

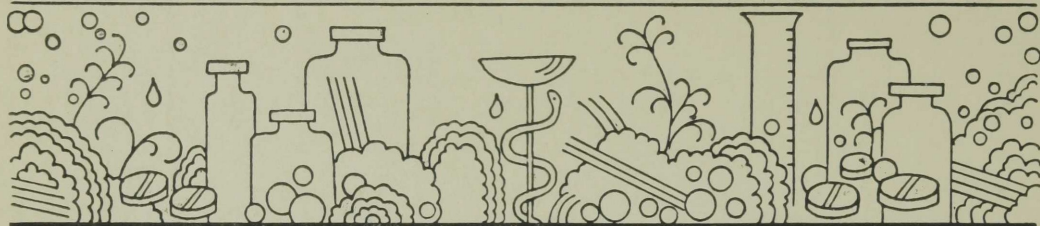
EESTI ARST



6

1991

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



METROGIL

Metrogiil on veeni manustatav 0,5% -line metronidasoolilahus. Terapeutiline kontsentratsioon veres saavutatakse 20 minutise infusiooniga. Metronidasool läbib hematoentsefaalbarjääri ja tungib suures kontsentratsioonis kehavedelikesse.

Metronidasooli ei kasutata mitte ainult trihho-
monoosi, amöbiaasi, lamblioosi, vaid ka paljude
anaeroobsete infektsioonide raviks.

Täiskasvanutele ja üle 12 aasta vanustele lastele manustatakse 500 mg metronidasooli (100 ml lahust) iga 8 tunni järel. Infusiooni kiirus on 5 ml minutis. Alla 12-aastaste laste annus on 7,5 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta. Manustamise sagedus ja kiirus on samasugused. Enne manustamist tuleb metrogiili soojendada 37 °C-ni. Muude lahustega ei tohi metrogiili segada.

Originaalpakend, milles on 100 ml metrogiili, maksab 87 kopikat.

Ravimit toodetakse Indias.

6 EESTI ARST

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1991

Asutatud 1922. aastal

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

E. Hint, T. Aareleid, M. Tekkel — Rinna-
vähi sekundaarse profülaktika efektiivsus
Eestis 403

M. Uusküla, E. Altraja — Müokardiinfarkt
alla kuuekümnepäevaste naistel 407

T. Juhansoo, T. Soo — Müokardidüstroofia
esinemissagedus, sümptoomid ja ravi
tulemused ägedate hingamiseldundite hai-
guste korral 409

T. Annus — Laste tuberkuloosi epide-
mioloogiat Eestis aastail 1981...1990 412

V. Leiba — Perkutaanse neerubiopsia
kasutuselevõtmine Eestis 415

I. Veldre, S. Karlova, R. Rannamäe —
Nitraadid põhjavees 416

ÜLEVAATED

R. Zupping — Krooniline valu 420

J. Saarma — Kaks enesetundeskaalat dep-
ressiivsete elamuste hindamiseks 426

TERVISHOIUTOO KORRALDUS

A. Volmer — Eesti tervisetabe hetkeseis
ja võimalikud arengusuunad 429

Eesti Vabariigis 1991. aasta III kvartalis
registreeritud nakkushaigused (vorm 85)
431

Eesti Vabariigi tervishoidu iseloomustavad
näitajad aastail 1989...1991 (jaanuar—
veebruar) 432

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KA- SUUSTIKA

E. Lond, M. Jürgenson — Ultrasono-
graafia kasutamise kogemusi gastroentero-
loogiaosakonna haigete uurimisel 433

MÖTTEVAHETUS

S. Jöks — Viroloogia õpetamine arsti-
teaduskonnas 436

EESTI ARSTIDE LIIDUS

Eesti Arstide Liidu üldkogu koosolek 438

ARSTITEADUSE AJALUGU

K. Kutsar — J. V. Jannseni tervishoiu-
alased nõuanded rahvale ajalehes «Perno
Postimees» aastail 1857...1863 439

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

J. Kaik — Euroopa südame rütmihäirete
elekterstimulatsioonravi- ja elektrofüsioloogia-
laane kongress 441

I. Kalits, M. Gus — XIV Rahvusvahelise
Diabeediföderatsiooni kongress 442

T. Juhansoo — Skandinaaviamaade pe-
diaatrite kardioloogide seltsi iga-aastane
konverents 443

H. Vahter — IX üleliiduline dermatovene-
roloogide kongress 444

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uus meditsiinidoktor 445

MITMESUGUST

H. Kangro — Perekonnaterraapia 446

INTERVJUU

A. Ellamaa — Eesti tervishoiu eesmärk —
tervis olgu auasi ja haige olla kahjulik 449

MEIE JUUBILARE 452

Valve Loolaid, Elle Elberg, Helgi Silm

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

L. Nurmand, M. Otter — Farmakoloogia-
alaseid põhimõisteid II 453

I. Laan — Arstide erialad ja ametiko-
had 458

JURIIDILIST NÕUANNET

M. Pella — Pensioniseadus 460

IN MEMORIAM 461

Mihhail Gus, Jevgeni Brašinski

TARTU ÜLIKOO LIS 462

KROONIKA 464

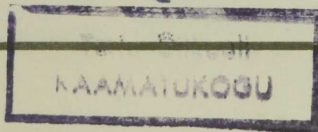
Eesti teadlaste publikatsioone välismaal
465

1991. aasta aineregister 466

Autoriregister 470

1991. aasta koondsisukord 472

2



210904

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 esitatakse see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatakse 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, töökohta ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnanais, laste arv) lisatakse käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8...12 rida) või lisatagu tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus.** Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse 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.

© Kirjastus «Perioodika».
«Eesti Arst», 1991

«Eesti Arst»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 24 rbl., poolaastaks 12 rbl. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja elukohajärgsed sidekontorid.

Välismaale saab ajakirja «Eesti Arst» tellida «Ajakirjanduslevi» kaudu, kusjuures «Ajakirjanduslevi» lisab kataloogihinnale saatekulud.

Toimetuskolleegium

Lembit Allikmets, Jaan Eha, Andres Ellamaa, Ants Haavel, Vello Ilmoja, Ain-Elmar Kaasik, Leo Tamm, Oku Tamm (peatoimetaja), Rando Truve.

Korrektor ja tehniline toimetaja M. Liivak. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19. Piiskopi 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika». Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 21. 10. 1991. Trükkimisele antud 6. 12. 1991. Trükiarv 3000. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 9,6. Tell. nr. 4400. Tallinna Ajakirjandustrükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a. Журнал «Ээсти Арст» (Врач Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языке. Орган Министерства здравоохранения Эстонии и Союза врачей Эстонии. Издательство «Периодика», Tallinn. Тираж 3000. Печ. лист 5,0. Усл.-печ. лист 6,5. Уч.-изд. лист 9,6. Заказ № 4400. Tallinnская газетно-журнальная типография. Tallinn, Пярну маантеэ, 67-а.

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.

TEOORIA JA PRAKTIKA

UDK 618.19-006.6:616-084(474.2)

Rinnavähi sekundaarse profülaktika efektiivsus Eestis

Evi Hint Tiiu Aareleid Mare Tekkel
Tallinn

rinnavähk, sekundaarne profülaktika, varajane avastamine, viie aasta elulemus, vähiregister

Onkoloogias eristatakse kaht profülaktikameetodit — primaarset ja sekundaarset. Nende eripära on selgitanud Kanada teadlane A. B. Miller (4). Esimesel juhul rakendatakse meetmeid, mille abil püütakse ära hoida pahaloomulistes kasvajatesses haigestumist (näiteks suitsetamisest hoidumise soovitusel ja õhupuhasdusvahendid taotlevad kopsuvähki haigestumise vähenemist). Vähktove primaarse profülaktika tulemus võib avalduda 40...60 aasta vältel. Sekundaarne profülaktika seisneb healoomuliste haigusprotsesside, eeskätt vähieelsete seisundite ja vähi varajases avastamises ning õigeaegses ravis. Kuigi teoreetiliselt võiks rinnavähki haigestumist vähendada mitme riskiteguri teadliku vältimisega, peetakse otstarbekaks sekundaarset meetodit, mille soodne tulemus (näiteks haigete elulemuse paranemine) võib realiseeruda 10 aasta vältel. Rinnavähi sekundaarse profülaktika eesmärgil korraldatakse välismaal mammograafilisi sõeluuringuid, mis võimaldavad rinnavähki avastada ka prekliinilises arengustaadiumis. Algstaadiumis avastatud rinnavähi ravi tulemused on head. Näiteks on suhteline

viie aasta elulemuskordaja I kliinilises staadiumis diagnoositud haigusjuhtudel Eesti Vähiregistri põhjal üle 90% (8). Ent prekliinilises staadiumis rinnavähk ei ole patomorfoloogiliselt alati algstaadiumis, vaid see võib olla juba metastaseerunud protsess. Mammograafilise uuringu laialdast rakendamist Eestis takistavad mitmed tegurid. Esiteks on mammograafia kulukas, teiseks läheb selle tegemiseks tarvis kvaliteetset aparatuuri ja filme. Isegi välismaal ei hinnata tulemust alati positiivseks (6). Tuleb arvestada mammograafia vähest diagnostilist väärtust 40...49-aastaste naiste vanuserühmas (7, 14).

Arvestades Eesti reaalselt olukorda, oleme välja töötanud rinnavähi sekundaarse profülaktika süsteimi (2, 3, 5), mille kompleksi kuuluvad laialdane riskitegurite ja enesevaatluse tutvustamine ning regulaarne mammoloogi konsultatsioonil käimine. Põhiline uurimismeetod on kliiniline (vaatlus ja palpatsioon), vähikahtluse korral tehakse täpsustavaid uuringuid (mammograafia, punktsioonbiopsia). Vastu võetakse kõik soovijad ilma saatekirjata. Kordusvaatlus on iga kuue kuu järel, ravi korral varem. Selle profülaktikaürituse tulemusi analüüsime käesolevas töös rinnavähi varajase avastamise ja haigete viie aasta elulemuse alusel.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Aastail 1978...1987 diagnoositi Eestis esmast rinnavähki 3733 haigel (Eesti Vähiregistri andmestiku põhjal), neist 534 haiget oli käinud konsultatiivsel mammoloogi vastuvõtul (see moodustas uurimiserühma), 3199 muudes meditsiinasutustes. Võrdlevalt analüüsiti rinnavähistaadiumi jaotust ja haigete viie aasta elulemust. Elulemuse analüüsimisel kasutati aktuaariaalset ehk elutabelimeetodit. Uurimiserühmas arvutati viie aasta korrigeeritud elulemuskordajad (11), Eesti Vähiregistri andmeil aga suhtelise elulemuse kordajad. Tulemused on omavahel võrreldavad, sest mõlemal juhul võetakse aluseks üksnes rinnavähist tingitud surmajuhud. Jälgimise piirae oli 31. detsember 1987. Tulemusi võrreldi ka erinevate ajavahemike kohta: 1978...1982 ja 1983...1987 ning uurimiserühmas olenevalt ajavahemikust haige esmase pöördumise ja rinnavähi diagnoosi kinnitumise vahel. Sagedusnäitajate erinevuse statistilisel hindamisel kasutati kriteeriumi χ^2 ühe vabadusastmega, elulemuskordajate korral olid aluseks 95%-lised usalduspiirid.

Tabel 1. Rinnavähi avastamine Eestis ajavahemikul 1978...1987 Eesti Vähiregistri andmestiku põhjal

| Esmane haige pöördumiskoht | Haigusstaadium ja haigete arv | | | | | | | | | | Kokku | |
|---|-------------------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|-----------------------|---------------|
| | I | | II | | III | | IV | | teadmata | | abso- luut- arv | prot- sent |
| | abso- luut- arv | prot- sent | abso- luut- arv | prot- sent | abso- luut- arv | prot- sent | abso- luut- arv | prot- sent | abso- luut- arv | prot- sent | | |
| Konsultatiivne mammoloogi vastuvõtt (uurimisrühm) | 113 | 21,2 | 292 | 54,7 | 107 | 20,0 | 22 | 4,1 | — | — | 534 | 100,0 |
| Muud meditsiinasutused | 497 | 15,5 | 1424 | 44,6 | 772 | 24,1 | 499 | 15,6 | 7 | 0,2 | 3199 | 100,0 |
| Kokku | 610 | 16,3 | 1716 | 46,0 | 879 | 23,5 | 521 | 14,0 | 7 | 0,2 | 3733 | 100,0 |

Tabel 2. Rinnavähi staadiumide jaotumus olenevalt haige esimesest pöördumiskohast ja diagnoosimise aastast

| Staadium | Diagnoosimise aastad | | | | | 1983...1987 | | | | |
|--------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------|--------------|-----------------------|
| | 1978...1982 | | | | | 1983...1987 | | | | |
| | Konsultatiiv- ne mammo- loogi vastu- võtt | Muud medit- siiniasutu- sed | Erinevuse statistiline hinnang | | Konsultatiiv- ne mammo- loogi vastu- võtt | Muud medit- siiniasutu- sed | Erinevuse statistiline hinnang | | | |
| | hai- gete arv | prot- sent | hai- gete arv | prot- sent | hai- gete arv | prot- sent | hai- gete arv | prot- sent | | |
| I | 34 | 16,7 | 224 | 14,6 | $\chi^2=0,7; P>0,05$ | 79 | 23,9 | 273 | 16,4 | $\chi^2=10,5; P<0,05$ |
| II | 122 | 60,2 | 720 | 46,8 | $\chi^2=12,6; P<0,05$ | 170 | 51,4 | 704 | 42,4 | $\chi^2=9,1; P<0,05$ |
| III | 37 | 18,2 | 329 | 21,4 | $\chi^2=1,1; P>0,05$ | 70 | 21,1 | 443 | 26,7 | $\chi^2=4,4; P<0,05$ |
| IV | 10 | 4,9 | 261 | 17,0 | $\chi^2=19,8; P<0,05$ | 12 | 3,6 | 238 | 14,3 | $\chi^2=28,2; P<0,05$ |
| Teadmata | | | 3 | 0,2 | | | | 4 | 0,2 | |
| Kokku | 203 | 100,0 | 1537 | 100,0 | | 331 | 100,0 | 1662 | 100,0 | |

Tabel 3. Rinnavähihaigete viie aasta elulemuse võrdlus olenevalt diagnoosimise aastatest

| Diagnoosimise aasta | Uurimisrühm (konsultatiivne mammoloogi vastuvõtt) | | Eesti Vähiregister | |
|--------------------------------|---|---|--------------------|---|
| | haige- te arv | viie aasta korrigeeritud elulemus protsent ja usalduspiirid (95%) | haige- te arv | viie aasta suhteline elulemus protsent ja usalduspiirid (95%) |
| 1978...1982 | 203 | 69,6 (63,0...76,2) | 1740 | 58,8 (56,2...61,4) |
| 1983...1987 | 331 | 82,1 (77,9...86,3) | 1993 | 61,1 (56,4...65,8) |
| Erinevuse statistiline hinnang | | $P<<0,05$ | | $P>0,05$ |

Tabel 4. Rinnavähi staadiumide jaotumus uurimisrühmas olenevalt diagnoosimise ajast

| Stadium | Ajavahemik esimesest vaatlusest diagnoosimiseni | | | | Erinevuse statistiline hinnang |
|---------|---|----------|-------------------|----------|--------------------------------|
| | kuni 6 kuud | | 6 kuud või rohkem | | |
| | haigete arv | protsent | haigete arv | protsent | |
| I | 72 | 18,9 | 41 | 26,6 | $\chi^2=3,9; P<0,05$ |
| II | 207 | 54,5 | 85 | 55,2 | $\chi^2=0,02; P>0,05$ |
| III | 87 | 22,9 | 20 | 13,0 | $\chi^2=6,7; P<0,05$ |
| IV | 14 | 3,7 | 8 | 5,2 | $\chi^2=0,6; P>0,05$ |
| Kokku | 380 | 100,0 | 154 | 100,0 | |

Uurimistulemused ja arutelu. Tabelis 1 on esitatud andmed kogu uurimismaterjali kohta olenevalt esmasest haige pöördumiskohast ja rinnavähi staadiumist. Ilmnes, et rinnavähki diagnoositi I ja II staadiumis tunduvalt sagedamini mammoloogi konsultatiivse vastuvõtu rühmas võrreldes nende naisedega, kes pöördusid muudesse meditsiiniautustesse (21,2% ja vastavalt 15,5%; $\chi^2 = 10,6, P<0,05$ ning 54,7% ja 44,6% $\chi^2 = 19,0, P<0,05$). III ja IV staadiumis diagnoositi rinnavähki uurimisrühmas vähem ($P<0,05$). Andmete analüüs olenevalt diagnoosimisaastast näitab (vt. tabel 2), et seaduspärasus on ilmsem hilisemal uurimisperiodil (1983...1987), nähtavasti seoses uude profülaktikaürituse populaarsemaks muutmise. Sellel ajavahemikul diagnoositud rinnavähi korral oli haigete viie aasta korrigeeritud elulemus (vt. tabel 3) oluliselt suurem (82,1%) võrreldes elulemusega haigetel, kellel rinnavähki diagnoositi eelneval (1978...1982) perioodil (69,6%; $P<0,05$). Võrreldavate perioodide kohta Eesti Vähiregistri andmetiku alusel tehtud analüüs tõendas suhtelise elulemuse paranemistendentsi Eestis (58,8%-lt 61,1%-ni; $P>0,05$). Eesti Vähiregistri andmeil on suhteline viie aasta elulemus pidevalt suurenenud: 54,7% (52,1...57,2) 1968...1974. aastani ja 59,7% (57,5...61,9) 1978...1987. aastani ($P<0,05$) (1). Võrreldes Soome andmetega on Eestis rinnavähahaigete elulemus väiksem, mis osaliselt on põhjustatud hilisjuhtude

Tabel 5. Rinnavähi viie aasta korrigeeritud elulemus uurimisrühmas olenevalt diagnoosimise ajast

| Ajavahemik esimesest vaatlusest diagnoosi kinnitumiseni | Haigete arv | Viie aasta korrigeeritud elulemus protsent ja usalduspiirid (95%) |
|---|-------------|---|
| Alla 6 kuu | 380 | 74,3 (69,7...78,9) |
| 6 kuud või rohkem | 154 | 84,9 (79,1...90,7) |
| Erinevuse statistiline hinnang | $P<0,05$ | |

suurest sagedusest 65-aastaste ja vanemate, eriti maanaiste hulgas. Profülaktikameetmeid peaks rakendama ka selles tavaliselt mittetöötavas elanikerühmas (9). Tabelis 4 on analüüsitud rinnavähijuhtude staadiumijaotust uurimisrühmas olenevalt ajavahemikust esimese vaatluse ja diagnoosi kinnitumise vahel. Kui esimesest vaatlusest konsultatiivsel mammoloogi vastuvõtul oli möödunud kuus kuud või rohkem, siis diagnoositi rinnavähki I staadiumis sagedamini (26,6%) ja III staadiumis harvem (13,0%) võrreldes vastavate andmetega juhul, kui diagnoos selgus kohe või kuue kuu jooksul (18,9% ja vastavalt 22,9%; $P<0,05$). Oluline erinevus viitab dispansseerimise headele tulemustele ja kinnitab korduvaatluse vajalikkust vähemalt iga kuue kuu järel. Ka rinnavähi viie aasta korrigeeritud elulemus (vt. tabel 5) oli selles võrdlusrühmas suurem (84,9% ja vastavalt 74,3%; $P<0,05$). Kõige rohkem oli I staadiumi rinnavähki aastail

1983...1987 diagnoositud haigete hulgas juhul, kui esimesest vaatlusest diagnoosi kinnitumiseni oli möödunud kuus kuud või rohkem (30,6%). Võrreldes kõigi ülejäänud samal ajavahemikul diagnoositud rinnavähijuhudega (Eesti Vähiregistri andmetel), oli varajase avastamise tulemus tunduvalt väiksem (16,2%, $\chi^2 = 13,6$; $P < 0,05$). Ka kirjanduse andmed viitavad I staadiumi rinnavähi väikesele osatähtsusele: Tomskis — 10,7% (seejuures ei ole arvestatud IV staadiumi vähi juhte) (10), Lätis — 12,7% (13), NSV Liidus — 15% (9199 hospitaliseeritud rinnavähihaige kohta) (12). Eesti Vähiregistri andmetel on see kogu Eesti rahvastiku kohta 17,7% (1983...1987) (1).

Järeldused.

1. Uuritud meetodika võimaldab tõhustada rinnavähi sekundaarset profülaktikat, seetõttu on soovitatav süsteemi laiendamiselt rakendada.

2. Varajast rinnavähi avastamist soodustab regulaarne kordusvaatlus.

3. Vähiregistri andmestik võimaldab sekundaarse profülaktika tulemusi objektiivselt hinnata.

KIRJANDUS: 1. Aareleid, T., Rahu, M. Eesti Arst, 1990, 3, 189—193. — 2. Hint, E. Rinnavähi varajases avastamisest. (Riskitegurid, enesevaatlus ja mammoloogiline söeluuring). Metoodilised soovitused, Tallinn, 1987. — 3. Hint, E., Viirmaa, A. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1988, 1, 3—7. — 4. Miller, A. B. Вopp. онкол., 1988, 34, 2, 131—140. — 5. Purde, M., Hint, E., Vanaselja, T. Rinnavähi avastamise ja arvelevõtmise parandamisest Eesti NSV-s. Tallinn, 1984. — 6. Skrabanek, P. Lancet, 1985, 10, 316—319. — 7. Tábar, L., Faberberg, G., Day, N. E. a. o. Br. J. Cancer, 1987, 55, 547—551.

8. Аарелейд Т. Выживаемость больных раком желудка, легкого, молочной железы и шейки матки в Эстонской ССР (по данным Эстонского регистра рака, 1968—1981). Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1988. — 9. Аарелейд Т., Карьялайнен С., Хакулинен Т., Пуккала Э., Раху М., Теккел М. In: Cancer in the USSR and Finland. Collection of Scientific Works. Л., 1989, 94—104. — 10. Адамян А. Т. В кн.: Актуальные проблемы современной онкологии. Томск, 1987, 124—127. — 11. Березкин Д. П., Семизлазов В. Ф., Екимов В. И. и др. Расчет показателей выживаемости при раке молочной железы. (Методические рекомендации). Л., 1982. — 12. Березкин Д. П., Семизлазов В. Ф., Филатов В. Н. и др. Вopp. онкол., 1986, 9, 17—27. — 13. Брамберга В. М., Розенбаха В. П.,

Викманис У. Э. и др. В кн.: Профилактика, ранняя диагностика и лечение злокачественных новообразований. Рига, 1985, ч. II, 130—131. — 14. Теккел М. Ю. Мед. радиол., 1991, 1, 44—46.

Summary

Evaluation of measures for secondary prevention of breast cancer. By means of complex measures for secondary prevention of breast cancer (including introduction of risk factors, instructions on breast selfexamination and organization of regular consultative receptions by mammologist) 534 patients with breast cancer have been revealed. Out of that number 203 cases were diagnosed in 1978...1982 and 331 in 1983...1987. Comparative data of early detection indicated significant increase in stage I carcinoma of the breast from 16.7% to 23.9% ($P < 0.05$), and in 5-year corrigated survival rates from 69.6% to 82.1% ($P < 0.05$). The results obtained, were better as compared to the analogical indices in the other 3199 cases of breast cancer (the Estonian Cancer Registry) which were diagnosed in the same period of observation ($P < 0.05$). A large-scale installation of the above system is recommended.

Резюме

Оценка мероприятий вторичной профилактики рака молочной железы в Эстонии. В результате организации комплекса мероприятий вторичной профилактики рака молочной железы, включающих ознакомление населения с факторами риска, самообследование и проведение регулярных консультативных приемов маммолога, было выявлено 534 больных раком молочной железы, из которых 203 больных были диагностированы в 1978...1982 гг. и 331 — в 1983...1987 гг. Сравнительные данные ранней выявляемости свидетельствовали о существенном увеличении доли I стадии заболевания — с 16,7% до 23,9% ($P < 0,05$), а также об улучшении результатов 5-летней скорректированной выживаемости — с 69,6% до 82,1% ($P < 0,05$). Полученные показатели в группе исследования оказались более выраженными по сравнению с результатами анализа соответствующих данных 3199 случаев рака молочной железы, диагностированных в Эстонии (данные Эстонского регистра рака) в указанных периодах наблюдения ($P < 0,05$). Поэтому разработанная система рекомендуется для широкого внедрения.

Ekspimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Аutorid tänavad naistenõuandlate ja polikliinikute arste, eriti aga Eesti Onkoloogiakeskuse ja Tartu Linna Onkoloogiadispanseri mammolooge, röntgenolooge ja tsütolooge, kes rinnavähi sekundaarse profülaktika korraldamisele kaasa aitasid.

Müokardiinfarkt alla kuuekümneaastastel naistel

Maido Uusküla Eini Altraja · Tartu

müokardiinfarkt, riskifaktorid, koronarograafia, naised

Südame isheemiatõve, sealjuures ägeda transmuraalse müokardiinfarkti esinemissagedus naistel on kaks kuni kolm korda, noores eas isegi kuni kümme korda väiksem kui samaealistel meestel (9). Pikaajalise uurimise põhjal aga on selgunud, et 35...44-aastaste naiste suremus südame isheemiatõve tagajärjel on kuni kolm korda suurem kui samaealistel meestel (7). Eespool öeldu ajendaski uurima infarkti esinemist ja kliinilist kulgu naistel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Aastatel 1981...1990 viibis Tartu Kliinilise Haigla infarkti-osakonnas ravil 124 naist, mis moodustab sel ajavahemikul hospitaliseeritud kõikidest alla 60-aastastest ägedat transmuraalset müokardiinfarkti põdejaist 11,7%. 30...49 aasta vanuseid naisi oli 23, neist 7 alla 35 eluaasta ning 87% fertiilses eas. Vanuses 50...59 aastat oli 101 naist, neist 96% menopausijärgses eas.

Uurimistulemused ja arutelu. Tabelis 1 on toodud põhilised riskitegurid ja mõned kliinilise kulu näitajad uuritavate kohta.

Südame isheemiatõppe haigestumise riskitegurid on meestel ja naistel üldjoontes ühed ja samad. Meie uurimusest torkab silma suitsetajate suur arv mõlemas vanuserühmas. See on ligilähedane ka kirjanduse andmetega, mille põhjal on leitud, et suitsetajatest infarktihaigete noorte naiste suhtarv ligineb 100%-le (3). Sarnaselt kirjanduse andmetega selgus ka antud uurimuse põhjal, et nii kolesteroolisisalduse suurenemine, arteriaalne hüpertensioon kui ka ülekaalulisus etendavad tähtsat osa isheemiatõve tekkes menopausijärgses eas naistel. Suhkurtõbe põdevatel naistel on oht haigestuda ägedasse transmuraalsesse müokardiinfarkti kolm korda suurem kui

suhkurtõbe mittepõdejal. Mainitud seostatakse asjaoluga, et suhkurtõve korral esineb tavaliselt ka tunduvalt rohkem muid riskitegureid (6, 10). Meie poolt uurituil esines suhkurtõbe suhteliselt harva.

Fertiilses eas ägedasse transmuraalsesse müokardiinfarkti haigestunud naistel peetakse oluliseks riskiteguriks hormonaalsete kontratseptikumide tarvitamist. Et enamik alla 40 aasta vanuseid müokardiinfarkti põdenud naisi on neid tarvitanud (8), siis ei soovitata neid preparaate ordineerida üle 35 aasta vanustele, eriti suitsetajatele ning ka arteriaalse hüpertensiooni kaasnemise korral (4). Tartu Naistenõuandla andmeil on hormonaalsete kontratseptikumide tarvitamine meil vähe levinud: 1990. aastal kasutas neid 2,9% fertiilses eas naistest. Meie poolt jälgituist kasutas neid preparaate vaid üks alla 40-aastane naine, kuid tal oli samal ajal ka insuliinisõltuv suhkurtõbi.

Noored naised, kellel tekib müokardiinfarkt, on vahetult enne haigestumist sageli olnud vaimse ülepinge seisundis (8). Arvatakse, et naistel on stressi osa riskitegurina kaks korda sagedam kui meestel (1). Meie poolt uuritud 30...49-aastastel naistel olid vaimne ülepinge ja mitmesugused konfliktsituatsioonid kuu aega enne infarkti teket 19-l 23 haigest (üle 80%), vanemas vanuserühmas 47-l 101 haigest.

Noortel naistel algab äge transmuraalne müokardiinfarkt 60%-l juhtudest ilma eelneva stenokardia sümptoomideta (8). Seda täheldasime ka meie, kusjuures alla 40 aasta vanusest seitsmest naisest puudusid kuuel eelnevad sümptoomid täielikult. Neil kõigil algas infarkt tugeva valu ja nõrkustundega, mistõttu kiirabi kutsuti kohe. Müokardiinfarkt diagnoositi viiel naisel, ühel diagnoositi südamelihase põletikuline kahjustus, teisel südame talitlushäired. Viimati mainitud haige hospitaliseeriti hilinemisega, haiglasse saabumisel oli tal tekkinud südamevatsakeste fibrillatsioon. Olgugi et reanimatsioon oli edukas, suri naine kolmandal ravipäeval reanimatsiooni ajal tekkinud

Tabel 1. Põhilised riskitegurid ja mõned kliinilise kulu näitajad

| Riskitegur, kliinilise kulu näitaja | Vanuserühm | |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| | 30. . 49-aastased | 50. . 59-aastased |
| Haigete arv | 23 | 101 |
| Suitsetajaid | 18(78,2%) | 72(71,3%) |
| Arteriaalne hüpertensioon | 7(30,4%) | 43(42,5%) |
| Kolesteroleemia | 8(34,8%) | 65(64,3%) |
| Ülekaalulisus | 9(39,1%) | 67(66,3%) |
| Suhkurtõbi | 3(13,0%) | 17(16,7%) |
| Eelnev stenokardia | 7(30,4%) | 51(50,5%) |
| Kardiogeenne kollaps | 5(21,7%) | 18(17,8%) |
| Südamevatsakeste fibrillatsioon | 6(26,0%) | 4(3,9%) |
| Suri haiglas | 2(8,7%) | 2(1,98%) |
| Suri esimese aasta jooksul | 5(21,7%) | 8(7,9%) |

pöördumatu ahjukahjustuse tagajärjel. Vastupidi kirjanduses toodule, et äkksurma ja südamevatsakeste fibrillatsiooni esineb müokardiinfarkti korral noortel naistel harva (3, 6), esines meie poolt uuritud 30. . 49-aastastel naistel primaarset vatsakeste fibrillatsiooni haiguse ägedal perioodil kuus korda sagedamini kui 50. . 59 aasta vanustel naistel.

Müokardiinfarkti ägedal perioodil (esimese kuu jooksul) tehtud angiograafilise uuringu andmed on toodud tabelis 2.

Tabelist selgub, et meie täheldasime ulatuslikku pärgarterite kahjustust mõlema vanuserühma naistel infarkti ägedal perioodil, kusjuures vasaku pärgarteri peatüvi oli ahenenud kuni 25%. Kirjanduse andmeil on täheldatud ulatuslikke infarkte nii pärgarterite stenoosi kui ka normaalsete pärgarterite puhul naistel (2, 5, 8). Meie poolt uuritustest õnnestus angiograafia teha kahel 32-aastaselt infarktihaigel. Ühel leidsime kolme pärgarteri stenoosid, infarkti põhjustanud haru oklusiooni, ventrikulograafiliselt tipu piirkonna kahe segmenti düskineesia. Teisel haigel, kellel õnnestus rakendada esimesel tunnil pärast infarkti teket intravenooset trombolüütilist ravi, leidsime 25% ulatuses

Tabel 2. Müokardiinfarkti ägedal perioodil tehtud angiograafia andmed

| Angiograafia andmed | Vanuserühm | |
|---|-------------------|-------------------|
| | 30. . 40-aastased | 50. . 59-aastased |
| Haigete arv | 10 | 18 |
| Keskmine stenoosidega arterite arv | 3,4 | 3,6 |
| Infarkti põhjustanud arteri oklusioon | 8 juhtu | 14 juhtu |
| Üle 70%-lised stenoosid muudes arterites | 4 juhtu | 10 juhtu |
| Vasaku pärgarteri peatüve stenoos | 5 juhtu | 7 juhtu |
| Keskmine vasaku vatsakese väljutusfraksioon | 0,51 | 0,54 |

stenoosid vasaku pärgarteri peatüves ja eesmisel alanevas harus. Tõenäoliselt oli siin tegemist trombininfarkti ja eduka trombolüüsiga, kuid arvesse tuleb samaväärsena ka pärgarterite spasm.

On teada, et müokardiinfarkti prognoos ei sõltu soost, vaid põhiliselt nekroosikolde ulatusest ja vasaku südamevatsakese asünergiliste segmentide arvust, seega müokardi jõudlusest. Meie poolt uuritud naishaigete suhteliselt väike arv ei luba teha täiendavaid järeldusi prognoosi suhtes, küll aga viitab see asjaolule, et fertiilses eas naistel kulgeb haigus sageli raskelt, varitsevad suur primaarse fibrillatsiooni oht ja suhteliselt suur suremus haiglas ning esimesel aastal pärast haigestumist. Hemodünaamiliselt olulisi pärgarterite stenoose tuleb ette juba küllalt noores eas naistel.

KIRJANDUS: 1. *Burkman, R. T. J.* Obstetr. Gynecol., 1988, 158, 6, 1592—1597. — 2. *Ciraulo, D. A., Bresnahan, G. F., Frankel, P. S. a. o.* Chest, 1983, 83, 2, 196—202. — 3. *Dittrich, H. C., Gilpin, E. A., Nicod, P. H.* Cardiovasc. Rev. Rep., 1988, 9, 7, 70—76. — 4. *Gohlke-Bärwolf, Ch.* Herz, 1987, 12, 4, 263—275. — 5. *Janosik, D. L., Labovitz, A. J., Kennedy, H. L.* Am. Heart J., 1986, 112, 3, 606—609. — 6. *Kannel, W. B.* Am. Heart J., 1987, 114, 2, 413—419. — 7. *Lerner, D. J., Kannel, W. B.* Am. Heart J., 1986, 111, 2, 383—390. — 8. *Rey, J. L., Tribouilloy, Ch., Marek, A. a. o.* Arch. Mal. Coeur. Vaiss. 1985, 78, 5, 703—710. — 9.

Roncarolo, P. L., Cossa, G., Giordano, M. P. *Minerva Cardiol.*, 1989, 37, 5, 219—228. — 10. Stammberger, K., Schneider, G. *Z. gesamte inn. Med.*, 1989, 44, 6, 177—179.

UDK 616.127-002-007.13-036.8-07-08:
616.2-053.4/5

Summary

The occurrence of myocardial infarction of women under sixty. Clinical course, coronarography and prognosis were examined among 124 women under sixty with acute transmural myocardial infarctions. The severity of clinical symptoms depends largely on the extent of coronary lesion, hemodynamically significant stenosis is not rare among young women. The hospital and first year mortality rate is high among women of fertile age due to a much higher occurrence of primary ventricular fibrillation and sudden death in fertile age, compared to postmenopausal women.

Резюме

Инфаркт миокарда у женщин в возрасте до 60 лет. В статье представлены результаты исследования клинического течения, коронарографии и прогноз у 124 женщин с острым инфарктом миокарда (ОИМ) в возрасте до 60 лет. Клиническое течение ОИМ у женщин в молодом возрасте до менопаузы характеризуется острым началом. Заболевание начинается преимущественно без предшествующей стенокардии, первичная фибрилляция желудочков и внезапная смерть отмечаются чаще по сравнению с больными в возрасте после менопаузы. При коронарографии, проведенной в течение первого месяца ОИМ, нередко отмечаются гемодинамически существенные стенозы венечных артерий. По мнению авторов, вышеприведенные обстоятельства являются главной причиной более высокой летальности у женщин с ОИМ в возрасте до менопаузы по сравнению с больными после менопаузы.

*Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut
Tartu Kliiniline Haigla*

Müokardidüstroofia esinemissagedus, sümptoomid ja ravi tulemused ägedate hingamiseldundite haiguste korral

Tiina Juhansoo Tiia Soo · Tartu

ägedad hingamisteede põletikud lapseas, müokardidüstroofia, kliiniline pilt, ravi tulemused

Ägedad ülemiste hingamisteede katarrid ja bronhopulmonaalsed põletikud moodustavad peamise osa ägedatest lastehaigustest.

Tänu kompleksravile tervistub pärast ägedate hingamisteede põletike põdemist enamik lapsi. Tüsistumata kuluga kopsupõletiku korral ei ole tervena sündinud laste suurem enam probleemiks. Siiski esineb raskusi tüsistunud kuluga kopsupõletiku ning obstruktiivse sündroomi puhul bronhiidi ravis imikutel ja väikelastel. Ägeda hingamisteede põletiku korral võivad tekkida tüsistused mitmes elundis (1, 4, 5, 7, 8, 9). Sagedad tüsistused on südame ja vereringe muutused (1, 5, 6, 9).

Imikutel ja väikelastel esineb ealise iseärasusena täiskasvanutega võrreldes kopsuvereringe suurem koormatus. Iga seisund, mille puhul suureneb väikese vereringe koormus (bronhopulmonaalsüsteemi põletik, bronhide obstruktsiooni sündroom), põhjustab parema sündamevatsakese koormuse suurenemist.

Töö eesmärgiks oli uurida müokardidüstroofia esinemissagedust ja kliinilisi funktsionaalseid tunnuseid ägeda kopsupõletiku, bronhiidi ja ülemiste hingamisteede põletiku juhtudel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. 1986. ja 1987. aastal uuriti Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla ägedate respiratoorsete infektsioonide osakonnas eespool nimetatud haiguste tõttu ravil viibinud lapsi, kellel tüsistusena oli tekkinud müokardidüstroofia.

Ägeda hingamisteede põletiku tõttu viibis kahe aasta jooksul ravil 1350 last, 709 poeg- ja

641 tütarlast. Neist 62-l (4,6%) oli diagnoosiks müokardidüstroofia. 62 uuritust oli 40 tütarlast (6,2%) ja 22 poeglast (3,1%). Imikuid oli 16, neist alla kolme kuu vanuseid 9. 1..3 aasta vanuseid lapsi oli 16, 4..6 aasta vanuseid 10, 7..11 aasta vanuseid 14 ja üle 12 aasta vanuseid lapsi 6. Seega oli väikelapsi 32 ja üle kolme aasta vanuseid 30. Ägedatesse hingamisteede haigustesse haigestumine on suurem imiku- ja väikelapseas, kuid müokardidüstroofia teke selle puhul on enam iseloomulik eelkooli- ja kooliealistel lastel.

Uurimistulemused ja arutelu. Uuritava kontingendi analüüsi alusel selgus, et müokardidüstroofiat esines tütarlastel tunduvalt sagedamini. Kopsupõletiku pödes 20, bronhiiti 14 last, neist 4-l esines bronhide obstruktsiooni sündroom; ülemiste hingamisteede põletikke pödes 28 last. Kliiniliselt peeti enamiku üldseisundit rahuldavaks või keskmiselt raskeks.

1/4 kopsupõletikuhaigete ninakaapest leiti virooloogilisel uurimisel gripiviirus. Peaaegu kõikidel bronhiidihaigetel, 13 lapsel 14-st, leiti ninakaapes gripi-, adeno- ja paragripiviirusi. Ülemiste hingamisteede põletiku korral oli ülekaalus adenoviirusinfektsioon — 11 haigel 28-st; 6 haigel leiti gripiviirus.

Pooltel ägedaid hingamiseldude põletikke põdejaist avastati trahhea sekreedis ka stafülo- ja streptokokke.

Premorbiidse fooni uurimisel selgus, et varem praktiliselt terveid lapsi oli uuritute hulgas alla 1/4. Anamneesi andmeil olid pooled lapsed põdenud hingamisteede katarri kuni 4..5 korda aastas. Korduvalt oli angiini põdenud kolm last. Ükski 62 müokardidüstroofiga lapsest ei ole varem põdenud südameja vereringehaigusi.

Südame ja veresoonekonna seisundit hinnati dünaamiliselt objektiivse auskultatsioonileiu ja lisauuringute (südame röntgenuurung, elektrokardiograafia, fonokardiograafia, osal ka ehhokardiograafia) alusel.

Kõige arvestatavamaks sümptoomiks auskultatsioonileius tuleks pidada südamerütmi kiirenemist ja I tooni tuhmumist südametipul, kuigi see ei ole ainult müokardidüstroofiale spetsiifiline sümptom. Tahhükardiat esines 51 lapsel 62-st (82,3%). Tahhükardia oli

raske 14-l, mõõdukas 18-l ja kerge 19 haigel. Bradükardiat esines vaid kolmel ja südame ektoopilisi rütmihäireid (ekstrasüstoleid) vaid ühel lapsel.

Kõige tugevamaid südame muutusi täheldati kopsupõletiku juhtudel. Seega tuleb veel kord rõhutada tuntud tõsiasi — südant tuleb auskulteerida väga hoolikalt, sest auskultatsioonileid annab juba ilma lisauuringuteta rohket informatsiooni südamelihase seisundi kohta.

EKG kinnitas auskultatsioonil avastatud tahhükardiat. 47 uuritul (75,8%) oli repolarisatsioonihäire kahes või enamal lülituses. Ühesuguse sagedusega esines nii ülitugevat, mõõdukat kui ka kerget repolarisatsioonihäiret. Juhtehäireid esines 13 uuritul, s.t. 1/5-l. Ülekaalus oli osaline Hisi kimbu säärite blokaad. Seega leiti kõikidel müokardidüstroofia juhtudel mitmesuguseid EKG muutusi. Röntgenuuringu ning ehhokardiograafia alusel diagnoositi 4 lapsel müokardi kontraktsioonivõime languse tunnuseid.

Kliinilise leiu ja lisauuringute alusel diagnoositud müokardidüstroofia puhul määrati lastele lisaks põhihaiguse ravile südame toetusravi: kaalumipreparaate (kaaliumorotaat, panangiin või asparkaam) ning C-vitamiini ja B-rühma vitamiine. Südame toetusravi kestis keskmiselt 14 päeva haiglas ja jätkus vajaduse korral kodus. Südameglükosiidi sai 17 last (1/4 haigetest) 4..14 päeva. Kopsupõletikule lisandunud müokardidüstroofia korral vajasis lastest glükosiidravi pooled, bronhiidi ja ülemiste hingamisteede katarri korral vajas seda 1/4.

Võrreldes südame ja veresoonekonna seisundit enne ja pärast kahepäevast toetusravi, selgus, et objektiivne leid ja lisauuringud olid normis vaid 24 lapsel (38,7%). Ülejäänud 44-l esines küll patoloogiliste muutuste vähenemine, kuid mitte taandareng. 14 lapsest, kellel tahhükardia oli raske, säilis pärast kahepäevast ravi mõõdukas tahhükardia veel neljal. Pärast väljakirjutamist jäid kõik lapsed polikliiniku kardioloogiakabinetti dispanseersele arvele ja ravi jätkus kodus.

Seega esines müokardidüstroofiat ägedate hingamisteede põletike puhul 4,6%-l lastest. See on M. Kubergeri andmetest väiksem: 1/5...1/4-l sama haigusega hospitaliseerituist (3). Müokardidüstroofia tekke peamiseks põhjuseks peavad mitmed autorid vastupanu suurendamist väikeses vereringes, hü-poksiat, happe-leelise ja elektrolüütide tasakaalu muutusi, rakusisese bioenergeetika muutusi (1, 2, 7, 9). Kui võrreldi kopsupõletikku ning bronhiiti ja ülemiste hingamisteede katarri põdevaid lapsi, ei leitud olulist erinevust müokardidüstroofia esinemissageduses, kuid kopsupõletiku puhul olid muutused ulatuslikumad. Ravi tulemustest selgus, et 61,3%-l lastest ei olnud leid kahenädalase ravi järel veel normaliseerunud. Seetõttu on ravi jätkamine kodus äärmiselt vajalik vältimaks haiguse muutumist krooniliseks.

Järeldused.

1. Müokardidüstroofiat täheldati nii kopsupõletiku, bronhiidi kui ka ülemiste hingamisteede põletike korral. Kahjustused olid suuremad ning sage-damad kopsupõletiku juhtudel.

