



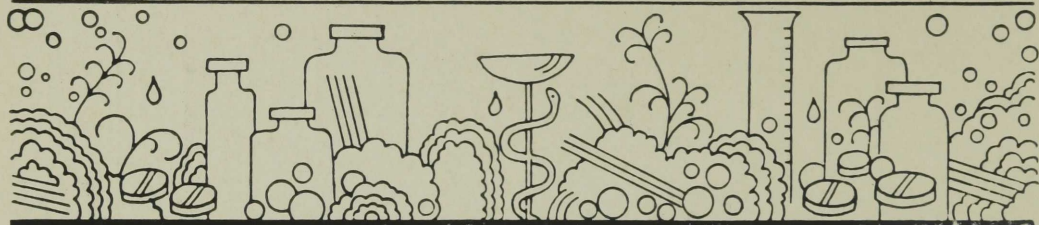
EESTI ARST



2

1989

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



UNGUENTUM CORTOMYCETINI

Kortomütsetiinsalv sisaldab toimeainetena kortisoonatsetaati ja levomütsetiini.

Ravimit kasutatakse põletikuliste ja allergiliste nahahaiguste kompleksravis: infitseerunud ekseemi, allergilise ekseemi, neurodermiidi ja püodermia korral.

Salvi määratakse nahale õhukese kihina 2...3 korda päevas.

Originaalpakendis on 15 g salvi.

UNGUENTUM DEPERSOLONI

Salv sisaldab toimeainena 0,25% 21-desoksü-N-metüül-N'-piperasiinüül-prednisoloonhüdrokloriidi.

Depersoloonsalvi kasutatakse ekseemi ja dermatiidi mitmesuguste vormide, eksudatiivse diateesi, allergiliste nahahaiguste ja dermatooside korral.

Salvi määratakse nahale õhukese kihina 1...3 korda päevas.

Originaalpakendis on 10 g salvi.

AUTOREILE

Käsi kirjad 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. **Käsi kiri** peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud, ka 3...7 võtmesõna lisatud. Uudse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatu see võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatu kokkusurutult mitte üle nelja ja üleavaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend**, kas töö on plaaniline või mitte või dissertatsiooni fragment, esitatakse koos käsi kirjaga. Teadusliku töö käsi kirja viseerib teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, esija isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnanais, laste arv) lisatakse käsi kirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümee** esitatu 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 lõpunumbriid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsi kirja 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 käsi kirju.

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

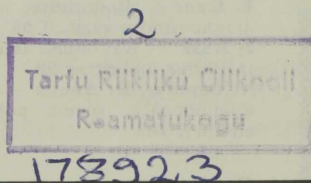
«Eesti Arst»

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

Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

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



Korrektor H. Brus. Tehniline töötaja L. Viller. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 17. 02. 1989. Trükkimisele antud 27. 03. 1989. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,91. Tell. nr. 831. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ээсти Арст» (Врач Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР и Союза врачей Эстонии. Издательство «Периодика», Tallinn. Тираж 5800. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,91. Заказ № 831. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Tallinn, Пярну маантеэ, 67-а.

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

2 EESTI ARST

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1989

Asutatud 1922. aastal

SISU

JUHTKIRI

L. Karu — Eesti keel Eesti meditsiinis 83

Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi keelesaadus 85

Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi Ülemnõukogu deklaratsioon Eesti NSV suveräänsusest 89

TEORIA JA PRAKTIKA

L. Jannus, E. Mesimaa, E. Raukas, E. Lillak, H.-M. Loit, R. Väljaots, J. Karusoo — Pikenatud toimeajaga teofülliinipreparaadi — teolongi — kasutamine bronhiaalastma ravis 90

M. Lember, A. Tamm — Laktoostesti kahe variandi võrdlus 93

E. Kuus — Endofüütse maovähi röntgen-diagnoosimise raskusi 96

J. Kask — Ravimuda leiukohad Haapsalu ja Pärnu ümbruses 99

N. Lapidus, H. Annus — Alkohoolne kardiomüopaatia surma põhjusena lahangu andmeil 103

ÜLEVAATED

K. Kutsar — Inimese immuunpuudulikkuse viirus: patogeensus ja immunogeensus 106

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

A. Lenzner, P. Nuimäe — 30 aastat tagasi kujunenud küünarvarreluude ebaliigese eduka ravi juht 110

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uusi meditsiinidoktoreid 114

Uusi meditsiinikandidaate 115

MÖTTEVAHETUS

J. Männiste — Arstiabi efektiivsuse mitu takku 116

EESTI ARSTIDE LIIDUS

R. Teesalu — Mõtteid seoses arstide liiduga 119

M. Tarum — Tallinna Arstide Liidu üldkogu koosolek 122

H.-E. Arpo — Üleskutse 123

Küsimustik 124

ARSTITEADUSE AJALOOST

I. Käbin — Tartu Ülikooli osa rahvusvahelises kultuuris 125

TOIMETUSE VEERG 132

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

A. Ellamaa — I Eesti arstide konverents 133

P. Lääne — Vabariiklik konverents «Psüh-hogeensed ja psühhosomaatilised häired» 135

E. Tünder, J. Männiste — Kliinilise kirurgia konverents 136

A. Jents — Eesti kõrva-nina-kurguarstide koosolek 137

T. Jänes — I Eesti stomatoloogide kongress 138

M. Laursoo — Eesti Meditsiiniõdede Seltsi aruande- ja valimiskonverents 139

M. Tarum — Läti Arstide Seltsi asutamise kongress 140

A. Ellamaa — Üleliiduline arstide kongress 140

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

H. Brus — Uus Harju Rajooni Keskaigla Keilas 142

M. Kuusma — Uus polikliinik Otepääl 143

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Aerosool «Efatiin» 144

INTERVJUU

Professorid W. Brocci, A. Veer ja M. Geyer vastavad L. Mehilase küsimustele 145

I. Laan — Pavel Bogovski mõtisklusi 148

MEIE JUUBLARE 149

Paul Mallene, Linda Kildema, Georg Semjonov, Lea Boston, Ilve-Teisi Rimmel

TARTU ÜLIKOO LIS 151

IN MEMORIAM 155

Lembi Maurer, Einar Vagane, Elise Käer-Kingisepp

KROONIKA 158

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi 160

UDK 61(474.2)=945.45

Eesti keel Eesti meditsiinis

Laur Karu · Tallinn

18. jaanuaril 1989 Eesti NSV Ülemnõukogu istungjärgul vastuvõetud keeleseadus sätestab eesti keele kasutamise põhimõtted ja keelekaitse printsiibid Eestimaal. Tervishoiutöötajad esindavad eluvaldkonda, kus eesti keele oskus on vajalik ja kohustuslik igapäevases kutsetöös ja suhtlemises. Vaatleksime eesti keele meditsiinis kasutamise mõningaid aspekte.

On selge, et Eesti meditsiin on eesti rahvuskultuuri osa. Meditsiin oli arvestataval tasemel Eestimaal olemas juba möödunud sajandi algul, mil avati esimesed ambulantsid ja haiglad. Meditsiin on läbi teinud kõik eesti kultuuri arenguraskused ning olnud alati eesti rahva saatuskaaslaseks. Meditsiini ja kultuuri lahutamatus kinnitavad meedikute elukutse ininlähedus, arstide ja õdede töö lahutamatus inimsaatuses.

Arst ja õde on need, kes suhtlevad inimesega siis, kui tal on raske ja valus, kui ta tahab hingelt pihtida mure ning välja öelda oma viimse soovi või saladuse. Need on hetked, mil inimene ootab mõistmist, tuge, lohutust rohkem, kui õnne ja täie tervise juures olles. Haige tahab arsti ja õde näha eelkõige targa, mõistva ja teda hingeliselt toetava inimesena, mitte aga läbi keerukate diagnooside, aparatuurinäitude ning defitsiitsete ravimite sõrestiku. Ainult sellistena, läbi inimlikkuse, saab meil olla koht eesti kultuuris ning saame anda oma panuse selle edendamisse.

Kuidas saab arst või õde seda teha, oskamata eesti keelt ja tundmata eesti kultuuri, mõistmata meie rahva väärtusi ja psühholoogiat? Ilma selleta pole täisväärtuslikku ravitööd teha lihtsalt võimalik. Seda on arvestanud enamiku riikide seadusandlus, mille alusel ei lubata oma maal arsti või õena

tööle inimesi, kes ei oska kohalikku keelt. Meil oli see lihtne töö unustatud pikkadeks aastateks. Nii valitsus kui ka paljud kolleegid lootsid läbi saada rahvastevahelise suhtlemise keele, vene keele vahendusel. Tänaseks on see andnud tagasilöögi — usaldus ja lugupidamine meditsiinitöötajate vastu on vähenenud. See on täiesti loogiline, sest kui haige peab oma hädast ja murest rääkima talle tundmatuid termineid kasutades vene keeles, siis ei saa ka kujuneda usalduslikku suhtumist. Selline suhtlemine on vaev nii haigele kui ka arstile endale. Vaid väga elav fantaasia võib tekitada mulje usalduslikust kontaktist ning tõepärasest anamneesist, millest väga suurel määral sõltub õige diagnoos.

Seega on keel suhtlemisvahend, mille abil arst ja haige loovad teineteise vahel eelkõige inimliku kontakti. Sellest tulevalt on selge, et Eestis peab igal eestlasel olema õigus polikliinikus või haiglas suhelda eesti keeles. Vene keelt rääkivale patsiendile on omakeelne kohtlemine ja suhtlemine olnud tagatud kogu aeg, sest eesti arstide vene keele oskus on olnud rahuldav tänu venekeelse erialakirjanduse lugemisele ning vene keele suurele osatähtsusele kogu Eestimaa elus. Eestlastest meedikud saavad vene keelt rääkivast haigest hästi aru ning suudavad temaga ka suhelda.

Et enamik ainult vene keelt rääkivaid kolleege pole vajalikuks pidanud süveneda eesti kultuuris ja keelesse, siis on eesti keelt rääkiv patsient ikka surutud seisus olnud ning on pidanud end arusaadavaks tegema ikkagi vene keeles. See on elementaarne viga, mida praegu on viimane aeg parandama hakata. Kui haige ei saa arstiga suhelda emakeeles, ei saa olla ka usaldusväärset diagnoosi ega ravi.

Seega on eesti keel arstile ja õele töövahendiks, mis on aluseks eestlastest haige mõistmisel ja täpse anamneesi saamisel, eriti maainimestega suheldes, keda näiteks Tallinna ja Tartu haiglates on ligikaudu 50%. Teame, kui palju sõltub väikeste keeleliste nüansside tunnetamisest haigega vesteldes. Nende

mittemõistmine on võrdväärne mitte-
arusaamisega, millest paratamatult tu-
lenevad arstivead. Järeldus: eesti keelt
mittevaldav arst ei saa olla eesti keelt
kõnelevate patsientide ravimisel küllal-
daselt täpne isegi siis, kui tal on hea eri-
alane eruditsioon.

Keel kui sõnadest koosnev semiooti-
line süsteem on ülekantud mõttes ka
ravivahend, ta on üks olulisemaid kom-
ponente ravis ja haige usalduse võit-
misel. Usalduslikul suhtlemisel rajane-
vad nii psühhoteraapia kui ka lihtsada-
rsti soovitusel haige elu korralda-
miseks. Vähesed usalduse tõttu on isegi
patsiendiga üht ja sama keelt rääkiva
arsti soovitusel sageli tulutud, rääki-
mata juba keelebarjääril sugenevast
väärilt ja mittemõistmisest.

Eriti raske on eesti keelt mitteoskava
perearsti korral rääkida tulemuslikku-
sest ja usalduslikkusest suhtlemises ja
arstimises. Perearst peab lävima ka laste
ja vanuritega, kellega üksteisemõist-
mine on eriti oluline, kuid selle saavuta-
mine keeruline. Seega on eesti keele os-
kus Eestimaal kultuuri, suhtlemise ja
erialakvalifikatsiooni lahutamatu osa
ning sellisena tuleb seda hinnata nii
ametlikult kui ka mitteametlikult.

Samal ajal, arvestades Eesti rahvus-
likku koosseisu, kus eestlasi on linnades
ja rajoonides protsentuaalselt väga
erineval hulgal, tuleb nii mitmeski piir-
konnas ka eesti keelt rääkivatel arstidel
ja õdedel hoolt kanda oma vene keele os-
kuse eest.

Arvestades seda, et enamik mediti-
siinialast väliskirjandust ilmub ing-
lise keeles, peaks iga arst, sõltumata
emakeelest, oskama ka inglise või muud
vajalikku võõrkeelt. Paratamatult kuu-
lub arsti elukutse juurde ladina keele
oskus vähemalt meditsiiniterminoloogia
ja retseptuuri piires.

Seega ei saa kultuurseks, erudeerituks
ega internatsionaalseks pidada Eestis
vaid ühte keelt rääkivat arsti. Seda tu-
leb arvesse võtta ka kvalifikatsioonika-
tegooriate andmisel ja lisatasu maksmi-
sel.

Et keeleseaduse rakendamine mediti-
siinis seisab lähitulevikus ees, võime

selle üle veel mõtteid vahetada. Eesti
Arstide Liit on juba oma ettepanekud
teinud. Millest peame lähtuma?

Eestis töötavate arstide ja õdede
rahvuslik koosseis on kirju. Põhirahvu-
sest arste ja õdesid on keskmiselt 60%.

Erinev on koosseis ka linnades ja ra-
joonides. Nii on eestlastest arste/õde-
sid Narvas 6,3%//3,6%, Kohtla-Jär-
vel 21,3%//22,5%, Tallinnas 58,6%//
47,5%, Tartus 91%//82%, Saaremaal
96,4%//96,6% ja Viljandis 96,4%//
91,3%. H. Noore poolt läbiviidud esi-
algne küsitlus keeleoskuse kohta andis
ligilähedaselt sama tulemuse. Nagu
näha, on kõige keerulisem olukord Tal-
linnas, kus eri keelte ja kultuuride
kokkupuude on suurim ning kus ka rah-
vussuhted on pingelised.

On selge seegi, et Kohtla-Järve ja
Tallinna meditsiinikoolide vene keelt
kõnelevad lõpetanud on jätnud oma
jälje kogu Eesti meditsiini, sest vene
keelt kõnelevaid õdesid on rohkem kui
venē keelt kõnelevaid arste.

Seega seisab ees suur töö. Millest
alustada? Ilmselt tuleb alustada TRÜ
arstiteaduskonnast ja meditsiinikooli-
dest vältimaks umbkeelsete spetsialisti-
de juurdetulekut.

Lahti tuleb saada mentaliteedist, et
eesti keelt (eestlased aga vene keelt)
peab õppima sundkorras. Keel tuleb
selgeks õppida endal ning keeleoskusega
tuleb vastavusse seada nii töökoht,
kategoria kui ka lisatasu.

Kui Ministrite Nõukogu hoolitseb
keeleõpetajate koolitamise ja keeleõp-
peks vajalike vahendite eest, siis meil
tuleb hoolitseda nende vahendite ratsio-
naalse kasutamise eest. Eesti keele õpi-
ringe on Kohtla-Järve Meditsiinikooli
lõpetanud neidudele juba aastaid orga-
niseerinud peaaegu kõik haiglad. See on
aga vähe tulemusi andnud, sest mingit
keeleõppimise kohustust siiani ei ole
olnud. Ka paljud töökollektiivid on oma
koosolekukeele kohandanud viisakalt
venekeelseks. Tulemused on nüüd näha.

Seega peab keele õppimine jääma eel-
kõige igapäevase enda kohustuseks ja õppi-
mist tuleb alustada oma raha eest. Kui
pärast keeltekursuse lõpetamist selgub,

et õppimine on tulemusi andnud, siis võib haigla keeltekursustel kulutatud raha töötajale kas täielikult või osaliselt tagasi maksta.

Keeleeksam ja keeleoskuse normatiiv tuleb kehtestada kõigi meditsiinitöötajate suhtes neile kategooria andmisel ja töökohale sobivuse määramisel. Üldjuhul peavad arst ja õde küllalt vabalt eesti keeles kõnelda oskama, samuti oskama eesti keeles täita haiguslugusid ning koostada muud arstitöös vajalikku dokumentatsiooni. Keeleoskuse taset võib esialgu diferentsida erialade järgi. Kui kirurgidele ja laboriarstidele võiks mõneks ajaks teha mõningaid järeleandmisi, ei tohi neid teha jaoskonnarstidele, lastearstidele, neuroloogidele, terapeutidele ega psühhiaatritele, nad peavad keelt hästi oskama. Pea- arstid, nende asetäitjad ja osakonnajuhatajad peavad valdama vabalt nii eesti kui ka vene keelt.

Eriti suuri kohanemisraskusi ja põhirahvusega suhtlemise raskusi on neil meditsiinitöötajatel, kes on pärit mitte ainult teisest keele-, vaid ka kultuuri- keskkonnast. Kui neil on tõsine soov saada eestimaalasteks, tuleb neid igati aidata.

Lähtepunktiks peab olema inimese enda soov õppida eesti keelt ja tutvuda eesti kultuuriga. See on rahvaste konsolideerumise ja üksteisemõistmise alus.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi keeleseadus

Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi riigi- keel on eesti keel. Eestimaal, eestlaste põlisel asualal on eesti keel riigi erilise tähelepanu ja kaitse all. Eesti keele seadustamisega riigikeeleks on loodud kindel alus eesti rahva ja tema kultuuri säilimiseks ja arendamiseks.

Eesti NSV-s on igale üksikisikule, samuti igale asutusele, ettevõttele ja organisatsioonile tagatud õigus kasutada eesti keelt nii kõnes kui ka kirjas.

Eesti NSV tagab eesti keele õpetamise ja uurimise Eestis ning toetab eesti keele õpetamist ja uurimist väljaspool Eestit.

Vene keelt käsitleb käesolev seadus lähtudes üleliidulise suhtlemise vajadusest ja kui keelt, mida Eesti NSV-s eesti keele järel kõige enam kasutatakse emakeelena.

Eesti keele seisund riigikeelena ei riiva mis tahes emakeelega isikute kodanikuõigusi. Kaitses eesti keelt riiklikul tasemel tunnistab Eesti NSV igast rahvusest kodanike vääramatut õigust oma emakeele ja kultuuri viljelemisele, kõigi kodanike võrdsust seaduse ees sõltumata nende emakeelest.

§ 1. Vastavalt Eesti NSV konstitutsiooni paragrahvile 5 on Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi riigikeel eesti keel.

5. .7. detsembril 1988 Tallinnas toimunud Eesti NSV Ülemnõukogu üheteistkümnenda koosseisu üheksandal istungjärgul võeti vastu otsus Eesti NSV riigikeele staatuse kohta 239 poolthäälega, vastu hääletas 10 ja erapooletuks jäi 6 saadikut. 18. jaanuaril 1989 toimus Eesti NSV Ülemnõukogu üheteistkümnenda koosseisu kümnendal istungjärgul, kus üheks päevakorrapunktiks oli Eesti NSV keeleseaduse vastuvõtmine. Ettekanded selles küsimuses tegid Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees A. Rüütel ja seaduseelnõude komisjoni esimees E.-A. Sillari. Eesti NSV keeleseadus pandi pärast põhjalikku arutelu hääletamisele tervikuna. Eesti NSV keeleseaduse vastuvõtmise poolt tervikuna hääletas 204 rahvasaadikut, vastu 50, erapooletuks jäi 6.

Eesti NSV riigikeele, vene keele ja teiste keelte kasutamise korra sätestab käesolev seadus.

Üksikisik

§ 2. Üksikisikul on Eesti NSV territooriumil õigus eestikeelsele asjaajamisele ja suhtlemisele kõikides Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutustes ning asutustes, ettevõtetes ja organisatsioonides.

Sätestatu kehtib ka muid keeli asjaajamiseks kasutatavate riigivõimu- ja riigivalitsusasutuste ning asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide suhtes.

§ 3. Üksikisikule on tagatud võimalus ka venekeelseks asjaajamiseks ja suhtlemiseks Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutustes ning asutustes, ettevõtetes ja organisatsioonides.

Asjaajamine üksikisikutega teistes keeltes toimub vastavalt võimalustele ja tegevuseesmärgile.

§ 4. Üksikisikutega tööalaselt suhtlevatele isikutele, nagu kõik juhtivtöötajad, riigivõimu- ja riigivalitsusasutuste, ühiskondlike organisatsioonide, õigussüsteemi, korrakaitse- ja järelevalveorganite töötajad, meditsiinipersonal, ajakirjanikud, teenindus-, kaubandus-, side-, õnnetus- ja päästeteenistuse töötajad ning muud, kehtestatakse keeleoskuskõhuvõuded. Eesti keele ja vene keele ning muude keelte valdamine ja kasutamine on kohustuslik käesoleva seaduse § 37 alusel kehtestatatavate nõuete piires.

§ 5. Juhtivtöötajad suhtlevad alluvaga viimase poolt valitud keeles, kusjuures nad ei ole kohustatud ületama oma keeleoskuskõhuvõuete piire.

§ 6. Teeninduses ja kaubanduses on teenindav pool kohustatud kasutama teenindatava poolt valitud keelt oma keeleoskuskõhuvõuete piires.

§ 7. Üksikisiku keelevaliku tõkestamine ja halvustamine on keelatud ja seadusandluses ettenähtud juhtudel karistatav.

Riigivõimu- ja riigivalitsusasutused

§ 8. Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutuste asjaajamiskeel on eesti keel. Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsemisorganite istungeid ja töökoosolekuid juhatakse ning nende protokollid vormistatakse eesti keeles.

Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsemisorganite aktid võetakse vastu ja avaldatakse eesti keeles ja nende tõlge vene keeles.

Eesti NSV kohalikes riigivõimu- ja riigivalitsusasutustes võib asjaajamiskeelena kasutada vene keelt vastavuses käesoleva seaduse §-ga 36.

§ 9. Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutuste pöördumisel väljapoole Eesti NSV-d kasutatakse mõlemale poolele sobivat keelt.

§ 10. Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutused kasutavad kirjalikul suhtlemisel Eesti NSV-s paiknevate asutuste, ettevõtete ja organisatsioonidega ning omavahel eesti keelt.

Kohalikul riigivõimu- ja riigivalitsusasutused, millele asjaajamine vastavalt käesoleva seaduse §-le 36 on venekeelne, võivad kirjalikul suhtlemisel Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutustega kasutada vene keelt.

§ 11. Pöördumisel üksikisiku poole Eesti NSV-s kasutavad Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutused eesti keelt, eesti keelt mittevaldavate isikute puhul vene või muud keelt.

Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutused tagavad üksikisikule eesti- ja venekeelse suhtlemis- ja asjaajamisvõimaluse ning eesti- ja venekeelsete dokumentide saamise vastavalt viimaste sihile või isiku soovile. Suhtlemine ning dokumentide väljaandmine muudes keeltes võib Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutustes toimuda vastavalt nende asutuste tegevuse eesmärgile ja võimalustele, lähtudes kohaliku elanikkonna rahvuslikust koosseisust või rahvusvahelise suhtluse vajadustest.

Asutused, ettevõtted ja organisatsioonid

§ 12. Eesti NSV territooriumil paiknevate asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide sisemise asjaajamise keel on eesti keel.

Senine venekeelne asjaajamine saab jätkuda tähtajaliselt Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi poolt kehtestatavas korras, kusjuures tähtsate määratamisel arvestatakse eestikeelsele asjaajamisele siirdumise reaalseid eeldusi. Töötajale tagatakse eestikeelne tööalane teave ja temalt võetakse vastu ka eestikeelseid sisedokumente. Venekeelset asjaajamist jätkavate asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide allüksustel on õigus kasutada asjaajamises eesti keelt. Mitte-eestikeelne sisemine asjaajamine võib toimuda ka vastavalt käesoleva seaduse §-dele 20 ja 25.

§ 13. Tehnilist dokumentatsiooni võivad asutused, ettevõtted ja organisatsioonid kasutada originaalkeeles.

Eesti NSV asutused, ettevõtted ja organisatsioonid võivad väljastada mitte-eestikeelset tehnilist dokumentatsiooni ainult tellija soovil.

§ 14. Eesti NSV territooriumil paiknevate asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide pöördumisel väljapoole Eesti NSV-d kasutatakse mõlemale poolele sobivat keelt.

§ 15. Eesti NSV-s paiknevad asutused, ettevõtted ja organisatsioonid kasutavad suhtlemisel Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutustega ning omavahel eesti keelt.

Vene keelt sisemise asjaajamise keelena kasutavad asutused, ettevõtted ja organisatsioonid võivad omavahelisel suhtlemisel ning suhtlemisel Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutustega kasutada vene keelt.

Keelekasutust sõjaväeosades käesolev seadus ei reguleeri.

§ 16. Pöördumisel üksikisiku poole Eesti NSV-s kasutavad asutused, ettevõtted ja organisatsioonid eesti keelt, eesti keelt mittevaldavate isikute puhul vene või muud keelt.

Eesti NSV asutused, ettevõtted ja organisatsioonid tagavad üksikisikule eesti- ja venekeelse suhtlemis- ja asjaajamisvõimaluse ning eesti- ja venekeelsete dokumentide saamise vastavalt viimaste sihile või isiku soovile.

§ 17. Eesti NSV-s paiknevate asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide vabariigisisene aruandlus ja finantsdokumendid on eestikeelsed.

Kohus

§ 18. Kohtumenetluses toimub keelte kasutamine vastavalt Eesti NSV konstitutsiooni paragrahvile 158.

Haridus, teadus ja kultuur

§ 19. Eesti NSV tunnistab kõigi oma kodanike võrdset õigust riiklikule omakeelsele üldharidusele.

Eesti NSV tagab eestikeelse hariduse kogu oma territooriumil.

Venekeelne üldharidus tagatakse vastavalt venekeelse elanikkonna paiknemisele.

§ 20. Eesti NSV kodanikel on õigus õppe- ja kasvatuskeelt üksikeelsetele lasteasutustele ja üldhariduskoolidele.

Mitte-eestikeelsete lasteasutuste ja koolide sisemine asjaajamine võib olla omakeelne.

Laste- ja õppeasutuste juhatajad ning õppe- ja kasvatuspersonal peavad valdama asjaomase asutuse õppe- ja kasvatuskeelt.

§ 21. Eesti NSV tagab eesti keele õpetamise kõigis muukeelsetes õppeasutustes ja õpperühmades nende ametkondlikust alluvusest sõltumata.

Kõigile eesti keelt mittevaldavatele üliõpilastele õpetatakse eesti keelt.

§ 22. Eesti NSV kodanikel on õigus eestikeelsele kutse-, keskeri- ja kõrgharidusele kõigil erialadel, mida Eesti NSV-s õpetatakse.

Eesti NSV vene õppekeele koolide lõpetanute edasiõppimisvõimalused Eesti NSV kutse-, keskeri- ja kõrghariduse süsteemis tagatakse vene õppekeele rühmade või koolidega vastavalt vabariigi vajadustele ja võimalustele, samuti eesti keele süvendatud õpetamisega nendele eestikeelse erialakoolituse alguses.

§ 23. Eesti NSV tagab õiguse esitada teadustöid ja neid teadlaskraadide taotlemiseks kaitsta eesti keeles.

Eesti NSV-s ei tõkestata teaduspublikatsioonide keelevalikut. Väitekirju võib esitada ja teadlaskraade kaitsta mis tahes keeles mida erialanõukogu aktsepteerib.

§ 24. Eesti NSV tagab eestikeelse kultuuri eelisarendamise, toetades ühtlasi teiste rahvusrühmade kultuuritegevust.

Igas Eesti NSV linnas ja rajoonis peab olema tagatud eestikeelne teabelevi.

Eesti NSV tagab eesõiguse eestikeelsete trükiste tootmisele.

