

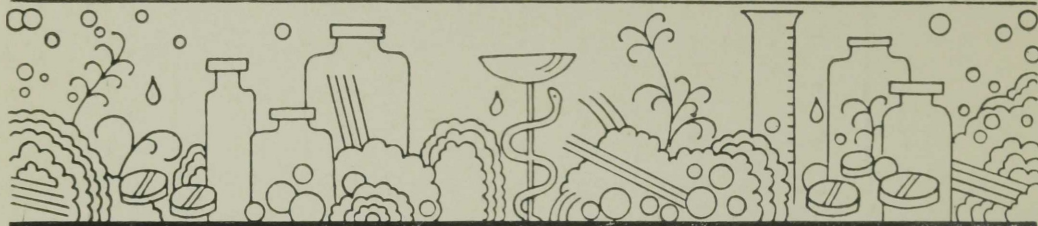


EESTI ARST



6

1990



ISODINIT

ISODINIT-RETARD

Sünonüüm: *Nitrosorbidum*

Isodiniit on anginoosete spasmide kupeerimise ja ennetamise ravim isheemiatõve korral. Kasutatakse ka muude haiguste raviks, millega kaasnevad perifeersetes veresoontes spasmid. Isodiniidi toime on nitroglütseriini toimest kestvam. Ravimit võetakse pool kuni kaks tabletti 3...4 korda päevas.

Isodinit-retard'i võetakse 1...2 tabletti 10...12 tunni järel.

Isodiniidi pakendis on 60 tabletti á 0,01 g toimeainet. Ravim maksab 1 rubla ja 56 kopikat.

Isodinit-retard'i pakendis on 60 tabletti á 0,02 g toimeainet. Hind 2 rubla 42 kopikat.

6 EESTI ARST

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1990

Asutatud 1922. aastal

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

A. Tammepuu, A. Jannus — Kloroform Tallinna joogivees 419
M. Rooma, E. Kann — Nitraadid uriinis ning nitraadid ja nitritid süljes 422
A. Värnik — Suitsiidide esinemissageduse dünaamika Eestis 425

ÜLEVAATED

L. Boston — D-vitamiinivaegus-rahhiidi diagnoosimine 427
T. Laks — Reklusiooni medikamentoosne profülaktika pärast koronaararteri tromboütüülist rekanaliseerimist 431

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

A. Haavel, H. Haavel — Mesenteriaalarteri tromboosi kirurgiline ravi 435

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

R. Malbe — Demograafiaandmeid laiaast maailmast 437

MÖTTEVAHETUS

L. Tamm — Lapsed vajavad kaitset ka raviastuses 439
Põhjamaade standardid haiglaravil viibivate laste eest hoolitsemisel 439

ARSTITEADUSE AJALOOST

H. Gustavson — Punasest Ristist Eestis 1939. aastani 442

VÄLISMAALT

R. Teesalu — Südame isheemiatõbi Hiinas 445

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Ü. Aamer — Rahvusvaheline glaukoomikonverents Tallinnas 450
S. Innos — II Eesti—Soome sünnitusabisümposium 452
S. Tamm — II rahvusvaheline muusikaterapia ja muusika eripedagoogika komisjoni seminar 453
I. Pilv — Soome—Eesti tervisekasvatuse seminar 454
G. Varik — XXXVI Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents 455

E. Lond — Gastroenteroloogiakonverents 455

V. Švarts, S. Etlin — III rahvusvaheline inimese ökoloogia alane kongress 455
S. Velbri — XVIII rahvusvaheline konverents «Onkofetaalsed antigeenid ja nende kliiniline rakendamine» 456

ASKLEPIOSE KLUBIS

Perearst meie tervishoius 457

EESTI ARSTIDE LIIDUS

A. Värnik — Eesti Arstide volikogu koosolek 466
Pöördumine Eesti Vabariigi Ülemnõukogu Presiidiumi, Eesti Vabariigi valitsuse poole 467

ARSTIDE SELTSIDES

L. Tamm — Eesti Lastearstide Selts 1990. aastal 467
A. Haavel — VII Lääne-Eesti arstide seltside konverents 468
Eesti Vabariigi Ülemnõukogule 469
L. Tamm — Rahvusvaheline koostöö 470
Läänemere maade rahvaste valitsustele 471
R. Truve — Tallinna Kirurgide Seltsi koosolek 471
A. Haavel — Saaremaa Arstide Seltsi külalisi 472

MEIE JUUBILARE 472

Pauline Luige, Vello Subi, Aksel Eist, Enn Jõeste, Anne Rajang, Eve-Maaja Metsa

MITMESUGUST

K. Kutsar — Professor Valdur Saks — eestlane maailma südameenergeetika eesliinil 474

TARTU ÜLIKOOLIS 476

KROONIKA 476

1990. aasta aineregister 482

Autoriregister 487

1990. aasta koondisukord 488

2

Tartu Ülikooli
KAAMATUKOGU

210 903

AUTOREILE

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

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

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

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

«Eesti Arst»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 15 rbl., poolaastaks 7 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja elukohajärgsed sidekontorid.

Välismaale saab ajakirja «Eesti Arst» tellida «Ajakirjanduslevi» kaudu, kusjuures «Ajakirjanduslevi» lisab kataloogihinnale saatetekulud (vt. «Eesti Arst» nr. 5 lk. 363)

Toimetuskolleegium

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

Korrektor ja tehniline toimetaja 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 19. 10. 1990. Trükkimisele antud 19. 11. 1990. Trükiarv 6000. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 9,07. Tell. nr. 4703. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ээсти Арст» (Врач Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языке. Орган Министерства здравоохранения Эстонии и Союза врачей Эстонии. Издательство «Периодика», Таллинн. Тираж 6000. Печ. лист. 5,0. Усл.- печ. лист 6,5. Уч.-изд. лист. 9,07. Заказ № 4703. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Таллинн, Пярну маантеэ, 67-а.

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

TEORIA JA PRAKTIKA

UDK [613.31/.34+614.445]:543.3(474.2)

Kloroform Tallinna joogivees

Ants Tammepuu Arnold Jannus · Tartu

Tallinna joogivesi, epidemioloogiline ohutus, kloroformisisaldus joogivees

Suurem osa Tallinna elanikest tarvitab joogiks Ülemiste järve puhastatud vett. Epidemioloogilise ohutuse tagamiseks kasutatakse vee kloorimist. Seejuures tekivad mõningad toksilised kõrvalproduktid, eelkõige madala molekulmassiga halogeen-, peamiselt kloororgaanilised ühendid, mille tüüpiliseks esindajaks on kloroform (1, 5, 7, 8).

Peaaegu alati esineb pinnaveeallikate vetes fulvo- ja humiinhappeid, mis klooriga reageerides moodustavad kloroformi (1, 5, 8). Ligikaudu samavõrra tekib kloroformi ka mõningate sinivetikate poolt eritatavate ekstratsellulaarsete produktide reageerimisel klooriga (5). Kloroformi moodustumise võimalike lähteainete hulk on küllaltki laialdane, kujutades endast erinevate füüsikaliskemiliste omadustega ainete segu. Seetõttu on kloroformi moodustumise mehhanismis veel paljugi ebaselget (1, 5). Nii on mitmed uurijad leidnud, et ühesuguste kloorimistingimuste korral suureneb kloroformisisaldus koos prekursorite kontsentratsiooni suurenemisega, temperatuuri ja pH tõusuga (4, 5). Kuid kloroformi teke sõltub ka humiinhapete kvalitatiivsest koostisest ja kloorimisviisist. Vaba aktiivse kloori kasutamisel tekib kloroformi 3...7 korda rohkem kui seotud aktiivse kloori kasu-

tamisel. Vee kloroformisisaldus suureneb samuti kloori annuse suurendamise korral ning vee osoonimisel väikeste ja keskmiste osooni annustega, sõltudes vee pH-st ja vees leiduvast orgaanilisest ainest (1, 4, 5). Kui veetorustikus leidub vaba jääkkloori, võib halogeenorgaaniliste ühendite teke ka veevõrgus jätkuda (8).

Kloroformi toksilisus on hästi teada. Akuutsele kloroformimürgitusele on iseloomulikud südame rütmihäired, südamelihase düstroofia ja maksakahjustus. Häirub süsivesikute ainevahetus, kujuneb välja hüperglükeemia (6, 8). Oluline on kesknärvisüsteemi kahjustus, mille puhul tekib teadvusekadu, millele võib järgneda kooma ja surm (8).

Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon on kehtestanud kloroformi lubatud piirkontsentratsiooniks joogivees 30 µg/l (7, 8). Sellest suurema kloroformisisalduse puhul võivad niisuguse joogivee pikemaajalise kasutamise korral ilmnedu eelkõige kroonilise mürgituse nähud, sest organismi satuvad suhteliselt väikesed ainekogused pikema aja vältel. Kloroformi kroonilist intoksikatsiooni on vähe uuritud. Küll aga on kindlaks tehtud ühendi kantserogeensed omadused (1, 5, 8). Juba 1974. aastal avastasid Ameerika Ühendriikide teadlased seose klooritud vee tarvitamise ja seedetraktivähki haigestumise vahel (5). Hiljem on mitmes riigis tehtud hulgaliselt onkoepidemioloogilisi uuringuid ning täheldatud seost vee kloroformi ja teiste halogeenorgaaniliste ühendite sisalduse ning vähktõppe haigestumise vahel (2, 5). USA teadlaste katsed, mis seisnesid kloroformi pikaajalises manustamises valgetele rottidele, kutsusid paljudel neist esile maksavähi. On täheldatud ka kroonilisi maksakahjustusi (8).

Kogutud on hulgaliselt uurimismaterjali kloroformisisalduse kohta eri maade joogivees. Näiteks Helsingis oli 1978. aastal keskmine kloroformisisaldus Pitkakoski veepuhastusjaama joogivees 90 µg/l ja Vanhakaupunki omas 150 µg/l, seega lubatust kõrgem. Olu-

kord paranes 1979. aastal, kui alustati vee osoonimist. 1982. aastal rajati vee-juhe Päijänne järvest, sellega paranes toorvee kvaliteet ja kloroformimisprobleem sai lahendatud. Nii oli 1988. aastal keskmine Helsingi joogivee kloroformisisaldus vaid 0,2 µg/l ning eelneval kolmel aastal veelgi väiksem (3).

Ülemiste järve vee puhul oli teada mitmeid ohutegureid, mis tõstsid päevakorrale vee kloroformisisalduse uurimise vajaduse ka meil: vegetatsiooniperioodil vohab fütoplankton; madal kolitiiter nõuab küllalt suurte annustega kloorimist.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri töötajad võtsid vaatluse alla Ülemiste järve vee, Tallinna Veepuhastusjaama kontaktreservuaari vee, vee ühes puhastuse vaheetapis, linna antava joogivee (hüdrandist) ja vee Tallinna veevõrgu ühes juhuslikult valitud kohas. Kokku võeti proove ja tehti uuringuid 20 korral 1989. aasta aprillist novembrini. Uurimistulemused on esitatud tabeli ja tulpdigrammina (vt. tabel ja joonis).

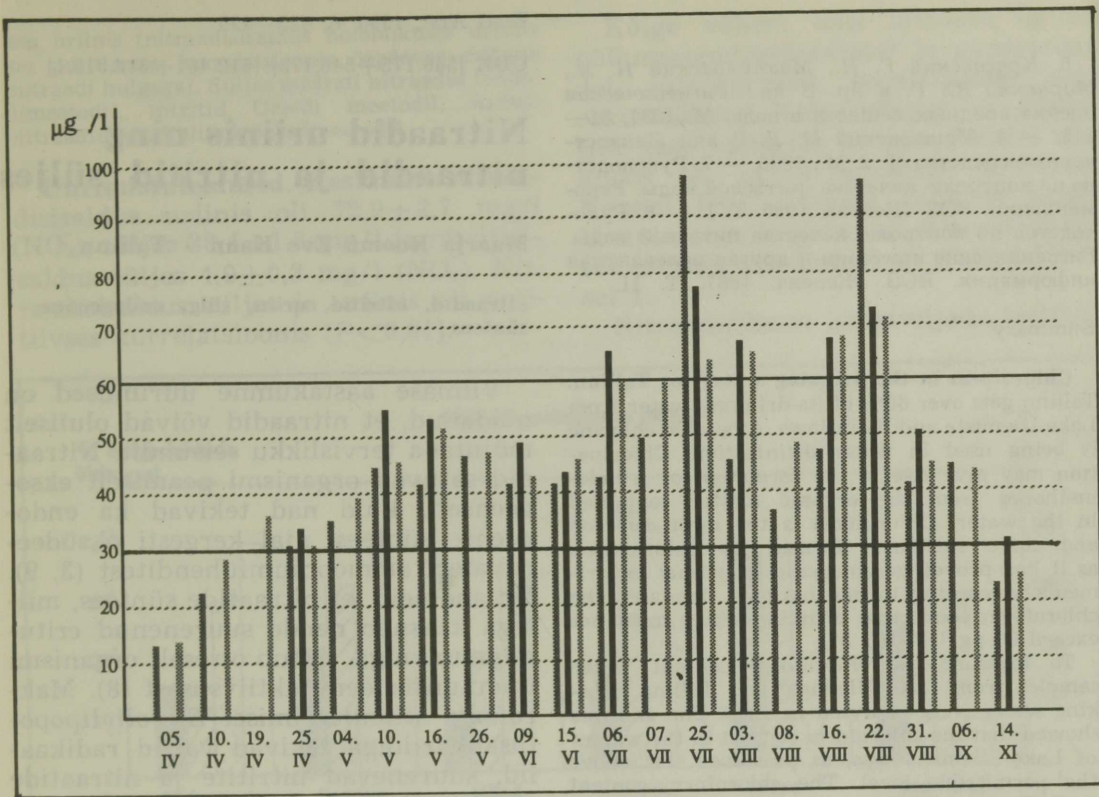
Uurimistulemused ja arutelu. Uurimistulemuste põhjal selgus, et järve kloorimata vees oli kloroformisisaldus ootuspäraselt väike, jäädes piiridesse, mille puhul määramise ebatäpsus on liiga suur selleks, et esitada usaldusväärset tulemust. Seetõttu on vastav näitaja tabelis tinglikult tähistatud nulliga ja etendab peamiselt fooni kajastava kontrollproovi osa.

Klooritud vee uuringute tulemuste esmaseks hindamiseks vaadeldi aritmeetilisi keskmisi kloroformi kontsentratsiooni väljendavatest arvvaartustest proovipunktide kaupa, alates 1989. aasta 25. aprillist kuni 14. novembrini, sest sel ajavahemikul oli kloroformisisaldus määratud enamiku proovipunktide vees. Uurimata jäi viiel korral ainult veevõrguvesi. Kahe rühmana on vaadeldud mõningatest veepuhastusetappidest võetud ja tarbijatele antava vee proovide tulemusi.

Nagu eespool mainitud, on ÜTO poolt lubatud kloroformi piirkontsentratsioo-

Tabel. Kloroformisisaldus Ülemiste järve vees, Tallinna veepuhastusjaamas puhastamisel olevas ning linna veevõrku joogiveena antavas vees

Kuupäev	Proovivõtmise koht				
	veepuhastus- jaama sissevoo- lukanal (Ülemis- te järve vesi)	kloori-kontakt- reservuaar	plokk 4 (veepu- hastuse vahe- etapp)	linna antav joogivesi hü- drandist	joogivesi veevõrgust
05.04.89	0	12,8	—	12,9	—
10.04.89	0	22,1	—	28,0	—
19.04.89	0	—	—	36,6	—
25.04.89	0	30,4	27,8	30,4	34,0
04.05.89	0	34,3	37,3	38,6	—
10.05.89	0	44,1	40,5	45,8	54,3
16.05.89	0	41,0	47,5	51,2	53,1
26.05.89	0	45,9	45,6	46,7	—
09.06.89	0	40,9	45,2	43,2	48,6
15.06.89	0	41,2	46,0	45,6	42,9
06.07.89	0	42,3	61,3	59,8	65,6
07.07.89	0	49,3	50,8	59,7	—
25.07.89	0	97,8	72,9	63,6	76,8
03.08.89	0	45,2	59,4	64,7	66,4
08.08.89	0	34,6	43,1	48,5	—
16.08.89	0	46,9	55,0	67,7	67,3
22.08.89	0	96,3	53,1	71,5	72,9
31.08.89	0	40,2	42,7	44,2	50,2
06.09.89	0	44,2	39,5	43,6	—
14.11.89	0	22,4	24,9	24,4	31,2



Joonis. Kloroformisisaldus Ülemiste järve vees ning Tallinna veepuhastusjaamas puhastatavas ja joogiveeks antavas vees: tumedamad punktiirtulbad — kloori-kontaktreservuaari vesi, mustad tulbad — linna veevärgivesi, heledamad punktiirtulbad — hüdrandist võetud vesi.

niks joogiveses 30 µg/l. Nõukogude Liidus ei ole kloroformi piirkontsentratsiooni veel isegi kehtestatud.

Katseandmetest selgub, et vahetult tarbijale antava vee kloroformi kontsentratsioon oli 90%-l juhtudest lubatud piirväärtusest suurem. Aritmeetiliste keskmiste põhjal oli kloroformisisaldus puhastustsükli täielikult läbinud vees suurem kui eri puhastusetaappidest võetud vees. Seda kinnitavad keskmised suurused nii punktide kaupa eraldi võetuna kui ka eespool mainitud kahe rühmana vaadelduna. Üksikute tulemuste vaatlusel ei ilmne see tendents siiski täiesti selgepiirilisel. Näiteks ületas kloroformisisaldus kahes kloori-kontaktreservuaarist võetud veeproovis lubatud piirväärtuse üle kolme korra (antud katseseria suurimad arvvaartused). Lubatud normatiiv oli üle kahe korra

ületatud umbes viiendikus klooritud vee proovidest, sealhulgas ligikaudu neljandikus joogivee kvaliteeti eeldava vee proovidest.

Arvestades saadud tulemusi, tuleb esiteks pidada äärmiselt vajalikuks uurimise igakülgset jätkamist, eriti siinivetikate aspektist, teiseks, kloroformisisalduse regulaarset kontrolli veemajandus- ja sanitaarorganite poolt. Samas tuleb leida võimalikult kiiresti lahendus Ülemiste järve toorvee puhastamise parandamiseks. Kahtlemata on esialgu kõige paremaks mooduseks asendada Ülemiste järve vee kloorimine osoonimisega.

KIRJANDUS: 1. Bedding, N. Sci. Total Environ., 1983, 26, 255—312. — 2. Cantor, K. P. Am. J. Epidemiol., 1977, 160, 230—231. — 3. Helsingin kaupungin vesi- ja viemäsilaitos. Toimintakertomus, 1988. — 4. Roole, J. J. J. Am. Water Works Assoc., 1976, 68, 168—172.

5. Красовский Г. Н., Михайловский Н. Я., Марченко Ю. Г. и др. В кн.: Гигиеническая оценка вредных веществ в воде. М., 1987, 81—115. — 6. Машиковский М. Д. В кн.: Лекарственные средства. Т. 2. М., 1986. — 7. Руководство по контролю качества питьевой воды. Рекомендации. ВОЗ. Женева, 1986, Т. I. — 8. Руководство по контролю качества питьевой воды. Гигиенические критерии и другая релевантная информация. ВОЗ. Женева, 1987. Т. II.

Summary

Chloroform in the drinking water for Tallinn. Tallinn gets over 80% of its drinking water from Lake Ülemiste and its inflows. Available chlorine is being used in water disinfection. Chlorination may give rise to the formation of trihalomethanes from the organic matter contained in the water. Chloroform is the most common and toxic substance formed by chlorination as it has proved carcinogenic in animal experiments. According to international standards the chloroform content in drinking water must not exceed 30 µg/l (WHO 87).

To measure the chloroform content water samples from Lake Ülemiste and Tallinn drinking water were analysed in 1989. The analysis showed that the chloroform content in the waters of Lake Ülemiste was, as presumed, far above the permissible level. The chloroform content in Tallinn drinking water was excessive in 90% of the samples analysed.

Резюме

О хлороформе в питьевой воде г. Таллинна. Воды озера Юлемисте и его стоков снабжают питьевой водой около 80% жителей города Таллинна. Для дезинфекции используют хлорирование. Хлор, взаимодействуя с органическими веществами, обуславливает образование хлороформа, который при хроническом действии становится токсическим компонентом с канцерогенными свойствами. Международная предельно допустимая концентрация для хлороформа в питьевой воде — 30 µг/л.

Данные исследований, которые были проведены в 1989 г., показали, что в летний период содержание хлороформа превышало международный ПДК в некоторых пробах до трех раз. В летнее время в воде водоемов наблюдается интенсивный рост филопланктона, экстрацеллюлярные продукты которого могут оказывать одной из причин оформления хлороформа в контакте с активным хлором.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni
kateeder

Nitraadid uriinis ning nitraadid ja nitritid süljes

Maarja Rooma Eve Kann · Tallinn

nitraadid, nitritid, uriin, sülg, endogeenne sünteesis

Viimase aastakümne uurimused on näidanud, et nitraadid võivad oluliselt mõjutada tervislikku seisundit. Nitraadid satuvad organismi peamiselt eksogeenselt, kuid nad tekivad ka endogeenne sünteesi ajal kergesti oksüdeerivatest ammooniumühenditest (3, 9). On andmeid, et nitraatide sünteesis, millega kaasneb nende suurenenud eritumine uriiniga, sõltub otseselt organismi immuunsüsteemi aktiivsusest (8). Makrofaagi stimuleerimisel *E. coli* lipopolüsahhariidiga tekivad vabad radikaalid, suurenevad nitritite ja nitraatide sünteesis ning nitraatide eritumine uriiniga (7).

Nitraatide eksogeensel sattumisel organismi näib olevat seos vähitekke riski suurenemisega, kusjuures alati sõltub see antud piirkonna elanike tüüpilisest dieedist (10). Risk suureneb nitritirikka loomse ja kalatoidu tarbimisel ning väheneb nitraadirikka taimse toidu eelistamisel (4). Väikese riski alal on nitraatide eritumine uriiniga suurem kui suure riski alal (6, 10).

Nitraadisisalduse määramine uriinis on saanud ökoloogiliseks uurimismeetodiks. Uriini nitraadisisaldus on erinevatel etnilistel rühmadel oluliselt erinev, sõltudes inimeste vanusest, soost, toitumisest (1, 5).

Uurimismaterjal ja -meetodid. Käesolevas töös on toodud uuringute andmed nitraadisisalduse kohta Eesti elanike uriinis ja süljes ning nitritisisalduse kohta süljes. Olgu lisatud, et 80% ööpäevast nitritite hulgast moodustub süljes (2). Nitriteid uriinis ei määratud, sest uriinis esinevad neid ainult kuseteede nakkuste korral.

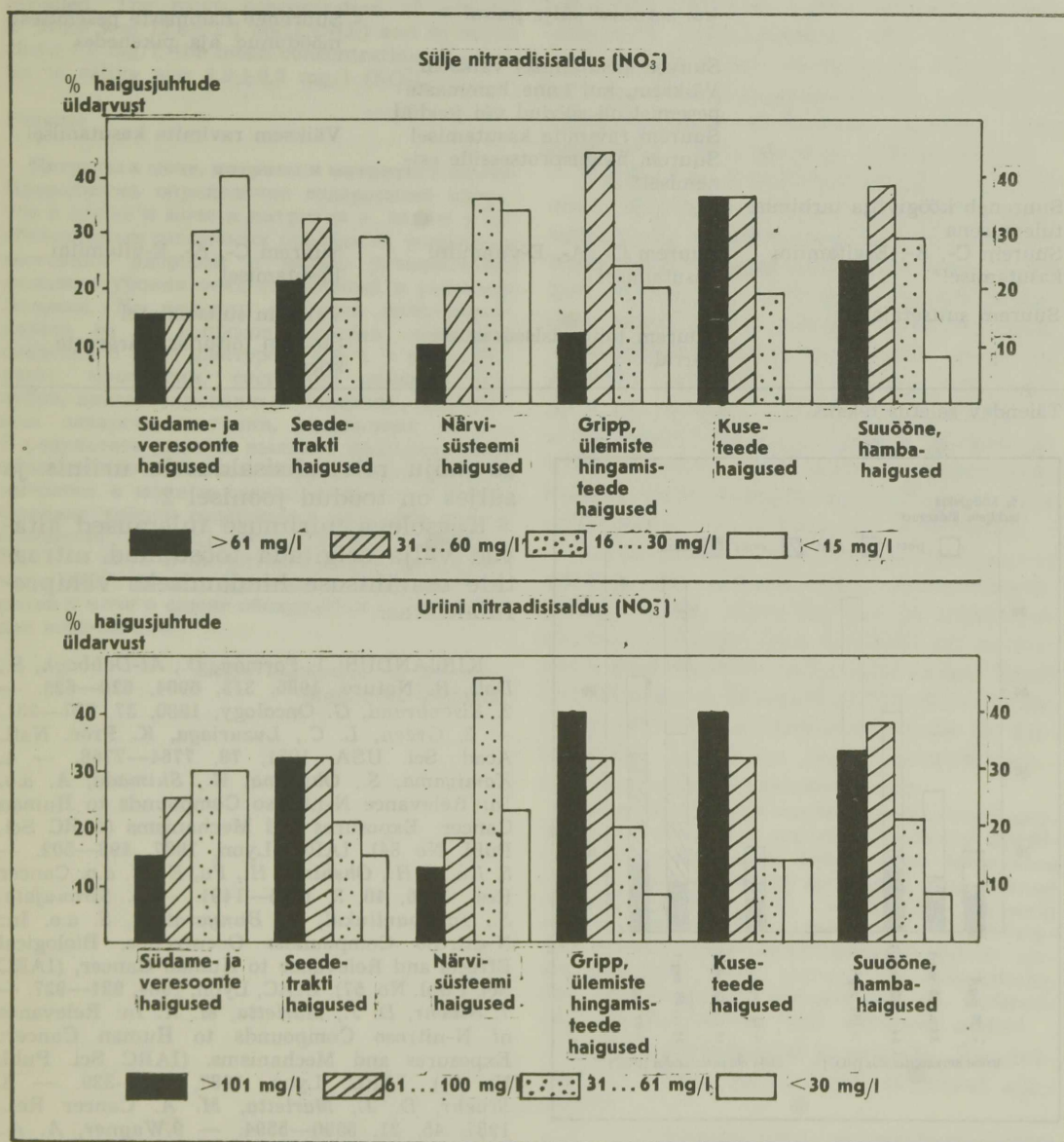
Uuriti erineva vanuse, soo ja elukutsetega inimesi juhusliku valiku alusel. Iga katsealune vastas 29 küsimusele. Analüüsiiti 320 sülje- ja uriiniproovi. Nitraadisisaldus määrati hommiku-

ses uriinis (nitraadisaldus hommikuses uriinis on positiivses korrelatsioonis ööpäevas eritava nitraadi hulga). Süljes määrati nitraadid fenoolimeetodil, nitritid Grießi meetodil, uriinis nitraadid kaadmiumkolonnimeetodil.

Uurimistulemused. Keskmine nitraadisaldus uriinis oli $72,9 \pm 2,7$ mg/l (NO_3^-), süljes $28,4 \pm 1,6$ mg/l ja nitritisaldus süljes $4,9 \pm 0,3$ mg/l (NO_2^-). Nitraadisaldus süljes ja uriinis oli positiivses korrelatsioonis ($P < 0,01$).

Kõige vähem leiti nitraate uriinis põllumajandustöötajatel ja pensionäridel, intelligentsil, teenistujatel ning oskustöölistel. Kõige kõrgem oli nitraatide tase õppurite uriinis. Kindel diagnoos oli 58%-l uuritute üldarvust. Nendel leiti nitraate rohkem süljes. Uriini see ei kajastunud. Nitraatide eritus eri haiguste korral on toodud joonisel 1.

Nitraadirikaste köögiviljade tarbimi-

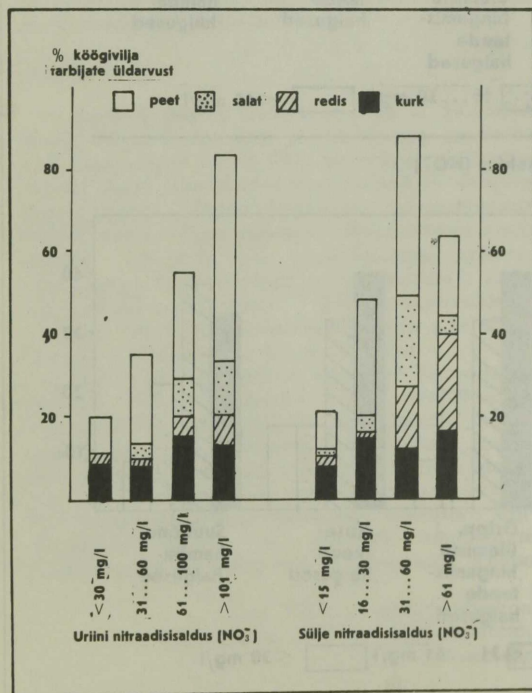


Joonis 1. Erinevate haigusprotsesside mõju nitraadisaldusele süljes ja uriinis.

Tabel. Nitraadisaldust uriinis, nitraadi- ja nitritisaldust süljes suuresti mõjutavate faktorite toime

Nitraadisaldus uriinis	süljes	Nitritisaldus süljes
Meestel suurem kui naistel Väheneb vanuse suurenedes Oleneb elukutsest*	Hambajuurejääkide esinemisel suurem Seenhaiguste esinemisel suus suurem Mukoosse sülje puhul suurem kui seroosse sülje puhul	Meestel suurem kui naistel Väheneb vanuse suurenedes Oleneb elukutsest
Suureneb köögivilja tarbimise tulemusena Suurem C-, A-, E-vitamiini kasutamisel*	Suurem C-, A-, E-vitamiini kasutamisel	Suureneb hammaste pesemisest möödunud aja pikenedes Väiksem ravimite kasutamisel
Suurem suitsetajatel	Suurem toitumiseärasuste korral	Väiksem suitsetajatel Suurem toitumiseärasuste korral

Täiendav seletus tekstis



Joonis 2. Nitraadirikaste köögiviljade tarbimise mõju nitraadisaldusele süljes ja uriinis.

se mõju nitraadisaldusele uriinis ja süljes on toodud joonisel 2.

Käesoleva uurimuse tulemused aitavad välja selgitada töösuunad nitraatide osatähtsuse hindamiseks vähiprofüktikas.

KIRJANDUS: 1. Forman, D., Al-Dabbagh, S., Doll, R. Nature, 1985, 313, 6004, 620—625. — 2. Eisenbrand, G. Oncology, 1980, 37, 227—231. — 3. Green, L. C., Luzuriaga, K. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1981, 78, 7764—7768. — 4. Kamiyama, S., Ohshima, H., Shimada, A. a.o. In: Relevance N-nitroso Compounds to Human Cancer: Exposures and Mechanisms (IARC Sci. Publ. No 84). IARC, Lyon, 1987, 498—502. — 5. Lu, S. H., Ohshima, H., Fu, H.-M. a.o. Cancer Res., 1986, 46, 3, 1485—1491. — 6. Siranujata, S., Tangbanllukal, L., Bunyaratvej, S. a.o. In: N-nitroso Compounds: Occurrence, Biological Effects and Relevance to Human Cancer, (IARC Sci. Publ. No. 57). IARC, Lyon, 1984, 921—927. — 7. Stuehr, D. J., Marletta, M. A. In: Relevance of N-nitroso Compounds to Human Cancer: Exposures and Mechanisms. (IARC Sci. Publ. No 84). IARC, Lyon, 1987, 335—339. — 8. Stuehr, D. J., Marletta, M. A. Cancer Res., 1987, 45, 21, 5590—5594. — 9. Wagner, A. A., Young, W., Tannenbaum, S.-R. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1983, 80, 14, 4518—4521. — 10. Won-

choy, N., Anthony, B., Miller, J. a.o. In: Relevance N-nitroso Compounds to Human Cancer: Exposures and Mechanisms. (IARC Sci. Publ. No. 84). IARC, Lyon, 1987, 492—496.

Summary

Nitrates in urine and saliva and nitrites in saliva. The concentrations of nitrates were determined in urine and saliva and the level of nitrites was determined in saliva. As a result of the investigation in 320 subjects, several factors affecting the excretion of nitrates and nitrites were revealed. The mean concentration of nitrates in urine was 72.9 ± 2.7 mg/l (NO_3^-) and in saliva 28.4 ± 1.6 mg/l, the mean concentration of nitrates in saliva was 4.9 ± 0.3 mg/l (NO_2^-).

Резюме

Нитраты в моче, нитраты и нитриты в слюне. Проводилось определение содержания нитратов в слюне и моче и нитритов в слюне у 320 обследуемых различных профессий, возраста и состояния здоровья с целью установления фонового уровня этих соединений в условиях Эстонии. На каждого человека заполнялась анкета из 29 вопросов, которая содержала сведения о ряде факторов, в т. ч. о поле, возрасте, профессии, состоянии полости рта, зубов, диагностированных болезнях, применении лекарств, питании, привычках и т. д. В результате удалось выявить факторы, более существенно влияющие на уровень содержания нитратов в моче и слюне, нитритов в слюне. Средние уровни содержания нитратов в моче составили $72,9 \pm 2,7$ мг/л (NO_3^-), в слюне — $28,4 \pm 1,6$ мг/л и нитритов в слюне — $4,9 \pm 0,3$ мг/л (NO_2^-). Между уровнем содержания нитратов в моче и слюне обнаружена положительная корреляция.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK 616.89-008.441.44-002.23(474.2)

Suitsiidide esinemissageduse dünaamika Eestis

Airi Värnik · Tallinn

suitsiid, levik, dünaamika, sotsiaalne tagapõhi

Et Eestis on suitsiidide esinemissagedus suur, siis sai 1988. aastal taasloodud Eesti Arstide Liidu esimeseks uurimistööks suitsiiditeema. See oli ka aeg, mil esmakordselt nõukogude võimu ajal avanes võimalus pääseda seni salastatud enesetappude statistika juurde ning andmeid piiranguteta publitseerida.

Suitsiid on psüühilise kriisi ekstreemseim väljendus. Nagu deliiriumi ja maktsirroosi esinemissageduse alusel võib umbkaudselt määrata alkoholismi levikut, nii on ka suitsiidide esinemissagedus psüühiliste kriiside moodupuuks.

Stagnatsioonaja seisukoha järgi on suitsiid vaimuhaiguse tunnus, sest tege mist on inimese tähtsaima instinkti — eluinstinkti häirega. Sellest tulenes järeldus, mille kohaselt teisitimõtteleja kuulub vaimuhaigete kategooriasse juba selle põhjal, et ta oma elu ohtu seab.

Suitsidoloogia on polüdistsiplinaarne teadus, mis on meditsiini, psühholoogia, pedagoogika, õigusteaduse ja sotsioloogia uurimisobjektiks. Sellisel on suitsidoloogiat käsitletud ka selle rajaja Emil Dürkheim (3). Käesoleva töö eesmärgiks oli suitsiidide esinemissageduse ja dünaamika jälgimine Eestis korrelatsioonis sotsiaalsete protsessidega.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uurimismaterjalina on kasutatud statistilisi andmeid suitsiidide esinemissageduse kohta. Eesti iseseisvuse ajast pärinevad andmed on saadud veel säilinud statistikaraamatust (1), nõukogude perioodil esinenud suitsiidid on arvutatud Eesti Statistika Keskvalitsuse algdokumentide näitude alusel. Sotsiaalse fooni hinnang on subjektiivne, sest sotsioloogilised testuuringud on katkendlikud ja puudutavad vaid viimaseid aastaid.

Uurimistulemused ja arutelu. Vaadeldud on kolme sotsiaalselt erinevat ajaloiku:

I — ülemaailmse majanduskriisiga piirnevad aastad Eesti Vabariigi ajast (1922 ... 1935);

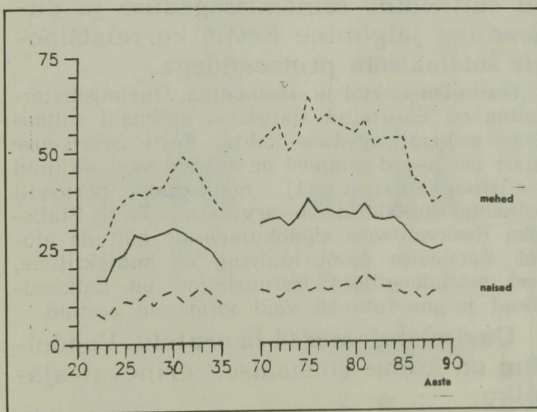
II — stagnatsiooniperiood (1970... 1985);

III — demokratiseerimise ajajärk (1986...1988).

Iseseisvas Eestis oli vaatlusaluste aastate algul ja lõpul suitsiidide esinemissagedus suhteliselt väike: vastavalt 16,7 ja 20,6 saja tuhande inimese kohta. Ülemaailmse majanduskriisi eel ja aastail suurenes see kolmekümneni. Ajavahe­mikul 1970...1985 oli enesetappude arv stabiilselt suur, keskmiselt 33,7 saja tuhande inimese kohta, s.o. 7685 inimest. Järsk langus algas 1986. aastal ning see jätkus aastatel 1987...1988 ning jõudis 24,3-ni. Seega vähenes suitsiidide arv kolme aasta jooksul 28%. 1989. aastal vähenemistendentsi enam ei ilmnenu.

Kui vaadelda meeste ja naiste suitsiidikõveraid eraldi, ilmneb, et naiste suitsiidide tase on vaadeldavates ajalõikudes enam-vähem samaks jäänud. Suitsiidide üldarvu suurenemine-vähenedamine johtub just meeste (sotsiaalselt aktiivsemad!) suitsiidide arvust: ülemaailmse majanduskriisi aastail see kahekordistus, stagnatsiooniaastail oli ühtlaselt kõrge, kõrgem kui majanduskriisi tippaastal — 55,2 saja tuhande mehe kohta.

Stagnatsiooniaastail oli isiksus süsteemikindlalt alla surutud, domineeris eksistentsiaalne hirm, iseseisvat mõtlemist karistati rängalt, tegelikud sisulised kontaktid inimeste vahel nõrgenesid, neid asendas pseudokollektivism.



Joonis. Suitsiidide arv Eestis 100 000 inimese kohta (püstjoonel) aastail 1920...1935 ja 1970... 1990. Pidevjoon tähistab keskmist näitajat.

Identsuskriisid võtsid maad. Sellele li­ sandus totaalne usaldamatus ning sellest johtuv abituse. Iseseisvusaastate kultuuripärand suures osas hävitati, usule kuulutati sõda, seltsielu lammutati; propageeriti alkoholi tarvitamist, sest see oli tulus riigile ja nõrgendas inimeste mõtlemisvõimet.

Suitsiidikatsete alastes uurimustes vii­ tavad H. Noor ja L. Mehilane (2) etnilise ning eetilise identsuse nõrgenemisele, lõ­ hele sõnade ja tegude vahel, genotsiidihirmule. Psüühilise haigena arvelevõ­ tust johtuvad sotsiaalsed piirangud hoidsid paljusid tagasi olemasolevatki abi otsimast.

1988. aastal avatud usaldustelefoni anonüümsetes vestlustes on kinnitust leidnud eespool mainitud probleemid inimeste hingehädades. Lisaks ilmneb agressioonivalmidus nii enese kui ka teiste vastu ning asjaolu, et meil ei teata psühholoogia põhitõdesid, puudub eneseanalüüsi oskus, ei tunta lõõgastuse võtteid, ei omata ülevaadet psühhote­ raapiast, ei usuta psühhiaatrilisse ega narkoloogilisse ravisse.

1986. aastal alanud demokraatlike muudatustega ühiskonnas kaasnes suitsiidide esinemissageduse vähenemine. Kindlasti etendasid selles tähtsat osa ka alkoholi müüki ja tarbimist piiravad seadused, sest suitsiidiga on põhjuslikult seotud nii krooniline alkoholism kui ka ühekordne alkoholjoove. Tuleb aga silmas pidada, et nii alkoholismil kui ka suitsiididel on ühiseid juuri ning et väga jäikade alkoholitarbimist piiravate meetmete efekt on ajutine, kui sellele ei lisandu tõhus sotsiaalne ega meditsiiniline abi.

Enesetapu juhte oli kõige vähem 1988. aastal, laulva revolutsiooni, ootuste ja lootuste aastal. Meeste suitsiidide arv vähenes viimasel vaadeldaval ajavahe­ mikul, s.o. kolme aasta jooksul, 36,8-le. Järelikult oli langus stagnatsioonipe­ rioodi keskmisega võrreldes 33,3%.

Seega oleneb suitsiidide esinemissa­ gedus sotsiaalpoliitilistest, psühholoogi­ listest ja majanduslikest faktoritest ning hingeabi kvaliteedist. Ühiskonna demo­ kratiseerimine ja vaimne vabadus toi­

mivad preventiivselt. Eesti vajab tõhusamat hingeabi: kõrgetasemelise ettevalmistusega spetsialiste, kriisiseisundite kohta käiva teave asjatundlikku populariseerimist, hingehädasid leevendavate inimsõbralike institutsioonide rajamist.

KIRJANDUS: 1. Eesti arvudes 1920—1935. Tallinn, 1937. — 2. Noor, H., Mehilane, L. Acta et Commentationes Universitatis Tartuensis. 1990, 891, 157—161.

3. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Спб., 1912.

Summary

Suicide dynamics in Estonia. Suicide is the extreme outcome of psychocrisis. The social factors of suicide in Estonia are dealt with. In the independent Estonian Republic the suicide rate ranged from 16 to 24 cases per 100,000 inhabitants, peaking at 30 cases in the years of the world economic depression. The suicide rate has remained constantly high (33.7 cases per 100,000 on the average) under the Soviet regime of political, social and psychological terror. The rapid fall (28 %) noted in 1986—1988 can be accounted for by spiritual uplift and feeling of liberation as well as by the strict limitation of spirits sales. Fluctuations in the suicide rate of men as socially active individuals account for the falls and rises in the overall suicide figures.

Suicide can be prevented by democratization of society, bettering of the general ethical and moral atmosphere, improvement of theoretical foundation and material basis for individual psychological and psychiatric aid.

Резюме

Динамика суицидов в Эстонии. Крайним проявлением психических кризисов являются самоубийства. Их частота в Эстонии рассматривается на социальном фоне. В период независимости Эстонии она составляла 16. . .24 на 100 тыс., а в годы мирового экономического кризиса достигла 30. При политическом, социальном и психологическом терроре советского периода количество суицидов оставалось стабильно высоким, составляя в среднем 33,7 (1970—1985 гг.).

Значительное снижение частоты суицидов в 1986. . .1988 гг. (28%) объясняется наступившим духовным освобождением и строгим лимитированием продажи алкоголя. Увеличение и уменьшение количества суицидов непосредственно связано с суицидами у мужчин, более активных в социальном плане.

Превентивными могли бы быть демократизация общества, улучшение этического-моральной атмосферы, развитие теоретической и материальной базы индивидуально-психологической и психиатрической помощи.

Tallinna Vabariiklik
Psühhoneuroloogiahaigla

ÜLEVAATED

UDK 616.71-007.151-07(047)

D-vitamiinivaegus-rahhiidi diagnoosimine

Lea Boston · Tartu

rahhiit, diagnoosimine, laboratoorsed uurimis-
meetodid, röntgendiagnostika

Vaatamata rahhiidi profülaktika edusammudele, esineb D-vitamiinivaegus-rahhiiti imikuil Eestis küllalt sageli. Haigus algab ja kulgeb väheste kliiniliste nähtudega, mistõttu rahhiit jääb diagnoosimata. Osal juhtudel võib olla tegemist ka hüperdiagnoosimisega.

Rahhiiti diagnoositakse iseloomulike kliiniliste ilmingute, laboratoorsete, biokeemiliste ja luude röntgenuuringute tulemuste alusel. Rahhiidi kindlaks tegemine haiguse öitseperioodil on tavaliselt kerge. Sel ajal on elundite ja elundisüsteemide kahjustuste seas ülekaalus tüüpilised luusüsteemi muutused. Siiski pööratakse rahhiidi diagnoosimisel kliinilisele pildile veel vähe tähelepanu (23).

Rahhiidile tuleb mõelda juba närvisüsteemi kahjustuse sümptomide ilmnemisel. Varajased kliinilised rahhiidi ilmingud on seotud kesk- ja vegetatiivse närvisüsteemi talitluse häirega. Laps on rahutu, une kestus ja sügavus on häirunud, esinevad kuklapiirkonna tugev higistamine ja juuste väljalangemine ning punane dermografism. Tihti ei arvestata diagnoosimisel kraniotaa-
best, teisi luulisi sümptome ega lapse kõrgenenud erutuvust. Rahhiidi puhul hakkab laps luuvalude tõttu hilja püsti seisma ja käima. Sageli jääb rahhiit diagnoosimata ka esimese eluaasta lõpul ja teisel eluaastal, mil lapsel hakkavad

tekkima jalgade kõverdused (5). Varjatuna võib rahhiiti esineda isegi kooliealistel (1).

Aeg-ajalt on ette tulnud ka rahhiidi hüperdiagnoosimist (25). Rahhiitilisi käevõrusid ja roosikrantsi võivad simuleerida luude füsioloogilised paksendid. Kraniotaabesena diagnoositakse esimestel elukuudel koljuluude pehmumust, mis on tingitud kolju luukoe ümberhitumisest (12). 1984. aastal leidsid J. M. Pettifor, M. Pentopaulos jt., et koljupehmumus ei ole rahhiidi patognoomiliseks sümptomiks kolmekuistel imikutel (8). Nad võrdlesid vastavaealiste kraniotaabesega ja kraniotaabeseta imikute toitumust, sünnikaalu, kaaluivet, koljuluude pehmumuse ulatust ja läbimõõtu. Nendes näitajates ega ka biokeemilistes analüüsides eri rühmade osas erinevust ei leitud. Seetõttu järeldavad autorid, et kolmekuisel imikul ei ole võimalik rahhiiti diagnoosida ainult kraniotaabese järgi. Kindlasti on vajalikud ka luude röntgenuuringud ja vere biokeemilised analüüsid, mis rahhiidi diagnoosi kinnitavad (7, 8). Autorid sedastasid 35 koljupehmumuse juhust rahhiitilisi muutusi osteogrammidel ainult viiel (1/7-1).

Seega rahhiidi sümptomide kompleks kui mittespetsiifiline sündroom võib olla tingitud erinevatest etioloogilistest teguritest, ja seda ei tohi pidada iseseisvaks nosoloogiliseks vormiks. Mingil juhul ei ole see spetsiifilise ravi näidustus (12).

Laboratoorsetest biokeemilistest uurimismeetoditest on kõige spetsiifilisemaks ja eriti tundlikuks vereseerumis 25-oksikaltsiferooli (25-OH-vitamiin D), temast neerudes sünteesitava 1,25-dioksikaltsiferooli (1,25-(OH)₂ vitamiin D) ja 24,25-dioksikaltsiferooli (24,24(OH)₂ vitamiin D) määramine (2, 6, 9).

D-vitamiinivaegus-rahhiidi diagnoosimise peamiseks kriteeriumiks on 25-oksikaltsiferooli (D-vitamiini põhilise transpordivormi) taseme langus vereseerumis. Samal ajal võib suurened 1,25-dioksivitamiin D sisaldus, see viitab «avariimetaboliidi» kõrgele sünteesile tagamaks kaltsiumiainevahe-

tuse stabiilsuse (18). D-vitamiini-vaeguse korral aktiveerib parathormoon neerudes spetsiifilist ensüümi 1 α -hüdroksülaasi ja seega stimuleerib 1,25(OH)₂ vitamiin D sünteesi (3).

1,25(OH)₂ vitamiin D sisaldus vereseerumis sõltub rahhiidihaikeil haiguse raskusest. Rahhiidi I ja III astme puhul esineb mainitud metaboliidisisalduse vähenemine, seevastu rahhiidi II astme ägedal perioodil ilmneb selle suuremine, mis nähtavasti on seotud adaptatsiooniprotsesside täielikuma väljakujunemisega. 1,25-dioksikaltsiferooli ja 24,25-dioksikaltsiferooli tase oli tugevasti langenud eriti neil, kellel ei olnud tehtud nõuetekohast rahhiidi-profülaktikat (10).

