TARTU ÜLIKOOL
RAAMATUKOGU

ISSN 0235-8026

EESTI ARST



3

1990

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



TRIRESID-K

Triresiididražee sisaldab 0,1 mg reserpiini, 10 mg hüdroklorotiasiidi, 10 mg dihüdralasiinsulfaati ja 350 mg kaaliumkloriidi.
Triresiid on arteriaalse hüpertensiooni ravim, mis tagab arteriaalse rõhu järkjärgulise alanemise.
Pakendis on 40 dražeed.
Ravimit toodetakse Jugoslaavias.

RAUVAZAN

Rauvasaan sisaldab toimeainena standardiseeritud rauwolfia alkaloide.
Preparaati kasutatakse mitmesuguse päritoluga hüpertensiooni raviks (essentsiaalne hüpertensioon, neerudest põhjustatud hüpertensioon).
Eriti mõjus on rauvasaanravi labiilse ja tahhükardiast põhjustatud hüpertensiooni korral.
Pakendis on 50 dražeed à 2 mg toimeainet.

3 EESTI ARST

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1990 **Asutatud 1922. aastal**

SISU

TEOORIA JA PRAKTIKA

T. Podar, B. Adojaan, I. Kalits — Eesti insuliinisõltuva suhkurtõvega laste register **179**

L. Einre — Lehterrind ja selle ravi võimalusi 181

A. Tellmann — Profülaktiline vitaminiseerimine, õpilaste halgestumus ja kehaline areng **183**

V. Ustina, L. Priimägi, L. Lemming, T. Golubkina, N. Zverjeva, J. Märtin — Inimese immuunpuudulikkuse viiruse kasvajate avastamine Eestis **186**

T. Aareleid, M. Rahu — Haigete elulemus eri vähipaikmete korral Eestis 1978...1987 **189**

L. Margna, L. Rootsmäe — Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama teaduslik-praktiline tegevus **194**

ÜLEVAATED

M. Zilmer, T. Vihalemm, E. Karelson — Lipiidide peroksüdatsioon — meditsiini nüüdisaegsete sõlmprobleemide võti. II **197**

M. Otter — Kronotoksikoloogia **201**

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

E. Mandel, H. Kokk — Maohaiguste kirurgilise ravi kogemus Võru Rajooni Keskhaiglas **204**

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

R. Malbe — Eesti 1989. aasta tervishoiu- ja demograafiaandmeid **208**

Eestis 1990. aasta I kvartalis registreeritud tähtsamad nakkushaigused **210**

J. Männiste, M.-A. Riikjärv — Arstide atesteerimisest **211**

SANITAARHARIDUSTÖÖ

R. Rannamäe, A. Edala, N. Puussaar — Elanike viirushepatiidialased teadmised **212**

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Tallinna Meditsiinikooli 1990. aasta lõpetajaid **215**

Tartu Meditsiinikooli 1990. aasta lõpetajaid **215**

Uusi meditsiinikandidaate **215**

ARSTITEADUSE AJALOOST

K. Kutsar — Meditsiiniteenistus Eesti Vabadussõjas **217**

L. Boston — Professor Aadu Lüüs — Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli lastehaiguste kateedri juhataja **220**

G. Arro — Doktor Klaudia Bežanitskaja ja tuberkuloosiravi areng Tartus **223**

M. Lõvi-Kalnin — Tartu Ülikooli stomatoloogia kateeder 50 **228**

MÕTTEVAHETUS

H. Kokk — Miks on vaja peaspetsialisti? **230**

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

V. Kalnin — NSV Liidu Teaduste Akadeemia kromatograafia ja analüütilise keemia teadusnõukogude väljasõiduistung **230**

V. Kalnin — Tartu Ülikooli Ajaloomuuseumi IX teadussessioon **230**

M. Purde — VII Leedu, Läti ja Eesti onkoloogide konverents **231**

EESTI ARSTIDE LIIDUS

R. Birkenfeldt — Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi juhatuse ja üleliidulise reumatoloogia probleemikomisjoni laiendatud pleenum **232**

MITMESUGUST

K. Kutsar, V. Laos — Välis-Eesti arstiteadlased. Lühibiograafiad 1944...1983 **233**

INTERVJUU

V. Laos — Iga inimese turvalisus hällist hauani (A. Ellamaa) **235**

K. Kutsar — Rando Truve — Eesti Arstide Liidu uus president **237**

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

L. Tamm — Missugust abi võib saada perenõuandlast? **239**

VÄLISMAALT

J. Kelk — Tutvumas Saksamaa Liitvabariigi meditsiinikorraldusega **240**

MEIE JUUBILARE **242**

Adda Mardna, Ants Haavel, Toomas Sulling, Ernst Raudam, Herman Vahter, Maria Epler, Mihhail Safra, Leo Päi, Georgi Kamõnin, Vaino Vahing, Vello Pert

TOIMETUSE VEERG

K. Kutsar — Lugeja «Eesti Arstist» **249**

Eesti teadlaste publikatsioone välismaal **250**

JURIIDILIST NÕUANNET **250**

IN MEMORIAM **251**

Selma Veisserik

TARTU ÜLIKOOLIS **252**

KROONIKA **255**

2

Tartu Ülikooli

RAAMATUKOGU

210903

AUTOREILE

Käsikirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas, ridade vahe kaks intervalli. Töö olgu aktuaalne ja tänapäeva teaduse tasemel. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. **Käsikiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3. . .7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusurutult mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse tõend,** kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsikirjaga. Teadusliku töö käsikirja viseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, eesja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** 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 algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsikirja lõppu. On soovitatav foto, eriti mikrofoto tagaküljele märkida ülemine serv.

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

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

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

«Eesti Arst»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil
200 090 Tallinn, Pärnu mnt. 8, postkast 107, kirjastus «Perioodika». Tellimusest välismaale tuleb teatada nimetatud aadressil kirja teel ja kanda vastav summa kirjastuse «Perioodika» arvele nr. 020 670 699 NSV Liidu Välismajanduse Panga Eesti Vabariiklikus Pangas Tallinnas (panga kood 805 045). «Eesti Arsti» tellimishind üheks aastaks välismaale ilma saatekuludeta on valuutarublades 13.80, USA dollarites 23.00.

Toimetuskolleegium

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

Korrektor ja tehniline toimetaja H. Brus. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19. Kallaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika». Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 20. 04. 1990. Trükkimisele antud 24. 05. 1990. Trükiarv 4500. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 8,34. Tell. nr. 1862. 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 4500. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист 6,5. Уч.-изд. лист. 8,34. Заказ № 1862. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Таллинн, Пярну маантеэ, 67-а.

© Kirjastus «Perioodika».
«Eesti Arst», 1990

Eesti Arst, 1990, 3, 179—180

TEOORIA JA PRAKTIKA

UDK 616.379-008.64-053.4/5-036.4-07(474.2)

Eesti insuliinisõltuva suhkurtõvega laste register

Toomas Podar Bela Adojaan
Irina Kalits · Tartu

insuliinisõltuv suhkurtõbi, register, haigestumus

Insuliinisõltuv (I tüüpi) suhkurtõbi on arenenud riikides üks sagedamaid lapseea kroonilise kuluga haigusi. 1921. aastani, enne insuliini avastamist, lõppes haigus kiiresti surmaga, ent praegusajalgi võib ta põhjustada invaliidistumist või enneaegset surma. Insuliinisõltuv suhkurtõbi nõuab komplitseeritud ravi, mis toob endaga kaasa nimetamisväärseid kulutusi. Elanike haigestumisest langeb lapseeale 25. . .50%.

Laste insuliinisõltuvat suhkurtõbe on epidemioloogiliselt uurida suhteliselt kerge, sest ilmeka kliinilise pildi tõttu ei ole haiguse diagnoosimine keeruline. Kõigi insuliinisõltuvat suhkurtõbe põdevate laste registreerimine võimaldab täpselt hinnata haigestumust, selle dünaamikat ning keskkonna- ja geneetilisi tegureid, millel on tähtis osa haiguse tekkes. Suhkurtõve epidemioloogilised uuringud on toetust leidnud Ülemaailmselt Tervishoiuorganisatsioonilt (ÜTO), kes on seisukohal, et tervishoiumeetmete planeerimine ja suhkurtõve ärahoidmine nõuavad usaldusväärset teavet haiguse leviku kohta (6). Probleemi aktuaalsusest annab tunnistust ka see, et ÜTO egiidi all sai 1990. aastal alguse programm DIAMOND (DIAbete MONDiale — maailma diabeet), mis ühe suunana näeb ette kõigi insuliinisõltuva suhkurtõvega laste uute haigusjuhtude registreerimise programmis osalevates riikides aastail 1990. . . . .2000 (3).

1988. aasta juulis külastas Eestit ÜTO diabeediekspertide rühm, millesse kuulusid ÜTO mittenakkuslike haiguste osakonna konsultant dr. Hilary King, ÜTO diabeediregistrite alase koostöökeskuse direktor Ronald E. LaPorte, Soome Rahva Tervise Instituudi epidemioloogiaosakonna juhataja dr. Jaakko Tuomilehto, doktorid Eva Wolf ja Raisa Lounamaa, mõlemad viimati nimetatud asutusest. Nendega koos arutati insuliinisõltuva suhkurtõve epidemioloogia uurimise perspektiivi Eestis, sealhulgas insuliinisõltuva suhkurtõvega laste registri koostamist (2). Registri koostamisega tehti algust 1988. aastal. Selle eesmärgiks oli kõigi haigusjuhtude retrospektiivne registreerimine 1980. aastast alates. Aasta lõpuks sai registri esialgne variant valmis. 1989. aastal kontrolliti ja täpsustati andmeid. Teavet saadi põhiliselt rajoonipediaatritelt, lisaks ka rajooniendokrinoloogidelt ja Tallinna Noorukite Polikliinikust. Alates 1989. aastast on iga kvartal saadud teateid rajoonide pediaatritelt ning lasteendokrinoloogidelt. On ka tagasiside registri koostajate ja informatsiooniandjate vahel, mis seisneb selles, et viimastele teatatakse põhiandmed kõigi antud piirkonnas seni registreeritud laste kohta ning palutakse vajaduse korral teha lisandusi, parandusi ja märkusi.

Registri koostamisel on lähtutud *Diabetes Epidemiology Research International Group*'i (DERI) nõuetest, mis tagavad andmete võrreldavuse teiste populatsioonide registrites tooduga: 1) laps peab olema haigestunud vaatlusalusel territooriumil/populatsioonis (Eestis); 2) suhkurtõve peab diagnoosinud olema arst; 3) laps peab diagnoosimise ajast peale saama insuliinasendusravi; 4) laps peab haigeksjäämise ajal olema alla 15 aasta vana (4). Iga haigestunu kohta märgitakse nimi, sugu, sünniaeg, haiguse diagnoosimise või esimese insuliinisüsti tegemise kuupäev,

Tabel. Eesti 0...14-aastaste laste haigestumus insuliinisõltuvasse suhkurtõppe aastail 1980... ...1988

Aasta	Poiss-lapsed	Tütar-lapsed	Kokku	Haigestumus
1980	18	11	29	9,4
1981	11	20	31	9,5
1982	26	19	45	13,8
1983	20	14	34	10,6
1984	22	13	35	10,9
1985	13	20	33	10,0
1986	26	14	40	12,1
1987	18	13	31	9,5
1988	12	23	35	10,8
Kokku	166	147	313	10,7

lapse elukoht haigestumise ajal, rahvus (eestlane või mitte-eestlane) ja rass.

DERI nõuded näevad ette ka registri täielikkuse hindamise sekundaarse informatsiooniallika abil (4). Selleks kasutati Vabariikliku Endokrinoloogiadispanseri insuliinisõltuvat suhkurtõbe põdevate laste haigusluguside. Tehti kindlaks, missugune osa Vabariiklikule Endokrinoloogiadispanserile teadaolevatest laste haigusjuhtudest oli paralleelselt informeeritud muude teabeallikate poolt. Registri täielikkuse määraks osutus rahvusvahelistele standarditele vastav 95%.

Viimastel aastatel on paljudes riikides loodud või loomisel insuliinisõltuvat suhkurtõbe põdevate laste registrid. Nõukogude Liidus loodi selline esimesena 1983. aastal Leedus. Laste haigestumus insuliinisõltuvasse suhkurtõppe varieerub maailmas väga suurtes piirides. Haigestumus on suurim Soomes (28,8 100 000 lapse kohta), kõige väiksem aga Jaapanis (Hokkaidol) (1,3 100 000 lapse kohta) (5).

Aastail 1980...1988 haigestus Eestis insuliinisõltuvasse suhkurtõppe 313 last, 166 poiss- ja 147 tütarlast (tabel 1). Suurim oli haigestumus 1982. ja 1986. aastal. Eestlasi haigestus 288, teistest rahvustest lapsi 85. Kõige sagedamini diagnoositi lastel insuliinisõltuvat suhkurtõbe märtsis, septembris, oktoobris ja novembris. Haigestumus oli uurimisperioodil keskmiselt 10,7 100 000 lapse kohta aastas (1988. aastal elas Eestis 340 000 0...14-aastast last), sarnanedes haigestumusega Kanadas, Hollandis ja Uus-Meremaal (5). Esialgsete andmete põhjal on Eestis eestlaste haigestumus suurem kui teistel rahvustel. Aastail 1980...1982 ja 1986...1988 haigestumus oluliselt ei erinenud ning selle suurenemistendentsi viimase dekaadi jooksul ei täheldatud. Samal ajal suurenes Soomes haigestumus 20%. Registris sisalduva teabe süvaanalüüs seisab veel ees.

KIRJANDUS: 1. Diabetes Epidemiology Research International Registry Group. Diabetes registries in Asia. Bull. World Health Organ., 1987, 65, 897—903. — 2. International Diabetes Epidemiology Newsletter. Summer/Fall, 1988. — 3. International Diabetes Epidemiology Newsletter. Fall, 1989. — 4. *LaPorte, R. E., Tajima, N., Akerblom, H. K. a. o.* Diabetes Care, 1985, 8, 101—107. — 5. *Rewers, M., LaPorte, R. E., King, H. a. o.* World Health Statist Quart; 1988, 41, 179—189. — 6. WHO Study Group. *Diabetes Mellitus.* Techn. Rept. Series 727, 77, Geneva, 1985.

Summary

Childhood insulin-dependent diabetes register in Estonia. Childhood insulin-dependent diabetes register in Estonia, between 1980—1988, was compiled retrospectively in 1988—89 by using the methods recommended by the DERI Group. Between 1980—1988, a total of 313 new cases of insulin-dependent diabetes were diagnosed, of those 166 were boys and 147 girls. The mean incidence rate, over the whole study period, was 10.7 per 100 000 persons at risk annually. The incidence among the native population seems to be higher than that among the immigrant population. The highest incidence of the disease was recorded in 1982 and 1986. In Estonia, insulin-dependent diabetes among children was more frequently diagnosed in March, September, October and November.

Резюме

Регистр детей, больных инсулинзависимым сахарным диабетом, в Эстонии. С 1988 г. в проведение программы ВОЗ по эпидемиологии сахарного диабета включилась и Эстония. Цель работы состояла в создании регистра заболеваемости детей сахарным диабетом в Эстонии начиная с 1980 г. При составлении регистра были учтены все международные требования, которые позволяют сопоставить наш регистр заболеваемости с данными других стран. С 1980 г. по 1988 г. включительно впервые заболело 313 детей, из них 147 девочек и 166 мальчиков. Среди заболевших было 228 детей эстонской и 85 детей других национальностей. Средняя заболеваемость за истекшие годы составляла 10,7:100 000.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateeder
Vabariiklik Endokrinoloogiadispanser

Eesti Arst, 1990, 3, 181—182

UDK 616.712-007.24-089

Lehterrind ja selle ravi võimalusi

Lauri Einre · Tallinn

lehterrind, rindkere eesseina deformatsioonid, Moiré' fotograafia

Lehterrind *(pectus excavatum)* on rindkere eesseina kongenitaalne deformatsioon. Lehtri moodustavad roided, rinnak, diafragma ja kõhusirglihased. Kõige sügavam on deformatsioon rinnaku alaosas mõõkjätkele ülemineku kohas. Lehterrind võib olla märgatav juba lapse sündimise ajal või kujuneb see välja mõne kuu jooksul pärast sündi ja progresseerub lapse kasvades (2).

Lehterrinna etioloogia on ebaselge. Selle kohta teatakse järgmist: 1) deformatsioon on kongenitaalset laadi; 2) vähemalt 30%-l juhtudest on tegemist pärilikkusega; 3) võimalik, et tegemist on ka antenataalse perioodi arenguhäirega (2); 4) lehterrinda esineb poeglastel sagedamini kui tütarlastel, seda põhjendatakse hingamise iseärasustega. R. C. Shambergeri ja K. J. Welchi poolt 30 aasta jooksul opereeritud 704 lehterrinnaga lapsest oli 544 poeglast (77,3%) ja 160 tütarlast (22,7%) (5); 5) lehterrinda peetakse isoleeritud arenguhäireks. R. C. Shamberger ja kaasautorid on 20 860 kongenitaalse südamerikkega lapsest leidnud ainult 36-l (0,17%) ka rindkere eesseina deformatsiooni (4).

Üldjuhul ravitakse lehterrinda kirurgiliselt. Operatsiooni näidustused on järgmised:

1) tegemist on kosmeetilise defektiga, millega kaasnevad psüühikahälbed (alaväärsustunne, kartus paljastada ülakeha);

2) südame ja hingamiselundite funktsionaalsed häired (3, 6, 9, 10).

Deformatsiooni objektiivseks hindamiseks sobib kõige paremini Urmonase klassifikatsioon, milles on lehterrinna raskusastme määramise aluseks võetud Gizycka indeks (rindkere külgprojektsioonis röntgenogrammil mõõdetud minimaalse ja maksimaalse sternovertebraalse vahemaa suhe): I staadium — indeks 1. . .0,7; II staadium — indeks 0,7. . .0,5; III staadium — indeks < 0,5.

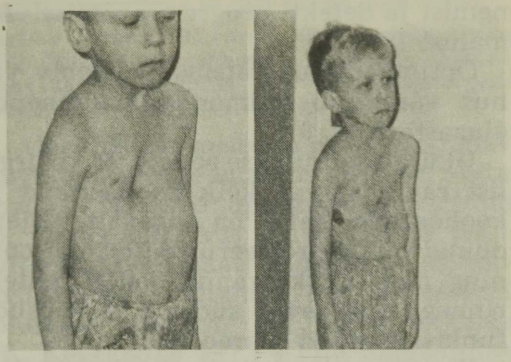


Foto 1. Haige enne operatsiooni.

Haige R. V., viis aastat vana. Diagnoos: lehterrind II staadiumis, asümmeetriline vorm.

Foto 2. Haige pärast operatsiooni.

Deformatsiooni konfiguratsiooni alusel eristatakse veel sümmeetrilist, asümmeetrilist ja lamedat vormi. V. Urmonase ja N. Kondrašini andmetel on operatsiooni absoluutseks näidustuseks lehterrinna III staadium ja näidustuseks II staadium. Lehterrinna I staadiumi puhul, kui ei ole tegemist lameda vormiga, kirurgilist ravi ei rakendata. Lehterrinna I. . .II staadiumi puhul, kui on tegemist lameda deformatsioonivormiga, arvestatakse kirurgilise ravi üle otsustamisel funktsionaalsete häirete esi-

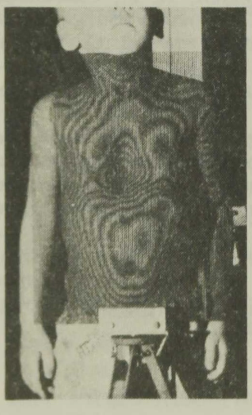


Foto 3. Haige enne operatsiooni (Moiré' foto).



Foto 4. Haige pärast operatsiooni (Moiré' foto).

nemist ja defekti progresseerumise võimalust (7, 10).

Optimaalne operatsiooniks sobiv vanus varieerub kolmandast kümnenda eluaastani (1, 8).

Üldiselt lähtutakse sellest, et kirurgilist ravi vajavad kõik koolieelikud ja koolialised, kellel on tugevalt väljendunud või progresseeruv deformatsioon, ning need täiskasvanud, kellel lehterrinnaga kaasnevad südame ja kopsude funktsionaalsed häired (9).

Konservatiivne ravi on tulemusrikas vaid siis, kui on tegemist nõrgalt väljendunud mitteprogresseeruva deformatsiooniga ja kui ravi alustatakse enne lapse kaheaastaseks saamist (10). Konservatiivse ravi meetoditeks on ravikehakultuur, rindkerelihaste massaaž ning eriti ujumine.

Rindkere eesseina deformatsiooni hindamiseks kasutatakse Moiré' fotograafiat. Fotode abil on võimalik kindlaks teha ka defekti sügavust. Nimetatud diagnoosimismeetod on kasutusel ka Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla kirurgiaosakonnas. Nende fotode järgi on võimalik hinnata selle meetodi efektiivsust võrreldes tavalise fotografeerimisega (vt. fotod 1, 2, 3, 4).

KIRJANDUS: 1. *Brown, M. J.* J. Surgery of Childhood. London, 1962. — 2. *Gross, R. E.* The Surgery of Infancy and Childhood. Philadelphia — London, 1964. — 3. *Ravitch, M. M.* Congenital Deformities of the Chest Wall and their Operative Correction. Philadelphia — London, 1977. — 4. *Shamberger, R. C., Welch, K. J., Castaneda A. R. a. o.* J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1988, 96, 3, 427—432. — 5. *Shamberger, R. C., Welch, K. J.* J. Pediatr. Surg., 1988, 23, 7, 615—622. — 6. *Willital, G. H.* Atlas der Kinderchirurgie. Stuttgart — New York, 1981.

7. *Гераськин В. И., Рудаков С. С., Васильев Г. С. и др.* Магнитохирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки. М., 1986. — 8. *Кондрашин Н. И.* Ортопедия, травматол., протезир., 1984, 4, 62—67. — 9. *Стручков В. И., Пугачев А. Г.* Детская торакальная хирургия. М., 1975. — 10. *Урмонас В. К., Кондрашин Н. И.* Воронкообразная грудная клетка. Вильнюс, 1983.

Summary

Indications for surgical treatment of pectus excavatum. Pectus excavatum is a congenital deformity of the anterior chest wall the etiology of which is unclear. The deformity as a cosmetic defect and dysfunctions of the cardiovascular and respiratory systems are considered as the main indications for surgical treatment. For a better visualization of the deformity, Moiré photography is being used. Generally the deformation needs surgical correction. Conservative treatment is indicated only in the initial stadium of unprogressive forms.

Резюме

О показаниях оперативного лечения воронкообразной грудной клетки. Воронкообразная деформация передней стенки грудной клетки является пороком развития неясной этиологии. Доказан конгенитальный характер деформации. Показанием к операции считается наличие косметического дефекта и функциональных изменений со стороны кардиоваскулярной и респираторной системы. Для лучшего визуального оценивания деформации пользуются фотографией Муара. Как правило, указанная деформация требует хирургической коррекции. Консервативное лечение показано только в начальной стадии при непрогрессирующей форме.

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla

Eesti Arst, 1990, 3, 183—186

UDK [616-053.5-036.8+664.3.033.94]:616-084

Profülaktiline vitaminiseerimine, õpilaste haigestumus ja kehaline areng

Alvi Tellmann · Tallinn

profülaktiline vitaminiseerimine, õpilaste haigestumus, kehaline areng

Õpilaste uurimine NSV Liidu eri piirkondades, sealhulgas ka Eestis, on näidanud, et suur osa neist saab vitamiine toiduga ebapiisavalt, seda eriti talvel ja kevadel. Kõige sagedamini esineb C-vitamiini ja B-grupi vitamiinide, paljudel juhtudel ka A- ja E-vitamiini-vaegust (3, 4, 9). Arvestades eelöeldut oli NSV Liidu Haridusministeeriumi ja NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi 1986. aasta ühise käskkirja alusel ette nähtud õpilaste profülaktiline vitaminiseerimine mitmes NSV Liidu piirkonnas.

Eestis alustati õpilaste profülaktilist vitaminiseerimist 1986/1987. õppeaastal Tallinna 5. Keskkoolis ja 1987/1988. õppeaastal Tallinna 9. Keskkoolis. Õpilased said polüvitamiinipreparaati «Undevit» kevadtalvel 5. . .7 kuud. I. . .IV klassi õpilastele anti üks vitamiinidražee ülepäeviti, V. . .XI klassi õpilastele üks dražee igal koolipäeval.

Käesoleva töö eesmärk oli hinnata profülaktilise vitaminiseerimise mõju õpilaste haigestumisele ja kehalisele arengule.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Võrreldi Tallinna 5. ja 9. keskkooli (katsekoolid) õpilaste haigestumust ja kehalise arengu näitajaid kahe samas mikrorajoonis asuva 40. ja 17. keskkooli (kontrollkoolid) õpilaste analoogiliste näitajatega. Haigestumuse näitajad määrati kooli toodud arstitõendite põhjal. Määrati nii õpilaste üldhaigestumus kui ka haigestumus ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse, kopsupõletikku ja angiini, samuti krooniliste haiguste ägenemise, neurooside ja neurootiliste seisundite esinemissagedus. Kehalise arengu näitajad määrati I, II, V, VII ja VIII klassi õpilastel enne profülaktilist vitaminiseerimist ja selle lõpul (kehapikkus, kehakaal, nende vastavus kohalikule standardile, Quetelet' indeks ($\frac{\text{kehakaal, kg}}{\text{kehapikkus, m}^2}$) ja summaarne nahavoltide paksus paremal õlavarrel ning parema abaluu all). Õpilaste kehapikkuse ja kehakaalu hindamiseks kasutati R. Silla ning kaastöötajate poolt väljatöötatud kohalikke standardeid (1, 2).

Uurimistulemused ja arutelu. Õpilaste haigestumuse analüüs esimesel aastal näitas, et vene õppekeelega Tallinna 5. Keskkoolis, kus õpilased said polüvitamiinipreparaati «Undevit», oli üldhaigestumus vitaminiseerimisperioodil oluliselt väiksem kui 40. Keskkoolis (5. Keskkoolis 397,1±12,8 haigusjuhtu ja 4280,8±129 haiguspäeva, 40. Keskkoolis 528,3±12,8 haigusjuhtu ning 5732,3±126,7 haiguspäeva 1000 õpilase kohta; $P < 0{,}001$, haigusjuhtude erinevus 25,2%). Üldhaigestumuse erinevus kahe kooli õpilaste vahel oli väljendunud kõikides klassides peale kümnenda. Õpilaste haigestumuse võrdlemine eesti õppekeelega 9. ja 17. keskkoolis andis analoogilise tulemuse. 9. Keskkoolis, kus toimus õpilaste profülaktiline vitaminiseerimine, oli üldhaigestumus vitaminiseerimisperioodil väiksem kui 17. Keskkoolis (9. Keskkoolis 643±14,9 haigusjuhtu ja 5447,1±155,1 haiguspäeva, 17. Keskkoolis 740,3±14,4 haigusjuhtu ning 5812,1±161,6 haiguspäeva 1000 õpilase kohta; $P < 0{,}001$, haigusjuhtude erinevus 13,1%). Peab mainima, et eesti kooli õpilased tarvitasid vitamiine 58% ning vene kooli õpilased 90% ettenähtud kogusest.

Haigestumuse analüüs diagnooside alusel nii vene kui ka eesti õppekeelega koolides näitas, et profülaktilise vitaminiseerimise tulemusena vähenes eelkõige õpilaste haigestumine ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse (vt. tabel 1). Statistiliselt usaldusväärseks muutus haigestumuse erinevus katse- ja kontrollkooli õpilaste vahel eesti koolides üks kuu, vene koolides kaks kuud pärast täiendava vitaminiseerimise algust (vt. tabel 2).

Profülaktilise vitaminiseerimise head mõju laste tervisele on täheldanud ka teised uurijad. On leitud, et nende täiendav vitaminiseerimine nii koolis kui ka lastepäevakodus vähendab haigestumust suuresti (5, 6, 7). Haigestumus

Tabel 1. Haigusjuhte 1000 õpilase kohta vitaminiseerimisperioodil diagnooside alusel

Diagnoos	Vene koolid					Eesti koolid				
	katsekool n=1428		kontrollkool n=1497		P	katsekool n=1031		kontrollkool n=932		P
	M	±m	M	±m		M	±m	M	±m	
Ägedad respiratoorsed haigused	259,7	11,4	353,7	12,1	<0,001	462,7	15,5	542,9	16,3	<0,001
Kopsupõletik	6,8	2,1	11,2	2,7	>0,05	7,7	0,8	3,2	0,6	>0,05
Angiin	35,4	4,8	36,7	4,8	>0,05	47,5	1,5	35,4	1,6	>0,05
Krooniliste haiguste ägenemine	5,4	1,9	5,9	2,0	>0,05	5,8	0,7	6,4	0,8	>0,05
Neuroosid ja neurootilised seisundid	0,7	0,7	0,7	0,7	>0,05	1,0	0,3	1,1	0,3	>0,05
Muud haigused	89,1	7,4	120,1	8,3	<0,01	118,3	10,1	151,3	11,7	<0,05
Kokku	397,1	12,8	528,3	12,8	<0,001	643,0	14,9	740,3	14,4	<0,001

Tabel 2. Haigusjuhte 1000 õpilase kohta vitaminiseerimisperioodil kuude järgi

Kuu	Vene koolid (1986/1987. õppeaasta)					Eesti koolid (1987/1988. õppeaasta)				
	kontrollkool		katsekool		P	kontrollkool		katsekool		P
	M	±m	M	±m		M	±m	M	±m	
November						102,8	9,5	109,4	10,2	>0,05
Detsember						71,8	1,4	77,3	1,4	<0,01
Jaanuar	105,4	8,0	117,5	8,2	>0,05	112,5	9,8	93,3	0,8	>0,05
Veebruar	140,7	9,1	164,7	9,5	>0,05	206,6	12,6	309,0	15,1	<0,001
Märts	72,1	6,7	97,8	7,6	<0,05	67,9	1,5	70,8	1,5	>0,05
Aprill	59,1	6,1	107,6	7,9	<0,001	62,0	1,5	65,5	1,6	>0,05
Mai	19,7	3,6	40,7	5,1	<0,001	19,4	1,2	15,0	1,2	>0,05
Kokku	397,1	12,8	528,3	12,8	<0,001	643,0	14,9	740,3	14,4	<0,001

Tabel 3. Õpilaste kehalise arengu näitajad enne profülaktilist vitaminiseerimist ja selle lõpul

Näitaja	Kool	I läbivaatus (enne vitaminiseerimist)							II läbivaatus (vitaminiseerimise lõpul)						
		katsekool			kontrollkool			P	katsekool			kontrollkool			P
		n	M	±m	n	M	±m		n	M	±m	n	M	±m	
Kehapikkus (sentimeetrites)	vene	182	148,3	1,1	186	146,2	1,1	>0,05	160	148,7	1,2	179	147,7	1,1	>0,05
	eesti	133	151,1	1,4	117	151,4	1,4	>0,05	123	152,7	1,4	116	154,0	1,5	>0,05
Kehakaal (kilogrammides)	vene	182	38,7	0,9	196	40,1	0,9	>0,05	160	39,1	1,0	179	41,1	0,9	>0,05
	eesti	133	42,5	1,1	117	44,2	1,3	>0,05	123	43,9	1,1	116	46,3	1,4	>0,05
Quetelet' indeks	vene	182	17,0	0,2	186	18,2	0,2	<0,001	160	17,1	0,3	179	18,3	0,2	<0,001
	eesti	133	18,1	0,2	117	18,6	0,3	>0,05	123	18,4	0,3	116	19,0	0,3	>0,05
Summaarne nahavoltide paksus (millimeetrites)	vene	182	20,1	0,6	186	18,3	0,5	<0,05	160	19,3	0,6	179	18,8	0,5	>0,05
	eesti	133	20,8	0,7	117	20,4	0,7	>0,05	123	18,4	0,5	116	18,5	0,6	>0,05

Tabel 4. Õpilaste kehapikkuse ja -kaalu võrdlus kohalike standarditega enne profülaktilist vitaminiseerimist ja selle lõpul

Näitaja	Võrdlus kohaliku standardiga	I läbivaatus (enne vitaminiseerimist)							II läbivaatus (vitaminiseerimise lõpul)						
		katsekool (5. Keskkool)			kontrollkool (40 Keskkool)			P	katsekool (5. Keskkool)			kontrollkool (40. Keskkool)			P
		absoluutarv	protsent	±m	absoluutarv	protsent	±m		absoluutarv	protsent	±m	absoluutarv	protsent	±m	
Kehapikkus	Alla keskmise (M−1 δ ja väiksem)	5	2,7	1,2	13	7,0	1,9	>0,05	6	3,7	1,5	12	6,7	1,9	>0,05
	Keskmine (M−1 δ kuni M+2δ)	159	87,4	2,5	159	85,5	2,6	>0,05	142	88,8	2,5	160	89,4	2,3	>0,05
	Üle keskmise (M+2δ ja suurem)	18	9,9	2,2	14	7,5	1,9	>0,05	12	7,5	2,1	7	3,9	1,4	>0,05
Kehakaal	Alla keskmise (M−1δ ja väiksem)	37	20,3	3,0	12	6,5	1,8	<0,001	32	20,0	3,2	16	8,9	2,1	<0,001
	Keskmine (M−1δ kuni M+2δ)	134	73,6	3,3	161	86,5	2,5	<0,01	119	74,4	3,5	154	86,0	2,6	<0,01
	Üle keskmise (M+2δ ja suurem)	11	6,1	1,8	13	7,0	1,9	>0,05	9	5,6	1,8	9	5,1	1,6	>0,05

väheneb alles pärast polüvitamiinipreparaadi regulaarset tarvitamist vähemalt kuu aja vältel (5).

Õpilaste kehalise arengu uurimisel selgus, et profülaktiline vitaminiseerimine nii vene õppekeelega Tallinna 5. Keskkoolis (viie kuu vältel) kui ka eesti õppekeelega Tallinna 9. Keskkoolis (seitsme kuu vältel) õpilaste kehalisele arengule olulist mõju ei avaldanud (vt. tabelid 3 ja 4). Kuigi vitaminiseerimise lõpul oli 5. Keskkoolis suhteliselt rohkem keskmisest väiksema kehakaaluga õpilasi, samuti 40. Keskkooli õpilastega võrreldes väiksema Quetelet' indeksiga õpilasi, tuleb siiski arvestada, et need erinevused kahe kooli õpilaste vahel olid esinenud juba enne vitaminiseerimist. Kirjanduse andmetel on kaheksa aasta vältel korraldatud õpilaste profülaktiline vitaminiseerimine parandanud nende kehalise arengu näitajaid (7). Seega tuleb nimetatud näitajaid pärast pikemaajalist vitaminiseerimist määrata korduvalt.

Kokkuvõte. Õpilaste profülaktiline vitaminiseerimine «Undevitiga» vähendab tunduvalt nende üldhaigestumust ja haigestumust ägedate respiratoorsete haiguste tagajärjel. Profülaktiline vitaminiseerimine 5. . .7 kuu vältel õpilaste kehalisele arengule olulist mõju ei avalda.

KIRJANDUS: 1. 1. . .7-aastaste laste kehalise arengu hindetabelid: Normatiivne materjal. Eesti Tervishoiuministeerium, Tallinn, 1978. — 2. Kehalise arengu standardid eesti ja vene rahvusest kooliõpilastele Eesti NSV-s: Normatiivne materjal. Eesti NSV Tervishoiuministeerium, Tallinn, 1976.

3. *Вагане Э. П.* Некоторые особенности питания и обмена веществ у населения Эстонской ССР. Таллинн, 1976. — 4. *Ву Тхи Дык Тхо Т. И., Ларина И. Е., Митин Г. С. и др.* Вопр. пит., 1987, 6, 70—72. — 5. *Волгарев М. Н., Спиричев В. Б.* В кн.: Теоретические и клинические аспекты науки о питании. Т. 5. Актуальные проблемы гигиены питания. М., 1984, 5—17. — 6. *Керимова М. Г., Алексерева И. П.* Педиатрия, 1988, 6. 89—90. — 7. *Краснопевцев В. М.* Вопр. пит., 1986, 1, 38—44. — 8. *Рыманенко Т. В., Спиричев В. В., Ладодо К. С.* Вопр. пит., 1988, 3, 4—10. — 9. *Саава М. Э., Паутс В. М., Тоом-*

салу Л. А. В кн.: Тезисы докладов 12-го съезда педиатров Эстонской ССР. I, Таллинн, 1985, 58—59.

Summary

Preventive vitaminization of pupils, its effect on morbidity, growth and development. The effect of preventive vitaminization on pupils of two Tallinn's secondary schools was studied. The pupils were given the polivitamin preparation "Undevit" for 5—7 months in winter-spring season. As a result of the preventive vitaminization, the overall morbidity and the incidence of acute respiratory diseases dropped significally. During the vitaminization period, the overall morbidity rate was by 13—25% lower among pupils of vocational schools than that in control groups in other schools. The preventive vitaminization had no effect on the pupils' growth and development.

Резюме

Профилактическая витаминизация, заболеваемость учащихся и физическое развитие. Оценивалось влияние профилактической витаминизации на заболеваемость и физическое развитие учащихся двух средних школ г. Таллинна. Витаминизация проводилась в зимне-весенний период в течение 5. . .7 месяцев поливитаминным препаратом «Ундевит». В результате профилактической витаминизации школьников существенно снизился уровень их заболеваемости, прежде всего за счет уменьшения количества острых респираторных заболеваний. Общая заболеваемость учащихся за период витаминизации в опытных школах была на 13. . .25% ниже, чем в контрольных. Разница в заболеваемости учащихся опытных и контрольных школ стала существенной через 1. . .2 месяца после начала профилактической витаминизации. На физическое развитие школьников профилактическая витаминизация в течение намеченных сроков существенно не влияла.

Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituut

UDK 612.015.1:616-036.4-07(474.2)

Inimese immuunpuudulikkuse viiruse kandjate avastamine Eestis

Valentina Ustina Ludmilla Priimägi Lydia Lemming Tatjana Golubkina Natalia Zverjeva Jaan Märtin · Tallinn

kontingent, viirusekandlus, HIV-1, HIV-2

Inimese immuunpuudulikkuse viirus (HIV) on levinud kogu maailmas. Käesolevaks ajaks on selgunud selle viiruse põhilised levikuteed ning haigestumise riskirühmad. Endiselt on AIDS-i profülaktikas jäänud põhiliseks viirusekandjate õigeaegne avastamine ja mõistliku eluviisi järgimine.

Käesolevas töös analüüsitakse immuunpuudulikkuse viiruse kandjate uurimise tulemusi Eestis. Uurimist alustati 1987. aasta juunis.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Immunoensüümanalüüs (IFA) tehti Nõukogude Liidus toodetud testisüsteemidega «Vektor», «Antigeen», «Rekombinant-HIV».

Immunoblotanalüüsi (IB) tegemiseks kasutati nitrotselluloosmatriitse (NSV Liidu Meditsiiniakadeemia D. Ivanovski nim. Viroloogia Instituudi ja Prantsusmaa firma «Du Pont» toodang).

Uurimistulemused ja arutelu. Eestis uuritakse HIV antikehade määramiseks saabunud vereseerumeid immunoensüümanalüüsi teel üheksas laboratooriumis. 1990. aasta esimesel poolel alustab tööd veel kaheksa laboratooriumi. Analüüsi tulem verifitseeritakse immunoblotimeetodil Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudis. Sellele lisandub kontroll NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudis. 1990. aasta 1. jaanuari seisuga oli Eesti avastatud viirusekandjate arvu järgi neljandal kohal Nõukogude Liidus (6).

1990. aasta 1. märtsiks oli Eestis uuritud 123 620 inimest, lisaks 199 764 doonorit (vereandmise arvu järgi) ja 87 392 rasedat (analüüside arvu järgi).

Tabel 1. Eesti elanike uurimise tulemused HIV antikehade suhtes

Uuritud	Uurituid		Seerumpositiivseid analüüse	
	arv	protsent	immunoensüüm-analüüsi teel	immunoblot-analüüsi teel
Eesti elanikud (ilma doonorite ja rasedateta)	123 620	100	44	6
Narkomaanid	914	0,74	1	0
Homo- ja biseksualistid	458	0,37	0	0
Suguhaiged	10 463	8,46	3	2
Korratu sugueluga isikud	6802	5,50	1	0
Üle kuu välismaal viibinud isikud	18 955	15,33	5	2
Verepreparaatide retsipiendid	124	0,10	0	0
Sõjaväelased	1335	1,08	0	0
Erikontingent	8169	6,61	1	0
Uuritud kliinilistel näidustustel	6670	5,39	0	0
Uuritud anonüümselt	3842	3,11	2	1
Olme- või meditsiinilised kontaktid AIDS-i haigetega ja haigetega, kellel vereproov on seerumpositiivne	1542	1,25	0	0
Välismaalased	1289	1,04	0	0
Lisaks:				
Doonorid (vereandmised)	199 764	—	30	1
Rasedad (analüüside arv)	87 392	—	1	0

Tabel 2. HIV-positiivsete vereseerumite analüüsi tulemused

Seerumi nr.	Proovi signaali kontrolli ületamise kordsus immuno-ensüümanalüüsis	Immunoblotanalüüs — HIV-1 struktuurvalgud, mille vastu avastati antikehad	Testi-süsteem	Kandlus
1.	3,4	p17, p24, p31, gp41, p55/51, p65, gp160/120	NSV Liit	HIV-1
2.	2,7	p17, p24, — gp41, p55/51 — —	NSV Liit	HIV-1
3.	2,6	p17, p24, p31, gp41, p55/51, p65 —	NSV Liit	HIV-1
4.	2,2	p17, p24, p31, — p55/53, p64, gp160	Du Pont	HIV-1
5.	2,5	p17, — — — — — gp160	Du Pont	HIV-1
6.	1,9	— p24, p55/51 // p17, p24, p55/53 (jäljed)	NSV Liit // Du Pont	HIV-2

HIV antikehade suhtes uuritute kohta saab teavet tabelist 1.

Esmase mainitud sõeluuringu põhjal osutus vereseerumi proovidest 44 positiivseks (0,01% uuringute üldarvust). Täiendaval immunoblotanalüüsil osutus 38 (86,4%) valepositiivseks. Viis proovi sisaldasid HIV-1 marker-antikehi ja need tunnistati seerumpositiivseks. Nüüdisajal peetakse positiivseks neid vereseerumeid, milles immunoblotanalüüsil avastatakse vähemalt üks ekspressiooniprodukt geenidest env, pol ja gag (2). Nagu nähtub tabelist 2, olid esimese viirusekandja seerumis viiruse kõigi struktuurvalkude antikehad, kahes vereseerumis (teises ja kolmandas) puudusid antikehad HIV-1 glükoproteiidi gp160/120 vastu, neljanda viirusekandja seerumis gp41 vastu. Viiendas vereseerumis avastati HIV-1 antikehad valkude gp160 ja p17 vastu süsteemis «Du Pont». Kuigi me arvasime, et see seerum vajab veel täiendavat uurimist, tunnistati ta arbitraažil NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudis positiivseks. Tuleb mainida, et vereseerumis antikehade avastamine HIV pindmiste glükoproteiidide vastu, isegi juhul, kui puudub vajalik

«komplekt» teisi valke, on mitteadekvaatne diagnostiline tunnus.

Kuuenda viirusekandja vereseerum kui HIV-1 suhtes positiivne immunoensüümanalüüsi testisüsteemis «Vektor» saadeti instituuti verifikatsiooniks. Ekstinktsiooni suurus ületas nulltaseme 1,9 korda ja saavutas positiivse kontrolli väärtuse. Meie avastasime uuritud proovis immunoblotanalüüsil antikehad HIV-1 p24 ja p55/50 vastu. HIV-2 antikehad avastati NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Epidemioloogia Teadusliku Uurimise Keskinstituudis, kus on vastavad matriitsid. Mõlemal meetodil saadud tulemused on vastavuses kirjanduse andmetega HIV-2-spetsiifiliste antikehade ja HIV-1 sisevalkude vahel toimuva ristuva koosmõju kohta (3, 5). Selle seerumi korduval analüüsimisel NSV Liidu Meditsiiniakadeemia D. Ivanovski nim. Viroloogia Instituudi ensümoloogialaboratooriumis identifitseeriti antikehad HIV-2 struktuurvalkude gp105, p68, p56, p36, p26 vastu.

Praeguseks on Eesti territooriumil avastatud 6 viirusekandjat vanuses 30. . .40 aastat — 5 meest ja 1 naine, kes on nakatunud nii HIV-1 kui ka HIV-2-ga.

KIRJANDUS: 1. *Chin, J., Mann, J.* Bull. WHO, 1989, 69, 71, 1—7. — 2. *Phair, J., Wolinsky, S.* J. Infect. Dis., 1989, 159, 2, 320—323. — 3. *Rayfield, M., Cock, K., Heyward, W. a. o.* J. Infect. Dis., 1988, 158, 6, 1170—1176. — 4. *Salk, J.* Nature, 1987, 326, 6112, 435—436.

5. *Покровский В. В., Суворова З. К., Мангуше Г. Н.* Ж. микробиол., 1988, 10, 18—20. — 6. СПИД в СССР. Информационное письмо № 2. М., декабрь, 1989, 2.

Summary

Detection of human immunodeficiency virus carriers in Estonia. The detection of the carriers of human immunodeficiency virus (HIV) in Estonia was started in June, 1987. By March 1, 1990, a total of 123 620 subjects and also 199 764 blood donors and 87 392 (according to the number of tests) pregnat women were tested for HIV. As a result, 44 HIV-positive sera were revealed by using enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) technique. The 44 HIV-positive sera were retested by using immunoblot assay technique and, as a result, of those 38 sera (86.4%) prove false-positive. By March 1, 1990 6 HIV-1 and HIV-2 carries were revealed in Estonia.