Eesti NSV tagab televisiooni ja raadio levikanalid eestikeelsetele programmidele ja viimaste kättesaadavuse kogu Eesti NSV territooriumil.

Eesti NSV tagab filmide, video ja muude audiovisuaalsete teoste avalikul esitamisel nende tõlke eesti keelde.

Tagatakse igakülgne venekeelne teave Eesti NSV kohta televisioonis, raadios ja trükisõnas.

Usundilise tegevusega ning tavanditega seonduvat keelekasutust käesolev seadus ei reguleeri.

§ 25. Eesti NSV-s võivad rahvuskultuuriühendused sisemises asjaajamises kasutada oma rahvuskeelt, lasta valmistada omakeelseid trükiseid, formulare ja dokumente.

Rahvuskultuuriühendused võivad algatada omakeelsete lasteasutuste, koolide, kultuuriasutuste ja perioodikaväljaannete asutamise ning nendel on õigus korraldada omakeelset koolivälisist õppe- ja kasvatustööd.

Koosolekud

§ 26. Eesti NSV-s toimuvatel koosolekutel, istungitel, konverentsidel ja muudel kokkutulekutel esinejate keelevalik on vaba. Arusaadavus tagatakse vajaduse korral tõlkega.

Rahvusvaheliste ja liiduvabariikidevaheliste kokkutulekute keeled ja tõlke määrab korraldus-toimikond.

Nimed

§ 27. Eesti NSV kohanimed on eestikeelsed. On lubatud ainult aja- ja kultuurilooliselt põhjendatud erandid.

Igal Eesti NSV kohal on üksainus ametlik nimi. See on fikseeritud eesti-ladina tähestikus ja teda võidakse Eesti NSV-s kinnitatud eeskirjade põhjal kirjutada ka teistes tähestikes.

§ 28. Eesti NSV eesti rahvusest kodaniku nimi koosneb ühest või enamast eesnimest ja ühe- või kahekordsest perekonnanimest. Muude nimeosade lisamine toimub ainult isiku nõudel. Isikunimi fikseeritakse eesti-ladina tähestikus ja teda võidakse Eesti NSV-s kinnitatud eeskirjade põhjal kirjutada ka teistes tähestikes.

Eesti NSV muust rahvusest kodanikel on õigus kanda nime vastavalt rahvuslikule tavale, kuid nimi peab ametlikus tarvituses sisaldama vähemalt perekonnanime ja ühe eesnime. Muust rahvusest kodaniku nime kandmine eestikeelsestesse dokumentidesse toimub kinnitatud eeskirjade põhjal.

§ 29. Eesti NSV koha- ja isikunimede rahvusvaheline ladinatäheline kuju on identne Eesti NSV-s kasutatavaga.

Kui veovahendil, hoonel, rajatisel või muul esemel on ametlikuks nimeks eestikeelne sõna või algselt ladinatäheline nimi, on selle rahvusvaheline ladinatäheline kuju identne sama sõna või nime kirjajuga eestikeelses tekstis.

§ 30. Nimetarvituse üksikasjaliku korra sätestab Eesti NSV Nimeseadus.

Tähised ja teave

§ 31. Eesti NSV-s kasutatakse eestikeelseid formulare ja blankette. Eestikeelsele tekstile võib olla lisatud tõlkeid.

Muukeelseid formulare ja blankette võidakse kasutada vastavuses käesoleva seaduse §-dega 12, 20, 25 ja suhtlemisel väljapoole Eesti NSV-d.

§ 32. Pitsatite, templete ja stampide tekstid on eesti keeles, vajaduse korral koos tõlkega.

§ 33. Avalikult väljapandavate siltide, kuulutuste, teadaannete ja reklaami tekst peab olema eestikeelne. Sellele võib teisel kohal, eestikeelsest tekstist mitte suuremana, lisada tõlke või transkriptsiooni. Tõlke lisamisel arvestatakse kohalike elanike, liiduvabariikidevahelise ja välis-suhtluse vajadusi.

Rahvuskultuuriühenduste, koolide ja välis-suhtluse tarbeks kasutatavad kuulutused, teadaanded ja reklaam võivad olla muukeelsed.

Eesti NSV-s müüdavate kaupade kasutamish juhendid peavad olema ka eesti keeles. Eesti NSV-s toodetud ja müüdavate kaupade sildid peavad olema vähemalt eesti keeles.

§ 34. Regstrimärkide tähekombinatsioonid Eesti NSV-s võivad sisaldada ainult ladina tähti.

Seaduse rakendamine

§ 35. Käesoleva seaduse §-d 2, 3, 11 ja 16 rakenduvad ühe aasta, §-d 6, 10 lg. 1, 31, 32 ja 33 lg. 3 kahe aasta ning §-d 5, 15 lg. 1, 17 ja 34 nelja aasta jooksul pärast seaduse jõustumist.

§ 36. Kohalike riigivõimu- ja riigivalitsusasutuste puhul, kus seni on olnud asjaajamine venekeelne ning millede haldusala elanikkond oma rõhuvas enamuses ei valda eesti keelt, võib Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium käesoleva seaduse § 8 lg. 1 rakendamise tähtajaliselt edasi lükata, arvestades tähtaegade määramisel eestikeelse asjaajamise taastamise reaalseid eeldusi.

Eelmine lõige ei laiene Eesti NSV pealinnale Tallinnale ega tema rajoonidele.

Käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud kohalikel riigivõimu- ja riigivalitsusasutustel on õigus suhelda omavahel ning vene keelt sisemises asjaajamises kasutatavate asutuste, ettevõtete ja organisatsioonidega vene keeles.

§ 37. Käesoleva seaduse § 4 rakendub järkjärgult nelja aasta jooksul pärast seaduse jõustumist.

Käesoleva seaduse §-s 4 ettenähtud erialade ja ametikohtade loetelud, keeleoskusnõuded vastavate isikutega töölepingu sõlmimisel, atestatsioonitingimused, keelte õpetamise kord ning § 4 rakendamise tähtajad kehtestatakse Eesti NSV Ministrite Nõukogu poolt kooskõlastatult Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi Keelekaitsekomisjoniga.

Vastutus ja seaduse täitmise kontroll

§ 38. Eesti NSV riigivõimu- ja riigivalitsusasutuste ning asutuste, ettevõtete ja organisatsioonide juhid vastutavad personaalselt käesoleva seaduse nõuete täitmise eest oma alluvuskonna piires.

Need ametiisikud, samuti käesoleva seaduse §-s 4 nimetatud töötajad, kes on süüdi käesoleva seaduse tahtlikus rikkumises, kannavad ettenähtud korras vastutust.

§ 39. Käesoleva seaduse täitmise kontroll pannakse Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumile ja tema poolt moodustatavale Keelekaitsekomisjonile.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees
A. Rüütel

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sekretär
V. Vaht

Tallinn, 18. jaanuaril 1989

Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi Ülemnõukogu deklaratsioon Eesti NSV suveräänsusest

Eesti rahvas on Läänemere kallastel oma maad harinud ja kultuuri arendanud enam kui viis tuhat aastat. 1940. aastal sai rahvuslikult homogeensest, suveräänselt Eesti Vabariigist Nõukogude Liidu koostisosa, seejuures nähti ette suveräänsusgarantiide säilimine ja rahvuse õitseng. Stalinismi- ja stagnatsioonija sisepoliitika ignoreeris neid garantiisid ja seisukohti. Selle tulemusena on Eestimaal kujunenud eestlastele kui põhirahvusele ebasoodus demograafiline situatsioon, looduskeskkond on paljudes vabariigi piirkondades katastroofiolukorras, majanduse jätkuv destabiliseerumine mõjub negatiivselt kogu vabariigi elanikkonna elatusetasele.

Eesti NSV Ülemnõukogu näeb raskest olukorrast vaid ühte väljapääsu — Eestimaa edasine areng peab toimuma suveräänsuse tingimustes. Eesti NSV suveräniteet tähendab, et talle kuulub tema kõrgeimate võimu-, valitsemis- ja kohtuorganite näol kõrgeim võim oma territooriumil. Eesti NSV suveräniteet on terviklik ja jagamatu. Selle kohaselt peaks vabariigi edasine staatus NSV Liidus olema määratud liidulepinguga.

Eesti NSV Ülemnõukogu ei ole nõus NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi poolt arutusele pandud nende NSV Liidu konstitutsiooni muudatuste ja täiendustega, mis välistavad Eesti NSV konstitutsioonilise õiguse enesemääramisele. Toetudes rahvusvahelistele paktidele majanduslike, sotsiaalsete ja kultuurialaste õiguste ning kodaniku- ja poliitiliste õiguste kohta 16. detsembrist 1966, mis on ratifitseeritud NSV Liidu poolt, ja teistele rahvusvahelise õiguse normidele, deklareerib Eesti NSV kõrgeim rahva võimu esindav organ, Eesti NSV Ülemnõukogu, oma seaduste ülimuslikkust Eesti NSV territooriumil.

Muudatused ja täiendused NSV Liidu konstitutsioonis jõustuvad edaspidi Eesti NSV territooriumil nende heakskiitmisel Eesti NSV Ülemnõukogu poolt ning vastavate muudatuste ja täienduste tegemisel Eesti NSV konstitutsioonis.

Eesti NSV Ülemnõukogu kutsub üles kõiki, kes on sidunud oma saatuse Eestimaaga, konsolideerima demokraatliku ja sotsialistliku Eesti ühiskonna ülesehitamiseks. Suveräänsuse juriidiline ja faktiline realiseerimine tähendab ühtlasi seda, et Eestimaa rahvas ei nõustu tulevikus ühegi seadusega, mis oleks diskrimineeriv mis tahes teise Eesti NSV-s elava rahvuse esindajaile.

*Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimees
A. Rüütel*

*Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sekretär
V. Vaht*

Tallinn, 16. novembril 1988

16. novembril 1988 toimus Tallinnas Eesti NSV Ülemnõukogu üheteistkümnenda koosseisu erakorraline, kaheksas istungjärg. Sellel istungjärgul pandi hääletusele Eesti NSV Ülemnõukogu deklaratsioon Eesti NSV suveräänsuse kohta. Deklaratsiooni vastuvõtmise poolt hääletas 258 rahvasaadikut, vastu hääletas 1 rahvasaadik ja erapooletuks jäi 5.

TEORIA JA PRAKTIKA

UDK 616.248-08

Pikendatud toimeajaga teofülliniipreparaadi — teolongi — kasutamine bronhiaalastma ravis

Lii Jannus Elga Mesimaa Evi Raukas
Elvi Lillak Helle-Mai Loit Reet Väljaots
Jaan Karusoo Tallinn

bronhiobstruktsioon, pikendatud toimeajaga teofülliin, kontsentratsioon vereseerumis, kõrvalnähud, ravimi annus

Krooniliste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste hulgas on laia leviku ning kliinilise kulu raskuse tõttu enam ohtlikud bronhiaalastma ja krooniline bronhiit (14). Eestis on bronhiaalastmaste haigestumine ja surmajuhtude arv nii laste kui ka täiskasvanute hulgas viimase kümne aasta jooksul suurenenud üle kahe korra (17).

Olenevalt bronhiaalastma patogeneesi iseärasustest kasutatakse bronhospasmolüütikumidena kas sümpatomimeetikume, kolinolüütikume või metüülksantiine. Viimaste hulka kuulub 1937. aastal sünteesitud teofülliin, mis on siiani olnud kasutusel bronhiaalastma ravimina. Teofüllini farmakodünaamika ja farmakokineetika kohta uute andmete lisandumisest tingituna on tema kasutamine aastate jooksul intensiivistunud (1, 4, 15).

Teofüllini toimes trahheasse ja bronhidesse eristatakse kahte komponenti: nõrka mittespetsiifilist dilatatsiooni histamiini, kolinomimeetikumide, anti-geenide suhtes ja tugevat selektiivset

antagonismi adnosiini suhtes (2, 8, 9). Lisaks bronhide lõõgastamisele ja diafragma kontraktsiooni tugevdamisele kiirendab teofülliin ka mukotsiliaarset kliirensit, stimuleerib ajus hingamiskeskust, toimib diureetikumina, alandab rõhku kopsuarteris ning suurendab koronaarset verevoolu. Peale mainitu on tal ka positiivne inotropne toime südamesse (11, 13).

Vereseerumi kontsentratsiooni ja bronhe lõõgastava toime seose kohta on andmed vasturääkivad. Nii on P. Mitenko ja R. Ogilvie (10) ning R. Fairshter kaasautoritega (3) saanud otsese proportsionaalse seose teofüllini bronhe lõõgastava toime ja vereseerumi kontsentratsiooni vahel, kuna M. Kalla kaasautoritega (7), M. Gaul ja O.-P. Schmidt (5) väidavad, et teofüllini bronhe lõõgastav toime ei sõltu tema kontsentratsioonist vereseerumis.

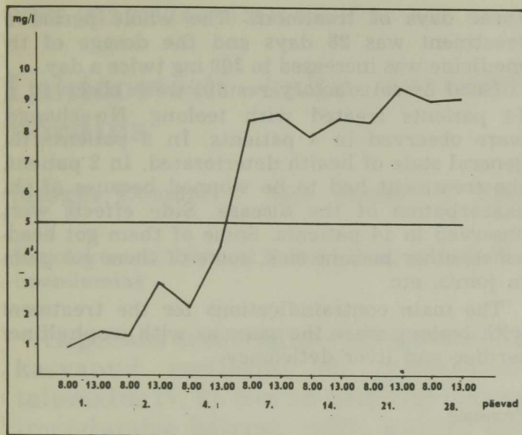
Viimastel aastatel on välismaal hakatud laialdaselt kasutama pikendatud toimeajaga teofüllini (teo-duri, unifüllini, füllokontiini, retafüllini jt.), mille puhul toimeaine vabaneb ühendist aeglaselt, tagades teofüllini vajaliku kontsentratsiooni organismis (6).

Analoogseks kodumaiseks ravimiks on teolong, mille toime kohta on ilmunud üksikuid artikleid (12, 16).

Käesoleva töö eesmärk on tutvustada teolongi kasutamist kroonilise hingamisteede obstruktsiooni juhtudel.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonnas oleme teolongi kasutanud 25 haige ravimisel. Neist oli 11 meest ja 14 naist vanuses 16...64 aastat (keskmise vanus 42,2 aastat). Haiguse kestus oli 1,5...44 aastat, keskmiselt 11,3 aastat. Suitsetas kaks meest. 24 haigel diagnoositi infektsioonisõltuv bronhiaalastma ja ühel krooniline obstruktiivne bronhiit. 7 bronhiaalastmahaiget olid hormoonisõltuvad. Põhihaigus oli tüsistunud hingamispuudulikkusega 20-l ja südame parema poole ülekoormusega 14 haigel. Kaasnevatest haigustest esinesid hüpertooniatõbi ühel, krooniline koletsüstiit ühel, krooniline haimoriit kuuel ja kopsutuberkuloosi jääknähud kahel haigel.

Enne teolongi kasutuselevõtmist olime haiged ravinud komplekselt kuni rahuldava seisundi saabumiseni: hingeldushood kas lakkasid või esinesid kergel kujul 1...3 korda ööpäevas, mis olid kupeeritavad inhaleeritavate sümpatomimeetikumidega.



Joonis. Teolongi kontsentratsioon vereseerumis.

Hormoonisõltuvuse korral jätkasime ravi säilitusannustega, 8 haiget võtsid ühe tableti saditeeni kaks korda päevas. Muid astmaravimeid ei kasutatud. Teolongi ordineerisime esimesel kolmel ravipäeval 100 mg kaks korda päevas 12-tunniste vaheaegade järel, ravi jätkasime 25 päeva jooksul annuses 300 mg teolongi kaks korda päevas. Stationaaris viibisid haiged vähemalt 14 päeva.

Ravimisel pöörasime erilist tähelepanu maksa funktsionaalsele seisundile. Määrasime vereseerumialaniinaminotransferaasi aktiivsuse, koliinesteraasi-, gamma-glutamüültransferaasi- ning bilirubiini- ja üldvalgusisalduse, tegime tümoolproovi. Uuringuteks võtsime verd haigetelt enne teolongravi algust ja edasi iga seitsme päeva järel nelja nädala jooksul. Teolongi kliirens veres määrati N. Pirogovi nim. Moskva II Meditsiiniinstituudis.

Välishingamist uurisime Metatest-1-ga enne ravi ja uuringuid kordasime igal nädalal. Teolongkuuri algul ja lõpul registreerisime EKG 12 standardlülitusest. Registreerimisel oli paberi liikumise kiirus 50 mm/s ja kalibratsioon 1 mV = 10 mm.

Uurimistulemused. 28-päevane teolongkuur tehti 23 haigel 25-st, kahel haigel katkestati ravi bronhiaalastma ägenemise ja kõrvalnähtude tõttu. 23 ravitust paranes seisund 14-l, neist ühel oli ravi tulemus väga hea, kolmel tagasihoidlik. Seisund halvenes viiel haigel. Muutumatuks jäi nelja haige seisund. Seitsmest hormoonisõltuvast haigest oli hormooni annust võimalik vähendada kolmel, ühel haigel aga tuli suurendada. Enne teolongravi oli välishingamise funktsioon 25 uuritavast normis neljal (16%), esimese astme

hingamispuudulikkus oli 11-l (44%) ja teise astme viiel (20%). Ravi ajal paranes välishingamine märgatavalt 11-l esimese ja teise astme hingamispuudulikkusega haigel, kusjuures paranemine oli märgatav juba 7. päeval, enam väljendunud aga 21. ja 28. päeval.

Täheldasime südamefrekventsi normaliseerumist, repolarisatsioonihäirete vähenemist või kadumist ja bioelektrilise ülekoormuse vähenemist 11-l (48%) ning osalist paranemist neljal haigel (17%). Tahhükardiat, repolarisatsioonihäirete süvenemist ja bioelektrilise ülekoormuse suurenemist täheldasime viiel haigel (22%). Muutusi ei esinenud kolmel haigel. Kahel haigel, kellel tuli ravi katkestada, EKG-d korduvalt ei tehtud. Enamikus maksa funktsionaalse seisundi näitajates, nagu gamma-glutamüültransferaasi aktiivsuses, tümoolproovis, bilirubiinisalduses ega proteiogrammides, normist märgatavat kõrvalekaldumist ravi ajal ei ilmnenud. Osal haigetel esines mööduvaid maksafunktsiooni häireid, mis kajastusidalaniin-aminotransferaasi aktiivsuse tõus. Märgatavalt tõusis koliinesteraasi aktiivsus. Siinjuures olgu mainitud, et maksakahjustusele on iseloomulik koliinesteraasi aktiivsuse langus. Bronhiaalastmahaigetel iseloomustab koliinesteraasi aktiivsuse kolinergilise süsteemi seisundit, mistõttu aktiivsuse tõus annab tunnistust teolongi positiivsest toimest nimetatud süsteemisse.

Teofüllüüni kontsentratsioon vereseerumis hakkas suurenema neljandast ravipäevast alates, kui haige hakkas saama 300 mg teofüllüüni kaks korda päevas, ja saavutas terapeutilise nivoo, mis püsis muutumatuna ravikuuri lõpuni (vt. joonis). Teolongravi ajal tekkis iiveldus, kõhuvalu, liigesevalu, peavalu, tahhükardia, käte värisemine, naha allergiline lööve või muid kõrvalnähte 14 haigel. Kõrvalnähtude tõttu vähendati teolongi annust 25 ravialusest kolmel ja preparaadi manustamine lõpetati kahel.

Kokkuvõte. Pikendatud toimeajaga teofüllüüni — teolongi — kasutasime 25 keskmise raskusega bronhiaalastmahai-

gel 28 päeva annuses 300 mg kaks korda päevas. Kahel haigel katkestasime teolongravi astma ägenemise ja kõrvalnähtude ilmumise tõttu. Ravi tulemus oli hea või rahuldav 11 haigel, vähest paranemist võis märgata kolmel haigel. Muutuseta jäi nelja ja halvenes viie haige seisund. Kõrvalnähte tekkis 14 haigel, sagedamateks kaebusteks olid iiveldus, kõhu- ja liigesevalu. Teolongi toime uurimine jätkub. Teolongravi määramisel tuleb silmas pidada samu vastunäidustusi mis teofülliini korral. Suhtelisteks vastunäidustusteks on kardiovaskulaarne ja maksapuudulikkus.

KIRJANDUS: 1. Boener, A. L., Bernati, D., Miglioranzi, P. a.o. J. Asthma, 1986, 23, 195—202. — 2. Cushley, M. J., Taffersfield, A. E., Holgate, S. T. Am. Rev. Resp. Dis., 1984, 129, 3, 380—384. — 3. Fairshier, R. D., Lowe, J. E., Wilson, A. F. a.o. Respiration, 1986, 50, 193—201. — 4. Fergusson, R. J., Scott, C. M., Rafferty, P. a.o. Thorax, 1987, 42, 195—198. — 5. Gaul, M., Schmidt, O.-P. Atemwegs-Lungenkr., 1986, 2, 47—51. — 6. Jackson, S. H. D., Shan, K., Turner, P. Eur. J. Clin. Pharmacol., 1986, 30, 313—317. — 7. Kalla, M., Richter, O., Reinhardt, D. Monatschr. Kinderheilkd., 1985, 133, 520—526. — 8. Kuehl, F. A., Zanetti, M. E., Soderman, D. D. a.o. Am. Rev. Resp. Dis., 1987, 136, 1, 210—213. — 9. Magnusson, H., Reuss, G., Jörres, R. Am. Rev. Resp. Dis., 1987, 136, 5, 1136—1167. — 10. Mitenko, P. A., Ogilvie, R. J. New Engl. J. Med., 1973, 289, 600—603. — 11. Slapke, J., Hummel, S., Wilke, A. a.o. Z. Erkrank. Atmorg., 1988, 1, 32—48.

12. Игнатъев В. А., Кокосов А. Н., Махарова О. В. и др. В сб.: Вопросы реабилитации пульмонологической помощи. Саратов, 1988, 53—54. — 13. Куплинский В. И. Тер. арх., 1988, I, 134—138. — 14. Чучалин А. Г. Тер. арх., 1987, I, 121—127. — 15. Чучалин А. Г., Гервизнев Д. В., Шмушкович Б. И. и др. Клин. мед., 1985, 6, 27—34. — 16. Чучалин А. Г., Калманова Е. Н., Шмушкович Б. И. и др. В сб.: Вопросы реабилитации пульмонологической помощи. Саратов, 1988, 53—54. — 17. Яннус Л. Э. В сб.: Материалы научно-практической конференции. Вильнюс, 1984, 42—43.

Summary

The effect of sustained-release teophylline — teolong — in the treatment of bronchial asthma. Teolong is a new home-produced preparation of the teophyllinic line with a prolonged effect. The effect of the medicine was studied in 25 persons suffering from infection-dependent bronchial asthma at the pulmonology department of the Institute of Experimental and Clinical Medicine of the Ministry of Health, ESSR. The dosage of teolong was 100 mg twice a day for the first

three days of treatment. The whole period of treatment was 28 days and the dosage of the medicine was increased to 300 mg twice a day.

Good or satisfactory results were observed in 14 patients treated with teolong. No changes were observed in 4 patients. In 5 patients the general state of health deteriorated. In 2 patients the treatment had to be stopped because of the exacerbation of the disease. Side effects were observed in 14 patients. Some of them got headaches, other became sick, some of them got pains in joints, etc.

The main contraindications for the treatment with teolong were the same as with theophylline: cardiac and liver deficiency.

Резюме

Применение пролонгированного действия теofilлина — теолонга — в лечении бронхиальной обструкции. Теолонг является новым отечественным препаратом теofilлинового ряда пролонгированного действия. Влияние данного препарата изучалось у 25 больных инфекционно-зависимой бронхиальной астмой в отделении пульмонологии Института экспериментальной и клинической медицины МЗ ЭССР.

Доза теолонга в первые три дня составляла 100 мг 2 раза в день, в последующем до 28 дней — 300 мг 2 раза в день.

В процессе исследования хороший или удовлетворительный эффект наблюдался у 14 больных, у 4 больных состояние не изменилось, у 5 ухудшилось, а 2 больных были вынуждены прекратить прием препарата в связи с обострением бронхиальной астмы. У 14 больных отмечались побочные явления в виде головной боли, тошноты, суставных болей и другие. Относительными противопоказаниями к применению как теолонга, так и теofilлина являются сердечная и печеночная недостаточность.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

UDK [612.396.14:616.314]:616-079.4

Laktoostesti kahe variandi võrdlus

Margus Lember Agu Tamm Tartu

hüpolaktaasia, laktoosi koormustest, piimasuhkru imendumine

Sagedaks seedehäirete põhjuseks täiskasvanud eestlastel on piimasuhkru talumatus (7, 9). See on tingitud laktoosi imendumise häirest, mille kutsub esile ensüüm laktaasi vähenenud aktiivsus peensooles — hüpolaktaasia. Kõige enam kasutatav hüpolaktaasia diagnoosimise meetod on laktoosi koormustest. See põhineb laktoosi hüdrolüüsi- ja galaktoosi sisalduse suurenemisel veres või uriinis pärast laktoosikoormust. Hüpolaktaasia korral lõhustub sissevõetud piimasuhkur puudulikult, mistõttu glükoosi ja galaktoosi hulk veres ega uriinis märkimisväärselt ei suurene. Laktaasi kõrge aktiivsuse (normolaktaasia) korral on aga täheledatav vere glükoosi- ja galaktoosisisalduse ning uriini galaktoosisisalduse märgatav suurenemine.

Vere glükoosisisalduse määramine pärast koormustesti on kättesaadavam meetod, kuid mõned autorid kahtlevad selle testivariandi usaldatavuses. Nimelt arvatakse, et osal juhtudel jääb hüpolaktaasia diagnoosimata (4, 5). Seevastu vere (3, 4, 5) või uriini (1) galaktoosisisalduse määramisel põhinev laktoosi koormustest väidetakse korreleeruvat peensoole laktaasi aktiivsusega palju paremini. Meetodi laialdasemat rakendamist on seni takistanud asjaolu, et galaktoosi biokeemiline määramine ravigastuste laborites tehtavate tavapäraste analüüside hulka ei kuulu. Kahte eespool mainitud testivarianti varem otseselt võrreldud ei ole.

Töö eesmärk oli võrrelda, kui paljudel juhtudel saab vere glükoosi- ja uriini galaktoosisisalduse määramise alusel ühesuguse diagnoosi (hüpolaktaasia või normolaktaasia) ja kui paljudel erineva.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti 130 18..84 aasta vanust isikut (keskmine vanus 54 aastat), neist oli mehi 51 ja naisi 79. Laktoostest tehti 33 patsiendile düspeptiliste vaevuste tõttu, ülejäänud 87-le hüpolaktaasia leviku selgitamiseks neljas populatsioonis. Igale uuritava lele tehti 50 g laktoosiga, kusjuures vere glükoosisisaldust määrati (6) nii enne testi kui ka 20 ja 40 minutit pärast laktoosilahuse joomist, määrati ka uriini galaktoosisisaldust H. Arola ja kaasautorite järgi (1) pärast 40 minuti möödumist uriiniproovist.

Vere glükoosisisaldust määrati glükoosoksüdaasi-meetodil firma «Ames» testpaberiga, kasutades süsteemi «Dextrostix—Eyetone» aparaati. Hüpolaktaasia diagnoositi lameda glükoosikõvera puhul, kui vere glükoosisisalduse maksimaalne suurenemine oli alla 1,1 mmol/l.