2. Müokardidüstroofia diagnoosimisel tuleb esmatähelepanu pöörata südame auskultatsioonileiule, kusjuures vajaduse korral peab tegema lisauuringuid.

3. Kahenädalane südame toetusravi müokardidüstroofia juhtudel ei ole alati küllaldane. Ravi võib lõpetada, kui kliiniline leid ja EKG on normis. Pärast haiglaravi tuleb laps dispanseerida polikliiniku kardioloogiakabinetis ja jätkata ravi kodus seni, kuni südameleid normaliseerub.

KIRJANDUS: 1. Ерохин Ю. П., Сурков В. Д., Тальпис Б. Л. Педиатрия, 1982, 1, 22—25. — 2. Иванова В. В., Говорова Л. В., Лукина В. В. и др. Педиатрия, 1987, 7, 44—47. — 3. Кюбергер М. Б. Руководство по клинической электрокардиографии детского возраста. М., 1983, 329—331. — 4. Марушков В. И. Вопр. охр. мат., 1980, 8, 31—33. — 5. Одиноц Ю. В. Вопр. охр. мат., 1984, 3, 53—57. — 6. Осколкова М. К., Брыжагина Л. А. Педиатрия, 1982, 1, 18—22. — 7. Резник Б. Я. Педиатрия, 1986, 4, 24—27. — 8. Соловьев С. Б., Алферов В. П., Торопов С. В. и др. Вопр. охр. мат., 1986, 3, 31—32. — 9. Таболин В. А., Петий Н. Н., Нехудачин Е. В. Педиатрия, 1987, 2, 27—31.

Summary

The incidence of myocardiodystrophy, clinical symptomatology and the results of the treatment of children with acute respiratory diseases. The results of the research of 1350 children with acute respiratory pathology are discussed in this article. Myocardiodystrophy was observed among 62 children (4.7%). The most frequent evidence of myocardiodystrophy is the change in tachycardia and ST-segment on electrocardiogram. The results of a two-week heart supporting medical treatment in case of myocardiodystrophy are shown.

Резюме

Частота миокардиодистрофии, клиническая симптоматология и результаты лечения у детей при острых заболеваниях дыхательных органов. В статье изложены материалы обследования 1350 детей с острыми респираторными заболеваниями. Приводится клинический анализ 62 детей, у которых была диагностирована миокардиодистрофия. Показано, что наиболее информативной при данной патологии является аускультация сердца, проведенная вместе с электрокардиографическим исследованием. Приведены результаты двухнедельного комплексного лечения.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
pediatria kateeder

Laste tuberkuloosi epidemioloogia Eestis aastail 1981...1990

Triine Annus · Tallinn

tuberkuloos, epidemioloogia, vanuseline ja sooline struktuur

1950-ndatest aastatest alates on kõrge tervishoiutasemega riikides tuberkuloosihagistumus ja -suremus pidevalt vähenenud, eriti laste ja noorukite osas. Arengumaades aga on tuberkuloos tänapäevalgi laialt levinud haigus (5, 7). Eestis on tuberkuloosi hagistumine viimase kolme aastakümne jooksul pidevalt vähenenud, kuid alates 1980. aastast on vähenemistempo aeglustunud (1).

Tuberkuloosi likvideerimisest on ilmselt veel vara rääkida, sest eksisteerib väga suur infitseeeritute reservuaar kesk- ja vanemaealiste hulgas. Viimaste seisukohtade järgi võib tuberkuloosi pidada likvideerituks, kui aastast registreeritakse ainult üks baktereid eritav tuberkuloosihage ühe miljoni inimese kohta (6). Laste hagistumine iseloomustab otseselt selle piirkonna epidemioloogilist olukorda, sest lapsed haigestuvad peamiselt värske nakatumise, mitte vanade kollete aktiveerumise tagajärjel (3).

Laste tuberkuloosi epidemioloogiat iseloomustavad põhinäitajad Eestis kohta aastail 1981...1990 on esitatud tabelites 1 ja 2.

Tabelist 1 näeme, et 10 aasta jooksul haigestus Eestis 100 last, aastas 3 kuni 17 last, 100 000 lapse kohta vastavalt 0,9...5,3 haigestumisjuhtu.

Tabelist 2 selgub, et aktiivse tuberkuloosi diagnoosiga arvel olevate laste arv vähenes 10 aastaga 40-lt 11-ni, 100 000 lapse kohta vastavalt 12,6-lt 3,1-ni.

Juhtude väikese arvu tõttu on raske hinnata näitajate dünaamikat, kuid vähenemistendents on siiski ilmne.

Tänapäeval on lastel muutunud tuberkuloosi struktuur ja kulg. Minevikus oli laste tuberkuloosile iseloomulik kalduvus laialdase kaseosse protsessi tekkeks lümfohematogeense disseminatsiooniga ja generalisatsiooniga. Nüüdisajal tuleb selliseid haigusvorme ette harva. Peamiseks kliiniliseks vormiks on saanud intratorakaalsete lümfisõlmede tuberkuloos (4, 8).

Tabelist 3 nähtub, et Eestis lastel oli aastail 1981...1990 esikohal kopsulümfisõlmede tuberkuloos, moodustades 56% juhtudest, teisel kohal 16%-ga oli primaarkompleks.

Kopsuvälise tuberkuloosi vormidest esines viiel juhul perifeersete lümfisõlmede tuberkuloos, kolmel juhul luude ja liigeste kahjustus, kahel juhul silmade kahjustus ja ühel juhul (1983. aastal) tuberkuloosne meningiit, mis oli ka

Tabel 1. Esmane laste tuberkuloosi haigestumus Eestis aastail 1981...1990

| Aasta | Haigestunud lapsi | Esmahaigestumus 100 000 lapse kohta |
|-------|-------------------|-------------------------------------|
| 1981 | 17 | 5,3 |
| 1982 | 11 | 3,4 |
| 1983 | 12 | 3,6 |
| 1984 | 9 | 2,7 |
| 1985 | 16 | 4,7 |
| 1986 | 7 | 2,1 |
| 1987 | 3 | 0,9 |
| 1988 | 13 | 3,8 |
| 1989 | 7 | 1,9 |
| 1990 | 5 | 1,4 |

Tabel 2. Aktiivset tuberkuloosi põdevate laste arv Eestis aastail 1981...1990

| Aasta | Aktiivset tuberkuloosi põdevaid lapsi | Aktiivset tuberkuloosi põdevaid lapsi 100 000 kohta |
|-------|---------------------------------------|---|
| 1981 | 40 | 12,6 |
| 1982 | 35 | 10,8 |
| 1983 | 24 | 7,2 |
| 1984 | 21 | 6,3 |
| 1985 | 27 | 8,0 |
| 1986 | 19 | 6,6 |
| 1987 | 14 | 4,9 |
| 1988 | 22 | 6,4 |
| 1989 | 21 | 5,9 |
| 1990 | 11 | 3,1 |

Tabel 3. Laste tuberkuloosi struktuur kliiniliste vormide järgi

| Kliiniline vorm | Juhtude arv aastate järgi | | | | | | | | | | Prot-sent |
|--|---------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 | 1989 | 1990 | |
| Varajane tuberkuloosne intoksikatsioon | 2 | 3 | — | — | 3 | 1 | — | — | — | — | 9 |
| Tuberkuloosne bronhoadeniit | 12 | 7 | 7 | 5 | 5 | 2 | 2 | 9 | 4 | 3 | 56 |
| Tuberkuloosne primaarkompleks | 1 | — | 1 | 4 | 4 | 1 | — | 2 | 2 | 1 | 16 |
| Tuberkuloosne pleuriit | — | — | 1 | — | 2 | 1 | — | — | — | — | 4 |
| Kopsuväline tuberkuloos | 2 | — | 3 | — | 2 | 1 | 1 | — | 1 | 1 | 11 |
| Sekundaarsed vormid | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 2 | — | — | 4 |

ainus letaalselt lõppenud haigusjuht. Intoksikatsiooni diferentsiaaldiagnoosimise paranemise tõttu ei ole 1987. aastast alates varajast tuberkulooset intoksikatsiooni enam diagnoositud. Bakterieritus avastati neljal juhul, s. o. 4%-l juhtudest.

Kaebustega pöördus arsti poole 26% haigetest, 52%-l avastati tuberkuloos profülaktilisel läbivaatusel ja 20%-l neist, kes olid dispanseeritud muude haiguste tõttu.

Haigestunuist oli vaksineeritud 87%. Kahel juhul oli vaksineerimine olnud vastunäidustatud, ülejäänud üheteistkümmel juhul andmed vaksineerimise kohta puuduvad. Vaksineerituist 17... 19%-l puudus vaksinatsoonijärgne arm, 18... 20%-l oli väike, 0... 3 mm-ne arm. Et vaksineerimise efektiivsust peetakse võrdeliseks armide suurusega, võib öelda, et üle kolmandikul haigestunud vaksineerituist oli vaksineerimine olnud vähe efektiivne (2, 8).

Haigestumise vanuselisest struktuurist annab ülevaate tabel 4. Näeme, et 1981...1990. aastail arvele võetud laste seas ei olnud ühtegi imikuealist, ülekaalus olid 2... 6 aasta vanused.

56% haigestunuist olid poisilapsed ja 44% tütarlapsed. Seega ei ilmne siin nii suurt soolist erinevust kui täiskasvanute korral, kus mehed moodustavad ligikaudu kolm neljandikku tuberkuloosihagetest (3).

100 haigestumisjuhust 76 avastati linnas ja 24 maal. Seejuures võeti Tallinnas arvele 52 haiget ja Harjumaal

Tabel 4. Tuberkuloosi haigestunute vanuseline struktuur

| Vanus aastates | Protsent haigestunuist |
|----------------|------------------------|
| 0 | 0 |
| 1 | 6 |
| 2 | 10 |
| 3 | 12 |
| 4 | 11 |
| 5 | 9 |
| 6 | 9 |
| 7 | 6 |
| 8 | 2 |
| 9 | 8 |
| 10 | 4 |
| 11 | 5 |
| 12 | 9 |
| 13 | 5 |
| 14 | 4 |

13 haiget. Seega pärines ligikaudu kaks kolmandikku kõigist haigestunuist Tallinnast ja Harjumaalt.

Tartu linnas võeti arvele 6 haiget. Maakonnas haigusjuhte ette ei tulnud. Kohtla-Järvel avastati 4 ja Narvas 3 haiget, Ida-Virumaal kokku 8 haiget. Pärnu maakonnas (koos linnaga) võeti arvele 4 haiget. 4 last haigestus ka Rapla- ja Viljandimaal. Ülejäänud maakondades avastati kümne aasta jooksul 1... 2 haiget. Ükski laps ei haigestunud kümne aasta jooksul tuberkuloosi Põlva- ja Valgamaal ning saartel.

Eeltoodu põhjal võib öelda järgmist. 1. Laste haigestumine tuberkuloosi püsib Eestis sporaadilisena, näidates endiselt vähenemistendentsi.

2. Põhiliseks kliiniliseks vormiks las-

tel on intratorakaalsete lümfisõlmede tuberkuloos.

3. Paljudel haigestunutel ei ole vakt-sineerimine efektiivseks osutunud.

4. Kõige sagedamini haigestuvad eel-kooliealised lapsed, kusjuures poiss-lapsed mõnevõrra sagedamini kui tütar-lapsed.

5. Haigestumine on suurem suure elanikkonnatiheduse ja aktiivse mig-ratsiooniga piirkondades.

Kokku võttes võib öelda, et laste tuberkuloosi epidemioloogiline olukord Eestis on suhteliselt rahuldav, kuid oht tuberkuloosi haigestuda kestab seni, kuni püsib infitseeritute reservuaar täiskasvanute hulgas ja jätkub migrat-sioon NSV Liidust. Seetõttu on oluline jätkata spetsiifilist profülaktikat, vakt-sineerides vastsündinuid ja revaktsinee-rides kooliõpilasi. Rõhku tuleb panna ohustatud kontingendi võimalikult täie-likule jälgimisele ning vakt-sineerimise kvaliteedile. Et lapsed on tuberkuloosist ohustatud eelkõige suure rahvastiku-tiheduse ja aktiivse migratsiooniga piir-kondades, tuleb suuremates linnades, nagu Tallinnas, Tartus ning Ida-Virumaa linnades, jätkata tuberkuliniseeri-mist infektsioosse viraaži avastamiseks ja selle haiguseelse seisundi ravimist.

KIRJANDUS: 1. Sillastu, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1988, 6, 416—419.

2. Иванькова В. С., Иванова Н. Ф. Пробл. туб., 1990, 9, 20—21. — 3. Костина З. И., Ры-кунин Ю. П. Эпидемиология и профилактика туберкулеза. Л., 1983. — 4. Кочнова И. Е., Су-хановский В. Н., Ильяш Н. И. и др. Пробл. туб., 1981, 1, 17—20. — 5. Кучеров А. Л., Пробл. туб., 1990, 3, 54—58. — 6. Соловьева В. А. Пробл. туб., 1983, 10, 64—66. — 7. Хоменко А. Т. Проб. туб., 1991, 3—6. — 8. Янченко Е. Н., Греймер М. С. Туберкулез у детей и подростков. Л., 1987.

Summary

Epidemiology of children tuberculosis in Estonia from 1981 to 1990. The article is about the epidemiology of children tuberculosis in Estonia during the given period. The research showed that children in Estonia still fall ill sporadically and the number is decreasing. The main clinical form for children is the tuber-culosis of intrathoracic lymph nodes. Pre-school children fall ill most frequently, and boys more

often than girls. The incidence is higher in densely populated regions and in regions with active migration.

Резюме

Эпидемиология детского туберкулеза в Эсто-нии в 1981..1990 гг. В статье рассматри-вается эпидемиология детского туберкулеза в Эстонии в указанный период. Как показало исследование, заболеваемость детей туберкуле-зом в Эстонии носит по-прежнему споради-ческий характер и имеет тенденцию к сниже-нию. Основной клинической формой у детей является туберкулез интраторакальных лим-фатических узлов. Чаще всего заболевают дети дошкольного возраста, причем мальчики не-сколько чаще, чем девочки. Заболеваемость увеличилась в районах с более высокой плотностью населения и активной миграцией.

Vabariiklik Tuberkuloosidispanser

Skrapri on aeglaselt kulgev kesknärvisüsteemi viirusnakkus, millesse haigestuvad eeskätt loo-mad. Skrapri ja sellele lähedase Kreutzfeldti-Jakobi tõve viirused on kahjustavate tegurite suhtes väga vastupidavad. Seni on olnud ebaselge, kui kaua need viirused säilitavad oma infektsioo-suse väliskeskkonnas.

USA-s tehtud katses säilitati skrapiviirust kolm aastat pinnases, kus temperatuur kõikus aasta jooksul -20°C -st $+40^{\circ}\text{C}$ -ni. Selgus, et kolme aasta möödumisel oli viirus oma nakata-misvõime säilitanud, ehkki see oli nõrgenenud. Selle alusel oletavad uurijad, et skrapiviirused satuvad pinnasesse haigete loomade väljaheite-ga, pinnases säilivad viirused aastaid eluvõi-melisena ning satuvad seejärel tolmu või söödava rohuga teise looma organismi.

Lancet, 1991, 337

Perkutaanse neerubiopsia kasutuselevõtmine Eestis

Vitali Leiba · Tallinn

neeruhaiguste diagnoosimine, neerubiopsia

Morfoloogiliste uuringute laialdane elupuhune kasutuselevõtmine lubab paljudel juhtudel kõrvaldada vastuolud haiguste funktsionaalsete ja struktuursete muutuste uurimise tulemuste vahel. Hästi on teada, et funktsionaalsed muutused ei teki ilma neile vastavate morfoloogiliste muutusteta. Seetõttu saab patoanatoom diagnoosida haigust juba prekliinilises või algfaasis, mil kliinilised sümptoomid veel puuduvad või on need vähe väljendunud. Seepärast omandab morfoloogiline meetod haiguste varajases diagnoosimises järjest suurema tähtsuse.

Meditsiinitehnika areng, operatsioonitehnika täiustamine ja moodsate endoskoopiameetodite laialdane kasutuselevõtt üheaegselt biopsiaga on soodustanud elupuhuste morfoloogiliste uuringute laienemist. Ei leidu peaaegu ühtegi elundit või kude, millest ei saaks võtta proovitükki morfoloogiliseks uuringuks. See võimaldab kliinilist diagnoosi täpsustada ja annab raviarstile üsna sageli rohkem informatsiooni kui uurimine muude meetoditega. Patoanatoom, osaledes haigete uurimises, saab olla heaks abimeheks-konsultandiks kliinitsistile. Ka paljusid haigusi peaks ravitama pideva morfoloogilise uuringu kontrolli all.

Juhtivaks neeruhaiguste diagnoosi meetodiks on perkutaanne neerude punktsioonibiopsia.

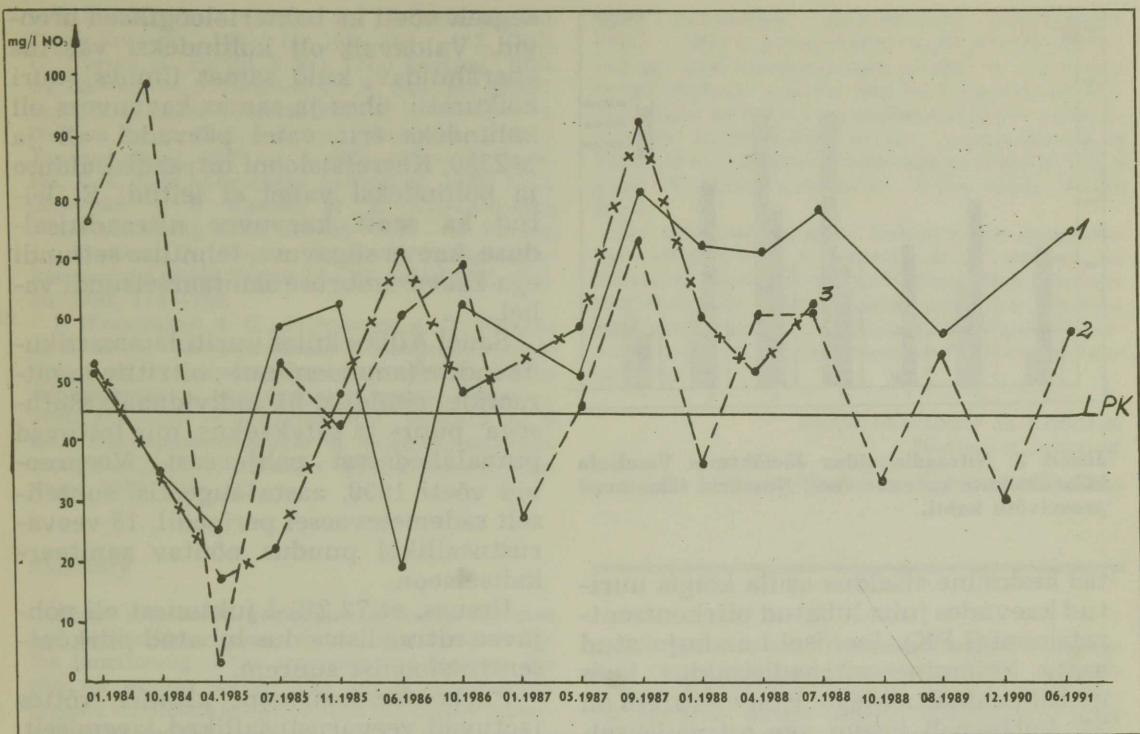
Morfoloogilise uuringu objektiks on neerukoest saadud silindrikujuline bioptaat pikkusega kuni 1,5 cm ja läbimõõduga kuni 0,2 cm, mis võetakse spetsiaalse biopsia-punktsiooninõelaga. Põhiliselt kasutatakse kahesuguseid punktsiooninõelu: revolvri tüüpi И-118 ja Tru Gut, Travenol (USA). Neerupäsmakeste haiguslike muutuste diagnoosi-

miseks on vajalik, et histoloogilises lõigus oleks vähemalt 8...10 neerupäsmakest. Morfoloogilises kompleksuurinus peetakse vajalikuks valgusmikroskoopia kõrval kasutada ka immunohistoloogilist ja elektronmikroskoopilist uurimismeetodit. Viimased kaks on meie kättesaamatud, sest puuduvad spetsialistid ja seadmed. Enamikul juhtudel tagavad klassikalised histoloogilised värvimismeetodid koos histokeemiliste meetoditega rahuldavaid diagnoosimistulemusi. Valgusmikroskoopias on nefrobioptaaadi uuringul vaja kasutada seitset histoloogilist värvingut: 1) hematoksüliini-eosiiniga; 2) van Giesoni järgi; 3) altsiaansinisega või PAS-iga; 4) trikroomvärvingut Gomori või Massoni järgi; 5) kongo punasega; 6) Jonesi-Mouri järgi; 7) orseiniga, Eespool mainitud värvimismeetodid lubavad täpselt diferentsida neeru struktuure ning tuua nähtavale hulgaliselt glomerulaarseid, tubulaarseid ja stromaal-vaskulaarseid patoloogilisi muutusi.

Tulemuslik neeru bioptaatide mikroskoopiline uuring sõltub põhiliselt neerubiopsia näidustuste ja vastunäidustuste määratlemisest. Näidustuste hulka kuuluvad: 1) haiguse diagnoosi kindlakstegemine ja diferentsiaaldiagnoosimine; 2) nefrootilise sündroomi, klassifitseerimata proteiinuuria, hematuuria ja hüpertensiooni põhjuse väljaselgitamine; 3) ravi tulemuslikkuse ja prognoosi küsimuste lahendamine; 4) ravi efektiivsuse hindamine (1, 2, 3).

Tüsistuste vältimiseks on vaja silmas pidada ka järgmisi biopsia vastunäidustusi. Need on: 1) hemorraagiline sündroom; 2) ainus neer või ainus funktsioneeriv neer; 3) neeruveresoonte anomaaliad; 4) neerukasvajad; 5) neerupolütsüstoos; 6) kõrge arteriaalne rõhk, üle 200/100 mm Hg; 7) väljendunud neerupuudulikkus; 8) püonefroos ja mädane paranefriit; 9) haige vastu seis proovitüki võtmisele (1, 2, 3).

Neerubiopsia on vajalik ravimite adekvaatseks valikuks erinevate glomerulonefriidivormide korral. Glomerulaarsete muutuste tüüp, päsmakeste kahjustuste suhtarv, neerukanalite, interstitsiaalkoe ja veresoonte seisundi



Joonis 2. Põltsamaa ja Adavere kaevude vee nitraadisalduse dünaamika uurimisperiodil. Numbrid tähistavad proovivõtu kohti.

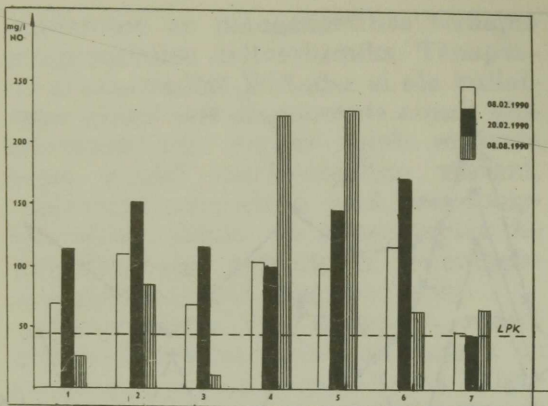
Toiduainete, eriti köögiviljade nitraadisaldust on Eestis põhjalikult uuritud (9). Joogivees leiduvad nitraadid on köögiviljas leiduvatega võrreldes organismile ohtlikumad, sest vees puuduvad vitamiinid ja muud nitroserimisprotsessi inhibeerivad ained.

Põhjavee saastumine nitraatidega on muret tekitavaks asjaoluks nii Euroopas (5, 6) kui ka Põhja-Ameerikas (4). Peamiseks pinnase ja vee lämmastikuühenditega saastajaks on põllumajandus oma punkt- ja hajareostusallikatega. Üha suurenev mineraal- ja orgaaniliste väetiste kasutamine Eestis on ka meil seadnud ohtu põhjavee. Eespool toodust tulenevalt on selle artikli autorid uurinud põhjavee lämmastikuühendite sisaldust Eestimaa eri kohtades. Meie eelnevad tööd on näidanud, et vee ammoniaagi- ja nitritisisaldus on suhteliselt väike, tunduvalt alla lubatud piirkontsentratsiooni, seepärast käsitletakse käesolevas

töös ainult nitraate (7). Esitatakse ka kaevuvee bakterioloogilise uuringu andmed, see võimaldab paremini hinnata vee kvaliteedi vastavust sanitaarnormidele.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Töös esitatakse osa materjali Eesti põhjavee uurimise tulemuste kohta. Vaatluse alla on võetud mõned piirkonnad, kus lubjakivimid avanevad otse maapinnale või lasevad 1...2 m sügavusel ning katkendliku levikuga pinnakatte all, kus põhjavee kaitsus reostuse eest on minimaalne või nõrk: Väike-Maarja asula, Põltsamaa linn ja selle ümbrus, Harjumaal Saue ja Jõelähtme vald. Viimati mainitud territoorium kujutab endast hüdrogeoloogiliselt ebasoodsat piirkonda põhjavete reostuse leviku suhtes. Nitraadisaldus määrati 370 veeproovis salitsülaadmeetodil, tundlikkus 0,02 mg/l N. Bakterioloogilised uuringud (koliindeks) tehti üldkasutatavatel meetoditel.

Uurimistulemused ja arutelu. Väike-Maarjas on vee nitraadisaldus aasta-aastalt suurenenud ja 1988. aastal üle-



Joonis 3. Nitraadisaldus Jõelähtmes Vandjala küla üksikute kaevude vees. Numbrid tähistavad proovivõtu kohti.

tas keskmine sisaldus asula kõigis uuritud kaevudes juba lubatud piirkontsentratsiooni (LPK). Joonisel 1 on kujutatud aasta keskmine nitraadisaldus koos maksimaalnäitajatega. Kõige suurem oli 27. kutsekooli kaevu vee nitraadisaldus, juba 1986. aastal ületas keskmine nitraatide kontsentratsioon seal piirväärtuse.

Põltsamaa kaevude vee nitraadisaldus kõikus kogu uurimise ajal (1984. . . 1991), sõltudes sademete hulgast, ilmastikust ja nähtavasti veel muudest teguritest. Joonisel 2 on kujutatud kolme kaevu vee nitraadisalduse kõverad. Bakterioloogiliste proovide tulemused kõikusid samuti (E. Lokk ja K. Birk, Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituut), kuid need ei seostunud nitraadisalduse näitudega.

Jõelähtmes Vandjala küla 10. . . 25 m sügavate salv- ja puurkaevude vesi oli 1990. aastal vaatluse all kolmel korral: kahel korral veebruaris ja ühel korral augustis. 1990. aasta veebruaris olid erakordselt soojad ja sademeterohked ilmad, paljudes kohtades olid põlud veest üle ujutatud. Mõlema proovi võtmise päeval veebruaris sadas tugevasti. Vee nitraadisaldus oli suur, lubatud piirväärtusele vastasid vaid üksikud proovid. Augustis oli suhteliselt kuiv periood. Sellest hoolimata oli vee nitraadisaldus suur (vt. joonis 3). Ühe-

aegselt võeti ka bakterioloogilised proovid. Valdavalt oli koliindeksi väärtus ebarahuldav, kuid samas ilmnes suuri kõikumisi: ühes ja samas kaevuvees oli koliindeks erinevatel päevadel <9 ja >2380 . Korrelatsiooni nitraadisalduse ja koliindeksi vahel ei leitud. Ei leitud ka seost kaevuvee nitraadisalduse, kaevu sügavuse, tehnilise seisundi ega kaevu ümbruse sanitaarseisundi vahel.

Sael Alliku külas uuriti lämmastikuühendite (ammooniumi-, nitritite ja nitraatide) sisaldust 61 individuaalkasutusega puur- ja salvkaevus, mis toituvad pinnalähedasest põhjaveest. Veeproovid võeti 1990. aasta augustis, suhteliselt sademetevaesel perioodil. 18 veevarustusallikal puudus nõutav sanitaarkaitsetsoon.

Ilmnes, et 72,2%-l juhtudest oli põhjavee nitraadisaldus lubatud piirkontsentratsioonist suurem.

Piirkontsentratsiooni aluseks võttes jaotuvad veevarustusallikad järgmiselt: 17 puur- ja salvkaevu, kus vee nitraadisaldus on alla lubatud piirväärtuse; 40 puur- ja salvkaevu, kus vee nitraadisaldus on 45. . . 90 mg/l (=1. . . 2 LPK); 4 puur- ja salvkaevu, kus vee nitraadisaldus on üle 90 mg/l (= üle 2 LPK). Maksimaalne nitraadisaldus vees oli 96 mg/l.

Ammoniaagi- ja nitritisisaldus oli hügieeninormidega lubatust suurem vaid üksikute puur- ja salvkaevude vees, ulatudes vastavalt kuni 6,0 mg/l ja 0,97 mg/l.

Uuringute tulemuste alusel selgus, et põhjavee nitraadisaldus on aastate vältel näidanud suurenemistendentsi, kusjuures selle taustal esinevad suured kõikumised. Põhjavee nitraadisaldus ei seostu bakterioloogilise näitajaga (koliindeks) ega ammoniaagi- ja nitritite sisalduse tasemega. On alust arvata, et põhjavee suurenenud nitraadisaldus ei tulene üksnes mineraal- ja orgaaniliste väetiste kasutamisest. Et asjasse selgust tuua, tuleb nitraatide moodustumise ja leviku küsimusele läheneda komplekselt, kaasates töösse biolooge ja hüdrolooge.

KIRJANDUS: 1. Fraser, P., Chilvers, C. Sci. Total Environ., 1981, 18, 103—106. — 2. Gilli, G., Corrao, G., Facilli, S. Sci. Total Environ., 1984, 34, 35—48. — 3. Heijden, C. A. van der Montizaan, G. K. Hum. Toxicol., 1988, 7, 1, 53—54. — 4. Neilsen, G. H., Culley, I. L. B., Cameron, D. R. J. Environ. Qual., 1982, 11, 3, 493—497. — 5. Quentz, K. E. Acta hydrochem. hydrobiol., 1988, 16, 4, 385—395. — 6. Sunkel, R. Z. Kulturtechnik Flurbereinigung, 1983, 24, 180—185. — 7. Veldre, I., Karlova, C., Kerde, A. Eesti V ökolooia-konverentsi teesid Tartus 24—26. aprill 1991. Tartu, 1991, 184—186.

8. Ильницкий А. П., Андрианов А. П., Князев Д. К. В сб.: Канцерогенные N-нитрозосоединения и их предшественники — образование и определение в окружающей среде. Таллинн, 1990, 132—133. — 9. Роома М. Я., Канн Э. М. В кн.: Экспериментальная и клиническая онкология. Сборник научных трудов. Вып. 8., Таллинн, 1989, 108—112.

Summary

About nitrates in underground water. Nitrates and nitrites may cause various disturbances for the functioning of the organism and increase the risk for gastric cancer. The use of mineral and organic fertilizers in agriculture endangers underground water.

The article presents data about the concentration of nitrates and coli-index in underground water in four different regions, where the defence of water horizons from pollution is weak or is practically absent. Our long term research (1983...1991) has shown that the concentration of nitrates is increasing and is unstable. The concentration of nitrates is not connected either with the results of bacteriological research or the concentration of nitrites in water. The level of the latter is considerably lower than the permissible concentration.

The high concentration of nitrates in underground water does not only depend on the use of fertilizers. In the authors' opinion, the problem of the spread and formation of nitrates should be solved together with biologists and hydrogeologists.

Резюме

О нитратах в грунтовой воде. Нитраты и нитриты могут вызвать различные нарушения в функционировании организма и увеличивают риск заболевания раком желудка. Применение минеральных и органических удобрений в сельском хозяйстве представляет опасность для грунтовой воды.

В настоящей работе приводятся данные в основном о содержании нитратов в воде колодцев, расположенных близко к поверхности почвы, и о коли-индексе в четырех различных районах, где защищенность водных горизонтов от загрязнения является недостаточной либо отсутст-

вует полностью. Длительные наблюдения (1983...1991 гг.) свидетельствуют о тенденции к повышению концентрации нитратов, а также о существенных колебаниях их содержания. Содержание нитратов не взаимосвязано с результатами бактериологических исследований, а также с содержанием аммиака и нитритов в воде. Уровень последних значительно ниже ПДК.

По мнению авторов, повышенное содержание нитратов в грунтовой воде зависит не только от применения удобрений. Они считают необходимым комплексное решение вопроса при исследовании образования и распространения нитратов, с привлечением биологов и гидрогеологов.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

Harju Maakonna Tervisekaitsetalitus

Tuftsiiin on inimese organismis tekkiv tetrapeptiid, mis stimuleerib fagotsütoosi. Ta vabaneb G-immunoglobuliini Fc-osast põrnas moodustava ensüümi toimel. Põrna eemaldamise järel muutub inimene mitmesuguste nakkuste suhtes vastuvõtlikumaks. See käib ka AIDS-i põdejate kohta, kellele oportunistlikud nakkused saavad sageli saatuslikuks. G. Corazza ja kaasautorite uurimuse alusel on nii AIDS-i põdejatel kui ka eemaldatud põrnaga inimestel tuftsiiini aktiivsus märgatavalt langenud.

Tuftsiiini toimel suureneb perifeerses veres polümorfonukleaarsete ja CD4-positiivsete rakkude arv. Tuftsiiini manustamisel ei ole kõrvalnähtusid täheldatud. Seetõttu soovitatakse seda kasutada AIDS-i põdejatel esinevate nakkuste ravimisel, sest nende makrofaagide fagotsütoosi võime on oluliselt kahjustatud. Sageli on just tuftsiiin see, mis haige päästab.

Lancet, 1991, 337

ÜLEVAATED

UDK 616-009.7(047)

Krooniline valu

Rein Zupping · Tallinn

krooniline valu, notsitseptiivne valu, neuropaatiline valu, idiopaatiline valu

Akuutne valu kutsub organismis esile füsioloogilisi muutusi ja selgelt väljendunud kaitseiseloomuga käitumist. Kroonilisel valul selline kaitsefunktsioon puudub. Ta mõjub kurnavalt psüühikale, mistõttu paljud tema all kannatavad inimesed muutuvad depressiivseks või invaliidistuvad. Kroonilise valu all kannatavad haiged viibivad sageli haiglas, neile tehakse palju uurinuid ja nad kasutavad rohkesti ravimeid.

Krooniliseks peetakse valu siis, kui ta on kestnud üle kuue kuu, paljudel juhtudel aga on kroonilise valu sündroom välja kujunenud juba kolme kuu jooksul pärast valu esmateket.

Kroonilist valu esineb küllalt sageli. Ameerika Ühendriikides tehtud uurimise andmeil esines küsitlusele eelneva aasta jooksul üle 100 päeva kestnud valu 24%-l inimestest, neist oli liigesevalu 10%-l, seljavalu 9%-l ja peavalu 5%-l (26). Kanadas korraldatud uurimise järgi kannatab üle kuue kuu kestva valu all 11% inimestest (6).

Olenevalt patofüsioloogilistest mehhanismidest ja raviprintsiipidest on otsustavaks eristada kolme tüüpi valu (1, 20).

1. Notsitseptiivne valu, mis tekib perifeersete notsitseptorite ärritamisel. Valu põhjuseks on kindel haigusprotsess — põletik, haavand, trauma või

kasvaja. Siseelunditest pärinevat valu nimetatakse ka vistseraalseks, lihastest ja liigestest pärinevat somaatiliseks valuks. Närvisüsteem on notsitseptiivse valu korral intaktne.

2. Neuropaatiline ehk neurogeenne valu, mis tekib perifeersete närvide või kesknärvisüsteemi kahjustumisel ja/või valu sensoorse süsteemi mingi osa ebanormaalse hüperaktiivsuse korral.

3. Idiopaatiline valu on selline kroonilise valu vorm, mille puhul orgaaniline patoloogia või patofüsioloogiline mehhanism valu põhjusena puudub, või kui orgaaniline leid on olemas, on valu kaebus ülemäärane ja ta ei ole vastavuses füüsilise leiuga. Idiopaatilist valu nimetatakse ka psühogeenseks või somatiformseks valuks.

Ühel haigel võivad üheaegselt esineda erinevat tüüpi valud. Nii on radiikulopaatia korral tavaliselt tegemist nii neuropaatilise kui ka notsitseptiivse valuga. Ka pahaloomuliste kasvaja-te korral võib valu üheaegselt tekkida siseelundite ja närvipõimikute kahjustumisel.

Notsitseptiivne valu. Notsitseptiivne valu võib pärineda kõikidest elunditest ja kudetest, mis on varustatud notsitseptiivsete A δ - ja C-kiududega. Lihasevalu on seoses lihase lokaalse kontraktatsiooniga (müofastsiaalsed valusündroomid), difuusse kontraktiooni (pingepeavalu) või venitusega (lumbalgia, tendopaatiad). Liigestes põhjustab valu põletik või surve liigesekapslile. Öönelundite valu on põhjustatud nende pöördumisest, venitusest või põletikust. Kui nahavalu on hästi lokaliseeritav, siis siseelundite valu on lokaliseeritav väga halvasti ja inimene tajub seda tavaliselt haigestunud struktuurist suuremal alal. Üks selle põhjusi on asjaolu, et seljaaju tagumistes sarvedes puuduvad neuronid, mis spetsiifiliselt reageeriks vistseraalsetele stiimulitele. Samadesse neuronitesse tulevad impulsid ka nahast, lihastest ja liigestest.

Kerge ja mööduka intensiivsusega krooniline valu kaasneb kõige saged-

damini liigete ja lihaste haigustega: artriidi, artroosi, lumbalgia, müofastiaalsete valusündroomide, lihasekontraktsiooni tüüpi peavaluga. Kõige püsivama ja piinavama valu põhjustavad pahaloomulised kasvaja. Notsitseptiivne valu allub hästi mittesteroidsetele põletikuvastastele vahenditele ja narkootilistele analgeetikumidele. Püsiv valu nõuab preventiivset ravi, s. t. kroonilist valu tuleb ravida valu vältimise põhimõttel. Valu ei tohi ravimi ühe annuse manustamisest kuni järgmise manustamiseni uuesti tekkida ja kroonilise valuga haige peab end tundma võimalikult palju valuvabana. Eriti oluline on see vähihaigel püsiva valu korral. Selle saavutamiseks peab ravimeid andma teatavate intervallide järel, mis olenevad ravimi toime kestusest. Analgeetikumi järgmine annus antakse enne eelmise annuse toime möödumist. Levinumate mittenarkootiliste valuvaigistite plasma poolväärtusaeg, keskmine analgeetiline annus ja annuse intervall on toodud tabelis 1.

Mittesteroidsete põletikuvastaste vahendite analgeesia mehhanism seisneb vähemalt osaliselt prostaglandiini E2 produktsiooni pärssimises, mis omakorda pärsib perifeersete notsitseptorite aktivatsiooni. Seetõttu on need vahendid mõjusamad sellise valu korral, mis on põhjustatud perifeerses koekahjustusest, ja eriti neil juhtudel, millega kaasneb suhteliselt suurem põletikuline komponent (9). Võimalik, et mittenarkootilistel analgeetikumidel on ka mõningane tsentraalne toime.

Raviks on vajaduse korral õigem kasutada ühe valuvaigisti maksimaalseid

annuseid, selle asemel, et anda kahte sama toimemehhanismiga analgeetikumi. Efektiivsust suurendab aga atsetaminofeeni või opiaatide lisamine mittesteroidsetele põletikuvastastele vahenditele. Põhjendamatu on analgeetikumi manustamine parenteraalselt üks kord päevas, sest selle toimeaeg on liiga lühike.

Narkootilisi analgeetikume kasutatakse peamiselt pahaloomulistest kasvajaest põhjustatud tugeva notsitseptiivse valu korral, kui mittenarkootilised valuvaigistid ei mõju enam. Narkootilised analgeetikumid mõjuvad spetsiifilistele opiaatretseptoritele ajutüves ja seljaaju tagumistes sarvedes, aktiveerides neuroneid, mis pärsivad valu ülekannet seljaaju tagumistes sarvedes.

Narkootiliste valuvaigistite kasutamisel tuleb lähtuda samadest põhimõtetest mis mittenarkootiliste puhulgi. Valu kõrvaldamiseks tarviline annus saadakse titreerimisel: annust suurendatakse astmeliselt kuni valu kupeerumiseni. Narkootiliste analgeetikumide võrdväärset analgeetilist annust ja toime kestust on toodud tabelis 2.

Individuaalselt on analgeetilised annused küllaltki erinevad, tolerantsuse arenemise korral võivad nad mitmekordistuda. Laialdase kogemuse alusel ei ole ravimisõltumuse teke narkootikumide tarvitamisest enam probleemiks (9). Pidevalt ei tohi neid kasutada aga psüühiliselt haiged ja need, kelle anamneesi järgi on ette tulnud alkoholi ja narkootiliste ainete kuritarvitamist. Ka kroonilise mittemaliignse valu korral ei ole opiaatide pikaajalisel

Tabel 1. Mittenarkootilised analgeetikumid

| Ravim | Plasma poolväärtusaeg tundides | Keskmine analgeetiline annus (mg-des) | Annuse intervall tundides |
|----------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Aspiriin | 4...6 | 625 | 4...6 |
| Ibuprofeen | 3 | 400 | 4...6 |
| Naprokseen | 12 | 250 | 12 |
| Indometat-siin | 4 | 50 | 4...6 |

Tabel 2. Narkootilised analgeetikumid

| Ravim | Analgeetiline annus parenteraalselt (mg-des) | Toime kestus tundides |
|-----------|--|-----------------------|
| Morfiin | 10 | 4...5 |
| Omnopoon | 20 | 4...5 |
| Promedool | 40 | 2...4 |
| Fentanüül | 0,1 | 1 |

kasutamisel ravimisõltumuse teket täheldatud (28).

Viimasel aastakümnel on vähihaigetel tugeva valu korral opiaate epiduraalselt manustatud püsikateetri kaudu (4, 22). Toime spinaalsetesse opiaatretseptoritesse annab lokaliseeritud selektiivse analgeesia ning mõju ajutüve ja poolkerade opiaatretseptoritele on minimaalne, millega välditakse süsteemse manustamise kõrvaltoimet. Spinaalse manustamise praktiliseks eeliseks on suhteliselt väikesed annused ja pikk toimeaeg. Ravi algul võib 2...5 mg morfiiniga saada 24...36 tundi kestva analgeesia.

Morfiini epiduraalne manustamine on näidustatud vähihaigetel allpool kaela lokaliseeruva tugeva valu korral. Kateeter viiakse sisse lumbaalselt kuni tasemeni, kus paikneb valu ülemine piir. Juhtudel, kui morfiini epiduraalse manustamise efekt ei ole küllaldane, manustatakse seda mõnes kliinikus intratekaalselt (21). Kaela- ja peapiirkonna valu korral võib morfiini viia ajuvatsakestesse püsikateetri kaudu.

Opiaatide spinaalse manustamise kasutusele võtmisega on valu all kannatavatel vähihaigetel tunduvalt vähenenud neurokirurgiliste ablatiivsete operatsioonide arv. Kordotoomiat — valu edastavate spinotalaamiliste teede läbilõikamine seljaajus — tehakse neil üksnes opiaatidele mittealluva valu korral.

Krooniliste müofastsiaalsete valu-sündroomide korral on efektiivsed lokaalanesteetikumide kohalikud injektioonid ja akupunktuur (24).

Neuropaatiline valu. Neuropaatilisel valul on järgmised iseloomulikud tunnused (9, 20):

võib tekkida päevi või nädalaid pärast teda põhjustanud destruktiivse protsessi lõppemist;

harjumatu ebamugav tunne (düsesteesia), millel on sageli põletav ja/või paroksüsmaalne kvaliteet;

nõrk stimulatsioon (puudutus) on valulik (allodüünia);

korduv stimulatsioon (valutorge) põh-

justab väljendunud summatsiooni ja järelreaktsiooni, s.t. kestvama valu; perifeerse tundlikkuse häire valu piirkonnas, mis võib olla mitmekesine ja koosneda erinevate tundlikkusliikide hüper- ja hüpofunktsioonist;

sensoorse häire, tavaliselt allodüünia ja hüperalgeesia levik väljapoole kahjustatud närvi ala naabernärvide piirkonda.