Резюме

Выявление носителей вируса иммунодефицита человека в Эстонии. Выявление носителей вируса иммунодефицита человека в Эстонии начато с июня 1987 года. На первое марта 1990 года в республике было обследовано 123 620 человек, а также 199 764 донора (кроводачи) и 87 392 беременные (по числу анализов). Сетью первичного скрининга с помощью иммуноферментного анализа было выявлено 44 позитивных сыворотки. При контрольных исследованиях методом иммуноблота 38 сывороток (86,4) были признаны ложноположительными. На первое марта 1990 года в республике выявлено 6 носителей ВИЧ-1 и ВИЧ-2.

Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituut

Eesti Vereteenistuse Keskus

Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser

Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Eesti Arst, 1990, 3, 189—193

UDK 616-006-031-036.8

Haigete elulemus eri vähipaikmete korral Eestis 1978. . .1987

Tiiu Aareleid Mati Rahu · Tallinn

vähk, tegelik elulemus, suhteline elulemus, vähiregister

Vähihaigete elulemuse uurimine on omandanud tähtsa koha vähistatistika üldpildis. Elulemusnäidud lisavad väärtuslikku teavet vähitõrje kohta teatud riigis või piirkonnas. Et saada terviklikku ettekujutust vähi leviku iseärasustest, profülaktikast, diagnoosimisest ja ravi tõhususest, tuleb üheaegselt hinnata haiguse esinemise eri tahke: haigestumust, suremust, levimust, riski ning haigete elulemust (3).

Üldlevinud käsitluse kohaselt tähistab mõiste «elulemus» vähi diagnoosimise või ravi alguse ajast kuni jälgimisaja lõpuni elus olevate haigete suhtarvu. Eriti ülevaatlik on elulemusstatistika, mis põhineb rahvastiku-vähiregistritel.

Eesti Vähiregistris alustati vähihaigete elulemuse uurimist 1980-ndatel aastatel. Seni on elulemust hinnatud sagedamate vähipaikmete puhul (1, 6). Vähiregistris on praegu kasutusel elulemusstatistika algoritmid, arvutiprogrammid ja väljundinfo tüüptabelid. Käesoleva uurimuse raames seati esmakordselt eesmärgiks esitada rahvusvahelistele nõuetele vastav elulemusstatistika kõigi Eestis esinevate pahaloomuliste kasvajate kohta.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Aastail 1978 . . .1987 registreeriti Eestis 42 861 esmast vähijuhtu. Elulemuse analüüsiks kasutati 40 453 haigusjuhu andmeid. Välja jäeti 2226 juhtu, kui vähk oli diagnoositud pärast surma, ja 182 juhtu, kui kasvaja pahaloomulisusel ei olnud histoloogilist kinnitatust.

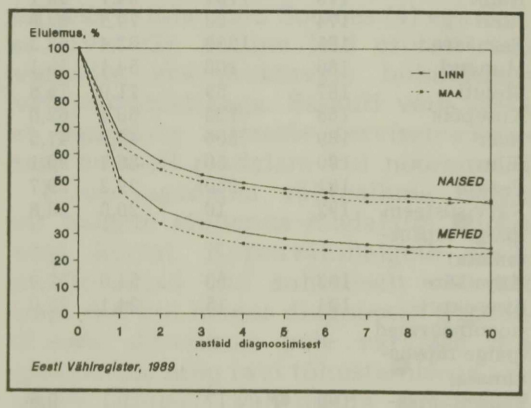
Elulemuskordajad arvutati aktuariaalsel ehk elutabelimeetodil (1, 3). Vaatlus algas 1978. aasta 1. jaanuaril ja lõppes 1987. aasta 31. detsembril. **Tegelik elulemus** on diagnoosimisajast kuni vaatlusaja lõpuni (näiteks ühe, viie ja kümne aasta järel) elus olevate haigete suhtarv, mille saamisel võetakse arvesse kõik surma põhjused. **Suhteline elulemus** on sama suhtarv tingliskus olukorras, kus vaatluse all olev vähivorm on ainus võimalik surma põhjus. Suhteline elulemus arvutatakse kui tegeliku ja eeldatava elulemuse suhe. **Eeldatav elulemus** tähistab haigetega soo, vanuse ning jälgimisaja poolest sarnaste tervete isikute elulemust. Käesolevas töös leiti eeldatava elulemuse näidud Eesti rahvastiku suremustabelitest (elutabelitest) aastail 1976. . . . . .1985. Elulemuskordajad on esitatud protsentides. Suhteline elulemus üle 100% väljendab olukorda, kui haigete rühma tegelik elulemus ületab eeldatava elulemuse.

Tegeliku elulemisaja mediaan väljendab aega (aastates), mille vältel surid pooled jälgituist. Vähim võimalik mediaan on pool aastat, mis näitab, et juba esimese jälgimisaasta jooksul surid kõik haiged.

Haigete keskmine vanus leiti kui aritmeetiline keskmine. Elulemuse analüüsi tulemused on toodud rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 9. väljaande (ICD-9) põhirubriikide järgi. Kõik näitajad arvutati eraldi meeste ja naiste kohta. Kuue sagedama vähipaikme (kops, magu, nahk, rind, käär- ja pärasool) puhul hinnati haigete elulemust olenevalt haiguse staadiumist, vanusest, haige elukohast ning diagnoosimisaastast.

Uurimistulemused ja arutelu. Haigete elulemuskordajad varieerusid märkimisväärselt vähipaikmeti (vt. tabelid 1 ja 2). Kui näiteks nahavähi juhtudel ületas viie aasta suhteline elulemus 99% ja tegeliku elulemisaja mediaan 10 aastat, siis maksavähi juhtudel oli viie aasta suhteline elulemus meestel alla 1% ning tegeliku elulemisaja mediaan vaid pool aastat.

Naiste elulemus ületas meeste elulemuse enamiku vähipaikmete korral. Kõigi paikmete koguarvestuses oli meeste viie aasta suhteline elulemus 27,3%,



Joonisel on toodud linna- ja maaelanike suhteline elulemus kõigi vähipaikmete korral Eestis ajavahemikul 1978. . .1987.

Tabel 1. Üldandmed vähi esmasjuhtude, tegeliku (TE) ja suhtelise (SE) elulemuse ning tegeliku elulemuse mediaani (TEM) kohta eri vähipaikmete korral Eesti meestel aastail 1978...1987

Paige	ICD-9 kood	Elulemuse analüüsiks kasutatud juhtude arv	Diagnoosimisest möödunud aeg						TEM, aastad	Haigete keskmine vanus	Diagnoosi morfoloogiline kinnitatus, %
			1 aasta		5 aastat		10 aastat				
			TE,%	SE,%	TE,%	SE,%	TE,%	SE,%			
Huul	140	219	88,9	93,7	61,5	81,4	50,8	92,9	10,0	63,7	81
Keel	141	100	62,5	65,1	20,7	25,7	0,0	0,0	1,6	59,7	94
Suur süljenääre	142	43	69,8	72,9	34,8	44,3	0,0	0,0	2,2	60,7	90
Ige	143	38	66,2	68,4	20,2	24,3	20,2	30,6	1,5	58,3	94
Suupõhi	144	82	61,0	62,5	27,3	31,1	5,8	7,8	1,6	54,8	98
Suu (paige täpsustamata)	145	53	66,7	68,8	29,1	34,6	0,0	0,0	1,6	57,4	92
Suuneel	146	121	50,4	51,7	14,6	16,8	0,0	0,0	1,0	55,4	98
Ninaneel	147	39	76,3	78,4	10,5	12,2	0,0	0,0	1,6	55,0	92
Kõrineel	148	76	60,3	62,1	12,1	14,4	4,0	6,0	1,4	58,0	96
Neel	149	6	33,3	34,2	16,7	19,3	0,0	0,0	0,7	57,7	100
Söögitoru	150	301	22,6	23,7	1,4	1,8	0,0	0,0	0,6	62,7	78
Magu	151	2899	34,9	36,6	13,4	17,2	9,6	16,6	0,8	62,1	80
Peensool	152	31	19,4	20,4	6,5	8,5	6,5	12,0	0,6	64,1	100
Käärsool	153	794	49,2	52,0	27,7	36,9	23,2	43,2	1,0	63,5	80
Pärasool	154	804	56,4	59,6	19,9	26,9	16,2	31,0	1,4	64,7	89
Maks	155	239	6,2	6,4	0,5	0,7	0,0	0,0	0,5	60,0	73
Sapipõis	156	98	27,3	28,5	8,8	11,2	6,6	11,4	0,7	62,0	78
Kõhunääre	157	646	10,1	10,6	1,1	1,5	0,0	0,0	0,6	62,9	58
Kõhukelme	158	29	28,6	29,4	14,8	17,4	0,0	0,0	0,7	50,6	79
Sooletrakt (paige täpsustamata)	159	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	60,0	100
Ninaõõs	160	69	57,6	60,3	14,1	17,8	6,0	9,7	1,3	59,2	89
Kõri	161	581	77,1	79,7	40,0	48,0	27,7	41,7	3,3	58,1	91
Kops	162	4696	29,7	31,0	5,9	7,4	3,0	5,1	0,7	61,9	63
Pleura	163	21	28,6	29,6	6,5	7,9	0,0	0,0	0,7	58,4	80
Harknääre	164	30	27,6	28,7	11,8	14,7	0,0	0,0	0,7	54,3	46
Hingamiselundid (paige täpsustamata)	165	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luud	170	73	47,4	49,0	22,0	26,0	22,0	31,0	1,0	47,2	63
Sidekude	171	148	54,2	56,2	29,9	35,8	23,8	34,5	1,4	50,5	97
Nahamelanoom	172	200	74,1	77,0	31,9	38,8	19,9	30,1	2,7	55,6	97
Nahk	173	1757	94,1	99,7	73,0	99,2	58,6	112,2	>10,0	64,4	91
Rind	174	20	79,5	82,8	30,0	37,4	0,0	0,0	2,7	60,0	90
Eesnääre	185	1258	63,4	68,3	22,7	34,5	9,5	24,4	1,7	70,8	61
Munand	186	108	54,1	55,1	29,3	32,3	18,9	22,9	1,2	40,2	94
Suguti	187	59	71,9	75,6	51,2	66,6	0,0	0,0	7,1	62,9	91
Kusepõis	188	735	58,4	62,0	22,6	31,4	12,9	26,4	1,5	66,3	77
Neer	189	556	45,9	47,5	17,5	21,3	12,1	18,8	0,9	58,1	74
Silm	190	56	86,7	90,1	40,9	50,4	25,8	40,9	3,9	58,1	92
Peaaju	191	250	29,2	29,7	13,4	14,8	0,0	0,0	0,7	44,4	89
Närvisüsteem (paige täpsustamata)	192	10	20,0	20,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	53,6	90
Kilpnääre	193	53	54,6	57,0	22,0	27,4	0,0	0,0	1,3	57,8	88
Sisesekretsiooninäärmed (paige täpsustamata)	194	15	24,1	25,0	8,0	9,7	0,0	0,0	0,7	55,6	80
Täpselt määratlemata piirkonnad	195	17	9,1	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	60,9	70
Lümfisõlmed	196	10	60,0	62,0	20,0	24,0	0,0	0,0	2,0	58,2	100

Hingamis- ja seedeelundid (metastaas)	197	9	22,2	23,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	63,7	44
Muud elundid (metastaas)	198	13	61,5	63,6	7,7	9,2	0,0	0,0	1,4	59,0	69
Algpaige teadmata	199	199	19,5	20,4	7,8	10,0	0,0	0,0	0,6	61,2	61
Lümfosarkoom	200	245	47,3	48,9	20,3	24,3	4,2	6,2	0,9	52,8	95
Hodgkini tõbi	201	195	71,4	72,7	49,0	53,7	43,7	53,1	4,6	39,3	97
Lümfoidkude (paige täpsustamata)	202	60	54,8	57,4	21,6	27,6	0,0	0,0	1,2	55,8	96
Hulgimüeloom	203	102	49,7	52,2	12,8	16,6	0,0	0,0	1,0	63,0	70
Lümfoid-leukeemia	204	331	70,2	73,4	30,5	39,0	13,9	23,7	3,0	57,8	68
Müeloid-leukeemia	205	166	36,8	38,4	14,0	17,5	2,3	3,6	0,8	54,4	66
Monotsüüt-leukeemia	206	5	20,0	20,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	37,2	60
Leukeemia (muud tüüpi)	207	9	76,5	78,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	53,8	88
Leukeemia (tüüp täpsustamata)	208	80	28,2	29,1	10,9	12,9	0,0	0,0	0,7	45,7	67
Kõik paikmed	140—208	18755	47,1	49,3	21,2	27,3	14,3	24,9	0,9	61,5	76

naistel aga 46,6%. Tegeliku elulemusaja mediaan moodustas vastavalt 0,9 ja 2,5 aastat. Suurimat erinevust meeste ja naiste elulemuskordajates täheldati kilpnäärme-, huule- ja pärasoolevähi, samuti nahamelanoomi ja lümfosarkoomi puhul. Vaid üksikute vähipaikmete korral (näiteks magu) osutus meeste elulemus mõnevõrra suuremaks kui naistel.

Kõigi pahaloomuliste kasvajate puhul kokku ületas linnaelanike elulemus maaelanike elulemuse (vt. joonis). Sagedamate vähipaikmete korral (magu, rind, käär- ja pärasool) ilmnes samasugune suhe, sest maaelanikel avastati vähk tavaliselt hilisemas staadiumis.

Osa pahaloomuliste kasvajate puhul (meeste mao-, käär- ja pärasoolevähk; naiste rinna-, kopsu- ja käärsoolevähk) täheldati ajavahemikul 1978. . .1987 haigete elulemuse suurenemistendentsi. Kõigi paikmete koguarvestuses suurenes elulemus mõnevõrra meestel: viie aasta suhteline elulemus aastail 1978. . . . .1982 oli 26,8%, aastail 1983. . .1987 28,7%. Siiski peab nentima, et elulemuse ajaliste muutuste hindamiseks on vaja kasutada andmestikku pikema ajavahemiku kohta. Eesti Vähiregistri materjal võimaldab peatselt teha sedalaadi analüüsi alates 1968. aastast.

Vähihaigete elulemus sõltus suurel määral haiguse kliinilisest staadiumist avastamise ajal, ent samuti haigete vanusest. Enamasti täheldati nii tegeliku kui ka suhtelise elulemuse vähenemist vanuse suurenedes. Põhjuseks on kaugelearenenud vähi tunduvalt sagedam esinemine eakatel. Nii on Eestis selgelt väljendunud erinevus rinnavähijuhtude jaotumises kliinilise staadiumi järgi noorematel ja vanematel naistel, mida näiteks ei täheldata Soomes (4) ega Saksa DV-s (2). Selline leid osutab meie vanurite ebarahuldavale hõlmatusele vähiprofülaktikaga. Samuti võib väita, et eakamate inimeste terviseteadvuse tase on meil madalam kui noorematel.

Kuue sagedama vähipaikme hulgas oli haigete elulemus madalaim kopsuvähi korral. Kopsuvähihaigete elulemuskordajad olid suhteliselt väikesed isegi siis, kui haigus diagnoositi algstaadiumis. Järelikult pole varajase diagnoosimise ning ravi tõhustamisega võimalik oluliselt vähendada kopsuvähisuremust (5). Ainsa efektiivse abinõuna tuleb arvesse tõve esmane profülaktika — suitsetamisest loobumine.

Tabel 2. Üldandmed vähi esmasjuhtude, tegeliku (TE) ja suhtelise (SE) elulemuse ning tegeliku elulemuse mediaani (TEM) kohta eri vähipaikmete korral Eesti naistel aastail 1978...1987

Paige	ICD-9 kood	Elulemuse analüüsiks kasutatud juhtude arv	Diagnoosimisest möödunud aeg						TEM, aastad	Haigete keskmine vanus	Diagnoosi morfoloogiline kinnitatus, %
			1 aasta		5 aastat		10 aastat				
			TE, %	SE, %	TE, %	SE, %	TE, %	SE, %			
Huul	140	59	94,7	100,0	72,6	98,1	48,4	93,9	7,8	70,1	81
Keel	141	31	50,0	51,6	27,9	33,3	0,0	0,0	1,0	62,9	93
Suur süljenääre	142	59	82,3	84,8	63,9	74,6	59,0	81,0	>10,0	56,3	93
Ige	143	13	46,2	48,3	21,0	26,9	0,0	0,0	0,9	66,2	84
Suupõhi	144	12	21,7	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	62,3	91
Suu (paige täpsustamata)	145	13	68,0	70,1	52,9	62,4	0,0	0,0	7,1	63,8	92
Suuneel	146	28	56,4	57,7	39,7	44,9	31,7	41,9	1,4	60,8	92
Ninaneel	147	26	71,4	73,5	36,1	42,4	0,0	0,0	2,6	59,9	96
Kõrineel	148	6	81,8	83,0	36,8	40,0	0,0	0,0	3,5	57,3	66
Neel	149	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	64,0	100
Söögitoru	150	92	25,8	27,7	7,0	10,3	0,0	0,0	0,7	72,3	52
Magu	151	2552	34,1	35,5	13,3	16,5	10,7	17,5	0,8	66,0	71
Peensool	152	23	43,5	44,6	20,8	23,4	0,0	0,0	0,9	60,4	86
Käärsool	153	1239	51,7	53,7	30,4	37,5	22,0	35,4	1,2	65,7	79
Pärasool	154	1076	63,5	66,0	31,6	39,0	23,1	37,2	1,8	66,1	84
Maks	155	177	9,4	9,8	0,8	1,0	0,0	0,0	0,6	65,9	62
Sapipõis	156	235	14,1	14,7	4,9	6,1	3,8	6,5	0,6	68,0	77
Kõhunääre	157	26	12,8	13,4	1,5	1,9	0,0	0,0	0,6	69,1	51
Kõhukelme	158	3	29,4	30,3	17,5	20,6	17,5	25,5	0,7	59,8	88
Sooletrakt (paige täpsustamata)	159		33,3	34,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	56,0	66
Ninaõõs	160	45	68,5	72,0	25,8	33,6	19,3	34,5	1,7	67,8	73
Kõri	161	42	70,7	72,0	49,6	55,1	39,3	50,3	3,9	58,4	92
Kops	162	831	30,6	31,7	9,8	11,8	5,5	8,4	0,7	65,3	52
Pleura	163	15	28,6	29,0	9,5	10,4	0,0	0,0	0,7	56,5	93
Harknääre	164	19	40,5	42,0	26,1	31,8	0,0	0,0	0,8	59,9	63
Hingamiselundid (paige täpsustamata)	165	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luud	170	64	65,6	67,4	23,0	26,3	0,0	0,0	2,0	48,6	76
Sidekude	171	178	75,7	77,4	41,4	47,0	27,9	36,8	3,0	52,9	94
Nahamelanoom	172	347	87,9	90,0	56,8	64,6	55,8	73,9	>10,0	57,0	97
Nahk	173	2676	96,4	100,7	78,6	99,6	59,0	98,9	>10,0	66,5	88
Rind	174	3733	86,9	88,7	53,3	59,7	35,9	46,4	5,7	57,5	91
Emakas	179	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Emakakael	180	1604	79,2	80,8	50,8	56,9	41,5	53,9	5,3	58,0	96
Emakook	181	16	72,4	72,5	51,8	52,1	0,0	0,0	7,0	27,3	93
Emakakeha	182	1365	81,9	83,9	60,4	68,8	0,0	0,0	9,1	61,0	97
Munasari	183	1445	52,0	53,3	21,2	24,4	15,5	21,4	1,1	60,3	86
Suguelundid (paige täpsustamata)	184	277	62,8	66,3	33,7	45,6	24,1	47,1	1,6	70,4	88
Kusepõis	188	286	55,6	58,7	23,8	32,5	11,2	22,7	1,4	71,5	62
Neer	189	474	48,6	49,8	24,6	28,5	17,6	24,8	1,0	60,5	73
Silm	190	85	88,9	90,9	55,6	62,7	49,2	64,0	6,8	55,2	97
Peaaju	191	252	39,8	40,1	19,3	20,3	17,2	19,4	0,8	44,8	86
Närvisüsteem (paige täpsustamata)	192	14	84,6	85,2	56,0	58,4	0,0	0,0	9,1	43,4	71
Kilpnääre	193	271	70,0	72,0	55,0	63,9	46,9	65,4	6,1	58,6	92
Sisesekretsiooninäärmed (paige täpsustamata)	194	12	39,1	39,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	51,8	66

Täpselt määratlemata piirkonnad	195	27	25,9	27,2	14,8	19,3	8,9	15,7	0,7	65,1	48
Lümfisõlmed	196	7	57,1	59,5	25,7	32,2	0,0	0,0	2,5	67,7	71
Hingamis- ja seedeelundid (metastaas)	197	8	12,5	13,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	68,1	25
Muud elundid (metastaas)	198	10	50,0	51,0	10,0	11,3	10,0	13,4	1,0	62,1	30
Algpaige teadmata	199	136	17,6	18,4	3,1	3,9	0,0	0,0	0,6	66,3	49
Lümfosarkoom	200	203	55,4	56,9	30,9	35,9	17,7	24,9	1,5	59,7	97
Hodgkini tõbi	201	171	73,5	74,9	47,0	52,4	28,9	36,7	3,9	46,6	92
Lümfoidkude (paige täpsustamata)	202	49	50,5	52,3	24,2	29,2	0,0	0,0	1,0	62,7	95
Hulgimüeloom	203	143	57,5	58,8	22,2	25,4	0,0	0,0	1,4	62,4	74
Lümfoid-leukeemia	204	287	68,2	70,3	36,3	42,8	18,0	26,2	3,0	59,2	70
Müeloid-leukeemia	205	181	42,5	43,4	13,5	15,2	0,0	0,0	0,9	56,5	61
Monotsüüt-leukeemia	206	9	22,2	23,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	53,3	55
Leukeemia (muud tüüpi)	207	4	50,0	51,3	25,0	29,3	0,0	0,0	3,0	58,5	75
Leukeemia (tüüp täpsustamata)	208	85	18,6	19,1	6,1	7,1	6,1	8,4	0,6	50,5	71
Kõik paikmed	140—208	21698	64,1	66,1	39,2	46,6	29,0	42,6	2,5	62,1	83

KIRJANDUS: 1. *Aareleid, T., Rahu, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1987, 3, 171—173. — 2. *Aareleid, T., Staneczek, W., Haas, J., Rahu, M.* Arch. Geschwulstforsch., 1985, 55, 2, 139—146. — 3. *Bogovski, P., Loogna, G., Rahu, M.* Vähk — põhjused, levik, profülaktika. Tallinn, 1989. — 4. *Karjalainen, S., Aareleid, T., Hakulinen, T., Pukkala, E., Rahu, M., Tekkel, M.* Soc. Sci. Med., 1989, 28, 3, 233—238. — 5. *Rahu, M., Aareleid, T.* Aja Pulss, 1989, 3, 23—26. — 6. *Rahu, M., Aareleid, T., Vanaselja, T.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 1, 10—13.

Summary

Survival on different cancer sites in Estonia between 1978 — 1987. Cancer patients' survival was estimated on the basis of the Estonian Cancer Registry data. The 40,453 cases of malignant tumors registered in Estonia between 1978 and 1987 were included into the actuarial survival analysis. For each cancer site, according to the ICD-9, the 1-, 5- and 10-year observed and relative survival rates and median survival time are presented. Patients' survival was greatly influenced by the stage of the disease and age. In general, younger patients had higher survival rates than older ones. Patients from rural areas had lower survival rates than urban ones. In most cancers, female patients had higher survival rates than male ones. The overall 5-year relative survival rate was 27.3% for males and 46.6% for females. The estimated median survival time was 0.9 and 2.5 years, respectively.

Резюме

Выживаемость больных при отдельных локализациях рака в Эстонии в 1978. . .1987 гг. На основе данных Эстонского регистра рака изучалась выживаемость 40 453 больных, у которых в Эстонии за период с 1978 г. по 1987 г. были выявлены злокачественные новообразования. Использовался актуариальный метод анализа выживаемости. В статье представлены показатели наблюдаемой и относительной выживаемости за год, пять и десять лет, а также медиана наблюдаемой выживаемости для всех локализаций рака в соответствии с МКБ-9. Выживаемость больных оказалась в наибольшей зависимости от стадии заболевания, а также от возраста больных. Для большинства локализаций она с возрастом понижалась. У сельских жителей выживаемость была ниже, чем у горожан, у женщин выше, чем у мужчин. Для всех локализаций рака вместе взятых пятилетняя относительная выживаемость составляла 27,3% у мужчин и 46,6% у женщин. Медиана наблюдаемой выживаемости была соответственно 0,9 и 2,5 лет.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Eesti Arst, 1990, 3, 194—196

UDK 614.39(474.2)

Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama teaduslik-praktiline tegevus

Linda Margna Lemming Rootsmäe
· **Tartu**

keskkonna keemilise saastatuse kontrollimine, meetodid, teadustöö, osalemine üleliidulistes programmides

Professor G. Dragendorffi poolt 1888. aastal asutatud Tartu Linna Sanitaarlaboratooriumis, esimeses sanitaarasutuses Eestis, oli praktiline ja teadustöö omavahel tihedalt seotud. Samu traditsioone jätkas ka tema järglane, 1944. aastal asutatud Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam.

Esimene teadusartikkel Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajatelt ilmus 1958. aastal. Järgneva kolmekümne aasta jooksul on meie töötajatelt trükist ilmunud 146 teaduspublikatsiooni (vt. tabel 1). Tähelepanu väärib see, et nende tööde hulgas on üks monograafia meditsiiniajaloo alalt. Trükis on avaldatud Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajate teadustööde täielikud bibliograafianimestikud 1988. aastani (1, 2, 3).

Nagu tabelist 1 on näha, domineerisid 1968. aastani epidemioloogia- ja sanitaariaalased tööd. 1965. aastast alates hakkasid ilmuma esimesed sanitaarkeemilise analüüsi alased artiklid, ajavahemikul 1968 . . . 1977 moodustavad sanitaarkeemiaalased tööd 36% ja ajavahemikul 1978 . . . 1988 82% kõikidest Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajate poolt avaldatud töödest. Nende trükiste arvu suurenemine alates 1968. aastast on seletatav elukeskkonna keemilise saastatuse alaste uuringute arvu suurenemisega ja nüüdisaegsete analüüsimeetodite kasutuselevõtmisega. Ülevaade sanitaarkeemiaalaste publikatsioonide temaatikast analüüsimeetodite lõikes on esitatud tabelis 2.

Tabel 1. Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajate poolt trükis avaldatud teaduslik-praktilised publikatsioonid aastail 1958 . . . 1988

Valdkond	1958. . . 1967	1968. . . 1977	1978. . . 1988	Kokku
Sanitaaria	11	11	4	26
Epidemioloogia	8	10	1	19
Meditsiiniajalugu	5	17	6	28
Laboratoorsete uuringute metoodika	1	21	51	73
Kokku	25	59	62	146

Nagu uurimismeetodite loetelust selgub, on keemilise saastatuse kontrollimisel kõige sobivamaks osutunud kromatograafilised analüüsimeetodid.

Gaaskromatograafiat hakati meil rakendama 1966. aastal, NSV Liidu sanitaar- ja epidemioloogiajaamadest esimesena. Kõigepealt kasutati seda tööstusruumide õhu saastatuse kontrollimiseks, seejärel 1968. aastast pestitsiidijääkide määramiseks vees ja toiduainetes. Et olime gaaskromatograafia esimesed kasutuselevõtjad, tundsime puudust kogemustest ja sanitaarkeemilise analüüsi metoodilisest materjalist; kohaldamist vajas ka seeriatootmisel olev aparatuur. See tingis vastava teaduslik-praktilise töö tegemist, mille tulemused ka publitseeriti. Esimene artikkel gaaskromatograafia alalt ilmus 1970. aastal, siiani on neid ilmunud 31. 1977. aastal modifitseeriti koostöös Tartu Ülikooli spetsialistidega gaaskromatograaf «Võrukroom» reaktsioongaaskromatograafiliseks seadmeks, mis võimaldab määrata vingugaasi metaanina leekionisatsioonidetektoriga. See oli suur samm edasi vingugaasi kui ühe olulisema õhku saastava gaasilise aine määramise metoodika alal. Sama seadet täiendati ka õhuproovide automaatseadmega. 1979. aastal hakati määrama nitraadisisaldust gaaskromatograafiliselt. Aastail 1980 . . . 1982 avaldati nitraatide gaaskromatograafilise määramise kohta kolm artiklit.

Pestitsiidijääkide määramine laienes 1960-ndate aastate algul, sest Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamale oli tehtud ülesandeks pestitsiidide määramine nii Tartus kui ka viies

Tabel 2. Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaarkeemiaalased trükised analüüsimeetodite ja väljaannete laadi järgi aastatel 1958. . .1988

Analüüsimeetod	Vabariiklikud väljaanded	Üleliidulised väljaanded	Rahvusvahelised väljaanded	Kokku
Õhukese kihi kromatograafia	3	1	—	4
Gaaskromatograafia	18	13	—	31
Ioonselektiivsete elektroodide kasutamine	4	—	—	4
Ioonkromatograafia	14	5	3	22
Muud meetodid	8	4	—	12
Kokku				73

Lõuna-Eesti rajoonis. Võeti kasutusele kloororgaaniliste pestitsiidide ja hiljem ka klorobifenüülide gaaskromatograafiline määramismetoodika, et teha kindlaks nende hulk toiduainetes ja rinnapiimas. Koostöös Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudiga ning Tartu Ülikooli hügieeni kateedriga on avaldatud artikleid kloororgaaniliste pestitsiidide ja klorobifenüülide hulga muutusest toiduainetes ning rinnapiimas.

Ioonselektiivseid elektroode hakati laboratooriumis kasutama 1980. aastal. Ajavahemikul 1982 . . . 1986 avaldati neli artiklit, milles on käsitletud kloriidide, fluoriidide ja nitraatide sisalduse määramist toiduainetes ja vees. Huvipakkuvaid tulemusi on saadud mitme kodumaise ja välismaise teesordi analüüsimisel fluorisisalduse suhtes. Selgus, et suurim fluorisisaldus oli gruusia teel. Suur töö tehti ära kartulis ja juurviljades sisalduvate nitraatide ionomeetrilise määramismeetodi väljatöötamisel ning kodumaistest seadmetest elektronarvuti D3-28 juhtimisel töötava ionomeetrilise automaatseadme koostamisel.

Uue vedelikkromatograafia variandi — ioonkromatograafia — juurutamist alustasime 1983. aastal koostöös Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keemia Instituudiga. Esimesed meie kaastöötajate artiklid ioonkromatograafiast ilmusid 1984. aastal, milles käsitleti uue sorbendi ja ioonkromatograafia kasutamise võimalusi toiduainete ja vee analüüsimisel. Edaspidi on määratud lämmastik- ja vääveloksiidide ning anorgaaniliste hapete sisaldust suitsugaasides, määratud on ka joogivee ioonkoostist, käsitletud ühe- ja kahekolonnilise süsteemi kasutamist toiduainete ja vee analüüsimisel ning orgaaniliste hapete sisalduse määramist bioloogilistes objektides. Tänu ioonkromatograafia kasutuselevõtmisele tehti juurviljades ja valmistoitudes nitraadisisalduse kindlakstegemiseks võrdlevaid määramisi ioonkromatograafiliselt konduktomeetrilise ja optilise detektoriga ja ionomeetriliselt. Koostöös Tartu Ülikooli ökosüsteemide laboratooriumiga oleme analüüsinud happevihmade keemilist koostist.

1978. aastal rakendati laboratooriumis tööle kodumaine elektronarvuti 15 BCM 5, 1980. aastal arvuti D3-28 ja 1982. aastal programmide ettevalmistamise süsteem. Laboratooriumis on koostatud programmid valmistoitude kalorsuse arvutamiseks keemilise analüüsi tulemuste ja toiduainete keemilise koostise tabelite alusel; programmid õhuanalüüside tulemuste statistiliseks töötlemiseks, nitraadisisalduse arvutamiseks ionomeetrilisel meetodil, kalibreerimisgraafikute koostamiseks kromatograafiliste õhuanalüüside tegemisel.

1970. aastal osales Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam Tartu Ülikooli hügieeni kateedri 75. aastapäeva ning sanitaar- ja epidemioloogiajaama 30. aastapäeva konverentsi korraldamises ja konverents teeside toimetamises. Esmakordselt Nõukogude Liidus töötas konverentsil sektsioon — gaaskromatograafia sanitaarkeemias. 1971. aastal võeti osa II üleliidulise pestitsiidijääkide uurimise nõupidamise korraldamisest Tallinnas ja kahekõitelise kogumiku toimetamisest. 1972. aastal viibiti I üleliidulisel pestitsiidijääkide gaaskromatograafilise analüüsi seminaril Minskis. Seminari materjali-

de kogumikku toimetati Tartus. 1976. aastal toimus Tartus konverents «Aktuaalsed toiduainete ja veehügieeni probleemid», mille korraldamisest ja materjalide toimetamisest ka meie osa võtsime. 1978. aastal tähistati Tartus sümpoosioniga «Kaasaegsed sanitaarhügieenilised uurimismeetodid ja nende kasutamine sanitaarkontrolli praktikas» Tartu Linna Sanitaarlaboratooriumi 90. aastapäeva. Selleks puhuks ilmus ka materjalide kogumik, milles Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajad avaldasid kuus artiklit. 1983. aastal korraldati seminar «Selektiivsete elektroodide kasutamine keskkonnakaitsealasel uurimisel», mis oli pühendatud Tartu Linna Sanitaarlaboratooriumi 95. aastapäevale. 1986. aastal toimetati Tartu Ülikooli toimetiste keemiaalaste tööde väljaannet pealkirja all «Elektrokeemilised ja kromatograafilised analüüsimeetodid keskkonnakaitses». Selles on avaldatud 1983. aasta seminari materjalid, lisaks on kogumikus peatükk ioonivahetusest ja ioonkromatograafiast. Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajate artikleid on selles kuus.

1985. aastal toimus Tartus NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiavalitsuse Laboratooriumi nõukogu pleenum «Füsikokeemilised analüüsimeetodid sanitaar- ja epidemioloogiajaamade praktikas». Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töötajatelt oli seal kolm ettekannet füsikokeemiliste meetodite rakendamise kogemustest.

1988. aastal võeti osa sanitaarkontrolli 100. aastapäeva ürituste korraldamisest ja läbiviimisest. Esitati üks ettekanne Tallinna ja neli Tartu nõupidamisel «Perspektiivsed kromatograafilised ja elektrokeemilised meetodid sanitaarkeemias». Koostati nõupidamise teeside kogumik ja Tartu Ülikooli toimetiste keemiaalaste tööde väljaanne, selles avaldati tähtsamad nõupidamisel esitatud ettekanded.

Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam osaleb paljude üleliidulise komisjonide ja nõukogude töös.

Et keskkonna saastamine keemiliste ühenditega üha suureneb, muutub üha olulisemaks kompetentne laboratoorne sanitaarkontroll. Et ka saastavate komponentide arv pidevalt suureneb, on tendents lubatud piirnormide vähendamise suunas. Üksnes väga tundlike ja selektiivsete füsikokeemiliste analüüsimeetoditega on võimalik õigesti hinnata keskkonna saastatusastet ja toiduainete ning vee kvaliteeti.

KIRJANDUS: 1. *Роотсмяэ Л.* В сб.: Научная конференция, посвященная 75-летию кафедры гигиены Тартуского государственного университета и 30-летию Тартуской городской СЭС. Тарту, 1970, 348—360. — 2. *Роотсмяэ Л.* В сб.: Материалы симпозиума «Современные методы санитарно-гигиенических исследований и применение их в практике санитарного контроля». Тарту, 1978, 192—198. — 3. *Роотсмяе Л. Т.* В кн.: Уч. зап. Тартуского гос. ун-та вып. 844. Труды по химии. Тарту, 1989, 25—33.

Summary

Scientific and practical activities of the Tartu Sanitary Epidemiological Station. A survey of the publications by the Tartu Public Health Service Centre issued over the last 30 years has been made. A detailed discussion on sanitary chemical analysis is presented. Progress has been made in chromatographic analysis and, recently, in ionic chromatography. The application of electrochemical analysis techniques has also yielded fairly good results. A survey of the participation of the laboratory staff in the activities of several permanent all-Union commissions and boards, in arranging scientific sessions and conferences as well in publishing scientific papers on sanitary chemistry is presented.

Резюме

О научно-практической работе Тартуской городской санэпидстанции. В статье рассматривается тематика публикаций сотрудников Тартуской городской санэпидстанции за последние 30 лет, подробно анализируется работа, осуществляемая в области санитарно-химического анализа. В лаборатории санэпидстанции успешно применяются хроматографические методы анализа, и в последнее время также ионная хроматография. Хорошие результаты получены при применении электрохимических методов анализа. Дается обзор участия сотрудников лаборатории в работе всесоюзных постоянно действующих комиссий и советов, организации научных заседаний и совещаний, а также издательской деятельности в области санитарной химии.

Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Eesti Arst, 1990, 3, 197—200

ÜLEVAATED

UDK 551.464.791.5:577.158.52(047)

Lipiidide peroksüdatsioon — meditsiini nüüdisaegsete sõlmprobleemide võti

II. ANTIOKSÜDANDID KUI ELUSORGANISMIDE LIPIIDIDE PEROKSÜDATSIOONI REGULAATORID

Mihkel Zilmer Tiiu Vihalemm
Ello Karelson · Tartu

lipiidide peroksüdatsioon, antioksüdandid

Ülemäärase lipiidide peroksüdatsiooni (LP) vältimiseks normaalses rakus etendavad tähtsat osa peroksüdatsiooni aeglustavad (või ärahoidvad) bioloogilise päritoluga antioksüdandid: E-vitamiin, karotinoidid, naissuguhormoonid jt. Teataval määral balansseerivad lipiidide peroksüdatsiooni ka vesilahustuvad looduslikud antioksüdandid, näiteks kusihape, askorbiinhape (4). Pole kahtlust, et just bioloogilistel antioksüdatiivsetel ühenditel on suur perspektiiv ülemäärasest peroksüdatsioonist tingitud haiguste profülaktikas ja ravis.

Antioksüdantide meditsiiniotstarbeline kasutamine põhineb nende toimemehhanismide tundmisel, mida ülevaate käesolev osa käsitlebki.

Antioksüdandid liigitatakse toimemehhanismi alusel järgmiselt: a) vältivtakistavad ja b) lipiidide peroksüdatsiooni ahelprotsessi pärssivad (4). Kuigi selline jaotus on suhteline, sest antioksüdantide toime on tihti integreeritud, baseerub järgnev käsitlus siiski sellisel rühmitamisel. Samal ajal on osutatud ka antioksüdantide võimalikule rakendatavusele meditsiiniprobleemide lahendamisel.

Vältiv-takistavad antioksüdandid vähendavad lipiidide peroksüdatsiooni initsiatsioonikiirust, desaktiveerides vabu radikaale või nende eellasi (vt. ülevaate I osa). Selliseks antioksüdandiks on näiteks tsitraat, mis seob efektiivselt Fe, Cu või teisi muutuva oksüdatsiooniastmega metallide ioone. Siia kuulub ka aktiivse (ergastatud) hapniku oluline siduja — β-karotiin (4). Järelikult on β-karotiin ja tsitraat tähtsad faktorid ülemäärase lipiidide peroksüdatsiooni normaliseerimisel. Vältiv-takistava antioksüdatiivsusega on ka mõningad plasmavalgud, mis seovad Fe^{2+} (transferriin, albumiin) või oksüdeerivad teda (tseruloplasmiin) (4). Nende valkude biosünteesi reguleerimisega võiksid avaneda peroksüdatsiooni kontrolli võimalused.

Tuleb lisada, et teatud antioksüdatiivsust täheldatakse ka asendamatul aminohappel histidiinil, mis nähtavasti põhineb tema võimel siduda muutuva oksüdatsiooniastmega metallide ioone. Histidiini antioksüdatiivsus on seda enam mõistetav, et teda sisaldavad bioaktiivsed lihasepeptiidid anseriin ja karnosiin, mida lihas oletatavasti kasutab mitme vabaradikaalilise protsessi ärahoidmiseks-takistamiseks. Järelikult võiksid histidiin ja histidiinirikkad toiduvalgud toimida lipiidide perosüdatsiooni pidurdajatena.

Eelnimetatud antioksüdantide rühma kuuluvad veel nn. ensüümid-püüdjad, mis vähendavad (elimineerivad) peroksüdatsiooni prooksüdante või aktiivseid vaheosiseid (10). Selliseks «püüdjaks» on näiteks superoksiidi dismutaas (SOD), mille aktiivtsentris olev Cu elimineerib (taandab) väga aktiivselt prooksüdanti $O_2^{-\cdot}$:

$$2\ O_2^{-\cdot} + 2\ H^+ \xrightarrow{SOD} H_2O_2 + O_2 \quad (1).$$

Tekkiva H_2O_2 kui aktiivse oksüdandi kõrvaldab aga katalaas:

$$2\ H_2O_2 \xrightarrow{katalaas} 2\ H_2O + O_2 \quad (2).$$

Katalaasi reaktiivseks struktuurseks komponendiks on heem, s. t. protoporfüriini kompleks Fe^{2+}-ga. Järelikult

võiksid faktorid, mis reguleerivad Fe^{2+} lülitumist kompleksi, mõjutada ka lipiidide peroksüdatsiooni. Selliseks faktoriks on näiteks Fe^{2+}-sisaldus vereloomerakkudes, mida on teatud määral võimalik optimeerida raua ravimpreparaatide ja Fe^{3+} (Fe^{2+}-ks) taandavate ühendite (askorbiinhape, taandatud glutatioon jt.) manustamise teel.

Vältiv-takistavaks antioksüdatiivseks ensüümiks peetakse ka glutatiooni peroksüdaasi (GSH-P_{ox}), mis langetab taandatud glutatiooni (GSH) osavõtul vesinikperoksiidi ja lipiidide hüdroperoksiidide taset:

$$H_2O_2 + 2\ GSH \xrightarrow{GSH\text{-}P_{ox}} 2\ H_2O + GSSG \quad (3).$$

GSH algtaseme taastab aga NADP-sõltuv glutatioonireduktaas:

$$GSSG + NADPH + H^+ \longrightarrow 2\ GSH + NADP^+ \quad (4).$$

Siit tuleneb, et lipiidide peroksüdatsiooni balansseerimiseks on kindlasti tarvis garanteerida taandatud glutatiooni teatav tase, mida on võimalik saavutada kas glutamiinhappe manustamisega (glutamiinhape on vajalik glutatiooni sünteesiks) või NADPH-d genereeriva süsteemi stimuleerimisega (vajalik on PP-vitamiin). Siinkohal tuleks tähelepanu pöörata sellele, et glutamiinhape kui tuntud ravivahend toimib ilmselt ka glutatiooni sünteesi mõjutamise ning lipiidide peroksüdatsiooni kontrolli kaudu.

Lipiidide peroksüdatsiooni ahelprotsessi pärssivad antioksüdandid elimineerivad (püüavad kinni) vabu radikaale ja lõhuvad hapniku osavõtul toimuva vabaradikaalilise oksüdatsiooni ahelalisust. See antioksüdantide grupp jaguneb kaheks alagrupiks (4): a) vesilahustuvateks ahelprotsessi pärssivateks (VAO); b) lipiidlahustuvateks ahelprotsessi pärssivateks antioksüdantideks (LAO).

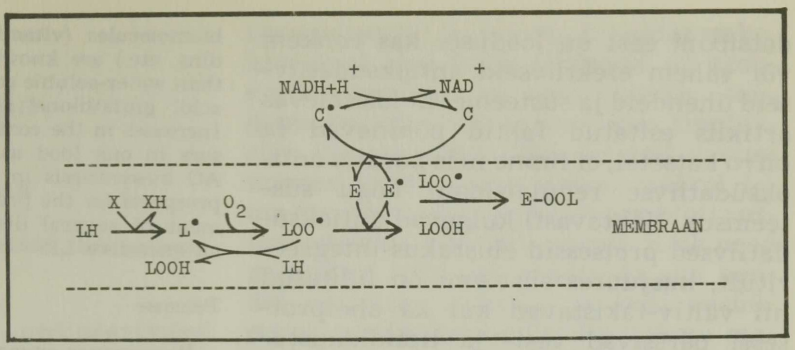
VAO-deks on kusihape, askorbiinhape, tsüsteiin, glutatioon, plasmavalgud või muud antioksüdandid, mis veekeskkonnas kõrvaldavad vabu radikaale, takistades neid sellega ründamast eeskätt membraanseid, aga ka vere lipoproteiinides sisalduvaid lipiide. VAO-de aktiivsus sõltub nende reaktiivsusest ja kontsentratsioonist. Nii on nende seas kõrge antioksüdatiivsusega kusihape, mille kontsentratsioon plasmas on lähedane küllastatusele. Askorbiinhape kui VAO atakeerib veekeskkonnas vabu radikaale ning töötab ühtlasi ka E-vitamiini kui LAO regenereerijana (4). Tuletagem siinjuures meelde, et Fe^{3+} ja LOOH või H_2O_2 juuresolekul võib C-vitamiin käituda ka peroksüdatsiooni prooksüdandina (1). Ilmselt on sellega seotud C-vitamiini kõrge kontsentratsiooni tumorogeenne efekt.