Tabel 1. Vere glükoosisisalduse ja uriini galaktoosisisalduse määramisel põhinevate laktoostestide võrdlus

Vanuserühm (aastates)	Uuritute arv	Kahel meetodil saadud tulemused	
		langevad kokku	lahknevad
18..45	41 (100%)	39 (95%)	2 (5%)
46..84	89 (100%)	76 (85%)	13 (15%)
Kokku	130 (100%)	115 (88%)	15 (12%)

Tabel 2. Uuritute, kelle vere glükoosi- ja uriini galaktoosisisalduse määramise alusel saadi erinevad laktoostesti tulemused

Nr.Sugu	Vanus	Laktoostesti tulemus	
		vere glükoosisisalduse maksimaalne suurenemine (mmol/l)	galaktosuuria üle 2 mmol/l
1 N	46	3,6	—
2 N	48	4,2	—
3 M	48	5,1	—
4 M	51	1,3	—
5 N	51	4,0	—
6 N	56	3,8	—
7 N	60	5,3	—
8 M	64	2,1	—
9 N	71	3,6	—
10 N	75	1,4	—
11 N	80	2,7	—
12 N	27	0,2	+
13 N	33	0,8	+
14 M	46	0,9	+
15 N	52	1,0	+
Normi piir		1,1	

Uriini galaktoosisisaldus tehti kindlaks firma «Kabi Vitrum» (Stokholm) spetsiaalselt valmistatud testribadega. Galaktoosuria korral üle 2 mmol/l, mis on iseloomulik laktaasi suurele aktiivsusele, värvub riba siniseks. Hüpolaktaasia korral riba värvus ei muutu.

Tulemuste lahknevuse korral, kui pärast koormustesti vere glükoosisisaldus suurenes enam kui 1,1 mmol/l, kuid galaktoosi uriini märkimisväärsel hulgal ei jõudnud, korrati testi 25 g glükoosi ja 25 g galaktoosiga. Testi korrati selleks, et kontrollida nende monosahhariidide imendumist ja galaktoosi jõudmist uriini.

Uurimistulemused. Lameda glükoosikõvera alusel diagnoositi hüpolaktaasia 62 isikul (48%), galaktoosuria puudumise korral aga 69 isikul (53%) 130-st. Üldse saadi mõlemal meetodil ühesugused tulemused 115 juhul (88%). Noorematel inimestel langesid kahe testi tulemused paremini kokku kui vanematel (vt. tabel 1). 15 juhul (12%) tulemused erinesid. Neist 11 juhul, vaatamata vere glükoosisisalduse tunduval suurenemisele, galaktoosuriat (≥ 2 mmol/l) ei esinenud (vt. tabel 2). Kõik uuritud olid 45. . 80 aastat vanad. Neist viiele tehti täiendav koormustest 25 g glükoosi ja 25 g galaktoosiga. Neljal ei leidunud galaktoosi uriinis ka täiendava koormustesti korral, samal ajal kui vere glükoosisisaldus oli suurenenud enam kui 1,1 mmol/l. Seega ei olnud viimati mainituil häirunud mitte laktoosi lõhustumine, vaid galaktoosi eritumine.

15 isikust ülejäänud neljal lahkesid kahe koormustesti tulemused vastupidises suunas: lameda glükoosikõvera alusel võis oletada hüpolaktaasiat, kuid uriini rohke galaktoosisisaldus viitas

laktaasi suurele aktiivsusele (vt. tabel 2). Neist kolmel suurenes vere glükoosisisaldus 0,8 kuni 1,0 mmol/l, kuid piirväärtust ei saavutanud. Kõik nad kuulusid nooremasse vanuserühma.

Arutelu. Kirjandusest ei ole teada töid, milles oleks võrreldud vere glükoosi- ja uriini galaktoosisisalduse määramisel põhinevaid laktoosi koormustesti tulemusi. Vere glükoosisisalduse alusel diagnoositakse hüpolaktaasiat harvem võrrelduna samadel inimestel ensüümi aktiivsusega peensoole limaskestas (4, 5). A. Newcomer ja kaastöölised leidsid glükoosisisalduse tunduva suurenemise 25 isikust kuuel, kellel laktaasi aktiivsus peensooles oli väike (5). Tulemused langesid kokku siis, kui diagnoos põhines vere (3, 4, 5) või uriini (1) galaktoosisisaldusel.

Laktoosi koormustesti kahe variandi puhul saime enamasti (9/10-l juhtudest) ühesuguse tulemuse. Lahknevusi ilmnes 15 juhul 130-st. Neist 11 juhul võimaldas galaktoosuria puudumine diagnoosida hüpolaktaasiat, vere glükoosisisalduse märgatav suurenemine aga normolaktaasiat. Meie tulemused kinnitavad oletust, et hüpolaktaasiat diagnoositakse rohkem uriini galaktoosisisalduse kui vere glükoosisisalduse alusel.

Laktoosi koormustesti kahe variandi tulemuste lahknevuse põhjusi võib olla mitu (vt. tabel 3). Kui galaktoosuriat pärast laktoosi- ega ka glükoosigalaktoosikoormust ei teki, on galaktoosi elimineerumine tõenäoliselt aeglustunud. Vanematel inimestel ei pruugi

Tabel 3. Laktoostesti kahe variandi lahknevuse oletatavad põhjused

Diagnoos		Uuritute arv	Vanuserühm	Seletus kahe laktoostesti variandi lahknevuse kohta
vere glükoosisisalduse suurenemise alusel	galaktoosuria alusel			
Normolaktaasia	Hüpolaktaasia	15	46. . 80	Galaktoosi aeglustunud elimineerumine Varjatud diabeet
Hüpolaktaasia	Normolaktaasia	4	27. . 52	Tulemuste loomulik hajumus tingituna füsioloogilistest isearasustest või määramisveast

galaktoos uriinis vajalikku kontsentratsiooni 40. minutiks veel saavutada. Samal ajal võib laktaasi aktiivsus neil olla normaalne. Selliseid juhte oleme kirjeldanud ka varem (8). Osal vanematel inimestel võib olla ka varjatud diabeet, mille korral juba väike annus suhkrut põhjustab vere glükoosisalduse tunduvalt suurenemist (2). Lõpuks, füsioloogiliste parameetrite mõõtmisel sellised tulemused alati hajuvad, mille puhul üksikud väärtused jäävad väljapoole normi piire.

Laktoosi koormustesti kahe variandi võrdlus näitas, et mõlemad testid klassifitseerivad osa uuritavaid hüpolaktaasia suhtes valesti. Eksimusi näib olevat rohkem siis, kui määratakse vere glükoosisaldust. Testi valenegatiivse tulemuse kahtlus tekib nende puhul, kelle pärast testi tekivad hüpolaktaasiale iseloomulikud vaevused, vaatamata diagnoositud normolaktaasiale. Eestis tehtud populatsiooniuuringute põhjal on selliseid vaevusi normolaktaasia korral 10...15%-l (7, 9). Taolistel puhkudel on meie arvates õige lähtuda kliinilisest reaktsioonist, mis tekib pärast laktoosi andmist.

Järeldused.

1. Laktoostestid, mis põhinevad vere glükoosisalduse ja uriini galaktoosisalduse määramisel, annavad 9/10-l juhtudest ühesugused tulemused.

2. Vere glükoosisalduse alusel diagnoositakse hüpolaktaasiat vähem kui uriini galaktoosisalduse alusel.

KIRJANDUS: 1. Arola, H., Koivula, T., Jokela, H. a.o. Scand. J. Gastroenterol., 1988, 23, 351—357. — 2. Fajans, S. S. In: Endocrinology, New York, 1979, 1007—1024. — 3. Isokesi, M., Jussila, J., Sarna, S. Gastroenterology, 1972, 62, 28—32. — 4. Metneki, J., Czeizel, A., Flatz, S. D. a.o. Hum. Genet., 1984, 67, 296—300. — 5. Newcomer, A. D., McGill, D. B., Thomas, P. J. a.o. New Engl. J. Med., 1975, 293, 1232—1236. — 6. Tamm, A., Kuusk, I. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1976, 2, 112—116.

7. Кууск И. Э. В кн.: Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1987, вып. 790, 58—64. — 8. Лембер М. Э., Тамм А. О., Рейманд К. Э., Маароос Х.-И. Г. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1989 (в печати). — 9. Таммур Р. Х. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, 1987, вып. 790, 68—72.

Summary

A comparison of two lactose test variants. 130 subjects underwent a lactose loading test with 50 g lactose. Hypolactasia was diagnosed in two ways: by measuring both blood glucose levels and urine galactose levels. In nine tenths of cases the both variants of lactose tests gave similar results. But in a number of subjects studied either test failed to classify the patients correctly: the detection rate of hypolactasia based on changes in blood glucose level was lower than that obtained by measuring urine galactose level.

Резюме

Сопоставление двух вариантов лактозного теста. 130 обследуемых произвели лактозный тест с 50 г лактозы. Гиполактазию диагностировали двумя способами, определяя как содержание глюкозы в крови, так и содержание галактозы в моче. В $9/10$ случаев оба варианта лактозных тестов дали одинаковый результат. Оба теста неверно классифицируют часть людей. На основе изменения содержания глюкозы в крови гиполактазия диагностируется реже, чем на основе определения содержания галактозы в моче.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

Aafrikas registreeritud omandatud immuunpuudulikkuse sündroomiga (AIDS) haigete arv

Riik	Haigusjuhtude arv
Uganda	5508
Tansaania	3055
Keenia	2732
Malaavi	2586
Burundi	1408
Kongo	1250
Sambia	1056
Ruanda	987
Kesk-Aafrika Vabariik	432
Sair	335
Gaana	227
Lõuna-Aafrika Vabariik	150
Senegal	149
Zimbabwe	119
Angoola	85
Sudaan	81
Etiopia	74
Ülejäänud riikides on haigusjuhte vähem	
Kokku	20905

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

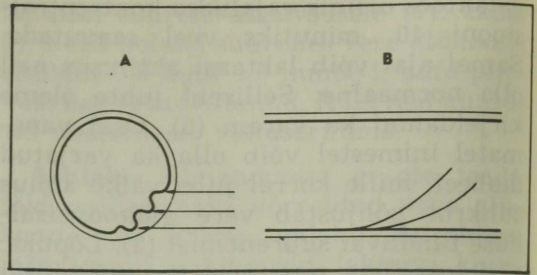
Endofüütse maovähi röntgendiagnoosimise raskusi

Erich Kuus · Tartu

maovähk, röntgenoloogiline uurimine

Gastroenteroloogilises röntgendiagnoosimises valmistab kõige enam raskusi endofüütse maovähi diagnoosimine (1, 9). Raskusi valmistab ka mao infiltratiivse vähikahjustuse ulatuse määramiseks tehtav endoskoopiline uuring juhul, kui muutused ei ole silmaga nähtavad ja kui diagnoos põhineb sellistel kaudsetel sümptomidel nagu «pahaloomuline reljeef», rigiidsed voldid, mis õhu sisseviimise korral ei lamene, peristaltika vähenemine või puudumine, gastrobiopsia aga annab tihti negatiivse vastuse (10). Probleem on seda tõsisem, et endofüütset maovähki on sageli leitud noortel (2). Röntgendiagnoosimise täpsust on püütud suurendada rakendades pneumogastrograafiat (9), parietograafiat (3) ja röntgenkontrastaine veeni manustamist (4). Endofüütse maovähi röntgendiagnoosimisel on paremaid tulemusi andnud topeltkontrasteerimine, mis võimaldab maoseinte väljavenitavuse üle otsustada endisest tunduvalt paremini (7, 8).

Kõigist täiendustest hoolimata jääb endofüütse maovähi diagnoosimine ka tänapäeval üheks röntgendiagnoosimise



Joonis. Sisekontuuri jagunemise sümptoomi tekkimise skeem: a — mao ristilõige, b — mao pikilõige.

komistuskiviks (7, 8). Käesoleva uuringu eesmärk oli täiendada endofüütse maovähi röntgendiagnoosimist.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Ajavahemikul 1983...1987 uuriti röntgenoloogiliselt ja opereeriti 213 maovähihaiget, kellest 79-l esines endofüütne vähk (vt. tabel).

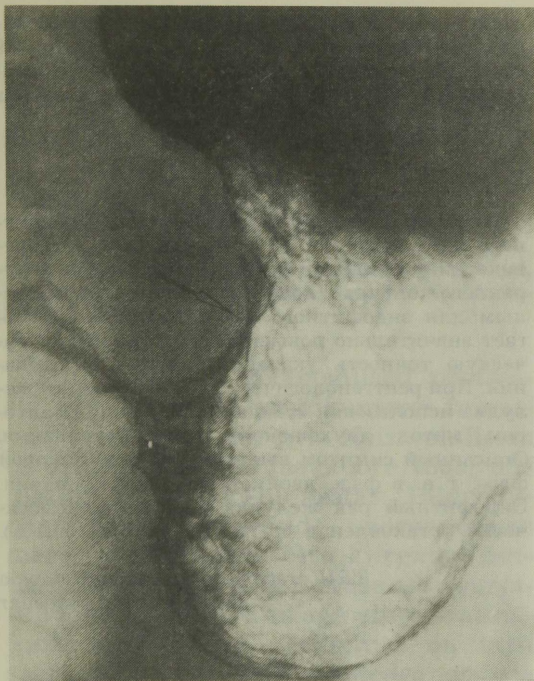
Kui maovähki haigestumine oli meie andmetel kõige sagedam 70...79-aastaste vanuserühmas, siis, nagu tabelist näha, endofüütse maovähi haigestumine 50...59-aastaste vanuserühmas, kusjuures mehed haigestusid naistest peaaegu kaks korda sagedamini.

Mao röntgenuuring tehti kahefaasilise kontrasteerimise meetodil (5, 6).

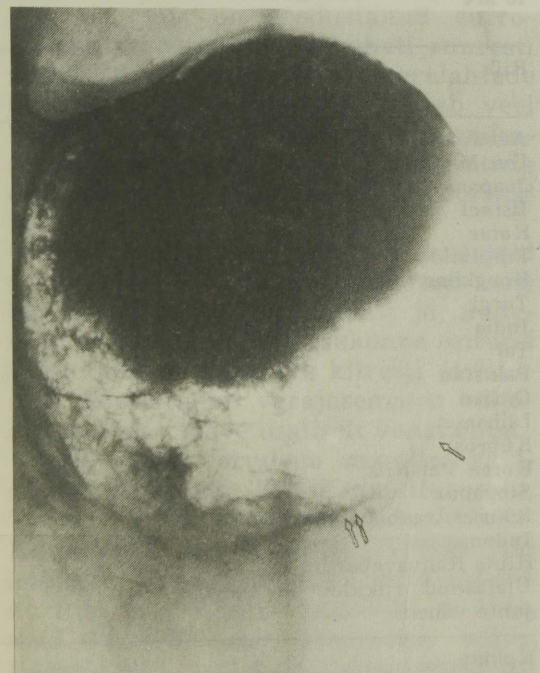
Uurimistulemused ja arutelu. 79 makroskoopiliselt ja histoloogiliselt diagnoositud endofüütse maovähi juhust on avastatud röntgenoloogiliselt 73 juhul endofüütne ja 6 juhul eksofüütne maovähk. 73 röntgenoloogiliselt diagnoositud endofüütse vähi juhust esines ekdiagnoos viiel. Kolmel juhul oli diagnoositud lame eksofüütne vähk. Ühel

Tabel. Endofüütse maovähiga haigete jaotumus vanuse ja soo järgi

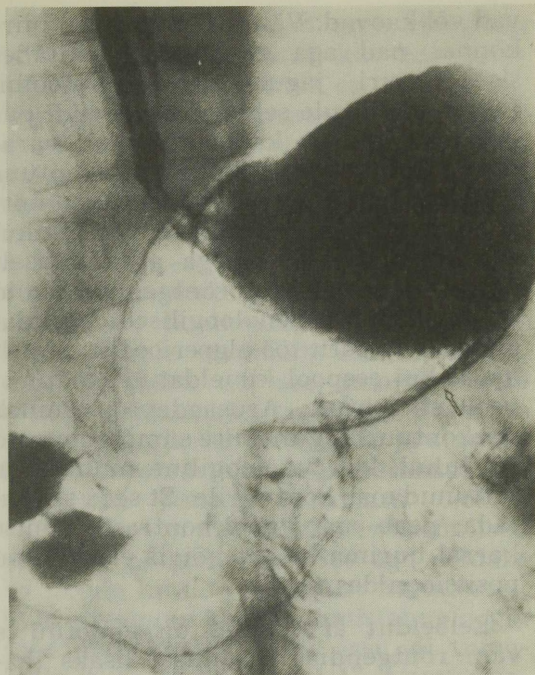
Sugu	Vanuserühm							Kokku
	20...27	30...39	40...49	50...59	60...69	70...79	80 või üle	
Mehed	1	3	7	18	11	10	1	51
Naised	—	1	2	8	12	5	—	28
Kokku	1	4	9	26	23	15	1	79
Protsent	1,3	5,0	11,2	32,9	29,1	18,9	1,3	100



Röntgenogramm 1. Väikesel maokõverikul esineb sisekontuuri jagunemise sümptoom (nool). Maoantrumi ja -korpuse endofüütne vähk.



Röntgenogramm 2. Suurel maokõverikul esineb sisekontuuri jagunemise sümptoom (nool). Mao-korpuse endofüütne vähk.



Röntgenogramm 3. Mao reseksioonikõndi anastomoosi piirkonnas põletiku (nool) ja endofüütse vähi (nooled) tüüpi sisekontuuri jagunemise sümptoom. Mao reseksioonikõndi anastomoosi piirkonna endofüütne vähk.

juhul oli maoseina infiltratsioon tingitud kroonilisest pankreatiidist. Ühel juhul aga oli endofüütse vähi asemel diagnoosiks varajane maovähk, kusjuures varajase maovähi ümber olevat põletikuvalli peeti endofüütseks vähiks. Seega 79 endofüütse vähi juhust osutus röntgenidiagnoos õigeks 68-l (86,1%).

Maovähi endofüütse kasvutüübi röntgenoloogilisel määramisel etendas olulist osa meie poolt esmakordselt kirjeldatud nn. sisekontuuri jagunemise sümptoom. See sümptoom ilmneb topeltkontrasteerimise faasis, siis, kui röntgenikiired läbivad röntgenkontrastaine õhukese kihi, mis on kantud jämenenud maovoltidele (vt. joonis). Sümptoom ilmneb ainult sel juhul, kui kasutatakse suure tihedusega baariumsulfaadi suspensiooni. Operatsioonipreparaatide võrdlemine röntgenileiuga on näidanud, et nii tavalised kui ka gastriidi tõttu jämenenud maovoldid maoseinte väljavenitamise korral kas lamene-

vad või kaovad. Vähiinfiltratsiooni piirkonnas nad aga ei muutu, tekitades sisekontuuri jagunemise sümptoomi. Lisaks mainitule selgus, et gastriidi puhul (siia kuulub ka põletikuvall varajase vähi ümber) jaguneb sisekontuur vähem kui 6° nurga all kaheks (vt. röntgenogramm 3), endofüütse vähi puhul aga tekib 6...43° nurga all tavaliselt üle kahe kontuuri (vt. röntgenogramm 1, 2, 3). Röntgenoloogilised eksidiaanoosid on pärit töö algperioodist, nimelt ajast, kui eespool kirjeldatud mõõtmisi veel ei tehtud. Arusaadavalt ilmneb sisekontuuri jagunemise sümptom vaid sel juhul, kui patoloogiline muutus on sattunud mao kontuurile. Et seda saavutada, peab mao topeltkontrasteerimise korral uurima haiget kõigis ettenähtud positsioonides (5, 6).

Eelöeldut arvestades on endofüütse vähi röntgendiagnoosimisel lisaks teadaolevatele tunnustele otstarbekohane kasutada ka mao sisekontuuri jagunemise sümptoomi.

KIRJANDUS: 1. Berk, R. N., Loeb, P. M., Mian, Y. S. F. J. Canad. Ann. Radiol., 1974, 25, 2, 127—130. — 2. Jakubowski, A., Jacobowska, K., Naumik, A. a. o. Ann. Radiol., 1970, 13, 3/4, 169—175. — 3. Kisseler, B., Buysch, K. H., Suchan, M. Radiologe, 1969, 9, 2, 53—56. — 4. Kisseler, B., Buysch, K. H., Paschke, K. G. u. a. Fortschr. Geb. Röntgenstrahlen Nukl. med., 1969, 110, 5, 630—639. — 5. Kuus, E. Seedetrakti ülemise osa röntgenoloogiline uurimine. Metoodiline juhend. Tartu, 1987. — 6. Kuus, E. Radiol. Diagn., 1988, 29, 3, 423—430. — 7. Laufer, I. Double Contrast Gastrointestinal Radiology. Philadelphia — London — Toronto, 1979. — 8. Treichel, J. Doppelkontrastuntersuchung des Magens. Stuttgart — New York, 1982. — 9. Портной Л. М., Романов Г. А., Лесин Е. Б. Радиол. диагн., 1985, 26, 6, 825—833. — 10. Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. В кн.: Эндоскопия органов брюшной полости. М., 1977, 52—53.

Summary

Difficulties in X-ray diagnosis of endophytic gastric cancer. In this article a new, so-called "symptom of division of the inner contour" characteristic of the endophytic gastric cancer is described and theoretically substantiated. It helps to increase roentgen diagnostic sensitivity. For the roentgen investigation, biphasic contrasting of the stomach is invented and standardized by the author himself. The described symptom

occurs in the double contrast phase of the investigation. Macroscopically and histologically, 79 cases of endophytic gastric cancer were confirmed. The sensitivity of x-ray diagnosis was 86.1%.

Резюме

О трудностях рентгенодиагностики эндофитного рака желудка. В статье описан и теоретически обоснован «симптом разделения внутреннего контура», который является характерным для эндофитного рака желудка и помогает значительно повысить рентгенодиагностическую точность указанного выше заболевания. При рентгенологическом исследовании желудка использован стандартизированный автором метод двухфазного контрастирования. Описанный симптом выявляется уже в первой фазе, т. е. в фазе двойного контрастирования. Эндофитный рак желудка был рентгенологически установлен в 68 из 79 случаев (86,1%).

TRÜ arstiteaduskonna radioloogia
ja onkoloogia kateeder

Aasias ja Okeaanias registreeritud omandatud immuunpuudulikkuse sündroomiga (AIDS) haige- te arv

Riik	Haigusjuhtude arv
Austraalia	1079
Uus-Meremaa	93
Jaapan	90
Iisrael	67
Katar	21
Filipiinid	17
Hongkong	13
Türgi	10
India	9
Tai	8
Pakistan	6
Omaan	6
Liibanon	5
Küpros	5
Korea Vabariik	4
Singapur	4
Süüria-Araabia Vabariik	4
Indoneesia	3
Hiina Rahvavabariik	3
Ülejäänud riikides on haigusjuhte vähem	
Kokku	1465

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

UDK [615.838.7:550.3/.4](474.2)

Ravimuda leiukohad Haapsalu ja Pärnu ümbruses

Jüri Kask · Tallinn

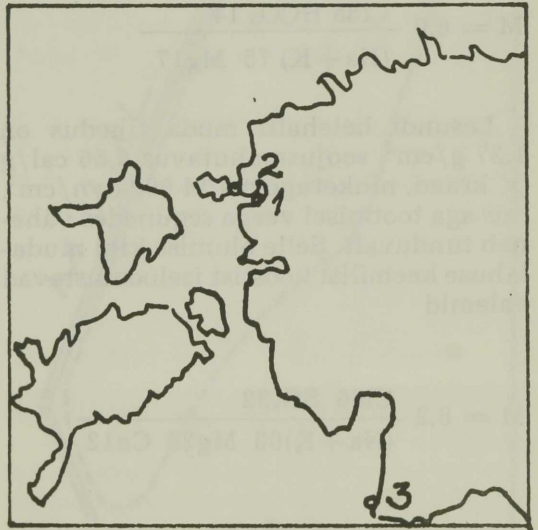
Haapsalu, Voosi ja Ikla ravimuda leiukohad, lasundite geoloogiline ehitus, muda füüsikalise-keemilised omadused

Mitmesugused geoloogilised protsessid Eesti lääneosa rannikumeres toimuvad suhteliselt kiiresti. Neist olulisem on neotektooniline maakoore tõus, mis ulatub 2...3 mm-ni aastas. Hüdrodünaamiliste protsesside nõrgenemine mere madaldumise tõttu kiirendab setteainete kuhjumist lainetuse eest varjatud laheosades. See on aga viinud rannajoone muutusteni. Tekkinud on uusi saari, mis mandriga ühinedes on aja jooksul moodustanud poolsaari, näiteks Noarootsi ja Virtsu. Lisaks mainitud looduslikele teguritele on tunduvalt suurenenud ka inimtegevuse mõju keskkonnale, mis on soodustanud eutrofeerumisprotsesse ning kohati suuresti muutnud madalaveeliste merelahtede ökoloogilist seisundit. See annab veel kord põhjust hinnata ka meie rannikumeres paiknevate ravimuda leiukohtade olukorda, neid mõjutavaid ja ohustavaid tegureid.

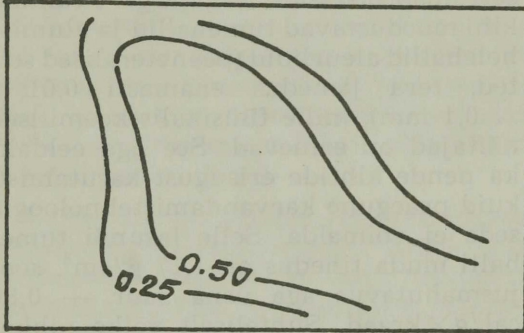
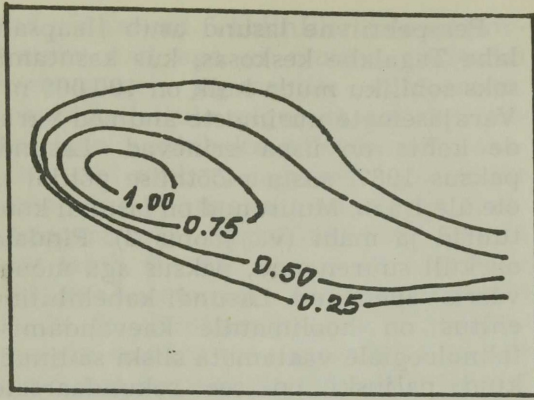
Eesti keeles on ilmunud mitmeid väljaandeid (1, 4, 5), mis annavad üsna hea ettekujutuse ravimudast ja mudaravist. Samal ajal on keskkonna seisund ravimuda leiukohtades kiiresti muutunud. Seetõttu on varajasemates väljaannetes olev teave osaliselt vananenud.

Suuremate varudega merelise ravimuda leiukohad Eestis on Haapsalu, Voosi, Siiksaare, Käina, Ikla, Abaja-Kiirassaare ja Suurlaht. Väiksemaid leiukohti on veel mitmeid, kuid vähene uuritus ning õhuke mudakiht ei luba neid lähemal ajal kasutusele võtta. Käesolevas artiklis vaatleme leiukohti, millel on suur tähtsus eelkõige Haapsalu ja Pärnu kuurordi varustamisel ravimudaga (vt. joonis 1).