Kahjuks ei ole meil võimalik määrata D-vitamiini metaboliitide sisaldust vereseerumis. Seepärast on laboratoorsetest biokeemilistest uurimismeetoditest diagnostiliselt tähtis leeliselise fosfataasi aktiivsuse määramine vereseerumis (21, 22). Mitme autori andmeil esineb happelise ja leeliselise fosfataasi aktiivsuse tõusu 40..90%-l rahhiidihaikeist (16). Ensüümi aktiivsus on seda kõrgem, mida vähem saab organism valku ning A-, B₂- ja C-vitamiini.

I. Kovari ja kaastöötajate arvates võib kindlaks rahhiidi diagnostiliseks kriteeriumiks enneagsetel pidada leeliselise fosfataasi aktiivsuse tõusu vähemalt viis korda üle normväärtuse (4). On sedastatud aktiivsuse tõusu korreleerumist D-vitamiini metaboliitide sisalduse vähenemisega vereseerumis (14). Leeliselise fosfataasi kõrge aktiivsust peetakse ka rahhiidi ägeduse kriteeriumiks (20). See on eriti kõrge ägeda rahhiidi öitseperioodil. Alaägeda rahhiidi puhul ja tervistumisperioodil on ensüümi aktiivsuse tõus tagasihoidlikum. Meie andmeil esineb leeliselise fosfataasi aktiivsuse tõusu nii rahhiidi I kui ka II astme puhul poolte laste vereseerumis. Leeliselise fosfataasi aktiivsus normaliseerub järkjärgult 3..4 kuu vältel pärast haiguse ägedate nähtude kadumist.

Teised enam kasutatavad laboratoorsed biokeemilised uurimismeetodid on

rahhiidi varajasel diagnoosimisel vähem tähtsad. Fosfori- ja kaltsiumisisaldus vereseerumis ei pruugi olla veel vähenenud. Osal juhtudel võib esineda ka varajane hüpokaltseemia, mille väärtus on 1,5 mmol/l või isegi madalam normaalse või kergelt vähenenud fosforisisalduse puhul vereseerumis (11). 47 uuritava oli vereseerumi kaltsiumisisaldus vähenenud I astme rahhiidi korral 1/2-1 ja II astme korral 1/4-1 juhtudest, kuna II astme puhul prevaaleerisid alaägeda kuluga vormid paranemisperioodil.

Vastavalt rahhiidi arengule vereseerumi kaltsiumisisaldus normaliseerub, kuid tekib hüpofosfateemia. Meie poolt uuritud ei esinenud anorgaanilise fosfori sisalduse vähenemist vereseerumis ühelgi juhul. Hüpokaltseemia võib uuesti tekkida D-vitamiini-vaeguse süvenemise ja interkurrentsete haiguste kaasnemise korral, ka paranemisperioodil. Vereseerumi kaltsiumi- ja fosforisisalduse suhe (norm 1,9...1,95) võib rahhiidi puhul olla tõusnud (vereseerumi kaltsiumisisaldus normi piires, fosforisisaldus vähenenud) (13). Seevastu Ca^{++} ja HPO_4^{--} võib väheneda 30 korda või enam (11).

Viimasel ajal on määratud kaltsiumi taset reguleerivate hormoonide (parathormooni ja kaltsitoniini) kontsentratsiooni vereseerumis (20). Parathormoonisisaldus on tavaliselt kõige suurem ägeda rahhiidi öitseperioodil, suuremine on otseselt seotud kaltsiumi- ja fosforiainevahetuse häiretega.

Parathormoonisisaldus normaliseerub järk-järgult ning jääb suurenekuks ka pärast rahhiidi spetsiifilist ravi ja tervenemisperioodil. Ägedale rahhiidile on iseloomulik kaltsitoniinisalduse vähenemine vereseerumis. See võib olla üks hüperkaltseemia ja luustumishäire põhjusi, sest kaltsitoniin vähendab vere kaltsiumisisaldust tema ladestumise arvel luukoes. Haige paranemisel vereseerumi kaltsitoniinisaldus suureneb.

Et laialt kasutatav vereseerumi fosfori- ja kaltsiumisisalduse määramine on rahhiidi diagnoosimisel üldiselt väheinformatiivne, soovib E. Lukjanova

kasutada lisateste (17). Nendeks on veres oksüproliini, erütrotsüütides kaltsiumi, anorgaanilise fosfori ja 2,3-difosfoglütseraadi määramine.

Peale fosfori- ja kaltsiumiainevahetuse häirete etendab rahhiidi puhul tähtsat osa ka kollageeniainevahetus. Kollageen sisaldab aminohapet oksüproliini ning seetõttu on kollageeniainevahetuse muutusi võimalik kindlaks teha oksüproliini määramise teel bioloogilistes vedelikes. Rahhiidi juhtudel on oksüproliini eritus vähenenud 1,5...2 korda (26). Kahjuks ei ole see meetod kuigi tundlik, sest ta sõltub neerude talitlusest, ööpäevasest diureesist ja teistest teguritest.

Rahhiidi öitsejärgus on iseloomulik vabade peptiididega seotud oksüproliinisalduse vähenemine veres (15). Pärast D-vitamiini-preparaatidega tehtud kahekuulist ravi paranevad kollageeniainevahetuse näitajad. Seejuures sõltub oksüproliinisaldus rahhiidi vormist, raskusest ja aktiivsusest. Ta on ühtlasi luukoe taastekke ja ravi tõhususe kriteeriumiks.

Rahhiidi puhul häirub ka lipiidide biosüntees (19). Seepärast täheldatakse haigeil vereplasma lipiidisisalduse vähenemist. Rakumembraani läbilaskvus sõltub tema lipiidsete komponentide kvantitatiivsest ja kvalitatiivsest koostisest. Erütrotsüütide membraani lipiidse struktuuri muutusi rahhiidi puhul vaadeldakse kui erütrotsüütide adaptatsiooni ainevahetushäirete, atsidoosi ja hüpoksia korral. Nimetatud muutusi on võimalik kindlaks teha 2,3-difosfoglütseraadi määramisega. Erütrotsüütides 2,3-difosfoglütseraadi taseme langus etendab küllaltki suurt osa hüpoksia tekkes, mida esineb rahhiidahaigeil ja mis raskendab neil ägedate respiratoorsete haiguste kulgu.

Luude röntgenoloogilisi muutusi esineb rahhiidi algjärgus kergel kujul või puuduvad need üldse. Võivad esineda ainult toruluude kerge osteoporoos ja metafüsaarjoone lainelisus. Esimeseks rahhiidi iseloomulikuks tunnuseks on luu meta- ja epifüüsi vahelises osas osteoidkoe vohamine (7, 8, 11). Vastavalt

haiguse arengule osteoporoos tugevneb, metafüsaartsoon laieneb, omandades pokaalitaolise kuju. Diafüüsi osas on täheldatav subperiostaalne helendus temast eralduva osteoidkoe tõttu. Esineb ka mitmesuguseid toruluude deformatsioone.

Tervistumisel moodustub uus tihkem kaltsifikatsioonijoon, mis on tingitud kaltsiumfosfaadi ladestumisest rahhiitiliselt muutunud metafüüsides. Kaltsifikatsioonijoon ja metafüüsi vaheline ala järk-järgult mineraliseerub. Ka epifüsaartuumade ümber moodustub kaltsifikatsiooniala ja tuumad muutuvad selgelt nähtavaks.

Arvatakse, et luude histomorfomeetria abil on isegi juba kerge rahhiidi puhul võimalik määrata luude demineralisatsiooni astet, kuid täpsemad andmed selles osas veel puuduvad (24).

Seega on meie oludes põhilisteks rahhiidi diagnoosimise kriteeriumideks peale kliinilise pildi ka veel leeliselise fosfataasi kõrgeenenud aktiivsus, kaltsiumisisalduse vähenemine vereseerumis ja rahhiitilised muutused osteogrammidel. Arvestades rahhiidi diagnoosimise raskust, tuleb võimaluse korral rakendada lisauringuid eeskätt erütrotsüütides kaltsiumi ja anorgaanilise fosfori määramise näol.

KIRJANDUS: 1. Benichou, J., Sallière D., Labruno, B. Arch. Fr. Pediatr., 1985, 42, 6, 443—445. — 2. Hoff, N., Haddad, J., Teitelbaum, S. a. o. J. Pediatr., 1979, 94, 3, 460—466. — 3. De Luca, H. F. In: Vitamin D Metabolism and Function. Berlin, 1979, 25—27. — 4. Kovar, I., Mayne, P., Barltrop, D. Lancet, 1982, 8267 (Febr.), 308—310. — 5. Makosch, V. G., Abt, J. Hövels, O. a. o. Sozialpädiatrie, 1984, 6, 1, 8—10. — 6. Paparoulus, S. E., Fraher, L. J., Clemens, T. L. a. o. Lancet, 1980, 8195, 11, 612—615. — 7. Pettifor, J. M., Isdale, J. M., Sahakian, J. a. o. Childhood, 1980, 55, 2, 155—157. — 8. Pettifor, J. M., Pentopoulos, M., Moodley, G. P. a. o. South Afr. Med. J., 1984, 65, 14, 549—551. — 9. Specker, B. L., Tsang, R. C. J. Pediatr., 1987, 110, 5, 744—747.

10. Антипкин Ю. Г., Омельченко К. И., Апуховская Л. И. Педиатрия, 1988, 3, 20—24. — 11. Бакалова Л., Трифонова Л. В кн.: Рахит и рахитоподобные состояния. Клиническая педиатрия. София, 1983, 463—474. — 12. Воронцов И. М. В кн.: Актуальные проблемы витаминологии. Том II. М., 1978, 64—65. — 13. Ергалиева

А. А., Тажибаев Ш. С., Конакбаев З. К. и др. В сб.: Вопросы питания здорового и больного ребенка. Алма-Ата, 1980, 117—121. — 14. Ивашкевич С. П., Апуховская Л. И., Антипкин Ю. Г. и др. В кн.: Уровень 25-оксихолекальциферола и кальцитриолов витамина Д у здоровых и больных рахитом детей. (Рукопись деп. во ВНИИМИ МЗ СССР II, 983—986). М., 1986, 9. — 15. Канкасова М. Н. Педиатрия, 1985, 5, 32—34. — 16. Косаева К. Е., Тажибаев Ш. С., Артемова Г. В. и др. В сб.: Вопросы питания здорового и больного ребенка. Алма-Ата, 1980, 121—123. — 17. Лукъянова Е. М. Педиатрия, 1984, 5, 3—6. — 18. Лукъянова Е. М., Антипкин Ю. Г., Омельченко Л. И. и др. Педиатрия, 1988, 3, 15—20. — 19. Омельченко Л. И. Педиатрия, 1986, 4, 9—12. — 20. Омельченко Л. И., Антипкин Ю. Г., Апуховская Л. И. и др. Педиатрия, 1986, II, 45—49. — 21. Рывкин А. И. Педиатрия, 1985, 4, 13—14. — 22. Святкина К. А., Бжаско З. Х., Зиатдинов И. Г. Здравоохр. Белоруссии, 1979, 24, 5, 3—6. — 23. Страздинь, З. К., Гром Г. И. В сб.: Объединенная научно-практическая конференция врачей акушеров-гинекологов Латвийской ССР. Тезисы докладов. Рига, 1981, 141—144. — 24. Хит Д., Маркс С. Д. Нарушения обмена кальция. М., 1985, 13—15. — 25. Шакирова Э. М., Мальцев С. В., Переверзева О. Г. и др. В опр. охр. мат., 1983, I, 30—35. — 26. Шилов А. В. Критерии дифференциальной диагностики рахитоподобных заболеваний у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1977.

Summary

Diagnosis of vitamin D deficiency rickets. Despite recent advances in the prevention of rickets, this disorder is quite often found in small infants in Estonia. This article deals with diagnostic facilities for rickets. In addition to case histories and clinical features, laboratory tests and X-ray examination play an important role in making an accurate diagnosis. Increased alkaline phosphatase values in blood sera are very informative in an early diagnosis of rickets.

Резюме

Диагностика D-витаминадефицитного рахита. Несмотря на достижения в профилактике рахита в Эстонии, он еще достаточно часто встречается у детей раннего возраста. В статье рассматриваются возможности диагностики рахита — от установления анамнеза и клинической картины лабораторными методами (в том числе определения метаболитов витамина D) до рентгенографии костей. В наших условиях самым доступным и информативным методом ранней диагностики рахита является определение активности алкальной фосфатазы в сыворотке крови.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
pediaatria kateeder

UDK 616.127-005.8-08-036(047)

Reklusiooni medikamentosne profülaktika pärast koronaararteri trombolüütilist rekanaliseerimist

Toivo Laks · Tallinn

äge müokardiinfarkt, trombolüüs, reklusioon, antikoagulandid, antiagregandid

Viimastel aastakümnetel on müokardiinfarkt omandanud arenenud riikides sotsiaalse tähenduse.

Tänu spetsiaalsete kardioreanimatsiooniosakondade (*coronary care unit* — CCU) rajamisele on primaarsetest rütmihäiretest tingitud ägeda müokardiinfarkti puhust letaalsust õnnestunud märgatavalt vähendada. Sagedamaks surma põhjuseks on saanud äge või krooniline südamepuudulikkus. Seetõttu peetakse tänapäeval (kuni atero- ja trombogeenesi intiimsete mehhanismide selgitamiseni) esmaseks ravi eesmärgiks nekroosiala (infarkticolde) piiramist ja sellest lähtuvalt südamepuudulikkuse tekke ärahoidmist või vähendamist (27). Angiograafiliste ja patoanatomiliste uuringutega on kindlaks tehtud, et sagedaim infarkti põhjus on koronaararteri tromboos (9), mis põhjustab verevoolu täielikku katkemist, müokardi isheemiat ja nekroosi. Histoloogiliselt eelneb tromboosile ateroskleroosilise naastu ruptuur, mida on nimetatud ka ägeda müokardiinfarkti käivitusmehhanismiks. Ravi seisukohalt peetakse efektiivseks tromboseerunud koronaararteri rekanaliseerimist trombolüüsi teel (30). On selge, et koronaararteri tromboos kujuneb hemodünaamiliselt olulise (> 50%) stenoosi korral, mistõttu, arvestades ka seda, et pärast trombolüüsi on trombogeenne naastu pind vastuvõtlik uuele tromboosile, on reklusioonioht suur (30). Sageli põhjustab korduv oklusioon retsi-

diveeruvat ehk korduvat infarkti (16), vatsakese funktsiooni halvenemist ja letaalsuse suurenemist (30).

Et reklusiooni ära hoida ja müokardi revaskularisatsiooni parandada, tehakse vastava varustuse ja kogemustega kardiokeskustes aortokoronaarne šunteerimine (15) või perkutaanne transluminaalne koronaarangioplastika (PTKA) (12) juba ägeda müokardiinfarkti algstaadiumis. Paraku pole tehniliste võimaluste puudumise või vastunäidustuste tõttu (difuusne koronaarsklerosis) vastavad ravimeetodid sageli rakendatavad. Sel juhul tuleb korduva tromboosi profülaktikaks kasutada konservatiivset ravi — tromboosivastaseid preparaate antikoagulante ja antiagregante (3, 14).

Enamikul juhtudel, vaatamata sellele, kas edaspidi ordineeritakse trombotsüütide agregatsiooni või tromboplastiini teket pärssivaid ravimeid, kasutatakse esimestel päevadel pärast edukat intrakoronaarset trombolüüsi retromboosi profülaktikaks hepariini. On selgunud, et hepariinravi tõhusus sõltub antitrombiin-III (AT-III) nivoost vereplasmas. AT-III antikoagulatiivsed omadused on seotud trombiini inaktiveerimisega ja IX, X, XI ning XII hüübimisfaktori blokaadiga. Hepariin moodustab organismis AT-III-ga kompleksi ja toimides trombiinisse, annab ühendi AT-III-st ja trombiinist, vabastades hepariini, mis on võimeline looma uue kompleksi vaba AT-III-ga. Hepariin muudab trombiini inaktiivseks metatrombiiniks. Hepariin võib moodustada ka kompleksühendeid adrenaliini ja fibrinogeeniga, aktiveerides fibrinolüüsi ning pidurdades hüübimist. Suurtes annustes inaktiveerib hepariin iseseisvalt VII, IX, X, XI ja XII hüübimisfaktori, pidurdab erütrotsüütide, vähemal määral trombotsüütide agregatsiooni (26).

Kliinilises töös piisab hepariini toime hindamisel osaliselt aktiveeritud tromboplastiiniaja (*partially activated thromboplastin time; aPTT*) määramisest, kusjuures annust peetakse adekvaatseks, kui aPTT pikeneb 2...3 korda (26). Tavaliselt on see saavutatav

annusega 20 000 ... 60 000 toimeühikut päevas püsiinfusioonina või fraktsioneeritult (14, 27). Mõni uurija arvab, et aPTT piknemise korral normi ülemise piirini reoklusioonide sagedus juba väheneb (2). Siiani ei ole päris selge, kas hepariinravi hoiab täielikult ära reoklusioonide tekke. Ühelt poolt on selgunud, et koronaararteri kõrgeastmelise jääkstenooosi korral ei osutu hepariinravi efektiivseks. Samas aga on andmeid, et pärast edukat intrakoronaarset trombolüüsi, kui haiglaperioodil kasutada hepariini suhteliselt väikeses koguses, 20 000 toimeühikut päevas, ilmneb reoklusioon vaid 15%-l haigetest, sagedamini ägeda müokardiinfarkti esimestel päevadel (14). Ühes aga ollakse üksmeelsed — hepariini tuleb kasutada pärast edukat trombolüüsi 2 ... 5 päeva. Sellele järgneva ravi kaudse toimega antikoagulantide või antiagregantidega. Samas ei tohi unustada, et pikaajalise hepariinravi korral tuleb korduvalt kontrollida AT-III.

Kaudse toimega antikoagulandid pärsivad hüübimist, häirides mitme hüübimisfaktori (II, VII, IX, X) biosünteesi, misjärel blokeerub tromboplastiini moodustumine ning pikeneb hüübimisaeg (27). Tromboosi ärahoidmiseks kasutatakse kaudse toimega antikoagulante (*warfarin, pelentan, coumadine, phenylin*), mis kliiniliselt erinevad vaid oma kasutuskeemide poolest (10, 23). Antikoagulandi adekvaatsusest annusest hoolimata tekib haiglaperioodil reoklusioon ikkagi 11 ... 17%-l haigetest, kusjuures reoklusioonide esinemissagedus aegamööda suureneb (3, 19). Viimasel ajal on seda seostatud mehhanismiga, mis kaudse toimega antikoagulantidel puudub, nimelt toimega (õigemini toimepuudumisega) hemostaasi trombotsütaarsesse lülisse (25). Vaatamata koagulationisüsteemi iseloomustavate laboratoorsete meetodite pidevale täiustamisele, peetakse kaudse toimega antikoagulantide kasutamisel kliinikus ning eriti polikliinilises etapis piisavaks lähendada protrombiiniaja (-indeksi) väärtusest. Seejuures tuleb pidada optimaal-

seks sellist ravimi annust, mille toime protrombiiniaeg Quicki järgi pikeneb 2 ... 2,5 korda (protrombiiniindeks 40 ... 60%) (27). Rõhutatakse, et väikesemad antikoagulandi annused ei osutu korduva tromboosi profülaktikas mõjusaks, suuremad aga võivad põhjustada hemorraagilisi tüsistusi (24). Täielikult on mõistetav soovitus täpsustada preparaadi annus kliinikus. Ravimit tuleb hakata manustama paar päeva enne hepariini ordineerimise katkestamist. Tavaliselt piisab 30 ... 60 mg fenüülnist päevas. Kui aga 90 mg fenüüliini päevas ei langeta protrombiiniindeksit alla 60%, tuleb ette võtta antikoagulandivahetus või ordineerida lisaks antiagregante (aspiriini 500 ... 1000 mg päevas, kurantüüli 50 ... 70 mg päevas) (23). Mõni uurija (10) on soovitanud protrombiiniindeksit vähendada 30%-ni. Sellisel juhul tekib küsimus, kas potentsiaalne verejooksuohu (süveneva isheemiaga ka südamelihases) ei ületa reoklusiooni riski. Seni on taolisele arutlusele ühene vastus puudunud.

Antikoagulante ordineerides peab olema selge, kui kaua neid suhteliselt ohtlikke preparaate kasutada. Histoloogiliste uuringute varal on kindlaks tehtud, et endoteelidefekt koronaararteris armistub kolme kuu jooksul (3, 14). Seetõttu soovitatakse selle aja vältel pärast edukat trombolüüsi tromboosivastast ravi jätkata (10). Kui sageli peab kontrollima protrombiiniindeksit? Kogemuste varal võib öelda, et kliinikus raviskeemi väljatöötamise korral kontrollida vähemalt kaks korda nädalas, hiljem kord ühe-kahe nädala tagant, selgitades haigete esimesi ravimi üledo-seeerimise tunnuseid.

Teine reoklusiooni profülaktikas enamkasutatav preparaate rühm on antiagregandid. Nagu kaudse toimega antikoagulante, nii ka antiagregante hakatakse ordineerima juba hepariini manustamise ajal. Tuntumad antiagregandid on aspiriin ja kurantüül (dipüridamool). Aspiriini toimele inaktiveeritakse trombotsüütides ensüüm tsüklooksügenaas, mille tagajärjel blokeerub agre-

gatsiooni põhjustavate agentide (PGG₂, PGH₂, TxA₂) arahhidoonhappest moodustumine (11). Aspiriini blokeerib trombotsaan A₂ (TxA₂) sünteesi trombotsüütides ja prostatsükliini (PGI₂) moodustumise veresoone endoteelis. Ideaalseks peetakse aspiriini annust, mis inhibeerib küll TxA₂ sünteesi, kuid ei mõjuta PGI₂ moodustumist, mis on osutunud tugevatoimeliseks vasodilaatoriks ja antiagregandiks (9). 250...1000 mg aspiriini päevas blokeerib nii TxA₂ kui ka PGI₂ sünteesi, kusjuures väga suured annused toimivad vaid trombogeenselt (7). Arvatakse, et antitrombootiline efekt saavutatakse väikeste aspiriiniannustega (8): annus kuni 3,5 mg/kg päevas inhibeerib trombotsütaarse tsüklooksügenaasi ja trombotsüütide agregatsiooni minimaalse PGI₂ sünteesi pidurdumise juures, annuse suurendamise korral (10 mg/kg päevas) preparaadi agregatsioonivastane efekt suureneb minimaalselt, kuid täielikult kaob antiagregatiivne toime (22).

Mõne uurija arvates on annus 300...675 mg päevas samuti väike (18). Selge on see, et ainuüksi eespool toodud vastakatele eksperimentaalsetele uurimistulemustele tuginedes ei ole kliinilises töös võimalik antiagregante adekvaatselt kasutada. Seetõttu tuleks praktikas orienteeruda trombotsüütide agregatsiooni pidurdumisele. Tromboosi ärahoidmisel peetakse piisavaks agregatsiooni pidurdumist üle 50% normist (22, 28), mis eksperimendis on saavutatud ka aspiriini annusega 1 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas (13). Vaatamata sellele, et eksperimentaalselt on tõestatud aspiriini miniannuste kasutamine, ordineeritakse kliinikus sagedamini 250...500 mg päevas. Seejuures näiteks 43...67%-l isheemiatõbe põdejaist pidurdub trombotsüütide agregatsioon 50% või enam (28). Selline annus võrreldes suurematega (1000...1500 mg päevas) tavaliselt ei põhjusta kõrvalnähte, näiteks mao limaskestast ärritust. Kliiniliste ja angiograafiliste uuringute varal on kindlaks tehtud, et haigetel, kellel trombotsüüti-

de agregatsiooni pidurdumine on alla 50% algväärtusest, tekib infarkte ja koronaararteri oklusioone sagedamini (28). Mõni autor (24) on täheldanud 40...50%-list agregatsiooni pärssumist, ordineerides 250...300 mg aspiriini üle 2...3 päeva. Tuleb nõustuda arvamusega (4), et atsetüülsalitsüülhappe reklusiooni vältiv annus on veel kindlaks määramata.

Teine tuntum antiagregant on kurantüül (dipüridamool), mis inhibeerib fosfodiesteraasi, suurendab trombotsüütides c-AMP-d ja vähendab tsütoplasmaatilise kaltsiumi kontsentratsiooni, pikendab trombotsüütide eluiga. Inhibeeritakse TxA₂ ja üle selle verelehtakute agregatsioon ning aktiveeritakse PGI₂ (18). Paraku on selgunud, et sissevõtmiseks määratud kurantüüli kui antiagregandi toime on nõrk. Seetõttu ordineeritakse teda kliinikus koos teiste samatüüpi preparaatidega, olgugi et tuginedes eksperimentaaluuringutele on antiagregantne toime aspiriinil (3,5 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta päevas) ja kurantüülil (150 mg päevas) ligikaudu võrdne (29). Kliinikus on piisav trombotsüütide agregatsiooni pidurdav toime saavutatud kurantüüliga 400 mg päevas, kombinatsioonis aspiriiniga 100...225 mg päevas (5, 24).

Andmed, mis puudutavad antiagregantide mõju reklusioonide ja reinfarktide sagedusele ning letaalsusele, on vastukäivad. Selgub, et pärast edukat intrakonaarset trombolüüsi (võrreldes edutu protseduuriga) aspiriini regulaarse kasutamise korral nii reinfarktide kui ka surmajuhtude esinemissagedus tunduvalt väheneb (17). Ja vastupidi: reinfarktide esinemissagedus ning letaalsus (kontrollrühmaga võrreldes) märgatavalt ei vähene (17). Andmetest (reklusioonide esinemissagedus statsionaaris 12,5...18%) nähtub, et antiagregantide kasutamise korral on see peaaegu samasugune kui kaudse toimega antikoagulantide ordineerimisel. Antiagregantide mõju šuntide läbitavusele pärast aortokonaarset šunteerimist on käsitletud kirjanduses (5). Esimese

rühma haigetele määrati pärast operatsiooni päevas 1000 mg aspiriini ja 225 mg kurantüüli. Teine oli kontrollrühm. Oklusioonide esinemissagedus 8 päeva hiljem oli pöhirühmas 7%, ühe kuu pärast 17% ja aasta pärast 54%. Vastavad kontrollrühma näitajad olid aga 35,35% ja 79%.

Nagu nähtub nii eespool toodust kui ka uuringutest, mille puhul kasutati retromboosi ärahoidmiseks erinevates ravitute rühmades aspiriini kombinatsioonid kurantüüliga või warfarin'i (6), aspiriini või hepariini (16), aspiriini või kumariini (20), on koronaararteri korduvate trombooside ja reinfarktide esinemissagedus antikoagulantide ja antiagregantide ordineerimisel ligikaudu võrdne (stационаaris 11...18%).

Kuidas eespool öeldule tuginedes re-sümeerida vasturääkivate uuringutulemuste andmeid ja missugused võiksid olla soovitud praktiliseks tegevuseks? Selge on vähemalt üks: nii antikoagulantide kui ka antiagregantide kasutamise korral okluseerub juba haiglas kuni 20%-l haigetest trombolüütiliselt rekanaliseeritud koronaararter. See võib põhjustada müokardiinfarkti retsidiveerumist (nekroositsooni laienemist), millega kaasnevad vasaku vatsakese globaalsete ja lokaalsete funktsiooninäitajate halvenemine (südamepuudulikkuse süvenemine) ning eluohtlike rütmihäirete teke (vatsakeste tahhükardia ja fibrillatsioon, totaalne atrioventrikulaarne blokaad). Seni, kuni meil puuduvad suhteliselt uued fibrinolüütilised preparaadid — plasminogeeni aktivaatorid (t-PA, rt-PA) —, mille kasutamisel reoklusioonide esinemissagedus väheneb, tuleks lähtuda järgmisest teoreetilisest seisukohast. Eelistatud on preparaadid, mis inhibeerivad küll trombotsüütide agregatsiooni ja trombiini sünteesi, kuid ei mõjuta prostatsükliini moodustumist (1, 8). Seni kuni selliseid komplekspreparaate ei ole, tuleks reoklusiooni ärahoidmiseks kolme kuu jooksul paralleelselt kasutada kaudse toimega antikoagulante ja antiagregante annustes, mis piisavalt mõjutavad protrombiini sünteesi (in-

deks alla 60%) ja trombotsüütide agregatsiooni (pidurdumine üle 50%). Viimase aja uuringud haigetel pärast müokardi revaskulariseerimist PTKA-metodil on seda tõekspidamist igati kinnitanud (21).

KIRJANDUS: 1. Baumgartner, H. R., Kuhn, H. In: IX World Congress of Cardiology Moscow, June 20-26, 1982, Moscow, 1982, (1), 0044. — 2. Bettmann, M. A. Am. J. Cardiol., 1987, 60, (3), 178-198. — 3. de Bono, D. Br. Heart J., 1987, 57 (4), 301-305. — 4. Breddin, K., Loew, D., Lechner, K. a. o. Thromb. Haemost., 1979, 41, (2), 225-236. — 5. Chesebro, J., Clements, I., Fuster, V. a. o. In: IX World Congress of Cardiology Moscow, June 20-26. Moscow, 1982, (1), 0999. — 6. Cowley, M. J., Hastillo, A., Vetrovec, G. W. a. o. Am. Heart J., 1981, 102, (6), 2, 1149-1158. — 7. DeWood, M. A., Spores, J., Notske, R. a. o. New Engl. J. Med., 1980, 303, (16), 872-902. — 8. Elwood, P. C. Am. J. Med., 1983, 74, (6A), 50-54. — 9. Elwood, P. C. Drug, 1984, 28, (1), 1-5. — 10. Ganz, W., Nimoniya, K., Hashida, J. a. o. Am. Heart J., 1981, 102, (6), 2, 1145-1149. — 11. Harker, L. A. Circulation, 1986, 73, (2), 206-223. — 12. Kitazume, H., Iwama, T., Suzuki, A. Am. Heart J., 1986, 111, (5), 826-832. — 13. Lam, J. Y. T., Chesebro, J. H., Steele, P. E. a. o. Circulation, 1987, 75, (1), 243-248. — 14. Mason, D. T. Am. Heart J., 1981, 102, (6), 2, 1126-1133. — 15. Mathey, D. G., Kuck, K.-H., Tilsner, V. a. o. Circulation, 1981, 63, (3), 489-497. — 16. Mathey, D. G. In: The first year after myocardial infarction. Mount Kisco — New York, 1983, 119-127. — 17. The Persantine-Aspirin Reinfarction Study Research Group: Persantine and aspirin in coronary heart disease. Circulation, 1980, 62, (2), 449-461. — 18. Pitt, B., Shea, M. I., Romson, J. L. a. o. Ann. Int. Med., 1983, 99, (1), 83-92. — 19. Res, J. C. J., Simoons, M. L., van der Wall, E. E. a. o. Br. Heart J., 1986, 56, (5), 414-421. — 20. Uebis, R. In: Facts and hopes in thrombolysis in acute myocardial infarction. New York, 1986, 149-155. — 21. Urban, P., Buller, N., Fox, K. a. o. Br. Heart J., 1988, 60 (6), 485-488.

22. Балуда В. П., Лакин К. М., Павличук С. А. и др. Кардиология, 1981, 21, 8, 55-57. — 23. Кассирски Г. И. Кардиология, 1986, 26, 5, 111-113. — 24. Лакин К. М., Балуда В. П. В. кн.: Актуальные проблемы гемостазиологии. М., 1981, 430-460. — 25. Люсов В. А. Функциональное состояния тромбоцитов, свертываемость, фибринолиз и реологические свойства крови при ишемической болезни сердца. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1974. — 26. Мазеев А. В., Суворова Л. А., Барбакаръ Н. Г. Кардиология, 1984, 24, 7, 62-65. — 27. Руда М. Я., Зыско А. П. Инфаркт миокарда. М., 1981. — 28. Халфен З. Ш., Шварц И. Л., Иванова И. А. Кардиология, 1984, 24, 7, 74-77. — 29. Хименко П. Л. Тер. арх., 1986, 58, 5, 95-98. — 30. Чазов Е. И., Руда М. Я. Кардиология, 1987, 27, 2, 5-13.

Summary

Prevention of reocclusion after thrombolytic recanalization of the coronary artery. The main purpose for the treatment of myocardial infarction (MI) is to prevent the development of heart failure and reduce mortality. It is evident that the most frequent cause of MI is thrombosis of the coronary artery (CA), so the treatment of MI consisting in the recanalization of CA is indicated. Reocclusion (reinfarction) is the main problem after recanalization.

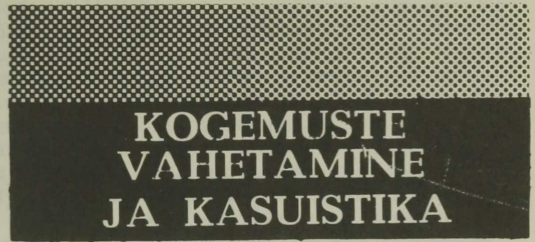
After thrombolysis many patients are often administered antithrombotic drugs (anticoagulants, antiplatelets). Reocclusion rate after the administration of anticoagulants or antiplatelets is approximately the same (in hospital it is 20%), therefore a combination of antithrombotic drugs is recommended.

Резюме

Медикаментозная профилактика реокклюзии после тромболитической реканализации коронарной артерии. Основная задача при лечении ИМ заключается в предупреждении сердечной недостаточности и ограничении летальности. Установлено, что самой частой причиной, в результате которой развивается ИМ, является тромбоз венечной артерии (ВА). При лечении ИМ патогенетически наиболее обоснованным является метод реканализации ВА. После реканализации важнейшей проблемой является реокклюзия (рецидивирующий, повторный ИМ).

Чаще всего по техническим причинам определенный контингент больных после тромболиза не подвергается радикальным методам лечения и подлежит медикаментозной терапии антикоагулянтами или антиагрегантами. Частота реокклюзии при их применении, приблизительно одинакова (в стационаре 20%), поэтому рекомендуется комбинировать эти препараты.

Eesti Südamekeskus



UDK 616.383.45-005.6

Mesenteriaalarteri tromboosi kirurgiline ravi

Ants Haavel Hannes Haavel · Kuressaare

arteritromboos, arteriopaatia, emboolia, peensoolegangreen

Viimasel ajal on seoses südame- ja veresoonte haiguste esinemissageduse suurenemisega üha sagedamini ette tulnud mesenteriaalarteri tromboosi. Haiged satuvad tavaliselt operatsioonilauale raskes üldseisundis, ebaselge etioloogiaga, väljakujunenud peritoniidi ja intoksikatsiooniga. Enamikul juhtudel selgub diagnoos alles operatsiooni ajal. Kirurgid, nähes ulatuslikku peensoolegangreeni ja rasket intoksikatsiooni, peavad prognoosi halvaks. Operatsioon piirdub kõhuõone revisjoniga. Kirjanduses võib leida viiteid üksikutele edukatele operatsioonidele, mille järgselt haiged on elama jäänud ja paranenud (1, 2, 4, 5).

Mesenteriaalarteri tromboosi kirurgiline ravi seisneb mesenteriaalarterist trombi eemaldamises, peensoole reseksioonis ning kombineeritud ravis: trombi eemaldamises arterist koos peensoole laialdase reseksiooniga (3).

Operatsioonijärgne suremus on suur (95...98%). Operatsioon tehakse tavaliselt nn. meeleteoperatsioonina. Haige saatus sõltub sellest, kuidas kirurgid hindavad peensoolegangreeni ulatust, järelejääva peensoole eluvõimelisust ja väljakujunenud intoksikatsiooni astet.

Haigusjuht: 53-aastane meeshaige E. J. (Kuressaare Haigla haiguslugu nr. 1310/1990) hospitaliseeriti kirurgiaosakonda diagnoosiga *Syndromum postthromboticum cruris utriusque*, *Ulcerae trophicum cruris utriusque* 16. märtsil 1990. aastal. Haige oli 10 aastat põdenud mölema sääre süvaveenide tromboosi, mille tüsistusena tekkisid mõlemale säärele troofilised haavandid. Ta oli korduvalt viibinud ravil Kuressaare haiglas ja polikliinikus ning Tartu Kliinilise Haigla veresoontekirurgia osakonnas.

Hospitaliseerimisel mõlemad sääred turses. Paremäl säärel 6×4 cm, vasakul 7×8 cm põletikulised troofilised haavandid, mida ümbritsesid infiltraadid. Teistes elundites muutusi ei esinenud. Rakendati sümptomaatilist ravi. 18. märtsi öhtul tekkisid äkkvalud kõhus, haige oksendas korduvalt, kehatemperatuur oli 37,1 °C. Vereanalüüs: hgb. 142 g/l, SR 19 mm/t., leukots. $9,4 \times 10^3$. Verevalem: keppt. 5, segment. 73, lümfots. 20, monots. 2. Palpatoorselt: paremal pool allkõhus kõhulihaste reflektorne pingeline. Blumbergi sümptoom üle kogu kõhu positiivne. Raviarst diagnoosis ägedat ussripikupõletikku ja määras kirurgilise ravi. Kõhuõõne avamisel väljus rohkesti kergelt hemorraagilist vedelikku. Katarraalne ussripikupõletik. Ussripik eemaldati. Haige seisund pärast operatsiooni intensiivravile vaatamata pidevalt halvenes. 22. märtsil kutsuti kokku konsilium. Haige kahvatu, seisund raske: nahk pastosne, kaetud higiga; RR 110/80 mm Hg; pulss niitjas, 140 korda minutis. Esines meteorism, kõhulihaste reflektorne pingeline oli enam vasakul pool. Blumbergi sümptoom positiivne. Auskultatoorselt sooletoone kuulda ei olnud. Operatsioonihaav põletikuta. Sonograafial: kõhuõõnes vedelikku, soolelingud täitunud. Teistes elundites muutusi ei olnud. Röntgeniülevõtte lamavas asendis: soolestikus rohkesti gaasi; vedelikupeegleid ei esinenud.

Konsiliumi arvates oli tegemist intoksikatsiooni ja peritoniidiga, mille etioloogia ebaselge. Oletati iileust. Elulistel näidustustel peeti vajalikuks ette võtta relaparotomia.

22. märtsil tehti operatsioon *resectio intestini, jejuni et ileii*. Kõhuõõs avati kesklõikega. Sealtooolas välja rohkesti tumepunast väga halvasti lõhnavat vedelikku. Peensooles väljakujunenud gangreen. Tretzi sidemest distaalsemale 50 cm ulatuses sool kahvatu, edasi tumelilla tooniga gangreen, mis ulatus 60 cm kaugusele Bauchini klapist, kus sool muutus jälle kahvatuks. Selles vahemikus peensool resetseeriti, a. *mesenterica superior*'i «lüpsmisel» väljus hulgaliselt trombe ja tekkis arteriaalne veritus. Veresooned ligeeriti ja peensoole järelejäänud osade vahel tehti anastomoos ots-otsaga. *Radix mesenterium*'isse süstiti 200 ml 0,5%-list novokainilahust, millele lisati 10 000 ühikut hepariini. Kõhuõõnde viidi dren, haav suleti umbseks.

Pärast operatsiooni oli haige seisund raske, kuid tüsistusi ei tekkinud. Seedimine taastus: algul iste viis kuni kuus korda päevas, roe vedel, dieet-raviga iste sagedus taandus kahele korrale päevas, väljaheide normaalset konsistentsi. Haige lahkus haiglast 18. aprillil, s.t. 26. operatsiooni-järgsel päeval heas seisundis.

Analüüsides eltoodud haigusjuhtu ja arvestades kirjanduse andmeid, võib teha järgmised järeldused.

Mesenteriaalarteri tromboosi juhtudel visuaalselt elujõuetuses kahtlustatava peensoole talitlus võib haiguse põhjuse kõrvaldamisel taastuda.

Tänapäeval hea operatsioonieelse ja -järgse intensiivravi korral tuleb ümber hinnata varajased mesenteriaalarteri tromboosi kirurgilise ravi kriteeriumid ja julgemini välja minna operatsiooniriskile.

Südame- ja veresoonte haigusi põdejail on soodumus mesenteriaalarteri tromboosi tekkeks.

KIRJANDUS: 1. *Elliot, I. W.* Ann. Surg., 1985, 21, 9—13. — 2. *Luther, B., Bürger, K., Sellentin, W.* Zentbl. Chir., 1987, 112, 1411—1419.

3. *Грибков Ю. И.* Хирургия, 1988, 5, 137—139. — 4. *Мизаушев Б. А., Пиузов С. И., Узбенов А. Д. и др.* Вест. хир., 1988, 9, 133—135. — 5. *Петрович Г. В., Задворный А. М., Щербина А. П.* Клин. хир., 1988, 4, 71—72.

Summary

Surgery of the mesenteric artery. The case of a male patient, 53 with thrombosis of the mesenteric artery is presented. The thrombus was surgically removed and the small intestine was subtotally resected. The following conclusions can be made: In removing a thrombus in the mesenteric artery it is possible to save the less damaged portion of the small intestine. Good results can be expected only when excellent pre- and post-operative intensive care can be provided. The indications for surgical intervention in mesenteric artery thrombosis should be reconsidered, as surgery has recommended itself in the treatment of mesenteric artery thrombosis.

Резюме

Хирургическое лечение мезентериального тромбоза. В статье описан случай заболевания 53-летнего мужчины тромбозом мезентериальной артерии. Авторам удалось удалить тромб и произвести субтотальную резекцию тонкой кишки.

Авторы приходят к следующим выводам. 1. При тромбозе мезентериальной артерии умеренно пораженная часть тонкой кишки может быть сохранена, если удалить тромб. 2. Условием положительного исхода является современная предоперационная и постоперационная интенсивная терапия. 3. Необходимо пересмотреть принятые критерии хирургического лечения мезентериального тромбоза и смелее идти на оперативное вмешательство.

Kuressaare Haigla

TERVISHOIUTOO KORRALDUS

UDK 312-083.77(474.2)

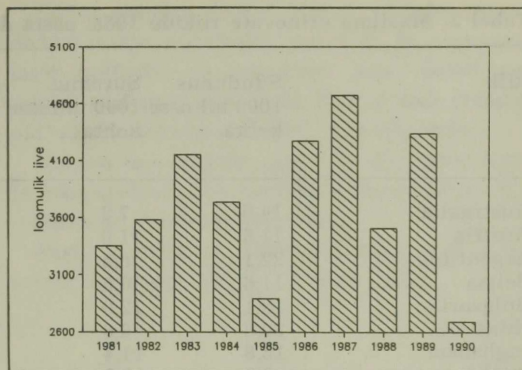
Demograafiaandmeid laiast maailmast

Reet Malbe · Tallinn

Eesti Vabariigi demograafiline situatsioon 1990. aasta kaheksa kuu jooksul (vt. tabel 1) on viimase kümne aasta halvim (vt. tabel 2 ja joonis 1) (1).

Tabel 1. Eesti Vabariigi demograafiaandmed (jaanuarist augustini)

Demograafiaandmed	Aastad		
	1988	1989	1990
Elusalt sündinuid	17405	16533	15784
Sündimus (promillides)	11,1	10,5	10,0
Surnuid	12676	12193	13091
Suremus (promillides)	8,1	7,7	8,2
Loomulik iive (promillides)	+3,0	+2,8	+1,8



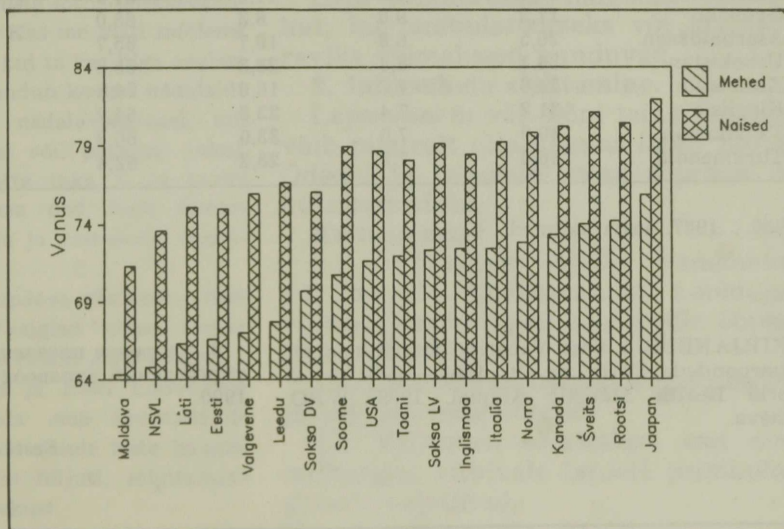
Joonis 1. Loomulik iive Eestis aastail 1981...1990. Andmed on esitatud aastati vaid jaanuarist augustini (incl.).

Meie olukorra hindamiseks toome mõned andmed teiste riikide kohta (vt. tabel 3 ja joonis 2) (2, 3).

Tabel 2. Loomulik iive Eestis jaanuarist augustini (absoluutarvudes)

Aasta	Loomulik iive
1981	3352
1982	3580
1983	4153
1984	3735
1985	2891
1986	4271
1987	4675
1988	3507
1989	4340
1990	2693

Joonis 2. 1988. aastal sündinute eeldatav keskmine eluiga.



Tabel 3. Maailma erinevate riikide 1988. aasta demograafiaandmeid

Riik	Sündimus 1000 inimese kohta	Suremus 1000 inimese kohta	Loomulik iive 1000 inimese kohta	Eeldatav keskmine eluga		Imikute su- remus 1000 elusalt sündi- nu kohta
				mehed	naised	
Austraalia	14,9	7,2	7,7	73,2	79,8	9
Austria	11,6	11,0	0,6	72,1	78,7	8
Argentiina	22,1	8,5	13,6	68,6	75,0	
Belgia	11,8	10,6	1,2	71,4	78,2	10*
Bulgaaria	13,1	12,0	1,1	68,3	74,6	14
Hiina	20,8	6,6	14,2	72,4	72,7	
Inglismaa	13,8	11,4	2,4	72,4	78,4	9
Itaalia	9,9	9,3	0,6	72,4	79,2	10
Jaapan	10,8	6,5	4,3	75,8	81,9	5
Jugoslaavia	15,1	9,0	6,1	68,5	74,3	25
Kanada	14,4	7,2	7,2	73,3	80,2	8*
Kuuba	18,0	6,5	11,5	73,0	76,5	12
Holland	12,6	8,4	4,2	73,6	80,3	8
Mehhiko	34,1	5,3	28,8	68,1	73,8	
Norra	13,7	10,7	3,0	72,8	79,8	8*
Poola	15,5	9,8	5,7	67,1	75,7	16
Prantsusmaa	13,8	9,4	4,4	72,6	81,1	8
Rootsi	13,3	11,4	1,9	74,2	80,4	6
Rumeenia	15,8	10,9	4,9	67,1	72,7	26*
Saksa DV	12,9	12,8	0,1	69,7	76,0	8
Saksa LV	11,0	11,2	-0,2	72,3	79,1	8
Soome	12,0	9,7	2,3	70,7	78,9	6*
Šveits	11,7	9,1	2,6	74,0	81,1	7*
Taani	11,5	11,5	0,0	71,9	78,0	8*
Tšehhoslovakkia	13,8	11,4	2,4	67,7	75,3	12
Ungari	11,7	13,1	-1,4	66,1	74,2	16
USA	15,9	8,8	7,1	71,6	78,6	10
NSV Liit	18,8	10,1	8,7	64,8	73,6	24,7
Eesti	15,9	11,8	4,1	66,6	75,0	12,4
Läti	15,4	12,1	3,3	66,3	75,1	11,0
Leedu	15,3	10,2	5,1	67,7	76,6	11,5
Valgevene	16,0	10,1	5,9	67,0	75,9	13,1
Moldova	20,9	9,7	11,2	64,3	71,3	23,0
Ukraina	14,5	11,7	2,8	66,4	74,8	14,2
Vene Föderatsioon	16,0	10,7	5,3	64,8	74,4	18,9
Armeenia	21,6	10,3	11,3	61,6	62,4	25,3
Gruusia	17,3	9,0	8,3	68,0	75,8	21,9
Aserbaidžaan	26,5	6,8	19,7	65,7	73,5	27,0
Usbekistan	35,1	6,8	28,3	65,6	71,4	43,3
Kasahstan	24,6	7,7	16,9	64,8	74,1	29,2
Kirgiisia	31,2	7,4	23,8	64,2	71,8	36,8
Tadžikistan	40,0	7,0	33,0	66,8	72,1	48,9
Turkmeenia	36,0	7,8	28,2	62,4	69,2	53,3

*1985. . .1987. aasta andmed.

