, Lätile ja Leedule peale totalitaarne režiim, mis alustas inimvihkajalike aktsioonide realiseerimist. Balti riikide rahvaste vastu eelnevalt planeeritud genotsiid kulmineerus massiliste küüditamiste ja mõrvadega neis vabariikides.

Väga paljude inimeste osaks said vangla ja piin. Kohaliku elanikkonna vastu suunatud riikliku terrori süsteem haaras sadu tuhandeid inimesi kõigist ühiskonnakihtidest, kaasa arvatud vanureid ja lapsi.

NSV Liidu repressioonipoliitika oli üheks peapõhjuseks massilisele emigratsioonile Balti riikidest, mis omakorda jättis ränga jälje Eesti, Läti ja Leedu rahvaste majanduslikule, sotsiaal-kultuurilisele ja demograafilisele arengule.

Humanismi ja demokraatiat ei saa olla ilma stalinismi kuritegude juriidilise hinnanguta ning süüdlaste vastutusele võtmiseta.

Õigluse nimel osavõtjad nõuavad:

1. Tunnistada NSV Liidu Ülemnõukogu poolt stalinismi poliitika ja riikliku terrori süsteem genotsiidiks Balti riikides Eesti, Läti ja Leedu rahvaste vastu ja kuriteoks inimsuse vastu.

2. Kompensatsioonid ja pensionid represseeritud isikutele maksta välja NSV Liidu eelarvest, kuna repressioonid toimusid liiduliste organite otsuse kohaselt ning represseeritud töötasid väljaspool oma vabariigi piire.

3. Avalikustada genotsiidis süüdi olevate isikute, nii algatajate kui ka vahetute täideviijate nimekirj, tunnistada kuritegelikuks ka organid nagu OGPU, GPU, NKVD ja muud seesugused, kes olid süüdi genotsiidi vahetus organiseerimises; toetudes rahvusvahelisest õigusest tulenevatele NSV Liidu kohustustele luua sõltumatu õiguslik mehhanism (analoogiliselt Nürnbergiga) inimsusevastaste kuritegude uurimiseks.

Eestimaa Rahvarinde
Rahvavolikogu

Lätimaa Rahvarinde
Duuma

Leedumaa
«Sajūdise» Seim

Tallinn, 14. mail 1989. a.

TEOORIA JA PRAKTIKA

UDK 616.12-009.72-07-08

Robinsoni indeksi informatiivsus stenokardiahaigetel individualiseeritud antianginaalse ravi korral

Malle Kundla Ivar Randmaa · Tallinn

Robinsoni indeks, stenokardia, antianginaalne ravi

Rinnaangiini teke on valdavalt seotud ühe või mitme pärgarteri olulise aterosklerootilise kahjustusega. Järjest sagedamini on aga avaldatud andmeid koronaararterite resistentsuse dünaamilise suurenemise kohta, mis nimetatud arterite orgaaniliste muutustega ei kombineeru mitte ainult variantstenokardia, vaid ka pingutusstenokardia korral (3, 5, 6). Patofüsioloogiliste mehhanismide erinevused tingivad ka erineva antianginaalse ravi taktika. Kaltsiumi antagonistid on näidustatud eelkõige stenokardia angiospastiliste vormide puhul, β -blokaatorid fikseeritud koronaarskleroosiga haigeil, nitraatide raviv toime avaldub mõlema komponendi olemasolul (5, 6, 7).

Töö eesmärk oli uurida stabiilses seisundis stenokardiahaigete antianginaalse ravi tõhusust akuutse koormustesti korral, sõltuvalt peamiste antianginaalsete preparaatide toimest mõnesse hemodünaamika parameetrisse, eelkõige kaksikproduktisse ehk Robinsoni indeksisse. Nimetatud näitaja muutus võimaldab kaudselt hinnata mitmesuguste tegurite, kaasa arvatud antianginaalsete ravimite mõju haige koronaarreservile (4, 6, 9).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti 40 35... 59 aasta vanust meeshaiget (keskmine vanus $51,3 \pm 0,9$ aastat), kellel esinesid stabiilne pingutusstenokardia (II...III funktsionaalne klass) ning veloergomeetriselt piiratud koormustaluvus (keskmiselt 90 W/min.). 28 haigel (70%) tehti koronarograafia. Kõigil neil esines stenoseeriv koronaarskleroos, seejuures 24 haigel kahe või enama arteri oluline stenoos või oklusioon. 21 haiget (52,5%) oli varem põdenud verifitseeritud müokardiinfarkti.

Kõigile uuritavale tehti veloergomeetriline paaristest enne ravimite manustamist ja siis, kui testpreparaat (20 mg korinfaari, 40 mg obsidaani ja 10 mg nitrosorbiidi) oli saavutanud toimumaksimumi. Koormust doseeriti 30 W kaupa, iga koormusastme kestuseks 3 minuti (10. EKG registreeriti 12 lülituses aparaadiga «Mingograf 82», arteriaalset rõhku mõõdeti Korotkovi meetodil. Preparaadi toimet peeti tõhusaks, kui ta pikendas koormuse kestust 3 minuti (ühe koormusastme) võrra või rohkem ($\Delta t \geq 3'$). Jälgiti preparaatide mõju järgmistele hemodünaamika parameetritele: südamefrekventsile rahuolekus ja koormuse maksimumil ($ST_1 \leq 0,10$ mV), kronotroopsele reservile (südame löögisagedus rahuolekus lahutatuna tema koormuspuhusest maksimumaalsest väärtusest), inotroopsele reservile (süstoolne rõhk rahuolekus lahutatuna süstoolse rõhu koormuspuhusest maksimumaalsest tasemest) ja Robinsoni indeksile (koormuspuhune südamefrekvents $\times$ süstoolne rõhk $\times 10^{-2}$). Ravimite toimet nimetatud näitajatesse võrreldi nende toimega koormustaluvusesse veloergomeetrisel paaristesti ajal. Andmeid töödeldi statistiliselt, kasutades Studenti t-kriteeriumi ja korrelatsioonikoefitsienti (r).

Uurimistulemused ja arutelu. Korinfaar annuses 20 mg pikendas koormustaluvuse kestust ≥ 3 minuti võrra 17 stenokardiahaigel, ülejäänud 23 haigel ravim koormustaluvusele küllaldaselt ei mõjunud (Δt vastavalt $3,4 \pm 0,1$ min. ja $1,4 \pm 0,2$ min.; $P < 0,001$). 40 mg obsidaani tagas koormustaluvuse kestuse pikenemise ≥ 3 minuti võrra 16 haigel, 23 haigel oli preparaat väheefektiivne või efektitu (Δt vastavalt $3,7 \pm 0,2$ min. ja $1,4 \pm 0,1$ min.; $P < 0,001$). Ühel haigel loobuti obsidaantestist vastunäidustuste tõttu. 10 mg nitrosorbiidi puhul registreeriti 20 haigel 40-st koormustaluvuse kestuse pikenemine ≥ 3 minuti ulatuses (Δt vastavalt $4,0 \pm 0,2$ min. ja $1,7 \pm 0,2$ min.; $P < 0,001$).

Testpreparaatidest põhjustatud muutused hemodünaamika parameetrites sõltuvalt nende efektiivsusest veloergomeetrisel paaristestide kasutamisel on esitatud tabelis. 17 patsiendil, kellel

Tabel. Antianginaalsetest preparaatidest põhjustatud hemodünaamika parameetrite muutused (Δ) stabiilse stenokardiaga haigeil sõltuvalt nende preparaatide efektiivsusest veloergomeetritel paaristestidel ($M \pm m$)

Preparaat (annus)	Preparaadi efektiivsus	Haige- te arv (n)	Südame löögi- sageduse muutus rahuolekus ($1 \times \text{min}^{-1}$)	Südame löögi- sageduse muutus koormuse maksimumil ($1 \times \text{min}^{-1}$)	Kronotroopse reservi muutus ($1 \times \text{min}^{-1}$)	Inotroopse reservi muutus (mmHg)	Robinsoni indeksi muutus koormuse maksimumil
Korinfaar (20 mg)	Efektiivne	17	$-3,8 \pm 2,3$	$+17,5 \pm 1,3$	$+21,3 \pm 2,6$	$+12,8 \pm 5,6$	$+35,8 \pm 3,3$
	Mitteefektiivne	23	$+0,83 \pm 1,5$ $P > 0,05$	$+13,6 \pm 2,4$ $P > 0,05$	$+12,7 \pm 2,5$ $P < 0,05$	$+6,3 \pm 1,9$ $P > 0,05$	$+21,7 \pm 4,6$ $P < 0,05$
Nitrosorbiid (10 mg)	Efektiivne	20	$+7,2 \pm 1,6$	$+13,5 \pm 1,9$	$+6,4 \pm 2,4$	$+15,3 \pm 3,6$	$+26,5 \pm 5,4$
	Mitteefektiivne	20	$+5,2 \pm 1,8$ $P > 0,05$	$+12,9 \pm 2,1$ $P > 0,05$	$+7,7 \pm 2,7$ $P > 0,05$	$+5,5 \pm 3,6$ $P > 0,05$	$+14,6 \pm 5,9$ $P > 0,05$
Obsidaan (40 mg)	Efektiivne	16	$-14,4 \pm 2,2$	$-8,7 \pm 2,8$	$+5,7 \pm 2,5$	$+11,2 \pm 1,9$	$-12,3 \pm 6,2$
	Mitteefektiivne	23	$-10,3 \pm 1,6$ $P > 0,05$	$-8,8 \pm 1,7$ $P > 0,05$	$+1,4 \pm 2,2$ $P > 0,05$	$+5,7 \pm 2,2$ $P < 0,05$	$-13,1 \pm 3,8$ $P > 0,05$

korinfaar pikendas akuutses testis koormuse kestust 3 minutit või rohkem, suurenesid nii kronotroopne reserv kui ka Robinsoni indeks (DP) koormuse maksimumil rohkem ($P < 0,05$) kui ülejäänud 23 haigel, kellel preparaat piisavat efekti ei andnud. Seejuures suurendas korinfaar valdaval osal esimesena nimetatud haigeist Robinsoni indeksi koormuspuhust maksimaalväärtust üle 20% (kasv keskmiselt $23,9 \pm 2,5\%$). Seos koormustaluvuse paranemise ja Robinsoni indeksi muutuse vahel ilmnes ka korrelatsioonanalüüsil, mille järgi näitaja Δt korreleerus näitajaga ΔDP ($r = 0,50$; $P < 0,01$). Samasugune tendents tuli esile ka nitrosorbiidi puhul: Robinsoni indeksi suurenemine oli rohkem väljendunud neil, kellel preparaat pikendas koormuse kestust ≥ 3 minuti võrra. Korrelatsioonanalüüsil ilmnes nõrk positiivne seos Δt ja ΔDP vahel ($r = 0,34$; $P < 0,05$).

Põhimõtteliselt teistsuguseid hemodünaamika muutusi põhjustas obsidaan, mis vähendas südame löögisagedust nii rahuolekus kui ka koormuse maksimumi korral ja viimasest sõltuvalt ka Robinsoni indeksit. Seejuures ei erinenud hemodünaamika muutused haigetel, kellel preparaat osutus koormustestil efektiivseks, muutustest neil, kellel efekti ei saadud. Erandi moodustas vaid inotroopne reserv, mis suurenes rohkem esimestel.

Kaksikprodukt ehk Robinsoni indeks on kaudne näitaja, mis on iseloomulik müokardi hapnikutarbimise tasemele südamelihase isheemia tekke korral (1, 9). See näitaja on reprodutseeritav, ta ei sõltu koormuse tüübist ega laadist tingimusest, et koronaarverevool jääb konstantseks. Robinsoni indeksi suurenemine müokardi isheemia tekke ajal viitab kaudselt sellele, et vastav agens (ravim või muu tegur) on parandanud koormustaluvust koronaarverevoolu suurendamise teel. Kui aga koormustaluvus suureneb, ilma et Robinsoni indeks seejuures muutuks, vähendab vastav agens esmajoones müokardi hapnikutarbimist koormuse erinevatel astmetel (4, 6).

Neist teoreetilistest pidepunktidest lähtudes võime väita, et korinfaar suurendas 17 meie poolt uuritud koormustaluvust, kuna parandas neil müokardi isheemiliste piirkondade verevarustust. Võrreldav on see H. Araki ja kaasautorite (2) tööga, mille põhjal kaltsiumi antagonistid kõrvaldavad variantstenokardiaga haigetel isheemilised muutused EKG-s koormustesti ajal ja väldivad sellega koormusest tingitud koronaar-spasmi ilmutumist. Nii antud töö kui ka kirjanduse andmetega kooskõlas baseerub ka nitraatide toime analoogsel toimemehhanismil (8). Obsidaan põhjustas meie poolt uuritud Robinsoni indeksi mõningast langust, mis vastab seis-

kohale, et propranolool ei paranda südame isheemiatõvega haigeil koor-mustaluvust mitte koronaarverevoolu suurendamise, vaid müokardi hapniku-tarbimise vähendamise teel (9).

Järeldused.

1. Lihtsalt määratav Robinsoni indeks annab täiendavat informatsiooni iga stenokardiahaige tarvis mõjusa preparaadi leidmise kohta.

2. Tõhusat isheemiavastast toimet võib oodata haigetel, kellel korinfaar Robinsoni indeksit koormuspuhuselt oluliselt (üle 20%) suurendab.

3. Lähtudes antianginaalsete preparaatide erinevatest isheemiavastastest toimemehhanismidest, on stenokardiahaige ravimisel soovitatav korinfaari kombineerida obsidaaniga, mitte nitrosorbiidiga.

KIRJANDUS: 1. Amsterdam, E. A., Mason, D. T. *Cardiology*, 1977, 62, 174—189. — 2. Araki, H., Hayata, N., Matsuguchi, T. a. o. *Br. Heart J.*, 1986, 56, 2, 138—145. — 3. Chierchia, S., Glazier, J. J., Gerosa, S. *Am. J. Cardiol.*, 1987, 60, 36^A—40^A. — 4. Choong, C. Y. P., Roubin, G. S., Bantovich, B. J. a. o. *Am. J. Cardiol.*, 1987, 60, 10^H—14^H. — 5. Conti, C. R. *Am. J. Cardiol.*, 1985, 55, 41^B—49^B. — 6. Epstein, S. E., Cannon III, R. O., Watson, R. M. a. o. *Am. J. Cardiol.*, 1985, 55, 61^B—68^B. — 7. Fox, K. M., Levy, R. D., Quyyumi, A. A. *Am. J. Cardiol.*, 1987, 60, 33^A—35^A. — 8. Ganz, P., Abben, R. P., Barry, W. H. *Am. J. Cardiol.*, 1987, 59, 1, 66—70. — 9. Robinson, B. F. *Postgrad. Med. J.*, 1979, 52 (suppl. 4), 43—45.

10. Метелица В. И., Пиотровский В. К., Кокурина Е. Б. и др. В кн.: Новое в кардиологии. М., 1985, 69—73.

Summary

Value of Robinson index in the choice of therapy in patients with angina pectoris. It is known that ischaemia in the myocardium may change the dynamic range of the resistance of the coronary arteries.

Antianginal drugs with a different mechanism of action were investigated. 40 patients with stable angina pectoris of the II and III functional class, having a significant coronary atherosclerosis, were selected for the study.

The effects of corinfar 20 mg, nitrosorbid 10 mg and anaprilin 40 mg on both exercise capacity and the product of systolic pressure and heart rate (Robinson's index, an indirect index of myocardial oxygen demand) were studied. When administration of corinfar improved exercise performance, the improvement was usually associated with an increased Robinson's index at peak exercise ($r=0.50$,

$P<0.01$). The results are compatible with the hypothesis that the first of the mechanisms, by which calcium-channel blockers improve exercise capacity in patients with angina, is dilating the coronary arterial system. The results will enable the physician to develop more effective medical approaches to alleviate ischemic pain.

Резюме

О значении индекса Робинсона при индивидуализации терапии у больных стенокардией. С целью объективизировать действие того или иного антиангинального препарата при выборе терапии ИБС предложена методика парных велоэргометрических тестов (ПВЭМ). Медикаментозные средства, относящиеся к различным фармакологическим группам, обладают разными механизмами действия на показатели гемодинамики, в том числе и на двойное произведение (ДП), или индекс Робинсона.

Задачей настоящей работы было изучить информативность ДП при оценке эффективности коринфара, обзидана и нитросорбида у конкретного больного стенокардией. В исследование было включено 40 больных ИБС II...III функциональных классов, 70% из которых были коронарографированы. Препарат считали эффективным, если он обеспечивал прирост толерантности к нагрузке при ПВЭМ не менее трех минут. Коринфар в дозе 20 мг оказался эффективным у 17 больных, обзидан в дозе 40 мг — у 16 и нитросорбид в дозе 10 мг — у 20 больных. Тест с коринфаром выявил положительную корреляционную зависимость между приростом ДП и повышением толерантности к нагрузке при ПВЭМ ($r=0.50$, $P<0.01$), главным образом за счет хронотропного действия препарата. Тест с обзиданом обнаружил противоположную зависимость, в то время как тест с нитросорбидом показал лишь некоторое увеличение прироста ДП у тех больных, у которых препарат оказался эффективным.

Таким образом, сравнительно простой для определения показатель двойного произведения дает дополнительную информацию при объективной оценке действия коринфара, причем чем выше прирост двойного произведения при нагрузке, тем выраженнее антиангинальный эффект препарата у данного больного стенокардией.

Kardioloogia Teadusliku
Uurimise Instituut

UDK 616-003.96(213.5)(260)

Meremeeste organismi adaptiivsed muutused pikaajalistel reisidel troopikas

Tatjana Popova Vello Subi Ivar Randmaa
Sergei Malõgin Tallinn

meremehed, troopika, organismi adaptatsioon, farmakoprofülaktika

Meremeeste tervise kaitse aspektist väärib erilist tähelepanu nende organismi adaptatsiooni uurimine eesmärgiga tõsta selle kaitsepotentsiaali mitmesuguste ekstreemsete faktorite suhtes. Andmete puudumine takistab ratsionaalset adaptatsiooniprotsesside reguleerimist (7, 8).

Uurimise eesmärgiks oli anda hinnang meremeeste organismi funktsionaalsetele muutustele pikaajalistel reisidel ja välja selgitada adaptatsiooni protsessi dünaamilise määramise võimalus perifeerse vere morfofunktsionaalsete muutuste analüüsi teel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuringud tehti baaslaeval «Fryderyk Chopin» («Eesti Kalatõstus») kolme pikaajalise troopikareisi kestel.

Tööd merel iseloomustab vajadus lühikese aja jooksul kohaneda väga erinevate töö- ja elutingimustega: mikrokliima, õhu gaasilise koostise, müra, vibratsiooni, kõrgsageduskiirguse ja õotsumisega. Sotsiaalse keskkonna faktoritest on tähtsamad: töö ja puhkuse eriline režiim, hüpodünaamia, sensoorne nälj, kõrge psühhomotsionaalne ping, katkendlik ja mittetäielik uni, mis mõjutavad oluliselt organismi funktsioone ja häirivad kohanemisprotsesse.

Uurisime 155 praktiliselt tervet meremeest. Esimesel reisil jälgiti 36 19...39-aastast laevamehaanikut, kelle merel töötamise staaž oli pool kuni 14 aastat; 28 22...32-aastast kalatöötlejat, staaž pool kuni 10 aastat, ja 16 meremeest laeva üldteenistusest, kelle vanus oli 22...53 aastat ja merel töötamise staaž 5 kuni 29 aastat. Teisel reisil oli vaatluse all 37 19...39-aastast laevamehaanikut, sealhulgas kaks 49-aastast meremeest, meremeeste staaž oli pool kuni 15 aastat. Kolmandal reisil uuriti 38 20...36-aastast laevamehaanikut, kelle staaž oli pool kuni 15 aastat.

Meditsiinilisi uuringuid tegime päev enne valvekorda minekut, teise reisi ajal ka öösel pärast valvekorda.

Iga reisi ajal uuriti meremeeste organismi funktsionaalset seisundit viiel korral. Esimesel ja

teisel reisil tehti kõik uuringud troopikas ja uuringute ajad arvestades reisi algusest olid ühed ja samad. Kolmandal reisil tehti esimene ja viies uuring Balti merel, ülejäänud troopikas, kusjuures uuringute ajad ei langenud kokku eelmistel reisidel tehtud uuringute aegade.

Kolmanda reisi 10...40. ööpäeval ja reisi lõpul, 190...220. ööpäeval tehti kaks profülaktilist ravikuuri düsadaptatsiooninähtude vältimiseks: iga päev manustati 2 ml eleutokokiekstrakti ja 2 dražeed polüvitamiini «Undevit». Meremehi uuriti (775 uuringut) enne ravikuuri algust ja 10 päeva pärast ravikuuri lõppu. Organismi funktsionaalseid muutusi hinnati dünaamikas: EKG ja hematoloogiliste näitajate ning T-, B-, O-lümfotsüütide arvu muutuste alusel perifeerses veres. Hematoloogilised näitajad määrati üldtunnustatud unifitseeritud meetoditel (9). T-, B-, O-lümfotsüüdid identifitseeriti happelise fosfataasi tsütokeemilise reaktsiooni alusel (1, 5).

Uurimistulemused ja arutelu. Perifeerse vere leukogrammi analüüsi alusel (4) tegime kindlaks, et organism reageerib pikaajalise merereisi kestel toimivatele teguritele kui keskmise tugevusega ärritile (aktivatsioonireaktsioon) ja stressi ei teki (vt. tabel 1). Erinevusi mittespetsiifilises adaptatsioonireaktsioonis päev enne valvekorda ega öösel pärast valvekorda ei ilmnunud ($P > 0,05$).

Uurimistulemused kinnitavad, et meremeeste organismis toimuvad pikaajalistel meresõitudel adaptiivsed muutused, mis peegelduvad hematoloogilistes näitajates, ning leukotsütaarse valemi järgi on võimalik rahuldavalt hinnata organismi kohanemist merereisi tingimustega.

Erinevates püügirajoonides erinevatel aastaaegadel toimunud kahe reisi uurimise tulemused on toodud tabelites 1 ja 2. Nagu hematoloogiliste ja kardio- loogiliste näitajate muutustest nähtub, ei sõltu organismi adaptatsiooni muutus troopikas mitte reisi kestusest, vaid esmajoonel aastajaast ja püügipiirkonnast (kliimaatilis-geograafilistest faktoritest): lõunatroopikas märtsis-augustis ja põhjatroopikas novembris-aprillis ilmnesisid organismi funktsioonide näitajate erinevused ühel ning samal reisiperioodil.

Inimese kohanemine merekliimaga sõltub kliimafaktorite füüsikalistest omadustest erinevatel geograafilistel

Tabel 1. Vere mittespetsiifilise adaptatsioonireaktsiooni tüübi muutused protsentides (80 meremehe uuringud esimesel reisil ja 37 meremehe uuringud teisel reisil)

Adaptatsioonireaktsiooni tüüp	Reis	Uuring (reisi ööpäev)				
		I 20.	II 50.	III 80. . . 90.	IV 110. . . 120.	V 140. . . 150.
Treeningureaktsioon	I	7,5	5,0	1,25	0	0
	II	8,1	2,7	8,1	0	0
Rahuliku aktivatsiooni reaktsioon	I	13,75	18,75	6,25	2,5*	5,0*
	II	8,1	5,4	8,1	10,8	2,7
Kõrgenenud aktivatsiooni reaktsioon	I	46,25	43,75	38,75	23,75*	20,0*
	II	35,1	40,5	35,1	51,4	40,5
Liigaktivatsiooni reaktsioon	I	32,5	32,5	53,75*	73,75*	75,0*
	II	48,6	51,4	48,6	37,8	56,8
Äge stress	I	0	0	0	0	0
	II	0	0	0	0	0
Krooniline stress	I	0	0	0	0	0
	II	0	0	0	0	0

Tähistused: * — reisi ajal tehtud uuringuga võrreldes on $P < 0,05$;
— eri reiside ajal tehtud uuringute näitajaid võrreldes on $P < 0,05$.

laiustel ja mereõhu keemilistest omadustest (3). Organismile ei mõju mitte ainult hüdrometeoroloogiliste tingimuste ekstreemväärtused, vaid ka inimese kiire ümberpaiknemine pikkus- ja laiuskraadidel. Organismi funktsionaalsete näitajate muutuste alusel võib öelda, et eri aastaaegadel toimunud troopikareisidel ilmnesid düsadaptiivsed nähud erinevatel perioodidel nii esimestel kui ka viimastel reisikuudel (vt. tabelid 1, 2).

Esimese reisi lõpul sageses EKG-s ST-segmendi depressioon oluliselt. Kui 20. ööpäeval esines ST-segmendi depressiooni ainult 9%-l meremeestest, siis 140. ööpäeval juba 43%-l ($P < 0,05$). Teisel reisil täheldati vastupidist seaduspärasust: reisi algul esines ST-segmendi depressiooni 41%-l, reisi lõpul 14%-l uurituist ($P < 0,05$).

ST-segment on küllalt tundlik, kuid mittespetsiifiline näitaja. Mainigem, et koronaarpuudulikkusele iseloomulikku ST-segmendi depressiooni uurituil ei täheldatud. ST-segmendi ja liigaktivatsiooni reaktsiooni muutused olid pigem põhjustatud neurohumoraalsetest mõjutustest. Tuleb arvestada ka võimalikke organismi vee-soola tasakaalu nihkeid.

troopikakliima mõjul, samuti mitme teise teguri mõju (geomagnetväljade vaheldumine, vibratsioon, öötsumine, hüpodünaamia, psühholoogiline ja füsioloogiline deprivatsioon). Vastupidine dünaamika ST-segmendi depressiooni ilmnemise sageduses esimesel ja teisel reisil on tõenäoliselt seletatav nende reiside eri kliimaatilise-geograafiliste tingimustega.

EKG-s ega vere mittespetsiifilise kohanemisreaktsiooni tüüpides me erinevusi öösel ja päeval ei leidnud ($P > 0,05$).

Tabel 2. ST-segmendi depressiooni (EKG) dünaamika meremeestel (protsentides) kahel reisil erinevates püügipiirkondades eri aastaaegadel

ST-segmendi depressioon		Uuring (reisi ööpäev)				
		I 20.	II 50.	III 80. . . 90.	IV 110. . . 120.	V 140. . . 150.
I reis	Ei	91	80			57*
	Jaa	9	20			43*
II reis	Ei	59	66	82*	83*	86*
	Jaa	41	34	18*	17*	14*

Tähistused: * — esimese uuringuga võrreldes on $P < 0,05$;
— reiside vahel on $P < 0,05$.

Uuringu		Laevamehaanikud n = 36	Kalatöötajad n = 28
aeg	number		
20. päev	1.		
50. päev	2.		
80. päev	3.		
110. päev	4.		
140. päev	5.		

Hematoloogiliste näitajate muutusi hindasime korrelatsioonanalüüsi teel. Positiivsed korrelatsioonid olid laevamehaanikute rühma kuulujail neljandal uuringul tunduvalt nõrgemad kui esimesel ($P < 0,05$). Kalatöötajate rühmas olid negatiivsed korrelatsioonid neljandal ja viiendal uuringul tugevamad kui esimesel ($P < 0,05$). Peale selle olid kalatöötajatel negatiivsed korrelatsioonid kolmandal uuringul oluliselt tihedamad võrreldes korrelatsioonidega teisel uuringul ($P < 0,01$) ja neljandal võrreldes kolmanda uuringu omadega ($P < 0,05$), see aga langes kokku kalatöötajate töörežiimi muutuste perioodiga. Võrreldes analoogilisi korrelatsioone kahe elukutserühma vahel, ilmnisid tõenäosed korrelatsioonide erinevused teisel ($P < 0,01$) ja kolmandal uuringul ($P < 0,05$) (vt. skeem). Tulemused kinnitavad, et meremeeste perifeerse vere muutused on merereisi ajal adaptiivset laadi.

Düsadaptatsiooniseisundite tekke ärahoidmiseks tegime farmakoprofülaktikat. Kolmandal reisel tegime seda eespool kirjeldatud skeemi järgi. Selle efekti hindamiseks võrdlesime organismi funktsioonide muutust analoogiliste muutustega teisel reisel, mis langes kokku kolmanda reisi aastaagade ja püügirajooniga, kusjuures teisel reisel farmakoprofülaktikast loobuti.

EKG-s ST-segmendi depressiooni kolmanda reisi 50. . 60. päeval ei esinenud, kuna teisel reisel esines seda 34%-l ($P < 0,01$), kolmanda reisi 120. ööpäeval

aga 6%-l ja teise reisi 120. ööpäeval 18%-l meremeestest ($P > 0,05$).

Liigaktivatsiooni juhte oli kolmandal reisel 50. . 60. ööpäeval 5,3%-l võrreldes teise reisiga, mil neid oli 51,4%-l ($P < 0,01$), 120. ööpäeval 37,8% vastu 15,8%-l ($P < 0,05$).

Kirjanduse andmeil on farmakoprofülaktika efekt ajaliselt piiratud ja pikkadel reisidel tuleb ravikuuri korrata (6).

Reisi lõpul, 190. . 220. ööpäeval farmakoprofülaktikale teisel reisel võrdlusperioodi ei ole, sest selle kestus oli lühem. Seepärast võrdlesime mainitud perioodil toimunud muutusi kolmanda reisi varajasemate uuringute andmetega. Võrreldes esimese uurimise andmetega, suurenes T-lümfotsüütide hulk ($1,114 \times 10^9$. $1,505 \times 10^9/l$, $P < 0,001$) ja vähenes O-lümfotsüütide hulk ($1,527 \times 10^9$. $1,065 \times 10^9/l$, $P < 0,001$). B-lümfotsüütide hulk reisi kestel ei muutunud ($P > 0,05$). Muutusi ei täheldatud ka EKG-s ega vere mittespetsiifilise adaptatsioonireaktsiooni tüüpide osas. Seega võib öelda, et farmakoprofülaktika (eleuterokokiekstrakti ja polüvitamiini «Undevit» manustamine) andis häid tulemusi. Neid ravikuure peetakse soovitatavaks reisi algul, enne püügirajooni jõudmist.

KIRJANDUS: 1. Hayhoe, F. G. I., Flemans, R. J. A. Colour Atlas of Hematological Cytology. Second Edition published by World Medical Publications Ltd, 1982, 127, foto 379, 380.

2. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М., 1979. — 3. Воронин Н. М. В кн.: Экологическая физиология человека. Адаптация человека к различным климато-географическим условиям. Л., 1980, 428—442. — 4. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма. Издательство Ростовского университета, 1979. — 5. Иванова Л. А., Васильева Е. В., Соколов В. В. Лаб. дело, 1979, 10, 593—596. — 6. Новиков В. С., Бортновский В. Н., Мاستрюков А. А. и др. Военно-мед. ж., 1987, 10, 50—51. — 7. Сапов И. А., Солодов А. С. Состояние функций организма и работоспособность моряков. Л., 1980. — 8. Сапов И. А., Новиков В. С. Неспецифические механизмы адаптации человека Л., 1984. — 9. В кн.: Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. М., 1975, 5—52. — 10. В кн.: Справочник судебного врача. Киев, 1983, 52—53.

Skeem. Kahe professionaalselt erineva rühma meremeestel püügreisi ajal tehtud perifeerse vere morfofunktsionaalsüsteemi korrelatsioonide dünaamika. TÄHISTUSED. Korrelatsiooni tõenäolised muutused: pidevjoon tähistab positiivset (+), punkteeritud pidevjoon negatiivset muutust (—). Ringike tähistab korrelatsiooni tõenäolist muutust võrreldes esimese ning kaks ülestikku ringikest võrreldes eelmise uuringuga. — korrelatsiooni erinevused erinevate elukutserühmade vahel; † — korrelatsiooni tugevnemine ($P < 0,05$), †† — ($P < 0,01$); ‡ — korrelatsiooni nõrgenemine ($P < 0,05$), ‡‡ — ($P < 0,01$), er — erütrotsüüdid, hgb — hemoglobiin, lümf — lümfotsüüdid, lk — leukotsüüdid, mon — monotsüüdid, bas — basofiilid, neut — neutrofiilid, eos — eosinofiilid (vt. lk. 254).

Summary

Adaptive changes in seamen during long-term voyages in the tropics. Several investigations were carried out on a processing mother vessel during three long-term voyages. Working regimen on the vessel was normal for seamen. During the third voyage a number of measures were taken to avoid dysadaptation in seamen. A total of 155 seamen were repeatedly investigated. Changes in the body were recognized by E.C.G., hematological findings and by T-, B-, O-lymphocyte values in the peripheral blood. It was found that, during long-term voyages, responses in seamen exceeded their physiological norms. Existing conditions on board the vessel did not dominate over climatic and geographical factors in action on seamen's organism. Of the methods available, pharmacoprophylaxis is the only effective one in cases of dysadaptation. The effectiveness of pharmacoprophylaxis was assessed by individual peripheral blood white cell counts.

It is concluded that the correlation analysis of the peripheral blood morphofunctional system can be recommended for the evaluation of adaptation to various environmental conditions.

Резюме

Адаптационные изменения в организме моряков во время длительных рейсов в тропической зоне. Исследование проведено на плавбазе в трех длительных плаваниях. Режим труда рыбаков был общепринятым для морских судов. В рейсе проводились фармакопрофилактические мероприятия, направленные на предупреждение возникновения дезадаптационных явлений в организме моряков (рыбаков).

Наблюдалось 155 моряков. Функциональные изменения в организме оценивались в динамике. Оценка проводилась по гематологическим и ЭКГ-показателям, эффект фармакопрофилактики оценивался также по количеству Т-, В-, О-лимфоцитов в периферической крови.

Установлено, что функциональные изменения в организме моряков в длительных плаваниях в тропиках в ряде случаев выходят за пределы физиологической нормы. В условиях длительных плаваний в тропиках судовые факторы не являлись доминирующими над климатогеографическими факторами по воздействию на организм моряков.

На судах, совершающих рейсы в тропические зоны, до прихода в тропики целесообразно провести фармакопрофилактику. Эффект фармакопрофилактики контролировать индивидуально — по лейкоцитарной формуле периферической крови. Для коррекции адаптационных реакций рекомендуется использовать растительный адаптоген и поливитамины.

Profülaktilise Meditsiini
Teadusliku Uurimise Instituut

Vabariiklik Laevanduse
Keskaigla

UDK 616.5-002.828:313.1(474.2)

Dermatofüütia esinemissagedus Võru rajoonis

Lilian Luiksaar · Võru

dermatofüütia, tekitajad, esinemissagedus, lokalisatsioon, diagnoosimine, ravi

Dermatofüütia on üks sagedamini esinevaid dermatoose (1). Üle 90% kõikidest dermatofüütiajuhtudest on põhjustanud kolm tekitajat: *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes* ja *Epidermophyton floccosum* (3). Haigestumist soodustab antibiootikumide, hormoonpreparaatide, immunodepressantide, samuti tsütostaatiliste vahendite kestev manustamine (1, 2, 4, 6, 7). Dermatofüütia sensibiliseerib organismi (4, 6, 7). Sageli on haigus kroonilise kuluga, mis ravist hoolimata paraneb visalt (4, 6).

Mükoosid klassifitseeritakse viide suurde gruppi: keratomükoosid, dermatofüütiaid, kandidoosid, sügavad mükoosid ja pseudomükoosid. Dermatofüütiate gruppi kuuluvad epidermofüütia, rubrofüütia, mikrospooria, trihofüütia ja favus. Tekitajateks on *Epidermophyton*'i, *Trichophyton*'i ja *Microsporum*'i perekonda kuuluvad seened (6, 8).

Kubeme epidermofüütia on levinud kõikides maailma riikides. Tema esinemissagedus on 0,5...13,1%. NSV Liidus moodustab ta 0,5...1,5% teistest dermatofüütiatest.

Jalapõidade mükooside hulgas on rubrofüütia (tekitajaks *T. rubrum*) NSV Liidus esikohal. *T. mentagrophytes*'i tekitatud epidermofüütiale langeb 20...30% mükoosijuhtudest, 87%-l haigestet kahjustuvad küüned. *E. floccosum* põhjustab haigestumist 0,5...1,5%-l. Allergiide (mükiide) leidub 60%-l haigestet, eriti düsidrootse ja intertriginooose vormi puhul.

Microsporum audouinii poolt tekitatud haigusi NSV Liidus registreeritud ei ole. *M. ferrugineum*'ist põhjustatud haigust esineb NSV Liidu mägirajoonides, *M. canis*'e poolt tingitud nahakahjustuste levik on laialdane, kus-

juures 80%-l juhtudest on nakataja- teks olnud loomad. Inimeselt inimesele kandub nakkus üle harva (3...4%-l). Enamasti haigestuvad lapsed, täiskasva- nuist haigestub vaid 10...12%. Juuksed kahjustuvad 90%-l haigestest.

Trihhofüütia esinemissagedus on NSV Liidus järgmine: *T. violaceum*'i poolt tekitatud haigust esines 18,8%-l, *T. tonsurans*'i poolt 3,3%-l, *T. gypseum*'i poolt 13,2%-l, *T. verrucosum*'i poolt 3,4%-l dermatofüütiatest.

Haigestumine *favus*'esse on NSV Lii- dus väike, 1974. aastal oli see alla 0,1 100 000 inimese kohta (6).

Uurimismaterjal ja -tulemused. Uuri- ti dermatofüütia osatähtsust dermato- loogiliste haiguste struktuuris. Vaat- lusalusteks olid Võru rajooni elanikud, keda oli uuritud ajavahemikul 1983... 1985. Haigete üldarvust, kes pöördus dermatoloogi poole esmakordselt, oli 1983. aastal dermatofüütiahaigeid 18,6%; 1984. aastal 20,1% ja 1985. aastal 21,2%. Üldse esines rajooni ela- nikest mükoose 1983. aastal 22,5%-l, 1984. aastal 24,0%-l ja 1985. aastal 25,3%-l, seega olid mükoosid Võru rajooni elanike kõige sagedamateks nahahaigusteks. Haigestumissageduse poolest olid dermatoloogiliste haiguste struktuuris teisel kohal dermatiidid ja ekseemid (vastavalt uurimisaastatele 21,7%, 19,2% ja 21,5%). Kolmandal kohal olid püodermiad (13,7%, 12,7% ja 9,9%).

Peale dermatofüütia oli rajooni ela- nikel diagnoositud ka keratomükoose (*Pityriasis versicolor*'it): 1983. aastal 3,4%-l dermatoloogiliste haiguste üld- arvust ja 15,1%-l mükoosidest; 1984. aastal 2,3%-l ja 9,6%-l ning 1985. aastal 2,6%-l ja 10,4%-l. Kandidoosi täheldati 1983. aastal vastavalt 0,5%-l ja 2,5%-l, 1984. aastal 1,6%-l ja 6,8%-l, 1985. aas- tal 1,5%-l ja 5,8%-l. Sügavaid mükoose ei registreeritud ja pseudomükoosidest leiti *Erythrasma*'t ainult üksikjuhtudel.

Järgnevalt on analüüsitud dermato- füütiahaigeid. 1983. aastal oli dermato- füütiahaigeid 164, neist mehi 80 ja naisi 84; maal 70 ja linnas 94 juhtu. 1984. aastal oli 182 dermatofüütiajuhtu:

meestel 84 ja naistel 98; maalt 92 ja lin- nast 90. 1985. aastal oli 185 dermatofüü- tiahaigest mehi 90 ja naisi 95; maalt 78 ja linnast 107. Kõige sagedamini lokali- seerus dermatofüütia jalataldadel ja varvaste vahel, kuid seda esines ka kä- tel, küüntel, kubeme piirkonnas, keha- tüvel ja peas. Kubeme epidermofüü- tiat oli 1983. aastal 1,8% dermatoloogi- liste haiguste üldarvust, 8% mükoosi- dest ja 9,7% dermatofüütiatest, 1984. aastal aga vastavalt 2,3%, 9,6% ja 11,5% ning 1985. aastal 2,9%, 11,4% ja 13,5%. Dermatofüütiaat esines sage- damini jalgadel, mille tekitajaks oli põhiliselt *T. rubrum*, harvem ka *T. mentagrophytes*. 1983. aastal esines der- matofüütiaat jalataldadel ja varvaste vahel 43,2%-l mükoosihaigestest, 1984. aastal 48,6%-l ja 1985. aastal 49,3%-l. Labakätel lokaliseerus dermatofüütia 1983. aastal 18,5%-l; 1984. aastal 13,3%-l ja 1985. aastal 10,4%-l mükoosihaige- test. Küüned olid kahjustunud 1983. aastal 5%-l mükoosihaigestest; 1984. aastal 9,1%-l ja 1985. aastal 8,6%-l. Kehatüve dermatofüütiaat esines 1983. aastal 6%-l mükoosihaigestest; 1984. aastal 0,9%-l ja 1985. aastal 2,2%-l. Pea ja näo dermatofüütiaat registreeriti 1983. aastal 2,5%-l mükoosihaigestest; 1984. aastal 1,8%-l ja 1985. aastal 1,3%-l. Mikrospooriat diagnoositi 1983. aastal 7%-l mükoosihaigestest; 1984. aastal 1,3%-l ja 1985. aastal 3,6%-l. Trihho- füütiaat esines 1983. aastal 0,5%-l mükoosihaigestest. 1984. aastal oli see protsent vastavalt 0,9 ja 1985. aastal 0,4. *Favus*'t neil aastatel ei esinenud. Et kõik mikrospooria- ja trihhofüütia- haiged dispanseeritakse, siis on tähel- datud haigete arvu vähenemist aastast aastasse.