Viimast fenomeni seletatakse perifeerse närvi kahjustuse poolt indutseeritud muutustega seljaajus. Loomkatsete korral on kindlaks tehtud, et perifeerse närvi traumeerimisel võib tekkida seljaaju tagumiste sarvede antero-graadne transsünaptiline degeneratsioon, mille tagajärjel valu ülekannet pärssivate neuronite aktiivsus langeb (25).

Neuropaatilise valu kõige sagedamaks põhjuseks on lumbaalne ja tservikaalne radikulopaatia, kõige raskema rühma moodustavad aga trauma- ja operatsioonijärgsed neuralgiad. Neuralgia põhjuseks ei pruugi olla närvitüve läbilõikamine, vaid piisab ka väikese haru traumeerimisest. Operatsioonijärgset neuralgiat esineb suhteliselt harva. Sagedamini saavad kahjustatud *n. intercostobrachialis* (mastektoomia korral), *nn. intercostales* (torakotoomia), *n. ilioinguinalis* (kubemesonga operatsioon), *n. iliohypogastricus* (günekoloogilised operatsioonid), *n. saphenus* (*v. saphena magna* operatsioon).

Traumaatiliste neuralgiate teket üksnes vähestel haigetel on raske seletada. Arvatakse, et oma osa etendavad konstitutsionaalsed tegurid. On leitud, et liikvoriendorfiinide — endogeensete morfiinisarnaste ainete — kontsentratsioon on neuropaatilise valuga haigetel tunduvalt väiksem, mis viitab mitteadekvaatselt funktsioneerivale valu pärssivale süsteemile (16).

Neuropaatilise valu näideteks on veel *trigeminus*-neuralgia, diabeetiline ja postherpeetiline neuralgia ning amputatsioonijärgne valu.

Neuropaatilist valu ravida on äärmiselt raske. Valuvaigistid, nii mitte-narkootilised kui ka narkootilised, too-

vad kergendust vaid vähestel haigetel, enamikul on nad efektita (3). Võimalik, et narkootiliste analgeetikumide efekti puudumine on seletatav valu moduleeriva süsteemi olemasoluga, mis ei ole mõjutatav opiaatide poolt. Kergendust võib saada kahjustunud närvis ektoopilisi impulsse pärssivast karbamasepiinist (finlepsiin, tegrétel) ja sünnapsis serotoniini hulka suurendavatest tritsüklilistest antidepressantidest (amitriptüliin, melipramiin) (9).

Karbamasepiin on valikvahendiks paroksüsmaalsel laadi neuropaatiliste valude ravis. Kõige efektiivsem on ta kolmiknärvi neuralgia korral, kuid ta kupeerib paroksüsmaalsel komponenti ka muude neuralgiate korral. Ravi alustatakse annusega 100 mg kaks korda päevas ja annust suurendatakse iga päev 100 mg kuni valu kupeerumiseni või kõrvalnähtude ilmnemiseni. Ei ole soovitatav anda üle 600 mg karbamasepiini päevas.

Amitriptüliini ja melipramiini võib nende pika toimeaja tõttu anda ainult öhtul. Alustatakse 10 mg-st ja seda annust suurendatakse iga kahe päeva järel 10 mg võrra. Astmeline annuse suurendamine vähendab kõrvalnähte (suukuivus, südamepekslemine, kõhukinnisus), mis mõnel haigel võivad takistada ravimi võtmist. Mõlema ravimi keskmiseks analgeetiliseks annuseks on 75 mg. Annust suurendatakse kuni valu maksimaalse vähenemiseni või talumatute kõrvalnähtude ilmnemiseni. Mõlemal ravimil on ka sedatiivne toime, mis on soodus valuga sageli kaasnevate unehäirete korral.

Anesteetilise närviblokaadi efekt neuropaatilise valu korral on sageli ajutine ja kestab aja, mis vastab närvi juhtivuse blokaadi kestusele (4...6 tundi). Osal võib efekt kesta 2...6 päeva, mõnel aga pärast korduvaid blokaade nädalaid ja kuid (2).

Neuroablatiivsetel operatsioonidel (perifeerse närvi või seljaaju valuteede läbilõikamine) on mittemaliignse valu korral suur oht valu tugevdada,

mistõttu neid viimastel aastatel ei ole praktiliselt enam tehtud.

Raske neuropaatilise valu ravi kõige tõhusamaks meetodiks on seljaaju tagumiste sammaste stimuleerimine (14, 19). Näidustuse määramiseks tehakse enne transkutaanne elektriline närvi stimulatsioon, positiivse vastuse korral viiakse püsielektrood seljaaju epiduraalruumi valutava segmendi kõrgusele ja stimulaator implanteeritakse naha alla. 20...30 minutit kestev stimulatsioon annab 2...4 tundi kestva valu perioodi. Transkutaansetele elektrilisele stimulatsioonile umbes pooled haiged siiski ei reageeri. Seljaaju stimulatsiooni analgeetiline mehhanism seisneb tõenäoliselt tagumiste sarvede valu edastavate neuronite pärssimises. Huvitav on see, et nitsitseptiivset valu seljaaju stimulatsioon ei mõjuta. Näopiirkonna neuropaatiliste valude korral kasutatakse mõnes neurokirurgiakliinikus sensoorse talamuse stimuleerimist (15, 19). Stimulaatorid, eriti programmeeritavad, on küllalt kallid.

Idiopaatiline valu. Idiopaatilise valu korral on haige kogu tähelepanu pööratud valule vähemalt kuus kuud, kusjuures adekvaatne orgaaniline leid valu seletamiseks puudub (17, 27). Valu lokaliseerimine tavaliselt ei vasta närvisüsteemi anatoomilisele topograafiale, ainult harva võib ta simuleerida mõnd tuntud haigust.

Idiopaatiline valu võib tekkida igas elueas inimesel, sagedamini 30...40. eluaasta vahel. Algas tavaliselt äge, umbes pooltel on see sõltuvuses kerge traumast. On tõenäoline, et suuremal osal juhtudel jääb valu püsima ka pärast kerge orgaanilise haiguse paranemist. Idiopaatiline valu võib lokaliseeruda igasse kehaosasse, sagedamini on ta näos, peas, suguelundites, kõhus ja nimmepiirkonnas.

Sageli kaasnevad valuga depressiooni sümptomid, kuid depressiivne sündroom kujuneb välja vaid vähestel. Tihti areneb haigetel sõltumus trankvillisaatorite ja analgeetikumide suhtes.

Valu võib tekkida ka somatisatsioonisündroomi, depressiivse sündroomi ja skisofreenia korral, kuid siis on ta kliinilises pildis harva domineeriv. See pärast idiopaatilise valu sündroomi sellistel juhtudel ei diagnoosita. Samuti ei diagnoosita seda lihasekontraktsiooni tüüpi peavalu korral.

Idiopaatilise valu diagnostilised kriteeriumid kattuvad psüühikahäirete diagnostilise ja statistikakäsiraamatu viimases väljaandes (DSM-III-R) suures osas konversioonisündroomi ja hüpohondria omadega (7). Mõned autorid peavadki idiopaatilist valu konversiooni (hüsteeriliseks) sümptomiks. Sellele viitab ka vahel esinev ajaline seos valu alguse ja psüühilise konflikti vahel. Tihti võib ka täheldada, et valu võimaldab saada emotsionaalset tähelepanu, mida muul viisil võimalik saada ei ole, ning vältida ebameeldivat tegevust või vastutust. Idiopaatilise valu kontseptsioon on kliinikus siiski kasulik, sest ta hõlmab indiviide, kellel psüühilised faktorid etendavad suurt osa valukaebuses, valu krooniliseks muutmisel, ja võimalik, et ka valu tekkimises.

Idiopaatilise valu diagnoosimisel ei tule lähtuda mitte üksnes orgaanilise leiu puudumisest, tähtis on ka saada kinnitust psüühiliste kõrvalekallete kohta psühholoogiliste uuringute abil. Kui need jäävad negatiivseks, tuleb jätkata orgaaniliste põhjuste otsimist.

Idiopaatilise valu mehhanism ei ole kaugeltki selge. Eksperimentaaluurin-gute järgi on võimalus, et nootsitsept-sioonil on kahesuunaline kontroll: peale endogeense analgeesia süsteemi võib samades tuumades ja teedes olla spetsiifilised valu ülekande intensiivistamise mehhanismid (10). Kui see nii on, siis võib valu transmissiooni neuro-neid aktiveerida ka psüühiliste protsesside ehk tsentraalsete mehhanismide poolt füsioloogilistes tingimustes. Kui inimene koondab tähelepanu tühisele valule, võib ta selle intensiivsust psüühiliste protsesside abil tõsta. Sel viisil võib notseptiivne sisend, mida enamik inimesi ignoreerib, saada võimen-

datud. Väga intensiivsele uurimistööle vaatamata ei ole kroonilisele valule predisponeeritud inimeste psüühilised ja isiksuslikud tunnused praegu veel selged.

On huvitav, et idiopaatilise valu korral on leitud samasuguseid bioloogilisi muutusi kui depressiivse sündroomi korralgi: serotoniini metaboliidi 5-hüdroksüindooläädikhappe, melatoniini ja P-aine vähenenud kontsentratsioon liikkoris, monoamiini oksüdaasi madal aktiivsus trombotsüütides ja kortisooli hüpersekretsioon (16). See viitab sarnastele patogeneetilistele mehhanismidele idiopaatilise valu ja depressiooni korral.

Nende haigete ravi on erakordselt vaearikas ja sageli ka vähe efektiivne. Ravimisel on otsustav osa usalduslikel suhetel arsti ja haige vahel ning toetaval psühhoteraapial. Ravimitest on valikvahenditeks tritsüklilised antidepressandid, mis mõjuvad soodsalt ka unehäirete korral. Amitriptüliini kasutamisel väheneb suuresti valu intensiivsus ja suureneb haigete aktiivsus (23). Julgelt võib kasutada platseebovahendeid, eriti neid, millesse haiged usuvad (elekterravi, blokaadid, massaaž). Haige peab alati tunnetama, et ravitakse ka valutavat kohta ja mitte ainult psüühikat. Haiget tuleb ergutada kehalisele aktiivsusele, mis on psüühika tasakaalustamiseks väga tähtis. Rangelt tuleb vältida operatsiooni, sest see võib valu ainult kinnistada.

Mittenarkootilised ja ka narkootilised analgeetikumid idiopaatilisesse valusse ei toimi (3). Hoiduda tuleb trankvillisaatorite ja barbituraatide kestvamast kasutamisest, sest need võivad esile kutsuda sõltumuse.

Kroonilise valu all kannatavatel haigetel tuleb alati silmas pidada ravimisõltumuse võimalust trankvillisaatorite ja mittenarkootiliste analgeetikumide suhtes. Eriti kehtib see idiopaatilise ja neuropaatilise valuga haigete kohta, kellel valuvaigistid jäävad tavaliselt toimetuks. Ravimisõltumus tekib 20...30 %-l kroonilise valu all kannatavatest haigetest (11, 18). Tavaliselt on

need haiged kasutanud mitu kuud kuni 1. . 2 aastat 3. . 6 tabletti valuvaigisteid päevas. Analgeetikumide kasutamise järsul lõpetamisel tekivad neil ägedad võõrutusnähud: peavalu, iiveldus, oksendamine, higistamine, tahhükardia, peapööritus, unehäired. Ravimisõltumuse oht on tunduvalt suurem kombineeritud preparaatide kasutamise korral, eriti siis, kui need sisaldavad kofeiini, barbituraate, antihistamiinseid vahendeid või trankvillisaatoreid.

Ravimisõltumuse ravimisel tuleb kõikide nende preparaatide tarvitamisest loobuda. Enamikul haigetel mööduvad võõrutusnähud 2. . 3 nädalaga, kuid vaid 10% suudab tablettidest ise loobuda, enamikku tuleb võõrutada tingimustes, kus neil puudub ravimite hankimise võimalus (8).

Kokku võttes tuleb rõhutada kroonilise valu all kannatavate haigete ravimise erakordset vaevarikust. Nüüdisaegsest ravist saab kergendust enamik haigeid. Neil, kellel valu tuntavalt ei nõrgene, paranevad enesetunne ja töövõime. On aga haigeid, kes igati põhjendatud ravile vaatamata sugugi ei parane. Paljud neist ei suuda aru saada psüühiliste tegurite mõjust valule ega soostu seepärast ka raviga. Et meie teadmised kroonilise valu mehhanismi kohta on veel vähesed, oleme kaugel nende haigete adekvaatsest ravist. Kõige paremaid tulemusi saadakse multidistsiplinaarsetes valukliinikutes, kus ravisse kaasatakse selliste erialade esindajad nagu neuroloogid, neurokirurgid, anestezioloogid, psühholoogid, psühhiaatrid, füsioterapeudid, sotsiaaltöötajad (5).

KIRJANDUS: 1. *Almay, B. G. L. Nord. Psykiatr. Tidsskr.*, 1989, 43, (Suppl. 20), 15—23. — 2. *Arner, S., Lindblom, U., Meyerson, B. A. a. o. Pain*, 1990, 43, 287—297. — 3. *Arner, S., Meyerson, B. A. Pain*, 1988, 33, 11—23. — 4. *Arner, S., Rawal, N., Gustafsson, L. L. Acta Anesthesiol. Scand.*, 1988, 32, 253—259. — 5. *Bonica, J. J. In: Management of Pain. Philadelphia*, 1990, 197—208. — 6. *Crook, J. C., Rideout, E., Browne, G. Pain*, 1984, 18, 299—314. — 7. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R. 3rd ed. rev. Washington, D. C.*, 1987. — 8. *Diener, H. C. Dtsch. med. Wschr.*, 1988, 113, 475—476. — 9. *Fields, H. L. Pain. New York*, 1987. — 10. *Fields, H. L. Pain*, 1988, 33, 195—200. — 11. *Finlayson, R.*

E., Maruta, T., Morse, R. M. Pain, 1986, 26, 167—174. — 12. *Foley, K. M. New Engl. J. Med.*, 1985, 313, 84—95. — 13. *Foley, K. M., Inturrisi, C. E. Med. Clin. North Am.*, 1987, 71, 207—233. — 14. *Gybels, J., Kupers, R. Acta Neurochir.*, 1987, (Suppl. 38), 64—75. — 15. *Gybels, J., Kupers, R. Neurophysiol. Clin.*, 1990, 20, 389—398. — 16. *Knorrning, von L., Almay, B. G. L., Ekman, R. a. o. Nord Psykiatr. Tidsskr.*, 1988, 42, 139—145. — 17. *Lipowski, Z. J. Ann. Med.*, 1990, 22, 213—217. — 18. *Maruta, T., Swanson, D. W., Finlayson, R. E. Mayo Clin. Proc.*, 1979, 54, 241—244. — 19. *Meyerson, B. A. In: J. Management of Pain. Philadelphia*, 1990, 1862—1877. — 20. *Meyerson, B. A. In: Advances in Pain Research and Therapy. Vol. 13. New York*, 1990, 193—199. — 21. *Onofrio, B. M., Yaksh, T. L. J. Neurosurg.*, 1990, 72, 200—209. — 22. *Payne, R. Med. Clin. North Am.*, 1987, 71, 313—329. — 23. *Pilowsky, I., Barrow, C. G. Pain*, 1990, 40, 3—19. — 24. *Richardson, P. H., Vincent, C. A. Pain*, 1986, 24, 15—40. — 25. *Sugimoto, T., Bennett, G. J., Kajander, K. C. Pain*, 1990, 42, 205—213. — 26. *Sternbach, R. A. Clin. J. Pain*, 1986, 2, 49—53. — 27. *Zenz, M. Reg. Cancer Tret*, 1990, 3, 126—130. — 28. *Zenz, M., Strumpf, M., Willweber-Strumpf, A. Der Schmerz*, 1990, 4, 14—21. — 29. *Williams, J. B. W., Spitzer, R. L. J. Nerv. Ment. Dis.*, 1982, 170, 415—419.

Summary

Chronic pain. In this review the recent data on clinical characteristics, pathophysiological mechanisms and principles of treatment of various forms of chronic pain are presented. Nociceptive pain is defined as a painful sensation produced by the activation of peripheral nociceptors. Neuropathic pain occurs as a result of injury to or dysfunction of the peripheral or central nervous system. The predominant feature of idiopathic pain is the complaint of severe and continuous pain in the absence of adequate physical findings to account for the pain.

Резюме

Хроническая боль. В обзорной статье приведены клиническая характеристика, патофизиологические механизмы и принципы лечения основных форм хронической боли. Ноцицептивная боль является результатом активации висцеральных или соматических ноцицепторов. Невропатическая боль вызывается повреждением или дисфункцией периферической или центральной нервной системы. Доминирующим признаком идиопатической боли является ее интенсивность и продолжительность при отсутствии адекватной органической патологии для ее объяснения.

Tallinna Kiirabihaigla

UDK 616.89-008.454-07(047)

Kaks enesetundeskaalat depressiivsete elamuste hindamiseks

Jüri Saarma · Tartu

enesevaatlusskaalad, depressiooni diagnoosimine

Endo- ja eksogeenseid depressioone esineb arvukalt ning nende esinemisagedus näitab suurenemistendentsi (12, 14). Mitmed autorid on õigustatult märkinud, et suur osa depressiivseid seisundeid jääb avastamata ja ravimata peamiselt seetõttu, et nii patsiendid kui ka arstid pööravad negatiivsetele emotsioonidele vähe tähelepanu (4, 8, 10). Sageli kaasneb depressioon mitmesuguste somaatiliste haigustega, raskendades haige kannatust, vähendades somaatiliste haigete ravi efektiivsust ja pikendades haiguse kulgu (2, 6, 9, 13). Seepärast on oluline, et iga arst oleks tähelepanelik oma patsientide emotsionaalse seisundi suhtes ja hoolikalt hindaks depressiivseid ilminguid.

Depressioon on inimese subjektiivne seisund, mis avaldub mitmekesiste seismiste psüühiliste ja psühhosomaatiliste elamustena. Sageli ei avaldu need elamused inimese käitumises, eriti siis, kui haige ise neid teadlikult maskeerib. Isegi standardne kliiniline uurimine ning kliiniliste skaaladega suunatav psühhopatoloogiline intervjuu ei avasta alati depressiivseid elamusi kogu ulatuses (3, 4, 5, 7).

Sellest lähtudes on abivahendina kasutusele võetud mitmeid haigete enesete poolt täidetavaid enesevaatlusskaalalasi (1, 8, 10, 11). Rahvusvaheliselt tuntud skaalade etnokultuuriliste erinevuste ja mõningate metodoloogiliste raskuste tõttu ei ole võimalik ühtki neist otseselt meie praktikasse üle võtta. Seepärast on käesoleva töö autor koostanud kahest enesevaatlusskaalast koosneva kompleksi, mis iseloomustab

inimese subjektiivset emotsionaalset seisundit nii positiivselt kui ka negatiivselt poolelt.

«Enesehinnangu lühiskaala» (vt. tabel 1) sisaldab 15 emotsionaalse ja somatovegetatiivse ilmingu nimetust, mille esinemist uuritav endal ise hindab. Tal tuleb skaalal märkida iga elamuse kohta üks kolmest võimalusest: «hea» (see annab 2 plusspunkti), «rahuldav» (1 plusspunkt) või «halb» (0 punkti). Skaala selgitab välja positiivsete elamuste struktuuri, hinnete summa iseloomustab nende intensiivsust, seega hedonismiaastet.

«Depressiivsete elamuste lühiskaala» (vt. tabel 2) sisaldab 15 negatiivset emotsionaalset ja somatovegetatiivset elamust, mille esinemist uuritaval endal tuleb hinnata. Ta märgib skaalal iga elamuse kohta ühe kolmest võimalusest: seda elamust «ei esine» (0 punkti), «esineb vähesel määral» (1 miinuspunkt) või «esineb tunduval määral» (2 miinuspunkti). Skaala hinnete summa iseloomustab negatiivsete elamuste intensiivsust, seega depressiooni astet.

Orienteerivad uuringud skaalade kompleksiga tehti 62 tervel ja 54 kliiniliselt diagnoositud depressiivses seisundis haigel. Vaatluste koondandmeist ilmneb (vt. tabel 3), et mõlema skaala hinnete summad on oluliste erinevustega tervetel ja depressiivses seisundis haigetel. Tervetel on «enesehinnangu lühiskaala» koondhinne 2,5 korda suurem kui haigetel, haigetel aga on depressiooniskaala summa 2,7 korda suurem kui tervetel. Ühelt poolt on üldskaala summa 76%-l tervetest üle 20 punkti, mida ei esine ühelgi depressiivses seisundis haigel. Teiselt poolt on üldskaala summa 46%-l depressiivses seisundis haigetest alla 10 punkti, mida ei esine ühelgi tervel. Depressiooniskaala summa on 39%-l haigetest üle 20 miinuspunkti; ühelgi tervel sellist taset ei nähta. Tervetest 77%-l on depressiooniskaala summa alla 10 punkti, mida aga ühelgi haigel ei esine. Seega on depressiivsetele seisunditele iseloomulik nii aktiivsete negatiivsete elamuste rohkus kui ka positiivsete elamuste puudulikkus ehk anhedonism.

Viimasele asjaolule ei pöörata sageli küllaldaselt tähelepanu.

Tundlikuks täiendnäiduks isiku emotsionaalset enesetunnet iseloomustades on kahe skaala koondhinnete vahe. Eranditult kõikidel tervetel uuritutel oli kahe skaala diferents plusspunktide ülekaaluga, rühma keskmine oli +16,9; 78%-l oli vahe üle +10 punkti. Seevastu kõikidel depressiivses seisundis haigetel oli vahe negatiivne, rühma keskmine oli -9,6 punkti; 39%-l haigetest oli vahe üle -10 punkti.

Seniste vaatluste põhjal võib enesevaatlusskaalade andmete hindamise aluseks võtta järgmised kriteeriumid. «Enesevaatluse lühiskaala» koondhinne alla 15 plusspunkti iseloomustab positiivsete elamuste nõrkust, s.t. anhedooniat, mille intensiivsus on seda suurem, mida väiksem on summa. Depressiooniskaala koondhinne üle 15 miinuspunkti iseloomustab aktiivsete depressiivsete elamuste intensiivsust arsti tähelepanu väärivas ulatuses. Mida suu-

rem on negatiivne summa, seda raskem on depressioon. Kahe skaala koondhinnete negatiivset vahet tuleb hinnata kui märki depressioonist, selle raskus on võrdeline negatiivse vahe suurusga.

Skaalad annavad emotsionaalsete subjektiivsete elamuste üldiseloomu ning intensiivsuse kõrval pildi ka enesetunde resp. depressiooni struktuurist. Mõned näitajad on eriti tähtsad, näiteks meeleolu, enesega rahulolu, võime rõõmu tunda, kurvameelsus, elutüdimus, alaväärsustunne, aga ka somatovegetatiivsed näitajad.

Autori kogemuse põhjal võib tõdeda, et kirjeldatud skaalad on patsientide enesetunde kiire väljaselgitamise käepäraseks vahendiks. Skaalad on kasu-

Tabel 1. Enesehinnangu lühiskaala

N/M Vanus. . . aastat
Terve/haige
Haridus: alg, kesk, kõrgem
Haigus:
Enesetunnet võin hinnata viimasel ajal järgmiselt

| Enesetunde ilmingud | Hea | Rahuldav | Halb |
|---------------------|-----|----------|------|
| Meeleolu | | | |
| Teotahe | | | |
| Mõtlemisvõime | | | |
| Mäluvõime | | | |
| Enesekindlus | | | |
| Töövõime | | | |
| Endaga rahulolu | | | |
| Võime rõõmu tunda | | | |
| Kohanemisvõime | | | |
| Kontaktivõime | | | |
| Huvi ümbruse vastu | | | |
| Kehaline tervis | | | |
| Uni | | | |
| Isu | | | |
| Sugukihu | | | |

Selline enesetunne on mul esinenud viimastel päevadel/ nädalatel/ kuudel/ . . . aastat/ nii kaua, kui ennast mäletan.

Täname Teid kaastöö eest!

Tabel 2. Depressiivsete elamuste lühiskaala

N/M Vanus. . . aastat
Terve/haige
Haridus: alg, kesk, kõrgem
Haigus:
Viimasel ajal olen oma enesetundes märganud järgmist

| Enesetunde nähud | Ei esine | Esineb vähesel määral | Esineb tunduval määral |
|--------------------------------|----------|-----------------------|------------------------|
| Mälunõrkus | | | |
| Üksildustunne | | | |
| Rahuldamatus tööst/tegevusest | | | |
| Võimetus millestki rõõmu tunda | | | |
| Tahtejõuetus | | | |
| Kurvameelsus | | | |
| Alaväärsustunne | | | |
| Hingepiin | | | |
| Kartused oma tuleviku pärast | | | |
| Ärevus- ja pingetunne | | | |
| Elutüdimus | | | |
| Kehalised vaevused | | | |
| Unehäired | | | |
| Isutus | | | |
| Sugutungi nõrkus | | | |

Sellised nähud on mul esinenud viimastel päevadel/ nädalatel/ kuudel/ . . . aastat/ nii kaua, kui ennast mäletan.

Täname Teid kaastöö eest!

Tabel 3. Enesevaatluskaalade keskmised andmed tervetel ja depressiivses seisundis haigetel

| Näitaja | Terved | | | Depressiivses seisundis haiged | | |
|--|--------|-------|-------|--------------------------------|-------|-------|
| | N | M | Kokku | N | M | Kokku |
| Vaatlusaluseid | 36 | 26 | 62 | 33 | 21 | 54 |
| Keskmine vanus | | | | | | |
| aastates | 36,5 | 39,8 | 37,9 | 39,8 | 38,2 | 39,2 |
| Üldskaala keskmine koondhinne | 22,9 | 25,8 | 24,1 | 10,5 | 8,3 | 9,7 |
| Depressiooniskaala keskmine koondhinne | 7,1 | 7,3 | 7,2 | 19,5 | 19,0 | 19,3 |
| Kahe skaala koondhinnete vahe | +15,8 | +18,5 | +16,9 | -9,0 | -10,7 | -9,6 |

tatavad nii statsionaaris kui ka ambulatoorses praktikas. Uuritavate haigete instrueerimine skaalade täitmise suhtes võib toimuda nii suusõnaliselt (seda võib teha öde) kui ka trükitud juhendi abil. Patsient esitab täidetud skaalad arstile, kes saab operatiivselt ülevaate haige enesetunde struktuurist ja elamuste intensiivsusest. See on heaks aluseks nii haige edasise uurimise kui ka ravi kavandamisel. Arst saab pildi patsiendi enesetunde muutumisest resp. depressiivse seisundi remissiooni kujunemisest, kui ta laseb patsiendil mõningaste ajavahemike järel skaalasid täita korduvalt.

KIRJANDUS: 1. Beck, A. T. Depression. Clinical, experimental and theoretical aspects. New York, 1967. — 2. Cavanaugh, S. A. Ref. 12. järgi. — 3. Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Cervi, L. Psychopharmacol. Bull., 1973, 9, 13. — 4. Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. G. Personality structure and measurement. San Diego, 1969. — 5. Hamilton, M. J. Neurol., Neurosur. Psychiatry, 1960, 23, 56. — 6. House, A. In: Affective disorders in the elderly. Southampton, 1988, 6. — 7. Katz, M. M., Lyerly, S. B. Psychol. Reports, 1963, 13, 503. — 8. McNair, D. M., Lou, M., Droppleman, L. F. Profile of mood states (manual). Education and industrial testing services. San Diego, 1971. — 9. Moffic, H. S., Paykel, E. S. Br. J. Psychiatry, 1975, 126, 346. — 10. von Zerssen, D. Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1973, 217, 299. — 11. Zung, W. W. K. Arch. Gen. Psychiatry, 1965, 12, 63.

12. Коркина М. В., Иванов В. Психические расстройства при соматических заболеваниях. Руководство по психиатрии. М., 1988, том 2, 84. — 13. Никольская Е. А. Тер. арх., 1990, 62, 10, 109. — 14. Саарма М. М., Педакмяэ К. Р. В кн.: Развитие психиатрии и психофармакологии в Тартуском Университете. Тарту, 1981, 41.

Summary

Two self-rating scales for assessing depressive experiences. Depression is mainly a subjective state manifesting in a variety of inner psychic and psychosomatic experiences which may not appear in outer behaviour of the person. In order to enable to get a more complete review of subjective experiences of a person the author has constructed two supplementing each other self-rating scales. «Brief self-assessment scale» consists of 15 items characterizing most general features of one's self-perception and -feeling (e. g. mood, self-confidence, ability to rejoice, sleep etc.). The person has to mark one of three estimations (good = +2 points, sufficient = +1 point, bad = 0 point). The scale gives a picture about the structure and intensity of positive experiences (hedonia) of the person. «Brief scale of depressive experiences» consists of 15 most often depressive signs (e. g. sadness, worry, anxiety, pity etc.). The person has to mark one of three possibilities (this experience appears to a considerable extent = -2 points, to some extent = -1 point, not at all = 0 point). This scale gives a picture about the structure and intensity of active depressive experiences. On the basis of testing 62 healthy persons and 54 depressive patients following orienting criteria can be put forward: the score of the brief self-assessment scale less than 15 points, the score of the depression scale more than 15 points and a negative difference of two scores are characteristic of depression.

Резюме

Две шкалы самонаблюдения для оценки депрессивных переживаний. Депрессия является прежде всего субъективным состоянием, которое манифестируется в виде различных внутренних психических и психосоматических переживаний, не всегда проявляющихся во внешнем поведении человека. Для получения более полной картины субъективных переживаний человека автором выработан комплекс из двух шкал самонаблюдения. «Короткая

шкала самооценки» состоит из 15 показателей, характеризующих наиболее общие черты самоощущения и самооценки (напр., настроение, самоуверенность, способность радоваться и т. д.). Исследуемый должен отметить на шкале один из трех вариантов: хорошо (+2), удовлетворительно (+1) или плохо (0). Шкала характеризует структуру и интенсивность положительных переживаний, т. е. гедонии. «Короткая шкала депрессивных переживаний» состоит из 15 наиболее частых признаков депрессии (напр. угнетенность, страх, забота, жалость и т. д.). Исследуемый выбирает одну из трех оценок: это переживание имеется в значительной степени (—2), в умеренной степени (—1) или не имеется (0). Шкала характеризует структуру и интенсивность активных депрессивных переживаний. На основе исследования 62 здоровых лиц и 54 больных с депрессивными состояниями установлено, что для депрессивного состояния характерны сумма баллов по общей шкале меньше 15, сумма баллов по шкале депрессии более 15 и негативная разница баллов двух шкал.

*Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
psühhiaatria kateeder*

TERVISHOIUTOO KORRALDUS

UDK 614.2

Eesti terviseteabe hetkeseis ja võimalikud arengusuunad

Aili Volmer · Tallinn

Rahva tervisekultuur on üldkultuuri osa. Tervisekultuuri arendamiseks on oluline suurendada inimese huvi oma tervise vastu, aga ka kõigi ametkondade huvi rahva tervise vastu. Teame, et rahva tervis sõltub 10% arstiabist, 20% keskkonnast, 20% pärilikkusest ja 50% elulaadist.

1989. ja 1990. aastal korraldatud täiskasvanute küsitlus* näitas, et hüpertooniatõbe esines 19,5%-l, kroonilisi liigesepõletikke 12,4%-l, hingamisteede haigusi 8,4%-l ja neeruhaigusi 6,7%-l küsitletutest. Samal ajal hindas oma tervist heaks või väga heaks 24%, rahuldavaks 60,1% ja halvaks või väga halvaks ainult 11,9% küsitletutest. Ene-hinnangud ei ole kooskõlas objektiivse terviseseisundiga ja inimesed ei suutu oma tervisesse õigesti.

Haigestumise peamiseks põhjuseks Eestis pidas 39,3% küsitletuist stressi, halbu töötingimusi ja olmet, 13,0% arstiabi puudulikkust ja selle halba korraldust, 13% vale toitumist, 7,9% liikumisvaegust. Liikumisvaeguse alahindamist peetakse elanikkonna madala terviseteadlikkuse näitajaks. Enamik inimesi ei ole endale teadvustanud

* Uurimuse tegi EV Tele- ja Raadiokomitee Info- ja Arvutuskeskus Eesti Terviseteabe Keskuse tellimusel 1989. ja 1990. aastal (viimasel aastal koostöös Soomega).

tervise seisukohalt kõige olulisemat ohtu. Järeldus on ühene — tervise kaitseks on vajalik meedikute, psühholoogide, pedagoogide, majandusjuhtide vaheline koostöö.

Tervishoiu tähtsaimaks ülesandeks pidas 82,7% küsitletuist haiguste ennetamist, s.o. esmast profülaktikat, 13,0% arvas olulisemaks ravimist ja hooldust, 1,6% oli rahul olemasoleva olukorraga. Arusaadavalt tuleb tervise tugevdamisel ja säilitamisel seada esikohale teaduslikult põhjendatud terve eluviisi kujundamine lapseast alates ja haigestumise esmane profülaktika.

Inimeste tervisealaste teadmiste selgitamisel ilmnes, et 21,3% küsitletuist

oli saanud õpetust oma tervise kaitseks siis, kui nad olid juba haiged, 69,7% soovis saada arstidelt nõuannet tervisliku elulaadi kujundamisel, mida nad seni ei olnud saanud küllaldaselt. Järelikult peavad tervishoiutöötajad tervisliku elulaadi õpetamises enam osalema.

Tervishoiuteadmiste omandamise parimaks viisiks peeti otsest ja vahetut kontakti arstiga, s.t. elavsõnameetodit. Kiirinfo saamiseks eelistas televisiooni 52% küsitletuist, raadiot 38% ja trükiajakirjandust 36%.

On ilmne, et inimesed ei väärtusta oma tervist küllaldaselt. Esinevad lüngad tervisekasvatases, nii mõnigi kord

Eesti Vabariigis 1991. aasta III kvartalis registreeritud

Linn,
maakond

| | Kõhutüüfus | Salmonelloosid | Düsenteeria | Tõestatud etioloogiaga enteriidid | Ebaselge etioloogiaga gastroenterokollidid | Jersinioosid | Difteeria | Läkakõha | Meningokokknakkused | Leetrid |
|----------------------------------|------------|----------------|-------------|-----------------------------------|--|--------------|-----------|----------|---------------------|---------|
| Tallinn | — | 225 | 124 | 49 | 298 | 4 | — | 22 | 5 | 3 |
| Kohtla-Järve ja Ida-Viru maakond | | 138 | 53 | 46 | 86 | 1 | | 5 | | |
| Tartu | | 34 | 9 | 11 | 28 | | 1 | 5 | 2 | |
| Pärnu ja Pärnu maakond | | 72 | | 2 | 61 | | | 7 | | 2 |
| Narva | | 124 | 41 | 14 | 64 | 3 | | 1 | | |
| Lääne maakond | | 8 | 1 | 1 | 2 | | | 5 | | |
| Harju maakond | | 28 | 19 | 11 | 39 | | | 3 | | |
| Hiiu maakond | | 3 | | | | | | | | |
| Jõgeva maakond | | 18 | 7 | 4 | 33 | | | 1 | | 1 |
| Saare maakond | | 22 | 2 | 5 | 20 | | | | | |
| Järva maakond | | 99 | 4 | | 19 | 1 | | | | |
| Põlva maakond | | 6 | 7 | 4 | 12 | | | 2 | | |
| Lääne-Viru maakond | | 49 | 13 | 3 | 19 | | | 8 | 1 | 1 |
| Rapla maakond | | 1 | 3 | 3 | 14 | | | | | |
| Tartu maakond | | 11 | 5 | 4 | 15 | | | | | |
| Valga maakond | 1 | 3 | 9 | 4 | | | | 4 | | |
| Viljandi maakond | | 7 | 6 | 8 | 14 | 2 | | 5 | 3 | |
| Võru maakond | | 18 | 12 | 7 | 17 | | | 2 | | |
| Kokku | 1 | 866 | 315 | 176 | 741 | 11 | 1 | 70 | 11 | 7 |

ei ole see sihipärane. Vajalikul määral ei pöörata tähelepanu haiguse ennetamisele, vajadusele hoida ja säilitada tervist.

Lähtudes tervisekasvatuse hetkeseisu analüüsist ja küsitlusandmeist on vaja rõhutada tervisekasvatuse arendamise kolme tasandit. Need on riik, spetsialistid, inimene (üksikisik). Sellest tulevad ülesanded on järgmised.

1. Mõjutada inimese teadvust terve eluviisi vajalikkusest, suunata inimese käitumist varajasest lapseast alates, s. o. tervisekultuuri kujundamine, ja tõsta inimese vastutust oma tervise eest.

2. Arendada spetsialistide ettevalmis-

tamisel (Tartu Ülikool, meditsiinikoolid, täienduskoolitus) nende valmisolekut tervisekasvatuse ja esmase profülaktika läbiviimiseks.

3. Välja töötada seadusandlikud programmid, mis taotleksid tervisekasvatuse süsteemi loomist, reguleeriksid koostööd ametkondade vahel tervisliku eluviisi kujundamisel ja keskkonna mõjutamisel.

4. Suunata terve eluviisi propagandat tervise säilitamiseks ja kutsetöö ning väliskeskkonnaga seotud ohtude ärahoidmiseks. Selleks kasutada kõiki koostöövorme ja massiteabevahendeid.

Eesti Rahva Tervise Keskus

nakkushaigused (vorm 85)

| Puukentsefaliit | Viirushepatiit | Sellest A | | | Leptospiroos | Ägedad respiratoorsed viirusnakkused | Gripp | Tuberkuloos | Stüüfilis | Gonorröa | Sügelised | Pedikuloos | Puukborrelios |
|-----------------|----------------|-----------|----|---|--------------|--------------------------------------|-------|-------------|-----------|----------|-----------|------------|---------------|
| | | B | C | | | | | | | | | | |
| 14 | 57 | 46 | 8 | 3 | 4 | 10023 | 178 | 23 | 11 | 245 | 62 | 526 | 7 |
| 4 | 26 | 25 | 1 | | | 2664 | 21 | 4 | | 41 | 4 | 58 | 2 |
| 3 | 4 | 4 | | | | 1207 | 44 | 7 | 1 | 47 | 52 | 13 | |
| 5 | 4 | 4 | | | | 909 | 5 | 5 | | 22 | 4 | 1 | 2 |
| 2 | 20 | 16 | 4 | | 2 | 2566 | — | 5 | 13 | 71 | 6 | 360 | |
| | 3 | 3 | | | | 504 | 7 | | | 14 | 34 | 6 | |
| 7 | 9 | 7 | 2 | | | 1569 | 46 | 7 | | 36 | 6 | 2 | |
| | 1 | 1 | | | | 200 | 4 | 1 | | | 1 | 8 | |
| 1 | 3 | 3 | | | | 647 | 15 | 1 | | 5 | 28 | 16 | |
| | 8 | 8 | | | | 302 | 1 | 2 | | 12 | 8 | | |
| | 10 | 9 | 1 | | 1 | 431 | 7 | | | 13 | 8 | 5 | |
| | 2 | 2 | | | | 565 | 29 | 4 | | 6 | 10 | — | 1 |
| 3 | 8 | 8 | | | | 842 | 230 | | 1 | 21 | 6 | 2 | |
| | 4 | — | — | 4 | | 370 | 11 | | | 8 | 6 | 1 | |
| | 7 | 7 | | | | 874 | 35 | | | 17 | 18 | 111 | 1 |
| | — | | | | | 474 | 104 | 1 | | 5 | 4 | 19 | |
| 2 | 11 | 10 | 1 | | | 974 | 6 | | | 8 | 1 | 2 | |
| | 4 | 4 | | | | 854 | — | 4 | | 5 | 11 | 20 | |
| 41 | 181 | 157 | 17 | 7 | 7 | 25975 | 743 | 64 | 26 | 576 | 269 | 1150 | 13 |

Eesti Vabariigi tervishoidu iseloomustavad näitajad aastail 1989 ...1991 (jaanuar — juuni)

Tabel 1. Demograafiaandmed

| Näitaja | 1989 | 1990 | Kasv | 1991* | Kasv |
|--|-------|-------|------|-------|-------|
| Sünde | 12389 | 11925 | -464 | 10470 | -1455 |
| Elusalt sündinuid | 12299 | 11841 | -458 | 10391 | -1450 |
| Surnult sündinuid | 90 | 84 | -6 | 79 | -5 |
| Sündimus (‰-des) | 7,8 | 7,5 | -0,3 | 6,6 | -0,9 |
| Surmajuhete | 9332 | 10016 | 684 | 10144 | 128 |
| sealhulgas enesetappe | 199 | 208 | 9 | 205 | -3 |
| Suremus (‰-des) | 5,9 | 6,3 | 0,4 | 6,4 | 0,1 |
| Loomulik iive (‰-des) | 1,9 | 1,2 | -0,7 | 0,2 | -1 |
| Surnult sündinuid (‰-des) | 7,3 | 7,0 | -0,3 | 7,5 | 0,5 |
| Alla ühe aasta vanuses surnud laste arv | 189 | 146 | -43 | 125 | -21 |
| Imikute suremus (‰-des) | 15,2 | 12,1 | -3,1 | 11,4 | -0,7 |
| Surma põhjuste struktuur (‰-des) | | | | | |
| Infektsioon- ja parasitaarhaigused | 0,7 | 0,6 | -0,1 | 0,6 | 0,0 |
| soolenakkused | 0,1 | 0,0 | -0,1 | 0,0 | 0,0 |
| tuberkuloos | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 |
| muud | 0,3 | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,0 |
| Kasvajad | 17,1 | 15,3 | -1,8 | 16,8 | 1,5 |
| Südame- ja veresoonekonna haigused | 63,1 | 62,2 | -0,9 | 59,3 | -2,9 |
| hüpertooniatõbi | 0,6 | 0,7 | 0,1 | 0,6 | -0,1 |
| südame isheemiatõbi | 40,4 | 39,3 | -1,1 | 37,3 | -2,0 |
| ajuveresoonte haigused | 19,1 | 19,1 | 0,0 | 18,3 | -0,8 |
| muud | 3,0 | 3,1 | 0,1 | 3,1 | 0,0 |
| Hingamiseldite haigused | 2,7 | 2,8 | 0,1 | 2,6 | -0,2 |
| gripp, ülemiste hingamisteede katarr, | | | | | |
| pneumoonia | 0,6 | 0,8 | 0,2 | 0,9 | 0,1 |
| muud | 2,1 | 2,0 | -0,1 | 1,7 | -0,3 |
| Seedeeldite haigused | 2,3 | 2,5 | 0,2 | 2,3 | -0,2 |
| Muud haigused | 5,3 | 6,8 | 1,5 | 8,0 | 1,2 |
| Mürgitused, traumad | 8,8 | 9,8 | 1,0 | 10,4 | 0,6 |
| alkoholmürgitus | 0,8 | 0,9 | 0,1 | 1,1 | 0,2 |
| muud mürgitused | 0,3 | 0,2 | -0,1 | 0,4 | 0,2 |
| uppumine | 0,6 | 0,8 | 0,2 | 0,8 | 0,0 |
| enesetapp | 2,1 | 2,1 | 0,0 | 2,0 | -0,1 |
| tapmine | 0,6 | 0,8 | 0,2 | 0,7 | -0,1 |
| muud mürgitused ja traumad | 4,4 | 5,0 | 0,6 | 5,4 | 0,4 |
| Imikute surma põhjuste struktuur (‰-des) | | | | | |
| Infektsioon- ja parasitaarhaigused | 3,8 | 2,8 | -1,0 | 5,6 | 2,8 |
| soolenakkused | 1,6 | 0,7 | -0,9 | 0,8 | 0,1 |
| sepsis | 1,1 | 0,7 | -0,4 | 0,8 | 0,1 |
| muud | 1,1 | 1,4 | 0,3 | 4,0 | 2,6 |
| Hingamiseldite haigused | 12,2 | 6,8 | -5,4 | 8,8 | 2,0 |
| gripp, ülemiste hingamisteede katarr, | | | | | |
| pneumoonia | 12,2 | 6,8 | -5,4 | 8,8 | 2,0 |
| muud | — | — | — | — | — |
| Seedeeldite haigused | 0,5 | — | -0,5 | — | — |
| Kaasasündinud anomaaliad | 22,8 | 23,3 | 0,5 | 28,8 | 5,5 |
| Perinataalse perioodi patoloogia | 50,2 | 52,8 | 2,6 | 41,6 | -11,2 |
| Muud haigused | 6,3 | 6,8 | 0,5 | 8,0 | 1,2 |
| Mürgitused, traumad | 4,2 | 7,5 | 3,3 | 7,2 | -0,3 |

* Rahvastiku arv 1. jaanuari seisuga

Tabel 2. Tallinna tervishoidu iseloomustavad näitajad aastail 1989...1991 (jaanuar—juuni)

| Näitaja | 1989 | 1990 | Kasv 1991* | Kasv | |
|---|------|------|------------|------|------|
| Sünde | 3462 | 3283 | -179 | 2818 | -465 |
| Elusalt sündinuid | 3428 | 3251 | -177 | 2796 | -455 |
| Surnult sündinuid | 34 | 32 | -2 | 22 | -10 |
| Sündimus (‰-des) | 6,8 | 6,5 | -0,3 | 5,6 | -0,9 |
| Surmajuhte | 2556 | 2816 | 260 | 2850 | 34 |
| Suremus (‰-des) | 5,1 | 5,6 | 0,5 | 5,7 | 0,1 |
| Loomulik iive (‰-des) | 1,7 | 0,9 | -0,8 | -0,1 | -1 |
| Surnult sündinuid (‰-des) | 9,8 | 9,7 | -0,1 | 7,8 | -1,9 |
| Alla ühe aasta vanuses surnud laste arv | 68 | 53 | -15 | 39 | -14 |
| Imikute suremus (‰-des) | 18,0 | 15,3 | -2,7 | 13,3 | -2 |

* 1. jaanuari seisuga

Eesti Meditsiinistatistika Büroo

Soome Tervishoiuamet andis 1990. aastal soovitusi, mille kohaselt ei ole soovitatav süüa neid toiduaineid, mis sisaldavad suures koguses A-vitamiini. Eriti käib see soovitus rasedate kohta, sest loote väärarengute esinemine on saenenud. Nüüd on samasuguseid soovitusi andnud ka Saksamaa ja Inglismaa tervishoiuamet. Nii on sakslased hoiatanud rasedaid söömast rohkesti maksa, sest 100 grammis maksas on üle 3 mg (10000 RÜ) retinolipiide. Ingliseid ei soovita rasedatel süüa maksavorsti ega maksapasteeti.