KIRJANDUS: 1. Eesti Vabariigi Statistikaameti kuuaruanded. Vorm nr. 2, 1981—1990. — 2. World Health Statistic Annual. 1989. WHO. Geneva.

3. Здоровье населения СССР и деятельность учреждений здравоохранения в 1989 году. М., 1990.

Eesti Meditsiinistatistika Büroo

MÖTTEVAHETUS

UDK 614.258.1(474.2) «1990»

Lapsed vajavad kaitset ka raviasutuses

Raviasutuste põhimäärused on koostatud NSV Liidu ja Eesti tervishoiuministeriumi käskkirjade ning ettekirjutuste alusel. Üllatavalt vähe on neis puudutatud haige õigusi ja last üldse. Õpetlikku leiame Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ja Põhjamaade Ühenduse haigete laste kaitseks koostatud dokumentide hulgast.

Iga tervishoiuorganisaator, lastearst või õde peaks neid lugedes tõsiselt järele mõtlema ning leidma võimalusi, kuidas lastemeditsiin muuta lapsekeskemaks ja lapsesõbralikumaks.

Kas me alati endilt küsime: kas lapse haiglas paigutamine on tema tervise ja turvalisuse huvides ikka mõeldav? Või on see hoopis haigla voodikohtade täitmise, nn. näitajate huvides. Miks peavad lapsed viibima kas samade või veelgi kergemate haiguste tõttu täiskasvanutest poole kauem haiglas? Kas me alati mõtleme lapsele, tema vanematele, kui ta kas liiga aeglase uurimise või ravi tõttu puudub koolist nädalaid? Miks on lapsed haiglas nädalavahetusel, mil nendega üldse ei tegelda, või, paremal juhul, mil saavad üksnes tablette ikka 3...4 korda päevas? Miks kirjutatakse nad koju esmaspäeviti? Küsimusi on palju ja vastusedki suuremalt jaolt olemas.

Võib-olla oleks aeg tänapäeva nõuetele mittevastavad lasteosakonnad/haiglad üldse ümber profileerida või avada päevaseid statsionaare.

Eesti Lastearstide Selts ja Eesti Lastekaitse Keskliit võiksid ühendada oma spetsialistide jõud ja põhjalikult tutvuda nende laste haiguslugudega, kes olid haiglas hiljuti, selgitamaks sinna paigutamise otstarbekust.

Kõike eespool toodut silmas pidades peame otstarbekaks vahetada mõtteid ja arvamusi laste hoidmise ja kaitsmise osas. Sellel eesmärgil avaldame siinjuures Põhjamaade standardid haiglaravil viibivate laste eest hoolitsemisel.

Ootame teie kõikide arvamusi siin toodu kohta ja ettepanekuid lastemeditsiini muutmiseks laste (vanemate) huvidest lähtudes.

Eesti Lastekaitse Keskliit arutas neid dokumente volikogus 12. juulil 1990. aastal.

Leo Tamm

Põhjamaade standardid haiglaravil viibivate laste eest hoolitsemisel

Standardite määramine haiglaravil viibivate laste ja noorte (edaspidi laste) hooldamiseks tuleneb Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni tervise definitsioonist «Tervis ei ole mitte ainult haiguse puudumine, vaid ka füüsiline, psüühiline ja sotsiaalne heaolu». Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni eesmärgiks on pärast 1991. aastat välja töötada tervishoiu kriteeriumid. Heategev Haigete Laste Põhjamaa Selts leiab, et standardite kasutuselevõtt on üks haiglaravil viibivate laste eest hoolitsemise taseme tõstmise võimalusi. Kõne alla tuleb võtta ka hoolitsuse laad.

1. Haiglasse paigutamine.

Laps paigutatakse haiglasse vaid juhul, kui ambulatoorseks või koduseks raviks võimalused puuduvad.

2. Inimsuhete säilitamine.

Lapsevanem või mõni teine omastest võib pidevalt olla haiglas lapse juures. Õdedel ja vendadel ning sõpradel on külastamisluha.

Kriteeriumid.

2.1. Vähemalt ühele vanematest või mõnele täiskasvanust hooldajale võimaldatakse lapse juures olla ööpäev läbi.

2.2. Last võivad haiglas külastada õed ja vennad ning sõbrad.

2.3. Külastusi soositakse, sest need on haiglas viibivale lapsele psühholoogiliselt vajalikud.

2.4. Lapsevanemad ning õed ja vennad saavad tasu eest haiglas einet või võivad seal toitu ise valmistada.

2.5. Lapsevanematele kompenseeritakse töötasu lapse hooldamise eest haiglas.

3. Vanemate vastutus.

Vanemad vastutavad lapse eest lapse haiglas viibimise ajal.

Kriteeriumid.

3.1. Vanematele antakse pidevat teavet haiguse kulu kohta ja nad võtavad osa ravist.

3.2. Ka vanemad osalevad laste põetamises.

3.3. Koostöös arvestatakse ka lapsevanema ja lapse kultuuritaset.

4. Informeerimine.

Lapsele ja/või vanematele antakse arusaadavat teavet haiguse, ravi ja põetamise kohta ning haiguse ja põetamisega seonduvate juriidiliste ning sotsiaalsete õiguste kohta.

Kriteeriumid.

4.1. Nii arst kui ka põetaja vestlevad lapse ja lapsevanematega lapse haiglasse saabumisel.

4.2. Põetaja ja/või arst hoiavad vanemaid ja last pidevalt kursis haiguse kulu ja ravi tulemustega, nad selgitavad muudest allikatest pärit teavet.

4.3. Enne lapse haiglast kojukirjutamist vesteldakse lapsevanematega, et kontrollida, kas ettekirjutustest on õigesti aru saadud.

4.4. Lisaks vestlusele antakse kirjalikke soovitusi lapsele/lapsevanemale sobivas vormis.

4.5. Lapse haiglast väljakirjutamisel tehakse vanematele teatavaks haigusloosisu.

5. Ühine otsus.

Laps ja/või lapsevanem peavad pärast põhjaliku teabe saamist osalema lapse ravi ja põetamist puudutavate otsuste tegemises.

Kriteeriumid.

5.1. Lapsele ja lapsevanematele antakse teavet haiguse, ravi ja prognoosi kohta.

5.2. Teave on lapse/vanemate eluea, arengutaseme, teadmiste ning üldise ja psüühilise seisundiga kooskõlas olevas vormis.

5.3. Lapsele antakse võimalus osaleda otsuse tegemises, kusjuures talle räägitakse ravimeetoditest ja haiguse tagajärgedest.

5.4. Teavet edastatakse lapsele arusaadavate väljendite ja vahenditega.

5.5. Lapsele ja/või lapsevanematele selgitatakse uuringute mõju ja kõrvalmõju.

6. Puutumatus.

Last koheldakse peenetundeliselt ja mõistvalt, tema isikut respektierides. Last kaitstakse asjatute protseduuride ja uuringute eest.

Kriteeriumid.

6.1. Last säästetakse sellistest protseduuridest ning uuringutest, mis põhjustavad talle tarbetult valu, jätavad ebameeldiva kogemuse või on ohtlikumad, kui haiguse ravi seda nõuab.

6.2. Lapse eraelu ja -asju respektieritakse.

7. Normaalse arengu tagamine.

Terviseseisundile vastavalt on lapsele tagatud head mängimis- ja õppimisvõimalused. Tegevus kohandatakse vastavalt lapse vajadustele.

Kriteeriumid.

7.1. Haiglas õpetavad ja kasvatavad lapsi ettevalmistuse saanud lasteaiakasvatajad ja õpetajad.

7.2. Õpetajad töötavad nii iga lapsega eraldi kui ka lasterühmadega.

7.3. Ka õpetajad võtavad osa koosolekutest, kus arutatakse lastega seotut.

7.4. Õpetajad planeerivad vanematega kokkusaamise aja.

7.5. Mängu- ja õpperuumid asuvad eraldi. Ruumid on piisavalt suured, et sinna mahuksid voodid ja ratastoolid. Inventari saab seal kergesti ümber paigutada, et kõigil haigetel, sealhulgas ka puuetega lastel oleks mängimis- ja õppimisvõimalus.

7.6. Mänguväljakule peab laps pääsma kergesti ja takistamatult.

7.7. Lapse individuaalse arengu vajadus võetakse arvesse vastavalt tema eeldustele ning võimalustele.

7.8. Arvesse võetakse lapse vanus, küpsusaste ja suhtlemistarve.

8. Kohane ümbrus.

Haiglas paigutatakse lapsed elueale

vastavalt planeeritud, varustatud, möbleeritud ja sobiva personaliga kindlustatud osakondadesse.

Kriteeriumid.

8.1. Laste ruumid haiglas sisustatakse nii, et seal ei ole neid hirmutavaid instrumente ega aparate.

8.2. Voodid, mööbel ja pehme inventar olgu lastele sobiv.

8.3. Personali olgu piisavalt, et laps ei jääks üksi, kui ta vajab erihoolitsust.

8.4. Palatikaaslased olgu ühtlasi ka eakaaslased, kes omavahel sobivad arengutasemelt ja kes põevad sarnaseid haigusi.

8.5. Vanemate käsutuses on puhkeruumid.

9. Põetamiseks sobiv personal.

Personali koolitus peab tagama laste ning perede kehalise ja vaimse turvalisuse.

Kriteeriumid.

9.1. Personal on võimeline toeks olema haigusest põhjustatud kriitilises olukorras.

9.2. Personal tunneb põhjalikult laste normaalse arengu iseärasusi ja suudab eristada üksikute laste juures ilmnevaid tervise kõrvalekaldeid ning suhtuda nendesse õigesti.

9.3. Personal peab oskama käituda hälvik perekondade lastega.

9.4. Personali peab olema piisavalt.

10. Järjepidevus.

Osakonnajuhataja, kellel lasub vastutus ühe pere ja lapse eest, tagab neile pideva ja mitmekülgse tähelepanu.

Kriteeriumid.

10.1. Iga lapse jaoks koostatakse kirjalik põetamisplaan, millesse kuulub igapäevane jälgimine.

10.2. Töö korraldatakse sel viisil, et ühed ja samad inimesed hooldaksid last pidevalt.

10.3. Laste põetamisel soodustatakse paljude erialade inimeste koostööd.

11. Jälgimine.

Haiglast väljakirjutamise eel lepitakse kokku, kes jälgib last kodus.

Kriteeriumid.

11.1. Haigla järgse jälgimise suhtes lepitakse kokku enne lapse haiglast lahkumist.

11.2. Vanemad peavad olema teadlikud dokumentide sisust, mis saadetakse elukohajärgsesse polikliinikusse. Saatmine toimub vaid nende nõusolekul.

11.3. Vanemaile teatatakse, kellega võetakse ühendust pärast lapse haiglast lahkumist.

11.4. Initsiatiiv järelraviks tuleb haiglalt.

Lisaettepanekud.

Martti Siimes on soovitanud kriteeriumidesse järgmisi täiendusi, mida ka Lastearstide Ühenduse juhatus peab põhjendatuks.

Noorte erivajadused.

Et noorukiealised saavad tulevikus ravi lastehaiglates, tuleb arvesse võtta ka nende vajadusi.

Noortel on õigus eale vastava sisustusega ruumidele, samuti huvialasele ja kehakultuuriharrastusele polikliiniku ja statsionaari ooteruumis.

Personal peab saama koolituse, mis võimaldaks abistada ja toetada igat noorukit.

Personalil peab olema teadmisi noorte kehalise, vaimse, sotsiaalse ja psühho-seksuaalse arengu ja nendest kõrvalekallete kohta.

Noorte raviasutuses peab olema piisavalt töö- ja võimlemisõpetajaid.

Peab olema tagatud küllaldane jälgimine, et haigus ei mõjutaks elueale vastavat arengut.

12. eluaastast alates tuleb võtta arvesse nooruki arvamus teda puudutavates põetamis- või muudes otsustes.

15-aastaselt noorel on õigus oma ravi üle iseseisvalt otsustada. See eeldab, et talle antakse teavet võimaluste ja kõigi otsust mõjutavate tegurite kohta.

Arst peab noorukiga rääkima teda puudutavast konfidentsiaalselt, ilma et sellest saaksid teada nooruki vanemad, kui ta seda ei soovi.

Muud täiendused.

Põetamine ei tohi alandada last ega tema perekonda.

Pildistada tohib last ainult tema nõusolekul ja pärast vastavat ettevalmistamist. Pildistamisest tuleb lapsele eelnevalt teatada.

Ajakirjast «Lastenlääkäriuutiset»

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 614.2-006.7(474.2)(091)

Punasesst Ristist Eestis 1939. aastani*

Heino Gustavson · Tallinn

Halastus on olnud inimloomuses ammuilma. Selle õilsa tunde ajal on inimesed koondunud organisatsioonidesse juba väga pikka aega. Mainigem vaid vennaskondi ja õdedekoondisi, mis sündisid usulisel aluspõhjal, samuti erisuu-nitlusega kloostreid.

Ent Punase Risti vahetud eelkäijad astusid meditsiiniajaloo areenile siiski alles möödunud sajandil, ja nimelt nais-organisatsioonidena. Tsaari-Venemaa asutati Halastajaõdede Kolmainu Ühendus 1844. aastal, sellele järgnes teisi samataolisi. Krimmi sõjas kerkis esile inglise halastajaõde Florence Nightingale, venelaste pooltel tegeles Halastajaõdede Ristiülendajate Ühendusega Nikolai Pirogov.

1863. aastal asutati Šveitsis Rahvusvaheline Haavatute Abistamise Komitee, mille embleemiks valiti punane rist valgel põhjal. Peagi tuli kasutusele nimetus Rahvusvaheline Punase Risti Selts ja 1864. aastal töötati välja kuu-lus Genfi konventsioon. Venemaa ühines konventsiooniga 1867. aastal, samal aastal asutati Peterburis meie kaasmaa-lase Philipp Karelli algatusel Venemaa Haavatud ja Haigete Sõjameeste Hooldamise Ühing. Kuigi punane rist oli sealgi embleemiks, liideti sõnad «Punane Rist» ühingu nimele siiski alles 1879. aastal.

* Ettekanne Eesti Arstide Liidu volikogu istun-gil Väike-Maarjas 25. oktoobril 1989.

Kuidas oli Punase Risti tekkimisega lugu Eestis? Siin alustas esimene orga-nisatsioon, punase ristiga lipul tegevust 5. detsembril 1872 vkj. See oli Venemaa Haavatud ja Haigete Sõjameeste Hooldamise Ühingu Eestimaa Daamideko-mitee. 1876. aastal asutati Tallinnas sama ühingu kohalik komitee (liikmed olid seal mehed) ning 1877. aastal Tar-tus sama ühingu Balti Piirkonnaavalit-sus, mis paari kuu pärast samuti muu-deti ühingu kohalikuks komiteeks.

Need organisatsioonid olid aktiiv-sed sõdade ajal, mille üks osapool oli Venemaa: hospitalidesse ja lahingu-väljadele saadeti halastajaõdesid, sidu-misvahendeid, ravimeid ja pesu, hool-dati tagalasse saabunud kosujaid jne. Ka üldrahvalike õnnetuste korral ei jäänud ükskõikseks: anti abi kannata-nuile näljahädade, suurte tulekah-jude, maavärinate puhul.

1892. aastal tekkis veel üks Punase Risti organisatsioon nimetusega Eesti-maa Halastajaõdede Hooldamise Ko-mitee. Selle ülesandeks oli õdede koo-litamine haiglatele, abi osutamine sõ-dades ja loodusõnnetustes kannata-nuile.

Esimene maailmasõda nõudis Pu-nase Risti Seltsilt kõikide jõudude koondamist. Avati Punase Risti hospi-dale, saadeti õdesid rindele, elavdati nende väljaõpet. Seejuures ei unusta-tud alla kriipsutada põhimõtet, mille kohaselt kõikide riikide, nii vaenulike kui ka sõbralike, Punase Risti organi-satsioonid peavad ikka ja alati tegut-sema käsikäes ning apoliitiliselt!

Eesti Vabariigi Punase Risti eelkäi-jaks võib sel perioodil pidada seltside ja organisatsioonide liitu «Ühistöö», mille põhikiri kinnitati 5. detsembril 1918. Et Punast Risti meil siis veel ei olnud, kujunes «Ühistöö» haavatute ja haigete abistamise osakond analoogili-seks Punase Ristiga. Moodustati trans-pordi-, haiglate ja varustusosakond, kolm iseseisvat lüli. Lisaks asutati lan-genute matmise toimkond.

24. veebruaril 1919 kinnitas Ajutine Valitsus Eesti Punase Risti põhikirja, mille olid koostanud Sõjaväe Tervis-

hoiuvallitsuse ülem dr. Hans Leesment, pedagoog Heinrich Bauer ning koolitegelane Gustav Ollik. Organisatsiooni aluseks kujunes senine «Ühistöö» haigete ja haavatute osakond. Esimeseks põhiülesandeks sai haavatute ja haigete evakueerimine lahingute piirkonnast, samuti sanitaarvarustuse soetamine. Kõik «Ühistöö» päevil asutatud kümme raviasutust anti üle noorele Punasele Ristile. Kiires korras hakati juurde murtestema korralikke haigevaguneid. Tallinnas seati 16. märtsil 1919 sisse esimene desinfektsioonijaoskond ning peatselt ehitati kaks desinfektsioonivagunit. Haavatud ja haigete sõjaväelaste evakueerimiseks ja toitlustamiseks avati raudteejaamades toitlustuspunkte. Võideldi epideemiatega ja kanti hoolt sõjapõgenike eest. Haavatute järelraviks asutati 16. jaanuaril 1920 Tallinnas ortopeediainstituut. Juba varem hakati avama mudaravilaid: juunis 1919 Haapsalus ja Kuressaares, pärast sõja lõppu veel teinegi Haapsalus. Telliti protese: algul Soomest, siis Tartust ja Tallinnast, kus neid samuti oli hakatud tootma. Tuberkuloosihaigete sõjameeste jaoks asutati 1919. aasta juunis Imastu sanatoorium, mis viidi järgmisel aastal üle Selisse. Kanti hoolt ka langenute perekondade eest. 25. juunil 1919. aastal avati Punase Risti Tabasalu lastevajupaik.

Kuid Punasel Ristil oli sel raskel ajal teisigi kohustusi. Tuli aidata sõjavange, sõjapõgenikke ja Venemaalt opteerunuid. Varustati Narva karantiinipunkti, sisustati erilised saun- ja desinfektsioonivagunid. Et paljud kodumaale jõudnud ei leidnud kohe elupaika, asutati Punase Risti «Eesti Kodusid». Need olid Tallinnas, Tartus, Pärnus ja Valgas.

Koguni Nõukogude Venemaale sirutas Eesti Punane Rist oma abistava käe. Eesti Punase Risti esindused olid Moskvas ja Petrogradis. Aastail 1921...1924 abistati Venemaa näljahädalisi. Selleks asutati Punase Risti juurde spetsiaalne komitee, mida juhatas Eesti Punase Risti president dr. H. Leesment isiklikult. Mainitagu, et Eesti eeskujule järgnesid teisedki riigid.

Rahvusvaheline Punase Risti Komitee Genfis tunnustas meie Punast Risti ametlikult siiski alles 11. aprillil 1922. Huvitav on seejuures asjaolu, et Eesti võeti Punase Risti Seltside Liiga liikmeks vastu varem, sama aasta 25. veebruaril!

Rahuaegsetest üritustest oleks nii mõndagi rääkida, ent lepitagu konspektiivse ülevaatega.

29. mail 1920 asutati Tallinnas invaliidide kodu, mis viidi sama aasta oktoobris üle Imastusse. Peale Muraste lastekodu, mis avati Vabadussõja ajal, rajati lastekodud ka Narvas (seal kaks), Petseris, Aasperes, Pääskülas ja Tallinnas. Muide, Narva lastekodud kolisid üle Vaivarasse. Narva jäi aga koolilaste internaat. Lasteaedasiid oli kaks: Petseris (töötas vähem kui aasta — 1920...1921) ja Narvas. Suvekolooniad olid Tabasalus, Narva-Jõesuus, Kloogal, Toilas, Rannamõisas, Viimsis, Suure-Kõpus ja Saugal. Neile lisaks avati suvekolooniad 1934. aastal ka Imastus ja kõikide Punase Risti lastekodude juures. Aastail 1927...1929 töötas Pääsküla lastekodu juures nn. päevakoloonia. Eriline oli süsteem, mille puhul Punase Risti kaudu võis anda lapsi kasvatada väljavalitud perekondadesse. Seda süsteemi hakati rakendada alates 1926. aastast, perekondi kontrollis pidevalt Punase Risti hoolekandeõde.

Kanti hoolt halastajaõdede ettevalmistamise ja organiseerimise eest. Aastail 1920...1922 tegutses Tallinnas õdedekool, korraldati täiendus- ja kutsekursusi. Aastail 1925...1930 töötas Tallinnas masseerijate kool.

12. veebruaril 1922 asutati Tallinnas Eesti Halastajaõdede Ühing. Kuid tekkinud lahkarvamuste tõttu lõhenes ühing juba järgmisel aastal. Teine osa liikmeid asutas Eesti Õdede Ühingu. Olukord lahenes seoses Eesti Punase Risti halastajaõdede osakonna loomisega 23. septembril 1926, millesse mõlemad õdede ühingud taas koondusid ning moodustasid 1. juulil 1930 Eesti Punase Risti Halastajaõdede Ühingu. Siia võiks veel lisada kaks tõika: esiteks, 17. novembril 1928 asutati Eestis

Balti Riikide Punase Risti Õdede Komitee, teiseks, 3. novembril 1931 loodi Punase Risti Sõjaaegsete Õdede Koondis. Viimane tegi Halastajaõdede Ühingu viljakat koostööd. Punane Rist avas õdede puhkekodud Narva-Jõesuus, Tabasalus, Pärnus. Töövõimetute õdede jaoks asutati Tallinnas õdedekodu. Koordineerivaks keskuseks kujunes Eesti Punase Risti Peavalitsuse õdede osakond. Sama osakonna algatusel loodi 1930. aastal Meditsiinivelskrite Ühing.

Punane Rist moodustas Eestis ka kiirabi-transporditeenistuse. Aastail 1926/1927 võeti Mereasjanduse Peavalitsuselt üle endise Keiserliku Päästeseltsi varad ja funktsioonid. Sellest ajast alates haldas ja juhtis Eesti Punane Rist 26 merepäästejaama tegevust kõikides Eesti randades.

Alates 1930. aastast hakati korraldama ka vetelpäästekursusi. Eesti Vabariigi lõpuni jõuti välja õpetada umbes 600 vetelpäästjat. 1932. aastast alates seati sisse esmaabiteenistus spetsiaalsetes abiandmispunktides maanteedel.

Punase Risti statsionaarsetest asutustest võiks veel nimetada tuberkuloosija mudaravisanatooriume, Vändra Punase Risti haiglat, Tallinna polikliinikut, Petseri esmaabiambulatooriumi, Petseri trahhoomiambulantsi, lasteambulantsi, emade- ja lastenõuandlaid, tuberkuloosinõuandlaid ja koguni reumanõuandlat.

Jätkus vaeste ja kannatanute abistamine, üldhoolekanne. 1931. aastal asutati «Ühisabi», millega liideti mitmekümne vastava ühingu huvid. 1930. aastal moodustati sotsiaaltöökomitee, et teaduslikult uurida igasuguseid negatiivseid olukordi. Jätkus aktiivne teravishoiupropaganda.

25. oktoobril 1923 sündis Eesti Noorte Punane Rist. Selle esmased eesmärgid olid tervisliku eluviisi propageerimine, ligimesearmastuse õhutamine ja esmaabi andmine ning nii individuaalsete kui ka kollegiaalsete kontaktide loomine vastavate välismaiste organisatsioonidega. Ka avati noorte jaoks puu-, papi- ja

nahatöö- ning kudumiskursused ja töökojad.

Et maailma ikka ähvardas sõjatont, hakkas Eesti Punane Rist 1928. aastast korraldama gaasikaitsekursusi, millest võtsid osa õed, samariitlased, tuletõrjujad, kaitseliitlased, raudteelased.

Vabatahtliku abi korraldamiseks nii rahu kui ka sõja ajal asutati Eesti Punase Risti Samariitlaste Organisatsioon. Samariitlik liikumine algas juba Vabadussõja ajal, vaibus aga 1920-ndate aastate algul. Alles 1927. aastal tekkis taas kaks samariitlaste kolonni: Tallinna Ühishaigekassa kolonn ja õpilaskolonn. Ühtlasi algas samariitlaste valveteenistus esmaabipunktis Tallinnas. Samariitluspropagandat tehti viljakalt ka väljaspool pealinna. Siiski tunnustas Eesti Vabariigi valitsus samariitlasi alles 1937. aastal.

Nagu võisime veenduda, ei olnud tolaeagne Eesti Punane Rist mitte üksnes liikmemaksude koguja nagu nüüdne, mille kasutamise kohta praegustel maksjatel pealegi suuremat aimu ei ole. Tehti tõeliselt viljakat, ja võiks isegi väita, et ennastalgavat tööd. Punase Risti märki kanti rinnas uhkusega. Kahjuks on vana ENE eestiaegsest Punasest Ristist vaikides mööda läinud. Kuidas toimib uus EE?

Summary

Red Cross Society in Estonia till 1939. This article gives a review of the predecessors of the International Red Cross Society and its formation. The first organization that carried the Red Cross emblem appeared in Estonia in 1872. During the wars in 1914—1919 charity and first-aid activities became more intensive. Afterwards, in time of peace, the Estonian Red Cross society dealt with medical treatment and disease prevention problems.

Резюме

О Красном Кресте в Эстонии до 1939 г. В статье представлена история возникновения всемирного общества Красного Креста. Автор знакомит читателя также с историей Красного Креста в Эстонии, где старейшая организация под этом названием была основана в 1872 г.

*Eesti Liha- ja Piimatööstuse
Arenduskeskus*

VÄLISMAALT

UDK 616.12-005.4(510)

Südame isheemiatõbi Hiinas

Rein Teesalu · Tartu

Südame isheemiatõbi on hiinlasi vae-
vanud ilmselt pikka aega. 1972. aastal
leiti 100 aastat enne Kristust elanud
koronaarhaiguse tunnustega naise laip.
Nüüdisajal on Hiinas südame- ja vere-
soonkonna haigustest ülekaalus siiski
hüpertooniatõbi ja ajuinsult. Nende
varjus on viimasel ajal pidevalt suure-
nenud südame isheemiatõve osatähtsus,
kusjuures Põhja-Hiinas teadmata põh-
justel kiiremini kui Lõuna-Hiinas. Ar-
vestades Hongkongi kogemust, võib ar-
vata, et südame isheemiatõve osatäht-
suse suurenemistendents jätkub. Hong-
kong, kus 97% rahvastikust on hiinla-
sed, on viimase 40 aasta jooksul läbi
teinud tormilise industriaalse arengu.
Samal ajal on tunduvalt muutunud
haigestumise struktuur. Viimase 20 aa-
sta jooksul on reumaatilise palavikuga
haigete arv 1000 hospitaliseeritu kohta
vähenenud 97%. Südame- ja veresoon-
konna haiguste hulgas on esiplaanile
nihkunud südame isheemiatõbi (40%),
kusjuures elanike keskmise vanuse suu-
renemisele vastavalt oodatakse selle
probleemi edasist teravnemist järgmise
20 aasta jooksul (10).

Aastail 1970...1979 oli südame is-
heemiatõve esinemissagedus Šanghais
neli korda suurem, reumaatiliste süda-
mekahjustuste esinemissagedus aga pea-
aegu kaks korda väiksem kui aastail
1950...1959. Teiseks suurenemisten-
dentsiga südamehaiguseks on viirus-
müokardiit, mida 1970. aastal dia-
gnoositi Šanghais siiski neli korda har-
vem kui südame isheemiatõbe. Ka sel-

le esinemissagedus on võrreldes Eesti
omaga väike. Nii hospitaliseeriti Šang-
hais (üle 15 miljoni elaniku) aastail
1980...1984 keskmiselt 200 ägeda müo-
kardiinfarktiga haiget aastas. Põhilis-
teks riskiteguriteks peetakse Hiinas
nagu Lääneski arteriaalset hüperten-
siooni, suitsetamist ja hüperlipideemiat.
Kui kõrgeenenud arteriaalset rõhku
(andmed Šanghai kohta — prof. Rui
Hong Dai) esineb 10,1%-l elanikest, siis
südame isheemiatõve korral märksa
sagedamini, 66,8%-l haigetest. Suitse-
tajaid on meeste hulgas 49,8% ja naiste
hulgas 6,1%, südame isheemiatõve kor-
ral vastavalt 67,7% ja 30,6%. Südame
isheemiatõve all kannatavatel haigetel
on nii vere kolesterooli- kui ka triglüte-
seriidisisaldus tervetega võrreldes suu-
rem. Siinkohal olgu öeldud, et Hiinas on
35...59-aastaste meeste vere koleste-
roolisisaldus (4,0...4,9 mmol/l) tundu-
valt väiksem (0,5...1,3 mmol/l võrra)
kui Põhja-Ameerika, Euroopa või Aust-
raalia meestel (3). Seda seletatakse ras-
vade, eriti küllastunud rasvhapete ja
kolesterooli vähese hulgaga hiinlaste
toidus.

Südame isheemiatõve väike esinemis-
sagedus hiinlastel võib olla seotud asja-
oluga, et nendel on vere apo E₃-sisaldus
suurem kui eurooplastel, mistõttu kole-
steroolirikaste lipoproteiinide metaboli-
seerimine on neil intensiivsem (3).

Hiinlased on suur teejooja rahvas.
F. Lou ja kaasautorite (4) andmeil vä-
hendab teepigment vere hüübimist,
kolesteroolisisaldust aordiseinas, vähen-
dab ka trombotsüütide adhesiooni ja
agregatsiooni, suurendab aga fibrino-
lüüsi. Lisaks pärsib teepigment sile-
lihasrakkude kasvu koekultuuris. Tee-
pigmenti juuresolekul on LDL-i stimu-
leeriv toime silelihasrakkude prolifera-
tsiooni suhtes vähem väljendunud.
Silelihasrakkude proliferatsioon on tea-
tavasti ateroskleroosilise naastu tekki-
mise tähtis tegur. Epidemioloogilisi
uurimusi teejoomise ja ateroskleroosi
ning südame isheemiatõve vaheliste
seoste kohta praegu ei ole.

Ka Hiinas on südame isheemiatõbe
põdejate hulgas A-käitumistüübiga ini-

mesi tunduvalt rohkem kui B-käitumis-
tüübiga inimesi (suhe 3:1).

Hiina traditsioonilise meditsiini esin-
dajate arvates on südame isheemiatõve
nagu muudegi haiguste tekkes suur
tähtsus seitsmel emotsioonil, need on
rõõm, viha, melanhoolia, meditatsioon,
mure, hirm ja kokkumus. Neid emot-
sioone peetakse endogeensete haiguste
peamisteks patogeenseteks faktoriteks.
Seitse emotsiooni peegeldavad inimese
vaimset seisundit, mis sõltub keskkonna
mõjutustest. Need on üldfüsioloogilised
fenomenid, mis normaalses olukorras
haigusi ei põhjusta. Kui aga emotsioo-
nid on väga intensiivsed ja kauakest-
vad, võivad nad põhjustada siseelun-
dite düsfunktsiooni, qi (eluenergia) ja
vere tsirkulatsiooni häireid, mistõttu
võib välja kujuneda haigus. Selle lähe-
nemisviisi vasteks lääne meditsiinis
võib pidada stressiteooriat.

Lääne meditsiiniist on teada, et ägeda
müokardiinfarkti tekkimises etendab
suurt osa ööpäevane rütm, kusjuures
kõige sagedam on infarkti algus hommi-
kutundidel üheksast üheteistkümmeni
(1).

Hiina autorid on leidnud, et ilmneb
selgepiiriline seos kuukalendri ja ve-
re reoloogiliste omaduste ning müokar-
diinfarkti alguse vahel, kusjuures tek-
kimissagedus on suurim kuukalendri
esimesel päeval, väheneb minimaalseni
kuu keskpaigaks, seejärel suureneb
uesti järk-järgult ning saavutab uue
maksimumi järgmise kuu alguseks (7).
Siinkohal on huvitav see, et tervise
ja kuufaaside vahelist tihedat seost on
kirjeldatud juba maailma vanimas me-
ditsiiniraamatus «Kollase imperaatori
sisemeditsiini kaanon» (*Yellow Empe-
ror's Canon of Internal Medicine*). Sel-
les on öeldud, et täiskuu ajal on veri ja
energia tipus ning haigusi nii kergesti ei
teki. Kahaneva kuu ajal aga organismi
vastupanu nõrgeneb ja haigused teki-
vad kergemini. Tänapäeva teadusel ei
ole kindlat seletust haiguste kuurütm
kohta. Võimalik, et kuurütm on tingi-
tud magnetvälja perioodilistest muu-
tustest seoses Kuu, Maa ja Päikese lii-
kumisega.

Hiinas püütakse võitlust südame is-
heemiatõve vastu kõigiti tõhustada.
Valmistatakse ette selle ala raviarste.
Haiguse diagnoosimine on standardi-
seeritud. Püütakse välja selgitada sü-
dame isheemiatõve esinemissagedus ja
suremus kogu riigis, samuti haiguse
riskitegurite profiil riigi eri paigus. Ta-
hetakse alustada võitlust massilise suit-
setamisega. On saadud esimesed tule-
mused selle kohta, et arteriaalse hüper-
tensiooni mõjusa raviga kaasneb süda-
me isheemiatõve esinemissageduse, äkk-
surma ja ägeda müokardiinfarkti juh-
tude vähenemine (3). Tiheneb koostöö
teiste riikidega, eriti Ameerika Ühend-
riikidega. Teaduslikus uurimistöös te-
geldakse aktuaalsete probleemidega,
näiteks nn. vaikse müokardiisheemia
uurimisega. Šanghais, kus meditsiini ta-
se on üks kõrgemaid Hiinas, on kümne
haigla intensiivravipalatiid ägeda müo-
kardiinfarkti ja ebastabiilse stenokar-
diaga haigete jaoks. Esimene niisugune
palat avati 1974. aastal Hua Shani haig-
las (prof. Rui Hong Dai). Selle tulemuse-
na võib infarktihaigete raviv määrgata
suurt edasiminekut. Kui aastail 1970 . . .
1974 oli suremus ägeda müokardiinfark-
ti tagajärjel Šanghais 34,4%, siis aastail
1980 . . . 1984 oli see 24%. 1989. aastal
oli suremus sealsetes haiglates 20%.

Hiinas on juurutatud niisugused
südame isheemiatõve ja ägeda müokar-
diinfarkti moodsad ravimeetodid nagu
trombolüüs (kasutusel on ka Hiinas val-
mistatud koeplasminogeeni aktivaator),
perkutaanne transluminaalne korona-
arangioplastika, aortokoronaarse šun-
teerimise operatsioon. Seoses atrio-
ventrikulaarblokaadidega kasutatakse
ajutist transvenooset kardiosstimulat-
siooni või implanteeritakse vajaduse
korral püsikardiosstimulaator.

Südame isheemiatõve krooniliste ja
ägedate vormide terapeutilise ravi olu-
liseks iseärasuseks on hiina traditsiooni-
lise meditsiini ravimite ning ravimeeto-
dite kasutamine koos lääne meditsiini
ravimite ja ravimeetoditega. Näiteks
Hua Shani haiglas (Šanghai I Medit-
siinikolledž) kasutatakse ägeda müo-
kardiinfarkti ja stenokardiahoo puhul

kiiretoimelise kombineeritud preparaadi She Xiang Xin Wan'i kapsleid. See ravim suurendab koronaarverevoolu ja müokardi anoksiataluvust ning vähendab südame löögisagedust ja müokardi hapnikuvajadust (2). Samas Hua Shani haiglas manustatakse südamepuudulikkuse korral veeni *Astragalus*'e ekstrakti (2). Tõhus kiiretoimeline ravim stenokardiahoo katkestamiseks ja valu leevendamiseks ägeda müokardiinfarkti puhul on Su Xiao Jiu Xin Wan, mis erinevalt nitroglütseriinist ei kutsu esile peavalu ega rõhumistunnet peas. Huvitav on see, et hiinlastel olevat valuta müokardiinfarkte prof. R. Dai (Hua Shani haigla, Šanghai) andmeil rohkem kui ameeriklastel ja eurooplastel. Ka valuga müokardiinfarkti korral ei oleval valu alati väga tugev. Veel üks kiiretoimeline ravim stenokardiahoo puhul kasutamiseks on Xin Bao Wan. Ka rütmihäirete, sealhulgas müokardiinfarktiga kaasnevate puhul on hiinlastel kasutusel mitu ravimit, mille kohta lääne meditsiiniajakirjades mingit informatsiooni ei ole. Hiina kolleegid väidavad, et hiina ravimtaimede alusel valmistatud ravimitel on kõrvaltoime tunduvalt nõrgem kui lääne meditsiinis kasutatavatel. Müokardiinfarkti korral tekkivate ventrikulaarsete rütmihäirete allasurumiseks on efektiivne Qiang Huo. Väga efektiivne olevat paroksüsmaalse tahhükardia, absoluutse arütmia ja ventrikulaarsete prematuursete löökide puhul nii veeni viidav kui ka sissevõetav Wan Nian Qing. Bradükardia ja I ning II astme atrioventrikulaarblokaadi puhul toimib hästi veeni manustatav Fu Zi. Absoluutse arütmia ja supraventrikulaarsete prematuursete löökide puhul manustatakse veeni Ku Shen'i.

Changchuni kardioloogiaosakondades kasutati nii supraventrikulaarse kui ka ventrikulaarse arütmia juhtudel Huang Lian Shu Pian'i, millel on ka ladina-pärane nimi — *Barberinum*. Seda arütmiaavastast ravimit võib kombineerida meksiletiini ja lidokaiiniga.

Lisaks oma ravimitele on suurtes keskustes hiina arstide käsutuses kõik

lääne meditsiinis kasutusel olevad ravimid, nagu nitropreparaadid, Ca-antagonistid, β -blokaatorid, arütmiaavastased vahendid, digitaalpreparaadid, sümpatomimeetikumid (dopamiin, dobutamiin), trombolüütikumid, antikoagulandid, antiagregandid, ACE-blokaatorid, glükokortikoidid, diureetikumid, mitmesugused müokardi ainevahetusse toimivad ravimid.

Suurtes keskustes on diagnostikaaparatuur igati nüüdisaegne — värvi-line ehhokardiograafia, Doppleri diagnostika, liikuvrada ja Holteri monitor; isotoopdiagnostika tundub olevat rutiinselt kasutusel. On olemas tänapäeva nõuetele vastavad angiograafiakabinetid.

Transmuraalse müokardiinfarktiga haige viibib haiglas kuni kaks kuud. Pikaajase haiglas oleku põhjuseks on see, et Hiinas puudub sanatoorse ravi etapp. Haige on intensiivravipalatis kolm esimest haiguspäeva, tüsistuste korral kauemgi. Lamamisrežiim on kolm päeva kuni nädal. Hiina arstid ei välista, et edaspidi minnakse lääne-riikide eeskujul üle aktiivsemale rehabilitatsioonile. Tööle läheb pärast müokardiinfarkti põdemist vaid $\frac{1}{3}$ haigestest ja seda alles kuus kuud pärast haigestumist. Väike tööleminejate protsent on tingitud haigete kõrgest keskmisest vanusest, mis ületab tunduvalt infarktihaigete keskmise vanuse Põhja-Ameerikas ja Lääne-Euroopas. Pärast haiglast väljakirjutamist käivad haiged järelkontrollil üks kord kuus.

Kui ägeda müokardiinfarkti juhtudel kasutatakse nõelravi harva, siis kroonilise südame isheemiatõve juhtudel (stabiilse stenokardia) leiab see meetod rakendamist suhteliselt sageli (5, 8). Kuigi traditsioonilises hiina meditsiinis termin «stenokardia» puudub, on haigus ise tuntud. «Meditsiinikaanonis» on öeldud, et «südameenergia stagnatsioonisündroom on põhjustatud blokeeritud veresoontest» (8). Stenokardia raviks kasutatakse nii klassikalist akupunktuuri kui ka elektroakupunktuuri. Elektroakupunktuuri korral ühendatakse vooluahelaga kas akupunktuuri-

punktidesse viidud nõelad või akupunktuuri-punktide kohale kinnitatud elekt-roodid. Elektroakupunktuuri tegemisel on viimast meetodit AIDS-i kartuse tõttu kasutama hakatud üha sagedami-ni. AIDS-i ohu tõttu on saanud popu-laarseks ühekordsete akupunktuuri-nõelte kasutamine ja akupunktuuri-punktide mõjutamine magnetiga. Mag-netakupunktuuri-nõelu toodetakse see-riaviisiliselt. Nende puhul saavutatakse efekt magneti toime ja survega aku-punktuuri-punktidele, kusjuures naha terviklikkus säilib. Akupunktuurravi eriliigiks on laserakupunktuur, kusjuu-res kasutatakse nii akupunktuuri-punk-tide pindmist laserkiiritamist kui ka la-serikiirte viimist valgusjuhi ja nõela kaudu kudesse. Kasutatakse põhiliselt heelium-neonlaserit.

Stenokardia raviks mõjutatakse aku-punktuuri-punkte peamiselt südame-, perikardi-, kusepõie- ja Ren-meridiaanil. Lisaks on veel niinimetatud uued südamepunktid: neli punkti naba ümb-ruses, kaks rinnanibu kõrgusel kahel pool keskoont ning punkt südamekana-lil Shaohai'st proksimaalsemal. Enam-kasutatavatest punktides võib mainida järgmisi: Neiguan, Shanzhong, Xinshu, Jinwei, Ximen, Yueyinshu, Tongli, Jianshi, Shenmen. Mõnikord kasuta-takse lisaks nendele või ka üksinda akupunktuuri-punkte kõrvalestal (auri-kuloteraapia). Akupunktuuriga on ste-nokardiahaigete ravis saadud häid tulemusi (5, 6, 8). Selle raviga kaas-nevad lisaks stenokardiliste vaevuste vähenemisele või kadumisele objektiiv-sed muutused EKG-s, hemodünaamilis-tes parameetrites ja biokeemilistes ana-lüüsides. Soodsate muutuste põhjuseks koronaarhaigetel arvatakse olevat koro-naarverevoolu suurenemine, kollate-raalvereringe paranemine ja hapniku tarbimise optimeerimine müokardis (3). Elektroakupunktuuri rakendades on lei-tud, et kõrvuti müokardiisheemia vähe-nemisega enamikul patsientidel mõnel see siiski süveneb. Seetõttu soovitatakse esimene akupunktuuriseanss teha EKG kontrolli all ja ebasoodsate muutuste ilmnemisel EKG-s akupunktuur katkes-

tada. Sageli kombineeritakse akupunk-tuurravi medikamentoosse raviga. Ka südame isheemiatõve krooniliste vor-mide korral on lisaks lääne ravimitele kasutusel ka hiina ravimid, nagu näiteks Fu Fang Shen Pian, mis vähendavat ka vere viskoossust, ja Guan Xin Su He Wan.

Akupunktuurravi olevat mõjus arüt-mia, sealhulgas südame isheemiatõve juhtudel esinevate arütmiate ravis (9). Kasutusel on efektiivseid akupunktide kombinatsioone. Akupunktide valik ja nõeltega manipuleerimise viis sõltuvad lisaks arütmia liigile ka muudest haiget häirivatest sümptoomidest.

Akupunktuurravi kasutatakse ka hü-perlipideemia puhul. Zhao ja kaasauto-rite (9) andmeil vähendas akupunktuur-kuur Neiguani punktis statistiliselt oluliselt nii kolesterooli, β -lipoprotei-i-dide kui ka triglütseriidide sisaldust veres. Hüperlipideemia raviks kasuta-takse Hiinas mitmeid hiina traditsiooni-lise meditsiini ravimeid. Mõni retsept on väga vana. Üks niisuguseid on 19 koostisosaga Ever Green Pill, mida ole-vat tarvitanud Qini dünastia imperaa-tor (221 . . . 206 aastat enne Kristust). On ka lihtsamaid vahendeid, nagu *Capsulae Olei Denotherae Biennis*, *Gynostenema Pentaphyllum* jt.

Kuigi Hiinas ei ole riiklikku reha-biliteerimissüsteemi müokardiinfarkti-haigete jaoks, ei tähenda see füüsilise ega vaimse rehabiliteerimise võtete puudumist seal. Hiinas on harjutuste komplekse tervise tugevdamiseks. Üks niisuguseid on Qigong — hingamishar-jutuste kompleks inimese kehalise arengu ja kontsentratsioonivõime soodusta-mise ning haigete ravi eesmärgil. Qi-gongis eristatakse kolme aspekti: keha-liste harjutustega seotut, hingamisega seotut ja vaimse tervisega seotut. Qi-gongi rohked alaliigid, mis võivad kanda eri nimetusi, erinevad üksteisest kolme aspekti erineva vahekorra pool-est. Peamine on kõikides Qigongi süs-teemides relaksatsiooni ja vaimse rahu saavutamine ning keskendumine ühele ideele. Qigongi alaliikide läbiviimise põhiasendid on väga erinevad. On asen-

deid, näiteks rätsepaiste jalataldadega ülespoole, mida eeltreeninguta inimesel on raske omandada. Qigongi mõnes süsteemis on liikumine tähtsal kohal, teistes võib ta hoopiski puududa. Ka terved viljelevad aktiivselt mitut Qigongi süsteemi oma tervise tugevdamiseks ja kontsentratsioonivõime suurendamiseks. Qigongi tundmine on vajalik mitmesugustes hiina võitlusviisides, nagu wu-shu (Euroopas tuntud konfu nime all). Qigongi raviotstarbelisel rakendamisel ei ole vastunäidustusi. Muidugi valitagu sobiv ja jõukohane alaliik. Qigongi soovitatakse ka infarktahaigetele.

Kokku võttes võib öelda, et südame isheemiatõbi on Hiinas päevakorral olev probleem, mille osatähtsus haiguste struktuuris tulevikus tõenäoliselt suureneb. Hiina arstiteadus ja tervishoid on valmis vastama selle väljakutsele. Juba praegu on hiinlastel saavutusi, mis rikastavad maailma kardioloogiat.

KIRJANDUS: 1. Califf, R. M., Mark, D. M., Wagner, G. S. Acute coronary care in the thrombolytic era. Year Book Medical Publishers. Chicago — London — Boca Raton, 1988. — 2. Dai, R., Zhu, B., Xu, Z., Gao, Z. Acta Acad. Med. Shanghai, 1987, 14, 4, 301—305. — 3. Liu Li-sheng, Liu Guo-zhang, Chen Zuo-jia, a. o. Chin. Med. J., 1989, 102, 5, 319—326. — 4. Lou, F., Zhang, M., Zhang, X. a. o. Chin. Med. J., 1989, 102, 8, 579—583. — 5. National Symposium of Acupuncture and Moxibustion and Acupuncture Anaesthesia. Beijing, 1979. — 6. Selections from article abstracts on acupuncture and moxibustion, dedicated to the foundation of the world federation. Beijing, 1987. — 7. Sha, L., Xu, N., Song, X. a. o. Chin. Med. J., 1989, 102, 9, 722—725. — 8. Sun Xue Quan. Applied chinese acupuncture for clinical practitioners. 1985. — 9. The second national symposium on acupuncture and moxibustion and acupuncture anesthesia. Abstracts. Beijing, 1984. — 10. Woo, K., Vallance-Owen, J. Chin. Med. J., 1988, 101, 8, 579—586.

Summary

Coronary artery disease in China. Coronary artery disease (CAD) and its treatment in China are described in the survey. Mention of the disease known as CAD in the West can be found in the old classical treatises of traditional Chinese medicine. At present CAD is becoming a serious medical problem in China. However,

Chinese physicians are well prepared to deal with the problem as they have methods of both contemporary western medicine and traditional Chinese medicine at their disposal.