Kubeme epidermofüütiasse (tekita- jaks *Epidermophyton floccosum*) hai- gestusid nii vanad kui ka noored, meie uurimuse andmetel 19...75-aastased. Haigestumist soodustasid liigne higis- tamine, kroonilised haigused, endo- kriinsüsteemi häired, ravimide, neist anti- biootikumide, hormoonide, tsütosta- tikumide, immunodepressantide pidev kasutamine. Seennakkus levis põhiliselt

haigete inimeste esemete kaudu, samuti ühissaunades, kus ei täidetud hügieeni-nõudeid. Kliiniliselt lokaliseerus haigus-protss ühes või mõlemas kubemevol-dis. Haiguskoldes tulid nähtavale ter-vest nahast hästi piirdunud punased või punakaspruunid põletikulaigud, mille pinnal oli villikesi, pustuleid, kettusid. Haige paranes 2...3 nädala jooksul. Ravivahendeist olid mõjusad klotrimasooli-, kastellaanilahus ja nitro-fungiin, samuti 3...5%-line sulfursalitsüülsalv ning klotrimasoolsalv, aga ka antihistamiinipreparaadid. Profülak-tika eesmärgil soovitati 2...3 nädalat pärast paranemist puhastada nahka 2%-lise salitsüülpriitusega kas iga päev või ülepäeviti kahe nädala vältel.

1983. aastal registreeriti rubrofüütia kliiniliselt 47,2%-l mükooosihaigetest, 1984. ja 1985. aastal vastavalt 53,6%-l ja 50,6%-l, dermatofüütiahaigetest vas-tavalt 57,3%-l, 64,2%-l ja 60,5%-l. Rubrofüütia (tekitajaks *Trichophyton rubrum*) lokaliseerus jalataldadel, var-vaste vahel, peopesadel, küüntel, naha-voltides ja ka silenahal. Nakatumine toimus saunas, duširuumis, basseinis, aga ka haigete kuuluvate esemete (sukad, jalanõud) ühisel kasutamisel. Haigestumist soodustavateks teguriteks olid liigne higistamine, verevarustus-häired jalaveresoontes, pikaajaline ala-jäsemete koormus, ainevahetushäired ja immunoloogilise reaktiivsuse langus. Kliiniliseks iseärasuseks oli see, et haigusest olid tabandunud kõik varba-vahed ja küüned. Jäi mulje, nagu oleksid nahavaod jalataldadel ja peo-pesades jahuga üle puistatud.

Jalapöidade epidermofüütia (teki-tajaks *Trichophyton mentagrophytes var. interdigitale*) esines kliiniliselt 1983. aastal 19,6%-l mükooosihaigetest ja 23,7%-l dermatofüütiahaigetest, 1984. aastal vastavalt 17,4%-l ja 20,8%-l, 1985. aastal 17,6%-l ja 21,1%-l. Haigus lokaliseerus tavaliselt kolmanda, nel-janda ja viienda varba vahel, jalatallal, esimese ja viienda varba küünel. Naka-tumist soodustasid samad faktorid mis rubrofüütia puhul. Kliinilised vor-mid olid järgmised: skvamoosne vorm

— erütematoossed-ketendavad hüper-keratoosikolded jalataldadel ja -pöida-del ning kerge nahairdumine varvaste vahel; b) düsidrootiline vorm — villi-kesed, nende lõhkemisel erosioonid; vahel nahamädanik, lümfadeniidid, ke-hatemperatuuri tõus; c) intertriginoosne vorm — varvastevahelise haudumuse sarnased kolded, kolmanda, neljanda ja viienda varba vahel ragaadid, ero-sioonid ja leemendus, varbavahedes kihelus; d) äge epidermofüütia — düsidrootilise või intertriginoosse hai-gusvormi ägenemise korral, sel puhul tekkis vesikuloos-bulloosne lööve jala-taldadel ja varvastel; käimine oli ras-kendatud, lööve paiknes mõlemal jalal sümmeetriliselt. Organismi üldhäiretest täheldati peavalu, kehatemperatuuri tõusu ja mükiide. Küüned olid muutun-dud paksuks, kollaseks ja murdusid kergesti. Kahjustunud olid esimene ja viies varbaküüs. Allergiide esines 1983. aastal 16 juhul, 1984. aastal 14 juhul ja 1985. aastal 11 juhul. Ravi oli põhi-liselt lokaalne, vaid ägedate haigus-vormide korral kasutati antibiootikume, sulfoonamiide ja antihistamiine. Küün-te kahjustuste korral kasutati griseoful-viini või nisoraali. Profülaktika oli sama mis rubrofüütia puhul: üldkasu-tatavate ruumide (saunade, duširuumi-de, basseinide) hügieenilise seisundi kontroll ja desinfektsioon ning võitlus naha liighigistamise või liigkuivuse vastu.

Mikrospooria ja trihhofüütia nakkus-allikateks olid haiged loomad või haiged inimesed. Haigestumise puhul tekkisid erütematoossed ketendavad kolded peas või silenahal. Mikrospooria (tekitajaks *M. canis*) haiguskolded olid väikesemõõdulised ja neid oli rohkesti. Juuksed olid haiguskoldes murdunud ühtlasel kõrgusel. Trihhofüütia (tekitajaks *T. violaceum* või *T. tonsurans*) puhul oli haiguskoldeid vähem, nad olid suuremõõdulised. Juuksed haiguskoldes olid murdunud eri kõrgusel. Raviks kasutati peale lokaalsete vahendite ka griseoful-viini. Patsient oli järelevalve all veel 2...3 kuud pärast ravi lõpetamist.

Et dermatofüütia puhul esineb dife-

rentsiaaldiagnostilisi raskusi, ei ole küllaldane rajooni oludes piirduda vaid mikroskoopilise uuringuga, kindlasti on vajalik ka bakterioloogiline uuring, mis aitab diagnoosi ja ravi täpsustada. Kuna dermatofüütia on krooniliselt kulgev nahadermatoos perioodilise ägenemisega, peab ravi olema individuaalne ja kompleksne, sõltuvalt haiguse kestusest, kliinilisest pildist, organismi seisundist ja haige vanusest.

KIRJANDUS: 1. Raab, W. Mykosebehandlung mit Imidazolderivaten. Berlin — New York, 1978. — 2. Schabinski, G., Urbach, H. Grundriss der medizinischen Mykologie. Jena, 1960. — 3. Steigleder, G. K. Taschenatlas der Dermatologie. Stuttgart — New York, 1984. — 4. Vahter, H. Dermatologia ja veneroloogia. Tallinn, 1976. 5. Беренбейн Б. А., Хлебникова С. П. В кн.: Вестник дермато-венерологии. М., 1985, 5, 21—24. — 6. Кашкин П. Н., Щеклаков Н. Д. Руководство по медицинской микологии. М., 1978. — 7. Кашкин П. Н., Лисин В. В. Практическое руководство по медицинской микологии. Л., 1983. — 8. Владимиров В. В., Зудин Б. И. Кожные и венерические болезни. М., 1980.

Summary

The incidence of dermatophytoses in Võru district. This article presents a literature review of the incidence of various forms of dermatophytoses between 1983—1985.

Резюме

О частоте заболеваемости дерматофитией в Выруском районе. Приводится обзор литературных данных о частоте заболеваемости разными формами дерматофитии. Дается анализ собственных наблюдений больных дерматофитией в условиях Выруского района в 1983... 1985 гг. Приводится обоснование важности исследования проблемы дерматофитии.

Võru Rajooni Keskhaigla
Polikliinik

UDK 616.36-006-036.8-053.5-07-08

Pahaloomulised maksa- kasvajad lastel

Tiina Tasmuth · Tallinn

esinemissagedus, histoloogiline tüüp, etioloogia, diagnoosimine, ravi, iseärasused Eestis

Pahaloomulised maksakasvajad on harva esinevaks haiguseks lastel. Kirjanduse andmeil moodustavad need kuni 4 % kõikidest laste pahaloomulistest kasvajatest. Sagedamini haigestuvad alla nelja aasta vanused, peamiselt poeglapsed (2, 3).

Histoloogiliseks tüübiks alla kahe aasta vanustel lastel on põhiliselt hepatoblastoom, kas epiteliaal- või segavorm. Vanematel lastel esineb sagedamini maksarakulist vähki. Väga harva tuleb lastel ette maksa mesodermaalseid kasvaja — mesenhüoomi ja sarkoomi (4).

Pahaloomuliste maksakasvajate teket soodustavateks teguriteks lapsel on: pärilikkus, kaasasündinud arenguhäired, B-hepatiidi-viirus, sooleparasiitide invasioon, toitumise iseärasused ja trauma. Soodustavad tegurid lapse ema poolt on: hepatogeensete ainete transplatsentaarne blastomogenees (kemikaalid, hormoonid ja ravimid), rasedusaegne viirushepatiit ja kiiritus (röntgenkiiritus), ka mitmesugune raseduspatoloogia (3, 4, 5, 7).

Kliiniliselt on haiguse algus mitpetsiifiline. Tavaliselt pöörduvad lapsevanemad arsti poole siis, kui nad on avastanud, et lapse kõht on suurenenud. Harva on haiguse algus äge. Kõhu palpeerimisel esineb hepatomegalia. Maks on tavaliselt valutu, tüsistumata juhtudel kõhulihaste pinget ei esine. Kaugelearenenud juhtudel on ettevõlvunud kõhu ülaosas ja rindkere alaosas nahaalused veenid laienenud. Ikterus tekib harva.

Enamikul lastel kujuneb hüperkroomne aneemia. Vere settereaktsioon on kiirenenud. Vere biokeemilistest

näitajatest on iseloomulikumaks bilirubineemia, hüperkolesterineemia, asparagiintransaminaasi aktiivsuse tõus ja alkaalse fosfataasi kontsentratsiooni suurenemine. 90 %-l juhtudest on vere-seerumi alfa-fötoproteiinisisaldus suurenenud (2, 6).

Pahaloomulise maksakasvaja röntgendiagnoosimisel kasutatakse lastel kõhuõõne ülevaateröntgenogrammi, splenoportograafiat ja angiograafiat, diferentsiaaldiagnostiliselt retroperitoneaalsete kasvajate välistamiseks ka intravenooset urograafiat. Täpsemat informatsiooni annavad maksa skanneerimine, sonograafia ja kompuutertomograafia. Harva kasutatakse punktsioonvõi nõelbiopsiat. Laparoskoopiale eelistatakse lasteonkoloogias diagnostilist laparotoomiat. Lõpliku diagnoosi võimaldab määrata eemaldatud kasvaja või biopsiamaterjali morfoloogiline uuring (2, 3, 4).

Diferentsiaaldiagnostiliselt tulevad väikelaste puhul arvesse põhiliselt neuroblastoom ja nefroblastoom, vanematel maksatsirroos, süsteemhaigused (lümfogranulomatoos, pahaloomuline lümfoom), parasitaarsed ja mitteparasitaarsed maksatsüstid (4).

Terveks on lapsi võimalik ravida ainult kasvaja radikaalse eemaldamise teel. Kahjuks osutub kirurgiline ravi võimalikuks vaid väikesel osal lastest hilise esmase pöördumise ja kaugelearenenud haigusprotsessi tõttu. Kiiritus- ja keemiline ravi on palliativset laadi (1).

Metastaasid levivad peamiselt kopsudesse, ajju, luudesse ja kõhuõõne lümfisõlmedesse.

Üheksa publikatsiooni autori andmeil oli elulemus ajavahemikul 1966...1977 20 % (2).

Pahaloomuliste maksakasvajate esinemine lastel Eestis aastail 1968...1988. Vabariikliku Onkoloogiakeskuse ja Eesti Vähiregistri andmeil diagnoositi pahaloomulisi maksakasvajaid aastail 1968...1988 18 lapsel. Need moodustasid kõigist laste pahaloomulistest kasvajatest aastast kuni 8 %, keskmiselt 2,3 %. 18 haigest 14 olid poeglapsed. 14 olid

diagnoosimise ajal alla nelja aasta vanad, kuue vanus oli alla aasta.

Diagnoos sai histoloogilise kinnituse 17 juhul 18-st: 10 lapsel oli hepatoblastoom ja 7-l maksarakuline vähk.

Arsti poole pöördumise ajal oli haigus ühel juhul I staadiumis, kahel II staadiumis, kolmel III staadiumis ja 12 juhul IV staadiumis.

1989. aasta 1. jaanuari seisuga oli 18 lapsest elus kaks poeglast. Üks neist oli kasvaja avastamise ajal kolmekuune ja haigus oli tal II staadiumis ning teine üheaastane, haigus I staadiumis. Pärast korduvaid kemoterapiakuure on esimene neist elanud 5 aastat 4 kuud ja teine, kellel kasvaja ekstirpeeriti, 19 aastat 3 kuud.

16 lapsest 12 surid juba siis, kui kasvaja diagnoosimisest ei olnud möödas aastatki. Metastaasid avastati kas elupuhuselt või lahangul kuuel juhul kopsudes, ühel ajus, ühel koljuluudes ja neljal lümfisõlmedes.

Näitena kirjeldame Vabariiklikus Onkoloogiakeskuses jälgitud haigusjuhtu.

Haigusjuht. 10-aastane poeglaps (ambulaatorne kaart nr. 579/1987), sündinud viiendast rasedusest. Emal teine sünnitus. Teisel raseduskuul oli emal tekkinud toksikoos, mille ravist ta oli keeldunud. Emal veregrupp reesusnegatiivne, lapsel reesuspositiivne (isa surnud, kuid mitte vähki). Ühekuuselt oli hemolüütilise tõve tõttu viibinud haiglaravil. 1986. aasta algusest oli tundnud valu kõhus vöö kõrgusel, mistõttu oli uuringutel rajoonihaiglas. Seal aga oli öeldud, et tegemist on kasvamisega seotud vaevustega. 1986. aasta sügisest saadik oli kõha. Ema sõnade järgi leitud röntgenlõbivaatusel lapse paremas kopsus muutusi, mistõttu määratud füsioteraapiakuur. 31. detsembril 1986 tegi kohalekutsutud kiirabi tugeva kõhuvalu tõttu süsti. Jaoskonnapediaater määras nospaanitablette. 1987. aasta jaanuaris oletati hepatiiti ja laps hospitaliseeriti nakkushaiglas. Diagnoos aga seal kinnitust ei leidnud ja haige suunati Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonda maksakasvaja diagnoosiga. Haiget konsulteeris lastekirurg, kelle otsuse põhjal suunati ta edasi Tallinna Kliinilisse Lastehaiglas. 13. veebruaril 1987 tehti operatsioon: laparotoomia; *biopsia hepatis*. Revisjonil ilmnas, et maksa mõlemad sagarad olid kogu ulatuses haaratud kasvajakoe, esines ka astsiit. Patohistoloogiliselt (nr. 871171): *carcinoma hepatocellulare*. 12. operatsioonijärgsel päeval toodi haige üle Vabariiklikku Onkoloogiakeskusesse üliarstseisundis. Haige oli kahhektiline, aeg-ajalt tekkisid hallutsinatsioonid; parem silmalaug ei avane-

nud täielikult, kõht ette võlvunud, esinesid astsiiti ja allkeha turse. Vereanalüüsid saabumisel: hgb. 94 g/l, leukots. $24,1 \times 10^9/l$, SR 18 mm/t., urea 50 mmol/l, kreatiniini 412,5 mmol/l, alaniinaminotransferaasi 300,3 mmol/S $\times$ 1, bilirubiini 9,4 mmol/l, hematokriti näit 0,3. 26. veebruaril 1987. aastal rindkere röntgenuurring patoloogilise leiuta. Diagnoos: *carcinoma hepatis cum mts. cerebri gr. II, st. IV*. Infusioonravi ja vereülekannete foonil tehti kahenädalaste vaheaegade järel kolm polükemoteraapiakuuri (adriblastiin ja 5-fluoruratsiil). Haiglast lahkudes 15. aprillil 1987 vereanalüüs: hgb. 105 g/l, leukots. $4,2 \times 10^9/l$, SR 6 mm/t. Haige istus mitu tundi voodiserval. Söögiisu hea. Kõht pehme; maks palpeeritav 3 cm allpool roidekaart, valutu, siledapinnaline. 14. aprillil 1987. aastal tehtud sonograafia: maksakoe difuusne kahjustus; maksavärati lümfisõlmed suurenenud; intrahepaatiliste sapiteede pais. 10. mail 1987. aastal haige suri. Teda ei lahatud. Surma põhjus oli kaugelearenenud maksavähk.

Seega on laste pahaloomulised maksa- kasvajad harva esinevad, varajases staadiumis suhteliselt raskesti diagnoositavad, peamiselt vaid radikaalsele kirurgilisele ravile alluvad ning halva prognoosiga haigused.

KIRJANDUS: 1. Vouto, P. A., Kraher, J. Cancer Chemother., 1980, 2, 437—438.

2. Алажилль Д., Одъевр М. Заболевания печени и желчных путей у детей. М., 1982. — 3. Дурнов Л. А. Опухоли печени у детей. М., 1980. — 4. Дурнов Л. А. Злокачественные опухоли у детей раннего возраста. М., 1984. — 5. Дурнов Л. А., Рябов А. Рак у детей. Вopr. онкол., 1987, 33, 3, 16—21. — 6. Конрад П. Н., Эртл Д. Е. Детская онкология. М., 1981. — 7. Куперштейн А. П., Закржевская Т. В., Алаева Л. П. и др. Педиатрия, 1987, 3, 87—88.

Summary

Malignant tumours of the liver in children. This article gives a review of the incidence, sex peculiarities, clinical features and diagnosis of malignant liver tumours in children. The author deals with treatment possibilities and treatment results. The characteristic features of malignant tumours of the liver in children, between 1968 and 1988 in Estonia, are analysed in more detail.

The findings suggest that malignant liver tumours are quite rare in childhood, it is difficult to make an exact diagnosis in an early stage of development and the disease has a poor prognosis. The treatment is surgical, if the situation is operable and surgery is radical.

Резюме

Злокачественные опухоли печени у детей. В статье рассматриваются заболевания детей

злокачественными опухолями печени, их клиническая картина и диагностика, возможности и результаты их лечения. Описаны случаи заболевания в ЭССР за 1968...1988 гг., на основании которых можно заключить, что данное заболевание является редким, трудно диагностируется в начальных стадиях и удовлетворительные результаты достигаются только посредством радикальной операции.

Vabariiklik Onkoloogiakeskus

Ameerikas registreeritud omandatud immuunpuudulikkuse sündroomiga (AIDS) haigete arv (6. jaanuaril 1989)

Riik	Haigusjuhtude arv
Ameerika Ühendriigid	80538
Brasiilia	4436
Kanada	2181
Haiiti	1661
Mehhiko	1642
Dominikaani Vabariik	566
Trinidad ja Tobago	336
Kolumbia	308
Venetsueela	623
Bahama	236
Argentiina	197
Peruu	122
Guajaana	113
Tšiili	100
Bermuda	92
Kostariika	79
Jamaika	72
Panama	64
Ekuador	45
Kuuba	34
Ülejäänud riikides on haigusjuhte vähem	

Kokku 93723

Weekly Epidemiol. Rec., 1989, 64, 1—2.

2. juuni 1989. aasta seisuga on omandatud immuunpuudulikkuse sündroomiga (AIDS) haigete arv Aafrikas 24 686, Ameerikas 108 830, Aasias 369, Euroopas 21 855, Okeaanias 1451. Kokku on maailmas AIDS-i haigestunud 157 191.

Weekly Epidemiol. Rec., 1989, 22.

ÜLEVAATED

UDK 616.89-008.447(047)

Käitumise aktiivsuse, motivatsioonide ja emotsioonide füsioloogia

Matt Mägi · Tartu

närvisüsteemi funktsionaalsed süsteemid, käitumise aktiivsuse, motivatsioonide ja emotsioonide füsioloogia

Inimene ja kõrge arengutasemega loomad on võimelised aktiivseks sihipäraseks käitumiseks ning otstarbeka valiku tegemiseks võimalike käitumisviiside vahel. Klassikalised reflektoorse talitluse teooriad (I. Setšenov, I. Pavlov jt.), anatoomilis-kliiniline analüüs (R. Virchow, K. Kleist jt.) ja homöostaasiõpetus (C. Bernard jt.) ei suutnud ammendavat vastust anda kõige tähtsamale psühhofüsioloogilisele küsimusele: millised on käitumise aktiivsust tagavad füsioloogilised mehhanismid närvisüsteemis?

Tänapäeval teame, et käitumine ei ole mitte ainult ja mitte niivõrd reageerimine välismõjutustele, kuivõrd olemasoleva käitumisprogrammi realiseerimine. Programm ise kujuneb vastavalt organismi põhivajadustele, sisaldades nii kaasasündinud kui ka elu jooksul omandatud komponente.

Käitumise aktiivsuse, motivatsioonide, emotsioonide, mälu või muude komplekssete psühhofüsioloogiliste nähtuste füsioloogiliste aluste selgitamine on saanud võimalikuks tänu aju nn. mittespetsiifiliste süsteemide avastamisele (1, 4). Esitame siinjuures tabeli kujul närvisüsteemi kahe funktsionaalse süsteemi erinevused.

Närvisüsteemi funktsionaalsed süsteemid

Spetsiifilised

1. Üksiksüsteemid mingi kindla spetsiifilise funktsiooni täitmiseks, s. t. on **analüütilise** funktsiooniga.

2. Reguleerivad **toopiliselt** määratud funktsioone.

3. Tagavad **tunnetuse** või (sihipärase) **tegevuse üksikaktide** täpse täitmise.

4. Häired: **toopiliselt** lokaliseeritud närvisüsteemi **koldelise kahjustuse sündroomid**.

5. Funktsionaalsete süsteemide anatoomiline struktuur

somatomotoorne, somatosensoorne, visuaalne, akustiline, olfaktoorne, gustatoorne ja muud

Mittespetsiifilised

1. Seovad üksikuid spetsiifilisi süsteeme tervikuks, s. t. on **sünteesilise** funktsiooniga.

2. Reguleerivad mittejärgalt, **süsteemselt** määratud funktsioone.

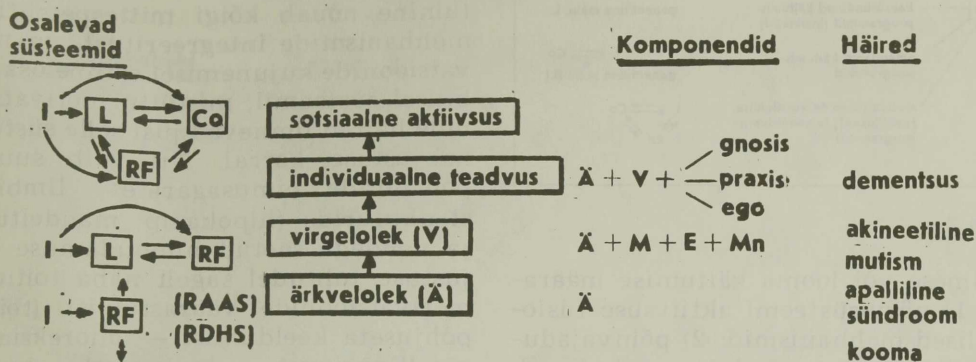
3. Tagavad organismi **põhivajaduste, motivatsioonide ja emotsioonide** formeerumise ning täitmise.

4. Häired: **desintegratsioonisündroomid**, s. t. organismi tervikliku, põhivajaduste ja motivatsioonide rahuldamiseks suunatud käitumise häired.

ajutüve retikulaarformatsioon (RF), talamokortikaalne mittespetsiifiline projektsioonisüsteem (Th-Co), limbiline süsteem (L), ajukoore assotsiaatiivsed tsoonid, eriti frontaalsagarates (Co)

Mittespetsiifiliste süsteemide tsentraalne lüli, limbilis-retikulaarne kompleks (LRK), on integratiivne aparaat, mis tagab tervikliku käitumise organisatsiooni mootorsete, sensoorsete, vegetatiivsete ja endokriinsete süsteemide talitluse koordineerimise teel. Limbilis-retikulaarse kompleksi talitluse häirimise korral tekivad adaptiivse käitumise terviklike vormide hälbed, mitme

AKTIIVSUSE TASEMED



Skeem 1.

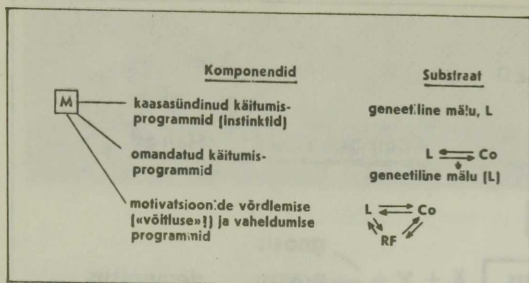
spetsiifilise funktsionaalse süsteemi talitluse kooskõlastatuse häired, nn. desintegratsioonisündroomid. Nende hulka kuuluvad mitmesugused une ja ärkveloleku, teadvuse ja psüühilise aktiivsuse, motivatsioonide ning emotsioonide, mälu ja muude häirete sündroomid, mis lisaks on veel omavahel kombineerunud.

Skeem 1 selgitab, kuidas on käitumise aktiivsuse erinev tase seotud mittespetsiifiliste süsteemide integreerumise astmega.

Psüühilise talitluse aluseks on **ärkveloleku** võime ($\ddot{A}$), mis kujutab endast kesknärvisüsteemi difuusset mittespetsiifilist aktivatsiooni ilma orienteerumisreaktsioonita välisärritustele ja psüühilise reageerimise tunnusteta. Selle tagab ajutüve retikulaarformatsiooni (RF) atsendeeruva aktiveeriva süsteemi (RAAS) neuronite talitlus välis- ja sisekeskkonnast saabuvate impulsside (I) mõjul. Tavaliselt kaasnevad ärkvelolekuga lihasetoonuse tõus ja vegetatiivse talitluse intensiivistumine, mida tagab retikulaarne destsendeeruv hõlbustav süsteem (RDHS). Ärkveloleku ja psüühilise talitluse täielik puudumine on iseloomulik koomale, kestev teadvusetus ärkveloleku võimega, kuid ilma igasuguse psüühilise aktiivsusega, aga apallilisele sündroomile.

Virgeolekule (V) on lisaks ärkvelolekule iseloomulik ka võime diferentsitud infovalikuks, informatsiooni bioloogilise tähtsuse hindamiseks. Virgeoleku puhul ilmneb orienteerumisreaktsioon ja vähemalt elementaarne psüühiline talitlus motivatsioonide (M), emotsioonide (E) ja mälu (Mn) kujul. Selleks on vajalikud kahepoolsed seosed limbilise süsteemi (L) struktuuride ja retikulaarformatsiooni vahel. Üks tüüpilisemaid virgeoleku häire avaldusi on akineetiline mutism: liikumatus ja tummus orienteerumisreaktsioonide säilitamise korral.

Individuaalne **teadvus (T)** muutub integreerituks juhul, kui virgeolekule lisanduvad sihipärane tunnetus (*gnosis*), otstarbekas tegevus (*praxis*) ja eneseteadvus (*ego*). Viimased tagavad orienteerumise ajas, ruumis, situatsioonis ning otstarbeka tegevuse programmeerimise võime ja iseenda seisundi hindamise võime. Nende puudumise korral on tegemist dementsusega või teadvuse sisuliste ehk kvalitatiivsete häiretega, kui teadvuse selgus on enam-vähem säilinud (deliirium, amentiiivne seisund jt.). Teadvuse häireteta funktsioneerimise tagab ajukoore mittespetsiifiliste, assotsiativsete tsoonide (Co), limbilise süsteemi (L) ja ajutüve retikulaarformatsiooni (RF) integreeritud talitlus.



Skeem 2.

Inimese või looma käitumise määravad: 1) närvisüsteemi aktiivsuse füsioloogilised mehhanismid; 2) põhivajadused, mis formeeruvad kaasasündinud, geneetiliste ja eksogeensete, omandatud mõjutuste sulamina.

Vajadus (V) on põhiline käitumist aktiveeriv jõud. Loomal võib eristada kolme põhivajadust:

- 1) enesesäilitamine ja liigijätkamine;
- 2) uurimiskäitumine;
- 3) püüd ühinemisele teatud hierarhiaga.

Inimese analoogsed põhivajadused on:

- 1) vajadus elada (säilitada ennast ja liiki);
- 2) tunnetada maailma;
- 3) omada teatud rolli ühiskonnas.

Vajadused realiseeritakse motivatsioonide kaudu.

Motivatsioon (M) on mingi vajaduse rahuldamisele suunatud sihipärane käitumislaid, «ajustruktuuride aktivatsiooni alusel tekkiv subjektiivse värvinguga seisund, mis ergutab inimest ja kõrgemaid loomi oma vajaduste rahuldamiseks suunatud tegevusele» (5).

Motivatsioonid koosnevad: a) madalamatest ehk bioloogilistest ehk vistseraalsetest ehk esmastest motivatsioonidest, mille aluseks on kaasasündinud mehhanismid ja mis tagavad organismi homöostaasi ning ainevahetuse; b) kõrgematest ehk komplekssetest motivatsioonidest, mis tekivad madalamate motivatsioonide ja individuaalsete elu ajal omandatud kogemuste alusel. Sotsiaalsed motivatsioonid on inimese kõrgeimad motivatsioonid, mis kujunevad sotsiaalsete tegurite mõjul.

Skeemaaliselt on see kujutatud skeemil 2.

Kuigi terviklik motivatsiooniline käitumine nõuab kõigi mittespetsiifiliste mehhanismide integreeritust, on motivatsioonide kujunemisel eriline osa limbilisel süsteemil, mistõttu motivatsioonide häired ilmnevad just selle süsteemi kahjustuse korral. Nii võib suursuure poolkerade oimusagarate limbiliste struktuuride (hipokamp, mandeltuum) ja nendega seotud hüpotalamuse kahjustuse juhtudel sageli näha toitumismotivatsioonide vääramist (toidust põhjusteta keeldumist — anoreksiat — või liigõgimist — buliimiat), seksuaalmotivatsioonide häiritust või vääramist (hüpo- või hüperseksuaalsust, homoseksuaalsust jt.), vahel ka omavahel kombineerunult (*anorexia nervosa*, *Kleine-Levini sündroom*).

Motivatsioonid on lahutamatult seotud emotsioonidega.

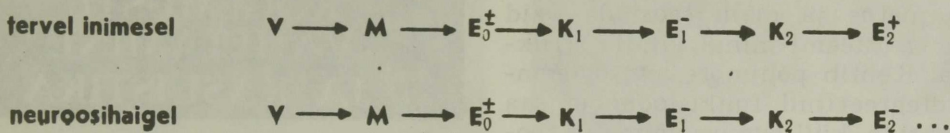
Emotsioon (E) on «reaktsioon indiviidi subjektiivse värvinguga läbielamuseks, mis peegeldab indiviidis toimiva ärritaja või tema enda tegevuse olulisust tema jaoks» (5), «isiku poolt välismaailma ja iseendasse suhtumise läbielamine, käitumise hinnang» (2), «käitumise seesmine majakas» (P. Anohhin). Emotsioone klassifitseeritakse järgmiselt: bioloogilised ja kõrgemad, positiivsed ja negatiivsed, pidurdatud ja pidurdamata jne.

Emotsioonide osa motiveeritud käitumise mehhanismis selgitab skeem 3.

Vajadus kutsub esile motiveeritud käitumisprogrammi, mille realiseerumise raskust hindab emotsioon (E_0^+). Selle programmi alusel formeerub käitumisakt K_1 , mis aga ei osutu otstarbekaks. Seda hinnangut peegeldab negatiivne emotsioon E_1^- . Programm realiseerib teise, alternatiivse käitumisakti, mille otstarbekust näitab positiivne emotsioon E_2^+ . Tervel inimesel lõpeb motiveeritud käitumisel põhimõtteliselt alati positiivse emotsiooniga.

Neuroosiga inimesel on käitumisel üleküllas negatiivne emotsioonid, kusjuures ahel lõpeb sageli negatiivse emotsiooniga. See peegeldab motivat-

Käitumisahel tervel inimesel ja neuroosihaigel



Skeem 3.

siooni realiseerumise raskust või isegi võimatust, vahel aga ka motivatsiooni mitteadekvaatsust. Neuroosi, üht tüüpilist desintegratsioonisündroomi, on nimetatud ka rahuldamatute või mitte-rahuldatud vajaduste haiguseks, konkureerivate vajaduste kokkupõrkest või informatsiooni mõjust tingitud haiguseks.

C. E. Shannon on esitanud järgmise valemi:

$$E = V \times (I_{\Sigma} - I_{+}),$$

s. t. emotsiooni tugevus võrdub vajaduse ja vajaliku (I_{Σ}) ning olemasoleva (I_{+}) info vahe korrutisega. Mida väiksem see vahe on (mida täielikum on info), seda vähem intensiivne on emotsioon.

Igasugune sihipärane motiveeritud tegevus on emotsionaalse hinnanguga. Seda kajastab hästi Nobeli preemia laureaadi keemik W. Ostwaldi «õnnevaalem»:

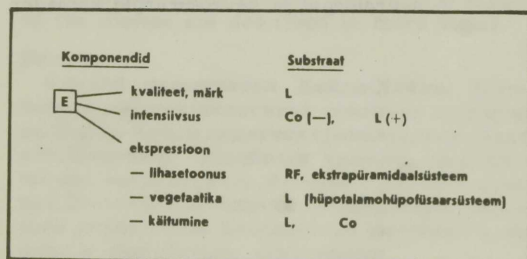
$$G = E' - V',$$

milles E — energia, mis kulub isikule meeldiva, s. t. positiivseid emotsioone andva tegevuse peale; V — energia, mis kulub ebameeldiva tegevuse peale.

Emotsiooni sisemist struktuuri ja selle komponentide seost mittespetsiifiliste süsteemide üksikute koostisosadega selgitab skeem 4.

Taas ilmneb, et limbilisel süsteemil (L) on peamine osa emotsiooni üksikute komponentide, seega ka tervikliku emotsiooni formeerumisel. Seda kinnitavad ka emotsioonide häirete andmed: neid esineb 70 %-l limbilis-retikulaarse

kompleksi (LRK) kahjustusega haigestest, seejuures 90 %-l hüpotalamuse limbiliste struktuuride kahjustuse korral (2). Limbilise süsteemi kahjustusele on iseloomulik emotsioonide mitteadekvaatsuse või vääristumise kombineerumine motivatsioonide vääristumisega ja käitumise üldise aktiivsuse ning sihipärasuse muutustega. Nii võivad ilmned mitte motiveeritud või mitteadekvaatselt motiveeritud afektid koos käitumise pidurdamatusega, mitteadekvaatsed reaktsioonid tugevatele välisärritajatele, näiteks nn. psüühiline šokk näilise emotsionaalse tuimuse, tahtetuse ja liikumisaktiivsuse tugeva nõrgenemisega ohuolukorras. Limbilise süsteemi tähtsust emotsioonide kujunemisel rõhutades nimetas Poola neurofüsioloog J. Konorski seda emotsioonide ajuks, ajukoort aga tunnetavaks ajuks (3). Muidugi tuleb selliste väljendite kasutamisel alati arvestada nende suhtelisust, rõhu asetamist terviklikku süsteemset funktsiooni tagava mehhanismi ühele iseloomulikumale lülile. Nagu eespool on selgitatud, ei saa när-



Skeem 4.

visüsteemi funktsionaalset aktiivsust, eriti psüühilist aktiivsust ja selliseid integreeritud psüühilisi funktsioone nagu teadvus, emotsioonid, motivatsioonid, tunnetus ja mälu seostada vaid kesknärvisüsteemi mingi kindla struktuuriga. Kehtib põhimõte, et süsteemseid, integreeritud funktsioone ei saa lokaliseerida, küll aga on võimalik toopoliselt lokaliseerida nende häireid.

KIRJANDUS: 1. Moruzzi, G., Magoun, H. W. Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol., 1949, 1, 4, 455—473.

2. Вейн А. М. Лекции по неврологии неспецифических структур мозга. М., 1974. — 3. Конорски Ю. Интегративная деятельность мозга. М., 1970. — 4. Мэгун Г. Бодрствующий мозг. М., 1965. — 5. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 2, М., 1983; т. 3, М., 1984.

Summary

The physiology of behaviour, motivations and emotions. Contemporary views on the mechanisms of such complex systemic psychophysiological phenomena as behaviour motivations and emotions are reviewed. The basic role of unspecific integrative systems in the formation of these functions is described and possible connections of the disorders of these functions with the limbic system and reticular formation are discussed.

Резюме

О физиологии активности поведения, мотиваций и эмоций. В статье изложены современные взгляды на механизмы таких комплексных системных психофизиологических явлений, как активность поведения, мотивации и эмоции, указывается роль неспецифических интегрирующих систем в обеспечении этих функций и обсуждаются возможные варианты поражения лимбико-ретикулярного комплекса при разных формах нарушения указанных функций.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
neuroloogia ja neurokirurgia kateeder

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

UDK 616.527.4-07-08

Hailey-Hailey villtõve juht

Dmitri Võžull Eerik Saarnok · Tallinn

krooniline healoomuline perekondlik villtõbi
Hailey-Hailey, kliiniline diagnoos, ravi

Hailey-Hailey villtõve täpne nimetus on krooniline healoomuline perekondlik villtõbi Gougerot-Hailey-Hailey (*pemphigus chronicus benignus familiaris Gougerot-Hailey-Hailey*). Esmakordselt kirjeldasid seda tõbe ameeriklased vennad Hugh ja Howard Hailey 1939. aastal, kuid tõvele oli esimesena tähelepanu pööranud H. Gougerot (3). Haigust esineb suhteliselt harva ja ta on kroonilise intermiteeruva kuluga. Villtõbi ägeneb tavaliselt kuumal aastajal, remissioonid kestavad aastaid. Seda põevad tavaliselt ühe ja sama perekonna liikmed ning ta on päritav dominantse tunnuse alusel (2). Põdejateks on noored ja küpses eas mõlemast soost inimesed. Villtõve kliinilist pilti iseloomustab selgelt piirdunud suurte kolletena esinev lööve, mis lokaliseerub sümmeetriliselt kaelal ja suuremate nahavoltide piirkonnas — kaenla all, kubemes ja rindade all. Lööbe esmas-elementideks on ebapüsivad villid ja villikesed, mis tekivad punetaval foonil. Villid lõhkevad ja nende asemele moodustuvad leemendavad erosioonid, mis kattuvad seroosete või hemorraagiliste koorikutega (3). Erosioonid võivad laaduda ja nende pinnale võivad ilmuda nahapinnast kõrgemad vohandid. Haigete üldseisund on tavaliselt rahuldav.



Foto 1. Hailey-Hailey villtõve lööve kaenla all.

Haige kaebab mõõdukat sügelemist, kipitust ja kergest valulikkust haiguskohtede ümbruses. Sekundaarse infektsiooni lisandumise korral tekib haiguskindes põletik ja kujuneb regionaarne lümfadeniit. Villi kattev epidermis eraldub pintsetiga rebimisel kergesti (Nikolski fenomen). Haiguskinded meenutavad ekseemi, eksematiseerunud neurodermiiti, herpest, bullooset püodermiat, mistõttu tuleb ette diferentsiaaldiagnostilisi raskusi (1). Erosioonide epiteliseerumise järgselt säilib pigmentatsioon. Prognoos on hea. Histoloogiliselt on sedastatavad intraepiteeliaalsed villid ja akantolüütilised rakud.

Hailey-Hailey tõve etioloogia ja patogeneesi on ebaselge. See raskendab haiguse ravi. Kasutatakse vitamiine, tsütostaatikume ja aromaatsid retinoidide, fotokemoterapiat ja röntgenravi. Komplikatsioonide laadile vastavalt manustatakse antibiootikume, sulfaniilamiide või fungitsiide. Nende toime on vaid ajutine ega kaitse retsidiivide eest.

Haigusjuht. 36-aastane naine U. G. (haiguslugu nr. 418/1988) hospitaliseeriti Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri nahahaiguste statsionaari. Haigel oli leemendav nahalööve kaenla ja rindade all. Ta oli haige olnud juba 12 aastat. Varem oli haigus korduvalt ägenenud, eriti suvel. Fotodel 1 ja 2 on näha teravalt piirdunud lööve, mille punetaval ja pigmenteerunud foonil leidub rohkesti mikroerosioone, koorikuid ja ketendust. Koorikute äärtel esineb punktikujulist pigmentatsiooni ja villikeste fragmente, mis on kergesti eemaldatavad. Erosioonidest võetud puutepreparaatides avastati akantolüütilisi rakke.

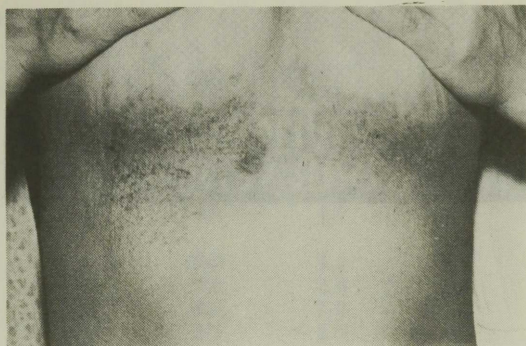


Foto 2. Hailey-Hailey villtõve lööve rindade all.