Inglismaal on täiskasvanule soovitatav päevane A-vitamiini annus 750 µg (2250 RÜ). Raseduse ajal suureneb see annus 2700...3300 µg-ni (8000...10000 RÜ) ja imetamise ajal 1200 µg-ni (3600 RÜ).

Suomen Lääkärilehti, 1991, 12

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

UDK 616.3-008.1-072

Ultrasonograafia kasutamise kogemusi gastroenteroloogiaosakonna haigete uurimisel

Ene Lond Malle Jürgenson · Tallinn

ultrasonograafia, seedeelundite haigused

Gastroenteroloogiaosakonnas peaks üks esimesi uuringuid olema kõhupiirkonna ultrasonograafia, mis annab võimaluse optimaalselt koostada haige uurimise plaani.

Meie osakonnas tehakse ultrasonograafiat Z. Lemeško poolt soovitatud meetodika järgi modifitseerituna (3).

Vaja on uurida kõiki tähtsamaid elundeid ja struktuure ning tulemusi protokollida (ka haigusliku muutusega elund või struktuur). Märgitud peavad olema maksa, sapipõiesena ja -sisaldise, kõhunäärme, ühissapijuha, värati ja põrnaveeni, aordi, alumise õõnesveeni, neerude ning põrna uurimise tulemused (1).

Ultrasonograafia tegemiseks on vaja täpselt esitada uurimise eesmärk: kas konkreetse haiguse, konkreetsete patoloogiliste muutuste täpsustamiseks või kõhupiirkonna elundite ja struktuuride profülaktiliseks vaatluseks. Uuringu eesmärgi selge esitamine hõlbustab protseduuri ja lisavõtteid kasutades saame sageli anda täiendavat teavet.

Käesolevaga esitame 1048 haige uurimise tulemused, kusjuures uuringud on

tehtud ultrasonograafia SAL-32B «Toshiba».

Profülaktiline uuring tehti haigetele, kellel raviarst, tundes ultrasonograafia võimalusi, ei võinud arvata haiguslike muutuste olemasolu.

Tabelis on esitatud olulisemad ultrasonograafia näidustused ning sagedamad leiud. Profülaktilise näidustusega suunati uuringule 652 haiget, neist 83-l ($12,7 \pm 1,3\%$) leiti haiguslikke muutusi. Sagedamateks leidudeks olid sapikivid 18 haigel ($2,8\%$) ja neerukivid 13 haigel ($2,0\%$). 8 haigel ($1,2\%$) avastati pahaloomulised kasvajakud või nende metastaasid maksas (tabelis on esitamata üks lümfosarkoomijuht). 396 haigest, kes oli uuringule suunatud mõne haiguse või konkreetsete patoloogiliste muutuste täpsustamiseks, ei leitud olulisi muutusi 233-l ($58,8 \pm 2,4\%$).

Sapikivikahtlus leidis kinnitust 186 haigest 66-l ($35,5\%$). Kasvajametastaaside kahtluse tõttu ultraheliuuringule suunatud 37 haigest avastasime metastaasid 11-l ($29,7\%$). Peaaegu 1/5-l haigestest ($21,6\%$) aga leidsime sapikivid.

Kroonilise pankreatiidi kahtlusega suunati uuringule 32 haiget, kellest ühelgi ei leidnud kroonilisele pankreatiidile iseloomulikke ultrasonograafilisi tunnuseid (2). Järeldusi ei olnud võimalik teha 4 haige kohta, sest kõhunäärre oli neil nähtav vaid osaliselt.

Kõhunäärmetuumori kahtluse tõttu uuringule suunatud 41 haigest sedastasime ultrasonograafiliselt kasvaja tunnuseid 4 haigel ($9,7\%$), kellel diagnoos täiendavatel uuringutel ka kinnitust leidis. Haiguse kliinilise pildi järgi võis kahtlustada kõhunäärmetuumorit 3 haigel, ultraheliuuringul me aga vastavaid muutusi ei avastanud, kuna tegemist oli ümbritsevatest kudetest ehograafiliselt vähe erineva kasvajakoega. Hiljem kinnitus nende haigete kõhunäärme kasvaja diagnoos laparotoomial.

Portaalhüpertensiooni kahtluse tõttu oli uuringule saadetud 43 haiget, neist 15-l ($35,9\%$) esinesid portaalhüpertensiooni tunnused.

Niisiis umbes 13% -l haigestest leiti profülaktilisel uuringul muutusi, sagedamini sapi- ja neerukive ning pahalo-

Tabel. Haigete jaotumus olenevalt ultraheliuuringu leiust

| Näidustus ja uuritute arv | Ultraheliuuringu leid | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---------------|---------------------|--------------------|----------------------|---------------|--------------|
| | haiguslike muutusteta | sapikivid | kasvaja-metastaasid | kõhunäärme-kasvaja | portaalhüpertensioon | neerukivid | neerukasvaja |
| Profülaktiline n = 652 | 569 (87,3%) | 18 (2,8%) | 4 (0,6%) | 2 (0,3%) | 1 (0,1%) | 13 (2,0%) | 1 (0,1%) |
| Sapikivid n = 186 | 112 (60,2%) | 66 (35,5%) | — | — | 1 (0,5%) | 2 (1,1%) | — |
| Kasvajametastaasid n = 37 | 15 (40,5%) | 8 (21,6%) | 11 (29,7%) | — | — | — | 1 (2,7%) |
| Kõhunäärme kasvaja n = 41 | 23 (56,1%) | 5 (12,2%) | — | 4 (9,7%) | — | 1 (2,4%) | 2 (4,9%) |
| Krooniline pankreatiit n = 32 | 25 (78,1%) | 1 (3,1%) | — | — | — | 1 (3,1%) | — |
| Portaalhüpertensioon n = 43 | 23 (53,5%) | 2 (4,6%) | 1 (2,3%) | — | 15 (35,9%) | — | — |
| Neerukivid n = 50 | 30 (60,0%) | 2 (4,0%) | — | — | — | 13 (26,0%) | — |
| Neerukasvaja n = 7 | 5 (71,4%) | — | — | — | — | 1 (14,3%) | — |
| Kokku n = 1048 | 802 (676,5%) | 102 (9,7%) | 16 (1,5%) | 6 (0,6%) | 17 (1,6%) | 30 (2,9%) | 5 (0,5%) |

mulisi tuumoreid või nende metastaase. Seetõttu on ultrasonograafia näidustatud kõigil gastroenteroloogiaosakonda hospitaliseerituil.

Kasvajametastaaside kahtluse korral oli 1/3-l tegemist sapikividega. Sapikivid on ultraheliuuringul üldse kõige sagedam leid, meie andmeil 1048 haigest 102-l (9,7%). Ultrasonograafia on sapikivide diagnoosimiseks eriti kindel ja haiget vähe koormav uurimismeetod.

Kroonilisele pankreatiidile vastavaid ultrasonograafilisi tunnuseid esineb gastroenteroloogiaosakonna haigetel harva.

Kõhunäärmetuumori diagnoosimisel ultrasonograafia alati ei aita, eriti neil juhtudel, kui on tegemist ümbritsevatest kudedest ehograafiliselt vähe erineva kasvajaosaga.

Portaalhüpertensiooni tunnused erist kommenteeri ei vaja, küll aga arvame oma kogemuste põhjal, et maksa ja kõhunäärme difuusete protsesside kohta järeluste tegemine ultraheliuuringu abil ei ole sobiv. Sellised järelused on sagedamini ek-sidiagnooside ja iatrogenia allikaks kui diagnostiliseks abiks.

Ultrasonograafia teel avastatud ei või absolutiseerida, selle meetodi võimalustel on oma piir ja olulised muutused võivad jääda avastamata. Igal juhul ei või ultraheliuuringu leidu vormistada kui kliinilist diagnoosi.

Arvame, et need seisukohad ei vähenda selle uuringu tähtsust, vaid piiritlevad tema võimalusi täpsemalt. Kahtlemata on ultrasonograafia haigetele kahjutu ning suhteliselt informatiivne uurimismeetod.

KIRJANDUS: 1. Lond, E. Kogumikus: Gastroenterologia. Eesti NSV gastroenterologia I kongressi materjalid. Tallinn, 1989, 15. — 2. May, G., Gardiner R. Clinical Imaging of the Pancreas. 1987.

3. Лемешко З. А. Клини. мед., 1987, 2, 134—131.

Summary

Ultrasonography in gastroenterological practice. Ultrasonography was performed to 1048 patients for specifying certain diseases and pathologic changes or for prophylactic aims.

Prophylactic ultrasonography revealed different changes in 1/3 of cases, mostly gallstones (2,8 %) and kidney stones (2%). Tumors or their metastases were found in 8 cases (1,2%) of prophylactic sonographies.

Gallstones were verified in 35,5% and metastases of tumors in 29,7% of cases.

Typical signs of chronic pancreatitis are rarely found among the patients of our gastroenterological departments. It is very difficult to suspect tumors of pancreas in cases they do not differ certainly by echogenity from neighbouring tissues.

Ultrasonography can exactly reveal portal hypertension. At the same time we must be very cautious to diagnose diffuse changes of liver and pancreas, such conclusions may lead to erroneous diagnoses or iatrogenia.

Possibilities of sonography have their limits. The results of ultrasonography cannot be regarded as clinical diagnoses.

Резюме

Ультразвуковое исследование больных гастроэнтерологического отделения. Ультрасонография назначалась больным для уточнения определенного заболевания или патологических изменений либо в профилактических целях.

Исследовано 1048 больных. При профилактических осмотрах в 1/3 случаев выявлены изменения, большей частью желчные (2,8%) и почечные (2,0%) камни. У 8 больных (1,2%) при профилактическом осмотре обнаружены опухоли или их метастазы.

Наличие желчных камней подтвердилось в 35,5% случаев и метастаз опухолей — в 29,7% случаев.

Характерные ультразвуковые признаки хронического панкреатита у больных гастроэнтерологического отделения выявлялись редко. При опухолях поджелудочной железы трудно диагностировать изменения, которые по экзогенности мало отличаются от окружающих тканей. На наш взгляд, в существующих условиях диагностирование диффузных процессов печени и поджелудочной железы нецелесообразно, его результаты могут явиться источником ошибочных диагнозов или причиной ятрогенных заболеваний.

Возможности ультразвукового исследования имеют свои пределы. Считаем, что заключение ультрасонографии нельзя оформлять как клинический диагноз.

MÖTTEVAHETUS

UDK 616-022.6-07.07(474.2)(049.2)

Viroloogia õpetamine arstiteaduskonnas

Silver Jöks · Tallinn

Meditiinilise viroloogia arengule Eestis on oluliseks takistuseks olnud arstide, sealhulgas ka Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kasvandike nõrk viroloogiaalane ettevalmistus. Suurel määral on selle põhjuseks olnud meil kehtinud mikrobioloogia õppeprogrammid, milles viirustele oli pööratud õigustamatult vähe tähelepanu. Kuid sellegi minimaalse programmi realiseerimine on meil vähe efektiivne, sest Tartus puudub laboratoorne baas, mis võimaldaks anda üliõpilastele ettekujutuse viroloogiaalase töö nüüdistasemest. Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla tagasihoidlik laboratoorium ei suuda ju täita suure teaduskonna baaslaboratooriumi ülesandeid. Ei saa märkimata jätta ka tõsi-asja, et Tartu Ülikooli arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri koosseisus ei ole juba palju aastaid olnud viroloogi kvalifikatsiooniga õppejõudu.

Kõigi nende tegurite koosmõju tagajärjel on arstidel üpris umbmäärane ettekujutus viirustest ning viirushaiguste laboratoorsest diagnoosimisest. Sageli ei osata kasutada neidki nappe võimalusi, mida pakub meie viroloogia-teenistus. Tegemata jäetud analüüsides, valesti võetud või saadetud uurimismaterjalist ja anekdootlikult vormistatud saatekirjadest võiks näiteid tuua hulgaliselt.

Nüüd, mil õppetöö korraldamine on täielikult Tartu Ülikooli kätes, peaks

uute ja ajakohasemate programmide kehtestamine olema vaid aja küsimus. Seepärast tahaksin omalt poolt esitada soovitusi viroloogia õpetamiseks arstiteaduskonna üliõpilastele. Esitatu põhineb nii välismaa ülikoolide kohta saadud teabel (siinkohal tahaks eriti tänada prof. Nils Oker-Blomi ammendavate andmete eest Helsingi Ülikooli viroloogia kateedri töö kohta) kui ka allakirjutanu paljude aastate kogemusel koostöös sanitaar- ja epidemioloogia-teenistuse ning ravivõrgu arstidega.

Viroloogia õpetamine peaks jagunema obligatoorseks põhikursuseks ja fakultatiivkursuseks. Põhikursuse eesmärgiks on anda igale üliõpilasele üldteadmisi viiruste olemusest, nende kohast looduses ning tähtsusest inimpatoloogias ja viirushaiguste laboratoorse diagnoosimise põhimõtetest. Põhikursusele lisanduva fakultatiivkursuse ülesandeks on anda osale üliõpilastest põhjalikumaid teadmisi viroloogiast valmistamaks neid ette tööks viroloogialaboratooriumides.

Põhikursus omakorda jaguneb üld- ja eriviroloogiaks ning kliiniliseks viroloogiaks. Neist esimene on osa mikrobioloogiakursusest, kuid seda peavad lugema eriettevalmistuse saanud õppejõud, virooloogid. Kursus peaks lõpema hindelise arvestusega. Õppetöö põhivormiks on loeng, kuid programmi peaks võetama ka 2...4 kahe-kolmetunnist seminari (sümposiumi) mõne küsimuse (näiteks tähtsamate viirusrühmade iseloomustus, viiruste laboratoorse uurimise meetodid) põhjalikumaks läbitöötamiseks. Sümposiumide juhendajateks võiks kutsuda eriteadlasi ka väljastpoolt ülikooli. Üld- ja eriviroloogia loenguteks ning seminarideks peaks ette nägema 30...35 tundi. Omaette probleemiks kujuneb viroloogiaalase laboratoorse töö tutvustamine üliõpilastele. Seni, kuni Tartu saab ajakohase viroloogialaboratooriumi (selle rajamist tuleb igati forsseerida), on väljapääs vaid lühiajaliste õppereiside korraldamises Tallinna. Nii avaneks üliõpilastel võimalus vähemalt näha, kuidas töötab viroloogialaboratoorium.

Oma kätega töötamisest, nagu see on kombeks mujal maailmas, ei maksa esialgu unistadagi.

Üldviroloogiakursus võiks alata sissejuhatava üldistava loenguga viirustest kui haigusetekitajatest. Järgnevalt võiks käsitleda viiruste keemilist koostist ja ehitust, nende klassifikatsiooni, paljunemist ja ökoloogiat ning viirushaiguste patogeneesi, immunoloogiat, epidemioloogiat ja profülaktikat, samuti viirushaiguste laboratoorse diagnoosimise põhimõtteid.

Eriviroloogias peab allakirjutanu soovitatavaks rühmitada viirused nende poolt eelistatavalt rünnatavate elundisüsteemide järgi, näiteks esmajoones närvisüsteemi kahjustavad (polio- ja muud entero-, flavi-, toga-, rhabdo-) viirused, esmajoones hingamiselundeid kahjustavad (mükso-, paramükso-, ade-no- jt.) viirused. Selline lähenemine sunnib tulevase arste aegsasti omaks võtma tõsiasja, et samalaadseid haigusnähte võivad esile kutsuda väga erinevad viirused. See kergendab tulevikus mitme diferentsiaaldiagnostilise probleemi lahendamist.

Teine põhikursuse pool — kliiniline viroloogia — on osa kliinilise mikrobioloogia kursusest ja seda peab käsitleda tihedas seoses nakkushaigustega. Erilist tähelepanu tuleb pöörata viirushaiguste diferentsimisele muu etioloogiaga nakkushaigustest — nende epidemioloogilistele, immunoloogilistele ja ravi iseärasustele, laboratoorsele diagnoosimisele. Õppetöö vormiks on seminarid (sümposioonid), vähemal määral ka loengud. Viroloogia seisukohalt on eriti olulised seminarid sellistel teemadel nagu «AIDS», «Hepatiidid», «Gastroenteriidid», «Kesknärvisüsteemi infektsioonid», «Hingamisteede infektsioonid». Seminare juhendavad mitmesuguste erialade spetsialistid (klinitsistid, mikrobioloogid, virooloogid, immunoloogid, epidemioloogid) nii arstiteaduskonnast kui ka väljastpoolt.

Fakultatiivkursusel tuleks üksikasjaliselt käsitleda viroloogias kasutatavaid uurimismeetodeid (viiruste isoleerimine ja identifitseerimine, seroloogilised

reaktsioonid, luminescents- ja elektronmikroskoopia, immunoensüümanalüüs, radioimmunoloogilised meetodid, viiruslike nukleiinhapete uurimine jm.) ning nende rakendamist viirusrühmade iseloomustamisel ja viirushaiguste laboratoorsel diagnoosimisel. Teoreetilise ettevalmistuse (loengud) kõrval on eriti tähtsad praktilised tööd laboratooriumides, mis kätkevad kõne all olevaid meetodeid.

Programmide korrastamise kõrval on aeg mõelda ka viroloogia õppekirjanduse väljaandmisele eesti keeles. Kas on otstarbekas kohe üritada täiesti originaalse õpiku või käsiraamatu koostamist või piirduda algul mõne sobiva teose tõlkimise ja selle varustamisega meie olusid arvesse võtvate kommentaaridega, see sõltub üheks või teiseks tööks sobivate autorite leidmisest. Nii sugust raamatut oleks väga vaja nii üliõpilastele kui ka tegevarstidele.

*Riigi Tervisekaitsekeskus
Veeteede Tervisekaitsetalitus*

EESTI ARSTIDE LIIDUS

Eesti Arstide Liidu üldkogu koosolek toimus arstide päevade raames 9. oktoobril Tartus. Eesti Arstide Liidu presidendi Rando Truve avasõna järel said sõna ter-
vitusteks külalised Rootsi Arstide Teadusliidust, Soome Arstide Liidust, Rootsi Eesti Arstide Seltsist, Läti Arstide Liidust, Leedu Arstide Liidust ja Kanada Eesti Arstiteadlaste Seltsist. Külalised avaldasid rõõmu kohtumise üle vabas Eestis ning soovisid kontakte süvendada ja edaspidigi koostööd teha. Seni on arstide liit saanud materiaalselt abi humanitaarannetusena meditsiini heaks nii Soome, Rootsi kui ka Kanada kolleegidelt. Käivitumas on ka meie arstide täienduskoolituse projekt, mis näeb ette kümne arsti praktiseerimise Toronto kliinikutes igal aastal. Täiendust saanutelt oodatakse eelkõige nähtu-kogetu edastamist.

Heino Hanson andis põhjaliku ülevaate Eesti arstide organisatsiooni tekkest ja arengust käesoleva sajandi algusest kuni 1940. aastani, mil okupatsioonivõimu korraldusel Eesti Arstideseltside Liit likvideeriti. Praegune Eesti Arstide Liit peab end Eesti Arstideseltside Liidu juriidiliseks järglaseks. Seejärel tegi president R. Truve lühikokkuvõtte kahe üldkogu vahelisest perioodist. Põhjalik aruanne esitatakse põhikirja järgi kevadisel volikogu koosolekul. Eesti Arstide Liit võttis osa tervishoiupoliitika seadusandluse väljatöötamisest, valmistas ette liidu muutmist kutseliiduks, tegi üldpoliitilisi avaldusi jaanuarisündmuste aegu, suunas ühisabina saabunud saadetisi meditsiini-asutustesse, arendas väliskontakte.

Uueks Eesti Arstide Liidu presidendi kandidaadiks esitati Tartu Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonna juhataja Väino Sinisalu. Enne hääletamist tutvustas ta oma platvormi. Küsimusi oli ohtrasti ja need olid enamasti seotud Eesti Arstide Liidu kui kutseliidu moodustamisega. Lihthäälte enamusega valiti V. Sinisalu arstide liidu presidendiks kaheks aastaks.

Jaan Kelgu ettekanne oli Eesti Arstide Liidu tulevikust. Juba kevadisel volikogu koosolekul leiti, et on vaja ühtset arstide organisatsiooni, kutseliitu, kes võtaks endale ametiühingu funktsioonid (ametiühing mitte kui «kommunismi, majanduse ja juhtimise kool»). Siis jäi otsus vastu võtmata. Nüüdseks oli peetud diskussioone mitmel tasandil ning põhimõtteliselt olid kõik kohalolijad (üks vastuhääl) selle poolt, et Eesti Arstide Liidu tegevus läheks kutseliidu moodustamise suunas. Liikmemaksu otsustati hakata maksma 1% sissetulekust. Eesti Arstide Liidu liikmetele tehakse ettepanek astuda välja moraalselt vananenud ametiühingust.

Vältimatu on ka palgaliste ametikohtade moodustamine Eesti Arstide Liidu juurde, kes täielikult pühenduks võetud suuna realiseerimise tehnilistele üksikasjadele. President V. Sinisalu arvas, et eeltööd soovitud projekti realiseerimise alustamiseks võtavad 2...3 kuud aega. Heal juhul saab täie pingega tööd alustada uuest aastast. Oodatakse kõigi arstide toetust, sest meie turumajanduse poole liikuvus riigis saab vaid tugev, elujõuline organisatsioon midagi teha oma liikmete kaitseks tööturul konkurentsi tingimustes.

Silvia Rentel

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK [614.2+005](474.2) «1857/1863»

J. V. Jannseni tervishoiu- alased nõuanded rahvale ajalehes «Perno Postimees» aastail 1857. . .1863

Kuulo Kutsar · Tallinn

Johann Voldemar Jannsen, meditsiiniajakirjan-
dus, terviseharidus

«Perno Postimees ehk Näddalileht» hakkas ilmuma Pärnus 5. juunil 1857. aastal kirjastaja W. Bormi väljaandel ja Johann Voldemar Jannseni toimetamisel. Kultuuritegelasena ja avara silmaringiga inimesena mõistis J. V. Jannsen hästi, kuivõrd oluline oli anda rahvale arusaadavaid ja arstlikult põhjendatud tervishoiualaseid nõuandeid. Imselt ajendas teda neid küsimusi ajalehes käsitlema ka see teadmine, et arstiabi oli eestlaste enamikule tol ajal raskesti kättesaadav või hoopis kättesaamatu ning lühem tee kehaliste hädade korral viis neid posijate, nõidade ja tarkade juurde, kelle õpetuste õigsuses J. V. Jannsen kahtles. Seda ütles ta otseselt välja ka ajalehe veergudel: «On sul ihhohäda, siis kaeba seda õppinud arstile, agga ärra minne küllanaeste nou järrele sedda ja teist narri tempo tegge-ma.». On tõenäoline, et J. V. Jannsen sai ajalehes avaldatud tervishoiualaseid nõuandeid Pärnu linna ja ümbruskonna arstidelt ja apteekritelt.

Tervishoiualased nõuanded ilmusid ajalehes eraldi rubriigis nimetusega «Terwisse hoidmissesst» ning need puu-

dutasid väga erinevaid tervishoiu valdkondi. Ajalehe esimeses numbris soovitas J. V. Jannsen lugejatel tutvuda ka Tartus H. Laakmanni kirjastamisel ilmunud rahvapärase tervishoiu käsiraamatuga «Ma-rahwa Koddo-Arst», mida ta nimetas «üheks wägga tullulikuks arstimisse ramatuks».

Milliseid nõuandeid avaldas J. V. Jannsen «Perno Postimehes»?

Ühe tolle aja levinuma haiguse jooksva ravimiseks andis J. V. Jannsen järgmisi soovitusi: valutavaid liikmeid määrada kastaniõliga või panna peale kampripiirituses keedetud leivakoorkeste pudru ja belladonnaekstrakti segu mähis.

«Külma-tõwwe» vastu soovitas ta järgmisi vahendeid: 1) kolm päeva järjest kaks tundi enne külmavärinaid või pool tundi enne söömist võtta veega sisse teelusikatais ingveripulbrit, 2) esimeste külmavärinate ilmumisel võtta oksendamise rohtu. Külmavõetud kohti, muhkusid pidi määrima salviga, mis koosnes 24 loodist lambarasvast, 24 loodist searasvast ja neljast loodist rauaroostest, mida keedeti kuni musta värvuse saamiseni, seejärel lisati neli loodi tärpentini, kaks loodi «pergamottõli» ja kahe loodi «poomõliga» hõõrutud «Armenia Bulust».

Kõhast aitasid vabaneda: 1) kuum piparmündi-, pärnaõie- või raudrohuõiete koos meega; 2) tühja kõhuga iga päev mõne heeringamarja söömine; 3) hanerasvast, meest ja äädikast kokku keedetud segu; 4) paiselehe (üks osa) ja pruuni suhkru (kaks osa) segu; 5) sooja õlle segu mee ja munakollasega.

Kui lapsel oli kurk haige, tuli või kuumaks ajada ja seda natukehaaval lapsele anda.

Rohkesti pöörati nõuannetes tähelepanu haavade ravimisele. Lõikehaavad tuli võimalikult kiiresti kinni siduda linase riidega, mis kaeti pealt tiseri-liimiga ning mida hoiti haaval kuni paranemiseni. Põhjalikult anti nõu põletushaavade ravimiseks: valu kaotamiseks tuli põletatud koha peale puistata puusöepulbrit või hoida põletatud kohta kuuma vee sees umbes tund aega. Tekkinud villid kästi tunni aja pärast

lahti lõigata ja seejärel veel pool tundi vees hoida. Pärast seda pidi paranemine käes olema. Kui aga nahk oli põlenud ja lihagi kahjustatud, pidi haava iga päev üks kord kuumas vees hoidma. Pärast seda pidi haavale panema linase riide kaabet, kinni siduma ning külma eest hoidma.

Teise põletushaava ravimise võimalusena soovitati vill kääridega lahti lõigata, vedelik välja lasta ning määrida haava rohuga, mis koosnes ühest grammi «höllensteinist» ja kahest loodist vihma- või lumeveest, seejärel soovitati nahaservad haava peale tagasi tõmmata ning siduda kinni mageda või ga määritud linase riidega. Sidet pidi vahetama igal hommikul ja öhtul.

Ninaverejooksu korral pidi aitama see, kui kannatanu hoidis pea kohal seda kätt, kustpoolt ninasõõrmest rohkesti verd jooksis.

Organismi kergest külmetamisest võis tekkida haigus, mida J. V. Jannsen nimetas suluks (nimetav k. sulg). Sellest jagusaamiseks soovitati: 1) juua meega segatud sooja õlut, hoida jalad soojad ja kuivad ning jaheda tuule kätte higisena mitte minna; 2) ajada nisukliid kuumaks, hoida paljad jalad nende sees ning seejärel kuivad villased sokid jalga tõmmata ja nii magama minna; 3) enne magaminemist määrida ninasõõrmed sooja küünlarasvaga.

Vesitõbe raviti järgmiselt: esimesel kolmel päeval pidi haige sööma ühe sidruni päevas, seejärel kolm päeva kaks sidrunit päevas jne. kuni 18 sidrunini päevas. Pärast seda pidi sidrunite söömist vähendama päevade kaupa täpselt samamoodi nagu eelnevalt oli neid järjest suurenevas hulgas söödud. Lihasöömine oli keelatud. Kergendus saabus kuuendal nädalal ja tervis taastus kümnendal nädalal.

«Kiwwi haiguse» vastu pidi aitama kuivatatud toomingamarjade kõrvetatud jahust tehtud jook. Siiski pidi sage li ka arstide hea nõu siinjuures kalliks olema.

Rohkesti muret tekitas rahvale marutõbi, mida J. V. Jannsen ka «weejällestuseks» nimetas. Ta loetles järgmisi abinõusid, mis marutõbise looma

puremise korral pidid aitama: 1) koera hammustatud haavast tuli ila ja veri kupusarvega välja imeda ning joodkaaliumi haava sisse pritsida või seda soolveega töödelda; 2) mõni inimene oli lasknud puretud sõrmed maha lõigata; 3) haava tulise rauaga põletada või habemenõuga hambajäljed välja lõigata; 4) peene soolaga hõõruda haava, kuni see verd hakkab jooksuma, seejärel pesta haava kange soolveega ning hiljem, kuni «kärna peale kasvamiseni», hoida peal soolveega niisutatud linane riie; 5) panna haava sisse püssirohtu, see põlema süüdata, põlenud kärn pealt ära võtta ja haav vähemalt paar kuud «mäddal hoida».

Silmahaiguste ravimise kohta oli vaid üks viide, mis kinnitas, et ka raskete hädade korral aitas angerjamaksa sapp.

Näib, et möödunud sajandi teisel poolel valmistasid maarahvale suurt muret nahahaigused. Näiteks nimetas J. V. Jannsen lubiraiga õelaks haiguseks ning kirjeldas selle ravimise viisi, mida juba Otto Wilhelm Masing oli soovitanud: lõigata juuksed ära, leotada koorikud linaseemnepudruga lahti ja eemaldada, seejärel pesta pead väevli-veega ning öhtul määrida magedast searasvast ja väevlipulbrist koosneva salviga. Teise soovitusena järgi pidi pead määrima mageda searasva ja põletatud kärnkonna tuhast valmistatud pulbri seguga ning katma ööpäevaks niiske seapõiega.

J. V. Jannseni poolt kirjeldatud sügeliste ravimise võte oli üsna keeruline ning ebausuga läbi põimunud. Toodud retseptide alusel võis inimene rohtu saada ainult apteegist, edasine ravimine toimus kõvas saunaleilis ja rohelise seebiga pesemise teel. Arvestades neid kehvasid ja antisanitaarseid olusid, milles maanaised pidid sünnitama, oli igati hinnatav J. V. Jannseni püüe julgustada naisi minema last ilmale tooma ning naistehaiguste korral abi saama Tartu Ülikooli naistekliinikusse. Ta selgitas, et naine peaks kliinikusse minema kaks-kolm nädalat enne sünnitamist, ja kinnitas, et seal kantakse naise eest väga ausasti hoolt ning et koju pääseb kolm

nädalat pärast lapse sündimist. Juurde lisas ta, mis lihtnimese jaoks oli väga tähtis, et kliinikus olid arstiabi ja rohud tasuta, koju minnes anti veel pool hõberubla teeraha kaasa.

J. V. Jannsen tegi aastatel 1857... 1863 ära suure töö maarahva tervishoidlikul valgustamisel küllalt suure levikuga ajalehe «Perno Postimees» vahendusel. See oli ühtlasi püüe juhtida rahvas eemale posijate ja külatarkade ohtlikust ravihaardest. Selle asemele pakkus J. V. Jannsen üldtuntud rahvameditsiinilisi ravivõtteid ning, mis veelgi väärtuslikum, viis kirjasõna vahendusel tolleaegsed arstiteaduslikud teadmised rahva hulka. Pole põhjust kahelda, et J. V. Jannsen andis sellega olulise tõuke tervishoiuteadmiste levikule eestlaste seas.

Summary

J. V. Jannsen and his health advice column in the "Perno Postimees" newspaper in 1857—1863. J. V. Jannsen published a lot of valuable material on questions on sanitation and hygiene, folk medicine and medical treatment in his «Perno Postimees» in 1857—1863. This material was invaluable in educating the population in medical matters.

Резюме

Советы И.-В. Яннсена по здравоохранению в газете «Перно Постимеез» в 1857...1863 гг. В 1857...1863 гг. И.-В. Яннсен опубликовал в газете «Перно Постимеез» адресованные народу рекомендации в области здравоохранения, в которых он исходил из народной медицины и официальной медицинской науки того времени. Этим он содействовал распространению знаний по здравоохранению среди эстонского народа.

*E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut*

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Südame rütmihäirete elekterstimulatsioonravi- ja elektrofüsioloogiaalane kongress Euro-Pace '91 toimus 16...18. mail 1991 Lausanne'is. 70 ettekandes käsitleti rütmihäirete diagnoosimist, medikamentosset, elekterstimulatsioon- ja kirurgilist ravi, füsioloogilise stimulatsiooni põhiprintsiipe, implanteeritavate defibrillaatorite- kardioverteritega seonduvat, elekterstimulatsioonravi tehnilisi ja tehnoloogilisi aspekte.

M. Manz ja kaasautorid (Saksamaa) olid ühe aasta jooksul jälginud 32 tahhükardiavastase stimulaatoriga haiget (20 patsiendil nodaalne tahhükardia, 11 Wolffi-Parkinsoni-White'i sündroom, ühel Mahaimi sündroom). Stimulaatoriga osutus supra-ventrikulaarse tahhükardia kontrollimine võimalikuks kahel kolmandikul haigestest, ühel kolmandikul tuli täiendavalt kasutada arütmiaavastaseid ravimeid. Väärrib tähelepanu, et üheteistkümnest Wolffi-Parkinsoni-White'i sündroomiga haigest seitsemel kujunes stimulatsioonravi tulemusena välja püsiv kodade virvendus.

M. Truzzi ja kaasautorite (Poola) andmetel on südame isheemiatõvega haigetel arütmogeense reaktsiooni tekkimine arütmiaavastaste ravimite toimetel iseseisev riskitegur kardiale ja äkksurma suhtes. Patsiendid, kellel meksiletiin, propafenoon, disopüramiid või amiodaroon põhjustas paariliste ekstrasüstolite sagenemist või uute ventrikulaarse tahhükardia paroksüsmide teket, surid märgatavalt sagedamini ka pärast ravimite ärajätmist. Suurenenud suremus ei seostunud muude riskiteguritega (põetud müokardiinfarkt, langenud väljusfraktsioon, pikenenud QT-intervall jne.). A. Podczek kaasautoritega (Austria) jälgis varajase (kuni 48 tundi) vatsakeste fibrilatsiooniga müokardiinfarktiga haigeid. Uuringu tulemused kinnitasid seisukohta, et varajane vatsakeste virvendus ei mõjuta haigete prognoosi äkksurma suhtes, kuigi haiglast lahkumise ajal oli viiendikul uuritustest provotseeritav ventrikulaar-

ne tahhükardia või vatsakeste fibrillatsioon. L. Goedel-Meinen kaasautoritega (Saksamaa) ei leidnud seaduspärasust vatsakeste hilispotentsiaalide esinemises müokardiinfarkti esimesel kümnel päeval. Hilispotentsiaalide registreerimises oli päevade kaupa suur variaatsioon, ka ei seostunud nende esinemine kõrge gradatsiooniga ventrikulaarsete rütmihäirete esinemisega Holteri monitooringu andmetel.

H.-J. Trappe kaasautoritega (Saksamaa) ei täheldanud erinevust ventrikulaarse tahhükardia kirurgilise ravi tulemustes patsientidel, kellele elektrokardiograafiliselt esines üks või rohkem erineva konfiguratsiooniga arütmiaid. Jälgimisperioodil (38 ± 12 kuud) osutusid aga hilistulemused märgatavalt halvemaks nendel haigetel, kellele tahhükardia meenus Hisi kimbu parema sääre blokaadi, kuigi vasaku sääre blokaadile iseloomuliku kujuga tahhükardiatega sagedus oli olnud keskmisest kõrgem. Oma teise uurimuse tulemuste põhjal ei täheldanud samad autorid olulist erinevust tüsistuste (operatsiooniaegne ja hilissuremus, arütmia retsidiivid) sageduses haigetel, kellele ventrikulaarset tahhükardiat raviti ainult kirurgiliselt, ja nende haigete vahel, kellele tehti täiendavalt aortokoronaarne šunteerimine või aneurüsmektoomia.

R. Suttoni ja kaasautorite (Suurbritannia) ettekandest selgus flekainiidi tõhusus latentse siinussõlme düsfunktsiooni diagnoosimisel. Erinevalt intaktse siinussõlme haigetest pikendas ravimi manustamine annuses 2 mg/kg latentse siinussõlme düsfunktsiooniga haigetel korrigeeritud siinussõlme taastumise perioodi kestust keskmiselt kolm korda.

Bradükardiatega elekterstimulatsioonravi käsitlevates ettekannetes vaadeldi peamiselt stimulatsiooni DDD-režiimis ja füsioloogilist stimulatsiooni. M. Delay ja kaasautorid (Prantsusmaa) tutvustasid stimulaatoreid, mis intermiteeruva atrioventrikulaarblokaadi tekkimisel automaatselt lülituvad AAI-režiimilt üle hemodünaamiliselt soodsamale DDD-režiimile. C. Varini ja kaasautorite (Prantsusmaa) andmetel tuleb DDD-režiimil töötavate stimulaatorite puhul hemodünaamika seisukohast fikseeritud atrioventrikulaarse ülejuhtega aparatuuridele eelistada sagedussõltuva ülejuhtega aparate. U. Borst kaasautoritega (Saksamaa) esitas andmeid uudsete sagedussõltuvate stimulaatorite kasutamise kohta, mille sensor reageerib kehavõnkumistele vahemikus 1...10 Hz. Autorite arvates on need aparatuurid välisest müra vähem mõjutatud kui

seni kasutusel olnud alates 10 Hz tundlikkusega aparatuurid. M. Nürnberg ja kaasautorid (Austria) avaldasid arvamust, et QT-intervallist sõltuvate stimulaatorite konstrueerimisel tuleb arvestada intervalli ligikaudu 40 msek. suurusi ööpäevaseid kõikumisi. I. Omar kaasautoritega (Suurbritannia) oli jälginud patsiente, kellele pärast südame siirdamist implanteeriti püsistimulaator. Püsistimulatsioonravi osutus vajalikuks ainult siinussõlme düsfunktsiooniga haigetel, atrioventrikulaarse ülejuhte häired ei olnud kestvad ning nende puhul võis piirduda ajutise stimulatsiooniga.

M. Blocki ja kaasautorite (Saksamaa) esitatud andmete põhjal on implanteeritavad defibrillaatorid-kardioverterid, mille töö baseerub südame tsükli kestuse mõõtmisel, piisavalt tundlikud. 34 juhust, mil aparatuur lülitus sisse, oli 24 juhul tegemist monomorfse ventrikulaarse tahhükardiaga ja viiel juhul polümorfse tahhükardia või vatsakeste fibrillatsiooniga. Neli korda reageerisid aparatuurid siinustahhükardiale ja ühel juhul virvendusarütmiale. Seda tüüpi defibrillaatorite töökindlust kinnitas ka U. Winteri ja kaasautorite (Saksamaa) uurimus. Nad jälgisid kuni 66 kuu jooksul 23 patsienti. Keskmiseks defibrillatsioonide arvuks patsiendi kohta tuli 12 (vahemikus 0...94), 26%-l haigetest ei tekkinud vaadeldaval ajavahemikul ühtki eluohtliku rütmihäire paroksüsmi. Jälgimisperioodil ei esinenud tehnilisi rikkeid, põhiprobleemiks osutusid septilised tüsistused.

Allakirjutanu ja kaasautorite ettekandes esitati andmeid siinussõlme düsfunktsiooni kulu kohta erinevate südamehaigustega lastel.

Jüri Kaik

23...28. juunini 1991 toimus Washingtonis **XIV Rahvusvahelise Diabeediföderatsiooni kongress** (*International Diabetes Federation Congress*). See on üks suuremaid rahvusvahelisi suhkurtõvealaseid üritusi, mida korraldatakse iga kolme aasta tagant eri kontinendil. Nii oli XIII kongress Austraalias, XV kongress peetakse aga 1994. aastal Jaapanis. Eesti endokrinoloogid võtsid kongressist osa esmakordselt. Peale allakirjutanute viibis kongressil ka T. Podar, kes stažeerib Pittsburghhis. Eestist oli viis ettekannet.

Kongressi presidendiks oli tuntud USA teadlane Harold Ritkin. Osavõtjaid oli üle

kümne tuhande. Ettekandeid esitati ligikaudu kaks tuhat. Programm oli tihe. Tööpäev algas kell 8.00 ja lõppes kell 19.00. Viie päeva sisse mahtus 26 plenaettekannet, 93 sümposiumi ja 37 ekspertide istungit. Kokku kuulati 268 ettekannet, stendil esitati 1965 ettekannet. Programm oli jaotatud kolmeks: 1) teaduslik ja kliiniline osa; 2) haige hooldamine, selle organisatsiooniline külg ning koolitus; 3) suhkurtõbe põdejate ja nende sugulaste seksiooni töö.

Kongressi raamidesse mahtusid veel satelliitsümposiumid, mida peeti enne ja pärast peakongressi mitmes USA linnas. Nii korraldati näiteks Williamsburgis laste diabetoloogia ja diabeedi epidemioloogia alane sümposium. 27. juunil toimus esimene ülemaailmne diabeetikute päev, mille korraldamises osales ka Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon. Laialdast huvi pakkus kongressil ulatuslik näitus, mille maailma tuntumad firmad eksponeerisid oma kõikvõimalikku suhkurtõbe põdejate raviks ja teenindamiseks vajalikku toodangut.

Ettekannetes esitatust väärivad erilist rõhutamist, et viimase kolme aasta jooksul on saadud rohkesti uusi tulemusi suhkurtõbe molekulaargeneetika ja immunoloogia alal, samuti on tulemuslikult uuritud peptiidstruktuuride toime mehhanismi β -rakude destruktsiooniprotsessis. Huvi pakkusid andmed, mis näitasid glükoosi transporti tagavate valkude toimet (glükoosi transportöörid). Nende valkude geneetilise kodeerimise häired kutsuvadki nähtavasti esile insuliiniresistentsuse. Suurt tähelepanu pöörati mõned aastad tagasi identifitseeritud β -raku-valgule amülinile, mis on tähtis insuliinisõltumatu suhkurtõbe põdejate perifeerse resistentsuse kujunemisel. Veel kord tuleb märkida, et esiplaanil oli kongressil suhkurtõbe põdejate eest hoolitsemise ja nende eneseregulatsiooniga seotu.