VAO-de alagruppi kuuluvad veel vabu tioolrühmi sisaldavad ühendid: tsüsteiin (CysSH), GSH, mitmed plasmavalgud (Pr-SH) jt. Need ühendid elimineerivad hüdroperoksiidide, sealhulgas ka lipiidide hüdroperoksiidide liia:

$$R\text{-}SH + LOOH \longrightarrow R\text{-}S\text{-}S\text{-}R + LOH \quad (5).$$

Tiooliühendite mõjul pidurdub lipiidide alkoksüradikaalide teke (vt. artikli I osa) ja seega kogu lipiidide peroksüdatsiooni ahelprotsessi intensiivsus, mistõttu need ühendid (eriti GSH) on perspektiivsed kasutamiseks paljude haiguste profülaktikas ja ravis.

LAO-de hulka kuuluvad ühendid kõrvaldavad biomembraanide lipiidides genereeritavaid vabu radikaale. Selle alagrupi ja võib-olla kõikide antioksüdantide võimsaimaks esindajaks on E-vitamiin, mis maksa- ja erütrotsütaarmembraanides on tõenäoliselt ka ainus märkimisväärne LAO. E-vitamiin hõlmab tervet vitameeride (tokoferoolide) rühma. Antioksüdatiivsuselt aktiivseima α-tokoferooli toimemehhanismi uuringutega on näidatud, et üks E-vitamiini molekul elimineerib kaks lipiidi peroksüülradikaali ($LOO^{\bullet}$), millega koos katkeb lipiidide peroksüdatsiooni ahel (4). Siinjuures on oluline see, et looduslik E-vitamiin on tunduvalt aktiivsem LAO kui tema sünteetilised analoogid. Kuigi E-vitamiini konkreetne antioksüdatiivne mehhanism vajab veel edaspidi uurimist, on tema põhilised regeneratsiooni ($E^{\bullet} \rightarrow E$) võimalused välja pakutud. Efektiivseim E-vitamiini



E- ja C-vitamiini potentseeriv-sünergistlikku antioksüdatiivset efekti selgitav skeem. Tähistused: LH — lipiid, X — prooksüdant, L· — lipiidi vaba radikaal, LOO· — lipiidi peroksüülradikaal, LOOH — lipiidi hüdroperoksiid, E· — vitamiini E vaba radikaal, E-OOL — E· ja LOO· vahelise reaktsiooni püsiv produkt, C· — vitamiini C vaba radikaal.

algse molekulaarse vormi regenereerija membraanide pinnal on C-vitamiin. Nende kahe vitamiini potentseeriv-sünergistlikku antioksüdatiivset efekti selgitab Niki skeem (1987) (vt. skeem).

Lisaks potentseeriv-sünergistlikule koostööle võivad vitamiinid E ja C avaldada veel aditiiv-sünergistlikku antioksüdatiivset toimet. Sel juhul võtab E-vitamiin osa vesilahuses tekkinud ja C-vitamiini poolt elimineerimata jäänud vabade radikaalide täiendavast «püüdmisest» pärast nende jõudmist membraanidesse. E-vitamiini regenereerivad ka tsüsteiin ja glutatioon. Nende ühendite reaktiivsuse rida selles protsessis oleks järgmine: vitamiin C $\gtrsim$ tsüsteiin $\gtrsim$ glutatioon (4).

Eeltoodut arvestades väärib E-vitamiin, eriti kombinatsioonis teda regenereerivate ühenditega, suurt tähelepanu ülemäärasest peroksüdatsioonist tingitud haiguste profülaktikas ja ravis. Seejuures tuleks silmas pidada, et E-vitamiini optimaalseks antioksüdatiivseks aktiivsuseks biomembraanides on vajalik lipiidide teatud kindel füüsikaliskeemiline seisund (5). Antud seaduspärasus on seda enam tõenäoline, et näiteks erütrotsütaarmembraani vajalik «tahkestumine» kolesterooli poolt soodustab lipiidide peroksüdatsiooni pärssumist (9).

Huvitavat aditiiv-sünergistlikku antioksüdatiivset efekti membraansete lipiidide peroksüdatsiooni suhtes avaldab ka ensüüm fosfolipaas A_2 koostöös GSH-P_{ox}-ga. See ensüüm eemaldab membraansetest fosfolipiididest eelistatult peroksüdatsiooni lülitunud küllastumata rasvhappeid (LOOH) ning sellise eemaldumine (vabanemine) on vajalik järgnevaks LOOH kahjutustamiseks GSH-P_{ox} abil (3). Kokku võttes põhjustab nende ensüümide koostöö lipiidide peroksüdatsiooni ahelprotsessi pärssimist. Siit tuleneb, et antud fosfolipaasi funktsionaalsuse testimine võib tulevikus osutuda oluliseks kliinilis-biokeemiliseks parameetriks.

Suhteliselt aktiivsed LAO-d on ka karotiinid, mis tänu oma konjugeerunud polüküllastamatusele on võimelised elimineerima LOO· ja seda ka hapniku madalama partsiaalrõhu juures, mis on iseloomulik enamikule kudedest. Karotiinide konkreetne toimemehhanism *in vivo* vajab aga detailsemaid uuringuid.

LAO-de hulka kuuluvad ka prostaglandiinid. Nii on näidatud, et PGI_2 tsütoprotektiivse efekti aluseks on lipiidide peroksüdatsiooni ajal tekkivate vabade radikaalide kõrvaldamine. Seda kinnitab näiteks PGI_2 pidurdav mõju DK, MDA jt. lipiidide peroksüdatsiooni produktide geneesile, samuti ka tiooliühendite hulga vähendamisele müokardis (2).

Teatud antioksüdatiivsust on leitud veel naissuguhormoonidel (östroonil ja östradioolil) (4), bilirubiinil (8), atsetüülkarnitiinil (6), koensüüm Q-l (7) ja mõningatel teistel lipiidlahustuvatel biomolekulidel. Nende ühendite antioksüdatiivse aktiivsuse konkreetsete mehhanismide kohta *in vivo* aga ei ole seni olnud piisavalt informatsiooni.

Eespool toodust tuleneb, et kaitsmaks normaalseid rakke ülemäärase peroksü-

datsiooni eest on looduses kas rohkem või vähem efektiivseid antioksüdatiivseid ühendeid ja süsteeme. Et käesolevas artiklis esitatud faktid põhinevad *in vitro* katsetel, ei ilmne neis paraku antioksüdatiivse regulatsiooni kogu süsteemsus. Nähtavasti kulgevad antioksüdatiivsed protsessid elusrakus integreeritult, kusjuures süsteemi on lülitatud nii vältiv-takistavad kui ka ahelprotsessi pärssivad vesi- ja lipiidlahustuvad antioksüdandid. Teatud haiguste tekkeprotsessis aga kujuneb nähtavasti olukord, mille puhul rakupopulatsiooni antioksüdantide süsteemist ei piisa kaitseks ülemäärase lipiidide peroksüdatsiooni vastu. Sellistes tingimustes tuleks vastavatesse raviskeemidesse tingimata lülitada eeskätt looduslikud antioksüdandid või siis nende biosünteesi induktorid ja eelvormid (sellest tuleb juttu artikli III osas). Teisest küljest pole kahtlust, et loodust järgiva antioksüdatiivsuse potentseerimisega inimorganismis oleks võimalik ennetada mitmeid ülemäärasest lipiidide peroksüdatsioonist tingitud haigusi ka sel puhul, kui need on geneetiliselt determineeritud.

KIRJANDUS: 1. *Abe, K., Kogure, K., Arai, H. a. o.* Biochem. Intern., 1985, 11, 341—348. — 2. *Herbaczyńska-Cedro, K., Gordon-Majszak, W.* Pharmacol. Res. Commun., 1986, 18, 321—331. — 3. *van Kuijk, F. J. G. M., Sevanian, A., Handelman, G. J. a. o.* Trends in Biochem. Sci., 1987, 12, 31—34. — 4. *Niki, E.* Chem. Phys. Lipids, 1987, 44, 227—253. — 5. *Ohyashiki, T., Ushiro, H., Mohri, T.* Biochim. Biophys. Acta, 1986, 858, 294—300. — 6. *Schinetti, M. L., Rossini, D., Greco, R. a. o.* Drugs Exper. Clin. Res., 1987, 13, 509—515. — 7. *Solaini, G., Landi, L., Pasquali, P. a. o.* Biochem. Biophys. Res. Commun., 1987, 147, 572—580. — 8. *Stocker, R., Yamamoto, Y., McDonagh, A. F.* Science, 1987, 235, 1043—1046. — 9. *Szebeni, J., Toth, K.* Biochim. Biophys. Acta, 1986, 857, 139—145. — 10. *Taylor, A. E., Martin, D.* Physiologist, 1983, 26, 152—155.

Summary

Lipid peroxidation — the clue to current key problems of medicine. II. Antioxydants as lipid peroxidation regulators in a living organism. Through several mechanisms, biological antioxydants (AOs) play a limiting role in lipid peroxidation (LP) in cells. AOs are capable of slowing down or preventing LP. Fat-soluble biomolecules (vitamin E, carotenes, prostaglandins, etc.) are known to be more effective AOs than water-soluble compounds (uric acid, ascorbic acid, glutathione, some plasma proteins, etc.). Increases in the contents of AOs or their precursors in our food as well as the stimulation of AO biosynthesis in the organism have brilliant prospects for the prevention and biological treatment of several diseases which are caused by an excessive LP.

Резюме

Перекисное окисление липидов — ключ к современным узловым проблемам медицины. II. Антиоксиданты — регуляторы перекисного окисления в живых организмах. В предохранении живых клеток от превышающего уровень нормы перекисного окисления липидов (ПОЛ) решающее значение имеют биологические антиоксиданты (АО), способные (через различные механизмы) замедлять или предотвращать ПОЛ. Среди различных АО наибольшей эффективностью обладают жирорастворимые соединения (витамин Е, каротины, простагландины и т. д.). В определенной мере ПОЛ балансируется и участием водорастворимых биомолекул (мочевой и аскорбиновой кислоты, глутатиона, некоторых белков плазмы и т. д.). Повышение содержания АО или их соответствующих предшественников в ежедневной диете либо стимуляция биосинтеза этих соединений в организме имеют существенные перспективы с точки зрения профилактики и лечения заболеваний, обусловленных чрезмерным ПОЛ.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
bioorgaanilise ja bioloogilise
keemia kateeder

Eesti Arst, 1990, 3, 201—204

UDK 615.015.15:612.014(047)

Kronotoksikoloogia

Margareete Otter · Tartu

kronotoksikoloogia, kronokineetika, kronesteesia, kronergia

Patsiendile ravimite ordineerimisel on ilmselt iga meediku sooviks, et tulemus oleks hea ning et puuduksid segavad kõrvaltoimed. Mõnikord täituvad need soovid suuremal, mõnikord vähemal määral, sest ravimi toksiline toime ja kõrvaltoime ilmnevad erineva intensiivsusega. Põhjuseks on organismi elutegevuse ja ravimitundlikkuse rütmiline muutumine (8, 9).

Biorütmide mõju ravimite toksilisele toimele uurib toksikoloogia moodne haru — kronotoksikoloogia (1). Kõige suurema tähelepanu osaliseks on saanud organismi ööpäevalähedaste ehk tsirkadiaansete biorütmide mõju ainete toksilisusele. Sellest aspektist on paljude farmakonide toimet uuritud peamiselt katseloomadel, eeskätt öise eluviisiga pisinärilistel, rottidel ja hiirtel, kuid seda on märgatud ka inimestel (7, 13, 14, 15, 16, 17, 18).

Kronotoksikoloogia uurib ravimite (mürkide) toime erinevusi ööpäeva või aasta, ka kogu elu või mõne muu perioodi vältel. On kogunenud hulgaliselt andmeid organismi farmakoni-(mürkide) tundlikkuse (kronesteesia) kohta sõltuvalt ajast (5). Kõige paremini on teada organismi talitluse rütmid. Tänapäeval ei tule enam keegi mõttele ravida imikut või rauka samamoodi kui noorsõdurit. Palju vähem aga mõeldakse organismi aasta-, kuu-, nädala- või ööpäevarütmide üle. Ajas varieerub ka kronergia. Kronergiaks nimetatakse füüsikaliste ja keemiliste tegurite toime rütmilisi muutusi. See kehtib nii soovitud kui ka soovimatu toksilise (kõrval-) toime kohta, nii kronoefektiivsuse kui ka kronotoksilisuse kohta. Ravimi (mürgi) kronergia kujuneb biosüsteemi kronotundlikkuse (kronesteesia) ja ravimi kronofarmakokineetika alusel. On näidatud, et kronergia tippfaas ei pea kokku langema ravimi kontsentratsiooni tippfaasiga vereseerumis. Manustatud ravimi annuse toime sõltub suurel määral tema imendumisest, jaotumisest, biotransformatsioonist ja eritumisest. Kõik need protsessid sõltuvad omakorda aga nendes osalevate elundite ja eriti ensüümisüsteemide seisundist farmakoni manustamise ajal (6). Ühel kindlal kellaajal esineb elundite talitluse tippfaas, teisel jälle süvafaas. Ravimite toimeefekt on seotud organismi faasiga ajatsüklis. Närilistel, kes on eksponeeritud kindlale valgus-pimedus-režiimile, langeb liikumisaktiivsuse, südame löögisageduse, kehatemperatuuri, diureesi ja vastavalt siis ka paljusid ravimeid metaboliseerivate maksaensüümide aktiivsus pimedusperioodile. Vereplasma kortikosteroidide kontsentratsioon saavutab tippfaasi pimedusperioodi alguseks.

Inimene, vastupidi, on päevase aktiivsusega. Tema füsioloogilised parameetrid (näiteks kortikosteroidisisaldus vereplasmas) on maksimaalse väärtusega hommikutundidel. Selle alusel on võimalik ööpäeva kohta leida kellaajad, mil farmakoni (mürgi) toime on kõige tugevam (maksimaalne kronoefektiivsus), ja ka vastupidised kellaajad, mil organismi resistentsus mürgi suhtes on maksimaalne. Teoreetiliselt võib biosüsteem olla ühel kindlal ajamomendil ööpäeva 24-tunnises skaalas mürgi suhtes täiesti tundetu, kuid teisel kellaajal võib sama annus olla väga efektiivne, isegi toksiline. Mõningatel juhtudel võib minimaalne ja maksimaalne toime varieeruda 0... 100%-ni: ühel kellaajal mingi farmakoni kindla annuse toimel katserühmas kõik loomad hukkuvad, teisel kellaajal sama annuse manustamise korral jäävad aga kõik katseloomad ellu. Esimesel pilgul ja ka kogemuste puudumise korral võib see lausa uskumatuna tunduda. Kronergia suure varieeruvuse põhjuseks võivad eespool mainitud farmakokineetiliste põhjuste kõrval olla

ka farmakoretseptorite hulga bioperioodilised muutused, mediaatorainete sisalduse suur kõikumine ajus, vereseerumis ja kudedes ning palju muud (2, 3).

Näiteks kui 24 tunni vältel määrati adreno- ja sümpatomimeetikumidega LD_{50} rütmi hiirtel, selgus, et nii otsese (noradrenaliin, adrenaliin jt.) kui ka kaudse toimega (efedriin, fenamiin) mimeetikumide suurim toksilisus ilmneb ajal, kui ajus on endogeense noradrenaliini sisaldus suurenenud ja seoses sellega tõusnud ka loomade motoorne aktiivsus, nimelt pimedusperioodil. α- ja β-adrenoblokaatorite (dikloorisoproterenool, propranolool) ning neuronaalseid katehhoolamiini retseptoreid tühjendava farmakoni (reserpiin) toksilisus on vastupidises faasis adrenomimeetikumide omaga. Erinevused maksimaalsete ja minimaalsete väärtuste vahel on igal juhul statistiliselt olulised (7). On uuritud ka fenamiini toksilise toime rütme nii isoleeritud kui ka koloonias elavatel hiirtel. Toksilisus on mõlemal juhul kõrge pimedusperioodil. Koloonias elavatel hiirtel oli fenamiini toksilisus 6. . .10 korda suurem kui isoleeritud loomadel. Ühe ja sama annuse manustamisel suri 16. . . 21% isoleeritud ja 97% agregeeritud loomadest. Ööpäevase varieeruvuse kõrval ilmnevad ka toksilisuse sesoonsed rütmid. Viimased võivad olla seotud monoamiinide kontsentratsiooni sesoonsete muutustega. Serotoniinisisaldus hiirte ajus on suurenenud mais ja juunis. Just neil kuudel on ka fenamiini toksilisus suur (10).

Mitu autorit on näidanud, et ööpäevane reserpiini noradrenaliini depoode tühjendamise rütm on seotud aju noradrenaliini kiirema ringkäiguga pimedusperioodil võrreldes valgusperioodiga. Närviimpulsside frekvents pimedusperioodil ilmselt suureneb, samuti on tõusnud hiirte motoorne aktiivsus.

Spetsiifiliste mediatoorsete amiinide utiliseerimine suureneb ajal, kui vere naatriumisisaldus on suur. Ka kolinergilised ravimid on toksilisemad pimedusperioodil, antikolinergilised aga valgusperioodil, kuid adrenergiliste ainetega võrreldes erinevatel kellaaegadel (12, 14). Hiirtel näiteks jõuab vereplasma kortikosteroidide kontsentratsioon tippfaasi pimedusperioodi alguseks. Sel ajal on fenobarbitaali toksiline toime nõrgem ja heksobarbitaali und soodustav kestus lühem kui valgusperioodil. Suremus pärast oubaiini (strofantiin G) manustamist on suurim valgusperioodi alguses. Üldanesteetikumi halotaani, aga ka nikotiini toimel on see suurim pimedusperioodi alguses.

Inimese rütmid on hiire rütmide suhtes 12-tunnise nihkega, sest tegemist on päevase aktiivsusega (4). Liitiumi toksilisuse ööpäevaste variatsioonide olemasolu on määratud hiirtel, kes said liitiumkloriidi 940 mg/kg ühel ajal kuuest (20.00, 24.00, 4.00, 8.00, 12.00 ja 16.00). Letaalsus fikseeriti 28 tunni pärast. Letaalsusprotsent oli kõrgeim, kui preparaati oli süstitud pärast kella 12.00. Põhjus, miks liitiumi toksilisus on just sel kellaajal kõrge, ei ole teada. Arvatakse, et liitiumi toksilisuse ja letaalsuse põhjus peitub kesknärvisüsteemi efektides, kuid sellele võib liituda ka perifeerne toime. Võimalik, et toksilisuse fluktuatsiooni põhjuseks on liitiumi koostoime neuromediaatoritega (atsetüülkoliiniga), une-ärkveloleku faas, vee ja toidu tarbimise rütmid. Liitiumi kliirensi fluktuatsioon võib, vastupidi, olla seotud 24-tunnise plasma aldosteroonisisalduse rütmiga (11). Inimesele, vastupidi, on vereseerumi liitiumisisaldus suurim pärast liitiumkarbonaadi manustamist õhtul. See on kooskõlas ka asjaoluga, et hiirte letaalsus on suurim hommikuti, kuna hiirte ja inimeste ööpäevased rütmid on omavahel vastupidises faasis. Liitiumi toksilise efekti varieerumine inimestel võib olla kliinilise tähtsusega.

Rottidele manustati 32,5 mg/kg haloperidooli neljal erineval kellaajal ööpäevas.

Varahommikul ja hilisõhtul kutsus see annus esile ainult 20% katseloomade surma, kui haloperidooli manustati aga kell 18.00, hukkus koguni 80% loomadest (14). Kõikide psühhosedatiivsete

farmakonide (üldanesteetikumid, uinutid, neuroleptikumid) toimivad annused peavad olema tunduvalt suuremad katselooma või inimese aktiivsusperioodil kui puhkeperioodil. Preparaadid, mis stimuleerivad närvisüsteemi, on, vastupidi, efektiivsemad ärkveloleku ajal. Võib keskmisest väiksemate annustega toime tulla. Seda põhjustab kesknärvisüsteemi ravimitundlikkuse ööpäevane rütm. Printsipiaalse tähtsusega on seejuures farmakonide terapeutilise ja toksilise efekti faaside lahknevus. Märkimisväärseid ööpäevaseid toksilise toime võnkumisi on märgatud hüpotensiivsete ja histaminoblokeerivate ainete puhul. Inimestel on nende toime tugevam õhtupoolikul. On uuritud ka antikoaguleeriva süsteemi ajalist muutust südameisheemia ja infarkti juhtudel. Inimesel on hepariini toksilisus suurem öötundidel. Sellega on ilmselt seotud ka öösel hepariiniga ravitute halb infarktijärgse paranemise prognoos. Inimesel on samuti südameglükosiidide toksilisus suur õhtutundidel, eriti aga siis, kui glükosiidravi taustal manustatakse eufülliini (18). Kitsa terapeutilise laiuse ja kõrge bioaktiivsusega farmakonide ordineerimisel on otstarbekas mõelda, kas ikka kirjutada retseptis «kolm korda päevas üks tablett (supilusikatäis, ampull) korraga» (7).

Efektiivsem, ohutum ja ka odavam on patsiendi biorütmidest lähtuv farmakoteraapia. Näiteks juba kakskümmend aastat tagasi on tervishoiuministeeriumi ringkirjas antud soovitus kasutada glükokortikoide üks kord ööpäevas hommikutundidel. Sel ajal on ka inimese eksogeensete hormoonide tase kõrge ning organism sellega kohastunud. Sellise manustamisskeemi korral võib neid kergematel juhtudel kasutada isegi ülepäeviti. A. Golikov ja P. Golikov näitasid juba 1973. aastal, et immuunsüsteemi mõjutavad põletikuravimid on kõige efektiivsemad kevadel, sest just kevadel on ka neerupealiste koore aktiivsus ja steroidhormoonide süntees maksimaalne. Võib oodata ka anaboolsete preparaatide suurt efektiivsust, kui neid manustada faasis, mil kortikosteroidhormoonide sisaldus on suur (hommikul, kevadel). Histaminoblokaatorid aga on efektiivsemad õhtupoolikul, üldanesteetikumid öösel (6).

Kronoteraapia rakendamine on eeskätt inimese tervise huvides, kuid ka ravimite kokkuhoid. Koormates organismi väiksemate ravimikogustega ja hoides ära kõrvaltoimet, hoiame ka inimese tervist. Samuti ei saa kurta, et ravimite toime ööpäevased rütmid oleksid arstidele teadmata. Näiteks juba 200 aastat tagasi ilmus Prantsuse Teaduste Akadeemia toimetistes artikkel, milles autor, ise morfinist, kirjeldas, et kui morfiini manustada narkomaanile öösel kella kolme paiku, kõige sügavama puhkeseisundi ajal, siis ei pea annust päev-päevalt suurendama, nagu kõikidel teistel juhtudel. Ka antidepressantide manustamise õige aeg on sügava une ajal, kella kolme-nelja vahel öösel. Siis piisab ühest annusest ülepäeviti. Olmemürgi alkoholi toksilisus inimesele aga seevastu on koiduajal 6. . .7 korda suurem ööpäeva keskmisest (6). Kuigi trankvillisaatorite toimes selliseid suuri erinevusi ei ole kirjeldatud, on nende kasutamise efektiivsus suurem päeva teisel poolel või õhtu eel. Piisab ühest annusest ööpäevas.

Maksimaalselt odav, efektiivne ning kõrvaltoimeta farmakoteraapia nõuab inimese füsioloogiliste ja biokeemiliste protsesside rütmilisuse ja sellega seoses ravimitundlikkuse varieeruvuse arvestamist.

KIRJANDUS: 1. *Andres, K., Teesalu, S., Otter, M.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1988, 3, 225—227. — 2. *Bailey, K.* Regul. Toxicol. Pharmacol., 1983, 3, 4, 389—398. — 3. *McKinney, B., Evans, B., Jonowitz, A. a.o.* In: Circadian rhythm in central nervous system. London, 1985, 217—220. — 4. *Otter, M.* Horisont, 1989, 1, 21—23. — 5. *Otter, M., Andres, K.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1988, 3, 190—195. — 6. *Otter, M., Nurmand, L.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 4, 257—260. — 7. *Smolensky, M., Jovonovich, J. A., Mascey, K. G. a.o.* In: Chronopharmacology. Oxford, 1979, 263—271. — 8. *Smolensky, M. H., Alonzo, G. E. D.* Am. J. Med., 1988, 85 (suppl. 1 B), 29, 34—45.

9. *Деряпа Н. Р., Мошкин М. П., Посный В. С.* Проблемы медицинской биоритмологии. М., 1985. — 10. *Зидермане А. А.* Некоторые вопросы хронобиологии и -медицины. Рига, 1988. — 11. *Крылов С. С.* В кн.: Успехи современной

биологии. 1984, т. 98, 90—102. — 12. *Оттер М. Я.* В кн.: Актуальные вопросы фармакологии нейротропных средств. Рига, 1981, 48—51. — 13. *Оттер М. Я.* В сб.: Хронобиология и хронопатология. Тезисы докладов всесоюзной конференции. М., 1981, 90. — 14. *Оттер М. Я.* В сб.: Тезисы докладов II съезда фармацевтов ЭССР. Таллинн, 1981, 119—120. — 25. *Оттер М. Я.* В сб.: Актуальные вопросы разработки, изучения и производства лекарственных средств. Материалы конференции, посвященной 40-летию Победы в Великой Отечественной войне. Каунас 1985, 281—282. — 16. *Оттер М. Я., Алликметс Л. Х.* В сб.: Актуальные проблемы медицинской токсикологии в Эстонской ССР. Материалы конференции. Таллинн, 1986, 23—27. — 17. *Оттер М. Я.* В сб.: Актуальные вопросы фармакологии. Тезисы докладов Республиканской конференции при участии фармакологов Латвийской и Эстонской ССР. Каунас, 1989, 45. — 18. *Оттер М. Я., Андрес К. Х.* В сб.: Наука на страже здоровья. Тезисы научной конференции. Тарту, 1988, 324—327.

Summary

Chronotoxicology. Chronotoxicology involves the investigation of drug effects, as a function of biological timing. A brief review of the examples related to experimental and human chronotoxicology is presented. Clinical aspects of chronotoxicology are useful in solving problems of drug optimization.

Резюме

О хронотоксикологии. При назначении лекарств больному необходимо учитывать вариации физиологических параметров организма и его чувствительности к лекарствам, что является основой различной хронотоксичности лекарств. Статья посвящена описанию изменения хронотоксичности отдельных групп лекарств. Рассматривается возможность использования хронотоксикологических закономерностей при составлении оптимальных курсов лечения.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmakoloogia kateeder

Eesti Arst, 1990, 3, 204—207

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

UDK 616.34-089(474.2)

Maohaiguste kirurgilise ravi kogemus Võru Rajooni Keskhaiglas

Endla Mandel · **Võru**
Heino Kokk · **Tartu**

maokirurgia, rajooni keskhaigla

Sihipärasem maohaiguste kirurgiline ravi Eestis (Tartus) sai alguse 1920-ndatel aastatel. 1930-ndate aastate alguseni oli resektsioone nii maotuumorite kui ka -haavandite ravi eesmärgil tehtud vaid üksikjuhtudel, ülekaalus oli gastroenteroanastomoosi rajamine (4). Sellest ajast alates on resektsioon muutunud valikmeetodiks (3). Edasist mao ja kaksteistsõrmiksoole kirurgia arengut on mõjutanud väga paljud tegurid: haigestumuse suurenemine, diagnoosimise ja terapeutilise ravi laadi, eriti aga kirurgilise ravi näidustuste, metoodika, järelravi muutumine. Kuid puuduvad veel andmed, kuidas on see kajastunud haiglate, eriti rajoonihaiglate igapäevatöös. Seepärast ongi käesoleva artikli eesmärgiks anda ülevaade maohaiguste kirurgilise ravi arengust Võru Linna Haiglas ja Võru Rajooni Keskhaiglas. Algmaterjalina on kasutatud operatsioonipäevikuid, haiguslugusid ja 1970. aastast perfokaarte.

Esimesed maoresektsioonid Võru Haiglas tegi F. Krause juba 1927. aastal, seega ainult 46 aastat pärast esimest õnnestunud maoresektsiooni maailmas (2, 6). Andmeid opereeritute, näidustuste ja lähitulemuste kohta ei ole säilinud.

Aastail 1932. . .1940 töötas Võru linnakirurgina meditsiinidoktor J. Ennulo. Ta opereeris 1933. . .1937. aastani 48 haiget. Väärib esiletõstmist suhteliselt suur plaaniliselt opereeritute arv, võrreldes nende arvuga, kellel oli haavandi perforatsioon. Seda aega käsitlevas kirjanduses on suhe vastupidine (6). On opereeritud Reicheli-Polya meetodil, ka lokaalanesteesias. Letaalsus ei ole teada.

Andmed ajavahemikul 1945. . .1989 kõigi operatsioonide ja letaalsuse kohta on esitatud tabelis 1. Aluseks on võetud S. Judini poolt kasutuselevõetud skeem, milles tuuakse haavandtõve tüsistusena eraldi välja perforatsioon ja verejooks ning kroonilise haavandi (ka stenoosi) puhul plaaniliselt ettevõetud operatsioonid, samuti maokartsinoomi juhtudel tehtud operatsioonid (6).

Tabelist nähtub, et Võru Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonnal on arvestatav kogemus maokirurgia alal. Mitmesugustel näidustustel on opereeritud 1006 haiget, neist suri 39 (letaalsus 3,9%). Et 1960-ndate aastate algul toimus sisulisi muudatusi ka rajoonihaiglate kirurgiaalases tegevuses (anes-

Tabel 1. Võru Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonnas opereeritud maohaigusi põdejate jaotumine aastate, diagnoosi ja letaalsuse järgi

Aastad	Perforatsioon	Verejooks	Kroonilise haavand	Kartsinoom	Kokku	Letaalsus protsentides
1933. . .						
1937	8/?	—	21/?	19/?	48/?	?
1945. . .						
1949	18/4	—	42/4	19/2	79/10	12,7
1950. . .						
1959	64/6	7/0	24/1	29/1	124/8	6,5
1960. . .						
1969	60/2	21/2	120/2	117/5	318/11	3,5
1970. . .						
1979	56/1	58/2	120/0	93/3	327/6	1,8
1980. . .						
1989	40/0	20/2	54/1	44/1	158/4	2,5
Kokku	238/13	106/6	360/8	302/12	1006/39	3,9

Tabel 2. Erinevate diagnoosidega haigete ravi tulemuste võrdlus kahel erineval uurimisperioodil

Periood	Perforatsioon	Verejooks	Kroonilise haavand	Kartsinoom	Kokku	Letaalsus protsentides
I (15 a.)	82/10	7/0	66/5	48/3	203/18	8,9
II (30 a.)	156/3	99/6	294/3	254/9	803/21	2,6

tesioloogiatalitus, intensiivravi, kiirabi töö paranemine), on otstarbekas haigete kontingendi ja ravi tulemuste võrdlemisel lähtuda kahest perioodist: 1945. . . 1959 (15 a.) ja 1960. . .1989 (30 a.). Koondandmed nende kohta on tabelis 2.

Selgub, et I perioodil oli kirurgiline abi maohaiguste puhul vähene. Opereeriti 203 haiget, letaalsus 8,9% (keskmiselt 13,5 operatsiooni aastas ligikaudu 50 000 elanikuga rajoonis). Ilmselt on selle määranud nii kirurgia arengutase kui ka asjaolu, et opereeriti ainult neid, kellel haigus oli kaugelearenenud ja kellel operatsioon eriti näidustatud ei olnud. See tingiski halvad lähitulemused. Nii on kõigist selle aja maooperatsioonidest 40% ette võetud haavandi perforatsiooni tõttu. Letaalsus nende puhul oli väga kõrge — 12,2%. On tehtud esimesed edukad maoresektsioonid haavandi verejooksu juhtudel. Kroonilise haavandi tõttu plaaniliselt opereeritud haiged moodustasid vaid 33% kõigist opereeritutest; letaalsus oli 7,6%.

1960-ndate aastate algusest (II periood) on kirurgilise abi maht mao kirurgiliste haiguste puhul mitme objektiivse põhjuse tõttu kahekordistunud. Opereeriti 803 haiget (26,7 operatsiooni aastas). Operatsioonijärgne suremus kogu haigete rühmas vähenes 2,6%-ni.

Mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi ühe raskema tüsistuse — perforatsiooni — esinemissagedus võrreldavatel perioodidel ei ole oluliselt muutunud, ehkki viimasel aastakümnel on märgatav mõningane vähenemistendents (vt.

Tabel 3. Erinevate operatsioonimeetodite valik haavandi mulgustuse korral

Aastad	Resektsioon	Suturatsioon	Vagotoomia, ekstsisioon	Kokku
1945...1959	48/3	34/7	—	82/10
1960...1989	36/0	114/3	6/0	156/3
Kokku	84/3	148/10	6/0	238/13

tabel 1). Palju vaidlusi on tekitanud operatsioonimeetodi valik haavandi mulgustuse korral. Konkreetsed andmed Võru Rajooni Keskhaigla kohta on tabelis 3.

Järeldub, et ravi tulemus sõltub eeskätt peritoniidi väljakujunemise astmest (ravile saabumisest), mitte operatsioonimeetodist, sest mõlemal perioodil on letaalsus radikaalsete lõikuste (resektsiooni ja vagotoomia) järgselt olnud madalam kui lihtsa suturatsiooni puhul (vastavalt 3,6% ja 6,8%). Aastail 1960...1989 olid ravi tulemused haavandi perforatsiooni korral vabariigi keskmisest tunduvalt paremad (1). Pärast haavandi suturatsiooni suri 150 opereeritust kolm (1,9%). Tähtsat osa etendas õigeaegne hospitaliseerimine: kuue tunni jooksul saabus ravile 81% haigetest, ehkki 6% hospitaliseeritakse ka tänapäeval 12 tundi pärast haiguse algust.

Seedetrakti verejooksuga haigete ravi rajoonihaiglas on üks raskemaid ja komplitseeritumaid, seda nii diagnoosimise, taktika kui ka operatsioonimeetodi valiku seisukohalt. Selgub, et neid haigeid raviti 1956. aastani sisehaiguste osakonnas. Sellest ajast alates on Võru Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonnas ravil olnud 321 seedetrakti ülaosa haavandi verejooksuga haiget. Erinevatel kümnenditel on diagnoosimisvõimalused ja ravitaktika olnud erinev (vt. tabel 4).

Ilmselt ei ole kirurgiliselt ega konservatiivselt ravitud haigete rühmad võrreldavad ei verejooksu põhjuse ega verekaotuse suuruse poolest. Ajavahemikul 1970...1989 peeti kirurgilist ravi vajalikuks 27%-l kõigist verejooksujuhtudest. Opereeriti 78 haiget, neist suri neli. Operatsioonijärgne letaalsus oli suhteliselt suur (5,1%), kuid võrreldav kirjanduse andmetega (5). Konservatiivselt ravituist suri 1,9%. Rajoonihaigla diagnoosimisvõimalusi (endoskoopia, biokeemiliste näitajate jälgimine) võib rahuldavaks pidada, kuid raskusi on optimaalse ravitaktika valikuga, peale selle on ka kogemusi napivõitu, sest verejooksu juhte tuleb ette suhteliselt harva. Diagnostilise ebaselguse või arvatavate tehniliste raskuste tõttu on viimasel kümnendil Tartu Kliinilisse Haiglasse üle viidud 23 haiget, kellest opereeriti 16. Nad kõik jäid ellu.

Kõige enam on maooperatsioone ette võetud haavandtõve juhtudel (krooniline haavand, penetratsioon, stenoos) plaanilises korras (360 haiget ehk 36% kõigist opereeritutest). Plaaniliste operatsioonide näidustusi on aastail 1960... 1970 tunduvalt laiendatud (opereeriti 240 haiget, letaalsus 0,8%). Viimasel aastakümnel on kirurgilist ravi vajajate arv märgatavalt vähenenud (vt. tabel 1). Enamikku on plaaniliselt opereeritud absoluutsetel näidustustel. Seda kinnitab kas või fakt, et viimase 20 aasta jooksul on operatsiooni näidustuseks 174 opereeritust olnud maohaavand 108-l (62%) ja kaksteistsõrmikuhaavand 66-l (38%). Diagnoosist ja lokaalsest leiust olenevalt on püütud individualiseeritult kasutada mitut operatsioonimeetodit. Nii on maoresektsioon Billroth II järgi Hoffmeisteri-Finstereri modifikatsioonis tehtud 62%-l, resektsioon Billroth I järgi 30%-l, elundit säästvaid operatsioone 5%-l ja muid operatsioone 3%-l. Surnud on üks haige (letaalsus 0,6%).

Tabel 4. Seedetrakti ülaosa haavandi verejooksu ravi varieerumine erinevatel uurimisperioodidel

Aastad	Kirurgiline ravi	Konservatiivne ravi	Kokku
1956...1969	28/2	?	28/2
1970...1979	58/2	116/1	174/3
1980...1989	20/2	99/3	119/5
Kokku	106/6	215/4	321/10

Kui varem oli tunduva osa maooperatsioonide näidustuseks maokartsinoom (33%), siis viimasel kümnendil on enamik neid haigeid suunatud spetsialiseeritud raviasutusse ning nende operatsioonide osatähtsus on tunduvalt vähenenud.

Ajavahemikul 1970. . .1989 on detailselt registreeritud operatsioonijärgseid tüsistusi ja surma põhjusi. 485 opereeritust suri 10 (2,1%). 96 perforatsiooni tõttu opereeritust suri üks kardiopulmonaalse puudulikkuse ja kopsuturse tagajärjel (1,0%), 78 seedetrakti verejooksu tõttu opereeritust neli anesteesia tüsistuse, kopsuarteri trombemboolia, kroonilise neeruhaiguse ägenemise ja ureemia ning retsidiivverejooksu tagajärjel (letaalsus 5,1%). Plaanilises korras opereeritud 174 haigest suri üks kopsuarteri trombemboolia tagajärjel, 137 maovähihaigest 4 pärast diagnostilist ja proovilaparotoomiat.

Pärast operatsiooni tekkis tüsistusi 74 haigel (15,3%). Esikohal olid haava tüsistused (kaasa arvatud seroom) 25 juhul (5,2%). Kõhuõõne elundite tüsistusi on olnud 24 haigel (4,9%), sealhulgas kaksteistsõrmikuköndi dehistsents kahel, anastomosiit 11 haigel (neist vajas relaparotoomiat üks), operatsioonijärgne pankreatiit 8-l, peritoniit ühel, soolesulgus samuti ühel haigel. Kõhuõõne elundite tüsistuse tõttu tuli teha relaparotoomia kuuel haigel. Hingamis- ja vereringeelundite tüsistusi oli 14 juhul (2,9%), flebiit veenikateetrist 8-l (1,6%) ja tehnilisi tüsistusi operatsiooni ajal kolmel (0,6%). Tüsistuse tõttu viidi kolm haiget üle Tartu Kliinilisse Haiglasse. Nad kõik paranesid.

Järeldused.

1. Traditsioonide, kogemuse ja vastutuse korral on nii vältimatu kui ka plaaniline maokirurgia edukalt arendatav ka rajoonihaiglas.

2. Õigeaegselt saabunud haavandi perforatsiooniga haigeid on otstarbekas kohe opereerida radikaalselt.

3. Rajoonihaiglale valmistab raskusi seedetrakti verejooksude ravi, osa neist haigeist vajab kohest üleviimist kõrgemasse ravietappi.

KIRJANDUS: 1. Eesti NSV rahva tervis ja tervishoid 1988. aastal. Tallinn, 1989. — 2. *Ennulo, J.* Kirurg meenutab. Tallinn, 1976. — 3. *Linkberg, A.* Eesti Arst, 1937, 1, 14—25. — 4. *Petlem, H.* Haavandtõve kirurgiline ravi Vabariiklikus Tartu I Haavakliinikus 1918—1947. Kandidaadidissertatsioon. Tartu, 1949.

5. *Горбашко А. И.* Острые желудочно-кишечные кровотечения. Л., 1974. — 6. *Юдин С. С.* Этюды желудочной кирургии. М., 1965.

Summary

Experience in stomach surgery at the Võru District Hospital. This account presents data on stomach surgery at the Võru District Hospital which attended to the population of a South-Estonian district (about 50 000 inhabitants), during the period from 1945 to 1989. For several indications, 1006 patients were operated on with a mortality rate of 3.9%.

During the first period (1945-59) only a few patients were operated on (a total of 203 patients), whereas most of them developed post-operative complications. That led to a relatively high mortality rate (8.9%).

However, the results of stomach surgery had improved considerably during the second period (1960-89). The number of operations had increased twofold, 809 patients had been operated on with a mortality rate of 2.6%. Indications for surgical treatment were as follows: perforation of gastro-duodenal ulcer — 156 patients (19%) (mortality rate 1.9%), haemorrhage — 99 patients (12%) (mortality rate 6.0%), planned operations — 294 patients (37%) (mortality rate 1.0%), carcinoma of the stomach — 254 patients (32%) (mortality rate 3.5%).

Резюме

Опыт желудочной хирургии в Выруской ЦРБ. В обзоре представлен фактический материал Выруской ЦРБ по хирургическому лечению желудочно-дуоденальных язв и других заболеваний желудка за период 1945. . .1989 гг. Оперировано 1006 больных по различным показаниям. Летальность составила 3,9%.

В I периоде (1945. . .1959) оперировано относительно мало больных, в основном с осложнениями (203 случая), что обусловило высокую послеоперационную летальность — 8,9%.

Значительно улучшилось хирургическое лечение заболеваний желудка во II периоде (1960. . .1989). Количество операций увеличилось в два раза, оперировано 803 больных с летальностью 2,6%. Показанием к операции у 156 больных (19% от общего числа) была перфорация язвы (летальность 1,9%), у 99 больных (12%) — кровотечение (летальность 6,0%), в 294 случаях (37%) — плановая операция (с летальностью 1,0%) и в 254 случаях (32%) — рак желудка (летальность 3,5%).

Võru Rajooni Keskhaigla
Tartu Kliiniline Haigla

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

Eesti 1989. aasta tervishoiu- ja demograafiaandmeid

Reet Malbe · Tallinn

Eestis oli 1989. aasta lõpuks 117 statsionaarset raviasutust 18 709 voodikohaga. Hospitaliseeriti 308 754 haiget, neist 44 792 last. Statsionaarse ravi lõpetanuid oli 303 603, neist 46 428 last (alla aasta vanuseid 10 104). Statsionaaris suri 5898 täiskasvanut ja 373 last (neist 304 olid alla aasta vanad).

Ambulatoorset abi andis üheksa iseseisvat polikliinikut, 110 ambulatooriumi, 126 polikliinilist osakonda, kolm stomatoloogiapolikliinikut (kokku 29 912 külastust vahetuses). Lisaks neile töötas 99 arstipunkti ja 302 velskripunkti, 216 velskri- ja ämmaemandapunkti.

1989. aastal registreeriti 1 593 122 haigusjuhtu, neist 510 105 lastel.

Tervishoiuministeeriumi süsteemis töötas 6442 arsti (neist 4994 naist), 904 proviisorit, 14 834 keskastme meditsiinitöötajat. Kõikides ravi- ja profülaktika- ning sanitaarasutustes olevast 46 839 ametikohast oli täidetud 43 816.

Meie arstidest oli 252-l kõrgem, 1028-l esimene ja 1998-l teine kategooria. Keskastme meditsiinitöötajaist oli 1871-l esimene ja 682-l teine kategooria.

1989. aastal opereeriti 154 990 haiget, neist 83 793 statsionaaris, võeti vastu 24 276 sünnitust, tehti 25 841 aborti (neist 3758 olid alanud enne hospitaliseerimist).

Demograafianäitajate ja haigestumuse arvutamiseks (vt. tabelid 1, 2 ja 3) on kasutatud tervishoiuasutuste ja Riikliku Statistikaameti aastaaruandeid.