Siseelundid patoloogiliste muutusteta. Vererõhk oli 130/90 mmHg. Vere, uriini ja väljaheite kliinilised analüüsid olid normis. Normi piires oli ka veresuhkru-, seerumi üldvalgu ja kolesteroolisisaldus. Wassermanni reaktsioon oli negatiivne. Sissevõtmiseks määrati avlosulfooni, metüüluratsiili ja polüvitamiine. Lokaalselt manustati aniliinvärvi vesilahust. Ravi tulemusena haige paranes.

Kokkuvõtteks tahaksime öelda, et *pemphigus chronicus benignus familiaris Hailey-Hailey* on bulloosne genodermatoos, mis lokaliseerub nn. intertriginoossetes piirkondades (kehavoltides). Haiguse komplikatsiooniks on sageli sekundaarne infektsioon (kandidoos ja püodermia), mille likvideerimine vastava raviga on väga oluline.

KIRJANDUS: 1. Каламкарян А. А., Чистякова И. А., Гетлинг З. М. Вестн. дерматол., 1987, 5, 7—11. — 2. Каралицкий Е. М. Вестн. дерматол., 1983, 5, 37—40. — 3. Торсуев Н. А., Шеклаков Н. Д., Романенко В. Н. Буллезные дерматозы. М., 1979.

Summary

A case of Hailey-Hailey disease. Chronic benign familial pemphigus is a realitively rare disease which causes diagnostic difficulties. The authors describe a 36-year-old female patient with Hailey-Hailey disease. The clinical features of the disease are described in more detail.

Резюме

Случай пузырчатки Хейли-Хейли. Хроническая доброкачественная семейная пузырчатка Хейли-Хейли является сравнительно редким заболеванием, способным вызвать диагностические затруднения. Авторы приводят описание 36-летней женщины, страдающей указанным дерматозом. Сообщаются сведения о клинике и диагностике заболевания.

Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser

TERVISHOIUTOO KORRALDUS

Eesti rahva tervis 1988. aastal

Reet Malbe · Tallinn

Eesti meedikud on siiani meie rahva tervislikust seisundist halvasti informeeritud olnud. Nii sanitaar-demograafilised kui ka haigestumust ja kehalist arengut iseloomustavad andmed on olnud vaid ametialaseks kasutamiseks. Rahva tervisest ülevaate saamisel on infoallikaks NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi ja NSV Liidu Riikliku Statistikakomitee poolt kinnitatud dokumendid ja kehtestatud infosüsteem,

Tabel 2. Eesti elanike haigestumus 1988. aastal meditsiini-asutustesse pöördumiste järgi

Linn või rajoon	Üldhaigestumus 1000 inimese kohta	Esmane haigestumus 1000 inimese kohta
Eesti NSV-s kokku	1098,9	710,5
Linnad:		
Tallinn	1338,5	910,5
Tartu	1580,4	1085,7
Narva	956,8	653,0
Pärnu	989,7	620,8
Kohtla-Järve	1601,1	766,7
Rajoonid:		
Haapsalu	812,7	461,6
Harju	723,0	493,6
Hiiumaa	945,7	559,6
Jõgeva	1026,2	591,1
Kingissepa	966,3	660,0
Kohtla-Järve	415,6	285,6
Paide	863,4	585,9
Põlva	998,6	596,6
Pärnu	628,6	441,9
Rakvere	835,8	571,7
Rapla	709,6	436,4
Tartu	853,2	517,3
Valga	736,4	420,9
Viljandi	1042,2	630,3
Võru	996,9	612,9

mis on orienteeritud meditsiinitöötajate töö kvantiteeti iseloomustavate andmete kogumisele, mitte inimese ter-

Tabel 1. Eesti elanike üldhaigestumus 1988. aastal meditsiini-asutustesse pöördumiste järgi (aruandevormi nr. 1 andmetel)

Haiguste jaotumus rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni järgi	Registreeritud pöördumisi 10 000 inimese kohta	Haigusrühma osatähtsus üldhaigestumuses (%-des)
VIII Hingamiselundite haigused	4729,9	43,0
XV, XVI, XVII Perinataalse perioodi patoloogia. Sümptoomid. Traumad ja mürgitused	961,4	8,8
VII Vereringesüsteemi haigused	927,4	8,4
VI Närvisüsteemi- ja tundeelundite haigused	902,0	8,2
XIII Luu- ja lihassüsteemi ning sidekoehaigused	624,4	5,7
V Psüühikahäired	537,9	4,9
IX Seedetraktihaigused	489,2	4,5
I Nakkus- ja parasitaarhaigused	470,3	4,3
X Urogenitaalsüsteemi haigused	365,8	3,3
XII Naha- ja nahaaluse koe haigused	339,2	3,1
II Kasvajad	257,7	2,3
III Endokriinsüsteemi haigused, toitumis- ja ainevahetushäired	240,2	2,2
XI Rasedus- ja sünnituspatoloogia	81,0	0,7
XIV Kaasasündinud anomaaliad	41,6	0,4
IV Vere- ja vereloomeelundite haigused	20,7	0,2
Kokku	10989,0	100,0

Tabel 3. Eesti NSV 1988. aasta demograafilisi näitajaid (‰-des)

Linn või rajoon	Sündimus	Suremus	Loomulik iive	Surnult sündimus	Perinataalne suremus	Neonataalne suremus	Postneonataalne suremus	Laste suremus
Eesti NSV-s kokku	15,9	11,8	4,1	8,0	14,9	8,3	4,1	12,4
Linnad:								
Tallinn	15,3	10,0	5,3	9,0	17,8	10,2	4,0	14,2
Tartu	17,2	10,3	6,9	7,1	12,2	6,6	2,6	9,2
Narva	15,8	9,0	6,8	5,0	10,7	8,6	4,3	12,9
Pärnu	14,4	12,3	2,1	12,3	18,0	5,7	2,3	8,0
Kohtla-Järve	14,3	10,9	3,4	6,4	15,1	11,6	2,9	14,5
Sillamäe	15,5	8,2	7,3	15,2	21,4	6,2	3,1	9,3
Rajoonid:								
Haapsalu	16,1	13,5	2,6	5,3	12,6	7,3	5,4	12,7
Harju	16,9	11,7	5,2	9,0	20,0	12,8	4,3	17,1
Hiiumaa	19,8	13,8	6,0	12,9	21,7	8,8	—	8,8
Jõgeva	17,3	14,3	3,0	1,4	6,9	8,2	4,1	12,3
Kingissepa	17,2	14,0	3,2	8,3	9,7	1,4	1,4	2,8
Kohtla-Järve	14,6	16,0	—1,4	2,9	8,7	5,8	11,6	17,4
Paide	16,9	12,1	4,8	2,7	5,3	2,6	1,3	3,9
Põlva	15,2	15,2	0	5,1	10,2	5,1	5,1	10,2
Pärnu	18,0	14,4	3,6	12,0	21,6	11,0	5,4	16,4
Rakvere	16,5	13,8	2,7	11,0	19,3	8,3	5,2	13,5
Rapla	16,6	13,8	2,8	7,7	12,4	6,3	4,7	11,0
Tartu	15,6	14,9	0,7	5,6	5,6	—	9,9	9,9
Valga	14,5	14,0	0,5	4,6	6,1	1,5	6,2	7,7
Viljandi	16,5	15,3	1,2	9,1	11,0	5,6	1,8	7,4
Võru	16,6	13,9	2,7	3,8	10,3	7,8	3,9	11,7

visest igakülgse ettekujutuse saamisele. Senine aruandlus nägi ette andmete kogumist ühes ja samas mahus ning vormis nii asutuse peaarsti, liiduvaba-

riigi tervishoiuministri kui ka NSV Lii-du Tervishoiuministeeriumi jaoks, kuigi erinev juhtimistasand vajab ka erinevat informatsiooni.

Tabel 4. Surma põhjused Eesti NSV-s 1988. a. (Riikliku Statistikakomitee aruandevormi nr. 2 alusel)

Haigus	Näitaja 100 000 inimese kohta	Haigusrühma osatähtsus (%-des)
Kardiovaskulaarhaigused,	750,4	63,9
sealhulgas hüpertooniatõbi	7,5	0,6
südame isheemiatõbi	468,9	39,9
ajuveresoonte haigused	240,4	20,5
muud kardiovaskulaarhaigused	33,6	2,9
Kasvajad	198,5	16,9
Traumad, mürgitused,	101,2	8,6
sealhulgas alkoholmürgitus	8,8	0,7
muud mürgitused	2,4	0,2
uppumine	9,1	0,8
muud traumad	80,9	6,9
Seedetraktihaigused	26,9	2,3
Gripp, ägedad respiratoorsed haigused,		
pneumoonia	8,1	0,7
Muud hingamiselundite haigused	19,1	1,6
Infektsioon- ja parasitaarhaigused,	7,7	0,6
sealhulgas ägedad soolenakkushaigused	0,4	0,4
tuberkuloos	3,4	0,3
muud haigused	3,9	0,3
Ülejäänud haigused	62,0	5,3

Tabel 5. Nakkushaigustesse haigestumus Eesti NSV-s 1988. aastal (100 000 inimese kohta)

Haigus	Nakkushaigus- tesse haigestumus (100 000 inimese kohta)
Kõhutüüfus, paratüüfus	1,0
Salmonelloos	36,4
Muud ägedad soolenakkus- haigused kokku,	454,0
sealhulgas bakteriaalne düsentëeria	191,2
kindlaks tehtud tekitajaga enteriidid, koliidid, gastroenteriidid	75,1
ebaselge etioloogiaga soolenakkushaigused	187,7
Läkakõha	37,2
Sarlakid	235,9
Meningokokiline infektsioon, sealhulgas tserebrospi- naalne meningiit	5,8
Tuulerõuged	1,1
Leetrid	622,3
Punetised	56,1
Puukentsefaliit	135,3
Viirushepatiit,	4,3
sealhulgas seerumhepatiit	97,0
Epideemiline parotiit	11,8
Malaaria	65,2
Leptospiroos	0,4
Ägedad respiratoorsed infektsioonid	1,3
Gripp	16106,8
	10663,0

Omal ajal avaldas ajakiri «Eesti Arst» Eesti Vabariigi tervishoiustatistikat. Vana traditsiooni taastamiseks ongi selles kirjutises toodud mõned andmed meie rahva tervise kohta 1988. aasta aruannete põhjal.

Edaspidi sõltub meie vabariigi meedikute, kui ruttu ja kui otstarbekaks me suudame muuta meditsiinisüsteemi arvestuse ja aruandluse ning milliseid andmeid hakkame omama.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Valitsuskomisjoni informatsioon Kirde-Eesti laste grupiviisilise haigestumise põhjuste väljaselgitamise kohta

Kirde-Eesti laste grupiviisilise haigestumise (juuste väljalangemise) põhjuste väljaselgitamise komisjon, mis moodustati Eesti NSV Ministrite Nõukogu Presiidiumi 1989. a. 3. aprilli istungil, on teinud järgmist.

Eesti mitme ametkonna uurimisasutuste ja teiste asutuste spetsialistidest moodustati 14 töörühma, kes asusid tööle vastavalt operatiivplaanile, mis oli kooskõlastatud ka NSV Liidu Tervishoiuministeeriumiga. Töörühmade moodustamisel lähtus komisjon asjaolust, et eelnevalt olid Sillamäel töötanud kaks NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi komisjoni, kellel ei olnud õnnestunud laste juuste väljalangemise põhjust välja selgitada.

Töörühmade tegevuse eesmärk esimesel tegevuskuul oli järgmine.

1. Lastel juuste väljalangemise leviku kohta kvalifitseeritud andmete kogumine Sillamäel ja võrdlevalt Kohtla-Järvel ning Narvas, samuti orienteerivalt mujal Eestis; andmete kogumine ka muude tervisehäirete kohta nende linnade lastel.

2. Kirde-Eesti laste grupiviisilise haigestumise põhjuste üksikasjalikuma uurimise alustamine; sel eesmärgil informatsiooni hankimine keskkonna ökoloogilise seisundi ja saastumise, laste elutingimuste (olme, toitumine) ning nakkuse võimaliku leviku kohta.

Sillamäel ja võrdluseks Kohtla-Järvel ning Narvas vaatasid dermatoloogist, pediaatrist, neuroloogist koosnevad komisjonid läbi 3648 last, neist 353 õpilast; ülejäänud vaatlusalustest olid ülekaalus nooremad, peamiselt koolieelsete lasteasutuste lapsed. Muijal Eestis vaatasid Eesti rajoonipediaatrid läbi 247 029 0...15 aasta vanust last. Sillamäel, Kohtla-Järvel ja Narvas avastasid nad 205 juhul juuste väljalangemise, seal-

Tabel. Kirde-Eesti laste uurimise tulemused

Asula	Läbivaadatud arv	Juuste väljalangemisega laste arv		Kes lapsed läbi vaatas
		abso- luut- arv	protsent läbivaadatud arvust	
Sillamäe	1212	99	8,2*	NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi komisjon, osaliselt koos Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi komisjoniga
Kohtla-Järve	1213	57	4,7	Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi komisjon
Narva	1223	49	4,0	Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi komisjon

Märkus. * NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi 20. aprilli 1989 öiendis on uuritute arvuks märgitud 1377, alopeetsia 86-l.

hulgas koolieelsete lasteasutuste ja samaealistel kodustel lastel järgmiselt.

Järeldub, et Sillamäe lastel esineb juuste väljalangemise juhte statistiliselt tunduvalt sagedamini kui Kohtla-Järve ja Narva lastel. Alopeetsiat esines Sillamäel läbivaadatud 1...5-aastastest kodustest lastest 4,8 %-l, koolieelsete lasteasutuste lastest 8,9 %-l ja õpilastest 6,8 %-l.

Spetsialistide komisjonid avastasid peale juuste väljalangemise Sillamäe lastel sageli ka haiguslikke muutusi mitmes elundsüsteemis. Sealjuures leiti kolmandikul lastest mitmesuguseid nahakahjustusi. Sagedad olid neuropsüühilised, seedetrakti ja sisesekretoorse sfääri häired, samuti looteperioodil tekkinud häired, paljudel avastati ka varem põetud rahhiidi jääknähte.

Peaaegu kõigil alopeetsia ja ühel kolmandikul alopeetsiata juhtudest oli muutunud vere rakuline koostis. Uuritud oli ligikaudu 450 last, neist üle poolel täheldati normist kõrvalekaldeid plii, kaadmiumi, tsingi, magneesiumi, mangaani, naatriumi, kaaliumi, kaltsiumi ja fosfori sisalduses. Mainitu kõneleb organismi tugevatest mineraalainevahetuse häiretest. 25 uuritust oli 19-l porfüriiniainevahetuse muutusi. Tallinnas aga on seda ainevahetuse häiret vaid umbes veerandil lastest.

See kõik tõendab kroonilise keemilise intoksikatsiooni olemasolu laste organismis ja kinnitab üldise kahjustava teguri suurt osa laste tervise halvenemises. Viimast on kinnitanud ka varajased uuringud. Need on näidanud, et Kohtla-Järve ja Maardu lastel esineb rahhiidi (s. o. mineraalainevahetuse häire) jääknähte mitu korda sagedamini kui Tallinna ja Rakvere lastel.

Alopeetsia põhjuste väljaselgitamiseks tehtud mitmekülgsete uuringute põhjal selgus elukeskkonna ülemäära-keemiline ja radioaktiivne saastatus.

Sillamäe Keemia-Metallurgia Tootmiskoondis hoiab ja utiliseerib tootmisjäätmekogumist loomulikult, saastab atmosfääri õhku ja laseb Narva lahte lubamatult palju heitmeid, millest kontrollitakse vaid osa, määramata aga jäetakse radioaktiivsete ja haruldaste muldelementide sisaldus, mistõttu on võimalik sekundaarne pinnase (rannaääre) ja põhjavee (joogivee) saastamine.

Viimastel aastatel tehtud atmosfääriõhu regulaaranalüüsid on näidanud normi ületavat saastumist ammoniaagiga (1988. aastal näiteks 42% proovide näidud ületasid lubatud piirkontsentratsiooni maksimaalselt kuni 5...7 korda), diklooretaaniga (ligikaudu neljandikul juhtudest, maksimaalselt kuni kaks korda) ja tolmuaga.

Joogivesi on mineraalainetevaene. Paljud analüüsid viitasid saastumisele

kloriidide ja viirustega. Olgu lisatud, et viiruste tüpiseerimine kestab. Vesi on hägune. Vee radoonisisaldus on suur. Joogivee halbadest organoleptilistest omadustest tingituna joob enamik inimesi keedetud vett.

Sealsele pinnasele on looduslikult iseloomulik uraani, molübdeeni, plii, tsingi, mangaani või muu elemendi suur sisaldus. Lisaks sellele on leitud saastatust haruldaste muldelementidega, nagu tseeriumi või mesotooriumi laste liivakastides, tseeriumi ventilatsioonivõredest.

Pinnas (diktüoneemakilt) sisaldab ka rohkesti radioaktiivseid aineid. Lisaks saastab tehas pinnast kõrge radioaktiivsusega jääkidega.

Sillamäe asula elanikel on olnud vaba juurdepääs kõrge radioaktiivsusega aladele. Linna territooriumil on kohti, kus pinnase raadiumi laguproduktide sisaldus ületab loodusliku fooni 85 korda, tehasest lääne pool asuvas endises uraani laos üle 2000 korra. Tooriumirea laguproduktide sisaldus pinnases ületab fooni linnas kuni 73 korda, jäägihoidlas kuni 160 korda. On eeldused radoonisisotoopide massiliseks eraldumiseks. Nende ainete suurt kontsentratsiooni kõrvuti normaalsega ongi konstateeritud elamute ja lasteasutuste keldrikorrustel, treppidel ja isegi lasteaias rühmaruumides.

Olemasolevaist andmeist tuleneb tõenäoline seletus Sillamäe laste juuste väljalangemise või muude tervisehäirete põhjuste kohta.

Uurimise ajal kontrolliti ligikaudu 40 erinevat versiooni. Analüüsides andmed lubasid kõrvale heita nakkus-, A-hüpervitamiinooosi- ja talliumiversiooni.

Juuste väljalangemise ning teiste tervisehäirete põhjuseks on tõenäoliselt keskkonna ja olme üldise paljukooskomponendilise saastumise summaarne toime, sealjuures haruldaste muldelementide ja raskmetallidega. See kahjustav kompleks toimib nähtavasti nii Sillamäel kui ka Kohtla-Järvel ja Narvas. Lisaks sellele toimib Sillamäel ka

kohalik kahjustav tegur, nimelt pinnase (ja sealt õhku saastava tolmu) suurenenud radioaktiivsus. Tervisehäirete väljakujunemist võib soodustada ka mõne vitamiini ning mineraalainete vähesus toidus ja joogivees.

Ettepanekud.

Jätkata laste tervise ning keskkonna saastumise süvauurimist Kirde-Eesti elanike tervise kaitse ja keskkonna saastamise vähendamise abinõude väljatöötamiseks.

Muuta senine vabariiklik Kirde-Eesti laste grupiviisilise haigestumise põhjuste väljaselgitamise ajutine komisjon alaliseks Eesti NSV Ministrite Nõukogu Kirde-Eesti meditsiinilis-ökoloogiliseks komisjoniks.

Mainitud süvauurimise eesmärgil taotleda ka NSV Liidu Tervishoiuministeriumilt lisafinantseerimist.

Laste tervise tugevdamise abinõud.

Lua võimalused laste kestvamaks väljaviimiseks Kirde-Eesti saastatud piirkondadest; keskkonda saastavad ettevõtted rajagu puhkelaagreid Eestimaa saastamata piirkondades.

Parandada Kirde-Eesti elanike varustamist saastamata toiduainetega (juurvili, puuvili). Alopeetsiaga lastele tagada toitlustus, mis rahuldaks organismi põhitaitainete ja vitamiinide ning mineraalainete vajaduse.

Rakendada kompleksabinõusid Kirde-Eesti elukeskkonna saastumise oluliseks vähendamiseks.

Pidada vajalikuks allutada Sillamäe Eesti tervishoiu- ja keskkonnakaitseorganite kontrollile.

Keelata Kirde-Eestis uute keskkonda saastavate ettevõtete rajamine; olemasolevate keskkonda saastav tegevus vähendada normatiivideni.

Sillamäe tehasel tuleb 1989. a. jooksul teha kõik selleks, et vähendada keemilist ja radioaktiivset saastamist oma territooriumil ja selle mõjupiirkondades. Võtta ette pinnase koorimine ja katmine, tõkestada elanike ja loomade juurdepääs aladele, kus radioaktiivsus on kõrge; uraanihoidlale, settebasseinidele ja prügimägedele. Saasta-

mise vähendamiseks näha ette veel sel-
lised abinõud nagu Narva lahte juhita-
vate heitmete järsk vähendamine, ra-
diobasseinide seinte tihendamine, ra-
dioaktiivsete jääkainete põhjavette sat-
tumise ärahoidmine, ajakohase jäätme-
hoidla ehitamine, radioaktiivse vana-
raua matmine.

Eesti NSV Ministrite Nõukogul pöör-
duda NSV Liidu Masinatööstuse Minis-
teriumi poole ettepanekuga kaaluda
võimalusi 1990. aasta jooksul Sillamäe
tehase senise tootmise ümberprofilee-
rimiseks keskkonna saastamise piira-
mise eesmärgil; viia tegelikud heitmete
hulgad vastavusse lubatud maksimaal-
sete hulkadega.

Eesti NSV Ehituskomiteel vaadata
läbi ehitusmaterjali tootmise, ehituste
projekteerimise ja ehitamise normatii-
vid eesmärgiga vältida radooni ja ra-
dioaktiivsuse tungimist eluruumidesse.
Enne Sillamäele ehitama hakkamist
korraldada hoolas geoloogiline luure,
ehitustegevuses vältida radioaktiivse
aluspinnase avamist ja pinnase segi-
paiskamist; kaaluda elamuehituse jätk-
kamise otstarbekust Sillamäel ja Koht-
la-Järve Sotsialistlikus linnaosas ning
teha vastavad uuringud.

Teha Eesti NSV Ehituskomiteele ja
Narva Linna Täitevkomiteele ettepanek
viia transiitliiklus Narvast välja.

Eesti NSV ATK-l vähendada keskkon-
na saastamist mineraalväetiste ja pesti-
tsiididega ning minna üle mahepõllun-
dusele.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

MÖTTEVAHETUS

UDK 614.253.8+616-083-036.88(049.3)

Surija põetamine

Hilja Rüütli · Tallinn

Veel XIX sajandi algul nimetati su-
retamisõpetuseks arstiteaduse osa, mille
eesmärgiks oli anda meedikule psühho-
loogilisi, filosoofilisi, aga ka protse-
duuralaseid teadmisi selleks, et õiges-
ti käituda surivoodil oleva inimese
juures, et humaanselt ja säästvalt ko-
helda inimest, kellel lõpp on lähedal —
surijat. Arusaadavalt oli niisugune lah-
kuja kohtlemise õpetus juba tollal raja-
tud rohkem emotsionaalsele kui ratsio-
naalsele kasvatusesele. Reeglite asemel te-
geles suretamisõpetus printsiipidega,
sest teadmiste omandamise eesmärgiks
oli seatud humaanne siht inimese sure-
mist kergendada, surijat aidata. Niisiis
on meie teemaks suremine, surija, eriti
aga suretamine ja suretaja.

Teame, mis on surm: kliiniline ja
bioloogiline, loomulik ja vägivaldne,
ajaline ja enneaegne, ootuspärane ja
äkiline. Üks Victor Hugo romaani tege-
lane on ennast völlapuu all lohutanud
järgmise mõttega: «Surmamõistetud on
inimesed kõik — ainult nemad ei tea,
millal otsus täide viiakse.» Põhiliselt
on seesugune käsitus omane kõikidele
kultuurühiskonna inimestele.

Individuaalne selle juures on see,
kuidas keegi seda tõsiasja tunnetab,
kuidas keegi selle paratamatusega lebib.
Siin sõltub iga inimese reaktsioon te-
ma vaadetest, elufilosoofiast ja usust.
Natuke on kultuurinimeses selles küsi-
muses säilinud atavismi.

Primitiivse kultuuriga rahvaste kä-
situs surmast on väga lihtne: kuni ini-
mene elab, ei usu ta kunagi, et ka

tema peab surema. Enamik loodusrahvaid peab seisundit surnud olla õnnetuseks, mille on põhjustanud üleloomulikud jõud, mingi arusaamatus või kellegi nõidus. Traagiline surm ja äkksurm on suurema osa loodusrahvaste käsituses kurjade vaimude vandenõu. Kurjade vaimude lepitamise ja nende viha ärahoidmisega on tuhanded põlvkonnad tegelnud ja ikka eesmärgiga vältida enda surma. Paljudel loodusrahvastel on eriline austus vanade inimeste vastu tekkinud just sellest, et neid peetakse targaks, kuna nad on pikka aega osanud kurje ja üleloomulikke jõude enesest eemal hoida. Nüüdisaegse kultuurinimese salajases, sisemises iseenda surma paratamatuse tunnetamises on veel praegugi säilinud selle ürgsuhtumise elemente.

Hoiaku surma suhtes seletab mõndagi ka meie suhtumise viisidest suremisel ja suretamises. Skandinaavia ja Anglo-Ameerika maades, kus suretamise teooria ja praktika vastu on viimastel aastatel taas elavat huvi tundma hakatud, on tehtud hulk uurimusi meedikute käitumise kohta surija juures ja suretamisel.

Uurimise enam-vähem ühesugused tulemused näitavad, et valdav osa suretamiskogemusi omavatest õdedest on veendunud, et nad ei suuda kunagi ei surma ega suretamisega harjuda. Iga uus surmajuht on neid uuesti pannud sügavalt järele mõtlema. On küll tösi, et korduvad mõtisklused aitavad rohkem selgust tuua surma paratamatuse tunnetamises ja et kogemuste lisandumisel muutub käsitus surma loomulikkusest pisut omasemaks. Vaieldamatuks raskeks sellise tunnetuseni jõudmisel on üldine arvamus surma sobimatusest ellu. Skandinaavias näiteks ei armastata surmast kõnelda, lein on puhtisiklik asi, seda püütakse isegi varjata.

Seesuguse hoiaku psühholoogiliseks tagajärjeks on negatiivsete emotsioonide surumine väljapoole teadvust, alateadvusse. Selliste negatiivsete laengute kumuleerumine võib viia psüühikahäireteni, isegi «plahvatusteni» nii igapäevaelus, aga õdedel näiteks ka

häiretele kutsetöös. Ühes uurimuses esitati arstidele ja õdedele küsimus surija kohtlemise kohta: kuidas sooviksite teisse suhtutavat siis, kui oleksite ise surivoodil? Vastused liigitati vastajate vanuse järgi ja seda mitte põhjusega. Mida vanemate õdede ja arstidega oli tegemist, seda suurem protsent soovis, et haiguse tõsidusest ja isegi surmast neile usaldavalt teatataks — kas teeks seda raviarst (80%) või siis põetav õde (11%).

Samast uurimusest selgus veel, et iga inimene valmistub surmaks erineval viisil. Põetajate, omaste ning sõprade tahtmatud, n.-ö. reetlikud reaktsioonid mõjutavad surija psüühikat hoopis suuremal määral kui teadlikud ja põhjendatud lohutused ning veenmine. 39% meedikuist oli kogenud, et enamik surijaid ei usu, et nad surevad, suur osa eitab surma võimalust. Tuletan siinjuures meelde eeltoodud viidet atavismile. 45% suretamiskogemustega meedikuist oli aga täheldanud, et teadmisega peatsest surmast paljud surijad küll lepivad, kuigi mitte rahulikult. Tavalisemad reaktsioonid niisugustel «nõustuvail» surijail on ängistus, hirm (tõeline surmahirm) ja masehdus. On surijaid, kellel võimaliku surma teade kutsus esile erakordse agressiivsuse ümbruskonna suhtes.

Siinkohal on loomulik küsida: kas surijale on surmast üldse lubatud kõnelda? Kogenud suretadjad on üksmeelsel seisukohal, et surmast kõnelemine on suureks kergenduseks nii surijale endale kui ka põetajale. Ainult — raske on seesugusele kõnelusele õiget algust leida. Iga surija korral tuleb lähtuda tema enda hoiakust ja seda peab tundma õppima. Praktiliselt tähendab see seda, et arst, õde või lihtsalt põetaja peab olema saanud koolituse psühholoogias. Praegu jääme veel liiga tihti lootma õilsale valele. On põhjust järele mõelda, kas see vale alati nii õilis ongi.

Surija vajab ja saab sellest suurt kergendust, kui ta leiab võimaluse koraks mõttes veel minevikku tagasi pöörduda, meenutada kohti ja esemeid, mis on talle nii tähtsad olnud ja millest

ta on loobuma pidanud. Lubatagu tal seda kõike meenutada. Nii valmistutakse surema. Just see aga on suretajale raske. See puudutab tema kõikvõimsust, tekitab süütunde. Siin järgneb õe või arsti enesekaitsereaktsioon: ta rahustab surijat, valetab talle, sisendades rumalat optimismi, mis jõuab välja surma eitamiseni. Veel enamgi — ta annab surija masinate kätte uurida, võtab appi tilksüsteemid, kunstlikud neerud, kopsud, südame ja hakkab ka ise uskuma, et ta on võimeline surmast võitu saama.

Vastsündinutele annavad ema käte puudutus ja hellitused, pisut vanematele lastele aga lahke pilkki teavet teiste inimeste kohta ja juba hakkab laps näoilme, naeratuse ja silituste vahendusel rajama inimlikke suhteid teistega. Näib, et ka surija vajab talle tuttavat naeratust, paitust ja sõbralikku häält enam kui kõikvõimsaid masinaid.

Puudutus, lahke pilk, näoilme, naeratus ja hea juttki aitavad inimesel säilitada identiteeti, tunda ja teada, et ta on olemas — kuni elust lahkumiseni. See on terminaalpöetus. Need mõtted on pärit Helsingi psühholoogi ja terapeudi Pirkko Siltala raamatust «Kas jätame haige maha surma eel?».

Ka ilukirjandusest on palju õppida — suremis- ja suretamisstseene leiame sealt palju. Olgu siinjuures mainitud Åse surm H. Ibseni draamast «Per Gynt». Õde võib sealt palju head ja õpetlikku omaks võtta. Muidugi ei anna niisuguse kirjanduse lugemine käitumismudeleid, kuid mõtlemisainet küll.

Mitte ainult meil — meil siiski eriti — on meedikute emotsionaalne surijate kohtlemise alane koolitus väga abitu. Arstid ja õed ei oska surijaga enamasti kõnelda nii, kuidas humaanne käitumisprintsip seda nõuab. Paaegu üldse ei osata surijaga kõnelda surmast. Iga inimene aga väärrib surivoodil humaanset kohtlemist.

Kui me seda nii teha ei oska ega suuda, siis vähendame sellega eelkõige isenda inimväärikust, mitte niivõrd halvasti koheldava patsiendi oma. Haige pöetuse, hoolduse ja ravi tehniseerimine

on meil võimaldanud inimesest kauge- neda.

Kui ma küsiksin, mis on elamisväärne elu ja mis on inimväärne surm, kas ma saaksin siis enam-vähem ühetaolised vastused. Arvan, et saaksin. Sest kui lugeja ausalt vastaks, siis ütleks ta: «Ei tea.» Nii see on, sest meile ei ole seda õpetatud. Vastuse otsimisel tajume, et sügavas alateadvuses on mingi mõte selle kohta küll olemas, selle sõnastamisel aga satume suurtesse raskustesse.

Et meil ei ole küllaldaselt teadmisi sellest, mis on inimväärne surm või mis on elamisväärne inimelu, siis on meil kergem surija enda hoolde jätta ja niisugust teguviisi täiesti normaalseks pidada. Peaargument, sisuliselt ainult ettekääne, on sageli kuuldav vastus: «Mul pole selleks aega!». Meie praeguse kiirustava töö tulemused on kõigile hästi teada: pöetusest ja üldhooldusest jääb palju vajaka, psühholoogiline hooldus kaob sootuks ja haige omaste jaoks ei jää meil üldse aega. Praeguse töökorralduse tagajärjeks on ka personali töökoormuse suurenemine tervist ohustava määrani. Südametunnistusega arst või õde kannatab süütunde all, sest nad ei saa haige heaks kõike teha. Töö muutub rutiinseks ja huvi selle vastu kaob. Tekib konveieri ääres töötamise tunne.

Mujal maailmas ja harva ka meil rakendatakse passiivset surija pöetust: nn. raviv meeskond otsustab, et haige ravimine tuleb lõpetada. Tegemist on sel juhul lootusetu juhuga. Moodne deontoloogia nõuab niisuguste otsuste tegemisel meeskonnavastutust. Asja ei tohi otsustada üks mees, olgu ta siis nii tark kui tahes. Siit koorub mitmeid meditsiini- eetika probleeme. Tegemist ei ole enam isikliku kõlbelise tõekspidamisega, vaid grupieetikaga. Sellepärast on passiivne pöetus tunnistatud kõrgetasemeliseks hooldusvõtteks, sest ravi lakkamine ei tähenda veel hoolduse lakkamist. Hooldus peab sellest hetkest muutuma täiesti individuaalseks. Niisugune haige tunnistatakse suurimat tähelepanu vääri- vaks isiksuseks, kellele ei tohi keelata informatsiooni kõige selle kohta, mis te-

masse puutub. Ja siin ilmnebki probleem: kuidas surijat niiviisi hooldada, kui aega ei ole? Vähem tähtsad pole teisedki küsimused, näiteks kes kuulub selle «surmateate» haigele enesele ja tema omastele. Ometi eeldab eetika surija õigust oma asjust kõike teada. Kui haigele anname õiguse ravist keelduda, s.t. lubame tal raviarstide asemel ise otsustada, siis peame tunnistama ka inimese õigust teada saada seda, et ta on asjatundjate otsust mööda paratamatu surma ees. Samas teame, et enamik inimesi ei usu, et lõpp on tõesti lähedal. Mõnes riigis on loodud isegi terminaalhaigete komisjonid, millesse lisaks arstidele kuuluvad ka juristid ja vandemehed ning kes otsustavad 4...6 kuud põdenud lootusetu kroonilise haige saatuse. Aga mis siis, kui haige seesuguse otsusega ei nõustu? Enamasti peetakse siiski suretamist ja järelikult ka otsust rakendada passiivset põetust meditsiini loomulikuks osaks ega tunnistata mingite komisjonide vajalikkust. Põetust peetakse arstide ja õdede üheks tööülesandeks, vaatamata sellele, et see pole kaugeltki selle keeruka eetilise probleemi lahendus.

Välismaa autoriteedid on eranditult rõhutanud, et arstide ja õdede hoolitsus surijate eest on eriti vilets. Ühel meelel ollakse ka selles, et on vaja mainitud valdkonnas üldist koolitust, sest omaksed ja kaashaiged võivad oma teadmatuses ka arstide parimad taotlused annulleerida. Praktiliselt on soovitatud väljaõpet suuremise juures.

Oma tähelepanekute põhjal võin öelda, et meie haigla osakondades niipea, kui teatavaks saab, et keegi on suremas, personali käitumine otsekohe muutub. Intensiivistub hooldus üldse, haiget püütakse paremini kohelda, tihendatakse visiite, sagedamini tehakse süste ja üldse viibitakse haige juures rohkem kui tavaliselt. Väga paljud taunivad seesugust käitumist, sest see võivat haiget ainult ängistada. Kas pole siis käitumise muutumine, mida teadvusel olev surija märkab, küllaltki peen vihje tõsisele seisundile? Arvan, et kui taolisele vihjele kohe järgneb ka arsti või

õe osav asjatundlik sõna asjast enesest, siis pole põhjust personali käitumise muutustes midagi halba näha. Loomulikult ei tule laskuda haletsemisse ega surija viimsete soovide täitmisse enne, kui ta neid ise avaldada jõuab.

Lisaks personali käitumise muutusele märkab teadvusel olev surija ka palatikaaslaste käitumise muutumist. Halvaks reaktsiooniks on palatikaaslaste mäsundumine ja vaikseks jäämine, kuid ka simuleeritud heatujulisus ja ka intensiivistunud dialoog surijaga on küsitava väärtusega. Ainuõige on ikkagi psühholoogilise koolitusega meediku või ka omakse või sõbra asjatundlik vestlus. Personalil tuleb palatikaaslasi suretamisprotseduuri puhul ette valmistada, neid hoiatada ja õpetada. Haige isoleerimine teistest, viimine surijate palatisse pole tavalise suuremise puhul vajalik, küll aga on see vajalik siis, kui haige seda ise soovib. Haige surm palatis on kaashaigetele enamasti mõtlemapanev elamus. Ühegi normaalse inimese tervist see ei kahjusta, kui ta kas või korraks surma üle mõtisklusse laskub.

Omaste ja sõprade suhtumine surijasest sõltub mitmest tegurist. Väga vanade puhul kuuleb omakseid tihti ütlevat: «Me ju peame kõik surema» või «Saab vaevast lahti». Tavaline omakse või sõbra reaktsioon surmahoiatuse (nagu ka surmasõnumi) puhul on kas ehmatus, vapustus, pisarad või enesesüüdistus («Miks ma ei...?»), vähem tavaline, aga küllaltki sage on süüdistuse pööramine meediku vastu («Miks te ei...?»). Enamasti piirduakse tagaselja süüdistustega meediku arvel («Noh, arstid tapsid ta ju... ega neid ei saa karistada...»).

Küllalt palju esineb asjalikku, leppivat, rahulikku, surma paratamatust tunnistavat suhtumist. Surmateate edastamine omastele nõuab taas personali erikoolitust. Hoiatusi ja surmasõnumeid on kergem edasi anda vanematele inimestele, nooremad on leppimatumad. On suur erinevus, kas teatada omastele n.-ö. oodatud (pika ja raske haiguse järel) või ootamatust surmast. Väga hea psühholoog ja inimhinge tundja ei tohi

unustada, et surmahoiatus ja surmateade kutsuvad mõnel inimesel peale negatiivsete emotsioonide esile ka positiivseid. Üks kõige küünilisem on (ja enamasti jääb alateadvusse): «Aga mina elan veel!»

Kõige vajalikum on suretamist õpetada kroonilisi haigusi põdejaid põetavale personalile. Just nemad peavad muutma oma vaateid suhtumises mittekontaktsetesse haigetesse, reanimatsioonisse ja sellesse, kuidas surma ja suremist käsitada.

Mitmes suhtes ei ole suretamine mitte ainult humaansuse ja kultuuri küsimus. Oluline on see ka töökaitse seisukohalt. Krooniliste, lootusetute ja mittekontaktsete haigete põetamine ning nende suretamine on väga raske töö. See väsitab ja tekitab stressi, seetõttu väärib erilist kompensatsiooni ja tunnustust. Lõpetan optimistlikult Horatiuse sõnadega: «Mitte kõik meis ei sure, suur osa jääb elama.» Või veelgi lihtsamalt: «Seda teed peame kõik käima». Ja on hea, kui lõpp on ilus ja kerge. Õpime seda tegema teistele, mida ise teistelt ootame!

Summary

Nursing of a dying patient. In this article a review of so-called terminal nursing is presented. Thanatology, as a branch of medicine, is a scientific study of philosophical aspects, psychological phenomena accompanying death and also nursing practices relating to death. Moral conduct at the death-bed should be humane and sparing.

Резюме

Уход за умирающим. Статья посвящена проблемам терминального ухода. Учением об умирании называют ту часть медицинской науки, которая ставит своей целью дать медикам психологические, философские, а также процедурные знания с тем, чтобы они умели правильно вести себя с умирающим человеком, чтобы относились к нему гуманно и щадяще.

Tallinna Pelgulinna Haigla

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 614.258.1(474.2)(091)

Eesti Arstide Seltsi ajaloost

Ilo Käbin · Stockholm

Esimesteks teadaolevateks eestlastest arstideks olid F. R. Faehlmann (*dr. med.* 1827), F. R. Kreutzwald (arstieksam 1831) ja Philipp Karell (*dr. med.* 1832). See, kas nad tõepoolest olid esimesed eesti rahvusest arstid, pole päris kindel. N. Pirogovi andmeil töötas Tartus 1828...1840 mitu eesti rahvusest arsti, kes end sakslasteks nimetasid (4). Kahjuks ei maini ta neid nimeliselt. Aastatel 1880...1890 lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna vähemalt 14 eestlast, teiste seas Peeter Hellat (*dr. med.* 1888) ja Henrik Koppel (*dr. med.* 1891). P. Hellatist kujunes üks Venemaa juhtivaid kõrva-nina-kurguarste ning ta oli enda algatusel asutatud Vene Otorinoloogilise Seltsi president. Tartu Ülikooli hilisem lastehaiguste professor A. Lüüs väitis, et eesti arstide seltsi asutamise mõtte algatajaks olid nii P. Hellat Peterburis kui ka H. Koppel Tartus.

XIX sajandi lõpul astusid mõned eesti arstid, teiste hulgas H. Koppel ja A. Paldrock, Tartu arstideseltsi «Dorpater medizinische Gesellschaft» liikmeks. Et seltsi kuulus ülikooli õppejõude, oli seal peetud ettekannete teaduslik tase küllalt kõrge ja koosolekutest osavõtt elav.

Eesti arstide seltsi asutamise vajadust propageerisid 12 eesti arsti, kes 1903. aastal olid koondunud H. Koppeli toimetusel Tartus ilmuma hakanud ajakirja «Tervis» juurde. Peale H. Koppeli soovitas seda palavalt ka A. Lüüs.

Ka Tallinnas oli eesti arstide organiseerumine kõne all. Mõtte algatasid 1907. aastal avatud Eesti Arstide Erakliiniku arstid F. Akel, A. Kurrikoff, K. Lüüs, J. Masing ja E. Soonets.