Резюме

Ишемическая болезнь сердца в Китае. В обзоре рассмотрены проблемы, связанные с ишемической болезнью сердца (ИБС) в Китае. ИБС известна с глубокой древности, хотя в классических руководствах по традиционной китайской медицине она описана под другими названиями. В настоящее время ИБС становится все более серьезной медицинской и социальной проблемой. Китайские врачи, однако, хорошо подготовлены принять этот вызов, поскольку в их распоряжении имеются методы и лекарственные средства как современной западной, так и традиционной китайской медицины.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
sisehaiguste propedeutika kateeder

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Rahvusvaheline glaukoomi- konverents Tallinnas

Glaukoom on silmaarstidele kõige enam probleeme tekitav haigus. Millest ta on põhjustatud? Millal ravi alustada? Kuidas avastada glaukoomi põdejaid haiguse varajases staadiumis ning kuidas neid jälgida ja ravida, et vältida haiguse progresseerumist? Need on küsimused, mis ikka ja jälle kerkivad. Nende üle on palju vaieldud ja konverentside lõpul on tihti järeldusele jõutud, et keegi ei teagi, mis glaukoom õieti on ja millal haigus algab. Neile küsimustele püüti leida vastust ka esimesel Rootsi—Eesti silmaarstide sõjajärgsel ühiskonverentsil, mis toimus 27. ja 28. augustil 1990 Tallinnas.

Sissejuhatav sõnavõtt oli ühelt konverentsi korraldamise mõtte algatajalt ja aktiivselt abistajalt dotsent Tord Jerndalilt (Göteborg), kes mõtestas lahti konverentsi võtmesõna *glaukoom*. Glaukoom on progresseeruv silmahaigus, mis põhjustab nägemisnärviga atroofiat ja vaatevälja ahenemist. Selline atroofia võib tekkida nii kõrgeenenud silmarõhu kui ka normaalse silmarõhu korral. Eeltoodud käsitus annab võtme glaukoomi etioloogia mõistmiseks, mis võib üksikute haigusjuhtude korral olla erinev ning seetõttu tuleb iga glaukoomihaige silma ravida individuaalse raviplaaniga järgi. T. Jerndal rõhutas, et glaukoomile on enamikul juhtudel iseloomulik haigusprotsessi halvenemine, mõnel juhul aga ka haiguse arenemise peatumine või sellest paranemine.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna otorinolaringoloogia ja oftalmoloogia kateedri juhataja dotsent A. Panov käsitles glaukoomi põhjustatud invaliidistumist ja pimedaksjäämist Eestis.

Karin Wetrell (Skövde Silmakliinik) tutvustas ulatuslikku uurimismaterjali glaukoomi ja silma kõrgeenenud siserõhu diferentsiaaldiagnoosimisest. Glaukoomi diagnoosimine võimalikult varajases staa-

diumis on tegevsilmaarstide jaoks kogu maailmas keerukas. Glaukoomikahtlaste hulgas on inimesi, kellel on risk kaotada nägemine juhul, kui haigust ei avastata varakult ega ravita efektiivselt. Ent on ka suur rühm inimesi, kellel silmarõhk on normaalsest kõrgem, kuid nägemise kahjustust ei teki ja ravi paljud sellised inimesed ei vaja. Skövdes on jälgitud 7275 inimest, nende hulgas on kõrgeenenud silma siserõhk avastatud 184-l. 2...20-aastane jälgimisaeg on võimaldanud teha järelduse, et viie aasta jooksul tekib glaukoom 2%-l, 20 aasta jooksul 30%-l silma kõrgeenenud siserõhuga inimestest. Kui algne silmarõhk on kõrgem, on glaukoomi tekke oht suurem. Glaukoom tekkis nii neil, kellel alustati profülaktilist ravi, kui ka kontrollrühma kuulujail.

Dotsent Olle Holm (Lundi Ülikool) rääkis nägemisnärviga stereofotograferimisest ja kujutise digitaalsest analüüsist, samuti nüüdisaegse kompuutertehnika kasutamisest esmaste vaatevälja kahjustuste väljaselgitamisel. Kuigi meie silmaarstidele on seni nüüdisaegne diagnoosimisaparatuur kättesaamatu olnud, oli õpetlik kuulda, mis sugused tehnilised vahendid on meie Lääne kolleegide käsutuses. Mahajäämus on selles osas 20...25 aastat.

Prof. Christina Raitta (Helsingi Ülikool) andis põhjaliku ülevaate normotensivse glaukoomi, ühe raskema kuluga glaukoomivormi diagnoosimisest ja ravist. Hea meel oli tõdeda, et vaatamata meie puudulikule aparatuurile ja diagnoosimisvõimalustele on selle glaukoomivormi ravi taktika nii meil kui ka Soomes ja Rootsis ühesugune. Ühine on ka seisukoht, et normotensivse glaukoomi teke on tihedas seoses nägemisnärviga vaskulaarse kahjustusega. Mõtlemata aga prof. C. Raitta ülevaade glaukoomi esinemissagedusest Soomes. 5 miljoni elanikuga Soomes on registreeritud 40 000 glaukoomijuhtu. Meil Eestis on dispanseerisel arvel ainult 3000 glaukoomihaiget. On tõenäoline, et Eestis peaks olema ligikaudu 10 000 glaukoomi põdejat.

Glaukoomi põdejate varajases avastamisest üle 40 aasta vanuste inimeste profülaktilisel tonometreerimisel 10 aasta jooksul oli juttu Tallinna glaukoomikabineti arstide R. Laigu ja E. Sirgu ettekandes. Igal aastal on tonometreeritud umbes 100 000...120 000 inimest ja avastatud ligikaudu 330 uut glaukoomijuhtu, nendest 15% algstaadiumis, 65% keskmises ja 20% kaugelearenenud staadiumis. Autorid on jõudnud järeldusele, et selline elanike massiline läbi-

vaatamine on ebaökoonome — haigus avastatakse vaid 0,3%-l. Otstarbekam on sõeluuring silmaarstikabinetis ja riskitegureid arvestades. Kuigi meie arstide käsutuses ei ole nüüdisaegseid kompuuterperimeetreid ega nägemisnärv analüsaatoreid, on meil igas silmaarstikabinetis korralikud pilulambid, mille abil saab hinnata silma eesmise osa tüüpilisi glaukoomi tekke riskisümptome.

Dotsent T. Jerndali ettekanne silma eeskambrinurga goniodüsgeneesist oli meie silmaarstidele uudseks informatsiooniks ja kindlasti ergutas silmaarste oma igapäevatöös enam mõtlema glaukoomi pärilikkusele. Goniodüsgenees on silma eeskambrinurga dominantsest päritav alaareng, mis võib juba lastel põhjustada glaukoomi. Olenevalt kambrinurga alaarengu astmest võib see põhjustada glaukoomi teket mitte ainult lapseas, vaid ka vanemas eas, kui lisanduvad ealised eeskambrinurga muutused. Dotsent Björn Svedbergh (Uppsala Ülikool) täiendas eelkõnelejat nende muutuste elektronmikroskoopilise leiu demonstreerimisega.

Dotsent William Thorburn (Umeå Ülikool) käsitles oma ettekandes Skandinaaviamaades laialt levinud kapsulaarset e. eksfoliatiivset glaukoomi. Kaua aega peeti eksfoliatiivse glaukoomi esinemist tüüpiliseks Skandinaaviamaadele. Hilisemad uurimused on näidanud, et eksfoliatiivne glaukoom on levinud üle kogu maailma, varieerudes esinemissageduse poolest erinevates etnilistes rühmades.

Berit Calissendorff (Stockholm) käsitles glaukoomi medikamentooset ravi. Seejuures ei olnud rõhuasetus mitte preparaadi valikul, millega glaukoomi ravida, vaid küsimusel, millal glaukoomi ravi alustada, sest mitte iga diagnoositud kõrgenenud silmarõhk ei tähenda veel glaukoomi olemasolu. Ja samas tuleb ravida glaukoomi, mille korral silma siserõhk on normaalne. Oluliseks pidas B. Calissendorff glaukoomi põdejate hoolikat jälgimist ja individuaalset raviplaani.

Meie silmakirurgid I. Kerge, I. Trofimov, H. Mölder, Ü. Aamer Tallinnast ning M. Veske ja E. Lumiste Tartust võrdlesid oma ettekandes glaukoomi erinevaid opereerimise meetodeid. Kui Rootsi ja Soome kolleegidel on enam kasutatavaks glaukoomi kirurgilise ravi meetodiks lihtne trabekulektoomia, siis meie kirurgid eelistavad operatsiooni modifitseerida erineva lõikeulatusega ja kombineerida sügava profü-

laktilise sklerektoomiaga, et vältida eeskambri madaldumist ja soonkesta irdumist pärast operatsiooni. Ettekanded olid nii Soome kui ka Rootsi kolleegide jaoks huvipakkuvad, sest silma eeskambri madaldumine operatsioonijärgse liigse filtratsiooni korral, mida esineb kogu maailmas erinevate autorite andmeil 15...35%-l glaukoomi operatsioonidest, võib põhjustada komplikatsioonikatarakti teket.

Diskussioonidel jõuti ühisele seisukohale, et glaukoomi põdejaid peab senisest rohkem ja varem opereerima. Haiguse varajases staadiumis on koed vähem kahjustatud ja operatsiooni tulemused paremad. Tihhti on vajalik ka kordusoperatsioon, mitte esimese operatsiooni ebaõnnestumise tõttu, vaid seetõttu, et glaukoom on krooniline silmahaigus, mis silma vananedes progresseerub. Eriti oluliseks peeti glaukoomi põdejate jälgimist, et õigel ajal avastada korduv silmarõhu kõrgenemine. Dotsent B. Svedbergh jagas kogemusi glaukoomi laserkirurgia kohta — koagulatsioonituleb teha madala ja mõõduka energiaga, et vältida trabeekulite fibroosi ja artefitsiaalset glaukoomi. Soome kolleegid on välja arvanud, et neil kulub 60 miljonit marka aastas glaukoomi põdejatele vajaminevate beetablokaatoreid sisaldavate silmatilkade ostmiseks.

Meie silmaarstidele peaks sobima edasiseks tegevusjuhiseks Rootsi kolleegide poolt soovitatud glaukoomi varajase avastamise skeem.

1. Valikuline avastamine — päriliku glaukoomiga perekondades; silma väärarenguga laste ja täiskasvanute hulgas.

2. Otsene avastamine — pigmentsündroomiga lühinägijatel; eksfoliatiivse sündroomi ja asümmeetrilise silmarõhuga inimestel.

3. Avastamine igapäevase töö käigus — presbüoopidel ja päriliku glaukoomi põdeja sugulastel, kui neil esineb eksfoliatsioon, kõrgenenud silmarõhk või silma eesmise osa düsgenees.

Eesti—Rootsi—Soome oftalmoloogide ühiskonverentsilt, millest võtsid külalistena osa ka Leedu ja Läti kolleegid, said silmaarstid entusiasmi ja uusi mõtteid. Järgmine konverents otsustati korraldada Tallinnas aasta pärast.

Ülle Aamer

27. .28. augustini 1990 toimus Tallinnas keskses «Sakala» II Eesti—Soome sünnitusabisümposioon. Sümpoosionist võtsid osa akušöörigünekoloogid, ämmaemandad, neonatoloogid ja anesteoloogid. Ettekanded iga teema kohta olid paralleelselt meie ja Soome kolleegidelt, millele järgnes elav keskustelu.

H. Karro rääkis emade suremusest Eestis. Keskeltläbi sureb meil igal aastal 8 naist raseduse ja sünnituse tagajärjel. Surma põhjustena on esikohal lootevee emboolia, teisel-kolmandal kohal verejooksud ja sepsis. Suremus hilistoksikooside tagajärjel on langenud nullini. Ka Soomes on tunduvalt vähenenud hilistoksikooside osatähtsus surma põhjusena, sest paranenud on ravi.

H. Hemminki rääkis Soome sünniregistrist. Alates käesoleva aasta oktoobrist on neil muudatusi ankeedis, nüüd on seda mugavam täita, sest kirjutamist on vähem. Ka Eestis on algest tehtud sünniregistri koostamisega.

Järgmine teema oli keisrilõige. Selle peamiseks näidustuseks Soomes on kitsas vaagen, sünnitus-tegevuse nõrkus, loote asfüksia ja tuharseis (69% opereeritakse). Tuharseisu korral kasutatakse tihti loote välist ümberpöörämist 36. rasedusnädalal, see aga eeldab sonograafilist uurimist, platsenta asukoha kindlaksmääramist.

Ligikaudu 60%-l naistest on sünnitus valulik. $\frac{2}{3}$ sünnitajatest vajab valu vaigistamist. Soomes kasutatakse valu vaigistamiseks järgmisi meetodeid:

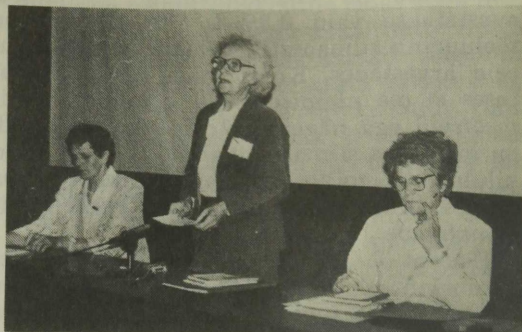


Foto 1. Konverentsi presiidiumis (vasakult): V. Kask, prof. K. Gross ja E. Palo.

psühhoterapeutilisi vahendeid, ettevalmistust sünnituseks;

narkootilisi analgeetikume (Soomes petidiini); inhalatsioonanalgeesiat (hapnik ja naerugaas) vähe aega enne valuhoogu; epiduraalanesteesiast; paratservikaalanesteesiast.

Suurem osa plaanilisi keisrilõikeid tehakse epiduraalanesteesias, sel juhul võib ka tulevane isa olla operatsiooni juures.

Ühine arutlustema oli enneaegsus. Erinevusi on terminoloogias, mis vajab ühtlustamist, et saaksime oma andmeid võrrelda Soome andmetega.

Kindlasti on tarvis, et diabeet oleks diagnoositud enne rasedust, nende haigete puhul peetakse

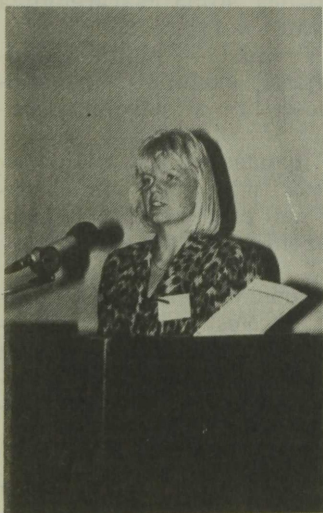


Foto 2. H. Karro ettekannet pidamas.



Foto 3. S. Innos, T. Aro, V. Kroon, M. Parve ja M. Sergo konverentsi vaheajal vestlushoos. M. Mällo fotod.

soovitavaks hormonaalset kontratseptsiooni. Eestis on vaja arendada günekoloogide ja endokrinoloogide koostööd.

Tartu Ülikooli teadlastelt olid ettekanded raseduse kulust alla 20-aastastel ning psühhoemotionaalse pinge korral.

H. Sinimäe Tartu Ülikoolist esitas huvitava töö «Fetoplotsentaarkompleksi parameetrid ekstragenitaalse patoloogia korral».

Viimasena arutati ämmaemandate koolitamist ja nende tööd, kohustusi naistenõuandlas nii meil kui ka Soomes. Õige oleks anda naistenõuandlates tervete rasedate jälgimine üle ämmaemandatele. Meil töötatakse välja ettepanekuid naistenõuandlate töö ja dokumentatsiooni muutmiseks. Koostamisel on ka uus rasedakaart.

Pärast kaht tihedat tööpäeva külastasid kolleegid Tartu Naistekliinikut, Kuressaare Haiglat ja Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja.

Koostöö jätkub. Esimeseks suureks tööks on sünniregistri koostamine.

Silve Innos

Rahvusvahelise Muusikahariduse Ühingu—ISME (*International Society for Music Education*) III rahvusvaheline muusikateraapia ja muusika eripedagoogika komisjoni seminar toimus 1. .4. augustini Tallinnas. Seminari korraldas Tallinna Pedagoogiline Instituut.

ISME tegevus toimub seitsmes alakomisjonis: uurimistööd; professionaalmuusikute koolitus; muusikaõpetus koolis ja pedagoogide koolitus; muusikateraapia ja muusika eripedagoogikas; muusika kultuuris, hariduses ja massimeediumina; väikelaste muusikaline arendamine. Nende alakomisjonide seminare korraldati erinevates riikides enne Helsingis toimunud rahvusvahelist konverentsi 7. .12. augustini.

Muusikateraapia on psühhoterapia erivorm, mis kasutab muusikat või selle elemente — rütmi, meloodiat, harmooniat, tooni, fibratsiooni — üksikisiku või rühma tervistamiseks, häirete kõrvaldamiseks või leevendamiseks ja arengule kaasaaitamiseks. Muusikateraapia nii tegevusena kui ka teadusharuna saab parimad arenguvõimalused, kui ta rajaneb muusikateaduse, psühholoogia, arstiteaduse, eripedagoogika, foniaatria ja kehakultuuri teadmiste baasil. Nii oli enamik seminaril esinenud muusikaterapeute lõpetanud kõrgkooli mitmel korral või saanud täienduskoolituse: muusikaõpetajad, pedagoogid, psühholoogid, arstid (kirurg, neuroloog, psühhiaater, terapeut).

Muusikateraapiaseminaril Tallinnas hotelli «Viru» konverentsisaalis esines 21 muusikateraapia

tippspetsialisti USA-st, Austraaliast, Iisraelist, Saksamaa LV-st, Prantsusmaalt, Argentiinast, Inglismaalt ja Soomest. Saja ringis oli kuulajaid Eestist, kes oma kutsetöös vajavad sellealaseid teadmisi.

Ettekannetes käsitleti kõige aktuaalsemat muusikateraapias (R. R. Pratt). Kõige rohkem ettekandeid oli muusikateraapia kasutamise kohta eripedagoogikas, puuetega laste ja täiskasvanute turvakodudes G. Sandbank (Iisrael), W. Piel (Saksamaa LV) jt. V. Brenner de Aizenwasseri (Argentiina) pikaajalise uurimuse «Muusikateraapia poliümüeliidi taastusravis» tulemusi ja praktilist tööd võis näha video vahendusel. Kahjuks on sellealane töö Eestis veel väga tagasihoidlik.

Igati vajalikke teadmisi pakkusid muusikutele H. Fry (Austraalia), R. Blacki (Austraalia) ja L. Montello (USA) ettekanded muusikateraapia kasutamise meetodikast, interpretide stressi maandamisest ja instrumentalistide tervise hoidmisest (eriti vajalik lastemuusikakoolides).

Huvipakkuvad olid süvauuringud ja teoreetiline käsitlus muusika ja meditsiini seosest (J. Verdeau-Pailles Prantsusmaalt), muusika mõjust neurofüsioloogilistele ja biokeemilistele protsessidele (D. Taylor USA-st). Muusika- ja liikumisteraapiast oli D. Racini (Iisrael) ettekanne.

Muusikateraapias uudsena on kasutatud heliteraapiat, mis baseerub madalsageduslike helivõngete psühhofüsioloogilisel efektil (P. Lehkoineni (Soome), A. Wigrami (Inglismaa) ettekanded ja TPedI tervisekabineti helivoodi uuringud (E. Saluveer, I. Ojaperv, E. Rüütel, S. Tamm)).

Muusika psühhoprofülaktika teooriat käsitles T. Arro uurimus.

Seminaril viimasel päeval pidas muusikateraapiakomisjon oma aruande- ja valimiskoosoleku. Juhatajaks valiti taas R. R. Pratt. Kokku tuli ka meie muusikateraapia seltsi loomise initsiatiivgrupp, et planeerida muusikateraapiaalast koolitust Eestis välislektorite poolt pakutud koostöö vormis.

Seminaril organiseerimiskomitee liikmed TPedI tervisekabineti ja Ene Kangron Tallinna Konservatooriumist olid kutsutud osa võtma ISME Helsingi konverentsist, mis võimaldas samaaegselt tutvuda Sibliuse Akadeemia õppeprogrammidega ja kokku leppida õppejõududega muusikaterapeutide koolitamise alases koostöös.

III rahvusvaheline muusikateraapia ja muusika eripedagoogika komisjoni seminar ja ISME konverents Helsingis andis ülevaate maailma muusikateraapia hetkeseisust. On välja töötatud hulgaliselt muusikateraapia ja -profülaktika eri vorme. Suur tähtsus on muusikal eelkoolieas ja pedagoogikas üldse. Muusikateraapiat on plaanis hakata õpetama kaugõppe vormis Tallinna Konservatooriumi, E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilise Instituudi ja Sibliuse Akadeemia baasil.

Saima Tamm

Soome—Eesti tervisekasvatuse seminar toimus 28. .29. augustini 1990 Tallinnas. Seminarile oli saanud 14 Soome tervisekasvatuse spetsialisti paljudest ametkondadest (Soome Rahvatervishoiuametist, Helsingi Tervishoiuametist, Soome Vaimse Tervise Seltsist, Helsingi koolivalitsusest, Jyväskylä Ülikooli tervisekasvatuse kateedrist ja mujalt).

Kaj Koskila esitas ülevaate Soome tervishoiuorganisatsioonist, riiklikust sotsiaal- ja tervistuspoliitikast. Tervishoiule eraldatakse riigi eelarvest 7,4%, lähemas tulevikus tõuseb see protsent 8,0-ni. Kui varem ehitati rohkesti uusi haiglaid (Soomes on teiste riikidega võrreldes kõige rohkem haiglavoodikohti), siis praegu on peamine ambulatoorne töö. Maakondades on asutatud 223 tervisekeskust, kõikides töötavad tervisekasvatuse rühmad, tervisekasvatuse juhte on Soomes üle 700. Kogu elanikkonda hõlmavas tervisekasvatuse süsteemis peetakse eriti oluliseks tööd lastega. Soome elanikkonna haigestumise struktuuris on esiplaanil kroonilised mittenakkuslikud haigused, ülekaalus on südame- ja vereringe- ning onkoloogilised haigused. Tervisekasvatuses käsitletakse haiguste riskitegurite vältimist, selgitatakse alkoholi tarvitamise ja suitsetamise kahjulikkust. Muret tekitab on soomlaste suur suitsiidikatsete arv (sama on täheldatav ka ungarlastel).

Tervisekasvatuse mõiste käsitletu oli Ilkka Vuori ettekande teema. Ta rääkis tervise mõistest, seda mõjutavatest teguritest ning kogu ühiskonna koostööst tervise tagamisel. Inimene vajab raha ja vabalisust, ökoloogilist ohutust, sotsiaalset kindlust ja tervisetavat ning -koolitust. I. Vuori peab tervisekasvatust vananenud mõisteks ning soovib kasutada uut terminit «tervise arendamine». Tervise heaks on vaja teha vastavat ühiskonnapoliitikat ja lubatu tegelikku teokstegevist kõikidel tasanditel (eduskund, maakond, vald).

Matti Rajala tutvustas lähemalt ÜTO programmi «Tervis kõigile aastaks 2000» põhimõtteid ja selle realiseerimise käiku Soomes. Igal riigil on oma probleemid, millest tuleb lähtuda tervishoiustrateegia kavandamisel. Järgmisel tasandil arvestatakse kohalikke (maakonna, linna, valla) iseärasusi: elanikkonna demograafilist struktuuri ja haigestumust, kliimat, ökoloogilist situatsiooni ja muud. «Tervis kõigile» — see on inimese enese tervise hoidmine, tahtmine terve olla ja võimalused selleks.

Infovahendite kasutamise kogemustest Soome tervisekasvatustöös rääkis Mervi Hara-Eteläharju. Massiteabevahendite kasutamisel arvestatakse ühiskondlikku õhkkonda ja püütakse mõjutada inimeste mõtteviisi. Tervise teabe efektiivsuse analüüsimisel on leitud, et infoprogrammi vajalik kestel on vähemalt kolm (isegi viis) aastat. Tervise teabeprogrammi koostamisel peetakse silmas kindlat eesmärki ning kindlat inimeste rühma, kellele teave on mõeldud. Oluline on tervise teabe edastamise mitmekülgsus: suurtele rühmadele (TV, raadio ja ajakirjandus), töö rühmadele (koolid, kõrgkoolid) ja individuaalne kontakt (arsti, õe vastuvõtt). Meedikud vajavad professionaalide abi, kes oskavad teavet edasi anda.

Loengutele järgnes seminar tervishoiu muuseumis. Käsitleti kahte teemat: õpetajate koolitus ja täienduskoolitus ning õpetuse metoodika ja materjal. Seminarist osavõtjatel avanes võimalus põhjalikumalt teada saada Soome koolide terviseõpetusest — programmide koostamine ja rakendamine, praegune põhikooli ja ametikooli terviseõpetuse temaatika, terviseõpetajate ettevalmistamine ja täienduskoolitus, kooliarsti ja kooliõe osalemine õpilaste tervisehariduses jm. Et Eesti üldhariduskoolides on alles teist aastat kasutusel uus terviseõpetuse programm, oli selle koostajatel meeldiv tõdeda programmi põhiseisukohtade ja temaatika ühtivust Soome kolleegide koostatud programmi omaga. Arvestades asjaolu, et Soome koolides on terviseõpetust rakendatud juba 1963. aastast alates, on neil väga hea õppekirjandus. Uus riiklik terviseõpetuse raamprogramm pärineb 1985. aastast, praegu on valmimas uus tervisekasvatuse õpik. Seminaril kingiti meile terviseõpetuse näitlikke materjale, hiljem saadetakse ka uus tervisekasvatuse õpik.

Pirkko Holopainen käsitles oma põhjalikus ettekandes kooli tervisekasvatuse põhküsimusi: organisatsiooni, temaatikat, integratsiooni teiste õppeainetega, terviseõpetust iseseisva õppeainena, tundide arvu eri klassides, tervisekasvatuse viise ja metoodikat, tervisekasvatuse alast koostööd vanematega, õppematerjali ja selle täiustamist, terviseõpetuse õpetajate põhi- ja täienduskoolitust jm. P. Holopainen peatus ka teadustööl, milles uuritakse õpilaste tervist ja nende käitumisharjumusi, samuti tervisekasvatuse tõhususe näitajaid. Tervisekasvatuse eest vastutab tervishoiuvalitsus. Soome koolides tegeleb tervisekasvatusega üle 1000 kooliõe, kes on saanud sellealase ettevalmistuse. Kooliõe ametikoht on ette nähtud 600. . . 800 õpilase kohta, suuremates koolides on öde kohal kogu koolipäeva. Kooliarsti ametikoht on 6000. . . 8000 õpilase kohta. Tervisekasvatust koolis on pedagoogide töö, õpilaste tervise ja tervisliku koolimiljöö tagab kooli direktsiooni, meditsiini-personali ja koolipsühholoogi koostöö.

Jyväskylä Ülikooli õppejõud Lasse Kannas andis ülevaate Soome tervisekasvatuse õpetajate ettevalmistusest, terviseõpetuse kui iseseisva õppeaine temaatikast koolides ja tundide arvust õppeaasta vältel. Õpilaste tervishoiuteadmisi hinnatakse. Tervisekasvatuse õpetaja on valmis kasvata tervet inimest, oskab lahendada keerulisi situatsioone, on võimeline õpilasi mõjutama ning oskab oma teadmisi edastada. L. Kannas rõhutas tervisekasvatust kui energia siirdamise protsessi. Tervisekasvatuse õpetajate täienduskoolitus toimub samuti Jyväskyläs. Igapäevases koolitöös peab terviseõpetaja oskama õppematerjali koostada ning vajaduse korral ka ise teha.

Soome lektorid kutsusid huvilisi tutvuma terviseõpetusega Soome koolides, soovitudes lühiajaliste külastuste kõrval ka pikemaajalisi. Eestist oodatakse osavõtjaid ka XIV ülemaailmsele tervisehariduse konverentsile, mis toimub Helsingis 16. . . 21. juunini 1991. aastal. Konverentsi üks päev on planeeritud korraldada Tallinnas.

Ilme Pilt

24. ja 25. augustil oli Võrus **XXXVI Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents**, millega tähistati ühtlasi seltsi Lõuna-Eesti nõukogu 25. aastapäeva. Esindatud olid kõik linnad ja maakonnad. Kohal oli 171 delegaati. Osa võttis külalisi ka Tampereist.

Konverentsi esimesel päeval toimus Võru Katariina kirikus seltsi lipu ja seltsile kuuluva rahvuslipu õnnistamine. Laulsi Tartu poistekoor U. Uiga juhatusel. Kultuurimajas «Kannel» avas konverentsi Eesti Vabariigi tervishoiuministri asetäitja, riiklik peasanitaararst J. Uibu. Tervitusõnnavõtuga pöördus kooslijate poole Võru Maakonna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst A. Batšinin.

Ettekannete põhiteemaks oli piim ja selle kvaliteet meie tootlustervishoius. Kokku kuulati 19 ettekannet. Neid esitasid sanitaararstid ja epidemioloogide abid, keda olid juhendanud vastava eriala arstid. Parim oli Harju Maakonna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaarstiabi M. Laane (juhendaja R. Rannamäe) ettekanne «Lastesatustete tarbeks majandite farmidest saadava piima kvaliteedi sanitaar-hügieeniline hindang».

Konverentsi juhatas seltsi vabariikliku komitee esimees K. Nestrik. Kokkuvõtet tehes pidas Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti asetäitja P. Krooni konverentsi kordalainuks. Tänuõnu öeldi ka Võru seltsi komiteele ja selle esinaisele Riina Paadile konverentsi hea ettevalmistuse ja korralduse eest.

Gerhard Varik

17. .19. maini 1990 toimus Smolenskis **gastroenteroloogikonverents**, millega tähistati Smolenski Riikliku Meditsiiniinstituudi 70. aastapäeva.

Temaatika oli jaotatud viide rühma: kasuistika, diagnoosimis- ja ravivead, instrumentaaldiagnostika, ravi ja profülaktika ning kõhunäärmehaigused.

N. Asfandijarova ja kaasautorite töös viidati B-hepatiidi võimalikule seosele Dubini-Johanson'i sündroomiga. V. Bebjanini ja kaasautorite (Ufa) ettekanne oli seedeelundite mitme esmase tuumori esinemisest ühel haigel. Mõnel juhul on osa neist ekslikult peetud vähimetastaasideks või -retsidiivideks. Mitmes ettekandes olid vaatluse all kõhunäärmehaiguste diagnoosimine ja ravi. Rohkem kui kümneaastase jälgimise jooksul ei ole aberrantse kõhunäärme seost maovähiga leitud. Ettekandeid oli veel mao ja peensoole lümfogranulomatoosist, Winiwarteri-Buergeri sündroomist (mesenteriaalveresoonte oblitereeriv tromboangiit), Burnetti sündroomist (uroiitiaas haavandtõvehaigetel seoses piima ja sooletraktist imenduvate leeliste pikaajalise kasutamisega), Lyelli sündroomist (toksiline epidermaalne neurolüüs) seoses seedetrakti kahjustusega. A. Grebenev ja A. Septulin rääkisid mao haavandiliste muutuste diagnoosimisest ja sellest, et eksidia-

gnosid on enamasti põhjustatud proovitüki valenegatiivsest vastusest. M. Krikštopaitise ettekanne käsitles sapikivitõve medikamentoosse ravi vigu. Röntgenoloogiliselt mittekontrastsed kivid ei lahustu funktsioneerivas sapipöies umbes 15. .20%-l juhtudest, mis võib olla tingitud konkrementide keemilisest koostisest.

Huvipakkuv oli S. Kassumjani ja kaasautorite ettekanne (Smolensk), mis käsitles laserskalpelli kasutamise kogemusi sapipöieoperatsioonil. Huvitav oli ka P. Nikiforovi ja kaasautorite töö (Moskva), milles analüüsiti pikaajalisel dispanseersel jälgimisel avastatud mao- ja jämesoolevähi juhte. Mõtlemata paneb tõsi asi, et 70%-l haigetest ei olnud vaevused esinenud kauem kui kolm kuud.

M. Vinogradova ja kaasautorite uurimus oli asendusravist kroonilise pankreatiidi ja kõhunäärme totaalse eemaldamise korral. Eelstatud oli kotasüüm-fortet ja merkensüüm-fortet festaaali, pansünormi, mesüüm-forte ning trifermendi ees. Pankreatiini, digestaali, pankurmeeni ja orasi kasutamisel saadud raviefekt oli väike.

Eestist oli kaks ettekannet: E. Londilt kaasautoritega «Profülaktilise ultraheliuuringu kasutamise võimalused gastroenteroloogias» ja U. Josialt «Kroonilise koletsüstiidi diagnoosimise vigade põhjused ja nende vältimise võimalused».

Ene Lond

22. .25. augustini 1990 toimus Jablonas Varssavi lähedal **III rahvusvaheline inimese ökoloogia alane kongress**. Kongressi teema oli «Industrialiseerimise ja urbaniseerimise mõju inimese tegevusele». Selle korraldasid Rahvusvaheline Antropoloogia ja Etnoloogia Assotsiatsioon, Inimese Ökoloogia Komisjon ja Poola Teaduste Akadeemia.

Ettekandeid oli Poola, Tšehhi ja Slovaki Liitvabariigi, Rootsi, Saksamaa Liitvabariigi, USA, Itaalia, Belgia, Hollandi, Prantsusmaa, Egiptuse, India, Venetsueela teadlastelt. Viis ettekannet esitasid Valgevene esindajad, Eestist oli üks ettekanne.

Põhiline tähelepanu oli pööratud biodemograafilistele muutustele ühiskonnas. Vaatluse all olid saastatud looduskeskkonna mõju inimese tervisele; atmosfääri ja vee, pinnase ja toiduainete mikroelementide koostis ning inimeste, eriti laste ja noorukite tervisehäired; maa- ja linnaelanike keheline areng ja töövõime; populatsioonide genofondi seisund sõltuvalt keskkonna saastumisastmest; ökoloogia sotsiaalsed ja poliitilised aspektid; eelmiste sajandite ja nüüdisaegsete inimeste luude mikroelementide koostise võrdlevad uurinud; üksikute populatsioonide tervislik seisund ja aktseleratsioon.

Palju tähelepanu pöörati inimese ökoloogia teoreetilistele, filosoofilistele ja metodoloogilistele küsimustele, sealhulgas ka monitooringule ja inimpopulatsiooni tervislikule seisundile.

Valeri Švarts, Semjon Etlin

**XVIII rahvusvaheline konverents «Onkofetaal-
sed antigeenid ja nende kliiniline rakendamine»**
toimus 23...27. septembrini 1990 Moskvas üle-
liidulises onkokeskuses. Sellest võttis osa üle 200
teadlase 15 riigist.

Plenaaristungil andis P. Gold (Kanada) ülevaate
kartsinoembrüonaalse antigeeni (CEA) uuringute
kohta. On välja selgitatud, et CEA on kõrg-
molekulaarne heterogeenne glükoproteiin, mis si-
saldab üle 20 epitoobi. Kasvajate diagnoo-
simisel, ravi tõhususe või prognoosi hindamiseks
määratakse CEA vereseerumis või immunohisto-
keemiliselt koes. Kasvaja lokalisatsiooni kindlaks-
tegemiseks rakendatakse immunostintigraafiat,
manustades haigele radioaktiivse isotoobiga märgi-
statud CEA antikehi. Raviks määratakse prepa-
raate, milles CEA monokloonne antikeha on
seotud tsütostaatikumi või radioaktiivse isotoo-
biga. J. Thompson (Saksamaa Liitvabariik) oli
võtnud vaatluse alla CEA geenid, millega on
tihedalt seotud ka rasedusspetsiifiline glükopro-
teiin. Kartsinoembrüonaalse antigeeni diagnostili-
sest ja prognostilisest tähtsusest rääkis S. von
Kleist (Saksamaa Liitvabariik).

Istungit, millel käsitleti alfafetoproteiine
(AFP), juhatas G. Abelev (Moskva). Arutlusel
olid hepatotsüütide proliferatsioon, diferentseer-
umine ja AFP geeni ekspressioon, selle sõltuvus
hepatotsüüdi kaju muutustest (A. Gleiberman,
Moskva), rakukultuurist (A. Guillouzo, Prantsus-
maa) ja muudest teguritest. R. Norgaard-Pedersen
(Taani) andis ülevaate AFP määramise kohta
rasedatel loote väärarendite ja Downi sündroomi
diagnoosimisel. H. Jacobsen (USA) käsitles AFP
taseme tõusu seost rinnavähi tekke riskiga.

Muudest kasvajamarkeritest olid vaatluse all
inimese embrüonaalne prealbumiin (M. Page,
Kanada), trüpsiini siduv valk (U. Stenman, Soo-
me), alkaalse fosfataasi isoenüümid (W. Fishman,
USA) jt. E. Alpert (USA) rääkis antigeenist,
mis oli isoleeritud kasvajatega haigete immuun-
kompleksidest.

Eraldi istungil olid arutlusel immunohisto-
keemilised uuringud. Rohkearvuliste uute anti-
geenide avastamine haigetel, kellel esines kasvaja,
nõudis kasvajamarkeri kriteeriumide väljatöötä-
mist. Vastava tööühma hinnangu alusel peab
selle tase haigetel kasvaja korral vereseerumis
oluliselt erinevama sellest tasemest, mis esineb
tervetel inimestel ja healoomuliste kasvajate kor-
ral; kasvajamarkeri tase peab kasvaja progressee-
rumisel suurenema vereseerumis vähemalt 25%
ja remissioonifaasis vähenema vähemalt 50%.
Täieliku remissiooni puhul peab kasvajamarkeri
tase olema langenud, sealjuures aga ei välista
selle madal tase veel kasvaja olemasolu. Vaata-
mata uute kasvajamarkerite avastamisele rõhu-
tati, et ideaalset, ainult kasvajaspetsiifilist
markerit ei esine. Paljud stendiettekanded olid
erinevate kasvajamarkerite keemilisest struktu-
urist ja nende rakendamise võimalustest kliini-
kus. Eestist oli esitatud kolm stendiettekannet,
mille kohta jagasid seletusi V. Rätsep, O. Kurten-
kov, A. Lilleorg ja allakirjutanu.

Sirje Velbri

Eelteade

1991. aastal toimub 23...26. juunini
Helsingis rahvusvaheline sümpoosion,
mille põhiteema on tehnoloogia täht-
sus, selle hindamine ja rakendamine
tervishoiusüsteemis, sealhulgas aruta-
takse ka järgmisi kitsamaid probleeme.

Tehnoloogia tähtsus Ida-Euroopa
maade muutavas tervishoiusüsteemis
üleminekuperioodil.

Tehnoloogia tähtsus 1992. aastal —
Euroopa riikide integratsiooni mõju
tervishoiupraktika võimalustele ja teh-
noloogia levimisele.

Meditsiini efektiivsus ja meditsiini-
praktika suunad.

Informatsiooni tehnoloogia kui hin-
damise vahend.

Tehnoloogia hindamise ja kvaliteedi
tagamise vahetõrge.

Eakate tervishoiu põhisuunad.

Rehabilitatsiooni tehnoloogia väär-
tustamine.

Tehnoloogia väärtustamine ja far-
maatsia- ning tehnovahendite tööstus.

Haiglaõdede ettevalmistamise prog-
rammide laiendamine.

Tehnoloogia hinnang stomatoloogias.

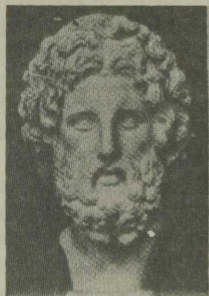
Tehnoloogia tähtsus esimeses arsti-
abis ja ambulatoorses abis.

Tervishoiu edendamise ja haiguste
äraahoidmise hinnang.

ASKLEPIOSE KLUBIS

UDK 614.2

Perearst meie tervishoius



Aeg on nii kaugel, et nüüd loeme ning räägime avalikult ja avameelselt nõukogude tervishoiukorralduse puudustest, võtame paljudel juhtudel omaks nõukogude arsti ebarahuldava kvalifikatsiooni. Meil on selge tervishoiukorralduse reformi hädavajalikkus, arstide täiendusõppe obligatoorsus, ka nende ümberõppimise ning eriala muutmise vajadus ja rangema suhtumise tarve arstide töö ja võimete üle otsustamisel üldse. Me peame taas üles ehitama arstibüroosüsteemi, kus perekonna, laste ja vanade tervise eest kannab hoolt tubli perearst, kui vaja, siis ka mis tahes kompetentne eriarst.

Seda kõike arutama, selle üle mõtteid vahetama oli ajakirja «Eesti Arst» toimetuse Asklepiose klubi vestlusringi kutsutud nimekaid tervishoiujuhte ja arste ning Tartu Ülikooli õppejõude, arstiteadlasi. Arutelu teema oli «Perearst meie tervishoius». Kohale olid tulnud tervishoiuministri esimene asetäitja V. Ilmoja, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja prof. A.-E. Kaasik, tervishoiuministeri mittekoosseisuline peaterapeut prof. N. Elšteine, arstiteaduskonna pediatraia kateedri dotsent A. Ormisson, Tartu Polikliiniku peaarst S. Aru, Pärnu linna peaterapeut L. Rebane, Kuressaare Polikliiniku peaarst V. Nemvalts.

Vestlusringi juhatas «Eesti Arsti» peatoimetaja O. Tamm.

Oku Tamm. Täna räägime perearsti teemal. Et sellest jututoast, nagu üks professoritest (prof. A.-E. Kaasik) siin ka mainis, otsest kasu oleks, püüdke oma arvamusi avaldada konkreetset, et kõik oleks mõistetav ühemõtteliselt. Teema on meie jaoks uus, mistõttu võib arvata, et see pakub huvi arstide enamikule. Sel põhjusel loodame saada ka ajakirja lugejatelt samateemalisi kirjutisi ja mõtteavaldusi, mis muudaks täna üles võetud teema üksikasjalikumaks, laialdaselt huvi pakkuvaks. Arvan, et kõik tänased vestlusringis osalejad aitavad kaasa mõttevahetuse jätkamisele kolleegide keskel. Paljude arstide arvamuste ja ettepanekute põhjal loodame perearsti tegevuse, tema kohustuste ja pideva enesetäiendamise kohta saada täielikuma pildi. Perearsti teema oli kõne all juba ajakirja toimetuskolleegiumi koosolekul juulis, nüüd jõudsimme aruteluni. Sissejuhatava ülevaate esitab Eesti Vabariigi Tervishoiuministeri mittekoosseisuline peaterapeut professor N. Elšteine.

Natan Elšteine. Perearstiprobleemi iga välismaal on juba mitu aastakümnet. Aastail 1960...1980 on seal ilmunud üle 300 monograafia, milles on esitatud pere- ja jaoskonnaarsti tegevuse juhendamise põhimõtted. NSV Liidus tõstatati see küsimus 1985. aastal, kuid seni on nimetatud teemal ilmunud vaid üks artikkel. Omaaegne NSV Liidu tervishoiuminister J. Tšazov ütles, et tervishoiuministerium ei kavatses kedagi kohustada perearstiprobleemiga tegelema. Nisugune seisukoht oli kummaline, seda enam, et perearsti tegevuse kohta oli juba välja antud NSV Liidu Tervishoiuministeri käskkirja. NSV Liidus on perearsti õigusliku kontseptsiooni aluseks üks objektiivne põhjus — see on tõsiasi, et spetsialiseerumist ei ole võimalik peatada ning et spetsialiseerumine sisaldab vasturääkivusi perearsti kontseptsiooni suhtes. Me võime küll rääkida ükskõik mida, kuid kui juhtub midagi silmaga, soovime kindlasti, et silma uuriks silmaarst. Kui haigestub laps ning tal on palavik üle 39 °C, siis kutsume kindlasti lastearsti.

Subjektiiivsed põhjused on NSV Liidus olemas. Probleem on lihtsalt lahendamata, sest ühtset perearstimudelit, mis sobiks kõikides riikides, ei ole ega saagi olla. Olla perearst Jaapanis, kus pediatrias ei ole probleeme, on üks asi, hoopis midagi muud aga on olla perearst Eestis, kus tervishoiukorraldus on komplitseeritud. Olla perearst Kasahstanis, kus elutingimused on sageli

antisanitaarsed, laste suremus suur mitmesuguste nakkuste tõttu, on hoopis raskem.

Teine subjektiivne põhjus on nõukogude tervishoiu krooniline haigus, milleks võib nimetada kliiniklaste omaette eraldatust, nad ei ole tihedas kontaktis tervishoiujuhtidega. Perearsti tegevusse rakendamine on kliinilis-organisatsiooniline küsimus, millele lähenetakse täiesti erineval viisil. Kliiniklastel ei ole sellega midagi pistmist. Ainuke artikkel perearsti kohta nõukogude autorilt ongi tervishoiuorganisatorilt. Miks ei ole perearsti tegevusest NSV Liidus midagi välja tulnud? Arvan, et peamiseks põhjuseks on selle plaani deklaratiivsus. NSV Liidu Tervishoiuministeerium koostas mahuka plaani, kuidas peaks arenema perearsti praktika, mida peab selleks tegema. Tänavu hakkas ilmuma uus ajakiri «Врач», mis on orienteeritud perearstile. Ajakiri on huvitav, hästi kujundatud, kuid selles ei ole ühtki artiklit perearsti tööst.

Olen jälginud perearsti teemat käsitlevat välismaa kirjandust. Loetu põhjal tekib küsimus, miks näiteks USA-s, kus perearste oli väga palju, oli nende arv 1988. aastaks vähenenud, internistide arv aga samal ajal 2,7 korda suurenenud. Peame endilt küsima ka seda, miks Rootsisis, kus tervishoiusüsteem on üks eeskujulikuid maailmas, pöörduakse haigestumise korral eelkõige meditsiinikeskusesse või haiglasse, mitte aga perearsti poole. Miks Hollandis ilmuvad artiklid, milles käsitletakse perearsti töös ilmnevaid puudusi. Nii et ka välismaal ei ole perearstiprobleem sugugi lahendatud.

Pooldan perearsti, kuid näen tema tegevust hoopis teistsugusena, kui oleme sellest kuulnud tavalistel aruteludel ja sõnavõttudes. Pean tähtsaks, et perearst oleks seotud olemasoleva tervishoiusüsteemiga, Eesti perearsti kontseptsioon ja praktikamudel peab saama eeskujuks Baltimaade perearstimudelina. Pean silmas Eesti kompaktsust, rahva haritust ja kultuuritaset, Tartu Ülikoolis toimuvat terviklikku arstide ettevalmistust, Eesti demograafilist situatsiooni, eakate suurt protsenti ja nende suurt suremust ja südamehaiguste esinemissagedust. Eestis on üle 60-aastasi üksikuid naisi kaks korda enam kui Liidus keskmiselt. Seda kõike on vaja arvesse võtta perearstimudeli arutlusel ja elluviimisel.

Millest lähtuda, mida silmas pidada? Esiteks peame kokku leppima põhimõtteliselt, kes on perearst. Teiseks peame fikseerima perearsti ja kõikide teiste eriarstide tööalased suhted. Kolmandaks peame vastama

küsimusele, kas perearst töötab ka haiglas, nagu see on Inglismaal, või töötab ta üksnes polikliinikus. Oluline on ka arsti valik ja töötasu. Neljandaks, perearst ja haigekassa. Kõikidele nendele küsimustele on vaja vastus leida.

Perearst ja üldarst ei ole sünonüümid. Perearst ei ole mitte üksnes, vaid eelkõige terapeut. Perearst linnas ja perearst maal ei ole ühe ja sama tähendusega.

Rääkides perearsti ettevalmistuse kontseptsioonist, jaotan selle kaheks põhiosaks, teoreetiliseks ja praktiliseks. Mida peaks teadma perearst? Esiteks, Eesti tervishoiukorralduse põhiprintsiipe. Perearst peab kursis olema peamiste arenenud riikide tegevuse põhimõtetega. Ta peab teadma haigestumise põhjusi, näitajaid ja peamisi statistikaandmeid, tundma meditsiinilist sotsioloogiat, haiguste profülaktikat ja rahva meditsiinialast kasvatamist, meditsiinilist ja perekonnapsühholoogiat, arstieetikat ja meditsiinideontoloogiat.