Tabel 1. Eesti 1989. aasta demograafiaandmeid

Linn või rajoon	Elusalt sündinuid	Surnult sündinuid	Surmajuhte	Loomulik iive	Rahvaarv 1. jaanuari seisuga		Rahvaarvu suurenemine 1989. aastal	Abiellumisi	Lahutusi
					1989	1990 (esialgne)			
Eestis kokku	24 292	182	18 530	5762	1 572 452	1 582 799	10 347	12 644	5916
Linn									
Tallinn	6958	56	5049	1909	502 489	505 137	2648	4942	2305
Tartu	2009	15	1242	767	113 907	115 433	1526	1180	506
Narva	1232	7	794	438	85 965	87 131	1166	810	442
Pärnu	854	2	616	238	58305	58 639	334	569	324
Kohtla-Järve	1195	12	1038	157	90 817	90 835	18	850	562
Sillamäe	324	2	188	136	20 282	20 673	391	241	108
Rajoon									
Haapsalu	569	6	437	132	33 809	34 209	400	235	110
Harju	1730	15	1194	536	106 613	107 592	979	594	344
Hiiumaa	215	1	138	77	11 041	11 278	237	62	18
Jõgeva	744	2	618	126	42 541	42 853	312	262	105
Kingissepa	754	4	510	244	39 554	40 120	566	252	80
Kohtla-Järve	344	1	568	—59	24 095	24 005	—90	68	16
Paide	777	6	526	209	43 647	43 647	0	279	105
Põlva	570	6	590	44	36 015	36 078	63	200	93
Pärnu	776	6	1097	186	42 581	42 814	233	151	9
Rakvere	1282	10	528	185	79 537	79 821	284	548	253
Rapla	693	3	742	165	39 447	39 699	252	235	105
Tartu	766	8	607	24	48 477	48 907	430	204	49
Valga	707	4	949	100	42 406	42 595	189	270	124
Viljandi	1085	9	696	136	65 724	65 834	110	383	184
Võru	708	7	403	12	45 200	45 499	299	309	74

Tabel 2. Eesti 1989. aasta demograafilised näitajad (protsentides)

Linn või rajoon	Sündimus		Suremus		Loomulik iive		Laste suremus	
	1988	1989	1988	1989	1988	1989	1988	1989
Eestis kokku	15,9	15,4	11,8	11,7	4,1	3,7	12,4	14,7
Linn								
Tallinn	15,3	13,8	10,0	10,0	5,3	3,8	14,2	15,6
Tartu	17,2	17,5	10,3	10,8	6,9	6,7	9,2	13,0
Narva	15,8	14,2	9,3	9,2	6,8	5,0	12,9	12,9
Pärnu	14,4	14,6	12,3	10,5	2,1	4,1	8,0	10,6
Kohtla-Järve	14,3	13,2	10,9	11,4	3,4	1,8	14,5	13,3
Sillamäe	15,5	15,8	8,2	9,2	7,3	6,6	9,3	9,3
Rajoon								
Haapsalu	16,1	16,7	13,5	12,9	2,6	3,8	12,7	19,5
Harju	16,9	16,2	11,7	11,1	5,2	5,1	17,1	14,5
Hiiumaa	19,8	19,2	13,8	12,3	6,0	6,9	8,8	14,0
Jõgeva	17,3	17,4	14,3	14,5	3,0	2,9	12,3	12,1
Kingissepa	17,2	18,9	14,0	12,8	3,2	6,1	2,8	14,6
Kohtla-Järve	14,6	14,3	16,0	16,8	—1,4	—2,5	17,4	11,6
Paide	16,9	17,8	12,1	13,0	4,8	4,8	3,9	10,4
Põlva	15,2	15,8	15,2	14,6	0	1,2	10,2	10,6
Pärnu	18,0	18,2	14,4	13,8	3,6	4,4	16,4	14,2
Rakvere	16,5	16,1	13,8	13,8	2,7	2,3	13,5	24,1
Rapla	16,6	17,5	13,8	13,3	2,8	4,2	11,0	13,1
Tartu	15,6	15,7	14,9	15,2	0,7	0,5	9,9	15,8
Valga	14,5	16,6	14,0	14,3	0,5	2,3	7,7	10,2
Viljandi	16,5	16,5	15,3	14,4	1,2	2,1	7,4	17,5
Võru	16,6	15,6	13,9	15,4	2,7	0,2	11,7	18,2

Tabel 3. Eesti rahva haigestumus 1989. aastal meditsiiniasutustesse pöördumise alusel

Haiguste klass rahvusvahelise klassifikatsiooni järgi	Täiskasvanute üldhaigestumus		Laste üldhaigestumus	
	1000 täiskasvanu kohta	haigusklassi osatähtsus (protsentides)	1000 lapse kohta	haigusklassi osatähtsus (protsentides)
Nakkus- ja parasitaarhaigused	32,9	3,7	84,4	5,8
Kasvajad	33,9	3,9	1,5	0,1
Endokriinsüsteemi haigused, ainevahetushäired	29,1	3,3	12,3	0,9
Vere- ja vereloomeelundite haigused	1,3	0,2	3,7	0,3
Psüühikahäired	52,7	6,0	45,4	3,1
Närvisüsteemi- ja tundeelundite haigused	75,1	8,5	130,9	9,0
Kardiovaskulaarhaigused	133,3	15,1	6,0	0,4
Hingamiselundite haigused	247,0	28,0	899,0	61,8
Seedetraktihaigused	38,5	4,4	75,5	5,2
Urogenitaalsüsteemi haigused	39,3	4,4	18,8	1,3
Rasedus- ja sünnituspatoloogia	9,9	1,1	0	0
Naha- ja nahaaluse koe haigused	27,7	3,1	55,7	3,8
Luude ja lihaste ning sidekoehaigused	78,5	8,9	19,2	1,3
Kaasasündinud anomaaliad	1,2	0,1	15,1	1,0
Traumad, mürgitused	80,9	9,2	86,0	5,9
Muud	1,2	0,1	1,8	0,1
Kokku	882,5	100	1455,5	100

Tallinna Vabariiklik Haigla

Eestis 1990. aasta I kvartalis registreeritud tähtsamad nakkushaigused (esialgsed andmed)

Linn, rajoon (maakond)**	Kõhutüüfus, paratüüfus*	Salmonelloos	Düsenteeria	Jersinioos	Tõestatud etioloogiaga enteriidid	Ebaselge etioloogiaga gastroenterokoliidid	Läkaköha	Meningokokknakkused	Leetrid	Puukentsefaliit	Viirushepatiit A	Viirushepatiit B	Malaaria	Leptospiroos
Tallinn	—	82	9	10	114	198	3	5	3	—	66	2	—	3
Kohtla-Järve	—	16	2	4	80	43	5	2	—	—	80	3	—	—
Tartu	—	5	3	2	21	28	—	—	4	—	6	3	—	—
Pärnu	—	65	5	—	6	46	—	—	1	—	10	2	—	—
Narva	—	8	2	3	6	47	5	6	—	—	28	2	—	—
Lääne maakond	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Harju rajoon	—	3	—	1	13	14	1	1	2	—	25	1	—	—
Hiiumaa	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Jõgeva rajoon	—	7	—	—	13	8	2	—	—	—	2	2	—	—
Saare maakond	1/1	3	3	—	3	2	—	—	—	—	8	—	—	—
Paide rajoon	—	5	—	—	4	15	—	—	—	—	4	—	—	—
Põlva rajoon	—	2	—	1	1	15	2	—	4	—	1	1	—	—
Lääne-Viru (Rakvere) maakond	—	6	3	1	5	9	2	1	1	—	54	1	—	1
Rapla rajoon	—	3	—	—	6	6	—	—	1	—	3	—	—	—
Tartu rajoon	—	1	—	—	4	18	1	—	—	—	—	2	—	—
Valga rajoon	—	—	—	—	7	2	—	—	—	—	23	—	—	—
Viljandi rajoon	—	4	—	4	16	13	—	—	—	—	2	1	—	—
Võru rajoon	—	3	2	—	7	1	—	—	—	—	59	2	—	—
Kokku Eestis	1/1	218	29	26	306	456	21	15	16	—	376	22	—	4
Näitaja 100 000 inimese kohta	0,06/ 0,06	13,7	1,8	1,6	19,3	28,8	1,3	0,9	1,0	—	23,7	1,3	—	0,24

* Murrujoone all on paratüüfust põdenute arv.
** Osa linnu ja rajoone on antud vana nomenklatuuri järgi.

1990. aasta I kvartalis registreeriti Eestis ülemiste hingamisteede katarre 62 141 juhul (näitaja 100 000 inimese kohta 3926,0) ja grippi 113 143 juhul (näitaja 100 000 inimese kohta 19 413,7).

1990. aasta I kvartalis registreeriti Eestis 2 HIV kandjat.

Parotiidi, sarlakite ja tuulerõugete esinemise kohta tehakse kokkuvõtted aasta lõpul.

Eesti Arst, 1990, 3, 211—212

UDK 614.252.2(474.2)

Arstide atesteerimisest

Jüri Männiste Mall-Anne Riikjärv
· Tallinn

Arstimeisterlikkus (kõrge professionaalsus, intuitsioon, kogemused), mis võimaldab arstil näha haiget tervikliku, mõista haigusprotsessi ning seda kõrvaldada, peab olema materiaalselt hüvitatud. Arstimeisterlikkuse kujunemisel ei ole määravaks töötatud aastad. Senine töötasustamise kord võimaldab meisterlikkust teatud määral kompenseerida kvalifikatsioonikategooria andmisega.

Arsti kvalifikatsiooni legitiimsuse vormistamine peaks olema maksimaalselt objektiivne, toetudes ühetaolistele, üldkehtivatele, kuid samas ka erialaspetsiifilistele kriteeriumidele, mille kohta ekspertkomisjon langetabki asjatundliku otsuse. Ekspertkomisjoni otsus toetub atesteeritava poolt koostatud tööaruandele, mille objektiivsust kinnitab raviasutuse administratsioon. Otsuse tegemisel peetakse silmas ka asutuse poolt antud iseloomustust, täienduskursustest osavõttu, arsti loomepotentsiaali ja sotsiaalset aktiivsust. Kvalifikatsioonikategooriate omistamise kord ja kõikide arstide perioodilise kordusatesteerimise nõue seavad ekspertkomisjonid (sõltuvalt ka arstide arvust mingil erialal) olukorda, kus maksimaalselt objektiivse hinnangu andmine iga arsti kohta ei ole võimalik.

Hindamine aruannete, s.o. peamiselt arvuliste näitajate alusel ei luba teha järeldusi arsti eetiliste tõekspidamiste, töökultuuri, teadmiste ning nende rakendamise kohta. Objektiivse hinnangu andmist segavad ka enamasti ühetaolised isikupäratud raviasutuste iseloomustused. Seetõttu peaksid kõikide arstide atesteerimisel peamist osa etendama komisjoni liikmete tutvumine atesteeritava töö ühe või teise lõiguga ning teoreetiliste teadmiste hindamine. Sellest tulenev ja sageli teisi kolleege etaloniks seadev nn. võrdlev ekspert-hinnang näib olevat küll subjektiivne, kuid on siiski palju konkreetsem ja igati õiguspädev hindamise viis.

Ilmne on vajadus arvestada erinevate meditsiinierialade isesuguseid kriteeriume. Nii tuleb kirurgidel teadmiste kõrval hinnata ka operatsioonimeisterlikkust. Seda paberil kujutada on võrdlemisi keerukas. Ei tüsistuste arv, letaalsus, korduvate operatsioonide vajadus ega teisedki ebaõnnestumised üksinda ei suuda kujutada kirurgi operatsioonimeisterlikkust, sest võimekamatele kirurgidele (vähemalt oma kolleegide arvates) antakse ka enam tüsistunud või nn. lootusetud operatsioonid, mille tulemused on loomulikult ka halvemad. Üks kirurgimeisterlikkuse üle otsustamise võimalusi on operatsiooni keerukuse kriteeriumi ja operatsiooniks kulutatud aja hinnang ning võrdlemine. Taolise metoodika töötasime välja 1984. aastal. Vastavalt operatsiooni keerukusele, mida arvutatakse tingpallides, loetakse kokku ka nn. ajapallid. Kui aega kulutatakse rohkem, kui seda operatsiooni keerukuse indeks ette näeb, tuleb uurida operatsiooni tehnikat ja taktikat. Taoline mitme põhioperatsiooni analüüs annab objektiivse ettekujutuse kirurgi tehnikaalastest võimetest.

Ka ühe eriala piires tuleks kategooria määramisel lähtuda arsti töö laadist, näiteks töö polikliinikus, statsionaaris, kiirabis. Töö iseloom määrab ravi- ja diagnoosimisvõtete valdamise ning tulemuste interpreteerimise, erineva mõtlemisviisi ja käitumise filosoofilised alused. Nii näiteks tuleb jaoskonnapediaatril üliharva anda abi raskes seisundis lapsele, tegelda keerukate diferentsiaaldiagnostiliste küsimustega, tungida teraapia kitsama eriala sügavustesse, mis aga ei välista kõrgema kategooria omistamise võimalust. Eksperthinnangu andmine ei tohiks sõltuda täienduskursustest osavõtust kõikide atesteeritavate puhul, sest arsti kvalifikatsiooni tase ei korreleeru täienduste arvuga. Kaaluka tegurina kategooria määramisel tuleb arvestada uute diagnoosimis- ja ravivõtete kasutuselevõtu perseverantsust.

Eesti Arst, 1990, 3, 212—214

Erialakvalifikatsiooni hindamisel kõrgete kategooriate korral on oluliseks näitajaks arsti pedagoogiline tegevus, mille all tuleb mõista oma kogemuse edasiandmise oskust (soovi), oma tegevuse analüüsimise võimet.

Lisaerialade omandamine (kitsam spetsialiseerumine) põhieriala piires on soovitatav kõrgema astme kategooria taotlemisel. Kõrgema kategooria kirurgil peab olema oskusi mitme eriala piires, näiteks üldkirurgil kõhuõõne ja rindkereõõne elundite haiguste diagnoosimise ja operatsioonide sooritamise alal, onkoloogias, uroloogias. Kõrgema kategooria pediaater peab kitsa spetsiaalsuse kõrval valdama täielikult ka üldpediaatriat. Kõrgem kategooria eeldab vähemalt ühel kitsal erialal kuulumist Eesti juhtivspetsialistide hulka.

Kvalifikatsioonikategooria taotlemine peab olema arsti enda soov ja õigus. Sooviavalduse alusel peaks asutuse (linnahaigla, rajoonis rajooni keskhaigla) ekspertkomisjon andma taotleja kohta tööalase eksperthinnangu. Kohalik eksperthinnang, töö analüüs ja personaalne vestlus peaksid olema kõikide kategooriate taotlemisel ning sobivuse hindamisel vabariikliku komisjoni otsustuse aluseks. Kordusatesteerimist kategooria kinnitamiseks enam vaja ei ole.

Raviasutuse õiguseks peaks jääma kolleegi suunamine sobivuse hindamiseks järgmistel juhtudel: pärast aasta möödumist internatuuri lõpetamisest, tööoskuse puudumise ja madala töökvaliteedi korral, kvalifikatsioonikategooria läbivaatamiseks — kas selle alandamiseks või äravõtmiseks.

Kavandatav arstide palgakorralduse muutmine, mille puhul kehtestatakse ka erinevad arstikategooriad (nooremarst, ülemarst jt.), eeldaks samuti arstide atesteerimist vastava palgamäära ulatuses. Uutes tingimustes atesteerimise lõpetamine kohustab peaarste olema kompetente kõigil erialadel, mis on esindatud tema poolt juhitavas asutuses.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

SANITAAR-HARIDUSTÖÖ

UDK 616.36-002:614

Elanike viirushepatiidialased teadmised

Rein Rannamäe Anne Edala
Neemi Puussaar · Tallinn

viirushepatiit, elanike teadmised, terviseõpetus

Viirushepatiidi profülaktika üks peaeesmärke on süvendada selle nakkushaiguse alaseid teadmisi. Käesoleva uurimise eesmärgiks oli teada saada, missugused on inimeste teadmised viirushepatiidist, sest sellest oleneb suuresti haiguskahtlaste varajane pöördumine arsti poole, ka isiklikku laadi tõrjemeetmete õigeaegne rakendamine.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti Tabasalu ja Jüri aleviku elanikke.

Tabasalus oli 1988. aasta septembrist 1989. aasta märtsini 43 viirusnepatiidinaiget: 19 täiskasvanut, 13 õpilast ja 11 lastepäevakodu last. Viirusnepatiit levis olme teel, sageli perekonniti.

Et Jüris sel ajavahemikul naigestumist ette ei tulnud, ei planeeritud ega korraldatud seal ka laialdasemat selgitustööd elanike nuilgas. Mainitut arvestades pidasime otstarbekaks võrrelda Tabasalu ja Jüri elanike viirusnepatiidialaseid teadmisi. Selleks korraldasime 1989. aasta märtsis anonüümse küsitluse.

Tabasalus küsitlesime 200 ja Jüris 160 majandi, lastepäevakodu ja söökla töötajat, 9. . .12. klassi õpilast ja õpetajat.

Ankeedis oli 14 küsimust, mis puudutasid viirusnepatiidi tekitajat, levikuteid, peiteaja kestust, naiguse esmaseid ja niisemaid tunnuseid, naige nakkusontiikkust, tervisliku seisundi jälgimist parast naigega kokkupuutumist, haiguse äranoidmist, selle leviku tõkestamist ning soovitusi podenuile.

Küsitlus toimus ilma etteteatamiseta, eesti keeles. Tuli alla kriipsutada kanest kuni kaheksast vastusevariandist õige. Ankeeti täideti küsija

juuresolekul, see valistas abimaterjali või teiste abi kasutamise võimaluse. Vastused hindasime kas õigeks, mittekuuluvaks või valeks. Et mõni küsimus eeldas õigena mitut vastusevarianti, võis küsitletu saada õigete vastuste korral kuni 30 punkti. Teadmised tunnistasime heaks, kui küsitletu oli õigete vastuste eest saanud vähemalt 20 punkti; rahuldavaks, kui vähemalt 15 punkti. Kui aga punktide summa oli sellest väiksem, siis tunnistasime teadmised puudulikuks.

Uurimistulemused ja arutelu. Teadmistest annavad ülevaate tabelid 1 ja 2.

Järeldub, et Tabasalu aleviku elanike viirushepatiidialased teadmised on paremad kui Jüri aleviku elanikel. See oli ka ootuspärane, sest Tabasalu lastepäevakodus, keskkoolis ja sööklas olid küsitlusele eelnenud epidemioloogi ja infektsionisti loengud viirushepatiidist ning selle profülaktikast. Jüri asula vastavates asutustes olid kohalikud meditsiinitöötajad samasisulisi loenguid pidanud aasta tagasi, mida oli ajendanud hepatiidikahtlus lastepäevakodus ja keskkoolis 1988. a. veebruaris.

28%-l Tabasalu küsitletuist jäid viirushepatiidialased teadmised napiks, ehkki kestev ebasoodne epidemioloogiline olukord ja tervisepropaganda oleksid pidanud suurendama inimeste huvitatust ja vastutust kaitsmaks oma tervist.

Tabasalus paistsid paremate teadmiste poolest silma pedagoogid ja sööklatöötajad, kes kuuluvad epidemioloogiliselt ohtliku kontingendi hulka.

Lastepäevakodu töötajad välja arvatud, on Jüri aleviku elanike teadmised viirushepatiidist puudulikud. Puudulikud on ka kooliõpilaste teadmised, nen-

Tabel 1. Küsitletute jaotumus teadmiste alusel

Teadmiste hinne	Töölised		Kooliõpilased		Pedagoogid		Lastepäevakodu töötajad		Toitlustustöötajad		Kokku	
	Tabasalu	Jüri	Tabasalu	Jüri	Tabasalu	Jüri	Tabasalu	Jüri	Tabasalu	Jüri	Tabasalu	Jüri
Küsitletuid	50	30	85	85	12	10	38	25	15	10	200	160
Hea	8	2	5	9	6	—	32	6	6	1	57 (28,5%)	18 (11,3%)
Rahuldav	33	13	33	24	6	7	6	15	9	4	87 (43,5%)	63 (39,3%)
Puudulik	9	15	47	52	—	3	—	4	—	5	56 (28%)	79 (49,4%)

Tabel 2. Küsitletute teadmiste analüüs (õigete/valede vastuste protsent)

Küsimused	Tabasalu alevik			Jüri alevik		
	töölised	õpilased	epideemiaohtlik kontingent	töölised	õpilased	epideemiaohtlik kontingent
Peiteperiood	—/22,0	1,2/38,8	5,3/4,2	—/33,3	—/25,9	4,4/32,2
Levikuteed	14,0/—	9,4/7,1	52,5/22,5	6,7/—	5,9/3,5	20,3/8,2
Esmased haigustunnused	—/2,0	—/9,4	—/—	—/23,3	—/10,6	4,4/25,6
Nakkusohtlik periood	80,0/20,0	32,9/67,1	91,6/4,8	66,7/33,3	37,6/57,6	42,5/25,6
Kontaktsetel terviseseisundi jälgimise oskus	—/2,0	4,7/—	6,7/—	6,7/—	5,9/11,8	16,4/—

Märkus. Enamik vastuseid osutus ebatäpseks, mida hindasime puudulikuks. Tabel neid ei kajasta.

de puhul ilmnes teadmiste süvenemistendents 9. kuni 12. klassini.

Halvemini teati viirushepatiidi esmaseid tunnuseid, levikuteid ja profülaktikat. Hilise arsti poole pöördumise peamine põhjus Tabasalus võis olla see, et ei tuntud esmaseid haigustunnuseid. Seda, et viirushepatiidi esmatunnused võivad nii gripi kui ka seedetrakti haiguste tunnustega ühte langeda, ei teadnud täpselt ükski vastaja. Sealjuures pidas kollasust haiguse esmaseks tunnuseks 30% vastanuist Tabasalus ja 64,4% Jüris.

Seda, et hepatiidihaigega kokkupuutunu peab mõõtma oma kehatemperatuuri, jälgima enesetunnet, uriini ja väljaheite värvust, teadis vaid 3,5% Tabasalu ja 9,4% Jüri elanikest.

Elanike vähestele viirushepatiidi profülaktika alastele teadmistele viitab ka see, et haigus levis perekonniti 55,8%-l haigusjuhtudest.

Kollatõve levikuteedest oli teadlik vaid 24,5% Tabasalu ja 10% Jüri elanikest. Et kollatõvehaige on kõige ohtlikum enne kollasuse teket, sellest oli teadlik 65% Tabasalu ja 43,1% Jüri elanikest.

Vähe oli õigeid vastuseid viirushepatiidi peiteperioodi kohta.

Järeldused.

1. Viirushepatiidi leviku piiramiseks pöörata suuremat tähelepanu sanitaarharidustööle, eriti ebasoodsa epidemioloogilise olukorraga paikkondades.

2. Tõsta epidemioloogiliselt ohtlikel töökohtadel töötajate teadmisi nakkushaiguste profülaktika alal. Ainuüksi sanitaarmiinimumiõppuste korraldamisest jääb väheks.

3. Kooli tervishoiuprogrammi kuulugu ka sagedamini esinevate nakkushaiguste profülaktika.

Summary

People's knowledge of viral hepatitis. A number of people were given a questionnaire concerning their attitudes to the epidemiology of viral hepatitis. It has been found that people's knowledge of viral hepatitis is insufficient. Such a questionnaire is extremely useful for the prevention of the spread of viral hepatitis. The author also gives a number of recommendations for the improvement of health education among our population.

Резюме

Знания населения о вирусном гепатите. Путем анкетного опроса мы исследовали знания жителей двух поселков о вирусном гепатите. В одном из поселков в период, предшествовавший опросу, среди жителей бытовым путем распространился вирусный гепатит (48 случаев заболеваний). Во втором поселке в течение года не было зарегистрировано ни одного случая заболевания. Анкета содержала 14 вопросов. Всего было опрошено 360 рабочих, учащихся и людей, работающих на эпидемиологически опасных рабочих местах. Опрос показал, что знания населения по вопросам, связанным с эпидемиологией вирусного гепатита, являются недостаточными. Хотя у жителей первого поселка соответствующие знания оказались несколько лучше, их нельзя считать достаточными в комплексе противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения вирусного гепатита. Даются рекомендации по повышению уровня гигиенических знаний населения.

Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Tallinna Meditsiinikooli 1990. aasta lõpetajaid

Dmitri Ane, Tatjana Aleksandrova (kiitusega), Ljubov Andrejeva, Jelena Beda, Svetlana Bogomolova (kiitusega), Irina Buklagina, Liina Denissova, Natalia Djadjurenko, Irina Djatsenko (kiitusega), Jelena Fridman, Ljubov Godovikova, Oksana Goi, Sisana Grigorjeva, Tatjana Grjazeva, Helina Hankov, Taivi Heide, Helika Härmask, Jelena Istsenko, Merje Junolainen, Riina Karm, Jekaterina Kolmogorova (kiitusega), Ingrid Kullamaa, Jelena Koitsenko, Oksana Kozovaja, Viktoria Kovaitsuk, Svetlana Krizanovskaja, Hele Lenis, Ülle Lember (kiitusega), Jaana Lomp, Lenne Luik, Mariana Minnallova, Jelena Murasova, Sirje Märtin (kiitusega), Inna Nikitina (kiitusega), Vassili Novikov, Jelena Ostrjakova, Irina Ovtsinnikova, Ülle Palmiste (kiitusega), Marika Parts (kiitusega), Krista Pass, Moonika Pedosk, Jaanika Peep, Julia Petruskova, Kristina Ponomarenko, Olga Popeko, Ilona Puurin, Krista Puusepp, Terje Raudsepp, Olga Rivkina, Irina Rovda, Inna Rudko, Nadezda Rump (kiitusega), Tatjana Rutskaja, Ivika Room, Ilo Saksen (kiitusega), Tatjana Sidorenko (kiitusega), Kairi Sipsaka, Larissa Smolenskaja, Terje Sool, Inna Silovits, Pavel Siskin, Inna Siskina, Svetlana Zjuzjukova, Tatjana Zujeva, Olga Zvereva, Marina Zarikova, Halliki Tamm, Olga Tinnomirova, Signe Tiirak, Anne Tiitus, Irina Titova (kiitusega), Olga Trussova, Alla Tseiombijeva, Marju Varik, Riina Velio, Kerttu Vokk, Tatjana Voikova, Mae Wirtn.

Tartu Meditsiinikooli 1990. aasta lõpetajaid

Kadri Aviste, Krista Bassova, Siret Hallop, Margit Hani, Tiina Joemets (kiitusega), Kaja Jurisaar (kiitusega), Jaana Kadak, Merike Kask, Anneli Kannus (kiitusega), Anneli Kiik (kiitusega), Piia Kuruk, Jaana Kaambre, Maarika Lipand (kiitusega), Lii Luik, Liia Meier, Maris Morel, Elvira Murrik, Katrin Magi, Ingrid Moller (kiitusega), Kairi Okas, Riina Paulson (kiitusega), Maret Pooi, Karin Parsikivi, Terje Reoane, Sirje Saar, Aive Saks, Ene Sakur, Aire Salu (kiitusega), Karmen Saum, Kaie Siispool, Marlets Steinberg, Ulvi Tabur (kiitusega), Signe Tennosaar, Svetlana Todrina, Kulliki Toikka, Anneli Varik, Terje Veliamae, Terje Veske, Viivi Viimsi, Karin Viira, Mare Välja (kiitusega), Annika Ämarik.

Uusi meditsiinikandidaate

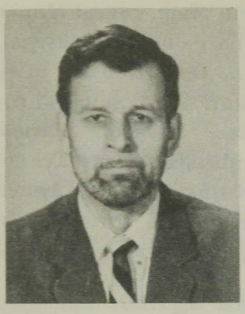


3. juunil 1988 kaitses Tartu Ülikooli erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Liikvoridünaamika ja aju elastsete omaduste muutuste diagnoosimine doseeritud koormuskatsu abil erineva geneesiga hüdrotseefalusega haigetel» Tartu Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonna arst **Jaan Eelmäe**. Töö on valminud prof. A. Tiku juhendamisel. Oponeerisid meditsiinidoktor A. Sahnovits NSV Liidu Meditsiiniakadeemia N. Burdenko nim. Neurokirurgia Instituudist Moskvast ja prof. R. Kikut Riia Meditsiiniinstituudist. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 28. detsembrist 1988 kinnitati J. Eelmäele meditsiinikandidaadi kraad.

J. Eelmäe töö tulemustest on selgunud, et kasutatud originaalne doseeritud koormuskats võimaldab arvutada kvantitatiivseid liikvoridünaamika ja aju elastsete omaduste näitajaid, mille põhjal saab anda kindlaid näidustusi eri meetodite abil avastatud hüdrotsefaaliaga haigete šunteerimisoperatsioonideks. Lisaks võimaldab see meetod uuel teaduslikul tasandil uurida muid intrakraniaalse rõhu kõikumisega kulgevaid patoloogilisi protsesse ajus.

J. Eelmäe on sündinud 11. juunil 1952. aastal Jandõ külas Irkutski oblastis töölisperekonnas. 1970. aastal lõpetas ta Vaeküla Internaatkooli, samal aastal astus Tartu Ülikooli, mille lõpetas 1976. aastal. Sellest aastast alates, pärast internatuuri lõpetamist, on J. Eelmäe töötanud Tartu Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonnas. J. Eelmäe on kõrgema kategooria neurokirurg.

Arvo Tikk



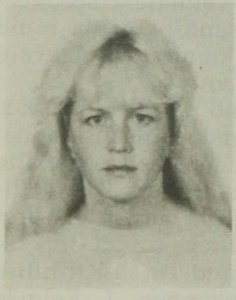
23. novembril 1988 kaitses Moskva Stomatoloogia Keskinstituudis erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Nüüdisaegsed ortopeedilis-stomatoloogilised proteesid ja nende kliiniline ning immunoloogiline hinnang» Harju Rajooni Keskpolikliiniku osakonnajuhataja **Rein Männi**. Väitekiri on valminud meditsiinidoktor E. Beltšikovi ja teadusliku konsultandi prof. E. Varese juhendamisel. Oponeerisid prof. A. Doinikov ja meditsiinikandidaat dotsent V. Svirin NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 5. aprillist 1989 kinnitati R. Männile meditsiinikandidaadi kraad.

Töös on käsitletud nüüdisaegseid täiustatud meetodeid ortopeedilises stomatoloogias, mis tõstavad ravi funktsionaalseid ja esteetilisi omadusi, pikendavad tunduvalt proteeside kandmise aega, vähendavad stomatiitide arvu miinimumini ja parandavad ravi kättesaadavust.

Samuti tuleb märkida kasutusele võetud ortopeediliste konstruktsioonide koesõbralikkust. Need kahjustavad organismi immunoloogilist seisundit vähem, mis on väga tähtis paljude krooniliste ja allergiliste haiguste profülaktikas.

R. Männi on sündinud 16. mail 1938. aastal Narvas teenistuja perekonnas. 1972. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogia erialal. Viimased 15 aastat on töötanud Harju Rajooni Keskpolikliinikus.

Vello Laos



4. oktoobril 1989 kaitses Tartu Ülikooli erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Enneaegsete laste kesknärvisüsteemi prospektiivne kliiniline, biokeemiline ja kompuutertomograafiline uurimine» Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi nooremteadur Anu Sööt (Kangro).

Töö on valminud prof. A.-E. Kaasiku ja dotsent T. Talviku juhendamisel. Oponentideks olid meditsiinidoktorid J. Barašnev. NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi Emade- ja Lastekaitse Teadusliku Uurimise Keskusest ja I. Skvortsov Vene NFSV Tervishoiuministeeriumi Moskva Pediaatria ja Lastekirurgia Teadusliku Uurimise Instituudist. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 7. veebruarist 1990 kinnitati A. Söödile meditsiinikandidaadi kraad.

A. Söödi töö tulemustest on selgunud, et sümpatoadrenaalsüsteemi aktiivsus enneaegsetel vastsündinutel on sõltuvuses hüpoksilis-isheemilise entsefalopaatia raskusastmest ning liikvori kreatiini kinaasi BB sisaldus on kõrgeim hüpoksilis-isheemilise entsefalopaatia kolmanda astme korral. Neonataalsel perioodil tehtud kompuutertomograafiliste uuringute alusel diagnoositi intraventrikulaarseid, subarahnoidaalseid ja subduraalseid verevalumeid ning aju valgeaine tiheduse languse alusel hüpoksilis-isheemilist kahjustust. Hilisemale perioodile on iseloomulikud aju atroofilised muutused. Enneaegsete laste kesknärvisüsteem omab suuri kompensatoorseid võimalusi, mistõttu prognoosi psühhomotoorse arengu suhtes ei saa teha enne üheksandat elukuud.

Väitekirja materjali põhjal on avaldatud kaheksa teadustööd.

A. Sööt on sündinud 19. aprillil 1957. aastal Tartus teenistuja perekonnas. 1975. aastal lõpetas ta Tartu 2. Keskkooli. Samal aastal hakkas Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas õppima pediaatriat. Ülikooli lõpetas A. Sööt 1981. aastal kiitusega. Pärast internatuuri lõpetamist kuni 1985. aastani oli Tallinna Lasnamäe Lastepolikliiniku neuroloog. Aastail 1986 . . . 1989 oli ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri aspirant. Praegu töötab A. Sööt Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis nooremteadurina.

Ain-Elmar Kaasik

Eesti Arst, 1990, 3, 217—219

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 364:61(474.2)«1918/1920»

Meditsiiniteenistus Eesti Vabadussõjas

Kuulo Kutsar · **Tallinn**

Eesti Vabadussõda, sõjaväe meditsiiniteenistus, meditsiinikaadri kaotused

Eesti omariiklus sündis läbi raske poliitilise võitluse. Ometi kujunes olukord selliseks, et tõelised poliitilised võidud tulid alles pärast seda, kui verinoor Eesti riik oli nendele teed rajanud Vabadussõja lahinguväljadel. Meie lugejad on huvi tundnud, milline oli meditsiiniteenistuse (tolleaegse nimetusega sanitaarteenistuse) osa Eesti sõjaväe võitlusvõime tagamisel Vabadussõja rinnetel. Käesolevaga püüame sellele pilku heita.

Vabadussõja algul oli tervishoiusüsteem Venemaa pärandina kohtadel olemas. Omavalitsustele allusid tervishoiuosakonnad, mille koosseisu kuulusid linna ja maakonna tervishoiuarstid, linnas oli 20 000 . . . 25 000 inimese kohta ette nähtud üks arst. Peale nende olid ametis kooli-, vaeste- ja kohtuarstid ning üks politseiarst Tallinnas. Olid ka raudtee peaarst ja vangimajade peaarst koos nendele alluvate arstidega. Põhilisteks raviasutusteks olid omavalitsuste haigemajad, erahaiglad ja Tartu Ülikooli kliinikud. See süsteem oli üldisest laastamisest suhteliselt puutumatuks jäänud.

Vabadussõja alguses loodi küll Eesti sõjaväe tervishoiuvalitsus, mille ülemaks määrati R. Ostrov, kuid sõjaväe tervishoiuorganisatsioon tegelikult puudus. Enamiku sanitaar- ja haiglavarustusest olid enamlased hävitanud või sakslased taandumisel kaasa viinud, suurt puudust tunti meditsiinipersonali järele. Meditsiinivarustuse puudumise tõttu läksid väeosade arstid (mitmes polgus puudusid arstid üldse) lihtsalt võitlejatena eesliinile. Haavatuid ja haigeid evakueerida ja ravida ei olnud võimalik. Selline oli olukord 1918. aasta novembris-detsembris. Ainuke sõjaväehaigla Juhkentalis võeti sakslastelt üle armetus seisukorras 21. novembril 1918. Sellest sai I Tallinna Sõjaväehaigla — esimene sõjaväehaigla Eesti Vabariigis üldse. Sõjaväehaigla ülemaks määrati A. Lossmann. Haigla koosseisus oli kolm arsti, üks õde ja kaks ametnikku.

Sellel Eestile väga raskel ajal kutsus Eesti Ajutine Valitsus rahvast üles abistama rinnet ning osalema kaitsetöös. Nii sai alguse vabatahtliku organisatsiooni asutamine, millele pandi nimeks «Ühistöö». 5. detsembril kinnitas peaminister K. Päts selle põhikirja ja 8. detsembril 1918 valiti «Ühistöö» juhatuse esimeheks Voldemar Päts. Et sel ajal Eestis Punane Rist veel puudus, täitis «Ühistöö» tegelikult selle ülesandeid: tehti korjandust riiete saamiseks, valmistati sõjaväe varustust, rindeväeosadele toimetati toiduaineid, põetati ja hooldati haavatuid ning haigeid.

Kahe ja poole kuu jooksul kujunes sellest organisatsioonist välja Eesti Punane Rist. 24. veebruaril 1919 kinnitas Ajutine Valitsus Eesti Punase Risti põhikirja ning selle presidendiks valiti esimese diviisi arst H. Leesment. Et Punase Risti põhiülesandeks sai sõjaväe meditsiiniteenistuse abistamine, määrati H. Leesment ühtlasi ka selle evakuatsiooniülemaks. Peagi oli selge, et ilma välisabita toime ei tulda. Eesti Punase Risti suurimaks abistajaks kujunes Ameerika Punane Rist, kes annetas Eestile esmaklassilist meditsiinivarustust, ravimeid, haiglasisseseadet, toiduaineid, sanitaarautosid, kõike kokku mitmesaja tuhande dollari väärtuses. Eestit külastas korduvalt Ameerika Punase Risti volinik Ida-Euroopas kolonel H. Ryan, erialalt kirurg. Tema teeneid

hinnati Vabadusristiga. Ameerika Punane Rist töötas Eestis 1919. aasta aprillist 1922. aasta juulini. Inglise Punane Rist annetas rohkesti ravimeid ja seitse sanitaarautot. Rootsi Punane Rist toimetas Eestisse samuti ravimeid. 1919. aasta juulis avas Taani Punane Rist Valgas 90 voodikohaga haigla, tema poolt olid varustus ja personal. 1919. aasta jaanuaris tulid eestlastele appi Soome vabatahtlikud, kaasas kahe haigla personal ja varustus.

1919. aasta märtsis määrati Eesti sõjaväe tervishoiuvalitsuse ülemaks A. Lossmann. Omades suuri sõjaväearsti kogemusi, sai temast Eesti sõjaväe meditsiiniteenistuse tegelik looja. Arvesse võttes arstide puudust, võeti asearstidena teenistusse viimase kursuse arstiteaduse üliõpilasi, kolmanda ja neljanda kursuse üliõpilased töötasid velskritena. Õdede ettevalmistamiseks hakati korraldama lühiajalisi kursusi. Vabatahtlikult astus sõjaväkke rohkesti ka vanemaid arste, näiteks teenis L. Koidula vend E. Jannsen I Tallinna Sõjaväehaiglas. A. Lossmann jõudis korraldada isegi sõjaväearstide teadmiste täiendamist; teaduskoosolekute referaadid avaldati «Sõjaväearstide teaduslikkude koosolekute protokollides». Kõrvuti eesti arstidega teenis Eesti sõjaväes ka saksa, vene ja juudi rahvusest arste.

Sõjaväe tervishoiuvalitsuse pingutused meditsiiniteenistuse organiseerimisel kandsid kiiresti vilja: kõigis kolmes diviisis formeeriti kirurgia- ja hügieenisalgad, lisaks veel soomusrongide diviisi haigla, üks evakuatsioonisalk, üks karantiinihaigla, kolm hospidali sõjavangide tarvis ja seitse sõjaväehaiglat tagalas. Suuremates haiglates suudeti tööle panna isegi traumatoloogiaosakonnad.

I Tallinna Sõjaväehaigla asus Juhkentalis, selle ülemarstiks oli O. Liik. Haiglas oli 1000 voodikohta. 1919. aastal töötas haiglas professor W. Zoege von Manteuffel. II Tallinna Sõjaväehaigla paiknes kahes kohas, Narva maanteel ja Laial tänaval. Haigla ülemarstiks oli A. Mõttus, hilisem Tervishoiu Peavalitsuse juhataja. III Tallinna Sõjaväehaigla avati Koplis Bekkeri tehaste hoonetes ja selle ülemarstiks oli E. Pihlak. Tartus töötas Vabadussõja päevil samuti kolm sõjaväehaiglat: esimene Maarjamõisas ülikooli kliinikus, teine Aia tänaval asuvates ülikooli hoonetes (ülemarst I. Müllerson) ja kolmas Rostovtsevi ülikooli ruumes, see oli ette nähtud nakkushaigete jaoks (ülemarst N. Ojakär).

Iga diviisi juurde moodustati sajavoodikohaline laatsaret kergelt haavatute ja haigete tarvis, samuti oli iga diviisi juures epideemiatõrjesalk. Kokku organiseeriti 17 sõjaväehaiglat 7300 voodikohaga. Lisaks sellele formeeris Eesti Punane Rist 10 haiglat 995 voodikohaga. Omavalitsuse haiglates, erahaiglates ja Tartu Ülikooli kliinikutes oli sõjaväele eraldatud 350 voodikohta. Seega oli haavatute ja haigete ravimiseks sõjaväe käsutuses 8645 voodikohta. Eesti Punane Rist abistas sõjaväge eeskätt evakuatsiooni korraldamisel. Nad evakueerisid $^2/_3$ haavatutest ja haigetest. Evakuatsioonipunktides toitlustati üle 200 000 sõduri. Haavatute ja haigete transportimiseks kasutati sanitaarvaguneid, mida tavaliste rongide külge haagiti. Sanitaarrongide järele polnud vajadust. Sanitaarautode puudumise korral transporditi haavatuid evakuatsioonipunktidesse sanitaarkaarikutel. Tallinna ja Tartu raudteejaamas asusid peamised evakuatsioonipunktid, kust haavatud ja haiged haiglatesse suunati. Suuremates raudteejaamades olid vabatahtlikud moodustanud toitlustuspunkte.

Sõjaväe tervishoiuvalitsus jõudis isegi nii kaugele, et juba 7. juunil 1919 avati sõjaväelaste tuberkuloosihaigla Selis, mis oli üldse esimene tuberkuloosihaigla Eestis. Sõjaväelaste taastusravi korraldamiseks avas Eesti Punane Rist 1919. aasta juunis mudaravisanatooriumi Haapsalus ja Kuressaares ning 1920. aasta 16. jaanuaril ortopeedia-traumatoloogiahaigla.

Raske katsumuse ette seadis sõjaväe tervishoiuteenistuse ja kogu rahva nakkushaiguste levik Eestis. 1918 . . . 1919. aastani möllas Venemaal mitut liiki tüüfus. Enamlaste sõjaväega jõudis tähniline tüüfus Eestisse juba 1919. aasta

algul. Kui novembris 1919 taandus Eestisse Vene Loodearmee ja koos sellega saabus siia suur põgenikelaine, sai Virumaalt alguse tähnilise, taastuva ja kõhutüüfuse epideemia, mis kestis 1920. aasta augustini. Koplis avati vene desarmeeritud sõjaväelastele ja sõjapõgenikele nakkushaigla, sest epideemia tipul oli tähnilisse tüüfusesse haigestunuid nende hulgas 500 . . . 1000, surnute arv küündis 50 inimeseni ööpäevas. Sõjaväe tervishoiuvalitsus nägi suurt vaeva tähnilise tüüfuse likvideerimisega lagunenud Judenitši armees. 1919. aasta detsembrist olid epideemiast tabandunud ka Eesti sõjavägi ja Virumaa elanikkond. Eriti ulatuslikult levis see 1920. aasta esimesel poolel. Sõjaväe tervishoiuvalitsus määras epideemiatõrjeteenistuse etteotsa I diviisi arsti M. Jervani. Energiliselt tegutses ka Eesti Punane Rist, kes formeeris Ameerika Punase Risti abiga nakkushaiglaid epideemiapiirkonnas. Moodustati 10 desinfektsioonisalka ning 1920. aasta aprilliks sai valmis sauna- ja desinfektsioonirong. Ameerika Punane Rist formeeris eraldi epideemiatõrje lendsalga, mille kaks arsti langes tüüfuse ohvriks. Tüüfuseepideemia levikule pandi piir.

Eesti sõjaväe tervishoiuvalitsuse andmetel oli Vabadussõjas langenute ja haavadesse surnute üldarv 2236, nendest olid 202 ohvitserid ja 2064 sõdurid. Mitmesugustesse haigustesse suri sõja ajal 1352 meest, nendest 31 ohvitseri ja 1321 sõdurit. Haavatuid ja põrutada saanuid oli 13 775, nendest 601 ohvitseri ja 13 174 sõdurit. Võrreldes ohvitseride ja sõdurite kaotusi Vabadussõjas nende üldarvuga, selgub, et langes 18,3% ohvitseridest ja 5,2% sõduritest.

Vabadussõjas haigestunud sõjaväelaste üldarv ulatus 40 000-ni. Palju oli nakkushaigusi, reumatismi, kopsuhaigusi, nahahaigusi ja pedikuloosi. Tohutu oli võitlejate vaimne ja kehaline ülekoormus vahetuste puudumise tõttu. Kaotusi kandis Vabadussõjas ka sõjaväe meditsiinipersonal: kolm arsti langes lahinguväljal, seitse arsti suri tähnilisse tüüfusesse. Tunduvalt rohkem langes ja suri nakkushaigustesse velskreid. Langenud kolleegide nimed olid raiutud marmortahvlisse, mis asus Tallinna Kaitseväe Keskhaigla seinal ning lisatud olid Horatiuse sõnad *Dulce et decorum est pro patria mori.*

Summary

Medical service during the War of Independence. At the beginning of the Estonian War of Independence there was no military medical service at all. Later on, the military medical service was organized by sanitary Major-General Arthur Lossmann. The Estonian Red Cross led by doctor H. Leesment and its supporters from the American, British, Danish, Swedish and Finnish Red Cross services gave a lot of help for the treatment of the sick and wounded in the war. Thanks to a proper medical service in the army it was possible to avoid heavy casualties in the war of independence: 18.3% of army officers and 5.2% of soldiers were killed, 13 775 freedom-fighters were wounded and approximately 40 000 were taken ill.

Резюме

Медицинская служба во время Освободительной войны. В начале Освободительной войны военной медицинской службы в Эстонии не существовало. Ее организовал генерал-майор санитарной службы др. Артур Лоссманн. Большую помощь армии оказывал Эстонский Красный Крест (президент др. Х. Леэсмент) при поддержке Красного Креста США, Англии, Дании, Швеции и Финляндии. Благодаря хорошей организации медицинской службы удалось избежать больших потерь во время Освободительной войны; погибло 18,3% офицеров и 5,2% солдат, ранено было 13 775 и заболело примерно 40 тыс. человек.

Ajakiri «Eesti Arst»

Eesti Arst, 1990, 3, 220—223

UDK 616-053.2(474.2)(092)

Professor Aadu Lüüs — Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli lastehaiguste kateedri juhataja

Lea Boston · **Tartu**

Tänavu möödub 70 aastat lastehaiguste eestikeelse õpetamise algusest Tartu Ülikoolis. 30. oktoobril 1920 alustas esimene lastehaiguste kateedri juhataja Aadu Lüüs pediaatrialoenguid.