Otsustav tõuge eesti arstide seltsi asutamiseks tuli aga Peterburist dr. P. Hellatilt. Seoses 1910. aastal Tallinnas toimunud eesti laulupeoga oli pidustustele tulnud mitmelt poolt ka eesti arste. Selleks ajaks oli Tallinna saabunud dr. P. Hellati kirjalik üleskutse eesti arstiteadlaste, eelkõige aga eesti arstide seltsi asutamiseks. P. Hellat oli seltsi loomiskava arutanud ka mitme rahvusaaslasest kolleegi — H. Koppeli, J. Luiga ja S. Talvikuga.

Kiiresti koostati seltsi põhikiri, asutamispalve esitati Tallinnas kubermanguvalitsusele. Algatus aga lükati tagasi. Ka järgmised palved ei leidnud heakskiitu. Alles 1912. aastal saadi neljandale avaldusele jaatav vastus tingimusel, et seltsi nimes ei oleks sõna «Eesti». Seltsi nimeks võetigi Põhja-Balti Arstideselts.

Pidulik asutamiskoosolek toimus 29. septembril 1912 Tallinna raekojas. Osa võttis 29 arsti, tegelik liikmete arv koos loomaarstidega oli 44. Lisagem, et 1909. aastal töötas Eesti- ja Liivimaal kokku 50...60 eesti rahvusest arsti.

Asutamiskoosoleku avakõne pidas K. Konik. Esimeheks valiti H. Koppel, abiesimeheks F. Akel. Otsustati jätkata vahepeal ilmumise lõpetanud ajakirja «Tervis» väljaandmist.

30. septembril 1912 peeti Tallinna raekojas seltsi esimene teaduslik koosolek. Ettekandeid oli kümme, nende seas käsitleti rinnavalaste suremust Tallinnas (A. Lüüs), raadiumravi (F. Akel) jne. Jõuti järeldusele, et eesti keel on teadusettekanneteks «küllaltki painduv».

Seltsi teaduslik tegevus oli algerioodil üsna viljakas. Näiteks avaldas Tallinna tervishoiukorraldusele tugevat mõju Tartu Ülikooli hilisema professori A. Rammuli uurimus «Linnade tervishoiu korraldus».

Aastakoosolekuid jõudis selts pidada veel 1914., 1915. ja 1918. aastal. Esime-

ses osales 59 seltsi liiget, neist 45 arsti ja 14 loomaarsti. I maailmasõda oli seltsi liikmed laiali pillutanud ja seetõttu kogunes 1915. aasta koosolekule dr. F. Akeli erakliinikusse (Suur Roosikrantsi 10) vaid üheksa ametivenda.

Aastail 1913...1916 jätkas seltsi väljaandel ilmumist ajakiri «Tervis». 1914. aastal avaldati H. Niggoli «Eesti arstiteadusline sõnastik» ja 1915. aastal A. Lüüsi «Rinnavalaste toitumine». Seltsi raamatukogule pani aluse dr. P. Hellati pärandus — 188 raamatut, 127 brošüüri ja P. Hellati enda 29 publikatsiooni.

1918. aasta koosolek pidanuks toimuma 7. juulil, kuid kuu algul selgus, et seltsi liikmete vähese osavõtu tõttu jääb see pidamata. Aastakoosolek oli alles 15. detsembril. 106 liikmest oli kohal 26. Dr. S. Talviku ettepanekul võeti vastu põhikirja struktuuri muutmise otsus. Sisuliselt tähendas see seltsi senise tegevuse lõppu. Ametlikult likvideeriti Põhja-Balti Arstideselts 29. juunil 1919. Mitteametlikult oli organisatsiooni varemgi nimetatud Eesti Arstide Seltsiks. Esmakordselt kasutas seda nimetust eesti arstide koosolek Tallinnas 27. aprillil 1919.

Vahepeal oli toimunud teinegi märkimisväärne sündmus. 13. mail 1918 oli H. Koppeli algatusel asutatud Tartu Eesti Arstide Selts, mille esimeheks valiti prof. A. Paldrock. 3. septembril 1919 järgnes Eesti Arstide Erakliinikus Tallinna Eesti Arstide Seltsi asutamiskoosolek. Arvestades tõenäosust, et arstideseltse hakatakse asutama ka mujal, võeti vastu põhimõtteline otsus luua Eesti Arstideseltside Liit. Liidu põhikiri kinnitati 11...12. detsembril 1920 Tallinnas I arstidepäeval. 1912. aastal alanud eesti rahvusest arstide organiseerumine oli lõpule jõudnud.

Järgmistel aastatel asutati veel kohalikke arstideseltse: Pärnu Eesti Arstide Selts (1920), Viljandi Arstide Selts (1920), Narva Arstide Ühing (1922; aastail 1899...1921 eksisteeris Narva Meditsiiniline Selts), Läänemaa Arstide Selts (1924), Järva Arstide Selts (1928), Võru Arstide Selts (1929), Rak-

vere Arstide Selts (1930), Valga Arstide Selts (1933), Kuressaare Arstide Selts (1933). Viljandi, Narva, Läänemaa, Võru, Rakvere, Valga ja Kuressaare arstide seltsi võis kuuluda ka teistest rahvustest liikmeid. Tegutsesid ka Tallinna ja Tartu saksa arstide selts, Tallinna Juudi Arstide Selts, Vene Arstide Selts ning Jaoskonnaarstide Selts.

Arstkonda hõlmavateks suurüritusteks kujunesid Eesti arstide kongressid. Esimene toimus erakordse pidulikkusega 2...4. detsembrini 1921 Tartu Ülikooli aulas. Kongressi avas riigivanem K. Päts. Osavõtjaid oli 278, nende hulgas ka väliskülalisi. Näiteks kuulusid Soome delegatsiooni oma aja üks tuntumaid füsiolooge prof. R. Tigerstedt ning prof. Yrjö Kajava, kes esines eestikeelse tervitusega. Ettekanded toimusid kolmes sektsioonis eesti, saksa, vene, inglise või prantsuse keeles.

II Eesti arstide kongress toimus 1932. aastal Tartus.

Sagedamini korraldati Eesti Arstideseltside Liidu konverentse nimetusega Eesti arstidepäevad. Esimesed neist korraldati Tartus 1920. ja 1921. aastal, järgmised Tallinnas 1924., Haapsalus 1925., Tartus 1926., Viljandis 1927., Pärnus 1928., Võrus 1929., Tallinnas 1930., Tartus 1932. (koos II Eesti arstide kongressiga), Narvas 1933., Kuressaares 1934., Rakveres 1935., Haapsalus 1936., Viljandis 1937., Valgas 1938. ja Pärnus 1939. aastal. Kokku esitati üle 400 ettekande. Tavaliselt käsitleti mõnda põhi-probleemi, näiteks 1921. aastal riigi tervishoiuseisundit, 1923. a. tuberkuloosi, 1924. a. emade- ja lastekaitset ning vaimuhaigusi, 1925. a. Eesti tervise-mudasid, 1926. a. pahaloomulisi kasvajaid, 1928. a. eestlaste vererühmi, kooli-tervishoidu ja allergilisi haigusi, 1932. aastal leepprat ja 1937. aastal vaimuhaigusi.

1926. aastal hakkas Eesti Arstideseltside Liit ette valmistama üleriigilise arstide organisatsiooni projekti. Selleks kujunes 1. juulil 1935. aastal tegevust alustanud Arstide Koda, mille ülesandeks oli arstide kutsealaste ja majanduslike huvide kaitse. Arstide Kotta

kuulusid rahvusest sõltumata kõik Eestis praktiseerivad arstid.

Eesti Arstideseltside Liit andis aastail 1922...1944 välja ajakirja «Eesti Arst». Suur tähtsus oli ka 21. detsembril 1924 Tartus avatud Eesti Tervishoiu Muuseumil, mis kujunes rahvaliku tervishoiu õppeasutuseks. Korduvalt avaldati Eesti arstide nimekirju.

Eesti Arstideseltside Liidu rahvusvahelises tegevuses väärib märkimist osavõtt 20 delegaadiga 1938. aastal Soome—Balti arstidepäevast Helsingis, Soome-Ugri kultuurikongressi arstiteadusesektsiooni tööst 1936. aastal Tallinnas ning XVIII ülemaailmsest karsuskongressist 1926. aastal Tartus.

1940. aasta mais valiti Eesti Arstideseltside Liidu juurde loodud aukomiteesse Henrik Koppel Eestist ja Simo Antero Brofeldt ning Arvo Ylppö Soomest.

Eesti Arstideseltside Liidu esimehed olid aastail 1921...1927 J. Luiga, 1927...1931 M. Püümann (Püümets), 1931...1936 A. Lübek, 1936...1937 W. Wadi ja 1937...1940. a. A. Lüüs.

Esimene suurem kaotus tabas Eesti arstkonda 1939. aastal, mil Saksamaale asus ümber umbes 150 arsti (1). Küüditatud, mõrvatud ja sõjas langenud Eesti arstide arvukus on oletatud umbes 50. 1942. aasta sügisel Eestit ja Lätit külastanud Sveitsi ajakirjaniku Paul Gentizoni andmetel oli enne Nõukogude okupatsiooni Eestis tegutsenud 974 arstist kas mõrvatud, küüditatud või välismaale põgenenud 376 (3). Lähtudes P. Gentizoni andmetest, oli 1942. aasta sügisel Eestis niisiis 598 arsti. Järgneva kahe aasta jooksul vähenes nende arv veelgi, eriti 1944. aasta sügisel. Eesti Rahvushonkide (E. Krepp) andmeil oli 1945. aastaks Eestist Läände siirdunud 237 arsti. Kuigi esitatud statistilised andmed on osalt ebatäpsed, võib järeldada, et 1939. aasta andmetega võrreldes vähenes arstide arv järgmise viie-kuue aasta jooksul enam kui 600 võrra. Eestit külastanud Soome arsti G. R. Wallgreni andmetel oli 1944. aasta sügisel Eestis arste umbes 300 (5). Eesti NSV Statistika-valitsuse 1957. a. andmeil oli Eesti

NSV-s 1945. aastal arste 611 ja 1950. aastal 1399 (2). See viitab arstide immigratsioonile teistest NSV Liidu osadest.

Suur osa Eestist lahkunud arste siirdus Rootsi. 1944. a. sügisel saadi Rootsi Tervishoiuvalitsuselt luba asutada Eesti Arstide Selts Rootsis kui Eesti Arstideseltsi Liidu otsene järglane. Nimetatud selts asutati 6. aprillil 1945 Stockholmis 40 osavõtjaga koosolekul. Esimeheks valiti endine Tartu Ülikooli neuroloogiaprofessor J. Riives. Liikmeskonda kuulusid ka hambaarstid. 1987. a. oli liikmeid 345, neist 85 hambaarsti. Seltsis osalevad ka eesti arstid teistest riikidest.

Lõpuks meenutagem raidkirja Tallinna raekoja trepikoja seinal, millest 1912. aastal astusid mööda need eesti arstid, kes olid minemas raesaali Põhja-Balti Arstideseltsi asutamisele. Õigusjumalannat kujutava reljeefahvli alumisse ossa on raiutud sõnad: *Recht bleibt und lest sich nicht unterdrücken — ihm müssen weichen alle böse tücken.* — Õigus jääb ega lase end maha suruda — tema ees peavad taganema kõik kurjad salakavalused.

KIRJANDUS: 1. Eesti Arst, 1940, XIX, 315—317. — 2. Eesti NSV Statistika Valitsus. ENSV Rahvamajandus. Statistiline kogumik. Tallinn, 1957. — 3. *Gentizon, P. Voyage aux pays occupés de l'Est. Les Editions du Mois Suisse*, 1943. — 4. *Pirogov, N. Lebensfragen. Tagesbuch eines alten Arztes. Stuttgart, 1894.* — 5. *Wallgren, G. R. Suom. Lääk. L., 1964, 2491—2494.*

Summary

The history of the Estonian Doctors' Society. The founders of the Estonian Doctors' Society were two forward-looking Estonian doctors P. Hellat and H. Koppel. A permit for the foundation of the Society was obtained from the tsarist government in 1912. The foundation of that society, registered as the North-Baltic Doctors' Society, took place on September 29, 1912. Later on the society was renamed the Estonian Doctors' Society (EDS). The EDS was the first to hold a meeting of Estonian doctors in Tallinn on April 27, 1919. The Statutes of the Association of Estonian Doctors' Societies (AEDS) were accepted on December 11-12, 1920 at the 1st Doctors' Day in Tallinn. Between 1921 and 1940, J. Luiga, M. Püümann, A. Lübek, W. Wadi and A. Lüüs were elected chairmen of the AEDS. The Association was liquidated on Sep-

tember 15, 1940. As a successor of the AEDS, the Estonian Doctors' Society in Sweden was set up on April 6, 1945 in Stockholm.

Резюме

Об истории Общества эстонских врачей. Инициаторами создания Общества эстонских врачей были передовые эстонские медики того времени П. Хеллат и Х. Коппель. Разрешение на его основание получили от царских властей в 1912 году. Общество было учреждено 29 сентября 1912 года под названием Северо-Балтийского общества врачей и просуществовало до 29 июля 1919 года. Впервые название Общества эстонских врачей получило проведенное 27 апреля 1919 года собрание эстонских врачей. Устав Союза обществ эстонских врачей был утвержден 11-12 декабря 1920 года в Таллинне на Первом дне врачей. Председателями Союза обществ эстонских врачей в 1921...1940 годах были Я. Луйга, М. Пюйманн, А. Любек, В. Вади и А. Лүйс. Союз ликвидировали 15 сентября 1940 года. Его непосредственным преемником стал учрежденный 6 апреля 1945 года в Швеции в Стокгольме Союз эстонских врачей.

Ilo Käbin on sündinud 18. veebruaril 1921 Narvas. Õppis arstiteadust aastail 1940...1943 Tartu Ülikoolis ja 1945...1950 Uppsala Ülikoolis, mille lõpetas meditsiinilitsentsiaadina. Aastail 1943...1944 oli vabatahtlikuna Soome armees, JR 200 pataljoniarst Karjala maakitsusel. 1944. aasta sügisel jõudis kodumaalt sõudepaadiga Rootsi. On töötanud Rootsis kirurgina peamiselt Landskronas, samas ka maakonnahaigla peaarstina. On avaldanud töid kirurgia alalt, ka arstiteaduse ajaloo kohta, eriti Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õppejõudude ja ajaloo kohta. Temalt on ilmunud Eestimaa arstide avastusreise (Põhja-Jäämerel, Vaiksel ookeanil ja mujal) käsitlev raamat «Maal ja merel» ning Tartu Ülikooli arstiteaduskonnale pühendatud 628-leheküljeline teos, mis kujutab endast doktoridissertatsiooni. Selles on ta käsitlenud arstiteaduslikke uurimistöid ning arstiteaduse arengut Tartu Ülikoolis ajavahemikul 1802...1940. Teos on äratanud suurt huvi ka Prantsusmaal, Rootsis, Inglismaal, Austrias, Hispaanias ja mujal. 1989. aasta jaanuaris valiti I. Käbin Prantsusmaa Meditsiiniajaloo Ühingu liikmeks. Temast on kirjutatud ka Cambridge'i Ülikooli poolt välja antud koguteoses «Dictionary of International Biography».

UDK 61(092)Derums

Meditisiinidoktor Vilis Derumsi mälestuseks

Jõudmata 90. sünnipäevani suri mullu 2. augustil Riias üks väheseid Nõukogude Liidu paleopatolooge meditsiinidoktor Vilis Derums. Kui nimetaksime teda ainult Läti paleopatoloogiks, oleks see kadunu solvamine. Tema uurimistööst jagus võrdselt kõigile kolmele Balti liiduvabariigile. Ta saavutas laialdase tunnustuse rahvusvahelises teadlaskonnas. Tõsisele saatuselöögile vaatamata leidis ta jõudu tõusta oma eriala tippisiksuste hulka.

V. Derums sündis Valmiera maakonnas talupoja peres 11. aprillil 1899. Keskkooli lõpetas ta Omskis 1918. aastal. Sinna, kaugele Siberisse, oli teda paisanud maailmasõda. Jõudnud taas kodumaale, sai ta 1926. aastal Läti Ülikooli arstidiplomi. Algas töö sõjaväe- ja kooliarstina, ka haigekassaarstina Rēzeknes ning Jēkabpilsis. Tulnud 1938. aastal Riiga, **tärkas temas** huvi teaduse vastu, hakkas **välja** kujunema kindel suunitlus, mida iseloomustab tema esimese monograafia pealdis «Lätlase kehaehitus läbi aegade» (1940). Teos ei jäänud tähelepanuta — autor sai tookordse kultuurifondi preemia.

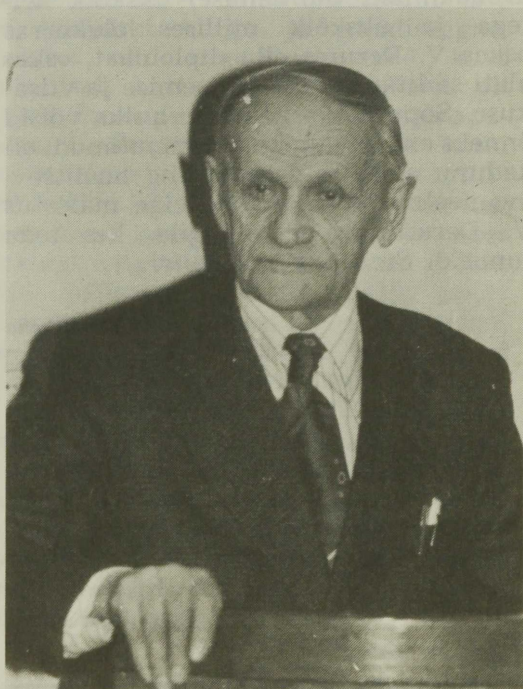
Aukraadilt Läti sõjaväearst kolonelleitnant V. Derums otsustati ametisse jätta ka Punaarmeesse, ent märgatavalt madalamas aukraadis — meditsiiniteenistuse kaptenina. Ning juba 1941. aasta juunis tabas teda tookord nii tavaline saatus, asumisele saatmine Siberisse. Krasnojarski kraist lahkumise loa sai V. Derums alles 1956. aastal.

Jõudnud tagasi kodumaale, määrati V. Derums esialgu ühe väikese maahaigla juhatajaks. Pärast ümberkvalifitseerumist röntgenoloogiks leidis ta võimaluse siirduda Riiga ja asuda tööle P. Stradinši nim. Vabariiklikku Kliinilisse Haiglasse.

Vaatamata vahepeal kätte jõudnud pensionieale, oli V. Derums südames alal hoidnud noorpõlve huvialadest kiindumuse inimorganismi arenemise vastu lä-

bi aegade. Alles 65-aastasena kaitses ta kandidaadiväitekirja, kolm aastat hiljem (1967. a.) doktoriväitekirja «Baltimaade rahvaste osteopatoloogiast arheoloogilise materjali põhjal». Eriti tema viimased 20 eluaastat paistsid silma uskumatu produktiivsuse poolest. Ilmus kolm monograafiat, milles on põhjalikult käsitletud Baltikumi põhielanike tervist ja ravikunsti, aga ka teadusmeditsiini kohalikku ajalugu koos tervishoiuajalooga. Üldse ulatub tema teaduspublikatsioonide koguhulk sajani. On arusaadav, et niisuguse aukartust äratava arvuni jõudmiseks oli vajalik eelnev praktiline töö. Doktor Derums uuris üle kuue tuhande inimskeleti, mis olid leitud arheoloogilistel väljakaevamistel ning mille päritolu langeb ajavahemikku keskmisest kiviajast kuni XVIII sajandi alguseni. Nende hulka kuulub ohtralt leide ka Eestist.

Jätkem siinkohal mainimata väga paljud ettekannded teaduskonverentsidel, mitmed võorkeelsed referaadid, tihedad ning viljakad erialakontaktid siin- ja sealpool piiri elavate kolleegidega. Olgu küsimus hoopis lugejale: kui



palju ta teab. Vilis Derumsist kui kirjanikust? Nähtavasti tuntakse Zemgarsi (pseudonüüm) esialgu küll Lätimaal, kus on trükist ilmunud tema romaanid «Armiline hunt» ja «Kui ärkab pronks», jutustus «Karmil hallil ajal». Võib loota, et üks nendest teostest, milles muu hulgas on juttu ka muistsetest eestlastest, ilmub kunagi ka meil kirjandusteadlase O. Kuninga tõlkes. Kodumaal aga ootavad trükikojas järke veel kaks romaani ja üks pikem jutustus, kandes eneses märgatavat autobiograafilist hõngu. Läti kirjanduskriitikud on V. Derumsi loomingu heaks kiitnud. Tahaksin omalt poolt lisada, et ajal, mil romaanid müügile tulid, käsitleti kooli ajalootundides kohalikku minevikku lausa lubamatult vähe. Nii suutis V. Derums anda noorsoo teadmiste pagasile hädavajalikku lisa ja elavdada patriotismitunnet laste ja noorte südameis.

1967. aastast kuni elu lõpuni töötas V. Derums Läti NSV Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudis morfoloogiasektori vanemteadurina. 1985. aastal sai ta P. Stradinši nimelise autasu väljapaistva panuse eest meditsiiniajaloo uurimise arendamisse. Suhtlemisel ükskõik kellega ja ükskõik millises olukorras oskas V. Derums olla diplomaat, oskas alati säilitada enesevalitsemise ja viisakuse. Sõprade vastu, kelle hulka võisid õnneks end arvata ka allakirjutanud, oli kadunu alati abivalmis ning hoolitsev, avameelne ning isalik. Helge mälestus V. Derumsist jääb kõigile, kes teda tundsid. *Sic tibi terra levis!*

Arnīs Viksna
Heino Gustavson

VÄLISMAALT

Reis Hiinamaale retrospektiivis

Selle aasta aprillis viibis Hiina Rahvavabariigis kahenädalasel ringsõidul rahvusvaheline hingamiseldite haiguste spetsialistide delegatsioon. Sõidu organiseeris Ameerika Ühendriikides asuv Dwight D. Eisenhoweri asutatud rahvusvaheline organisatsioon *People to People* («Rahvalt rahvale»), mis korraldab nn. kodanike saadikuprogramme (*Citizen Ambassador Program*) erinevatel erialadel. Hingamiseldite haiguste spetsialistide delegatsiooni visiit toimus koostöös Hiina Meditsiiniassotsiatsiooni ja Rahvusvahelise Tuberkuloosi ja Kopsuhaiguste Tõrje Liiduga.

Delegatsiooni kuulus 28 meedikut 14 riigist, näiteks Inglismaalt oli neli, Saksamaa LV-st kolm, Prantsusmaalt kaks inimest. Nõukogude Liitu esindas allakirjutanu. Delegatsiooni juhiks oli maailmamainega professor R. Ferlinz Saksamaa LV-st. Liikmetest olid tuntumad professorid K. H. Hannoncourt (Austria), L. G. Jeannini (Prantsusmaa), K. F. Kerrebijn (Holland), Th. E. Watts (Inglismaa). Ka teised olid enamikus rahvusvaheliselt tunnustatud eriteadlased.

Külastasime nelja linna — Pekingit, Shenyangi, Šanghaid ja Hangzhou. Sõidu eesmärgiks oli hingamiseldite haiguste ravi alaste kogemuste vahetamine. Peamiselt arutati kopsuvähi, tuberkuloosi, bronhiaalastma, kroonilise bronhiidi ja ägedate kopsupõletike diagnoosimist ja ravi. Käisime paljudes haiglates ja uurimisasutustes. Shenyangis külastasime ka kohalikku mediti-



Foto. Pekingi Tuberkuloosikeskuses. Vasakult: dr. Guan-ging Kan, prof. R. Ferlinz ja dr. Ch. Ferlinz.

siiniülikooli. Seal, nimelt Liaoningi kolledžis, tutvusime ka Hiina traditsioonilise meditsiiniga, millesse kuulub ka akupunktuur.

Ent esmalt tutvustati meile Pekingi Tuberkuloosi ja Kopsukasvajate Uurimise Instituuti ning Pekingi Tuberkuloosikeskust. Viimases saime Pekingis tehtava tuberkuloositõrje kohta eriti hea ülevaate. 1988. aastal oli Pekingi elanike arv 9,95 miljonit. Hiina Tuberkuloosi Assotsiatsiooni asepresident dr. Guan-ging Kan rääkis põhjalikult tehtud tööst ja selle tulemustest. 1978. aastal võeti tuberkuloositõrjes kasutusele uued põhisuunad. Nendeks on nakkusallikate avastamise tähtsustamine ja haigete hospitaliseerimine, täielikult kontrollitava kemoterapia rakendamine ning tuberkuloositõrje laiendamine maa- ja linnapiirkondades. Haigus avastatakse peamiselt arsti poole pöördumise alusel. Profülaktilisi fluorograafilisi läbivaatusi tehakse nüüd pisteliselt (varem regulaarselt) ning enamasti tööstusettevõtetes. Haigestumus 100 000 inimese kohta on ligikaudu 60. Oluliselt on vähenenud bakterikandjate ja kroonilist tuberkuloosi põdejate arv. Vast-sündinute vaktsineerimine on kohustuslik, revaktsineeritakse seitsme ja viieteist aasta vanuses. Kui tuberkuloositõrjet samasuguse hoo ja põhjalikkusega jätkatakse, on Hiinas lähemas tule-

vikus oodata haigestumuse tunduvalt vähenemist.

Palju tähelepanu on pööratud kopsuvähi esinemissagedusele. Kopsuvähihaigestumus on suur. Näiteks oli see 1985. a. Šanghais 54 100 000 inimese kohta. Meeste kopsuvähihaigestumus moodustab sellest 50...55%. Naiste suurt haigestumist kopsuvähki seostatakse nii suitsetamise kui ka hiina köögi omapäraga (petrooliumiahjud, õlid jm.). Domineerib lamerakuline vähk, seda esineb rohkem kui 45%-l kopsuvähki haigestunuist. Ravi põhimõtted on analoogilised Euroopa riikide omadega, ka tulemused on enam-vähem samasugused.

Suurt huvi pakkus Shenyangi Meditsiiniülikooli külastamine (1700 üliõpilast, 150 õppejõudu). Õpiaeg on keskmiselt kuus aastat. Üldharidus saadakse 12 aastaga (kahes astmes). Hiina traditsioonilist meditsiini õpitakse keskmiselt kaks aastat.

Shenyangis esitas allakirjutanu ka ettekande, mis käsitles kopsuhaiguste esinemist ja nende ravi. Nõukogude Liidus, sealhulgas ka Eestis.

Mõttevahetus oli igas linnas elav ja probleemirohke. Hiina meditsiini tase on küllaltki kõrge ja nüüdisaegne. Haiglad olid enamikus vanad, kuid tehniliselt hästi varustatud. Palju oli Lääne-Euroopa ja USA päritoluga aparatuuri. Pekingis on võimalik kõiki kopsuhaiged kompuutertomograafiliselt uurida. Silma paistis ka haiglate hea varustatus perioodikaga. Näiteks ühes Pekingi haigla raamatukogus oli umbes 1500 välismaa ajakirja. Palju noori täiendab oma teadmisi Lääne-Euroopas, ka USA-s. Arstide palgad on madalad ja võrreldavad meie arstide omadega.

Kokku võttes andis meie reis palju huvitavat ja uut nii meie delegatsiooni liikmetele kui ka Hiina kolleegidele. Seda kinnitasid üksmeelselt mõlemad pooled. Kahju vaid, et üliõpilaste väljaastumiste verine mahasurumine meeldivaid muljeid tumestab ja progressi Hiinas aeglustab.

Heinart Sillastu

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

III Eesti neuroloogide, neurokirurgide ja psühhiaatrite kongress toimus 27...28. aprillini 1989 Tallinnas. Kongressist osavõtjad olid põhiliselt Balti liiduvabariikidest.

Neuroloogide ja neurokirurgide ettekanded käsitlesid peamiselt peaju veresoonte haigusi ja ajukoljutraumasid. Mitu uurimust oli ajufarktist. Ajukoe kahjustuse raskuse morfoloogiline ja biokeemiline hindamine oli vaatluse alla võetud A.-E. Kaasiku, M. Roose, T. Tombergi ja S. Haldre ettekandes. Raaltomograafiliste ja biokeemiliste andmete võrdlevat analüüsi käsitlesid S. Haldre ja T. Tomberg, hemodünaamiliste näitajate prognostilist tähendust T. Kauba, hüperbaarilise oksügenatsiooni kasutamist ravis K. Dmitrijev, A.-E. Kaasik ja T. Tomberg, vasoaktiivsete ainetega ravi M. Mägi, T. Tomberg, T. Kauba ja T. Rekand.

J. Brašinski ja A. Tiku ettekanne oli ajukoljutrauma struktuurist Eestis. Üliraske ajutrauma läbiteinute elu kvaliteedist rääkisid U. Noormaa, A. Aasma, K. Liivamägi ja E. Kross, ainevahetushäiretest L. Kõiv ja kaasautorid, liikvori hüdrodünaamikast J. Eelmäe, krooniliste subduraalsete hematoomide kirurgilisest ravist A. Elamaa, A. Laks ja A. Liivat ning A. Perli ja A. Pürge.

V. Sinisalu ja T. Randvere ettekanne käsitles spontaanse subarahnoidalse hemorraagiaga haigete ravi taktikat, M. Leineri ja A. Tiku oma perifeerset närvid kahjustuste kirurgilist ravi ning T. Randvere ja A. Kreidi ettekanne glioomide kompleksravi.

Psühhiaatrite sektsioonis oli mitu tööd alkoholismist ja alkoholi toimest organismisse. Sellised olid E. Karu, H. Kärtneri, E. Suija ja I. Rammuli, L. Toomaspoja, M. Moksi ning K. Paju ettekanded. E. Pihlau ettekande teema oli laste neuroosid, L. Mehilasel hüphondria ja depressioonineuroosid. J. Saarma käsitles oma ettekannetes psüühiliste haigete ravi strateegiat ja nende seisundi hindamist kliiniliste skaalade abil. Involutsioonimelanhoolia oli L. Silla, M. Musta ja M. Saarma ettekande teema. Haloperidooli toimet olid uurinud A. Soosaar ja L. Allikmets. Psühhiaatrilise abi organisatsiooni käsitlesid A. Adamsoo ja H. Ligi ning E. Põllu ettekanded, tervishoiupoliitikat narkoloogilise abi organisatsioonis rääkis V. Jänes.

L. Puusepa nimelise Neuroloogide, Neurokirurgide ja Psühhiaatrite Seltsi ajalugu oli vaatluse all R. Zuppingu ja E. Lausvee ettekandes. Seltsi juhatuse aruande esitas juhatuse esimees

R. Zupping ja revisjonikomisjoni aruande A. Elamaa. Selts otsustati reorganiseerida L. Puusepa nimeliseks Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsiks ja Eesti Psühhiaatrite Seltsiks. Seltside esimeesteks valiti vastavalt allakirjutanu ja dotsent L. Mehilane. Võeti vastu seltside põhikirjad.

Kongressi resolutsioonides tehti ettepanekuid arstiabi ja arstide täiendusõpetuse ajakohastamiseks.

Trükist ilmus ettekannete teeside kahekõiteline kogumik.

Rein Zupping

Üleliidulise Neuropatoloogide Seltsi presiidiumi väljasõiduistung ja üleliidulise probleemikomisjoni «Kesknärvisüsteemi haigused» pleenumi toimus 16...17. maini 1989 Tartus. Istungi avasid Eesti NSV tervishouminister L. Karu ja Üleliidulise Neuropatoloogide Seltsi juhatuse esimees, NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Neuroloogia Instituudi direktor, akadeemia korrespondentliige prof. N. Vereštšagin.

Esimesel päeval käsitleti peajuvereringet ja ainevahetust akuutsete neuroloogiliste haiguste korral. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja prof. A.-E. Kaasik andis ülevaate närvikliiniku peaaegu hüpoksia tsirkulatoorse ja metaboolsete ilmingute kohta tehtud uuringutest ning hüpoksia tagajärgede kõrvaldamise võimalustest. Ta rõhutas, et esialgne isheemia asendub peaaeguinfarktihaigel peatselt hüpereemiaga. Viimane on enamasti relatiivne ja kujuneb närvikoe ainevahetuse järsu vähenemise tagajärjel. See asjaolu näitab, et vasoaktiivsete ainetel alaldane kasutamine peaaegu isheemilise insuldiga haigetel ei ole otstarbekohane. Prof. A.-E. Kaasik rõhutas, et insuldihaige ravi peab algama võimalikult varakult ning et erilist tähelepanu tuleb pöörata peajuvereringe haiguste kergeid vorme põdejatele.

Prof. N. Vereštšagin rääkis Moskva Neuroloogia Instituudis tehtud ajuverevoolu uuringutest insuldihaigetel. Ka tema ütles, et puuduvad tõendid vasoaktiivsete ainetest positiivse mõju kohta ajufarktahaigete ravis. Diskussioonis osalesid Nõukogude Liidu juhtivate uurimiskeskuste neuroloogid.

Teisel päeval tutvustas Eesti peaneuroloog prof. R. Zupping neuroloogilise abi olukorda. Eestis töötab 196 neuroloogi (1,2 neuroloogi 10 000 inimese kohta), ametikohad on komplekteeritud 98,5%-liselt. Neuroloogilisi haigusi põdejate jaoks on 989 voodikohta (6,4 voodikohta 10 000 inimese kohta). Mõlemad näitajad on üleliidulisest keskmisest suuremad. Neuroloogiaosakonda aga Tallinna haiglates ei ole, mitmes rajoonis on neuroloogilisi haigusi põdejate jaoks eraldatud voodikohad teraapiaosakondades või endistes jaoskonnahaiglates. Diagnoosimisvõimalused on teiste liiduvabariikide omaga võrreldes suhteliselt head, sest Eestis on peaaegu uurimiseks

kaks kompuutertomograafi. Põhjaliku arutelu järel hinnati meie neuroloogilise abi seisund heaks.

Rein Zupping

Leedu Arstide Liidu taasasutamise kongress toimus 19. .20. maini 1989 Vilniuses. Üritus oli korraldatud suurejooneliselt. Toimus see ooperi- ja balletiteatris, mille arhitektuurile ja interjööri on leedulased õigustatult uhked. Tervituseks võttis teiste hulgas sõna ka Leedu KP Keskkomitee esimene sekretär A.-M. Brazauskas, kohal olid samuti Leedu NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees, Leedu NSV Ministrite Nõukogu esimees ning tervishoiuminister A. Vinkus. Kahjuks ei olnud leidnud võimalust kohale tulla NSV Liidu tervishoiuminister J. Tšazov ega Läti NSV tervishoiuminister V. Kanep. Meie tervishoiuminister L. Karu oli kohal ja võttis ka tervituseks sõna. Eesti delegatsiooni kuulus veel allakirjutanu. Kongressist võttis osa ka Välis-Leedu kolleege, kellele oli Leedu Arstide Liidu volikokku plaanitud viis kohta. Loomulikult oli kohal «Sajūdise» liider V. Landsbergis, kelle ilmumisele ja sõnavõtule saal reageeris marulise aplausiga.

Olgu öeldud, et leedulased ise ei pidanud toimuvat ei Leedu Arstide Liidu asutamise ega ka taasasutamise kongressiks, vaid lihtsalt VI Leedu Arstide Liidu kongressiks. V kongress toimus 50 aastat tagasi.

Tuliseid vaidlusi põhjustas paaristide juhtorganeis osalemise küsimus. Lõpuks pidid asjasse sekkuma välisleedulased ja selgitama demokraatia täpsemat tähendust. Üldse kalduti pikka-desse vaidlustesse. Leedulaste probleemid ei erine meie omadest kuigi palju.

Juhtorganite valimine jäi teiseks päevaks, kuid kahjuks ei olnud sellest enam võimalik osa võtta. Nii ei teagi me praegu, kes Leedu Arstide Liidu volikokku kuuluvad. Igal juhul näis, et presidendile valitakse toeks kolm asepresidenti ja volikokku umbes 50 inimest.

Matti Tarum

4...15. aprillini 1989 toimus Taškendis rahvusvaheline seminar «Meditsiiniõe ja velskri osa esmaabis». Korraldajaks oli Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa regiooni büroo. Olgu lisatud, et ÜTO on järjest korraldanud konverentse, sümposioone ja seminare globaalsete valupunktide lahendamiseks.

Konverentsile oli saabunud osavõtjaid Ungarist, Austriast, Soomest, Taanist, Poolast, Bulgaariast, Rumeeniast, Saksa DV-st ja loomulikult NSV Liidu liiduvabariikidest. Baltikumi esindasid ülemõed M. Pöder Tallinna Vabariiklikust Haiglast ning M. Gustavson Tallinna Kiirabihaiglast. Peale ödede oli kohale sõitnud paaraste, teadlasi, õppejõude, ent paraku mitte ainsatki velskrit.

Seminari kava hõlmas huvitavaid ja elulisi küsimusi. Märgiti, et suhtumine keskastme meditsiinitöötajaisse peab senisest tunduvalt paranema.

Erandina tavalistest seminaridest, kus kuulatakse vaid referaate, oli nüüd kasutusel teine meetodika — töö oli nii rühmaviisiline kui ka individuaalne. Arutlussektsoone oli neli, töö nendes käis põhimõttel: õppida praktikale toetudes. Mõned näited teemade kohta: 1) ödede töö peamised probleemid; 2) meditsiiniõed; 3) tervishoiu põhiprobleeme Nõukogude Liidus; 4) elanikkonna osa esmaabis; 5) meditsiiniõde arengumaid abistamas; 6) öed ja nende töö Euroopas; 7) esmaabi korraldus Poolas ning muu.

Õppetöö toimus samas majas, kus elati. See algas kell üheksa hommikul ja kestis lõunani, pärast lõunat kuni hilisõhtuni tegeldi teemadega iseseisvalt. Kuid aega jätkus ka muuks. Käidi ekskursioonidel Taškendis ja Samarkandis, samuti kontsertidel. Õppekursioonid olid korraldatud maa-ambulatoriumidesse, linnahaiglasse, meditsiiniõed.

Individuaaltöös oli seisukohavõtt eri probleemide kohta. Rühm, kuhu kuulus allakirjutanu, uuris näiteks ödede tegevust piiravaid tegureid ja tegi ettepanekuid asja parandamiseks. Leiti, et puudujäägid avalduvad juba meditsiiniõedele põhiolemuses. Näiteks võetakse meditsiiniõed vastu neid, kes mujal on sisseastumiseksamitel läbi kukkunud. Nii aga kannatab meditsiiniõe maine. Meditsiiniõed peaksid pääsema üksnes keskkooli lõpetanud, õpetus peaks seal kestma kolm kuni neli aastat. Õpiaja lühendamine on võrdväärne mõtlematu kiirustamisega, mille tagajärjed võivad hiljem ohustada inimesi. Programmis puudub käitumisõpetus, mis rajaneks psühholoogial ja deontoloogial. Ometigi vajab patsient senisest palju enam halastust ja mõistmist. Nõrk on meditsiiniõedele materiaalne baas. Ka peaks silmas pidama, et meditsiiniõed lõputunnistus ei tähenda veel lõpetanu täielikku kvalifikatsiooni — see saadakse alles töö käigus.

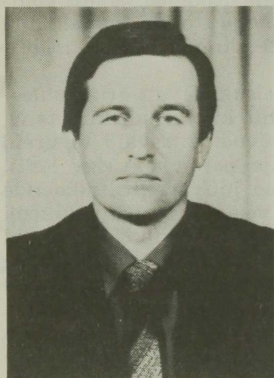
Järelikult onoleb väga palju just töökohast, sellest, kuidas suhtuvad uustulnukasse tema kolleegid, osakonna vanemõed, arstid. Leiti, et arst peaks ões nägema enda abilist. Teevad ju mõlemad ühte ja sedasama vastutusrasket tööd, mõlema töö eesmärk on eelkõige õilis. Huvitavalt ütles üks seminarist osavõtja, võrreldes öe töö olemust võrdkõlgselt kolmnurgaga, mille ühe teraviku moodustab öe pea, teise süda ja kolmanda osavad käed. Avaldati ka arvamust, mille kohaselt ülemõed ja meditsiiniõed ödedest pedagoogid peaksid saama täiendava hariduse kõrgkoolis. Seminarist võttis osa Poola RV meditsiiniõde, kellel on doktorikraad loodusteaduses ja kes töötab õpetajana.

Eeldati, et edaspidi ei tohiks meditsiinitöötajate endi tervisesse ükskõikselt suhtuda. Juttu oli töö- ja olmetingimustest, sealhulgas ka palgast. Terminit «tervishoiuprofilaktika» tuleks kasutada ka arstide, velskrite, ödede ja sanitaride tööst rääkides, mitte ainult sanitaarhariduslikes trükistes.

Maie Gustavson

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uus meditsiinikandidaat



10. oktoobril 1988 kaitses S. Kirovi nimelises Sõjaväe-meditsiini Akadeemias kandidaativäitekirja «Keemilise etioloogiaga ägedate mürgituste põhjused, struktuur, kliinik ja ravi» Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi eksperimentaalse ja kliinilise toksikoloogia osakonna nooremteadur **Boris Loogna**.

Väitekirja on valminud meditsiinidoktor prof. H. Kahni juhendamisel. Oponeerisid professorid G. Livanov ja M. Linjutšev. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 1. veebruarist 1989. aastast kinnitati B. Loognale meditsiinikandidaadi kraad.