Perspektiivne lasund asub Haapsalu lahe Tagalahe keskosas, kus kasutamiseks sobiliku muda hulk on 190 000 m³. Varajasemate uurimuste andmed varude kohta on üsna erinevad. Lasundi paksus 1987. aasta mõõtmise põhjal ei ole üle 1,5 m. Muutunud on lasundi kontuurid ja maht (vt. joonis 2). Pindala on küll suurenenud, paksus aga mõnevõrra vähenenud. Lasundi kahekihiline ehitus on hoolimatule kaevandamistehnoloogiale vaatamata siiski säilinud, kuid paljuski on see sekundaarsete settimisprotsesside tagajärg. Pealmise kihi moodustavad tumehallid ja alumise helehallid aleuriidid (peeneteralised setted, tera jämedus enamasti 0,01...0,1 mm), mille füüsikalise-keemilised näitajad on erinevad. See aga eeldaks ka nende kihtide erisugust kasutamist, kuid praegune kaevandamistehnoloogia seda ei võimalda. Selle lasundi tumehalli muda tihedus on 1,17 g/cm³, soojusmahutavus aga üsna suur — 0,80 cal/g×kraad. Suhteliselt väike nihketugevus (2200 dyn/cm²) on tingitud selle pindmise kihi suurest veesisaldusest ning liikuvusest. Mudalahuse keemiline koostis väljendub valemis:



Joonis 1. Uuritud ravimuda leiukohad: 1 — Haapsalu, 2 — Voosi, 3 — Ikla.



Joonis 2. Haapsalu ravimuda leiukoha kontuur
 A — 1978. a.
 B — 1987. a.
 Samapaksusjooned on välja joonistatud arvutiga EC-1052.

$$M = 6,0 \frac{Cl85 HCO_3 14}{(Na+K) 75 Mg17}$$

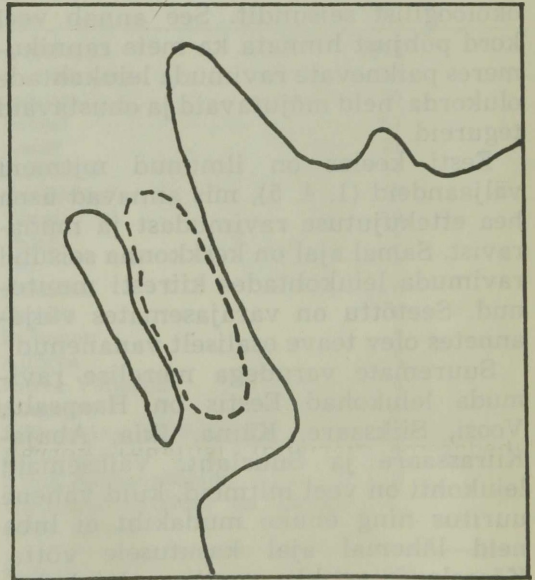
Lasundi helehalli muda tihedus on $1,37 \text{ g/cm}^3$, soojusmahutavus $0,66 \text{ cal/g} \times \text{kraad}$, nihketugevus $14\,000 \text{ dyn/cm}^2$, mis aga tootmisel veega segunedes väheneb tunduvalt. Selle alumise kihi mudalahuse keemilist koostist iseloomustavad valemid

$$M = 8,2 \frac{Cl66 SO_4 32}{(Na+K)63 Mg25 Ca12}$$

$$\text{ja } M = 6,2 \frac{Cl86 (HCO_3 + CO_3)9}{(Na+K)75 Mg16}$$

Huvitav on, et suhteliselt erinev keemiline koostis on põhjustatud settes toimuvatest keemilistest protsessidest. Selle tunnistajaks on muutuva väärtusega redokspotentsiaal. Füüsikalise-keemiliste näitajate alusel kuulub selle leiukoha muda väikese mineralisatsiooniga ($1 \dots 15 \text{ g/l}$) nõrgalt sulfiidsete ($0,01 \dots 0,15\%$ märja muda kohta) mineraalmudade hulka (orgaanilise aine sisaldus alla 10% kuiva muda kohta). Muda keskkonna reaktsioon on nõrgalt happeline ($\text{pH } 6,5 \dots 7,0$).

Varajasemaga võrreldes on 1987. aasta tööd näidanud Tagalahe leiukoha ravimuda varude vähenemist. Kui arvestada varusid alates $0,1 \text{ m}$ paksusest kihist, olid need vastavalt 1978. aastal $223\,000 \text{ m}^3$ ja 1987. aastal $190\,000 \text{ m}^3$. Ilmselt ei ole siin tegemist mitte ainult tootmisel ärastatava mudaga, vaid ka selle ümbersetamisega laiemale akvaatoriumile õhema kihina, mida aga olemasolev tehnoloogia ei võimalda kaevandada. Juba lähemal ajal tuleb selles leiukohas kasutusele võtta täiuslikum tehnoloogia. Praegune ammutamine ja transport mööda toru suure hulga vee lisamise korral muudavad tugevasti



Joonis 3. Voosi ravimuda paiknemise skeem Voosi kürgu väinas asuvate saarte ja Noarootsi poolsaare vahel. Mõõdistamine on tehtud 1978. a.

protseduurideks varutava muda füüsikalise-keemilise omadusi: vähenevad mahukaal, nihketugevus ja mudalahuse mineralisatsioon. Seega halvenevad tootmisel ka muda balneoloogilised omadused.

Linna heitvete väheefektiivne puhastamine mehhaanilistes puhastusseadmetes ning heitvete suunamine Haapsalu lahte vaid veidi ravimuda lasundist ida pool on põhjustanud märgatavaid muutusi Tagalahe ökosüsteemides. Eeskätt väljendub see mere taimestik ja loomastikus, aga ka põhjasetetes, kus keemiliste ühendite sisalduse suuremine viitab negatiivsetele tendentsidele. T. Trei arvates on põhjataimestik hävinud selle koha ümbruses, kus heitveed lahte voolavad (2, 3). Lahe polüaproobses ja mesoaproobses idaosas esineb saastumise suhtes tundlikku mändvetikat vähe.

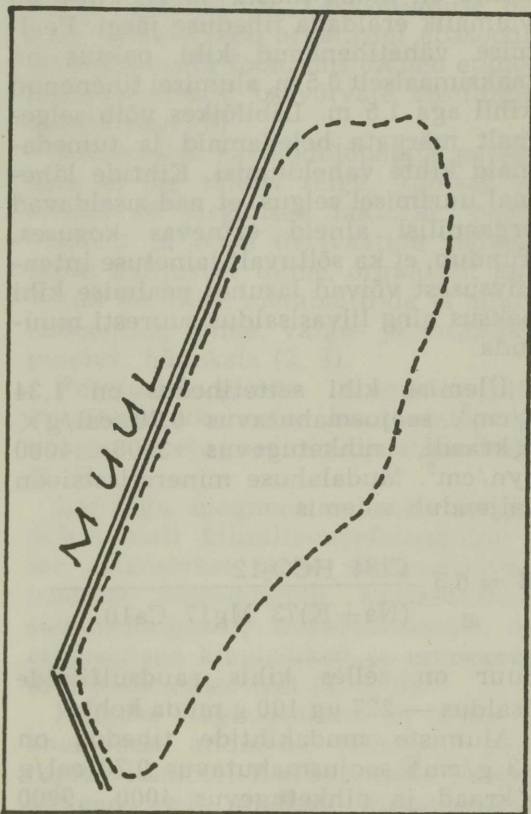
Uurimused on näidanud ka benso(a)pireeni kui ühe olulisema polütsükliilise aromaatsete süsivesinike grupi indikaatori sisalduse suurenemist lahe põhjasetete pinnakihis, ulatudes 4,24... 4,53 $\mu\text{g}/\text{kg}$. Lasundi alumise osa setekihi selle hulk väheneb. See kontsentratsioon ei ole küll suur — põhjasetete kohta lubatud piirnorm puudub, kuid mulla jaoks on see 20 $\mu\text{g}/\text{kg}$ —, kuid ravimuda kasutamisel peab saastumise võimalikkust nende ühenditega siiski arvestama. Mõni uurija (6) on tähelepanu juhtinud sulfiidsetes mudades leiduva benso(a)pireeni terviseohtlikkusele. Sellest tuleneb vajadus välja töötada detailsem kontrollsüsteem ka meil kasutatava ravimuda üle.

Haapsalu lahes toimuvatesse seetimisprotsessidesse võib tugevaid muutusi kaasa tuua planeeritav Noarootsi-Uuemõisa tamm, mis isegi kõige looduslähedasema variandi (sillana) korral muudaks lahe looduslikku olekut. Ilmselt madalduks suur osa Tagalahe keskosast kiiresti ning suhteliselt lühikese ajaga muutuks madalaks rannaniiduks.

Samas paiknev Voosi ravimuda leiukoht (Noarootsi poolsaare läänerrannikul) on üks kuurorte ravimudaga perspektiivsemaid varustajaid. Paiknedes

suurematest asulatest eemal, puudub ka otsene reostus inimtegevuse tulemusena. Lasund on Voosi kurgust eraldatud saartega. Laguun on madal, põhjaosas 1,5 m, lõunaosas vaid 0,3 m (vt. joonis 3).

Leiukoha arvestatavad varud moodustavad 90 000 m^3 , see on lähedane 1949. aasta uurimistulemustele. Lasund koosneb kahest kihist. Pealmine keskmiselt 0,2 m paksune tumehall kiht sisaldab kohati palju lagunemata taimejäänuseid. Alumine hall kiht keskmiselt 0,3 m ja maksimaalselt 1,5 m paksune. Muda on ühtlase värvusega ning sisaldab taimejäänuseid vähe. Et need kaks kihti tootmisel segunevad, on meil füüsikalise-keemilised näitajad kokku võetud. Tihedus on 1,3 g/cm^3 , soojumahutavus 0,7 $\text{cal}/\text{g} \times \text{kraad}$, nihketugevus kõigub aga 3000...6000 dyn/cm^2 .



Joonis 4. Ikla ravimuda leiukoha paiknemise skeem lagunenu sadamamuuli ja mereranna vahelises akvaatoriumis. Mõõdistatud 1978. a.

Mudalahuse mineralisatsiooni väljendab järgmine valem:

$$M = 6,1 \frac{Cl87 \text{ HCO}_3 \text{ 13}}{(Na + K)74 \text{ Mg16}}$$

Selle leiukoha muda kuulub samuti väikese mineralisatsiooniga nõrgalt sulfiidsete mudade hulka (0,02% märja muda kohta). Mudakeskkonna reaktsioon on nõrgalt happeline, pH 6,7. . . 6,9.

Sanitaar-bakterioloogiliselt võib selle leiukoha muda pidada kurortoloogia- nõuetele vastavaks.

Soodsal puhkealal paikneb Ikla leiukoht, kus muda on ladestunud vana sadama akvatooriumi põhja (vt. joonis 4). See mereosa on otsese lainetuse eest kaitstud vanade muulidega. Lasundi kohal on vee sügavus 2,0. . . 4,0 m. Läbilõikes on muda musta värvi, kihte on võimalik eraldada tiheduse järgi. Pealmise vähetihenenud kihi paksus on maksimaalselt 0,5 m, alumisel tihenenud kihil aga 1,5 m. Läbilõikes võib selgemalt märgata heledamaid ja tumedamaid kihte vaheldumisi. Kihtide lähemal uurimisel selgus, et nad sisaldavad orgaanilisi aineid erinevas koguses. Tundub, et ka sõltuvalt lainetuse intensiivsusest võivad lasundi pealmise kihi paksus ning liivasisaldus suuresti muududa.

Ülemise kihi settetihedus on $1,34 \text{ g/cm}^3$, soojusmahutavus $0,70 \text{ cal/g} \times \text{ kraadi}$, nihketugevus $3900. . . 4000 \text{ dyn/cm}^2$. Mudalahuse mineralisatsioon väljendub valemis

$$M = 6,5 \frac{Cl84 \text{ HCO}_3 \text{ 12}}{(Na + K)73 \text{ Mg17 \text{ Ca}10}}$$

Suur on selles kihis raudsulfiidide sisaldus — $227 \mu\text{g}$ 100 g muda kohta.

Alumiste mudakihtide tihedus on $1,3 \text{ g/cm}^3$, soojusmahutavus $0,70 \text{ cal/g} \times \text{ kraad}$ ja nihketugevus $4000. . . 9000 \text{ dyn/cm}^2$.

Mudalahuse keemiline koostis väljendub valemis

$$M = 6,7 \frac{Cl173 \text{ HCO}_3 \text{ 23}}{(Na + K)72 \text{ Mg12}}$$

Need on merelised väikese mineralisatsiooniga keskmise sulfiidisisaldusega mudad, mille balneoloogiline väärtus seisnebki eeskätt küllalt suures raudsulfiidide sisalduses.

Sanitaar-bakterioloogilised omadused näitavad aga selle ravimuda halba olukorda. Reostuse tagajärgi on märgata ka merevees. Ilmselt aga tuleb Hääde-meeste-Ikla ümbrus kuurordimajanduse seisukohalt juba lähemas tulevikus välja arendada, sest peale ravimuda on siin ka mineraalvett ning liivane rannavöönd on igati sobiv supluseks.

Lisaks kolmele kirjeldatud leiukohale leidub ravimuda veel Haapsalu lahe mõnes osas, Tõstamaa ja Virtsu poolsaare ümbruse merelahtedes ning rannajärvedes. Nendes leiduvate põhjasetete balneoloogiliste omaduste põhjalikum uurimine aga seisab veel ees.

KIRJANDUS: 1. *Martinson, M.* Haapsalu kuurort. Tallinn, 1975. — 2. *Trei, T.* Rmt.: Inimtegevus ja keskkonnakaitse. Tallinn, 1981, 76—78. — 3. *Trei, T.* Rmt.: Eesti rannikumere kaitse. Tallinn, 1982, 60—67. — 4. *Vadi, V.* Eesti tervisemuda. TRÜ toimetised. Med. tead. 1947, 7, 143. — 5. *Veinpalu, E., Veinpalu, L.* Ravimuda ja mudaravi. Tallinn, 1976.

6. *Матис Е. Я., Кураколова Е. А., Пуговкин М. М. и др.* В кн: Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. М., 1986, 59—61.

Summary

Curative sea mud deposits in the vicinity of Haapsalu and Pärnu. A deterioration of environmental situation and an inadequate mining technology have lead to several negative changes in sea mud deposits. This article describes Haapsalu, Voosi and Ikla sea mud deposits. At present the first one is being intensively exploited, whereas the others will be put to use in the future.

The curative mud in Haapsalu and Voosi deposits has a low degree of mineralization and a low content of sulphides. Ikla curative mud, however, contains a relatively large number of ferrous sulphides. The human element has brought about marked changes in the species

structure of bottom-animals and flora, which in its turn has affected the chemical composition of the upper layer of sea-bed sediments.

Резюме

Месторождения лечебной грязи в окрестностях Хаапсалу и Пярну. В связи с геологическими процессами, а также с антропогенным влиянием на экологическую ситуацию в прибрежной зоне моря изменились и месторождения морской лечебной грязи в Эстонии. В данной статье характеризуются три важнейших месторождения материковой части Западной Эстонии: Хаапсалу, Воози, Икла. Из них эксплуатируется месторождение в Хаапсалу, где имеют место изменения, связанные с несовершенной технологической схемой добычи и спуском городских сточных вод в залив. Наблюдаются перераспределение осадочного материала, уменьшение мощности по всей площади залежи.

Месторождение Воози (на западном побережье полуострова Ноароотси) расположено в более благоприятных условиях. Лечебная грязь в месторождениях Хаапсалу и Воози низкоминерализованная, малосульфидная.

Месторождение Икла находится на восточном побережье Рижского залива в акватории старого порта Хейнасте. Лечебная грязь здесь характеризуется низкой минерализацией и средним содержанием сульфидов. Развитию курортного хозяйства в этом районе способствуют местная минеральная вода и песчаные пляжи.

*Eesti NSV Teaduste Akadeemia
Geoloogia Instituut*

UDK [616.127-002:613.81]:616-091

Alkohoolne kardiomüopaatia surma põhjusena lahangu andmeil

Natalia Lapidus Heesi Annus · Tallinn

alkohoolne kardiomüopaatia, lahanguleid, sooline ja vanuseline struktuur

Alkohoolne kardiomüopaatia on mittekoronarogeenne südamelihase haigus, mida põhjustab pidev alkoholitarvitamine (8). Haigust esineb kõige sagedamini 20...50 aasta vanustel alkoholi liigtarvitavatel meestel. On täheldatud, et alati ei esine paralleelsust tarvitatud etanooli hulga ja südamelihase kahjustuse vahel. Alkohoolne kardiomüopaatia võib tekkida nii kroonilistel alkohoolikutel kui ka mõõdukatel alkoholitarvitajatel (3). Eelsoodumuse haiguse tekkeks loob organismi ebasoodne ainevahetuslik foon, mis oleneb etanooli ainevahetusest osavõtvate ensüümide aktiivsusest (6).

Alkohoolse kardiomüopaatia patogenees ei ole täiesti selge. Tähtsat osa etendavad järgmised faktorid: otsene etanooli ja tema derivaatide südamelihast kahjustav toime, organismi kuhjunud toksiliste metaboliitide ja mikroelementide toime, valgu- ja vitamiinipuudus, hüpoksia (2, 3).

Patofüsioloogiliste tunnuste järgi arvatakse alkohoolne kardiomüopaatia kongestiivsete kardiomüopaatiate hulka (2, 9).

Lahangu diagnoos on selle haiguse puhul alati kliinilis-morfoloogiline ja see määratakse teiste südamehaiguste (südame isheemiatõbi, kaasasündinud südamehaigused, hüpertooniatõbi, eri etioloogiaga klapirikked ja müokardiidid) välistamise teel (4, 5, 8).

Haiguse diagnoosimisel on tähtis osa anamneesi andmetel (alkoholi pidev liigtarvitamine). Kui anamnees puudub, aitavad meil alkoholi liigtarvitamise üle otsustada patohistoloogilised muutused maksas — alkohoolne maksasteatoos või algav mikronodulaarne tsirroos.

Uurimismaterjal. Analüüsisime Tallinna Linna Prosektuuri lahanguprotokolle aastaist 1977... 1986, milles surma põhjuseks oli alkohoolne kardiomüopaatia.

Kümne aasta jooksul tehti Tallinna Linna Prosektuuris 8869 lahangut. Nendest oli kardiomüopaatia diagnoos 94 juhul (1,1%), millest alkohoolne kardiomüopaatia 34 juhul (36,2%). Viimastest oli haiglas surnuid 28 ja kodus surnuid 6.

Uurimistulemused ja arutelu. Alkohoolse kardiomüopaatia tagajärjel surnutest oli 29 meest (85,3%) ja 5 naist (14,7%). Keskmine vanus meestel oli 50,3, naistel 50,2 aastat.

Ealine jaotumus oli järgmine: 20... 29-aastasi 1 (2,9%), 30... 39-aastasi 8 (23,5%), 40... 49-aastasi 7 (20,6%), 50... 59-aastasi 10 (29,4%), 60... 69-aastasi 8 (23,5%). Kui alla 40-aastastest oli alkohoolse kardiomüopaatia tagajärjel surnud 9 (26,5%), siis alla 50-aastastest 16 inimest (47,1%).

Krooniline alkoholism oli anamneesis 13-l (38,2%), alkoholi mõõdukas tarvitamine 15 juhul (40%). 17,6%-l alkoholism anamneesi põhjal ei selgunud, kuid morfoloogiliselt esinesid neil alkoholismi tunnused. Anamneesi andmetel võis haiged haiguse kestuse järgi jaotada kolme rühma: kestus alla kuu — 12 juhtu (35,3%); üks kuu kuni üks aasta — 8 (23,5%); kestus üle aasta — 7 juhtu (20,6%). 7 juhu kohta (20,6%) andmed puudusid. Äkksurma täheldati 16 juhul (47,1%). Haigete keskmine vanus äkksurma puhul oli 45,6 aastat. Ühtede autorite järgi on vererõhk alkohoolse kardiomüopaatia korral oluliselt kõrgeenenud, teiste järgi ei ole see üle 150/90 mmHg (3, 8). Meil on teateid vaid 8 endi poolt analüüsitut kohta, kellel vererõhk ei olnud üle 150/90 mmHg.

Rütmihäireid alkohoolse kardiomüopaatia puhul on kirjeldanud paljud autorid (2, 4, 5, 6, 7, 8, 10). Meie andmetel oli südame rütmihäireid 16 juhul (47,1%).

Kliiniliselt oli alkohoolse kardiomüopaatia asemel ekslikult diagnoositud südame isheemiatõbi 7-l (20,6%), reuma 3-l (8,8%) ja muud haigused 7 haigel (20,6%). Kardiomüopaatiat oli kliinili-

selt diagnoositud 17 haigel (50%), sellest alkohoolset kardiomüopaatiat 9 haigel (26,5%).

Kirjanduse andmeil on sagedaseks kliiniliseks diagnoosiks kaasasündinud südamerikked (8). Meie analüüsi andmetel seda diagnoosi ei esinenud.

Lahanguleidude analüüsimisel on selgunud, et südame kaal on alkohoolse kardiomüopaatia puhul tavaliselt 350... 430 g, kuid see võib ulatuda ka 500 g-ni (8). L. Poki andmetel oli südame kaal keskmiselt 500... 600 g, üksikjuhul 1050 g (1). Meie andmeil oli see keskmine 696 g meestel ja 600 g naistel. Südame kaal oli alla 500 g 5 juhul (14,7%), üle 500 g 29 juhul (85,3%).

Stenoseerivat koronaararterite ateroskleroosi, koronaararterite tromboosi ega südamelihase infarkti ei esinenud. See vastab kirjanduse andmetele (6, 10). Südamevatsakeste laienemine oli 23 juhul (67,6%), vasaku vatsakese hüpertroofia 15 juhul (44,5%). Vasaku vatsakese seina paksus kõikus 1,0... 2,4 cm vahel, ka see langeb kokku kirjanduse andmetega (3, 8). Südame tipp oli ümardunud, epikardi all esines rohkesti rasvkude, südamelihase oli lõtv, tuhm. Seinapidiseid trombe vasakus vatsakeses leiti 3 juhul (8,8%). Trombembooliaid siseelundites esines 7 juhul (11,8%), nendest oli otseseks surma põhjuseks trombemboolia kopsuarterites 4 juhul (11,8%); krooniline kardiovaskulaarpuudulikkus oli surma põhjuseks 20-l (58,8%), äge puudulikkus 10 juhul (29,4%).

Südamelihase histoloogilisel uurimisel täheldati nii südamelihaskiudude fragmentatsiooni, düstroofiat, atroofiat kui ka irregulaarset hüpertroofiat.

Südamelihaskiudude düstroofilised muutused olid polümorfseid: sõmerjas ja vakuoolne düstroofia, väikesetilgeline rasvdüstroofia, müotsüütide ristvõõtsuse osaline kadumine ja tuumade püknoos, strooma turse, difuusne ja koldeeline lipomatoos, fibroos, väiksekoldeeline, peamiselt perivaskulaarne lümfohistiotsütaarne infiltratsioon. Peaaegu

kõikidel oli endokard sklerootiliselt pak-
senenud.

Alkohoolse kardiomiopaatia patoge-
neesis on oluline tähtsus mikrotsirku-
latoorse vereringe muutustel, mis teki-
vad korduvate ägedate alkohoolsete
intoksikatsioonide tagajärjel. Tähelda-
tud on arterioolide spasmi, diapedeesi
ja perivaskulaarset turset, arterite ja
arterioolide seintes võib leida fibrinoid-
se nekroosi koldeid (8).

Nii kirjanduse andmeil kui ka prosek-
tuuri lahandumaterjali põhjal on muu-
tused alkohoolse kardiomiopaatia puhul
vähespetsiifilised (2, 6, 8, 10). Mõned
autorid peavad spetsiifiliseks tunnuseks
siiski kardiomiotsüütide rasvinfilt-
ratsiooni ja müofibrillide atroofiat (4, 7).
Ka meie materjalis esinesid need histo-
loogilised muutused alati.

Peale muutuste südames oli haigus-
likke muutusi ka teistes siseelundites:
mikronodulaarset maksatsirroosi 3 ju-
hul (8,8%), segatüüpi maksatsirroosi
ühel (2,9%), kardiaalset maksatsirroosi
8-l (23,5%), alkohoolset hepatiiti 5-l
(14,7%), maksasteatoosi 9-l (26,5%),
kroonilist pankreatiiti 2-l (5,9%),
pankrease lipomatoosi ja skleroosi 6
juhul (17,6%).

Kokkuvõte. Alkohoolne kardiomi-
opaatia on keskealiste, umbes 50-aastaste
meeste haigus, sealjuures on ta sageli
ka äkksurma põhjuseks. Nii kirjanduse
andmed kui ka meie andmete analüüs
näitavad, et alkohoolne kardiomiopaatia
on kindlalt piiritletud kliinilis-anatoo-
miliste tunnustega haigus, mida on või-
malik eristada teistest südamelihase hai-
gustest.

KIRJANDUS: 1. Pokk, T., Pokk, L. Nõukogude
Eesti Tervishoid, 1985, 3, 178—181. — 2. Pome-
rance, A., Davies, M. I. The Pathology of the
Heart. Oxford—London—Edinburgh—Melbour-
ne, 1975.

3. Василенко В. Х., Фельдман С. Б. Кли-
н. мед., 1986, 3, 3—11. — 4. Велишева Л. С., Вихерт
А. М., Швалев В. Н. и др. Суд. мед. эксперт.,
1981, 24, 2, 25—28. — 5. Вихерт А. М. Кли-
н. мед., 1987, 3, 128—132. — 6. Вихерт А. М.,
Цыпленкова В. Г. Арх. патол., 1984, 1, 14—21. —
7. Вихерт А. М., Цыпленкова В. Г. Тер. арх.,
1985, 4, 26—31. — 8. Пауков В. С., Лебедев С. П.
Алкогольная кардиомиопатия. ВИНТИ, Итоги

науки и техники. Патологическая анатомия,
1985, т. 5. — 9. Серов В. В. Тер. арх., 1985, 4,
3—8. — 10. Тареев Е. М., Мухин А. С. Кардио-
логия, 1977, 12, 17—22.

Summary

Alcoholic cardiomyopathy (ACMP) as a cause of death. A study based on autopsy material. An analysis of 34 deaths from alcoholic cardiomyopathy (ACMP) over a period of 10 years (between 1977 and 1986) is presented on the basis of the autopsies conducted at the United City Prosectorium. Sex, age structure, duration of illness and the history of alcohol abuse are also analyzed. Results of macroscopic and microscopic morphological studies are given. The authors present some diagnostic criteria for ACMP. It is concluded that the diagnosis of ACMP is clinico-anatomical.

Резюме

Алкогольная кардиомиопатия как причина смерти (по материалам прозектуры). В настоящей работе рассматривается 34 случая АКМП, имевших место в Объединенной городской прозектуре за 10 лет (1977...1986 гг). Анализируется половая и возрастная структура, длительность заболевания, алкогольный анамнез. Приводятся данные макроскопического и микроскопического исследования. Рассматриваются критерии диагностики АКМП. В выводах подчеркивается, что диагноз АКМП является клинико-анатомическим.

Tallinna Kiirabihaigla

ÜLEVAATED

UDK 612.015.1:616-008.64(047)

Inimese immuunpuudulikkuse viirus: patogeensus ja immunogeensus

Kuulo Kutsar · Tallinn

inimese immuunpuudulikkuse viirus, morfoloogia, struktuur, toime organismis

Omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi uurimine kulgeb tänapäeval üha kiirenevas tempos, üha suuremate vaimsete ja materiaalsete ressurside kasutuselevõtmisega. Mõne aasta jooksul tehtud edusammud on hämmastavad. Teisiti aga ei ole selle probleemi lahendamisele võimalik jõudagi, sest haigusjuhtude arv suureneb katastroofilise kiirusega — ainuüksi USA-s see arv vähem kui aasta jooksul kahekordistub.