Huvi pakkusid USA Rahvusliku Tervise Instituudi teadlaste ettekanded, kes leidsid, et diabeetilised retinopaatiad arenevad sageli juba aastaid enne insuliinisõltuva suhkurtõbe diagnoosimist. Nii USA-s kui ka Austraalias tehtud populatsiooniuuringud näitasid, et retinopaatia võib areneda 10...20%-l uuritute neli kuni kuus aastat enne suhkurtõbe manifesteerumist.

Suhkurtõve ja ateroskleroosi uuringud näitasid veenvalt, et veresoonte seinte muutused on seotud oksüdeeritud madala tihedusega lipoproteiinidega. Need lipoproteiinid toimivad makrofaagide retseptoritesse ning kutsuvad esile veresoone sise-

kesta kahjustusi. Oksüdeeritud madala tihedusega lipoproteiinid on tsütotoksilised ja immunogeensed. Ainevahetushäired suhkurtõbe põdejalte soodustavad nende lipoproteiinide teket ja järelikult intensiivistavad aterogeneesi. Sealjuures on ka väga oluline, et need lipoproteiinid glükosüleeritakse ateroskleroosi tekkes.

Suurt huvi äratasid ettekanded, mis käsitlesid kõhunäärme transplanteerimist. Häid tulemusi on saadud 60...70%-l opereerituist ning 50%-l püsisid need heana ka viis aastat pärast kõhunäärme transplanteerimist. Üldiselt aga soovitas enamik teadlasi transplanteerida koos kõhunäärme-ga ka neeru, mis parandab tulemusi veelgi. Sellele vaatamata jääb transplantatsiooni osas väga palju lahtiseks.

Eesti endokrinoloogide tegevus Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni raames laienes ning täiendati ka seniseid koostöölepinguid.

*Irina Kalits,
Mihhail Gus*

13...14. septembrini 1991 toimus Rootsis Uppsala Ülikooli kliinikus **Skandinaavia-maade pediatrite kardioloogide seltsi igaaastane konverents**. Tänavune oli seitsmeteistkümmes. Tänu Uppsala Ülikooli lastekardioloogiaosakonna juhataja Jan Sunnegårdi kutsele õnnestus allakirjutanut konverentsist osa võtta ning tutvuda ülikooli kliiniku õppetöö korralduse ja arstide igapäevatööga.

Konverentsil käsitleti laste südamehaiguste kirurgilise ravi aspekte. Maailmamainega morfoloog R. Anderson (Inglismaa) pidas loenguid südame kirurgilisest morfoloogiast ja demonstreeris huvitavamaid südamepreparaate. Prenataalse kardioloogilise patoloogia puhuseid lahangumaterjale tutvustas B. Beck (Rootsi). Kateeterravi ja balloondilatatsiooni rakendamist kaasasündinud ja omandatud südameveresoonte anomaaliatega ravis käsitlesid S. Quresh (Inglismaa), H. Oxhøj, B. Lundell, J. Sörland (Rootsi) ja P. Hosking (Kanada). E. Wallgren jt. (Soome) võrdles invasiivsete ja Doppleri uuringute tulemusi erineva ettevalmistuse ja staažiga lastekardioloogide materjali andmetel. Praktilisest igapäevatööst oli S. Sörlandi ettekanne, milles oli vaatluse all pikaajaline hapnikravi Downi tõvega lapse operatsiooniks ettevalmistamisel. G. Hedall (Rootsi) rääkis südamehaigete jälgimisest Rootsis.

Konverentsi teise päeva ettekanded käsitlesid kopsuveresoonte anomaaliate kliinilisi ilminguid ja äkksurma võimalust (H. OXHÖJ), Fontani operatsiooni hilistulemusi (E. Pesonen jt.), Fallot' rikete operatsiooni järgseid rütmihäireid (T. Paavilainen jt.) ning koronaarterite obstruktsiooni geneetilisi aspekte (G. Norgård jt.).

Skandinaaviamaade pediaatrite kardioloogide selts oli huvitatud koostööst Eesti Kardioloogide Seltsiga.

Tiina Juhansoo

IX üleliiduline dermatoveneroloogide kongress toimus 24. .27. septembrini 1991 Alma-Atas. Plenaaristungite päevakorras olid enamlevinud naha- ja suguhaiguste tõrje organisatsioonilised ja epidemioloogilised aspektid; uut nahahaiguste diagnoosimises ja ravis. Kongressist võttis osa ligikaudu 40 juhtivdermatoloogi 14 riigist, sealhulgas USA-st, Suurbritanniast, Saksamaalt, Prantsusmaalt, Itaaliast.

Sektsiooniistungitel käsitleti kutsenahaiguste epidemioloogiat, diagnoosimist ja profülaktikat tööstuses ja põllumajanduses, samuti sugulisel teel levivate haiguste diagnoosimist ja ravi, naha immunopatoloogiat, lümfoproliferatiivseid haigusi ning mükoloogiat.

Praegu on epidemioloogiline olukord nii nakkushaiguste kui ka suguhaiguste esinemise osas halb. Vähenenud on nõudlikkus nakkusallikate ja kontaktsete väljaselgitamisel ning koostöö vastavate ametkondadega, mille tagajärjel on haigestumine sugulisel teel levivatesse haigustesse suurenenud. Muutunud on ka haigestumise struktuur, vähenenud on nn. tavaliste suguhaiguste (süüfilis, gonorröa, pehme šanker, ingvinaalne lümfogranulomatoos) osatähtsus, tunduvalt on suurenenud haigestumine muudesse sugulisel teel levivatesse haigustesse (trihhomonooos, klamüüdiis, mükoplasmast põhjustatud uretriidid, viirusnakkused jt.). Kriitiliselt suhtuti kooperatiivide tegevusse, sest need on sageli komplekteeritud vähekvalifitseeritud kaadriga. Elavat diskussiooni põhjustas anonümkabinettide töö. Kõrge hinnangu andsid anonümkabinettide tööle tegevdermatoloogid, sest nende kabinetide külastatavus on suur ja, nagu on näidanud senised kogemused, haigusallikate avastamise protsent ei ole vähenenud. Küll aga jõuti üksmeelsele seisukohale, et anonümkabinettidesse tuleb lubada tööle ainult kõr-

ge kvalifikatsiooni ja eetikaga dermatovenerolooge.

Haigestumuse analüüsimisel rõhutati homoseksualistide osa sugulisel teel nakkavate haiguste levikus (K. Borissenko, M. Sakirov, L. Toporovski jt.). Peeti vajalikuks dispanseerida urogenitaalse infektsiooniga haiged (J. Halemmin jt.). Märkiti, et noorukite haigestumine suguhaigustesse on sagedanenud. Senisest suuremat tähelepanu nõuti lastedermatoloogia probleemide lahendamisele (laste jaoks raviasutuste loomine suurtes keskustes, lastedermatoloogia spetsiaalsuse kinnitamine jt.).

Suurt tähelepanu pöörati kongressil AIDS-ile. AIDS-i epidemioloogia käsitlemisel peeti vajalikuks kasutada senisest enam dermatoveneroloogide erialakogemusi. Kutsenakkuse ohtlikkusest ja selle profülaktikast AIDS-i korral rääkis D. Petzoldt, naha muutustest AIDS-i haigeil G. Steigleder (Saksamaa). Mõningaid vähe uuritud aspekte sugulisel teel levivate haiguste kohta esitas oma ettekandes G. Antal (Šveits). Ta rõhutas eriti tüsistuste ohtlikust naistele.

Põhjaliku ülevaate psoriaasi immunoloogia kohta andis I. Jablonska (Poola). Uut sidekoehaiguste diagnoosimises ja ravis käsitles H. Rowell (Suurbritannia). Lamisüüli efektiivsuse dermatomükooside ravis olid vaatluse alla võtnud T. Dzons ja V. Villars (Šveits). Pimafutsiini kliinilistest aspektidest rääkis M. Petru (Holland), zoviraksi efektiivsusest herpeetilise infektsiooniga haigete ravimisel N. Tin (Suurbritannia). Nüüdissaaavutusi sklerodermia ravis käsitles U. Hausteini (Saksamaa), pemfigist põdejate intensiivravi kogemusi deksametasooni ja tsüklofosfamiidiga D. Parrids (India), plasmafereesravi kogemusi dermatoloogilistel haigetel D. Marson (Itaalia) ning tsüklosporiini kasutamist psoriaasi korral L. Frey (Suurbritannia).

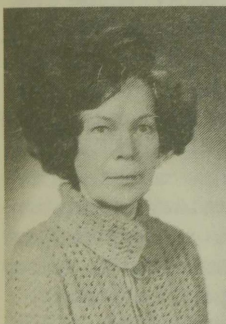
Eestist olid kongressi programmis N. Loogna ettekanne «Kutsedermatooside varajasesst diagnoosimisest» ning E. Elbergi ja J. Pariku « α -antitrüpsiini polümorfismist psoriaasi patogeneesis». Kogumikus avaldati peale kahe nimetatud ettekande veel H. Silma «Konstitutsionaal-allergilist tüüpi organismi formeerumist soodustavad tegurid loote- ja vastsündinueas atoopikdermatiidi-ga haigetel».

Valiti ka Üleliidulise Dermatoveneroloogide Seltsi uus juhatus. Seltsi esimeheks sai akadeemik J. Skripkin.

Herman Vahter

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uus meditsiinidoktor



18. mail 1990 kaitses NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Reumatoloogia Instituudi erialanõukogu ees doktori väitekirja «Kliinilis-eksperimentaalne põhjendus ja meetodika väljatöötamine humisooli kasutamiseks deformeeriva osteoartroosi puhul» Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur **Virve Sui**. Oponeerisid prof. V. Grigorjeva ja meditsiinidoktorid M. Ivanova ja V. Krikunov (Moskva). 19. oktoobril 1990 kinnitati V. Sui-le meditsiinidoktori kraad.

Väitekirja eksperimentaalosast selgub, et humisool on organismile kahjutu — ta ei ole toksiline, ei avalda kantserogeenset ega mutageenset toimet. Eksperimentaaluuringud on tehtud koostöös A. Küngi ja T. Veidebaumiga. Humisoolil on anaboolne, reparatiivset regeneratsiooni kiirendav, mittespetsiifilist resistentsust tõstev ja põletikuvastane toime.

Kliinilis-laboratoorsete andmete detailne analüüsimine on võimaldanud määrata humisooli koha osteoartroosi raviks kasutatavate ravimite seas. Kliiniliste sümptomide ja laboratoorsete näitajate muutuste jälgimise alusel on antud osteoartroosihagete humisoolravi põhjendus ja kasutamise juhised. Arvesse on võetud haigusprotsessi ulatust, haiguse staadiumi, sünoviiti, reaktsiooni preparaadi süstimisele ja ravi tulemust. Humisooli toimet on võrreldud rumalooni toimega representatiivsetel haigetel.

Materjali kogumine väitekirja jaoks on V. Sui pikaajalise ja järjekindla organi-

satoorse, eksperimentaalse, kliinilise ning laboratoorse töö tulemus. Väitekirja teemal on avaldatud 47 publikatsiooni, osa neist välismaal. Üldse on V. Sui ilmunud üle 100 teaduspublikatsiooni ja ta on saanud kaks ratsionaliseerimistunnistust.

V. Sui rakendas koos humisooli looja E. Keele ja instituudi teiste töötajatega humisooli tööstuslikku tootmist. Selleks tuli humisooli uurida eksperimentaalselt, osaleda tema kliinilises aprobeerimises, teha sellest kokkuvõtteid, koostada ja täiendada kasutuselevõtu dokumente, esitada ja kaitsta neid NSV Liidu Tervishoiu-ministeriumi Farmakoloogia ja Farmakopöa Komitees ning Valmisravimivormide Peavalitsuses. 1972. aastal jõuti nii kaugele, et Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas võis alustada humisooli tootmist.

V. Sui on sündinud 28. märtsil 1926 Läänemaal arsti perekonnas. 1951. aastal lõpetas Tartu Ülikooli. Alates 1953. aastast on töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis. 1962. aastal kaitses kandidaadiväitekirja, mis käsitles tuberkuloosiravimite toimet katseloomade närvisüsteemisse. 1970. aastal sai ta vanemteadurikutse biokeemia alal. V. Sui on Eesti Reumatoloogide Seltsi sekretär. 1981. aastast alates on töötanud instituudi kurortoloogiaosakonnas.

Reinhold Birkenfeldt

UDK 616-08

Perekonnateraapia

Helga Kangro

Mis on perekond?

Rootsi entsüklopeedia definitsiooni järgi on perekond «pidev ühtekuuluvus mehe, naise ja laste vahel». Selle definitsiooni kaks tähtsamat sõna on «pidev» ja «ühtekuuluv». Sellega moodustab perekond ühe loomuliku psühhotsiaalse ühiku.

Inimene elab harva üksi nagu eremiit. Tavalisem on kollektiivne elamine vanemate ja lastena. Perekonnaliikmete arv vaheldub. Tavaline on perekonna juurdekasv: lapsed sünnivad, perekonnaliikmete arv kasvab.

Praegusel ajal ei ole formaalselt abiellumine enam nii tähtis. Minnakse lihtsalt kokku elama. On kaunis tavaline, et perekonnas on «sinu», «minu» ja «meie» lapsed. Minnakse taas lahku — ja sellega tekivad uued rühmitused.

Minu kavatsuseks ei ole aga praeguse

Helga Kangro on lõpetanud Karolinska Instituudi arstiteaduskonna Stockholmis. On peamiselt töötanud psühhiaatrina. 1963. aastast alates lastepsühhiaatrina: 1963—1969 Västerasis ja 1969. aastast Göteborgis. Töötab praegu Mõlndali haigla lastepsühhiaatrilises vastuvõtus ülemarstina. 1970-ndate aastate alguses tegi töö kõrvalt kolmeaastase väljaõppe grupipsühholoogia alal, mis oli vajalik, et moodsas psühhoteraapias teadmisi omandada. Väljaõpe oli nii teoreetiline, kirjandusseminaride näol kui ka puhtpraktiline, grupitööna seminarides. Õpetajateks olid Norra ja Taani psühhoteraapid, seminaride juhtideks tuntud psühhoteraapid USA-st.

aja kollektiivnähtuste kirjeldamine, vaid püüe anda lühikest ülevaadet perekonnateraapia põhimõtetest. Perekonnateraapia — individuaalteraapia asemel või alternatiivne viimasele — ei olegi ajas väga kaugele tagasiulatuv, s.t. formaalsel ja aktsepteeritud kujul.

Võiks öelda, et perekonnateraapia sai oma alguse 1950—60 paiku, kasvas tugevamaks 1970-ndatel aastatel ja on tähtsa ravimenetlusena üha enam aktsepteeritud igapäevases psühhoteraapias 1980-ndatel aastatel.

Nagu muudki erinevad psühhoteraapia koolkonnad, millel teoreetiline aluspõhi, on perekonnateraapia alguse saanud USA-st ja sealt levinud Euroopa maadesse, nii ka Skandinaaviasse. Siinkohal võiks nimetada ka Euroopas alguse saanud nn. Milaano koolkonda (Selvini-Palazzoli), kus isegi väga raskete sümptomidega, nn. psühhoosidega laste juures (kes varem ainult vaimuhaiglasse saadeti) on perekonnateraapiat, niisiis kogu perekonna teraapiat kasutatud.

Lisaksin, et perekonnahäired on tüüpilised, või siis tulevad ilmsiks, nn. jõukamates maades. Majanduslikus kitsikuses maadlevates maades on inimestel äraelamine esmase tähtsusega. Arusaadavalt ei jaksa perekonnad tegelda omavaheliste suhete parandamisega, kui nälg ja janu ja peavarju puudumine on igapäevaseks mureks.

Niisiis — perekonnateraapiat võib defineerida järgnevalt: perekonnateraapia on psühhoteraapia ühes loomulikus süsteemis — perekonnas — kus terapeudi sekkumine puudutab kõiki perekonnaliikmeid, kes kõik peavad osa võtma. Tulipunkt on sellega nihkunud üksikisikult kogu ühikule, mis on selle isiku igapäevaseks keskkonnaks.

Filosoofiliselt võiks seda nähtust kirjeldada järgmiselt: näilised vastandlikused on olenevad teineteisest. Võiks öelda, et perekond automaatselt ehitab üles oma mikrokosmose ühiskonna makrokosmose.

Kui veelgi sügavamale tungida perekonnateraapia põhimõtetele ja perekonnas esinevatesse, tihti peidetud, suhtlemisprobleemidesse, võiks öelda, et

ühe perekonnaliikme näiline psüühiline häire on terve inimese marguandeks asiaolust. et perekonnas kui ühikus on midagi korrast ära.

Üks lihtne võrdlus: kui vaadelda malemängu, ei jätku ainult erinevate malendite vaatlemisest, vaid peab tähele panema, kuidas ühe malendi nihutamise mõjub teiste positsioonidele. Jätkates sama teooriat, näeme, et kui ravija-terapeut sekkub perekonnasüsteemi, siis tekib uus süsteem, parimal juhul terapeutiline süsteem.

Perekonnaterapeudi ülesandeks on aru saada kogu perekonna süsteemi piirjoontest ja mitte seda näha juhuslike ühikute kuhjumisena. Alles pärast nende piirjoonte selgitamist võib õige teraapia alata. Loomulikult on hädavajalikuks eelduseks perekonna motivatsioon raviks. Samuti on oluliselt määrav perekonnaliikmete oma ootused, mis suhtes nad muudatust loodavad saada perekonnaterapias käimisega. See eelnev on kogu ravimenetluse aluseks.

Üks mõiste, mis tihti esineb perekonnaterapias, on «homöostaas», s.t. sama seisund, keeldumine muudatustest, mida süsteem ei aktsepteeri. Homöostaas võib teatud juhtudel olla kaitserüüks, aga sageli on see negatiivne, takistab psüühilist kasvamist, muutumist, loovaid lahendusi. Homöostaas «kaitseb» perekonda väliste stressitegurite vastu ja seda võiks kutsuda funktsionaalseks kaitseisundiks.

Nõndanimetatud «perekonnasaladused» tekivad siis, kui on otsustatud teatud ainestikku mitte avaldada, välja poole suunatud kanalid tuleb sulgeda. Selle asemel, et teha sisevaatlusi, leitakse väline, marginaalne «süüdlane». Tavaliseks näiteks on, kui lapse häirete puhul süüdistatakse kooli, et pääseda perekonna «saladuste» avaldamisest. Siinkohal pean tähendama, et vahel on häirete põhjus toepoolset koolis ja alati ei tarvitse terapeudid «vigu» ainult perekonnas otsida!

Kui aga terapeut arvab perekonnasüsteemi häire avastanud olevat, võib ta näiteks esitada küsimuse: miks te väldite millestki rääkimast, selle asemel.

et kogu aeg toonitada lapse halba käitumist koolis?

Tähtis termin on nn. «identifitseeritud patsient». Lastepsühhiaatrias kutsutakse seda lihtsalt «IP» või «sümptomikandjaks», niisiis marguandjaks väära süsteemi olemasolust.

Ravipraktikas on kaks meetodit väga olulised: esiteks, perekonnaga kokkusaamisel tuleb intervjuerimisel kasutada ringküsitleuse meetodit (küsida samale küsimusele vastust kõikide perekonnaliikmete käest) nn. lineaarse intervjuutehnika asemel (kogu aeg ühe isiku käest vastust saada ja kohe minna üle järgmise küsimuse juurde) ja teiseks, tuleb endale üles seada hüpotees, mis võiks seletada perekonna häired. Võimalik on, et vahel on esimene hüpotees vale ja selle paikapidavust tuleb hiljem revideerida.

Siinkohal tahaksin tähelepanu juhtida ka sellele, et perekonnaterapia efektiivsuse põhialuseks on muidugi vajalik, et terapeutil on hea väljaõpe ja kogemused. Kui väljaõpe on puudulik või puuduvad kogemused, tuleb olla väga ettevaatlik nii intervjuutehnikaga kui ka hüpoteeside kasutamiselega. Muidugi, perekonnaterapia on sedavõrd pingutav ka terapeutile endale, et tavaliselt on kaks terapeuti, kes perekonnaga kohtuvad, teine on nn. «kaas-terapeut». Ideaalne oleks, et kaas-terapeutideks oleksid mees ja naine, kuigi see tegelikkuses alati võimalik ei ole. Ideaalne oleks ka see, et need kaks terapeuti teineteist hästi tunneksid ja teineteisele vastu ei tööta. Neid võiks võrrelda kahe pianistiga, kes neljakäeliselt klaverit mängivad — ja seda on võimalikult kaua koos harjutanud. Sellised ideaalsed tingimused ei ole kaheks alati praktiliselt võimalikud.

Veel üks aspekt, millest terapeut peab teadlik olema: ta peab ettekujutuse saama vanemate tagapõhjast. Näiteks, mõnikord võib öelda, et lapse ema ei ole ise lahti saanud tütre rollist oma ema suhtes, või lapse isa poja rollist oma isa suhtes. Kogenud terapeutil tuleb selgitada neid vanu «kummitusi» ja vabastada jõude, mis on positiivsed.

Veel kord: psühhoterapeudi ülesandeks on aru saada perekonna kommunikatsioonisüsteemist, perekonnaliikmete sisemistest allianssidest ja koalitsioonidest, rollidest, mida eri perekonnaliikmed esindavad ja kuidas need perekonnasüsteemi mõjutavad.

Perekonnatüüpe kutsutakse traditsiooniliselt «suletuteks» ja «väljapoolepöörduvateks».

«Suletud» perekondade sissepoolepööratud traagikat on näiteks paljud kirjanikud kasutanud oma suguvõsakroonika kirjutamisel. Võiks nimetada John Galsworthy, Thomas Manni, T. S. Eliotti. Tüüpnäiteks paistab olevat USA lõunaosariikide tugev perekonna kokkukuuluvus «iga hinna eest» mitte paljastada perekonna saladusi väljaspoole. Sellistest perekondadest on kirjutanud näiteks Tennessee Williams, William Faulkner ja viimasel ajal Pat Conroy.

«Väljapoolepöörduvad» perekonnaga saab terapeut **muidugi** kergemini kontakti, **aga ähvardavad** ohud on ilmsed: näiliselt väljapoolepöörduvad perekond deklareerib seda, mida ta ise aineks valib. Näiteks väljapoolepöörduvad perekond võib olla hoopiski desorganiseeritud või ka homöostaatiline.

Milline on siis ideaalne perekond? Vaevalt et neid esineb, kuna olen siin üles seadnud hoopis rängad kriteeriumid. Traditsiooniliselt peetakse positiivseks, kui perekond on n.ö. dünaamiline, perekond, kel on võime oma liikmetest aru saada ka sügavamal pinnal ja teineteise erinevusi respektierida.

Nüüd veidi praktilist seletust perekondadega kohtumise kohta, näiteks ühel lastepsühhiaatrilisel vastuvõtul. Tavaline on, et palume kogu perekonda, ka väikesi lapsi kaasa võtta esimesele kohtumisele. Hiljem on igasugused alternatiivid tavalised, näiteks võib keskenduda ainult lastevanematele või redutseeritud perekonnale ainult ühe lapsega, võib ka nii olla, et abielupaar käib omaette teraapias ja laps individuaalteraapias samal ajal jne.

Ajaliselt võtab kokkusaamine vähemalt tund või poolteist, tavaliselt üks kord nädalas. Tavaks on teha «kont-

rakt» perekonnaga kokkusaamiste arvu osas: näiteks on vaja kolme korda selleks, et üldse diagnoosi teha — ja siis tavaliselt jätkatakse. Kui keskenduda ainult ühe selgelt defineeritud häire peale, piisab viiest-kuuest kohtumisest, mida nimetatakse lühiteraapiaks. Harilikult on tarvilik pikem periood, kas ühe aasta või veel pikema aja vältel.

Respekt perekonna vastu on minu kogemuste kohaselt perekonnaterapeudi juures äärmiselt tähtis. Võib ette kujutada, kui palju ängistust on perekond juba tundnud, enne kui ta nii kaugele jõudis, et abi otsida.

Kui perekonnas on «saladusi», kui on liiga palju näilist avameelsust, kusjuures aga kõneldakse ainult väheolulistest seikadest, kui näiteks tähelepanu keskpunktis on mõne lapse häired, selle asemel et kõnelda vanemate rollitaitmise puudustest, siis peab terapeut alati oma kuulaja osast teadlik olema. Terapeudina tuleb aktsepteerida, et perekonnal on mingi põhjus selleks, et peitemängu tegelikkusega mängida. Seda põhjust tuleb aialiselt respektierida, mitte moraliiseerida, mitte protsessi peale suruda. See kõik nõuab suurt kannatlikkust, tuleb olla vahel kaunis passiivne, aga samas tähelepaneliku ja teadliku kuulaja osas. Tuleb olla nn. tundebaromeeter perekonna suhtes, lootusega, et perekond ise probleemi lahenduseni välja jõuab. Sel juhul on lahendus perekonna tegelikkusele põhinev ja mitte terapeudi teooriale. Alati ei ole muidugi lahendus optimaalselt «õige», aga tee on leitud õiges suunas ja muudatus on toimunud.

Lõpuks: üks oluline mõiste psühhoteraapias, nii individuaal- kui ka perekonnateraapias, on «timing». «Timing» tähendab «õiget hetke».

Kujutagem ette noort ja energilist perekonnaterapeuti, väheste kogemustega. Ta on seadnud üles õige hüpoteesi, kasutanud ringküsitletuse meetodit. Tal on «ahaa!» — elamus ja lahendus käes. Suure vaimustusega asub ta töö kallale, kasutab oma komplitseeritud terminoloogiat ja seletab perekonnale ära, «milles viga on».

Perekond aga ei ole üldse oma terapeutilises protsessis nii kaugele jõudnud, ei saa aru terapeudi mõttekäikudest, haavub ja lõpetab terapeudiga kohtumise täielikult. Terapeut on oma heast kavatsusest hoolimata löönud vale akordi.

See näide on muidugi liialdatud, aga kaхиuks siiski aeg-ajalt esinev. Jalle tuleb meenutada mõisteid: kannatlikkus, respekt ja küllaldane kogemus inimeste-perekondade reaktsioonide suhtes. «Iga asi omal ajal» on tarvilik meeles pidades ka kõige kogenenumal perekonnaterapeudil.

Autori kirjaviis muutmata

Elus püsimiseks toodavad sääsed mittespetsiifilisi esteraasensüüme. Nende hulga suurenemisel suudavad nad lagundada isegi orgaanilisi fosfaate.

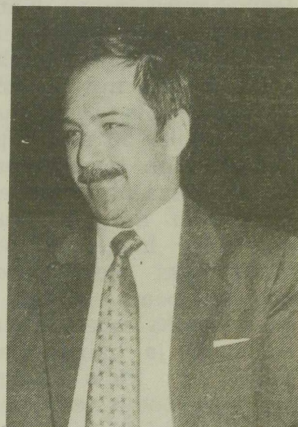
Prantsuse teadlased uurisid maailma erinevatest piirkondadest pärinevaid *Culex pipiens*'i esteraasigeene ja avastasid, et esteraasigeen B2 on ühesugune kõikidel sääskedel sõltumata sellest, kust nad püütud olid. Ilmselt on esteraasigeen B2 tekkinud mitmel pool maailmas putukamürkide poolt esile kutsutud valiku tulemusena. See geen funktsioneerib väga hästi ning on inimtegevuse tagajärjel levinud üle maailma. B2-geeni ainulaadsust kinnitab see, et muid vastavaid resistentsusmehhanisme ei ole sääskedel seni avastatud.

Sellise geeni olemasolu sääskedel viitab sellele, et uute putukamürkide kasutusele võtmisel on võimalik resistentsuse veelgi ulatuslikum kujunemine. Uurimise tulemused olid esimesed, mis kinnitavad looduslike populatsioonide geenide võimet levida erinevatele mandritele mõnekümne aasta jooksul. Ühtlasi viitab see selektsiooni omadusele soodustada ainulaadsete geenide tekkimist. Inimtegevus on olnud see tegur, mis on soodustanud muutunud geneetilise materjali levikut. Järelikult on see osake tänapäeval kulgevast evolutsioonist.

INTERVJUU

Eesti tervishoiu eesmärk — tervis olgu auasi ja haige olla kahjulik

Andres Ellamaa on sündinud 1944. aastal. 1962. aastal lõpetanud Tallinna 1. Keskkooli ja 1968. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Pärast seda õppis ta kaks aastat kliinilises ordinatuuris neurokirurgia erialal



Tallinna Vabariiklikus Haiglas ning aastail 1971. . . 1974 oli Tartu Ülikooli neuroloogia ja neurokirurgia kateedri aspirant. Teadustööga on tegelnud alates III kursusest Üliõpilaste Teadusliku Ühingu neuroloogiaringis. Trükkis avaldanud umbes 40 teadustööd, neist mõned Nõukogude Liidu teadusajakirjades. Kandidaaditöö «Ühe- ja kahe-mõõtmeline ehhoentsefalograafia peajuhaiguste diagnoosimisel» valmis 1974. aastal, mida samal aastal ka kaitses.

Pärast aspirantuuri lõpetamist töötas neurokirurgina Tallinna Vabariiklikus Haiglas

ning neurokirurgiaosakonna juhatajana Tallinna Kiirabihaiglas. On kõrgema kategooria neurokirurg.

A. Ellamaa on olnud Eesti Arstide Liidu eestseisuse liige, praegu Eesti Arstide Liidu volikogu liige. Eesti Vabariigi tervishoiu-ministrina on töötanud 1990. aasta aprillist.

Kas dr. A. Ellamaa jõudis poliitikasse ja valitsusse Eesti Arstide Liidu asepresidendina ning Rahvarinde kaudu või sõltumatu arstina?

Arvan, et poliitikasse ja valitsusse jõudsin ma eelkõige sõltumatu arstina, võib-olla osalt ka sellepärast, et mul jätkus aega ja tahtmist esineda juba sügaval stagnaajal mõne kirjutisega meie arstiabikorralduse teemadel ja ilmselt need jätsid mingisuguse jälje. Olin ka Rahvarinde volikogu liige, kuid ma ei ütleks, et oleksin seal kuigi-võrd silmapaistev Rahvarinde poliitika mõjutaja olnud. Mul pole olnud ambitsioone, mis oleksid mind kunagi mingisse parteisse viinud. Ja seega pole mul olnud vajadust kusagilt ka välja astuda.

Olete olnud hea sulega kirjamees. Praegu rajate n.-ö. oma kätega Eesti Vabariigi tervishoiusüsteemi. Kunas on loota selle vahetu osalise probleemikäsitlust ja mõttevahetust meie arstikonnaga?

Me ei raju uut tervishoiusüsteemi. Eesti Vabariigis oli tervishoiusüsteem juba enne sõda, oli ka 50 aastat pärast 1940. aastat. Tegemist on tervishoiusüsteemi ümberkujundamisega nii, et sellest oleks enam kasu inimestele ning et kujuneks normaalne vahekorid haige ja arsti vahel. Kõige olulisemaks meie uues tervishoiusüsteemis aga pean ma seda suunda, et jõuaksime lõpuks ometi sinnamaani, kus tervis on auasi ja haige olla on kahjulik. On selge, et kõiki haigusi ennetada ei saa, sest loodus teeb oma töö, kuid midagi annab siiski ka siin ära teha. Kahtlemata peab Eesti, väike ja vaene riigike, seadma oma tegevuse ritta prioriteetide järjekorras ning välja selgitama selle, mida teha on võimalik, mida mitte, mida teha on kasulik, mida vähem kasulik. Ja just see töö on tulevikus ilmselt kõige raskem, sest on selge, et nii väheste vahenditega kõiki arstiteaduse suundi, kõiki erialasid, ei ole me lihtsalt suutelised arendama.

Mis puutub mõttevahetusse arstikonnaga, siis minu arvates käib see pidevalt. Võib-olla ei jõua me alati iga tohtrini, kuid väga head suhted on tervishoiuministeriumil kujunenud Eesti Arstide Liidu ja Tallinna

Arstide Liiduga. Meie ministeeriumi inimesed on ka regulaarselt aru andmas kõikvõimalikel tohtrite kokkutulekutel ja koosolekutel, et kuulda saada tegeliku töötajate mõtteid.

Kas ja miks peaksid Teie arvates koos tegutsema ja ühtsele juhtimisele alluma tervishoiu- ja sotsiaalhooldussüsteem?

Arvan, et nad ühtsele juhtimisele alluma ei peaks. Põhiprobleem on selles, et tervishoiu- ja sotsiaalhooldussüsteem töötaksid käsikäs ja ühtse tervikuna. Neid peaks juhitama maakonna tasandil. Tervishoiusüsteemi juhtimine, õigemini reguleerimine, peab toimuma maakonna tasandil, sotsiaalhooldussüsteemi reguleerimine tõenäoliselt isegi valla tasandil ning riigi osaks jääb nende eluvaldkondade kujundamine, tuginedes seadusesõnale.

Praegu tegelevad need kaks süsteemi küll inimesega, kuid nende vahel on väga suur lõhe, kuhu pahatihti satub meie ühiskonna kõige nõrgem ja abiturim inimene.

Missuguseks peaks kujunema Eesti arstiteaduslike uurimuste koordineerimine lähitulevikus? Missugusest taktikast hakatakse lähtuma arstiteaduse eri valdkondade arendamisel?

Jälle on küsimus prioriteetides. Iseenesest ei ole ju arstiteaduses ühtegi ala, mida ei peaks uurima, ja igast teadusküsimusest kasvab kümme järgnevat. Ning iga vähegi teadusega tegelev inimene teab, kui palju ühest teemast järgneb küsimusi, kui paljudele jääb vastus leidmata. On ilmne, et kõiki neid lahendamata probleeme finantseerida ei saa ja tuleb teha valik. Seda valikut ei tee minister või ministeerium ainuisikuliselt, vaid on selge, et meie teadusuuringud peavad lähtuma eelkõige konkreetsetest vajadustest ning võimalustest meil Eestis. Seejuures tuleb aga arvestada seda, kui-võrd me saame neid uuringuid rakendada oma igapäevaelus. Muidugi võidakse mind süüdistada siin pragmaatilises, kuid mis on tulusam: kas eraldada kopikaid kõigile võimalikele teemadele või eraldada rublasid (tulevikus kroone) perspektiivsematele teemadele? Seejuures on perspektiivikuse määramisel peale teadusküsimuse aktuaalsuse kahtlemata oluline koht ka jõududel, kes suudavad küsimust lahendada.

Ma olen sügavalt veendunud, et ei seadusesäte ega ministri käskkirja põhjal ei saa öelda, et mingi asutus on selle või teise teema uurimiskeskuseks. Teaduskeskus on nagu teater — ta sõltub inimestest, kes

seal töötavad, ning teaduskeskus võib välja kujuneda hoopis sellises kohas, kus seda esmapilgul ei osata oletadagi.

Missuguste projektide realiseerimiseks kulutatakse Eesti Vabariigi tervishoiule teistelt riikidelt saadav välisabi raha?

Praegu tehakse välisabist rohkem juttu, kui seda tegelikult on. Seetõttu ei ole päris õige rääkida, kuhu see raha täpselt suunatakse. Üks on aga selge: peame oma inimesi õpetama. Kuid teisalt on selge ka see, et need õpetatud inimesed vajavad reaalselt materiaalselt baasi, millel õpitut rakendada.

Ministrina olen seisukohal, et välisabi kasutamine peamiselt ravimite hankimiseks, nagu seda mõnel pool ette nähakse, ei ole õige. Me vajame tarku inimesi ja riistvara töö tegemiseks.

Kui palju arste 10 000 inimese kohta meie tervishoid tegelikult vajab? Milline peaks sellest lähtudes olema Tartu Ülikooli arsti-teaduskonna iga-aastane vastuvõtt?

Praegu on Eestis 10000 inimese kohta 34 arsti, see on keskeltläbi Euroopa tasand. On selge, et aastate vältel oleme arstiteaduskonda vastu võtnud, õigemini, lasknud sealt arstidiplomiga välja liiga palju inimesi. Varsti ei ole neil enam tööd. Ma arvan, et vastuvõtt ülikooli võiks jääda endiseks, kuid sõel ülikoolis peaks olema tunduvalt tihedam ning sellise arvestusega, et me vajame aastas 90...100 uut arsti.

Tavalisel haigel on lihtne soov — ta tahab kõnelda arsti ja õega oma emakeeles. Kudas saab see Eesti Vabariigis võimalikuks?

Keeleseaduse rakendumise aeg on õige varsti käes. Juba praegu oleme me keeletsensuse osas küllalt norivad atesteerimisel, ja selge on see, et riigikeel saab arstil ja õel selgeks kohe, kui sellest sõltub igapäevane leib.

Kas Eesti Vabariigi Tervishoiuministriumile on laekunud avaldusi tööle asumiseks Eestis seni välismaal praktiseerinud eesti arstidelt? Kuidas saaks nende teadmisi ja oskusi kõige paremini ära kasutada?

Laekunud on üks praktiseerimise taotlus, kuid praegu puudub välis-eesti arstide rakendamiseks suurem vajadus. Ma rõhutan, et meie Eesti arstid ei ole sugugi viletsama ettevalmistusega kui välismaal õppinud arstid. Seda näitab nende edukus välismaal töötades. Probleem on vaid selles, et arstide töötingimused on meil tunduvalt viletsamad.

Missuguste rahvusvaheliste tervishoiuorganisatsioonidega on Eesti Vabariik juba ühinenud ja missugustega ühineb lähitulevikus?

Meil on palju üksikarste, kes on rahvusvaheliste erialaseltside ja teadusseltside liikmed. Ees ootab kahtlemata ühinemine Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooniga. Tõenäoliselt peaks see toimuma 1992. aasta kevadel.

Kas tervishoiuinstril jääb aega ka oma tervise eest hoolitsemiseks?

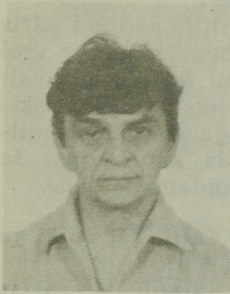
Loodus või jumal on mulle andnud päris hea tervise, nii et erilist hoolitsemist ta veel ei ole vajanud. Pole mul ka kohutavalt halbu harjumusi, mis viiksid mind riskirühma. Välja arvatud magusaarmastus, millest aitab mul üle saada kaubandus. Ja laiskus, mis on vist parandamatu pahe.

Missugusena Te näete Eesti Vabariiki ja tema tervishoidu aastal 2000?

2000. aastani on ju ainult 8 aastat ning selle ajaga ei jõuagi eriti palju midagi muuta. Ma usun aga, et selleks ajaks on kujunenud normaalsed inimlikud suhted haige ja arsti vahel ning arsti juures käimisele eelistatakse jalgrattasõitu ning et naisarst ei pea 2000. aastal töö juures töö kõrval mõtlema sellele, mida õhtul pe-rele lauale panna.

*Andres Ellamaad on küsitlenud
Kuulo Kutsar*

MEIE JUUBILARE



Valve Loolaid, Tartu Ülikooli Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadur, sai 3. novembril 1991 60-aastaseks. 1956. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist töötas Tartu Meditsiinikoolis õpetajana, seejärel aastail 1957...

...1982 akušöör-günekoloogina Tartu Kliinilises Sünnitusmajas, sealjuures ajavahemikul 1970...1982 vastsündinute osakonna juhatajana. V. Loolaid on esimese kategooria pediaater. Alates 1982. aastast on töötanud teadurina Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi adaptatsiooni ja neuroendokriinsete protsesside laboratooriumis ning uurinud vastsündinute neurohormonaalset adaptatsiooni. Kandidaadiväitekirja kaitses 1988. aastal. Temalt on ilmunud 40 teaduspublikatsiooni. V. Loolaid on huvitunud meditsiinipsühholoogiast ja tervisliku toitumise probleemidest. Oma teadmisi ja kogemusi jagab ta meeleldi kolleegidega, ta on põhimõttekindel, töös täpne ja nõudlik.



Elle Elberg, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri dotsent, sai 9. novembril 50-aastaseks. Ta lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1967. aastal ja Tartu Ülikooli psühholoogiaosakonna kiitusega 1990. aastal. 1967.

aastast alates on töötanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedris, algul as-

sistendina, 1979. aastast dotsendina. 1975. aastal kaitses kandidaadiväitekirja. E. Elberg on trükkis avaldanud 60 teadusartiklit. Erilist tähelepanu on ta pööranud psoriaasi, akne ja suguhaiguste epidemioloogiale, patogeneesile, ravile ja profülaktikale. Ta on mitme õppevahendi autor ja hinnatud lektor. E. Elberg on Eesti Dermatoveneroloogide Seltsi juhatuse liige ja Balti Dermatoveneroloogide Assotsiatsiooni viitsepresident. Ta võtab aktiivselt osa psoriaasiliidu tööst, pöörates suurt tähelepanu psoriaasahaigete somaatilisele ja psüühilisele rehabiliteerimisele.



Helgi Silm, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri juhataja, sai 29. detsembril 50-aastaseks. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna pediatraiaosakonna lõpetas ta 1966. aastal, seejärel oli statsionaar-ses aspirantuuris der-

matoveneroloogia erialal. 1969. aastast alates on H. Silm töötanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedris, aastail 1969...1979 assistendina, 1979...1991 dotsendina. 1991. aasta 1. septembrist on olnud praegusel ametikohal. 1984. aastast alates on olnud ka arstiteaduskonna õppeprodekaan. H. Silm on meditsiinikandidaat. Ta on trükkis avaldanud 60 teadusartiklit. Tema teaduslikus ja ravialases töös on esikohal lastedermatoloogia probleemid, eriti atoopikdermatiidi patogenees, ravi ja profülaktika. H. Silm on mitme õppevahendi autor. Ta on kõrgema kategooria dermatoveneroloog. On Eesti Dermatoveneroloogide Seltsi juhatuse liige ja selle Tartu filiaali esinaine.

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

UDK 61:0014

Farmakoloogiaalaseid põhimõisteid II

Leo Nurmand Margareete Otter · Tartu

Käesolev artikkel on «Eesti Arsti» eelmises numbris ilmunud artikli jätkuks ja ta järgib varajasemaid traditsioone. Kirjutisse on koondatud mõisted tähestikulises järjekorras K-st kuni Ü-ni. Mõisted on läbi arutatud terminoloogiakomisjonis.

Kaltsiumi antagonistid, kaltsiumikanalite blokaatorid — kaltsiumioonide transmembraanset transporti takistavad ained: verapamiil ja nifedipiin. Nende toimel väheneb kaltsiumioonide sisaldus rakus ja silelihas lõõgastub, erutusjuhtivus halveneb ning müokardi kontraktiilsus nõrgeneb. Kasutatakse supraventrikulaarse arütmia, südame isheemiatõve ja hüpertensiooni raviks.

Calcium channel blockers

Антагонисты кальция

Kardiostimulaatorid — südame energieetilisi varusid mobiliseerivad ained: B-adrenomimeetikumid, metüülksantiinid jt. Suurendavad südame minutimahtu löögisageduse ja hapnikutarbimise suurenemise arvel.

Cardiostimulants

Кардиостимуляторы

Kardiotoonikumid — südame energiavarusid taastavad ained: digitaalse, strofantuse jt. glükosiidid. Suurendavad südame minutimahtu löögi-mahu arvel, parandavad müokardi ainevahetust ja suurendavad makroergiliste ühendite hulka.

Cardiotonics

Кардиотоники

Kasvajavastased ehk antiblastomatoossed ained — pahaloomuliste kasvajate kasvu pärssivad

ained: tsütostaatikumid (alküleerijad, antimetaboliidid, antibiootikumid, alkaloidid jt.) ning organismi kasvajavastast reaktiivsust mõjutavad ained (hormoonid, ensüümid, immunostimulaatorid jt.), (vt. ka tsütostaatikumid).

Antineoplastics, antitumor drugs

Противоопухолевые средства

Kataboolse toimega ained — valkude lammutumist soodustavad ained (kilpnäärme hormoonid, glükokortikosteroidid).

Catabolics

Кatabолические средства

Katehholamiinid — pürokatehhiini struktuuri sisaldavad adrenomimeetilise toimega monoamiinid, neuromediaatorid — dopamiin, noradrenaliin ja hormoonid — adrenaliin.