B. Loogna uurimus on valminud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, kliiniliseks baasiks on olnud Tallinna Kiirabihaigla. Ta on uurinud keemilise etioloogiaga ägedate mürgituste esinemissagedust, mürgituste tekkepõhjust ja struktuuri, kliinilise kulu iseärasusi, tähtsamate elundüsteemide talitluse normaliseerumist. B. Loogna on välja töötanud abinõude süsteemi ägedate mürgituste profülaktikaks. Ta on koostanud kaks meetodilist juhendit arstide jaoks.

Väitekirja teemal on B. Loogna avaldanud 14 teadusartiklit.

B. Loogna on sündinud 7. veebruaril 1956. aastal Tallinnas. 1974. aastal lõpetas ta Tallinna 10. Keskkooli, 1980. aastal Tartu

Ülikooli arstiteaduskonna. 1980. aastast alates on olnud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadustöötaja. B. Loogna on instituudi noorteadlaste ja -spetsialistide nõukogu esimees.

Milvi Moks

Teaduslikke kutseid

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi 1989. aasta 17. märtsi otsusega anti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonna juhatajale meditsiinidoktor **Lii Jan-nusele** professorikutse pulmonoloogia erialal.

NSV Liidu Hariduskomitee kolleegiumi otsusega 1988. aasta 8. juunist (protokoll nr. 21/p) anti professorikutse E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi kehalise kasvatus teaduskonna meditsiinilis-bioloogiliste distsipliinide kateedri juhatajale dotsent **Tiiu Olmle**.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegiumi kinnitas 3. augustil 1988. aastal vanemteadurikutse järgmistele Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teaduritele: kurortoloogiaosakonna vanemteadurile meditsiinikandidaat **Liidia Veinpalule** kurortoloogia ja füsioteraapia erialal, tööhügieeni ja tööfüsioloogia laboratooriumi vanemteadurile bioloogiakandidaat **Nadežda Šmidtile** hügieeni erialal ning kantserogeneesimehhanismide laboratooriumi vanemteadurile bioloogiakandidaat **Toomas Veidebaumile** onkoloogia erialal.

ASKLEPIOSE KLUBIS

Eesti Arstide Liidu ja Eesti Lastekaitse Liidu lähemad ülesanded

4. aprillil toimus Riiklikus Teaduslikus Meditsiiniraamatukogus ajakirja «Eesti Arst» korraldatud järjekordne Asklepiose klubi vestlusring, kus käsitleti Eesti Arstide Liidu ja Eesti Lastekaitse Liidu eesmärgi ja ülesandeid. Vestlusringis osalesid tervishoiminister **Laur Karu**, Eesti Lastekaitse Liidu eestseisuse vanem, Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi vanemteadur **Leo Tamm**, Eesti Lastefondi juhatuse aseesimees **Tõnu Karu** ja Eesti Arstide Liidu volikogu liige, S. Kirovi nim. Näidiskalurikolhoosi Ravikeskuse osakonnajuhataja **Andrus Lipand**. Oma mõtteid avaldavad ka Tallinna Kiirabihaigla osakonnajuhatajad ja Eesti Arstide Liidu asepresidendid **Andres Ellamaa** ja **Matti Tarum**, kes olid kutsutud vestlusringi, kuid kes selle toimumise ajal viibisid välismaal.

Mõttevahetuse avas «Eesti Arsti» peatoimetaja **Oku Tamm**: «Eesti Arstis» on mõlema liidu tarvis oma rubriik, on avaldatud liitude põhikirjad ja volikogude nimekirjad. Nüüd oleks huvitav teada saada, mis seisab mõlemal liidul lähemal ajal ees ning kuidas kavatsetakse hakata lahendama arstiabi valupunkte. Muidugi ei saa liidud siin üksinda midagi ära teha, tuleb ilmselt otsida koostöövõimalusi teiste ametkondade, täitevkomiteedega. Huvitav oleks teada saada ka juba tehtust.

Laur Karu. Kui me Eesti Arstide Liitu asutama hakkasime, siis ei teinud me seda seepärast, et oleks veel üks kontrollorgan või vabalt rääkimise koht, vaid selleks, et avaliku diskussiooni ja arutelu teel püüda lahendada Eesti tervishoiu- ja sotsiaalpoliitikaküsimusi. Praegu, mil tähelepanu keskpunktis on üleminek isemajandamisele, peame välja töötama omapoolsed seisukohad, millisena me tahame näha Eestimaa tervishoidu ja oma rahva tervist. Nikkaua, kui tegeleme ainult haiglatega, ei parane sellest meie rahva tervis. Eesti Arstide Liit peab olema üks põhiline koht, kus koostöös teiste ametkondadega töötatakse välja seisukohad Eesti rahva tervise parandamiseks lähemate aastate jooksul. Eesti Arstide Liidu üks ideid ongi, et arstid kui sotsiaalne jõud suudaksid oma ühiskondlikku teadvust tugevdada ja pöörata ennast ka haiglast välja-poole, n.-ö. rahva poole. Arstid peaksid kolmnurgas valitsus—rahvas—arstid olema integreerivaks ja nõuandvaks osaks.

Kui me tahame oma rahva tervise heaks midagi olulist ära teha, peame alustama lastest ja naistest. Väga tähtsa probleemide ringi moodustavad ka toitlustamine ja keskkonnaküsimused üldse. Märtsis toimunud NSV Liidu Meditsiiniakadeemia ökoloogiasesioonil avaldati andmeid selle kohta, et pinnases ületab pestitsiidide ja muude kemikaalide sisaldus kehtestatud piirnorme paiguti mitu suurusjärku, toidus juhtu 200...300 korda. Eriti ohustatud on rasedad ja väikesed lapsed. Enne kui me ei saa oma põllupidamist ja keemiamajandust korda, on väga raske rääkida tervest emast ja tervest lapsest. Nii et me peame alustama palju laiemalt kui ainult meditsiinist.

Teine küsimuster, milles oli vaja teha tõsine pööre, on arstide kvalifikatsioon. Tervishoid on tänapäevani arenenud ekstensiivselt, s.t. et meil on teiste riikidega võrreldes rohkem arste, kuid meditsiinküsimused on rohkem lahendamata kui kusagil mujal. Olukord sellest ei parane, kui koolitame aina spetsialiste juurde. Me oleme devalveerinud arsti mõistuse ja teadmised dispetšeri tasemele. See tuleneb sellest, et tudengid spetsialiseeruvad juba III kursusel, seetõttu õpitakse ja tuntakse huvi vaid valitud kitsa eriala vastu, kõrvalerialasid võetakse kergemalt, neid õpitakse ainult eksamik. Seega lõpetavad ülikooli kitsalt spetsialiseerunud arstid, kellel puudub laiem arusaam meditsiinist ja inimesest kui tervikust.

Tundub nii, et kergem on isegi üle saada meditsiini materiaal-tehnilisest mahajäämusest, kui muuta arstide teadvust. Muutus arstide teadvuses võtab palju aega ja nõuab vaeva ning siin tekib hulgaliselt psühholoogilisi ja muid momente. Meil on vaja arste ette valmistada vähem, kuid enam rõhku panna nende teadmiste laiendamisele ja süvendamisele. See eeldab nii tudengite koolitamisest süsteemi kui ka kogu täiendamissüsteemi põhimõttelist ümberhindamist. Tundub, et väga paljudel aladel tuleb lõpetada arstide diplomielne spetsialiseerumine ning minna üle diplomijärgsele spetsialiseerumisele. Arstid peaksid kohustuslikus korras üldarstina töötama. See aga eeldab ka polikliinikute ja haiglate struktuuri põhimõttelist muutmist, s.t. tagasiminekut laiendatud üldosakonna printsiibile.

Arstide koolitamine on küllaltki komplitseeritud küsimus, mida ei ole võimalik lahendada vaid administratiivsete meetoditega. Selleks vajamegi arstide liitu kui ühiskondlikku organisatsiooni. Esimene mure on see, et ka meie õppejõud on kitsa eriala spetsialistid, kes ei ole laiemal profiiliga üldarsti võimelised õpetama. Teiseks vajame ka tugevat stiimulite süsteemi, et oleks majanduslikku aspekti silmas pidades näha, mille nimel õppida. Seni oleme ainult rääkinud, et üliõpilane peab õppima paremini, kuid samas teame, et ametikohtadele suunamine sõltub suurel määral hoopis elamispiinast, perekonnaseisust või muudest asjaoludest rohkem kui teadmistest.

Pakuksin välja süsteemi, mille puhul peaarstid oleks arstidele kvalifikatsioonikategooria omistamise õigus (I, II kategooria), kusjuures kate-

gooriast sõltuv palgavahe ei oleks mitte 50, vaid 150... 200 rubla. Selline stiimul paneks inimese õppima ja tööle. Kui me aga ühel heal päeval tõtaksime kõigi arstide palka, vaevalt sellest nende töö kvaliteet paraneks. Arst peab olema kindel, et tema teadmiste, entusiasmi ja oskuste eest on korralikult makstud, alles siis võib loota arstiabi kvaliteedi paranemist. Ka tudengid võiks kategooriatesse jaotada. Näiteks I kategooria üliõpilane (õpib hästi, osaleb teadustöös) võiks juba kolmandal tööaastal kõrge arstikategooria saada, kui ta aga oli III kategooria tudeng, avaneb tal see võimalus alles 7...10. tööaastal. See peaks igaühe mõtlema panema.

Seega on arstide teadmiste süvendamine minu meelest praegu kõige aktuaalsem teemadering. Sellest sõltub inimeste usk arstiasbisse. Me võime ennast rahustada peetud loengute ja väljaantud pisitrukiste arvuga, kuid senikaua kuni puudub inimeste usk, ei loe see kõik suurt midagi.

Andres Ellamaa. Kahtlemata Eestimaa raviasutuste peaarstide võimekuses, on mul siiski silme ees pilt üleliidulise arstide kongressi saalist, kus ülekaalus olid peaarstid. Selle kogemuse alusel kaldun arvama, et arstide tegelike väärtuste üle saavad paremini otsustada siiski tema erialakaaslased. Ka peaarst on inimene ning kahtlemata hakkab eelistama neid, kes temaga hästi läbi saavad. Hea läbisaamine ja arsti kvalifikatsioon aga on erinevad asjad.

Matti Tarum. Kas peaarstidele ei anta kätte liiga suur võim? Kas suudavad nad alati jääda objektiivseks? Arvan, et igas raviasutuses peaks sel eesmärgil moodustatama komisjon ja hääletamine iga kategooriataotleja suhtes peaks olema ilmtingimata salajane. Ausalt öeldes ei meeldi mulle see uus kord mitte üks põrm. Olen ise atestatsioonikomisjoni esimees ja peaspetsialist. Ma ju tean, kes mu füsioterapeutidest väärivad kõigepealt kategooria tõstmist. Nüüd aga on suuremad eeldused saada järgmine kategooria sel kolleegil, kes töötab rikkamas raviasutuses või kellel on paremad suhted peaarstiga. Nii et ainet mõtlemiseks on.

Laur Karu. Materiaalse baasi kohta tahaksin öelda seda, et üha enam tuleb meil neid küsimusi ise lahendada hakata, sest praegu on tuntav, et küllalt paljud üleliidulised ametkonnad ei taha Balti liiduvabariikidesse oma kapitaalmahutusi planeerida. Püüame ise toota ühekordseid süstlaid ja plastkindaid. Raskem on olukord ravimite ostuga, sest ei jätku valuutat.

Seega tundub, et Eesti Arstide Liidu ülesanded muutuvad hoopis ulatuslikumaks, kui me seda esialgu eeldasime. Kerge ei saa olla kellelgi, sest pole harjutud väljaspool haiglat selliste asjadega tegelema. Tavaks on olnud, et arsti töö on haiglas ja palatis ning kui ta valge kitli kappi riputab, on ta tavaline kodanik, kellel ei ole mingeid erilisi kohustusi.

Oku Tamm. Kas Eesti Arstide Liit on midagi teinud või kavatses teha seoses IME rakendamise-ga tervishoius?

Laur Karu. IME kontseptsioon määrab ühiskonna käitumise kõige üldisemates põhimõtetes. See üldkontseptsioon ei saagi määrata, kuidas

hakkavad toimima sotsiaalpoliitika ja tervishoid konkreetselt. Selles suunas alles töötatakse. Eesti Arstide Liidu volikogu kuulutab välja tervishoiu- ja sotsiaalpoliitikaalaste tööde konkursi, mille tulemuste põhjal saab juba täpsemalt otsustada, mida ja kuidas teha.

Matti Tarum. Eesti Arstide Liit saab varsti aasta vanaks, kui aga võtta registreerimisaja järgi, siis on ta veel lausa vastsündinu. Kas me oleme selle ajaga midagi saavutanud? Endale näib küll, et oleks võinud rohkem teha. Kõigepealt tuli tõestada, et meie, arstid, oleme ka ilma valge kitlita keegi. Ühesõnaga — Eesti Arstide Liidule tuli luua *image*. Meid aktsepteeriti üllatavalt kiiresti. Julgeksin öelda, et meil on nüüd kindel koht meie teiste ühiskondlike liikumiste, seltside ja ühingute seas. Lähim ülesanne on lahendada mitme tundmatuga võrrand: meditsiini koht IME-s. Rösku tuleb panna eelkõige sisemisele organisatsioonile ja organiseerumisele. Vajame ideid, ideid ja veel kord ideid. Lahendamist ootavaid probleeme on nii palju, et kui üritaksime Eesti Arstide Liiduga neid kõiki korraga ette võtta, tuleks ainult üks hädine pinnalt kriipimine. Mida valida? Võib-olla arstietika? Ja muidugi ökoloogia — siin tuleb probleeme järjest juurde.

Andrus Lipand. Eesti Arstide Liit on asutatud meediku vaimsuse ja ühiskondliku aktiivsuse tõstmiseks. Liidu ülesandeks on ohutada meedikute iseseisvat mõtlemist, aktiivset sekkumist ühiskonna asjadesse.

Muutmist vajab täiendusõppesüsteem. Praegune on sellisel kujul mõttetu, täienduskursustele tulijad teavad, et nad saavad paberi kätte igal juhul, seega ei võeta asja tõsiselt. Kursusele tuleks võtta ettenähtust rohkem inimesi ja ainult teatud osal neist lubada lõpetada. Arst peab tulema täienduskursustele teadmiseks, et ta ei pruugi sealt seda paberit saada. See oleks stiimuliks, mis paneks ta huviga õppustest osa võtma.

Vaimsuse kasvuga kasvab ka ühiskondlik aktiivsus. Praegu suureneb arstide liidu liikmete arv, ja selleks, et me ei jätaks neid inimesi tegevuseta, peaksime hakkama korraldama sotsioloogilisi uuringuid. Mida on vaja patsiendile, mida on vaja arstile — me ju seda ei tea. Sellist meditsiini sotsioloogilist uuringut oleks väga vaja.

Andres Ellamaa. Arvan, et täienduskursustel käimine peaks olema eelkõige arsti enda mure. Kui arst on nii rumal, et ta ei suuda aimata oma teadmistes auke, mis segavad tal korralikult töötamast, siis pole teda mõtet väevõimuga täiendusele saata. Kas need kursused kestavad nädala või aasta, peab sõltuma sellest, mida vajab arst ning mida ootab temalt raviasutus. Kui palju tuleb kursuselt tagasi arste, kellel on kaustikud täis kirjutatud ammu trükis ilmunud tõdesid, kuid kes selle kõigega mitte midagi peale ei oska hakata ja kes töötavad edasi nii nagu enne kursusigi. Väetist tuleb anda põllule, mis vilja kannab!

Leo Tamm. IME-s on väga hästi välja toodud eesmärk, aga ei ole näidatud teid, kuidas selleni jõuda. Täna päeva ja tuleviku vahel on kuristik.



Kauaaegse kateedritöötajana võin öelda, et on ideaalne ettepanek jaotada üliõpilased kateegooriatesse, arvestades õppimist, osalemist ÜTÜ-s ja ühiskondlikus töös. Osa õppejõude pooldab diplomielset spetsialiseerumist, siiani ei ole mõte diplomijärgsest spetsialiseerumisest arstiteaduskonnas erilist poolehoidu leidnud. Kas oleks reaalne diplomijärgne pikem internatuur mitmes kohas, et oleks valida ka rajoonide, mitte ainult Tallinna ja Tartu vahel?

Laur Karu. Arvan, et see on täiesti võimalik. Põhiline on see, et peame õpetama arsti algusest peale vastutama ise enda eest, mitte aga, et kateeder, osakonnajuhataja või peaarst vastutab kõige ja kõigi eest.

Leo Tamm. Kas on võimalik arstil ka välismaal kvalifikatsiooni tõsta? Praegu käivad välismaal vaid üksikud teadlased. Selge on aga see, et meie arste pole mõtet kvalifikatsiooni tõstma saata Harkovisse või Jerevani. Võib-olla on võimalik luua mingi süsteem, et just meie tegevarstid saaksid kogemusi omandada riikides, kus tervishoid meie omast paremal järjel on.

Laur Karu. Mul on kokkulepe Soome tervishoiuministriga, et igal aastal võime sinna kaheks aastaks tööle saata kümme noort arsti, kes on juba mõne aasta töötanud. Nemad rakendaksid seal meie inimesed tööle vastavalt sealse arstipalga eest. Seega teeniks meie arst seal oma palga ise ja teatud summa koguneks ka arstide liidu või tervishoiuministeeriumi arvele. Meie arstide liit võiks Helsingis avada oma arve koos Helsingi Arstide Liiduga, see on lubatud. Arvele kogunenud summa eest võiksime jälle teisi arste saata rahvusvahelistele konverentsidele. Nende sinna saatmine on alati raskustega seotud olnud.

Võimalusi seega leiduks, ka Rootsi saaks minna. Selgub aga kurb tõsiasi, et meil lihtsalt pole, keda saata. Selline välismaale tööleminek eeldab natuke põhjalikumaid teadmisi üldse, eeldab keelteoskust, eeldab ka paari eksami tegemist. Me oleme nendest võimalustest paarastidele teada andnud, kahjuks on sobivad kandidaate vähe. Viis inimest meil Soome saatmiseks on: Üks arst läks Irimaale, paar meedikut õpib mäenedzeride koolis.

Oku Tamm. Siit järeldub, et meie üliõpilastel ja ka arstidel on tingimata vaja õppida võõrkeeli.

Leo Tamm. Eesti Lastearstide Seltsil on soomlastega kokkulepe. Igal aastal võtavad nad Eestist üheks, kuuks tööle ühe pediaatri, tagades talle kõik vajaliku. Rootsi Pediaatrite Assotsiatsioon

on meile pidevalt kinkinud kolm numbrit aja- kirja «Acta Scandinavica Paediatrica».

Tõnu Karu. Eesti Lastekaitse Liiduga võrreldes on meedikuid Lastefondis kahjuks võrdlemisi vähe. Sündisime üleliidulise ühingu kohaliku organisatsioonina. Kui palju oleme aastaga suutnud, seda on kõrvaltvaatajal kindlasti parem hinnata.

Võime oma saavutuseks pidada tööd puuetega lastega. Suur aitäh Tiina Talvikule, kes viis arvukalt meedikuid ja puuetega laste vanemaid Soome, kus neid võttis vastu Mannerheimi Lastekaitse Liit. Meie juures tegutseb Lastefondi Logopeedide Liit. Loodan, et saame ka logopeedilise usaldustelefoni.

Meil on koostööleping Poola Lastesõprade Liiduga. Mais said 7 diabeetikut koos ema-isaga ja üks spetsialist sõita 20 päevaks Poola ravile ning väljaõppele. Poola pakub meile ka raskelt kasvatatavate laste puhkuse võimalust ning perepuhkust. Mais toimusid seal vaimsete puuetega laste väikesed olümpiamängud, ka meilt oli meeskond. Loodame, et see asi hakkab meil Eestis liikuma nagu invasportki. Oleme huvitatud koostööst lastetoidu osas.

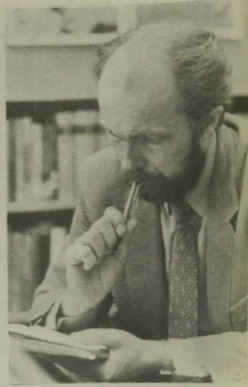
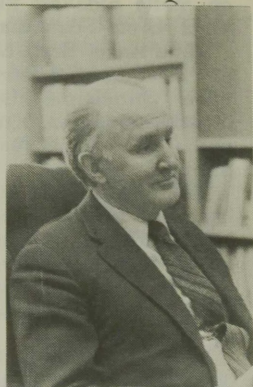
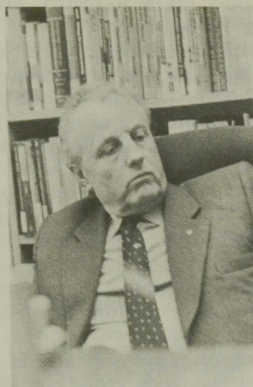
Meie fondi ruumides töötab kooperatiiv «Koit», mis valmistab abivahendeid puuetega laste tarvis. Võimalused oleksid suuremad, kuid kooperatiiv ei tea, kui palju midagi teha tuleks, puudub tellimus.

Koostöös Eesti Arstide Liiduga korraldame augustis rahvusvahelise puuetega laste rehabiliteerimise alase konverentsi. See on esimene selline NSV Liidus. Tahaksime kutsuda juhtivspetsialiste meditsiini, tehnika, arvutite tootmise ja muudelt aladelt. Soov on, et taastusravi jalad alla saaks, siis võiksime öelda, et oleme tõesti midagi ära teinud.

Samas ei tohi unustada, et tähelepanu ei tule pöörata mitte ainult puuetega lastele, viimased on ainult üks osa kogu probleemistikust. Lastefond peaks rohkem kaasa rääkima ka keskkonnakaitse alal.

Peremäärus tuleks vastu võtta koos kodakondsuse seadusega. Tegelikult on meil vaeseid palju. Kellele ja kui palju toetust anda, selle üle on väga raske otsustada. Ühest küljest ei tohi me minna vastuollu inimõigustega, teisest küljest ei tohi me Eestist teha migratsioonipumpa. Leedus on peremäärus vastu võetud, selleks eraldas valitsus 22 miljonit rubla, kusjuures ei mindud alkoholi müügihindade tõstmise teed. Ma arvan, et meil Eestis on praegu mõjusamad sellised ametkondlikud ja piirkondlikud programmid. Lastefond on andnud näiteks stipendiume lastekodust pärit üliõpilastele. Heategevusega aga me probleemi ei lahenda. Tuleb põhjalikult kaaluda, kellele ikkagi toetust anda, näiteks osa paljulapselisi perekondi on tegelikult asotsiaalsed ja sealt pärineb väga palju debiilikuid. Selliseid peresid aga ei tohiks peremäärus toetada. Heategevuse osas võiksin ühe meeldiva näitena siiski lisada, et muusikud otsustasid «Rock Summer 89» ühe päeva kontserdi tuulud annetada Tartu emade ja lastekeskuse rajamiseks.

Leo Tamm. Eesti Lastekaitse Liidust rääkides pöörduksin kõigepealt tagasi ajalukku. Paistab,



et nendest riikidest, kus lastekaitse ja lastehooldusega on pikka aega tegeldud, on saadud ka väga häid tulemusi. Eesti Vabariigis võeti 1925. a. vastu Eesti Hoolekande Seadus, mis andis lastekaitsele küllalt avarad võimalused ning millega ka 1940. aastani intensiivselt tegeldi.

Lastearstid asutasid Eesti Lastekaitse Liidu selleks, et üks kõige odavam ametkond meie riigis — tervishoid — ei suuda lahendada kõiki lastega seonduvat. Oleme seisukohal, et abi ei vaja mitte ainult teatud kindlad lastegrupid (invaliidid, lastekodulapsed, eriti andekad lapsed jne.), vaid iga konkreetne laps eraldi. Sellest meie tegevus lähtubki. Meie hulgas on palju lastearste, põllumajandustöötajaid, kolhoosiesimehi ja psühholooge, vähe aga pedagooge. Ilmselt on see tingitud sellest, et koolist on inimlikkus kadumas.

Täna sel päeval oleme seisukohal, et praegust liidu struktuuri tuleks natuke muuta. On tekkinud väga tugevad lastekaitse liidud Viljandis, Pärnus, Valgas ja Tartus. Neist Viljandis ja Valgas eraldas täitevkomitee liidule 50000 rubla. Kõige nõrgem lüli on praegu Tallinn, kus kogu koormat veab Eesti Lastekaitse Liidu eestseisus.

Eesti Lastekaitse Liit on püüdnud poliitikasse mitte sekkuda, sest teame, et Soomes Lastekaitse Keskliit ei tegele poliitikaga üldse. Kahjuks meil see päriselt siiski ei õnnestu, arvestades Eesti praegust poliitilist olukorda. Oleme välja öelnud oma seisukohad keeleseaduse ja sõjaväeteenistuse kohta. Tänavu toimub kolm konverentsi «Meie lapse mured».

18. . 19. märtsini peeti Viljandis koostöös soomlastega konverents. Soomlased tutvustasid oma lepitusprogrammi. See liikumine annab võimaluse tunduvalt humaniseerida ühiskonna suhtumist noortesse õiguskorraldajatesse. Konverentsi lõppedes tegime ühiskommünikee, leppisime kokku järgmistest punktides:

1) pidada vajalikuks lepitusliikumise tegevuse teadusliku ja teoreetilise materjali vastastikust avaldamist, analüüsi ja vahetamist;

2) anda vastastikust abi lepitajate, tugijanimete või muu kaadri koolitamisel, milleks kasutatakse mõlemapoolset stažeerimist ja ühisseminare ning konverentse;

3) leida kahepoolseid võimalusi tööks tehniliste abivahendite muretsemisel ja vahetamisel;

4) valmistada ette noori lepitajaid lepitus-

liikumise edendamiseks, valuutavabas korras vahetada noori ja lapsi;

5) hakata üheskoos looma ülemaailmset lepitusliikumise assotsiatsiooni.

Meil käis külas ka Soome Lastekaitse Keskliidu president Kalle Justander, koos sai arutatud meie liitude koostöö perspektiive. K. Justander lubas meid kokku viia kõigi samalaadsete liikumistega Skandinaaviamaades, aga ka UNICEF-iga.

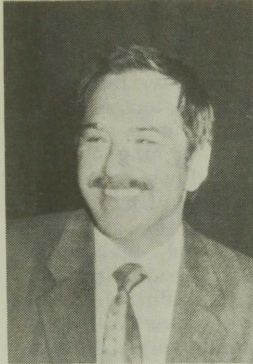
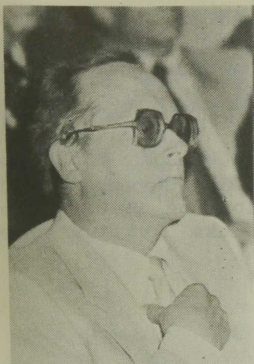
16. . 18. juunini toimus Soomes rahvusvaheline lapse õiguste kongress, kuhu üle maailma tulid kokku need inimesed, kes tegelevad mitmesuguste lasteprobleemidega. Need probleemid on paljus ühised kogu maailmas. Loodame sellelt konverentsilt, et ka meie saame seal oma muredest rääkida, luua otsesidemeid ja tutvuda mujal tehtuga. Soomlastega saime ka kokkuleppele, et Soome Lastekaitse Keskliit aitab meil trükkida mitmesuguseid pisitrükiseid, nagu postkaarte tähtpäevadeks, plakateid. Leppisime kokku ka suvepuhkuse sisustamise osas. Tahaksime hakata puhkuse ajaks vastastikku vahetama lapsi ja noorukeid, samuti leida võimalusi vastastikuseks perepuhkuseks. Tahame korraldada Soome lastele maalimislaagri Eestis. Aga miks ei võiks Soome noored meil näiteks mesindust õppida? Võib-olla oleks mõeldav ka kroonilisi haigusi põdevate Soome laste ravimine suviti meil. See kompenseeriks veidigi neid kulutusi, mida nad Eestile teevad.

Veidi ka meie lähema aja üritustest. 19. novembril toimub Linnahallis lastekaitsepäev, milles osalevad Soome Lastekaitse Keskliit, Eesti Lastekaitse Liit, Soome ja Eesti TV.

Augustis toimub koostöös soomlastega perekonnanõuandlate konverents, septembris lepitajate konverents Soomes. Lähemas programmis on ka psühholoogide, samuti psühholoogiliste testide vahetus.

Kui nüüd vaadata Soome Lastekaitse Keskliidu struktuuri, siis on neil 84 mitmesugust allosakonda, mida liit ühendab. Ka Eestis peaks olema üks niisugune keskliit, mis liidaks kõik need liikumised ja ametkonnad (tervishoiuministeerium, hariduskomitee), kes tegelevad lastega.

Lõpetuseks pakuksin välja mõtte, mille üle võiksime koos mõelda. On olemas rahvusvaheline liikumine «Lövide Klubi», millel on toetajaid 151 riigis. Üle aasta toimuvad suured rahvus-



Vasakult: O. Tamm, L. Tamm, L. Karu, T. Karu, M. Tarum, A. Lipand, A. Ellamaa. G. Vaidla fotod.

vahelised kongressid. «Lõvide Klubi» on võimas meeste liikumine, mis tegeleb noorte ja laste aitamise ning toetamisega. Klubi liikmed ajavad noortega juttu, püüavad neid aidata ja neile toeks olla. Mehe sõna mõjub, sellest aga meil ju paljudes kodudes ja ka koolis puudu jääbki. Võib-olla tunneksid mõned arstid selle liikumise vastu huvi, selle üle tuleks mõelda.

Oku Tamm. Liidud on loodud, tegevus käib. Kas ei peaks meil ikka olema üks selline ajakiri, mis neid probleeme valgustaks? Pereajakiri meid ei rahulda, meil peaks olema oma «Tervis». Seda lünka püüab täita küll «Kodutohter», kuid temagi maadleb paberipuudusega ning ka kujundus ei ole ühele populaarteaduslikule väljaandele sobilik. Samal ajal ilmub üha enam kõikvõimalike kooperatiivide infolehti ja ristsõnu, kooperatiivid maksavad paberi hinna lihtsalt mitmekordsest üle. Selliseid summasid aga kirjastusel pole ja nii jäävadki uued väljaanded asutamata. Sellele vaatamata peame siiski edasi «Tervist» taotlema, see on meie rahvale hädavajalik!

Andres Ellamaa. Kahtlen spetsiaalse tervise-ajakirja vajaduses. Näeme ju, et üks taoline ajakiri «Здоровье» on saanud tõsiseks iatrogenia allikaks.

Usun kindlalt, et meie tervisepropaganda peab toimuma kasutades ajakirjandust, raadiot ja televisiooni. Praegu võiks meie enamlevinud ajalehtede ja ajakirjade hulgas esile tõsta vaid ajakirja «Sotsialistlik Põllumajandus». Muidugi on kahju, et meil on nii vähe arukaid tervishoiupropagandiste nagu kolleeg Harri Jänes.

Andrus Lipand. Eesti Arstide Liit hakkas välja andma oma ajalehte, mille trükiarv on 10000, ilmunissagedus kord kuus. Ajaleht peab muidugi olema, see annab operatiivset infot, samas aga jääb vajadus Eesti Arstide Liidu ajakirja järele. Meie teema ju mingil määral «Eesti Arstis» sees on, kuid see ilmselt ei rahulda. Kui tahame arste harida, nende aktiivsust tõsta, peame kindlasti korraldama sotsioloogilisi uuringuid, et teada saada, mida üldse oodatakse. Püsiva väärtusega asjad peaksid kajastuma ajakirjas. Seni kuni meil oma ajakirja ei ole, peame tunduvalt suurendama Eesti Arstide Liidu kirjutiste osatähtsust «Eesti Arstis». Me peame oma tööga «Eesti Arsti» populaarsust tõstma.

Andres Ellamaa. Meie ajakiri on saanud uue nime «Eesti Arst». Kõik muu on siiski veel vähe muutunud. «Eesti Arst» omandab suurema tähtsuse vaid siis, kui ta ilmub sagedamini, vähemalt kord kuus. Võiksime võtta eeskuju Soome kolleegidelt. «Eesti Arst» peaks praegu veel olema eelkõige uue tervishoiupoliitika kujundaja.

Andrus Lipand. Mainigem veel üht muret tekitavat asjaolu. Eestis ja Lätis on arstide liidud, Leedus on asutamisel. Kahjuks Moskvas sellega ei arvestata. Nimelt on Moskvas välja pakutud Nõukogude Liidu Arstide Assotsiatsiooni loomise projekti esialgne variant. Selle struktuuri tahtakse üles ehitada vanade stagnamallide järgi, kus vabariik võrdub algorganisatsiooni tasandiga ilma igasuguse iseotsustamisõigusega. See ei oleks mingi ühiskondlik ühendus, vaid ülevalt alla loodud palgalise aparaadiga organisatsioon. Sellega seoses peame nii Moskvale kui ka oma vabariigi arstidele püüdma selgitada, miks selline ühendus meile ei sobi ja miks me sinna astuda ei taha. Praegu kuulub Eesti Arstide Liitu umbes tuhat liiget, seega ligikaudu viis tuhat Eestimaa arsti on veel passiivsed. Aga näiteks Kirde-Eesti arstid, nemad tahavad võib-olla rõõmuga sinna üleliidulisse assotsiatsiooni astuda. Meie arstide liidu ideid tuleks rohkem levitada, neid põhjendada.

Eesti Arstide Liit peaks üldharidusliku ja erialakvalifikatsiooni tõstmise kõrval tähelepanu pöörama ka välisvahetusele, selle all mõtlen ma arstide perede, meie ja Välis-Eesti laste vahetamist. Sellest on mõlemad pooled huvitatud. Meie oleme huvitatud, et meie lapsed õpiksid maailma keeli, saaksid viibida võõras keelekeskkonnas, väliseestlased tahavad jälle säilitada oma lastele emakeele.

Eesti Arstide Liidu programmi ja tegevusse kuulub ka AIDS-iga seonduv. Kahjuks on arstid siin liiga vähe aktiivsed olnud. Meil on AIDS-i suhtes vale psühholoogiline häälestatus. Petame endid mõttega, et AIDS meile ei jõua või et meie oleme selles suhtes immuunsed. Eesti Arstide Liit peab siin katsuma midagi muuta, näiteks nõudma, et sissekirjutust ei tehtaks enne, kui inimest on AIDS-i suhtes kontrollitud. Peame endale AIDS-i objektiivselt teadvustama. See haigus jõuab varem või hiljem meilegi, me

TARTU ÜLIKOOL

RAAMATUKOGU

peame vastuvõtuks valmis olema. Tuleks välja anda AIDS-i alaseid pisitrukkiseid.

Eesti Arstide Liit sekkub aktiivselt sõjaväe-teenistuse küsimustesse. Nõuame territoriaalset ajateenistust ning alternatiivset tööteenistust. Peame võtma seisukoha Interliikumise ja Töökollektiivide Ühendnõukogu kohta ning otsustama, kas teeme nendega koostööd või mitte.

Matti Tarum. Ka mina suhtun Üleliidulisse Arstide Assotsiatsiooni suure kahtlusega. Nõukogude Liidus on igal piirkonnal, igal liiduvabariigil omad spetsiifilised meditsiiniprobleemid, mida üks suur ja üleliiduline assotsiatsioon küll lahendada ei suuda, pigem vastupidi. Kuidagi veider kukub välja: Moskva tahab arstiabi detsentraliseerida, arstide vabatahtlikku organisatsiooni soovib aga nii tsentraliseerida et hoia ja keela. Aga Eesti Arstide Liit ei saa juba põhikirja järgi kuuluda ühtegi organisatsiooni, mis oleks temast ülem. Kui aga mõni Eesti Arstide Liidu liige tahab astuda üleliidulise assotsiatsiooni liikmeks? Siin tuleb vist assotsiatsiooni lõplik põhikiri ära oodata. Kui ta eitab juba asutatud piirkondlikke ja liiduvabariikide arstide liite ja ühinguid, siis ei näe ma võimalust, et Eesti Arstide Liidu liige kuuluks ka sellesse assotsiatsiooni. Nii et ootame asjade selgumist, uksti paugutada veel ei maksa.

Leo Tamm. Kas Eesti Arstide Liit ei saaks luua sellist pädevat ekspertide gruppi, kes ütleks, kuidas peaks Tallinna meditsiini edasi arendama? Selle võiks volikogus üles tõsta, sest praegu on Tallinn võrreldes Eesti muu osaga organisatsiooniliselt väga halvas olukorras. Ka Tallinna on vaja emade- ja lastekeskust, tegelikult puudub meil Tallinnas laste arstiabi tulevikukontseptsioon üldse. Lasnamäele ehitatakse 300-kohaline sünnitusmaja, see tähendab, et vähemalt 2010. aastani mitte mingit muud tervishoiuasutust Tallinna ei tule. Eesti on ainuke liiduvabariik, kus puudub kompleksne lastehaigla. Miks on küll meie tervishoius nii, et meid pannakse lihtsalt fakti ette siis, kui enam ei saa viga parandada? Kus on need otsustajad? Miks oli vaja ehitada Tallinna Kliiniline Lastehaigla Tallinna Kiirabihaiglaga ühte kompleksi? Hoopis loomulikum oleks olnud ehitada Merimetsa Haiglaga komplekselt.

Andrus Lipand. Me oleme ühiskondlik-politiline organisatsioon, millel on oma mõjujõud, mida saame kasutada mitmesugustes aktsioonides, kui seda nõuab inimeste tervise kaitse. Kuid kuhu ja kuidas suunata rünnaku teravik? Võib-olla saame siin Eesti Roheliselt Liikumiselt abi, paljud arstid kuuluvad ju ka sellesse organisatsiooni.

Oku Tamm. Kahjuks on nii, et räägime küll, kuid suurehituste rajamine jätkub. Ehitame hiigehaiglaid, -koolimaju, -lasteaedasiid. Tuleb hakata lõpuks ka inimestele mõtlema! Oudne on mõelda Lasnamäele, üle 100 000 elaniku, seega Tartu-suurune linn, aga tervishoid on täiesti välja arendamata.

Andrus Lipand. Peaksime selliseid arutelusid arstide liitude teemal jätkama. Praegu me ei öelnud ju midagi lõplikku, elu areneb, teeb oma

korrektiive, kerkivad uued probleemid, millele üheskoos on kergem vastust leida. Peaks korraldama vestlusringi ka koos regionaalsete liitude esindajatega.

Oku Tamm. Kindlasti püüame Eesti Arstide Liidu ja Eesti Lastekaitse Liidu probleeme ka edaspidi «Eesti Arstis» veelgi enam valgustada. Täna siin öeldu on vaid osa hetkeprobleemidest, millega tegelda tuleb. Loodame, et ühine arupidamine tuleb ainult kasuks. Toimetuse nimel suur aitäh tulemast!

Summary

The immediate tasks of the Estonian Doctors' Association (EDA) and the Estonian Association for Children's Protection (EACP). The last meeting of the Asklepios Club's debating society was held on April 4, 1989 at the State Scientific Medical Library in Tallinn. The debating circle was organized by the editorial office of the journal «Eesti Arst» («Estonian Doctor») and it dealt with several tasks and obligations imposed on the EDA and EACP. The EDA has been set up to tackle problems concerning public health and social services and to work out new proposals for the development of medicine under the conditions of the Self-Sufficient Estonia (SSE) conception. The EDA is also dealing with environmental protection and doctors' advanced training. The main task of the EDA is to stimulate independent thinking and active participation in social life. The participants of the debating society expressed their views on the Children's Fund and the Estonian Association for Children's Protection.

Резюме

О ближайших задачах Союза врачей Эстонии и Эстонского общества защиты детей. 4 апреля 1989 г. редакцией журнала «Врач Эстонии» был проведен в Государственной научной медицинской библиотеке очередной «круглый стол» клуба Эскулапа, на котором рассматривались цели и ближайшие задачи Союза врачей Эстонии и Эстонского общества защиты детей. Союз врачей Эстонии создан с тем, чтобы помочь в решении вопросов здравоохранения и социально-политических проблем, а также выработать направления развития здравоохранения республики в условиях ИМЕ. Союз врачей Эстонии занимается, помимо того, вопросами защиты окружающей среды и обучения врачей, он ставит своей целью побуждать медиков к самостоятельному мышлению, к активному участию в жизни общества. Участники беседы поделились также своими мыслями о Детском фонде и Эстонском обществе защиты детей.

*Vestlusringis räägitu on vahendanud
Helle Brus*

EESTI ARSTIDE LIIDUS

Eesti Arstide Liidu volikogu oli koos Kohtla-Järvel 6. juunil 1989. a. See, et kokku tuldi selles kohas, ei ole juhuslik, sest põhilised mureprobleemid on seotud Ida-Virumaaga. Erilise tähelepanu on viimastel kuudel endale tõmmanud aga töik, et Sillamäe lastel hakkasid juuksed välja langema. Selle probleemiga oli juba mõnda aega tegelnud valitsuskomisjon eesotsas Eesti NSV tervishoiuministri, Eesti Arstide Liidu presidendil L. Karuga, kes juhatas ka volikogu koosolekut.