Eestis oleme esialgu soodsas olukorras, sest AIDS-i haigestumise juhte põhielanikkonna hulgas ei ole registreeritud. See aga ei välista veel epidemioloogilist ohutunnet, sest kanalid immuunpuudulikkuse viiruse levikuks on avatud. Ärevusega jääb üle oodata uusi uuringuandmeid AIDS-i viiruste võimaliku leviku kohta mitteriskirühmadesse kuuluvate inimeste hulgas.

Oma teadmiste avardamiseks ja täiendamiseks soovitatakse arstidel ning õdedel tutvuda üleliidulises meditsiiniajakirjanduses avaldatud AIDS-i tüüpilise esmashaigestumise juhuga Nõukogude Liidus, aga ka AIDS-i avastamisega Nõukogude Liidus elanud välismaalastel (12, 13, 14).

Omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi kutsub esile retroviiruste hulka kuuluv viirus, mille 1983. aastal esmakordselt isoleeris L. Montagnier (1) lümfadenopaatiaga haigelt ning mille ta nimetas lümfadenopaatiaviiruseks (LAV). 1984. aastal isoleeris R. Gallo (4) AIDS-i haigelt T-lümfotroopsete viiruste hulka kuuluva HTLV-3. Samal aastal avastas J. Levy (9) AIDS-i assotsieeriva viiruse ARV. Hiljem on isoleeritud ka teisi AIDS-i viirusi. Lääne-Aafrikas leiti haigete lümfotsüütidest LAV-2, mis sarnaneb ahvide retroviirusega STLV-3 $_{mac}$ (2), ning riskirühma kuuluvatelt tervetelt inimestelt HTLV-4 (8). Neil viirustel on palju ühiseid omadusi (tropism T4-lümfotsüütide suhtes, ristreaktsioonid antikehadega, homoloogia gag- ja pol-geenide piirkonnas, genoomi morfoloogia ja struktuuri sarnasus). Seetõttu otsustati 1986. aastal korraldatud rahvusvahelisel viroloogikongressil Pariisis nad ühendada ühtsesse rühma ja nimetada neid ühiselt inimese immuunpuudulikkuse viiruseks (inglisekeelne lühend HIV). Nomenklatuuri järgi on LAV-1, HTLV-3, ARV ja teised sarnased viirused nüüd HIV-1 ning LAV-2 — HIV-2. HTLV-4 kuuluvuse kohta ei ole täit selgust: kas ta arvatakse teadaolevate HIV-viiruste hulka või moodustab ta uue, HIV-3 viiruse rühma. Muuseas, viiruste avastajate arvamus viiruste kuuluvuse kohta oli järgmine: L. Montagnier arvas LAV-1 retroviiruste alarühma *Lentivirinae* ning R. Gallo HTLV-3 alarühma *Oncovirinae*. Olgu lisatud, et sellesse rühma kuuluvad ka R. Gallo poolt varem avastatud inimese leukoosiviirused HTLV-1 ja HTLV-2. Uusimatel andmetel sarnanevad HIV-viirused lentivirustega, mille hulka kuuluvad loomadel kroonilist, kuid mittepahaloomulist nakkust esilekutsuvad viirused, nagu visna viirus lammastel, infektsioosne aneemia hobustel jt.

Milliste teadmiste võrra oleme targemaks saanud AIDS-i esilekutsuvate viiruste suhtes? Kõigepealt on selgeks saanud, et HIV-viirused ei ole võimelised hävitama mitte ainult T-lümfotsüüte,

vaid ka makrofaage, astrotsüüte, jäme-soole epiteeli rakke ja tõenäoliselt ka paljude teiste elundsüsteemide rakke. Igal juhul on need viirused ja nende toimel tekkivad kudede laguproduktid tugeva toksilise toimega. Ilmselt on need põhitegurid, mille toimel kujuneb välja haige organismi sügav kurnatus koos kaitsevõime kadumisega nakkushaiguste ja kasvajate suhtes. Edasi on selgunud HIV suur mutatsioonivõime. Nad võivad oma geneetilist materjali muuta mõne kuu jooksul, ja, nagu teame, sellega kaasnevad märgatavad muutused ka viiruste bioloogilistes omadustes. Eriti tugeva mutatsioonivõimega on Kesk-Aafrikas ja Haiitil ringlevad HIV-tüved. Mutatsioonidega kaasneb kolm olulist nähtust: 1) HIV variantide arv võib küündida tuhandeteni; 2) haige võib üheaegselt olla mitme viirusvariandi kandjaks; 3) viirusvastatel antikehadel on minimaalne kaitseva toime (10).

Olulise kliinilise ja immunoloogilise väljundiga aspekte on selgunud HIV-viiruste patogeense toime uurimisel. On tõestatud, et määrav tähtsus on viiruskesta koostisse kuuluvate valkude biokeemilistel omadustel. Morfoloogiliselt on HIV kerakujuline, väliselt katub teda kahekihiline lipiidmembraan, milles paiknevad viiruse pinnavalgud — glükoproteiidid, mis omakorda moodustavad viiruse pinnal 70...80 seenekujulist struktuurühikut (5). Seenekese pea moodustab glükoproteiid molekulkaaluga 120 000 daltonit (gp120) ning selle jalg glükoproteiid molekulkaaluga 41 000 daltonit (gp41). Koos moodustavad nad kompleksi gp120-gp41. gp120 on HIV põhiline kinnitumisvalk, kuid valmimise käigus läheb enamik sellest valgust kaduma. Lipoproteiidkesta sisemise kihi moodustab valk p17. See ümbritseb südamikku, mis koosneb kahest molekulist genoomi RNA-st ning sellega seotud valkudest, gag-geeni (p24, p9 ja p7) ning pol-geeni produktidest.

HIV geneetilise aparadi struktuur on keerukas ning sellel on mõningaid erinevusi erinevatel viirustüvedel. Teis-

te retroviirustega võrreldes on HIV-viirusel mõned varem tundmatud geenid.

gag-geen kodeerib viiruse sisevalgud. Viimased koos pol-geeni poolt kodeeritavate valkudega ühinevad täismöödulise RNA-ga 9300 nukleotiidiks. mRNA translatsioon tagajärjel moodustub eelkäija molekulkaaluga 150 000 daltonit, millest seejärel formeerub valk p55. Selle valgu proteolüütilise lagunemise protsessis tekivad valgud p17, p24, p9 ja p7. Nende valkude vastaseid antikehi leidub AIDS-i haigete veres, kusjuures nendest suurema osa moodustavad p24 vastased antikehad (3). Viimased tekivad haiguse algstaadiumis ning kaovad haiguse hilisstaadiumis.

pol-geen kodeerib kolme ensüümi — pöördtranskriptaasi, ribonukleaasi ja endonukleaasi. Selle geeni produktid tekivad Pr150-eelkäija proteolüütilisel lagunemisel valkudeks p22 (proteas), p64/p51 (pöördtranskriptaas koos ribonukleaasiga) ja p31 (endonukleas). Antikehad nende valkude suhtes on haige vereseerumis olemas, kõige suurem kontsentratsioon on neil p64/p51 ja p31 suhtes (3).

sor-geen kodeerib valgu molekulkaaluga 23 000 daltonit. Selle valgu vastaseid antikehi leidub AIDS-i haige vereseerumis. Geenile on iseloomulik suur nukleotiitide järjestuse püsivus, mis viitab selle geeni tähtsale osale viiruse paljunemisel mittelümfooidsetes rakkudes.

env-geeni poolt kodeeritava valgusünteesi ajal moodustub algul valkeelkäija molekulkaaluga 97 500 daltonit. Selle molekulkaal suureneb glükosüleerumise tagajärjel 160 000 daltonini (gp160). gp160 proteolüütilisest lagunemisest tingituna moodustub kaks valku — väliskesta valk gp120 (kujutasime seenekese peana) ja transmembraanne valk gp41 (kujutasime väliskesta läbiva seenekese jalana). env-geenile on iseloomulik suur muutlikkus. Seetõttu env-geeni poolt kodeeritavad aminohapped HIV-viirustel teatud osas erinevad: viirustel HTLV-3 ja ARV 15,7% ulatuses, HTLV-3 ja LAV-1 2,9% ning viirustel HIV-1 ja HIV-2 isegi 58,3%

ulatuses (7). Tõenäoliselt on sellise kõrge muutlikkussageduse põhjuseks vead pöördtranskriptaasi töös nende ensüümide puudujäägi tingimustes. Tuleb lisada, et immuunsüsteemi surve soodustab eeskätt mutantsete viirustüvede paljunemist.

3'-orf-geen kodeerib valgu molekulaaluga 27 000 daltonit. Selle valgu vastased antikehad on AIDS-i haige veres olemas. See geen mõjutab HIV-viiruse tsitopatoogeensust, kuid viiruse paljunemiseks ta vajalik ei ole, pigem pidurdab ta seda ning loob eeldused latentse viirusnakkuse kujunemiseks.

tat-III (transkriptsiooni transaktivaator)-geen kodeerib valgu molekulaaluga 14 000 daltonit, antikehad selle vastu on haigete veres olemas. See geen aktiveerib viiruse struktuurgeenide transkriptsiooni, mõjutab viirus-mRNA sünteesi ja translatsiooni.

art(trs) (antirepressiooni transaktivaator)-geen kodeerib valku, mis koosneb 116 aminohappejäägist. See valk aktiveerib gag- ja env-geenide mRNA translatsiooni, vabastades nad spetsiifiliste negatiivsete regulaatorite mõju alt.

Eraldi tuleb peatuda viirusvalgu gp120 funktsioonil, mis on HIV-viiruse põhiliseks ja ühtlasi suurima variaablusega retseptorvalguks. gp120 koosneb kahest kompaktselt struktuurist, domenist, mis on võrdlemisi sarnased inimrakkude domenitega. Teiseks sarnaseks momendiks nende valkude vahel on see, et domeneid ühendav peptiidniit on ühesuguse ehituse ning pikkusega. Valguahelal selles piirkonnas kompaktnu struktuur puudub ning proteolüütilised ensüümid võivad valguahela seal lammutada. Nii eemalduvad elutsükli vältel inimrakkude pinnalt retseptorvalgud, nii kaovad piirkonniti ka HIV pinnalt retseptorvalgud gp120. Muu hulgas on viirusvalgul gp120 keemilises ja antigeenses struktuuris sarnasus ka inimese vereseerumi immunoglobuliiniga. Viimaste domenid kujutavad endast antigeenseid determinante, mille suhtes tekivad antikehad, mis, sidudes rakuretseptorid, blokeerivad

nende aktiivsed tsentrid. Need antikehad võivad blokeerida ka T-abistajarakkude retseptorid ning seega need rakud inaktiveerida. Selle tagajärjel kaotab inimorganism võime reageerida immuunvastusega, milles osalevad T-abistajarakud paljude ohtlike antigeenide suhtes.

Inimese nakatumisel HIV-viirusega tekivad organismis antikehad, mille toime on suunatud muu hulgas ka gp120 vastu. Põhiliselt gp120 vastaste antikehade olemasolu ja taseme alusel tehaksegi kindlaks inimese nakatumine viirusega. Immuunsüsteemil aga on üks oluline iseärasus, nimelt võib ta segi ajada oma ja võõra ning teatud tingimustes suunata immuunvastuse hävitama omaenda rakke ja kudesid. HIV-viirusega nakatunutel ja veres antikehi omavatel inimestel võib sellise olukorra esile kutsuda viirusvalk gp120, millel on teatud sarnasus inimese raku valkudega (on oma), kuid mis sisuliselt on organismile ikkagi võõras. Selle tagajärjel tekivad antikehad nii oma kui ka võõra vastu. Nakatunud inimesel hakkavad oma organismi vastu suunatud antikehad blokeerima mitmesuguseid rakuretseptoreid, eelkõige T-abistajarakkude retseptoreid, mille tagajärjel lakkab töötamast immuunsüsteem ning kujuneb immuunpuudulikkuse sündroom. Samal ajal blokeeritakse valimatult ka makrofaagide, astrotsüütide või teiste rakkude retseptoreid. Seetõttu satub organism väga raskesse seisundisse. Sellest ka paradoksaalne olukord: mida rohkem on haige veres viirusvastaseid antikehi, seda kiiremini süveneb immuunpuudulikkus.

Viirusvastaste antikehade kahjulikkus on ilmselt tingitud viirusvalgu gp120 struktuuri ja omaduste iseärasustest. Nagu märgitud, eemaldatakse HIV pinnalt tema väljaulatuvad osad ehk viirusvalk gp120. Viimane on oma biokeemiliste omaduste poolest üsna sarnane endogeense toksiiniga, loomsete rakkude pinnalt eemaldunud retseptorite molekulidega, mis pidurdab valgu sünteesi organismis, pärsib immuunreaktsioone ning hormoonide ja ensüü-

mide talitlust. Seega suudab ka viiruse pinnalt eemaldunud gp120 pärssida organismi immuunreaktsioone, pidurdada valgu sünteesi ning teisi elutähtsaid biokeemilisi reaktsioone. Mis puutub viirusvastaste antikehade ja viirusvalgu gp120 vahekorda, siis on teada, et antikehad kiirendavad valk-eelkäija gp160 lagunemist gp120-ni ning AIDS-i haige rakuretseptoriga reageerides üksnes kiirendavad retseptori molekulide eemaldamist raku pinnalt, s. t. endogeense toksiooni tekkimist. AIDS-i haige veres on endogeense toksiooni aktiivsust palju suurem kui kliiniliselt tervel inimesel.

Kirjeldatud kahjustusmehhanismiga langeb põhimõtteliselt kokku J. Salki hüpotees (11), mille järgi AIDS-i tekkes on ülekaalus autoimmuunne komponent. See seisneb selles, et T-lümfotsüüdid CD4 tingimustes, mil nakatunud inimese vereseerumis on olemas antikehad HIV vastu, liidavad endaga viirusvalgud ning nad hävitatakse organismi hävitajarakkude poolt antikehast sõltuva raku tsütotoksilisuse põhimõttel. Seda hüpoteesi kinnitavad HIV-viirusega nakatunud hemofiilikute uurimisel saadud kogemused. Hemofiilikutel, kes on doonoriverega saanud HIV-viiruse vastaseid antikehi, hävib osa viiruse poolt nakatatud CD4 rakke kiiresti. Seetõttu pikeneb sellistel hemofiilikutel AIDS-i inkubatsiooniaeg, osalendest aga ei kujune AIDS-i välja üldse. Samas tuleb tähelepanu pöörata sellele, et primaarselt HIV-viirusega nakatunud inimestel ei toimu nakatatud rakkude eemaldamist antikehast sõltuva raku tsütotoksilisuse teel, sest algperioodil pärast nakatumist neil antikehad puuduvad. Selle aja jooksul jõuab viirus kiiresti paljuneda ja esile kutsuda pöördumatuid kahjustusi organismi immuunsüsteemis. HIV-viirusest põhjustatud iseloomulikud immunoloogilised muutused seisnevad järgmises: T-lümfotsüütide CD4 arvu vähenemine, rakkude prolifererimisaktiivsuse langus vastusena lahustuvate antigeenide toimele, aeglustunud tüüpi ülitundlikkuse häired, γ -interferooni produkt-

siooni vähenemine vastusena antigeenide ja mitogeenide toimele, B-lümfotsüütide polükloonne aktivatsioon koos IgG₁, IgG₃, IgA ja IgD produktsiooni ja spontaanse proliferatsiooni suurenemise ning abistajafunktsiooni vähenemine ning kujundatava humoraalse immuunsuse madal tase vastusena immuniseerimisele, antigeenide p160/p120, p66, p41, p55, p24, p17 vastaste IgM-antikehade küllalt hiline sünteesimine — need ilmuvad alles mitu nädalat pärast nakatumist (6).

Tundes HIV-viiruse replikatsiooni ja genoomi struktuuri, on võimalik välja töötada viirusvastane ravi. Tulemusi võib anda järgmistest sihtpunktide mõjutamine: a) HIV-viiruse vastastikune toime rakuretseptoriga CD4; b) viirusvalgu gp120 tungimine raku retseptorse endotsütoosi teel ja viiruse geneetilise materjali väljumine; c) pöördtranskriptaas, mis kannab viiruse geneetilise informatsiooni üle genoomi RNA-lt DNA-le; d) viirusspetsiifilised geenid tat-III ja art, mis mõjutavad viiruse struktuurigeenide ekspressiooni; e) geenide gag, pol, env proteolüüsi ja glükosüleerimise produktid; f) HIV-virioni pungumine ja valgusüntees.

Tegelikud edusammud on seni olnud tagasihoidlikud. AIDS-i ravis on kasutatud näiteks ensüüm pöördtranskriptaasi inhibiitoreid surinaami, asidotümidini, viirusvalkude sünteesi ja virioni pungumise pärssimiseks interferooni.

KIRJANDUS: 1. Barre-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F. a. o. Science, 1983, 220, 868—870. — 2. Clavel, F., Quetard, D., Brun-Vezinet, F. a. o. Science, 1986, 233, 343—345. — 3. De Vico Anthony, L., Di Marzo Veroneso Fulvia, Lee, S. L., a. o. AIDS Res. and Hum. Retroviruses, 1988, 4, 1, 17—22. — 4. Gallo, R. C., Salahuddin, S. Z., Popovic, M. a. o. Science, 1984, 224, 500—503. — 5. Gelderblom, H. R., Hausmann, E. H., Ozel, M. a. o. Virology, 1987, 156, 171—175. — 6. Grimaldi, L. M. E., Roos, R. P., Lazzarini, A. a. o. J. Neuroimmunol., 1987, 16, 1, 67—68. — 7. Guyader, M., Emerman, M., Sonigo, P. a. o. Nature, 1987, 326, 662—664. — 8. Kanki, P. J., Barin, F. M., M'Boup, S. a. o. Science, 1986, 232, 238—240. — 9. Levy, J. A., Hoffmann, A. D., Kramer, S. M. a. o. Science, 1984, 225, 840—842. — 10. Rüksamen-Waigmann, H. Therapie-woche, 1987, 37, 17, 1574—1578. — 11. Salk, J. Nature, 1987, 327, 475—476.

12. Покровский В. В., Янкина З. К., Покровский В. И. Ж. микробиол., 1987, 12, 8—11. — 13. Покровский В. В., Янкина З. К., Покровский В. И. и др. Тер. арх., 1987, 7, 35—39. — 14. Покровский В. И., Покровский В. В., Потекаев Н. С. и др. Тер. арх., 1988, 7, 10—14.

Summary

Human immunodeficiency virus (HIV): pathogenicity and immunogenicity. The author gives a review of the morphology, genome structure, gene expression and mutation of HIV virus. These characteristics determine the pathogenicity and immunogenicity of HIV virus. The relationship between the antiviral antibodies and viral protein gp120 and the participation of autoimmune component in the pathogenesis of AIDS is also analysed.

Резюме

Вирус иммунной недостаточности человека: патогенность и иммуногенность. В статье описываются морфология, структура генома, экспрессия генов и мутационная способность вируса иммунной недостаточности человека (HIV). На основании этого характеризуются патогенность и иммуногенность вируса. Анализируются взаимосвязь противовирусных антител с вирусным белком gp120 и участие аутоиммунного компонента в патогенезе СПИДа.

*E. Vilde nimeline Tallinna Pedagoogiline
Instituut*

KOGE MUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

UDK 616.71-001.59-08

30 aastat tagasi kujunenud küünarvarreluude ebaliigese eduka ravi juht

**Aleks Lenzner Peeter Nuiamäe · Tartu
pseudoartroos, osteosünteis, luuline alloplastika**

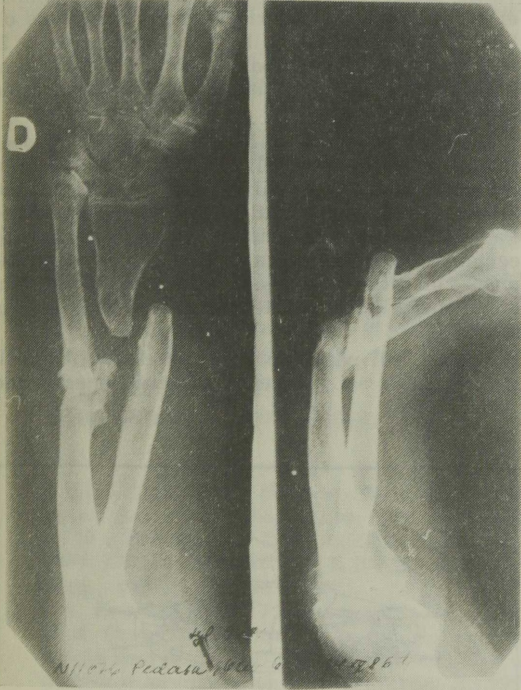
Küünarvarreluudel esineb ebaliigeseid kirjanduse andmeil sagedamini kui mõnel muul jäsemel. See on tingitud küünarvarre funktsiooni mitmekesisusest ning suurest hulgast lihastest, mille tööle rakendumisel tekivad üksteisele vastumõjuvad ja luumurdude konsolideerumist destabiliseerivad jõud (5). Ebaliigeste raviks kasutatakse intramedullaarseid, ekstraossaaalseid ning koldeväliseid fikseerimisaparaate ning tehakse luulist auto- ja alloplastikat, sealhulgas ka maatriksiga (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Haigusjuht. 60-aastane meeshaige P. O. (haiguslugu nr. 9081/1986. a.). Diagnoos: parema käe küünarvarreluu ebaliiges. Luumurd oli tekkinud 1956. aastal (vt. röntgenogramm 1). Varem oli ebaliigese ravis püütud seitsmel korral rakendada Lane'i plaati, Bogdanovi lamelli ja luulist autoplastikat, kuid luude ebaliiges ei konsolideerunud. Haigel esines tugev küünarvarre lihaste atrofia, millest tingituna oli haige jäse proksimaalses kolmandikus 1,5 cm peenem terve jäsemega võrreldes, ning patoloogiline liikuvus. Banaažiga fikseerimise korral olid randmeliigese liikuvus ja käe jõudlus säilinud. Tundlikkushäireid ei esinenud. Ebaliiges likvideeriti, kasutades Bogdanovi lamelli, Ilizarovi kompressioonidistraktsiooniaparaati ja luu osteogeensete omadustega allotransplantaati. Reparatiivse osteogeneesi stimuleerimiseks kasutati maatriksit.

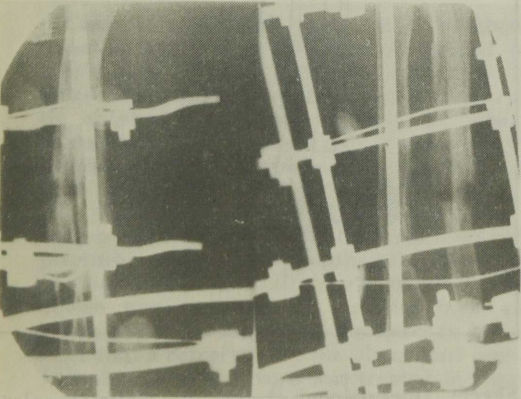
Allotransplantaadiks oli laibalt võetud luu, mida oli seitse päeva hoitud 0,1%-lises formal-

dehüüdlahuses. Enne operatsiooni säilitati seda kuus tundi füsioloogilises lahuses. Luutransplantaadile anti vajalik kuju operatsiooni ajal ketasaega.

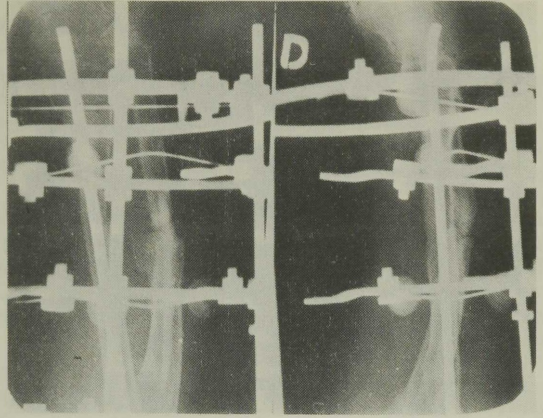
Luuliseks maatriksiks oli demineraliseeritud luu, mis saadakse, kui laibaluu diafüüsist võetud luutransplantaati hoitakse 2,4...3,6 N soolhappes viis ööpäeva. Transplantaati pesti toatemperatuurilise jooksva veega, seejärel asetati



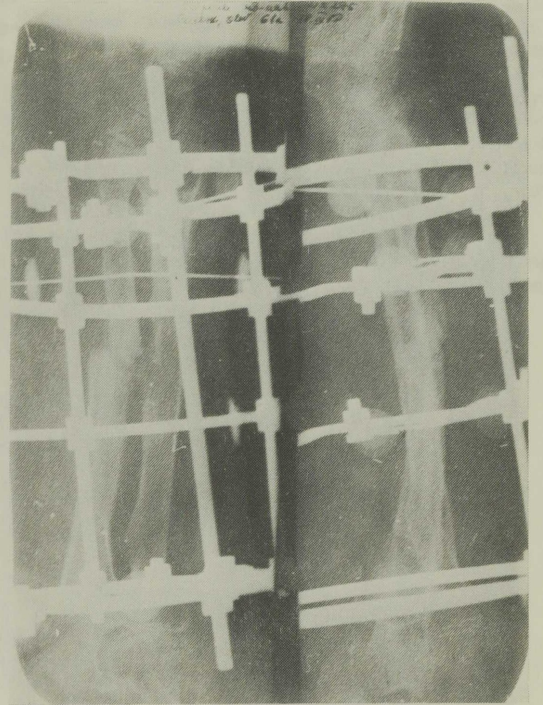
Röntgenogramm 1. Enne operatsiooni.



Röntgenogramm 2. Kolm kuud pärast operatsiooni.



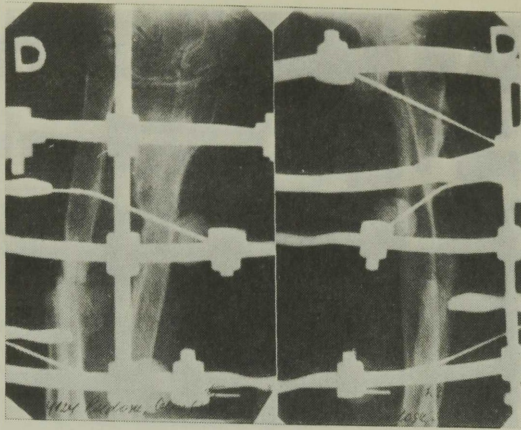
Röntgenogramm 3. Üheksa kuud pärast operatsiooni.



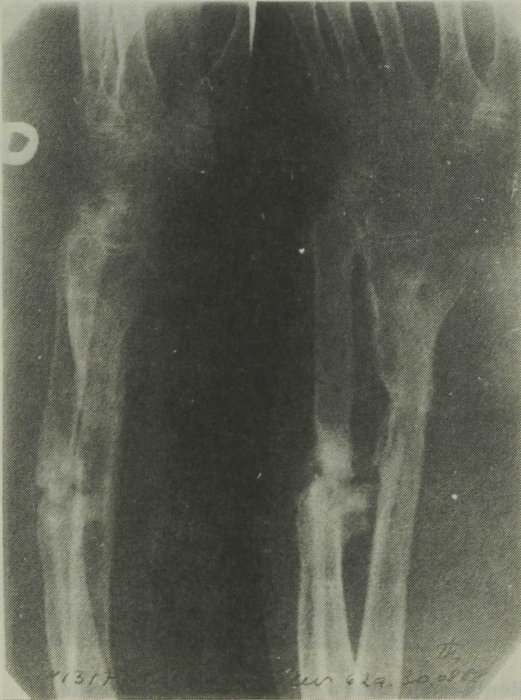
Röntgenogramm 4. Pärast küünarvarreluu teistkordset traumat.

maatriks happe neutraliseerimiseks 10...15%-lises tiosulfaatnaatriumilahusesse. Steriliseeriti 0,1%-lises formaldehüüdlahuses. Enne operatsiooni hoiti luulist maatriksit füsioloogilises lahuses, sel ajal kujutas maatriks endast elastset kergesti lõigatavat materjali.