Aadu Lüüs sündis 4. novembril 1878 Võrumaal Vana-Antsla vallas Lüüsi talus talurentniku pojana. Õppis aastail 1895 . . . 1900 Treffneri gümnaasiumis ja aastail 1901 . . . 1907 Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas, kuuludes ka Eesti Üliõpilaste Seltsi. Arstiteaduskonna lõpetas ta *cum laude*. Ajavahemikul 1907 . . . 1909 oli arstiks Laiusel ja Võrus, seejärel ajavahemikul 1909 . . . 1911 töötas assistendina J. Armitsteadi lastehaiglas Riias. Aastail 1911 . . . 1913 täiendas ta pediaatriaalaseid teadmisi Strasbourg'is professor A. Czerny juures (8). Ajavahemikul 1911 . . . 1920 tegutses Aadu Lüüs Tallinnas arstina, ühtlasi oli ka linna vaestearstiks ja alates 1917. aastast linna tervishoiubüroo juhatajaks (1). Samas asutas ta 1918. aastal esimese lastenõuandla Eestis.

1919. aasta septembris valis ajutine nõukogu A. Lüüsi Tartu Ülikooli lastehaiguste õppetooli juhatajaks (2). Laste vigasuse alast doktoriväitekirja kaitses ta 1922. aastal, seejärel sai 1924. aastal erakorraliseks ja 1926. aastal korraliseks professoriks. A. Lüüs oli hea organisaator, aktiivne ühiskonnategelane, mitmekülgsete huvidega uurija ja lapsetervishoiu viljakas populariseerija.

Saanud kateedrijuhatajaks, tegi A. Lüüs kohe algust lastenõuandla taasavamise ja lastehaigla avamisega Tartus (8). Ettevalmistused ülikooli lastekliiniku avamiseks algasid juba 1912. aasta kevadsemestril, kuid seda takistas Esimese maailmasõja puhkemine (2). 1920. aasta oktoobris avas lastenõuandla uksed ning samal aastal hakkas A. Lüüs IV kursuse üliõpilastele pidama pediaatrialoenguid. Lastehaigla avamine viivitus, sest hoone teise korruse olid hõivanud kohtu-uurijad. Tartu Ülikooli Lastekliinik (Veski t. 6) alustas tööd 1. aprillil 1922. Voodikohti oli seal 20, kliiniku juures töötas ka ambulatoorium. Ajavahemikul 1922 . . . 1924 oli kliinikul ainult üks, alates 1925. aastast kaks assistendikohta. Tartu Ülikooli Lastekliinik kui õppebaas sel ajal vajadusi ei rahuldanud. Et mainitu oli ainuke lastehaigla Eestis kuni 1940. aastani, hospitaliseeriti sinna mitmesuguste diagnoosidega raskelt haiged.

Lastehaigla mitmest assistendist said silmapaistvad lastearstid. Mainitagu siinkohal järgmisi: eradotsent ja dotsent Robert Sinka, 1930. aastal kaitses ta doktoriväitekirja; Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi töötaja 1944. aastast dotsent Arnold Reiman, tuntud laste-tervishoiuorganisaator (2). Ülikooli õppejõududena töötasid kaua prof. Felix Lepp, dotsendid Karl Kaur ja Leida Keres.

Tänu A. Lüüsile oli kateedril ka rikkalik raamatukogu (8), seal olid ka eri maade 29 pediaatriaajakirja aastakäigud.

Pediaatrialoenguid pidas A. Lüüs alates 1920. aastast kuni 1923. aasta I semestrini kolm tundi nädalas ja alates 1923. aasta II semestrist kuni 1940. aasta I semestrini neli tundi nädalas. Lastehaiguste propedeutika praktikume õppeplaanis ei olnud. Seetõttu demonstreeris A. Lüüs lastehaiguste propedeutika loengutel laste ealiste iseärasuste tundmaõppimiseks haigeid, lapse hügieenivahendeid, andis degusteerimiseks toidusegusid.

Lastehaiguste õpetamisel andis professor igale IV kursuse üliõpilasele — ta nimetas neid noorteks doktoriteks — kureerimiseks 1 . . . 3 haiget. Üliõpilane pidi olema igaks loenguks valmis andma haige kohta ülevaate. Pärast seda tegi professor täiendusi ja hindas üliõpilase tööd. Ühe uuritu kohta kirjutas



Fotol Tartu Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilased prof. A. Lüüsi loengul 1944. aasta kevadsemestril.

üliõpilane haigusloo. Kõik VI kursuse üliõpilased olid ühe kuu lastehaiglas praktikal. Nad ravisid assistentide juhendamisel haigeid haiglas, võtsid haigeid vastu ambulatooriumis ja töötasid laboratooriumis. Lastehaiguste eksam toimus XII õppesemestri kevadel.

Pediaatriale spetsialiseeruvad üliõpilased töötasid pärast lõunat assistentide vabatahtlike abilistena lastekliinikus. Soovijaid oli igal 25 . . . 30 üliõpilasega kursusel üks kuni kaks. Suurem osa neist kogus ka andmeid üliõpilaste võistlustööde jaoks. Võistlustööde teemad avaldati trükisõnas. Teemat uurida sooviv üliõpilane võis jääda tundmatuks. Tavaliselt töötas üliõpilane täiesti iseseisvalt, ilma õppejõudude abita. Ühe teema kallal võis töötada mitu üliõpilast. Töö esitati mingi märksõna all. Retsensendid ei teadnud võistlustööde autoreid. Tulemused tehti teatavaks 1. detsembril. Kui töö pälvis preemia, siis avati koosolekul ümbrik ja teatati autori nimi. Kui tööd auhinna vääriliseks ei olnud tunnistatud, siis süüdati ümbrik kohalolijate silmade all küünlast põlema ja see põles metallkandikul tuhaks. Selline koosolek oli väga pingeline autoritele.

Professor A. Lüüsi sulest on ilmunud originaalne kaheköiteline õpik «Lastehaigused» (1939 . . . 1940. aastani).

Kateedril ühtset teadussuunda ei olnud. A. Lüüsi peamiste teadustööde teemadeks on laste invaliidsus Eestis, vastsündinute antropomeetrilised andmed, menarhe eesti tütarlastel, merisigade skorbuut lastejahuga toitmisel, tuberkuliinproovide diagnostilise väärtuse võrdlus ja ülevaade Eesti laste ühiskondliku tervishoiu organisatsioonist. Arvukalt on A. Lüüs kirjutanud artikleid laste kliinilisest ravist ja kasuistilistest juhtudest. Ta on publitseerinud ka A. S. Rauberi, F. Karelli ning teiste teadlaste biograafiaid.

Professor A. Lüüs tegeles innukalt teaduse populariseerimisega. Varem olid selles valdkonnas ainult 1879. aastal ilmunud F. R. Kreutzwaldi «Kodutohter» ja J. Kapi «Eesti ema» (8). Arvestades lastevanemate vähest lapsehügieeni tundmist, kirjutas A. Lüüs 1921. aastal raamatu «Laste hoidmise ja ravitsemise õpetus». 1931. aastal ilmus temalt «Isiklik terviseraamat», peale nende veel 8 brošüüri ja üle 50 populaarteadusliku artikli, mis olid publitseeritud ajakirjades («Tervis» jt.) ning ajalehtedes. Ta oli ka tuntud ühiskonnategelane. A. Lüüs oli Põhja-Balti Arstide Seltsi üks asutajaid 1912. aastal, kuukirja «Tervis» redaktsioonikomisjoni liige. Ta võttis osa ka Tartu Arstide Seltsi tööst. Tallinnas asutati 1932. aastal lastekaitset korraldav ja ühtlustav sihtasutis «Eesti Lastekaitse». Selle juhatajaks valiti Aadu Lüüs. Arstiteaduskonna dekaanina töötas ta 1931 . . . 1934. aastani, ajavahemikul 1928 . . . 1941 juhatas ta Eesti Õdede Seltsi Tartu Meditsiiniõdede Kooli.

1932. aastal külastas prof. A. Lüüs Helsingi haiglaid (3). Tema arvates oli Helsingi haiglakultuur kõrgel tasemel, kust võis palju õppida. Läbi rännanud küll kogu Euroopa, teadsid eestlased oma ligema naabri ja sugurahva tervishoiust tema arvates veel väga vähe. See olukord pidi kiiresti paremuse suunas muutuma. 1937. aastal võttis A. Lüüs osa rahvusvahelisest lastekaitse ja lastearstide kongressist Roomas (5, 7). Kongressil käsitleti ka toitumist. Leiti, et kõige optimaalsem on last 7 kuud rinnaga toita. Kongressi resolutsioonis nõuti, et igas koolis oleks iga päev üks võimlemistund, sest see on alatine ja ammune kooliarstide nõue.

Peale selle peaks õppetundide ajal 10 . . . 15 minutit avatud akna all vabu harjutusi tehtama ja seda mitu korda päevas. See elustaks lapsi, tugevdaks nende lihaseid ja süvendaks hingamist. Samas sooviti, et vana perekonna- või majaarst jälle ellu ärkaks, kelle vastu oli usaldus ja kes teadis kõiki perekonna hädasid ja muresid ning kes seetõttu võis perekonnale nõuandjaks ja aitajaks olla.

A. Lüüs kirjutas oma välismaakirjas, et Rooma kongress ja sellega ühenduses olevad vastuvõtud ei unune kunagi. Kongress avati Kapitooliumis Caesari saalis, mis oma antiiksete skulptuuride ja büstidega jättis unustamatu mulje. Järgnesid ametlikud Rooma kuberneri poolsed vastuvõtud *Domus Caesareas* — see on Caesari maja varemetes —, Kapitooliumi pidusaalides ja Mussolini muuseumi ruumes.

Oma artiklis tõutervishoiu kohta leiab ta, et mida enam võõrduvad inimesed maast ja kehalisest tööst, seda vähem nad siginevad (4). Et perekond ning lapsed on ühis- ja riigielu alustoed, siis on vaja kergendada lastekasvatuse raskuskoormat majanduslike hüvedega. A. Lüüs võitles agaralt kõrtsikultuse vastu, mis rahvuskultuurilisi püüdlusi kuidagi ei edenda.

Ülikooli pediaatria kateedri juhatajana töötas ta Saksa okupatsiooni lõpuni 1944. aastal. Pärast seda emigreeris ta Rootsi, kus töötas Stockholmi Karolinska Instituudi lastekliiniku arhiivis (7).

A. Lüüs kui patrioot kirjutas eksiilis olles oma memuaarides: «Iga inimene armastab oma vanemaid, oma sünnikohta, oma kodu ja oma kodumaad, oma isaisadele ja emaemadele looduse poolt pärisomandiks saanud maad (6) ja niikaua kui tal see kodumaa on ja niikaua kui ta selle järele igatsust tunneb, kuigi ta ajutiselt kuskil mujal elab, ei ole ta oma rahvale ega ka oma kodumaale kaduma läinud. (- - -) Ja olgugi, et meie kodumaa pind kehvapoolne, olgugi tema ilmastik kare ja karge, kuid siin on meie isad-emad oma õnne- ja murepäevad mööda saatnud, teda oma palehigis aastasadu harinud ja teda kaitstes oma verd valanud: kõige sellega on ka nemad tema meile igaveseks omandiks pärandanud ja ta on väärt, et ka meie tema eest sedasama teeme. Ainult meil, eestlastel, on tema peale ainuõigus, mitte kellelgi teisel rahval.»

A. Lüüs kirjutab, et ta nõuaks igalt teadlaselt, kirjanikult, kunstnikult ja rahvajuhilt nelja omadust-tingimust ja oma elu nende järgi korraldamist: 1) selge, arusaaja pea; 2) hea, soe süda, see tähendab, et soovib teistele head ja seda ka oma tegudega kinnitab; 3) õiglane meel, see on, kes õiglust ja tõde üle kõige armastab ja selle järgi püüab oma elu ja tegevust rajada; 4) tööind, see on, kes armastab tööd teha ja vaeva näha, sest ilma töö ja vaevata närtsib ja kiduneb ka suurvaim (7). Esimest ja neljandat omadust leiame sagedamini, palju harvem aga teist ja kolmandat, veel harvem on need neli omadust ühes isikus leida.

A. Lüüsi arvates on pärilikkus see, mis teeb mehe meheks ja inimese isiksuseks. Ka kõige suurem vaim võib närbuda, kui ta ei saa oma ihule turvalist toitu ja oma vaimule äratust, ergutust, isegi ärritust. On vaja head miljööd, kus vaim võib areneda.

Võib isegi rääkida inimestest, kes on moraalselt pätistunud. Nad kõnelevad suure suuga asjadest, mis on hoopis võõrad. Kuri ja raske on mõelda, et isegi ülikooliharidusega inimesed valetavad, varastavad ja teevad teisi inetuid tempe. Kui paljud kahejalgsed — inimesed — on pahemad kui loomad! Nad irvitavad su üle ja lööksid sind maha, kui ametlik seadus sind ei kaitseks.

Kui pediaater, kes on elu pühendanud laste hüvanguks, nendib ta: «Armastan lapsi: need võrsuvad tillukesed olevused, kui armsad nad on. Nad hüüavad siin ja seal mind *jultomte*, see on jõuluvana. Ma viipan neile käega ja siis naerame mõlemad. Nad tulevad mu juurde ja annavad mulle oma käekesed. Olgu taevataat nendega ja andku neile tervist, jõudu ja õnne nende eluteel. Jah, lapsed armastavad mind ja mina neid. Meie oleme sõbrad.»

Oma eluõhtul ütles A. Lüüs, et mida

rohkem päev õdangule kaldub, seda külmemana ta tundub. Mida enam inimene vanemaks läheb, seda enam ta armastab soojust, sest temal enesel on seda vähe ja ka ümbrus pakub temale seda vähem. Ja kui sa ise ei suuda kellelegi soojust pakkuda, siis ei paku teda sulle ka keegi . . .

A. Lüüsi memuaarides jääb kõlama kreedo, et loov ja ettevõtlik vaba inimene on inimkonna ja tuleviku alus, selle edu ainus eeltingimus.

Professor A. Lüüs suri Stockholmis 1967. aastal.

KIRJANDUS: 1. Eesti biograafiline leksikon. Rmt.: Akadeemilise Ajaloo-Seltsi toimetised II. Tartu, 1927, 295. — 2. *Keres, L., Paves, A., Sildver, L., Tälli, H.* Rmt.: 70 aastat Eesti Ülikooli. Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi XXIV. Tartu 1989, 6—17. — 3. *Lüüs, A.* Eesti Arst, 1932, 9, 494—498. — 4. *Lüüs, A.* Rmt.: Eesti rahva tulevik. Tartu, 1935, 3—8. — 5. *Lüüs, A.* Välismaakirjad. Eesti Arst, 1938, 4, 287—294. — 6. *Lüüs, A.* Talutarest Tartusse. Eluradadel nähtut, kuuldut, meelespeetut. Stockholm, 1957. — 7. *Lüüs, A.* Tartus ja Rootsis. Eluradadel nähtut, kuuldut, meelespeetut. Stockholm, 1959.

8. *Кереc, Л.* Rmt.: Tartu Riikliku Ülikooli Toimetised. Arstiteaduslikke töid XXIV. Tartu, 1972, 7—33.

Summary

Professor Aadu Lüüs — Head of the Chair of Children's Diseases of Tartu University in the Republic of Estonia. This article describes the beginning of the teaching of children's diseases and pediatrics and the promotion of child care by Professor Aadu Lüüs in the Republic of Estonia. In 1918 he set up the first children's consultative centre in Estonia and in 1922 founded the Children's Clinic of Tartu University.

Резюме

Профессор Ааду Люйз — заведующий кафедрой детских болезней Тартуского университета в период Эстонской республики. В статье рассказывается о начале преподавания курса детских болезней на эстонском языке в Тартуском университете периода Эстонской республики. В 1920 г. начал читать лекции по педиатрии студентам IV курса доцент А. Люйз. В начале 1918 г. он основал первую детскую консультацию в Эстонии и в 1922 г. — детскую клинику Тартуского университета. Ученую степень доктора наук А. Люйз получил в 1922 г. в Тарту, а в 1926 г. стал ординарным профессором. Он был активным общественным деятелем, исследователем с широким кругом интересов и популяризатором детского здравоохранения.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna pediaatria kateeder

Eesti Arst, 1990, 3, 223—227

UDK 616-002.5-08(474.2)(092) Bežanitskaja «1889/1989»

Doktor Klaudia Bežanitskaja ja tuberkuloosiravi areng Tartus

Guido Arro · Tartu

Klaudia Bežanitskaja sünnist möödus 100 aastat. Tema elu ja tegevus pakub huvi mitmest aspektist. Esiteks on see osa Tartu arstiteaduse ja meditsiiniõpingute ajaloost, teiseks Tartu arstiabi ühe lõigu arenguloost ja kolmandaks on see näide tõelisest humanismist ja internatsionalismist, mis paraku põhjustas repressioone.

K. Bežanitskaja sündis 15. oktoobril 1889. aastal Pärnumaal Käisma külas õigeusu preestri Nikolai Bežanitski peres noorema tütrena. Juba tema isa saatus annab esimese võtme ka tütre ja tema pere tuleviku mõistmiseks. Kogumikust «Mälestusi ja dokumente 1905. a. liikumisest Eestis I», mis ilmus 1932. aastal Tartus, võib lugeda: «Preester B. ei leppinud jumalaarmu andmisega, vaid südaööl läks ja ajas polk. Markovi üles, et vangide eest seista. Polkovnik oli väga imestunud, et vaimulik on kutsutud mässajatele jumalaarmu andma, kuna seaduse järgi sääraseid isikuid lastavat ilma sellise armuta maha. Tagajärg oli see, et surmaotsus muudeti ja meeste süü kohta lubati juurdlus toime panna.»

14. jaanuaril 1919. aastal mõrvati Nikolai Bežanitski koos piiskop Platoniga Tartus 13 aastat varem päästetute aatekaaslaste poolt. Tema põrm puhkab Tartu Uspenski kirikus.

K. Bežanitskaja lapsepõlv ja kooliaastad möödusid Pärnumaal, Võrus, Viljandis ja Peterburis. Gümnaasiumihariduse ja õiguse ülikooli astuda omandaski ta Peterburis, kus ta elas filoloogist vanema õe Zinaida juures (hilisem vene keele õpetaja ja õpikute autor Z. Dermidontova). Tartu Ülikooli astus K. Bežanitskaja 1906. aastal 16-aastaselt, siis oli see võimalik vaid vabakuulajana. Arstidiplomi saamiseks tuli eelnevalt



Foto 1. Kaukaasias 1916. aastal, mil K. Bežanitskaja töötas Punase Risti arstina rindel.

koos muude Tsaari-Venemaa ülikoolide naisvabakuulajatega võidelda naiste õiguse eest sooritada ülikooli riigieksamid. Nimelt keelas haridusminister Kasso oma käskkirjaga 1910. aastal naisvabakuulajate eksamile võtmise. Et ülikoolide õppejõudude proteste ei arvestatud, korraldati Peterburis naisvabakuulajate konverents, kuhu kogunes umbes 20 delegaati. K. Bežanitskaja oli üks Tartu Ülikooli esindajaid. Loosiga tuli tema ülesandeks esitada palvekiri Püha Sinodi prokurörile Lukjanovile. Selle ülesande ta täitis. Peaminister Stolõpinile esitas palvekirja kolmeliikmeline delegatsioon eesotsas konverentsi juhataja Subbotinaga. Haridusminister Kasso üliõpilaste palvekirja vastu ei võtnud. Ministrite kabineti istungil nõudnud ta oma käskkirja jõussejätmist, hääletamise ajaks aga lahkunud ta istungilt. Seitsme kuni kümne päeva pärast saadud teade vabakuulajatele ülikooli lõpetamise õiguse andmisest (Tartu Ülikooli Ajaloo Küsimusi VI. Tartu, 1977, lk. 108—109).

13. märtsil 1913. aastal saadud diplom kinnitas, et K. Bežanitskaja on lõpetanud ülikooli arstina *cum laude*. (Ülikooli lõpetamise lükkas K. Bežanitskaja edasi seoses abiellumise ja tütre sünniga).

Aastail 1913 . . . 1916 töötas ta Tartu Ülikooli Sisehaiguste Kliinikus professorite K. G. K. Dehio ja E. Masingu assistendi ja ordinaatorina. 1914. aasta suvel oli ta prof. N. Burdenko kutsel Krimmis laboriarstiks, 1916. . .1920 Punase Risti arstiks Kaukaasia rindel (vt. foto 1). Seal põdes ta tähnilist ja taastuvat tüüfust, mille järel oli tervist taastamas Gelendžiki sanatooriumis.

Ajavahemikul 1921. . .1922 töötas K. Bežanitskaja Krimmis arstina, Eestimaale opteerus ta 1922. aasta märtsis ja asus tööle haigekassa arstina Tartus (kuni haigekassade likvideerimiseni 1940. aastal).

1. mail 1923 sai temast Tartu esimene ftisiaater, sest Tartu linna ja maakonna tuberkuloosi vastu võitlemise selts otsustas asutada tiisikusenõuandla ja valida selle juhatajaks K. Bežanitskaja. Loomulikult oli Tartu kliinikutes varemgi tuberkuloosihaigeid ravitud, juba K. E. von Baer oma doktoriväitekirjas nimetab eestlaste haiguste seas tuberkuloosi. K. Bežanitskaja oli esimene, kelle põhitööks sai tuberkuloosihaigete väljaselgitamine, nende kodude külastamine, nakkuse leviku vältimiseks desinfektsiooni ja muude võtete õpetamine, haigete ravi tollal tuntud meetoditega. 20. mail alustati ülikooli polikliiniku ruumides eraldatud toas haigete ambulatoorset vastuvõttu (praegu Ülikooli t. 16, keeleteaduskonna ja ajalooteaduskonna dekanaadi ruumid). Oma röntgenikabinetti nõuandlal ei olnud, haigetele tehti röntgenläbivalgustusi sisekliinikus kahel päeval nädalas. Nõuandlas töötas üks arst ja üks õde. Tegevust finantseeris 1926. aastani Eesti Punane Rist.

Tartu linna ja maakonna tiisikusenõuandla tegevuspiirkonnas oli K. Bežanitskaja mälestuste järgi 181 000 inimest, täpsustatult 1933. aasta rahvaloenduse järgi 181 296. Esimesed märkmed nõuandla töömahu kohta on K. Bežanitskaja teinud 1927. aastal — nõuandlat on külastanud 1658 inimest, neist linnast 1327 ja maalt 331. Visiite oli nõuandlasse 3086, kodusid külastati 1933 korral. Uusi tuberkuloosihaigeid võeti arvele 228. See arv aastatega järjest suurenes ja 1939. aastaks oli see 672. Järjest suurenes ka röntgenläbivalgustuste arv: 1927. aastal 166, 1939. aastal aga juba 2135. Röga on 1927. aastal uuritud 509 korral, kõige rohkem 1936. aastal — 910 korral.

Loomulikult oli aastatega muutunud nõuandla koosseis. 1928. aastal asus õena tööle arst Anna Sink (Kalamees). 1931. aastal lisati üks õekoht, tööle asus arst Helene Lepp, kes oli sel kohal 1935. aastani. Aastail 1931. . .1936 töötas nõuandlas ka arst Elfriede Käsper. Nõuandla arstidest loetleb K. Bežanitskaja oma märkmetes veel Marta Reimanni (töötas seal aastail 1935. . . 1936), Helmi Kurruskit (1936. . .1938) ja Ellen Freyd (1936. . .1939).

1927. aastal tiisikusenõuandla alluvus ja finantseerimine muutus. Seoses Punase Risti Seltsi keeldumisega võttis nõuandla oma finantseerida Tartu linna ja maakonna tuberkuloosi vastu võitlemise selts. Endiselt saadi rahalisi vahendeid linnavalitsuselt ja osalt riigieelarvest, suur osa tuli aga annetustest, sealhulgas ka korjandustest (valgelillepäevade karbikorjandus, jõulumarkide müük jm.).

Tuberkuloosihaigete ravis tuleks märkida kolme tähtsündmust. 1928. aastal avati tollal 2 km kaugusel linna piirist *dr. phil.* A. Eisenschmidti pärijatelt ostetud ja haiglaks kohandatud talumajas 25 voodikohaga tiisikuseravila. Ka selle esimeseks juhatajaks oli K. Bežanitskaja, kes hommikul töötas nõuandlas, pärastlõunal aga ravilas. Nii kestis see 1. jaanuarini 1930, siis asus ravilat juhatama meditsiinidoktor Ernst Mill.

1. aprillil 1938. aastal sai dispanser lõpuks oma ruumid — kuus tuba Lai t. 35 (praegune ekskursioonibüroo). Seal tehti väikesi ümberehitusi ja remont ning paigaldati Taagepera sanatooriumist saadud röntgeniaparaat. Tööd alustati juba 19. oktoobril 1938. Mida arvavad sellise remondi ja seadmete paigaldamise kiiruse kohta meie tervishoiuasutuste tänased majanduslik-tehnilised abistajad — Tartu Linna REV ja «Eesti Meditsiinitehnika» Tartu töökojad? Ilmselt mahtusid sellesse kuuekuulisse ajavahemikku ka projekti ning eelarvelise dokumentatsiooni koostamine ja kooskõlastamine.

1938. aastal sai arhitekt V. Tippeli projekteeritud juurdeehituse ka tiisikuseravila. Voodikohtade arv suurenes 75-ni. Ravila ümber istutati park. Ka soetati ravilale selle aja kohta tehniliselt täiuslik firma «Siemens» röntgeniaparaat. Nii sai alguse tänane kopsukliinik.

Tartu raviasutused on alati olnud arstiteaduskonna õppebaasiks. Ka tiisikusenõuandla ja -ravila olid seda vanemate kursuste üliõpilaste jaoks. Tuberkuloosist pidas loenguid prof. F. Lepp, praktilist tööd juhendasid nõuandla ja ravila arstid. K. Bežanitskaja loetleb oma mälestustes 30 arsti, kes pikemaajalise töötamise või lühemaajalise stažeerimise järel said Tartus ftisiaatri eriala. Eestis oli enne nõukogude võimu kehtestamist igas maakonnas nõuandla, lisaks sellele mitu sanatooriumi ja



Foto 2. Tartu tuberkuloosidispanseri töötajaid 1945. aastal.

haiglat. Neis töötavad arstid said oma esmase ettevalmistuse Tartus.

Kohaliku ettevalmistuse kõrval oli Eesti arstide erialases arengus olulisel kohal välisriikide raviasutuste tööga tutvumine. K. Bežanitskaja oli aastail 1925...1938 lühemat või pikemat aega stažeerimas Lätis, Soomes, Poolas, Austrias, Rootsis ja Prantsusmaal. Tänapäeval seavad «internatsionalistid» kahtluse alla keeleseaduse nõude osata Eestis töötades eesti keelt. K. Bežanitskaja valdas vabalt kolme kohalikku keelt — eesti, vene ja saksa keelt.

Esimest korda arreteeriti K. Bežanitskaja koos oma tütre Tamara Lagovskajaga 1941. aasta suvel. Mõlemad pääsesid ainult õnneliku juhuse läbi mahalaskmisest Tartu vanglas.

Saksa okupatsiooni aastail jätkas K. Bežanitskaja tuberkuloosihaigete ravimist Tartus. Sõjapäevil, 20. augustil 1944. aastal, evakueeris ta dispanseri töötajad ja varad, päästes need nii hävingust tulekahjus Laia tänava hoones. Abilistena evakueerimisel märgib K. Bežanitskaja oma mälestustes kellassepp Ellitit ja selle sõpra Kompust, kes aitasid hankida veoauto. Evakueeritute seas olid ka üks kolmekuine laps ja ühe meditsiiniõe 70-aastane ema. Dispanser evakueeriti pommitamise ohus 42 km kaugusele Varbavere koolimajja, kus alustati ajutiselt tööd. Eriti oluline oli see töö õhkrindravi saavatele haigetele, kes vajasid õhkrinna järeltäitmist kuni kord nädalas. K. Bežanitskaja hoole all oli aastatel 1934... 1939 691 kunstliku õhkrinnaga ravitud tuberkuloosihaiget.



Foto 3. K. Bežanitskaja Tallinnas oma kodus 1979. aastal, mis oli ka tema surma-aasta.

Pärast Tartu vabastamist ja lahingute kaugenemist asus K. Bežanitskaja otsima nõuandlale (nüüd juba tuberkuloosidispanser) töövõimalusi Tartus. Ruumid saadi kahes tühjaks jäänud esimese korruse korteris Veski t. 63 (praegused naha- ja suguhaiguste dispanseri ruumid). Seal alustati tööd juba 1. oktoobril 1944 (vt. foto 2). Oli hangitud ka uus röntgeniaparaat. Keskmiseks röntgenuuringute arvuks dispanseris oli aastail 1941...1949 K. Bežanitskaja andmetel 1800 uuringut aastas. Tuberkuloosiraviasutuste ja kogu tuberkuloositõrje areng ning tulemused Tartus 1944. aastast tänaseni on omaette ulatuslik teema, mis väärib eraldi käsitlemist.

25. märtsil 1949 küüditati K. Bežanitskaja Omski oblastisse. Mis oli selle põhjuseks? Miks viidi ära perekond, kes koosnes 59-aastasest naisarstist, tema poolt Tartu Linna TSN Täitevkomitee loal 1946. aastal kasvatada võetud akadeemik N. Vavilovi arreteeritud assistendi Nikolajenko kahest alaealisest tütrest ja nende 60-aastasest poolpimedast tädist? Väljavõte NSV Liidu Riikliku Julgeoleku Ministeeriumi 23. juuli 1949. aasta erinõupidamise protokollist nr. 40 teatab, et need neli vene rahvusest naisisikut (vanused 59, 16, 8 ja 60 aastat) saadeti Tartust välja kui natsionalisti perekond!? Protokoll, nagu näeme, on koostatud neli

kuud pärast tegelikku küüditamist. Rehabiliteerimisõiendi sai K. Bežanitskaja 1960. aastal, kolm aastat pärast Eestisse naasmist. Õigustus: kuriteokoosseisu puudumine. Kompensatsiooniks maksti välja kahe kuu palk. 1949. ja 1957. aasta vahele jääb kaheksa ülirasket tööaastat Omski oblastis ja Krasnojarski krais üldarsti, röntgenoloogi, ftisiaatrina. Tuli aidata kasutütreid, kellest üks õppis arstiks, teine inseneriks. Abi vajas ka tütar, kes juba varem oli Siberisse küüditatud. Abistasid Eestisse jäänud õde, sõbrad ja tuttavad.

Säilinud paberite seas on ka Tartu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja paarirealine kiri 7. maist 1957, mis teatab, et Tartu linnas ei ole võimalik erialast tööd ftisiaatri ega röntgenoloogina vakantsete ametikohtade puudumise tõttu anda. Kuigi see isegi tõele vastas, on see kaugel inimlikkusest.

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla tollane peaarst Vsevolod Grünthal leidis ametikoha, leidis töökoha tema tütrele, kes selleks ajaks oli omandanud meditsiiniõekutse, ja ka ajutise eluaseme kogu perele. 68-aastasel naisel oli jõudu veel neli aastat töötada röntgenikabineti juhatajana ning ehitada oma perele Tallinnas Nirgi t. 2/5 uus kodu (vt. foto 3).

K. Bežanitskaja võttis osa Tartu Linna Tuberkuloosidispanseri 40. ja 50. aastapäeva teaduskonverentsist. Ta oli Tartu Ftisiaatrite Seltsi ja Eesti Ftisiaatrite Seltsi auliige. Pensionile jäi ta 72-aastaselt. K. Bežanitskaja suri paar päeva enne 90. sünnipäeva. Tema põrm puhkab Tallinnas Pärnamäe kalmistul.

Klaudia Bežanitskaja elukäik ja töö on eeskujuks tänastele noortele arstidele oma sihikindluse, humaansuse ja arstikohuse täitmise poolest. Tema töö on Eesti tuberkuloositõrje edusammude üks aluseid.

Summary

Doctor Klaudia Bezhanitskaya and advances in the treatment of tuberculosis in Tartu. The article is dedicated to the 100th birth anniversary of doctor Bezhanitskaya. It is a story of her life describing her studies in the medical faculty of Tartu (Yuryev) University (1906 . . . 1913) and her work as the first chest physician at the Tartu Tuberculosis Dispensary (1923 . . . 1949). It also deals with the problem of her deportation to Siberia (as a «bourgeois nationalist»), her exile period from 1949 to 1957 and her come-back.

Резюме

Доктор Клавдия Бежаницкая и развитие лечения туберкулеза в Тарту. В статье, посвященной 100-летию со дня рождения доктора Клавдии Бежаницкой, рассматриваются ее жизненный путь, учеба на медицинском факультете Тартуского (Юрьевского) университета в 1906. . .1913 гг. и работа первым врачом в Тартуской туберкулезной консультации (диспансере) в 1923. . .1949 гг. Рассмотрен и вопрос о ее обвинении в национализме, высылка в 1949. . .1957 гг. и деятельность после возвращения на родину.

Tartu Kliiniline Pulmonoloogiahaigla

Sirvigem veel kord ajakirja «Eesti Arst» 2. aastakäiku (1932. a.) (kirjaviis muutmata).

Arstitegevusest Venemaal on hiljuti seletust annud väljamaa ajakirjanikule rahva-tervishoiu kommissaar Dr. Semaschko. Arstide arv elanikkude üldarvuga võrreldes olla Venemaal üliväike, kokku 30 000 arsti 125 miljoni kohta. Arstid on sotsialiseeritud ja peavad teenima sääl, kuhu neid valitsuse poolt määratakse. Nad saavad Vene olude kohaselt enam-vähem rahuloldava palga, üleselle olla neil õigus ka era-praksise peale, mis aga, välja arvatud suurlinnad, olla õige tähtsuseta ja tasutavat natuuras. Väljamaaarstidele suurlinnadesse kui ka kubermangulinnadesse asumise luba ei antavat, kuna sääl isegi arste küllalt olla. Tingimata tarvilik olla Vene keele täielik tundmine, ehk küll vastavat eksamit ei nõuetavat. Mustade päevade jaoks korjamisest ei olla praeguse Sovjeti-rubla kursi juures arstidel juttugi.

Zeitschr. f. ärztl. Fortbild., 1923, 6.

Eesti Arst, 1923, 9, 271.

Eesti Arst, 1990, 3, 228—229

UDK 616.31(07) «1939/1989»(474.2)(091)

Tartu Ülikooli stomatoloogia kateeder 50

Maie Lõvi-Kalnin · Tartu

stomatoloogia kateeder, ajalugu, teaduskraadide kaitsmine

1989. aastal täitus Tartu Ülikooli stomatoloogia kateedri tegevusest 50 aastat.

Käesoleva sajandi kolmel esimesel aastakümnel ei toimunud Tartu Ülikoolis hambahaiguste õpetamist regulaarselt. Andmed selle kursuse kohta loengukavades puuduvad. Esmakordselt hakkas 1934/1935. õppeaastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas üliõpilastele pidama eestikeelseid loenguid hamba- ja lõualuuhaigustest meditsiinidoktor Valter Hiie (Steinfeldt). 1936. aastal avati Tartu Ülikoolis suu- ja hambahaiguste dotsentuur, mille täitis V. Hiie, kellele samal aastal anti dotsendikutse. 1938. aastal reorganiseeriti dotsentuur suu- ja hambahaiguste õppetooliks, 28. õppetooliks arstiteaduskonnas. Õppetoolile valiti V. Hiie, kes ühtlasi sai adjunktprofessorikutse. 1935. aastast alates täitis V. Hiie ka Toomemäel naistekliiniku ruumis avatud hambapolikliiniku juhataja kohustusi. Peale tema töötasid hambapolikliinikus assistentidena veel Helene Väär ja Helga Silvester. Ajavahemikul 1937. . .1939 töötas seal volontäärassistendina Georg Veerma, kellest pärast arstiteaduskonna lõpetamist 1940. aastal sai suu- ja hambahaiguste kateedri nooremassistent, hiljem aga vanemassistent ja vanemõpetaja. Peale nimetatute töötas polikliinikus alaliselt kuus praktikanti.

Esimesel neljal õppeaastal oli programmis ette nähtud arstiteaduskonna V kursuse üliõpilastele hamba- ja lõualuuhaiguste diagnoosimine ja ravi kaks tundi loengutena ning kaks tundi praktikumidena nädalas kahe semestri vältel.

Pärast nõukogude korra kehtestamist Eestis 1940. aastal töötas prof. V. Hiie kateedrijuhatajana edasi. 1942. aasta 15. oktoobril avati Tartu Ülikoolis ammu plaanitsetud hambaarstiteaduse osakond, õppetöö kestuseks oli seal neli aastat. Osakond koolitas kõrgharidusega hambaarste. Peale V. Hiie ja G. Veerma töötasid õppejõududena nooremassistent Heinrich Moks ja volontäärassistent Velda Rüütli, kes hiljem valiti assistendiks, vanemõpetajaks ning 1954. aastal ka dotsendiks. 1941. aastast alates töötas volontäärassistendina, hiljem assistendina ka Astrid Lõhmus.

1942. aastal immatrikuleeriti vastavatud hambaarstiteaduse osakonna I kursusele 37 üliõpilast, kellest 1946. aastal lõpetas esimese lennuna kuus stomatoloogi. Pärast sõda alustas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogiaosakond (suu- ja hambahaiguste kateeder nimetati ümber stomatoloogia kateedriks) tööd 1944/1945. õppeaastal NSV Liidu stomatoloogiainstituutide õppeplaani alusel nelja-aastase õppeajaga. 1949/1950. õppeaastal mindi üle viieaastasele õppeajale, see on kehtinud tänapäevani. I kursusele hakati tavapäraselt vastu võtma 25 üliõpilast, 1979/1980. õppeaastast alates 40 üliõpilast.

Eriainete õpetamiseks rajati 1944/1945. õppeaastal kolm stomatoloogia kateedrit: kirurgilise, terapeutilise ja ortopeedilise stomatoloogia kateeder. Esimest ja ajutiselt ka teist kateedrit juhatas professor V. Hiie (professorikutse kinnitati talle Kõrgemas Atestatsioonikomisjonis 1946. aastal), ortopeedilise stomatoloogia kateedrit G. Veerma. 1948. aastal reorganiseeriti need kolm kateedrit kaheks, kirurgilise ja terapeutilise stomatoloogia kateedriks (juhatas V. Hiie) ning ortopeedilise stomatoloogia kateedriks (juhatas G. Veerma). 1949/1950. õppeaasta sügissemestril liideti need kaks kateedrit üheks, stomatoloogia kateedriks (juhatajaks kuni 1963. aastani V. Hiie), mis on stomatoloogiaosakonna tööd sarnasel kujul koordineerinud kuni tänapäevani. Pärast prof. V. Hiiet on stomatoloogia kateedrit juhatanud dotsendid Nadežda

Vihm (1963. . .1975) ja Silvia Russak (1975. . .1985) ning 1985. aastast alates prof. M. Lõvi-Kalnin.

Õppejõud, kes on töötanud stomatoloogia kateedris vähemalt kaks aastat, on järgmised. Pärast prof. V. Hiiet on kirurgilist stomatoloogiat õpetanud ning õpetavad assistendid Marta Grosstal, Iia Kask, Linda Tigas (kõik pensionil), professorid Maie Lõvi-Kalnin ja Edvitar Leibur ning assistendid Hannes Tääkre ja Ülo Pintson. M. Lõvi-Kalnin loeb ka laste kirurgilise stomatoloogia kursust (eriainena võeti see õppeplaani 1970-ndate aastate lõpul). Terapeutilise stomatoloogia kursust lugesid dotsent V. Rüütli (1912. . .1958), assistendid Maie Pallon-Rahuküla, Maimu Arend, Viktoria Rängel ja Linda Pullerits, kes nüüd on pensionärid. Praegu õpetavad seda ainet dotsendid Silvia Russak, Nadežda Vihm ja Taavo Seedre ning assistendid Mare Saag ja Ruth Vasar. R. Vasar ja S. Russak õpetavad ka laste terapeutilist stomatoloogiat.

Ortopeedilise stomatoloogia kursust lugesid peale G. Veerma (1911. . .1979), H. Moksi (1897. . .1962) ja A. Lõhmuse (1915. . .1987) ka assistendid Salme Kitus (nüüd pensionil) ja Einola Eerma ning Eve-Maaja Metsa. Praegu loevad seda eriainet dotsent Aliia Kõdar, assistendid Lauri Siiak ja Olev Salum. A. Kõdar loeb ka ortodontiat (lastestomatoloogiat).

Suu- ja hambahaiguste, hiljem stomatoloogia kateedri kliiniliseks baasiks olid aastail 1936. . .1944 ruumid Rüütli t. 24 (II korrus), kus asus ka hambapolikliinik. 1945. aasta jaanuarist sai õppebaasiks endine lastepolikliiniku hoone Veski t. 6, kuhu sai ruumid ka stomatoloogiapolikliinik. Teiseks õppebaasiks oli 1945. aastal tööd alustanud kirurgilise stomatoloogia osakond Tartu Vabariiklikus Haavakliinikus. Praegu asub stomatoloogiaosakond Tartu Kliinilise Haigla kirurgiakorpuses L. Puusepa t. 8. 1949. aastal viidi stomatoloogiapolikliinik üle Tartu Linna Polikliinikusse (Gildi t. 8), kus peale ravitöö toimusid ka üliõpilaste praktikumid. 1963. aastal asus aga Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinik spetsiaalselt selleks ümberehitatud hoonesse (Raekoja plats 6). Sinna on ta jäänud tänapäevani.

Stomatoloogia kateeder on 50 aasta vältel ette valmistanud üle 900 stomatoloogi, kellest töötab tegevarstidena üle 800. Õppejõududest on 50 aasta jooksul seitse kaitsnud kandidaadiväitekirja, nendest kaks hiljem ka doktoritööd. Üldse aga on Eestis 14 kandidaadi- ja 3 doktorikraadiga stomatoloogi, kellest 12 on lõpetanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogiaosakonna.

Summary

The 50th anniversary of the Chair of Stomatology of Tartu University. The Chair of Stomatology of Tartu University was established in 1938 and it started its work in 1938-39 academic year. Its preliminary name was the Chair of Mouth and Dental Diseases. Professor Valter Hiie was appointed its first Head, who headed the Chair until his death in 1963. Between 1963 and 1975 senior lecturer N. Vihm and between 1975 and 1985 senior lecturer S. Russak continued his work. Since 1985 up to now, Professor M. Lõvi-Kalnin has been heading the Chair of Stomatology. At the beginning of the existence of the Chair, dental diseases were taught to students of therapeutics department. In October, 1942, the Stomatological Department of Tartu University was established to train stomatologists only. Over the period of 50 years the Chair has trained more than 900 stomatologists.

Резюме

Кафедре стоматологии Тартуского университета 50 лет. Кафедра стоматологии Тартуского университета была основана в 1938 г. и начала свою научно-педагогическую деятельность с 1938/1939 уч. г. как кафедра болезней зубов и полости рта. Основателем кафедры и ее первым заведующим был проф. Вальтер Хийе (руководил кафедрой до своей смерти в 1963 г.). С 1963 г. по 1975 г. кафедрой заведовала доц. Н. Вихм, с 1975 г. по 1985 г. — доц. С. Руссак и с 1985 г. по настоящее время — проф. М. Лывi-Калнин. В первые годы существования кафедры преподавание на ней велось только студентам лечебного отделения, а с октября 1942 г., когда при медицинском факультете ТУ было открыто стоматологическое отделение, начали обучать и стоматологов. За 50 лет своего существования кафедра стоматологии подготовила свыше 900 специалистов.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogia kateeder

MÕTTEVAHETUS

UDK 614.255.5(049.3)

Miks on vaja peaspetsialisti?

Jüri Männiste artiklis «Peaspetsialisti tingportree» on isikliku kogemuse alusel püütud analüüsida peaspetsialisti töö köögipoolt ja seda katset tuleb igati tervitada. Artiklit lugedes võib esmapilgul siiski jääda mulje liigsest isikukesksusest ja abstraktsusest.

Küsimusele, kas peaspetsialisti on vaja, saab vastata ainult üheselt — on küll. Kuid liiga kategooriline on väide, et ta peab olema «juhtiv spetsialist ehk liider ja seega mitte bürokraat».

Arvan, et juhtiva spetsialisti ja liidri mõisteid ning rolle ei saa võrdsustada. Viimasel on tunduvalt laiem ja oma eriala arengule olulisem ja määravam tähtsus. Seda eriti praeguse liigse spetsialiseerumise tingimustes, kui ka Eesti kirurgia on tänaseks jõudnud jaguneda vähemalt 18 kitsamaks erialaks. Neid kõiki edendada ja tunda saab ainult liider, kes «puude taga näeb metsa». Ja on ideaalne, kui ta selleks kasutab kõiki nelja kompetentsuse tasandit. Julgen väita, et meie peaspetsialist, lisaks strateegiliste ülesannete lahendamise, praktilise töö, filigraanse kirurgilise tehnika ja selle õpetamise oskusele, peaks olema hegemoon ka kirurgilist ravi vajavatesse haigustesse haigestumise analüüsimisel ja ainult selle alusel vastu võtma põhjendatud otsuseid. Võtmeküsimuseks on tema (ehkki mitte ainult tema) juhtiv osa kirurgilise südametunnistuse kujundamisel — kõigi, eriti aga noorte kirurgide vastutus — ja kohusetunde kasvatamisel igal võimalikul juhul ja viisil. Peaspetsialist võib ja peab kurameerima nii tervishoiuministeeriumi kui ka praktikaga, kuid kõige tähtsam on tema tsunftivaimu hoidja, looja ja edendaja roll selle kõige paremas mõttes.

Heino Kokk

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

NSV Liidu Teaduste Akadeemia kromatograafia ja analüütilise keemia teadusnõukogude väljasõiduistung «Kromatograafia rakendamine keskkonnakaitses ja toiduainete analüüsimisel» toimus 18. . .21. septembrini 1989 Tartus.