Juuste väljalangemine Sillamäe lastel on vaid üks ilming, mis iseloomustab sinise elanikkonna tervislikku seisundit. Siin on tegemist inimese tervist kahjustavate paljude teguritega, eeskätt keemiliste ja radioaktiivsetega. Koosolek oligi selleks kokku kutsutud, et otsida lahendust ning anda meditsiiniüldsusepoolne hinnang. Keskkonna saastatus Kirde-Eestis on mitukümme korda suurem kui mujal Eestis, mistõttu ongi ilmnenud inimestel tervisekahjustusi sinisele kahjulike faktorite toime tagajärjel. Tervishoiuministri asetäitja J. Uibu rõhutas, et seni, kuni Kirde-Eestis ei ole saavutatud ökoloogilist tasakaalu, ei tohi sinna rajada uusi ettevõtteid, mis keskkonna saastatust veelgi suurendaksid. Üldse on vaja muuta selle piirkonna ettevõtete tehnoloogilist režiimi ning rakendada looduskaitse meetmeid, sest tegemist on peaaegu et ökoloogilise katastroofi piirkonnaga.

Kuulati Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadurite lühiettekandeid põlevkiviproduktide kantserogeensuse (prof. P. Bogovski), väliskeskkonna saastatuse (V. Jaakmees) ja kutsehaiguste esinemissageduse kohta (prof. N. Loogna). Lühidalt võtsid sõna ka Sillamäe RSN Täitevkomitee esimees J. Jevstignejev, Sillamäe Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst V. Romanov, Sillamäe Keemia-Metallurgia Tootmiskoondise laboratooriumijuhataja V. Nossov. Selgitusi radioloogia valdkonnas jagas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kateedri juhataja prof. K. Villako.

Eesti Arstide Liidu volikogu tegi arutelust järeldused, mis üksmeelselt formuleeriti avaldusena koos ettepanekutega Eesti NSV Ministrite Nõukogule.

Eesti Arstide Liidu avaldus olukorra kohta Ida-Virumaal

Aluseks võttes praegust värskemaid teavet, nendib Eesti Arstide Liit järgmist.

Tööstuslik koormus Ida-Virumaal ületab loo-

duse isepuhastumisvõime tunduvalt. Keskkonnaseisundile on iseloomulik sanitaarnormidest pidevalt suurem saasteainete (SO_2 , fenoolid jm.) kontsentratsioon atmosfääriõhus, veekogudes ja pinna- ning lokaalselt kõrgeenenud radioaktiivne foon.

Ida-Virumaal jätkub elukeskkonda saastavate tootmisettevõtete laiendamine. Sillamäe on muudetud radioaktiivsete jäätmete matmise paigaks.

On ilmnenud saasteainete kroonilise toksilise toime nähud. Tervisekahjustused on kindlaks tehtud igal 12. lapsel Sillamäe linnas, igal 22... 24. lapsel Narvas ja Kohtla-Järvel, mingil määral on tervis kahjustunud ligikaudu 50%-l kogu selle piirkonna inimestest (prof. R. Silla andmeil). Toksilise toime nähtavaks väljenduseks on juuste väljalangemine, küünte düstroofia, laialdaselt esinevad allergilised haigused, kopsuvähi oluline sagenemine noortel ning arenguhäired ja -defektid vastsündinutel.

Et Sillamäe Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam ei kuulu Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi süsteemi, on võimalikuks saanud juba aastaid varjata tegelikkus keskkonnaseisundit Sillamäe linnas.

Ida-Virumaa laste haigestumist uuriv valitsuskomisjon on oma töös andnud parima, kuid tänapäevase uurimisaparatuuri puudumine ei ole võimaldanud leida tervisekahjustuste konkreetseid põhjusi.

Kõike eespool toodut silmas pidades otsustas Eesti Arstide Liit pöörduda Eesti NSV valitsuse poole järgmistele ettepanekutega.

1. Kuulutada Ida-Virumaa ökoloogilise kriisi piirkonnaks.

2. Keelata uute tootmisettevõtete rajamine või praeguste laiendamine seniks, kuni Ida-Virumaa keskkonnaseisund on viidud vastavusse sanitaarnormidega.

3. Kuni efektiivselt toimivate puhastusseadmete ehitamiseni piirata keskkonda saastavate ettevõtete tootmismahtu niisuguse määran, mis tagaks sanitaarnormidest kinnipidamise.

4. Pöörduda kompetentsete rahvusvaheliste organisatsioonide poole palvega aidata välja selgitada ja kahjutustada terviserikkeid põhjustavad agensid.

5. Viivitamatult viia keskkonnaseisund vastavusse sanitaarnormidega või kohe evakueerida Sillamäe linnast kõik lapsed ja rasedad kuni selle ajani, mil tervistkahjustavad tegurid on välja selgitatud ning kõrvaldatud.

6. Allutada Sillamäe linna tervishoiu- ja sanitaarteenistus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumile ning seada sisse alaline kontroll sealse keskkonnaseisundi üle.

7. Nõuda Ida-Virumaa elukeskkonna praegustelt reostajatelt kõikide kulutuste väljamaksmist, mis tehakse seoses laste ja rasedate evakueerimisega, keskkonnaseisundi uuringute ja täiendavate tervishoiualaste meetmete rakendamiseks.

Vello Laos



Foto 1 ja 2. Tartu Arstide Liidu lipu ja Eesti rahvuslipu pühitsemine Tartu Pauluse kirikus. V. Kutsari fotod.

Tartu Arstide Liidus

16. mail 1989 moodus aasta Tartu Arstide Liidu asutamisest, sellega seoses toimus mitu üritust.

Tartu Arstide Liit sai oma lipu: see on valge kahekordne atlasslipp valgete narmaste ja tuttidega, siniste triipudega kahel serval. Lipu ühel küljel on arstide liidu embleem ning tähed EAL Tartu. Lipu teisel küljel on sinisega kirjutatud tekst: Tartu Arstide Liit.

21. mail 1989 pühitses praost Harald Tammur Tartu Pauluse kirikus Tartu Arstide Liidu lipu ja Eesti sinimustvalge rahvuslipu. Kombetalitus oli pidulik ja harras. Vaimulik rõhutas oma jutluses arstikutse väärikust ja vajalikkust igal ajal. Ta märkis, et arsti väärikuse vähenemine, muutumine ebaeetiliseks möödunud raskete aastakümnete jooksul on löönud inimest ennast. Arst kui halastaja vajab ennekõike halastust enese hinges. Pühitsetud lipp olgu meie arstide eetiliste püüdluste sümboliks.

24. mail 1989 toimus Tartu Arstide Liidu üldkogu koosolek. Liidu rahaliste vahendite kohta esitas revisjonikomisjoni aruande U. Krass. Sponsorid ei ole liidu arvele ülekandeid teinud.

R. Teesalu ja H. Kelk rääkisid *Forum Medicorum Estoniae '89* Tartu päeva kavast.

H. Noor võitis vaatluse alla Tartu Arstide Liidu sidemed Eesti teiste ühiskondlike liikumiste ja organisatsioonidega. Põhjalikumalt peatus H. Noor liidu ja Eesti Rohelise Liikumise koostööl. Otsustati teha Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumile ettepanek, et viimane korraldaks õhu kiirgussaastuse ja mineraaltolmu sisalduse määramise koostöös Zooloogia ja Botaanika Instituudiga. Üldkogu kiitis heaks otsuse, et Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumile tuleb teha ettepanek likvideerida tsiviilkaitsse praegusel kujul.

Selle asemel tuleks katastroofide puhuks ette valmistada «valgete barettide» päästekomandod. Arvati, et selle ettepaneku peaks esitama Eesti Arstide Liit.

H. Hanson avaldas arvamust, et Eesti Arstide Liit peaks tegema Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumile ka ettepaneku koostada Eesti radiatsiooni kaart.

E. Püttsepp rääkis Rootsimaa muljetest ja sealsetest eesti arstidest. Uppsala läniga on Tartul loomisel sõprusuhted ka tervishoiu valdkonnas. Üldkogu otsustas materiaalselt abi ainuisikulistele pöördumistena mitte taotleda. Sellekohased soovid peaks kooskõlastama ka Eesti Arstide Liidu eestseisuse ja volikoguga.

H. Kokk rääkis Eesti Arstide Liidu ja regionaalsete liitude vahelistest seostest. Leiti, et Eesti Arstide Liidu volikogu tegevusest on ülevaade piisav, sest Tartu Arstide Liidul on seal mitu esindajat. Seevastu Eesti Arstide Liidu eestseisuses Tartu Arstide Liidul esindajat ei ole ning teavet ei saada alati õigel ajal. Jõuti seisukohale, et üks Tartu Arstide Liidu liige peab alati Eesti Arstide Liidu eestseisuse koosolekust osa võtma.

27. mail 1989 toimus «Vanemuise» kontserdisaalis Tartu Arstide Liidu aastapäevaball. Öhtu õnnestus. Austraalia eestlastest arstidelt tõi tervitusi dr. Mall Tohver, kes viibis kuu aega Eestis puhkusreisil. Tervitusi olid saatnud ka liidu välisliikmed prof. Jüri Vello Kaude ja Miralda Kippasto-Tarikas USA-st. Tallinna Arstide Liidu nimel tervitas kooslijaid T. Vaasna.

Helli Kelk

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

Meie lapse mured

Karm ja inimvaenulik ühiskond on kehtestanud ka karmid karistused ning seda isegi lastele. Alaealiste õiguserikkujate ja nende vanemate karistamine ning kasvatamine ei ole lapsi ega noori paremaks muutnud. Ei ole vähenenud noorte kuritegevus, pigem vastupidi. Mida teha?

Lihtne on karistada, kuid inimlikum on leida teid kannatanu ja noore õiguserikkuja lepitamiseks. Eesti Lastekaitse Liidu juhtidel avanes võimalus tutvuda Soomes noorte, ka täiskasvanute õiguserikkumistega ja luua koostöösidemed liikumise «Sovitaan» («Lepitagem») töötajatega.

Lepitusliikumine sai alguse seitse aastat tagasi Hollandis ja levis paljudesse riikidesse mitmel mandril. Liikumine põhineb osalejate üksteise usaldamisel ja vabatahtlikkusel. Mõlemad pooled viiakse kokku ja püütakse leida nii süüdlast kui ka kannatajat rahuldav tulemus, pakkuda kannatanule talle vastuvõetav hüvitus. Kui leppimist ei järgne, antakse asja arutamine õigusorganitele üle või see lõpetatakse. Ka noorel inimesel, kes kannab vanglakaristust, on õigus saada «Sovitaani» osakonnast tugiinimene. Lepitajateks on Soomes autojuhid, endised politseinikud, õpetajad, koduperenaised, lasteaiakasvatajad. Rasked kuriteod lepitamisele ei kuulu. Liikumise kuue tegevusaasta jooksul on kuritegevus Soomes vähenenud. Süüdlane, kes oma süüd ise tunnistab, kahetseb ja kannatanult andeks palub, saab ka lunastuse.

Koostöö alustamiseks Eesti Lastekaitse Liidu ja «Sovitaani» vahel korraldati käesoleva aasta märtsis kahepäevane ühiskonverents Viljandis. Soomest oli Vantaa, Espoo, Tampere lepitusliikumise töötajaid ja Helsingi sotsiaaltoetusvalitsusest projekti «Sovitaan» algataja Juhani Iivari.

Alguse sai Eesti Lastekaitse Liidu konverentside sari «Meie lapse mured». Rõõmustavat, teadagi, oli meie poolel vähe. Kalle Küttis (liidu eestseisusest) ütles avasõnas, et meil puudub informatsioon alaealiste õiguserikkumiste kohta ja ülevaade kinnipidamiskohtades valitsevast tegelikust olukorrast.

Kuritegevusest andis ülevaate Eesti NSV Prokuratuuri töötaja J. Mugu. Alaealiste (14...17-aastaste) kuritegevus on tänaseks suurenenud, küündides 25%-ni kõigist kuritegudest. Igal aastal võetakse arvele 7000 alaealist õiguserikkumise pärast, kinnipidamiskohtades viibib üle 400 noore. Alkoholjoobes on sooritatud 95% alaealiste kuritegudest. Tütarlapsed moodustavad 8% õiguserikkujatest. 90% õiguserikkujatest on üles kasvanud lastekodudes, õppinud erikoolides või pärinevad kodudest, kus last kasvatab kas ema või isa üksinda. Enam seadusevastaseid tegusid on toime pandud Kirde-Eesti linnades ja Tallinnas.

Lastearst Ivi Suurväli rääkis lapsinvalididest meil ja sellest, mida ta nägi Soomes. Soomes kulutatakse ligikaudu veerand rahvatulust sotsiaaltoetusel, meil aga üle viie korra vähem.

Eesti Lastekaitse Liidu eestseisuse liige Tõnu Ots tõi meie noorte halva käitumise põhjustena esile mehelikkuse deformeerumise, kus julmust peetakse mehelikuks, ja üldise sotsiaalse debiilsuse.

Kirjanik Arvo Valton tõdes, et karistamisel on veel palju stalinlikke jooni. Paljudes õigusasutustes, eriti kinnipidamiskohtades, ei saa noored suhelda emakeeles. See on kuritegu. Allakirjutanu võrdles lastesse suhtumist Eestis ja Soomes. Liit peab omaks võtma Soomes kehtiva deviisi «Lastekaitse on kõikide ühistöö...».

Lepitusliikumise tekkest ja arenemisest Soomes rääkis Juhani Iivari. Töö peaks tema arvates alguse saama väikelinnast. Selgitustööd tuleb teha raadio- ja televisioonisaadete, ka ajakirjanduse vahendusel. «Sovitaan» annab näiteks välja infolehte, raamatuid ja buklette. Lepitajate poole pöörduvad nii kannatanud kui ka süüdlased, politsei ja prokurör. Tegutsetakse ühiskondlikel alustel, palgalisi kohti on linnades 1...3.

Muidugi ei saa Eesti Lastekaitse Liit üle võtta samasugust süsteemi mis Soomes. Meil otsustati tööga algust teha Viljandis. Liikumisest osa võtta soovijaid oli 200 kohalolijast 40. Moodustatakse toimkond, mida hakkab juhtima K. Küttis. Eesti Televisioon tegi konverentsist saatesarjas «Poolt ja vastu» erisaate.

Teisel päeval oli sõnavõtjaid 16. Võeti vastu kiri Nõukogude Liidu kõikides paikades elavatele noortele (avaldatud «Nõukogude Õpetajas» 1. aprillil 1989), samuti pöördumine A. Sakalauska kaitseks (avaldatud «Edasis» 2. aprillil 1989).

Tänavu 21. märtsil Tallinnas peetud pressikonverentsil vastasid Soome külalised ja Eesti Lastekaitse Liidu eestseisuse esindajad paljudele küsimustele. Ühiskommünikees nenditi, et agressiivselt käituvate laste ja noorukite sotsiaalne käsitlus määrab, millise tee nad valivad — kas ühiskonnaohtlikkuse või ühiskonnasõbralikkuse suunas. Õiguslikku suunamist raskelt kasvatavatate laste ja noorukite kasvatamisel tuleb humaniseerida nii Eestis kui ka Soomes. Soomes on edu saavutatud ühiskondliku liikumise abil. Eesti Lastekaitse Liit tahab näha samasugust liikumist ka Eestis. Selleks leppisid konverentsist osavõtvad pooled omavahel kokku järgnevas.

Pidada vajalikuks liikumise teadusliku ja teoreetilise materjali vastastikust avaldamist, selle analüüsi ja vahetamist.

Võrdsetel alustel abistada teineteist lepitajate, tugiinimeste või muu kaadri koolitamisel, selleks kasutada ära ka

mõlemapoolset stažeerimist ning korraldada ühisesinemisi Eestis ja Soomes.

Leida kahepoolseid võimalusi tööks tehniliste abivahendite muretsemisel ja vahetamisel.

Liikumise edendamiseks, noorte lepitajate ettevalmistamiseks saata noori meilt Soome ja vastupidi ning seda valuutavaba vahetuse korras.

Tegutseda ühiselt liikumise rahvusvahelise assotsiatsiooni asutamise suunas, milles osaleksid nii Soome kui ka Eesti lepitusliikumine koos maailma samalaadsete liikumistega.

Esimene rühm lepitajaid läheb Soome 1989. aasta septembris.

Leo Tamm

Eesti Lastekaitse Liidu tegevus on üha laienev, kogunud juurde jõudu ning inimesi, kes siiralt soovivad tegutseda ja kaasa lüüa lastekaitse korraldamisel. Selleks on moodustatud mitmeid toimkondi, mille tegevust juhivad kompetentsed inimesed. Nii on lapse arengu tagamise toimkonna eesotsas psühholoog Anne Rekkaro, lapse tervishoiu toimkonna juht Viljandi lastearst Viktor Sarapuu, noorte seksuaalkasvatuse ja tervishoiu toimkonna, ka usaldusabi toimkonna tegevust juhib psühholoog Tõnu Ots. Lastekaubanduse ja tootlusküsimustega tegeleva toimkonna eesotsas on suurte kogemustega lastearst Ulita Nigesen. Puuetega ja krooniliste haigustega laste tervise ning olme toimkonna on oma hoole alla võtnud lastearst Ivi Suurväli, informatsioonitoimkonna ajakirjanik Meelike Saarna. Eesti Lastekaitse Liidu suhete toimkond lasub kirjanik Arvo Vallikivi õlgadel, elukeskkonna probleemidega tegeleva toimkonna tööd juhib Pärnu lastearst Uno Mirme, teadusuuringute toimkonda lastearst Mall Riikjärvi. Lastekaitse hõlmab ka laste loomingu, nende töö- ja kutseküsimusi. Selle toimkonna tegevuses osalevad nimekad lastekirjanikud, kunstnikud ja kooliõpetajad (Heljo Mänd, Luise Vaher jt.). Ehitustoimkonna eesotsas on «Tartu Maja» peadirektor Olari Taal, kes on sõna andnud, et tulevikus ehitatavad lasteasutused (päevakodud, koolid jm.) on eelkõige lastesõbralikud.

On loota, et Eesti Lastekaitse Liit suudab meie laste heaks palju ära teha.

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

UDK 615:001.4

Retseptuuri põhimõisteid ja oskussõnu

Margareete Otter Leo Nurmand · Tartu

Käesolev valik põhimõisteid ja oskussõnu on mõeldud «Nõukogude Eesti Teravishoiu» 1987. aasta teises numbris lehekülgedel 143...148 ilmunud farmakoloogiaterminite jätkuna.

Retsepti kirjutamise ja lugemise oskus kuulub iga meedikü kohustuste hulka alates juba sellest ajast, kui tulevane meedik alustab farmakoloogia õppimist meditsiinikoolis või on ta 2...3. kursuse üliõpilane, kuni elu lõpuni. See kõik nõuab retseptuuriterminite tundmist eesti, vene või võõrkeelse ning nende sisu lahtimõtestamise oskust. Sellest lähtuvalt esitame järgnevalt need oskussõnad koos sisuseletusega, mis on vastavuses nii VMN-maade «Terminoloogia sõnaraamatu», üldkasutatavate käsiraamatute kui ka TÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri kollektiivi käsitlusega. Retseptuurisõnastikus on mõisted toodud tähestikulises järjekorras. Materjal on läbi arutatud meditsiiniterminoloogia komisjoni koosolekul 16. detsembril 1988 ja 13. jaanuaril 1989.

Abiaine (lad. k. *remedium adiuvans*) — ravimile lisatav aine, mis mõjutab ravimi füüsikalis-keemilisi omadusi, toimeainete biosaadavust ja terapeutilist efektiivsust.

Adjunct remedy

Вспомогательное вещество

Aerosool — aerodispersne süsteem, milles dispersioonikeskkonnaks on õhk või gaas, dispergeeritud faasiks tahke või vedel toimeaine. Kasutatakse inhalatsiooniks ja välispidisel (lahused, linimendid, vahud, plastilised kiled).

Aerosolum

Аэрозоль

Annus — manustamiseks ettenähtud kindel farmakonikogus.

Dose

Доза

1. **Annustamine lastele** — farmakoteraapias peetakse inimest täisealiseks 24...60. eluaastani. Noorematele isikutele manustatakse ravimeid väiksemates annustes. Kõige üldisemal juhul võiks aastasele lapsele manustada $\frac{1}{20}$ täiskasvanu annusest, vanemale lapsele proportsionaalselt enam.

Dosage in childhood

Дозирование лекарств детям

2. **Annustamine vanemaalistele** — ravimiannuste arvutamisel üle 60-aastastele tuleb sõltuvalt patsiendi seisundist kesknärvisüsteemi pärssivate ainete (uinutid, neuroleptikumid, rahustid), aga ka südameglükosiidide, diureetikumide annuseid vähendada kuni 50%-ni, teiste A- ja B-nimekirja ainete annuseid kuni $\frac{2}{3}$ -ni täiskasvanu annusest.

Dosage in elderly

Дозирование лекарств в пожилом возрасте

Apteek (lad. k. *officina*, kr. k. *apotheka*) — meditsiinasutus, kus ravivahendeid valmistatakse, säilitatakse ja väljastatakse.

Chemistry shop, pharmacy, apotheca

Аптека

Ballastaine — galeenilistes preparaatides taime-dest koos toimeainetega ekstraheeruv aine.

Ballast substance

Балластное вещество

Biofarmaatsia — peamiselt ravimite biosaadavusega tegelev farmaatsiaharu.

Biopharmaceutics, biopharmacy

Биофармация

Bool — vt. pill.

Dekokt — vt. keedis.

Desintegratsioon — siin: organismis toimuv ravimivormi või ravimpreparaadi lagunemine alkomponentideks, mis eelneb raviaine lahustumisele (koevedelikes ja nõredes) ning imendumisele.

Desintegration

Дезинтеграция

Dispergeerimine — füüsikalis-keemiline protseduur, mille käigus vähemalt kaks faasi (ainet) moodustavad süsteemi, kusjuures üks faas on teises (dispersioonikeskkonnas) pihustunud. Kumbki faas võib olla tahke, vedel või gaasiline. Eristatakse jäme-, kolloid- ja molekulaardispersseid süsteeme.

Dispergation

Диспергирование

Dražee — tööstuslikult valmistatud tahke doseeritud ravimivorm seepidiseks kasutamiseks, saadakse toime- ja abiainetega mitmekordsel kihistamisel suhkrugraanulitele. Raviannuse vähendamiseks ei tohi dražeed jaotada osadeks.

Dragée, sugared pill

Драже

Droog — kuivatatud, enamasti peenestatud taime (harvem looma) osad, mida kasutatakse ravimite saamiseks allikana.

Drug

Лекарственное сырье

Ekstemporaalravim — arsti poolt koostatud retsepti alusel apteegis valmistatav ravim.

Extemporaneus remedy, offhand remedy

Экстемпоральное лекарство

Ekstraheerimine — tehnoloogiline protseduur peenestatud taimsest või loomsest droogist toimeainete eraldamiseks vee, alkoholi, eetri või teiste ekstrahtentidega.

Extraction

Экстрагирование, извлечение

Ekstrakt (lad. k. *extractum*) — kontsentreeritud ja puhastatud tõmmis droogidest: vedelekstrakt (*extractum fluidum*), paksekstrakt (*extractum spissum*) — veniv mass, niiskusesisaldusega mitte üle 25%, kuivekstrakt (*extractum siccum*) — puistatav mass niiskusesisaldusega mitte üle 50%. Taimse materjali ekstraheerimiseks kasutatakse vett ja alkoholi, harvem eetrit ja teisi ekstrahtente hapete, aluste, glütseriini, kloroformi või muude lisanditega.

Extract

Вытяжка, экстракт

Emulsioon (lad. k. *emulsio, emulsum*) — tööstuslikult või apteegis valmistatav vedel ravimivorm. Kahefaasiline süsteem, kus dispersioonikeskkonnaks on tavaliselt vesi, dispergeeritud faasiks vees lahustumatud vedelikud (rasv- või eeterlikud õlid).

Emulsion

Эмульсия

Endokriinpreparaat — sisenõrenäärme sekreeti või hormoone sisaldav või asendav preparaat.

Endocrinological preparation

Эндокринный препарат

Enteraalne manustamisviis — ravimi manustamine seedetrakti kaudu (peroraalne või rektaalne).

Enteral administration

Энтеральное введение

Farmaatsia, rohuteadus (kr. k. *pharmakeia*) — teadus ravimitest, nende toorainetest, valmistamisest apteegis ja tööstuses, analüüsist, säilitamisest, väljastamisest jm.

Pharmaceutics, pharmacy, apothecary's art

Фармация

Farmakognoosia — teadus looduslikest ravimitoorainete allikatest, taimsetest ja loomsetest droogidest.

Pharmacognosy

Фармакогнозия

Farmakopöa (kr. k. *pharmakon* — ravim, *poieo* — valmistan) — riiklik meditsiinilis-farmatseutilise seadusandluse koodeks praktikas kasutatavate ravi- ja profülaktikavahendite, preparaatide ja materjalide kohta. Sisaldab nende omaduste kirjeldusi, teimimise ja valmistamise eeskirju, mürgiste ja tugevatoimeliste ainete annuseid täiskasvanuile ja lastele.

Pharmacopeia

Фармакопεία

Farmatseut — farmatseutilise keskeriharidusega töötaja.

Pharmacist

Фармацевт

Galeenilised preparaadid — enamikus tööstuslikult taimsetest droogidest alkoholi, eetri, vee või nende seguga ekstraheeritud preparaadid, sisaldavad toimeainete (alkaloidide, glükosiidide, vitamiinide, parkainete, eeterlike õlide) kõrval ka ballastaineid.

Galenics, galenicals

Галеновые препараты

Graanulid (lad. k. *granulae*) — siin: 1) pillid, mille mass on alla 0,05 g; 2) ravimivorm seepidiseks tarvitamiseks, koosneb ümara, silindrilise või ebakorrapärase kujuga terakestest, sisaldab ravi- ja abiaineid.

Granules

Гранулы

Infuus — vt. leotis.

Ingredient — seguravimi komponent, liitretseptis väljakirjutatav üksikaine, ravimi koostisse kuuluv üksikaine.

Ingredient

Ингредиент

Implanteeritav tablett (lad. k. *implantabletta*) — koosse siirata ravimivorm pikendatud toimeaja saamiseks.

Implantablet

Имплантационная таблетка

Inhalatsioonravim — hingamisteede kaudu manustatav ravim — gaas, aur, aerosool, suits jt.

Inhalation remedy

Ингаляционное лекарство

Kapsel (lad. k. *capsula*) — doseeritud väike pulbriliste või vedelravimite mahuti. Eristatakse pehmeid või elastseid (*capsulae molles s. elasticae*), kõvu (*capsulae durae*) ja kaantega (*capsulae operculatae*) kapsleid.

Capsule, water cachet

Капсула

Kate — ümbris, mis kaitseb raviaineid tablettides, graanulites jm. väliskeskkonna mõjurite eest, pikendab toimeaega, maskeerib lõhna ja maitset. Eristatakse dražeeritud, pressitud ja kilekatteid. Cover
Покрытие

Keedis e. dekokt (lad. k. *decoctum*) — ekstem-poraalne vedel parkaineid sisaldav ravimivorm. Droog (juured ja juurikad) pannakse külma vette ja hoitakse keeval veevannil 30 minutit, pärast 10-minutist seismist kurnatakse kuumalt. Decoction
Отвар

Korrigeeriv aine (lad. k. *corrigents*) — ravimi omadusi (lõhna, maitset, värvi) parandav aine. Võib mõjutada biosaadavust. Correctant, corrective, corrigent
Корригирующее вещество

Lahus (lad. k. *solutio*) — siin: vedel ravimivorm seespideiseks, välispideiseks kasutamiseks või süstimiseks, saadakse tahke või vedela raviaine lahustamisel vees, alkoholis, vedelas taimeõlis või glütseriinis. Solution
Раствор

Lamellid (lad. k. *lamellae*) — tahkest želatiini-želeest metallvormides valmistatud magus ravimivorm imemiseks. Lamellae
Ламели

Leotis e. infuus (lad. k. *infusum*) — ektempo-raalne vedel eeterlikke õlisid sisaldav ravimi-vorm. Droog pannakse külma vette, hoitakse kee-val veevannil 15 minutit, kurnatakse pärast jah-tumist. Infusion
Настой

Lima (lad. k. *mucilago*) — vedel ofitsinaalne ravimivorm, viskoosne ja kleepuv vedelik. Saa-dakse taimsete limaaainete lahustamisel või ekst-raheerimisel külmas vees. Mucilage
Слизь

Liniment (lad. k. *linimentum*) — vedel ravimi-vorm välispideiseks kasutamiseks, viskoosne vede-lik või želeetaoline mass, mis sulab kehatempe-ratuuril. Liniment, embrocation
Линимент

Lipofiilsus (kr. k. *lipos* — rasv, *philos* — armas-tav) — aine omadus lahustuda lipiidides, soo-dustab farmakonide tungimist läbi bioloogiliste membraanide. Lipophilia
Липофильность

Manustamisviis — ravimi organismi viimise moodus (enteraalne ja parenteraalne või lokaalne ja süsteemne).

Route of administration
Способ введения

Mikrodražee (prants. k. *microdragée*) — tööstus-likult valmistatud väikesemõõtmeline ravimivorm toimeefekti pikendamiseks. Saadakse toimeaine dražeerimisel ja järgneval kaitsekihiga katmisel. Nendega täidetakse spansuleid, suspendeeritakse vedelikes, tabletitakse. Microdragée
Микродраже

Mikrokapsel — tööstuslikult valmistatud ravimi-vorm, kus kilekattesse (želatiin, polümeerid) on suletud tahkete, vedelate või gaasiliste raviainete mikroosised; kasutatakse toimeaja pikendamiseks, maitse parandamiseks, ärritava toime vähenda-miseks jms. Võivad peale iseseisva kasutamise kuuluda tablettide, suspensioonide, spansulite koostisse. Microcapsule
Микрокапсула

Mikstuur (lad. k. *mixtura*) — tööstuslikult või ektemporaalselt valmistatud peamiselt seepidi-ne (aga ka välispidine) vedel ravimivorm, mis koosneb vähemalt kahest komponendist: kahe või enama tahke aine lahus sobivas lahustis, kol-me või enama vedela raviaine segu. Eristatakse m. lahuseid (*solutiones*), opalestseeruvaid ja hägu-seid mikstuure (*m. turbidae*), loksutusmikstuure (*m. agitandae*). Mixture
Микстура

Mürgised raviained (lad. k. *venena*) — raviained, mis kuuluvad mürgiste (A) ainete nimekirja NSV Liidu Riiklikus Farmakopöas, alluvad eriliste säilitamise ja väljastamise eeskirjadele. Apteegis tuleb neid säilitada lukustatud kappi-des (nn. A-kappides). Poisons A
Ядовитые лекарственные средства (список А)

Neogaleeniline preparaat — maksimaalselt pu-hastatud ballastainetest vabastatud fütopreparaat, mis sisaldab taimse päritoluga ekstraktiiv-aineid natiivsel kujul. Võib kasutada pulbrite ja tilkadena või süstida. Neogalenic preparation
Неогаленовый препарат

Ofitsiin (lad. k. *officina*) — 1) apteek; 2) ruum vabamüügiapteegis, kus toimub retseptide vastu-võtmine, ravimite väljastamine retseptide alusel või käsimüügiakonnas ilma retseptita. Officina
Офicina

Organpreparaat — ravimpreparaat, mida saadak-se loomade kudetest ja elunditest, toimeaineteks on ainevahetuse produktid, hormoonid, vitamiinid või teised bioloogiliselt aktiivsed ained. Organpreparaat

Pill (lad. k. *pilula*) — doseeritud ektemporaalne ravimivorm massiga 0,1 kuni 0,5 g seespideiseks

kasutamiseks. Pille massiga üle 0,5 g nimetatakse boolideks (*boli*).

Pill
Пиллюля

Pillimass (lad. k. *massa pilularum*) — mitmest komponendist valmistatud täiteaine pillideks kindla massi (0,1...0,5 g) ja konsistentsi andmiseks. Retseptis jäetakse kogus farmatseudi valida (*quantum satis*, q. s.).

Pillcompound
Пиллюльная масса

Plaaster (lad. k. *emplastrum*) — tööstuslik pehme ravimivorm välispidiseks kasutamiseks; eristatakse kõvu plaastreid, mis kehatemperatuuril pehmenevad ja kleepuvad, ning haavaliime (*emplastra liquida*) — vedelikke, mis lahuste aurumise järel jätavad nahale kile.

Plaster
Пластырь

Prolongeeritud toimeajaga preparaat — aeglustunud imendumisega ja seega pikendatud toimeajaga ravimpreparaat (implanteeritav või mitmekihiline tablett, spansul, süsteravim).

Prolongated preparation
Препарат пролонгированного действия

Propellent — aerosoolpakendis 2...3 atmosfäärirõhu all aerosooli moodustumise energia tekitamiseks kasutatav vähetoksiline lenduv aine, tavaliselt klorofluorokaan (freoon).

Propellent
Пропеллент

Proviisor — farmatseutilise kõrgharidusega isik. Apothecary, pharmacist

Провизор

Pulber (lad. k. *pulvis*) — tahke ravimivorm seespidiseks ja välispidiseks kasutamiseks, mida iseloomustab puistatavus. Eristatakse liht- ja liitpulbreid (*pulveres simplices et compositi*), üksikannusteks jaotatuid ja jaotamatuid (*pulveres divisi et indivisi*), seespidiseid ja välispidiseid (*pulveres internales et externales*).

Powder
Порошок

Pasta (lad. k. *pasta*) — doseerimata pehme ravimivorm, salvide alaliik, milles on pulbrilisi aineid mitte alla 25% (tavaliselt mitte üle 65%).

Paste
Паста

Parenteraalne manustamisviis — ravimi manustamine väljapoole mao- ja sooletrakti.

Parenteral administration
Парентеральное введение

Peroraalne manustamisviis — ravimite manustamine suu kaudu; on põhiline, kui ravim imendub mao- ja sooletraktist.

Peroral administration, per os
Пероральное введение

Pressimine — üks põhilisi tahkete ravimivormide (eriti tablettide) valmistamise tehnoloogilisi protseduure. Vähendab ravimi biosaadavust.

Compression, pressing
Прессование

Põhiingredient (lad. k. *remedium cardinale*) — peamine toimeaine retseptis, kirjutatakse retsepti laiendvormis esikohale.

Cardinal remedy
Основное лекарственное вещество

Ravimikile (lad. k. *membrana medicinalis*) — kindlate mõõtmetega polümeerne kile, mis sisaldab kindla annuse ravimeid. Lahustub organismi vedelikes, vabastab toimeaine, toimides kuni kaks ööpäeva.

Medicated film, membrane
Лекарственная пленка

Ravimpliats e. ravimpulk (lad. k. *stilus medicinalis*) — tahke ravimivorm, ühest otsast teritatud 4...8 mm jäme ja 10 cm pikk silindriline pulgake. Saadakse toimeaine sulatamisel rasvalusesse, kasutatakse välispidisel.

Stylus, medicated pencil
Медицинский карандаш

Ravimtee (lad. k. *species*) — ühe või mitme peenestatud (harvem peenestamata) droogi segu, vahel soolade, eeterlike õlide jm. lisandiga.

Species
Лекарственный сбор

Ravimitooraine — vt. droog — taimed või nende osad, loomade organid, mineraalsed, bakteriaalsed või seente produktid, mida kasutatakse ravimite valmistamiseks.

Raw drug material
Лекарственное сырье

Ravimivorm (lad. k. *forma medicamentorum*) — ravimile abiainete ja mitmesuguste tehnoloogiliste võtetega antud manustamiseks sobiv kuju. Eristatakse välispidist, seespidist ja süstimiseks.

Dosage form
Лекарственная форма

Rektaalne manustamisviis — manustamine pärasoole limaskestast kaudu, mille puhul raviaine kas toimib lokaalselt või imendub kiiresti, allumata seedeensüümidele.

Rectal application
Ректальное введение

Rektaalkapsel (lad. k. *capsula rectalis*) — tööstuslik ravimivorm rektaalseks manustamiseks, mahuti rasvalusest või želatiinkapsel, milles pulbriline, suspendeeritud, lahustatav või muu raviaine.

Rectal capsule
Ректальная капсула

Rektaalpipett — ravimi rektaalset doseeritud manustamise vahend.

Rectal pipette
Ректальная пипетка

Retsept — siin: arsti ettekirjutus blanketil ravimi valmistamiseks või saamiseks apteegist, meditsiiniline, juriidiline ja majanduslik dokument.
Prescription
Рецепт

Retseptiblanketi vorm — NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi poolt käskkirjaliselt kindlaks määratud vormid. Nüüdisajal esinevad vorm nr. 107/y ravimite väljastamiseks nominaalhinna eest lastele ja täiskasvanutele, vorm nr. 108/y ravimite väljastamiseks tasuta või osalise tasu eest ja retseptivorm narkootiliste ravimite väljakirjutamiseks.

Prescription form
Форма рецептурных бланков

Retsepti laiendvorm — retseptivorm magistraalravimite väljakirjutamiseks, sisaldab kõikide ingredientide loetelu
Развернутая форма рецепта

Retsepti lühendvorm — retseptivorm eranditult kõikide ainult tööstuses toodetavate ja apteegis valmistatavate standardsete ravimivormide ning leotiste ja keediste väljakirjutamiseks, milles ei loetleta kõiki ingrediente.
Сокращенная форма рецепта

Retsepti struktuur — traditsiooniliselt välja kujunenud ja NSV Liidu tervishoiuministri käskkirjaga kinnitatud retsepti koostisosade järgnevus: retseptipea (*inscriptio*), väljakirjutamise kuupäev (*datum*), haige nimi (*nomen aegroti*), arsti nimi (*nomen medici*), pöördumine (*invocatio*), ordinatsioon (*designatio medicamentorum*), ettekirjutus (*scriptio*), signatuur (*signatura*), allkiri (*nomen medici*), pitser (*sigillum*).
Structure of prescription
Структура рецепта

Riiklik raviainete register — riigis kasutamiseks ja tootmiseks lubatud ravimite nimekiri.
Official remedies register
Государственный реестр лекарственных средств

Rootul (lad. k. *rotula*) — tööstuslikult valmistatud, šokolaaditahvliks menutav ravimivorm (näiteks laste hematogeen).
Rotule
Ротула

Salvialus — salvi valmistamisel kasutatav abiaine, aine või ainete segu, millel on kõrge pinnakattevõime ja mis hästi seguneb ravimitega, kuid ei reageeri nendega. Annab salvidele konsistentsi, võib olla lokaalse toimega.
Ointment basis
Мазевая основа

Salv (lad. k. *unguentum*) — pehme konsistentsiga tööstuslikult või ektemporaalselt valmistatav ravimivorm välispidiseks tarvitamiseks. Koosneb salvialusest ja temas ühtlaselt jaotunud toimeainest. Jaotatakse kätte-, jahutavad ja ravisalvid.
Ointment, salve
Мазь

Siirup (lad. k. *sirupus*) — magus seepidine ravimivorm, mis saadakse lihtsuhkrusiirupi segamisel ekstraktide või tinktuuridega.
Syrup
Сироп

Silmasalv (lad. k. *unguentum ophthalmicum seu oculentum*) — silma manustatav aseptilistes tingimustes valmistatud pehme ravimivorm, millest ravim vabaneb aeglaselt.
Oculent, eye ointment
Глазная мазь

Silmatilgad (lad. k. *guttae ophthalmicae*) — aseptilistes tingimustes valmistatud vedel silma manustatav isotooniline ravimivorm, mida doseeritakse tilkadena.
Eye drops
Глазные капли

Silmavesi (lad. k. *collyrium*) — vesi- (harvem õli-)lahus, mis on ette nähtud silma tilgutamiseks, loputamiseks või määrimiseks. Vt. silmatilgad.
Eye wash, collyrium
Глазная примочка

Spansul (lad. k. *spansula*) — tööstuslikult valmistatav kõva želatiinkapsliga kaetud seepidine ravimivorm, sisaldab kindla hulga toimeaine(te) mikrodražeisid (50...400 tk.). Võimaldab pikendada ravimi toimeaega, tagades aine imendumise soole eri osadest.
Spansula
Спансула

Steriliseerimine — raviainest, lahusest, esemelt, aparatuurilt mikroorganismide ja nende eoste hävitamine või eemaldamine. Eristatakse kuumõhk-, aursterilisatsiooni autoklaavis või voolavas auras, tündallisatsiooni ja mehhaanilist sterilisatsiooni.
Sterilization
Стерилизация

Sublingvaalne manustamine — ravimi manustamine keele alla. Tagab ravimi sattumise maksast mööda otse vereringesse.
Sublingual administration
Сублингвальное введение

Suposiidi alus — toatemperatuuril tahke konsistentsiga täiteaine, mis kehatemperatuuril sulab. Tal ei ole ärritavat toimet, ei reageeri toimeainetega.
Suppository base
Супозиторная основа

Suposiit (lad. k. *suppositorium*) — toatemperatuuril tahke, kehatemperatuuril sulav või lahustuv doseeritud ravimivorm. Eristatakse rektaal-seid (küünlaid) — *supp. rectalia* (massiga 1,1...4 g), vaginaalseid — *supp. vaginalia* (*globuli, ovulae, pessaria*) ja kepikesi (*bacilli*) (massiga 1,5...6 g).
Suppository, globule
Супозитория

Suspensioon (lad. k. *suspensio*) — vedel ravimivorm, milles tahked peenestatud lahustamatud ravimained on pihustatud olekus mingis vedelikus, dispersioonikeskkonnas, milleks on vesi või õli.

Suspension
Суспензия

Tablett (lad. k. *tabuletta*) — tahke mitmesuguse kujuga doseeritud ravimivorm seepidiseks, harvem välispidiseks kasutamiseks, mis on saadud tööstuslikult raviainete pressimisel. Koosneb ravi- ja täiteainest.