Praktika valdkonnast toon esile järgmist. Perearst peab oskama ägedaid sisehaigusi diagnoosida ja ravida, oskama perekonna liikmete haigestumise korral ravida kõiki sisehaigusi, peamisi uroloogilisi haigusi, peab oskama diagnoosida kirurgilisi haigusi, nakkushaigusi, närvi-, laste-, naiste-, naha- ja suguhaigusi. Ka lapse, ema ja isa tervise probleeme peab perearst teadma. Ta peab teadma ka eakate haiguste kulu iseärasusi.

Kuidas ellu viia perearsti tegevust tänases Eestis? Esiteks, kokku leppida ja fikseerida perearsti kontseptsioon. Arvan, et korruga ei saa näiteks likvideerida pediaatriat ning üle minna perearsti rakendamisele tervishoiupraktikas. Väike sündimus ja laste suhteliselt suur suremus on meil üks sõlmprobleeme. Teiseks, perearsti ettevalmistuse põhiprintsiibid. Kolmandaks, perearstide katseline töölerakendamine mõnes linnas, näiteks Tallinnas ja Tartus, Pärnus, Kohtla-Järvel, alles seejärel suunduda perearsti tegeliku rakendamise juurde.

Lõpuks mõningatest üldpõhimõtetest. Perearsti töökohaks jääb polikliinik, kus ta on suurema osa oma ajast. Vaja on perearstide käsiraamatut. Olen nõupidamistel kuulnud räägitavat, et anname perearstile näiteks USA-s ilmunud perearstikäsiraamatu ja see lahendaks kogu õppeprobleemi. See raamat meie oludes ei sobi. USA-s on teised probleemid, arstil teistsugune ettevalmistus. Meil Tartus ja Tallinnas on arstiteadlasi ja tegevarste, kes on perearstikäsi-

raamatu ise võimelised koostama. Tähtis on fikseerida ka tähtajad, millal peab jõudma konkreetsete tegudeni perearsti rakendamisel uude tervishoiukorraldusse.

Eestis on perearstide ettevalmistamiseks kompetentsete õppejõudude kaader. Siin tuleks rajada kool, kus perearstid saaksid koolituse. Baltimaade vajadusi silmas pidades. Pean seda õigeks ja põhjendatuks, sest Lätis ja Leedus ei ole nende probleemidega seni veel tegelema hakatud.

Sigrid Aru. Mida te arvate: kas tulevikus töötavad polikliinikus ainult perearstid? Kas on meil vaja ühte mudelit, võiks ju olla ka alternatiivseid mudeleid.

Natan Elšteín. Perearstiprobleem on kompleksne. Seepärast on mitut mudelit esitada raske. Minu poolt nimetatud üksikkomponente (töötasu, haigekassad, perearsti ettevalmistus jms.) ei saa eraldi mudelina võtta. Kontseptsioon peab olema kompaktné. Seda fikseerides peame arvestama, et elame Eestis, mitte kusagil mujal. Seda pidasingi silmas oma kontseptsioonist rääkides. Ei ole välistatud, et ka teistsuguseid arstiabi andmise viise ja vorme on võimalik rakendada. Põhimõtteliselt pooldan perearsti, kuid ei mõtle, et ta annaks abi üheaegselt nii äsja sündinule kui ka üle seitsmekümneaastasele. Perearst on perekonna peaarst, oma-moodi vahelüli arstiabi andmise koordineerimises, juriidiliste ja sotsiaalsete küsimuste lahendamisel. Arvan, et igas polikliinikus peavad olema ülekaalus perearstid.

Oku Tamm. Kas Eestis tegeleb keegi perearsti kontseptsiooni ja mudeliga?

Natan Elšteín. Minu teada mitte.

Vello Ilmoja. Kas üldse on maailmas sellist tervishoiusüsteemi, mis rahuldaks kõiki?

Ain-Elmar Kaasik. Olen neist lugenud ja näinud väga mitmesuguseid tervishoiusüsteeme. Kõik sõltub sellest, millest lähtutakse neid süsteeme kritiseerides või neist heast küljest rääkides. Aga kritiseeritakse neid kõiki.

Natan Elšteín. Minu käes on huvipakkuv dokument — Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni õiend —, milles on antud hinnang perearsti staatuse ja sellega seonduva kohta. Õiendis on nimetatud seisukohti ja põhimõtteid, mida ka mina siin puudutasin.

Ain-Elmar Kaasik. Kõigepealt võtaksin kõne alla terminoloogilise külje. «Eesti Arst» on avaldanud palju kirjutisi sellest valdkonnast, seega küsimus ei ole minu arvates liigne. Õigesti rõhutas prof. N. Elšteín, et *perearst* ja *üldarst* ei ole samatähenduslikud mõisted. Minu arvates tuleks loobuda nimetusest *perearst* ja kasutada ainult nimetust *üldarst*. Arvestades praegu toimuvat ettevalmistust ja kogu kontseptsioonilist lähenemist, ei kasutaks ma *perearsti*, vaid *üldpraktiseeriva* arsti nimetust. Pole teada, kus ja kui sageli *perearsti* nimetus kasutusel on. Inglise keelt kõnelevates riikides on kasutusel *üldpraktiseeriva arsti* (GP = *general practitioner*) nimetus. Meil Eestis on kasutusel olnud *üldarst*, *üldpraktiseeriv arst* ja *tegevarst*. Olen arvamusel, et me peaksime üldse loobuma *terapeudi* nimetusest. See on võetud vene keelest ja on äärmiselt ebaõnnestunud termin. Katsuge mõnes võõrkeeles kasutada sõna *terapeut* ja teist ei saada üldse aru. Vene keelest pärineb teisigi ebaõnnestunud nimetusi, kas või *neuropatoloog* minu erialalt. Kui ma inglise või saksa keeles püüaksin seletada, et olen neuropatoloog, siis peetakse mind hoopis



Fotol vasakult: N. Elšteín, V. Ilmoja, O. Tamm, L. Rebane ja V. Nemvalts. V. Maaski fotod.

patoanatomiks. On teisigi vene keelest ebaõnnestunult üle võetud sõnu, nagu näiteks *konkurss*, mis tähendab allakäiku. Kui ma väliseestlasega kõneldes kasutan sõna *konkurss*, näiteks «Meil Tartu Ülikoolis on konkurss», siis mõistab ta seda nii, et ülikool käib Tartus alla. Eesti keeles on ilus sõna *sisehaiguste arst*, on võimalik tarvitada ka võõrsõna *internist*. Need mõlemad on väga hästi mõistetavad. Muidugi on internist üldse kõige tähtsam figuur tervishoiusüsteemis.

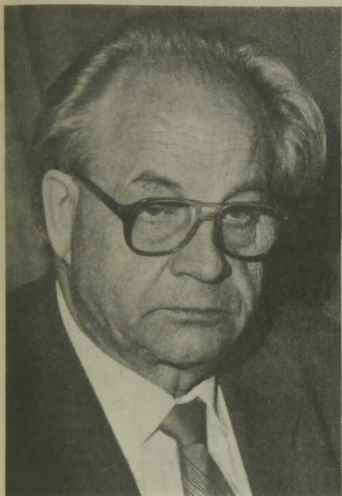
Küsimus, mida arutame, on kõigile tuttav ja kõik me tegeleme sellega. On selge, et seda probleemi ei saa lahendada administratiivsete võtetega või käskude ja korralduste andmisega. Mulle tundub, et perearsti-probleem on praegusel ajal mingil määral isegi utoopiline. Mõistagi, iga riigi tervishoiukorralduses on oma eripära, samuti ka internisti ja pediatri tegevuses. Näiteks Skandinaaviamaades näeb laps lastearsti enamasti alles siis, kui ta on tõesti väga haige. Liigume sinnapoole, et spetsialiseerumine teatud erialal võib toimuda ikkagi pärast diplomi saamist. Nii on Tartu Ülikoolis ka varem toimitud. Tean lastearste, kes on sellele erialale siirdunud alles pärast ülikooli lõpetamist ja neist on saanud väga head arstid. Meil on tõesti palju arste, nende arv ei ole enam korrelatsioonis elanike üldarvuga. Arenenud lääneriikides tuleb 10 000 inimese kohta keskmiselt 25 arsti, meil aga ligikaudu kaks korda rohkem. Augustis pidasin loengutsükli USA-s ja muu hulgas rääkisin meie probleemidest arstide ettevalmistamisel. Üldise hämmingu kutsus esile meie arstide arv — 46 arsti 10 000 inimese kohta — ning ka eriarstide suur arv. Näiteks Eestis on umbes 200 neuroloogi. Kuulajad pärisid minult, et mis tööd nad teevad, kui neid nii palju on. Täiesti piisav oleks 25 arsti 10 000 inimese kohta. On tarvis suunata ja muuta tervishoiuorganisatorite mõttelaadi, kõigi inimeste arusaamist samas küsimuses. Inimesed on orienteeritud sellele, et paremat ja kompetentsemat ravi saavad nad ikkagi eriarstilt, mitte üldarstilt, ehkki nii diagnoos kui ka ravi on neil ühesugune. Põhjused on teada, miks selline arvamuse, et kompetentsem arst on ikkagi eriarst, on rahval kujunenud. Ajutise töövõimetuse eksperdiksi ei ole lubatud üldarsti, temas ei ole äratatud huvi kvalifikatsiooni tõstmise vastu, üldarsti teadmiste suhtes on rahval mingi kahtluse varjund. Üldarsti on vaja usaldada, hinnangut tema töö kohta on vaja parandada. Polikliiniku

üldarsti tegevus on siiski oluline, ma ei kujuta ette nende asutuste tööd ilma üldarstideta. Eriti tähtsad on üldarstid maal, kus nad töötavad maa- ja jaoskonnaarstidena. Oleme neid nimetanud terapeutideks, tegelikult on nad üldarstid, kes peavad palju teadma ja oskama. Ütleksin spetsialiseerumise kohta oma USA kogemuste põhjal. Eriarstid suruvad üldarstid maha — niisugune tendents on tõesti olemas. Kõigele vaatamata on üldarste ikkagi palju, nad töötavad väiksemates ambulatooriumides, nad on omavahel liitunud, töötavad mitmekesi üksteist aidates. Olen arvamusel, et üldarstide osatähtsust on vaja meilgi suurendada.

Siin kuulsin küsimust: mida on arstiteaduskond perearstide ettevalmistamiseks teinud? Arvan, et arstiteaduskonna peale lootma jääda on ses suhtes mõttetu, sest õpetamisprotsess on pikk ja õpetamine ei lõpe diplomi andmisega. Arstide ettevalmistamises on meil teiste riikide omaga võrreldes väga suuri erinevusi, ja seda mitte üksnes diplomieelses, vaid just diplomijärgses etapis. See on meil formaliseeritud, mistõttu õpetamisprotsess on ebaühtlane, tekitab juhuslikkuse momendi, ka teadmiste omandamine on ebaühtlane ning lõppkokkuvõttes toob see kaasa ebaühtlase arstide ettevalmistuse.

Sellest tulenevalt on arstiteaduskond koostanud oma õppeplaani, mis ei ole küll lõplikult valmis, kuid teda on juba rakendada hakatud. Selles plaanis on kõige olulisemaks peale ainet überpaigutamise diplomieelsetel kursustel see, et IV kursus kujuneb täiesti sisehaiguste ja kirurgia õpetamise kursuseks. Uue õppeplaani koostamisel võtsime eeskujuks Fennoskandia ülikoolide õppekavade mudeli. Kõige tähtsam on see, et kaob ära primaarne spetsialiseerumine, ei ole enam VI kursusel spetsialiseerumist sisehaiguste arstideks, kirurgideks ega akušöörigünekoloogideks, vaid on üldine subordinatuur. VI kursusel korratakse kogu õppeajal omandatud ja püütakse noort arsti ette valmistada nii, et ta pärast diplomi omandamist suudaks olla iseseisvalt mõtlev arst. Seetõttu püüame viimasel kursusel klinilisi distsipliine omavahel siduda. Sel aastal teevad lõpetajad viimast korda — muidugi sõltub palju tervishoiuorganitest — läbi üheaastase spetsialiseerumise internatuuris.

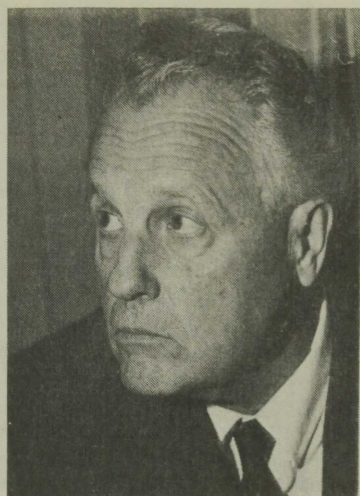
Meie sooviks on, et õppetööle järgneks kohe kaheaastane üldtüüpi internatuur. Peaks jätma võimaluse, et tungiva vajaduse



V. Ilmoja



N. Elstein



O. Tamm

korral lubatakse erandeid teha ning spetsialiseeruda mingis kindlas tervishoiuasutuses või instituudis. Kava on selline, et kõik arstid peaksid läbi tegema kohe diplomijärgselt 24-kuulise üldtüüpi internatuuri, alles seejärel suunatakse nad tööle. Parimatel peaks võistluse tulemuse põhjal olema võimalus oma teadmisi täiendada kolm aastat kestvas residentuuris. Nende arv sõltub spetsialistide vajadusest, vaja on luua ka uus ametikoht. Niisugune on arstiteaduskonnapoolne seisukoht. Uue õppeplaani on veel palju üksikküsimusi, millega arstiteaduskonna nõukogu ka tegeleb. Vanade põhimõtete inerts on ikka suur, igasuguse uue mõtte elluviimisega on alati raskusi olnud.

Virge Nemvalts. Missugusele tööle suunatakse kaheaastase internatuuri lõpetanud? Kas tööle perearstina?

Ain-Elmar Kaasik. Kõik sõltub sellest, millised ametikohad on vakantsed. Arvan, et selleks ajaks peaks enamikul olema võimalus töötada üldpraktiseeriva arstina. Ma väldin sõna *perearst* sihilikult, sest arvan, et tõelise perearsti kvalifikatsioonini jõudmiseks peab ta hoopis kauem spetsialiseeruma, õppima. Pediaatriaosakonda vastuvõtt oli sel aastal ilmselt viimane. Ega arstiteaduskond ei ole veel suveräänne, sest plaaniorganid tegutsevad edasi, need on muutunud vähe. Õppekavade kiire muutmine, uue kasutuselevõtt tekitab ikka sellele vastuseisjate leeri, opositsiooni. Toon veel ühe näite. Olin veel dekaan, kui algas sanitaararstide vastuvõtt. Ma ei pidanud seda vajalikuks, ehkki see on tähtis tervis-

hoiulõik. Sanitaararstiks saamine peaks minu arvates toimuma tüüpilise diplomijärgse spetsialiseerumise tulemusena. Et Tartu Ülikool valmistab nüüd ette sanitaararste, on omalaadne aateküsimus, sest see toimub eesti keeles. Tegelikult on sanitaarteenistuse edasimineku hoopis muudest asjaoludest, näiteks sellest, kuidas suudetakse seda varustada monitorsüsteemide ja muude aparaatidega. Tähtis on ka see, kas sanitaarteenistus saab endale võimu, meditsiinil ju seda pole.

Sigrid Aru. Kogu maailmas on tööstusarst, ega meiegi ilma temata läbi saa.

Ain-Elmar Kaasik. Ma ei seadnud kahtluse alla tööstusarsti otstarbekust. On loomulik, et profülaktilise tööga on vaja tegeleda. Tööstusmeditsiin on olemas. Seda hõlmasid reguleerima kindlustus ja kompensatsioonid, nii nagu see on kogu maailmas. Kindlustus reguleerib tööstusmeditsiini. On väga tähtis saada eelkõige arstiks, alles seejärel peab algama spetsialiseerumine. Rootslased proovisid mõnda aega tagasi õppeajal anda spetsialiseeritud koolitust, kuid peagi pöördusid nad üldarsti ettevalmistamise juurde tagasi, mille poole meiegi nüüd pürgime. Olen arvamusel, et mingid alternatiivsed variandid koolituses võivad alati olla, sõltuvalt pakilistest vajadustest ühel või teisel erialal. Räägime sisehaiguste arstidest. Osa neid on spetsialiseerunud internatuuri mingil määral mõnel kitsamal erialal sisehaiguste valdkonnas, näiteks kardioloogias. Tulemus on see, et ta ise hakkab end pidama südamearstiks, loobub kahjuks olemast üldarst. Nad aitavad ise kaasa oma

üldkvalifikatsiooni langusele. Nad oskavad üksnes teatavaid ravivõtteid kardioloogias, mingil määral ka funktsionaalset diagnostikat ning see on nende jaoks kogu meditsiin. Niisuguse tendentsi tõttu ka teistel erialadel on meil kirurge, keda ei saa panna üldkirurgiaosakonnas valvearstiks. See on lausa nonsens. Kuhu me oleme jõudnud? Võin öelda, et kitsa eriala spetsialistid on maailmas olemas, kuid kõik see algab alles pärast teatud taseme saavutamist. Pole mitte nii, et polikliinikus on kümneid eriarste ning haigestunu muudkui käib vastuvõtul ühest kabinetist teise, tegelik arstiabi jääbki tal saamata. Sellise olukorra tagajärjel ongi tekkinud omaette probleem, et inimesed soovivad arsti ise valida ning sel teemal käib lausa diskussioon, kuid see ei ole mingi põhiprobleem.

Anne Ormisson. Esitaksin mõned mõtted pediatritest. Nii kateedris kui ka haiglas oleme omavahel arutanud, et pediatrite üleproduktatsioon on kohutav. Seetõttu teevad paljud neist keskastme meditsiinipersonali tööd, sest arstitööd neile ei jätku. Samal ajal ei ole ödede kvalifikatsioon veel vajalikku taset saavutanud. Samasugune on olukord ka sünnitusabis, kus sünnitust ei võta vastu ämmaemand, seega ei vastuta ka sünnituse kulu eest. Seda kõike teeb arst. Oleme igati rahul, et 1967. aastast alates kestnud senisel viisil pediatrite ettevalmistamine lõpetatakse. Enne seda lõpetasid ülikooli kõik üldarstidena, mõningal määral rohkem tegeldi pediatriaga IV, V ja VI kursusel. Spetsialiseerumine toimus alles pärast ülikooli lõpetamist. Oleme arvamusel, et kindlasti peab osa pediatreid üle minema hoopis laiemale profiilile ning neist peavad saama üldpraktiseerivad arstid. Spetsialiseerumine nõuab väga head diplomijärgset õpetust.

Oku Tamm. Kui pediatritest saavad edaspidi üldarstid, siis kuidas muutub seoses sellega lastele arstiabi andmine?

Anne Ormisson. Arvan, et laps oma väiksemate murede ja hädadega saab arstiabi sellelt samalt üldpraktiseerivalt arstilt. Pean silmas ka laste hulgas tehtavat profülaktist tööd. Kui see arst aga mingi haigusjuhu puhul tunnetab, et tema teadmised jäävad väheseks, et ta vajaks spetsialisti nõuannet, siis ongi selleks olemas pediatrid. Loomulikult on neid tulevikus hoopis vähem. Kaduma peaks jaoskonnapediatriri ametikoht.

Vello Ilmoja. Seega on teil läbikaalutud mõte pediatrid ümber kvalifitseerida üldarstiks. See on raske küsimus aastaiks.

Oku Tamm. Milline on teie arvamus tulevikus töötavate pediatrite arvu suhtes?

Anne Ormisson. Praegu on Eestis ligikaudu 800 pediatrit, neist peaks järele jääma umbes üks kolmandik, ülejäänud peavad olema üldarstid. Ekslik on arvata, et pediatrist saab üle öö üldarst. Praegused jaoskonnaterapeudid, kes töötavad polikliinikutes, peavad enne palju juurde õppima. Praegu ei taha ükski jaoskonnaterapeut mingil juhul vastu võtta haiget last või kojukutsega minna tema juurde, ehkki nad on ju õppinud ja omandanud teadmisi-oskusi laste organismi arengu, selle iseärasuste ja lastehaiguste valdkonnas. Nad kõik peavad oma arstiteadmisi tublisti täiendama.

Sigrid Aru. Esialgu peaksid jaoskonnaterapeudid hakkama läbi vaatama ka kooliõpilasi, et õppida ja harjuda nendega suhtlema, neid ravima, hiljem muidugi ka koolieelikuid. Ma ei eita, et jaoskonnaterapeudid peavad tublisti juurde õppima. Me ei nõua neilt võimatut, kuid kõiki ootab ees täiendav õppimine. Teeksin ettepaneku võimalikult kiiresti hakata uute põhimõtete järgi töötama, kiiresti üle minna ümberkorraldusele. Eks siis paistab, mis edasi saab! Arvan, et küll toime tulla. Siin ei ole mingit ohtu, kõige suurem oht on osa arstide tööta jäämine.

Anne Ormisson. Meil on kõne all olnud, et arstiabi antaks kolmel tasandil, et oleks kolmeastmeline süsteem: üks aste oleks ödede töö, teine arstide töö, kolmas kvalifitseeritud üldarstid ja teised spetsialistid. Me ei saa ju arsti degradeerida, tal on ju arstidiplom, ta on ülikoolis arstiteadust õppinud. Niisugune vaheaste praeguse arstide suure arvu korral võiks olla mõeldav.

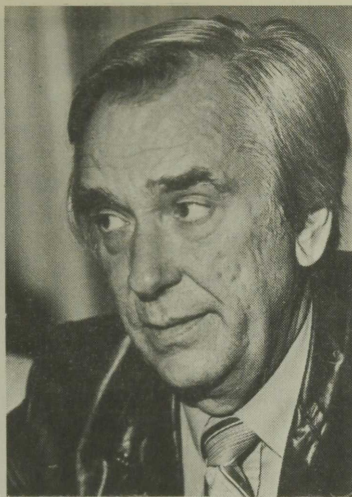
Ain-Elmar Kaasik. Kui ödede kvalifikatsioon ja teadmised oleksid paremad, nii nagu välismaal, oleks meil oma otseste tööülesannetega kergem toime tulla.

Sigrid Aru. See vaheastme arst võiks tegelda profülaktikaga, ta võiks töötada tervisekeskustes, tegelda terviseõpetuse ja -kasvatusega.

Ain-Elmar Kaasik. See on oluline asi, mida on arstiteaduskonnas palju kordi arutatud, sest ülikool tahab üle minna astmelisele õpetamisele. On ju teada, et ei õpita ega lõpetata kõrgkooli kunagi võrdsel tasemel, ühed on teadmistelt paremad, teiste teadmised ja oskused on tagasihoidlikumad. Arstiteaduskondades ja Ameerika *medical school*'ides astmelist õpetamist tavaliselt ei ole. Siiski on muu maailma eeskujul võimalik järgmine variant. Näiteks tuua Tartu



A. Ormisson



A.-E. Kaasik



S. Aru

Meditsiinikool ülikooli juurde ja hakata sinna koondama neid üliõpilasi, kes ei suuda läbi teha *examen philosophicum*'i. Mitte igaüks ei pea jõudma ülikooli III kursusele. Kui üliõpilane on lõpetanud ainult kaks kursust, on see ikkagi suur teadmiste hulk, mis ta on omandanud. See annab talle eelise omandada elukutse mõnes teises meditsiini valdkonnas, mis võib üpris prestiižikas olla. Näiteks pole meie peaarstil kompetentseid sekretäre, ei ole ka tehnikuid, puudub tervisehooldus. Nad võiksid paariaastase ettevalmistusega saada küllalt korraliku teoreetilise aluse. See mõte ei ole meie majas uus, me oleme seda arutanud juba enne pereströikaperioodi, kuid see on pörkunud mitmesuguste takistuste vastu. Praegu tundub, et kavatsust on võimalik ellu viia, sest enam ei kohustata meid hoolt kandma selle eest, et kõik õpinguid alustanud üliõpilased obligatoorselt need ka lõpetaksid.

Sigrid Aru. Tutvusin Soomes arstide ettevalmistamise kavadega. Põhjanaanabritel on arvestatud tegevusplaanid nii, et aastaks 2000 on Soomes 38 arsti 10 000 inimese kohta. Sealjuures nad rõhutavad, et just eriarstide puudus on neil suur. Seda vist tuleb mõista nii, et kui rahva meditsiinalane teadlikkus on kõrge, siis nõuab ta ka eriarsti vastuvõtule pääsemist. Tulevik näitab, kuidas meil õnnestub perearsti tööga ja rahva suhtumisega temasse toime tulla. Mõistagi peame ise leidma oma perearstimudeli, sest see on tihedas seoses haigestumuse, rahvastiku koosseisu ja palju muuga. Pealegi ei ole meie rahva tervis hea.

Ain-Elmar Kaasik. Eestis on üle 60-aastasi umbes 30% elanikkonnast, piisab juba sel-

legi näitaja toomisest.

Anne Ormisson. On mitmeid näitajaid, mis ei peegelda arstiabi kvaliteeti, vaid sõltuvad sotsiaalsetest teguritest. Kui ilmus seadus, et ema võib kodus olla kuni lapse kolmeaastaseks saamiseni, vähenes respiratoorsete haiguste esinemissagedus laste hulgas 30%. See räägib juba ise enda eest.

Ain-Elmar Kaasik. Meile on eeskujuks Skandinaaviamaade tervishoid. Kuid ärgem unustagem, et need rikkad riigid on aastakümnete jooksul tervishoidu investeerinud 8...12% rahvatulust, meie vaid 3%. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna materiaalne baas ja põhifondid pärinevad aga tsaariajast, hiljem ei ole midagi eriti lisatud. Tõde on valus.

Vello Ilmoja. 1985. aastast saadik ei ole arutatav probleem paigast nihkunud. Miks see nii on olnud? Kuni selle ajani kehtisid üksnes korraldus ja käsk, vaatamata sellele, kas see oli otstarbekas või mitte. Nüüd on käsud ära jäänud, kuid omaalgatuslik võime on inimestel kas vähenenud või seda ei soovi rakendada. On neid, kes tahaksid tegutseda, kuid ei julge, teised soovivad teha, kuid ei ole võimelised. Arutletav perearsti või üldarsti seisund — nimetus polegi nii väga tähtis — on tervishoiusüsteemi keskseks probleemiks. Raskustest hoolimata peame nüüd aktiivselt tegutsema. See, kui palju perearste ühte linna või maakonda vaja on ja missugune see tähtaeg on, pole esialgu kõige tähtsam. Kõik aga sõltub sellest, millised on kohapealsed tingimused. Eesti on omapärase situatsioonis: meil on väga palju arste, kuid samal ajal valitseb vaesus, meil on tohutu puudus keskastme meditsiinitöötajast,

on suur aparaatide, seadmete ja ruumide puudus. Sellest omakorda tulenevad rasked tegutsemisvõimalused. Ka meditsiinkaadri paigutus ja aineeline baas on igal pool erinev. Sellest tuleneb põhimõte, et paljuski peavad kohalikud tervishoiujuhid otsustama, kuidas, millise tähtajaga, millisel määral on võimalik teha ümberkorraldusi ning rakendada tööle perearstid. See üleminek peab toimuma isereguleeruva mehhanismi alusel kõike eespool öeldud silmas pidades. Ühes või teises paigas jõutakse ümberkorraldusteni kindlasti erinevatel aegadel. Võime endilt küsida: kas perearsti ikka vaja on? Skandinaaviamaades on nad olemas, ka meil on head perearsti tingimata vaja. See aga ei tähenda, nagu juba öeldud, eriarstide kadumist. Väljaõppinud perearste meil veel ei ole. Kes õpivad ümber perearstideks? Näen kolme allikat: esiteks, jaoskonnaterapeutid, kes peavad tugevasti oma kvalifikatsiooni tõstma ja süvendama oma teadmisi; teiseks pediaatrid, kes ise kasvavad ja õpivad koos lastega ning sel moel saavadki neist lõpuks üldarstid; kolmandaks, ülikooli arstiteaduskond. Mõned terapeutid õpivad üldarstideks kiiresti, kuid kindlasti on ka selliseid arste, kellest perearsti ei saa. Perearstiks kujunemist on vaja stimuleerida palgamaäradega. Kui palju on vaja perearste? Tean, et Kanadas on 45% kõikidest arstidest perearstid. Arstide ettevalmistus on seal kaheastmeline. Kanadalased on ise oma arstide ja tervishoiusüsteemiga üldiselt rahul, kuid on ka pretensioone. USA-s korraldati elanike hulgas küsitlus teada saamiseks tervishoiukorraldusega rahulolekut. Huvitav oli see, et 60% küsitletuist vastas, et nemad on rohkem rahul hoopis Kanada tervishoiukorraldusega. USA-s kulutatakse tervishoie ühe inimese kohta 2000 USA dollarit, Kanadas 1600 Kanada dollarit.

Prof. A.-E. Kaasiku kommentaari terminoloogia kohta kuulates tekkis mõte, et *terapeut* tuleb asendada *internistiga*. Eesti Vabariigis olid jaoskonnaarstid instrumentaariumi ja muude meditsiinivahenditega suhteliselt hästi varustatud. Nüüdsel perearstil peaksid olema tänapäevased vahendid haige uurimiseks. Takistustele ja puudustele vaatamata peame algust tegema perearsti ametikohtade loomise ja tegeliku tööga. Mõistagi peab perearstil olema võimalus kasutada polikliinikus erialakabinette, sest instrumente ja haige läbivaatamiseks vajalikke vahendeid kõigile esialgu ei piisa. Nende hankimine ei lähe meil veel ladusalt. Mul oli juttu Mati Toomessooga, kes tuli Soomest ja tõi kaasa haiglavahendeid, kuid kah-

juks mitte midagi polikliiniku erialakabinettide jaoks. Peame välja selgitama need arstid, kes on suutelised täitma võimalikult kohe perearsti funktsiooni.

Sigrid Aru. Perearstide koolitamisele Tartu Ülikoolis ning arstiteaduskonna õpetamisvõimaluste paremaks muutmisel üldse on suur tähtsus peagi valmival Tartu Polikliinikul Maarjamõisa kliinikute kõrval. Uuest polikliinikust peab saama arstiteaduskonna õppebaas. Selle asutuse ülesanded on järgmised: ta peab olema diagnostika- ja rehabilitatsioonikeskus, ülikooli, meditsiini- ja arstide täiendamise õppebaas. Ta peab andma esmast arstiabi teatavale osale elanikkonnast ning kõrgema astme arstiabi kogu Tartu elanikele, samal ajal peab ta olema ülikooli polikliinik, kus on võimalik õpetada arstiteaduskonna üliõpilasi.

Vello Ilmoja. See uus polikliinik peab olema ka Tartu Meditsiini- ja õpilastele õppebaasiks, kus neil on võimalik omandada polikliinilise töö oskusi.

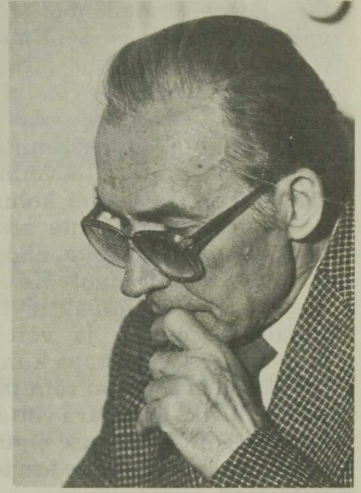
Lehte Rebane. Uurisime ja arutasime Pärnu tervishoiusüsteemi tänast päeva. Muu hulgas selgus ka see, et meil on juba olemas ligilähedased perearstimudelid. Need on ise välja kujunenud just liigselt spetsialiseeritud meditsiiniabi tõttu. Mitmes velskripunktis töötabki tegelikult juba perevelsker, ilma et tal oleks mingeid erilisi aparaate ja vahendeid haige uurimiseks. Nende näol on tegemist väga usaldusväärsete meditsiinitöötajatega, kes tulevad toime kogu perele meditsiiniabi andmise ning kättesaadavaks tegemisega. See kõik on spontaanselt kujunenud. Miks see on nii kujunenud? Meil ei ole spetsialiseeritud arstiabi olnud kergesti kättesaadav, nad on olnud sunnitud ignoreerima kehtivaid eeskirju, mis piiravad meditsiinitöötaja tegevust. Need piirangud ongi põhjuseks, miks nad on sunnitud ise õppima ja oma teadmisi täiendama, et orienteeruda, toimida ja tegutseda niisuguses sundseisus. Arutasime, kes võiksid perearstid olla. Ka meie tulime täna kuulnud seisukohale: eelkõige internistid ja jaoskonnaarstid, kuid mitte kõik. Nende hulgast tuleb teha valik, ka ei pruugi kogu süsteem korraga üle minna uuele organisatsioonile. Kerkib üles küsimusi: missugused pered soovivad perearsti, kuidas perearsti tööd tasustatakse? Arvan, et alternatiivne süsteem peab ajutiselt kehtima jääma. Perearst peab olema kogemustega arst, mitte verinoor, ülikooli lõpetanud, ka tema töötasu olgu kindlasti kõrgem. On vaja fikseerida perearsti kohustused. Kas ta on kohustatud abi andma kõik 24 tundi ööpäe-



L. Rebane



V. Nemvalts



V. Laos

vas või on tal kindel tööpäeva pikkus, tege- mist on ikkagi mitmesaja perega. Kuidas ku- junevad tema suhted kiirabiga? Võib arvata, et esmalt pöörduakse ikkagi perearsti poo- le, hiljem alles kiirabisse. Ei ole ka mõeldav, et perearsti äratatakse mitu korda öö jooksul abivajamise tõttu. Me oleme arutanud kolme kontseptsiooni, kolme varianti, mis võiksid kõne alla tulla. Esiteks, perearst annab abi kõigile, imikust raugani; teiseks, lastele an- naks abi pediaater eraldi; kolmandaks, brigaadiviisiline töö, näiteks kolm inter- nisti, üks kirurg ja pediaater. Pärnusa ka- vatseme üleminekuperioodil rakendada teist varianti, seda enam, et lastearste on palju ning nad on küllaldase kvalifikatsiooniga. On mõeldav, et lastearst jälgiks ja annaks abi kuni teatud vanuses lastele, vanemad lapsed jääksid perearsti hoolde.

Anne Ormisson. Tahan lisada, et imikud võiksid olla esialgu nõuandla hoole all, alles väikelapseas läheksid nad kas pediatrivi või perearsti hoole alla.

Virge Nemvalts. Mõndagi sellest, millest siin kõneldud, oli minulgi mõttes öelda. Saaremaal on ju ideaalsed tingimused võrre- ldes Tallinna ja Tartu oludega üleminekuks perearstimudelile. Meil ehitatakse uut poli- kliinikut, peaaegu kõikidele visiitidele söi- detakse autoga, seega on alustuseks mingi ainealine alus olemas. Tahaksin sissejuhatu- seks öelda ka mõned mõtted perearsti nime- tuse kohta. Igatahes on meil perearsti nime- tus mõisteks saanud, ta on mingil määral juba austava nimetuse varjundi rahva hul- gas omandanud. Arvame, et nii see võiks olla ka edaspidi — ikkagi perearst, mitte üldarst ega internist. Perearsti nimetus kätkeb

arstitöö moraalset tunnustust. Mõnes asjas tahaksin vastu vaielda professor N. Elstei- nile, et Eesti erineb teistest oma kõrge kul- tuuri poolest. Eesti kultuur on aga täiesti kriisiseisundis ja see on probleem, millega me hakkame kahjuks kokku puutuma ka Saaremaal. Meil on nii moraalne kui ka bio- loogiline kriis. Sellest peaksime me oma töös ka lähtuma. Bioloogiline kriis seisneb sel- les, et meil sündivatest lastest on vaid 30% täiesti terved. Mulle meeldis väga see mõte, et üldarstidel peaks olema võimalus laialt kasutada tehnilisi vahendeid ja segamatult töötada. Praegu ei ole arstil võimalust hai- get läbi vaadata ja temaga nelja silma all rääkida. Pean õigeks Rootsis nähtut, kus arst on oma kabinetis vaid kahekesi hai- gega ja öde tuleb sisse alles siis, kui arst teda kutsub. Arstikabineti ukse kohal peaks olema võimalus sisse lülitada punane tuli, mis keelab sisenemise, see koht on püha. Perearst peaks tegelema psühhoteraapiaga, inimesele on see kõige tähtsam. Praegu ole- me aga mitmes suhtes lausa alla käinud. Olen veendunud, et me suudame paljugi paremini teha, paremini suhtuda töösse, ko- hustustesse, inimestesse. Saaremaal töötav- adki juba mitmed arstid täiesti perearsti- dena. Rõhutan veel kord, et psühhoteraa- piat, psühhoanalüüsis oleme nullseisus. Meil ei ole kuhugi saata neid, kes on soori- tanud suitsiidikate. On küll erietteval- mistusega psühhoterapeute, kuid nad ei pea lihtsalt vastu, loobuvad oma töökohtadest. Mingil määral on kirik võtnud osa enda kanda, kuid sellest on vähe, kusjuures ka kirik ise käib moraalselt alla, ta on muutu- nud kultuurimajaks. Siin täna kuulsin esi-

mest korda, et meil on nii vabad käed iseseisvalt otsustamiseks. Seni me Saaremaal seda ei teadnud. Me ju ka praegu tegeleme dispanseerimisega, see on olnud meile väga raske töö, sest oleme seda teinud n.-ö. põlve otsas. Ja kolmandaks, millest ei saa mööda minna, on ajutise töövoimetuse ekspertiis, mille peale raiskame kohutavalt aega. Me peaksime suutma ühte arsti usaldada.

Vello Ilmoja. Kolm nädalat tagasi pöörduksime Ametiühingute Keskliidu poole avaldusega, et nad annaksid tervishoiuasutuse juhatajale õiguse ja voli lubada arstidel haigeid tööst vabastada kuni 10 päeva. Ainuisikuliselt samal ajal rõhutan, et on ka arste, kellelt tuleks üldse ära võtta õigus vabastada kedagi töölt. Niisuguse õiguse peab arst oma töö ja tegevusega enne ära teenima, usalduse pälvima.

Virge Nemvalts. Avaldaksin veel vaid ühe soovi. Ma olen olnud 12 aastat polikliiniku juhataja ja selle aja jooksul ei ole tervishoiu-ministeeriumi süsteemis toimunud ühtegi polikliinikujuhatajate kokkusaamist ega nõupidamist. See võiks toimuda kord aastas, et arutada kõiki probleeme ning vältida jalgratta leiutamist.

Oku Tamm. Täna vestlusringis oleme kuulanud väga huvitavaid sõnavõtte. Olen arvamusel, et perearstiprobleemiga ei ole meist keegi mitme aastakümne jooksul ei tegeelnud ega selle kohta midagi lugenud. Meile kõigile on see ikkagi uus asi, uudne mõiste. Samal ajal ma ei eita, et mõnel pool maakondades on perearsti mõiste ja tegevus juba tegelikkus, nagu Saaremaa kohta kuulsime. Me ootame uuendusi ning loodame ümber kujundada meie ajast ja arust tervishoiusüsteemi, mis on palju muret toonud, mis ei ole aidanud inimese tervist ei kaitsta ega hoida nii, nagu see on arenenud riikides. Täna vestlus oli ju mullu alguse saanud uudsete mõtete edasiarendamine, avameelne mõttevahetus toob ju alati selgust ja kasu, see aitab ellu viia meie tervishoiureformi.

*Vestlusringis kuuldu-õeldu
on vahendanud
Vello Laos*

EESTI ARSTIDE LIIDUS

20. septembril toimus Viljandi Rajooni Keskaiglas Eesti Arstide Liidu volikogu koosolek. Koosolekut juhatas Eesti Arstide Liidu president R. Truve.

Põhitöök oli 20. oktoobril toimuva üldkogu koosoleku ettevalmistamine. M. Tarum luges ette eestseisuse poolt pakutud põhikirja muudatused. J. Herodes rääkis Raplas kasutuselevõetavast visiidimaksust. Tervishoiu majandusküsimuste kohta võtsid sõna A. Ellamaa ja V. Ilmoja. Isegi tervishoiu praeguse taseme säilitamiseks on puudu 100 miljonit rubla. Tervise heaks on vaja määrata otsene maks.

A. Lipand esitas tervise käitumise uuringute tulemused. V. Aller tegi ettepaneku luua raviasutustes usalduspsühholoogi ametikoht, et parandada meditsiinipersonali madalat käitumiskultuuri. A. Adamsoo rääkis joobeekspertiisist.

Firma «Baltic Computer Systems» esindajad andsid ülevaate tervishoiu-ministeeriumi arvutustehnikakomisjoni poole aasta tööst ning tutvustasid tervishoiu jaoks sobivat tarkvara, mida haiglatel on peatselt võimalik osta.

M. Tarum ja H. Noor rääkisid psühholoogilistest saastumisest praeguses kriisiolukorras. Koostati pöördumine nõudega hüvitada represseeritutele tehtud kahju kommunistliku partei summadest.

Volikogu on ka Eestisse aatomielektrijaama ehitamise vastu.

Eesti Arstide Liidu volikogu saatis tervitus-telegrammi Ukraina Arstide Liidu asutamiskongressile.

Airi Värnik

Eesti Vabariigi Ülemnõukogu Presiidiumile Eesti Vabariigi valitsusele

Eesti Arstide Liidu volikogu arutas oma järjekordsel koosolekul, mis toimus 20. septembril 1990 Viljandis, muude küsimuste hulgas ka represseeritutele tekitatud moraalse ja materiaalse kahju hüvitamise kulgu.

Volikogu leidis, et hüvitamisega seoses on tekkinud ja edaspidi ilmselt veelgi rohkem tekkimas ka probleeme.

Volikogu jõudis järeldusele, et hüvitamine on õiglane ja vajalik, kuid ei ole õige võtta neid summasid riigi eelarvest, s. t. meie kõikide taskust, vaid kommunistlikule parteile kuuluvast rahast.

Ühtlasi juhib Eesti Arstide Liidu volikogu tähelepanu asjaolule, et praegune kinnisvarade represseerituile tagastamise kord ei ole tekitanud mitte ainult pingeid elanikkonna eri rühmade vahel, vaid ka situatsiooni, milles teiste hulgas ka tervishoiuasutused (eriti maakondades) peavad hakkama loovutama haiglateks, velskripunktideks jne. muudetud maju endistele omanikele.

Leiame, et vastavat seadusandlust tuleb täiustada ja leida võimalused kompromisside sõlmimiseks osapoolte vahel.

Tallinnas 21. septembril 1990.

Eesti Arstide Liidu volikogu

ARSTIDE SELTSIDES

Eesti Lastearstide Selts 1990. aastal

Eesti lastearstide tähtsaim kokkusaamine sel aastal oli 29...30. mail Eesti Ametiühingute Majas, kus toimus XIII Eesti lastearstide kongress «Meie laps». Kongressi materjalid avaldati eesti, vene ja inglise keeles. Need käsitlesid tervishoiukorraldust, terve lapse kasvatamist, neonatoloogiat, allergoloogiat, pulmonoloogiat, kardioloogiat, gastroenteroloogiat ja teisi probleeme.

Kongressi avaistungil räägiti Eesti laste tervisest viimase 50 aasta jooksul. Kui enne sõda oli laste suremus Eestis ja Soomes ühesugune, siis nüüd on see näitaja Eestis kaks korda suurem (E. Tomberg). Krooniliste mittespetsiifiliste haiguste riskiteguritest, koolieelsete laste tervisest, kodus surnud imikute surma põhjustest esitasid ettekanded L. Suurorg, M. Maser ja M.-A. Riikjärv. R. Riisalo mainis, et naise sotsiaalne hoiak lapsesse raseduse ja sünnituse ajal muutub vähe ja määravaks saab lapse esimene elukuu. Väga tähtis on ema ja lapse pidev kontakt sünnitusmajas ja pärast seda. Ema suhtumine lapsesse kujuneb esimese eluaasta jooksul, hiljem on seda raske muuta. Huvitav ettekanne oli A. Aerolt, kes tegi

Foto. Eesti Lastearstide Seltsi juhatus aastail 1985...1990. Esireas vasakult: J. Poma, E. Tomberg, A. Vares, L. Tamm (esimees), V. Sarapuu, A. Levin. Tagareas vasakult: A. Ormisson, E. Luiga, T. Reek, H. Mordvinova, A. Paves, M. Martinson, K. Orgulas, E. Kõõbi (sekretär), A. Uuli, P. Põldmäe, L. Paavel, L. Tammai, M.-A. Riikjärv, R. Soonets. Pildilt puuduvad I. Suurvälä, L. Suurorg, M. Laaniste (laekur). M. Mällo foto.



teatavaks laste/noorte suitsiidikatsete statistika- andmed aastail 1981 . . . 1987. Suitsiidikatsete suur arv (54 juhtu) peegeldab ühiskonna puudujääke laste eest hoolitsemisel. Suitsiidi põhjused on väga sageli seotud kooliga.

Vastsündinute tervishoidu ja närvihagusi käsitles mitu ettekannet (A. Ormisson, A. Sööt, A. Potapova, I. Lutsar). Laste haavahaiguste diagnoosimisest ja ravist andis ülevaate U. Reino. S. Gribalkin (Moskva) esitas andmeid doonori-piima pastöriseerimise ja säilitamise kohta, viidates piimapanga loomise vajadusele. Pulmonoloogia- ja allergoloogiateemalisel istungil anti ülevaade uuringute tasemest (M.-A. Riikjärv). Väikelaste bronhiaalastma katamneesis esitas ettekande U. Putnik. Hingamiseldite ägedatest haigustest rääkis J. Karusoo. Imikute lehmapii-matalumatust oli uurinud K. Julge.

Kahjuks jäid ära Rootsi ja teiste välisriikide kolleegide ettekanded, sest NSV Liidu saatkonnad olid keeldunud neile viisat andmast. Tellitud olid Soome pediaatrite loengud. P. Terholt oli huvitav loeng Soome kooliõpilaste arstiabist, H. K. Åkerblomilt diabeedist. Soome lapsed põevad seda haigust ligikaudu kaks korda sagedamini kui Eesti lapsed.

Kongressi päevakorda kuulusid Eesti Lastearstide Seltsi juhatuse ja revisjonikomisjoni aruanded (L. Tamm ja L. Paavel). Eesti Lastearstide Seltsi senine juhatus lõpetas oma tegevuse. Kongressil võeti vastu sõltumatu ja iseseisva lastearstide seltsi uus põhikiri. Suhted Moskva on edaspidi võrdsuse alusel.

Pühavaimu kirikus õnnistati Pühtitsa kloostri nunnade tehtud Eesti Lastearstide Seltsi lipp.

Kongress valis Eesti Lastearstide Seltsi presidendiks dotsent Anne Ormissoni. Juhatusse valiti N. Kulikov (Narva), I. Lutsar, K. Mitt (Tartu), M.-A. Riikjärv, L. Tamm (Tallinn), V. Sarapuu (Viljandi).

Uues juhatuses jaotati tööülesanded järgmiselt: asepresidendiks, teadustöö eest vastutajaks sai L. Tamm, laekuriks I. Lutsar, sekretäriks M.-A. Riikjärv, tervishoiupoliitika juhiks K. Mitt.

Tänane sponsoreid, kelle abiga kongress teoks sai. Nendeks olid Pühtitsa klooster Kuremäelt, «Norma», EKE Ehitus-Montaaživalitus, Eesti Lastekaitse Keskliit, Eesti Lastefond, «Mehis», «Teras», Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla ravitootlad ja Tallinna Merimetsa Haigla. Kaasa aitasid kõik lastehaiglad, kunstnik T. Leeduks ja Eesti Poiste-koori ettevalmistuskoor.

Leo Tamm

7. septembril 1990 toimus Kuressaare Haiglas VII Lääne-Eesti arstide seltside konverents, millega tähistati Saaremaal mudaravi kasutuselevõtu 150. aastapäeva. Konverentsist võtsid osa Hiiumaa, Läänemaa, Rapla maakonna ja Saaremaa arstid.

Konverentsi esimesel poolal käsitleti rahva tervisekaitset. 1990. aastal on sagenenud Nõukogude armee lennukite lubamatud madallennud Lääne-Eesti saarestiku kohal. Elanikud on pidevas stressiseisundis. Võeti vastu otsus pöörduda abi saamiseks Eesti Vabariigi Ülemnõukogu ja Eesti Vabariigi valitsuse poole, abi mittesaamise korral aga Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poole. Pöördumise ülemnõukogu poole luges ette Kuressaare Lastepolikliiniku juhataja T.-A. Lumiste.