Istungi avanud kromatograafia teadusnõukogu esimees prof. O. Larionov märkis, et umbes 55% molekulaaranalüüsi aparatuurist maailmas on kromatograafiline. NSV Liidus on niisuguse aparatuuri valmistamine ajast mana jäänud, kromatograaf on olemas vaid iga kümnendas sanitaar- ja epidemioloogiajaamas. Uuringute tase on siiski küllalt kõrge.

V. Ivanov (Moskva Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam) käsitles kromatograafiliste uurimismeetodite rakendamist sanitaar- ja epidemioloogiajaamas.

Sanitaarkeemilisest laboratoorsest kontrollist Eestis rääkis Eesti tervishoiuministri asetäitja J. Uibu. Prof. J. Nikitin (Moskva Ülikool) käsitles madalamate halogeene sisaldavate süsivesinike gaaskromatograafilist määramist looduslikus vees. Toiduainete kvaliteedi uurimisest oli Eesti Teaduste Akadeemia Keemia Instituudi direktori J. Kanni ettekanne. Prof. R. Golovnja (NSV Liidu Teaduste Akadeemia) oli vaatluse alla võtnud toiduainete ionnade uurimise kapillaargaaskromatograafia meetodil. Trühhotseenirea mükotoksiinide määramisest mõnes toiduaines rääkis S. Lania (Moskva Ülikool). Ioonkromatograafia kasutamise kogemusi keskkonnaobjektide ja toiduainete kontrollimisel jagasid O. Spigun (Moskva Ülikool) ning tartlased J. Pentsuk ja K. Ilmoja. Polümeersetest entsümaterjalidest lenduvate ainete sisalduse määramist gaaskromatograafia abil käsitles G. Kudrjavtseva.

Nõupidamisel oli vaatluse all ka dioksiinid, mis võivad tekkida kloori sisaldavatest ühenditest kõrge temperatuuri mõjul. Dioksiini leidub kõikjal elukeskkonnas, nad on 10 000 korda tugevama toimega kui tsüaniidid. Nende määramine on keerukas ja kulukas. Eestis on võimalik dioksiine määrata ainult Eesti Teaduste Akadeemia Keemia Instituudis.

Viktor Kalnin

Tartu Ülikooli Ajaloomuuseumi IX teadussessioon toimus 28. . .29. novembrini 1989 Tartus. Sessioon oli pühendatud emakeelse Tartu Ülikooli 70. aastapäevale, seepärast käsitles enamik ettekandeid meditsiinialoo sektsioonis Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ajalugu aastail 1919. . .1940, selle perioodi mõne õppetoo-

ii ja meditsiinidistsipliinide tegevussuundade arengut ning oppejoudude elukaiku ja töid. Osa ettekandeid oli arstiteaduskonna sõjajärgse perioodi kohta.

L. Kerese ja kaasautorite uurimuses anti ülevaade pediaatria õpetamisest Tartu Ülikoolis selle taasavamisest 1802. aastal kuni 1989. aastani, põhjalikumalt käsitleti aastaid 1919. . .1940. Prof. M. Lõvi-Kalnini ja kaasautorite ettekanne oli stomatoloogia õpetamisest Tartu Ülikoolis aastail 1934. . 1989, vaatluse all olid ka hambapolikliiniku tegevus selle aruannete alusel ning hambaarstiteaduse osakonna asutamine Saksa okupatsiooni ajal 1942. aastal. Immunoloogiline suuna arengut Tartu Ülikoolis viimase saja aasta jooksul oli uurinud E. Beitsikov kaasautoritega. M. ja K. Otter rääkisid professor G. Kingisepa, esimese eesti ranvusest Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri juhataja elust ja teadustegevusest. Farmakoloogia õpetamisest Tartu Ülikoolis sõjajärgsel aastail rääkis prof. L. Nurmand.

Prof. M. Kase tegevuse kohta veeuurijana andis ülevaate prof. A. Saava. A. Miitins (Riia) oli vaatluse alla võtnud dermatoveneroloogia kui iseseisva õppeaine tekkimise Baltikumi kõrgkoolides, sealhulgas Tartu Ülikoolis. Memuaarsel materjalil põhines ülikooli omaaegse ehitusjärelevalve inseneri N. Siatinski ettekanne, mis käsitles silmakliiniku ümber- ja juurdeehitust 50 aastat tagasi. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri ning selle vaimu- ja narvihaiguste kliiniku tegevust Saksa okupatsiooni ajal oli uurinud prof. E. Karu. Prof. A. Jannus rääkis Tartu Ülikooli arstiteaduskonna formeerumisest sõjaeelseil ja -järgseil aastail, sealhulgas EK(b)P Keskkomitee VIII pleenumi otsuste negatiivsest mõjust teaduskonna õppe- ja teadustööle.

V. Ritslaid käsitles tööhaltse õpetamise arengut Tartu Ülikoolis, detailsemalt sõjajärgseil aastail. Tartu Ülikoolist arstiteaduskonna eraldamise ja iseseisva meditsiiniinstituudi organiseerimise katsed aastail 1940. . .1941 ja 1950. . .1952 olid allakirjutanu ettekande teemaks. Allakirjutanu retsenseeris ka I. Kabini saksakeelset monograafiat, mis käsitleb Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ajalugu aastail 1802. . .1940, ning tõi esile nii selle väärtused kui ka puudused, sealhulgas arvukad ebatäpsused. A. Panovi ja kaasautorite ettekanne oli Tartu Ülikooli nägemistervishoiu laboratooriumi tööst aastail 1975. . .1989, E. Mäepalu ettekanne Tartu Ülikooli kehakultuuriteaduskonnast aastail 1944. . .1950. K. Vassiljev (Ternopol) rääkis Tartu Ülikooli ja Odessa kõrgkoolide sidemetest meditsiini valdkonnas.

Viktor Kalnin

VII Leedu, Läti ja Eesti onkoloogide konverents toimus 29. . .31. märtsini 1990 Palanga vastses sanatooriumis L. Griciute, V. Bramberga, P. Bogovski ja V. Rätsepa eesistumisel. Osavõtjaid oli 197, neist 33 Eestist.

Teadusettekannetest vaarib märkimist L. Griciute kolme Balti vabariigi vähinaigestumuse võrdlev analüüs. Kui seni on naiste ja meeste haigestumus olnud suurim Eestis, siis nüüd ületab meeste haigestumus Leedus Eesti ja Läti näitajaid. P. Bogovski nentis oma ettekandes pahaloomuliste kasvajate haigestumuse pidevat suurenemist. Vähitõrje strateegia ja taktika nõuavad kantserogeenide ja modifitseerivate tegurite määramist keskkonnas, kutsevani taielikku registreerimist, sõlastamise lõpetamist, laste sanitaarharidust ja võimuesindajate kaasamist vähitõrjesse.

29. märtsil arutati sektsioonides kõigepealt kasvajate röntgendiagnoosimist, käsitleti ka kompuuterdiagnoosimist. Tartust oli huvitav ettekanne V. Järveit ja E. Kuusilt maovähi proksimaalse piiri röntgenoloogilise määramise kohta. Vähiepidemioloogia ja -profülaktika sektsioonis oli vaatluse all mitu vähipaiget. V. Kanne ettekandest ilmnes, et 20 aasta vältel ei ole sagenenud kopsuvähi diagnoosimine, küll aga on suurenenud kasvaja morfoloogiline tõestatus.

Analüüsiti söögitoruvähi (M. Stukonis), rinnavähi (M. Purde) ja emakakehavähi (E. Rimkus) riskitegurite osa kasvaja etioloogias. Huvitava ettekande esitas Läti teadlane D. Bondare. Selgitsmes Lätimaa rajoonis tekkis ägeda leukoosi punang, millel on ilmne seos Tšernobõli avariiga. Vastavalt loimetusaja pikkusele on nüüd oodata ka kroonilistesse pahaloomulistesse verehaigustesse haigestumise suurenemist. Ka Eestis tuleks tähelepanu pöörata pahaloomuliste kasvajate esinemissageduse suurenemisele. Eksperimentaalse onkoloogia sektsioonis käsitleti valdavalt eksperimentaalset kasvajate kemoteraapiat. Keemilist kantserogeneesi käsitlesid ülevaatena A. Küngi ja F. Vinkmanni stendiettekanded. Kantserogeneesi biokeemilisi aspekte käsitlesid R. Birk ja L. Paas. Selle sektsiooni huvitavaim ettekanne ravimiresistentsuse biokeemiliste mehhanismide kohta oli L. Gorbatsovalt Moskvast.

29. märtsi II pleenaaristungil olid vaatluse all kliinilise onkoloogia aktuaalsed küsimused. V. Rätsepa (autorite kollektiiv) ettekande teema oli laserfluorestsentsi kasutamine maovähi diagnoosimisel. Tartu arst K. Kull käsitles laparoskoopia osa ambulatoorses diagnostikas. Samal päeval toimus ka ümarlauadiskussioon koetinedusest radioloogias.

30. märtsil räägiti probleemikomisjoni istungil kasvajavastastest preparaatidest. Otsustati integreerida sellealaseid küsimusi kolme Balti vabariigi vahel, näiteks preparaatide kliinilist katsetamist, ühise farmakoloogiakomitee loomist, mis aitaks preparaate kliinikumi kasutusele võtta. Kopsuvähi kombineeritud ravi sektsioonis esitasid ettekandeid Läti ja Leedu kolleegid. Tähtsust ja Tartu andmed haigete seisundi hindamise ja haigusraavi maksumuse kohta esitati stendidel.

Istungil «Rinnavähi diagnoosimine ja ravi» oli huvitav Läti kolleegide kollektiivne uurimus selle kohta, et haigetel, kellel vähk on IV staadiumis, saadi parast suurtes annustes ravimite manustamist kuni kuuekuulisi remissioone. D. Baltõna Riiast esitas Soome antiöstrogeense toimega preparaadi toremifeeni uurimise tulemused. Viimane osutus tamoksifeenist toimivamaks.

Eesti teadlaste ettekanded olid küll rohkem

epidemioloogia valdkonnast. E. Hint käsitles perekondliku eelsoodumusega rinnavähi eripära. Ilmnes, et haigete punuli, kelle lähemad sugulased olid haigestunud rinnavähki, oli letaalsus tunduvalt väiksem kui võrdlusrühmas, kus seda tegurit ei esinenud. Viroloogilised uurimused lubavad oletada, et perekondliku eelsoodumusega rinnavähi korral võib toimida kaitsemehhanism, mis takistab kliiret metastaseerumist. T. Vanaselja esitas kaks kollektiivset uurimust inimeste elulemusest rinnavähi korral. Rinna plastilise kirurgia kohta esitas kaks ettekannet V. Ostapenko Viinimusest. Parast rinnanäärme eemaldamist kasutati koeespandreid ja silikoonendoproteese. Kerkis üles küsimus proteeside tootmisest Baltimaades, kuid kerkis üles ka küsimus haigete õigest valikust plastilisteks operatsioonideks. Nimelt esitas autor näiteid vähivalt alla 20 aasta vanuste naiste kohta, kellel oli healoomuline protsess. See seab kahtluse alla operatsiooni näidustuse.

Mao- ja sooletraktikasvajate kirurgilise ja kombineeritud ravi sektsioonis 31. märtsil arutati seedeelundite anastomooside tehnikat ja instrumentaaldiagnostikat. Tänelepanu aratas K. Kulli (käasautoritega) ettekanne pärasoolevähi ravi tulemustest. Panaloomulise kasvajate eri paikmete diagnoosimise ja ravi istungil arutati kasvajate patomorfogeneesi. Käsitleti tsentraliseeritud tsütoloogilise laboratooriumide töödBaltivabariikides. Otsustati luua Balti vabariikide onkotsütoloogide assotsiatsioon, initsiaatorid S. Stukonene Leedust ja I.-M. Lukk Eestist. Samal päeval loppes konverents 111 pienaaristungiga. Kanti ette kõikide sektsioonide pöniteesid.Resolutsioonis margiti, et Balti vabariikide onkoloogia on edukalt arenenud vähiepidemioloogia ja statistika valdkonnas, tähelepanu teatud progressi kasvajate kemoteraapia alal. Tehti koostöölettepanekuid nii vähistatistikas kui ka eespool mainitud valdkondades (farmakoloogiakomitee, preparaatide kliiniline katsetamine jne.). Prof. P. Bogovski tõstatas mõtte anda välja kolme Balti vabariigi onkoloogide ajakiri.

Järgmine, VIII Balti vabariikide onkoloogide konverents toimub neljal aastal parast Tallinnas.

Marei Purde

EESTI ARSTIDE LIIDUS

Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi juhatuse ja üleliidulise reumatoloogia probleemikomisjoni laiendatud pleenum toimus 15. . .16. märtsini 1990 Kalugas. Põhiteemadeks olid teadustöö tulemused ja perspektiivid, reumatoloog ja tema ettevalmistus ning üksikute reumaatiliste haiguste klassifikatsioonid.

Reumasse haigestumine maailmas on seniajani vähenenud, viimastel aastatel on aga arenenud riikides tähelepanu reumasse haigestumise puhanguid. Noorte hulgas on sagenenud pankardiidi haigestumine, kusjuures kliiresti on tekkinud klapiirike (V. Nassonova). Aktuaalseks reumatoloogias peetakse reumaatiliste haiguste riskitegurite kontseptsiooni väljatöötamist, individuaalsete riskitegurite arvestamist, uute diagnoosimiskriteeriumide väljatöötamist, reumaatiliste haiguste heterogeensuse ja kulu uurimist, uute ravimeetodite ning esmase profülaktika täiustamist. Immunoloogiliste haiguste puhul on oluline immunopatoloogiline diagnoosimine ja inimese immunoloogilise reageerimise tüübi määramine.

Uutele majandussuhetele üleminek mitmes NSV Liidu piirkonnas on näidanud, et arstid on näkanud oma elukutsesse suhtuma uutmoodi. On suurenenud huvitatus oma taseme, prestiizi ja täiendamise vastu. Üksikasjalikult arvestatakse uuringute, ravi ja töövõimetuspäevade maksumust. Prof. G. Matveikov (Minsk) leidis, et kliiresti on vaja tervishoiuseadust ja kindlustusmeditsiini. Üleminekul üldarsti praktisele jääb siiski püsima ka eriarstide osatähtsus. Reumatoloogiaasutuste ja -kabinettide võrk jääb endiseks. Öeldakse seisukohal, et eriarstidest oleneb arstiabi taseme prestiiz. Eriarsti, sealhulgas reumatoloogi paik peab olenema diagnoosimis- ja ravimeetodeist, mida ta valdab. Arsti oskuste hindamiseks tuleb välja töötada testsüsteemid ja skaala.

Üldiseks aprobeerimiseks esitati kuue enam levinud reumaatilise haiguse uued klassifikatsioonid ja nomenklatuurid, mis kinnitatakse IV üleliidulisel reumatoloogide kongressil 1991. aasta oktoobris Minskis.

Reinhold Birkenfeldt

Eesti Arst, 1990, 3, 233—235

MITMESUGUST

Välis-Eesti arstiteadlased. Lühibiograafiad 1944. . .1983

(algus «Eesti Arstis» nr. 2)

Paldrok, Heiti (1911—1972), meditsiinidoktor Tartu Ülikoolis (1944) ja Stockholmis Karolinska Instituudis 1955. Tartu Ülikooli nahahaiguste polikliiniku ja Muuli leprosooriumi subassistent (1932—1933), teaduslik assistent (1939—1940) ja assistent (1942—1944). Rootsis Uppsala Ülikooli Hügieeni ja Bakterioloogia Instituudi assistent, Karolinska Instituudi dermatoveneroloogiakliiniku aseprofessor ja riigi bakterioloogialabori meditsiinimükoloogia ekspert. Väitekiri «On the Variability and Classification of Dermatophytes» (1955). Teadustööd dermatoloogia ja meditsiinimükoloogia alalt.

Perli, Harald (1891—1953), meditsiinidoktor (1931). Tartu Ülikooli günekoloogia ja sünnitusabi korraline professor (1939—1944), arstiteaduskonna dekaan (1942—1944). Rootsis aastast 1944. Väitekiri «Võrdlevaid vereuurimisi etioloogiliselt mitmekesiste hüpofüksiate puhul» (1931).

Piiper, Johannes (sündinud 1924 Tartus), meditsiinidoktor (1960). Göttingeni Ülikooli professor (1966) ja Max Plancki Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi füsioloogiaosakonna direktor (1971). Teadustööd (üle 480) hingamise füsioloogia alalt. Väitekiri «Die funktionellen Abschnitte des Lungengefäss Systems» (1960). Tema kohta on toodud andmeid mainekates biograafiateatmikes «World Who's Who in Science» (1968) ja «Who's Who in the World» (1980/1981).

Puhvel, Sirje Madli (sündinud 1939 Tallinnas), mikrobioloog, filosoofiadoktor (1963), adjunktprofessor California Ülikoolis (1978). Teadustööd naha mikrobioloogia, immunoloogia ja nahahaiguste valdkonnast.

Rais, Olev (sündinud 1923 Tartumaal), meditsiinidoktor (1961). Umeå Ülikooli dotsent ja professori kt., kirurgiakliiniku ülemarst 1979. aastast alates. Teadustööd kirurgia alalt. Väitekiri «Heparin Treatment of Peritenomyosis (Peritendimitis) Crepitans Acuta» (1961).

Raotma, Heino (1929—1979), meditsiinidoktor ja Göteborgi Ülikooli dotsent (1978). Teadustööd psühhiaatria alalt. Väitekiri «The Combination of Tryptophan and Electroconvulsive Therapy in the Treatment of Depression» (1978).

Rebane, Toomas (sündinud 1942 Valgamaal), filosoofiadoktor (1970), meditsiinidoktor (1975). Matemaatika abiprofessor Michigani Ülikoolis (1969—1975). Alates 1978. aastast on töötanud anestesioloogina Las Vegases. Teadustööd füüsika ja anestesioloogia alalt.

Reio, Lembitu (sündinud 1924 Tartus), biokeemik, filosoofiadoktor (1964), professor Stockholmis (1974) ja Uppsalas (1975). Teadustööd biokeemia ja kromatograafia alalt.

Reitalu, Juhan (sündinud 1908 Virumaal), filosoofiadoktor (1968), geneetikadotsent ja teadlane Lundi Ülikoolis (1968—1973), 1973—1978 konsultant inimese kromosomaalsete haiguste alal Lundi Ülikoolis. Teadustööd geneetika alalt.

Riives, Johannes (1895—1971), meditsiinidoktor (1927). Tartu Ülikooli nooremassistent (1922—1924), vanemassistent (1925—1940), eradotsent (1928), dotsent (1938), titulaarprofessor (1940) ja neuroloogiaprofessor (1942—1944). Rootsis 1944. aastast, töötas jaoskonnaarstina, Kanadas 1948. aastast, töötas St. Johni haiglates New Brunswickis. Teadustööd neuroloogia alalt. Väitekiri «Histopatoloogilised muutused kesknärvikavas eksperimentaalse neerupealiste puudulikkuse toimel» (1927).

Rinne (Paldrok), Aime (sündinud 1913 Tartus), pediaater, legitimeeritud arst (1961). Töötanud pediaatrina Tartus, Debrecenis, Berliinis, Münchenis (1939—1945), Rootsis alam- ja ülemarstina (alates 1948). Teadustööd pediaatria alalt.

Roos, Jaan Olav (sündinud 1937 Tartus), meditsiinidoktor (1963), Toronto Ülikooli abiprofessor (1977) ja füsioloogiaosakonna juhataja (1975). Teadustööd kopsuhaiguste alalt.

Rosenberg, Andreas (sündinud 1924 Tartus), biofüüsik ja biokeemik, filosoofiadoktor (1960). Uppsala Ülikooli dotsent (1963—1964). USA-s 1964. aastast, 1973. aastast biofüüsika- ja biokeemiaprofessor Minnesota Ülikoolis. Teadustööd valkude biokeemia ja spektroskoopia alalt ning anormaalsete hemoglobiinide ja valgete vereliblede kineetika kohta. Väitekiri «The Role of Metal Ions in the Catalytic Action of Peptisades».

Saareste, Ernst Julius (1892—1944), meditsiinidoktor (1924). Tartu Ülikooli nina-, kõrva- ja kurguhaiguste dotsent (1926), korraline professor (1935—1944), arstiteaduskonna dekaan (1938—1939). Saksamaal 1944. aastast. Teadustööd otorinolarüngoloogia alalt. Väitekiri «Kõrvahaigused ja kuulmisrikked Tartu koolilastel» (1924).

Saarne, Apollon (1906—1975), Göteborgi Ülikooli meditsiinidoktor *honoris causa* (1972). Töötanud kirurgina Tallinna Keskhaiglas ja Haapsalus, Rootsis kirurgi ja ülemarstina (1958—1975). Teadustööd tehisneeru kohta.

Salasoo, Hugo (sündinud 1901 Tartumaal), farmaatsiadoktor (1932), Tartu Ülikooli eradotsent ja õppeülesannete täitja (1934—1940). Eesti Arhiivi Austraalias arhivaar ja juhataja (alates 1953. aastast). Teadustööd farmatseutilise keemia alalt.

Salum (Toome), Inna (sündinud 1921 Paides), meditsiinidoktor (1972), dotsent Karolinska Instituudis (1973). Alates 1980. aastast samas psühhiaatriakliiniku ülemarst. Teadustööd alkoholismi ja selle psühhiaatriliste komplikatsioonide alalt. Väitekiri «Delirium Tremens and Certain Other Acute Sequels of Alcohol Abuse».

Schlossmann, Karl (1885—1969), meditsiinidoktor (1920), Riia Ülikooli audoktor (1939). Tartu Ülikooli korraline bakterioloogiaprofessor (1924—1944), arstiteaduskonna dekaan (1934—1937), Eesti Teaduste Akadeemia esimene president (1938). Rootsis 1944. aastast, teadlane Karolinska haigla uurimisinstituudis. Teadustööd bakterioloogia, mikrobioloogia ja seroloogia alalt.

Sepp, Hans (sündinud 1921 Rakveres), lõpetanud Bonni Ülikooli. Toronto Ülikooli patoloogia aseprofessor alates 1972. aastast ja Toronto Ida-Hospidali laborite direktor. Teadustööd patoloogia mitmest valdkonnast.

Sulg, Ilmar August (sündinud 1919 Jõgeval), meditsiinidoktor (1969). Töötanud Helsingi, Lundi ja Oulu ülikoolis. Alates 1982. aastast Norras Trondheimi Ülikooli neurofüsioloogiaprofessor. Teadustööd neuroloogia, psühhiaatria, kliinilise neurofüsioloogia, sise- ja südamehaiguste alalt. Väitekiri «The Quantilated EEG as a Measure of Brain Dysfunction».

Suurküla, Jaan (sündinud 1941 Tartus), meditsiinilitsentsiaat (1969). Alates 1977. a. Tallmogårdens Vital-Centeri alamarst Rootsis. Teadustööd gerontoloogia alalt. On avaldanud õpperaamatuid.

Suurküla, Jüri (1907—1970), meditsiinidoktor (1938), Tartu Ülikooli silmahaiguste dotsent (1940—1944). Rootsis 1944. aastast, eraarst Göteborgis. Teadustööd silmahaiguste alalt. Väitekiri «Bakterioloogilisi uurimusi normaalkonjunktiivi ja konjunktiviitide kohta».

Tamm, Arkadi (1901—1983), meditsiinidoktor (1935). Tartu Ülikooli Naistekliiniku dotsent (1939—1944). Saksamaal 1944. aastast eraarst, USA-s 1949. aastast Virgin Islandsi haigla sünnitusabi ja naistehaiguste osakonna juhataja; aastail 1954—1959 maakonnahaigla arst Puerto Ricos. Teadustööd günekoloogia ja sünnitusabi alalt.

Tamm, Maria (sündinud 1934 Tartus), meditsiinilitsentsiaat (1963). Sisehaiguste arst (1963—1969), Härnösandi psühhiaatriahaigla ülemarst alates 1975. a.

Tiitso, Maks (1900—1944), meditsiinidoktor (1932), füsioloogia ja füsioloogilise keemia dotsent (1936), adjunktprofessor (1938), erakorraline professor (1939—1944). Rootsis 1944. aastast. Teadustööd füsioloogia alalt. Väitekiri «Hingamise propriotseptiivne regulatsioon».

Treufeldt, Rein (sündinud 1944 Kuressaares) filosoofiakandidaat (1976), doktorant ja uurimisassistent Stockholmi Ülikoolis. Teadustööd füsioloogia ja neurofarmakoloogia alalt.

Troost, Thomas Rudolph (sündinud 1951), filosoofiadoktor (1978), meditsiinidoktor (1983). Töötanud USA Rahvuslikus Terviseinstituudis (1973—1974), vahetusteadlasena Moskva Geneetikainstituudis (1978—1979) ning alates 1979. a. Georgetowni Ülikoolis. Teadustööd mikrobioloogia ja geneetika alalt.

Truuvert, Maret (sündinud 1929 Õisus), stomatoloog, pediaatriadoktor (1970), Toronto Ülikooli aseprofessor (1974—1979), alates 1979. a. erapraksisega lastehambaarst Torontos. Teadustööd preventiivse hambaravi alalt. Väitekiri «Role of Nutrition in Caries in Children».

Undritz, Erik Seth Theodor (sündinud 1901 Tallinnas), meditsiinidoktor (1957) ja Baseli Ülikooli dotsent. Hematoloogialabori juhataja Sandozi firmas Baselis (1938—1967). Teadustööd hematoloogia alalt. Šveitsi, Saksa, Austria, Itaalia hematoloogia seltside auliige, Prantsusmaa Hematoloogide Seltsi aupresident.

Uudelt, Jaan (1881—1953), meditsiinidoktor (1930). Tartu Ülikooli oftalmoloogiadotsent (1931—1934), korraline professor (1934—1944), Saksamaal 1944. aastast Balti Ülikooli professor (1946—1949). USA-s 1949. aastast. Teadustööd trahhoomi kohta. Väitekiri «Über das Blutbild Trachomkranker».

Vadi, Helena Vaike (sündinud 1951), biokeemik, filosoofiadoktor (1977). Alates 1983. a. teadlane Vähiuurimise Instituudis Houstonis. Teadustööd kantserogeneesi valdkonnast.

Vahar-Matiar, Hingo (1926—1983), neuropsühhiaater ja -biokeemik, meditsiinidoktor (1951). Bonni Ülikooli professor (1970), konsultant ja professor (1971—1983), ühtlasi närvikliiniku ülemarst, direktori asetäitja ja neurobiokeemia osakonna juhataja. Teadustööd psühhiaatria, neuroloogia ja neurobiokeemia alalt.

Vendsalu, Aado (sündinud 1922 Tallinnas), meditsiinidoktor (1960). Lundi Ülikooli sisehaiguste dotsent (1962), külalisteadlane USA Rahvuslikus Tervjseinstituudis Bethesdas (1960—1962), haigla ülemarst Falunis. Teadustööd biokeemia, endokrinoloogia, kliinilise farmakoloogia ja kardioloogia alalt. Väitekiri «Studies on Adrenaline and Noradrenaline in Human Plasma».

Viidik, Andres (sündinud 1937 Tartus), meditsiinidoktor (1968). Ärhuse Ülikooli (Taani) anatoomiaprofessor. Teadustööd anatoomia, biomehhaanika, gerontoloogia ja sidekoebioloogia alalt. Väitekiri «Function and Structure of Collagenous Tissue».

Virks, Johannes (1918—1984), meditsiinidoktor (1949). Browni Ülikooli (USA) abiprofessor alates 1973. aastast. Teadustööd ravimite kõrvaltoimest ja geriaatria alalt. Väitekiri «Über Gehirnaktinomykose mit besonderer Berücksichtigung des aktinomykotischen metastatischen Hirnabszesses».

Voitk, Andrus Juhan (sündinud 1940 Tallinnas), meditsiinidoktor (1965), kirurgia abiprofessor Manitoba Ülikoolis (1974—1976), alates 1976. aastast on tegelnud erapraksisega. Teadustööd kirurgia alalt.

Walk, Lauri (sündinud 1912 Tartus), meditsiinidoktor (1941), Tartu Ülikooli dotsent (1944). Rootsis haiglaarst Eskilstunas, Stockholmis, Nyköpingis jm. Teadustööd röntgenoloogia ja gastroskoopia alalt. Väitekiri «Röntgenoloogilisest, gastroskoopilisest ja histoloogilisest leiust gastriitide puhul».

Weinberg, Ernst (1896—1946), meditsiinidoktor (1929). On õppinud USA-s aastail 1927—1929. Tartu Ülikooli eradotsent (1929—1931), anatoomiaprofessor (1931—1944). Saksamaal 1944. aastast . Teadustööd anatoomia valdkonnast. Väitekiri «The Mesencephalic Root of the Fifth Nerve. A Comparative Anatomical Study».

Äniline, Orm (sündinud 1942 Tallinnas), filosoofiadoktor (1968), meditsiinidoktor (1976). Alates 1979. aastast Lõuna-California Ülikooli psühhiaatria abiprofessor. Teadustööd psühhiaatria ja orgaanilise keemia alalt.

Yllö, Adolf (sündinud 1920 Narvas), meditsiinilitsentsiaat (1952). Tööstusülemarst firmas «Volvo» (1959—1968), Göteborgi linnavalitsuses (1969—1972) ja alates 1973. aastast Uppsalas. Teadustööd ergonoomia ja töötervishoiu alalt.

Kuulo Kutsar
Vello Laos

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri dotsent Taavo Seedre on avastuse autor. NSV Liidu leiutiste ja avastuste komitee andis 30. oktoobril 1989. aastal välja diplomi nr. 252 avastuse «Soolestiku antigeeni produtseerimise nähud suuõõne limaskestas imetajail» autorite kollektiivile, millesse kuulusid dotsent Taavo Seedre, prof. Valeri Issajev ja akadeemik Anatoli Rõbakov. Mainitud autorid on avastanud seni tundmatu nähtuse — imetajate suuõõne limaskest on võimeline produtseerima soolele iseloomulikku antigeeni. Suuõõne limaskesta rakud hakkavad seda antigeeni eritama limaskesta krooniliste haiguste korral, eeskätt spontaanse stomatiidi puhul. Antigeen, nn. endodermaalne antigeen on spetsiifiline mao-sooletraktile.

Avastuse taotlus oli registreeritud NSV Liidu riiklike avastuste registris 27. novembril 1981 nr. 252 all, avalduse alusel nr. 9303 4. juunist 1976. aastast. Avastuse prioriteet 13. jaanuarist 1976. aastast.

Maie Lõvi-Kalnin

INTERVJUU

Iga inimese turvalisus hällist hauani

Eesti NSV Ülemnõukogu istungil 10. aprillil 1990 nimetati tervishoiuministri ametikohale Andres Ellamaa. Uus minister on meditsiinikandidaat, mainekas neurokirurg, Eesti Arstide Liidu üks asutajaid ja selle asepresident, Eestimaa Rahvarinde volikogu liige, algupäraste ideedega aatemees, kelle tervishoidu ja arstiabi käsitlevad põhimõttelised kirjutised on ajakirjanduses silma torganud juba aastaid. A. Ellamaa, kes kuulub ka «Eesti Arsti» toimetuskolleegiumi, oli nõus vastama «Eesti Arsti» esitatud mõnele küsimusele.



Kas Teil ei olnud kahju loobuda kirurgitööst?

Sellest eemal olla on muidugi kahju, kuid õnneks ei ole vaja ministripostil olla igavesti, mistõttu usun, et eriti suurt kahju see minu kutseoskusele ei too. Pealegi tundub, et olen neurokirurgina jõudnud saavutada taseme, millelt suurt kvalitatiivset hüpet edasi ette näha ei ole. Kui aga töö muutub rutiinseks ning kui ei suuda enam seda tööd mõttes endaga koju kaasa viia nagu esimesel 15 tööaastal, siis oli vist ülim aeg tegelda mõnda aega muuga. Igal juhul näib,

et lähemad kolleegid on mind mõistnud, ja ma loodan, et nad mind kunagi endi hulka tagasi võtavad. Ma olen tegelikult kogu oma kirurgikarjääri teinud ühes kollektiivis, mis möödunud 22 aasta jooksul on vaid vähe muutunud.

Milles Te näete oma tegevuse eesmärke?

Olen veendunud, et tervishoiuministeerium peab olema eelkõige arstliku mõtlemise esindaja valitsusorganeis, mitte aga valitsuse vahend tervishoiuvõrgu töö korraldamisel. Juhtiv osa maakondade raviasutuste rajamisel ja arstiabisüsteemi loomisel üldse on kohalike omavalitsuste võimupiirides ja nende asi. Arvan, et tervishoiuministeerium peab töötama vaatamata sellele, milline partei parajasti võimul on ning kes nimetatakse ministri ametikohale. Ministeeriumi peamine kohustus peab olema mõistliku tervishoiupoliitika kujundamine.

Olen arvamusel, et lähemaks suureks ülesandeks on korralikult ette valmistada üleminek kindlustusmeditsiini põhimõtetele, leida selleks kõige valutum tee ja teha tervishoiukorraldusest isereguleeruv süsteem. Suur eeltöö on eelmise tervishoiuministri juhtimisel tehtud, seda tööd tuleb jätkata. Muidugi toob see kõik endaga kaasa ka pettumust ja muret. Vaevalt küll, et haige ja haigekassad on nõus maksma palka arstile, kes on lohakas või kes enda teadmiste täiendamiseks tööd ei viitsi teha. Iseenesest langeb ära vastuolu vabariiklike ja kohaliku tähtsusega raviasutuste vahel. Võib ka juhtuda, et nii mõnigi tohter peab endale muu ameti otsima või mõni haigla peab endale hakkama patsiente otsima. Meie läänepoolsetes naaberriikides kehtivad nii arstide kui ka raviasutuste suhtes hoopis karmimad nõuded, mida peame hakkama ka siin arvestama.

Oleme oma riigi ja rahvaga jõudnud niisugusesse aega, sellisesse seisundisse, et arstkond ei tohi enam mitte milleski jääda kõrvalseisjaks. Peame ette nägema kõik võimalused tervishoiu- ja sotsiaalpoliitikas, et tagada iga inimese turvalisus hällist hauani.

Tõsist tööd näen keskkonnakaitse ja sanitaartalituse ühise tegevuse kujundamisel. Juba esimesel tööpäeval tekkis lausa mure, kui hakkasime arutama, kuidas saaks meie põllumehi panna laste jaoks porgandeid kasvatama. Midagi segast on lahti statistikaga. Arvud näitavad, et neis rajoonides, kus keskkonna saastatus on kõige suurem, on inimesed kõige tervemad (!). Loodan, et asjatundjad mulle niisuguse järelduse tekkemehhanismi ära seletavad.

Missugune arst on hea arst?

Hea arst on see, kellelt otsib abi tema hädasolev kolleeg.

Missugune on halb arst?

Ega arstkond muude elukutsetega inimestest ju ei erine. Nagu teistegi, nii on ka arstide hulgas tarku, rumalaid ja laisku. Sinna ei saa midagi parata. Kui aga tohter on ebaaus või ahne, siis ei saa ta olla hea arst.

Lisaks üks isiklikum küsimus. Mis Teile kõige enam meeldib?

Mulle meeldivad augustikuu õine operatsioonituba ja kevadtalvine mäestik. Mõlemad on sellised, mida ei saa kirjeldada, mida saab vaid tunnetada.

Aastail 1970 . . . 1972 olite kirurgitöö kõrval ka «Eesti Arsti» teadustoimetaja. Võib-olla lisaksite veel midagi oma elutee kohta.

Olen 45-aastane. Olen lõpetanud Tallinna 1. Keskkooli, 1968. aastal lõpetasin Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Õppisin kliinilises ordinatuuris neurokirurgia erialal ning seejärel olin aspirantuuris. Kandidaaditöö sai valmis kahe ja poole aastaga. Tänaseks olen umbes poolesaja teaduskirjutise autor. Üks kirurgilise ravimise metoodika on arvatud leiutiseks. Olen kõrgema kategooria neurokirurg.

Ei ole kuulunud ühtegi parteisse. Valitsus (tervishoiuministeerium) on minu tegevust seni hinnanud kahel korral — mõlemal korral on mind karistatud, ja minu arvates täiesti ilmaasjata.

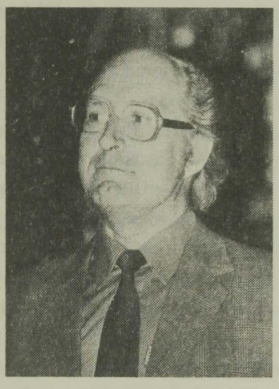
Küsimused on esitanud
Vello Laos

Eesti Arst, 1990, 3, 237—238

Rando Truve — Eesti Arstide Liidu uus president

10. veebruaril 1990 valiti Eesti Arstide Liidu täiskogu uus president. Üksmeelse valiku tulemusena sai selleks Eesti NSV teeneline arst meditsiinidoktor Rando Truve.

Et Eesti arstide ühenduse juhil on täita olulised ülesanded meie arstkonna töö korraldamisel ja tervishoiusüsteemi inimeselähedasemaks muutmisel, palus «Eesti Arsti» toimetus uuel presidendil tutvustada ennast ja oma vaateid.



Palun rääkige endast ja oma tööst.

Olen sündinud 1936. aastal töölisperekonnas ja lõpetanud Tallinna 22. Keskkooli. Arstidiplomi sain Tartu Ülikoolis 1961. aastal. Pärast seda töötasin kolm aastat kirurgina Saaremaal. 1964. aastal sai minust kirurg Tallinna Tõnismäe Haiglas, 1967. aastast juhatasin samas kirurgiaosakonna tööd. Seal hakkasin tõsiselt tegelema ka teadustööga, mille tulemusena valmis 1969. aastal kandidaadidissertatsioon «Maokorpuse ja -antrumi piiri määramine operatsiooni ajal haavandtõvehaigetel». Pärast seda jäi endiselt minu hobiks haavandtõvekirurgia. Pelgulinna Haiglas tegime 1972. aastal esimestena Nõukogude Liidus proksimaalse vagotoomia ilma drenaažioperatsioonita kaksteistsõrmiksoole haavandtõvega haigele. 1980. aastal kaitsesin doktoridissertatsiooni «Võrdlev hinnang maoresektsiooni ja proksimaalse selektiivse vagotoomia tulemuste kohta kaksteistsõrmiksoole haavandtõvega haigetel». Tallinna Kirurgide Seltsi esimees olin 1987. aastani. Aastaid olen olnud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kirurgia erialanõukogu liige.

Olete põhimõtteline kliiniklane, kas Teid akadeemiline karjäär pole ahvatlenud?

Olen tõesti truuks jäänud vahetule kirurgitööle, tunnen end siin õigel kohal olevat. Omal ajal kutsus prof. J. Sarv mind ülikooli kirurgiapedagoogiks, aga pole tolleaegset minemata jätmist ka kahetsenud. Akadeemiline karjäär pole minule olnud omaette eesmärgiks.

Milles näete oma ülesandeid Eesti Arstide Liidu presidendina? Mis on Eesti Arstide Liidu töös praegu kõige tähtsam?

Tervikuna on Eesti Arstide Liit kujunemisjärgus, paljuski peame end võrdlema teiste riikide arstide liitudega. Ja siin on paratamatu pilgu suunamine Lääne-Euroopasse, sest kuulume ju Lääne kultuuri, pealegi pole Idast olulist õppida. Ütleksin nii, et meie ajude potentsiaal on hea, kui mitte väga hea, kuid meie tegevust halvab majanduslik jõuetus. Läänes on arstide liit majanduslikult ja sotsiaalselt mõjuvõimas organisatsioon, mis tagab oma liikmetele igas mõttes täieliku turvalisuse ning abivajajatele arstiabi kättesaadavuse ja kõrge kvaliteedi. See on meiegi tulevikupürgimus.

Eelmainitust tuleneb arstide liidu kõrge prestiiž mujal maailmas. Kahjuks meil seda veel pole ja nii ongi, et meie tervishoiusüsteemi 6500 arstist on Eesti Arstide Liidu liikmed 1500. Aeg on näidanud, et püüe arste mehhaaniliselt ühendada liitu on tulutu. Ideaalide aeg möödus kiiresti ja nüüd astub arst liitu vaid siis, kui ta on veendunud, et talle on sellest kasu, kui see kaitseb tema huvisid. Siit on lähtunud mõte, kas Eesti Arstide Liit ei peaks võtma endale praeguse ametiühingu funktsioone. Arstide huvide kaitsmise aspektist peaks see tõesti nii olema, kuid liidu praeguse struktuuri juures, kui meil palgalised töötajad puuduvad, pole see lihtsalt võimalik.

Kui mujal maailmas loovad arstide liidu majandusliku aluse liikmemaksud, mis on 1 % arsti väga kõrgest palgast, siis meie liidu liikme 10-rublane aastamaks arsti madala palga korral ei kujunda Eesti Arstide Liidu tegevusele mingit reaalset materiaalset baasi. Ometigi peame me koos edasi minema ja selleks peavad kõik kohalikud arstide liidud ühte sammu astuma, s.t. peame kaotama suhtelise killustatuse ja ühtlustama põhikirjad. Ühiselt peame väljas olema arstide palkade tõstmise, töötingimuste parandamise eest, koos välja töötama ettepanekud arstide töö seadusandluse valdkonnas.

Suuri võimalusi pakub Eesti Arstide Liidu ja arstiteaduslike seltside koostöö. Igal sellisel seltsil peab alles jääma autonoomia, selle liikmed võik-

sid aga ühtlasi olla Eesti Arstide Liidu liikmed. Paraku paljud teadusseltside liikmed selle liidu liikmed ei ole. Ühtsuses peitub aga jõud! Eriti puudutab see arstide täienduskoolitust: koos arsiteaduslike seltsidega tuleks hakata korraldama lühiajalisi, aga kõrge kasuteguriga täienduskursusi, ja seda mitte sundkorras ning atesteerimise ähvardusel. Eesti Arstide Liit korraldab ja pakub välja täiendustsüklid. Juba lähitulevikus peaksime jõudma selleni, et iga arst hoolitseb ise oma teadmiste täiendamise eest, leiab endale sobiva täiendustsükli, sest vaid parematest teadmistest hakkab olenema tema tõus ametiredelil. Sama kehtib teaduskraadi kohta: see ei pea andma automaatselt palgalisa, vaid peab olema kriteeriumiks hinnatumale ametikohale valimisel. Teiselt poolt käivitaks vajaduse teadmiste täiendamise ja kõrge kvalifikatsiooni järele võimalus hakata arste tööle võtma lepingu alusel kindlaksmääratud aastateks.

Eesti Arstide Liit tahab hakata varakult huvi tundma noorte arstide käekäigu vastu. Selleks loob head eeldused meditsiiniüliõpilaste assotsiatsiooni asutamine Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Side meiega oleks korraga olemas, kui assotsiatsiooni kuuluvad viimaste kursuste üliõpilased oleksid ühtlasi Eesti Arstide Liidu liikmed.

Peame hakkama hoolt kandma ka selle eest, et Tartu Ülikool teaks täpselt, kui palju vajab Eesti tervishoid arste. See eeldab meie arstkonna erialastruktuuri kindlakstegemist. Kõige üllatavam on see, et sellised andmed puuduvad isegi tervishoiuministeeriumil. Oluliseks pean perearstisüsteemi käivitamist, millest hakkab sõltuma elanike polikliinilise arstiabi laad. Tervikuna olen riikliku arstiabi süsteemi pooldaja, sest tendents selle poole on ilmne terves maailmas. Kui kõrge kvalifikatsiooniga arst soovib tegelda erapraksisega, saab ta selleks loa kohalikult volikogult, edaspidi peaks tema tegevus olema kohaliku arstide liidu huviväljas.

Lõpuks rõhutaksin, et meie sidemed Lääne kolleegidega peavad tihenema. See on kanal, mille kaudu saame kursis olla arstiteaduse maailmatasemega. Kogemused on näidanud, et Tartu Ülikooli diplomiga arst suudab läbi lüüa palju kõrgemal tasemel, kui seda on senini kriteeriumiks olnud üleliiduline tase.

Missugusena näete Eesti tervishoidu lähitulevikus?

Eesti tervishoiu lähitulevik on kindlustusmeditsiin. Eesti Arstide Liidu juhtkonda kuuluv Eesti uus tervishoiuminister Andres Ellamaa hakkab tegelema selle realiseerimisega. Selle materiaalse baasi loovad ettevõtted, kes inimesed tööle võtavad. Ettevõtete huvitatust toetada tervishoidu ja sotsiaalsfääri peaks valitsus stimuleerima sel teel, et vähendab nende tulumaksu seda rohkem, mida enam teeb ettevõte kulutusi töötajate tervise tagamiseks ja sotsiaalvajaduste rahuldamiseks.

Kohutavalt pillav on tervishoiu jagunemine erinevate ametkondade vahel. Sellise süsteemi korral pole võimalik tervishoiu arenemist sisuliselt juhtida.

Lähitulevikus peame taastama ka kultuurmaailmas tunnustuse leidnud arstiabisüsteemi, kus inimese tervise eest hoolitseb perearst ja vajaduse korral tegelevad tema ravimisega tippväljaõppe saanud eriarstid. Vastavalt sellele peab polikliiniline abi olema igale inimesele hästi kättesaadav, kaasa arvatud see, et abi oleks võimalik saada elukoha lähedal. Mahult suuremat arstiabi antakse haiglates ja need peaksid asuma stressirikkast kesklinnamiljööst eemal, isegi linnast väljas. Tippaparatuur peab olema kahtlemata haige inimese juures, s.t. statsionaaris.