Operatsioon tehti narkoosis, žguti all, parema küünarvarre dorsaalküljel ebaliigese kohal. Ilmnesid kudede atroofia ja nende liiteline armistumine, mis oli tingitud eelnevatest operatsioonidest.



Röntgenogramm 5. Pärast Ilizarovi aparadi ümberasetust.



Röntgenogramm 6. Kaks kuud pärast Ilizarovi aparadi eemaldamist.

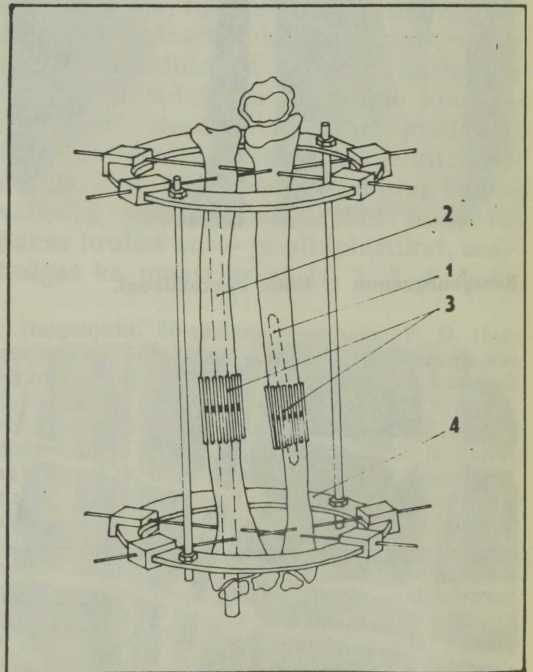
dest. Ümber luumurdude oli tekkinud fibroosne kapsel, mille eemaldamisel eraldus seroosset vedelikku. Luufragmentide otsad olid skleroseerunud ja ümardunud, luumüükanalid sulgunud. Luude otsi värskendati umbes 0,2 cm ulatuses nii proksimaalses kui ka distaalses suunas. Luuperforaatoriga avati luumüükanalid. Vastavalt küünarvarreluu üdikanali läbimõõdule valmistati luu-

line 10 cm pikkune allotransplantaat. See viidi ligikaudu 8 cm pikkusesse proksimaalsesse küünarluufragmenti, luutransplantaadi distaalots aga küünarluu distaalsesse üdikanalisse. Kodarluu fikseeriti intramedullaarselt Bogdanovi lamelliga. Ümber mõlema luumurru pandi luuline maatriks. Haav suleti kihiliselt. Paremale küünarvarrele asetati Ilizarovi koldeväline aparaat kompressioonirežiimil (vt. joonis). Kahe nädala pärast kirjutati patsient haiglast välja.

Patsient tuli kontrollile kolme kuu pärast. Turset ega tsüanoosi küünarvarrel Ilizarovi koldevälise osteosünteesiparadi varraste piirkonnas ei olnud. Randme- ja küünarliigese liikuvus oli täielik. Röntgenkontrollil (vt. röntgenogramm 2) võis märgata luumurdude ümbruses esmase luukalluse teket. Esines distaalsete luufragmentide osteoporoos.

Järgmine kontroll toimus 9 kuud pärast operatsiooni. Küünarvarrel lokaalseid muutusi ei esinenud. Röntgenoloogiliselt (vt. röntgenogramm 3) sedastati formeerunud luukalluse täiustumine. Patsiendile tehti operatsioon Bogdanovi lamelli eemaldamiseks kodarluust. Luukalluse tugevdamiseks otsustati stabilisatsioonirežiimil peale jätta koldeväline Ilizarovi osteosünteesiparaat paariks kuuks.

Umbes 20 päeva pärast Bogdanovi lamelli eemaldamist sai patsient trauma: opereeritud



Skeem. Operatsiooni skeem: 1 — allotransplantaat, 2 — Bogdanovi lamell, 3 — luumaatriks, 4 — Ilizarovi aparaat.

küünarvars jäi bussi ukse vahele. Tekkis parema küünarvarreluu murd allotransplantaadi kohal (vt. röntgenogramm 4). Haiget opereeriti: koldeväline Ilizarovi osteosünteesiaparaat paigutati ümber küünarvarreluule ja alustati luufragmentide kompressiooni. Sellel režiimil hoiti osteosünteesiaparaati kolm kuud, pärast seda veel kuu stabilisatsioonirežiimil (vt. röntgenogramm 5).

Luufragmentid konsolideerusid täielikult ühe aasta viie kuu pärast. Pärast seda koldeväline Ilizarovi osteosünteesiaparaat eemaldati. Küünarvarre dorsaalsele küljele asetati kaheks kuuks kipslongett, mis ulatus randmeliigesest küünarliigeseni.

Kipslongeti eemaldamise ajal oli näha, et luufragmentid olid täielikult konsolideerunud (vt. röntgenogramm 6). Randme- ja küünarliigese liikuvus oli vaba. Roteerivad liigutused olid võimalikud 20° ulatuses.

Meie arvates rakendati mainitud haigusjuhu korral optimaalset ravimeetodit. AINUÜKSI intramedullaarne või ekst-raossaalne meetod ei taga veel skleroseerunud luufragmentide stabiilset fikseerimist. Seda ei taga ka koldeväline osteosüntees Ilizarovi kompressiooni-distraktsiooniaparaadiga.

KIRJANDUS: 1. *Harakas, N. K.* Clin. Orthop. Relat. Res., 1984, 188, 9, 239—251. — 2. *Fischer, L. W., Termine, J. D.* Clin. Orthop. Relat. Res., 1985, 200, 10, 262—285. — 3. *Wood, M. B.* J. Hand Surg., 1987, 12, 3, 422—427.

4. *Волков М. В., Гудушаури О. Н., Ушакова О. А.* Ошибки и осложнения при лечении переломов костей. М., 1970. — 5. *Корхов В. В.* Хирургическое лечение ложных суставов. Л., 1966. — 6. *Стецула В. И., Девятов А. А.* Чрескостный остеосинтез в травматологии. Киев, 1987.

Summary

Cases of successful treatment of antebrachial pseudoarthrosis for 30 years. Combined osteosynthesis and bone alloplastic operative treatment were used in 60-year-old men with traumatic antebrachial pseudoarthrosis in 1956. For osteosynthesis Bogdanov's nail, Ilizarov's external fixation device and bone allotransplantat were used which had also osteogenic function. For the stimulation of osteogenesis demineralized bone-matrix was used. The consolidation of bone fractures developed 9 months after the removal of Bogdanov's nail. Ilizarov's external fixation device was remained to stabilize bone callus. But a patient traumatized his hand in bus-door, after that a refracture of the ulnar bone occurred. The ulnar bone fracture was treated in Ilizarov's external fixation device. A full consolidation of pseudoarthrosis of the antebrachium developed after 1 year and 5 months.

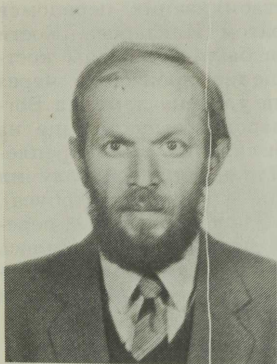
Резюме

Случай успешного лечения псевдоартроза костей предплечья 30-летней давности. Применен комбинированный способ остеосинтеза и костной аллопластики при лечении 60-летнего мужчины с псевдоартрозом костей предплечья, возникшем в результате травмы, полученной в 1956 г. Остеосинтез осуществлялся ламеллой Богданова, компрессионно-дистракционным аппаратом Илизарова и аллотрансплантатом, который обладал также остеогенными свойствами. В качестве стимулятора репаративной регенерации был использован костный матрикс. Аллотрансплантат был введен в костномозговой канал в месте перелома локтевой кости, а ламелла Богданова — лучевой. Компрессия и стабилизация переломов осуществлялась аппаратом Илизарова. Кости вокруг мест переломов были обложены костным матриксом. Сращение произошло через 9 мес., после чего была удалена ламелла Богданова. Аппарат Илизарова оставили еще на 2 мес. в режиме стабилизации для укрепления костной мозоли. Однако больной получил травму (руку прижало в дверях автобуса), результатом которой оказался повторный перелом локтевой кости. Лечение осуществлялось с помощью аппарата Илизарова. Полное сращение переломов было достигнуто через 1 год и 5 мес.

TRÜ arstiteaduskonna traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateeder

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uusi meditsiinidoktoreid



1988. aasta jaanuaris kaitses Leningradis NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Eksperimentaalse Meditsiini Instituudi nõukogu ees doktoriväitekirja TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri dotsent **Aleksandr Žarkovski**. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestat-

sioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 1988. aasta augustist kinnitati A. Žarkovskile meditsiinidoktori kraad.

Doktoriväitekirja «Aju neuromediatoorsete süsteemide adaptiivsed muutused psühhotropsete ainete toimel (neuroleptikumid, trankvillisaatorid)» on viimase kaheksa aasta jooksul tehtud molekulaarfarmakoloogiaalase uurimistegevuse tulemus.

A. Žarkovski on TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedris ja ÜMPI psühhofarmakoloogia laboratooriumis kasutusele võtnud ravimireseptorite radioligandi uuringuid ning ensüümide aktiivsuse määramise meetodeid. Ta on palju teinud ka vastava aparatuuri muretsemiseks laboratooriumi. Samuti on ta koostanud ja kasutusele võtnud arvutiprogramme.

A. Žarkovski on sündinud 1950. aastal. TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna lõpetas ta 1974. aastal, seejärel oli aastail 1974. . . 1977 TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri aspirant. 1978. aastal kaitses A. Žarkovski kandidaadiväitekirja. Teadustööga tegeles ta juba üliõpilasena. Üleliidulistel konkurssidel sai A. Žarkovski medaleid ja aukirju. Ta on olnud ka üliõpilaste teadustööde juhendaja. Aastail 1977. . . 1980 oli A. Žarkovski TRÜ arstiteaduskonna

farmakoloogia kateedri assistent, 1980. . . 1983 vanemõpetaja ja seejärel dotsent. Ajavahemikul 1985. . . 1987 oli doktorantuuris farmakoloogia kateedri juures.

Alates 1988. aastast on ta olnud ÜMPI hormonaalse regulatsiooni laboratooriumi molekulaarfarmakoloogia ja farmakokineetika sektori juhataja. 1979. aastal stažeeris A. Žarkovski Lublini Meditsiiniakadeemias, praegu on ta Lublini Meditsiiniakadeemia farmakoloogia kateedri ja TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri koostööprogrammi juht. Ta on avaldanud üle 150 teaduspublikatsiooni, neist paljud välisajakirjades. A. Žarkovski on juhendanud lepinguliste tööde tegemist, ta on saanud oma tööde eest ka autoritunnistusi. A. Žarkovski on Poola — NSV Liidu Sõprusühingu liige, Tartu Rahvakontrolli Komitee liige, ajakirja «Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology» referent ning Üleliidulise Farmakoloogide Seltsi revisjonikomisjoni liige.

Lembit Allikmets



31. mail 1988 kaitses Moskvas Üleliidulise Kardioloogia Teaduskeskuse erialanõukogu ees doktoriväitekirja «Stenokardia. Kliiniliskoronarograafiline uurimus haiguse «loomulikust» kulust pikaajalise jälgimise alusel» Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi direktor. Eesti NSV

Tervishoiuministeeriumi peakardioloog **Peeper Laane**. Uurimistööd alustati 1971. aastal Tallinna Vabariiklikus Haiglas, jätkati Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kardioloogiaosakonnas ning lõpetati 1987. aastal Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis. Oponeerisid NSV Liidu Meditsiiniakadeemia kirjavahetajaliige V. Almazov, NSV Liidu pearöntgenoloog prof. H. Rabkin ja Üleliidulise Kardioloogia Teaduskeskuse osakonnajuhataja prof. M. Ruda. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 16. detsembrist 1988 kinnitati P. Laanele meditsiinidoktori kraad kardioloogia erialal.

Doktoriväitekirja valmimise eelduseks oli selektiivse koronarograafia kliinilises

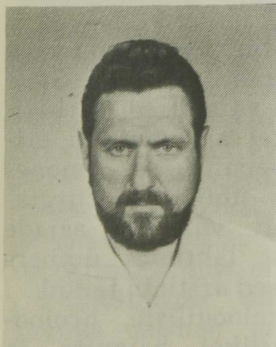
praktikas kasutuselevõtt Tallinna Vabariiklikus Haiglas P. Laane initsiatiivil. Doktoritöö aluseks olid aga Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kardioloogia-osakonna kollektiivi plaanilised uurimistööd, mida tehti osakonnajuhataja meditsiinikandidaat B. Libermani juhendamisel.

P. Laane töö tulemustest on selgunud, et need haiged, kellel pingutuse korral kliiniliselt ei esine selgelt väljendunud stenokardiat ning kelle suured koronaararterid on kas normaalsed või vähe muutunud, tavaliselt müokardiinfarkti 7... 10 aasta jooksul ei haigestu. Uurimise käigus töötati välja originaalsed kliinilis-koronarograafilised riskikriteeriumid, mille alusel võib koronaarskleroosiga haiged prognoosi põhjal jaotada kolme rühma. Seejuures selgitati välja, et suure riski rühma kuulujate haiguse prognoosi võib parandada operatiivne ravi, väikese riski rühma kuuluvad haiged elavad aga hästi ka ilma igasuguse ravita. Väitekirja teemal on tal ilmunud üle 30 artikli.

P. Laane on sündinud 7. jaanuaril 1941. aastal Tallinnas. 1959. aastal lõpetas ta Tallinna 2. Keskkooli. Samal aastal astus TRÜ arstiteaduskonna ravikehakultuuri osakonda, mille lõpetas 1965. aastal. Seejärel töötas P. Laane spordiühingu «Kalev» siseujulas ja Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Aastail 1969... 1971 õppis ta Moskvas kliinilises aspirantuuris. Kandidaadiväitekirja valmis 18 kuuga. Ajavahemikul 1971... 1972 oli P. Laane Tallinna Vabariikliku Haigla ordinaator. Seejärel valiti ta konkursi korras Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteaduriks. 1984. aasta 1. jaanuarist on P. Laane olnud Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi direktor.

Olga Voloč

Uusi meditsiinikandidaate



16. märtsil 1988. aastal kaitses Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Selektiivse hüpolaktaasia esinemis-sagedus, praktiline tähtsus ja pärilikkus eestlastel» Saaremaa Rajooni Kesksaigla gastroenteroloog **Rein Tammur**. NSV Liidu

Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 3. augustist 1988 kinnitati R. Tammurile meditsiinikandidaadi kraad.

Töö tulemustest selgus, et selektiivset hüpolaktaasiat esineb 12%-l eesti rahvusest koolilastest ja 23%-l täiskasvanutest. Mitte-spetsiifiliste seedehäiretega haigetest on hüpolaktaasia kaebuste otseseks põhjuseks 31%-l. Uurimistulemused kinnitasid ka hüpolaktaasia pärilikkust laadi.

R. Tammur on esitanud ettekandeid nii üleliidulistel ja vabariiklikel konverentsidel kui ka rahvusvahelistel nõupidamistel Soomes ja Tšehhoslovakkias. Trükis on ta avaldanud 33 teadustööd.

R. Tammur on sündinud 1942. aastal Tartus vaimuliku perekonnas. Lõpetanud Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna 1970. aastal, asus ta tööle Saaremaa Rajooni Kesksaiglas. Tema algatusel on rajatud haigla gastroenteroloogiakabinet. Ta oli üks esimesi, kes Eesti rajoonides töötavatest gastroenteroloogidest võttis kasutusele fibergastroskoopia.

Ants Haavel



18. märtsil 1988 kaitses Tartu Riikliku Ülikooli erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Hüpoksilis-isheemiline entsefalopaatia vastündinutel (prospektiivne kliiniline ja biokeemiline uuring)» Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi nooremteadur **Malle Hämarik-Mälksoo**.

Töö on valminud allkirjutatu ja meditsiinikandidaat dotsent T. Talviku juhendamisel. Oponentideks olid meditsiinidoktor I. Skvortsov Vene NFSV Tervishoiu-ministeeriumi Moskva Pediaatria ja Lastekirurgia Teadusliku Uurimise Instituudist ja meditsiinikandidaat L. Zurba N. I. Pirogovi nimelisest Moskva II Meditsiiniinstituudist. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 3. augustist 1988 kinnitati M. Hämarik-Mälksoole meditsiinikandidaadi kraad.

M. Hämarik-Mälksoo töö tulemustest on selgunud, et hüpoksilis-isheemilise entsefalopaatiaga vastsündinutel esineb sünnimomendil sümptoadrenaalsüsteemi aktiveerumine, esimesel elunädalal püsib kapillaarveres ja liikvoris atsidoos ning liikvoris on suurenenud kreatiini kinaasi-BB sisaldus. Nimetatud biokeemilised muutused kajastavad lapse seisundit asfüksiajärgsel akuutsel perioodil, kuid neil ei ole olulist prognostilist tähtsust. Lapse psühhomotoorse arengu prognoosimiseks esimesel eluaastal osutus kõige informatiivsemaks tema neuroloogiline seisund vastsündinueas.

Väitekirja materjali põhjal on avaldatud kolm teadustööd.

M. Hämarik-Mälksoo on sündinud 22. juunil 1958. aastal Rakveres teenistuja perekonnas. 1976. aastal lõpetas Abja Keskkooli kuldmedaliga. Samal aastal hakkas Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas õppima pediaatriat. Ülikooli lõpetas M. Hämarik-Mälksoo 1982. aastal kiitusega. Pärast internatuuri lõpetamist oli Pärnu Linna Haigla neonatoloog. Aastail 1984. . . 1987 oli ta TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri aspirant. Praegu töötab M. Hämarik-Mälksoo Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudis nooremteadurina.

Ain-Elmar Kaasik

Forum Medicorum Estoniae '89 toimub I ülemaailmsete eesti noorte päevade raames. Nende kahe ürituse ühendamine soodustab informatsiooni vahetamist noortefoorumi tugipunktide kaudu peamistes välisriikides. Seoses sellega lihtsustub meie viisa saamine ning kaasneb soodustus sõidukulude osas.

Täpsemat informatsiooni saab Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast (korpus 10, kabinet 208 ja 219, tel. 494-475, Airi Värnik), Tallinna Pelgulinna Haiglast (uroloogiaosakond, tel. 496-700, Heino-Enn Arpo), noortefoorumi staabit Raekoja plats 17 (tel. 446-347, Helje Kaskel) ja regionaarseste arstide liitude esindajatelt.

MÖTTEVAHETUS

UDK 614(474.2)(049)

Arstiabi efektiivsuse mitu tahku

Jüri Männiste · Tallinn

Eestis, kus me hakkame realiseerima IME programmi, peab arstiabi muutuma oma kvaliteedilt juba üksnes selle arvel, et peame vabanema üleliidulise diktaadi alt oma asjade üle otsustamisel (*a veritable marvel!*). Seetõttu ei vaja me asjalikku diskussiooni mitte ainult terminoloogia ja mõistete interpreteerimiseks, vaid ka asjade sisu ja olemuse arukaks lahtimõtestamiseks. Selge on see, et vajame senisest toimekamat tervishoidu ja efektiivsemat arstiabi.

Efektiivne arstiabi on liitmõiste, mis hõlmab nii tervishoiusüsteemi strateegiat, jõudude ning vahendite ratsionaalse paigutuse ja kasutamise taktikat kui ka profülaktikat ja meditsiiniökonomikat. Kahjuks eemaldub meie laialdaselt ning üldrahvalikult reklaamitud arstiabiprogramm üha enam reaalsest tegelikkusest. Perestroika ei ole ulatunud meditsiini põhiküsimuste juurde.

Arstiabi mitme tahu kvaliteet on väga erinev ja üpris kiiresti muutuv. Selle kvaliteedi tagamise vajadused ja tingimused on erinevatel arstiteaduse erialadel üsnagi spetsiifilised, mõnes aspektis aga päris ühised. Kirurgiaerialade seisukohalt vajaksid asjade sisust ja olemusest lähtudes ümbermõtestamist järgmised arstiabi tahud.

Kirurgiliste (onkoloogiliste, uroloogiliste, ainevahetuslike) haiguste ja

traumade **profülaktika**, mille realiseerimise põhilised hoovad asuvad majanduse, tootmise, ökoloogia ja sotsiaalse sfääri pädevuses. Meditsiini osa piirdub siin üksnes nõuannete ja mõningate massiprofülaktika abinõude väljatöötamise ning statistilise arvestusega. Meditsiinipoolsete ülesannete lahendamiseks näivad meie vabariigis olevat väga head eeldused. Tervishoiuministeriumi mitme teadusasutuse prioriteetsed teadusuuringud on suunatud profülaktikale. Seega peaks meie arstiabi olema varustatud nn. superprofülaktika teooriaga ja seda vaid 1,5 miljoni elaniku kohta. Ei saa jätta märkimata, et teadus on kõige rentaablim majandusharu üldse, seega on kõrgelt koteeritav ka meditsiini rentaablu potentsiaal.

Miks ei tunta meie instituutide uurimistulemuste vastu huvi meie tervishoiuministeriumis? Võib-olla on teadusasutuste uurimistemaatika seotud põhiliselt fundamentaalteaduslike uuringutega, mille otsene kasutegur tööpoolest ei ole koheselt mõõdetav. Probleem on tõenäoliselt hoopis selles, et teadusasutus on ise tellija ja samal ajal ka täitja, mis loobki võimaluse «elupõlisel» teaduril tegelda üksnes talle endale mugavate probleemidega. Tervishoiu ja meditsiini seisukohalt pole nende tööde efektiivsus ega rakenduslik väärtus alati kõige suurem. On juba tavaks saanud teadustöö tulemuste ellurakendamine käsu korras, mis otsest on pannud kahtluse alla nii mõnegi uurimistöö praktilise väärtuse ning seega nende tööde läbiviimise otstarbekuse üldse.

Eelkliinilise **diagnoosimise** piiratud võimalused ei soodusta haiguste varajast avastamist ega ambulatoorset ravi. Sellest ei tulene vajakajäämine mitte üksnes haiglaravi mahus, vaid ka intensiivsuses. Haigla ei ole õige koht üldprofiilsete diagnostiliste uuringute tegemiseks, mõnikord ka põetuseks ega järelraviks, sest spetsialiseeritud haiglavoodi maksumus on liiga kõrge.

Polikliinilise diagnoosimise mahajäämus seisneb peamiselt materiaal-

tehnilise baasi nõrkuses: puuduvad sonograafid, endoskoopiline tehnika, nüüdisaegne laboratoorsete uuringute aparatuur. Ka ambulatoorse kirurgia rakendamine on tagasihoidlik. Alles hiljuti tegime Tallinnas ambulatoorse laserikabineti kogu linna tervishoiuvõrgule kättesaadavaks. See võimalus oli pikemat aega lihtsalt kasutamata. Sageli on tegemata jätmise põhjused subjektiivset või organisatoorset laadi. Olemasolevat kallihinnalist või suure informatiivsusega aparatuuri ei kasutata täie koormusega, sest: 1) kardetakse aparadi kulumist (kust saada uut, kust saada tagavaraosi!); 2) pole väljaõppinud kaadrit, kardetakse lubada aparatuuri juurde erinevaid arste (võib kergesti rikki minna . . . !); 3) administratiivsed barjäärid ja seadusandlus ei luba manööverdada ametikohtadega otstarbekalt, tehtud töö eest ei saa alati maksta adekvaatset tasu; 4) ühe haigla, polikliiniku või osakonna haigete kontingent pole piisav selleks, et arst saaks täiskoormusega töötada, kuid teise haigla (osakonna) abistamiseks puudub igasugune stiimul.

Võib arvata, et üleliidulise aktsiooni järgi rajatavad ühetüübilised diagnostikakeskused ei anna Eestis maksimaalset positiivset efekti. Taolise diagnostikakeskuse valmimisel oleme kohe tõsise probleemi ees — kust võtta kaader? Kardan, et meie kaadripoliitika on selles plaanis veel sügavas unes.

Esimese etapi **kliiniline** arstiabi, mida antakse haigele rajooni kesk- ja linna-haiglas, on meie vabariigis suhteliselt heas olukorras, olles saavutanud küllaldase stabiilsuse juba 70. .80-ndate aastate paiku. Mitmel uuel rajooni keskhaioglal on õnnestunud lahendada ruumiküsimus ning neis on haigetele tagatud teatud mugavused. Arstiabi taseme tõus on saavutatud mõningase kliinilise kogemuse suurenemise arvel. Uusi diagnoosimisvõtteid oluliselt pole rakendatud nüüdisaegse meditsiinitehnika puudumise tõttu.

Tunduvalt keerulisem on kõrgema etapi kliinilise arstiabi hetkeseis. Esimese ja kõrgema etapi kliinilise arstiabi

erinevus on võrdlemisi väike. Kas on see hea või halb? Kui läheneda kirurgi professionaalse meisterlikkuse aspektist (näiteks vältimatus kirurgilises abis), on see mõningatel kirurgilistel erialadel isegi hea või koguni väga hea näitaja. Samal ajal operatsioonieelne diagnoosimine, operatsiooni instrumentarium, õmblusmaterjal, drenimisvahendid, intensiivravis monitorjalgimine ei kannata mingit kriitikat.

Kõigile raskustele vaatamata oleme siiski suutnud eluõiguse tagada väga vajalikule kirurgilisele erialale — koroonaarkirurgiale. Loomulikult annab kas või üks prioriteetne eriala tunnistust loomepotentsiaali olemasolust. Kahjuks pole võrdväärselt kõrgetasemeliste keskuste rajamine mitmel erialal praeguste võimaluste piirides meile jõukohane.

Kõige halvemas olukorras näivad olevat **järeldravi, taastusravi** ehk kohastumisravi ning **sotsiaalne rehabilitatsioon**. Peaaegu puudub hooldusravisüsteem. Hooldusraviks otsitakse igasuguseid võimalusi, selleks kasutatakse tutvuse vahendusel isegi väga kalleid spetsialiseeritud voodikohti. Kas see on taunitav? Seda küll, kuid ometigi humaanne, arvestades inimlikku muret. Et taastusravi kogu Nõukogudemaal süsteemina puudub, välismaa kogemustega pole aga võimaldatud enamikul peaspetsialistidel tutvuda, tuleb mõttevahetuses leppida teatud ebakompetentsusega.

Rehabilitatsiooni- ehk taastusravikeskustest, mida on mitmed spetsialistid soovitanud rajada, saab juttu olla siiski vaid kindla eriala piires. Taastusravi tähendab enamasti mõne konkreetse elundi või elundsüsteemi funktsiooni taastamist, vikarieerivat kompensatsiooni, kaotatud funktsiooni asendamist mehhaanilise abivahendiga jne. Seega ei saa rehabilitatsioon olla universaalne. Loomulikult tuleb luua ka hooldusravi ja sotsiaalse rehabilitatsiooni süsteem.

Arvan, et selle ja paljude teiste ülesannete lahendamiseks peaksime kiiresti korrastama nn. **erialakeskuste kontseptsiooni** ja selle ka ellu viima. Seda on toonitatud ka meie siht-

kompleksprogrammi koostamisel. Erialakeskuste eeliseks on ravi kõikide etappide, kaadri ettevalmistamise, teadustöö ning organisatsioonilis-metoodilise tegevuse integreerimine. Selle kasuteguriks on erialaprobleemide harmooniline lahendamine professionaalsel tasemel, mis ei sõltu administratiivbürookraatlikust hoiakust ühe või teise ravisutuse suhtes. Iga sellise erialakeskuse piirides on loomulik konkurentsi tekkimine liidrirolli haaramiseks, mis oma olemuselt võib olla väga dünaamiline ja demokraatlik protsess.