Catecholamines

Катехоламины

Kemoterapeutikumid — haigusetekitajate või kasvajarakkude elutegevust ja paljunemist valikuliselt pärssivad ravimid: antibiootikumid, tsütostaatikumid jt.

Chemotherapeutic agents

Химиотерапевтические средства

Kiiritustõvevastased ained — ioniseeriva kiirguse kahjustavat toimet vältivad või vähendavad ravimid: radioaktiivsete isotoopidega kelaate moodustavad sulfhüdrüül (SH), disulfiid (SS) jm. rühmi sisaldavad ained; vähendavad organismis vabade radikaalide hulka ja takistavad peroksiidide teket (vt. ka antioksidandid).

Radioprotecting drugs: drugs used in the treatment of radiation disease

Противолучевые средства

Koagulandid — süsteemselt vere hüübimist soodustavad ained: kaltsiumisoolad, fibrinogeen, protrombiini sünteesi soodustavad (K-vitamiin), verehüüvet stabiliseerivad, antifibrinolüütilised ained (aminokaproonhape, ambeen jt.).

Coagulants

Коагулянты

Koliinesteraasi reaktivaatorid — fosforüleeritud atsetüülkoliini esteraasi aktiivsust taastavad ained, oksiimrühmi (-NOH) sisaldavad ühendid (dipüroksoim, isonitrosoin jt.). Kasutatakse spetsiifiliste vastumürkidena mürgituse korral fosfororgaaniliste ainetega.

Cholinesterase reactivators

Реактиваторы холинэстеразы

Kolinoblokaatorid — atsetüülkoliini retseptoreid blokeerivad ained, atsetüülkoliiniga m-retseptoritel kesk- ja/või perifeerses närvisüsteemis konkureerivad ained: m-kolinoblokaatorid (atropiin, skopolamiin) ja n-retseptoritel vegetatiivsetes ganglionides või vöötlihastes konkureerivad ained: n-kolinoblokaatorid (vt. ganglioblokaatorid ja perifeersed müorelaksandid).

Anticholinergic drugs, cholinolytic agents

Холиноблокаторы

Kolinomimeetikumid — kolinergilisi efekte imiteerivad ained, otsese toimega, struktuurilt teatud määral sarnanedes atsetüülkoliiniga stimuleerivad m- ja n-kolinoretseptoreid. Kaudse toimega kolinomimeetikumid takistavad atsetüülkoliini lammutumist, inhibeerides atsetüülkoliini esteraasi.

Cholinergic stimulating agents
Холиномиметики

Kontratseptikumid (lad. k. *contra* — vastu, *conceptio* — eostumine). Eostumisvastased ained. Süsteemselt kasutatavad, sisaldavad erinevas vahekorras peamiselt gestageenhormoone, aga ka östrogeenhormoone, takistavad ovulatsiooni ja spermatooside liikumist; paiksest kasutatavad kontratseptikumid toimivad spermatoosididesse hävitavalt.

Antifertility compounds, contraceptive drugs
Противозачаточные средства, контрацептивные средства

Koronaare laiendavad ained ehk koronarodilataatorid (vt. antianginaalsed ained).

Krambianaleptikumid — elustusvahendid, mis juba terapeutilistes annustes toimivad subkortikaalsetesse motoorsetesse keskustesse, alandades krambiläve, suuremates annustes põhjustavad kloonilis-toonilisi krampe (korasool, bemegriid, kamper, kordiamiin).

Analeptics
Аналептики судорожного действия

Krambivastased ained —aju motoorsete alade erutatavust vähendavad ja krampe mahasuruvad ained: krampidega kulgevate haiguste (epilepsia, hüperkineesid) ning krampidega kulgevate mürgituste vastased ravimid (üldanesteetikumid, barbituraadid, bensodiasepiini derivaadid, magneesiumioon jt.).

Anticonvulsants
Противосудорожные средства

Kuraaretaolised ained — (vt. perifeersed mürelaksandid).

Köhavaigistid ehk köhavastased ained — (*antitussiva*, lad. k. *tussis* — köha): köharefleksi pärssivad ained: köhakeskust pärssivad narkootilise toimega (kodeiin, etüülmorfiin jt.); hingamisteid mõjutavad narkootilise toimetega ained (libeksiin, glautsiin), rögalahustid ehk ekspektorandid e. ekspektoransid.

Antitussive agents
Противокашлевые средства

Lahtistid — soolemootorika aktiveerimiseks ja soolepassaazi kiirendamiseks kasutatavad ravimid: mehhaanilised (lahtistavad soolad) või neuromuskulaarse toimemehhanismiga (riitsinusõli). Toime tugevuse alusel: *laxantia* (nõrgalt või keskmiselt toimivad), *purgativa* (tugevalt toimivad), *drastica* (väga tugevalt toimivad).

Laxatives, purgatives
Слабительные средства

Lokaalanesteetikumid — vt. paiksed tuimastid.

Malaariavastased ained — malaaria ravis ja profülaktikas kasutatavad ravimid. Malaariaplasmodiumi eri staadiume pärssivad ained: erütrotsütaarsetesse vormidesse (kingamiin, akrihhiin, kiniin), eksoerütrotsütaarsetesse vormidesse ja gameetidesse (primakiin, kinotsiid) või sporosoididesse ja kõikidesse vormidesse toimivad ained (bigumaal, klordiin).

Antimalarial drugs, antiprotozoal drugs
Противомаларные средства

Miootikumid (kr. k. *meiosis* — vähenemine, silmaava ahenemus) — silmaava ahendavad ja silma siserõhku alandavad ravimid, otsese või kaudse toimega kolinomimeetikumid.

Miotics
Миотики

Mitteinhalsatsioonesteetikumid — veeni, harvem lihasesse manustatavad või rektaalselt kasutatavad ülilühitoimelised (propaniidid), lühitoimelised (tiopentaalnaatrium, heksenaal) ja pikaajalise toimega (naatriumoksübutüaat) ained.

Noninhalational anesthetics
Неингаляционные анестетики

m-kolinomimeetikumid — muskariinitundlike m-kolinoretseptorite erutusefekte imiteerivad ained: atsetüülkoliini antagonistid (muskariin, bensamoon, pilokarpiin jt.).

M-cholinomimetics
M-холиномиметики

m-kolinoblokaatorid — m-kolinoretseptoreid valikuliselt blokeerivad ained: tsentraalse (atropiin, skopolamiin, amisüül, tsüklodool jt.) ja perifeerse toimega.

M-cholinoreceptor antagonists
M-холиноблокаторы

Mõruained — tugeva mõru maitsega tinktuurid või ekstraktid, toimivad maitseretseptoritesse ja vallandavad maosekretsiooni reflektorse faasi, millega tekitavad söögiisu.

Amara, bitters
Горечи

Mähkivad ained — taimse päritoluga polüsahhariidid (tärkis) ja mõned anorgaanilised suure molekulmassiga, vees punduvad ja limajaid kolloidlahuseid moodustavad indiferentsed ühendid (magneesiumsilikaat, alumiiniumhüdrosiid jt.). Katavad töödeldavat pinda ja põletushaavu ning vähendavad ärritust, valu ja põletikunähte.

Mollients
Обволакивающие средства

Müdriaatikumid ehk silmaavalaiendajad — peamiselt m-kolinoblokaatorid (atropiin, skopolamiin), samuti adrenomimeetikumid (adrenaliin, kokaiin jt.).

Mydriatics
Мидриатики

Müomeetriumi toonust ja kontraktsiooni mõjutavad ained ehk uterotroopsed ained — müo-

meetriumi toonust tõstvad (tungaltera alkaloidid, taimsed ekstraktid), kontraktsioone aktiveerivad (oksütotsiin, prostaglandiinid, ganglioblokaatorid), kontraktsioone ja toonust alandavad (spasmolüütikumid, β -adrenoblokaatorid jt.).
Uterine stimulating and inhibiting agents
Маточные средства

Müorelaksandid (kr. k. *mys* — lihas, lad. k. *relaxare* — puhkama) — vöötlhaskonda lõõgastavad ravimid: tsentraalsed, peamiselt koorealustes keskustes polüsünaptilisi reflekse nõrgendavad (neprotaan, sibasoon jt.), perifeersed ehk neuromuskulaarset ülekannet halvavad n-kolinoblokaatorid (tubokurariin, diplatsiin jt.) ained.
Myorelaxants
Миорелаксанты

Müotroopsed ained — (sile)lihase kontraktsioonimehhanisme otseselt mõjutavad ained: histamiini, puriini, bradükiniini jt. retseptoritesse toimivad; kaltsiumi sisenemist või vabanemist mõjutavad ained jt.
Myotropic drugs
Миотропные средства

Narkootilise toimega analgeetikumid ehk narkoanalgeetikumid — oopiumi alkaloidid ja nende sünteetilised analoogid, mis tsentraalse toimega pärsivad valu, toksilistes annustes aga põhjustavad kesknärvisüsteemi üldise pidurduse (narkoosi), korduval kasutamisel tekitavad ravimisõltumuse (narkomaania).
Narcotic analgetics
Наркотические анальгетики

Narkootilise toimeta analgeetikumid ehk antalgeetikumid ehk antihüperalgeetikumid ehk anti-püreetikumid ja antiflogistikumid — valuvaigistava, põletikuvastase ja palavikku alandava toimega ained: blokeerivad peamiselt eikosanoidide sünteesi, millega vähendavad prostaglandiinide, leukotrieenide teket, mõjutavad ka teiste põletiku- ja valumediaatorite (histamiini, serotoniini, bradükiniini jt.) moodustumist ning ensümaatilisi protsesse põletikukoldes.
Analgetic and antipyretic drugs, antiinflammatory drugs
Ненаркотические анальгетики

Narkootilise toimeta kõhavaigistid — vt. kõhavaigistid.

Neuroleptikumid (kr. k. *neuron* — närv, *leptos* — õrn, peen), antipsühhootilise, sedatiivse ja vegetotroopse toimega (butürofenooni, tioksanteeni, fenotiasiini derivaadid jt.) ained.
Neuroleptic drugs, antihallucinogenes
Нейролептики

Neuroleegikumid — vt. neuroleptikumid

Neurotroopsed ained — närvisüsteemi talitlust või siseelundite neuroregulatsiooni mõjutavad ained (paiksed tuimastid, valuvaigistid, uinutid, krambivastased ained).
Neurotropic drugs
Нейротропные средства

Nootroopikumid ehk psühhoenergisaatorid (kr. k. *noos* — mõistus, aru) — aju hüpkoksiavast resistentsust suurendavad ained: glutamiinhape, gammaaminovõihape, püratsetaam, tsentروفенoksiin jt. (taastavad psüühilist võimekust pärast ajutraumasid, hüpkosiat, aga ka ateroskleroosi, vähemal määral vaimse alaarengu korral).

Nootropics, psychoenergizators
Нootропы

Olme- ehk tavamürgid — olmes kasutatavad mürgised ained, mis võivad esile kutsuda toksikomaania: alkohol, tubakas, orgaanilised lahustid jt.
«Social drugs», «drugs»
Бытовые яды

Paiksed tuimastid ehk lokaalanesteetikumid — ained, mis vahetel kokkupuutel närvelementidega (närvilõpmete ja närvikiududega) halvavad neid pöörduvalt ja kutsuvad esile nii valu kui ka muude tundlikkusliikide kadumise (anesteesia); kokaiin, novokaiin, lidokaiin jt.
Local anesthetics
Местноанестезирующие средства, местные анестетики

Parkinsonismivastased ained — parkinsonismi treemorit ja lihaste rigiidsust vähendavad ained: tsentraalsed m-kolinoblokaatorid (tsüklolood jt.), dopaminomimeetikumid (midantaan, gludantaan jt.); histaminoblokaatorid (dinesiin); tsentraalsed müorelaksandid (müdokalm).
Antiparkinson drugs
Противопаркинсонические средства

Perifeersed müorelaksandid ehk kuraaretaolised ained — neuromuskulaarseid sünapse halvavad n-kolinoblokaatorid: mehhanismilt on kas antidepolariseeriva (tubokurariin, diplatsiin jt.) või depolariseeriva toimega (ditüliin, dekameton).
Peripheral myorelaxants, curarelike drugs
Периферические миорелаксанты

Pestitsiidid (lad. k. *pestis* — katk, *caedere* — tapma) — üldmõiste, hõlmab insektsiide, deratitsatsiooni, desinfitseerivaid, antiseptilisi jt. vahendeid.
Pesticides
Пестициды

Psühhoanaleptikumid — vt. psühhostimulaatorid.

Psühhoenergisaatorid — vt. nootroopikumid.

Psühhostimulaatorid — ained, mis suurendavad psüühilist ja mootorset aktiivsust ning kontaktust ümbruskonnaga, eriti väsinud organismi puhul, parandavad vaimse ja kehalise töö kvaliteeti ja hulka: adrenomimeetilised amiinid (fenamiin jt.), metüülksantiinid (kofeiin) ja üldtoniseeriva toimega ravimid (ženšenn jt.).
Psychostimulators, CNS stimulants
Психостимуляторы

Psühhosedatiivsed ehk uimastava toimega ained — pärsivad psüühilist aktiivsust, tähelepanu, orientatsiooni ja mootorikat (neuroleptikumid, tümoleptikumid, trankvillisaatorid jt.).
Psychosedative agents
Психоседативные средства

Psühhotomimeetikumid ehk psühhotoksilised ained ehk fantastikumid, psühhodeelikumid, psühhodüsleptikumid, skisogeensed ained, hallutsinogeenid — tekitavad psüühikahäireid ja põhjustavad psühhoosinähte (derealisatsioon, hallutsinatsioon, mõttekäiguhäired, mootorika muutused jm.): LSD, india kanepi valmistamine, m-kolinoblokaatorid jt.
Psychotomimetic drugs, hallucinogenes, phantastics.

Психотомиметики, фантастики

Psühhotroopsed ained — ained, mis mõjutavad kõrgemat ajutegevust, teadvust, mõlemist, emotsioone, meeleolu jm; neuroleptikumid, trankvillisaatorid, nootroopikumid, psühhotomimeetikumid.
Psychotropic drugs
Психотропные средства

Purinomimeetikumid — puriini (adenosiini) retseptorite erutusefekte imiteerivad ained: metüülksantiinid, papaveriin, dipüridamool jt.
Purinomimetics
Пуринониметики

Põletikuvastased ehk antiflogistilised ained — põletikulist reaktsiooni mahasuruvad ained: steroidse struktuuriga (glükokortikosteroidid) ja steroidse struktuurita (põletikuvastased valuvaigistid, kinoliini derivaadid, AKTH jt. ained).
Antiinflammatory drugs
Противовоспалительные средства

Repellendid — putukaid peletavad ained: naftaliin, ftalaadid jt.
Repellents
Репелленты

Salivandid ehk süljeajatid (sialogoga) — neurotroopsed: n- ja m-kolinomimeetikumid; reflektorse toimega: mõruained, vürtsid.
Salivants
Средства, повышающие секрецию слюны

Sapi teket soodustavad ained ehk sapitekitid (cholesecretica, choleretica) — avaldavad otseset mõju sapi moodustumisele maksarakkudes või põhjustavad sapitekke neurohumoraalset regulatsiooni: dehüdrokoolhape, dekoliin, allokool, kolensüüm, mitmed droogid, ekstraktid, riboflaviin jt.
Cholesecretica
Стимуляторы образования желчи, желчегонные средства

Sapivoolest soodustavad ained ehk sapiajatid (cholagoga, cholekinetica) — sappi vedeldavad või sapipõie kontraktsiooni ning Oddi sfinkteri lõõgastumist esilekutsuvad ravimid: lahjendatud

soolhape, magneesiumsulfaat, pituitriin.
Cholagoga
Желчегонные средства, стимуляторы выдерения желчи

Sedatiivsed ained ehk sedatiivumid ehk rahutid — psüühilist aktiivsust ja mootorikat pärsivad ained, kitsamas mõttes trankvillisaatorite alarühm, millel domineerib sedatiivne toime: bromiidid, palderjan, veisesüdamerohi jt.
Sedative drugs
Седативные средства

Seentõvevastased ained — pindmiste mükooside vastased: värvained, rasvhapped, bensotiasooli derivaadid, kvaternaarsed ammooniumalused, fenoolid, väävlipreparaadid, antibiootikumid; süsteemsete mükooside vastased: antibiootikumid, joodipreparaadid.
Antifungal agents
Противогрибковые средства

Seerumid — vormelementidest ja fibrinogeenist vabastatud veri. Ravi- ja profülaktilisi seerumeid saadakse loomadelt, peamiselt hobustelt, keda on immuniseeritud mikroobide antoksiinide või toksiinidega (antitoksilised), surmatud või elusate bakteritega (antibakteriaalsed) või viirustega (antiviiruslikud).
Sera
Сыворотки

Spasmolüütikumid (kr. k. *spasmos* — kramp), silelihaste spasme lõõgastavad ja toonust alandavad ained. Peamiselt vegetatiivset innervatsiooni mõjutavad ained (neurotroopsed): m- ja n-kolinoblokaatorid, adrenomimeetikumid; vahetult silelihase toonust vähendavad ained: cAMP- ja cGMP-sisaldust suurendavad, kaltsiumiooni vabanemist takistavad ained.
Spasmolytics, antispasmodics
Спазмолитики

Steroidse struktuurita põletikuvastased ained — enamik narkootilise toimetega analgeetikume (fenüülkarboksüülhapete ja pürasooloni derivaadid) ning muud põletikuvastase toimega ained.
Nonsteroid antiinflammatory drugs
Нестероидные противовоспалительные средства

Südameglükosiidid — sörmkübaraliikidest, strofantusest või muudest taimedest saadavad, kardiotoonilise toimega steroidse struktuuriga glükosiidid (digitoksiin, digoksiin, K-strofantiin jt.), mis annavad hüdrolüüsil geniinid (digitoksiin, gitoksigeniin, digoksigeniin, K-strofantiin) ja vastavad monosahhariidid.
Cardiac glucosides
Сердечные гликозиды

Sümpatolüütikumid — vt. antiadrenergilised ained.

Süüfilisevastased ained — antibiootikumid: bensüülpenitsilliin, tetratsükliinid, joodi- ja vismutipreparaadid. Varem ka arseeni orgaanilised

ühendid (arsenool, novarsenool jt.).
Antisyphilitic drugs
Противосифилитические средства

Toksiinid — taime või looma ainevahetuses tekkinud valgulised või aluselised mürgised ained: loomsed ehk zootoksiinid; mikrobiaalsed (difteeria, botulism jt.) endo- ja eksotoksiinid jt.
Toxins
Токсины

Tokolüütikumid (kr. k. *tokos* — sünnitus) — emaka toonust ja motoorikat nõrgendavad ning sünnitegevust peatavad ained: β -adrenomimeetikumid, lokaalanesteetikumid, purinomimeetikumid, spasmolüütikumid jt.
Tocolytic agents
Токोलитики

Trankvillisaatorid — negatiivseid emotsioone (ärevus, hirm, agressiivsus jt.) kõrvaldavad ja sellega rahustavat toimet avaldavad ained: ataraktikumid ehk müorelaksantsedatiivsed, vegetosedatiivsed, sedatiivsed trankvillisaatorid.
Tranquillizer
Транквилизаторы

Tsentraalsed müorelaksandid — alaneva retikulaarformatsiooni ja spinaalsete segmentide tasemel polüsünaptilisi reflekse pärssivad ja vöötlihase toonust alandavad ained: propaandiooli ja bensodiasepiini derivaadid.
Central myorelaxants
Центральные миорелаксанты

Tsüklilised antidepressandid — nõrka psühhostimuleerivat, tugevat tümoleptilist ja trankvilliseerivat toimet avaldavad tsüklilise struktuuriga ained: imipramiin, amitrüptiliin jt.
Cyclic antidepressants
Циклические антидепрессанты

Tsitostaatikumid — kasvajavastased ained, mis pärssivad rakkude jagunemist mitoosi eri faasides: alküleerijad, antimetaboliidid, tsütostaatilised antibiootikumid, alkaloidid jt., kasutatakse kasvaja farmakoteraapias (vt. kasvajatevastased ained).
Cytostatics
Цитостатики

Tuberkuloosivastased vahendid — kemoterapeutikumid: I rea preparaadid (isoniasiid, PASK, streptomütsiin, rifamütsiin jt.) ning reserv- ehk II rea preparaadid (etambutool, etioonamiid, tioatsetasoon, tsükloseriin, kanamütsiin, flori-mütsiin).
Tuberculostatic drugs
Противотуберкулезные средства

Tuberkuloosivastased vahendid — kemoterapeutikumid: I rea preparaadid (isoniasiid, PASK, streptomütsiin, rifamütsiin jt.) ning reserv- ehk II rea preparaadid (etambutool, etioonamiid, tioatsetasoon, tsükloseriin, kanamütsiin, flori-mütsiin).
Tuberculostatic drugs
Противотуберкулезные средства

toorikat, ka mürkide ja toksiinide imendumist läbi vastava pinna.
Sensory nerve endings protecting drugs
Средства, защищающие чувствительные нервные окончания

Tundenärvide lõpmeid ärritavad ained — vt. ärritavad ained

Uinutid ehk hüpnootikumid (kr. k. *hypnos* — uni) — füsioloogilise une taolist seisundit põhjustavad ained: sedatiivsed (ataraktikumid, histaminoblokaatorid) soodustavad uinumist; üldtuimastavad (barbituraadid jt.) põhjustavad und ja üledoseerimisel üldanesteesia. Kõik uinutid rikuvad une struktuuri.
Hypnotics
Снотворные

Vaktsiinid — spetsiifilist nakkusvastast immuunsust tekitavad ained, neid valmistatakse tõvestavatest mikroorganismidest; sisaldavad surmatud, vahel ka elusaid nõrgestatud mikroorganisme, mis on võimelised esile kutsuma immuunsuse. Kasutatakse nakkushaiguste profülaktikas ja ravis.
Vaccines
Вакцины

Valuvaigistid — vt. analgeetikumid.

Valupeletid ehk valu «ärajuhtivad» ained — paikset ärritavat ravimid (linimendid, salvid), mis parandavad piirkonna verevarustust, aktiveerivad endopiidset antinostitseptiivset süsteemi seljaaju sama segmendi tasemel või kõrgemal ja vaigistavad lihase-, liigese- või närvivalu.
Pain repellents
Отвлекающие средства

Vegetosedatiivsed trankvillisaatorid — ained, mis trankvilliseeriva toime kõrval avaldavad tugevamat sedatiivset ja perifeerset kolinoblokeerivat toimet: amisüül, skopolamiin, oksüliidiin jt.
Vegetosedative tranquilizers
Вегетоседативные транквилизаторы

Vereasendajad — vereplasma mahtu asendavad vedelikud: füsioloogiline lahus, Ringeri lahus, dekstraanid, želatinool, polüglüküinid jt.
Plasma substitutes
Кровозаместители, плазмазаменяющие средства

Vere hüübimist mõjutavad ained — verehüübe teket või fibrinolüüsi mõjutavad ained: vere hüübimist soodustavad (koagulandid, hemostüptikumid), vere hüübimist pärssivad (antikoagulandid, vere stabilisaatorid), trombotsüütide agregatsiooni takistavad (atsetüülsalitsüülhappe) ained.

Drugs acting on blood coagulation
Средства, влияющие на свертывание крови

Äratusvahendid — vt. analeptikumid.

Ärritavad ained — tundenärvide lõpmeid ärritavad ja sellega reflekse vallandavad, piirkonna verevarustust parandavad ained või valupeletid.

Irritants

Раздражающие средства

Östrogeenid (kr. k. *oestros* — ind) — munasarja folliikulites produtseeritavad steroidse struktuuriga hormoonid ja nende sünteetilised analoogid (östradiool, sünestrool jt.).

Estrogens

Эстрогены

Üldtoniseerivad ained — mitmesugustest taimsetest droogidest (*Radix Ginsengi*, *Fuctus Schizandrae*, *Aralia*, *Eleutherococcus*) ja loomsetest saadustest valmistatud üldstimuleerivad, väsimus- ja nõrkustunnet peletavad, töö- ja suguvõimet suurendavad vahendid (vt. adaptogeenid).

Tonics

Общетонизирующие средства

Üldanesteetikumid ehk üldtuimastid — põhjustavad teadvuse, tundlikkuse, spinaal- ja vistseraalreflekside ning vöötlihaste toonuse pöörduvat pärssimist. Kasutatakse üldanesteesia ehk kirurgilise narkoosi esilekutsumiseks.

General anesthetics

Общие анестетики

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
farmakoloogia kateeder

Arstide erialad ja ametikohad

Ilmar Laan · Tallinn

Eesti riikliku iseseisvumise käigus korraldatakse ümber vist küll kõik meie elu- ja tööalad, sealhulgas muidugi ka tervishoiusüsteem. Osa asutusi likvideeritakse, osa nimetatakse ümber ja luuakse ka päris uusi organisatioone ning struktuuriüksusi. Mitme olemasoleva meditsiinasutuse töömaht ja -ulatus muutuvad, käibebe tulevad üha uued ja uued terviseega seotud rahvusvaheliselt tunnustatud oskussõnad, mistõttu tuleb ümber nimetada ka arstide ametikohti ning ette valmistada uute erialade arste.

NSV Liidu tervishoiusüsteemis oli kehtivaid arsti erialasid 69, ametikohti aga 97. Eesti Vabariigi Tervishoiu-ministeerium on aga seisukohal, et kui suurendada erialade arvu ning samal ajal arsti eriala ja ametikoht on erineva nimetusega, siis põhjustab see liigselt kitsast spetsialiseerumist ja segadust atesteerimisel. Arstide erialade nimestiku korrastamiseks saatis tervishoiu-ministeerium meditsiiniterminoloogia komisjonile, arstide seltsidele ja tervishoiuasutustele arstide erialade esialgse loetelu arvamuste avaldamiseks. Meditsiiniterminoloogia komisjon arutas tehtud ettepanekuid kahel koosolekul, kusjuures sedastasime, et nii mõnelgi juhul tuli varem soovitatud ja trükis avaldatud nimetusi muuta. Oma seisukohad esitas komisjon tervishoiu-ministeeriumile 24. jaanuaril 1991 ja 25. aprillil 1991.

Selleks, et ka «Eesti Arsti» lugejaskond oleks teadlik neist soovitustest ja tervishoiu-ministeeriumi käskkirjast, esitame meditsiiniterminoloogia komisjoni poolt heaks kiidetud arstide erialade loetelu, kusjuures sulgudes on tähelepanu juhitud ka olulisematele muudatustele, võrreldes «Nõukogude Eesti Tervishoius» 1988, 5, 385—388 avaldatuga.

Üldarst (uus)
 sisearst e. internist (enne: e. terapeut)
 südamearst e. kardioloog (enne: kardioreuma-
 tooloog)
 kopsuarst e. pulmonoloog (uus)
 seedeelundite arst e. gastroenteroloog (enne:
 mao- ja sooltearst)
 reumaarst e. reumatoloog (enne: kardioreuma-
 tooloog)
 endokrinoloog
 nakkushaiguste arst e. infektsionist
 tuberkuloosiarst e. ftisiaater
 haavaarst e. kirurg
 traumatoloog-ortopeed
 onkoloog
 kõrva-nina-kurguarst e. otorinolarüngoloog
 silmaarst e. oftalmoloog
 anesthesioloog (enne: anesthesioloog-reanimato-
 loog)
 naistearst e. günekoloog (enne: akušöörgüne-
 koloog)
 lastearst e. pediaater
 närviarst e. neuroloog
 psühhiaater
 röntgenoloog (enne: röntgenoloog-radioloog)
 hambaarst e. stomatoloog (keskharidusega ham-
 baarst on dentist)
 naha- ja suguhaiguste arst e. dermatovene-
 roloog
 pärilikkusarst e. geneetik (uus)
 füsiaater e. füsioterapeut (enne: füsioterapeut)
 laboriarst
 kohtuarst e. kohtumeditiiniekspert
 patoanatom
 hügieenik (uus)
 nakkustõrjarst e. epidemioloog
 administratiivarst (uus)

spordiarst
 taastusraviarst
 intensiivraviarst e. intensivist
 kiiritusarst e. radioloog
 kiirabiarst
 aparaatuuringute arst (uus)
 sanitaararst
 laevaarst
 perearst (uus)
 verearst e. hematoloog
 kuseteede arst e. uroloog
 neeurarst e. nefroloog
 kuurortravi arst e. kurortoloog (uus)
 toksikoloog
 narkoloog (uus)
 töötervishoiu arst (uus)
 kooliarst

1. juulil 1991 ilmus tervishoiuadminis-
 teeriumi käskkiri nr. 124-k «Arstide
 erialade ja ametikohtade nimistu», mis
 meditsiiniterminoloogia komisjoni poolt
 esitatust hõlmab 30 esimest eriala, kus-
 juures kõikidel juhtudel, välja arvatud
 üldarst ja administratiivarst, vastab
 arsti ametikoha nimetus ka eriala ni-

metusele. Üksnes üldarstile on lisatud
 ka veel ambulatooriumi juhataja ameti-
 koha nimetus ja administratiivarsti
 ametikohtade nimetused on: peaarst,
 tervishoiuasutuse juhataja ning nende
 asetäitjad meditsiinilistel aladel, samuti
 statistikarst, meetodikarst, intern ja sta-
 žöörarst (käskkirja on küll kogemata sis-
 se lipsanud aegunud ja vene keele toor-
 tõlkelised laenud arst-statistik, arst-me-
 toodik, arst-intern ja arst-stažöör. Üle-
 liigne on ka dermatoveneroloogi nime-
 tuses sidekriips).

Niisiis on tervishoiuadministeeriumi
 käskkirjas toodud erialade ja ameti-
 kohtade nimetused (siinses loetelus 30
 esimest) kohustuslikud ametlikus asja-
 ajamises, mis aga ei tähenda, et vest-
 lustes, populaarteaduslikes artiklites ja
 mujal ei võiks kasutada «Nõukogude
 Eesti Tervishoius» 1988, nr. 5 ja siinses
 kirjutises esitatud teisi erialanimetusi.
 On isegi päris tõenäoline, et varem
 või hiljem lisanduvad ka ametlikku
 nimistusse niisugused uued erialad nagu
 perearst, kuurortravi arst, töötervishoiu
 arst jt.

Meditsiiniterminoloogia komisjon

«Eesti Arsti» 2. numbris (lk. 132) avaldatud toi-
 metuse kommentaar Ilmar Laane kirjutise kohta
 sisaldab mõningaid seisukohti, millega Eesti Vaba-
 riigi Tervishoiuadministeeriumi meditsiinitermino-
 loogia komisjon ei saa nõustuda. Esitame võima-
 likkude ladinakeelsete variantide eestikeelsed tõl-
 ked.

Forum medicorum Estoniae — Eesti meedi-
 kute foorum, kusjuures Eesti on territoriaal-
 geograafiline mõiste (Eestimaa).

Forum medicorum Estonorum — eesti (rahvu-
 sest) meedikute foorum.

Forum medicorum Estonicum — Eesti meediku-
 te foorum, kusjuures on haaratud kõik Eestis
 ja väljaspool Eestit elavad ning Eestiga nii või
 teisiti seotud eesti või muust rahvusest meedikud.

Terminoloogiakomisjon pidas kõige sobivamaks
 kolmandat varianti.

Pensioniseadus

Oleme oma varajasemates konsultatsioonides käsitlenud vanaduspensioni määramist Eesti Vabariigi uue pensioniseaduse alusel.

Lugejatelt on laekunud täiendavaid küsimusi, milles tahetakse teada uuendustest invaliidsuspensionide ja toitjakaotuspensionide eeskirjades. Alljärgnevalt vastame küsimustele.

Kas muutus midagi ka invaliidsuspensiooni määramisel?

Invaliidsuspensiooni määramise tingimusi on lihtsustatud. Enam ei nõuta üldhaigestumise tagajärjel tekkinud invaliidsuse korral pensiooni taotlemisel tööstaaži.

Eesti Vabariigi pensioniseadus sätestab, et invaliidsuspension määratakse töövõime täieliku või osalise kaotuse korral, **sõltumata pensiooniõiguslikust tööstaažist**.

Vana seaduse järgi oli selline õigus vaid töövigastuse või kutsehaiguse tagajärjel tekkinud invaliidsuse puhul ja enne 20-aastaseks saamist üldhaigestumise tagajärjel invaliidistunudel. See pensioniseaduse säte lõpetas üldhaigestumise tagajärjel I või II grupi invaliidiks muutunud inimestele tööstaaži puudumisel pensiooni maksmise proportsionaalselt olemasoleva tööstaažiga, seejuures mitte vähem kui neljandik täispensionist. Nüüd saavad kõik invaliidid invaliidsuspensiooni järgmise arvutamise alusel:

I grupi invaliididele — 60% miinimumpalgast ja 40% keskmisest kuusissetulekust;

II grupi invaliididele — 60% miinimumpalgast ja 35% keskmisest kuusissetulekust;

III grupi invaliididele — 30% miinimumpalgast ja 25% keskmisest kuusissetulekust.

Lapsinvaliididele määratakse invaliidsuspensiooni 85% miinimumpalgast.

Kui aga I või II grupi invaliidil on vanaduspensiooni määramiseks vajalik tööstaaž, sealhulgas soodustingimustel, määratakse tema soovil invaliidsuspensioon vanaduspensiooni määras, sõltumata invaliidi vanusest.

Niisiis — invaliidsuspensiooni määratakse sõltumata pensiooniõiguslikust tööstaažist, lähtudes vaid invaliidsusgrupist.

Uuendus on veel see, et 55-aastaseks saanud mehele ja 50-aastaseks saanud naisele määratakse invaliidsusgrupp ja pension eluajaks. Uus arstlik läbivaatus toimub üksnes invaliidi enda avalduse põhjal. Vana seaduse järgi oli see vanus mehel üle 60-aasta ja naisel üle 55 aasta.

Invaliidsuse, selle tekke aja ja põhjused tuvastab arstlik tööekspertiisi komisjon, kes määrab ka invaliidsusgrupi. Alla 16-aastase lapse tunnistab invaliidiks arstlik konsultatsioonikomisjon.

Olenevalt töövõime kaotuse astmest jaotuvad invaliidid kolme gruppi nagu varemgi. I ja II grupi invaliidsuspensiooni alamäär on 85%, III grupi invaliidsuspensiooni alamäär 45% miinimumpalgast.

Seejuures aastail 1991. .1992 ei maksta I ja II grupi invaliidsuspensiooni mitte üle kahekordse miinimumpalga ja III grupi invaliidsuspensiooni mitte üle ühe miinimumpalga.

Kellel on õigus saada toitjakaotuspensiooni?

Toitjakaotuspension määratakse toitjaurma korral tema ülalpidamisel olnud töövõimetutele perekonnaliikmetele. Eesti Vabariigi pensioniseadus tegi teatud korrektiive ka ülalpeetavate suhtes, laiendades toitjakaotuspensiooni saajate ringi. Toome järgnevalt loetelu nende kohta, keda seadusjärgselt peetakse töövõimetuteks perekonnaliikmeteks:

1) lapsed, vennad, õed ja lapselapsed, kes on alla 18-aastased, alla 24-aastased õpilased või sellest east vanemad, kui nad on invaliidistunud enne 18-aastaseks (õpilased enne 24-aastaseks) saamist, samuti vennad, õed ja lapselapsed, kelle vanemad on töövõimetud;

2) vanemad ja lesk, kui nad on pensionieas (mehed 60-aastased, naised 55-aastased) või invaliidid;

3) lahutatud abikaasa, kui ta invaliidistus enne abielu lahutamist või enne ühe aasta möödumist abielu lahutamisest või jõudis pensiooniikka (mehed 60-aastased, nai-

sed 55-aastased) enne viie aasta möödumist abielu lahutamisest, kui abielu oli kestnud vähemalt 10 aastat;

4) vanavanemad, kui puuduvad töövõimelised isikud, kes seaduse järgi peavad neid ülal pidama;

5) toitja alla 14-aastaste laste, vendade, õdede ja lapselaste eestkostja, kui ta ei tööta ja kasvatab neid lapsi oma perekonnas.

Oluline muudatus on, et uue pensioniseadusega võrdsustatakse toitjakaotuspensioni saamisel lihaste laste, vanemate ja vanavanematega kasulapsed, kasuvanemad ja kasuvanavanemad. See on täiesti uus säte. Lapsendajal on õigus saada pensioni võrdselt lapsevanematega ja lapsendatud lastel võrdselt lihaste lastega.

Kuidas makstakse toitjakaotuspensioni?

Toitjakaotuspensioni arvutamiseks liidetakse 30% miinimumpalgast ja iga töövõimetu perekonnaliikme kohta 25% toitja keskmisest kuusissetulekust.

Orbudele toitjakaotuspensioni arvutamiseks liidetakse 30% miinimumpalgast ja iga orvu kohta 25% mõlema surnud vanema keskmisest kuusissetulekust.

Toitjakaotuspensioni alammäär on lapsel 45%, orvul 130% ja täiskasvanul 70% miinimumpalgast.

Oluline täiendus pensioniseaduses on aga see, et täielikul riiklikul ülalpidamisel olevale orvule makstakse pensioni täies ulatuses. Teistele täielikul riiklikul ülalpidamisel olevatele lastele aga makstakse 50% määratud pensionist. Osalisel riiklikul ülalpidamisel olevale lapsele makstakse pensioni täies ulatuses.

Pension kantakse hoiupanka lapse isiklikule arvele.

Maire Pella

IN MEMORIAM

Mihhail Gus



21. septembril 1991. aastal hukkus traagiliselt Tartu Ülikooli arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri dotsent Mihhail Gus. Ta sündis 13. mail 1952. aastal. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas M. Gus kiitusega 1980. aastal. Ülikoolis õppimise ajal võttis

aktiivselt osa mitme organisatsiooni, sealhulgas ÜTÜ tööst. Oma võistlustööde eest sai ta nii üleliidulisi kui ka vabariiklikke auhindu.

Arstiteaduskonna lõpetamise järel oli M. Gus Tartu Ülikooli ÜMPI hormonaalse regulatsiooni laboratooriumi nooremteadur, aastail 1981...1988 hospitaalsisehaiguste kateedri assistent. 1987. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja suhkurtõve patogeneesi alal. 1988. aastast alates töötas M. Gus hospitaalsisehaiguste kateedri dotsendina. M. Gus oli 35 teadustöö autor, tihti esines ta vabariiklikel ja rahvusvahelistel konverentsidel. Alates 1990. aastast oli ta Euroopa Diabeedi-Uurimise Assotsiatsiooni liige.

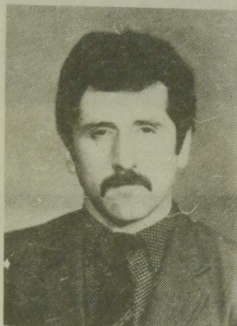
Patsiendid, üliõpilased ja kolleegid jäävad Mihhail Gusi mäletama kui tarka arsti, suurepärase pedagoogi ja sümpaatset kolleegi.

Leiname varalähkunud kolleegi ja avaldame kaastunnet perekonnale.

*Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
hospitaalsisehaiguste kateeder*

Eesti Endokrinoloogiakeskus

Jevgeni Brašinski



1991. aasta 21. septembri varahommikul lahkus meie hulgast jäädavalt Tartu Ülikooli arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri assistent Jevgeni Brašinski.

J. Brašinski sündis 14. novembril 1956. aastal Kirovi oblastis Kilmezi alevikus teenis-

tuja perekonnas. 1959. aastal tuli perekond tagasi Eestisse. J. Brašinski alustas kooliteed Viljandi 2. Keskkoolis, mille ta lõpetas 1974. aastal kuldmedaliga. Lõpetanud 1980. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna vene raviosakonna *cum laude*, asus ta Röpina Haiglas tööle neuroloogiina. Sügav huvi neuroloogia ja neurokirurgia vastu oli aluseks teadustööle ning aastail 1987...1990 oli J. Brašinski neuroloogia ja neurokirurgia kateedri aspirant. Selle ajaga valmis tal suure praktilise väärtusega uurimus pea- ja seljaajutraumade epidemioloogiast Eestis. Väitekiri oli lõplikult vormistatud ning kaitsmiseks esitatud.

Pärast aspirantuuri lõpetamist jätkas J. Brašinski tööd neuroloogia ja neurokirurgia kateedri lepingulise töötajana — nooremteadurina. 1991. aasta septembrist alates oli kateedri assistent.

Lahkunu oli oma eriala hästi tundev, põhimõttekindel ning alati abivalmis. J. Brašinski täiendas oma teadmisi pidevalt ning oli valmis neid alati jagama. Ta oli üliõpilaste seas hinnatud õppejõud.

Isiksusena iseloomustas J. Brašinski haritus, mitmekülgsus ning tagasihoidlikkus. Ta oli huvitatud meest, poliitikast, keeltest ning leidis aega spordiga tegelemiseks.

Kaotasime parimas loomeas, erudeeritud, abivalmis kolleegi, kellest jääb mälestus kui optimistlikust ning tagasihoidlikust inimesest.

Kolleegid

TARTU ÜLIKOOLIS

Tartu Ülikoolis

Arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 29. augustil 1991 esitas prodekaan prof. J. Maaroo andmed uute üliõpilaste arstiteaduskonda vastuvõtu kohta. Vastu võeti 250 uut üliõpilast, neist 112 (kandideeris 203) eesti õppekeelega raviosakonda, 23 (76) vene õppekeelega raviosakonda, 40 (53) farmaatsiosakonda, 40 (56) stomatoloogiaosakonda, 10 (16) sanitaararsti erialale ja 25 (56) vanemmeditsiiniõdede osakonda.

1991. aastal ei võetud uusi üliõpilasi enam pediaatria ja spordimeditsiini osakonda. Need osakonnad lõpetavad kolme lähema aasta jooksul tegevuse. Lastearstide ja spordi- ning ravikehakuultuuriarstide ettevalmistus toimub edaspidi spetsialiseerumisena raviosakonna lõpetajate hulgast.

Kuna senine kolmeaastase kestusega aspirantuur tunnistati lõppenuks, atesteeriti alates 1991. aasta septembrist 19 aspiranti doktorantideks. Uusi nelja-aastasesse doktorantuuri sisseastujaid oli 13, seega käesoleva õppeaasta arstiteaduskonna doktorantide üldarv on 32. Esimese aasta doktorantide stipendium on 818 rubla.

Nõukogu otsustas lühendada kevadsemestrit kolme nädala võrra ning seega lõpeb semester 22. juuniks.

Ülikooli nõukogu valis uuteks arstiteaduskonna kateedrijuhatajateks järgmised õppejõud: Helgi Silm (nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateeder); Helbe Sinimäe (sünnitusabi ja günekoloogia kateeder); Tiina Talvik (pediaatria kateeder); Avo-Valdur Mikelsaar (inimese bioloogia ja geneetika kateeder).

Arstiteaduskonda valiti assistendi ametikohale järgmised töötajad: Gennadi Gorelašvili ja Andrus Arak (radioloogia ja onkoloogia kateeder), Anu Aluoja (psühhiaatria kateeder), Aivar Pintsar (traumatoloogia ja ortopeedia kateeder), Heili Varendi (pediaatria kateeder), Ursel Soonets (biokeemia kateeder), Kaido Põlluste ja Ruth Sepper (hospitaalsisehaiguste kateeder) ja Sirje Kaur (nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateeder).

Tartu Ülikooli nõukogus leiti, et teaduskraadide ja -kutsete omistamise ümberkorraldamisel Tartu Ülikoolis on lähtunud seisukohast, et teaduskraadide taotlemine on ülikoolihariduse kõrgeim aste. Vastavalt on kavandatud Tartu Üli-

kooli magistri- ja doktoriõppe programmid, mis teadustöö kõrval süvendavad akadeemilist üld- ja eriharidust.

Lisaks avaldatud ülikooli kraadihariduse eeskirjadele otsustas nõukogu järgmist.

Tartu Ülikoolis tunnustatakse Eesti ja teiste riikide varem antud teaduskraade. Kuivõrd teaduskraadide omistamise nõuded ja traditsioonid ei erine mitte üksnes riikide, vaid ka ülikoolide vahel, ei ole nostrifikatsioon võimalik ja seda ei tule taotleda.