Arutlusel oli veel arstide töötasu. Eesti arstide palk on vaatamata hiljutisele palkade korrigeerimisele jäänud üheks madalamaks, võrreldes teiste erialade töötajate palkadega. Arstiks õppivatele üliõpilastele makstakse stipendiumi ainult pool elatusmiinimumist, rahuldava hinde saamise korral aga jäetakse nad stipendiumist hoopis ilma. Et ära elada, peavad arstid töötama ka kutsekaasluse alusel, mis ülemäärase tööpinge tõttu mõjub kahjustavalt arstide tervisele, eluea pikkusele ja ka kvalifikatsioonile. Raplas tahetakse sisse seada arstide visiiditasu. Seda ei peetud õigeks. Seda küsimust otsustati uuesti arutada kuu aja pärast. Palga üle arutelu juhtis Rapla maakonna peaarst T. Kadastik.

Allakirjutanu rääkis prof. Aleksander Paldroki 120. sünniaastapäeva tähistamisest. Prof. A. Paldroki on suuri teeneid Eesti arstiteaduse arengus, arstikonna kasvatamises ja õpetamises. Eriti tihedad sidemed olid professoril Saaremaaga. Ta tegi palju Kuressaare ravimuda propageerimisel ja mudaravi arendamisel. Otsustati 16. mail 1990. aastal, professori 120. sünniaastapäeval, asetada tema bareljeef Kuressaare Haigla seinale.



Foto 1. VII Lääne-Eesti arstide seltside konverentsi juhatasid Eesti peakirurg prof. J. Männiste ja Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu president A. Haavel.

Eesti Vabariigi Ülemnõukogule

Meie, Lääne-Eesti arstid, oleme sügavas mures oma rahva tervise pärast. Me ei taha ennast tunnistada lüüasaanuteks võitluses oma rahva tervise eest. Juba mitu aastat on Tartu, Pärnu ja Haapsalu elanikud võidelnud Nõukogude armee sõjalennukite tegevuse vastu, kes oma lubamatute madallendudega kahjustavad pidevalt rahulike elanike tervist. Alates 1990. aastast on järsku sagenenud lennukite madallennud üle Lääne-Eesti saarte.

On teada, et lastel on välja kujunenud hirmusündroom ja sellest tulenevad somaatilised haigused. Eestis on suurenenud haigestumine südame- ja veresoonehaigustesse, mille üks põhjusi on müra ja hirmust tingitud stress. Ehmatavad madallennud ohustavad rasedate tervist.

Selline kuritahtlik tegevus rahu ajal peaks olema keelatud ja keelust üleastumine karistatav.

Me avaldame imestust selle üle, et paljude maakondade pöördumine Eesti Vabariigi valitsuse poole on jäänud arvestamata, ja tuletame meelde, et enamik ülemnõukogu saadikuid lubas oma valimisvõitluses teha kõik inimese tervise nimel.

Meie, nelja maakonna arstid, palume ühiselt ülemnõukogu saadikutelt meie rahva tervise kaitset. Kui Eesti Vabariigi Ülemnõukogu ja Eesti Vabariigi valitsus ei suuda kaitsta oma rahva tervist Nõukogude armee tegevuse eest, siis oleme sunnitud pöörduma abi saamiseks Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poole.

Hiiumaa, Läänemaa, Rapla maakonna ja Saaremaa arstid

Kiri on koostatud Lääne-Eesti arstide ühispõhjalisel Kuressaares 7. septembril 1990. aastal.



Foto 2. Saaremaa Lastepolikliniku juhataja T.-A. Lumiste.



Foto 3. «Kuressaare» sanatooriumi peaarst H. Koppel.

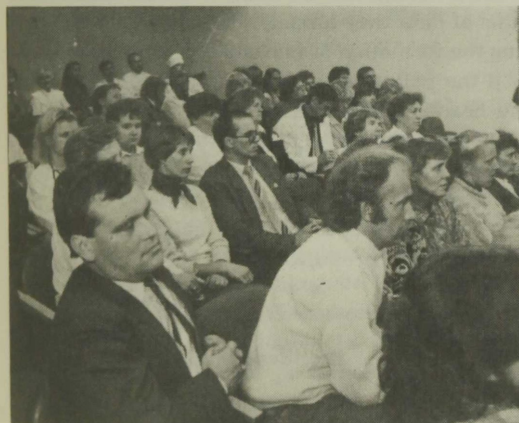


Foto 4. VII Lääne-Eesti arstide seltside konverentsist osavõtjad. E. Rauna fotod.

Põhiettekanne oli H. Koppelilt, kes analüüsis sanatooriumis «Kuressaare» Haapsalust, Hiiu- ja Rapla maakonnast mudaravil olnud haigete ravi hilistulemusi.

Konverentsil käsitleti veel mitmesuguste haiguste ravi korraldust. M. Pruks rääkis väga huvitavast emakavälise raseduse juhust Rapla Haiglas. J. Jelistratov Haapsalu Haiglast rääkis haruldasest söögitorurebendi juhust. Allakirjutanu käsitles pahaloomuliste munasarjakasvajatega laste ravi, kusepõie aktinomükoosi ja mesenteriaalarteri tromboosi kirurgilist ravi.

Lääne-Eesti arstide seltside esindajad käisid Kudjape kalmistul prof. A. Paldroki haual. Mälestati professorit ja asetati tema hauale lilled.

Ants Haavel

Rahvusvaheline koostöö

Lisa 1

Dear Colleagues,

Soome Lastearstide Assotsiatsiooni presidendi prof. J. Perheentupa vahendusel pöördus Eesti Lastearstide Seltsi esimees kõigi Läänemere-äärsete riikide lastearstide poole ettepanekuga teha koostööd sotsiaalpediaatria valdkonnas (lisa 1). Ettepanek leidis pärast arutlust Soome Lastearstide Assotsiatsiooni koosolekutel sõbraliku vastuvõtu. Koos prof. J. Perheentupaga koostati pöördumine ja saadeti kõikide Läänemere-äärsete riikide lastearstidele. Nõusolek ühiseks uurimistööks ja kontaktideks saadi kõikidelt. Samuti kiideti heaks pöördumine valitsuste poole. Esimene koosolek oli planeeritud 31. maile.

Kahjuks said koosolekust osa võtta ainult Leedu, Taani, Soome ja Eesti lastearstid, kelle arutlusteemaks olid elukeskkond ja laste tervis. Leedust oli pühietekanne dotsent J. Bojarskalt, Eestist prof. R. Sillalt ja Taanist H. Sardemannilt. Koostöö juhiks valiti prof. J. Perheentupa. Eestit hakkab koostööprogrammis esindama allakirjutanu.

Lastearstide ühine kiri Läänemere-äärsete rahvaste valitsustele (lisa 2) anti Eesti Vabariigi Ülemnõukogu Presiidiumi esimehele A. Rüütlile üle 14. juunil 1990. Pöördumine leidis heakskiidu ja igakülgse toetuse. Praegu koostatakse Läänemere-äärsete riikide lastearstide ühistöö programide projekte, mis tulevad läbivaatamisele järgmisel koosolekul Helsingis.

Leo Tamm

28. 08. 1989.

We, the nations of Northern countries, have lived and grown up our children on the shores of our common Baltic Sea for centuries.

The concern about the present and future of our children forces the Estonian pediatricians to make the following proposal — for the sake of our children we must start the common struggle for unpolluted water, air, and soil.

Cooperation in the exploration of children's health and environment, publication of such data in every country should give us possibility to demand from our governments liquidation of factors harming our children's health.

The pediatricians from Finland, Sweden, Denmark, Norway, Estonia, Latvia, Lithuania, as well as from Poland and Germany must demand on the basis of data they already have during their meeting the formation of nuclear-free zone in order to stop the pollution of environment and damaging the health of the children.

All together we shall be able to demand the fulfillment of UN «Convention on the Rights of the Child».

We set our hopes on your help. We look forward to your proposals.

Sincerely

Leo Tamm

President of Estonian Pediatric Association

Lisa 2

Läänemere-äärsete rahvaste valitsustele

Keskkond on saastunud, saastunud on ka Läänemeri ise. Mida rohkem ollakse keskkonna saasteainete mõjuväljas, seda ohtlikum. Seetõttu on lapsedki kõige suuremas ohus: keskkonna saastumine hakkab neid mõjutama juba enne sündi ja saadab neid kogu elu. Mürgkemikaalid on eriti ohtlikud inimese paljunemisele ja genoomile. Osa neist akumuleerub organismis.

ÜRO inimõiguste deklaratsioon, lapse õiguste deklaratsioon ning mitmes rahvusvahelises konventsioonis on meie rahvad pühalikult töötanud pidada esmatähtsaks laste, kasvava põlvkonna



Foto. E. Tomberg ja L. Tamm 14. juunil 1990 Eesti Vabariigi Ülemnõukogu Presiidiumi esimehe A. Rüütli vastuvõtul seoses lastearstide pöördumisega Läänemere-äärsete rahvaste valitsuste poole. M. Mällo foto.

vajadusi. Ometi kogume oma egoistlike ja lühinägelike tegudega probleeme oma laste ja järgnevate põlvkondade jaoks.

See töö, mida siiani on teinud Läänemere Keskkonnakaitse Komisjon, on alles algus. Meres eneses võib mõne mürkaine akumuleerumine isegi väheneda, ent põhilisi keskkonna saasteaineid, nagu fossiilkütuste põlemisel moodustuvad lämmastikoksiide, tekib üha rohkem. Lämmastik kandub Läänemerre ammooniumina nii õhu kui ka reovete kaudu. Koos fosforiga kutsub lämmastik esile eutrofeerumise ja järelikult ka hapnikusalduse vähenemise. See on üks tõsisemaid ohte, mis ähvardab Läänemere ökosüsteemi. Valitsustevahelisel Läänemere Keskkonnakaitse Komisjonil peaksid olema palju suuremad õigused kui praegu, et teostada kontrolli maismaal asuvate reostusallikate üle. Samuti peaksid tal olema selleks tööks vajalikud vahendid. Meie piirkonna rikkamad riigid peaksid, kui vaja, kas või oma maa elatustaset ohtu seades toetama teiste Läänemere maade keskkonnakaitseprogramme.

On tõenäoline, et iga katse tõsta vähem arenenud riikide inimeste elatustaset toob endaga kaasa reostusallikate arvu suurenemise. Läänemere maades takistab keskkonnakaitset põhiliselt see, et probleem, mis meie jaoks on kriitilise tähtsusega, võib kahe suurima kaasatud riigi keskvõimsusele paista teisejärgulise ja provintsialsena. Seetõttu tuleks Nõukogude Liidu ja Saksa Liitvabariigi Läänemere-äärsete rajoonide otsuseid vastuvõtivatele ja võimuorganitele anda piisavalt võimu ja vahendeid, et kontrollida regiooni keskkonnakaitset.

Pakiliselt vajatakse laialdasi koordineeritud uuringuid, mille eesmärgiks on kindlaks määrata keskkonna reostumine.

Me rõhutame ka, et meditsiinitöötajate ulatuslik osavõtt nendest uuringutest oleks ülimalt soovitatav ning et meie omalt poolt lubame aidata ekspertiisi ja varustusega. Inimene ei saa endale enam lubada keskkonna hävitamist, teadmata, mis sellele järgneda võib. Me peame aga meeles pidama, et kahjustused võivad aset leida ka siis, kui meil ei ole vahendeid nende avastamiseks. Olgugi et ei ole siiani veel tõendeid keskkonna saastumisest põhjustatud inimese geneetilist laadi kahjustuste kohta, ei tähenda see, et kahjustused puuduvad, vaid seda, et nende avastamise võimalused on meil puudulikud.

Mitte ainult keskkonnakaitsega tegelevad asutused ja isikud, vaid kogu rahvas peab olema teadlik keskkonna seisundist ja seal toimuvatest muutus-

test. Palju asjatut ärevust oleks olemata, kui kuulujuttude asemel jõuaks rahvani usaldusväärne informatsioon.

Kõigi arstide nimel, kes on pühendunud laste tervise kaitsele Läänemere maades, juhime oma valitsuste tähelepanu ohule, mis ähvardab meie lapsi ja järeltulevaid põlvkondi, keskkonna saastamisele meie riikides.

Ühelgi põlvkonnal ei ole õigust hävitada järeltulevate põlvede elukeskkonda. Meie poolt aktsepteeritud mõistesse «inimese tervis» kuulub ka täielik harmoonia keskkonnaga. Keskkonnakahjustused toovad endaga vältimatult kaasa ka inimese tervise halvenemise.

<i>Jaakko Perheentupa, Soome Lastearstide Selts</i>	<i>Ivars Ebels, Läti Lastearstide Selts</i>
<i>Henrik Sardemann, Taani Lastearstide Selts</i>	<i>Ona Grinceviciene, Leedu Lastearstide Selts</i>
<i>H. Bickel, Saksa Pediaatriaselts</i>	<i>Ole Bernt Schjetne, Norra Lastearstide Selts</i>
<i>Leo Tamm, Eesti Lastearstide Selts</i>	<i>Jan Pellar, Poola Lastearstide Selts</i>
<i>Klaus Jährg, Saksa Demokraatliku Vabariigi Pediaatriaselts</i>	<i>M. Studenikin, Lastearstide Üleliiduline Teaduslik Meditsiiniselts</i>
<i>Bengt Björksten, Rootsi Lastearstide Selts</i>	

8. septembril 1990 toimus Tallinna Kirurgide Seltsis prof. J. Männiste teadusfilmi «Pankreasekirurgia areng Eestis» läbivaatamine. Film on planeeritud neljaosalisena. Sel korral demonstreeriti filmi esimest osa, mis käsitleb pankreasehaiguste diagnoosimist. Järgmisteks osadeks on «Äge pankreatiit», «Krooniline pankreatiit» ja «Pankreasevähk». Iga osa kestuseks on 30 minutit.

Filmi esimene osa annab hea ülevaate pankreasehaiguste diagnoosimise võimalustest (laboratoorsed ja röntgenuurinud, sonograafia, laparoskoopia). Filmi stsenaarium on koostatud loogiliselt, see on hästi jälgitav. Tehniline teostus on hea.

Asjatundjad andsid filmile kõrge hinnangu. See on sobiv õppefilm nii kõhuõonekirurgiaga tegelevatele arstidele kui ka üliõpilastele. Filmi on võimalik osta või laenutada Eesti Tervishoiu Arenduskeskusest.

Rando Truve



Foto. Professor Ingrid Vaga-Neel (esireas paremalt kolmas) Saaremaa arstidega. E. Rauna foto.

Saarlastel on olnud tavaks kutsuda Saaremaa Arstide Seltsi esinema teadlasi, arste, kes viibivad Saaremaal. Selle tava algatajaks oli kadunud professor Aleksander Paldrok, kes oma suvepuhkused veetis Saaremaal ja korraldas teadlaste ja arstide esinemisi arstide seltsis.

2. augustil 1990. aastal oli Saaremaa Arstide Seltsil külas üleliidulise kardioloogiakeskuse juhtivatearur Valdur Saks. Ta esitas ettekande «Südame isheemilise kahjustuse mehhanismid ja mõningad kaitsemeetodid». Ülihuvitav ettekanne oli illustreeritud väga hästi selgitava slaidikoguga. Tegevarstid said V. Saks ettekandest teada palju uut südamehaiguste ravitaktika kohta.

14. augustil 1990. aastal rääkis Saaremaa Arstide Seltsis lasteasemast prof. Ingrid Vaga-Neel Ameerika Ühendriikidest. Ta andis ülevaate lasteasema ravist Ameerika Ühendriikides, mis on küllaltki sarnane meie poolt kasutatava raviga. Samuti näitas ta lihtsaid diagnoosimis- ja ravivahendeid, mida on võimalik valmistada ka meil Eestis.

Prof. I. Vaga-Neel tutvus Kuressaare Lastepolikliiniku tööga ja oli üllatunud nii hästi korraldatud laste ravist Saaremaal. Ta konsulteeris ka väikesi haigeid saarlasti.

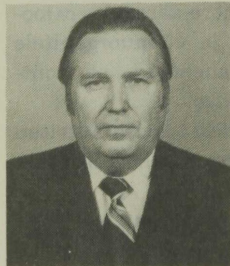
Prof. Ingrid Vaga-Neel on sündinud 1941. aastal Muhus kooliõpetaja perekonnas. 1944. aastal emigreeris ta koos vanematega Läände. Prof. I. Vaga-Neel töötab Mayo Kliinikus USA-s ning on spetsialiseerunud laste allergoloogia ja immunoloogia erialal.

Ants Haavel

MEIE JUUBILARE



Pauliine Luige, Tartu Naistekliiniku operatsioonioode, sai 5. septembril 70-aastaseks. Juubilar on sündinud Rakveres töölisperekonnas. Alghariduse omandas Rakvere Linna III Algkoolis, seejärel õppis Rakvere Linna Naiskutsekoolis. Iseseisvat tööd alustas 1941. aastal Tartu Ülikooli Naistekliinikus põetajana. Alates 1944. aastast on töötanud operatsioonitoas. Töö kõrvalt õppides lõpetas P. Luige 1955. aastal meditsiiniõpde kursused. P. Luige on väga täpne, kohusetundlik, nõudlik nii enese kui teiste suhtes. Iseloomult on tagasihoidlik, haigetesse suhtub osavõtlikult. Arvestades tema pikaajalist töötamist Tartu Naistekliinikus mäletavad juubilari väga paljud Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas sõjajärgsel perioodil õppinud günekoloogid.



Vello Subi, Tallinna Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla peaarst, sai 15. septembril 60-aastaseks. Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas ta 1956. aastal. Seejärel töötas Ambla maahaiglas ja Tapa rajoonihaiglas peaarstina. Ajavahemikul 1964... 1976 oli Eesti Raudteekonna Tallinna Haiglas, algul peaarsti asetäitja ravi alal, hiljem peaarst. 1976. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. V. Subi on osalenud kolme haigla ehitamisel, kõige vastutusrikkam oli Tallinna Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla hoonetekompleksi ehitamine, sisustamine ja kaadriga komplekteerimine. Kaalukam osa põhitööst on kuulunud meremeditsiini kõikide lõikude juhtimisele ja suunamisele Eestis, samuti väljaspool seda. Siia kuuluvad ka kontrollreisid meie laevaremondibaasidesse Angoolas, Pe-

ruus, Argentiinas, Kanaari saartel ja mujal. V. Subi on kõrgema kategooria tervishoiu-organisaator. Temalt on ilmunud üle 30 teadusartikli. Ta on osa võtnud üleliidulise meremeditsiini probleemikomisjoni «Inimene ja ookean» juhtimisrühma tööst. Juubilar on haigla osanikenõukogu aseesimees.



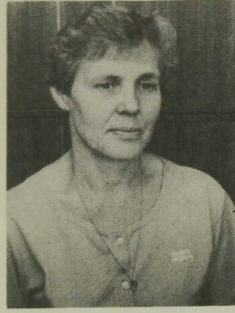
Aksel Eist, Tartu Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonna psühhiaater, sai 18. septembril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Paides. 1950. aastal lõpetas ta Kehra Keskkooli ja kutsuti seejärel armeeteenistusse. Aastail 1951...1954 õppis ta Kiievi Sõjaväe Meditsiinikoolis,

seejärel teenis leitnandina Eesti laskurkorpuses. 1963. aastal lõpetas A. Eist Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Pärast seda töötas Tartu Psühhiaatrikliinikus. 1976. aastast alates on A. Eist praegusel ametikohal. Juubilar on kogenud psühhiaater ja hinnatud psühhoterapeut. Ühtlasi on ta mainekas maalikunstnik, kelle töid on eksponeeritud ka väljaspool Eestit. A. Eist on Eesti Kunstnike Liidu liige.



Enn Jõeste, Tallinna Kiirabihaigla patoanatomia osakonna juhataja, sai 29. juunil 50-aastaseks. Pärast Tartu Ülikooli lõpetamist 1966. aastal määrati tööle Tallinna Tõnismäe Haiglasse patoanatomina. Aastail 1971...1980 oli ülelinnalise ühendatud proktuuri juhataja. Alates

1980. aastast on olnud praegusel ametikohal. E. Jõeste on kõrgema kategooria patoanatom, kelle eestvedamisel on patoanatomiaosakonnast kujunenud eeskujulik erialane keskus. Pikemat aega on juubilar samal ajal töötanud ka Tallinna Meditsiinikooli õpetajana. Ta on Eesti Patoanatomide Seltsi juhatause liige, Tallinna Patoanatomide Seltsi esimees, Eesti Arstide Liidu volikogu liige ning innukas tervisesportlane.



Anne Rajang, Hiiu Maakonna Keskhaiгла neuroloog, sai 13. septembril 50-aastaseks. 1965. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna, pärast seda asus tööle oma sünnisaarel. Ajavahemikul 1978...1986 töötas ta peaarsti asetäitjana, näidates end võimeka tervishoiuorganisaatorina.

Juubilar on esimese kategooria neuroloog. A. Rajang on aktiivselt tegelnud terviseõpetusega. Temast peavad lugu nii kaastöötajad kui ka patsiendid.



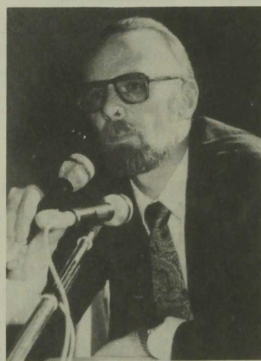
Eve-Maaja Metsa, Tartu Linna Stomatoloogia Polikliiniku peaarst, sai 14. detsembril 50-aastaseks. 1959. aastal lõpetas ta Tartu 1. Keskkooli ning töötas seejärel sanitarina Tartu Linna Stomatoloogia Polikliinikus. 1965. aastal

lõpetas E.-M. Metsa Tartu Ülikooli, pärast seda oli Jõgeva Keskhaiгла stomatoloog. 1966. aastal valiti Tartu Ülikooli arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri assistendiks. 1979. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. Selle aja jooksul on paranenud polikliiniku materiaal-tehniline baas ja ravi kättesaadavus. Kasutusele on võetud ambulatoorne narkoos, laserravi ning lastestomatoloogia baasil 1988. aastal profülaktikakabinet, kus dispenseeritakse lapsed juba esimesel eluaastal. E.-M. Metsa on kõrgema kategooria stomatoloog. Trükkist on tal ilmunud üle 30 teadusartikli. Ta on eksperimendis uurinud parodondi pehmete kudede separatsioonijärgse regeneratsiooni dünaamikat.

MITMESUGUST

Professor Valdur Saks — eestlane maailma südame- energeetika eesliinil

Eesti teaduse ajalugu on pidanud korduvalt tunnistama, et oma nime maailmateaduses jäädvustanud Eestimaa mehed on põhitöö teinud kaugel kodumaast ning jäänud oma rahva seas kaua tundmatuks. Sellesse teadlaste ritta kuulub ka *dr. biol.* professor



Valdur Saks, seni vaid vähestele meie südameteadlastele tuntud mees, kes laiemal eestlaskonna teadvusse jõudis alles 1989. aasta septembris Moskva Eesti Seltsi presidendina. Ometi on Valdur Saks näol tegemist mehega, kes läbi seitsmekümnendate-kaheksakümnendate aastate hämu suutis bioenergeetikuna tõusta maailmateaduse esiritta.

Lühike pilguheit tema elukäigule. Valdur Saks on sündinud Kiviõlis 1943. aastal. Lapsepõlve veetis ta Võru-

maal, kus 1957. aastal lõpetas Vana-Koiola kooli. Aastail 1957...1962 õppis Kohtla-Järve Keemia-Mäetehnikumis ning 1962...1967 Moskva Riikliku Ülikooli keemiateaduskonnas füüsikalist keemiat. Aastail 1967...1970 oli ta sama teaduskonna aspirant, teda juhendas professor I. Berezin. Kandidaaditöö «Oksüdeeriva fosforileerimise süsteemi stabiliseerimine tema funktsioneerimisel» asus biokeemia ja biofüüsika piirimaile ning sisuliselt oli see noore uurija esimene samm meditsiiniprobleemide suunas. Kandidaaditööd kaitses ta 1971. aastal. Edasi seisis noor keemik valiku ees: kas Küberneetika Instituut Tallinnas või Moskva Riikliku Ülikooli biokineetikaosakond? Suuremaid perspektiive pakus viimane. Kui 1972. aastal sõlmiti USA—NSV Liidu koostööleping kardioloogia valdkonnas ning Üleliidulises Kardioloogia Instituudis rajati moodsaama Lääne uurimisaparatuuriga varustatud südameainevahetuse labor, kutsuti sinna vanemteaduriks ja grupijuhiks Valdur Saks. Järgmised kümme aastat olid täis huvitavat tööd fundamentaalteaduse valdkonnas, mida soodustasid tihedad rahvusvahelised sidemed ning teaduskomandeeringud USA-sse, Itaaliasse, Prantsusmaale, Inglismaale ja Ida-Euroopa riikidesse. See uuringute periood lõppes 1981. aastal doktoritöö «Kreatiini kinaasi süsteemi tähtsus rakusiseses energia transpordis ja südamelihase kontraktsiooni regulatsioonis» kaitsmisega südame bioenergeetika valdkonnast. Samal aastal sai Valdur Saksast üleliidulise kardioloogiakeskuse bioenergeetikalabori juhataja. 1986. aastal omistati talle professorikutse.

Milles avaldub professor Valdur Saks rahvusvaheline tunnustatus? Tõsise teadusmehena väidab ta, et temale on kõige tähtsam kolleegide tunnustus, mille kõige objektiivsem näitaja on teatavasti kõrge tsiteerimisindeks. Tegelikult peegeldub teadusmaailma kõrge tunnustus ka tema kuulumises mitmesse rahvusvahelisse erialaühingusse. Valdur Saks on Rahvusvahelise Süda-

meurijate Ühingu Komitee liige (ühingus on 2000 liiget, selle komitees vaid 15 maailma juhtivteadlast) ja selle ühingu nõukogude sektiiooni esimees. Edasi on ta ÜRO ja UNICEF-i alluvuses töötava Rahvusvahelise Meditsiiniuuringute Teadusliku Arenduskomitee liige ja selle nõukogude sektiiooni esimees ning Ameerika Südameassotsiatsiooni liige. Suureks tunnustuseks on kahtlemata kuulumine rahvusvaheliste teadusajakirjade «Journal of Molecular and Cellular Cardiology», «Il Cuore» ja «Cardio Science» toimetuskolleegiumi. Valdur Saks on pälvinud ka kaks märkimisväärset preemiat: 1978. aastal NSV Liidu riikliku preemia koos B. Smirnovi, F. Meer-soni, D. Levitski ja N. Rosenstrauchiga ning 1988. aastal Rahvusvahelise Meditsiiniuuringute Teadusliku Arenduskomitee preemia «Research for Development». See oli üldse esimene nõukogude teadlasele antud nii kõrge meditsiinipreemia. Preemia väärtust aitab hinnata fakt, et Valdur Saksale määrati see koos maailmakuulsa prantsuse viroloogi prof. L. Montagnier'ga, kes sai selle AIDS-i viiruse avastamise eest. Järelikult pidas teadusmaailm V. Saks ja L. Montagnier' uurimusi võrdväärseks.

Valdur Saks tunnistab ise, et Nõukogude Liidus on ta vältinud mitme võimaliku akadeemia liikmeks valimist, sest ühisliidus ei nõua see mitte ainult teaduslikku tunnustust, vaid ka häid «onusid», keda peab palju kummardama ja hiljem innuga teenima.

Ka praegune professor Valdur Saks uurimistöö on seotud südame bioenergeetikaga. Hästi tuntud on fakt, et südamekoormuse suurenemise korral suureneb lineaarselt ka hapniku tarbimise ja ATP süntees mitokondrites. V. Saks püüab koos kolleegidega selgusele jõuda saladuses, millised raku-sisesed protsessid osalevad nende täpse regulatsioonis. Aastate jooksul välja töötatud kontseptsiooni järgi toimub energia ülekanne südamelihase rakkudes kreatiini kineaasi süsteemi kaasabil. Praegused uuringud on suunatud

sellele, et selgitada, mil määral osaleb kreatiini kineaasi süsteem rakuühingamise regulatsioonis.

Teist väga huvitavat probleemi — kardiomüopaatiat — uurib V. Saks koos prantsuse kolleegidega Pariisi Ülikoolist. Alustatud loomkatsetega, on jõutud inimese südame uurimiseni, kusjuures uurimismaterjali on saadud südamekirurgidelt. 5...10 mg kaaluvates südamelihaskoe lõikudes määratakse rakuühingamine, isoensüümide spekter, raku energia- ja ainevahetus. Nende uuringute tulemusena on selgunud, et kreatiini kineaasi süsteem muutub suuresti nii dilatatiivse kui ka hüpertroofilise kardiomüopaati korral: kahe-kolmekordselt väheneb mitokondrites kreatiini kineaasi isoensüümi sisaldus, mis viitab raku bioenergeetika olulisele häirele selle haiguse korral.

Kolmas teema, millega Valdur Saks tegeleb, on südamelihase raku isheemia mehhanismi uurimine ning sellevastaste kaitsemeetodite väljatöötamine. Südameraku hukkumise põhjuseks on rakumembraanide kahjustus. On selgunud, et eksogeenne kreatiinfosfaat stabiliseerib infarkti korral hästi südamelihase rakkude membraane. Praegu püütaksegi selgitada selle kaitsemehhanismi biokeemilist ja biofüüsikalist olemust. Seda tehakse koostöös Itaalia firmaga «Schiapparelli-Searle», mis kuulub farmaatsiaühendusse «Afla-Schiapparelli-Wassermann» ja toodab preparaati «Neoton». See on Euroopas laialt tuntud puhta kreatiinfosfaadi preparaat, mille toimemehhanismi selgitas välja Valdur Saks poolt juhitud tööühm.

Valdur Saks näite varal on järjekordselt kinnitust leidnud kaks tõsiasi. Esiteks see, et tänapäeval tehakse põhimõttelisi avastusi eeskätt interdistsiplinaarsetes valdkondades, ja teiseks, et eestlase vaimne potentsiaal ning töökus on kõrges hinnas nii Idas kui ka Läänes, talle on vaja kätte anda vaid maailma tasemel tehnilised vahendid.

Kuulo Kutsar

Tartu Ülikooli ja Saksa teadlaste traditsiooniliste kontaktide edasise laiendamise eesmärgil viibisid Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi mikrobiökoloogia laboratooriumi juhataja H. Lenzner ja allakirjutanu Saksa Loodusuurijate *Academia Leopoldina* kutsel Halles, kus toimus rahvusvaheline sümposium «Viiruste, bakterite ja algloomade patogeensuse mehhanismid nendest põhjustatud nakkuste puhul». Selle töös osales nii Saksa DV kui ka Saksamaa LV, Lääne-Berliini, Šveitsi ja Austria teadlasi. Kõige enam oli ettekandeid Saksamaa LV teadlastelt (H.-D. Klenk, W. Goebel, V. Braun, S. Bhakoi), kes käsitlesid glükoproteiine kui viiruste patogeensuse determinante, listeriade patogeensuse faktoreid, rauapeeglit organismis kui bakterite virulentsuse regulaatorit, ka bakteriaalsete tsütoliinide toimet rakumembraanidesse. Saksa DV teadlased esitasid uusi andmeid streptokokkide erütrogeensete toksiinide kohta sarlakite patogeneesis (W. Köhler) ja kangestuskramptõve tekke ja arengu kohta (U. Schneeweiss). Kõne all oli veel Lyme'i tõbi ja selle teke. Allakirjutanu ettekanne oli bakterite ja peremeesorganismi rakkude vastastikusest mõjust.

Akivo Lenzner

Paaril viimasel aastal on meie ajakirjades ja ajalehtedes avaldatud rohkesti seksuaalteemalisi kirjutisi. Paljudes inimestes on osa neid kirjutisi äratanud võrastust ja hämmingut. Eriti on pahameelt tekitanud ajakirja «Noorus» neljas number avaldatud S. Välimäki «Turvaline sex». Peale otseste pahameelekirjade on kirju, milles tuntakse muret laste ja noorte pärast, kes selliseid asju loevad. Olgu noorteajakirjale omane headus, õrnus, halastus ja inimlikkus üldse.

28. septembril toimus Tallinna perekonnanõuandlas arutelu, millest võtsid osa E. Tomberg, I. Suurväli, L. Tamm, H. Rammul, T. Aitsam, H. Karro ja R. Velgre ning ajakirjade «Noorus», «Haridus», «Eesti Arst» ja ajalehe «Rahva Hääli» esindajad.

Ajakirja «Noorus» esindaja P. Hõbemägi rääkis lühidalt kirjutisest ja selle eesmärkidest. «Turvalises sex'is» tutvustatakse S. Välimäki poolt välja töötatud seksuaaltehnikat, mis peaks kaitsma AIDS-i eest ja ühtlasi pakkuma rahuldust. Autor on seda ise kasutanud ja käinud ka seda õpetamas. Selles on kasutatud klassikalise seksuaalteraapia võtteid, arvestatud erinevaid seksuaalpäidulusi ja antud võimalus ise uurida oma seksuaalsust. Autor õhutab naisi ise uurima oma keha ja paneb suurt rõhku autoerootilisusele.

Arutelu alustades ütles E. Tomberg, et me peame endale selgeks tegema, mil määral meie lapsed ja nende vanemad on valmis vastu võtma neid õpetusi.

Ajakirjas «Noorus» avaldatut oli arutatud ka Eesti Lastekaitse Liidu volikogus. Selliseid soovitusi praegu meie noortele anda ei ole otstarbekas. Inimeste normaalselt sätumust sugupoolte vahel ei tohiks rikkuda. Ka välismaalased on imestunud, et niisuguseid kirjutisi avaldatakse meil väga laiale lugejaskonnale mõeldud ajakirjades.

I. Suurväli leidis, et see on vääristunud seksuaalse käitumise propaganda. Meie ainukeses noorteajakirjas ei tohiks selliseid õpetusi avaldada. Lapsed võivad hakata proovima just neid võtteid ja jääda ilma armastusest ning asjade normaalsest käigust. Niisuguseid võtteid võivad kasutada inimesed, kes on juba paljudest asjadest küllastunud.

H. Rammul arvas, et alustama peaks siiski tunnetest. Niigi on, eriti noorte hulgas, kadunud hellus, armastus ja vastutus. Muidugi tuleb lapsi ja noori õpetada, alustada aga tuleks lapsevanematest. Lastele tuleks videodel näidata sünnitust, rästumisvastaseid vahendeid ja nende kasutamist.

Ka T. Aitsami arvates peaks seksuaalkasvatust algama varajastest lapsest, kuid vastavalt eale, samuti peaks sellealast kirjandust olema

igale eale. Meie noortes sellist väärast seksuaalsust propageerida ei ole õige. Enne kui ajalehes või ajakirjas tervishoiuprobleeme käsitlev kirjutis avaldada, tuleks nõu pidada vastava eriala spetsialistiga.

H. Karro leidis, et kirjutise oleks võinud välja anda brošüürina. Idee rääkida turvaseksist on ju iseenesest hea. Mujal maailmas propageeritakse ka palju silitamist, suudlemist, masseerimist ilma seksuaalvahekorra.

Soome Arstide Liidu juures on tervise teemal kirjutavate ajakirjanike seksioon. Neile korraldatakse õppepäevi ja neile on antud konsultantide nimekiri, kellele võib nõu saamiseks helistada.

Koduse kasvatuse alal on meil oma eeskujud. Aastail 1936...1940 tegutses Eestis koduse kasvatuse instituut. Õppetööd korraldas seal A. Elango. Oli auasi, kui ema oli käinud koduse kasvatuse kursustel. Praegu on koostamisel raamat teemal «Eostumine, rasedus, sünnitus ja selleks valmistumine».

Arutelust kokkuvõtet tehes ütles E. Tomberg, et seksist tuleks kirjutada ja selgitustööd teha, vajalik on ka turvaseks. Kuid me ei tohiks kaasa minna rämeda suhtumisega, peaksime ikka aitama noortel leida õiget teed. Nendele probleemidele peab lähenema eetiliselmal.

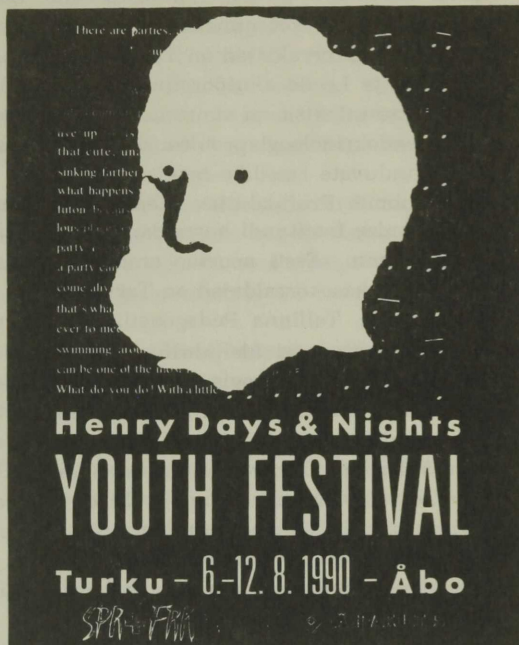
Anne Tallo

Punase Risti Seltsis

6...12. augustini toimus Turus Soome Punase Risti noorsoofestival «Henry Days & Nights», millest põhjanaabrid kutsusid osa võtma ka kümme meie punaristlast. Rühma kuulusid Punase Risti Tartu ja Tallinna rajoonikomiteede aktivistid ning Punase Risti Seltsi Keskkomiteest allakirjutanu. Peale meie oli külalisi veel Rootsist, Norrast, Saksamaalt ja Nõukogude Liidust — kokku 30. Enamik osavõtjaid olid muidugi Soome noored, arvult tuhande ringis.

Avakõne pidas Soome Punase Risti peasekretär hr. Markku Niskala. Seejärel tervitas festivalikülalisi Henri ise, kelle nime kogu üritus kandis. Silinderkübaras ja frakis härrasmees kehastas Jean Henri Dunant'i (1828...1910), kes oli rahvusvahelise Punase Risti organisatsiooni asutaja aastal 1863 ja esimese Genfi konventsiooni sõlmimise mõtte algataja.

Igal festivalipäeval oli oma teema: esmaabi ja päästeteenistus, AIDS, ideoloogia, sotsiaal- ja üldabi ning rahvusvaheline olukord. Lisaks põhi-teemale vastavatele seminaridele, loengutele ja õppefilmidele mahtusid programmi veel tsirkus, hulgaliselt mitme maa erinevate ansambli kontserte (Aafrikast, Lõuna-Ameerikast) ning muu-



seumide ja näituste külastamine. Väliskülalistele korraldati ekskursioon Turu Ülikooli Keskhaiglasse, vanadekodusse, Soome Punase Risti rajoonikeskusesse ning vereülekandejaama.

Õnnestus käia ka Naantalis Kultarannas vaatamas presidendi residentsi.

Üheks öhtuks oli planeeritud väliskülaliste isetegevusprogrammide ülevaatus, millel tuli tutvustada oma maad ja selle Punase Risti tegevust.

Toimusid ka esimeste Henri-päevade AIDS-i teemalised mängud, mille võitis Eesti esindus. Võistkondi oli kokku üle 20, igas neli inimest.

Ive Schmuul

Kongressid, konverentsid ja sümposionid 1991. aastal

1991. aastal on Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi plaanis kolm rahvusvahelist, üks üleliiduline ja neli vabariiklikku üritust.

Märtsis korraldab Vabariiklik Onkoloogiakeskus rahvusvahelise sümposiooni «Pea- ja kaelakasvajad». Sümposiooni kaaskorraldajad on Eesti Vabariigi Tervishoiuministeerium ja Eesti Onkoloogide Selts.

Mais korraldab tervishoiuministeerium Balti mere maade akušöörigünekoloogide kongressi. Kongressi kaaskorraldajad on Tartu Ülikool ning Eesti, Läti ja Leedu akušöörigünekoloogide selts. Käsitletakse infektsiooni sünnitusabis ja günekoloogias, endokrinoloogiaprobleeme ja suure riski rühma kuuluvate rasedate monitooringut.

Mais toimub Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi korraldamisel vabariiklik konverents «Eesti noorsoo areng ja tervis». Konverentsi kaaskorraldajad on Tartu Ülikool ja E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogiline Instituut.

Mais peetakse veel üleliiduline lastekirurgide konverents «Lasteuroloogia aktuaalseid probleeme», mille teema on obstruktiivse megaureetri diagnoosimine ja ravi lapseas. Korraldajad on Eesti Vabariigi Tervishoiuministeerium, NSV Liidu Tervishoiuministeerium ja Tartu Ülikool.

Juunis on XIV ülemaailmse konverentsi «Tervisekasvatus» satelliitkongress «Modernne elu ja tervise keel». Selle korraldavad tervishoiuministeerium ja Eesti Arstide Liit.

Septembris peetakse III vabariiklik kirurgide kongress «Urgentne kirurgia». Korraldajad on Eesti Kirurgide Selts, tervishoiuministeerium ja Tartu Ülikool.

Oktoobris korraldab Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituut vabariikliku konverentsi «Toitumine ja tervis». Kaaskorraldaja on Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituut.

Oktoobris toimub ka sümposium «Varaealise lapse tervisehäirete diagnoosimine». Käsitlusele tuleb kaasasündinud haiguslike muutuste varajane avastamine — geneetiline konsultatsioon, vastsündinute reanimatsiooniline ja ravimabi ning taastusravi. Korraldajad on Eesti Lastearstide Selts ja Tartu Ülikool.

Anatoli Tetsov

Eesti Arstide Jooksuklubi on tegutsenud üle kahe aasta, kuid informatsioon meie tegevuse kohta on olnud küllalt tagasihoidlik.

Ürituse algataja oli psühhiaater, spordiarst ning literaat Peeter Lasting, kelle eestvedamisel kogunes 7. juulil 1988. a. klubi loomiseks kuus Tallinna spordiarsti. Eesmärk oli mõttekaaslastega koos tegutseda ning osaleda rahvajooksudes.

Klubi tegevus on elavnunud ning liikmeskond suurenenud. Klubi peamised tegutsemise põhimõtted on järgmised.

1. Rõõmu saamine jooksmisest, osavõtt jooksuüritustest oma klubi nimel, kokkusaamine erinevais paigus üle Eesti.

2. Jooksmise propageerimine oma elu- ja töökohas, uute liikmete värbamine.

3. Kõigile jooksjatele arstiabi andmine.

4. Sõprussidemete arendamine Eesti ja välismaa kolleegidega — jooksjatega.

5. Klubi liikmete vastastikune toetamine ja erialase abi osutamine.

6. Klubi liige ei suitseta, tema eluviis on kõigiti tervislik.

7. Klubi liikmete põhidistants on 10 km, veteraanidel 5 km.

Sellise lipukirja alla on kogunenud 16 arsti üle Eesti: Anu Borkmann — Eesti Spordimeditsiini Keskuse arst, Vahur Hollo — A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku traumatoloog, Sirje Kiisküla — Rakvere Haigla anesthesioloog, Kuulo Kutsar — E. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilise Instituudi dotsent, Peeter Lasting — Tallinna spordiarst ja psühhiaater, Öie Malmberg — Rakvere stomatoloog, Siiri-Mai Mäenurm — Tallinna stomatoloog, Jaan Olari — Jõgeva psühhiaater, Jüri Stukolkin — Tallinna lasteortopeed, Ene Tambik — Rakvere anesthesioloog, Arvi Tühis — Rakvere kirurg, Lea Vahter — Keila terapeut, Rein Vahter — Võru sanitaararst, Juta Virkepuu — Keila terapeut, Vassili Zagura — Kiviõli kirurg.

Arstide jooksuklubi sümboolika on loomisel. Tulevikus, liikmete arvu suurenemise korral, hakkavad arstide jooksuklubid tegutsema regioonide kaupa.

1990. aasta sügisel on klubi liikmed kaasa teinud Subaru jooksul, «Rahva Hääle» rahvajooksul, Helsingi pealinnajooksul, Rakvere rahvajooksul jne.

Juhul, kui soovite astuda Eesti Arstide Jooksuklubisse, teatage oma soovist kirjalikult aadressil Tallinn, 200 001 Tõnismägi 5-a, A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku, dr. Vahur Hollo. Samal aadressil saatke ka klubi aastamaks 10 rubla. Sellest rahast läheb osa Eesti Jooksuklubi Liidule, 2.20 maksab ajakiri «Jooksja», osa rahast läheb jooksuvõistluste auhindadeks.

Kui kõik eelöeldu tundub Teile huvitav ja kaasalöömisväärne, võtke ühendust!

Eesti Arstide Jooksuklubi president
Vahur Hollo

Esimestest Eesti tervise- ja rahvaspordipäevadest «Terve ja sportlik Eestimaa» osavõtjate pöördumine

Kallid kaasmaalased!

Me oleme sündinud olema õnnelikud, me oleme sündinud olema terved.

50 aastat okupatsioonivõimu on lagastanud Eestimaa looduse ning laostanud majanduse, rahva tervise ja hinge. Kuuendik Eestimaa rahvast on krooniliselt haige, haigestumine suureneb, eluiga lüheneb. Eestis on laste suremus üle kahe korra suurem kui Soomes või Rootsis. Süveneb eesti laste ja noorte aktseleeratsioon. Me oleme genokatastroofi äärel.

Eestimaalaste tervis on väärtustamata. Haigus ja varajane surm toovad suurt sotsiaalset ning materiaalset kahju. Praeguses ühiskonnas on soodne haige olla, sest keskmine töötasu makstakse kinni. Aga pikaajaline tervis ja kõrge eluiga, kestev töövõime? Miks nende, ülimalt elujaatavate inimomaduste stimuleerimiseks puuduvad autoriteetne ühiskondlik arvamus ja seadusandlus?

Teadlased on selgitanud, et inimese tervis sõltub 10 protsenti ravi tasemest, 90 protsenti aga ökoloogilistest teguritest, liikumisest ja kehalisest koormusest ning enese eest hoolitsemisest. Tervise hoidmise ning tugevdamise üldtunnustatud vahendid on liikumine ja karastamine, kehaline kasvatus, kehakultuur ja rahvasport. Kas aga teame, kui palju inimesi hommikuti võimleb või jookseb? Vaevalt! Kui vaadata tühje parke, staadione, väljakuid, saale ja ujulaid, siis pigem, kahju küll, üks harrastaja tuhande sabasseisja kohta.

Amortiseerunud on tervise- ja rahvaspordiliikumise materiaalne baas, risustunud on puhkemajandus. Kehakultuuri ja sporti finantseeritakse vaid 0,36 protsendi ulatuses rahvatulust. Tervistus- ja spordirajatised, millest enamik on räämas, suudaksid rahuldada vaid ühe neljandiku Eesti elanike vajadusest. Ei rahulda turismi- ja spordikaupade sortiment, kvaliteet ega kättesaadavus.

Kõik me tahame olla terved, töökad ja sportlikud ning kaua elada. Eestimaa rahva tervis on rahvuslik väärtus ja riigi rikkus.

Otsustasime alustada Eesti tervise- ja rahvaspordiliikumist «Terve ja sportlik Eestimaa» ning kutsume kõiki eestimaalasi selles osalema. Tulge parkidesse ja supelrandadesse, staadionidele ja väljakutele, võimlatesse ja ujulatesse sellistena nagu olete. Hoidke ja tugevdage oma suurimat elurikkust — tervist!

Peame teadlaste kohuseks tervistusfilosoofia ja -õpetuse aluste kohest väljatöötamist ning kirjasutamist evitamaks terveid eluviise perekondades, laste- ja õppeasutustes, töö-, elu- ja puhkekohades.

Peame vajalikuks mõjukat tervisepropagandat ajakirjanduses, televisioonis ja raadios, üle-eestilise perioodilise dispanseerimise, tervistustestide ja -kursuste ning tervistuskaartide süsteemi loomist, kõigi juhtide, õpetajate, arstide ning kehakultuuritöötajate aktiivsust ja eeskuju.

Nõuame seadus- ja tööandjatel eestimaalaste tervise väärtustamist, ajutise töövõimetuse vastu peetava võitluse aktiveerimist, tervete töötajate materiaalset stimuleerimist, seadusandlike aktide vastuvõtmist.