Väljakujunenud erialakeskusena funktsioneerib meil onkoloogiakeskus, formeerumisküps on gastroenteroloogiakeskus. Viimane peaks ühendama gastroenteroloogia terapeutilise teadusosakonna ning spetsialiseeritud gastroenteroloogilise kirurgia osakonnad, TRÜ õppebaasi koos vastavate kateedritega ja polikliinikute erialakabinetid.

Eestis on selgelt välja kujunenud kardioloogilise abi süsteem, mis nii terapeutilisest kui ka kirurgilisest aspektist uurib üht ja sama valdkonda, kuid mõlemad teadusüksused on seni eelistanud ühistööle separatismi. Kasutegur koostöö, optimaalse koormuse ja tegevusvaldkonna kujul peaks avalduma pulmonoloogia, oftalmoloogia, traumatoloogia-ortopeedia, neuroloogia-neurokirurgia keskuste väljaarendamises. Otstarbekas oleks Tallinna Kiirabihaiglal omaks võtta vältimatu kirurgilise abi keskuse organisatsioonilis-metoodiline funktsioon, kui mitte kogu vabariigis, siis vähemalt Põhja-Eestis.

Iga erialakeskus hakkab loomulikult tegelema rehabilitatsiooni ehk taastusravi ja profülaktikaga. Hulgiprofiilsete või universaalsete taastusravikeskuste rajamine kas Tallinnas või Tartus vaevalt ennast õigustab. Sotsiaalne rehabilitatsioon peaks tähendama küll midagi muud kui invaliidide töökolooniat. Hooldusravi on inimsöbralik vaid siis, kui hooldatavat saavad hõlpsasti külastada tema perekonnaliikmed, sugulased, sõbrad või tuttavad.

EESTI ARSTIDE LIIDUS

UDK 614.258(474.2)(049.3)

Mõtteid seoses arstide liiduga

1988. aastal tõusis inimeste ühiskondlik aktiivsus Eestis plahvatuslikult. Niisuguse aktiivsuse tõus leidis aset ka ühiskondlikult suhteliselt passiivses arstkonnas ja avaldus mitme piirkondliku arstide liidu ning Eesti Arstide Liidu (EAL) asutamises. 16. mail 1988 asutati ka Tartu Arstide Liit (TAL).

Et anda ülevaade Tartu Arstide Liidu eesmärkidest ja tegevussuundadest, toon väljavõtte liidu põhikirja üldsätetest, mille § 2 kõlab järgmiselt: «Tartu Arstide Liit taotleb teadlaste ja praktikute organisatsioonilist ühendamist rahva tervise kaitseks, ühtse tervishoiupoliitika ajamiseks ja meditsiinikultuuri tõstmiseks.

Tartu Arstide Liidu tegevus toimub järgmistes peamistes suundades:

1) rahva tervise kaitse, sotsiaalhügieeni ja keskkonnakaitse aktuaalsete küsimuste tõstatamine ning aktiivne sekkumine nende lahendamisse, sealhulgas inimese tervist puudutava seadusandluse või seaduseelnõude kohta ettepanekute tegemine ja arvamuste avaldamine;

2) sekkumine ühtsesse tervishoiupoliitikasse, inimese ja tema tervise ühtse kontseptsiooni väljatöötamisse;

3) meditsiini kui kultuuri olulise koostisosa arendamine, tervishoiuinformatsiooni kogumine ja tõlgendamine, rakenduslike meditsiiniuuringute planeerimine ja tegemine, sellesisuline kirjasüstegevus;

4) arsti isiksuse ja kutse-eeetika harmooniline kujundamine, sealhulgas arstide aukohtu tegevuse kaudu, arstide õiguskaitse;

5) sidemete ja koostöö arendamine teiste eluvaldkondade ja konstruktiivsete edasiviivate ühiskondlike liikumistega, sealjuures nende suhtes seisukohavõtmine, sidemete ja koostöö arendamine teiste liiduvabariikide ning välisriikide meedikute ja organisatsioonidega;

6) arstide seltsielu edendamine.»

Seega taotleb Tartu Arstide Liit:

1) mõju avaldamist ühiskonna tervishoiupoliitikale ja inimese tervise kaitse tõhustamist;

2) kvalifitseeritud ja eetilise arstkonna kujundamist;

3) arstkonna kaitse tagamist;

4) seltsielu edendamist ja sidemete pidades meie vabariigi, teiste liiduvabariikide ja välismaa kolleegidega.

Tartu Arstide Liit taotleb ühiskondlikus korras neidsamu eesmäärke, mida on kutsutud ja seatud täitma mitmed riiklikud institutsioonid. Arvan, et Eesti Arstide Liit ja arstide piirkondlikud liidud, sealhulgas Tartu Arstide Liit, ei saa ega pea püüdma viimaseid asendada. Pigem peaksid nad olema küpsete ja väärt ideede väljaütlemise ning võimendamise kohaks, riiklike institutsioonide, eeskätt tervishoiuministeriumi nõuandjaks (ajustrust) ning nende tegevuse kontrollijaks. Viimase osas ei ole Eesti Arstide Liit ega ka arstide piirkondlikud liidud iseenesestmõistetavalt mitte seaduse, vaid professionaalide kollektiivse arvamuse jõuga. On loomulik eeldada, et demokraatlikus ühiskonnas muutub vastava ala professionaalide kollektiivne arvamus selle ala probleemide arutamisel ja nende üle otsustamisel arvestatavaks või koguni määravaks jõuks. Suurendada arstkonna mõju inimese tervisesse puutuvate küsimuste üle otsustamisel on ju ühiskonna huvides.

Tartu Arstide Liit püüab tõhustada arstkonna huvide kaitset, võidelda arsti elukutse prestiižikuse eest, püüab saavutada ka seda, et kõigi meditsiinitöötajate töö saaks normaalselt tasustatud. Praegust olukorda, et esimese kategooria arsti palk on $\frac{2}{3}$ töölise keskmisest palgast, ei saa küll kuidagi normaalseks



Fotol Tartu Arstide Liidu eestseisus. Esireas vasakult: Heino Noor, Enn Pütsepp (aseesimees), Helli Kelk (sekretär), Rein Teesalu (esimees), Ene Lilleleht (laekur), Jaak Maaroo (aseesimees). Tagareas: Heino Kokk, Aare Märtsen, Rein Kermes, Aalo Eller, Heiki Kask, Margit Närska, Ralf Allikvee. V. Kutsari foto.

pidada. Arstide liidud peaksid võima kaasa aidata sellele, et kutsealane edutamise toimuks õiglaselt, vastavalt võimetele, kvalifikatsioonile ja töö tulemustele. Üheaegselt nende eesmärkide taotlemisega tuleb püüelda ka selle poole, et arstidel oleks hea kutsealane ettevalmistus ja et nad oma tegevuses juhinduksid kõrgetest eetilistest printsiipidest.

Elanike tervise halb seisund kui ühiskonna üks olulisemaid valupunkte on otseselt sõltuvuses teistest lahendamist ootavatest rasketest probleemidest, nagu keskkonna halb seisund, alkoholism, hoolimatu suhtumine tervisesse, tervisliku toitlustamise korraldamatus, vajakajäämised meditsiinasutuste ravimite ja nüüdisaegse aparatuuriga varustamises. See teeb vajalikuks koostöö teiste elualade ja ühiskondlike organisatsioonide (keskkonnakaitse, roheliste liikumine, toiduainetetööstus, kool) esindajatega. Tõenäoliselt on võimalik arstikonna avaliku hääle jõuga suurendada sanitaar- ja epidemioloogiajaamade mõ-

ju keskkonnakaitse tõhustamisel ning toiduainete kvaliteedi tagamisel. Selleks et sanitaararstid saaksid meid kaitseda keskkonda ohustavate projektide teostegemise eest, vajavad nad arvatavasti arstide liidu kaitset. Et ära hoida hilisemaid lisakulutusi ja raskesti parandatavaid viltulaskmisi, peaks arstide osavõtt (tõenäoliselt avalikustatud ekspertide gruppina) nii tervishoiualastest kui ka kaudselt inimese tervisega seotud ettevõtmistest algama plaanide ja projektide koostamisest.

Tartu Arstide Liit tahab korraldada ka seltsi. Hästi korraldatud seltsi ei muuda mitte ainult liidu liikmete elu sisukamaks ja huvitavamaks, vaid aitab ilmselt kaasa ka professionaalselt ja ühiskondlikult tähtsate ideede tekkimisele ja küpsemisele. Seltsieluks on vaja kohta. Liit loodab ja usub, et Tartu arstid saavad oma maja, nagu see on Tartu inseneridel.

Ükskõik kui üllad ka eesmärgid ei oleks, iseenesest nad ikkagi ei realiseeru. Nende teostegemiseks on vaja kindlat

struktuuri ja järjekindlat tegutsemist. Struktuuri osas on algusest peale lähtunud ilmselt õigest ideest luua piirkondlikud liidud, mille ühendus moodustab vabariikliku liidu. Vabariikliku liidu, s. t. Eesti Arstide Liidu ülesandeks peaks olema koordineerida piirkondlike liitude tegevust, läbi arutada mitmesugused kogu meie vabariiki puudutavad probleemid ja esitada Eesti Arstide Liidu seisukoht riiklikele institutsioonidele. Liit peaks tagama vabariigi kui teraviku huvide prioriteedi piirkondlike huvide suhtes. Ilmselt on mingil piirkonnal omaenese probleemide lahendamise nimel nii mõnigi kord otstarbekas eraldada osa oma rahast piirkondade ühissettevõtmistesse. Niisugune lähemisviis Lõuna-Eesti rajoonide keskhaiglate ehitamisel oleks ilmselt andnud olemasolevast parema tulemuse. Kui kõik Tartu ümbruse rajoonide keskhaiglad oleksid 10...20% väiksemad, Tartusse aga oleks ülejäänud raha eest ehitatud juurde üks kliinik, oleks Tartus ja Tartu ümbruse rajoonide tervishoiusüsteemis probleeme ilmselt vähem kui praegu.

Rajooni keskhaiglates ei ole kõiki probleeme lahendada põhimõtteliselt võimalik, sest nii väikesed teeninduspiirkonnad ei kannata välja eriuuringuteks vajaliku kallihinnalise meditsiiniaparatuuri ostmist ega taga ka kitsa eriala spetsialistide kvalifikatsiooni hoidmiseks vajalikku töömahtu. Meie väikese liiduvabariigi vajaduste rahuldamiseks kahest keskusest (Tartus ja Tallinnas) ilmselt piisab, enama kõige vajalikuga varustamine ei oleks vajalik ega ka jõukohane. Tänu arstiteaduskonnale on Tartul Eesti meditsiinis ainulaadne koht. Meditsiini jaoks eraldatud rahast kulutatakse Tartus peale ravi- ja uurimistöö tegemiseks tarvismineva ka arstide väljaõppeks. See kõik on muidugi üldtuntud asi, aga seda peavad enda jaoks selgelt teadvustama nii Tartu kui ka Eesti arstide liit, et tulemuslikult tegutseda Eesti meditsiini ja elanike tervise huvides. Piirkondliku ja vabariikliku lähenemisviisi kooskõlastamine ning optimaalse kompromissva-

riandi leidmine ei ole loomulikult mitte ainult Tartu Arstide Liidu probleem.

Vastakat suhtumist tundub olevat arstide liidu massilisusesse. Ühe arvamus kohaselt peaks see olema elitaarne rühm. Teiste arvates peaksid sinna kuuluma kõik arstid. Põhikirja kohaselt on arstide liit «arstide vabatahtlik ühendus» (TAL) või «arstide vabatahtlik organisatsioon» (EAL). Ainult vabatahtlikkusest saabki lähtuda organisatsiooni tasemel, mis «rajaneb demokraatlikel printsiipidel ja ühiskondlikul alusel» (TAL-i põhikirjast). Elitaarsus loob võimaluse grupihuvide (piirkondlikud huvid) välja pakkuda kogu arstkonna huvidena ja tõukab liidust välja jäänud (jäetuid) liidu tegevust kas õigustatult või õigustamatult kritiseerima.

Kuigi sündmused ei tarvitse arenada nn. musta stsenaariumi järgi, tundub ometi, et väikesearvulise liikmeskonnaga arstide liidu puhul jääks arstkonna mõju ühiskonnale väiksemaks, kui ta olla võiks. Arvan, et eesmärgiks peab olema massilisus, arstkonna võimalikult täielikum hõlmatus. Et seda pikapeale saavutada, peab arstide liidul olema suur külgetõmbejõud. Ta peab arstide hulgas suutma tekitada veendumuse, et liitu kuuludes on võimalik paremini kui üksipäini tegutsedes mõjutada tervishoiuküsimuste otsustamist riiklikes institutsioonides, realiseerida oma missiooni ühiskonnas, elada seltsielu, suhelda kolleegidega kodu- ja välismaal.

Arstide liitu kuulumine peaks kujunema prestiiži küsimuseks. Liidu massilisus ei vähenda üksikliikme või väikese rühma poolt väljaöeldud heade ideede väärtust. Vastupidi, pärast läbiarutamist ja heakskiitmist liidu liikmete poolt nende tähtsus vaid suureneb. Demokraatlik asjaajamine suurema liikmeskonnaga organisatsioonis, olgu küll et aeganõudvam ja tülikam, peaks olema õiglasem ja tulemuslikum. Kindel struktuur, info leviku hästi korraldatud süsteem ja organisatsioonisisene täielik demokraatia peaksid olema piisavad tagatised, et vältida üksikliikme või piirkondliku liidu seisukoha esitamist Eesti Arstide Liidu seisukohana.

Nende ridade kirjapaneku ajal on kõik veel uus ja kujunemisjärgus, kuigi napilt üle pooleaastase elueaga Tartu Arstide Liit on saanud oma pangaarve ja juriidilise isiku staatuse ning korraldanud esimesed õnnestunud üritused. Tahaksin uskuda, et iga arst peab vajalikuks suunata osa energiat ühiskondlikule tegevusele oma missiooni realiseerimiseks. Tulemuslikult tegutsevad arstide piirkondlikud liidud ja teovõimas Eesti Arstide Liit on siis meie lähitulevik.

*Rein Teesalu
Tartu Arstide Liidu esimees*

Tallinna Arstide Liidu üldkogu koosolek toimus 16. jaanuaril 1989. aastal. Kokku oli tulnud Tallinna ja Harju rajooni arste.

Kõigepealt valiti Tallinna Arstide Liidu president. Presidendiks sai A. Lipand S. M. Kirovi nimelise Näidiskalurikolhoosi ravikeskusest. Juhatusse kuuluvad veel A. Ellamaa, E. Jõeste ja M. Tarum Tallinna Kiirabihaiglast, E. Arpo ja A. Kork Tallinna Pelgulinna Haiglast, R. Kolle Vabariiklikust Vereülekandejaamast ja A. Värnik Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast.

Sekretariaati valiti T. Vaasna S. M. Kirovi nimelise Näidiskalurikolhoosi ravikeskusest ja A. Kasmel Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast. Laekur on U. Puskar Vabariiklikust Laevanduse Kesksaiglast. Revisjonikomisjoni kuuluvad T. Sulling Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudist, S. Hanstein Tallinna Kiirabihaiglast ja R. Vahisalu Tallinna Vabariiklikust Haiglast.

Volikogu moodustati ühelt poolt Eesti Arstide Liidu volikogu arstidest, teiselt poolt aga nende asutuste esindajaist, kus on vähemalt viis Eesti Arstide Liidu liiget. Volikogu praegune koosseis ei ole lõplik. Kui Tallinna meditsiinasutuses on vähemalt viis Eesti Arstide Liidu liiget, on neil õigus saata oma esindaja Tallinna Arstide Liidu volikokku.

Tallinna Arstide Liidu volikokku kuuluvad peale eespool nimetatute J. Eha ja T. Meren Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudist, J. Gross ja T. Lainevee Tallinna Kiirabihaiglast, P. Mardna ja A. Samarin Eesti NSV Tervishoiu-ministree-riumi IV Valitsuse Vabariiklikust Haiglast, M. Martinson Tallinna Linna Kliinilisest Lastehaiglast, L. Tamm Kardioloogia Teadusliku Uri-mise Instituudist, A. Rooks ja V. Tuppits Tallinna Vabariiklikust Haiglast, J. Herodes Tallinna Vabariiklikust Psühhoneuroloogiahaiglast, V. Ilmoja ja R. Truve Tallinna Pelgulinna Haiglast, P. Krooni Vabariiklikust Sanitaar- ja Epidemio- loogijaamast, H. Mäeltsemees Harju Rajooni Keskpolikliinikust, T. Vessik Vabariiklikust Naha- ja Suguhaiguste Dispanserist, K. Karu Tal-

linna Merimetsa Haiglast, K. Põldvee Tallinna Väike-Õismäe Polikliinikust, A. Gavrilov ja K. Väin Tallinna Vabariiklikust Onkoloogiadis- panserist, E. Püssim Tallinna Nõmme Haiglast, I. Raud Tallinna Mustamäe Polikliinikust, V. Pagi Tallinna Kesklinna Lastepoliikliinikust, J. Mär- tin Eesti NSV Tervishoiu-ministree-riumist, K. Vä- rik Tallinna Noorukite Polikliinikust ja J. Kool Vabariiklikust Kohtumeditiini Peaekspertiisi Büroost.

Aukohut otsustati mitte moodustada, vaid usal- dada Eesti Arstide Liidu aukohut. E. Jõeste ja J. Eha olid valimised väga hästi korraldanud.

Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosa- konna juhataja M. Martinson rääkis Tallinna tervishoiu probleemidest. Nende hulk suureneb päev-päevalt ja Tallinna juhtide ainuke mure näib olevat lükata nende lahendamine meedi- kute endi kaela.

M. Tarum andis lühiülevaate kandidaatide esitamise kohta eelseisvateks valimisteks. Ülla- tavalt palju on nende seas arste — seitse. Leiti, et tuleks otsida kontakte teiste seltside ja organi- satsioonidega võimalike ühiskandidaatide leidmi- seks. M. Tarum tutvustas ka Eesti NSV Töökole- ktiivide Liidu pöördumist Eestimaa üldsuse ja kõigi töökollektiivide poole ning rääkis keelesea- duse projektist. Võeti vastu resolutsioon keele- seaduse kohta, mis otsustati saata meie vabariigi juhtorganeile.

Arutluse. Üld ka ökoloogiaprobleemid, täpse- malt Iru—Muuga ringraja ehitamise ja Tallinna Tselluloosi- ja Paberikombinaadi sulgemisega seotu. Rohelistest võtsid sõna E. Väärt- nõu, B. Sahharov ja I. Hunt, arstidest A. Ella- ma ja ning P. Krooni. Koosolijate arvamus oli võrdlemisi üksmeelne: ringrada Muugale ehitada ei tohi ja kombinaat tuleb kohe sulgeda. Võeti vastu ka resolutsioonid. Tallinna RSN Täitev- komitee tervishoiukomisjoni kuuluvaid arste pa- luti komisjoni liikmeid nende resolutsioonidega tutvustada.

Lõpuks arutati Arstide Maja asutamisega seot. A. Ellamaale tehti ülesandeks esitada vast- tav järelepärimine Tallinna Rahvasaadikute Nõu- kogule. Järgnevalt avaldame Tallinna Arstide Liidu üldkogu koosolekul vastuvõetud resolut- sioonid.

Resolutsioon keeleseaduse kohta

Tallinna Arstide Liidu üldkoosolekul, mis toi- mus 16. jaanuaril 1989. aastal, arutati keelesea- duse projekti ning võeti vastu järgmised otsused.

1. Keeleseaduse § 1 teine lõik tuleb taastada selle esialgses sõnastuses: «Eesti keel on Eesti NSV-s riigivõimu ja riigivalitsemisorganite, asu- tuste, ettevõtete ja organisatsioonide asjaajami- keel». Sama lõik tuleks taastada ka 7. detsembril 1988. aastal vastu võetud Eesti NSV konsti- tutsiooni täienduseks (§ 5 teise lõikena).

2. Ülejäänud osas ei tohi keeleseadus sisuli- selt erineda 10. detsembril 1988. aastal ajakirjan-

duses avaldatud projektist. Mitte mingil ettekäändel ei tohi keeleseadusest välja jätta löiku, mis nõuab eesti keele oskust kutsenõudena mitme eluala esindajalt, sealhulgas ka arstidelt.

Resolutsioon Iru—Muuga ringraja kohta

Tallinna Arstide Liidu üldkoosolekul, mis toimus 16. jaanuaril 1989. aastal, arutati ehitatava Iru—Muuga ringrajaga seotud ning leiti, et ringraja ehitamine praegu planeeritud piirkonda on nii ökoloogilisest kui ka tervisekaitse aspektist lähtudes täiesti lubamatu. Tallinna Arstide Liit kutsub üles Tallinna Rahvasaadikute Nõukogu oma sellekohast otsust veel kord kaaluma ning ümber muutma. Ringraja ehitamiseks ette nähtud rahad soovitame anda Tallinna tervishoiuvõrgu arendamiseks.

Resolutsioon Tallinna Paberi- ja Tselluloosikombinaadi kohta

Tallinna Arstide Liidu üldkoosolekul, mis toimus 16. jaanuaril 1989. aastal, arutati ka Tallinna Paberi- ja Tselluloosikombinaadi sulgemise edasilükkamist. Koosolekul leiti, et arstid ei saa heaks kiita mingit kompromissi inimeste tervise arvel. Kombinaat tuleb sulgeda kohe.

Matti Tarum

Forum Medicorum Estoniae '89 toimub 5... 9. septembrini 1989. Korraldajad on Eesti Arstide Liit ja Tartu Ülikooli arstiteaduskond. Foorum on kavandatud korraldada järgmiselt: 5. septembril Tallinna päev, põhiüritused Linnahallis; 6. septembril Tartu päev, väliskülalistele ülikooli tutvustamine ja seminar ülikooli aulas; 7. septembril ekskursioonide päev; 8. septembril väliskülaliste vastuvõtt Tallinna Raekojas; 8... 10. septembrini «Eestimaa laul '89».

Ootame arstide rohket osavõttu. Vajame kaasaabi väliskülaliste informeerimiseks, samuti ettepanekuid kogu sündmuse õnnestumiseks.

Korralduskomitee telex SU 173264 EAL.

Korralduskomitee vastutav sekretär dr. Airi Värnik, tel. 494-475.

Üleskutse

Eesti Arstide Liidu volikogu otsustas 25. jaanuaril 1989. aastal algatada Eesti arstkonna saatuse väljaselgitamist aastatest 1939... 1960, eesmärgiga taastada ja teadvustada meie arstinduse ajaloo järjepidevus.

Põhirõhk on pandud erinevate okupatsioonide ajal repressioneeritud arstide kindlakstegemisele. Et repressiooni mõiste määratlemine võib olla mitmesugune ja et meid huvitab eesti tervishoiusüsteemi saatus tervikuna, siis on oodatud igasugune ajalooliselt väärtuslik informatsioon — säilinud mälestused, kirjavahetus, päevikud või muud käsikirjalised teated ja dokumendid, andmed emigreerimise ja küüditamise kohta (asjaolud, teekonna raskused ja õnnestumised, andmed hukkunute kohta) jne. Meenutagem ka teistest rahvustest kolleege, kes sattusid repressioneeritud hulka või kes emigreerisid.

Kogume andmeid ka arstide sundümberpaigutamise kohta Eesti piires, vallandamise ja muude surveabinõude samuti arstide perekonnaliikmete käekäigu kohta (koolist või kõrgkoolist poliitilistel põhjustel väljaheitmine ja vastuvõtmisest keeldumine ning muu). Väga oodatud on andmed arstiteaduskonna üliõpilaste repressioneerimise, eksmatrikuleerimise ja edasise saatuse kohta.

Andmed on väärtuslikud ka siis, kui nad kõnelevad arstide ja nende lähikondlaste elust vaid põgusalt. Iga väikseimgi mälestuskild on hinnatud!

Ühine andmetekogumine on selle suure ettevõtmise põhiline töövorm ja selles kaasalöömine iga eesti arsti aukohus. Mälestuste operatiivse kogumise võimalus avaneks kursuste kokkutulekuil, selleks ootame igaühe aktiivsust nende korraldamiseks veel enne suvepuhkust. Eriti puudutab see vanemaid põlvkondi, sest teave 1940... 1950-ndatel aastatel õppinute kohta on kõige lünklikum.

Töö hõlbustamiseks on igasse rajooni saadetud Eesti arstide nimekirjad Eesti Vabariigi Tervishoiu ja Hoolekande Ta-

lituse väljaandest «Kutsetegevuse Õigustega Tervishoiupersonaali ja Tervishoiuasutuste Nimekiri 1940. a.» ja Eesti Represseeritute Ühingu küsimustik, mis on allpool avaldatud. Viimasest tuleks andmete ülestähendamisel püüda juhinduda, et meie tegevus oleks mehtoodiliselt seotud represseeritute üldrahvaliku küsitluse vormiga. Ärgu aga ankeet takistagu mis tahes eespool mainitud täiendava info edastamist vabas vormis.

Esialgu palume kaastööd kirjutada tavalisele masinakirjalehele, märkides vaadeldava isiku ees- ja perekonnanimetrukitähtedega lehe vasakusse ülalnurka, saatja nime ja koordinaadid aga lõppu. Ootame abi asutustelt ja organisatsioonidelt, kelle valduses on arhiivimaterjale, aruandeid ja muud informatsiooni, mis võiks meie tööd kergendada.

Kutsume kõiki üles moodustama aktiivseid tööühmi, kes juhiksid andmekogumist rajoonides (maakondades), suuremates teadus- ja raviasutustes, seltsides jne. Püüdkem oma tegevuses olla igati diskreetsed ja vajaduse korral märkigem andmelehele, kui inimene soovib jääda anonüümseks.

Meie arstkonnal on kavatsus korraldada ülemaailmne eesti arstide kokkutulek kodumaal, asjaolude laabumise korral juba septembri algul. Sel puhul on Eestisse oodata hulgaliselt osavõtjaid välisriikidest, kus meie kolleegid-rahvuskasaslased on hoidnud meie ajaloo järjepidevust ja kirjutanud meie ühist kroonikaraamatut. Selleks ajaks peame meiegi omapoolsest tööst tegema võrreldavad kokkuvõtted.

Tõenäoliselt kujunevad töö koordineerimise suuremad keskused Tallinna ja Tartusse. Esialgu palume andmed saata Eesti Arstide Liidu infopanga tarvis aadressil Tallinn 200109, K. Marxi pst. 16, Tallinna Pelgulinna Haigla muinsuskaitseklubi «Sõle». Infot saab telefonidel 49 67 00, 49 67 07 (H.-E. Arpo, H. Merila) või 49 22 39 (M. Jernits).