Magistri- ja doktorikraadi omistamise nõuded kuuluvad vastavate nõukogude (teaduskondade) kompetentsi. Eeskujuna tulevades arvesse eelkõige Põhjamaade vastavad programmid ja tööd.

Tartu Ülikooli doktorikraadi andvad nõukogud võtavad dissertatsioone kaitsmisele üldjuhul isikutelt, kellel on juba magistri- või kandidaadikraad (v. a. meditsiin). Magistrilt on nõutav doktoriprogrammi täitmine ning doktorieksamite sooritamine. Viimaseid võib vajaduse korral sooritada eksternina.

Kandidaadikraadi omavatel isikutel doktorantuuri läbimist ja doktorieksamite sooritamist ei nõuta.

Isikud, kes on sooritanud kandidaadieksamid, võivad esitada tööd magistrikraadi saamiseks täiendavaid eksameid sooritamata ja magistriõppes ettenähtud õppetöös osalemata.

Omistatava teaduskraadi nimetus kuulub ülikooli kompetentsi. On soovitatav juhinduda Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli poolt antud teaduskraadidest (teadusdoktor). Vastavate kraadide võorkeeltes väljendamisel (teaduspublikatsioonides, registrites, nimekaartidel) tuleb kasutada selles keelepiirkonnas levinud traditsiooni.

Akadeemiliste ametikohtadele valimisel tuleb senisest enam arvestada teaduspublikatsioonide

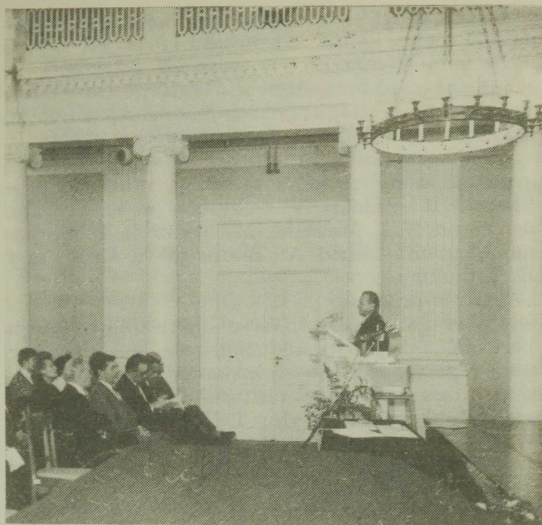


Foto 2. Prof. L. Tähepõld akadeemilist loengut pidamas. A. Joala fotod

kaalu, tsiteeritavust, osavõttu kõrgastme õppetööst (magistri- ja doktoriprogrammid) ja muud, kaasates sellesse edaspidi ka sõltumatuid eksperte.

Säilivad ülikooli professorite ja dotsentide ametikohad ning nimetused, kuid teaduskutseid ülikool ei anna.

VAK-i seniste erialanõukogude töö kuulutatakse lõppenuks.

Lembit Allikmets



Foto 1. A. Kõvamees ja J. Käbin arstiteaduskonna päeval.

XVI Tartu Ülikooli arstiteaduskonna päev peeti 11. oktoobril 1991. Aktuse avasid rektor J. Kärner ning tervishoiuminister A. Ellamaa.

Akadeemilise loengu «Biokeemia, biomolekulid ja meditsiin» pidas professor L. Tähepõld. Dekaan professor L. Allikmets tutvustas praegusel õppeaastal tehtud ning tehtavaid ümberkorraldusi arstiteaduskonnas.

Teenete eest õppe- ja teadustöös ning tegevuse eest ühisel ametialal said Tartu Ülikooli arstiteaduskonna medali professorid Ülo Arend, Kadri Gross, Leo Nurmand ja Narva Linna Keskhaigla kauaaegne peaarst Manfred Silland ning Rootsisis tegutsevad meditsiinidoktorid Ilo Käbin ja Argo Kõvamees, kes pidasid ka tänukõne.

Professor J. Maaros tegi teatavaks arstiteaduskonna õppejõudude auhinnatud tööd.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna teadustööde konkursi žürii otsustas määrata preemiad järgmistele esitatud töödele.

I. Teadusartiklite kogumikud konkreetse teadustöö teema kohta.

Esimene preemia

«Perifeersed bensodiasepiini retseptorid» (autorid dotsent L. Rägo, nooremteadur A. Adojaan, assistendid J. Harro ja R.-A. Kiiwet).

«Maohaavandi kulu dünaamika seos kroonilise gastriidi ja *Helicobacter pylori*'ga» (autorid professorid K. Villako, V. Salupere ja M. Siurala, dotsendid H.-I. Maaros, M. Kekki ja P. Sippnen, vanemteadurid A. Tamm ja R. Uibo, arst R. Tammur.).

Kolmas preemia

«Mõningate vasoaktiivsete ainete toime peaaegu verevoolusse ja funktsionaalsesse aktiivsusesse ning vegetatiivsetesse funktsioonidesse ajuinfarkti akuutses staadiumis» (autorid dotsendid M. Mägi, T. Kauba, vanemteadur T. Tomberg).

II. Õppevahendid.

Esimene preemia

Õppe- ja meetodilise materjali komplekt patoanatomia õpetamiseks arstiteaduskonna üliõpilastele (autorid professor A. Truupõld ja dotsent T. Truupõld).

Õppevahendite komplekt farmakoloogia õpetamiseks arstiteaduskonna üliõpilastele (autorid professorid L. Nurmand ja L. Allikmets, dotsent M. Otter).

Teine preemia

Monograafia «Südame isheemiatõve haiguste taastusravi» (arstidele ja arstiteaduskonna üliõpilastele) (autorid professorid E. Laane ja J. Riiv).

Monograafia «Reanimatoloogia» (autorid professorid A.-E. Kaasik, R. Talvik, R. Teesalu, dotsendid J. Samarütel, H. Tihane ning H. Noor, U. Kõöbi, V. Rүүtel, A. Sipria, A. Oopik).

Kolmas preemia

Õppevahendid «Südame rütmihäired» arstiteaduskonna üliõpilastele (autor dotsent S. Marmaa).

III. Leiutised.

Kolm autoritunnistust teemal «Laktofloora korrigeerimiseks vajalike laktobatsilli tüvede otsing ja valik» (autorid T. Brilene, V. Brilis, L. Levkov, H. Lenzner, M. Mikelsaar, M. Türi, M. Väljaots).

KROONIKA

24. septembril 1991 kohtusid Pärnu sanatooriumis «Tervis» Eesti, Läti ja Leedu tervishoiuminister, aseministrid ja tervishoiu- ja tervishoiu- ja sotsiaalhoolduse integratsioon, kindlustusmeditsiin ja selle rakendamine. Lätis ja Leedus ei ole kindlustusmeditsiiniseadust veel vastu võetud.

Ühe põhiküsimusena oli arutlusel katastroofimeditsiin. Iga vabariik esitas oma kontseptsiooni. Kõige täiuslikum on katastroofimeditsiini kontseptsioon Leedu Vabariigis, kus see seoses traagiliste jaanuarisündmustega leidis otsest rakendamist. Nagu märkis Leedu Vabariigi Tervishoiu- ja tervishoiu- ja sotsiaalhoolduse integratsioon, kindlustusmeditsiini alal Jonas Dževečka, käivitus süsteem õigeaegselt ja ilma oluliste viperusteta. Kõik meditsiinitöötajad olid nendel päevadel oma töökohtadel, kust nad ei lahkunud hetkekski. Kogu päästeteenistus Leedus on lülitatud ühtsesse kompuutersüsteemi, mis võimaldab saada kohe operatiivset sidet erinevate teenistuste vahel.

Ühine oli seisukoht, et sündmuskohale ei pea välja sõitma mitte haiglate spetsialistide brigaadid, vaid päästesalgad (parameedikud või kiirabibrigaadid).

Lätis on prof. Andrejevi eestvedamisel saadud valitsuselt nõusolek päästesalkade formeerimiseks ja nende eelarveliseks finantseerimiseks.

Leedu ja Läti ohtlikes piirkondades (Ignalina, Klaipeda, Ventspils jt.) on moodustatud spetsiaalsed kiirabibrigaadid, et nad tegutseksid tekkinud ohu korral kohe. Tähelepanu on pööratud teede korrashoiule. Ignalinas on üks maantee ainult päästeteenistuse jaoks. Meditsiinitöötajatega on sõlmitud individuaalpingud, katastroofi korral teab neist igaüks, kuhu minna ja kui palju talle palka makstakse.

Nõupidamisel tehti ettepanek moodustada ühtne koordinatsiooninõukogu Läti, Leedu ja Eesti vahel, andmed ühiste projektide kohta sisestatakse arvutisse. Selleks tulevad kolme vabariigi päästeteenistuse peaspetsialistid kokku veel sel aastal Lätis.

Arutlusel olid veel suhted NSV Liidu meditsiiniinstitiutidega, sanatoorse ravi ja rehabilitatsiooni ümberkorraldamine, samuti ametkondlike raviasutuste ületulek vabariigi alluvusse. Järgmine taoline kohtumine peetakse Leedu Vabariigis.

Epp Lainevee

Eesti teadlaste publikatsioonid välismaal

Allikmets, L., Vasar, E. Adaptational changes in CABA_B benzodiazepine and cholecystokinin receptors elicited by long-term haloperidol administration. — Sov. Med. Rev. G. Neuropharm., 1990 (abstracts), p. 25.

File, S. E., Andrews, N., Zharkovsky, A. Handling habituation and chlordiazepoxide have different effects on CABA and 5-HT funktion in the frontal cortex and hippocampus. Eur. J. Pharmacol., 1990, vol.

File, S. E., Zharkovsky, A., Gulati, K. Baclofen reverses the signs of ethanol withdrawal in rats. Br. J. Pharmacol., 1990, 90, p. 38.

File, S. E., Zharkovsky, A., Gulati, K. Effects of baclofen and nitrendipine on ethanol withdrawal responses in the rat. Neuropharmacology, 1990, vol. 98.

File, S. E., Zharkovsky, A., Hitchkott, P. Drug treatment of anxiety in ethanol withdrawal C.I.N.P. Congress. Tokio, 1990.

Hitchkott, P. K., Zharkovsky, A., File, S. E. Acute CGS 8216 reverses, and concurrent verapamil prevents, diazepam withdrawal induced anxiety in rats. Br. J. Pharmacol., 1990, 90, p. 52.

Harro, J., Kiiwet, R.-A., Lang, A., Vasar, E. Rats with anxious or nonanxious type of exploratory behaviour differ in their brain CCK-8 and benzodiazepine receptor characteristics. Behav. Brain Res., 1990, vol. 1, p. 63-71.

Kluša, V., Kiiwet, R.-A., Muceniece, R., Liepa, I., Harro, J., Svirskis, S., Andermanis, A., Rāgo L. Thymopentin antagonizes stress-induced changes of GABA/benzodiazepine receptor complex. Regul. Pept., 1990, 27, p. 355-365.

Kluša, V., Muceniece, R., Liepa, I., Svirskis, S., Andermanis, A., Zalitis, G., Rituma, I., Szabo, G., Telegdy, G., Rāgo, L., Kiiwet, R.-A., Allikmets, L. Regulatory Properties of Thymopentin. In: Thymopentin: A Novel Regulatory Neuropeptide. Riga, Latv. Acad. Sci., 1990, p. 35-62.

Männistö, P. T., Rāgo, L. Activation of peripheral-type benzodiazepine binding sites and secretion of anterior pituitary hormones in male rats. XIth International Congress of pharmacology. Amsterdam, The Netherlands. — Eur. J. Pharmacol., 1990, 183, p. 2080 (abstracts).

Rāgo, L., Adojaan, A. The effect of stress and anxiogenic β -carbolines on the peripheral benzodiazepine binding sites. In: 5th Finnish Neurochemistry Meeting. Abstracts. Helsinki-Espoo, 1990, p. 23.

Rāgo, L., Adojaan, A. Peripheral-type benzodiazepine binding sites: modulatory effect of in vivo administration of thymopentin. In: Thymopentin: a novel regulatory neuropeptide. Institute of Organic Synthesis, Riga, Latv. Acad. Sci., p. 63-77.

Rāgo, L., Adojaan, A., Harro, J., Kiiwet R.-A. Exploratory activity differences in an elevated plus-maze: correlation between anxiety and decreased number of central- and peripheral-type

benzodiazepine binding sites. — Naunyn-Schmiedeberg's Arch. Pharmacol., 1991.

Rāgo, L., Adojaan, A., Masso, R. Location in nucleus of ^3H -RO 5-4864 binding sites in rat lymphocytes. — Eur. J. Pharmacol., 1991,

Rāgo, L., Kiiwet, R.-A., Adojaan, A., Harro, J., Allikmets, L. Stressprotective action of β -phenyl (GABA): Involvement of central and peripheral-type benzodiazepine binding sites. Pharmacol. Toxicol., 1990, 66, p. 41-44.

Rāgo, L., Macdonald, E., Saano, V., Airaksinen, M. M. The effect of medetomidine on GABA and benzodiazepine receptors in vivo: lack of anxiolytic but some evidence of possible stress-protective activity. — Pharmacol. Toxicol., 1990.

Rāgo, L., Saano, V., Airaksinen, M. M. The effect of pretreatment with medetomidine on GABA/benzodiazepine receptors in naive and stressed mice. XIth International Congress of Pharmacology. Amsterdam, The Netherlands. — Eur. J. Pharmacol., 1990, 183, p. 1976 (abstracts).

Rāgo, L., Saano, V., Nieminen, S., Airaksinen, M. M. ^3H -Antipamezole binding sites in rat cerebral cortex: the effect of stress and anxiogenic β -carboline FG 7142. — Pharmacol. Biochem. Behav., 1990.

Saano, V., Rāgo, L., Macdonald, E., Teittinen, K. Benzodiazepine binding sites in rat heart and the action of their ligand, PK 11195 after coronary occlusion. Pharmacology, 9, p. 127-133.

Zharkovsky, A. Flumazenil suppresses and CGS 8216 enhances the physical signs of diazepam withdrawal in rats. — Br. J. Pharmacol., 1990, 98, p. 101.

Vasar, E., Allikmets, L., Soosaar, A., Lang, A. Similar behavioural and biochemical effects of long-term haloperidol and caerulein treatment in albino mice. — Pharmacol. Biochem. Behav., 1990, 35, 855-859.

EESTI ARST

1991

Aineregister

- Aastasisukord (1991.a.)** 466
- AIDS**
- , mükobakterid 180
 - , nakkused 338
 - , —, oportunistlikud 338
 - , —, ravi 339, 341
 - , riskirühmad 147
 - , Soome 147
 - , T-lümfotsüüdid 338
- ajakirjandus**
- , meditsiini 56
 - , —, eestikeelne 56, 57
 - , —, tervishoidlik harimine 60
- ajukahjustus**
- , lapsed 189
 - , —, rehabiliteerimine 190
 - , —, organisatsioon 191
- allergia**
- , nikli 135
- alopeetsia**
- , Kirde-Eesti 253
 - , —, lapsed 252
 - , väliskeskond 253
 - , —, tegurid 253
- Amitina, N. (teaduslik kutse)** 66
- aortokoronaarne šunteerimine** 172
- , kehaväline vereringe 172
- arst**
- , ametikohad 172
 - , arv (Soome) 239
 - , Eesti 106
 - , erialad 106
 - , —, Soome 157
 - , rakendatus (Soome) 157
 - , tegev- 41
 - , Soome 106
 - , —, koostöö 106, 107
- arstide selts**
- , *Duodecim* 110
 - , Eesti Anestesioloogide ja Reanimatoloogide seltsi ning L. Puusepa nim. Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide seltsi koosolek 149
 - , Eesti Dermatoveneroloogide ja Reanimatoloogide ja Saaremaa Arstide (pleenaaristung) 308
 - , Eesti Terapeutide (pleenum) 136
 - , Lääne-Eesti arstide (koosolek) 227
 - , neurokirurgide (IX, Euroopa Assotsiatsiooni kongress) 372
 - , pöördumine 148
 - , Saaremaa Arstide (koosolek) 227
 - , Skandinaavia Diabetoloogia (XXVI, aastakonverents) 376
 - , Tšehhi ja Slovaki Liitvabariigi ja Eesti Anestesioloogide-reanimatoloogide (koostöö) 148
- arstietika** 387, 388
- arstkond**
- , Eesti 117
 - , —, häving 118
 - , —, 1939...1944 118, 119, 120
- arstiteaduse ajalugu**
- , arstiteaduslik ajakirjandus 302, 439
 - , —, Eesti (1941. a.) 302
 - , ilmunud artikli täiendus 301
 - , Jannsen, J. V. 439
 - , kultuuritegelased (vanemad) 56
 - , —, Eesti 439
 - , —, «Perno Postimees» (1857—1863) 439, 440
 - , Riives, J. 357
 - , —, närvikliiniku juhataja 357
 - , Saaremaa Arstide Selts 309
 - , —, asutamine (65. a.) 309
 - , spordimeditsiin 215
 - , —, Eesti 215
 - , Tartu Kliiniline Haigla 212
 - , —, stomatoloogia osakond 213
 - , —, —, kirurgiline 213
 - , Tartu Vabariiklik Närvikliinik 361
 - , —, Üprus, V. (peaarst) 361
 - , Tartu Ülikool 355
 - , —, Moskva Ülikool 355
 - , —, —, kontaktid 355
 - , —, —, arstiteaduslikud 355
 - , —, närvikliinik (70-aastane) 357
 - , —, vaimu- ja närvihai-guste kliinik 296
 - , —, —, teadustöö 296, 298
 - , —, —, —, Eesti Vabariigis 296
 - , Vagane, E. 299
 - , Üprus, V. 361
- artoskoopia**
- , põveliiiges 331
 - , diagnoosimine 332
 - , kirurgiline ravi 332, 333
 - , —, lokaalanesteesia 331
 - , —, polikliiniline 331
- Asklepiose klubi**
- , «Eesti tervishoiu aktuaalseid probleeme» 197
 - , «Erameditsiin on tulekul» 285
- automaatspiroanalüsaator** 334
- autoriregister (1991. a.)** 471
- baroterapia** 102
- B-hepatiit**
- , äge 265
 - , —, DNA antikehad 265
 - , —, rekonvalesentsiperiood 266
- biotransformatsioon** 32
- , ravimid 32
- Birk, K. (50. sünnipäev)** 68
- Bražinski, J. (1956—1991)** 462
- Brilene, T. (kandidaativätekiri)** 363
- bronhiaalastma** 12
- bronhiit**
- , krooniline 13, 92
- C-hepatiit**
- , HCV 187
 - , —, levikuteed 187
 - , antikehad 188
- Codex Deontologicus Medicorum* 113
- depressioon**
- , diagnoosimine 426
 - , —, enesevaatlusskaala 427

- dermatofüütia
 —, epidemioloogia 22
 —, haigestumus 22
 —, klassifikatsioon 21
- dieet
 —, alkohol 184
 —, —, toime 184
 —, —, —, kesknärvisüsteem 184
 —, ravimid 31, 184, 185
 —, —, ainevahetus 32, 186
 —, toitumine 32, 183
- doping
 —, aine 385, 386
 —, arstietika 387, 388
 —, eetika 389
 —, kõrvaltoime 386
 —, sport 385
 —, spordietika 387, 388
- eesnäärmevähk 163
 «Eesti Arst» 1990 3
 Eesti Arstide Liit
 —, pöördumine 135
 —, volikogu koosolek 62, 307
 —, üldkogu koosolek 61, 134, 438
 Eesti assotsiatsioon
 —, «Anti-AIDS» 125
 Eesti Karskusliit
 —, statistika 239
 Eesti Lastekaitse Liit
 —, kongress (keskliidu) 145
 —, «Laps ja armee» (seminar) 310
 —, ÜRO Lapse Õiguste Konventsioon 145
 —, —, aastapäev 145
 Eesti teadlaste lõpetatud uuri-
 musi 159
 Eesti teadlaste publikatsioone
 välismaal 46, 159, 465
 Eesti Tervishoiu Muuseum
 121
 Eesti Tervishoiutöötajate
 Ametiühingu Vabariiklik-
 kus Liidus 79, 238
 eetika 389
 Elberg, E. (50. sünnipäev)
 452
 eksperimentaalfüsioloogia
 —, Tartu Ülikool 49
 elektronarvuti 334
 elektromüotonometer 17
 emakakaelavähk
 —, haigestumus 260, 328
 —, levimus 261, 328
 —, suremus 261, 330
 —, —, linn 262
 —, —, maa 262
 elukvaliteet 323
 —, meditsiinilised otsustu-
 sed 325
 elulemus
 —, vähk 323
 erlihhiios
 —, inimene 175
- Fanconi aneemia
 —, diagnoosimine 276
 —, hüpoplastiline 275
 —, kliiniline pilt 276
 —, patogenees 276
 —, ravi 278
 —, —, immuundepressiivne 278
 farmakoloogia
 —, põhimõisted 392, 452
 foorum
 —, «Missugune peaks olema
 Eesti Vabariigi alkoholipoli-
 tiitika?» 219
 —, «Terve ja sportlik Ees-
 timaa» 63
Forum medicorum Estonicum
 132
- gripp
 —, epideemia 291, 292
 —, diagnoosimine 291
 —, —, laboratoorne 291
 —, etioloogia 291
 —, respiratoorne viirushai-
 gus 290
 —, —, äge 291
 Gus, M. (1952—1991) 461
- Haavel M.-L. (60. sünnipäev)
 150
 haige
 —, laps 343
 —, —, haiglaravi 344
 haigus
 —, iatrogenne 4, 10
 Haviko, T. (50. sünnipäev)
 232
 hemodünaamika
 —, tsentraalne 240
 hepatiit
 —, C- 187
 —, B- 265
 hingamiselundid
 —, haigused 409, 410
 —, —, ägedad 409
 —, —, lapsed 409, 410
 hingamisfunktsioon
 —, näitajad 12
 hüperbaariline oksügenat-
 sioon 102
 —, näidustused 102
 —, vastunäidustused 102
 —, ravi 103
 —, tüsistused 104
- intervjuu
 —, Andrus Kork — arst ja
 poliitik 222
 —, Eesti keeles kirjutamine
 on ka minu isamaaline ko-
 hus (E. Nõu) 378
 —, Eesti tervishoiu eesmärk
 — tervis olgu auasi ja haige
 olla kahjulik (A. Ellamaa)
 449
 —, Elmar Karu lugu 69
- , Esimene sõltumatu peasa-
 nitaararst (P. Krooni) 376
 isobutanool
 —, kineetika 263
 —, —, lineaarne tõestus 263
 —, rasvlahustuvus 263
- Jannsen, J. V.
 —, terviseharidus 439
 —, —, meditsiiniajakirjan-
 dus 439
 —, «Perno Postimees» 439
 juriidiline nõuanne
 —, emade sotsiaalne kaitse
 152
 —, kompensatsioonid 234
 —, pensioniseadus 314, 390,
 460
 —, sotsiaalne kaitse ja toetus
 77
 —, —, lastega perekond 78
- Kaasik, A.-E. (Uppsala Üli-
 kooli audoktor) 236
 Kahn, H. (60. sünnipäev) 68
 Kanter, E. (50. sünnipäev)
 152
 Karnorsky
 —, seisundiskaala 326
 kasvajamarker
 —, CA 125 89
 —, munasarjavähk 90
 Keres, L. (75. sünnipäev) 231
 kohtupsühhiaatria
 —, ekspertiis 94, 95
 —, diagnoos 94
 —, —, vead 95
 —, eksperthinnang 95, 96
 —, —, vead 95
 Kook, E.-H. (60. sünnipäev)
 232
 Kolle, R. (50. sünnipäev) 151
 kommentaar 132, 459
 koodeks
 —, meditsiinetika (rahvus-
 vaheline) 384
 Kook, E. (1912—1991) 315
 koolieelne lasteasutus
 —, Tallinn 280
 —, —, laste toiduratsioon
 281, 282
 —, —, mangaanisaldus 281
 —, —, tsingisisaldus 281
 —, —, vasesisaldus 281
- kongress
 —, anesthesioloogide (ülemaa-
 ilmne) 138
 —, dermatoloogide (IX, üle-
 liiduline) 444
 —, diabeediföderatsiooni
 (XIV, rahvusvaheline)
 442
 —, gastroenteroloogide (üle-
 maailmne) 138
 —, hepatopankreatobiliaarki-
 rurgia (III, ülemaailm-

- ne) 137
- , meditsiinilise bioloogia ja geneetika (III, rahvusvaheline) 65
- , südame rütmihäirete elektrostimulatsioonravi ja elektrofüsioloogiaalane (Euroopa) 441
- konverents
- , akušöörigünekoloogide (III, Balti mere maade) 306
- , Eesti Tervishoiu Muuseumi ajaloo päev 305
- , Eesti tervistus- ja rahvaspordiliikumise «Terve ja sportlik Eestimaa» rahvafoorum 63
- , endokrinoloogide (rahvusvaheline) 136
- , farmakoloogia ja kliinilise farmakoloogia (II, Läänemere) 143
- , foorum «Missugune peaks olema Eesti Vabariigi alkoholipoliitika 219
- , füsioloogide (Skandinaaviamaade, Baltimaade) 368
- , *Helicobacter pylori* (III, Euroopa uurimisrühma) 139
- , «Humiinained biosfääris, nende rahvamajanduslik tähtsus ja ökoloogiline tähendus» (I, üleliiduline) 144
- , «Kaasasündinud ja päriliku patoloogia prenataalne ja neonataalne sõeluuring» (üleliiduline) 140
- , kopsuhaiguste (I, soomeugri) 371
- , «NSV Liidu Euroopa-osa lõunapiirkonna rekreatsioonitsoonide ökoloogiline seisund» 141
- , **Rahvusvahelise Raamatukogude** Assotsiatsioon 64
- , riiklikud nakkushaiguste päevad (III, Soome) 142
- , Skandinaaviamaade pediatrite 443
- , tervisekasvatusalane (XIV, maailma) 371
- , «Väikeste ioniseeriva kiirguse annuste toime reproduktsiooniprotsessis ja selle hügieeniline hinnang» 220
- kopsuhaigused
- , kroonilised 12
- , —, mittespetsiifilised 13
- Koskvee, L. (1909—1991) 397
- Krooni, P. (Eesti Vabariigi peasanitaarst) 238
- Kremerman, I. (teaduslik kutse) 66
- kusepõis
- , aktinomükoos 35
- , —, primaarne 35
- , —, diagnoosimine 35
- kutsekahjustused
- , metsatöölised 180
- , —, vibratsioontõbi 181
- , —, kutsehaigus 181
- Kõvamees, A. 463
- Käbin, I. (70. sünnipäev) 150, 463
- Laane, P. (50. sünnipäev) 69
- Lainevee, T. (50. sünnipäev) 313
- Lahhonina, G. (teaduslik kutse) 66
- Laos, V. (70. sünnipäev) 149
- lapsed 36
- , haiglaravi 194, 196
- , —, Põhjamaade standard 195
- Larens, M. (50. sünnipäev) 313
- lasteasutused 39
- lihasetoonus
- , muutused 17
- , —, hindamine 17
- , —, —, valemid 17
- Liivola, E. (60. sünnipäev) 150
- lipiidid
- , sisaldus 16
- Loolaid, V. (60. sünnipäev) 452
- magu
- , vähk 87
- Malviste, M. (60. sünnipäev) 382
- manifest
- , turvauhiskond 228
- maohaavandtõbi
- , diagnoosimine 84
- , —, esmakordne 85
- , esinemissagedus 83
- , —, Göteborg 83
- , tüsistus 83
- maovähk 86
- Martinson, M. (peaarst, Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla) 399
- meditsiin
- , dehumaniseerumine 43, 193
- , Eesti Vabariik 209
- , —, seadusandlus 209
- , farmakopöa 210, 211,
- , —, -komisjonid 210
- , tänapäeva 41
- , —, progress 42
- meditsiinikool
- , 1991. a. lõpetajad (Kohtla-Järve) 367
- , —, Tallinn 218, 365
- , —, Tartu 218, 366
- meditsiiniline sekkumine
- , eesmärk 6
- , defektid 11
- , —, analüüs 11
- , tulemus 5
- , —, variandid 5
- Mesikepp, A. (kandidaadiväitekirj) 66
- mikrometastaas
- , prognoostiline tähtsus 172
- munasarjavähk 90
- mõttevahetus 189, 192, 193, 194, 196, 343, 344
- Männik, L. (teaduslik kutse) 66
- mükoos
- , klassifikatsioon 20
- Müllerbek, E. (1920—1991) 397
- müokard
- , düstroofia 409
- , —, esinemissagedus 410
- , infarkt 407
- , —, riskitegurid 407, 408
- , naised 407
- , koronarograafia 408
- , nekroos 407
- , —, suurekoldeline 407
- , ravi 410
- , reservvõimalused 247
- , —, hindamine 251
- , sümptoomid 410
- nakkushaigused
- , esinemissagedus 432
- , registreerimine 47, 430
- , —, Eesti (1990. a. III kv.) 47
- , —, Eesti (1991. a. I kv.) 206
- , —, Eesti (1991. a. I poolaasta) 351
- , —, Eesti (1991. a. III kv.) 430
- neeruhaigused
- , diagnoosimine 415
- , —, -biopsia 415
- , —, —, kasutuselevõtt (Eesti) 415
- Nisu, V. (50. sünnipäev) 152
- nitraadid
- , maovähk 86
- , —, haigestumus 87
- , mineraalväetised 86
- Novek, I.-V. (1923—1991) 158
- nõupidamine
- , kindlustusmeditsiin 238, 464
- , —, rakendamine 238
- osteomüeliit
- , hematogeenne 36
- , —, äge 36
- , —, —, staadiumid 36
- , —, —, diagnoosimine 37
- Ostrat, A. (teaduslik kutse) 66

- operatsioon
 —, —, järgne periood 172
 —, —, ensüümide aktiivsus 174
 —, —, hemodünaamika 173
 —, kehaväline vereringe 172
- Paldrok, A.**
 —, tegevus 111
 —, —, teadus 112
 —, välissidemed 112
- palavik
 —, etioloogia 273, 274
 —, —, ebaselge 273
 —, diferentsiaaldiagnoos 273
 —, subfebriilne 273
- Panov, V. (80. sünnipäev) 67
- pankreas
 —, vähk 169
 —, —, ravi 169
- pankreatikobiliaarsüsteemi
 —, vähk 169
- parees
 —, perifeerne 19
 —, tsentraalne 18
- Paves, A. (60. sünnipäev) 383
- Pavlov, I.
 —, pärand 267, 268
- Pavlovi sessioon
 —, füsioloogiategadus 267
- Peeba, M. (kandidaadväitekeri) 217
- perearst 192
- perekonnaterapia 446
- piimafarm
 —, piim 40
 —, —, kontroll 40
 —, —, —, laboratoorne 40, 41
- Piirsalu, U. (60. sünnipäev) 232
- pleenum
 —, Eesti terapeudid 136
- Poola, H. (60. sünnipäev) 67
- psühhoemotsionaalne pingeline
 —, üliõpilased 176
 —, —, hindamine 177
 —, —, —, võimalused 178
- psühhopaatoloogia
 —, klassifikatsioon 25
 —, —, areng 27
- põhjavesi
 —, koliindeks 416
 —, nitraadid 416, 417
 —, —, sisaldus 418
 —, —, normatiivid 418
- Pökk, A. (75. sünnipäev) 149
- Pöllumaa, R. (1930—1990) 158
- Pärnu laht
 —, sanitaarseisund 269, 271
 —, —, näitajad 270, 271
 —, —, dünaamika 270
 —, —, nõuded 271
- , —, normid 271
- pöördumine
 —, Eesti tervishoiuasutuste poole 163
- ravi
 —, tüsistused 7
 —, vead 4
- Redko, L. (teaduslik kutse) 66
- retsensioon
 —, «Mõned küsitavad I. Drževetskaja, O. Butova ja A. Viru artiklis» 233
- Riives, J.
 —, Tartu Ülikool 359
 —, —, närvikliinik 360
 —, —, juhataja (1943—1944) 360
- rinnavähk
 —, alkohol 99
 —, avastamine 403
 —, —, varajane 404
 —, elulemus 404
 —, profülaktika 405
 —, —, sekundaarne 403
 —, protektorid 100
 —, register 97, 403
 —, riskitegurid 97
 —, toitumine 98
 —, ülekaalusisus 97
- Rootsi
 —, sotsiaalkindlustus 73
 —, tervishoid 72
 —, —, aktuaalsed probleemid 74
 —, —, maksud 73
 —, —, omavalitsus 72
- Rossmann, E. (väliseestlane, 100. sünnipäev) 79
- Saarmaa, J. (70. sünnipäev) 381
- saun
 —, mõju 284
 —, —, psüühika 284
- seedeelundid
 —, haigused 433
 —, —, diagnoosimine 434
 —, —, ultrasonograafia 435
 —, kasvaja 435
 —, ravi 434
- seminar
 —, kopsuhaiguste 399
 —, —, astma 399
- Sepp, M. (60. sünnipäev) 151
- Sibul, S. (70. sünnipäev) 67
- Silm, H. (50. sünnipäev) 452
- Soekõrv, R. (60. sünnipäev) 67
- Soome
 —, arstiabi 76
 —, —, anestezioloogid 76
 —, —, lastehaigla 76
 —, —, —, töökogemus 77
- sotsiaalhooldus
 —, Eesti (1991. a. 1. jaan) 353
- Sui, V. (meditsiinidoktor) 445
- Suija, R. (50. sünnipäev) 151
- suitsiid
 —, esinemissagedus 157
 —, Soomes 157
- suremus
 —, Eesti 284
 —, —, 1990. a. 284
 —, —, põhjused 284
 —, koefitsient 284
 —, —, kuni 5-aastased lapsed 284
 —, —, —, Eesti 284
- süda
 —, muutused 12
- südameindeks 247
 —, dünaamika 248
 —, —, veloergomeetria 248
- südame löögiindeks 247
 —, dünaamika 248
 —, —, veloergomeetria 248
- südametalitus
 —, häired 299
 —, —, erütromütsiin 299
 —, —, venoosne manustamine 299
- sülg
 —, koostis 178
 —, —, määramine 178
- sümposioon
 —, diabetoloogia (Eesti, Poola) 365
 —, insuliinistõuva suhkurtõve epidemioloogia ja etioloogia alane (rahvusvaheline) 369
 —, meditsiiniline gnotobioloogia (rahvusvaheline) 220
 —, «Pea- ja kaelapiirkonna kasvaja» (rahvusvaheline) 367
- Zolotuhina, I. (teaduslik kutse) 66
- Tartu Ülikool
 —, arstiteaduse erialade doktorantuur 316
 —, arstiteaduskond 53
 —, —, kateedrijuhataja 156
 —, —, lõpetajad (1991. a.) 364
 —, —, nõukogu (koosolek) 155, 156, 319
 —, —, päev 15, 154, 463
 —, —, teadustöö 54, 55
 —, —, —, psühhiaatriaalne 54, 55
 —, —, viroloogia (õpetamine) 436
 —, —, õppeplaaniid 398
- Tarum, M. (50. sünnipäev) 383

- Teesalu, S. (60. sünnipäev) 68
- Tefanova, V. (teaduslik kutse) 66
- tervisekahjustus
- , tubakatolm 91
 - , —, allergia 91
 - , —, krooniline bronhiit 92
 - , —, krooniline nohu 91
- tervisekasvatus
- , ankeetküsitlus 294
 - , arstid 293, 294
 - , kool 293
 - , —, õpetajad 293, 294
 - , kooliiga 293
 - , —, noorem 293
- terviseteave
- , arengusuunad 429
 - , hetkeseis 429, 430
- tervisõpetus
- , Eesti 224
 - , —, kool 225
 - , —, meditsiinitöötajate 225
 - , —, —, ülesanded 225
 - , —, —, —, rakendamine 225
 - , —, programm 225
- tervishoid
- , Eesti Vabariik 48
 - , —, näitajad (1988—1990, 1991) 48, 207, 208, 430, 431, 433
 - , —, —, demograafia 48
 - , —, —, voodifond 49, 208
 - , Tallinnas (1990. a.) 204
- tervishoiujuht
- , Jaapan 144
 - , Soome 144
- tervishoiuministeerium
- , tervishoiuorganisaatorite (nõupidamine) 238
- tervishoiu muuseum
- , Eesti 305
 - , —, ajaloopäev 305
- terminoloogia
- , arstide eriala 458
 - , —, ametikoht 458
 - , farmakoloogia 391, 453
 - , —, põhimõisted 391, 453
- Tikk, R. (kandidaadiväitekiri) 105
- toorpiim
- , kvaliteet 40
 - , —, hinnang 39, 40
- trend
- , ajaline 259, 328
- tubakavabrik
- , töölised 91
 - , —, kutsehaigused 91
 - , —, psühholoogilised hälb-
bed 92
 - , tööhügieen 92
- tuberkuloos
- , epidemioloogia 412
- , haigestumus 412
 - , —, esmane 412
 - , lapsed 413
 - , —, sooline struktuur 413
- töö
- , kogemus 44
- töövõime
- , aeroobne 15
 - , kehaline 16
- Türi, E. (60. sünnipäev) 151
- ultrasonograafia
- , kasutamise 433
- uurimistöö
- , praktiline 127, 129, 130
 - , teaduslik 127, 129, 130
- Valgma, K. (60. sünnipäev) 313
- valu
- , idiopaatiline 423
 - , krooniline 420
 - , neuropastiline 423
 - , notsitseptiivne 426
 - , ravi 424
 - , —, analgeetikumid 424
- Veidebaum, T. (Eksperimen-
taalse ja Kliinilise Medit-
siini Instituudi direktor) 238
- veloergomeetria 247
- vereringe
- , häired 13
 - , kehaväline 172
- veresoonkond 12
- Viikari, S. 110
- viroloogiateenistus
- , Eesti 344
- vähk
- , eesnäärme- 163
 - , —, haigestumus 163
 - , —, levimus 164
 - , —, suremus 165
 - , —, —, ajaline muutumine 165, 167
 - , —, kumulatiivrisk 166
 - , pankreatikobiliaarsüsteem 169
 - , —, hüperbilirubineemia 170
 - , —, immuunmoduleerivad omadused 170
 - , —, vereseerum 169
- väline hingamine 334
- , parameetrid 335
 - , —, mõõtmise 334
 - , —, —, automaatspiroana-
lüsaator 334
 - , —, —, UT-8911 334
- väliseestlased
- , sotsiaaltöötajad 352
 - , —, Eestis 352
- vöötohatis
- , ravi 263
 - , —, acyclovir 263
- ühiskond
- , areng 243
 - , eetilisus 245
 - , rahva elujõud 244
- üliõpilased 15, 176
- Üprus, V.
- , Tartu Vabariiklik Närvi-
kliinik 361
 - , —, peaarst (1944—1948) 362
- ÜTO
- , Eesti 347
 - , —, koostöö 348, 349.