Tablet
Таблетка

Tehnoloogilised protsessid — siin: ravimivormide valmistamisel kasutatavad manuaalsed või tööstuslikud protseduurid (lahustamine, filtrimine, ümberkristallimine, sulatamine, granuleerimine, kuivatamine, segamine, pressimine jm.) muudavad ravimite füüsilis-keemilisi ja biofarmatseutilisi omadusi.

Technological processes
Технологические процессы

Tilgad (lad. k. *guttae*) — vedel ravimivorm, mida doseeritakse tilkadena kas sees- või välispidiselt. Valmistatakse tööstuslikult või magistraalselt retsepti alusel (vt. silmatilgad, tinktuurid).

Drops
Капли

Tinktuur (lad. k. *tinctura*) — läbipaistev vedel alkohoolne, vesialkohoolne või eeteralkohoolne taimse materjali tõmmis (tavaliselt 1:5).

Tincture
Настойка

Terapeutiline süsteem — siin: kompleksne biofarmatseutiline ravimivorm, mis tagab pikema aja vältel ravimi kontsentratsiooni püsimise kindlal tasemel. Koosneb ravimi reservuaarist, energiaallikast ja doseerimissüsteemist.

Therapeutical systems
Терапевтическая система

Toimeaine — taimses või loomses droogis, ka ravimivormis esinev farmakoloogilise toimega aine.

Действующее вещество

Tugevatoimelised raviained (lad. k. *heroica*) — raviained, mis kuuluvad NSV Liidu Riiklikus Farmakopöas tugevatoimeliste ainete (B) nimekirja, säilitada ettevaatusega.

Poisons B
Сильнодействующие лекарственные средства, вещества списка «B»

Vaginaalsuposiit (lad. k. *suppositorium vaginale*) — vt. suposiit.

Vaginaaltablett (lad. k. *tabulette vaginalis*) — medikamentide pressimisel saadud tablettide alaliik tuppe manustamiseks, annab lokaalse toime.

Vaginal tablet
Вагинальная таблетка

Vesi süstelahuste valmistamiseks (lad. k. *aqua pro injectionibus*) — kindlatele nõuetele vastav apürogeenne keetmisel süsihappegaasist vabastatud destilleeritud vesi.

Water for injections

Вода для приготовления инъекционных растворов

Välispidine ravimivorm — nahale ja limaskestadele manustatavad erineva konsistentsiga ravimivormid, näiteks loputusvedelikud (*lotiones*, *perlotiones*), kuristamisvedelikud (*gargarismata*), peitsimisvedelikud (*liturae*), kompressivedelikud (*fomenta*), vannid (*balnea*), klüsmid (*clysmata*), pudrud (*cataplasma*), tilgad (*guttae*), salvid (*unguenta*), pastad (*pastae*), plaastrid (*emplastra*) jne.

External dosage forms

Наружные лекарственные формы

Värvained — siin: abiaine ravimivormide identititseerimiseks ja sellele kaubandusliku välimuse tagamiseks.

Medical colour

Красящее вещество

Õliekstrakt (lad. k. *extractum oleosum*) — meditsiiniline õli (*oleum medicatum*). Droogi taimeõliga temperatuuril 60...70 °C ekstraheerimisel saadud fütopreparaat. Sisaldab alkaloide ja eeterlikke õlisid.

Oil extraction

Масляный экстракт

Ürt (lad. k. *herba*) — siin: rohtse ravimtaime kuivatatud maapealsed osad (lehed, õied, varred).

Medicinal herb, medicinal plant

Трава

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
farmakoloogia kateeder

Eesti arstiteaduslikust oskuskeelest¹

Olaf Kibe · Sundsvall

arstiteaduslik oskuskeel, areng

Keel kui tähtsaim suhtlemisvahend areneb koos ühiskonnaga. Areng tänapäeval toimub üha kiirenevas tempos. Järjest keerulisem tehnoloogia esitab oskuskeele täpsustamise tarbe. Igas teadusharus tehakse suuri pingutusi, et saavutada otstarbekamat oskussõnavara.

Plahvatuslikult kasvav teabehulk on ka arste üle ujutamas. Maailmas eksisteerib üle 6000 meditsiiniajakirja. Kujunevad uued erialad ja mõisted. Ainuüksi arstiteaduslikku põhisõnavara hinnatakse tänapäeval 50 000 sõnale.

Ükski keelepiirkond ei ole sellise kiire arengu juures probleemideta. Semantilised ebatäpsused raskendavad suhtlemist. Täpsustuseks appitulevad uudsed terminid võivad keelde tuua konarlust ja ortoloogilist segadust. Kutsekeele liigne spetsialiseerumine, mis võib viia eemaldumiseni või koguni eraldumiseni üldkeelest, ähvardab kujuneda kultuuriliseks õnnetuseks. Kõik see nõuab kutsekeele sihipärast korraldamist.

Terminoloogiline ja kutsekeelealane vastutus on üldine. Ükski arsti kutsealal töötav isik ei tohiks olla oma sõnavalikus hoolimatu. Kui lubame endile keelelisi ebamäärasusi, kui me ei puhas- ta keelt edvistamisest ega otsi täpset vastavust iga termini ja tema mõttesisu vahel, siis nürineb keel teadusliku tööriistana.

Prantsusmaal on juba kauemat aega arstiteadusliku oskuskeele vastu huvi tuntud. Täpsust, loogikat ja korrektsust peetakse au sees. Ent osalt tänu lähikontaktile teadustöö esirinnaga, osalt suguluse tõttu rahvusvahelise sõnavara

ladinakeelse alusega, on prantslaste probleemid sedavõrd lihtsamad, et puudub lahknevus rahva üldkeelest. Sama võib ütelda ka inglise keelt kõnelevate maade kohta, kus küll valitseb pillav tüvisõnade rohkus koos erilise semantilise täpsusega, kuid ei tuntiagi võõrsõna mõistet ega mingit emakeelekorralduse vajadust. On ka tüüpiline, et mainitud maailmakeeled võtavad endale õiguse rahvusvahelist sõnavara teisendada ja hääldada täiesti oma suva kohaselt, mis küll tähendab terminoloogia mugandamist rahva suule, aga mis ühtlasi samal määral rikub terminite internatsionaalsust.

Suurtest keeltest on ehk saksa keele korralduse alused meile kõige tuttavamad. Saksa keelekultuurile on iseloomulik ühtaegu loogiline teadlikkus, õigekeelsuslik distsipliin ja põhiline vajadus võõrsõnu vältida või vähemalt omakeelsete vastetega varustada.

Rootsi keelepoliitika on traditsiooniliselt õige passiivne. Puristlikke ajendeid ei ole märgata, väheste õigekeelsuse nõudjate häält palju ei kuule ja ka mõisteline-terminoloogiline huvi ei ole suur. Niisugune «suurrahvalik» loidus keeleküsimumustes ei ole ohutu. Koos viimastel aastatel tärganud huvi- ga arstiteadusliku oskuskeele vastu on levinud arusaamine, et «meditsiini keel on haige.» Leitakse, et arstide keel on liiga kaugel üldkeelest, oma koostisosa- de poolest võõras, töötlemata ja kohan- damata ning et ka tähenduslikkus ja objektiivsus jätavad soovida. Nähakse muu hulgas hädaohtu, et keel saab võimu mõtte üle, selle asemel et olla mõtte kuulekas edasiandja.

Olles põgusaltki vaadelnud arstiteadusliku oskuskeele ülemaailmseid ja rahvuslikke probleeme, näeme selgemi- ni, kui tähtis on keelekorralduslik ja kultuuripoliitiline teadlikkus. Ilmselt on õigustatud mitmelt poolt esitatud nõuded, et arstiteadlased ise pööraksid rohkem tähelepanu oma oskuskeele arendamisele, pürgides eksaktuse ja efektiivsuse poole, sealjuures unustamata vastuvõetavust rahvale ja üld- keelele.

¹ Autor tänab dr. Ants Andersoni, kes on aines- tikku täiendanud mõnede lõikudega, eeskätt allik- materjali osas.

Sellel taustal on eriti huvitav vaadelda meile südamelähedase eesti arsti-de oskuskeele arengut.

Loobumata ühestki suurrahvale jõukohasest sihiseadest, aga ka hälbimata eesti rahvakeelest kui määravast alusest keelekorralduse alal, on orjusjärgsest ärkamisajast peale toimunud innukas vaimutöö teadusliku ja ka üldise eesti keele jaluläseadmiseks. On leidunud piisavalt rahvuslikku ja kultuurilist iseteadvust kandepinnaks kiirendatud reformatööle. Mahajäämus on nüüd juba ammu ajalukku kadunud. Praegu seisame suurepärase keelelise kultuuripärandi ees, mis aga — nagu Tallinna linn — ei ole olnud ega saa valmis kunagi ja mis nõuab pidevat valvsust, viimistlemist, lihvimist ja koguni armastust.

Sada aastat tagasi ütles Carl Robert Jakobson: «Keel on rahva kõige kallim pärandus. Keel on see, mis rahva rahvaks teeb, ta varjab lõpmata väge ja pühadust oma sees. Keel ja mõistus käivad käsikäes, sest keel on avalikuks saanud mõistus». Need sõnad iseloomustavad seda ühtaegu rahvuslikku kui ka hariduslikku vaimustust, mis nagu kotkatiivul viis eestlaste keele ja hariduspüüded kultuurrahvaste kõrgusele.

Kui eesti keel ärkamisaja alguses, eriti teadusliku vahendina, oli tõsiselt puudulik, ei tähenda see ometi täielikku terminoloogilist vaakumit. Otto Wilhelm Masingu poolt 1822. a. avaldatud² eesti rahvakeele sõnadest on arstiteaduslike oskussõnadena mõnedki püsinud tänini, näiteks *halvatus*, *kollatõbi*, *kelme*, *sammaspool* (*ekzema*), *kurgutõbi* (*diphtheria*), *solkmed* (*Ascaris*), *koe-rapöörirohi* (*Hyoscyamus*). Paljut tuli aga väljendada kohmakalt: «kokkuvedamine» (*kramp*), «sooled käivad välja» (*hernia*), «haiguse puna lööb välja» (*exanthema*) jne.

Tegelikult algas elava eesti keele uurimine alles möödunud sajandi keskel. Seoses sellega astuti eesti keele kor-

raldamise-arendamise-rikastamise esimesed sammud, muu hulgas mindi üle uuele hääldamiskohasele kirjaviisile (C. R. Jakobson, F. J. Wiedemann, J. Hurt, A. Grenzstein, J. Kunder, J. Kurrik jt.). Arvestades eeltoodut on imekspandav, kuidas Friedrich Reinhold Kreutzwald juba 1879. a. sai kirjutada oma «Kodutohtri»³. Teadagi oli Kreutzwald ka keeletark ja andis mõndagi jäädavat lisa oma kutsekeelele, enamalt jaolt kindlasti rahvasuust: *süsinik*, *vesinik*, *hapnik*, *põletik*, *pala-vik*, *langetõbi* (*epilepsia*), *kõhutõbi* (*dy-senteria*), *tuulerõuged*, *rabandus*, *meele-* ehk *vaimuhaigus*, *leetrid*, *sügelised* (*scabies*), *varjususurm* jm.; peale nende veel mõned hiljem muutunud terminid: «jooksjatõbi» (*jooksva*, *rheuma*), «punetus» (*punetised*, *rubeola*), «lõkatuskõha» jm.

Järgmiseks suursündmuseks kujunes dr. med. Peeter Hellati väljaanne «Tervise õpetus»⁴ aastaist 1892. . 1894, milles samuti nähtub isalik heasoovlikkus nii rahva kui ka tema emakeele suhtes. Ka P. Hellat on teadlikult rahvakeelt kogunud ja pürginud keelepuhtuse poole, nagu nähtub ta teose eessõnast: «Oma keelest võetud sõnad kannavad täiesti rahva vaimu ja on sellepärast orneti kergemad aru saada kui kunst- ehk võõra keele sõnad». Meie oskuskeelde on P. Hellatist jäänud püsima näiteks *rakk* (*cellula*), *kude*, *verelibled*, *kõõlus*, *nääre*, *säsi* (*üdi*), *tänk* (*närviganglion*), *hingetoru* (*trachea*), *tuiksoon*, *väratitõmbsoon* (*vena portae*), *nikastamine* (*distorsio*), *song* (*hernia*), *kooljaluu* (*ganglion carpi*), *seedimine*, *nakkajad* haigused (*nakkushaigused*), *lubiraig* (*favus*), *marutõbi* (*rabies*) jm. Hulgaliselt leiab ka teisi termineid ja keelendeid, mis on jäänud edaspidisest oskuskeelest kõrvale, millest aga nähtub P. Hellati suur algatusvõime ja agarus.

Ehkki ärkamisaegne vaimustus oli toonud eesti sõnavarale nii palju värsket

² Ilisch, J. J. Die gewöhnlichen Krankheiten des menschlichen Körpers. 1822. Lisa.

³ Kreutzwald, F. R. Kodutohter. Tartu, 1879.

⁴ Hellat, P. Tervise õpetus. Tartu, 1894.

verd, oli olukord saajandivahetusel veel muret tekitav. Eesti kirjakeel oli nii vaene, et temast «ei piisanud isegi ajakirjanduse sõnumite jaoks», nagu nentis lektor Johannes Voldemar Veski. Tema koostatud üleskutses⁵, mille ta esitas Eestimaa Rahvahariduse Seltsi kirjanduse-osakonna juhatusel nimel, rõhutati paljude näidete varal muu seas: «Eesti keel on nii mõndagi pidi alles liig vähe korraldatud. — — — Kahtlemata veel laialisemat korraldamist nõuab see keeleline materjal, mis kunstsõnadest (*termini technici*) ja ülepea uutest, üksikute sõnaloojate keelesünnitustest koos seisab. — — — Ede- nev elu kannab keelesse alatasa uusi mõisteid juurde ja teeb selle tagajärjel keele sõnavara suurendamise, üksikute sõnade peenema väljatöötamise ja nende mõistepiiride kindlama äramääramise tungivaks tarviduseks. — — — Alles otstarbekohase korraldamise tagajärjel tõuseb see uus materjal, mis aastate jooksul keelesse on korjunud, soovitavasse väärtusesse. Et see laialdane korraldustöö üsna mitmekülgselt asjatundmist nõuab, siis võib ta ainult hulga jõudude püsival koostöötamisel soovitavat vilja kanda.» — — — Nii teadlikult visandas J. V. Veski oma eelseisvate aastakümnete hiigeltöö.

Ajakirja «Eesti Arst» toimetajad ja kaastöötajad pidid samuti täheldama, et kutsekirjanduse areng on suurel määral sõltuv keele arengust. Ainult niivõrd kui suudeti rikastada keelt arstiteaduslike terminitega, sedavõrd võis laieneda ka eesti arstiteadusliku kirjanduse varamu. Veel 1920-ndatel aastatel valmistasid uued kutsealased artiklid eelkõige suuri keeleprobleeme. See, ja mitte professionaalne küündimatus, pidurdas tolleaegsete teadlaste sulge ja kärpis avaldatud tööde hulka.

Tungiv vajadus eesti keelt ja oskusõnavara jätkuvalt paremaks teha rakendas tööle mitmeid keelemehi, spetsialiste ja entusiaste. Nüüd ei olnud enam tegemist üksikute sõnaleidudega,

⁵ Üleskutse Eesti keele sõnade korraldamise asjus. «Päevaleht», nr-d 218—219, 1907.

vaid tehti eriteaduste terminoloogilistest puudustest lähtudes süstemaatiline töö.

Oma postuumselt ilmunud mälestusraamatus⁶ kõneleb J. V. Veski nii: «Süvenesin põhjalikumalt Wiedemanni sõnaraamatusse ja püüdsin kasutada ka murdesõnu. Nii kujunes uute sõnade loomine nagu iseenesest häda sunnil. — — Eesti keel on rikas mitmesuguste liidete poolest. — — Nii kujuneski minu peamiseks tegevuseks mõistetele sõnatüvede leidmine ning nendest uute sõnade tuletamine liidete abil. — — Keele sõnavara rikastamisel ei ole saanud vältida ka laensõnu naaberkeeltest ning kaugetest kultuurkeeltest. — — Kõik see kokku on rikastanud eesti keele sõnavara sellisel hulgal, et on võimalik väljenduda teaduse ja kultuuri aladel meie emakeeles. Sõnavara rikastumine peab toimuma aga pidevalt, sest uusi mõisteid tuleb üha juurde.»

Huvitav ja vaimustav oli seda tööd jälgida autoril 1930. . 1940-ndatel aastatel koolipoiis ja arstiteaduskonna üliõpilasena, mil Johannes Voldemar Veski koos patoloogiaprofessor Albert Valdese ja zooloogiaprofessor Heinrich Riikojaga erikomisjonide eesotsas kujundasid aukartustäratava oskuskeele, andes sel kombel arstiteadlastele, bioloogidele ja teistele eriteadlastele suhtlemisvahendi. Botaanikutele mõeldud «Eesti taimede nimestik» oli kirjastatud juba 1917. aastal. «Kogu eestikeelseid arstiteaduslisi oskussõnu» ilmus 1924. aastal.

Iseseisvusaja lõpul, 1940. aastal, oli välja antud oskussõnastike arv 36⁷. J. V. Veski enda hinnangu järgi oli tema töö tulemuseks umbes 180 000 sõna. Niisugusele keelekorralduse ja sõnavararikastamise vägilasele kuulugu meie sügav austus!

Teatavasti oli ka teisi sõnaseppi tõsisel tegevuses eesti keele heaks, kellest

⁶ Centum. ENSV TA Keele ja Kirjanduse Instituut. Emakeele Seltsi Toimetised 9. Tallinn, 1974, 35.

⁷ Kask, A. J. V. Veski tööst Tartu Ülikoolis. Emakeele Seltsi Aastaraamat 19-20. 1973—1974. Tallinn, 1975, 13.

kõige nimekam oli Johannes Aavik. Oma mitmeti teistsuguse tausta ja vaadetega ning eemal teadusterminoloogilisest rakendusest kasutati J. Aaviku keeleloomingut peamiselt ilu- ja ajakirjanduses. Ehkki J. Aaviku osa siin on vahe-märkuse mõõtmatega, tuleks võib-olla senisest enam arvestada tema arstiteadus-alaseid ettepanekuid: *laip* (surnukeha), *laup* (otsaesine), *lerge* (arstirohi, ravim), *luger* (luukere, skelett), *mulm* (silmamuna), *nirn* (silmatera), *nänt* (defekt, puue), *oire* (sümptoom, näht), *olbama* (vaatlevalt tähele panema), *ova* (avaus, porus), *raul* (lõualuu), *rümp* (kere, keskkeha), *ürm* (õnnetusjuhtum) jm. Enamik neid sõnu on täiesti kunstlikult loodud.

Terminoloogiatöös on kasutatud mitmesuguseid menetlusi. Iga kord ei olegi olnud vaja minna üle jõe vett tooma, võime leida juba olemasolevaid üldiselt levinud sõnu, näiteks *oimetus* (coma), *koeranael* (*furunculus*), *odraiva* (*hordeolum*), *soolatüügas* (*verruca vulgaris*) jne. Teinekord on olnud vaja murdelist või käibelt kadunud sõna taas elustada, nii tõi J. V. Veski unustuse hõlmast välja sellised sõnad nagu *roie* (*costa*), *roiskuma*, *hõõtsik* (*struma*), *kiird*, *oga* jt. Kui sellist sõna ei leidunud, oli J. V. Veskil pakkuda hulgaliselt tuletisi, näiteks lühivorme: *näht* (*symptoma*), *toime*, *lööve* (*exanthema*), *ravima*, *valk* jt. või järelliidetega sõnu: *haavand* (*ulcus*), *kiiritama*, *manustama* (aplitseerima, ravimit andma), *näidustama* (inditseerima) jt. Üksikutel juhtudel lõi J. V. Veski täiesti uusi sõnu: *sõltuma*, *vohama* (prolifereeruma). Paljud neist käibele toodud sõnadest on nii õnnelikult leitud — tundub uskumatu, et neid varem keeles ei ole olnud.

See pidi olema Valdes, kes lahendas teatavad prefiksi-sufiksi probleemid. Näiteks saksakeelse eesliite 'ent'- (Ent-wasserung) ja prantsuse-inglise 'de'- (*dehydration*) lahendas ta -tustama järelliittega: *veetustama*, *värvitustama*, *rasvatustama* jne.

A. Valdes defineeris terminoloogiatöö eesmärgi järgmiselt. Uusi eestikeelseid

oskussõnu tuleb luua nii, et need väljendaksid võimalikult täpselt ladinakeelsete oskussõnade mõistet ning et iga eestikeelne oskussõna oleks vastavuses ainult ühe konkreetse eseme- või nähtusetüübiga. Sama ainuvastavuse põhimõtet toetavad praegused eesti oskuskeeled eest hoolitsejad, näiteks Ester Kindlam (1977): «Oskussõnavara korraldamise üks põhiprintsiipe on paralleelterminite likvideerimine. Sallitav on üksnes oma sõna ja selle võõrekvivalendi rööpus, mitte aga kaks või kolm võõrterminit ega kaks või rohkem oma keelset terminit sama sõna tarvis».

Nõnda kaasajani jõudva eelloolise ülevaate lõppedes oleme valmis ringkäiguks oma küpse oskuskeele lilleaias.

Kui varem eestikeelne sõna «koo-bas» oli mitme ladina sõna — *antrum*, *cavum*, *sinus*, *ventriculus* — vasteks, siis leiame nüüd kõikideks eri juhtudeks eesti vasted: nibujätkekoobas (*antrum mastoideum*), kõhuõõs (*cavum abdominis*), otsmikuarve (*sinus frontalis*) ja ajuvatsake (*ventriculus cerebri*).

Leiame suupäraseid pisinüansse: *köber* (*tuber*), *köbruke* (*tuberculum*), *krobedik* (*tuberositas*). Need on murdeläenud, nagu mitmed teisedki: *kolju*, *liiges*, *nimme* (*lumbus*), *rasu* (*sebum*), *tõri* (*tuba*). *Nide* (*commissura*) on Saaremaa sõna; *põnt* (*condylus*), s. o. kõrgem luu osa, on Mulgimaal ka kõrgem koht niidul.

Mõned tavalised sõnad on selgesti eristatud: *lohk* (*fovea*), *auk* (*fossa*), *mulk* (*foramen*), *avaus* (*porus*, *apertura*) ja *suue* (*orificium*).

Lihaste- ja soonteõpetusest nopime: *kõõlustanu* (*galea aponeurotica*), *mälur* (*musculus masseter*), *suusõõrlihas* (*musculus orbicularis oris*), *peapööraja* (*musculus sternocleidomastoideus*), *toomasoon* (*vas afferens*) ja *viimasoon* (*vas efferens*). Kõik leidlikud lühilahendused.

Mis on *kõhunääre*, *eesnääre*, *harknääre* või *ajuripats*? Need on kreeka klassikalised *pancreas*, *prostata*, *thy-mus* ja *hypophysis*.

Teejuhatuse läbi seedekanali oleks:

huuled, *suuesik*, hambad, *pärissuuõõs*, *kurk* (*fauces*), *neel* (*pharynx*), *söögitoru*, *maolävis*, *magu*, *maolukuti*, *kaksteist-sõrmik*, *tühisool*, *niudesool*, (mitte eksi-da *umbsoolde* ja *ussripikusse!*), *ülenev käärsool*, *ristikäärsool*, *alanev käärsool*, *sigmakäärsool*, *pärasool* ja *pärak*.

Kõik suunad ja küljed anatoomias kannavad nimesid. Ilmakaartena käes ütleme *pihkmine* (*volaris*) ja *selgmine* (*dorsalis*), *lähimine* (*proximalis*) ja *kaugmine* (*distalis*) ning *kodarluumine* (*radialis*) ja *küünarluumine* (*ulnaris*).

Füsioloogia on õpetus elundite ja elundkondade talitlusest.

Patoanatomias kogeme, et toru-jate elundite *valendik* (*lumen*) võib olla laienenud või *ahenenud*, viimasel juhul võib põhjuseks olla *pitsumine* (vä-line pigistus), *niverdumine* (järsu kää-naku tekkimine), *ahend* (striktuur) või *ummistumine*.

Et osata tõbesid *diagnoosida*, peab noortohter õppima kuulama patsiendi kaebusi tema *vaevustest* ja nähtudest, teda *vaatlema*, *komplema* (palpeerima), *koputlema* (perkuteerima) ja *kuulat-lema* (auskulteerima), jälgima *palaviku-kõverat*, arvestama *settereaktsiooni* ja muid laboratoorse diagnostika näite ning jälgima *haiguskulgu*.

Loobume siin oskussõnade näidete jätkamisest ravitöö ja muude mõiste-alade osas.

Vaatleme lähemalt meditsiinoskus-keele arengutendentse tänapäeval, kõi-gepealt Rootsi horisondilt.

Üldiselt on teada, et praegune rootsi arstiteadlaste keel on võrdlemisi kaootilises seisundis. Inglise-ameerika oskus-sõnad on rootsi keele tõsiselt läbi immutanud. Kui pilkepildi alt lugeda (eesti keelde ümberpandult): «Kas meie team ei peaks designima ühe joint multicenter doubleblind crossover study?», siis on see ühekorraga lõbustav ja kurvastav. Nii umbrohtu kasvanud kutekeele rohued nõuaks lausa Heraklese vägitegusid.

Kuidas on Kodu-Eestis suudetud sää-raste tendentsidega võidelda? Ka seal kurdetakse, et «sõnad ei kuula sõna» ja ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid»

toob näite: «Kollektiivi laps pidi iga päev oma dieedi ära sööma».

«Inglise tõbi» ei ole Eestis arusaada-vatel põhjustel nii levinud kui Rootsis. Epideemia asemel esinevad seal vaid üksikjuhud: «slaid» (diapositiiv), «puul» (varu), «spaik» (EEG jne. kõ-vera oga) jm.

Vene mõjud on tõenäoliselt suure-mad, kuid seda on autoril vene keele mitteoskamise tõttu raskem analüüsida.

Sõjajärgsetel aastatel valitses Eestis terminoloogia alal madalseis. Täiene-mine toimus ainult n.-ö. isevoolu teel. Aga nüüd on juba palju aastaid käimas väga vilgas oskussõnavara laiendamise ja täpsustamise töö. 1977. aastal loodi tervishoiuministeeriumi juurde mediti-siinterminoloogia komisjon ja praegu tuleb uusi sõnu lausa küllussarvest.

Halvem on lugu oskussõnastikega. Teadaolevatest väljaannetest on 1969. a. ilmunud terminoloogiavalimik⁸ ja 1970. a. välja antud vene-eesti arsti-teaduslik pisisõnastik⁹ olnud ainult piskuks abiks. Ka küllaltki kobe «Eng-lish-Estonian Medical Terminology»¹⁰ aastast 1971 ei ole tähendanud edusamu, sest vaevalt pooled umbes 7200 märksõnast on arstiteadusterminid ning needki on puudulike eesti vastetega ja häiriva lohakusega kirja pandud. Eesti arstiteaduse algelisem sõnavara on see-ga praegu kõige kättesaadavam 1976. a. «Õigekeelsussõnaraamatus» (umbes 8000 arstiteaduslikku terminit) või «Eesti nõukogude entsüklopeedias» (1966—1978), mis aga kaugeltki ei saa rahuldada teadlast ega tõlkijat.

Sellepärast oodati pikisilmi trükist A. Valdese ja J. V. Veski «Ladina-eesti-vene meditsiinisõnaraamatut», mis sisaldab umbes 30 000 oskussõna. Selle teadustoimetajateks olid prof. Paul Alvre ja prof. Albert Valdese tütar dotsent Viiv Sillastu. Selle käsiraamatu

⁸ Sverdlova, Š. Valimik eestikeelset meditsiini-list terminoloogiat. Tallinn, 1969.

⁹ Алликметс К. Русско-эстонский медицин-ский словарь-минимум. Тарту, 1970.

¹⁰ Kriit, A. English-Estonian Medical Terminology. Tartu State University. Tartu, 1971.

ilmumiseni olid eriteadlased soovitanud juhinduda arstiteaduslikes väljaannetes kasutatavatest oskussõnadest. Selliste trükiste peres oli juhtival kohal ajakiri «Nõukogude Eesti Tervishoid» (nüüd «Eesti Arst»), milles viimase 20 aasta jooksul on avaldatud palju terminoloogiaartikleid.

Näib aga, et paljud selles ajakirjas avaldatud uurimused on keeleliselt liiga võõrsõnalembesed. Sealsed keelemehed ise on möönnud, et «võõrsõnaga tõlkida on kergem, kiirem ja lihtsam kui omakeelset vastet leida või meenutada». Ka arvatakse ekslikult, et «võõrsõna on igal juhul õigem ja n.-ö. teaduslikum»¹¹, aga lisatakse ka, et «alguse saab see tõbi lohakusest ja bukvaalsest [!-O. K.] tõlkimisest ning et nakkuse teel levib see kiiresti ka algupärastesse tekstidesse».¹²

Vähem õnnestunud juhtudel kõlab meedikute keel «Nõukogude Eesti Tervishoiu» mingi tsunftliku erikeelena. Seda tendentsi sõnamaagia poole on raske ära seletada. Autorid oleksid nagu hüpnoosi mõju all — mitte ei saa hoiduda väljendmast lihtsat asja keeruliselt. Järgnevalt paar näidet, kus kutsekeelega manööverdamine on asjatult keeruline ja sisaldab edvistavaid iluvigu: «sapipõie operatsiooni ettevalmistamisel olgu obligatoorseks nasogast-raalne aspiratsioon, mis aitab likvideerida meteorismi»; «komplekssed uurimused, muu hulgas epidemioloogiliste uurimuste kasutuselevõtt rinnavähi profülaktikas on vajalik ja perspektiivseim»; «kümneaastase staažiga doonori püruvaadi hulk oli normi piires»; «laktaadi utilisatsioon häirub».

Kas ei ole see samuti *quasi*-teaduslik edevustõbi, kui kirjutatakse: «homöostaasi nihete korrektuur», «septiline protsess generaliseerub», «aneemia progresseerub»?

Selle asemel, et öelda ,reparatiivsete protsesside kulg', võiks öelda ,parane-

mine' ja pigem ,ühtlustaksime' kui ,unifitseeriksime' seisukohti. Eestis on kalduvus eelistada ,formeerima' pro ,moodustama', ,premeerima' pro ,auhindama', ,stimuleerima' pro ,ergutama', ,likvideerima' pro ,eemaldama, kõrvaldama, kaotama', ,konkurss' pro ,võistlus', ,dispanser' pro ,nõuandla' jne.

Aga muidugi näeme ka palju õnnestunud lahendusi: *koormuskats* (*tolerance test*), *puhastumus* (*clearance*), *tagasivõide* (*feed-back*), *haigestumus* (morbidi-teet), *elukeskkonna saastamine* ja muud.

Kokku võttes on üldmulje «Nõukogude Eesti Tervishoiu», nüüdse «Eesti Arsti» oskuskeelest siiski hea.

Lõpetades oma arutluse emakeelse oskuskeele teemal, võiks soovida, et igaüks meist väljaspool Kodu-Eestit järele mõtleks, mida meie omalpoolt teha saaksime oskuskeele arendamiseks. Ehk saaksime juhtida oma Eesti kolleegide tähelepanu vene keele mõjudele, mille suhtes meie silm või kõrv võib olla teravam. Ja miks ei võiks meiega teha omapoolseid ettepanekuid uute oskussõnade suhtes?

Esmaajoones peaksime aga endid keele arenguga kursis hoidma.

Mõtelgem järele, mida me võiksime teha oma keele säilitamiseks ja arendamiseks. Inspireerigu meid rootsi luuletaja Sandro Key-Åbergi sõnad:

Keel on muld!

See on muhe ja elav nagu su oma elu,
kannab eneses kõige elava jälgi,
kogu selle liikuvust ja püüdlusi.

Harides keelt
kasvab me vabadus,
päästes keelt
päästame oma elu.

Olaf Kibe on sündinud 26. septembril 1921 Tartus, lõpetas H. Treffneri gümnaasiumi 1940. aastal ja, valides soome-ugri keelte ja arstiteaduse vahel, immatrikuleerus Tartu Ülikooli arstiteaduskonda samal aastal. Ülikooli lõpetas Stockholmis 1950. aastal. Aastail 1950...1977 töötas sisemeditsiini ja südamehaiguste arstina, ajavahemikul 1977...1987 Sundsvallis tööstusarstina.

¹¹ Liivaku, U., Meriste, H. Kuidas seda tõlkida? Tallinn, 1975, 153.

¹² Agur, U. Grandioosse manifestatsiooni realiseerimine. Sirp ja Vasar, 24. september 1976.

MEIE JUUBILARE

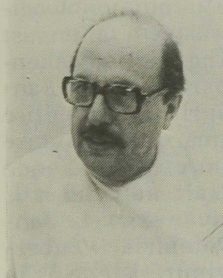


Elvine Kuik, Eesti Farmatseutide Seltsi auliige, endine kauaaegne Tõnismäe Haigla apteeği juhataja, sai 24. aprillil 75-aastaseks. 1939. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arsti-rohuteaduskonna. Ajavahemikul 1940...1948 oli E. Kuik Tallinna Diakonisside, hilisema Sisehaiguste Haigla apteeği juhataja. 1948.

aastal asutati tema algatusel apteek Tallinna II Haigla, praeguse Tõnismäe Haigla juurde. Tema juhitud Tõnismäe Haigla apteek paistis silma eeskujuliku töökorralduse poolest. Esimesena Eestis võeti seal kasutusele süstelahuste ja silmatilkade vaakumfiltrimine. Juubilari kaasabil toimus Seppo salvide ja teiste ravimite eeskirjade väljatöötamine ning nende järgi ravimite valmistamine. E. Kuik on kõrgema kategooria organisaatorproviisor. Ta oli haigla ametiühingukomitee ja apteeginõukogu liige. Eesti Farmatseutide Seltsi juhatusse on E. Kuik kuulunud 1963. aastast alates. 1981. aastal valiti ta seltsi auliikmeks. Põhimõttekindel, enese ja teiste suhtes nõudlik, oma kutsetööd armastav juubilar on pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ja palju aukirju.

Johannes Luur, Pärnu Linna Haigla kirurgiaosakonna juhataja, sai 19. märtsil 60-aastaseks. 1955. aastal lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna *cum laude*. Seejärel oli ta kliinilises ordinatuuris Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Aastail 1958...1962 töötas J. Luur Rapla Rajoonihaigla kirurgi-

na. 1962. aastast alates on ta olnud Pärnu Linna Haigla kirurg. 1969. aastast ka kirurgiaosakonna juhataja. J. Luur on juhendanud ja õpetanud interne ning üliõpilasi. Ta on esitanud ettekandeid kirurgia alalt. Ühiskondlikel alustel on J. Luur rajooni peakirurg ja rahvakohtu kaasistuja. Oma tööarmastuse, kohusetundlikkuse ja kirurgioskuste eest on juubilar pälvinud mitu autasu.



Eliazer Beltšikov, meditsiinidoktor, Tallinna Stomatoloogia Polikliiniku parodontoloog, sai 5. aprillil 60-aastaseks. 1952. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna. Pärast ülikooli lõpetamist töötas Pärnu rajooni Tootsi tervishoiupunktis stomatoloogina kuni 1952. aasta oktoobrini.

Aastail 1952...1982 teenis relvajõududes. Alates 1982. aastast on töötanud Tallinna Stomatoloogia Polikliiniku parodontoloogiakabinetis. Aastal 1956 alustas E. Beltšikov teadustööd, ta uuris Kaug-Põhja elanike hammaste ja igemete seisundit ning immunoloogilist staatust. Immunoloogiliste uuringute alusel valmis 1968. aastal kandidaadiväitekirja. Doktoriväitekirja «Parodontihaiguste arengu immunoloogilised kriteeriumid nende diagnoosimises ja ravis» kaitses 1984. aastal. Juubilar on avaldanud 89 teadustööd, nende hulgas monograafia «Parodontoosi immunoloogia küsimusi». E. Beltšikov on teinud palju immunoloogia arendamisel stomatoloogias, eeskätt parodontiidi (parodontoosi) immunoloogilistele uuringutele tuginevate diagnoosimis- ning ravivõtete väljatöötamisel ning rakendamisel. Ta on üks mittekooosseisulise immunoloogialaboratooriumi rajajaid Tallinna Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudis. Tema juhendamisel on valminud kolm kandidaadiväitekirja. Nendes on uuritud immunoloogilisi muutusi stomatoloogiliste haiguste korral ning hammaste proteesimisel. E. Beltšikov on olnud stomatoloogide täienduskursuste õppejõud. Ta on kuulunud ka Eesti Stomatoloogide Seltsi juhatusse.





Lii Jannus, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonna juhataja, professor, sai 30. juulil 60-aastaseks. Prof. L. Jannus on praegusel ametikohal olnud 1964. aastast alates — seega 25 aastat. Tema initsiatiivil ja vahetul osavõtul alustati meie vabariigis krooniliste mitte-

spetsiifiliste kopsuhaiguste epidemioloogia uurimist, töötati välja ja rakendati ellu integreeritud ftisiaatrilise ja pulmonoloogilise arstiabi süsteem. See süsteem on ennast õigustanud Eesti oludes ning leidnud raken-damist ka teistes liiduvabariikides. L. Jan-nuse juhendamisel on uuritud kroonilise bronhiidi ja bronhiaalastma diagnoosimise ning ravi nüüdisaegseid meetodeid. Nende uurimiste põhjal on edukalt kaitsstud viis kandidaadi- ja üks doktoriväitekirja. L. Jan-nus ise kaitses doktoriväitekirja «Tuber-kuloosi mükobakterite ravimiresistentsus ja selle mõju tuberkuloosiprotsessi kulule» 1970. aastal. Ta on Nõukogude Eesti preemia laureaat. L. Jannuse algatusel hakkas Eks-perimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Insti-tuut välja andma teadustööde kogumikku «Kopsupatoloogia». Seni ilmunud seitsmest väljaandest on ta olnud nelja vastutavaks toimetajaks. Ta on olnud ka enamiku vaba-riiklike ftisiaatria- ja pulmonoloogiakonve-rentside ettekannete teeside kogumike toi-metaja. Prof. L. Jannusel on trükit ilmu-nud üle 160 teadusartikli. Läheks pikale üles lugeda tema kõiki ühiskondlikke kohus-tusi, mainigem neist ainult olulisemaid — Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi pea-ftisiaater ja peapulmonoloog, vabariikliku pulmonoloogia ja tuberkuloosi probleemi-komisjoni esimees, üleliidulise pulmono-loogia probleemikomisjoni büroo liige. Mär-kimisväärne on samuti prof. L. Jannuse pe-dagoogiline tegevus. Ta on aastaid olnud Tartu Ülikooli arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialisee-rimise teaduskonna mittekooosseisuline lek-tor ning sellega seoses korraldanud mitme eriala arstide pulmonoloogiaalast täienda-mist, olnud kliiniliste ordinaatorite ja inter-nide juhendaja, samuti Tartu Ülikooli arsti-teaduskonna riigieksamikomisjoni esi-mees. Kolleegid hindavad juubilari tema energia, temale ainuomase sarmi ja tema teadmiste tõttu.



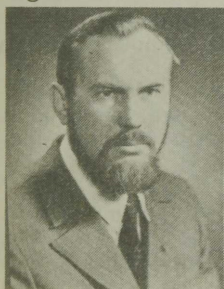
Viktor Kalnin, Tartu Ülikooli arstiteadus-konna hügieeni ja ter-vishoiuorganisatsiooni kateedri dotsent, Eesti NSV riikliku preemia ja P. Stradinši nime-lise auhinna laureaat, sai 21. augustil 60-aas-taseks. V. Kalnin lõ-petas Tartu Ülikooli

arstiteaduskonna 1954. aastal *cum laude*. Kandidaativäitekirja hügieenialal kaitses ta 1972. aastal. Aastail 1954... 1974 oli V. Kalnin Tartu Ülikooli arstiteaduskon-na hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni ka-teedri vanemõpetaja ja 1974... 1978 sama kateedri dotsent. Ajavahemikul 1979... 1981 oli ta Tartu Ülikooli nägemise ter-vishoiu laboratooriumi ja ÜMPI teadur. Alates 1982. aastast on töötanud praegusel ametikohal. V. Kalnin on väga viljakas uuri-ja ning publitsist. Ta on avaldanud üle 300 teadusartikli, kaks monograafiat, 10 metoo-dilist juhendit, kaks brošüüri ja üle 650 po-pulaarteadusliku artikli. V. Kalnin on «Tartu Ülikooli ajaloo 1632—1982», «TRÜ Arstiteaduskonna» ja «Tartu ajaloo» üks kaasautoreid. 1973. aastast alates on ta ol-nud üks «Suure meditsiinientsüklopeedia» toimetajaid. V. Kalnin on Eesti Meditsiini-ajaloolaste Seltsi esimees, vastava üleliidu-lise seltsi juhatusse liige, Teaduse- ja Teh-nikaajaloolaste Rahvusliku Ühenduse Eesti Büroo liige ja meditsiinisektsiooni esimees. Korduvalt on ta korraldanud meditsiinia-loo sektsioonide tööd Baltimaade teadusaja-loo konverentsidel ja Tartu Ülikooli ajaloo sessioonidel. Lisaks preemiatele ja aukir-jadele on V. Kalnin saanud K. E. von Baeri medali. Kui kõik eelnev peegeldab juubilari saavutusi teaduse alal, siis ei saa mainimata jätta ka tema meeldivaid inimlikke oma-dusi: tegemist on delikaatse ja alati abi-valmis mehega, kes on nagu loodud oma kutsumuse elluviimiseks.