Tervikuna olen meie tervishoiu käekäigu suhtes optimistlikult meelestatud. Hea on see, et tervishoiujuhtidena kerkivad esile energilised noored mehed. Jätkuks neil vaid läbilöögivõimet ja materiaalseid vahendeid! Kui me ravitöös ei suuda takistavate objektiivsete tegurite tõttu tõusta igas valdkonnas tipptasemele, siis koostöös sotsiaal-, spordi- ja ökoloogiaametitega peaksime seda suuremat tähelepanu pöörama inimese tervise kaitsmisele.

Eesti Arstide Liidu presidendi, Tallinna Pelgulinna Haigla kirurgiaosakonna juhataja R. Truve mõtteid on vahendanud
Kuulo Kutsar

Eesti Arst, 1990, 3, 239—240

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

Missugust abi võib saada perenõuandlast?

Kiirelt muutuvas elus tunneme tihti teadmiste ja teabe puudust. Seda lünka aitavad täita Eesti Lastekaitse Keskliidu seminarid «Meie lapse mured». Eestisse oli kutsutud Soome perenõuandlate spetsialiste, kes kahe päeva jooksul jagasid oma töökogemusi.

Rahvastikuliidu, kiriku ja muude organisatsioonide ning asutuste alluvuses olevad perenõuandlad on Soomes mitmesuguste nimetuste all: abielu-, noorte-, sotsiaalnõuandlad. Töötavad pereja lastetuskliinikud, rahva uurimise osakond, usaldusabi, pärilikkuse ja kunstliku viljastamise laboratooriumid. Neid finantseerivad riik (maakond) ja eraettevõtted, näiteks suure osa kulutustest katab Soome mänguautomaatide ühistu RAY. Perenõuandlad on välja kasvanud kasvatusasutustest. Praeguseks on Soomes 96 nõuandlat, kusjuures normaalseks peetakse üks nõuandla 10000 inimese kohta. Seega peaks Eestis loodama mitukümmend nõuandlat. Maakondades on perenõuandlad sotsiaalosakonna koosseisus. Perenõuandlate põhieesmärgiks on ettevalmistus perekonnaeluks, laste ja noorte suhtlemise kasvatus. Pereteraapia eeldab, et kogu teave tuleb perekonnast.

Kuigi me ei saa kõike nende süsteemist üle võtta, olid seminaripäevad Lohusalus ligikaudu 150 arstile, psühholoogile, pedagoogile ja lastega tegelevale kolleegile heaks kooliks.

Soomlaste kaheksaliikmelise delegatsiooni koosseisus oli günekolooge, psühholooge, sotsiaaltöötajaid, õdesid. Rahva- ja perepoliitika osas saime teada, et Soomes on viimastel aastatel vähenenud töövõimeliste inimeste arv, suurenenud aga vanurite arv. Väike on sündimus — ühe naise kohta ainult 1,6 last. Kiiresti on suurenenud teenindussfääris töötajate arv, sinna kuulub kolmandik elanikest. Linnades elab 62% inimestest. Kakskümmend aastat tagasi kadusid kolme sugupõlve pered. Lastekasvatus toimub ühiskonna toetusel. Ema ja laps elavad 13% peredes, isa ja laps 2% peredes. Abielulahutusi oli Soomes 1989. aastal 16000. 50. . .85 aasta vanuseid inimesi on juurde tulnud üle 300 000, nendest on mehi 1/3. Noored ei ela üksi, sest sissetulekut peetakse väikeseks. Lapsed ja noored on muutunud tarbijaiks. See peaks meilegi tuttav olema. Huvitav on märkida, et sünnituspuhkusest võib saada osa aega ka isa, ainult esimesed 30 päeva antakse kindlasti emale. Lapse kasvatamise eest kodus kuni kolmanda eluaastani tasub riik. Toetuse suurus sõltub laste arvust: esimese lapse puhul 255 marka, kolmanda puhul 382 marka kuus. Kuni lapse 16-aastaseks saamiseni on võimalik saada õpperaha laenu. Toetuse suuruse määrab sageli linn või maakond ning see on piirkonniti suuresti erinev.

Rahvastikuliidu põhieesmärgiks on perekonnasõbraliku, harmoonilise ühiskonna kasvatamine. Selle peavad tagama sotsiaal- ja korteripoliitika, meditsiiniuuringud, pere planeerimine ja seksuaalkasvatus. Siit on meil palju õppida. Väga laialdane on kirjastustegevus, videoprogrammide kasutamine. Nii on neil kümme aastat kasutusel olnud perekonnaõpetuse sari sõltuvalt elueast. Siia kuuluvad raseduse vältimine, kunstlik viljastamine, suguhaigustesse haigestumise ärahoidmine ja palju muud. Eraldi kirjandus on teemal tütarlapsest naiseks, poisist meheks, kirjandust on murdeealistele, sõjaväes olijatele. Ka armees peetakse pereõpetuse loenguid. Suurt tähelepanu pööratakse AIDS-i profülaktikale. Linnades, koolides ja tervisekeskustes on välja pandud sellealased plakatid. Profülaktikas peetakse peamiseks kondoome.

Huvipakkuv on noortenõuandlate programm «Avatud uksed». Eriti tähtis on see nendele, kes ei loe tavalist kirjandust (arengupeetuse ja puuetega inimesed). «Avatud uste» vastuvõtul saavad lapsed 12 aasta vanuselt teavet seksi ja armastuse kohta, õpivad kasutama rasestumisvastaseid vahendeid. Ka siin on pildisarjad, video. Üle 12-aastaste tarvis on kasutusel «avaliku mängu» 180 kaardi küsimuste ja vastustega, mida mängitakse koos täiskasvanutega. Videoprogramm «Esimene visiit günekoloogi juurde» on mõeldud 13...18 aasta vanustele tütarlastele. Programmides osalevad noored, kes tutvustavad oma kogemusi ja vahetavad mõtteid. Oluliseks peetakse otsest kontakti täiskasvanu ja noore vahel.

Perenõuandlad (kokku 40) on ka kirikute juures, neid nimetatakse pereasjade keskusteks. Samas on ka usaldusteleton, lepitamine.

Eesti Lastekaitse Keskliit jätkab seminaride korraldamist välislektorite osavõtul. Seminar oli ka uute perenõuandlate avamise tõukeks Eestis.

Leo Tamm

VÄLISMAALT

Tutvumas Saksamaa Liitvabariigi meditsiinikorraldusega

4...18. märtsini 1990 oli Vabariikliku Endokrinoloogiadispanseri osakonnajuhataja J. Kelk koos traumatoloog H. Kelguga Saksamaa LV-s Kasselis, et tutvuda sealse meditsiinikorraldusega. Kutse sain Kasseli Punase Risti Haiglalt, kus toimus VIII Kasseli endokrinoloogia ja ainevahetuse alane kollokvium. Seekord oli arutlusel insuliinisõltumatu suhkurtõbi.

Saksamaa LV-s piirdutakse vaid suhkurtõve registreerimisega, ulatuslikumaid epidemioloogilisi uuringuid ei ole tehtud. Seepärast tunti huvi Eestis tehtud suhkurtõve epidemioloogiliste uuringute vastu ja minult telliti vastavasisuline kollokviumi ettekanne.

Põhiettekanded olid enamikus Saksamaa LV tuntud diabetoloogidelt. Nimetama peaks meilgi kõrgelt hinnatud meditsiinidoktoreid V. Jörgensit ja K. Federlini, aga ka E. Haupti ja W. Bachmani.

Erilist tähelepanu pöörati suhkurtõbe põdejate dieetravile ja seda haigust põdejate struktureeritud õpetamisele. Selles nähakse ravi edukuse võtit ja ka ravikulutuste vähendamise teed. Näiteks suhkurtõvest soodustatud angiopaatiate ravi angioprotektoritega peetakse mõttetuks siis, kui haige ei ole suuteline (loomulikult arsti juhendamisel) oma suhkurtõbe rahuldavalt kompenseerima. Probleemiks ongi sageli ravi motivatsiooni kaotanud suhkurtõbe põdejad. Sellest püütakse üle saada haigete korduvate õpetustsüklitega, mis ei

toimu eritasu eest, vaid kuuluvad haiglaravisüsteemi juurde.

Insuliinisõltumatu suhkurtõbi on teatavasti polümorfne haigus, mille puhul osal juhtudel kujuneb ajapikku välja sekundaarne insuliinipuudulikkus. Nii nagu meilgi, alustatakse ka Saksamaa LV-s insuliinravi mõnikord hilja, eeskätt psühholoogilistel põhjustel. Et diabeedivastaste sulfoonamiidide toimes on selgunud ja täpsustunud β-tsütotroopsuse kõrval ka ekstrapankreaatilised mõjutused, siis on sekundaarse insuliinipuudulikkuse korral laialt kasutusel insuliinravi koos diabeedivastaste sulfoonamiididega. Senisest enam on uuesti rakendama hakatud biguaniidravi. Nagu meilgi, arvatakse ka Saksamaa LV-s, et insuliinisõltumatut suhkurtõbe põdejate ravis liialdatakse tablettidega, sageli piisaks vaid täpsemast dieedist.

Kollokvium oli rakenduslikku laadi, orienteeritud klinitsistide laiale ringile. Osavõtjaid oli palju, elav arutelu näitas teema aktuaalsust. Kollokviumi toetasid firmad *Boehringer Mannheim, Fresenius, Hoechst, Merck, Nordisk-Deutschland* ja *NOVO-Industrie*.

Tänu prof. H. Gerdesele ja ülemarst W. Spuckile oli mul võimalik tutvuda sisemeditsiini korraldusega Kasseli Punase Risti Haiglas, mis on üks linna neljast suuremast haiglast. H. Kelk tutvus prof. L. Fucksi poolt juhatatava kirurgiaosakonna tööga ja tema virtuoosse operatsioonitehnikaga.

Haigla kogu tegevuses lähtutakse haige vajadustest, seejuures on osakondade spetsialiseerumist arendatud üsnagi piiratult. Igatahes ei pea haige Saksamaa LV-s otsima arsti, kes teda oma eriala vääriliseks tunnistaks. Eriti kehtib see sisehaiguste osakondade kohta, kus võib leida onkoloogilisi põetushaigeid, söögitoru veenilaiendite verejooksudega haigeid, endokriinhaigusi põdejaid, neuroloogilise sümptomaatikaga haigeid. Seejuures on haigete ravi kvaliteet kõrge. Ülemarstid valdavad kõiki endoskoopilisi diagnoosimis- ja ravimeetodeid, ultrahelidiagnostikat, röntgenogrammide dešifreerimise peennüansse jne. Rohkesti tehakse radioimmunoloogilisi uuringuid. Radioloogilisi ja patohistoloogilisi uuringuid tehakse kas tellimuse või kooperatsiooni korras. Laitmatu on side perekonnaarstiga. Haigla haigusloo väljavõtet võib pidada kollegiaalsuse, täpsuse ja haige muresid arvestavaks musternäidiseks.

Ka rikkas riigis tuleb meditsiini hea tase vaid visa tööga. Näiteks võõrustaja ülemarsti tööpäev algas hiljemalt kell 7 ja oli koos lõunavaheajaga umbes 12 tundi pikk. Lisaks töötas ta kaks kuni kolm tundi laupäeviti ja pühapäeviti, sest haiged ei põe ju ainult esmaspäevast reedeni. Üsna sageli oli ta veel koduses valves. Niisuguse tööstiili põhjenduseks ei ole ainult väga hea palk. Arstid loobuvad üsna tihti erapraksisest, mis on küll tasuvam, kuid kus valitseb mõningane rutiin, ja on karta, et ei ole võimalik end hoida kursis kõige uuega meditsiinis.

Üsna mitme eluala esindajatega kohtudes jäi mulje, et Saksamaa LV-s on maad võtmas elustiil, milles tarbimismentaliteeti suisa välditakse. Lastes püütakse arendada vaimsust ja siin ei saa läbi isikliku eeskujuta.

Hea meditsiinitehnika ei põhjusta haige ja arsti vaheliste sidemete lõtvumist (nagu meil mõnikord siin-seal on ennustatud). Täpsus, asjatundlikkus ja mõistev suhtumine tagavad arstile usalduse ning haigele kindlustunde ja optimaalse abi.

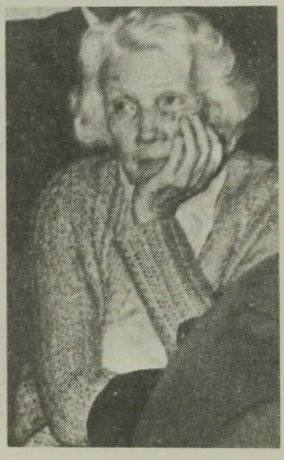
Jaan Kelk

MEIE JUUBILARE

Eesti teeneline arst Adda Mardna meenutab

Hea mainega hematoloog ja sisehaiguste arst, ligi pool sajandit valget kitlit kandnud auväärt doktor Adda Mardna sai 25. veebruaril 1990 85-aastaseks. Ta on paljunäinud inimene, kelle elus on midagi väga tüüpilist, mis iseloomustab eesti perekonda, eestlaste ja rahva püüdlusi ning tegelikkust.

«Eesti Arsti» toimetus palus juubilari meenutada elusündmusi ja teeradu.



Nii pikk elu, nii pikk arstina töötatud aeg on seljataga. Kindlasti on Teil «Eesti Arsti» lugejaile öelda midagi sellist, mis meenub kaunite, kuid vahel ka kurbade elupiltide taustal?

Pean arstikutset väga õilsaks, kauniks, kuid ka raskeks ning suurt kohusetunnet ja avalat südant nõudvaks elukutseks. Eetika on üks arsti tööpäeva tähtsamaid elemente. Olen elus palju näinud, kokku puutunud paljude arstidega, kes on üksteisest väga paljus erinenud. Ühes aga on nad sarnased olnud — nad on arstikutset südames kandnud ning mõistnud selle väärikust, sellele tööle pühendumise vajalikkust.

Olen näinud ka seda, kuidas arstitöös on hakanud maad võtma vildakad lähenemisviisid, mille tõttu on arstitöö nii mõnigi kord kaotanud õiged rajad ja ekselnud liigse spetsialiseerumise ning ahenenud vaadete karidel. Sellest on aga kahju saanud haiged. Pean arsti mõtlemisviisi suureks puuduseks, kui ta ei vaatle haiget tervikuna, vaid on mõtteis ja arusaamistes klammerdunud üksnes elundi talitluse ja seisundi hindamise külge. Pean seda, nimetagem seda nähtuseks, eriti tänapäeva arstide veaks.

Niisugune mõttelaad on tahtmatult kaasa toonud hoolimatuse, kiirustamise ning ükskõiksuse haige suhtes, mida ei saa enam varjata, mis paistab välja kõikjale ja hakkab silma kõigile. On kahju, et töös sageli puudub südamlikkus haige inimese vastu ja kõrvale on jäänud eetiline külg. Peetakse oluliseks tööplaanidest ja -tundidest kinnipidamist, kuiva aruandlust ning muud tühja-tähja, mis ei olegi tegelikult arstitöö. Ja ei ole vaja imestada, miks arstid on pälvinud laitust, kaebusi, mittemõistmist. Ka arstidel on ajamärk küljes: meie ühiskonna väärteod, väärmõtted ja vägivalla ilmingud peegelduvad ka nendes, nende tänastes tõekspidamistes. Kahjuks ei saa seda salata, õnneks aga ei ole see üldine.

Sooja südamega meenutan oma õpetajat doktor Raukast, kes oli suureks eeskujuks noortele arstidele. Just tänu temale oli mul võimalus arstiteadust õppida ka välismaal, eriti Pariisi õpinguaastad on mulle palju andnud. Neil aastail sain endale kui arstile põhjapanevad teadmised. Seal õppisime koos arstist abikaasa Leonhard Mardnaga, kes neil aastail oli lõpetamas doktoriväitekirja. See jäigi tal lõpetamata, sest saabusid aastad 1940 ja 1941, algas tema kui sõjaväearsti vangipõli Norilski põhjalaagris, kust ta vabanes alles 1947. aastal. 1949. aasta alguseks oli tal kandidaadiväitekiri lõpetatud ning köidetud ja ootas kaitsmist. Siis aga algas uus vangipõli, mis kestis 1954. aastani. Need, kes teda kodust minema viisid, võtsid kaasa ka väitekirja, mida aastaid hiljem oli Leningradis kaitsnud Petrovi-nimeline mees. Räägin abikaasast sel põhjusel, et oleks mõistetav kurjuse-ühiskonna suur vale ja mitmekeelsus.

Mind on elada aidanud arstikutse. Meditsiini kõlbelised ja eetilised tõekspidamised aitasid meid mõlemaid väga, aitasid tugev olla, aitasid loota head tehes ja nii tänasesse päeva jõuda, mis on hoopis helgem.

Juubilari mõtted on üles kirjutanud
Vello Laos

Eesti Arst, 1990, 3, 243—243

Saaremaa arstide liider Ants Haavel on 60-aastane

Austatud juubilar on Saaremaa Arstide Seltsi juhatanud 30 aastat. Ta on Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu president, Eesti Arstide Liidu volikogu liige, Saaremaa Tervisefondi peanõunik ning Saare maakonna volikogu aseesimees, ta kuulub ka Eesti Kirurgide Seltsi juhatusse. A. Haavel on tuntud ja teatud arst, hea mainega kirurg, kes «Eesti Arsti» toimetuskolleegiumi liikmena kannab hoolt selle eest, et ka maakondades töötavad tegevarstid saaksid kogemusi vahetada ajakirja veergudel.

Oled Kuressaare haiglas kirurgina töötanud 35 aastat. Kas kodulinna Tallinna tagasipöördumise mõtteid ka on olnud?

Ei ole. Algusest peale tahtsin töötada kirurgina Saaremaal. Siia kutsus mind Saaremaa peaarst Evald Väärt ja soovitasid minu õpetajad prof. Ants Rulli, dotsendid Heinrich Petlem ja Arnold Seppo, kirurg Leonid Vainer, kes ka ise olid Saaremaal kirurgidena töötanud. Suunamiskomisjon pakkus töökohta Tallinnas, öeldes, et Saaremaal ei saa minust mitte kunagi kirurgi. Jäin oma tahtmise juurde kindlaks, ja lõpptulemusena määrati mind Saaremaale . . . günekoloogiks. Vastavalt peaarst Evald Väärti otsusele sai minust 16. juulil 1955 siiski kirurg.

Oled Eestis kõige suurema staažiga kirurgiaosakonna juhataja ja ainus meditsiinikandidaat, kes on juhatanud kirurgiaosakonda maakonnahaiglas? Kuidas see nii on läinud?



Fotol juubilar koos pojaga.

Jah, elu on tõesti nii kujunenud. 1959. aastal määrati mind kirurgiaosakonna juhatajaks. Kirurgi staaž oli vaid 4 aastat, kogemusi vähe, ümberringi meri, nõuandjad kaugel. Sel ajal ei häbenenud ma professoritele Artur Linkbergile, Ants Rullile, Šalva Gulordavale helistada ükskõik millisel kellaajal, et nõu küsida. Head nõu sain alati. Mulle on need kirurgid alati suureks eeskujuks olnud. Ükskord helistasin prof. A. Linkbergile kella ühe paiku öösel. Ta andis oma soovitused ja palus pärast operatsiooni uuesti helistada. Kõik läks hästi, operatsiooni lõpetasin kell neli, aga teist korda ühe öö jooksul professorit tülitada enam ei julgenud. Helistasin alles hommikul ja sain tõsiselt riielda. Selgus, et A. Linkberg ei olnud minu kõnet oodates üldse maganud. Minu vabanduse peale, et ei tahtnud professorit rohkem tülitada, vastas ta: «Mis professor, ma olen kirurg!»

Teadustööd tegema innustas mind prof. A. Rulli. Tema kutsus mind aspirantuuri, õpetas lugema teaduskirjandust ja innustas kirjutama. Paremat õpetajat ja juhendajat, kui seda oli prof. A. Rulli, ei oska ma ette kujutada. Töökus, täpsus, kohusetunne — need olid põhinõuded, millega pidid arvestama kõik tema juhendatavad aspirandid: Heino Kokk, Jüri Männiste, Ants Peetsalu ja ka mina.

Saaremaal on koos Sinuga töötanud paljud tuntud kirurgid. Kes on Sinu meeskonnas praegu?

Jah, minuga koos on Kuressaare haiglas töötanud Jüri Raudsepp, Rando Truve, Uno Ugandi, Eduard Viira, Rein Taru, Ants Korsar, Ants Nääb, Anne-Ly Birkenfeldt, Liidia Pipenberg, Enn Veskimäe. Praeguse meeskonna moodustavad Aare Taul, Hannes Haavel, Jaak Lepp, Andres Sarjas, Marika Räim, Toomas Tartes, Ivar Vipp. Saaremaa esimeseks anestesioloogiks oli Rein Teesalu. Igaüks neist on meie kirurgiaosakonnale midagi juurde andnud. Olen kõigile lõpmatult tänulik. Toetuse ja abi eest igapäevatöös võlgnen tänu ka professoritele Jüri Männistele ja Uno Sibulale.

Kirurgitöö kõrval on Sul palju ühiskondlikke ülesandeid. Kuidas Sa kõike seda jõuad? Milline amet on kõige südamelähedasem?

Jõuan küll. Minu eesmärgiks on anda kõik mis suudan eesti rahva tervise heaks. Kõik need ametid ja ülesanded teenivad seda eesmärki. Kuidas toime tulen, selle üle otsustagu teised. Kõige rohkem armastan kirurgiat.

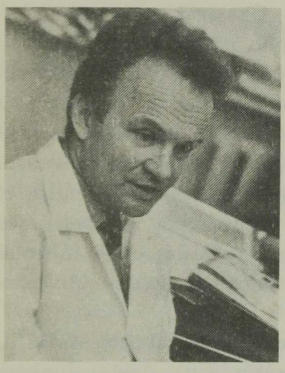
Juubilariga on vestelnud kolleeg Rein Tammur

Eesti Arst, 1990, 3, 244—245

Toomas Sullingu fenomen

Esimene fakt: meditsiinidoktor Toomas Sulling sai viiekümneaastaseks.

Teine fakt: Eesti koronaarkirurgia on maailma tasemel.



Rääkides Toomas Sullingu fenomenist, puutume kokku nähtusega, mille puhul mitte millestki on tehtud midagi. Meie meditsiini üldise mahajäämuse taustal on saavutatud kitsal erialal maailmatase. See on sündinud viimase 25 aasta jooksul meie kõikide silme all, kusjuures probleemi keskmes on olnud Toomas Sulling. Miks just fenomen? Selle mõistega tähistatakse haruldast, ebatavalist nähtust või inimest. Ülepakkumist siinkohal vast ei ole, sest väidet ei ole raske põhjendada.

Toomas Sulling on väga hea organisaator. Tema iseloomustamiseks sobib täiesti USA armee inseneriväelaste ütlus: «Kui on tarvis teha midagi rasket, teeme kohe, kui on tarvis teha midagi võimatut, siis võtab see veidi aega.» Silmanähtavalt võimatu ettevõtmine meie tingimusis — koronaarkirurgia — on saanud reaalsuseks.

Kadestusväärne on Toomas Sullingu oskus valida enesele kaastöötajaid. Tänaseks on ta komplekteerinud võimeka, kõrge kvalifikatsiooniga meeskonna. Käima on pandud suure potentsiaaliga isereguleeruv mehhanism.

Eesmärgikindlus. Hoolimata kesistest tingimustest, tehnilistest ja majanduslikest raskustest, vahel ka jäigast vastuseisust, on tänaseks loodud mainekas Eesti koronaarkirurgia, kusjuures latt on algusest peale olnud kõrgele tõstetud. On lähtutud ühesest väljundist: kas koronaarkirurgia tase on kõrge või ei ole seda üldse olemas.

Pidev individuaalne ning kollektiivne teadmiste ja oskuste täiustamine kuni meisterlikkuse saavutamiseni. Loorberitele puhkama ei ole jäädud.

Oskus luua teaduslikke ja majanduslikke kontakte. Ilma nendeta ei oleks koronaarkirurgiast asja saanud.

Pidev uute ideede genereerimine ja nende elluviimiseks teede otsimine.

Tiheda seose loomine teaduse ja praktika vahel. Teadussaavutusi juurutatakse praktikasse ja, ümberpöördult, praktika kaudu on arendatud teadust.

Sallivus ja koostöö teiste meditsiiniharudega, eeskätt konservatiivse ehk mitteinvasiivse kardioloogiaga. On ju koronaarkirurgia näol tegemist kompleksse kardioloogilise ravi ühe alternatiivvariandiga.

Tõde järgides olid koronaarkirurgia arenemise eeldused Eestimaal siiski olemas. Oli olemas Artur Linkbergi veresoontekirurgia koolkond. Prof. A. Linkbergi mantli varjus ja protežeerimisel alustaski Toomas Sulling oma tegemisi, kuigi mitu autoriteeti pidas koronaarkirurgiat väheperspektiivseks tegevusalaks.

Teiseks koronaarkirurgia arengu stiimuliks oli südame isheemiatõve kõikide vormide suur esinemissagedus Eestis. See ületas suuresti NSV Liidu keskmise, oli samal tasemel Moskva ja Soome omaga. Soomlastele kuulus aga tol ajal müokardiinfarkti esinemissageduse osas maailmarekord. Kuuekümnendatel ja seitsmekümnendatel aastatel ilmnes südame isheemiatõve esinemissageduses meil suurenemistendents. Midagi tuli ette võtta. Tegemist oli sotsiaalse tellimusega, sest suur osa müokardiinfarkti põdejatest on oma parimas töö- ja loomeeas.

Kogu maailmas otsiti võimalusi südame isheemiatõve vastu võitlemiseks. Vaevalt on teist haigust, mis viimase 25 aasta jooksul on oma nägu nii palju muutnud. Tol ajal oli südame isheemiatõbi kliiniklase jaoks võrdlemisi ebahuvitav haigus. Diagnoosimine ja ravi olid algstaadiumis: juhtivaks diagnoosimismenetluseks oli elektrokardiograafia ja ainuke spetsiifiline ravim nitroglütseriin. Südame isheemiatõbe püüti ka kirurgiliselt ravida, kuid tulemused olid nigelad. Kuuekümnendate aastate teisel poolel alustati koronaaršunteerimisega. Selgus, et oli leitud õige suund. Järgnes koronaarkirurgia buum. Esialgu küll Läänes, meil aga valitses suhteline vaikus ja südame isheemiatõbi tegi oma hävitustööd.

Tegelikult tegid ulatuslikku tööd ka meie kardio- ja vasokirurgid: perifeersete veresoonte

haiguste diagnoosimise ja ravi printsiibid olid enam-vähem välja töötatud, vaid koronaararterite uurimine oli alles eksperimendi staadiumis. Oldi juba üksmeelel tõsiasjas, et koronaarkirurgia algab ja lõpeb koronaroangiograafiaga. Seega oli üheselt selge, et müokardi verevarustuse uurimise metoodika tuleb ka meil välja töötada. Selleks oli vaja eestvedajat, entusiasti. Asja võttis käsile noor tohter Toomas Sulling, kes oli kiiduväärset initsiatiivi üles näidanud juba üliõpilaspõlves, olles 1961 . . . 1964. aastani ÜTÜ teaduskonnakirurgiaringi esimeheks. Et koronaararterite anatoomilisest struktuurist paremat ülevaadet saada, hakati kasutama mitmesuguseid võtteid, nagu intrabronhiaalse rõhu tõstmist, müokardi verevoolutuse redutseerimist, atsetüülkoliinist indutseeritud ajutist südameseiskust. Käegakatsutav tulemus saadi 1965. aastal. Tehti esimene koronarogramm inimesel. Seda sündmust võib meie mikrokosmoses võrrelda «suure pauguga». Esialgne poolselektiivne metoodika Paulini järgi vahetus selektiivsega. Kokkuvõtte sellest tööst esitas 32-aastane Toomas Sulling oma 1972. aastal kaitstud doktoriväitekirjas «Koronarograafia kroonilise südame isheemiatõve diagnoosimises». Selektiivne koronarograafia on Eestimaal nüüdseks muutunud rutiinmeetodiks. Teise «suure paugu» tegi Toomas Sulling aortokoronaarse šunteerimise näol 1974. aastal. Nüüdisajaks on meil müokardi revaskulariseerimise operatsioone tehtud üle 1200. Toomas Sullingu juhendamisel on välja töötatud progresseeruva stenokardia ja müokardiinfarkti ägeda staadiumi kompleksse ja aktiivse ravi taktika. Siia kompleksi kuuluvad ka intrakoronaarne trombolüüs ja transkutaanne intraluminaarne koronaroangioplastika.

Toomas Sullingul ja tema meeskonnal ei ole alati kerge olnud. Peamisteks takistusteks on olnud jäik bürokraatia erinevatel võimutasanditel ja konkureeriv mõttelaad. On otse välja öeldud, et sellisel tasemel ja kulukat koronaarkirurgiat pole Eestis vaja. Üsna levinud on arvamus, et oleks parem kogu see energia, ressursid ning meeskond rakendada südame- ja veresoonkonnahaiguste profülaktika liinis. Tuuakse näiteks, et USA-s ja veel mitmes teises riigis on viimastel aastakümnetel müokardiinfarkti esinemissagedus ja suremus vähemalt ühe kolmandiku vähenenud. Kahtlemata on profülaktikal oma osa. Arvestada tuleb aga ka haiguse enese laadi muutust, *genius epidemicus*'t, mis aja möödumisel teisendub, sõltudes riigi elustandardi ja elanike harjumuste muutusest. Kogemused on näidanud, et koos populatsiooni heaolu kasvuga suureneb esialgu ka südame isheemiatõve esinemissagedus, seejärel stabiliseerub 10 . . . 20 aasta jooksul ja hakkab siis aegamööda vähenema. Meil kulgeb see protsess mõningase hilinemisega, seetõttu oleme veel stabiliseerumisstaadiumis. Seega on aktiivse ravi rakendamine meil praegu paratamatult vajalik. Tervishoiule eraldatavate tagasihoidlike vahendite jaotamisel tuleb seetõttu üksikuid arstiteaduse harusid eelistada, eriti kui nende taga on oma ala tõelised entusiastid. Koronaarkirurgia valdkonnas on entusiaste õnneks olnud.

Eesti koronaarkirurgide töö on tunnustust leidnud: 1985. aastal sai kollektiiv Eesti NSV riikliku preemia ning 1988. aastal Toomas Sulling üleliidulise preemia.

1988. aastast peale on Tallinna Kiirabihaigla baasil töötanud Eesti Südamekeskus, nüüd juba rahvusvaheliselt tunnustatud asutus. Opereeritakse ka välismaalasi. See oli Toomas Sullingu idee, mida ta vaiksel viisil 5 . . . 6 aasta eest hauduma hakkas ja mis nüüd pärast pikka kemplemist teoks on saanud. Välissidemeid aitab arendada Eesti—Austria ühisfirma «Ecora», mille juhatuse esimeheks on väsimatu Toomas Sulling.

Eesti Südamekeskuse kollektiivi teadustöö on põhiliselt rakendusliku suunitlusega. On valminud ja edukalt kaitstud üle 20 kandidaadiväitekirja, nendest Toomas Sullingu otsesel juhendamisel 12. Kollektiivis valitseb põhimõte: iga mees peab mõtlema oma peaga ja tööd tegema oma kätega, teisisõnu — ennast näitama.

Toomas Sullingul jätkub jõudu ja aega osaleda paljude erialaseltside töös nii Euroopa kui ka Baltimaade, sealhulgas Eesti tasandil. Usun, et tohin siinkohal avaldada Toomas Sullingu ühe salasoovi — ehitada teenitud valuuta eest südamekeskusele haigla. See oleks meie koronaarkirurgia arengus uus kvalitatiivne hüpe, oleks järjekordseks suureks pauguks. Allakirjutanu, soovides Toomas Sullingule edu kõikides tema ettevõtmistes, tahaks ka ise veel seda pauku kuuulda.

Jaan Riiv



Ernst Raudam, Tartu Ülikooli professor emeeritus, Eesti NSV teeneline arst, sai 21. aprillil 75-aastaseks. Juubilar on nüüdisaegse neurokirurgia ühe rajaja prof. L. Puusepa õpilane. Oma 45 aastat kestnud arstliku, pedagoogilise ja teadusliku tegevuse jooksul arendas E. Raudam edukalt oma õpetaja poolt formuleeritud ja põhjendatud neuroloogia ja neurokirurgia ühtsuse printsiipi. Tema teaduslikud huvid on olnud laialdased ja hõlmanud neuroinfektsioone, perifeerse närvisüsteemi patoloogiat, närvihaiguste intensiivravi, peaaju vereringe häireid, stereotaktilist kirurgiat. Eriti tuleb esile tõsta prof. E. Raudami teaduslikku ning organisatoorset tegevust lastehalvatuse likvideerimisel Eestis. Ta pälvis tunnustuse ka väga sageli esineva närvihaiguse — ishiase ehk nimme-ristluu radikuliidi — kirurgilise ravi arendajana. E. Raudam oli üks esimesi, kes hakkas süstemaatiliselt arendama peaaju veresoonte haiguste kirurgilist ravi.

Prof. E. Raudami poolt juhitud teadussuunad on olnud alati rakendusliku kallakuga ja nende tulemused on peatselt juurutatud. Juubilar on suutnud oma eriala probleemide vastu ka teistes huvi äratada. Selle tulemusena kujunes pikaajaline koostöö Tartu Ülikooli füüsikute ja konstruktoritega, töötati välja originaalsed seadmed elektroaerosoolide kasutamiseks raskeid neuroloogilisi haigusi põdejail ning peaaju stereotaktilise kirurgia arendamiseks.

Juubilarilt on ilmunud üle 270 teadustöö. Prof. E. Raudam on olnud enamiku Eesti arstide õpetajaks. Tema ideede mõjul on Tartus kujunenud neuroloogia ja neurokirurgia alal tegutsev koolkond, mille saavutused on arvestatavad nii Eestis kui ka välismaal. Juubilari juhendamisel on valminud neli doktori- ja 23 kandidaadiväitekirja. Kahel korral (1965. ja 1972. aastal) on prof. E. Raudami poolt juhitud teadlaskollektiiv pälvinud Nõukogude Eesti preemia.

Palju energiat on E. Raudam kulutanud ka Eesti tervishoiusüsteemi arendamisele. Aastail 1959. . .1963 ja 1963. . .1967 oli ta Eesti NSV Ülemnõukogu saadik, ta juhtis alalist tervishoiu ja sotsiaalkindlustuse komisjoni. Aastail 1969. . .1975 oli juubilar Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dekaan. Aastakümneid oli ta Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi peaneuroloog ja -neurokirurg.

Professor E. Raudam on olnud Üleliidulise Neurokirurgide Seltsi juhatuse aseesimees, Üleliidulise Neuroloogide ja Psühhiaatrite Seltsi juhatuse liige ning ajakirjade «Вопросы нейрохирургии» ja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuskolleegiumi liige. Ta on valitud Läti, Leedu, Valgevene ja Leningradi neurokirurgide seltsi ja L. Puusepa nimelise Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi auliikmeks. 1984. aastani oli ta viimati nimetatud seltsi esimees. Professor E. Raudam on pälvinud kolleegide, õpilaste ja arvukate patsientide austuse ja sügava lugupidamise.



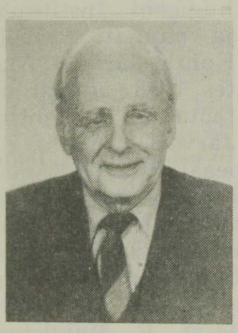
Herman Vahter, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri juhataja professor, sai 4. aprillil 70-aastaseks. 1946. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna *cum laude*. Juba ülikoolis õppimise ajal alustas tööd nahahaiguste kateedris õppejõuna. 1952. aastal kaitses H. Vahter kandidaadiväitekirja ja 1964. aastal doktoriväitekirja. Professorikutse sai 1967. aastal. Ta on olnud ka Eesti peadermatoloog. Juubilar on trükis avaldanud 153 uurimistööd, neist kolm monograafiat. Tema juhendamisel on valminud üheksa kandidaadiväitekirja. Ta on võtnud osa teaduskonverentside korraldamisest, teinud sanitaarharidustööd ning saavutanud olulisi tulemusi suguhaiguste leviku vastases võitluses Eestis. H. Vahter on koostanud palju õppevahendeid. Juubilar on Üleliidulise Dermatoveneroloogide Seltsi presiidiumi liige ja Meditsiiniakadeemia Dermatoveneroloogia Seltsi esimees. Juba aastaid on prof. H. Vahter olnud vabariikliku dermatoveneroloogide atestatsioonikomisjoni esimees. Enamik Eesti dermatoloogе on tema õpilased.



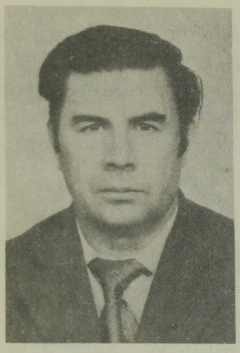
Maria Epler, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna füsioloogia kateedri dotsent, Tartu Ülikooli biofüüsika laboratooriumi juhtivteadur, sai 7. aprillil 70-aastaseks. 1944. aastal, juba enne arstiteaduskonna lõpetamist (1946), asus ta tööle füsioloogia kateedris. Tema 1954. aastal kaitstud kandidaadiväitekiri on vereringe reflektoorse regulatsiooni alalt. M. Epler on uurinud ka arteriaalse rõhu rütmika neurovegetatiivseid mehhanisme. Ta on osalenud keskmise arteriaalse rõhu dünaamilise registreerimise originaalse meetodi ja aparatuuri loomises. Tartu Ülikoolis toodetava «Tartu Physiograph» põhilülina on see meetod kasutusel paljudes NSV Liidu juhtivates kardioloogiainstituutides. M. Epler on Tartu Ülikooli biofüüsika laboratoorimi asutamise üks initsiaatoreid. Temalt on ilmunud ligikaudu 70 teaduspublikatsiooni, lisaks sellele füsioloogiaalaseid artikleid ENE-s. M. Epler on osa võtnud vene- ja saksakeelsete füsioloogiaõpikute eesti keelde tõlkimisest. Tema juhendamisel on valminud väitekirju. Juubilar on Eesti Füsioloogia Seltsi asutajaliige ja kuulus pikka aega seltsi juhatusse. Nooruslikult energiline, kõigile eluraskustele vapralt vastu pidanud, naerulembene, paljude lastelaste eest hoolitsev, virtuoosne pianist Maria Epler jätkab loodetavasti veel kaua oma viljakat teed teadlase ja pedagoogina.



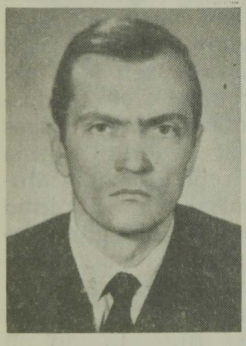
Mihhail Safra, Kohtla-Järve 2. Linnahaigla akušöörgünekoloog, sai 15. juunil 70-aastaseks. 1951. aastal lõpetas ta Leningradi I Meditsiiniinstituudi ning suunati tööle Ahtme Haiglasse. M. Safra on töötanud mitmesugustel ametikohtadel — naistenõuandla juhatajana, Jõhvi Haigla peaarstina, peaarsti asetäitjana sünnitusabi ja günekoloogia alal. Aastail 1963. . .1982 oli Ahtme Haigla günekoloogiaosakonna juhataja. Alati heatahtliku ja abivalmis M. Safra juhendamisel on vajalikud oskused ja teadmised omandanud paljud praegused Kohtla-Järve akušöörgünekoloogid.



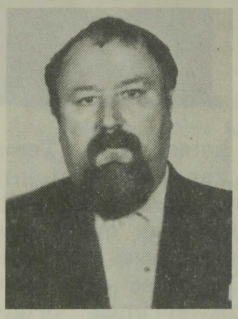
Leo Päi, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri professor, Eesti NSV teeneline arst, saab 8. juulil 70-aastaseks. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas ta 1950. aastal. Aastail 1950. . .1952 töötas Tartu Linna Kliinilise Haigla peaarstina. 1955. aastal kaitses kandidaadiväitekirja. Alates 1955. aastast on L. Päi töötanud Tartu Ülikoolis. Doktoriväitekirja kaitses 1968. aastal. Ajavahemikul 1958. . .1989 oli L. Päi hospitaalsisehaiguste kateedri juhataja. Ta on olnud Eesti mitme põlvkonna terapeutide õpetaja. Reumatoloogialaseid uuringuid hakkas L. Päi tegema 1958. aastal ja ta on olnud immunopatoloogilise uurimissuuna initsiaatoriks. Tema süsteemsete sidekoehaiguste immunosupressiivse ravi alased uurimistööd on rahvusvaheliselt tuntud. Trükist on L. Päil ilmunud 200 teadustööd. NSV Liidu reumatoloogide hulgas on üldist tunnustamist leidnud tema monograafia «Kliinilise reumatoloogia alused». L. Päi juhendamisel on valminud kolm doktori- ja kaheksa kandidaadiväitekirja. Juubilar on Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi ja Eesti Reumatoloogide Seltsi juhatuse liige, Euroopa Reumatõrje Liiga (EULAR) alalise komitee liige. L. Päi on teinud suurt tööd Eesti reumatoloogide kaadri ettevalmistamisel. Tema algatusel on kasutusele võetud uusi diagnoosimis- ja ravimeetodeid. Vaatamata saavutustele reumatoloogia valdkonnas, on juubilar jäänud kõrge kvalifikatsiooniga väljapaistvaks tegevarstiks.



Georgi Kamõnin, Eesti NSV teeneline arst, Kohtla-Järve Kiirabihaigla peaarst, sai 27. aprillil 60-aastaseks. 1953. aastal lõpetas ta Leningradi Sanitaarhügieeni Instituudi ja suunati tööle Kohtla-Järvele. Alates 1958. aastast on töötanud Kohtla-Järve 1. Linnahaigla (nüüdne kiirabihaigla) peaarstina. G. Kamõnin on suurte kogemustega tervishoiuorganisaator. Peaaegu kõik osakonnajuhatajad on saanud ordinaatorist osakonnajuhatajaks G. Kamõnini juhendamisel. Ta on juhendanud selliseid tervishoiuorganisaatoreid nagu N. Elšteini, R. Malvistet, T. Randveret. Viimastel aastatel on palju energiat nõudnud haigla materiaal-tehnilise baasi arendamine. G. Kamõnin on teinud palju Kohtla-Järve elanike arstiabi parandamisel. Teda iseloomustavad headus ja tähelepanelikkus inimeste vastu. Korduvalt on juubilari valitud Kohtla-Järve Linnanõukogu saadikuks.



Vaino Vahing, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri dotsent, sai 15. veebruaril 50-aastaseks. Aastail 1963 . . . 1965 oli ordinaator, osakonnajuhataja ja peaarsti asetäitja Jämejala Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas, 1965 . . . 1967 Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla kliiniline ordinaator. Alates 1967. aastast on samas kohtupsühhiaatria ekspert. Alates 1975. aastast on töötanud praegusel ametikohal. 1971. aastal kaitses kandidaadiväitekirja «Psühhotroopsete ainete toime atsetüülkoliini, serotoniini ja noradrenaliini tsentraalsetesse efektidesse». V. Vahing on avaldanud töid eksperimentaalse ja kliinilise psühhofarmakoloogia ja kohtupsühhiaatria alalt. 1975. aastal sai ta teadlaste rühma liikmena Nõukogude Eesti preemia psühhofarmakoloogiaalaste uurimistööde eest. Ta on õpetanud psühhiaatriat, kohtupsühhiaatriat, narkoloogiat ja psühhoteraapiat. On koostanud õppevahendeid ja metoodilisi juhendeid. Tunnustust on leidnud V. Vahingu kirjanduslik looming. Juubilar on Kirjanike Liidu liige 1973. aastast.



Vello Pert, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna füsioloogia kateedri assistent, sai 3. aprillil 50-aastaseks. 1968. aastal lõpetas Tartu Ülikooli bioloogia-geograafiateaduskonna bioloogiaosakonna. Pärast ülikooli lõpetamist on V. Perdi töö olnud seotud füsioloogia kateedriga. Ta valdab täiuslikult füsioloogiapraktikumides tehtavate katsete metoodikaid ja on neid omalt poolt täiendanud. Üliõpilased peavad lugu tema selgetest ja heal metoodilisel tasemel läbi viidud praktikumidest. Ilmselt tulevad siin abiks head bioloogiaalased teadmised, loomade hingeelu ja käitumistavade tundmine ning käteosavus. V. Pert saab hakkama nii linnu- kui ka loomatopise tegemisega ning igasuguse fotograafia- ja filmialase tööga. Kodus on tal liblikate kollektsioone, aga ka kodu- või kultuurilugu puudutavate esemete omi. Hiljuti kaitses juubilar kandidaadiväitekirja.

Eesti Arst, 1990, 3, 249—250

TOIMETUSE VEERG

Lugeja «Eesti Arstist»

«Eesti Arst» on aastakümneid olnud Eesti arstkonna häälekandja. Ta on kaasa teinud ajaloo keerdkäigud, tulvanud endast isikupärast, tõusnud «Index Medicus'e» veergudele ja kadunud sealt tänaseni. Tema ainukeseks kriitikuks on ikka olnud lugeja, kelle hinnang on paljuski suunanud ajakirja käekäiku. Tuleb tunnistada, et «Eesti Arsti» sunteliselt väike lugejaskond on ajast aega olnud kõrge harituse ja kriitilise meelega ning tuge pakkuv. Eks seegi ole aidanud «Eesti Arstil» seiga sirge noida.

Paraku on meie lugeja üsna tagasihoidlik kirjamees või võtab päevane kirjatöö arstilt viimsegi tahtmise teist korda õhtul sulepea pinku võtta, et oma mõtted paberile panna ja ajakirjale saata. Nii oli see ka toimetuse palvega lugejatelt avaldada oma arvamust ajakirja 1989. a. numbrite kohta. Vastajaid oli loodetust vähem, kuid hinnangute ja soovide tendents oli küllaltki ühesuunaline ning see lubab meil teatud üldistusi teha.