Autoriregister 1991

- Aareleid, T. 323, 403
Abner, K. 91
Allikmets, L. 143, 156, 236,
316, 319, 462
Altraja, E. 407
Anderson, A. 25
Annus, E. 215
Annus, T. 412
Birk, K. 66, 141, 142
Birkenfeldt, R. 273, 445
Bogovski, P. 86
Eha, J. 217
Ellamaa, A. 347
Elstein, N. 136, 347
Gross, J. 44
Gus, M. 370
Haavel, A. 35, 110, 148, 227,
308, 309
Haitov, G. 275
Hint, E. 403
Ilmoja, V. 347
Innos, S. 306
Jannus, L. 371, 399
Josia, U. 140
Juhansoo, T. 409, 443
Jöks, S. 344, 436
Jürgenson, M. 433
Jürimäe, T. 15
Kaasik, A.-E. 105
Kaik, J. 441
Kalits, I. 368, 369, 370, 442
Kalnin, V. 354
Kangro, H. 446
Karlova, S. 416
Karu, E. 53, 233, 263, 296
Karu, K. 172
Kasesalu, G. 290
Kaskmets, R. 247
Kelk, H. 228
Kelk, J. 136
Kingisepp, P.-H. 335, 368
Kivik, A. 172
Kivik, P. 172
Koldits, A. 140
Kutsar, K. 56, 69, 125, 187,
197, 222, 243, 285, 302, 311,
338, 373, 376, 385, 439, 449
Kuusma, M. 79, 238, 399
Käbin, I. 49, 117
Kägo, K. 172
Laan, I. 132, 301, 378, 458
Laane, E. 247
Laane, M. 39
Lainevee, E. 464
Lamp, J. 335
Lasn, L. 17
Leesment, E. 172
Leiba, V. 415
Leibur, E. 367
Lember, M. 138
Lenzner, A. 220, 363
Lepisk, J. 72
Lilleorg, A. 89, 169
Lindström, S. 221
Lintsi, M. 15
Lipand, A. 371
Lond, E. 140, 433
Loodmaa, R. 209
Loogna, N. 91
Luiksaar, L. 20
Luts, A. 91
Maaroos, H.-I. 138, 139
Maaroos, J. 154, 155, 247
Mae, S. 91
Martinson, M. 76
Meitern, K. 331
Mesimaa, E. 12
Mikelsaar, R. 140
Mindrul, V. 140
Mitt, K. 189, 343
Mittšenkov, V. 280
Müürsepp, P. 212
Nadolinski, S. 280
Nurmand, L. 392, 453
Nutt, H. 265
Nömm, H. 36
Oskolkova, S. 94
Otter, M. 31, 183, 209, 392, 453
Paimre, R. 359, 361
Palo, E. 238
Peets, S. 275
Pella, M. 77, 152, 234, 314,
390, 460
Pilv, I. 224, 293
Poola, H. 137
Prükk, T. 265
Purde, M. 97
Päi, L. 41, 273
Raamat, K. 145, 310
Raie, R. 17
Rannamäe, R. 39, 416
Rebane, L. 193
Rentel, S. 307, 438
Reškov, G. 17
Riikjärv, M.-A. 194
Roosalu, M. 176
Saarma, J. 426
Saks, K. 247
Salk, R. 35
Saluvere, J. 172
Schöön, I.-M. 83
Sergejeva, Ž. 280
Siirak, V. 192, 204, 352
Sikk, M. 79
Silla, R. 252
Sillam, A. 91, 180
Silm, H. 398
Soo, T. 409
Subi, K. 127, 290
Suurorg, L. 197
Švarts, V. 65
Zupping, R. 149, 357, 420
Talihärm, A. 66, 102, 148, 373
Tallo, A. 63, 121, 219, 305
Tedremaa, M. 64
Teemusk, L. 275
Teesalu, S. 176
Teichmann, M. 91
Tekkel, M. 403
Thomson, H. 163, 259, 328
Tikk, A. 17, 372
Toome, V. 172
Toomela, A. 189
Turbina, L. 17
Uibo, R. 265
Uusküla, M. 407
Vahter, H. 444
Vahula, I. 269
Valdes, V. 4
Vallikivi, H. 36
Velbri, S. 169
Veldre, I. 416
Veski, R. 144
Viikari, S. 106
Viru, A. 267
Volmer, A. 429
Värnik, A. 61

1991

Sisukord

| | |
|---|-----|
| Pöördumine Eesti tervishoiuasutuste poole «Eesti Arst» 1990 | 163 |
| Eetilised, ühiskonna areng ja rahva elujõud | 3 |
| | 243 |

TEORIA JA PRAKTIKA

| | |
|---|-----|
| Aareleid, T. — Haigete elulemus ja elukvaliteet: ühe medali kaks külge | 323 |
| Annus, T. — Laste tuberkuloosi epidemiologia Eestis aastail 1981..1990 | 412 |
| Bogovski, P. — Nitraadid ja maovähk | 86 |
| Hint, E., Aareleid, T., Tekkel, M. — Rinnavähi sekundaarse profülaktika meetmete hinnang Eestis | 403 |
| Juhansoo, T., Soo, T. — Müokardidüstroofia esinemissagedus, sümptoomid ja ravitulemused ägedate hingamiseldundite haiguste korral | 409 |
| Jürimäe, T., Lintsi, M. — Muutused üliõpilaste kehalises töövõimes ning vere lipiidisisalduses õppeaasta vältel | 15 |
| Karu, E. — Isobutanooli kineetika | 263 |
| Kingisepp, P.-H., Lamp, J. — Välise hingamise parameetrite mõõtmise automaatspiroanalüsaatoriga UT-8911 | 334 |
| Kivik, P., Saluvere, J., Toome, V., Kägo, K., Leesment, E., Kivik, A., Karu, K. — Operatsioonijärgse perioodi hemodünaamika ja ensüümide aktiivsuse sõltuvus kehavälise vereringe kestusest aortokoronaarse šunteerimise ajal | 172 |
| Lasn, L., Raie, R., Reškov, G., Turbina, L., Tikk, A. — Elektromüotonometri diagnostilised võimalused lihasetoonuse uurimisel tsentraalse ja perifeerse pareesiga haigetel | 17 |
| Leiba, V. — Perkutaanse neerubiopsia kasutuselevõtmine Eesti Vabariigis | 415 |
| Lilleorg, A. — Kasvajamarker CA 125 | 89 |
| Luiksaar, L. — Dermatofüütia epidemiologia | 20 |
| Luts, A., Loogna, N., Sillam, A., Mae, S., Teichmann, M., Abner, K. — Tervisekahjustused tubakavabriku töolistel | 91 |
| Meitern, K. — Põlveliigese diagnostiline ja kirurgiline artroskoopia lokaalanesteesias | 331 |
| Mesimaa, E. — Südame ja veresoonkonna muutused kroonilise bronhiidi ning bronhiaalastma korral | 12 |
| Oskolkova, S. — Kohtuõhuhiaatrilise ekspertiisi diagnoosivigade ja eksperthinnangu vigade põhjusi | 94 |
| Prükk, T., Nutt, H., Uiibo, R. — DNA antikehad ägedat B-hepatiiti põdejatel | 265 |
| Saks, K., Laane, E., Maaros, J., Kaskmets, R. — Müokardi reservvõimaluste hindamine: südame löögiindeksi ja südameindeksi dünaamika koormuse ajal | 247 |
| Schöön, I.-M. — Maohaavandtõbi Göteborgi elanikel | 83 |
| Silla, R. — Sillamäe-fenomen | 252 |
| Sillam, A. — Metsatöölise kutsekahjustused | 180 |

| | |
|--|-----|
| Teesalu, S., Roosalu, M. — Psühhoemootsionaalse pingehindamise võimalusi üliõpilastel | 176 |
| Thomson, H. — Eesnäärmevähi-haigestumus, -suremus ja -levimus Eestis aastail 1968..1987 | 163 |
| Thomson, H. — Emakakaevähi-haigestumus, -suremus ja -levimus Eestis aastail 1968..1987 | 259 |
| Thomson, H. — Emakakaevähi-haigestumuse ja -suremuse trendid Eestis aastail 1968..1987 | 328 |
| Uusküla, M., Altraja, E. — Müokardiinfarkt alla 60-aastastel naistel | 407 |
| Vahula, I. — Pärnu lahe sanitaarseisundi dünaamika hinnang aastail 1976..1990 | 269 |
| Valdes, V. — Meditsiiniline sekkumine — haigus, ravi ja patomorfoos | 4 |
| Velbri, S., Lilleorg, A. — Vereseerumi immuunmoduleerivad omadused pankreatikobiliaarsüsteemi vähi puhul | 169 |
| Veldre, I., Karlova, S., Rannamäe, R. — Nitraatidest põhjavees | 416 |
| Viru, A. — Hoop füsioloogiategadusele | 267 |

ÜLEVAATED

| | |
|--|-----|
| Anderson, A. — Psühhopaatoloogia klassifikatsiooni areng tänapäeval | 25 |
| Kutsar, K. — C-hepatiidi-viirus | 187 |
| Kutsar, K. — AIDS ja oportunistlikud nakkused | 338 |
| Otter, M. — Dieet, toitumine ja ravimid. I | 31 |
| Otter, M. — Dieet, toitumine ja ravimid. II | 183 |
| Purde, M. — Rinnavähk ja toitumine | 97 |
| Päi, L., Birkenfeldt, R. — Ebaselge etioloogiaga palavik | 273 |
| Saarma, J. — Kaks enesetunde skaalat depressiivsete elamuste hindamiseks | 426 |
| Zupping, R. — Krooniline valu | 420 |

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

| | |
|--|-----|
| Eesti sotsiaalhooldus arvudes 1991. aasta 1. jaanuari seisuga | 353 |
| Eesti Vabariigi tervishoidu iseloomustavaid näitajaid aastail 1988..1990. (jaanuar—oktoober) | 48 |
| Eesti Vabariigi tervishoidu iseloomustavaid näitajaid aastail 1988..1990 | 207 |
| Eesti Vabariigi tervishoidu iseloomustavaid näitajaid aastail 1989..1991 (jaanuar—juuni) | 432 |
| Eestis 1990. aasta III kvartalis registreeritud tähtsamad nakkushaigused (esialgsed andmed) | 47 |
| Eestis 1990. aastal registreeritud tähtsamad nakkushaigused | 133 |
| Eestis 1991. aasta I kvartalis registreeritud tähtsamad nakkushaigused (esialgsed andmed) | 206 |
| Eesti Vabariigis 1991. aasta I poolaastal registreeritud nakkushaigused (vorm 85). | 350 |
| Eesti Vabariigis 1991. aasta III kvartalis registreeritud nakkushaigused (vorm 85). | 430 |

| | |
|--|-----|
| Ellamaa, A., Ilmoja, V., Elštei, N. — Eesti ja Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni koostöö | 347 |
| Kuni viieaastaste laste suremuse koefitsient | 284 |
| Siirak, V. — Tallinna elanike tervishoid 1990. aastal | 204 |
| Siirak, V. — Väliseestlastest sotsiaaltöötajad Eestis | 352 |
| Suremus Eestis 1990. aastal | 283 |
| Volmer, A. — Eesti terviseeteabe hetke seis ja võimalikud arengusuunad | 429 |

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUITSIKA

| | |
|---|-----|
| Haavel, A., Salk, R. — Primaarne kusepöie aktinomükoos | 35 |
| Lond, E., Jürgenson, M. — Ultrasonograafia kasutamise kogemusi gastroenteroloogiaosakonna haigete uurimisel | 433 |
| Nadolinski, S., Mittsenkov, V., Sergejeva, Ž. — Mangaani-, vase- ja tsingisisaldus taimsetes toiduainetes, nendest valmistatud toodetes ja mõne Tallinna koolieelse lasteasutuse laste ööpäevases toiduratsioonis | 280 |
| Nõmm, H., Vallikivi, H. — Lapseaie hemo- togeenne osteomüeliit | 36 |
| Rannamäe, R., Laane, M. — Piimafarmidest lasteasutustele väljastatava piima sanitaarhügieeniline hinnang | 39 |
| Talihärm, A. — Hüperbaariline oksügenatsioon haigete kompleksravis | 102 |
| Teemus, L., Peets, S., Haitov, G. — Hüpoplastiline Fanconi aneemia | 275 |

SANTAARHARIDUSTÖÖ

| | |
|--|-----|
| Pilv, I. — Uus Eesti kooli terviseõpetuse programm ja meditsiinitöötajate ülesanded selle ellurakendamisel | 224 |
| Pilv, I. — Tervisekasvatuse nooremas koolieas | 293 |

EESTI ARSTIDE LIIDUS

| | |
|---|-----|
| Eesti Arstide Liidu pöördumine kogu maailma arstide organisatsioonide poole | 135 |
| Eesti Arstide Liidu üldkogu otsus | 134 |
| Rentel, S. — Mis on uudist Eesti Arstide Liidus? | 307 |
| Rentel, S. — Eesti Arstide Liidu üldkogu koosolek | 438 |
| Värnik, A. — Eesti Arstide Liidu üldkogu koosolek | 61 |

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

| | |
|---|-----|
| Raamat, K. — III Eesti Lastekaitse Keskliidu kongress | 145 |
| Raamat, K. — ÜRO Lapse Õiguste Konventsiooni aastapäeva tähistamine | 145 |
| Raamat, K. — Eesti Lastekaitse Keskliidu seminar «Laps ja armee» | 310 |

MÖTTEVAHETUS

| | |
|---|-----|
| Gross, J. — Kolme aastakümne kogemus | 44 |
| Jõks, S. — Viroloogiateenistus Eestis | 344 |
| Jõks, S. — Viroloogia õpetamine arstiteaduskonnas | 436 |
| Kommentaari Ilmar Laane kirjutise kohta | 132 |
| Laan, I. — <i>Forum medicorum Estonicum</i> | 132 |
| Mitt, K. — Haige laps ja haiglaravi | 343 |
| Päi, L. — Tänapäeva meditsiini progress ja varjuküljed tegevarsti pilgu läbi | 41 |
| Rebane, L. — Meditsiini dehumaniseerimisest | 193 |
| Riikjärv, M.-A. — Kas suudame läbi murda barjääridest? | 194 |
| Siirak, V. — Perearst | 192 |
| Subi, K. — Teadus ja praktika | 127 |
| Subi, K., Kasesalu, G. — Veel kord griipepidemiast | 290 |
| Suurorg, L. — Mõtteid L. Tamme artikli «Lapsed vajavad kaitset ka raviasutuses» kohta | 196 |
| Toomela, A., Mitt, K. — Ajukahjustusega laste (re)habiliteerimise organisatsiooni arengu võimalus (vastused kommentaaridele ja ettepanekud) | 189 |

ARSTITEADUSE AJALOOST

| | |
|---|-----|
| Annus, E. — Eesti spordimeditsiini minevik ja tänapäev | 215 |
| <i>Codex Deontologicus Medicorum</i> | 113 |
| Haavel, A. — Professor Aleksander Paldrok — maailmamaine teadlane, arst ja ühiskonnategelane | 110 |
| Kalnin, V. — Tartu ja Moskva ülikooli arstiteaduslikest kontaktidest läbi aegade | 354 |
| Karu, E. — Õppe- ja teadustöö ülikooli vaimu- ja närvihaiguste kliinikus aastail 1941..1944 | 53 |
| Karu, E. — Tartu Ülikooli Vaimu- ja Närvihaiguste Kliiniku assistentide teadustöö Eesti Vabariigi perioodil | 296 |
| Karu, E. — Ilmunud artikli täienduseks | 301 |
| Kutsar, K. — 225 aastat eestikeelse meditsiiniajakirjanduse algusest | 56 |
| Kutsar, K. — Eesti arstiteaduslik ajakirjandus 1941. aasta keeristormides | 302 |
| Kutsar, K. — J. V. Jannseni tervishoiualased nõuanded rahvale ajalehes «Perno Postimees» aastail 1857..1863 | 439 |
| Käbin, I. — Tartu Ülikooli osa eksperimentaalfüsioloogia arengus | 49 |
| Laan, I. — Einar Vagast meenutades | 299 |
| Müürsepp, P. — Tartu Kliinilise Haigla kirurgilise stomatoloogia osakond 45-aastane | 212 |
| Otter, M., Loodmaa, R. — Eesti Vabariigi meditsiini seadusandluse loomisest | 209 |
| Paimre, R. — Professor Johannes Riives — Tartu Ülikooli Närvikliiniku juhataja aastail 1943..1944 | 359 |
| Paimre, R. — Dotsent Voldemar Üprus — Tartu Vabariikliku Närvikliiniku peaarst aastail 1944..1948 | 361 |
| Zupping, R. — Tartu Ülikooli Närvikliinik 70-aastane | 357 |

Viikari, S. — Eesti ja Soome arstide suhted 1920..1930-ndatel aastatel 106

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Allikmets, L. — II Läänemere farmakoloogia ja kliinilise farmakoloogia konverents 143

Birk, K. — NSV Liidu Teaduse Akadeemia biosfääri probleemide teadusnõukogu «Inimese ökoloogia» sektsiooni konverents «NSV Liidu Euroopa-osa lõunapiirkonna rekreatsioonitsoonide ökoloogiline seisund». 141

Birk, K. — III Soome riiklikud nakkushaiguste päevad 142

Elstein, N. — Eesti Terapeutide Seltsi pleenum 136

Innos, S. — III Balti mere maade akušöör-günekoloogide konverents 306

Jannus, L. — I soome-ugri kopsuhaiguste konverents 371

Juhansoo, T. — Skandinaaviamaade pediatrite kardioloogide seltsi iga-aastane konverents 443

Kaik, J. — Euroopa südame rütmihäirete elektrostimulatsioonravi- ja elektrofüsioloogiaalane kongress Euro-Pace '91 441

Kalits, I. — Eesti ja Poola diabetoloogide sümposium 368

Kalits, I. — Rahvusvaheline sümposium insuliinisõltuva suhkurtõve epidemioloogia ja etioloogia alal 369

Kalits, I., Gus, M. — XXVI Skandinaavia Diabetoloogia Seltsi aastakonverents 370

Kalits, I., Gus, M. — XIV Rahvusvahelise Diabeediföderatsiooni kongress 442

Kelk, J. — Rahvusvaheline endokrinoloogide konverents 136

Kingisepp, P.-H. — Skandinaaviamaade ja Baltimaade füsioloogide konverents «Eksperimentaalse ja kliinilise füsioloogia probleeme» 368

Leibur, E. — Rahvusvaheline sümposium «Pea- ja kaelapiirkonna kasvajakad» 367

Lember, M., Maaros, H.-I. — Ülemaailmne gastroenteroloogide kongress 138

Lenzner, A. — Konverents «Väikeste ioniseeriva kiirguse annuste toime reproduktsiooniprotsessisse ja selle hügieeniline hinnanang» 220

Lenzner, A. — Rahvusvaheline sümposium. 220

Lindström, S. — Rahvusvaheline hüpertooniatõveseminar 221

Lipand, A. — XIV tervisekasvatusalane maailmakonverents 371

Lond, E., Josia, U., Koldits, A., Mindrul, V. — IV üleliiduline gastroenteroloogide kongress 140

Maaros, H.-I. — III *Helicobacter pylori* Euroopa uurimisrühma konverents 139

Mikelsaar, R. — Üleliiduline konverents «Kaasasündinud ja päriliku patoloogia prenataalne ja neonataalne sõeluuring» 140

Poola, H. — III ülemaailmne hepatopankreatobiliaarkirurgia kongress 137

Švarts, V. — III rahvuslik meditsiinilise bioloogia ja genetiika kongress 65

Talihärm, A. — XXI Skandinaaviamaade anesthesioloogide kongress 373

Tallo, A. — Eesti tervistus- ja rahvaspordi liikumise «Terve ja sportlik Eestimaa» rahvafoorum 63

Tallo, A. — Forum «Missugune peaks olema Eesti Vabariigi alkoholipoliitika?» 219

Tallo, A. — Ajaloopäev Eesti Tervishoiu Muuseumis 305

Tedremaa, M. — Rahvusvahelise Raamatukogude Assotsiatsiooni konverents 64

Tikk, A. — IX Euroopa Neurokirurgide Seltside Assotsiatsiooni kongress 372

Vahter, H. — IX üleliiduline dermatoveneroloogide kongress 444

Veski, R. — Esimene üleliiduline konverents «Humiinained biosfääris, nende rahvamaajanduslik tähtsus ja ökoloogiline tähendus» 144

ARSTIDE SELTSIDES

Haavel, A. — Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu koosolekud 148

Haavel, A. — Saaremaa Arstide Seltsi koosolek 227

Haavel, A. — Eesti Dermatoveneroloogide Seltsi ja Saaremaa Arstide Seltsi ühine plenaaristung 308

Haavel, A. — 65 aastat Saaremaa Arstide Seltsi asutamisest 309

Pöördumine kogu maailma arstide ja hea tahtega inimeste poole 148

Zupping, R. — Eesti Anesthesioloogide ja Reanimatoloogide Seltsi ning L. Puusepa nimelise Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi ühine koosolek 149

Talihärm, A. — Tšehhi ja Slovaki Liitvabariigi ja Eesti anesthesioloogide-reanimatoloogide seltsi sõprussidemed 148

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Birk, K. — Teaduslikke kutseid 66

Birkenfeldt, R. — Uus meditsiinidoktor Virve Sui 445

Eha, J. — Uus meditsiinikandidaat Margus Peeba 217

Kaasik, A.-E. — Uus meditsiinikandidaat Reet Tikk 105

Kohtla-Järve Meditsiinikooli 1991. aasta lõpetajad 367

Lenzner, A. — Uus meditsiinikandidaat Tatjana Brilene 363

Talihärm, A. — Uus meditsiinikandidaat Arvo Mesikepp 66

Tallinna Meditsiinikooli 1991. aasta lõpetajad 218, 365

Tartu Meditsiinikooli 1991. aasta lõpetajad 218, 366

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1991. aasta lõpetajad 364

MEIE JUUBILARE

Küllike Birk 68

Maie-Ly Haavel 150

| | |
|--------------------|-----|
| Elle Elberg | 452 |
| Tiit Haviko | 232 |
| Hubert Kahn | 68 |
| Enn Kanter | 152 |
| Leida Keres | 231 |
| Eduard-Heino Kokk | 232 |
| Raivo Kolle | 151 |
| Ilo Käbin | 150 |
| Peeter Laane | 69 |
| Teet Lainevee | 313 |
| Vello Laos | 149 |
| Maie Larens | 313 |
| Ehaleid Liivola | 150 |
| Valve Loolaid | 452 |
| Maret Malviste | 382 |
| Vello Nisu | 152 |
| Vassili Panov | 67 |
| Uno Piirsalu | 232 |
| Aino Paves | 383 |
| Hubert Poola | 67 |
| August Põkk | 149 |
| Jüri Saarma | 381 |
| Malle Sepp | 151 |
| Salme Sibul | 67 |
| Helgi Silm | 452 |
| Valentina Smirnova | 383 |
| Ruth Soekõrv | 67 |
| Rein Suija | 151 |
| Matti Tarum | 383 |
| Selma Teesalu | 68 |
| Endel Türi | 151 |
| Kaljo Valgma | 313 |

VÄLISMAALT

| | |
|--|----|
| Lepisk, J. — Rootsi tervishoid — kas sealt on midagi õppida? | 72 |
| Martinson, M. — Kaks kuud tööd Soomes | 76 |

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

| | |
|---|-----|
| Karu, E. — Mõned küsitavused I. Drževetskaja, O. Butova ja A. Viru artiklis | 233 |
| Käbin, I. — Eesti arstkonna häving aastatel 1939..1944 | 117 |

MITMESUGUST

| | |
|---|-----|
| Kangro, H. — Perekonna teraapia | 446 |
| Kelk, H. — Turvaühiskonna manifest | 228 |
| Kutsar, K. — Eesti assotsiatsioon «Anti-AIDS» | 125 |
| Kutsar, K. — Doping, selle kõrvaltoime ja eetika | 385 |
| Rahvusvaheline meditsiinieetika koodeks | 384 |
| Tallo, A. — Eesti Tervishoiu Muuseumis on uus püsiekspositsioon | 121 |

IN MEMORIAM

| | |
|--|-----|
| Jevgeni Brašinski 14.XI 1956..21.IX 1991 | 462 |
| Mihhail Gus 13.V 1952..21.IX 1991 | 461 |
| Eduard Kook 13.II 1912..19.V 1991 | 315 |
| Laos Koskvee 28.XI 1909..10.V 1991 | 397 |
| Elena Müllerbek 25.X 1920..20.VI 1991 | 397 |
| Ilmar-Vello Novek 29.I 1923..10.I 1991 | 158 |
| Rein Põllumaa 30.VII 1930..25.VII 1990 | 158 |

INTERVJUU

| | |
|---|-----|
| Kutsar, K. — Professor Elmar Karu lugu | 69 |
| Kutsar, K. — Andres Kork — arst ja poliitik | 222 |
| Kutsar, K. — Toronto Ülikooli professor Jüri Daniel inimese motivatsioonist, vajadustest ja stressist | 311 |
| Kutsar, K. — Tervishoiupoliitika peab teenima rahva tervise huve | 373 |
| Kutsar, K. — Esimene sõltumatu peasani-taararst | 376 |
| Kutsar, K. — Eesti tervishoiu eesmärk — tervis on auasi ja haige olla kahjulik | 449 |
| Laan, I. — Eesti keeles kirjutamine on ka minu isamaaline kohus | 378 |

ASKLEPIOSE KLUBIS

| | |
|--|-----|
| Eesti tervishoiu aktuaalseid probleeme | 197 |
| Erameditsiin on tulekul | 285 |

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

| | |
|--|-----|
| Kommentaar | 459 |
| Laan, I. — Arstide erialad ja ametikohad | 458 |
| Nurmand, L., Otter, M. — Farmakoloogia-alaseid põhimõisteid I | 392 |
| Nurmand, L., Otter, M. — Farmakoloogia-alaseid põhimõisteid II | 453 |

JURIIDILIST NÕUANNET

| | |
|--|----------|
| Pella, M. — Lastega perekondade sotsiaalne kaitse ja toetamine | 77 |
| Pella, M. — Emade sotsiaalne kaitse | 152 |
| Pella, M. — Kompensatsioonidest | 234 |
| Pella, M. — Pensioniseadusest | 314, 390 |

| | |
|-----------------|-------------------------|
| TARTU ÜLIKOOLIS | 154, 236, 316, 398, 462 |
|-----------------|-------------------------|

| | |
|----------|-------------------|
| KROONIKA | 79, 238, 399, 462 |
|----------|-------------------|

| | |
|--|--------------|
| Eesti teadlaste publikatsioone välismaal | 46, 159, 464 |
| Eesti teadlaste lõpetatud uurimusi | 159 |
| Aineregister | 466 |
| Autoreregister | 470 |

Содержание

| | |
|--|-----|
| «Врач Эстонии» 1990 | 3 |
| Обращение к медицинским учреждениям Эстонии | 163 |
| Этика, общественное развитие и жизнеспособность народа | 243 |

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

| | |
|--|-----|
| Аарелейд Т. — Выживаемость и качество жизни больных: два аспекта одной и той же проблемы | 323 |
| Аннус Т. — Эпидемиология туберкулеза у детей в Эстонии в 1981 1990 гг | 412 |
| Боговский П. — Нитраты и рак желудка | 86 |
| Валдес В. — Медицинское вмешательство — болезнь, лечение, патоморфоз | 4 |
| Вахула И. — Оценка динамики санитарного состояния Пярнуского залива в 1976 1990 гг | 269 |
| Велбри С., Лиллеорг А. — Иммуномодулирующие свойства сыворотки крови при раке панкреато-билиарной системы | 169 |
| Веддре И., Карлова С., Раннамяэ Р. — Нитраты в грунтовой воде | 416 |
| Виру А. — Удар по физиологии | 267 |
| Кару Э. — О кинетике изобутанола | 263 |
| Кивик П., Салувере Я., Тооме В., Кяго К., Леэмент Э., Кивик А., Кару К. — Зависимость послеоперационной гемодинамики и активности энзимов от длительности искусственного кровообращения во время АКШ | 172 |
| Кингисепп П.-Х. — Измерение параметров внешнего дыхания при помощи автоматизированного спирометра | 334 |
| Ласн Л., Райэ Р., Решков Г., Турбина Л., Тикк А. — Диагностические возможности электромиотонометра при изучении мышечного тонуса у больных центральным и периферическим парезом | 17 |
| Лейба В. — Внедрение чрескожной пункционной биопсии почек в Эстонии | 415 |
| Луйксаар Л. — Об эпидемиологии дерматозитии | 20 |
| Лиллеорг А. — Опухолеассоциированный антиген СА125 | 89 |
| Лутс А., Лоогна Н., Силлам А., Маэ С., Тейхманн М., Абнер К. — О нарушениях здоровья у рабочих табачной фабрики «Леэк» | 91 |
| Мезимаа Э. — Изменения в сердечно-сосудистой системе у больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом | 12 |
| Мейтерн К. — Диагностическая и оперативная артроскопия коленного сустава при локальной анестезии | 331 |
| Осколкова С. — Некоторые причины диагностических и экспертных ошибок при судебно-психиатрической экспертизе | 94 |

| | |
|---|-----|
| Прыкк Т., Нутт Х., Уйбо Р. — ДХА-антигена у больных острым гепатитом В | 265 |
| Сакс К., Лаане Э., Маароос Я., Каскметс Р. — Оценка резервных возможностей миокарда: динамика ударного индекса сердца и индекса сердца при нагрузке | 247 |
| Силла Р. — Силламяэский феномен | 252 |
| Силлам А. — О профессиональных поражениях у лесорубов | 180 |
| Тезсалу С., Роосулу М. — О возможностях оценивания эмоционального и умственного напряжения у студентов | 176 |
| Тхомсон Х. — Заболеваемость, смертность и распространенность при раке предстательной железы в Эстонии в 1968 1987 гг | 163 |
| Тхомсон Х. — Заболеваемость раком шейки матки, смертность от него и распространенность заболевания в Эстонии в 1968 1987 гг | 259 |
| Тхомсон Х. — Тренды заболеваемости и смертности при раке шейки матки в Эстонии в 1968 1987 гг | 328 |
| Уускула М., Алтрая Э. — Инфаркт миокарда у женщин в возрасте до 60 лет | 407 |
| Хинт Э., Аарелейд Т., Теккел М. — Оценка мероприятий вторичной профилактики рака молочной железы в Эстонии | 403 |
| Шээн И.-М. — Частота выявления пептической язвы в Гетеборге | 83 |
| Юримяэ Т., Линтси М. — Изменения в физической работоспособности и в липидном составе крови у студентов в течение учебного года | 15 |
| Юхансоо Т., Соо Т. — Частота миокардиодистрофии, клиническая симптоматология и результаты лечения у детей при острых заболеваниях дыхательных органов | 409 |

ОБЗОРЫ

| | |
|--|-----|
| Андерсон А. — Развитие классификации психопатологии в настоящее время | 25 |
| Кутсар К. — Вирус гепатита С | 187 |
| Кутсар К. — СПИД и оппортунистические инфекционные заболевания | 338 |
| Оттер М. — Диета, питание и лекарственные препараты I | 31 |
| Оттер М. — Диета, питание и лекарственные препараты II | 183 |
| Пурде М. — Рак молочной железы и питание | 97 |
| Пяй Л., Биркенфелдт Р. — Лихорадка неясной этиологии | 273 |
| Саарма Ю. — Две шкалы самонаблюдения для оценки депрессивных переживаний | 426 |
| Цуппинг Р. — Хроническая боль | 420 |

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

| | |
|---|-----|
| Волмер А. — Современное состояние и возможные направления развития медицинской информации в Эстонии | 429 |
| Инфекционные заболевания, зарегистри- | |

| | |
|---|-----|
| рированные в Эстонской Республике в первом полугодии 1991 года (форма 85) | 350 |
| Инфекционные заболевания, зарегистрированные в Эстонской Республике в III квартале 1991 года (форма 85) | 431 |
| Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет | 284 |
| Основные инфекционные заболевания, зарегистрированные в Эстонии в III квартале 1990 года | 47 |
| Основные инфекционные заболевания, зарегистрированные в Эстонии в 1990 году | 133 |
| Основные инфекционные заболевания, зарегистрированные в Эстонии в I квартале 1991 года | 206 |

| | |
|--|-----|
| Показатели, характеризующие здравоохранение Эстонской Республики в 1988 . . . 1990 (январь—октябрь) гг. | 48 |
| Показатели, характеризующие здравоохранение Эстонской Республики в 1988 . . . 1990 гг. | 207 |
| Показатели, характеризующие здравоохранение Эстонской Республики в 1989 . . . 1991 (январь—июнь) гг. | 432 |
| Сийрак В. — Здравоохранение жителей Таллинна в 1990 году | 204 |
| Сийрак В. — Зарубежные эстонцы — работники социальной сферы в Эстонии | 352 |
| Смертность в Эстонии в 1990 году | 283 |
| Социальное обеспечение Эстонии в цифрах по состоянию на 1-е января 1991 года | 353 |
| Элламаа А., Ильмоя В., Эльштейн Н. — Сотрудничество Эстонии и Всемирной организации здравоохранения | 347 |

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

| | |
|---|-----|
| Лонд Э., Юргенсон М. — Ультразвуковое исследование больных гастроэнтерологического отделения | 433 |
| Надолински С., Митценков В., Сергеева Ж. — Содержание микроэлементов (марганца, меди, цинка) в растительных продуктах, продуктах их переработки и суточных рационах детей некоторых дошкольных учреждений Таллинна | 280 |
| Нымм Х., Валликиви Х. — Острый гематогенный остеомиелит в детском возрасте | 36 |
| Раннамяэ Р., Лаане М. — Санитарно-гигиеническая оценка молока, поступающего в детские учреждения с молочных ферм хозяйств | 39 |
| Талихярм А. — Гипербарическая оксигенотерапия (ГБО) в комплексной терапии больных | 102 |
| Тэамуск Л., Пеэте С., Хайтов Г. — Гипопластическая анемия <i>Fanconi</i> | 275 |
| Хаавел А., Салк Р. — Первичный актиномикоз мочевого пузыря | 35 |

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

| | |
|--|-----|
| Пильв И. — Новый курс гигиены в эстонской школе и задачи медицинских работников по его реализации | 224 |
|--|-----|

| | |
|--|-----|
| Пильв И. — Проблемы здравоохранения в младшем школьном возрасте | 293 |
|--|-----|

В СОЮЗЕ ВРАЧЕЙ ЭСТОНИИ

| | |
|--|-----|
| Вярник А. — Общее собрание Союза врачей Эстонии | 61 |
| Обращение Союза врачей Эстонии к врачам всего мира | 135 |
| Рентел С. — Что нового в Союзе врачей Эстонии? | 307 |
| Рентел С. — Общее собрание Союза врачей Эстонии | 438 |
| Решение общего собрания Союза врачей Эстонии | 134 |

В СОЮЗЕ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ

| | |
|---|-----|
| Раамат К. — Празднование годовщины Конвенции ООН о правах ребенка | 145 |
| Раамат К. — Конгресс Центрального Союза защиты детей Эстонии | 145 |
| Раамат К. — Семинар Эстонского центрального союза защиты детей «Ребенок и армия» | 310 |

ОБМЕН МНЕНИЯМИ

| | |
|--|-----|
| Гросс Ю. — Тридцатилетний опыт | 44 |
| Йькс С. — Вирусологическая служба в Эстонии | 344 |
| Йькс С. — Преподавание вирусологии на медицинских факультетах | 436 |
| Лаан И. — <i>Forum Medicorum Estonicum</i> . Комментарий к статье Ильмара Лаана | 132 |
| Митт К. — Больной ребенок и больничное лечение | 343 |
| Пяй Л. — Прогресс современной медицины и его теневые стороны глазами врача-практика | 41 |
| Ребане Л. — О дегуманизации медицины | 193 |
| Рийкъярв М.-А. — Сможем ли мы преодолеть барьеры | 194 |
| Сийрак В. — Семейный врач | 192 |
| Суби К. — Наука и практика | 127 |
| Суби К., Касесалу Г. — Еще раз об эпидемии гриппа | 290 |
| Суурорг Л. — Мысли по поводу статьи Л. Тамма «Дети нуждаются в защите и в лечебных учреждениях» | 196 |
| Тоомела А., Митт К. — Возможности дальнейшего развития организации реабилитации детей с мозговыми нарушениями | 189 |

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

| | |
|---|-----|
| Аннус Э. — Прошлое и настоящее спортивной медицины Эстонии | 215 |
| Вийкари С. — Взаимосвязи эстонских и финских врачей в 1920 . . . 1930-е гг. | 106 |
| Кални В. — Об истории научно-медицинских контактов Тартуского и Московского университетов | 354 |
| Кару Э. — Об учебной и научной работе в клинике нервных и психических заболеваний университета в 1941 . . . 1944 гг. | 53 |

| | |
|---|-----|
| Кару Э. — Научная работа ассистентов клиники нервных и психических заболеваний Тартуского университета в период Эстонской Республики | 296 |
| Кару Э. — В дополнение к опубликованной статье | 301 |
| Кодекс профессиональной этики врачей | 113 |
| Кутсар К. — 225 лет эстонской медицинской литературе | 56 |
| Кутсар К. — Эстонская медицинская журналистика в бурные дни 1941 года | 302 |
| Кутсар К. — Советы И.-В. Яннсена по здравоохранению в газете «Перно Постимеэс» в 1857... 1863 гг. | 439 |
| Кябин И. — Роль Тартуского университета в развитии экспериментальной физиологии | 49 |
| Лаан И. — Вспоминая Эйнара Вагане | 299 |
| Мююрсепп П. — Отделению хирургической стоматологии Тартуской клинической больницы — 45 лет | 212 |
| Оттер М., Лоодмаа Р. — О медицинском законодательстве в Эстонской Республике | 209 |
| Паймре Р. — Профессор Йоханнес Рийвес — заведующий неврологической клиникой Тартуского университета в 1943... 1944 гг. | 359 |
| Паймре Р. — Доцент Вольдемар Юпрус — главный врач Тартуской республиканской неврологической клиники в 1944... 1948 гг. | 361 |
| Хаавел А. — Профессор Александр Палдрок — врач с мировым именем, ученый и общественный деятель | 110 |
| Цуппинг Р. — Неврологической клинике Тартуского университета — 70 лет | 357 |
| КОНФЕРЕНЦИИ И СОВЕЩАНИЯ | |
| Алликметс Л. — II Балтийская конференция по вопросам фармакологии и клинической фармакологии | 143 |
| Бирк К. — Конференция, организованная секцией Ученого совета по проблемам биосферы «Экология человека» Академии наук СССР | 141 |
| Бирк К. — III Финские государственные дни инфекционных заболеваний | 142 |
| Вахтер Х. — IX Всесоюзный съезд дерматовенерологов | 444 |
| Вески Р. — Первая всесоюзная конференция «Гуминовые вещества, их народнохозяйственная важность и экономическое значение» | 144 |
| Иннос С. — III конференция акушеро-гинекологов Прибалтийских стран | 306 |
| Кайк Ю. — Европейский конгресс по проблемам электростимуляционного лечения нарушений сердечного ритма и электрофизиологии <i>Euro Pace '91</i> | 441 |
| Калитс И. — Симпозиум диабетологов Эстонии и Польши | 368 |
| Калитс И. — Международный симпозиум по вопросам эпидемиологии и этиологии инсулинзависимого сахарного диабета | 369 |
| Калитс И., Гус М. — XXVI годовичная | |

| | |
|--|-----|
| конференция Скандинавского диабетологического общества | 370 |
| Калитс И., Гус М. — XIV конгресс Международной диабетологической федерации | 442 |
| Келк Я. — Международная конференция эндокринологов | 136 |
| Кингисепп П.-Х. — Конференция физиологов Скандинавских и Балтийских стран «Проблемы экспериментальной и клинической физиологии» | 368 |
| Лейбур Э. — Международный симпозиум «Опухоли головы и шеи» | 367 |
| Лембер М., Маароос Х.-И. — Всемирный конгресс гастроэнтерологов | 138 |
| Лензнер А. — Конференция «Воздействие малых доз ионизирующего облучения на репродукционный процесс и его гигиеническая оценка» | 220 |
| Лензнер А. — Международный симпозиум | 220 |
| Линдстрем С. — Международный семинар по гипертонической болезни | 221 |
| Липанд А. — XIII Международная конференция по вопросам здорового образа жизни | 371 |
| Лонд, Э., Йосия У., Колдиц А., Миндрул В. — IV Всесоюзный съезд гастроэнтерологов | 140 |
| Маароос Х.-И. — III конференция европейской группы исследователей <i>Helicobacter pylori</i> | 139 |
| Микелсаар Р. — Всесоюзная конференция «Пренатальное и неонатальное выборочное исследование врожденной и наследственной патологии» | 140 |
| Поола Х. — III Всемирный конгресс по вопросам гепатопанкреатобилиарной хирургии | 137 |
| Талихярм А. — XXI съезд анестезиологов Скандинавских стран | 373 |
| Талло А. — Народный форум движения оздоровительного и народного спорта в Эстонии «Здоровая и спортивная Эстония» | 63 |
| Талло А. — Форум «Какой должна быть алкогольная политика Эстонской Республики?» | 219 |
| Талло А. — День истории в Эстонском музее здравоохранения | 305 |
| Тедремаа М. — Конференция Международной библиотечной ассоциации | 64 |
| Тикк А. — IX съезд Ассоциации нейрохирургических обществ Европы | 372 |
| Шварц В. — III национальный конгресс по медицинской биологии и генетике | 65 |
| Эльштейн Н. — Пленум Общества терапевтов Эстонии | 136 |
| Юхансон Т. — Ежегодная конференция Общества педиатров-кардиологов Скандинавских стран | 443 |
| Яннус Л. — I Финно-угорская конференция по легочным заболеваниям | 371 |
| ВО ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ | |
| Обращение к врачам всего мира и к людям доброй воли | 148 |

| | |
|---|-----|
| Талихярм А. — Собрание обществ анестезиологов и реаниматологов Чешско-Словацкой Федеративной Республики и Эстонии | 148 |
| Хаавель А. — Заседания Совета обществ врачей Западной Эстонии | 148 |
| Хаавел А. — Собрание Сааремааского врачебного общества | 227 |
| Хаавел А. — Совместное пленарное заседание Общества дерматовенерологов Эстонии и Сааремааского врачебного общества | 308 |
| Хаавел А. — 65 лет со дня учреждения Сааремааского врачебного общества | 309 |
| Цуппинг Р. — Общее собрание Общества анестезиологов и реаниматологов Эстонии и Общества неврологов и нейрохирургов Эстонии им. Л. Пуусеппа | 149 |

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

| | |
|---|----------|
| Бирк К. — Ученые звания | 66 |
| Биркенфелдт Р. — Новый доктор медицинских наук Вирве Суй | 445 |
| Каасик А.-Э. — Новый кандидат медицинских наук Резт Тикк | 105 |
| Лензнер А. — Новый кандидат медицинских наук Татьяна Брилене | 363 |
| Окончившие Кохтла-Ярвескую медицинскую школу в 1991 г. | 367 |
| Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1991 г. | 364 |
| Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1991 г. | 218, 365 |
| Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1991 г. | 218, 366 |
| Талихярм А. — Новый кандидат медицинских наук Арво Мезикепп | 66 |
| Эха Я. — Новый кандидат медицинских наук Маргус Пезба | 217 |

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

67, 149, 231, 313, 381, 452

ЗА РУБЕЖОМ

| | |
|--|----|
| Леписк Ю. — Здоровоохранение в Швеции — есть ли чему учиться? | 72 |
| Мартинсон М. — Два месяца работы в Финляндии | 76 |

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

| | |
|---|-----|
| Кару Э. — Некоторые сомнительные выводы в статье И. Држевецкой, О. Бутова, А. Виру | 233 |
| Кябин И. — Потери, понесенные эстонской медициной в 1919... 1944 гг. | 117 |

РАЗНОЕ

| | |
|--|-----|
| Келк Х. — Манифест защищенного общества | 228 |
| Международный кодекс медицинской этики | 384 |

| | |
|---|-----|
| Кангро Х. — Семейная терапия | 446 |
| Кутсар К. — Эстонская ассоциация «Анти-Спид» | 125 |
| Кутсар К. — Допинг, его побочные явления и этика | 385 |
| Талло А. — В Музее здравоохранения Эстонии новая постоянная экспозиция | 121 |

НЕКРОЛОГИ

| | | |
|--------------------------------|--------------|-----|
| Евгений Брашинский 14. XI 1956 | 21. IX 1991 | 462 |
| Михаил Гус 13. V 1952 | 21. IX 1991 | 461 |
| Эдуард Коок 13. II 1912 | 19. V 1991 | 315 |
| Лаос Косквээ 28. XI 1909 | 10. V 1991 | 397 |
| Елена Мюллербек 25. X 1920 | 20. VI 1991 | 397 |
| Ильмар-Велло Новек 29. I 1923 | 10. I 1991 | 158 |
| Рейн Пыллумаа 30. VII 1930 | 25. XII 1990 | 158 |

ИНТЕРВЬЮ . . . 69, 222, 311, 373, 376, 378, 449

В КЛУБЕ ЭСКУЛАПА

| | |
|---|-----|
| Актуальные проблемы здравоохранения Эстонии | 197 |
| На подходе частная медицина | 285 |

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

77, 152, 234, 314, 390, 460

ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ

| | |
|---|-----|
| Комментарий | 459 |
| Лаан И. — Специальности и должности врачей | 458 |
| Нурманд Л., Оттер М. — Основные фармакологические понятия I | 392 |
| Нурманд Л., Оттер М. — Основные фармакологические понятия II | 453 |

В ТАРТУСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

154, 236, 316, 398, 462

ХРОНИКА 79, 238, 399, 464

| | |
|---|--------------|
| Публикации ученых Эстонии в зарубежной печати | 46, 159, 465 |
|---|--------------|

| | |
|---|-----|
| Законченные исследования ученых Эстонии | 159 |
|---|-----|

Предметный указатель 466

Именной указатель 470

**ARMAS LUGEJA!
MIDA OLED SINA TEINUD
EESTI MEDITSIINI AJALOO
TALLETAMISEKS?**

Mõtle järele ja sa mõistad, et sinugi panus on vajalik. Kas täna mõtlematult kõrvaleheidetud eseme õige koht ei ole mitte muuseumis?

EESTI TERVISHOIU MUUSEUM



Valgelillepäeva käeside

KOGUB

**ARSTIRIISTU, APARAATE,
RAVIMEID, RIIETUS- JA
MÖÖBLIESEMEID,
FOTOSID, DOKUMENTE, AJA-
KIRJU, AJALEHTI, RAAMA-
TUID, KIRJU, MÄLESTUSI.**

Ja mitte ainult igivanu, vaid kõike seda ka lähiminevikust, sest meid tänapäeval ümbritsev on juba homme ajalugu.

**Eesti Tervishoiu Muuseum asub aadressil
200006 Tallinn, Lai t. 30
Tel. 601-831, 601-602, 601-708**

LUGUPEETUD EESTI ARSTID JA ARSTITEADLASED!

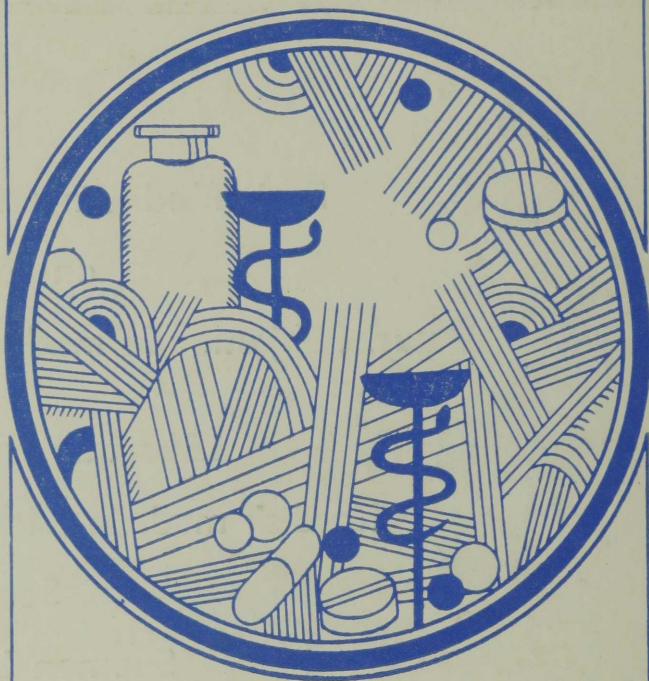
Eesti Meditsiiniraamatukokku
on saanud ka
uusi Põhjamaade meditsiiniajakirju

Läkartidningen (Rootsi)
Nordisk medicin (Norra, Rootsi,
Soome, Taani)
Suomen Lääkärilehti
Liikunta & Tiede (Soome)

Teil on võimalus
neid ajakirju lugeda
nii lugemissaalis
kui ka laenutada koju!

2.-m

leus 65-36

**SENGATALIN****(silmatilgad)**

Sünonüümid: *Klarvisan, Klarvizol*
Ravimit kasutatakse vanadus- ja dia-
beetilise kae puhul.

Pakendis on 0,85 mg (1 tablett)
senkataliinnaatriumkloriidi ja 15 ml
isotoonilist puhverlahust.

Tabletti loksutatakse puhverlahuses kuni
täieliku lahustumiseni. Ravimit tilgutatakse
silma 1... 2 tilka 5... 6 korda päevas.

Ravimi toksilisus on väike ja kõrvaltoimet
esineb väga harva.