Protesteerime tervistus-, rahvaspordi- ja spordiorganisatsioonide, -ettevõtete ja -rajatiste, sponsorite poolt tervise-, rahvaspordi- ja spordiüritusteks ning -ehitusteks eraldatud raha, samuti turismi- ja spordikaupade tootjate maksustamise vastu. Vastupidi: taotleme Eestimaa linnade, maakondade, valdade ja ettevõtete eelarvetest tervistus- ja rahvaspordiliikumise ning saavutusspordi hädavajalikkude finantseerimist.

Peame valdajate otseseks ülesandeks puhkemajanduse risustatud objektide (metsa-, jooksu-, suusa- ja jalgrattaradade, supelrandade ja -paikade, saunade, turismi- ja tervistusbaaside) heakorastamist.

Alustame võitlust olemasolevate tervistus- ja spordirajatiste otstarbeka kasutamise ning heakorastamise eest. Nüüdisaegse tervistu rajamine olgu iga munitsipaalorgani, lasteasutuse, kooli, ettevõtte, majandi ning nende juhtide tähtsaim ülesanne!

Peame III Eesti mängude (22. .27. VI 1992 Tallinn) taaskorraldamist ja I Läänemere maade mängude (22. VI. .3. VII 1993 Tallinn) esmakorraldamist rahvuslikeks suurüritusteks. Selleks palume Eestimaa elanike osavõttu, kodanikeühenduste, võimu- ja valitsemisorganite toetust ning kaasabi.

Toetame Eesti Olümpiakomitee esindajate peatseid läbirääkimisi Rahvusvahelise Olümpiakomitee presidendiga ning ootame Eesti Vabariigi

rahvusvõistkonna osatõttu Barcelona olümpiamängudest.

Austatud riigijuht härra Arnold Rüütel!

Austatud valitsusjuht härra Edgar Savisaar!

Lugupeetud rahvasaadikud ja ministrid!

Eesti rahvas ootab vabadust, oma rahvusvabariigi taasiseseisvumist, kasulikku ja hästi tasustatud tööd, tervislikku toitu, tugevat tervist ja pikka iga ning rahvuslikke suurüritusi — innustavaid laulupidusid ja spordimänge. Toetame Teid ja ootame tulemusrikkaid tegusid!

Vaba, iseseisva, tööka, terve ja sportliku Eesti-maa eest!

Pöördumise võttis olümpiavõitja Ants Antsoni ettepanekul vastu 1500 inimest Elva-päevade lõpetamisel 12. augustil 1990.

Eesti teadlaste publikatsioonid välismaal

Priimägi, L. S. Interferon inducers in the prevention of influenza and other acute respiratory diseases. — *Sov. Med. Rev. E. Virol.*, 1989, 3, p. 147—162.

Eesti teadlaste lõpetatud uurimusi

Комплексная гигиеническая оценка загрязнения окружающей среды и изучение состояния здоровья некоторых групп населения в городах Таллинн и Нарва Эстонской ССР (отчет). Научно-исследовательский институт профилактической медицины МЗ ЭССР. Этлин С. Н., Редько Л. А., Лахонина Г. М., Мадоян А. Г., Мерсопян А. Ю., Поваров А. В., Лукошкина О. А., Зубко Г. П. Таллинн, 1989. 98 с.

Атмосферный воздух, питьевая вода, неорганические и органические соединения, микроэлементы, двуокись кремния, специфические функции женского организма, профессиональные вредности, курение, развитие детей до года, заболеваемость детского населения, биотестирование, инфузории, механизмы действия веществ, спирты, кетоны.

Атмосферный воздух городов Таллинн и Нарва диффузно загрязнен широким спектром неорганических и органических веществ. На уровень загрязнения атмосферы большое влияние оказывают неблагоприятные направления ветра. В г. Таллинне перечень контролируемых веществ целесообразно дополнить нафталином, этилбензолом, ацетофеноном. Пыль, отобранная в г. Таллинне, содержит от 20 до 70% двуокси кремния. Питьевая вода г. Таллинна содержит повышенное количество железа.

Установлены отклонения в течении беременности и родов, менструальной функции женщин, а также повышенная заболеваемость детей, связанные с районом проживания. Профессиональные вредности и курение оказывают влияние на состояние новорожденных и менструальную функцию женщин. В районах исследования выявлены некоторые особенности развития детей до года, которые связаны не только с загрязнением внешней среды, но и, видимо, с социально-экономическими факторами.

Результаты изучения влияния спиртов и кетонов на биохимические показатели инфузорий позволяют сделать заключение о возможности использования биологических тест-объектов при определении токсичности веществ и механизмов их действия.

Изучение вирусного загрязнения и его косвенных показателей (колифагов) для оценки эпидбезопасности воды в условиях Эстонской ССР (отчет). Научно-исследовательский институт профилактической медицины МЗ ЭССР. Леесмент Л. К., Рауд Р. А., Амитина Н. Н., Котова М. А. Таллинн, 1989, 50 с.

Энтеровирусы, колифаги, вирусное загрязнение воды.

Объектами исследования являлись сточная вода, поверхностная рекреационная вода и питьевая вода.

Целью работы было изучить некоторые методические подходы для повышения возможностей выделения энтеротропных вирусов из проб воды разных водных объектов; определить источники загрязнения энтеротропными вирусами воды и выяснить механизмы распространения (циркуляции) названных вирусов водным путем в Эстонии, а также установить адекватность применения косвенных показателей (колифагов) в отношении выявления вирусного загрязнения.

В рамках проведенной работы параллельно была изучена загрязненность энтеротропными вирусами сточных вод, воды поверхностных водоемов и питьевой воды; определен механизм распространения (циркуляции) энтеротропных вирусов водным путем в республике; показана возможность использования в качестве модели вакцинных штаммов вирусов полиомиелита для доказательства распространения водным путем энтеротропных вирусов в наших условиях.

Установлено, что инаодсорбционный метод позволяет обнаружить энтеротропные вирусы в незначительно загрязненной воде и даже в питьевой воде. Это расширяет возможности эпиднадзора, улучшая качество контроля воды, а также оказывая помощь в расшифровке миграции вирусов через воду.

Изучение экологии арбовирусов на островах и некоторых закономерностей циркуляции энтеровирусов в Эстонской ССР (отчет). Научно-исследовательский институт профилактической медицины МЗ ЭССР. Василенко В. А., Сарап В. Р., Палмеос С. Ю., Антонова С. В., Иванова Т. С., Чумак-Жунь Н. Ф., Старкова Л. Л., Теасте М. А. Таллинн, 1989. 57 с.

Экология, природный очаг, вирус клещевого энцефалита, вирус Синдбис, мелкие млекопитающие, антитела, клещи-переносчики, комары-переносчики, заболеваемость, этиология, энтеровирусы.

Для изучения экологии арбовирусов, переносимых клещами и комарами, на островах Западно-Эстонского архипелага вирусологически было исследовано 3696 клещей, 29960 комаров, органы от 120 особей перелетных птиц и 486 мелких млекопитающих. Серологически было изучено 2606 сывороток различного происхождения: здоровых лиц, коров, мелких млекопитающих, 115 проб крови от перелетных птиц.

Комплексное изучение собранного материала позволило установить очаги клещевого энцефалита (КЭ) на о. Сааремаа и на о. Хийумаа. Очаговость вируса клещевого энцефалита поддерживается не только за счет вирусофорности клещей, но и за счет персистенции вируса у 4 видов мелких млекопитающих. Заболеваемость клещевым энцефалитом в республике характеризуется цикличностью

в 4...5 лет. Характер эпидемиологического процесса КЭ в Эстонии определяется биологическими и экологическими характеристиками таежного и лесного (пастбищного) клещей, ареалами их распространения, а также климатическими условиями года. Эпидемиологическая значимость таежного клеща выше, чем пастбищного.

При вирусологическом исследовании птиц и комаров был изолирован вирус Синдбис и показана его связь с перелетными птицами. Циркуляция его на территории Эстонии осуществляется через комаров *Aedes*. В 1989 г. начато изучение заболеваемости ГЛПС на территории Эстонии, и в небольшом количестве случаев заболеваний гломерулонефритом и пиелонефритом показана его этиологическая роль.

Расшифровка этиологии энтеровирусных инфекций в течение 10 лет показала периодичность смены различных групп энтеровирусов как возбудителей. Был также изолирован вирус полиомиелита, вакцинный штамм.

Микробиологический анализ антибактериальной терапии гнойных и ожоговых ран (отчет). Научно-исследовательский институт профилактической медицины МЗ ЭССР. Филиппович Ю. В., Наабер В. П. Таллинн, 1989. 42 с.

Ожоговая, гнойная инфекция, качественная и количественная микробная обсемененность, местное лечение, антибиотики, химиотерапевтические препараты, поверхностно-активные антисептики.

Объектами исследования были больные с гнойной и ожоговой инфекцией, микроорганизмы, антибиотики, химиотерапевтические препараты, антисептики.

Этиологическая структура ожоговых и гнойно-воспалительных заболеваний представлена различными факультативно и условно-патогенными микроорганизмами, из которых по частоте обнаружения основным является *St.aureus*, удельный вес которого был 43,7%; грамотрицательная микрофлора показывает тенденцию в сторону увеличения. Удельный вес высеваемости *Ps.aeruginosa* значительно ниже общесоюзного показателя.

У микроорганизмов, выделенных с ожоговых ран, отмечена множественная полирезистентность к антибиотикам. Наибольший эффект лечения достигнут при помощи аминогликозидов и цефалоспоринов третьего поколения, 1%-ной мази сульфазина серебра, 0,5% хлоргексидина-биглюконата.

Качественное и количественное определение микрофлоры ожоговых ран в динамике в зависимости от глубины и площади ожога имеет большое практическое значение, дает возможность судить о тяжести патологического процесса и эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Aastasisukord (1990. a.) 488
agregatsioon

—, trombolüütiline 431
—, —, pidurdumine 433
alkoholintoksikatsioon
—, hüpotalamo-hüpfüsaar-
adrenokortikaalsüsteem
345

—, järglased 346
—, laktatsiooniperiood 345
—, rasedus 344
Allik, M. (50. sünnipäev)
405

Amolins, R. E.
—, FME '89 44

Anderson, A.
—, FME '89 37
angiograafia 330

Annus, E. (50. sünnipäev)
169

aortokoronaarne šunteeri-
mine 327
—, šunt 330

—, —, seisundi hindamine
330

apteek
—, ajalugu 130

Arak, E.
—, FME '89 41

Arpo, H.-E.
—, FME '89 18

arst
—, eesti 70

—, —, eneseteostus 376

—, —, tegevus (ajalugu)
227

—, —, —, Venemaal (aja-
lugu) 227

—, —, saatus 70
—, —, spordi- 153

—, —, —, Lääne-Berliinis
154

arstide selts
—, Eesti Akušöögüneko-
loogide (pleenum) 147,
388

—, Eesti Farmatseutide
(XXVI, väljasõidukonve-
rents) 147

—, Eesti Otorinolarüngolo-
ogide (seminar) 148

—, erialaseltsid (1989. a.,
Eestis) 146

—, foorum 385
—, —, terviseõpetus 385

—, Lääne-Eesti arstide (VII
konverents) 468

—, neuroloogide ja neuro-
kirurgide (koosolek) 149

—, Saaremaa arstide (koos-
olek) 472

—, Soome Anestesioloogide
(kevadkonverents) 387

—, Soome-Eesti kardiolo-
ogide (ühiskonverents) 298

—, Soome Pediaatrite As-
sotsiatsiooni 60. aastapäeva
(konverents) 385

—, Eesti Lastearstide Selts
467

—, —, rahvusvaheline koos-
töö 470

—, —, tegevus (1990. a.)
468

—, Tallinna Kirurgide Selts
471

—, —, koosolek 471

arstieetika
—, psühhiaatria 48

arstiteaduse ajalugu
—, Bežanitskaja, K. 223

—, —, tuberkuloosi ravi
(Tartus) 224

—, Eesti naisrohuteadlased
130

—, —, tegevus (100 a.) 130
—, Eesti Vabadussõda 217

—, —, meditsiiniteenistus
218

—, Kreenholm 396

—, —, haiglalinnak 397

—, Kuusalu, Kärkla, Lelle,
Vastseliina apteek 286

—, Lüüs, A. 220
—, —, Tartu Ülikool 221

—, —, lastehaiguste kateedri
juhataja 221

—, Punane Rist (Eesti, 1939.
aastani) 442

—, Tartu Ülikooli arstiteadus-
kond 392

—, —, psühhiaatria katee-
der 392

—, —, Vaimu- ja Närvi-
haiguste Kliinik 394

—, —, tegevus (1941—1944)
392

arutelu
—, seksuoloogiaalane 476

arütmia
—, ravi 309

—, —, etatsisiin 310
—, —, reperfusiooni- 326

Asklepiose klubi
—, «Perearst meie tervis-
hoius» 357

atesteerimine
—, arstide 211

Bežanitskaja, K.
—, elulugu 223

—, ftisiaater (esimene Tartus)
224

—, tegevus tiisikusenõuandlas
225

Blumfeldt, M.
—, FME '89 65

bronhiaalastma
—, hemodünaamika, tsent-
raalne 317

—, —, nõelravi 317

bronhiit
—, hemodünaamika, tsent-
raalne 317

—, —, nõelravi 317

deklaratsioon

—, Eesti meedikute foorumi
46

demograafia

—, andmed (1989, 1990, Eesti)
208, 237

—, —, maailma riigid (1988.
a.) 238

difuusne toksiline struuma
—, anti kehad 107

düstoonia

—, neurotsirkulatoorne 316
—, —, mittemedikamentoosne
ravi 316

Eelmäe, J. (kandidaativäite-
kiri) 215

Eerik, H. (60. sünnipäev)
404

eesnääre

—, adenomektoomia 359
—, —, infektsioon 359, 360

—, —, profülaktika 361, 362
—, —, transvesikaalne 359

«Eesti Arst»

—, aastakäigud (1941—1944)
407

—, aastapreemiad (1989. a.)
157

—, *Forum medicorum Estoniae* '89 3

—, hetkeseis 99

—, lugeja (ankeetküsitlus)
249

—, tulevik 99

Eesti Arstide Liit

—, esindajad Soomes 155

—, külalisi (Rootsi) 293
 —, Tartu Arstide Liit (2-aastane) 293
 —, volikogu koosolek 466
 —, —, kahjude hüvitamine (represseerituile) 466
 Eesti Lastekaitse Liit
 —, laste kaitse 439
 —, —, raviasutus 440
 —, «Meie lapse mured» (seminar) 156
 —, perenõuandla 239
 —, Põhjamaade standardid haiglas viibivate laste eest hoolitsemisel 439
 Eesti teadlaste lõpetatud uuri-
 musi 415, 480
 Eesti teadlaste publikatsioone
 välismaal 250, 296, 480
 Eesti Tervishoiu Muuseum
 —, tegevus 80
 Eesti Vabadussõda
 —, meditsiiniteenistus 217
 Eist, A. (60. sünnipäev) 473
 Ellamaa, A.
 —, FME '89 53
 Epler, M. (70. sünnipäev)
 247
 erütrotsüüt
 —, deformeeritavus 334
 —, nihkeresistentsus 334
 Ester, E. (70. sünnipäev)
 167
 Etlin, S. (doktoriväitekirj)
 381

Forum medicorum Estoniae
 '89 (lüh. FME '89) 3
 —, deklaratsioon 46
 —, eesti tervishoid 82
 —, —, hinnang 83
 —, korraldustoimkond 86
 —, pöördumine 47
 —, väliskülalised 76

gaaskromatograafia 194
 Gulordava, S. (1920—1989)
 174

Haavel, A.
 —, FME '89 45
 Hallaste, I.
 —, FME '89 40
 Hanso, I.
 —, FME '89 35
 hapnik
 —, utiliseerumine 316
 haridus
 —, farmatseutiline 130
 —, —, naisproviisorid 130
 —, —, Eestis 131
 —, —, tegevus 132
 hirm
 —, paaniline 265
 —, —, sündroom 267
 hüperlipideemia

—, ravi 448
 —, —, akupunktuur 448
 —, südame isheemiatõbi 333
 hüpertensioon
 —, arteriaalne 311
 —, esinemissagedus 299
 —, põhjused 299
 —, õpilased (Tallinna) 299
 hüpertooniatõbi 318
 hüpotüreos
 —, kaasasündinud 339
 —, —, diagnoosimine 340
 —, —, esinemissagedus 341
 —, —, etioloogia 339
 —, —, kliinik 340

Ilmoja, V. (Eesti Vabariigi
 tervishoiuministri esimene
 asetäitja) 295
 —, FME '89 59

IME
 —, arstiteadus 61
 —, tervishoid 56
 —, —, palgakorraldus 60
 —, —, töö 59
 inimese immuunpuudulik-
 kuse viirus (lüh. HIV)
 —, viirusekandlus 186
 —, —, avastamine 187
 —, —, kontingent 187
 —, —, uurimismeetod 187
 intrakardiaalne uuring 312
 intervjuu
 —, Aamer, Ü. (Eesti pea-
 oftalmoloog) 402
 —, Ellamaa, A. (Eesti Vaba-
 riigi tervishoiuminister)
 235
 —, Haavel, A. (Kuressaare
 Haigla kirurgiaosakonna
 juhataja) 243
 —, Ilmoja, V. (Eesti Vaba-
 riigi tervishoiuministri esi-
 mene asetäitja) 290
 —, Karetski, V. («Silma-
 mikrokirurgia» Leningradi
 filiaali II Silmakirurgia-
 osakonna juhataja) 164
 —, Kull, K. (TÜ arstiteadus-
 konna radioloogia-onkolo-
 gia kateedri dotsent)
 165
 —, Mardna, A. (85. sünni-
 päev) 242
 —, Truve, R. (Eesti Arstide
 Liidu president) 237
 ioonkromatograafia 195
 isheemiatõbi
 —, ateroskleroos 101
 —, hüperlipideemia 333
 —, populatsiooni uuring 102
 —, prognoos 333
 —, riskifaktorid 102
 —, veloergomeetria 333
 —, —, koormustest 334
 Itra, A. (50. sünnipäev) 168

joogivesi
 —, Tallinna 419
 —, —, epidemioloogiline ohu-
 tus 420
 —, —, kloroformisisaldus
 419, 420, 421
 —, —, osoonimine 421
 jookuklubi 478
 jumalateenistus
 —, tervishoiutöötajale 176
 juriidiline nõuanne
 —, kohakaaslus 250, 405
 Jöeste, E. (50. sünnipäev) 473

Kaaman, T.
 —, FME '89 41
Kaasik, A.-E.
 —, FME '89 28
Kalamees, A. (90. sünnipäev)
 403
Kalda, H. (Eesti Ülemnõukogu
 saadik) 256
Kamõnin, G. (60. sünnipäev)
 248
 kardialne hüpertensioon
 —, arengumehhanismid 112
 —, diagnoosimine 114
 —, kliinilised tunnused 113
 —, tekkepõhjused 112
 kardiostimulatsioon
 —, arteriaalne 308
 —, ventrikulaarne 308
 —, —, hemodünaamiline
 efekt 309
Karu, L.
 —, Eesti Tervishoiu Arendus-
 keskuse juhataja 295
 —, FME '89 7
Keres, L.
 —, TÜ arstiteaduskonna pe-
 diaatria kateedri dotsent
 (50. tööaasta) 252
 keskkond
 —, saastatus 194
 —, —, keemiline kontroll
 195
Kibe, O.
 —, FME '89 68
 kirjanduse tutvustus
 —, A. Levin «Vastsündinute
 statsionaar» 406
Kirotar, L. (80. sünnipäev)
 167
 kirurg
 —, kardiovaskulaarsüsteem
 313
 —, —, funktsionaalne seisund
 313
 —, —, psühhovegetatiivne
 regulatsioon (operatsiooni
 ajal) 313
 kokkutulek
 —, füsioterapeutide ja kuror-
 tooloogide (IX üleliiduline)
 139

- kongress
- , akušöörgünekoloogide (Baltimaade, planeeritud 1991. a.) 477
 - , «Antropoloogia ja pediaatria» (rahvusvaheline) 143
 - , inimese ökoloogia alane (III rahvusvaheline) 455
 - , kardioloogide (XI ülemaailmne) 389
 - , kirurgide (III vabariiklik, planeeritud 1991. a.) 477
 - , —, neurokirurgide (V Balti vabariikide) 290
 - , «Noorus, vaba aeg ja kehaline aktiivsus» (rahvusvaheline) 390
 - , patofüsioloogide (IV üleliiduline) 139
- kontrastventrikulograafia 327
- konverents
- , *Campylobacter pylori* Euroopa uurimisrühma (II) 141
 - , «Eesti noorsoo areng ja tervis» (vabariiklik, planeeritud 1991. a.) 477
 - , «Eestimaa noor, ole terve, tark ja kaunis» 136
 - , Eesti Sanitaartöötajate Seltsi (XXXVI Eesti) 455
 - , gastroenteroloogia- 455
 - , glaukoomi- (rahvusvaheline) 450
 - , kardioloogide (Soome, Eesti) 298
 - , kosmosebioloogia ja avio-kosmilise meditsiini (IX üleliiduline) 391
 - , kriisiravi (psüühiline) (I rahvusvaheline) 391
 - , «Kromatograafia rakendamine keskkonnakaitses ja toiduainete analüüsimisel» 230
 - , lastekirurgide (üleliiduline, planeeritud 1991. a.) 477
 - , «Modernne elu ja tervise keel» (XIV ülemaailmne, planeeritud 1991. a.) 477
 - , «Onkofetaalsed antigeenid ja nende kliiniline rakendamine» (XVIII rahvusvaheline) 456
 - , onkoloogide (VII Leedu, Läti, Eesti) 231
 - , pediaatrite assotsiatsiooni (Soome, 60. aastapäeva) 385
 - , suitsidoloogia (üleliiduline) 289
 - , Tartu Ülikooli Ajaloomuseumi IX teadusses-
- sioon 230
- , «Toitumine ja tervis» (vabariiklik, planeeritud 1991. a.) 477
- koronaararter
- , vasak 327
 - , —, peatüve kahjustus 327
- koronaarangioplastika 328
- , angiograafia 329
 - , —, hilistulemused 329
 - , perkutaanne translumi-naalne 332
- Kostabi, E. (60. sünnipäev) 168
- Krigul, E. (70. sünnipäev) 403
- kronenergia 201
- kronesteesia 201
- kronokineetika 201
- kronotoksikoloogia 201
- Körge, K. (1913—1989) 173
- , FME '89 23
- Käbin, I.
- , FME '89 34
- Kööbi, U.
- , FME '89 56
 - , (50. sünnipäev) 168
- Laan, I. (70. sünnipäev) 167
- lapsed
- , haiglaravi 439
 - , —, hoolitsus 439
 - , —, Põhjamaade standard 439
- lehterrind
- , etioloogia 181
 - , Moiré fotograafia 182
 - , ravi 181
 - , —, kriteeriumid 181
- Lind, A. (1927—1989) 173
- lipiidid
- , antioksidandid 116, 197
 - , —, VAO 198
 - , —, LAO 198
 - , biostruktuuride kahjustus 116
 - , peroksüdatsioon 11, 197
 - , —, määramismeetodid 115
- Lippmaa, E.
- , FME '89 14
- Loogna, N. (60. sünnipäev) 292
- Lowni klassifikatsioon 326
- Luige, P. (70. sünnipäev) 472
- Lüüs, A.
- , Tartu Ülikool 220
 - , —, lastehaiguste kateeder 220
 - , —, lastehaiguste õpetamine 221
- magu
- , haigused 205
 - , kirurgia 204
- mao-ähk
- , alkohol 357
 - , haigestumus 357
 - , —, Tallinn (1978—1982) 356
 - , —, Tartu (1978—1982) 356
 - , —, sooline jaotumus 358
 - , —, ealine jaotumus 358
- Markovits, L.
- , FME '89 80
- meditsiinikool
- , 1990. a. lõpetajad (Kohtla-Järve) 384
 - , —, (Tallinn) 215, 382
 - , —, (Tartu) 215, 384
- meditsiinikorraldus
- , Saksamaa Liitvabariik 248
- Meri, L.
- , FME '89 8
- Merila-Lattik, H.
- , FME '89 70
- mesenteriaalarter
- , tromboos 435
 - , —, kirurgiline ravi 436
- Metsa, E.-M. (50. sünnipäev) 473
- Männi, R. (kandidaadiväite-kiri) 216
- Männiste, J.
- , FME '89
- müokard
- , infektsioosne kahjustus 315
 - , —, fagotsüüdid 315
 - , —, funktsionaalne seisund 315
- müokardiinfarkt
- , esinemissagedus (1989. a. Tallinn) 321
 - , käivitumismehhanism 446
 - , letaalsus 322
 - , ravi 324, 326, 331
 - , —, hilistulemused 331
 - , —, trombolüüs 331
 - , rütmihäire 326
 - , äge 321, 324, 326, 431
 - , äkksurm 324
- müra
- , kahjustav toime 65
- nakkushaigused
- , esinemissagedus 129, 210
 - , —, Eesti 129, 210
 - , —, —, 1989. a. 129
 - , —, —, 1990. a. 210
 - , registreerimine 380
 - , —, Eesti (1990. a., II kv.) 380
- neuroloog
- , töö 127
 - , —, polikliinik 127
- nitraadid
- , endogeenne süntees 422

- , sisaldus 422
 —, —, köögivilid 423
 —, —, sülg 423
 —, —, uriin 423
 nitritid
 —, sisaldus 422
 —, —, köögivilid 423
 —, —, sülg 424
 Noor, H.
 —, FME '89 43
 Novohatski, A. (Eesti Ülem-
 nõukogu saadik) 256
 Nuimäe, P.-R. (1926—1990)
 414
 Nõu, E.
 —, FME '89 82
 Nymann, L.-R. (1939—1990)
 414
 Palo, E. (50. sünnipäev) 405
 peajaajak
 —, paljundamine 342
 peaspetsialist
 —, vajalikkus (mõttevahetus)
 125, 126, 230
 —, tingportree 123
 peavalu
 —, klassifikatsioon 367
 —, —, idiopaatiline 367
 —, —, patogenees 369
 —, —, ravi 370
 Pedak, V. (1908—1989) 175
 peensool
 —, gangreen 435
 —, —, kirurgiline ravi 436
 Pert, V. (50. sünnipäev)
 248
 pleenum
 —, reumatoloogide seltsi ju-
 hatuse ja reumatoloogia
 probleemikomisjoni (üle-
 liiduline, laiendatud) 232
 poliomüeliidiviirus
 —, Eesti 110
 —, keskkonna saastatus 110
 —, roovee uuringud 109
 poliomüeliit 108
 psüühiaatria
 —, eetika 48
 —, Havai deklaratsioon 48
 —, kuritarvitamine 48
 —, —, vastane võitlus 52
 Punase Risti Selts
 —, Rootsi 256
 —, —, tegevus 256
 —, Soome 255
 —, —, tegevus 255
 —, —, Henri-päevad (esi-
 mene) 477
 —, —, noorsoofestival 477
 punetised
 —, immuunsus 343
 —, —, rasedad 343
 —, —, õpilased 343
 —, —, —, puberteediaalsed
 343
 põletushaigus
 —, etioloogia 350
 —, surma põhjused 351
 —, tüsistused 350
 —, —, vältimine 350
 põletustrauma
 —, põhjused 349
 —, lapsed 349
 Päi, L. (70. sünnipäev) 247
 pärgarter
 —, hulgiestenoos 328
 —, —, mitmikdilatatsioon
 328
 pöördumine
 —, kogu maailma heataht-
 like inimeste poole 472
 —, «Terve ja sportlik Eesti-
 maa» osavõtjate poole 479
 —, Läänemere maade laste-
 arstide poole 470
 —, —, valitsuste poole 470
 Raal, A. (kandidaadiväitekiri)
 135
 radioloogia
 —, -alane väljaõpe 150
 —, —, Florida 150
 Rajang, A. (50. sünnipäev)
 473
 rahhiit
 —, D-vitamiinivaegus- 427
 —, diagnoosimine 428
 —, —, röntgen- 429
 —, uurimismeetodid 428
 rahvameditsiin
 —, Hiina 445
 —, ravimtaimed 119
 —, —, folkloorne andmestik
 119
 —, —, klassifikatsioon 121
 rahvastik
 —, Eesti 328
 —, —, liikumine 378
 Raudam, E. (75. sünnipäev)
 246
 Raudsepp, J.
 —, FME '89 4
 register
 —, aine- (1990. a.) 482
 —, autori- (1990. a.) 487
 reoklusioon
 —, koronaararter 431
 —, —, rekanaliseerimine
 432, 434
 —, —, —, trombolüütiline
 432
 —, profülaktika 432
 —, —, medikamentoosne
 432, 433
 —, —, —, hepariin 431
 Roose, M. (50. sünnipäev)
 292
 Rosin, H. (70. sünnipäev)
 167
 Russak, S. (60. sünnipäev)
 168
 Saar, Z. (75. sünnipäev) 291
 Saarma, V. (70. sünnipäev)
 167
 Saarnok, E. (60. sünnipäev)
 168
 —, (1930—1990) 415
 Safra, M. (70. sünnipäev)
 247
 Saks, V.
 —, kardioloog 474
 —, tegevus 474
 —, —, kardioloogiakeskus
 (üleliiduline) 474
 —, —, välisidemed 475
 Saksamaa Liitvabariik
 —, meditsiinikorraldus (reisi-
 kiri) 240
 Seedre, T.
 —, avastuse autor (stomato-
 loogia) 235
 seminar
 —, geriaatrite (vabariiklik)
 137
 —, «Enesetappude ennetami-
 se võimalused» 143
 —, mikroobivastane ravi
 (rahvusvaheline) 142
 —, muusikateraapia ja muu-
 sika eripedagoogika komis-
 jon (II rahvusvaheline)
 453
 —, noorte meditsiinigeneeti-
 kute (V üleliiduline) 140
 —, spordiarstide (vabariik-
 lik) 137
 —, tervisekasvatuse (Soome-
 Eesti) 454
 siinussõlme nõrkuse sünd-
 room 308
 Sinisalu, V. (50. sünnipäev)
 292
 stenokardia
 — ravi (Hiinas) 448
 —, —, akupunktuur 448
 struuma
 —, difuusne toksiline 106
 —, —, autoantikehad 106
 —, —, humoraalne immuun-
 sus 106
 —, —, rakuline immuunsus
 107
 Subi, K. (60. sünnipäev) 404
 Subi, V. (60. sünnipäev)
 472
 suhkurtõbi
 —, insuliinisõltuv 179
 —, haigestumus 179
 —, —, register 179
 suitsiid
 —, levik (Eesti) 425
 —, —, dünaamika 426
 —, —, sotsiaalne tagapõhi
 426
 Sulling, T. (50. sünnipäev,
 «Toomas Sullingu feno-
 men») 244

- Sööt, A. (kandidaadiväite-
kiri) 216
- Sööt, J. (1935—1989) 172
- süda
- , hüperkineetiline 311
 - südameindeks 316
 - südame isheemiatöbi
 - , epidemioloogia 320
 - , mehed 319, 320
 - , riskifaktorid 319, 320
 - , toitumine 319
 - , Hiinas 445
 - , —, diagnoosimine 446
 - , —, esinemissagedus 445
 - , —, ravi 446
 - , —, suremus 446
 - , —, Hiina traditsiooniline
meditsiin 445
 - südameklapirike
 - , koronarograafia 312
 - , omandatud 312
 - südamelihasebend
 - , ealine jaotumus 353
 - , esinemissagedus 353
 - , letaalsus 353
 - , sooline jaotumus 353
 - , tüsistus 353
 - , —, infarkt 354
 - südamerike
 - , kaasasündinud (lapsed)
301, 307
 - , —, kirurgiline ravi 302
 - , —, hilistulemused 302
 - , —, siinussõlme funktsioo-
ni hindamine 307
 - , —, transsofageaalne
uuring 308
 - südamevatsake
 - , vaheseina defekt 300
 - , —, diagnoosimine 300
 - , —, ravi 301
 - , —, väikelaps 300
 - , vasak 318
 - , —, hüpertroofia 318
 - , —, düsfunktsioon 326
 - sümposion
 - , Eesti-Ungari 137
 - , «Inimene kosmoses» (VII
rahvusvaheline) 140
 - , «Kantserogeensed N-
nitrosoühendid ja nende
prekursorid — moodustu-
mine ja määramine ümbritse-
vas keskkonnas» (VII üle-
liiduline) 289
 - , «Pea- ja kaelakasvajad»
(planeeritud 1991. a.) 447
 - , suu- ja näo-lõualuude-
kirurgia (rahvusvaheline)
390
 - , südame isheemiatöve pro-
fülakтика (üleliiduline)
135
 - , sünnitusabi- (II Eesti-
Soome) 452
 - , «Varaalse lapse tervise-
häirete diagnoosimine»
(planeeritud 1991. a.) 478
 - šundiangiograafia
 - , operatsioonijärgne 330
 - , —, korduv 230
 - tahhükardia
 - , paroksüsmaalne supra-
ventrikulaarne 309
 - Tallinna Vabariiklik Psühho-
neuroloogiahaigla
 - , ravikorpus 157
 - Tartu Linna Sanitaar- ja Epi-
demioloogiajaam
 - , praktiline tegevus 194
 - , teaduslik tegevus 195
 - , uurimismeetodid 195
 - Tartu Ülikool
 - , eestikeelne (70. aastapäev)
254
 - , arstiteaduskond 170
 - , —, arstiteaduskonna päev
(XIV) 170
 - , —, dermatoloogia ja ve-
neroloogia kateeder (70-
aastane) 133
 - , —, lõpetajad (1990. a.)
382
 - , —, nõukogu koosolek
170, 171, 253
 - , —, nõukogu otsused 169
 - , —, nägemise tervishoiu
laboratoorium (15-aastane)
400
 - , —, stomatoloogia katee-
der (50-aastane) 228
 - , —, teaduskutsed 171
 - , —, väliskomandeeringud
171, 172, 252, 253, 254,
476
 - , —, väliskülalised 171
 - , —, välislepingud 254
 - , —, õppeplaani projekt
171
 - Tehver, J. (1900—1990) 294
 - terviseajakiri
 - , populaarteaduslik 154
 - , —, vajalikkus (Eesti)
154
 - tervishoid
 - , andmed (1989, Eesti)
209
 - tervishoiuministerium
 - , kolleegiumi istung 175
 - tervishoiuosakond
 - , nõupidamine (kuulde-
aparaatide jaotamine) 176
 - tervishoiutöötajate ameti-
ühingus 256, 296
 - Tikerpää, E.
 - , Riikliku Teadusliku Me-
ditsiiniiraamatukogu välja-
annete kujundaja 162
 - transsofageaalne uuring
308, 309
 - tsöliaakia
 - , antikehad 365
 - , —, gladiini- 365
 - , —, retikuliini- 365
 - , diagnoosimine 365
 - , etioloogia 364
 - , kliiniline pilt 364
 - , patogenees 363, 364
 - Ugandi, U.
 - , FME '89 42
 - , Eesti Ülemnõukogu saa-
dik 256
 - Vahing, V. (50. sünnipäev)
248
 - Vahter, H. (70. sünnipäev)
246
 - Vaino, A. (1928—1990) 413
 - Vassilenko, V. (60. sünnipäev)
404
 - Veisserik, S. (1901—1990)
251
 - veloergomeetria
 - , koormustest 333
 - , terved 333
 - viirus
 - , inhibiitor 372
 - , —, mitspetsiifiline 372
 - , —, toimemehhanism 372
 - , paljunemine 373
 - , peremeesorganism 374,
375
 - viirushepatiit
 - , elanike teadmised 212
 - , terviseõpetus 213
 - vitaminiseerimine
 - , profülaktiline 183
 - Volt, K. (50. sünnipäev) 292
 - vähktöbi
 - , elulemus 189
 - , vähiregister 189
 - Välis-Eesti
 - , arstiteadlased 159
 - , —, lühibiograafiad (1944
—1983) 159, 233
 - , arstid (Rootsis) 68
 - Värnik, A.
 - , FME '89 43
 - õpilased
 - , haigestumus 183
 - , hüpertensioon 299
 - , kehaline areng 185
 - äkkisurm
 - , lapsed 306
 - , põhjused 306
 - , —, Romano-Wardi sünd-
room 306
 - , teke 323
 - , elustamine 323
 - , prognoosimine 323
 - üliõpilased
 - , alkohol 156

Autoriregister 1990

- Aamer, Ü. 283, 402, 450
Aareleid, T. 189
Abina, J. 101
Adojaan, B. 179
Allikmets, L. 169
Altraja, E. 312
Amolins, R. E. 44
Anderson, A. 37, 48
Annus, E. 153
Arak, E. 41, 135
Aro, T. 300
Arpo, H.-E. 18
Arro, G. 223
Bauman, K. 318
Birk, K. 381
Birkenfeldt, R. 232
Blumfeldt, M. 65
Boston, L. 220, 427
Brin, V. 367
Brus, H. 157
Butova, O. 344
Drževetskaja, I. 344
Edala, A. 212
Eha, J. 146, 298, 324, 328,
329, 330
Einre, L. 181, 282
Ellamaa, A. 53, 125
Elšteín, N. 137
Etlín, S. 455
Galperina, T. 101
Golubkina, T. 186
Gutman, M. 313
Gustavson, H. 286, 442
Haavel, A. 45, 435, 468, 472
Haavel, H. 435
Hallaste, I. 40
Halling, T. 106
Hanso, I. 35
Hanson, H. 320
Hanstein, S. 64
Hermlin, T. 312
Hollo, V. 478
Ilmoja, V. 59
Innos, S. 147, 388, 452
Jaagus, H. 313
Jannus, A. 356, 419
Jeremejev, B. 334
Juhansoo, T. 302
Juil, T. 359
Jõgi, R. 356
Järvekülg, L. 106
Jüriimäe, T. 390
Kaaman, T. 41
Kaasik, A.-E. 28, 216, 367
Kaasikmäe, L. 147
Kaha, T. 349
Kaik, J. 307, 309, 389
Kala, E. 283
Kalikova, N. 376
Kalits, I. 179
Kaljundi, J. 396
Kalkun, M. 307
Kalnin, V. 230
Kals, A. 254
Kann, E. 422
Karelson, E. 115, 197, 271
Karu, E. 392
Karu, L. 7
Karusoo, J. 317
Kaude, J. 150
Kelk, J. 240
Kibe, O. 68
Kivilo, M. 154
Kleitsman, S. 301
Kliiman, A. 300
Koger, O. 363
Koha, R. 259
Kokk, H. 204, 230
Kolk, R. 308
Kolle, R. 256
Koort, I. 353
Koppel, J. 130
Korhonen, H. 319
Kullus, R. 311, 316, 333
Kutsar, K. 159, 164, 217, 233,
237, 249, 407, 474
Kuusk, A. 332
Kuusma, M. 256, 296
Kõrge, K. 23
Käbin, I. 34
Kõbas, I. 300
Kööbi, T. 317
Kööbi, U. 56
Laan, M. 299, 306
Laane, E. 311, 316, 333
Laane, P. 333
Laanoja, J. 328, 329, 330
Lainevee, E. 175, 295
Lainevee, T. 155
Laks, T. 321, 353, 431
Laos, V. 3, 159, 216, 233, 235,
242, 457
Laursoo, M. 149
Leesment, L. 108
Leibur, E. 144, 253, 390
Lemming, L. 186
Lenzner, A. 140, 142, 391, 476
Lettens, P. 101, 319
Lindström, S. 293
Lintsi, M. 318
Lippmaa, E. 14
Lond, E. 455
Loodus, R. 162
Loog, A. 327
Loogna, G. 289
Luha, O. 330
Luiga, E. 299
Luts, A. 148
Luts, M.-M. 283
Lõvi-Kalnin, M. 228, 235
Maaroos, H.-I. 144
Mahhotina, V. 309
Maiste, E. 320
Malbe, R. 208, 378, 437
Mandel, E. 204
Margna, L. 194
Markovitš, L. 80, 295
Maslakova, L. 301
Mehilane, L. 265
Meikas, U. 250, 405
Meren, T. 327
Meri, L. 8
Merila-Lattik, H. 70
Merisalu, E. 139
Mesikepp, A. 323, 332
Mesila, A. 311, 316
Mesimaa, E. 317
Mikelsaar, R. 339
Mikkel, M. 312
Mitt, K. 275
Männiste, J. 61, 123, 129, 211
Märtin, J. 108, 186, 210, 380
Neilin, K. 101
Noodla, S. 315
Noor, H. 43
Nõu, E. 82
Olferjev, A. 101
Otter, M. 130, 201
Paapstel, A. 327
Panov, A. 400
Papp, M. 252
Paumets, M. 332
Paves, A. 302
Peeba, M. 328, 329, 330
Pietinen, P. 319
Pihu, M. 318
Pilv, I. 281, 454
Pilv, S. 313
Planken, Ü. 331
Podar, T. 179
Pokk, T. 311, 316, 333
Priimägi, L. 108, 186, 263
Purde, M. 231
Puusaar, N. 212
Raal, A. 119
Rahu, M. 189
Rannamäe, R. 212
Raud, R. 108
Raudsepp, J. 4
Raukas, M. 332
Rebane, T. 328, 329, 330
Remmel, R. 309
Riikjärv, M.-A. 211
Riiv, J. 244
Romašenko, L. 343
Rooma, M. 422
Rootsmäe, L. 194
Rosenthal, A. 331
Ruga, V. 311
Saar, T. 300
Saare, H. 137
Saava, M. 101
Saks, K. 138, 311, 315, 316,
333
Salo, M. 387
Samarütel, J. 308
Sander, V. 281
Sarap, V. 108
Saretok, S. 300
Schmuul, I. 477
Serka, T. 328, 329, 330
Siirak, V. 176
Solodkaja, E. 101, 319
Soom, T. 176

Subi, K. 372
 Suija, R. 316
 Sulling, T.-A. 327
 Suurorg, L. 299, 301, 307
 Särev, T. 326
 Zahharov, S. 334
 Zilmer, M. 115, 197, 271
 Zupping, R. 127, 265, 290, 378
 Zverjeva, N. 186
 Žordania, R. 140, 299
 Šipilova, T. 333
 Školnikova, M. 306
 Šor, R. 106
 Švarts, V. 143, 455
 Tagger, U. 101
 Talihärm, A. 387
 Tallo, A. 136, 476
 Tamm, L. 239, 280, 307, 385,
 406, 439, 467, 470
 Tamm, O. 99
 Tamm, S. 453
 Tammepuu, A. 419
 Tammur, R. 243
 Tarum, A. 283
 Tarum, M. 139, 155
 Teesalu, P. 479
 Teesalu, R. 293, 334, 445
 Tellmann, A. 183, 260
 Tetsov, A. 477
 Tihane, H. 359
 Tikk, A. 215
 Tomberg, E. 156
 Tomingas, J. 301
 Toomela, A. 275
 Trofimov, I. 283
 Truve, R. 126, 471
 Tur, I. 101, 299
 Türi, E. 359
 Türi, M. 359
 Ugandi, U. 42
 Uritam, M. 301
 Ustina, V. 186
 Uusküla, M. 322
 Vagur, U. 255
 Vahisalu, R. 313
 Vahter, H. 133
 Vainu, M. 309
 Valgma, K. 112
 Vallikivi, H. 349
 Vapra, A. 137
 Varik, G. 455
 Varjun, S. 313
 Vartiainen, E. 319
 Vassilenko, V. 263
 Veinberg, O. 259
 Velbri, S. 456
 Vertman, I. 309
 Vihalemm, T. 115, 197, 271
 Viigimaa, M. 334
 Viirsalu, V. 165
 Viru, A. 344
 Voitk, J. 324, 326
 Volož, O. 101, 319
 Väli, J. 300, 308, 312
 Värnik, A. 43, 143, 289, 391,
 425, 466

1990 Sisukord

Forum medicorum Estoniae '89 3
 Õpetaja Jüri Raudsepa jutlus Toomkirikus 4

TALLINNA LINNAHALLIS 5. SEPTEMBRIL 1989 ESITATUD KÕNED JA ETTEKANDED

Eesti Arstide Liidu president Laur Karu 7
 Kirjanik Lennart Meri 8
 Eesti Teaduste Akadeemia akadeemik Endel Lipp-
 maa 14
 Tallinna Pelgulinna Haigla osakonnajuhataja
 Heino-Enn Arpo 18
 Tartu Ülikooli professor Kuno Kõrge 23
 Tartu Ülikooli professor Ain-Elmar Kaasik 28
 Meditsiinidoktor Ilo Käbin (Rootsi) 34
 Tartu Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilane Indrek
 Hanso 35
 Stockholmi Kohtupsühhiaatria Kliiniku ülemarst
 meditsiinidoktor Ants Anderson 37
 Kadrina koguduse õpetaja Illar Hallaste 40
 Eesti Arstide Seltsi Rootsis juhatuse sekretär
 meditsiinidoktor Taavi Kaaman 41
 Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsia ka-
 teedri juhataja Elmar Arak 41
 Paide Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja
 Uno Ugandi 42
 Tartu Kliinilise Haigla toksikoloog Heino Noor 43
 Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla
 kohtupsühhiaatria ekspert Airi Värnik 43
 Põhja-Ameerika Eesti Arstiteadlaste Seltsi Ka-
 nada koondise esindaja Roland Enno Amolins 44
 Saaremaa Arstide Seltsi esimees Ants Haavel 45
 Eesti meedikute foorumi deklaratsioon 46
 Pöördumine kogu maailma heatahtlike inimeste
 poole 47
 Ants Anderson — Arstietika psühhiaatrias 48

TALLINNA KIIRABIHAIGLAS 6. SEPTEMBRIL 1989 TOIMUNUD ARUTELU «MEDITSIINI ISE- MAJANDAVAS EESTIS»

Eesti Arstide Liidu asepresident Andres Ellamaa —
 Kas Eesti sotsiaalpoliitika muutub? 53
 Tartu Kliinilise Haigla peaarst Urmo Kõöbi —
 Tervishoid ja IME 56
 Tallinna Pelgulinna Haigla peaarst Vello Ilmoja —
 Tervishoiuasutuste töö ja palgakorraldus IME-le
 üleminekul 59
 Eesti Tervishoiuministeriumi peakirurg Jüri
 Männiste — Arstiteaduse arendamine Eestis IME
 tingimustes 61
 Siiri Hanstein — Stomatoloogid Eesti arstide
 foorumil 64
 Mall Blumfeldt — Müra kahjustav toime 65

TEADUSLIKUS MEDITSIINIRAAMATUKOGUS 8. SEPTEMBRIL 1989 MUINSUSKAITSEKLUBI «SÖLG» PIDULIKUL KOOSOLEKUL PEETUD ETTEKANDED

Kardioloog Olaf Kibe (Rootsi) — Eesti arstipere
 käekäik Rootsis 68
 Uroloog Helbe Merila-Lattik — Ülevaade Eesti
 arstide saatuse uurimise algusest 70
 Foorumist osa võtnud väliskülalised 76
 Eesti Tervishoiu Muuseumi vanemteadur Lea
 Markovitš — Eesti Tervishoiu Muuseumi tegevus 80
 Uppsala Ülikooli Kopsukliiniku ülemarst medit-
 siinidoktor Enn Nõu — Eesti tervishoid ja *Forum
 medicorum Estoniae* eesti pagulase pilgu läbi.