Nagu ikka, olid hinnangud ajakirja sisule positiivsed ja negatiivsed. Positiivsete poolele jäävad selised väärtushinnangud nagu: hea, kõrgelt hinnatud, vajalik, küllalt mitmekülgne, sisutihe ja piisavalt uudne. Negatiivsele poolele jäävad mõned igavad ja kuivad artiklid rubriigist «Teooria ja praktika», info on sageli väheoperatiivne, liiga teoreetiline, sisu jaab praktilisest elust kaugele. Lugejatele on meeldinud kirjutised Eesti meditsiinilajaloost ja arstiteaduslikust oskuskeelest. Soovitakse eraldi rubriike «Praktiseerivale arstile» ja «Praktilisi näpunäiteid (praktik soovitab)». Selgub, et ajakirja lugejate hulgas on ka mittetervishoiutöötajaid ning nende soov on ühene — artikli sisu peab olema lihtsalt mõtestatud seliselt, et see oleks kõigile arusaadav. Arvan, et seda peaksid silmas pidama nii mõnedki meie autorid — erialaspetsialistid —, ja küllap suureneks artiklite loetavus siis ka praktiseerivate arstide hulgas.

Lugejate hinnangud ajakirja kujundusele on eranditult kiitvad: alates tunnistamisega vastavusest maailmatasemele ja lõpetades tagasihoidliku «voib ranule jäada»-ga. Asjakonase märkusena on lisatud, et ajakiri peaks ilmuma mitmevärvitrükis. Arvame, et seni, kuni meil selised võimalused puuduvad, säilitame tagasihoidlikkuse ja solidsuse kujunduses.

Toimetuse korval peaks ajakirja olemasolevatele ja potentsiaalsetele autoritele huvi pakkuma see, mida lugejad tulevikus lugeda soovivad. Need teemad on: maa-arstide töö, perekonna tervisnoid, vähktõve varajane avastamine ja võimalikud tekkepõhjused, vanema ea haigused, AIDS-ist populaarsemas vormis, kuidas väljuda meie arstiabi madalseisust, meditsiiniteenistus Vabadussõjas, Vaba-Eesti arstkond. Nende soovidega seostuvad vanetult järgmised täielepanuvaarsemad ettepanekud.

Avada ajakirjas lühikommentaaride, seisukohavõttude rubriik, süstemaatiliselt avaldada Eesti tervishoiustatistika põhinäitajaid; Eestis oleks vaja kahte eraldi ajakirja: teaduslik-teoreetilist ja laia spektriga ajakirja arstkonnale (*à la* «Eesti Arst»); avaldada kirjutisi maal töötavate veiskrite teadmiste täiendamiseks.

Rohkem teavet soovitakse ka ravimite kohta. Tõepoolest, oleme piiranud selekonase teatmematerjali avaldamist, sest: a) apteekide peavalitsus avaldab igakuises informatsioonilehes täieliku info kogu riigis kasutuselelubatavate uute preparaatide kohta; b) peaaegu igal aastal ilmub käsiraamatuid ravimpreparaatide kohta (viimane 1989. aastal Moskvas M. Kljujevi toimetamisel); c) loodame väga, et Tartu ronuteadlastel läheb lähitulevikus korda taastada ajakirja «Eesti Ronuteadlane» väljaandmine.

Eriliselt heameelt tegi see, et ajakirja küsitlusele saatis kõige sisukamad vastused (kui mitte analüüsi) noor nimetu kolleeg Tartu Ülikooli arstiteaduskonna tudengite hulgast. Kõigepealt teeb ta, et «Eesti Arst» on praktiliselt Tartu Ülikooli arstiteaduskonna jaoks. Julgeme noore kolleegiga täiemas mõttes nõus olla, sest nii «Eesti Arst» kui ka kogu eesti arstkond on pärit meid kõiki «toitnud emakese» rüpest. Et tudengil on küllalt analüüsi- ja maailmanägemise oskust, selleie viitab tema hinnang ajakirja sisule, millega toimetus on jälleg nõus: väne on tähelepanuväärset tegevarsti jaoks, liiga palju on kitsalt teaduslikke kirjutisi, millest reaarst praktilist kasu ei loika. Kõik on õige, aga tegelikkus on selline, et kõige vähem on meie autorite hulgas

just praktiseerivaid arste, eeskätt jaoskonnaarste, aga ka kitsa eriala arste. Arstipõlves on vist niisja loota «akadeemikute» õpetussõnadele, rohkem annavad enesetäiendamine ja kogemuste vahetamine kolleegidega. Siin on ajakiri neameelega nõus võtma endale vahendaja funktsiooni.

Lõpetuseks tänab toimetus kõiki küsitlusele vastanuid alates arstitudengist ja lõpetades auväärses eas kolleegiga, sest on ju lugeja see, kes annab ninnanagu toimetuse ja meie autorite tööle. Üks palve on ka noorte arstide õpetajatele: selleks, et meie tulevikku arstiteadusnik ajakirjandus kiiratsema ei hakkaks, juntige oma jüngreid varakult kirjasõna vaheda valdamise ja mõtte täpse väljendamise teele, teie viljakas koostöö tulevaste kolleegidega võiks jõuda ka «Eesti Arsti» veergudele.

Kuulo Kutsar

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal

Gustavson, H. Suomalais-virolaisista lääketieteellisistä siteistä 1900-luvuun alkuun saakka. — Hippokrates. Suomen Lääketieteen Historian Seuran vuosikirja, 1988, p. 124—130.

Imelik, O., Mustimets, K. The Changes in the Blood Plasma Volume at Repeated Strenuous Muscular Exercise. Paavo Nurmi Congress Book. The Finnish Society of Sports Medicine. 1989, p. 321.

Kaasik, A.-E., Asser, T., Ults, M. Local blood flow in the thalamus and frontal cortex in alert and narcotisized dogs. — Neurosci. Behav. Physiol., 1988, 18, 5 p. 384—397.

Kaasik, A.-E., Tikk, A., Roose, M., Noormaa, U., Kõiv, L., Kross, E. Pathogenesis of irreversible traumatic brain damage. — In: 22nd Danube Symposium, November 9—11, 1989, Innsbruck. Abstracts, Innsbruck, 1989, p. 10.

Raie, R. Operative Treatment of Scoliosis. — In: Alexandria International Congress of Orthopaedics and Traumatology. Egypt, Alexandria, 1989, p. 99.

Tein, T. Choise of the Method for Treatment and Estimation of Longterm Results of the Treatment of Ligamentous Injuries of the Knee in Athletes. — Paavo Nurmi Congress Book. The Finnish Society of Sports Medicine. 1989, p. 341.

JURIIDILIST NÕUANNET

Küsimus: **Kas võib kohakaasluse alusel töötaja vabastada töölt kohakaaslasena seetõttu, et tööle võetakse uus töötaja, kes ei ole kohakaaslane? Kas sel puhul on vajalik ametiühingukomitee nõusolek?**

Vastus: «Kohakaasluse korras töötamise tingimuste määrustiku» (kinnitatud NSV Liidu Riikliku Töö- ja Sotsiaalküsimuste Komitee, NSV Liidu Justiitsministeeriumi ning ÜAÜKN-i sekretariaadi 1986. aasta 9. märtsi otsusega nr. 81/604-K-3/6-84) kohaselt võib administratsioon lõpetada kohakaaslasega töölepingu seoses teise töötaja, kes ei ole kohakaaslane, tööle võtmisega. Sel juhul vabastatakse kohakaaslane töölt ilma ametiühingukomitee nõusolekuta.

Küsimus: **Töötan lühiajalise lepingu alusel ettevõttes tööliste ja teenistujate koolitamisel. Kas see töö loetakse kohakaasluseks?**

Vastus: Eespool toodud «Kohakaasluse korras töötamise tingimuste määrustiku» lisas on tööde loetelu, mida ei peeta kohakaasluseks. Kõik töölised ja teenistujad võivad peale kohakaasluse korras töötamise teha ka veel järgmist tööd, mida vastavalt seadusandlusele kohakaasluseks ei peeta, nagu ühekordselt tasutav tehniline, meditsiini-, raamatupidamis- või muu ekspertiis, ühekordselt tasutav tervishoiuasutuse meditsiinikonsultandi kohustuste täitmine mitte üle 12 tunni kuus, tunnitöö alusel tasutav pedagoogiline töö mitte üle 240 tunni aastas, konsultatsiooni andmine tunnitöötasu eest teadusliku uurimise instituudi teadurite, kõrgkoolide ja arstide täiendusinstituutide õppejõudude ning tervishoiuorganite peaspetsialistide poolt ravi- ja profülaktikaasutustes kuni 240 tundi aastas. Kohakaasluseks ei peeta juhtivteadurite, teadus- ja pedagoogikaala töötajate ning praktikute lepingulist tööd kaadri lühiajalisel koolitamisel ettevõtetes ja organisatsioonides.

Kõiki neid töid võib teha töö ajal ettevõtte, organisatsiooni või asutuse juhi ja ametiühingukomitee loal palgast kinni pidamata.

Uno Meikas

IN MEMORIAM

Selma Veisserik



31. märtsil 1990. aastal lahkus meie keskelt jäädavalt Eesti vanim pediaater Selma Veisserik.

S. Veisserik sündis 13. novembril 1901. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. 1917. aastal lõpetas ta Reveli riikliku naiste gümnaasiumi *cum laude*. 1924. aastal astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1931. aastal samuti *cum laude*.

Pärast ülikooli lõpetamist töötas S. Veisserik koos doktor Ksenia Poskaga Tallinna Keskhaigla naisteosakonnas, mille koosseisu kuulus ka mitu lastepalatit. Hiljem täiendas ta end Berliinis Charité haiglas, kus kaks kuud töötas prof. Czerny juures. Peale selle viibis ta veel Sorbonne'i Ülikooli arstiteaduskonna kliinikutes, kus tutvus prantsuse pediaatria suundadega. 1939. aastal oli S. Veisserik tööl Helsingis prof. Arvo Ylpö kliinikus, algul oli ta praktikant, hiljem professori assistent.

1940. aastal asus S. Veisserik tööle äsjaavatud lastehaiglasse (haigla asus algul vabrikant A. M. Lutheri majas). Sõjaaastatel oli töö haiglas intensiivne. Palju oli raskelt haigeid, ravil viibis linna ja linnalähedaste piirkondade lapsi, samuti lapsi ümberasustatud perekondadest ja laagritest. Kahel korral evakueeriti haigla õhurünnakutest põhjustatud tulekahjude tõttu. S. Veisserik oli väga suure töövõimega inimene, kes visalt võitles haigete laste heaolu eest.

1944. aasta novembrist alates töötas S. Veisserik Tallinna III Lastenõuandla juhatajana ja Tallinna Keskhaigla sünnitusosakonna konsultandina. 1950. aastal asus S. Veisserik uuesti tööle Tallinna Lastehaiglasse. Tema kogemused olid väga väärtuslikud ja tema nõuandeid hinnati kõigis osakondades. 1952. aastast kuni pensionile minekuni 1959. aastal töötas S. Veisserik Tallinna I Sünnitusmajas. Kõrge kvalifikatsiooniga pediaater Selma Veisserik oli tagasihoidlik ja heasoovlik kolleeg. Väga tähtsaks pidas ta kõiki nüansse, mis on seotud haige lapse ravi, toitmise ja hooldamisega.

Peale töökohustuste, mida ta täitis laitmatult, kasvatas ta poega ja abistas nelja vennalapse kasvatamisel, kelle isa represseeriti isikukultuse aastail.

Helge mälestus suurepärasest arstist, meeldivast kolleegist ja abivalmis inimesest jääb temaga koos töötanud meedikute südameisse.

Kolleegid

TARTU ÜLIKOOLIS

Pool sajandit töörohkeid aastaid

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna pediaatria kateedri dotsendil Leida Keresel täitus 1. aprillil 50 tööaastat.

L. Keres lõpetas arstiteaduskonna 1940. aastal kiitusega. Juba enne ülikooli lõpetamist asus ta assistendi kohusetäitjana tööle ülikooli lastekliinikus. Tema järgnevad tööaastad on olnud seotud Tartu Ülikooliga: pediaatria kateeder on olnud tema ainsaks töökohaks. Kateedrijuhataja oli L. Keres aastail 1958 . . .1975.

Dotsent L. Keres on paljude aastakümnete vältel olnud lahutamatult seotud pediaatria arendamisega Eestis. Ta on oma väga heade erialateadmiste, pedagoogimeisterlikkuse ja suure inimlikkuse poolest eeskujuks oma arvukatele õpilastele. Imetlust ja austust vääriv on L. Kerese töö iseendaga, tema kohuse- ja vastutustunne. Ta on oma väsimatu sihikindlusega otsinud kõike uu(sima)t, et seda jagada-anda kõigile oma õpilastele ja kolleegidele. End päev-päevalt, aasta-aastalt kulutades on ta meie jaoks kullaseks kulunud!



Dotsent L. Keres on olnud tihedalt seotud aastatepikkuse intensiivse kliinilis-praktilise tööga Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas. Ta on alati rõõmustanud oma õpilaste ja kolleegide edusammude üle, millele ta ise omakasupüüdmatult on sageli kaasa aidanud.

Kolme tosina aasta jooksul oli L. Keres arstiteaduskonna ÜTÜ pediaatriaringi juhendaja. Teadustöös on ta tegelnud peamiselt ägedate bronhopulmonaalsete põletike puhuste ainevahetushäirete uurimisega. L. Kerese juhendamisel on valminud 9 kandidaadiväitekirja. Ta on toimetanud teadustööde kogumikke, on mitme pediaatriaalase monograafia ja õppevahendi (kaas)autor.

L. Keres on pikaajalise pedagoogilise, teadusliku ja praktilise töö kõrval olnud NSV Liidu Ülemnõukogu saadik, Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu liige ja probleemikomisjoni esimees, Eesti Pediaatrite Seltsi aseesimees ning ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuskolleegiumi liige.

Dotsent Leida Kerese paljutahuline, tulemusrikas elutöö on jätnud sügava jälje Eesti pediaatriasse. Kõige tehtu eest kuulub talle eilsete õpilaste, tänaste kolleegide sügav lugupidamine ja siiras tänu. Soovime jätkuvat tugevat tervist ja tarmu! Jätkugu igapäevahoolt ja hellust oma lähedaste jaoks! Küllaga rõõmu ja õnne oma lastelaste lapse- ja noorukipõlvest!

Kolleegid

13 . . .14. juulini 1989 toimus Leipzigis Psühhoteraapia, Meditsiinipsühholoogia ja Psühhiaatria Ajaloo Instituudi korraldamisel Sigmund Freudi 50. surma-aastapäevale pühendatud rahvusvaheline sümpoosion. Tartust käisid sümpoosionil Tartu Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri meditsiinipsühholoog A. Aluoja ja dotsent V. Vahing. Viimane esitas ka ettekande C. G. Jungi psühhoanalüütilistest ideedest.

13 . . . 19. augustini 1989 toimus Dubrovnikus *Inter-University Centre* korraldatud psühhoanalüüsi- ja psühhoteraapiaalane suvekool. Seekord oli teemaks *self*'i psühholoogia ja sellega seotud psühhoanalüüsi koolkond. Loenguid pidasid ja õppusi korraldasid Malcolm Pines, psühhoterapeudid Peter Scott-Lewis, Don Montgomery ja Jane Campbell. Meie psühhiaatria kateedrist võtsid sellest osa meditsiinipsühholoog A. Aluoja ja assistent M. Papp. Tallinna psühholoogidest olid suvekoolis A. Parktal, M. Meigas, Ü. Eikla.

3 . . . 15. septembrini 1989 viibis Berliinis Humboldti Ülikooli Charité Kliiniku psühhoteraapiaosakonnas erialasel täiendusel Tartu Psühhiaatriakliiniku psühholoog Ü. Luts, kes tutvus seal rakendatavate rühmapsühhoteraapia verbaalsete ja mitteverbaalsete vormidega.

7. septembril 1989 pidas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kateedris loengu prof. Thure von Uexküll, keda tuntakse kui psühho-

somaatilise meditsiini rajajat. Ka tema loeng käsitles seda teemat. Külaline saabus Tartusse Baltisaksa Kultuuri Seltsi kutsel seoses nimeka bioloogi ja filosoofi Jakob Johann von Uexkülli 125. sünniaastapäeva tähistamisega.

12 . . . 16. septembrini 1989 viibis meie psühhiaatria kateedris prof. Erich Wulff Hannoveri Meditsiiniülikooli Psühholoogilise Meditsiini Keskusest. Ta pidas loengu psühhiaatria seadusandlusest enne ja pärast II maailmasõda, käsitles põhjalikult sotsiaalpsühhiaatria selle perioodi arengutendentse, samuti sotsiaalpsühhiaatria olukorda tänapäeval. Meeldivaks üllatuseks oli prof. E. Wulffi eesti keele oskus.

17 . . .22. septembrini 1989 oli meie psühhiaatria kateedril külas Hamburgi Ülikooli dotsent Rainer Richter, kes pidas loengu psühhoteraapia võimalustest psühhosomaatiliste häirete korral. Ta korraldas psühhoanalüütilise suunitlusega intervjuu ühe patsiendiga demonstreerimaks täienduskursusel olevatele arstidele metoodika iseärasusi. R. Richter oli nõus 1990. aastal korraldama nädalase seminari. Külaline võttis osa ka S. Freudi 50. surma-aastapäevale pühendatud psühhoanalüüsiteemalisest konverentsist Tallinnas. Ta esitas ettekande, mis käsitles psühhoanalüüsi õpetamist Saksamaa LV-s, ja rääkis isiklikest kogemustest selles valdkonnas.

21 . . . 22. septembrini 1989 toimus Genovas rahvusvaheline seminar, kus arutati depressiivsete häirete uue liitklassifikatsiooni kasutamist. Firma *Farmitalia Carlo Erba* ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri esindajate vahel peeti läbirääkimisi uue antidepressandi uurimise üle. Meie psühhiaatria kateedrist osalesid selles kateedrijuhataja dotsent L. Mehilane, prof. J. Saarma ja assistent P. Lääne.

27. septembrist 5. oktoobrini 1989 tutvusid Praha Ülikooli ja Praha Psühhiaatria Teadusliku Uurimise Instituudi tööga Tartu Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri dotsent J. Liivamägi, Tartu Psühhiaatriakliiniku peaarsti asetäitja ravi alal H. Ligi ja Tartu Ülikooli psühhofarmakoloogia labori nooremteadur J. Šlik. Meie psühhiaatria kateedril ja Praha Psühhiaatria Teadusliku Uurimise Instituudil on käsil ühine uurimisprogramm, uurimistöö tulemustega mindigi tutvuma.

19 . . . 21. oktoobrini 1989 olid Pariisis perepsühhoteraapia alasel seminaril Tartu Psühhiaatriakliiniku psühholoog I. Podar ja ordinaator A. Gross. Seminaril esitasid ettekandeid USA strateegilise psühhoteraapia koolkonna esindajad Jay Haley ja Cloe Madanes. Ürituse korraldajaks oli Toulouse'i Pereteraapia Instituut.

Asutamisel on Euroopa Pereteraapia Assotsiatsioon.

24 . . .28. oktoobrini 1989 viibis Helsingi Ülikooli Psühhiaatriakliinikus rühm psühhiaatreid ning psühholooge Tartu Psühhiaatriakliinikust ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kateedrist. Küllakutsutuile tutvustati Soome kolleegide töökorraldust haiglas ja polikliinikus. Psühholoogid olid vastuvõtul Soome Psühholoogide Liidus ja psühholoogiakirjastuses.

20 . . . 27. novembrini 1989 oli meie psühhiaatria kateedri juhataja dotsent L. Mehilane Budapestis Ungari neuroloogide ja psühhiaatrite kongressil ning esitas ettekande neurooside ravi kohta.

4 . . . 12. detsembrini 1989 viibisid psühhiaatria kateedri juhataja dotsent L. Mehilane ja Tartu Psühhiaatriakliiniku peaarst A. Aadamsoo Helsingis ja Tamperes sealsete ülikoolide psühhiaatria kateedrite kutsel. Helsingis kooskõlastati 1990. aasta mais Tartus toimuva psühhosomaatikaalase sümpoosioni programmi. Tamperes peeti läbirääkimisi depressioonialase ühisuurimise üle. L. Mehilane ja A. Aadamsoo esitasid Tampere Ülikooli psühhiaatria kateedris ettekande psühhiaatrilise abi korraldusest Eestis.

5 . . .7. jaanuarini 1990 olid Tartu Ülikooli arstiteaduskonna psühhiaatria kateedril külas prof. R. Rimón ja üliõpilane M. Rimón Helsingist.

Meelis Papp

23. jaanuaril toimunud arstiteaduskonna nõukogu ja parteialgorganisatsiooni ühisel koosolekul tegi 1989. aastal tehtust kokkuvõtteid teaduskonna prodekaan prof. V. Salupere.

Arstiteaduskonnas on 215 õppejõudu, neist 44 meditsiinidoktorit ja 105 meditsiinikandidaati, kateedreid on 27. Uurimistöös osales veel 32 aspiranti ning 97 üliõpilast. Koostööst Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi ja teaduslaboritega võttis osa 43 õppejõudu ja 13 aspiranti.

Teadustöö aluseks on seitse põhisuunda, mis hõlmavad 29 probleemi ja 38 teemat. NSV Liidu Teaduste Akadeemia ja NSV Liidu Meditsiiniakadeemiaga on koordineeritud 18 teemat. Eesti rahvamajanduse arendamise plaani kuulus 12 teemat, NSV Liidu Riikliku Teaduse ja Tehnika Komitee ülesandel täideti 8 teemat. NSV Liidu Meditsiiniakadeemia ja NSV Liidu Teaduste Akadeemia ühisuuringuist võtab osa 23 õppejõudu, Eesti Teaduste Akadeemia ühisuuringuist viis. Koordinatsiooninõukogude ja komisjonide liikmeid on 19.

Aspirantuuris on 24 statsionaarset ja 15 mittestatsionaarset aspiranti ning üks sihtaspirant. Kandidaadiväitekirja kaitsesid M. Eller, A. Sööt, J. Laasik, A. Pulges, A. Soosaar, K. Čereška ja A. Genno. Juurde on teadlaskaadrit tulnud farmakoloogia, biokeemia, neurokirurgia erialal. Kandidaaditöö juhendajaist on edukaim prof. L. Tähepõld.

Ilmus prof. J. Saarma monograafia «Narkoloogia». Avaldati 10 õppevahendit, 2 metoodilist soovitust. Üldse publitseeriti 451 uurimust. Üleliidulistes kogumikes ja ajakirjades avaldati 81 uurimistööd (farmakoloogia ja mikrobioloogia

kateeder seitse, hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi, neuroloogia ja neurokirurgia, traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia, stomatoloogia, sünnitusabi ja günekoloogia, sisehaiguste propedeutika kateeder kuus tööd).

Välismaa ajakirjades ja kogumikes avaldati 42 uurimistööd (bioorgaanilise ja bioloogilise keemia kateeder üheksa, farmakoloogia kateeder viis, traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateeder viis, füsioloogia ning radioloogia ja onkoloogia kateeder neli).

1989. aastal ilmus neli köidet Tartu Ülikooli Toimetisi ning kolm konverentsiteeside kogumikku. Peeti kolm ülikoolisisest konverentsi. Mais toimus NSV Liidu Meditsiiniakadeemia väljasõiduistung Tartu Ülikoolis, kus esitasid ettekandeid ka Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õppejõud. Üleliidulistest konverentsidest võttis osa 86 õppejõudu, ettekandeid esitas 52, vabariiklikest konverentsidest osavõtnuid oli 156. Rahvusvahelistes ja teaduskomandeeringuis käis 26 teaduskonna õppejõudu 95 korral ning 24 üliõpilast. Aspirant H. Sibul oli stažeerimas Saksamaa LV-s. Hiinas viibib teadustööl R. Teesalu, Soomes L. Rägo.

On laienenud ja süvenenud teaduslik koostöö välisriikidega (USA, Soome, Rootsi, Saksamaa LV, Ungari, Poola, Tšehhoslovakkia) gastroenteroloogia, onkoloogia, kirurgia, farmakoloogia, neuroloogia ja neurokirurgia, mikrobioloogia, spordimeditsiini, psühhiaatria, traumatoloogia ja muudes valdkondades. Välisorganisatsioonidesse ja -ühinguisse kuulub 13 õppejõudu, neist prof. J. Saarma on kaheksa ja prof. L. Allikmets viie organisatsiooni ja ühingu liige.

ÜTÜ-s töötas 25 ringi 263 liikmega, neist I, II ja III kursuse üliõpilasi oli 120. Üliõpilasi juhendas 148 töötajat, otseselt võttis kateedri teadustööst osa 97 (37%) üliõpilast. Võistlustöid esitati 54, millest Tartu Ülikoolis määrati I auhind 20 tööle. Vabariiklikule konkursile esitati 10 uurimistööd, neist 8 auhinnati. Trükist ilmus 26 uurimust, mille autoriks või kaasautoriks olid üliõpilased.

Esitati kolm leiutise taotlust. Leiutiseks tunnistati viis varem esitatud taotlust. Leiutustegevuses paistsid silma traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia, mikrobioloogia ning neuroloogia ja neurokirurgia kateeder (leiutisi vastavalt viis, kolm ja kolm). Ratsionaliseerimistunnistusi saadi 13. Kasutusele võeti 47 uut uurimis- ja ravimeetodit.

Rahvusvahelistest näitustest võeti osa Soomes (T. Haviko kolme eksponaadiga), Stockholmis (M. Kull), Šveitsis (J. Tjuvajev). Töid saadeti ka Eesti NSV Rahvamajandusnäitusele, NSV Liidu Rahvamajandusnäitusele (E. Kuus, J. Tjuvajev). Näitusel «Rakenduslikke ideid Tartu Ülikoolis» oli väljas viis arstiteaduskonna eksponaati.

1989. aastal täideti teaduskonnas 24 lepingut, nendest uurimuslikke kolm (A. Lenzner kaks, L. Schotter üks), üks juurutusleping (L. Tanning) ning 20 tellija poolt antud teeninduslepingut. 1989. aastal tehti töid 447300 rubla eest. Uurimuslike lepingute kogumaksumus oli 910 000 rubla, aastamaht 110 000 rubla. Juurutuslepingute kogumaht oli 50 000 rubla, aastamaht 10 000 rubla. Lepingute täitmisega on hõivatud 16 kateedrit. Lepinguliste uurimistööde temaatika on tihedas seoses kateedrite teadustööga. Arvestades praegust olukorda on kateedril vaja leida uusi lepingupartnereid riigieelarveliste uurimistööde tegemiseks, suurt tähelepanu on vaja pöörata uut tehnikat juurutavate uurimuste tegemisele.

Koostöölepingud valuutavaba vahetuse korras on mikrobioloogia kateedril Praha Hügieeni ja Epidemioloogia Instituudiga (A. Lenzner), psühhiaatria kateedril Tšehhoslovakkia ja Ungari psühhiaatriainstituudiga, Tampere Ülikooliga, kontserniga «Montedison» (*Farmitalia Carlo Erba*) Itaalias (L. Mehilane), farmakoloogia kateedril Lublini Meditsiiniakadeemiaga (L. Allikmets) ning hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi kateedril «Koranyi» Tuberkuloosi ja Pulmonoloogia Rahvusinstituudiga Ungaris (H. Sillastu). Edukalt on jätkunud koostöö Soome kolleegidega Soome Tervishoiuvalitsuse ja NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi vahel sõlmitud lepingute raames radioloogia ja onkoloogia, teaduskonnasisehaiguste kateedris (K. Villako ja V. Salupere) ning neuroloogia ja neurokirurgia kateedris (A.-E. Kaasik).

Teaduslikuks uurimistööks sai arstiteaduskond aparatuuri 104 944 rubla eest, mis jaotati kaheksa kateedri vahel. Traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateedrile osteti 10 põlveliigese endoproteesi 1700 valuutarubla eest Šveitsi firmalt. Peab märkima, et aparatuuri tellimusi on viimastel aastatel täidetud halvasti.

Arstiteaduskonna mitme kateedri materiaaltehniline baas, arvestades nüüdisaja nõudeid ning teaduse arengut, on ebarahuldav (anatoomia ja histoloogia, sünnitusabi ja günekoloogia, radioloogia ja onkoloogia, stomatoloogia, farmakoloogia, füsioloogia jt. kateedrites). Tunduvalt on paranenud psühhiaatria kateedri olukord, sest 1987. aastal anti käiku psühhiaatriakliiniku uus hoone, kus on vajalikud ruumid ka õppetöö jaoks.

Arstiteaduskonna teadustegevuse edasises arengus on tähtis muuta teadustööde eelarvelise finantseerimise süsteemi ning rakendada uut lepinguliste tööde põhimäärust.

Edvitar Leibur

Mullu 1. detsembril tähistati eestikeelse Tartu Ülikooli 70. aastapäeva. Selle sündmusega haakub mõnevõrra ka 30. märtsil 1990 Tartu Raadi kalmistul asetleidnud mälestustseremoonia. Tartu Ülikooli nägemistervishoiu laboratooriumi 15. aastapäevale pühendatud konverentsi ja Eesti Pimedate Ühingu IV muuseumipäevade raames toimunud üritusega tähistati oftalmoloogiaprofessori ning ülikooli silmakliiniku juhataja Ernst Blessigi 50. surma-aastapäeva. Tema kalmul avati kujur Ado Kochi valmistatud hauakivi, vähendatud pronkskoopia Tartu Silmakliiniku fuajees paiknevast Aleksander Elleri bareljeefist «Pimedat viiakse Hygieia juurde».

Päevakohaste sõnavõttude järel eemaldas meditsiinikandidaat dotsent Aleksei Panov kivilt



Foto. Prof. E. Blessigi haual. K. Veldemanni foto.

katte. Haual süüdati küünlad ja sinna asetati lillekorv. Kaua tähistamata olnud ja unarusse jäänud haud on nüüd korras.

Pisut prof. E. Blessigi elust. Ta sündis vana kalendri järgi 12. detsembril 1859 Peterburis. Aastail 1877 . . .1885 õppis E. Blessig Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas, kus ta 1885. aastal sai ka doktoriks. Erialaselt täiendas ta end ajavahemikul 1887 . . .1888 mitmes Saksamaa ülikoolis (Berliin, Erlangen, Giessen, Göttingen, Heidelberg). E. Blessigi elust möödus kolm ja pool aastakümmet Neevalinnas (1885 . . .1887; 1888 . . .1921). Muide, aastail 1903 . . .1917 oli E. Blessig oma isa, Theodor Blessigi poolt 1881. aastal rajatud Blessigi Pimedate Asutuse kuratooriumi esimees. Tema keskseks töökohaks aastail 1906 . . .1921 oli aga Peterburi (Petrogradi) silmakliinik, kus ta oli peaarsti ja direktori ametikohal.

8. detsembril 1920 toimunud Tartu Ülikooli ajutise nõukogu otsusega kutsuti E. Blessig Tartu Ülikooli silmahaiguste õppetooli professoriks ja silmakliiniku juhatajaks. Ta oli neis ameteis 1. aprillist 1921 kuni 31. detsembrini 1929. 1921. aastal oli E. Blessig küllalt eakas — 61-aastane. Ettepanek tehti arvestusega, et suurte kogemustega silmaarstina jõuaks ta siiski anda väljaõppe eesti oftalmoloogide noorele põlvkonnale. Neist võrsuski E. Blessigile mantlipärijaks prof. Jaan Uudelt. Tema ja silmaarst Oskar Kuriks kaitsesid E. Blessigi juhendamisel doktoritöö. E. Blessig tegeles ise põhiliselt silmavigastuste ja silmatuberkuloosi ravi ning neurooftalmoloogia probleemidega. Tema koostatud on «Ophtalmologische Bibliographie Russlands 1870—1920» (Tartu, 1922), millest 1925. aastal ilmus ka kordustrükk.

Põhitöö kõrval tegi E. Blessig palju Eesti pimedate hoolekande organiseerimisel. Tema algatusel asutati 11. detsembril 1921 Eesti pimedate hoolekandeselts «Pimedate abi», mis praegu kannab Eesti Pimedate Ühingu nime. E. Blessig võttis osa ka 20. novembril 1922 avatud Tartu pimedate töökooli ja 1925. aastal pimedate algkooli (nüüdne Tartu 2. Eriinternaatkool) asutamisest.

E. Blessig suri 22. aprillil 1940.

Aldo Kals

KROONIKA

Punase Risti Seltsis

Soome Punase Risti kutsel oli 7 . . .11. märtsini Helsingis sealse Punase Risti tegevusega tutvumas Eesti Punase Risti Keskkomitee delegatsioon, mida juhtis allakirjutanu. Delegatsiooni kuulusid veel Eesti Punase Risti töötajad T. Buschmann ja S. Tarmas ning Eesti Verekeskuse laboratooriumi juhataja M. Ellamaa.

Soome Punases Ristis on üle 200 000 liikme. Liikmemaks aastas on 60 marka, noorliikmetel (15 . . .29-aastased) 30 marka. Riigis on 15 ringkonnaorganisatsiooni, mis ühendavad 650 Punase Risti kohalikku osakonda. Igapäevast tegevust juhib keskkomitee eesotsas peasekretär hr. Marku Niskalaga.

Soome Punase Risti üks tähtsamaid ülesandeid on tagada vere ja verepreparaatide vajadus. Soomes on 32 verekeskust, neis töötab üle 600 inimese ja aastas kogutakse üle 300 000 ühiku verd (á 450 ml). Haiglad maksavad vere ja selle komponentide ning preparaatide eest. Verd võetakse 60%-l juhtudest osakondades ning 40%-l väljasõitudel kohapeale. Doonoritel materiaalseid soodustusi ei ole. Soome on vere ja selle preparaatidega täielikult kindlustatud.

Iseseisva osakonnana kuulub Soome Punase Risti juurde proteesitööstus, seal tehakse 40% vajaminevatest proteesidest. Põhiliselt toodetakse üla- ja alajäsemete proteese. Valmistatakse ka ortopeedilisi jalanõusid, parandatakse proteese ja imporditakse invaliidikärusid. Soomes on kaheksa proteesitööstuse osakonda. Alajäsemeprotees maksab umbes 10 000 marka, invaliidikäru 7000 kuni 35000 marka.

Esmaabivõtteid ja ohutustehnikat õpetatakse tasulistel kursustel 20 eriprogrammi järgi, neist võtab osa ligikaudu 80 000 inimest.

Soome Punane Rist koordineerib otsimistalituste ja vetelpäästetalituste tegevust ning korraldab meditsiinilis-sotsiaalset abi.

Punase Risti noorliikmeid kasvatatakse humaansuse, sõpruse ja koostöö vaimus. Nad õpivad esmaabi andmist, sotsiaaltegevust, võtavad osa sõpruslaagritest, seminaridest. Soome Punane Rist tegeleb ka põgenike ja migrantidega. Kord aastas toimub Punase Risti nädal, mil kogutakse raha Aafrika nälgivate elanike abistamiseks (näljapäev).

Tähelepanuväärne on Soome Punase Risti tegevus ülemaailmses mastaabis. Üle 100 Punase Risti esindaja töötab arengumaades nii meditsiini- kui ka sotsiaalabi andmise alal. Soome kulutab selleks 4,5 miljonit marka aastas. Soome Punane Rist annab aastas Rahvusvahelisele Pu-

nase Risti Komiteele 20 miljonit ja Rahvusvahelisele Punase Risti Liigale 1,5 miljonit marka.

Kogu Soome Punase Risti rahaline käive on 400 miljonit marka, sellest 60% eraldab riik. Ülejäänud vahendid saadakse liikmemaksudest, annetustest, pärandustest, äritegevusest, tasulistest kursustest, loteriidest, jõulukaartide müügist, suveniiridest ja muust.

Kokkuleppel Soome Punase Risti juhtkonnaga on meil võimalus saata käesoleval aastal viis noort Soome rahvusvahelistest laagritest osa võtma. Kaks meedikut lähevad kursustele, kus õpetatakse Punase Risti töö, samuti kursuste korraldamist. Leiti, et on võimalik sõlmida sidemeid Eesti ja Soome maakondade Punase Risti organisatsioonide vahel töökogemuste vahetamiseks. Soome Punane Rist lubas meile saata edaspidi oma ajakirja.

Ursel Vagur

Rootsi Punase Risti kutsel viibisid 26. märtsist 2. aprillini Rootsis kuus Eesti Punase Risti Seltsi esindajat: U. Vagur, O. Tamm, A. Saksing, M. Martinson, S. Lindström ja R. Kolle. Kuus külalist oli Lätist ning kuus Leedust.

Rootslased olid kavandanud huvitava ürituse. Nagu hiljem selgus, ei olnud me ainult vaesed külalised rikkas Rootsis, vaid meil oli ka oma roll Punase Risti tegevuse reklaamimisel. Miks meid muidu kõikjal pildistati ja intervjueeriti! Meid saadeti kolmekaupa mööda Rootsi laiali, igast Balti riigist üks. Mina sattusin Kalmari, s.o. lõunasse, kus lilled juba õitsesid, O. Tamm aga lendas Põhja-Rootsi, seal oli lumi ja külmakraadid.

Käisime kahes maakoolis, Liibanoni põgenike laagris ning mujal. Liibanoni põgenikke olevat Rootsis üle 5000. Laagris, mida külastasime, oli mehi, naisi ja lapsi kokku üle 60. Tööd nad ei teinud, nad on oodanud elamisluba juba üle kolme kuu. Tõenäoliselt saavad nad peagi elamisloa ja korteri ning hakkavad siis keelt ja tööd õppima.

Minu jaoks oli väga huvitav tutvuda verepangaga Kalmari linna haiglas. Huvitav oli, et Rootsi Punane Rist ei tegele üldse doonorlusega, doonoreid värbavad haiglate arstid. Ei märganud erilist agitatsiooni doonorluses, tasu ühe koguse (450 ml) vere eest on rohkem sümboolne — 40 krooni. Täiesti tasuta doonorlust ei propageerita, aga eks vereandmine sümboolse tasu eest ongi ju tasuta asi.

Kolm viimast päeva olime Stockholmis, kus tutvusime Rootsi Punase Risti Keskkomitee tööga. Saime andmeid kogu Rootsi Punase Risti kohta. Keskaparaadil on esinduslik hoone. Palgal on 150 inimest, kulud kaetakse liikmemaksudest. Rootsis on 400 000 Punase Risti liiget, liikmemaks 75 krooni aastas. Aktiviste on Rootsis 30 000. Punase Risti aastakäive on aga 1,2 miljardit krooni. Suur osa sellest rahast tuleb riigilt, aktsiatest, annetustest, pangaprotsentidest. Meie oludega paralleeli tõmmates tuleks öelda, et tuleme üsna hästi toime raha kulutamisega, seda teenima aga peame õppima.

Üldjoontes jaguneb keskaparaat kaheks: rahvuslik ja rahvusvaheline osakond. 25 inimest töötleb infot. Rahvuslikus osakonnas on sotsiaalosakond, esmaabi õpetamise, pedagoogika (õpetatakse seminaride korraldamist), põgenike osakond ja sideosakond. Viimane on kindlasti vajalik, sest Rootsis on 24 suurt piirkonda, milles on 2200 algorganisatsiooni.

Töötatakse järgmiste põhiliste programmide alal: AIDS, inimõigused, sõjaline kaitse, abistamine katastroofide puhul.

Vajaduse korral käivitatakse mingi spetsiaalne programm, milleks raha saadakse ka riigilt. Raha saamisega olevat aga viimasel ajal raskusi, sest arengumaade abistamine maksab palju. Möödunud aastal oli välisabi 220 miljonit krooni, millest 75% saadi riigilt. Missugust riiki Rootsi konkreetselt peaks abistama, otsustab Genfis asuv Rahvusvaheline Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltside Liiga.

Rootsi on valmis lahkesti vastu võtma Baltikumi põgenikke. Rootsi Punase Risti abi meile piirduks praegu põhiliselt õpetuse ja kogemuste andmisega, raha olevat neil vähe.

Raivo Kolle

Tervishoiutöötajate ametiühingus

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul 5. detsembril 1989 oli päevakorras töö keelamine Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla hoonetes Lina t. 6 ja 8 ning Nõukogude t. 85, Tartu Stomatoloogia Polikliinikus ja Tartu Lastepolikliinikus. Põhjuseks majade väga suur amortiseerumine ning varisemisoht, mis ähvardab otseselt sealsete töötajate ning haigete elu ja tervist. Presiidiumi otsuse põhjal peeti lubamatuks neis hoonetes töötada pärast järgmisi kehtestatud tähtaegu: Tartu Kliiniline Nakkushaigla 1995. aasta, Tartu Stomatoloogia Polikliinik 1992. aasta, Tartu Lastepolikliinik 1995. aasta.

XIX Tervishoiutöötajate Ametiühingu vabariiklik konverents oli 12. detsembril 1989 Tallinnas. Põhiettekanne tervishoiutöötajate ametiühingu tegevusest isemajandavas Eestis oli komitee esimehelt T. Hendriksonilt. Välja on töötatud Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingu uus põhikiri ning tegevuskava projekt, mis ka konverentsil kinnitati. Otsustati pikendada Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee revisjonikomisjoni ja presiidiumi volituste aega endiste finantsalustega kuni Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariikliku Liidu asutamiseni.

Mall Kuusma

Eesti NSV Ülemnõukogu kaheteistkümnenda koosseisu saadikuiks on valitud järgmised Eesti meedikud: Võru Maakonna Keskhaigla arst **Hillar Kalda**, Sillamäe Keskmeditsiini 17. Sanitaarüksuse juhataja **Anatoli Novohhatski** ning Paide Rajooni Keskhaigla kirurgiaosakonna juhataja **Uno Ugandi.**

«...kuna muusika on meie meeleolude ja tundmuste valitseja, siis on meil õigus temalt oodata, et arsti korraldusel ta võib ja peab looma vajaliku meeleolu seal, kus on vaja vähendada üleliigset erutuvust, teistel juhtudel viima haige kurbusest heasse tujusse, kolmandal juhul aga mõjutab ta vereringet ja hingamist, vähendab kurnavat väsimust ja annab füüsilise erksuse liikmetele».

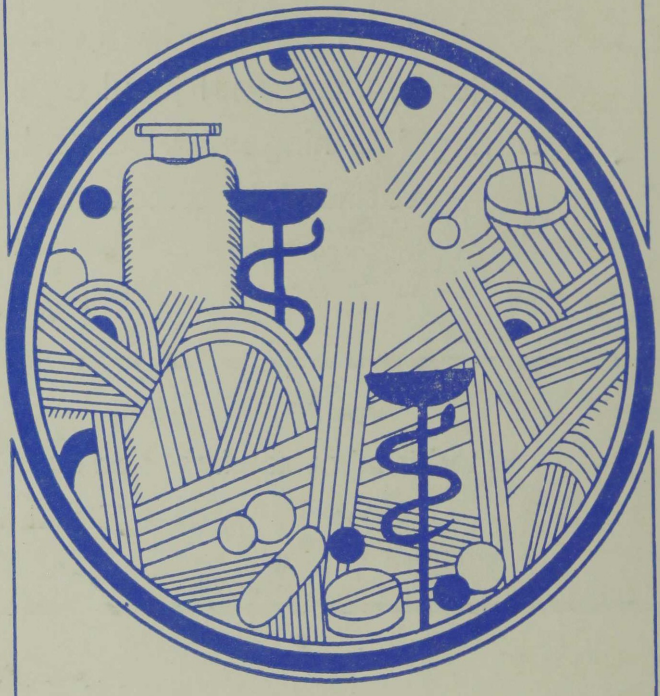
V. Behterev

Meditsiiniraamatukogus on muusikaravi kohta järgmised raamatud:

Alvin, J. Musiktherapie. München, 1983. 159 S.
Brückner, J. Ect. Musiktherapie für Kinder. Berlin, 1982. 271 S.
Göllmitz, G., Schultz-Wulf, G. Rhythmisch-psychomotorische Musiktherapie. Jena, 1973. 112 S.
Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Stuttgart, 1982. 312 S.
Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Jena, 1975. 282 S.
Music in therapy. New York — London, 1968. 489 p.
Musik in der Medizin. Berlin, 1987. 427 S.
Musiktherapie. Theorie und Methodik. Jena, 1971. 178 S.
Musik und Entspannung. Stuttgart, 1977. 112 S.
Musik und Vegetativum. Basel, 1973. 32 S.
Priestley, M. Musiktherapeutische Erfahrungen. Stuttgart, 1982. 215 S.
Rund, E. Vad är musiktherapi? Stockholm, 1982. 155 S.
Schwabe, Ch. Entspannungstraining mit Musik. Leipzig, 1987. 71 S.
Schwabe, Ch. Methodik der Musiktherapie und deren theoretische Grundlagen. Leipzig, 1978. 248 S.
Schwabe, Ch. Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen. Jena, 1972. 216 S.
Schwabe, Ch. Regulative Musiktherapie. Jena, 1979. 271 S.
Willms, H. Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. Stuttgart, 1975. 103 S.

1.-m

65-36



CORDARONE

Kordaroon on mõjus kroonilise koronaar-puudulikkuse ja arütmia ravim.
Preparaat parandab koronaarvereringet ja südamelihase hapnikuga varustatust.
Kordaroon vähendab stenokardiahaigete nitroglütseriinivajadust.
Pakendis on 60 tabletti á 0,2 g või 5 ampulli á 3 ml 5%-list lahust.
Ravimit toodetakse Jugoslaavias.