Kelli Tühis, Rakvere Rajooni Kesksaigla peaarsti asetäitja poli-kliinilisel alal, esimese kategooria kõrva-nina-kurguarst, sai 22. juu-nil 50-aastaseks. 1964. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteadus-konna ravisakonna.

Pärast seda töötas Rakvere Rajooni Keskhaiglas kõrva-nina-kurguarstina. Aastail 1976... 1977 oli sel ametikohal Tartu Kliinilises Lastehaiglas. 1977. aastast alates on K. Tühis töötanud Rakvere Rajooni Keskhaiglas. Alates 1981. aastast on olnud praegusel ametikohal, kohakaasluse alusel on olnud ka kõrva-nina-kurguarst. Oluline on K. Tühise osa Rakvere rajooni tervishoiusüsteemi parandamisel, sealhulgas Rakvere polikliiniku väljaehitamisel. Pidevalt on ta avaldanud tervishoiuteemalisi kirjutisi kohalikus ajalehes. Tähelepanuväärne ja ulatuslik on olnud juubilari ühiskondlik tegevus Rakvere Rajooni Keskhaigla ametiühingukomitee esimehe ja ametiühingu rajoonikomitee liikmena ning Rakvere Rajooni RSN Täitevkomitee saadikuna. Oma eriala hea spetsialistina, abivalmi, kohusetundliku, nõudliku tervishoiuorganisaatorina on K. Tühis pälvinud patsientide ja kolleegide sügava austuse.



Ilmar Vahula, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri dotsent, sai 11. juulil 50-aastaseks. 1963. aastal lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Aastail 1964... 1970 töötas I. Vahula Pärnu Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhatajana, 1970... 1981 Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiaama bakterioloogina. 1981. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja. Seejärel oli I. Vahula Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi vanemteadur. Alates 1982. aastast on töötanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedris. Algul oli lepinguliste tööde vanemteadur ja vastutav täitja, aastail 1984... 1988 vanemõpetaja ja dotsendi kohusetäitja. 1988. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. Ta on osalenud üleliidulise probleemikonferentsi «Keskonnakaitse meditsiinilised aspektid» liikmena NSV Liidu kõrgkoolide keskkonnakaitse uuringute koordineerimises. I. Vahula on trükkis avaldanud 35 teadusartiklit ning neli metoodilist soovitusi. Tema viimased tööd on olnud rekreatsioonitarbeliste veekogude sanitaar-hügieenilise seisundi komplekssest hindamisest ja nende sanitaarkaitsest. Juubilar on osa võtnud ka ühiskondlikust tööst, olles Tartu Ülikooli ametiühingukomitee presiidiumi liige, samuti ÜTÜ juhendav õppejõud.

REFERAATE

Gustavson, H. Suomalais-virolaisista lääketieteellisistä siteistä 1900-luvun alkuun saakka. — Hippokrates, Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja 1988. Helsinki, 1988, s. 124—130. Resümee saksa keeles.

Artiklis on käsitletud Soome ja Eesti meditsiiniajaloo kokkupuutepunkte, seejuures on lähitud personaalkontaktidest. Uurimus algab XVII sajandi lõpu ning 1918. aasta kokkupuutepunktide vaatlusega. Kontaktid on tekkinud nii meditsiinihariduse omandamisel kui ka sõjaväeteenistuses olles, vähemal määral sobiva töökoha otsingu tulemusena. Viimasena mainitud asjaolu ilmneb eriti Pitkajärvi kopsutuberkuloosisanatooriumi asutamisel 1899. aastal ja selle arengu aastail. Kokku on käsitletud 26 isiku tegevust, nendest oli arste 22 ja farmatseute neli.

Nurmand, L. Adaptation problem in pharmacology. — The First Meeting of Baltic Pharmacologists, 22—24 Sept., 1988. Abstracts. Kiel, 1988, p. 20.

Iga ravim kutsub organismis esile adaptiivkompensatoorseid reaktsioone. Need võivad avalduda nii molekulaarsel (retseptorite) kui ka elund-süsteemide tasandil. Organismi adaptiivkompensatoorsed reaktsioonid mõjutavad ravimi toimeilminguid, kõrvaltoimeid, taluvuse või ärajätmissündroomi teket. Nende reaktsioonide arvestamine on oluline uute ravimite farmakoloogilisel analüüsil ning ratsionaalse ravirežiimi ja -taktika määramisel.

TARTU ÜLIKOOLIS

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 21. märtsil arutati sanitaararstide ettevalmistamise perspektiivi Tartu Ülikoolis. Koosolekust võttis osa ka tervishoiuministri asetäitja J. Uibu, kes koos dekaan prof. A.-E. Kaasikuga tegi ettepaneku hakata ülikoolis ette valmistama selle eriala spetsialiste. Vastu tuleks võtta vähemalt 10 üliõpilast aastas. Seni on hügieenikuid, sanitaararste ja epidemiolooge Eesti tarvis õpetatud Moskva I Meditsiiniinstituudis ja Leningradi Sanitaar- ja Hügieeniinstituudis. Alates 1990. aastast lõpetatakse plaaniline üliõpilaste suunamine nendesse meditsiiniinstituutidesse. Tartus võetakse 10 üliõpilast seda eriala õppima juba 1989. aastal. Prof. A. Jannus rääkis Tartu Ülikooli arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri õppetöö ümberkorraldamisest ja uutest õppeainetest seoses uue eriala õpetama hakkamisega ülikoolis.

Nõukogu arutas ka farmaatsiaosakonna tööd. Aruande esitas farmaatsia kateedri juhataja dotsent I. Tammaru. Nõukogu märkis, et puudusi on nii kateedri ruumide kui ka õppejõudude kaadri ettevalmistamise osas.

Farmakoloogia kateedri dotsendi kohusetäitja T. Zarkovskaja esitas *venia legendi* loengu «Abstinentsisündroom ja selle farmakoloogilise korrigeerimise printsiibid». Loengus käsitleti bensodiasepiiniire trankvillisaatorite ärajäämähähte, nende võimalikke molekulaarmehhanisme ja farmakoloogilist profülaktikat. T. Zarkovskaja loengule ning õppe- ja teadustööle anti hea hinnang.

Dotsendi ametikohtadele valiti T. Väli üldkirurgia, V. Vahing psühhiaatria ning A. Panov otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedrist.

Ülikooli nõukogu valis 31. märtsil meditsiini-doktor R. Birkenfeldti hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedri professori ametikohale.

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 18. aprillil esitas *venia legendi* loengu «Suhkurtõve patogeneesi ja ravi probleeme» dotsendi kohusetäitja M. Gus. Samal nõukogu koosolekul kinnitati 1989. aasta arstiteaduskonna päeva lektoriks dotsent V. Kalnin. Teaduskonna päev on seekord pühendatud Eesti rahvusliku ülikooli 70. aastapäevale.

Arutlusel oli ka võõrkeelte õpetamine arstiteaduskonnas, mis praeguste õppeplaanide järgi on fakultatiivne. Olukorrast andsid ülevaate võõrkeelte kateedri juhataja dotsent A. All ja prof. L. Pokk. Nõukogu otsustas inglise keele intensiivõppimise võimalusi teaduskonnas suurendada.

10...15. aprillini oli neuroloogia ja neurokirurgia kateedris külalislektori Uppsala Ülikooli neurokirurgiaprofessor L. Persson. Loengud ja seminarid toimusid vastavalt ülikoolidevahelisele koostöölepingule.

23...27. aprillini oli stomatoloogia kateedris loenguid pidamas Rootsi Kuningriigi Jönköpings Stomatoloogia Täiendusinstituudi ortodontiaosakonna juhataja J. Kurolo koos abikaasa E. Klingega, kes on samuti ortodontia eriala spetsialist. Loengud toimusid eesti keeles ja leidsid laialdase kuulajaskonna.

2...6. maini oli farmakoloogia kateedris loenguid ja seminare pidamas Helsingi Ülikooli farmakoloogia ja toksikoloogia kateedri professor P. Männistö. Ka see visiit oli seotud ülikoolide ja kateedritevahelise koostöölepinguga. P. Männistö loengud käsitlesid beetalaktaamrühma antibiootikume (penitsilliinid ja tsefalosporiinid). Samal ajal pidas farmaatsia kateedris loenguid Helsingi Ülikooli farmaatsiateaduskonna dekaan, farmatseutilise keemia professor J. Halmekoski.

2...6. maini olid arstiteaduskonnas külas ka mitmed Kuopio Ülikooli endokrinoloogia eriala õppejõud.

7...13. maini oli üldkirurgia ning hospitaalkirurgia kateedril koostöölepingu alusel külas Helsingi Ülikooli anestesioloogia kateedri juhataja professor T. Tammisto.

Tartu Ülikoolist olid Soome ülikoolides märtsis ja aprillis kuu aega neuroloogid prof. A. Tikk, vanemteadur M. Roose ja S. Haldre. Märtsis võtsid dotsendid T. Haviko ja U. Reino osa Helsingis toimunud Euroopa Lasteortopeedia Ühingu konverentsist. Aprillis oli kaks nädalat Soomes anestesioloogiaalase õppe- ja teadustööga tutvumas dotsent J. Samarütel. Teaduskoostöö alusel viibisid aprillis Soome ülikoolides lektoritena veel professorid K. Villako ja V. Salupere, dotsendid L. Mehilane, T. Talvik, A. Peetsalu, H.-I. Maaros, T. Seedre ja L. Siiak, laborijuhatajad A. Tamm, R. Uibo ja M. Lember ning aspirant A. Sööt. Mais oli kuu aega Kuopio Ülikooli spordimeditsiinikeskuses tööl prof. J. Maaros.

Aprillis oli kaks nädalat Hiina Rahvavabariigi prof. H. Sillastu, kes võttis osa rahvusvahelise teadlasrühma tööst ftisiaatria alal.

Lembit Allikmets

IN MEMORIAM

Ralf Uuetoa



28. veebruaril 1989. aastal suri Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri endine kauaaegne peaarst Ralf Uuetoa.

R. Uuetoa sündis 4. oktoobril 1906. aastal Tallinnas. 1925. aastal lõpetas ta Tallinna Poeglaste Reaalgümnaasiumi ja 1932. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna.

Pärast mõneaastast töötamist mitmel ametikohal asus ta 1935. aastal Tallinna III Haiglas tööle dermatoveneroloogina. Alates 1944. aastast töötas Vabariiklikus Naha- ja Suguhaiguste Nõuandlas ja selle statsionaaris, sealhulgas aastail 1947...1956 naisteosakonna juhatajana ning 1956...1958 peaarsti asetäitjana ravi alal. Pikka aega, aastail 1958...1975, oli R. Uuetoa Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri peaarst. Ta oli sama asutuse füsioterapeut veel kõrges vanuses, 1988. aasta oktoobrini.

Suure töö tegi R. Uuetoa peaarstina oma asutusele praeguse hoone saamisel ja selle ehituse korraldamisel Hiiul. Ta oli kõrgema kategooria dermatoveneroloog. Üle 20 aasta oli R. Uuetoa Neljanda Valitsuse Vabariikliku Haigla konsultant dermatoveneroloogia alal, kaua aega oli ta Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peadermatoveneroloog ning dermatoveneroloogide atesteerimise komisjoni esimees. Ta oli Eesti Dermatoveneroloogide Seltsi liige ja kuulus kaua aega seltsi juhatusse. Temalt on ilmunud artikleid naha- ja suguhaiguste ning leepa esinemise kohta Eestis. R. Uuetoad

oli autasustatud V. I. Lenini juubeli-medali, tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ning mitme aukirjaga.

Nooruses oli R. Uuetoa väljapaiste sportlane ning korvpallurina kuulus meie rahvusmeeskonda. Lahkunu maeti Eesti spordiveteranide matmispaika Metsakalmistul. Surm on võtnud meilt tubli ja erudeeritud kolleegi ning hea ja lahke inimese.

Kolleegid

Jiři Rotta



15. aprillil 1989. aastal suri Prahas ootamatult Tartu Ülikooli audoktor, Tšehhoslovakkia mikrobioloog professor Jiři Rotta.

J. Rotta sündis 20. juunil 1925. aastal Praha lähedal Králův Dvůris. Aastail 1945...1950 õppis ta Karli Ülikoolis. Juba üliõpilase-

na leidis ta oma kutsumuse, pühendudes mikrobioloogiale. 1960. aastal kinnitati talle teaduskandidaadi ja 1967. aastal teadusdoktori kraad.

1952. aastast kuni manalasse varisemiseni töötas J. Rotta Praha Hügieeni ja Epidemioloogia Instituudis, kus ta pikki aastaid juhatas streptokokkide uurimise laboratooriumi. See laboratoorium on ÜTO keskuseks streptokokkide uurimise alal (*WHO Collaborating Center for Reference and Research on Streptococci*).

J. Rottalt on ilmunud neli monograafiat, üle 150 põhjaliku uurimuse streptokokkide bioloogia ja nendest põhjustatud nakkuste patogeneesi, diagnoosimise, epidemioloogia ja profülaktika valdkonnast. Muu hulgas näitas ta streptokokkide rakuseina komponentide, eeskätt peptidoglükaani organismi kahjustavat toimet. ÜTO juhtiva spetsialistina oli J. Rotta konsultandiks peaaegu kõikides maailma suuremates vastava suunitlusega teaduskeskustes ning võttis aktiivselt osa reuma diagnoosimise laboratoorse baasi loomisest arengumaades.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedriga tekkisid J. Rottal esimesed teadussidemed 1972. aastal. 1988. aastal kirjutati Prahas alla Praha Hügieeni ja Epidemioloogia Instituudi ning Tartu Ülikooli vahelisele koostöölepingule.

1982. aastal seoses Tartu Ülikooli 350. aastapäevaga valiti J. Rotta Tartu Ülikooli audoktoriks. Oma tohutu töökoormuse tõttu ei õnnestunud tal kordagi Tartusse tulla. 15. märtsil, kuu aega enne surma saadetud kirjas teatas ta, et koostöölepingu järgi on tema sõit Tartusse kavas sel aastal. Meie plaan oli seda sõitu ajastada rahvusülikooli 70. aastapäevale pühendatud üritustega. Paraku otsustas saatus teisiti.

Kustumatut mälestust tunnustatud õpetlasest ja suurepärasest inimesest elab edasi Tšehhoslovakkia ja Eesti mikrobioloogide koostöös.

Akivo Lenzner

KROONIKA

Tervishoiuministeeriumis

21. aprillil 1989 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumis sõja- ja tööveteranide nõukogu tervishoiu- ja sotsiaalhoolduskomisjoni koosolek, kus arutati veteranide arstiabi. Koosoleku avas ja seda juhatas komisjoni esimees S. Gulordava.

Pikemalt rääkis veteranidele antavast arstiabist Eesti NSV tervishoiuministri esimene ase-täitja E. Palo. Ta märkis, et eriti vanemas eas inimesed vajavad nii arstiabi kui ka sotsiaalabi. Veteranide tervishoius võib rääkida kahest põhilisest probleemist: ravimitest ja ambulatoorset ning statsionaarset arstiabist.

Ravimite ostmisel on tehtud soodustusi. 1988. aasta juulist saavad pensionärid, kelle pension on alla 80 rubla kuus, osta ravimeid 50%-lise hinnaalandusega. 50% odavamalt saavad ravimeid ka Suurest Isamaasõjast osavõtnud ning I ja II grupi tööinvaliidid. Tasuta saavad ravimeid Suure Isamaasõja invaliidid ja nendega võrdsustatud isikud. Ent raskusi on ravimitega varustamises. Ravimite osas ei ole esialgu olukorra paranemist loota. Tellitud ravimitest saadakse ainult 75%.

Üksinda elavate vanurite kohta on peetud arvestust, neile on antud ka sotsiaalabi. Palju on haiglates inimesi, kes vajavad lihtsalt hooldust, aga kodus ei ole inimest, kes neid põetaks. Põetushaiglatena on kasutatud maaajakonnahaig-laid. Enamasti on need aga ahikütttega vanad puumajad.

NSV Liidu Tervishoiuministeerium andis korralduse avada veteranide ravimiseks eraldi haig-lad. Eestis on selleks Seli Haigla. See on küll kaunis kohas, aga palatid on suured ja ei ole sooja vett. Nii suurt haiglat veteranidele tegelikult vaja ei oleks. Praegu on haigla vabariigi allu-vuses, ent Eesti NSV Ministrite Nõukogu otsusega antakse see Rapla rajooni alluvusse. Haigete eelised seejuures ei kao, samaks jääb ravimitega varustamine ja jääb ka senine toiduraha.

Seli Haigla on põhiliselt südame- ja kopsu-haigete tarvis. 1988. aastal sai seal ravi 688 inimest, neist veterane oli umbes 300. Ras-ke on sinna meditsiinipersonali saada. Seli Haig-la võiks olla järelevi koht, seal on ilus ümbrus, puhas õhk ja hea söök.

Komisjoni aseesimees O. Tamm arvas, et igas haiglas võiks olla mingi arv kohti veteranide jaoks. Haigeid peaks ravima haiglas, järelevi toimugu aga teises kohas.

1988. aastal avati Narva-Jõesuus 122-kohaline veteranide kodu. Eelmisel aastal ehitati sõja- ja

tööveteranide polikliinik Otepääl, sel aastal on plaanis avada niisugune polikliinik Jõgeval.

Arutlusel oli ka, kuidas arendada vanurite sotsiaal- ja arstiabi. Jõuti arvamusele, et vanurite kodu peaks olema igas rajoonis ja see peaks olema kinnitatud kindla raviasutuse alluvusse.

V. Roos rääkis, et Haapsalusse on plaanis ehitada spetsiaalne sanatooriumikorpus liikumisraskustega invaliidide jaoks. Alumine korrus on mõeldud ratastoolis olijatele, kõrgemad korrused jaotatakse vastavalt trauma raskusele ja haige liikumisvõimele. Kõik veteranid, kes on soovinud sanatooriumituusikuid, on need ka saanud. Puudu on tulnud ainult südamehaigete sanatooriumituusikutest, igas kvartalis saadakse neid ainult 24 või 25. Tuusikuid jaotab sotsiaalhooldusministeerium, selleks on eraldatud 300 000 rubla. On arutatud ka seda, et vanur ei peaks internaatkodusse või pansionaati minema alaliselt, vaid ainult niikauaks, kui ta soovib.

U. Sibul rääkis Kieli Altesheimis nähtust. Selles elavad kõige kõrgemal korrusel üksikud vanurid kahetoalises kööbiga korteris. Nad teevad endale ise süüa ja saavad üldse veel ise hakkama. Vanemaks ja viletsamaks jäänud saab korteri korrus allapoole, kus on ühisköök. Arstiabi vajavad vanurid elavad omakorda korrus allpool. Lamavad haiged on kõige alumise korruse tubades, nende abistamiseks ja ravimiseks on töötajad. Samuti on nägemishäiretega inimestega. Vastavalt nägemishäire raskusele on korrused jaotatud ka nende vahel. Altesheimis on koosviibimistoad, kohvik, rõdud. Ümber maja on aed, kus pimedate jaoks on käsipuud, et neil oleks mugavam liikuda.

Proteesidest ja proteesimisest rääkides ütles U. Sibul, et Saksamaa LV-s tehakse amputeerimisoperatsioone ortopeediaosakonnas, kus amputeeritud jäsene järgi otsustatakse kohe ka, missugune tuleb teha protees.

Koosolekul kavandati edasised ülesanded.

Anne Tallo

Kauaaegse kohusetruu töö ning teenete eest tervishoiu arendamisel ja elanike arstiabi parandamisel andis Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 19. mail Tallinna Vabariikliku Haigla peaarstile **Väino Tuppitsale** Eesti NSV teenelise arsti aunimetuse.

Tervishoiutöötajate ametiühingus

25. aprillil toimunud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee VI pleenumi põhiküsimuseks oli tervishoiutöötajate töö tasustamine NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi 1986. aasta vastavasisulisest käskkirjast ning palgafondi kokkuhoiust lähtudes. Ettekanne oli komitee esimehelt T. Hendriksonilt.

Arutlust ilmnese, et ehkki Eesti tervishoiuasutustes täidetakse eespool nimetatud käskkirja nõudeid, toimub uute töötasude rakendamine raskustega. Ei ole jätkunud palgafondi intensiivsema ja kvaliteetsema töö eest tasumiseks sellisel määral, mis innustaks paremini töötama. Tervishoiuasutuste koosseisud on finantseeritud 85...90% ulatuses, seega on 10...15% tööst juba aastaid tehtud tasuta. Niisuguses olukorras on lubamatu kokku hoida töötasu nii komplekteerimata ametikohtade kui ka intensiivsema ja kvaliteetsema töö eest tasumata jätmisega. Tervishoiutöötajate madal palk ning lisaks olemasolevate võimaluste kasutamata jätmise on põhjustanud tervishoiuasutuste töö halvenemise, mis avaldub haigla voodikohtade ebaratsionaalses kasutamises, haigete puudulikus uurimises ning profülaktilise ja dispanseerse töö vajakajäämises.

Pleenumil otsustati järgmist. Pidada arstiabi madala kvaliteedi üheks põhjuseks madalat töötasu. Kohustada tervishoiuasutuste peaarste, juhatajaid ning ametiühingukomiteede esimehi kasutama olemasolevat palgafondi ratsionaalselt ning kogu ulatuses. Tervishoiuministeeriumil koos Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komiteega tuleb pöörduda Eesti NSV Ministrite Nõukogu poole palvega finantseerida 1990. aastal tervishoiuasutuste normatiivsetest ametikohtadest 93...95% ning 1991. aastal 100%. Nõuda Eesti NSV sõjakomissariaatidelt, et 1990. aastast alates tasuksid nemad kutsealiste noorukite meditsiinikomisjonide arstidele oma eelarvelistest vahenditest töö eest komisjonis. Teha Eesti NSV Ministrite Nõukogule seoses IME realiseerumisega ettepanek eraldada rahvatulust tervishoiule eelarvelisi vahendeid senisest kaks korda rohkem ning lahendada linnade ja rajoonide täitevkomiteedele täiendava töötasu limiidi eraldamine, mida täitevkomiteed vajaduse korral võivad eraldada asutustele intensiivsema ja kvaliteetsema töö eest.

Vabariikliku komitee pearaamatupidaja E. Nava esitas aruande 1988. aasta ametiühingu- ja riikliku sotsiaalkindlustuse eelarve täitmise kohta, mille pleenum ka kinnitas. Ühtlasi kinnitati ka ametiühingu- ja riikliku sotsiaalkindlustuse 1989. aasta eelarve.

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul 28. märtsil olid vaatuse all tervishoiutöötajate individuaalsed kaitsevahendid vältimaks kutsetöö kaudu AIDS-i nakatumist. Tervishoiuministri asetäitja J. Uibu informeeris neist meetmetest, mida on rakendatud (metoodilised juhendid, kile- ja kummikindad, desinfitseerivad vahendid) nakatumise vältimiseks.

Muu hulgas otsustati toetada Eesti NSV Ministrite Nõukogus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi taotlusi AIDS-i levikut vältivate kaitsevahendite kiiremaks hankimiseks.

Mall Kuusma

Punase Risti Seltsis

11. ja 12. mail 1989. aastal toimus Tallinnas VII vabariiklik tasuta doonorluse propagandistide seminar. Sellest võttis osa 86 inimest.

Esimesel päeval kuulati Vabariikliku Vereülekandejaama peaarsti R. Kolde põhiettekannet, mis käsitles vereülekande ajalugu ja transfusioologia arengut. Allakirjutanu rääkis tasuta doonorlusest nii Eestis üldse kui ka linnades ja rajoonides eraldi. Doonorluse ning selle ülesanded oli vaatluse alla võtnud ka Vabariikliku Vereülekandejaama osakonnajuhataja E. Allikas.

Seminari teine päev algas kinos «Sõprus», kus ühiselt vaadati doonorluse ja Punase Risti alaseid filme. Päeva teisel poolel tutvuti Vabariiklikus Vereülekandejaamas vere võtmise tehnika ja vere komponentide ning -preparaatide valmistamisega.

Kõik seminarist osavõtjad said mälestuseks pelikani kujutisega froteekäterätiku. On ju pelikan rahvusvaheline doonorluse sümbol.

Salme Tarmas

*
* *

7. aprillil toimus Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajate pidulik koosolek, millega tähistati 40 aasta möödumist Tallinna linna riikliku sanitaartalituse rajamisest. Sanitaartalitus arenes algul ebasoodsates tingimustes — linnas toimus sõjajärgne taastamistöö, tööstus koosnes väikestest artellidest, lasteasutused olid kitsastes kohandatud ruumides, tsentraliseeritud veevõrgu ja kanalisatsiooniga territooriumi osatähtsus oli väike, nakkus- ja kutsehaigustesse haigestumine suur, palju esines toidumürgitusjuhte. Tol perioodil tegeles linna sanitaar- ja epidemioloogiajaam peamiselt epideemiatorjega.

Seejärel hakati projekteerima ja ehitama uusi elamurajoone. Uued elamurajoonid, koolid ja lasteaiad ehitati tüüpprojektide järgi. Ümber korraldati ka sanitaartalituse töö. Põhitähelepanu tuli pöörata hügieenile ja ennetuslikule sanitaarjärelevalvele. Sanitaar- ja epidemioloogiajaama spetsialistid võtsid osa Tallinna ehituse ja rekonstrueerimise generaalplaani koostamisest ja kooskõlastamisest.

Aja jooksul on tehtud muudatusi nii asutuse struktuuris kui ka laboratoorses baasis. 40. aastapäevaks on Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama koosseisuliste ametikohtade arv suurenenud 2,5 korda asutamisaastaga võrreldes.

Nüüdisaegne sanitaar- ja epidemioloogiajaam — see on ennekõike mitme profiiliga laboratooriumid, tänu millele on võimalik iga päev anda linna sanitaar-epidemioloogilise olukorra kohta objektiivset hinnangut.

Teaduslik-tehniline progress, ökoloogilise seisundi halvenemine, rahvusvaheliste sidemete intensiivistumine — kõik see nõuab sanitaartalituse funktsioonide ning struktuuri täiustamist. Tõhusamat sanitaarjärelevalvet on vaja üldhara-

duskoolides ja kutsekeskkoolides toimuva reformi üle. Tõhustada tuleb nakkushaiguste immunoprofülaktilikat. Erilise tähelepanuga tuleb suhtuda polümeersete sünteetiliste materjalide kasutamisse tööstuses, ehitustel, laste- ja noorukite asutustes ning olmes, samuti kemikaalide kasutamisse põllumajanduses.

Sanitaar- ja epidemioloogiajaama inimeste tervise ja keskkonna seost uuriva rühma töö meetodikat ja nende käsutuses olevat aparatuuri on vaja täiustada. Ilma selleta ei ole neil võimalik oma tööd korralikult teha. Ka sanitaarharidustöö kõiki vorme on vaja täiustada.

Kesklinna ajaloolistes majades asuvad sanitaar- ja epidemioloogiajaama kasutada olevad ruumid ei vasta enam riikliku sanitaarjärelevalve põhitgevuses ette nähtud osakondade ja laboratooriumide paigutamise nõuetele. Vaja on nüüdisaegset hoonet. Selle kohta on põhjendatud arvestused esitatud linna täitevkomiteele ja tervishoiuministeeriumile, kuid otsuseid veel ei ole.

Inessa Kovaljova

Vabariiklik keskastme meditsiinitöötajate seminar toimus 14. aprillil 1989 Haapsalus. Varajasematel aegadel toimusid need Tallinnas ja Tartus. Esmakorselt korraldas seminari rajoon.

Planeeritud oli 400 osavõtjat, kuid korraldajate üllatuseks saabus kohale 600 keskastme meditsiinitöötajat. Vabariiklikke seminare korraldatakse enesetäiendamiseks, silmaringi laiendamiseks kaks korda aastas. Teemadeks olid seekord «Halastus» ja «Suremise õpetus» (Haapsalu Jaani koguduse õpetaja Tiit Salumäe), «Psüühiliste pingete maandamine» (Haapsalu Sanatoorse Internaatkooli direktor Voldemar Pinn), «Kodusest füsioterapiast» (Haapsalu Rajooni Keskhagla füsioterapeut Ene-Mai Tigane).

Korraldasime meditsiiniteemalise raamatunäituse «Ravimtaimede kasutamine meditsiinis». Tartu kolleegid käisid linnaekskursioonil. Päev lõppes Eesti Meditsiiniühenduse Seltsi keskjuhatuse koosoleku ja koosviibimisega.

Piret Tamme



Seminarist osavõtjad näitusega tutvumas. M. Nau-movi foto

Eesti NSV teadlaste publikatsioonid välismaal

Schwarz, V. Genetics and Selection in Sport. — In: Genetics and Psychomotor Traits in Man. Polish Academy of Sciences. Warsaw, 1984, p. 105—109.

Schwarz, V. A twin study of subcutaneous fat distribution in children and adolescents. — Abstracts of the IV-th International Congress of Auxology, Montreal (Canada), June 16—20, 1985. Montreal, 1985, p. 126—126.

Schwarz, V. A. twin study of genetic factors influencing the development of certain anthropometric traits during childhood and adolescence. — Abstracts of the International Symposium «Biological Evolution», Bari (Italy), April 9—14, 1985. Bari, 1985. p. 83.

Shvarts, V. B., Etlin, S. N., Kartuzova, L. T. Possible Influence of Changing Environment on Reduction in the Incidence of Multiple Pregnancies in Estonia. — Abstracts of International Conference of Project 12 of the UNESCO. Programme on Man and the Biosphere. Moscow, 1984, p. 254—255.

Schwarz, V. B., Salijeve, K. I. Effect of environmental and genetic factors on the development of mathematical abilities of schoolboys and schoolgirls. — Abstracts of the Symposium of the European Union for School and University Health and Medicine, Budapest — Hungary, July 9—11, 1985. Budapest, 1985, p. 46—46.

Subi, K. Irregular appearance of antiviral activity of complement in the hemagglutination inhibition test. — Virologie (Bucuresti), 1987, 38, 4, p. 273—274.

Шварц В. Б. О влиянии средовых и наследственных факторов на развитие физической работоспособности школьников. — Abstracts of the International Symposium of School and University Health and Medicine, Prague — Czechoslovakia, July 7—10, 1987. Prague, 1987, p. 209—209.

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Оперативное лечение вертельных переломов и ложных суставов шейки бедра фиксаторами системы Сеппо (отчет).

Научно-исследовательская лаборатория металлоостеосинтеза с клиникой им. А. Сеппо Министерства здравоохранения ЭССР. Мытус Я. Б., Джапаридзе Л. Г., Захаров В. А.

Вертельный перелом, ложный сустав, шейка бедра, остеосинтез, фиксатор системы Сеппо

Цель исследования заключалась в лечении вертельных переломов и ложных суставов шейки бедра фиксаторами системы Сеппо, в улучшении результатов их лечения, а также лечения несросшихся переломов и ложных суставов шейки бедра путем разработки комплекса мероприятий, обеспечивающих точную диагностику, щадящий прочный остеосинтез и раннюю активизацию больных.

Для определения прочности фиксации отломков были проведены сравнительные эксперименты на трупных костях фиксаторами Бахычарова, спицами Киршнера, угловой пластиной типа АО и фиксаторами системы Сеппо.

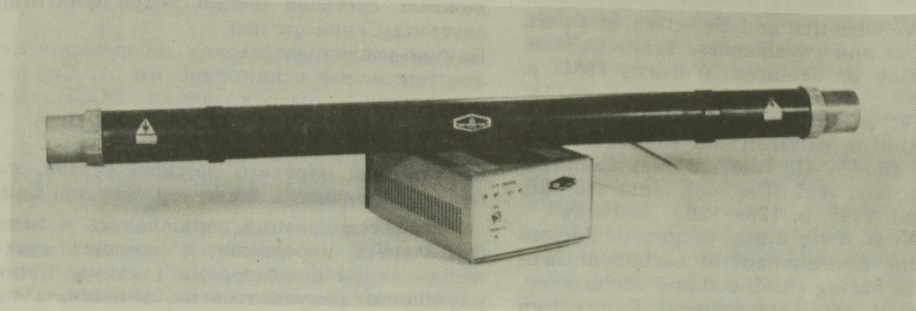
В работе применялись клинко-статистические, рентгенологические, лабораторные и биомеханические методы исследования. Проведен клинический анализ и изучены отдаленные результаты оперативного лечения 41 больного с вертельными переломами и 15 больных с ложными суставами шейки бедра.

Экспериментальные данные показали, что прочность остеосинтеза стабильных вертельных переломов трехплечным фиксатором Сеппо превосходит прочность остеосинтеза фиксатором Бахычарова и фасцикулярный метод спицами Киршнера соответственно в 2,5 и 5,6 раза. Остеосинтез стабильных вертельных переломов пластиной АО уступает по прочности комбинированному фиксатору в 1,2 раза, а остеосинтез нестабильных вертельных переломов — в 1,1 раза.

Результаты клинического исследования свидетельствуют о том, что при пребывании больных с вертельными переломами на больничной койке в среднем 19,3 дня и при отсутствии летальных исходов были получены хорошие отдаленные результаты в 37 случаях. У 14 больных с ложными суставами шейки бедра в сроки от 3 до 6 месяцев наступала консолидация и функция тазобедренного сустава восстанавливалась.

Спроектированы и изготовлены экспериментальные образцы фиксаторов системы Сеппо, а также вспомогательный инструментарий для их установки, которые внедрены в клинику. Выявлены достоинства и недостатки фиксаторов и даны рекомендации по целесообразности их применения в медицинских учреждениях для остеосинтеза указанных повреждений бедра.

HEELIUM-NEOONLASER JTH-111



Pideva töörežiimiga atomaarne mitmemoodiline gaas-laser JTH-111 on mõeldud kasutamiseks koherentse kiirguse allikana nii teadusaparatuuri kui ka informatsiooni edastamisel optilises sides defektoskoopias: materjali ja toodete pinna kvaliteedi kontrolliks meditsiinis, veterinaarias, bioloogias.

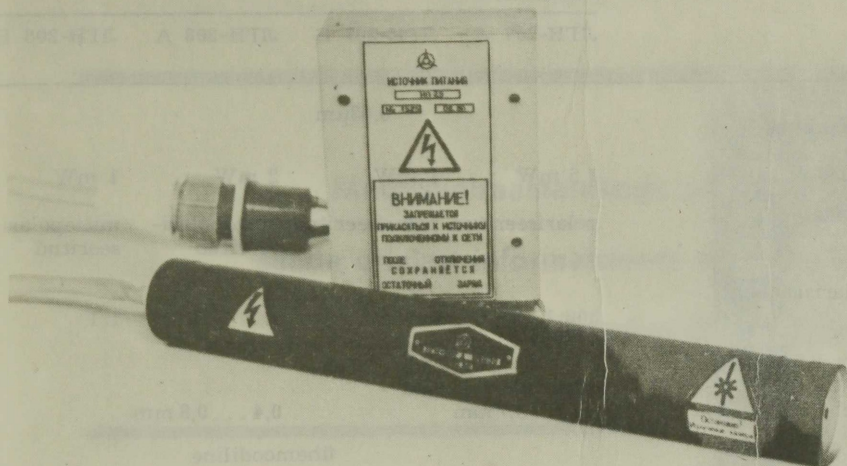
Selle laseritüübi eripäraks on:

kiirguse suunadiagrammi telje suur stabiilsus,
kiirguse intensiivsuse suur stabiilsus,
vähene tarbitav võimsus,
töövõime temperatuuride laias vahemikus
(-10°C kuni $+45^{\circ}\text{C}$),
väikesed mõõtmed ja mass.

TEHNILISED ANDMED

Kiirguse lainepikkus	0,63 μm
Keskmine kiirguse intensiivsus	25 mW
Laserikiire diameeter nivool 0,1	4 mm
Kiirguse liik	polariseeritud
Mõõtmed:	
kiirgur	$\varnothing 73 \times 1030$
toiteplokk	$272 \times 183 \times 118$
Mass:	
kiirgur:	3,5 kg
toiteplokk	5,0 kg
Tarbitav võimsus	60 W
Hind	1500.—

VÄIKESEGABARIIDILISED HEELIUM-NEOONLASERID ЛГН-207 А, Б ja ЛГН-208 А, Б



Heelium-neonlaserid ЛГН-207 А, Б ja ЛГН-208 А, Б on seeriatootmises olevaist kodumaistest gaaslasereist väikseimad.

1989. aastast alates on laserites kasutatud tööstuslikku toiteplokki 3.976.003, mis on võimaldanud lasereid kasutada iseseisvate aparaatidena. Uued laserid asendavad vanemaid tüüpe ЛГ-78 ja ЛГ-105 täielikult, ületades neid paljude tehniliste näitajate poolest.

Laserid ЛГН-207 А, Б ja ЛГН-208 А, Б rakendatakse nii meditsiinis kui ka bioloogias:

silmahaiguste diagnoosimisel, radikuliidi, hüpertensiooni ja bronhiaalastma ravis, laserakupunktuuris, samuti ka rakuanalüüsis ning rakkude ja muude mikroosakeste jaotumise uurimisel suuruse järgi ning erütrotsüütide ja leukotsüütide loendamisel.

Laserite konstruktsioon võimaldab neid rakendada mitmesugustes tingimustes ilma täiendava justeerimiseta.

Laserite vastupidavus mehhaanilistele ja kliinatilistele mõjutustele on võimaldanud neid kasutada nii laboraatorsetes kui ka välitingimustes.

LASERITE ЛГН-207 А, Б JA ЛГН-208 А, Б TEHNILISED ANDMED KOOS TOITEPLOKIGA 3.976.003

Parameeter	Laseri tüüp			
	ЛГН-207 А	ЛГН-207 Б	ЛГН-208 А	ЛГН-208 Б
Kiirguse lainepikkus	0,63μm			
Kiirguse intensiivsus	1,5 mW	1 mW	2 mW	1 mW
Kiirguse liik	polariseeritud	polariseeritud	mittepolari- seeritud	mittepolari- seeritud
Lineaarse polarisatsiooni suhtarv	500:1	500:1	1:1	1:1
Kiire läbimõõt 0,5 m kaugusel	mitte üle 1,4 mm		0,4 ... 0,8 mm	
4 cm kaugusel	0,5 ... 0,7 mm			
Resonaatori töörežiim	ühemoodiline			
Tööaja ressurss	mitte alla 5000 tunni			
Toitepinge	220 ⁺¹⁰ ₋₁₅ V, 50Hz			
Tarbitav võimsus	mitte üle 13 W			
Gabariidid: kiirgur toiteplokk	ø35×280 168×135×45			
Mass: kiirgur: toiteplokk	0,5 kg 1,2 kg			
Orienteeriv hind	1400 rbl.			

Tellimused aadressil 290034 Lvov, Tellimuste büroo, pk. B-8764

TEADUSTÖÖD TEGEVATELE ARSTIDELE!

Meditsiiniraamatukogu pakub teile võimalust
saada erialast informatsiooni maailma tuntumatest
arstiteaduslikest bibliograafiatest

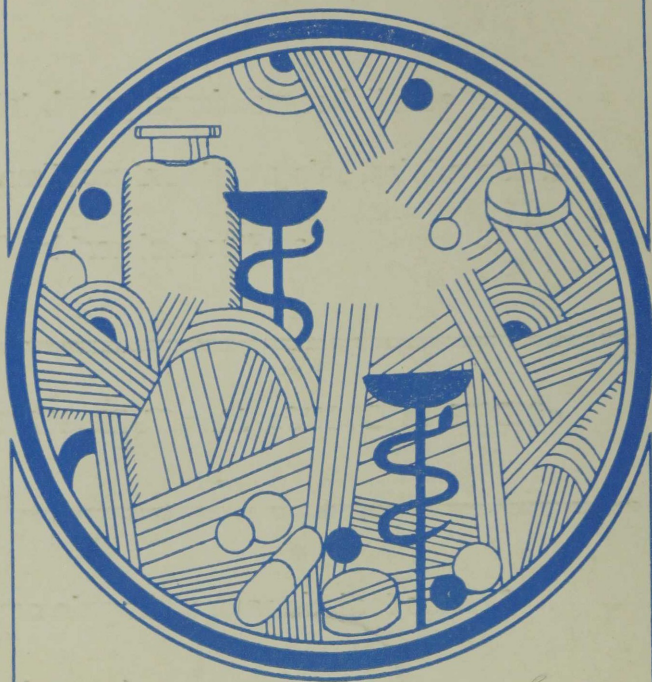
«INDEX MEDICUS» JA «CURRENT CONTENTS».

Palume teatada raamatukogule oma teadustöö
teema ja märksõnad!

Informatsioon teema kohta saadetakse teile
kord kvartalis kartoteegina.

Täiendavaid teateid saab telefonil

60 12 40.



ENTERODESUM

Enterodees on madalmolekulaarne polüvinüülpürrolidoon, mis seob organismis moodustuvaid toksiine ja väliskeskkonnast organismi sattunud toksilisi aineid. Kasutatakse täiskasvanute raviks desintoksitseeriva vahendina nakkuslike mao- ja sooletraktihaiguste toksiliste vormide korral, samuti ägeda mürgituse või muude mürgituste ning krooniliste enterokoliitide ägenemise ja maksapuudulikkuse korral. Pakendis on 5 g või 50 g preparaati.