Muljeid ja mis saab edasi?	82	Koger, O. — Tsõliaakia lastel	363
<i>Forum medicorum Estoniae</i> '89 korraldustoim- kond	86	Laks, T. — Reeklusiooni medikamentoosne profül- laktika pärast koronaararteri trombolüütilist rekanaliseerimist	431
JUHTKIRI		Otter, M. — Kronotoksikoloogia	201
Tamm, O. — «Eesti Arsti» hetkeseisust ja tule- vikust	99	Raal, A. — Eesti rahvameditsiinis kasutatud taimede klassifikatsioon	119
TEORIA JA PRAKTIKA		Subi, K. — Viiruseinhibiitorid	372
Aareleid, T., Rahu, M. — Haigete elulemus eri vähipaakmete korral Eestis 1978.	189	Zilmer, M., Vihalemm, T., Karelson, E. — Lipii- dide peroksüdatsioon — meditsiini tänapäevaste sõlmprobleemide võti. I	115
Drževetskaja, I., Butova, O., Viru, A. — Rasedus- ja laktatsiooniaegne alkoholintoksikatsiooni mõju järglaste hüpotalamo-hüpofüsaaradrenokorti- kaalsüsteemile	344	Zilmer, M., Vihalemm, T., Karelson, E. — Lipii- dide peroksüdatsioon — meditsiini nüüdisaegsete sõlmprobleemide võti. II	197
Einre, L. — Lehterrind ja selle ravi võimalusi	181	Zilmer, M., Vihalemm, T., Karelson, E. — Lipii- dide peroksüdatsioon — meditsiini nüüdisaegsete sõlmprobleemide võti. III. Lipiidide peroksüdä- tsiooni bioloogilis-meditsiinilised aspektid	271
Halling, T., Sor, R., Järvekülg, L. — Humoraalse ja rakulise immuunsuse näitajate seosed difuusse toksilise struumaga haigetel	106	Zupping, R., Mehilane, L. — Paanilise hirmu sündroom	265
Juul, T., Türi, E., Türi, M., Tihane, H. — Ees- näärme transvesikaalse adenomektoomia järgne infektsioon	359	Valgma, K. — Kardiaalne hüpertensioon	112
Jögi, R., Jannus, A. — Tallinna ja Tartu elanike maovähihaigestumus aastail 1978.	356	TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS	
Kaha, T., Vallikivi, H. — Põletustramadega las- te ravimise mõningaid kogemusi	349	Eestis 1989. aastal registreeritud tähtsamad nak- kushaigused	129
Koha, R., Veinberg, O. — Kehatemperatuuri ja pulsisageduse seos raskete traumade korral	259	Eestis 1990. aasta I kvartalis registreeritud täht- samad nakkushaigused	210
Koort, I., Laks, T. — Südamelihaserebend infar- kti tüsistusena	353	Eestis 1990. aasta II kvartalis registreeritud tähtsamad nakkushaigused (esialgsed andmed)	380
Leesment, L., Raud, R., Sarap, V., Priimägi, L., Märtin, J. — Reovete kontaminatsioon polioviir- rustega ja selle epidemioloogiline tähendus Eestis	108	Ellamaa, A. — Marssalite aeg saab läbi	125
Margna, L., Rootsmäe, L. — Tartu Linna Sani- taar- ja Epidemioloogiajaama teaduslik-prakti- line tegevus	194	Malbe, R. — Eesti 1989. aasta tervishoiu- ja demograafiaandmeid	208
Mikelsaar, R. — Kaasasündinud hüpötüreooosi varajane diagnoosimine	339	Malbe, R. — Rahvastiku loomulik liikumine Ees- tis	378
Podar, T., Adojaan, B., Kalits, I. — Eesti insulii- nisõltuva suhkurtõvega laste register	179	Malbe, R. — Demograafiaandmeid laiast maa- ilmast	437
Priimägi, L., Vassilenko, V. — Koostöö Soome viroloogidega	263	Männiste, J. — Peaspetsialisti tingportree	123
Rooma, M., Kann, E. — Nitraadid uriinis ning nitraadid ja nitritid sülgjes	422	Männiste, J., Riikjärvi, M.-A. — Arstide atestee- rimisest	211
Romašenko, L. — Punetistevastane immuunsus rasedatel ja puberteediealistel tütarlastel Tal- linnas 1988. aastal	343	Pilv, I. — Kommentaar	281
Tammpuu, A., Jannus, A. — Kloroform Tallinna joogivees	419	Tamm, L. — Puuetega laste abistamisest	280
Tellmann, A. — Profülaktiline vitaminiseeri- mine, õpilaste haigestumus ja kehaline areng Tellmann, A. — Laste haigestumine neerude, kuseteede ning seedeelundite kroonilistesse hai- gustesse	183	Toomela, A., Mitt, K. — Meeskonnatöö ajukah- justusega laste (re)habiliteerimise organisatsioo- nis: üks arenguvõimalusi	275
Ustina, V., Priimägi, L., Lemming, L., Golub- kina, T., Zverjeva, N., Märtin, J. — Inimese immuunpuudulikkuse viiruse kasvajate avasta- mine Eestis	260	Truve, R. — Peaspetsialist olgu kompetentne tervishoiupoliitik	126
Voloč, O., Saava, M., Tur, I., Neilinn, K., Solod- kaja, E., Tagger, Ü., Galperina, T., Abina, J., Lettens, P., Olferjev, A. — Südame isheemiatõve ja ateroskleroosi riskifaktorid Tallinna elanikel . Värnik, A. — Suitsiidide esinemissageduse dü- naamika Eestis	186	Sander, V. — Kommentaar	281
	101	Zupping, R. — Neuroloogi töö polikliinikus	127
ÜLEVAATED		KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA	
Boston, L. — D-vitamiinivaegus-rahhiidi dia- gnoosimine	427	Einre, L. — Kopsu võrkeha kirurgiline eemal- damine	282
Kaasik, A.-E., Brin, V. — Idiopaatilised pea- valud	367	Haavel, A., Haavel, H. — Mesenteriaalarteri tromboosi kirurgiline ravi	435
		Mandel, E., Kokk, H. — Maohaiguste kirurgilise ravi kogemus Võru Rajooni Keskhaiglas	204
		SANITAARHARIDUSTÖÖ	
		Rannamäe, R., Edala, A., Puussaar, N. — Elanike viirushepatiitidialased teadmised	212
		EESTI ARSTIDE LIIDUS	
		Birkenfeldt, R. — Üleliidulise Reumatoloogide Seltsi juhatus ja üleliidulise reumatoloogia probleemikomisjoni laiendatud pleenum	232
		Lainevee, T., Tarum, M. — Eesti Arstide Liidu esindajad Soome arstide päeval	155
		Lindström, S. — Eesti Arstide Liidu külalisi	293
		Pöördumine Eesti Vabariigi Ülemnõukogu Pre- siidiumi ja Eesti Vabariigi valitsuse poole	467

Teesalu, R. — Tartu Arstide Liidus	293	Lond, E. — Gastroenteroloogiakonverents	455
Värnik, A. — Eesti Arstide Liidu võlikogus	466	Loogna, G. — VII üleliiduline sümposioon «Kantserogeensed N-nitrosoühendid ja nende prekursorid — moodustumine ja määramine ümbritsevas keskkonnas»	289
EESTI LASTEKAITSE LIIDUS			
Tamm, L. — Missugust abi võib saada perenõuandlast	239	Maaroos, H.-I. — II <i>Campylobacter pylori</i> Euroopa uurimisrühma konverents	141
Tomberg, E. — Seminar «Meie lapse mured»	156	Merisalu, E. — IV üleliiduline patofüsioloogide kongress	139
MÖTTEVAHETUS			
Aamer, U., Kala, E., Tarum, A., Luts, M.-M., Trofimov, I. — Kas Eesti lühinägelikud Leninigradi konveierile?	283	Pilv, I. — Soome—Eesti tervisekasvatuse seminar	454
Kalikova, N. — Arstide eneseteostuse võimalusi	376	Purde, M. — VII Leedu, Läti ja Eesti onkoloogide konverents	231
Kivilo, M. — Kas populaarteaduslikku terviseajakirja on vaja?	154	Saare, H. — Vabariiklik spordiarstide seminar	137
Kokk, H. — Miks on vaja peaspetsialisti?	230	Saks, K. — Üleliiduline sümposioon südame isehemiatõve profülaktika alal	138
Põhjamaade standardid haiglaravil viibivate laste eest hoolitsemisel	439	Švarts, V. — Rahvusvaheline kongress «Antropoloogia ja pediaatria»	143
Zupping, R. — Kommentaar Aaro Toomela ja Kaljo Miti artikli «Meeskonnatöö ajukahjustusega laste rehabilitatsiooni organisatsioonis: üks arenguvõimalusi» kohta	378	Švarts, V., Etlin, S. — III rahvusvaheline kongress inimese ökoloogia alal	455
Tamm, L. — Lapsed vajavad kaitset ka raviasutuses	439	Zupping, R. — V Balti vabariikide neurokirurgide kongress	290
ARSTITEADUSE AJALOOST			
Arro, G. — Doktor Klaudia Bežanitskaja ja tuberkuloosiravi areng Tartus	223	Zordania, R. — V üleliiduline noorte meditsiinigenetikute seminar «Pärilike haiguste profülaktika»	140
Boston, L. — Professor Aadu Lüüs — Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli lastehaiguste kateedri juhataja	220	Tallo, A. — Konverents «Eestimaa noor, ole terve, tark ja kaunis»	136
Gustavson, H. — Apteekide juubelid 1990. aastal	286	Tamm, S. — III rahvusvaheline muusikateraapia ja muusika eripedagoogikakomisjonini seminar	453
Gustavson, H. — Punasest Ristist Eestis 1939. aastani	442	Tarum, M. — IX üleliiduline füsioterapeutide ja kurortoloogide kokkutulek	139
Kaljundi, J. — Kreenholmi haiglalinnak	396	Vapra, A. — Vabariiklik geriaatrie seminar	137
Karu, E. — Psühhiaatria kateeder ning Vaimu- ja Närvahaiguste Kliinik aastail 1941. .1944	392	Varik, G. — XXXVI Eesti Sanitaartöötajate Seltsi konverents	455
Kutsar, K. — Meditsiiniteenistus Eesti Vabadsõjas	217	Velbri, S. — XVIII rahvusvaheline konverents «Onkofetaalsed antigeenid ja nende kliiniline rakendamine»	456
Lövi-Kalnin, M. — Tartu Ülikooli stomatoloogia kateeder 50	228	Värnik, A. — Seminar «Enesetappude ennetamise võimalused»	143
Otter, M., Koppel, J. — 100 aastat Eesti naisrohteadlaste tegevuse algusest meie apteekides	130	Värnik, A. — Üleliiduline suitsidoloogiakonverents	289
Panov, A. — Tartu Ülikooli nägemise tervishoiu laboratoorium 15-aastane	400	Värnik, A. — Esimene rahvusvaheline kriisiravi konverents	391
Vahter, H. — 70 aastat Tartu Ülikooli dermatoloogia ja veneroloogia kateedrit	133	SOOME JA EESTI KARDIOLOOGIDE SELTSI ÜHISKONVERENTS	
KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED			
Aamer, Ü. — Rahvusvaheline glaukoomikonverents Tallinnas	450	Altraja, E., Väli, J., Mikkel, M., Hermlin, T. — Intrakardiaalne uuring koos koronarograafiaga omandatud südameklapirikete korral	312
Elštein, N. — Eesti—Ungari ühissümposioon	137	Eha, J. — Lugupeetud lugeja!	299
Innos, S. — II Eesti—Soome sünnitusabisümposioon	452	Juhansoo, T., Paves, A. — Südame rütmi- ja juhtehäiretega laste tserebraalne hemodünaamika	302
Jürimäe, T. — Rahvusvaheline kongress «Noorus, vaba aeg ja kehaline aktiivsus»	390	Kaik, J., Vainu, M., Mahhotina, V., Vertman, S., Rimmel, R. — Etatsisiini arütmiaavastase efektiivsuse määramine korduvate transösofageaalsete elektrofüsioloogiliste uuringutega paroksüsmaalse supraventrikulaarse tahhükardiaga haigetel	309
Kaik, J. — XI ülemaailmne kardioloogide kongress	389	Kalkun, M., Tamm, L., Suurorg, L., Kaik, J. — Siinussõlme funktsiooni hindamine kaasasündinud südameriketega lastel transösofageaalse elektrofüsioloogilise uuringu abil	307
Kalnin, V. — NSV Liidu Teaduste Akadeemia kromatograafia ja analüütilise keemia teadusnõukogude väljasõiduistung «Kromatograafia rakendamise keskkonnakaitstes ja toiduainete analüüsimisel»	230	Kolk, R., Samarütel, J., Väli, J. — Atriaalse ja ventrikulaarse elektrokardiostimulatsiooni vahetu hemodünaamiline efekt siinussõlme nõrkuse sündroomiga haigetel	309
Kalnin, V. — Tartu Ülikooli Ajaloomuuseumi IX teadusessioon	230	Kullus, R., Laane, E., Saks, K., Pokk, T., Mesila, A. — Hapniku utiliseerumine ja südameindeks	316
Leibur, E. — Rahvusvaheline suu- ja näo-lõualuudekirurgia alane sümposioon	390	Laan, M., Školnikova, M. — Romano-Wardi sündroomi iseärasused lapseas	306
Lenzner, A. — VIII rahvusvaheline sümposioon «Inimene kosmoses»	140	Laane, E., Ruga, V., Kullus, R., Saks, K., Pokk, T., Mesila, A. — Hüperkineetilise süda ja arteriaalne hüpertensioon	311
Lenzner, A. — Rahvusvaheline seminar	142		
Lenzner, A. — IX üleliiduline kosmobioloogia ja aviokosmilise meditsiini konverents	391		

Laane, P., Sipilova, T. — Südame isheemiatõve prognoosi ja hüperlipideemia seos	333	Eha, J. — Eesti arstide erialaseltsid 1989. aastal	146
Laanoja, J., Peeba, M., Serka, T., Rebane, T., Eha, J. — Mitmikdilatatsioon pärgarterite hulgistenooside korral	328	Haavel, A. — Saaremaa Arstide Seltsis	472
Laks, T. — Äge müokardiinfarkt Tallinna elanikel 1989. aastal	321	Haavel, A. — VII Lääne-Eesti arstide seltside konverents	468
Lints, M., Bauman, K., Pihu, M. — Vasaku südamevatsakese hüpertroofia hüpertooniatõve juhtudel	318	Innos, S. — Eesti Akuüöõrgünekoloogide Seltsi pleenum	147
Loog, A., Sulling, T.-A., Paapstel, A., Meren, T. — Aortokoronaarne šunteerimine tüsistumata müokardiinfarkti juhtudel vasaku koronaararteri peatüve kahjustuse korral	327	Innos, S. — Eesti Akuüöõrgünekoloogide Seltsi pleenum	388
Luiga, E., Suurorg, L., Tur, I., Laan, M., Žordania, R. — Hüpertensiooni esinemissagedus ja põhjused Tallinna koolilastel	299	Kaasikmäe, L. — XXVI Eesti Farmatseutide Seltsi väljasõidukonverents	147
Maiste, E., Hanson, H. — Südame isheemiatõve epidemioloogias Väike-Maarja kolhoosis töötavatel üle 40-aastastel meestel	320	Laursoo, M. — Eesti raviasutuste ülemõdede kool	149
Mesikepp, A. — Kas äkksurma teke ja elustamise edukus on ägeda müokardiinfarktiga haigetel ette arvatav?	323	Laursoo, M. — Lõuna-Eesti keskastme meditsiini-töötajate kvalifikatsiooniseminar	149
Mesimaa, E., Karusoo, J., Kõöbi, T. — Tsentraalse hemodünaamika muutustest bronhiaalastma ja kroonilise bronhiidi haigetel seoses nõelraviga	317	Leibur, E. — 35 aastat Tartu Stomatoloogide Seltsi	144
Noodla, S., Saks, K. — Fagotsüüti funktsionaalse seisundi tähtsus müokardi infektsioosse kahjustuse korral	315	Luts, A. — Eesti Otorinolarüngoloogide Seltsi seminar	148
Paumets, M., Kuusk, A., Raukas, M., Mesikepp, A. — Perkutaanse transluminaalse koronaarangioplastika rakendamine kardioloogiaosakonnas	332	Läkitus Läänemeremaade rahvaste valitsustele	470
Peeba, M., Laanoja, J., Serka, T., Rebane, T., Eha, J. — Koronaarangioplastika angiograafilised hilistulemused	329	Salo, M., Talihärm, A. — Soome Anestesioloogide Seltsi kevadkonverents Turus	387
Pokk, T., Kullus, R., Laane, E., Saks, K. — Käärvarre verevarustuse hindamine velogrometriaalsete koormustesti tingimustes tervetel ja südame isheemiatõvega haigetel	333	Zupping, R. — L. Puusepa nimelise Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi juhatuses koosolek	149
Rebane, T., Serka, T., Laanoja, J., Peeba, M., Luha, O., Eha, J. — Korduv operatsioonijärgne südangiograafia aortokoronaarsete šuntide seisundi hindamisel	330	Tamm, L. — Soome Pediaatrite Assotsiatsiooni 60. aastapäeva konverents	385
Rosenthal, A., Planken, Ü. — Müokardiinfarkti ravi hilistulemused	331	Tamm, L. — Eesti Lastearstide Selts 1990. aastal	467
Suija, R. — Neurotsirkuloorse düstoonia mittemedikamentoosse ravi võimalusi	316	Tamm, L. — Rahvusvaheline koostöö Terviseõpetuse foorumist osavõtjate ühine avaldus	385
Suurorg, L., Tomingas, J., Maslakova, L., Kleitsmann, S., Uritam, M. — Kaasasündinud südamerikete kirurgilise ravi hilistulemused	300	Truve, R. — Tallinna Kirurgide Seltsis	471
Säre, T., Voitk, J. — Reperfusiooniarütmiaid ägeda müokardiinfarktiga haigetel	326	KAADRI ETTEVALMISTAMINE	
Uusküla, M. — Müokardiinfarktihaigete letaalsus ja otsese surmapõhjuse struktuur Tartu Kliinilises Haiglas ajavahemikul 1976. .1989	322	Arak, E. — Uus farmaatsiakandidaat Ain Raal	135
Vahisalu, R., Jaagus, H., Pilv, S., Gutman, M., Varjun, S. — Kirurgide kardiovaskulaarsüsteemi funktsionaalne seisund ja selle psühhovegetatiivne regulatsioon opereerimise ajal	313	Birk, K. — Semjon Etlin kaitses doktoriväitekirja	381
Viigimaa, M., Jeremejev, B., Zahharov, S., Teesalu, R. — Erütrotsüüti deformeeritavus ja nihkeresistents ägeda müokardiinfarktiga haigetel	334	Birk, K. — Uus bioloogiakandidaat	381
Voitk, J., Eha, J. — Ägeda müokardiinfarktiga haigete veenisene trombolüütiline tseliaasravi	324	Kaasik, A.-E. — Uus meditsiinikandidaat Anu Sööt (Kangro)	216
Volož, O., Solodkaja, E., Lettens, P., Vartiainen, E., Korhonen, H., Pietinen, P. — Südame isheemiatõve riskifaktorid ja toitumine eesti ja soome meestel	319	Kohtla-Järve Meditsiinikooli 1990. aasta lõpetajad	384
Väli, J., Aro, T., Saar, T., Kõbas, I., Saretok, S., Kliiman, A. Südamevatsakese vaheseina defekti diagnoosimine ja ravi väikelapseas	300	Laos, V. — Uus meditsiinikandidaat Rein Männi Tallinna Meditsiinikooli 1990. aasta lõpetajad	216
			215, 383
			215, 384
			382
			215
		MEIE JUUBILARE	
		Madis Allik	405
		Eldur Annus	169
		Helmi Eerik	404
		Aksel Eist	473
		Maria Epler	247
		Elmar Ester	167
		Ants Haavel	243
		Vello Ilmoja	290
		Aino Itra	168
		Einn Jöeste	473
		Anna Kalamees	403
		Georgi Kamõnin	248
		Leo Kirotar	167
		Eha Kostabi	168
		Eva Krigul	403
		Karl Kull	165
		Urmo Kõöbi	168
		Ilmar Laan	167
		Naomi Loogna	292
		Pauliine Luige	472
		Adda Mardna	242
		Eve-Maaja Metsa	473
		Ene Palo	405
		Vello Pert	248
ARSTIDE SELTSIDES			
Eesti Vabariigi Ülemnõukogule	469		

Leo Päi	247
Anne Rajang	473
Ernst Raudam	246
Mai Roose	292
Hilda Rosin	167
Silvia Russak	168
Zinaida Saar	291
Valve Saarma	167
Eerik Saarnok	168
Mihhail Safra	247
Väino Sinisalu	292
Kiira Subi	404
Vello Subi	472
Toomas Sulling	244
Vaino Vahing	248
Herman Vahter	246
Vera Vassilenko	404
Kai Volt	292

VÄLISMAALT

Annus, E. — Eesti spordiarstid Lääne-Berliinis	153
Kaude, J. — Radioloogialane väljaõpe Floridas	150
Kolk, J. — Tutvumas Saksamaa Liitvabariigi meditsiinikorraldusega	240
Teesalu, R. — Südame isheemiatõbi Hiinas	445

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

Tamm, L. — Adik Levini raamat «Vastsündinute statsioonaar»	406
--	-----

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

Brus, H. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla uus ravikorpus	157
---	-----

MITMESUGUST

Kutsar, K. — «Eesti Arst» 1941...1944	407
Kutsar, K. — Professor Valdur Saks — eestlane maailma südameenergeetika eeslinil	474
Kutsar, K., Laos, V. — Välis-Eesti arstiteadlased. Lühibiograafiad 1944...1983	159, 233
Loodus, R. — Elle Tikerpää — Riikliku Teadusliku Meditsiiniinstituudi väljannete kujundaja	162

IN MEMORIAM

Salva Gulordava 16. IX 1920...19. I 1990	174
Kuno Kõrge 8. VI 1913...29. XI 1989	173
Artur Lind 6. IV 1927...30. XI 1989	173
Peeter-Ronald Nuiamäe 6. XI 1926...18. VI 1990	414
Liina-Riina Nymann 18. XII 1939...15. VI 1990	414
Valentin Pedak 5. VIII 1908...22. I 1990	175
Eerik Saarnok 24. I 1930...24. VII 1990	415
Jaak Sööt 7. II 1935...22. IX 1989	172
Julius Tehver 14. XII 1900...7. II 1990	294
Arnold Väino 11. II 1928...5. VI 1990	413
Selma Veisserik 13. IX 1901...31. III 1990	251

INTERVJUU

Aamer, Ü. — Tehnilist külge täiustamata ei arene Eesti oftalmoloogia edasi	402
Iga inimese turvalisus hällist hauani	235
Kutsar, K. — Silmamikrokirurgia Nõukogude Liidus	164
Kutsar, K. — Rando Truve — Eesti Arstide Liidu uus president	237

ASKLEPIOSE KLUBIS	457
-------------------	-----

JURIIDILIST NÕUANNET	250, 405
----------------------	----------

TOIMETUSE VEERG

Kutsar, K. — Lugeja «Eesti Arstist»	249
TARTU ULIKOOLIS	169, 252, 476
KROONIKA	175, 255, 295, 476
Eesti teadlaste publikatsioonid välismaal	250, 296, 480
Eesti teadlaste lõpetatud uurimusi	415, 480
Aineregister	482
Autoriregister	487

1990

Содержание

Forum medicorum Estoniae '89	3
Проповедь пастора Юри Раудсеппа в Домском соборе	4

РЕЧИ И ДОКЛАДЫ, ПРОЧИТАННЫЕ 5 СЕНТЯБРЯ 1989 Г. В ТАЛЛИНСКОМ ГОРХОЛЛЕ

Президент Союза врачей Эстонии Лаур Кару	7
Писатель Леннарт Мери	8
Академик Академии наук Эстонии Эндель Липпмаа	14
Заведующий отделением Пельгулинской больницы г. Таллинна Хейно-Эни Арпо	18
Профессор Тартуского университета Куну Кырге	23
Профессор Тартуского университета Айи-Эльмар Каазик	28
Доктор медицины Ило Кэбин (Швеция)	34
Студент медицинского факультета Тартуского университета Индрек Хансо	35
Главный врач Стокгольмской клиники судебной медицины доктор медицины Антс Андерсон	37
Пастор Кадринского прихода Иллар Халласте	40
Секретарь правления Общества эстонских врачей в Швеции доктор медицины Таави Кааман	41
Заведующий кафедрой фармации медицинского факультета Тартуского университета Эльмар Арак	41
Заведующий отделением Пайдеской районной центральной больницы Уно Уганди	42
Токсиколог Тартуской клинической больницы Хейно Ноор	43
Эксперт по судебной психиатрии Таллиннской республиканской психоневрологической больницы Айри Вярик	43
Представитель Канадского отделения Североамериканского общества эстонских ученых-медиков Роланд Энно Амалинс	44
Председатель Сааремааского врачебного общества Антс Хаавель	45
Декларация форума медиков Эстонии	46
Обращение к людям доброй воли во всем мире	47
Антс Андерсон — Врачебная этика в психиатрии	48

СОВЕЩАНИЕ «МЕДИЦИНА В ХОЗРАСЧЕТНОЙ ЭСТОНИИ», СОСТОЯВШЕЕСЯ 6 СЕНТЯБРЯ 1989 Г. В ТАЛЛИНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Вице-президент Союза врачей Эстонии Андрес Элламаа — Изменится ли социальная политика в Эстонии?	53
--	----

Главный врач Тартуской клинической больницы Урмо Кээби — Здравоохранение и ИМЕ	56	Микелсаар Р. — Ранняя диагностика врожденного гипотиреоза	339
Главный врач Таллиннской Пельгулиньской больницы Велло Ильмоя — Организация работы и оплаты труда в учреждениях здравоохранения при переходе на хозрасчет	59	Подар Т., Адоян Б., Калитс И. — Регистр детей, больных инсулинзависимым сахарным диабетом, в Эстонии	179
Главный хирург Министерства здравоохранения Эстонии Юри Мянисте — Развитие медицинской науки в Эстонии в условиях ИМЕ	61	Приймаги Л., Василенко В. — Сотрудничество с финскими вирусологами	263
Сийри Ханстейн — Стоматологи на форуме врачей Эстонии	64	Ромашенко Л. — Об уровне гуморального иммунитета к вирусу краснухи у женщин детородного возраста и девочек-подростков	343
Малл Блюмфельд — Вредное воздействие шума	65	Роома М., Канн Э. — Нитраты в моче, нитраты и нитриты в слюне	422

ДОКЛАДЫ, ПРОЧИТАННЫЕ НА ТОРЖЕСТВЕННОМ СОБРАНИИ КЛУБА ОХРАНЫ ПАМЯТНИКОВ СТАРИНЫ «СЫЛГ» 8 СЕНТЯБРЯ 1989 ГОДА В НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ БИБЛИОТЕКЕ

Кардиолог Олаф Кибе (Швеция) — О эстонских врачах в Швеции	68	Теллманн А. — Профилактическая витаминизация, заболеваемость учащихся и физическое развитие	183
Уролог Хелбе Мерила-Латтик — Сообщение о начале изучения судьбы врачей Эстонии	70	Теллманн А. — Заболеваемость детей болезнями почек, мочевых путей и органов пищеварения	260
Зарубежные гости форума	76	Устина В., Приймаги Л., Лемминг Л., Голубкина Т., Зверева Н., Мартин Я. — Выявление носителей вируса иммунодефицита человека в Эстонии	186
Старший научный сотрудник Музея здравоохранения Эстонии Леа Маркович — Деятельность Музея здравоохранения Эстонии	80	Халлинг Т., Шор Р., Ярвекюлг Л. — Взаимосвязи между клеточным и гуморальным иммунитетом у больных диффузным токсическим зобом (ДТЗ)	106
Главный врач Легочной клиники Упсальского университета доктор медицины Эни Нью — Здравоохранение Эстонии и <i>Forum medicorum Estoniae</i> глазами эстонского эмигранта. Впечатления и что будет дальше?	82	Эйпре Л. — О показаниях оперативного лечения воронкообразной грудной клетки	181
Оргкомитет <i>Forum medicorum Estoniae</i>	86	Юул Т., Тюрю Э., Тюрю М., Тихане Х. — О трансвезикальной постаденомэктомической инфекции предстательной железы	359

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Тамм О. — О настоящем и будущем журнала «Врач Эстонии»	99	Обзоры	
---	----	---------------	--

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Аарелейд Т., Раху М. — Выживаемость больных при отдельных локализациях рака в Эстонии в 1978. . . 1987 гг.	189	Бостон Л. — Диагностика Д-витамин-дефицитного рахита	427
Волож О., Саава М., Тур И., Нейлинь К., Солдкая Э., Таггер Ю., Галперина Т., Абина Е., Леттес П., Олфереев А. — Факторы риска ишемической болезни сердца и атеросклероза у жителей Таллинна: связь с возрастом, полом, национальной принадлежностью (популяционное исследование)	101	Валгма К. — Кардиальная гипертензия	112
Вярник А. — Динамика суицидов в Эстонии	425	Каасик А.-Э., Брин В. — Идиопатические головные боли	367
Држевецкая И., Бутова О., Виру А. — Влияние алкогольной интоксикации крыс-самок во время беременности и лактации на гипоталамо-гипофизарно-адренкортикальную систему потомства	344	Кюгер О. — Целиакия у детей	363
Йыги Р., Янус А. — Заболеваемость раком желудка у мужчин и женщин Таллинна и Тарту в 1978. . . 1982 гг.	356	Лакс Т. — Медикаментозная профилактика реокклюзии после тромболитической реканализации коронарной артерии	431
Каха Т., Валикivi Х. — Практический опыт лечения детей с ожогами	349	Оттер М. — О хронотоксикологии	201
Коорт И., Лакс Т. — Разрыв сердца при инфаркте миокарда	352	Раал А. — Классификация растений в эстонской народной медицине	119
Коха Р., Вейнберг Ы. — Связь между температурой тела и частотой пульса при тяжелых травмах	259	Суби К. — Вирусные ингибиторы	372
Лезсмент Л., Рауд Р., Сарап В., Приймаги Л., Мартин Я. — Контаминация сточных вод полиовирусами и ее возможное эпидемиологическое значение в Эстонии	108	Цильмер М., Вихалемм Т., Карельсон Э. — Перекисное окисление липидов — ключ к современным узловым проблемам медицины	115
Маргна Л., Роотсмяз Л. — О научно-практической работе Тартуской городской санэпидстанции	194	Цильмер М., Вихалемм Т., Карельсон Э. — Перекисное окисление липидов — ключ к современным узловым проблемам медицины. II Антиоксиданты — регуляторы перекисного окисления в живых организмах	197
		Цильмер М., Вихалемм Т., Карельсон Э. — Перекисное окисление липидов — ключ к современным узловым проблемам медицины. III. Биолого-медицинские аспекты ПОЛ	271
		Цуппинг Р., Мехилане Л. — Синдром панического страха	265

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Малбе Р. — Данные о здравоохранении и демографии Эстонии за 1989 год	208
Малбе Р. — Естественная миграция населения в Эстонии	378
Малбе Р. — Демографические данные со всего мира	437
Мянисте Ю. — Условный портрет главного специалиста	123

Мяннисте Ю., Рийкъярв М.-А. — Об аттестации врачей 211

Наиболее важные инфекционные заболевания, зарегистрированные в Эстонии во II квартале 1990 года (первоначальные данные) 380

Основные инфекционные заболевания, зарегистрированные в Эстонии в 1989 году 129

Основные инфекционные заболевания, зарегистрированные в Эстонии в I квартале 1990 года 210

Пилв И. — Комментарий к статье А. Тоомела и К. Мита 281

Сандер В. — Комментарий к статье А. Тоомела и К. Мита 281

Стандарты Северных стран при уходе за детьми в больнице 439

Тамм Л. — О помощи детям-инвалидам 280

Тоомела А., Митт К. — Роль команды в организации реабилитации детей с повреждениями мозга: один из путей развития 275

Труве Р. — Главный специалист должен быть компетентным политиком здравоохранения 126

Цуппинг Р. — О работе невролога в поликлинике 128

Элламаа А. — Время маршалов уходит 125

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

Мандел Э., Кокк Х. — Опыт желудочной хирургии в Вырусской ЦРБ 204

Хаавель А., Хаавель Х. — Хирургическое лечение тромбоза мезентериальной артерии 435

Эйпре Л. — Оперативное лечение при попадании инородного тела в легкое 282

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Раннамяэ Р., Эдала А., Пууссаар Н. — Знания населения о вирусном гепатите 212

В СОЮЗЕ ВРАЧЕЙ ЭСТОНИИ

Биркенфельдт Р. — Расширенный пленум правления Всесоюзного общества ревматологов и всесоюзной ревматологической проблемной комиссии 232

Вярник А. — В Союзе врачей Эстонии 466

Лайневеэ Т., Тарум М. — Представители Союза врачей Эстонии на Днях финских врачей 155

Линдстрем С. — Руководство Союза врачей Швеции в гостях у Эстонского союза врачей 293

Обращение правления Союза врачей Эстонии 467

Тезсалу Р. — В Тартуском союзе врачей 293

В СОЮЗЕ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ

Тамм Л. — Какую помощь можно оказать в семейной консультации 239

Томберг Э. — Семинар «Проблемы нашего ребенка» 156

ОБМЕН МНЕНИЯМИ

Аамер Ю., Кала Э., Тарум А., Лутс М.-М., Трофимов И. — Близоруких из Эстонии на ленинградский конвейер? 283

Каликова Н. — Возможности самореализации врача 376

Кивило М. — Нужен ли научно-популярный медицинский журнал? 154

Кокк Х. — Зачем нужен главный специалист? 230

Тамм Л. — Дети нуждаются в защите и в лечебных учреждениях 441

Цуппинг Р. — Комментарий к статье Ааро Тоомела и Калью Мита «Работа команды при

организации реабилитации детей с повреждениями мозга: один из путей развития» 378

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Ааро Г. — Доктор Клавдия Бежаницкая и развитие лечения туберкулеза в Тарту 223

Бостон Л. — Профессор Ааду Льюиз — заведующий кафедрой детских болезней Тартуского университета в период Эстонской республики 220

Вахтер Х. — 70-летие кафедры дерматологии и венерологии Тартуского университета 133

Густавсон Х. — История юбилейных аптек 286

Густавсон Х. — О Красном Кресте в Эстонии до 1939 г. 442

Кальюнди Е. — Кренгольмский комплекс больничных строений 396

Кару Е. — Кафедра психиатрии и клиника нервных и психических заболеваний в 1941-1944 гг. 392

Кутсар К. — Медицинская служба во время Освободительной войны 219

Лыви-Калнин М. — Кафедре стоматологии Тартуского университета 50 лет 229

Оттер М., Копел Я. — О подготовке и феминизации эстонских провизоров 130

Панов А. — Лаборатории охраны зрения Тартуского университета 15 лет 400

КОНФЕРЕНЦИИ И СОВЕЩАНИЯ

Аамер Ю. — Международная конференция по проблемам глаукомы 450

Вапра А. — Республиканский семинар гериатров 137

Варик Т. — XXXVI конференция Общества санитарных работников Эстонии 455

Велбри С. — XVIII Международная конференция «Онкофетальные антигены и их клиническое применение» 456

Вярник А. — Семинар «Возможности предупреждения самоубийств» 143

Вярник А. — Всесоюзная конференция по суицидологии 289

Вярник А. — Первая международная конференция по лечению криза 391

Жордания Р. — V Всесоюзный семинар молодых медиков-генетиков «Профилактика наследственных заболеваний» 140

Иннос С. — II эстонско-финский симпозиум по родовспоможению 452

Каазикмяэ Л. — XXVI выездная конференция Эстонского общества фармацевтов 147

Кайк Ю. — XI Всемирный конгресс кардиологов 389

Калнин В. — Выездное заседание ученого совета по хроматографии и аналитической химии Академии наук СССР «Применение хроматографии в охране окружающей среды и при анализе пищевых продуктов» 230

Калнин В. — IX научная сессия Исторического музея Тартуского университета 230

Лейбур Э. — Международный симпозиум по челюстно-лицевой хирургии и хирургии рта 390

Лензнер А. — VIII Международный симпозиум «Человек в космосе» 140

Лензнер А. — Международный семинар 142

Лензнер А. — XI Всесоюзная конференция по космической биологии и авиакосмической медицине 391

Лонд Э. — Конференция по гастроэнтерологии 455

Лоогна Г. — VII Всесоюзный симпозиум «Канцерогенные N-нитрозосоединения и их прекурсоры — образование и определение в окру-

жающей среде»	289	Куллус Р., Лаане Э., Сакс К., Покк Т., Меси- ла А. — Утилизация кислорода и сердечный индекс	316
Маароос Х.-И. — II Европейская конферен- ция исследователей <i>Campylobacter pylori</i>	141	Лаан М., Школьникова М. — Особенности син- дрома Romano-Wardi в детском возрасте	306
Мерисалу Э. — IV Всесоюзный съезд патофи- зиологов	139	Лаане П., Шипилова Т. — Связь прогноза ишемической болезни и гиперлипидемии	333
Пильв И. — Финско-эстонский семинар по укреплению здоровья	454	Лаане Э., Руга В., Куллус Р., Сакс К., Покк Т., Меси́ла А. — Гиперкинетическое сердце и арте- риальная гипертензия	311
Пурде М. — VII конференция онкологов Лит- вы, Латвии и Эстонии	231	Лааноя Я., Пеэба М., Серка Т., Ребане Т., Эха Я. — Множественная дилатация в случае множественных стенозов венечных артерий	328
Сааре Х. — Республиканский семинар спор- тивных врачей	137	Лакс Т. — Острый инфаркт миокарда у жителей Таллина	321
Сакас К. — Всесоюзный симпозиум по про- филактике ишемической болезни сердца	138	Линтси М., Бауман К., Пиху М. — Гипертро- фия левого желудочка сердца в случае гипер- тонической болезни	318
Талло А. — Конференция «Юность Эстонии, будь здоровой, умной и прекрасной»	136	Лоог А., Суллинг Т.-А., Паапстель А., Мерен Т. — Аортокоронарное шунтирование в случае неосложненного инфаркта миокарда при по- вреждении главного ствола левой коронарной артерии	327
Тамм С. — III Международный семинар по музыкальной терапии и комиссии специаль- ной музыкальной педагогики	453	Луйга Э., Суурорг Л., Тур И., Лаан М., Жор- даниа Р. — Частота и причины заболеваемости гипертензией у школьников г. Таллина	299
Тарум М. — IX Всесоюзная встреча физиоте- рапевтов и курортологов	139	Майсте Э., Хансон Х. — Об эпидемиологии ишемической болезни сердца у мужчин в воз- расте выше 40 лет, работающих в Вайке- Маарьяском колхозе	320
Цуппиг Р. — I съезд нейрохирургов Прибал- тийских республик	290	Месикепп А. — Можно ли предвидеть на- ступление внезапной смерти и успешность оживления у больных с острым инфарктом миокарда?	323
Шварц В. — Международный конгресс «Антро- пология и педиатрия»	143	Месимаа Э., Карусоо Я., Кеэби Т. — Об изме- нениях центральной гемодинамики у больных bronхиальной астмой и хроническим бронхи- том при иглотерапии	317
Шварц В., Этлин С. — III Международный конгресс по вопросам экологии человека	455	Ноодла С., Сакс К. — О значении функциональ- ного состояния фагоцитов у больных с infec- ционным повреждением миокарда	315
Эльштейн Н. — Эстонско-венгерский семинар	137	Пауметс М., Куус А., Раукас М., Месикепп А. — Применение перкутанной транслюминаль- ной коронарной ангиопластики в кардиологи- ческом отделении	332
Юрияэ Т. — Международный конгресс «Мо- лодежь, свободное время и физическая актив- ность»	390	Пеэба М., Лааноя Я., Серка Т., Ребане Т., Эха Я. — Позднейшие ангиографические ре- зультаты коронарной ангиопластики	329
КОНФЕРЕНЦИЯ ЭСТОНСКИХ И ФИНСКИХ КАРДИОЛОГОВ В ТАЛЛИНЕ			
Алтрая Э., Вяли Я., Миккель М., Хермлин Т. — Интракардиальное исследование и коронаро- графия в случае приобретенных пороков кла- панов сердца	312	Покк Т., Куллус Р., Лаане Э., Сакс К. — Оценка кровообращения предплечья в условиях вело- эргометрического нагруженного теста у здо- ровых и больных ишемической болезнью сердца	333
Вахисалу Р., Яагус Х., Пильв С., Гутман М., Варьюн С. — Функциональное состояние кар- диоваскулярной системы хирургов и его пси- ховегетативная регуляция во время опера- ции	313	Ребане Т., Серка Т., Лааноя Я., Пеэба М., Луха О., Эха Я. — Повторная послеоперацион- ная шунтоангиография при оценке состояния аортокоронарных шунтов	330
Вийгимаа М., Еремеев Б., Захаров С., Тез- салу Р. — Деформация и резистентность сдви- гов эритроцитов у больных острым инфарктом миокарда	334	Розенталь А., Планкен Ю. — Поздние резуль- таты лечения инфаркта миокарда	331
Войтк Я., Эха Я. — Внутривенная тромболити- ческая терапия целиаэзом у больных острым инфарктом миокарда	324	Суурорг Л., Томингас Я., Маслакова Л., Клейтс- ман С., Уритам М. — О поздних результатах хирургического лечения врожденных поро- ков сердца	301
Волож О., Солодка Е., Леттенс П., Вартиай- нен Э., Корхонен Х., Пиегинен П. — Факторы риска при ишемической болезни сердца и пита- ние эстонских и финских мужчин (исследова- ние популяции)	319	Суйя Р. — О возможностях немедикаментоз- ного лечения нейроциркуляторной дистонии	316
Вяли Я., Аро Т., Саар Т., Кебас И., Сареток С., Климан А. — Диагностика и лечение дефекта межжелудочковой перегородки у младенцев	300	Сярев Т., Войтк Я. — Релерфузионные арит- мии у больных острым инфарктом миокарда	326
Кайк Ю., Вайну М., Махотина В., Вертман И., Реммель Р. — Определение эффективности противоаритмического действия этацизина путем повторных трансэзофагеальных электр- офизиологических исследований больных пароксизмальной суправентрикулярной тахи- кардией	309	Уускула М. — Летальность больных инфарк- том миокарда и структура непосредственных причин смерти в Тартуской клинической боль- нице в период 1976...1989 гг.	322
Калкун М., Тамм Л., Суурорг Л., Кайк Ю. — Оценка функции синусного узла у детей с врожденными пороками сердца при помощи трансэзофагеального электрофизиологическо- го исследования	307	Эха Я. — Уважаемый читатель	298
Кольк Р., Самарьтель Ю., Вяли Я. — Непос- редственный гемодинамический эффект ар- териальной и вентрикулярной электрокардио- стимуляции у больных с синдромом слабости синусного узла	308	Юхансоо Т., Павес А. — Церебральная гемоди- намика у детей с нарушениями ритма и про- водимости сердца	303

ВО ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ

- Иннос С.** — Пленум Общества акушеров-гинекологов Эстонии 147
Иннос С. — Пленум Общества акушеров-гинекологов Эстонии 388
Лаурсоо М. — Семинар по повышению квалификации медицинских работников среднего звена Южной Эстонии 149
Лаурсоо М. — Школа главных сестер лечебных заведений Эстонии 149
Лейбур Э. — Тартускому стоматологическому обществу 35 лет 144
Лутс А. — Семинар Общества оториноларингологов Эстонии 118
Правительствам народов Прибалтийских стран 470
Сало М., Талихярм А. — Ежегодная профессиональная весенняя конференция Общества анестезиологов Финляндии 387
Совместное заявление участников форума здравоохранения 385
Тамм Л. — Конференция, посвященная 60-летию Финской ассоциации педиатров 385
Тамм Л. — Международное сотрудничество 470
Тамм Л. — Общество детских врачей Эстонии в 1990 году 467
Хаавель А. — Сааремааское общество врачей 472
Хаавель А. — VII конференция обществ врачей Западной Эстонии 468
Цуппинг Р. — Заседание правления Эстонского общества неврологов и нейрохирургов им. Л. Пуусеппа 149
Эха Я. — Общества эстонских врачей в 1989 г. 146

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

- Арак Э.** — Новый кандидат фармации Айн Раал 135
Бирк К. — Новый кандидат биологии 381
Бирк К. — Семен Этлин защитил докторскую диссертацию 381
Кааик А.-Э. — Новый кандидат медицинских наук Ану Сюют (Кангро) 216
Лаос В. — Новый кандидат медицинских наук Рейн Мяни 216
Окончившие Кохтла-Ярвескую медицинскую школу в 1990 г. 384
Окончившие медицинский факультет Тартуского университета в 1990 г. 382
Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1989 г. 215, 383
Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1989 г. 215, 384
Тикк А. — Новый кандидат медицинских наук Яан Ээлмаэ 215

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ . . . 165, 242, 290, 403, 472

ЗА РУБЕЖОМ

- Аннус Э.** — Эстонские спортивные врачи в Западном Берлине 153
Кауде Ю. — Обучение в области радиологии во Флориде 150
Келк Я. — Знакомство с организацией медицинского дела в Федеративной Республике Германии 240
Теззалу Р. — Ишемическая болезнь сердца в Киае 445

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

- Тамм Л.** — Отзыв на книгу кандидата медицинских наук Адика Левина «Стационар для новорожденных» 406

НОВЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Брус Х.** — Новый лечебный корпус Таллиннской Республиканской психоневрологической больницы 157

РАЗНОЕ

- Кутсар К., Лаос В.** — Эстонские зарубежные ученые-медики. Краткие биографии 1944... 1983 159, 233
Кутсар К. — «Эстонский врач» 1941...1944 407
Кутсар К. — Профессор Валдур Сакс — эстонец на передовой линии мировой энергетики сердца 474
Лоодус Р. — Элле Тикерпяэ — оформительница изданий Государственной Научной медицинской библиотеки 162

НЕКРОЛОГИ

- Арнольд Вайно 11. II 1928... 5. VI 1990 413
Селма Вейссерик 13. XI 1901... 31. III 1990 251
Шалва Гулордава 16. IX 1920... 19. I 1990 174
Куно Кырге 8. VI 1913... 28. XI 1989 173
Артур Линд 6. IV 1927... 30. XI 1989 173
Пеэтер-Роланд Нуйамяэ 6. XI 1926... 18. VI 1990 414
Лийна-Рийна Ньюманн 18. XII 1939... 15. VI 1990 414
Валентин Педак 5. VIII 1908... 22. I 1990 175
Ээрик Саарнок 24. I 1930... 24. VII 1990 415
Яак Сээт 7. II 1935... 22. IX 1989 172
Юлиус Техвер 14. XII 1900... 7. II 1990 294

ИНТЕРВЬЮ

- Без технического совершенствования невозможно дальнейшее развитие офтальмологии в Эстонии 402
Кутсар К. — Микрохирургия глаза в Советском Союзе 164
Кутсар К. — Рандо Труве — новый президент Союза врачей Эстонии 237
О защищенности каждого человека от колеблели до могилы 235

В КЛУБЕ ЭСКУЛАПА . . . 457

ЮРИДИЧЕСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ . . . 250, 405

ГРАНКА РЕДАКЦИИ . . . 249

В ТАРТУСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ . . . 169, 252, 476

ХРОНИКА . . . 175, 255, 295, 476

Публикации ученых Эстонии в зарубежной печати 250, 296, 480

Законченные исследования ученых Эстонии 415, 480

Предметный указатель 482
Именной указатель 487

SAALOMONI ÕPETUSSÕNAD TARKUSE TUNDMAÕPPIMISEKS

Tarkuse algus on see: taotle tarkust ja taotle
mõistust kogu oma varanduse hinnaga!

Pea seda kõrgeks, siis see ülendab sind; kui
sa seda süleled, siis see austab sind!

Taotle tarkust, taotle mõistust — ära seda
unusta!

Ära seda hülga, siis see hoiab sind; armasta
seda, siis see kaitseb sind!

Õnnis on inimene, kes leiab tarkuse, ja inimene,
kes jõuab arusaamisele, et tarkusest on
rohkem kasu kui hõbedast ja rohkem tulu
kui kullast!

Tarkus on kallim kui pärlid ning ükski asi,
mida sa ihaldad, ei ole sellega võrreldav!

Selle paremal käel on pikk iga ning vasakul
käel rikkus ja au!

Tarkuse teed on armsad teed ja kõik selle
rajad on rahu!

See on elupuuks neile, kes sellest kinni
haaravad, õnnis on see, kes seda hoida suudab!

Tarkus paneb sulle pähe ilupärja, kingib
sulle kauni krooni!

Meditšiiniraamatukogu tervitab
oma lugejaid!

65-36
kavh

CALCII DOBEZYLAS

Sünonüüm: *Doxium*

Kaltsiumdobesülaat on angioprotektor. Preparaat toimib vahetult veresoonte endoteelisse, suurendab trombotsüütide aktiivsust ja vähendab biogeensete ainete (bradükiniini, histamiini) mõju veresoonte seintele.

Ravimit võetakse 0,25 g 3...4 korda päevas.

Ravikuur kestab 3...4 nädalast mõne kuuni.

Pakendis on 50 tabletti á 0,25 g toimeainet.

Ravim maksab 5 rub!a ja 2 kopikat.