Heino-Enn Arpo

KÜSIMUSTIK

1. Perekonna-, ees- ja isanimi.
2. Sünniaeg ja -koht.
3. Rahvus.
4. Sugu.
5. Endine elukoht.
6. Perekonnaliikmed (sugulusaste, nimi, sünniaeg; mahajäänud eraldi).
7. Haridus.
8. Kutseala.
9. Amet.
10. Talu suurus (ha).
11. Millal ja kus arreteeriti, küüditati, mobiliseeriti või mõrvati?
12. Kes arreteerisid (saatsid asumisele)?
13. Kus eraldati isa (poeg, vend) perekonnast?
14. Marsruut laagrisse (asumisele).
15. Kus oli kohus, selle koosseis?
16. Milles süüdistati (§§)?
17. Mitu aastat mõisteti?
18. Milliseid represseerimisviise kohaldati?
19. Kus oli laagris (asumisel)? Mis ajast, mis ajani?
20. Millal ja millisesse lastekodusse paigutati? Kellega koos?
21. Millal taastus side Eestisse jäänutega?
22. Millist abi sai neilt?
23. Millal ja kuhu naases? Ametlikult või omal algatusel?
24. Milliseid takistusi tehti naasmisel?
25. Kus õppis või kellena töötas pärast naasmist?
26. Kellelt taotles rehabiliteerimist, majanduslikku hüvitust?
27. Millal rehabiliteeriti, anti majanduslikku hüvitust?
28. Praegune tegevus.
29. Praegune aadress.
30. Surma aeg, koht ja põhjus.
Ankeedi täitja nimi, allkiri, kuupäev, aadress.

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 61(474.2)(092)

Tartu Ülikooli osa rahvus- vahelises kultuuris*

Ilo Käbin · Stockholm

Ma olen Tartusse tulnud selleks, et koos teiega meenutada mõnda välismaailmas tavaliselt unustuse hõlma vajunud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna suursaavutust. Oma ettekande lõpul sooviksin meeeldi esitada paar näidet ka Eesti, eriti Tartu Ülikooli loodusteadlaste panusest inimkonna kultuuri arengusse. Kuid lubage mul alustada lühimärkustega kultuurist üldse.

Et vältida käsitelu kultuurist selle arvututes variantides, liigitame ta kahte kategooriasse: rahvuskultuur ja rahvusvaheline kultuur. Esimene neist hõlmab meid puudutavas osas esmajoones eesti keelt, eesti kirjandust ja palju muud sellega seostuvat. See kõik on endastmõistetavalt vajalik eestluse püsimeks. Rahvusvahelisse kultuuri kuulub omakorda arvukaid komponente, mida iseloomustab asjaolu, et nad põhimõtteliselt on mõistetavad kogu maailmale. Muu hulgas kuuluvad siia loodusteaduse mitmed erialad. Siia kuulub loomulikult ka arstiteadus, millel lähemalt peatumeagi.

Julgen rõhutada, et loodusteaduse mitme eri distsipliini areng Eestis, eriti aga Tartu Ülikooli arstiteadus, on rikastanud kogu inimkonna kultuuri ja viinud seda edasi niisugusel määral, et võiksime kõnelda Eestist kui kultuur-

rilisest suurvõimust. Tõsiasi, et Tartus on töötanud välismaa õppejõude — XIX sajandil eriti Saksamaalt, aastail 1919...1940 ka Šveitsist ja mujalt —, on meie ülikoolile auks. Oleks väärt, kui me Eesti territooriumil arenenud kultuurist kõneldes unustaksime siin elanud ja töötanud eesti-, resp. liivi- ja kuramaalasi, keda hiljem on nimetatud baltlasteks või baltisakslasteks. Meenutagem, et juba eelmisel sajandil on Tartu Ülikooli tuntud õppejõud, näiteks prof. Nikolai Pirogov ja ka prof. Ernst Bergmann, märkinud tõsiasi, et eestlaste, lätlaste ja sakslaste ning teiste mujalt saabunute sajandeid kestnud kooselu samal, piiratud maa-alal ei ole saanud kulgeda ilma eri rahvuste etnilise segunemiseta. Meile endile, vähemalt väliseestlaste osas, on otse katastroofiline asjaolu, et nii meie ise kui ka enamik maailma parimaidki teatmeteoseid — kui nad meie kodumaal töötanud suuri teadlasi üldse mainivad — ainult erandjuhtudel on osanud neid siduda Eestiga. Siin on tegemist teadmiste ja informatsiooni puudujäägiga, mis on õigustamata ja pealegi meid vaesustav.

Selle tühimiku täitmine, eriti ingliskeelses teaduskirjanduses, peaks kuuluma meie kultuuripoliitika peamiste eesmärkide hulka. Olen püüdnud seda lünka täita arstiteaduse ajaloo alal. Pärast põhjalikku kaalumist avaldasin ma oma teose saksakeelsena, olles teadlik, et see on selle töö üks puudusi.

Tahaksin rääkida mõne näite varal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna mõjust kogu Euroopa arstiteaduse arengule väga paljudel erialadel. Ennekõike tahan kasutada juhust ning avaldada südamlikku tänu kõigile neile Tartu kolleegidele, kelle Tartut käsitlev meditsiiniajalooline, mitmes trükises avaldatud uurimistöö on tunduvalt kergendanud minu enda kokkuvõtte tegemist selle kohta, mida meie arstiteaduskond läbi aegade korda on saanud.

Esimeseks Tartu silmapaistvaks anatoomiks aastail 1811...1814 oli Saksamaalt saabunud prof. K. Burdach, kellele on omistatud peaaegu anatoomia kui

* Selle meditsiiniajaloolise ülevaate esitas autor 1988. aasta 1. detsembril TRÜ arstiteaduskonna prof. A. Linkbergi nimelises auditoriumis.



Foto 1. Prof. A. Linkbergi nimelises auditooriumis. Esireas vasakult: Välis-Eesti külalislektor meditsiinidoktor Ilo Käbin, dotsent L. Tiik ja prof. J. Riiv; teises reas H. Noor, J. Eilart ja A. Haavel.

teadusharu rajamine. Mul õnnestus välja selgitada, et tema teedrajavaks uurimismeetodiks oli ajuaine impregneerimine kaaliumilahusega. Enam kui 70 aastat hiljem jätkasid põhimõtteliselt sama, kuid tehniliselt efektiivsemat ajurakkude värvimist itaallane C. Golgi ja hispaanlane Ramón y Cajal. 1906. aastal anti neile selle eest Nobeli auhind.

Teise, veelgi suurema neuroanatomiaalse avastuse tegi 1842. aastal Tartu Ülikooli anatoomiaprofessor, baltlane F. Bidder koostöös Saksamaalt pärit prof. A. Volkmanniga. Esmakordselt tegid nad kindlaks, et peale tahte alluva närvikoe leidub kehas ka tahte allumat, nn. autonoomne närvisüsteem. Kolmanda, jällegi samal alal Tartus tehtud põhjapaneva avastuse esitas oma 1857. aasta monograafias varem nimetatud F. Bidder koos oma noorema kaasuriija, baltlase prof. C. Kupfferiga. C. Kupffer oligi see, kes embrüoloogiliste uurimuste varal tõestas, et närvi-rakk ning närvikiud moodustavad kokkukuuluva ühiku.

Et koed koosnevad rakkudest, oli avastatud Berliinis 1839. aastal. Tartu Ülikooli anatoomiaprofessor, sakslane K. Reichert tõestas 1845. aastal esimesena, et sidekude saab tekkida ainuüksi

rakkudest. See oli avastus, millele Berliini kuulus patoloog R. Virchow ehitas oma üldtuntud tsellulaarpatoloogia teooria. K. Reicherti õpilane, baltlane prof. E. Reissner avaldas 1851. aastal juba noorena oma doktoritöö sisekõrva ehitusest, jäädvustades sellega oma nime arstiteadusesse terminiga «Reissneri membraan».

Anatoomia õpperaamatute autoreist üks tuntumaid maailmas oli sakslane A. Rauber (kes, muide, abiellus Tartus eestlannaga). Tema suurteos «Lehrbuch der Anatomie des Menschen» valmis Tartus 1886. aastal. Kolmeköitelise teose 20. trükk ilmus 1968. aastal, selle venekeelne tõlge 1904. aastal ja jaapanikeelne 1958. aastal.

Histoloogia ehk mikroskoopilise anatoomia õppetool rajati Tartus 1876. aastal, seega varem kui üheski enam kui 20 Saksamaa ülikoolis. Selle õppetooli histoloogia, embrüoloogia ja võrdleva anatoomia professor oli Emil Rosenberg, kes kadunud prof. A. Lüüsi andmeil oli rahvuselt eestlane. 12 aastat hiljem võttis ta vastu kutse asuda õppetooli juhatajaks Utrechti Ülikoolis Hollandis.

Üks Tartu esimesi rahvusvahelise mainega füsioloogiaprofessoreid oli sakslane M. Rathke. Tema lemmikalaks oli tegelikult embrüoloogia. Eesti-maalase K. E. von Baeri järel kujunes ta embrüoloogina XIX sajandi oma ala üheks tuntumaks eriteadlaseks. Tema töid tunnustati, nende eest anti talle Prantsuse Teaduste Akadeemia kuldmedal.

Eksperimentaalfüsioloogia sünnipaigaks oli 1820-ndatel aastatel Pariis. Umbes 10 aastat hiljem jõudis see teadus ka Leipzigsisse ja Berliini. Juba 1837. aastal hakkas eksperimentaalfüsioloogiaga Tartus tegelema varem mainitud prof. A. Volkmann Leipzigit. See oli aeg, mil teati, et närvid avaldavad mitmesuguste elunditele ainuüksi stimuleerivat mõju. 1838. aastal tõestas A. Volkmann Tartus, et uitnärvi impulsid mõjuvad konna südametegevusele otse vastupidiselt, s.t. pidurdavalt. See neurofüsioloogiline avastus oli omal

ajal täiesti revolutsiooniline, kuid arsti-teaduse ajaloo käsiraamatus on A. Volkmanni avastus Tartus jäänud tundmatuks tänapäevani.

Erakordselt varakult, aastal 1846, loodi Tartus füsioloogilise keemia dotsentuur (Berliinis 1877. a., Göttingenis 1881. a.). Tartu füsioloogilise keemia gigant oli baltlane Carl Schmidt. Viini füsioloog Fr. Lieben on ühes oma teoses teda iseloomustanud kui XIX sajandi ühte suuremat loodusteadlast. 1850. aastal avaldas C. Schmidt monograafia, milles ta esimesena on analüüsinud eraldi nii vere plasmat kui ka selle rakulist koostist. Liitris veres identifitseeris ta umbes 20 erinevat keemilist elementi ja ühendit. Ta tõestas, et kaaliumi esineb vererakkudes, naatriumi seevastu verevedelikus ning et nende kahe aine vahel valitseb kindel tasakaal. Muu hulgas pärineb just C. Schmidtilt suhkruate alalisteks püsima jäänud nimetus *süivesikud*.

1852. aastal ilmus F. Bidderi ja C. Schmidti ühistööna erakordse uurimisamplituudiga monograafia «Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel». Selle uurimuse seedimist käsitlevas osas tõestas C. Schmidt teaduslikult, et maomahl sisaldab vaba soolhapet. Samas töös selgitati sapi tähtsust seedimisele. Edasi tõestasid autorid, et katseloomade (need olid koerad) maonäärmete nõristus suureneb tunduvalt, kui loom kaugelt toitu näeb. Maailmakuulsuse omandanud vene füsioloog Ivan Pavloville määrati 1904. aastal Nobeli auhind uurimuste eest, mis endast suurelt osalt kujutavad Bidderi-Schmidti tööde edasiarendamist, mida ka I. Pavlov on ise oma töödes korduvalt rõhutanud. See asjaolu aga ei ole huvitanud arstiteaduse ajaloolasi. F. Bidderi ja C. Schmidti monograafia teine ja niisama põhjanev osa käsitleb ainevahetust. Nende erakordse leidlikkusega tehtud uurimustega panid autorid aluse igale tänapäeva arstile tuntud mõistetele — intermediaarne ja basaalne metabolism ehk ainevahetus.

F. Bidderi õpilaseks ning tema järglaseks füsioloogia õppetoolil sai Muhu-

maalt pärit Alexander Schmidt. Tema 25 aastat kestnud (ta suri 1895. a.) uurimistöo tulemuseks oli vastus küsimusele, miks veri väljaspool keha hüübib ja miks ta normaalses vereringes ei hüübi. See 2000 aastat mõtlevat inimvaimu vaevanud küsimus sai vastuse Tartus. A. Schmidtilt pärinevad ka igale arstile üldtuntud mõisted, nagu trombiin ja protrombiin. Ta eraldas ka tänapäeva hepariiniga tõenäoliselt identse substantsi, s.t. keeruka struktuuriga keemilise aine, mis vere hüübmist takistab. Väga vähesed erandid välja arvatud, on aga arstiteaduse ajaloolased unustanud, et nende ülitähtsate avastuste autoriks oli A. Schmidt. Ärgem unustagem ka seda, et kunstliku neeru prototüübi loomkatseteks konstrueeris prof. F. Bidderi poeg Ernst Bidder juba 1862. aastal, nagu tema doktoritööst selgub.

Kõneldes arstiteaduse ajaloolaste «halbast mälust», siis illustreerivad seda näiteks ka Tartu füsioloogi Carl Gaehtgensi põhjanevad füsioloogilis-kliinilised katsed suhkurtõve patofüsioloogiast. Samuti on unustatud dr. med. Friedrich Walteri Tartus kaitstud doktoritöös esitatud tõestus, et loomadel sama tõve puhul esile kutsutud atsidoosi, s.t. happelise reaktsiooniga ainete haiguslikku suurenemist on võimalik ravida naatriumkarbonaadiga. See oli kinnitus, et ka diabeeti põdeva



Foto 2. I. Käbin annab prof. A.-E. Kaasikule üle J. Chr. Moieri tegevust Pavia Ülikoolis kirjeldavate dokumentide koopiad ja fotod. V. Kutsari fotod.

inimese atsidoosiravi osutub võimalikuks.

Tartu eksperimentaalfüsioloogia õit-seng kulmineerus sajandi viimasel veerandil. Carl Schmidt'i õpilane, Tartus sündinud Gustav von Bunge pani tugeva aluse mineraalide ainevahetuse uurimisele. Tänu tema teedrajavatele uurimustele hakati aru saama muu hulgas aneemia ehk kehvveresuse patoloogilisest tähendusest, tavalise keedusoola liigtarvitamisega seotud riskist, samuti tänapäeva arstidele tuntud kaaliumi tähtsusest südame muskulatuurile.

Seda kõike kroonis aga G. Bunge õpilase, samuti Tartus sündinud Nikolai Lunini doktoritöö, milles ta 1880. aastal tõestas vitamiinide, tänapäeval kogu inimkonnale tuntuks saanud elutegevuseks vajalike ainete olemasolu. Siin võime kurioosumina meenutada, et 1929. aasta Nobeli auhinna laureaat, Cambridge'i Ülikooli vitamiinide uurija prof. F. G. Hopkins oma Stokholmis peetud Nobeli-kõnes meenutas, et vitamiinide olemasolu oli 1881. aastal tõestanud G. Bunge õpilane N. Lunin, kuid mitte Tartus, vaid Baselis!

Meenutagem ka farmaatsia ajalugu. Apteegid tekkisid Riias 1404. aastal, Tallinnas ja Tartus umbes 1420. aastal, resp. 1425. aastal. Võrreldes nende asutamisaega, näiteks Baselis 1409, Berliinis 1488, kuid Moskvas ja Stokholmis asutati nad alles järgneva sajandi keskkel. 1842. aastal Tartus loodud farmaatsia õppetool oli esimene maailmas. Maailmakuulsuse omandas 30 aastat Tartus töötanud sakslane prof. J. G. Dragendorff. Tema õpperaamatuid kohtu keemia, samuti kvalitatiivse ja kvantitatiivse taimeanalüüsi alalt tõlgiti nii prantsuse kui ka inglise keelde. J. G. Dragendorffi ja tema õpilaste nimesid kandvaid reagente, näiteks morfiini määramiseks kudedes, on kasutatud tänapäevani. Kuid vähe sellest, juba aastaid on nad osutunud kohaseks ka moodsate beetablokaatorite analüüsil.

Tartu kujunes aga hälliks veelgi tähtsamale teadusharule. See oli farmakoloogia. Aastal 1847 kutsuti Tartusse noor andekas saksa arstiteadlane Rudolf

Buchheim. Inspireeritud Tartu suurte füsioloogide F. Bidderi ja C. Schmidt'i töömeetodeist, hakkas ta neid rakendada ka oma uurimustes ravimite mõjust organismile. Samal aastal sisustas ta oma maja keldris maailma esimese farmakoloogialaboratooriumi. Nii sündis Tartus varem tundmatu meditsiiniline distsipliin — eksperimentaalne farmakoloogia. Tartus veedetud 20 aasta jooksul arendas ta välja ravimite grupeerimise süsteemi, mida võiks võrrelda K. Linné töödega botaanikas.

R. Buchheimi ja C. Schmidt'i andekaim õpilane oli Kuramaal sündinud Oswald Schmiedeberg, kes lapsena kasvas üles Narva jõe ääres Permis-külas. Lõpetanud Tartu Ülikooli, sai O. Schmiedebergist Tartu farmakoloogiaprofessor. Lühikese ajaga (1869... 1873) avaldas ta mitu põhjanevat tööd, mis töid talle rahvusvahelise kuulsuse. Mainigem veel, et tema erakordsest leidlikkusest kõnelev monograafia kərbeseenes leiduva mürgi — muskariini — mõjust südametegevusele pani aluse kogu autonoomse närvisüsteemi funktsioonide uurimisele edaspidi. Oma järgmist tööd, nüüd juba Strassburgi Ülikoolis loodud farmakoloogia õppetoolil, jätkas O. Schmiedeberg oma Tartus kasutusele võetud töömeetoditega. Tema juhatusel said väljaõppe kogu Euroopa, Inglismaa kaasa arvatud, esimesed professorid. Neid oli kokku 40. Tema õpilaste hulka kuulusid aga ka viis esimest Ameerika Ühendriikide farmakoloogiaprofessorit alates aastast 1893. Carl Ludwig, möödunud sajandi üks suurimaid füsiolooge Saksamaal, on O. Schmiedebergi nimetanud geeniuseks.

Mis puutub O. Schmiedebergi rahvusesse, siis puudub selle kohta ikka veel dokumentatsioon. Kindel on see, et kõik oma suvepuhkused kuni Esimese maailmasõja alguseni veetis ta Permis-külas. Pole liialdus väita, et oma kodumaaks pidas ta Eestit. Minu kirjutis O. Schmiedebergist mõningate varem tundmatute andmetega tema elust ilmub Lundis väljaantavas ajakirjas «Tulimuld».

Farmakoloogia võidukäik ka Tartus endas jätkus kuni venestusajani XIX sajandi lõpul. Enamik O. Schmiedebergi järglasi Tartus olid tema sakslastest õpilased. Eriti laiahaardelised ja põhjanevad olid prof. R. Koberti töötulemused. Tema teost «Lehrbuch der Pharmakotherapie» (1893) peetakse ühendavaks lüliks teoreetilise ja kliinilise farmakoloogia vahel. Mõiste «farmakoteraapia» pärinebki R. Kobertilt. Temalt ilmus aastail 1886. . . 1897 koguteos (1246 lk. viies köites) «Arbeiten des Pharmakologischen Instituts zu Dorpat», mis on tänapäevani kuulunud farmakoloogia tugisammaste hulka.

Jätkame lühiülevaadet kirurgiast. Tartu esimeseks teaduslikke meetodeid kasutanud kirurgiaprofessoriks alates 1814. aastast oli Tallinnas sündinud Johann Christian Moier, keda täie õigusega on peetud Tartu kirurgia-koolkonna loojaks. On teada, et J. Chr. Moier ise sai väljaõppe Pavia Ülikoolis prof. Antonio Scarpalt, oma aja ühelt suuremalt anatoomilt ning kirurgilt. Kuid vähemalt minu teadmised J. Chr. Moieri hariduskäigust olid puudulikud. Alles siis, kui minu Tartu arstiteaduskonna ajalugu käsitlev raamat juba trükki oli antud, avanes mul võimalus Pavia Ülikooli külastada. Mul osutus võimalikuks viibida ülikooli kunagises *theatrum anatomicum*'is ja näha haiglat, kus J. Chr. Moier A. Scarpa juhatusel oli opereerinud. Kuid ülikooli arhiivis säilinud ürikute hulgas leidsin dokumente, mille sisu kokkuvõtte inspireerib mind teie kannatust provile panema.

Saksakeelne kiri, mis tõendab, et Tallinnast (Revalist) pärit, eeskujuliku käitumise ning puhta teadusearmastusega hr. J. Chr. Moier Tartu Ülikoolis füüsikat on õppinud, mispärast palutakse, et füüsikud ka Saksamaal J. Chr. Moierile vajalike aparaatidega töötamist võimaldaksid. Allkiri: Parrot, õuenõunik ja Tartu Ülikooli füüsikaprofessor, 1803.

Kolm järgmist dokumenti pärinevad Göttingeni Ülikoolist 1807. aasta sügisest. Tunnistuste üks autoreid on oma

aja suur looduseuuriija J. F. Blumenbach, kes Tallinnast (Revalist) pärinevat J. Chr. Moierit nimetab meditsiinkandidaadiks, tõstes esile eriti tema hoolsust füsioloogia, võrdleva anatoomia ja osteoloogia loengutel. Järgneb tõend Göttingeni tookordselt suurelt anatoomilt-kirurgilt Conrad Langenbeckilt, kes kiidab J. Chr. Moieri osavust ilusate anatoomiliste preparaaside valmistamisel. Kolmanda tõendi autoriks on August Richter, keda peetakse saksa teadusliku suunaga kirurgia algatajaks. A. Richter kinnitab, et hr. J. Chr. Moier Liivimaalt on võtnud erakordse huviga osa «eriteraaia» ja «meditsiinilise kirurgia» loengutest.

Kõigest sellest järgneb, et Pavia Ülikoolis õpinguid jätkama asudes oli J. Chr. Moieril niisiis juba mitmekülgne ja põhjalik meditsiiniline ettevalmistus. Pavia Ülikoolis õppis J. Chr. Moier ilmselt vähemalt kaks aastat. Ajavahemikust 1810. . . 1811 pärinevad itaaliakeelsed dokumendid jagunevad sisuliselt kolme gruppi, olles ühenduses immatrikuleerimise, eksamitulemuste ja ülikooli lõpetamisega. Tema ülikoolidiplomile on märgitud tiitel: kirurgiadoktor, päritolu «Reval, Estonia». Üks 1810. aastal J. Chr. Moierile antud dokumente (mille sisu ma pole jõudnud veel tõlkida) kannab tema kuulsa õpetaja Antonio Scarpa allkirja.

Mul on heameel nimetatud dokumentide koopiad anda üle arstiteaduskonnale, dekaan prof. A.-E. Kaasikule.

Taas Tartus olles sooritas J. Chr. Moier aastal 1813 ka *doctor medicinae* eksami. Võime oletada, et põhjaliku meditsiinilise ettevalmistusega J. Chr. Moier võis kuuluda oma aja kirurgide eliidi hulka rahvusvahelises ulatuses.

Üheks J. Chr. Moieri õpilaseks tuli Tartusse Moskva Ülikooli lõpetanud 17-aastane vene kirurg Nikolai Pirogov. Pärast nelja-aastast uuestiõppimist Tartus viibis N. Pirogov terve aasta Saksamaal. Seal pani andekas N. Pirogov tähele, et saksa kirurgidel, paari vähese erandiga (näiteks C. Langenbeck), puuduvad kirurgitöö eelduseks vajalikud

teadmised anatoomias. Tagasi Tartusse saabunud, nüüd juba ise professorina, avaldas N. Pirogov suureformaadilise topograafilis-anatoomilise atlase. Panes sellega aluse tänapäeva kirurgide väljaõppele, omandas N. Pirogov üle-euroopaliku tunnustuse.

Tartu läbi aegade suurimaks kirurgiks sai aga Riias sündinud Ernst von Bergmann, Tartu Ülikooli professor aastail 1871. . .1878. See erakordsete võimetega kirurg sai üldtuntuks juba oma Tartus avaldatud teosega peavigastustest ja teda peetakse ajukirurgia üheks pioneeriks, eriti tänu oma hilisematele töödele Berliinis professorina. Võtnud osa sõdadest Preisi-Austria (1860), Saksa-Prantsuse (1870. . .1871) ja Vene-Türgi (1871) vahel, sai temast arvatakse XIX sajandi suurim sõjakirurg. Aastal 1867 oli inglise kirurg J. Lister võtnud tarvitusele nn. antiseptilise meetodi, hakates haavabaktereid hävitama karbolhappega. Aastal 1875 võeti see menetlus tarvitusele ka E. von Bergmanni kliinikus Tartus Toomemäel. Samal ajal tegi aga üks tema õpilasi kindlaks, et sublimaadi baktereid hävitav toime ületab kaugelt karbolhappe toime. E. von Bergmann võttis osa ka Vene-Türgi sõjast, kus ta pani statistiliselt tõestatud aluse uudsele, nn. aseptilisele haavaravile, mille põhimõtteks ei ole bakterite tapmine, vaid nende haavast eemalehoidmine. Selle alatiseks püsima jäänud ülitähtsa meetodi väljarendamise kirjeldusel pole ruumi tänases ettekandes.

Lõpetagem *Universitas Dorpatensis*'e viimase suure kirurgiga. See oli Virumaal sündinud Werner Zoege von Manteuffel, professor Tartus aastail 1899. . .1918. Juba üks tema õpilasi näitas loomkatsetega, et arterite õmblemine on võimalik. W. Zoege von Manteuffel ise tõestas, et see ka kliinilises kirurgias paika peab. 1903. aastal opereeris ta ka südant, avades seejuures koguni südame ühe vatsakese ning kõrvaldas südamelihasesse tunginud revolvrikuuli.

W. Zoege von Manteuffeli eriliseks teeneks on aga steriliseeritud kummikinnaste introductseerimine kirurgidele.

1897. aastal avaldas ta nende kasutamise täpsed näidustused ühes tuntud saksa meditsiiniajakirjas. Enamik arstiteaduse ajaloolasi on kirurgide kummikindad seostanud Ameerika kirurgi William Halstedi nimega. W. Halsted hakkaski oma Baltimore'i kliinikus kummikindaid samal ajal kasutama, kuid selleks, et kaitsta käsi sublimaadist tuleneva käteekseemi vastu. Ka ei avaldanud ta kummikinnaste kasutamise kohta ainustki kirjalikku teadet.

W. Zoege von Manteuffel oli Eesti Vabadussõjas meie kaitseväe peakirurg sanitaarkindralmajori aukraadis ning Eesti Vabadusristi kavaler. 1926. aastal saatis teda viimsele puhkusele Tallinnas 200-meheline Eesti kaitseväe aukompanii.

Võiksimõne kõnelda veel paljudest teistest rahvusvahelise tähtsusega kliinilistest saavutustest Tartus. Ma lisan vaid seda, et töös Tartu arstiteaduskonna kohta osutus mul võimalikuks näidata, et Tartu Ülikooli arstiteaduskond oli XIX sajandil oma õppe- ja uurimistulemustega märgatavalt ees võrreldes Berliini ja Göttingeni Ülikooli arstiteaduskondadega. Kõik muutus, kui ülikool muudeti venekeelseks. Sellega lõigati läbi ka otseühendus Lääne-Euroopaga. Pärast veerand sajandit kestnud teaduslikku allakäiku jätkus meie arstiteaduskonna töö aastail 1919. . .1940 *Universitas Tartuensis*'e koosseisus. Imeteldava kiirusega jõuti juba varsti uuesti rahvusvahelisele tasemele. Kõige selle kirjeldamine nõuaks omaette ülevaatlikku ettekannet ja ma loodan, et see järgmisel, eesti õppekeelega *Universitas Tartuensis*'e juubeliaastal ka kindlasti toimub. Meenutagem vaid lühidalt, et *Universitas Tartuensis*'es õppinud baltisaksa arstiteadlastelt kogutud andmeil on balti ajaloolane Arved von Taube ühes oma 1965. aastal ilmunud töös iseloomustanud ka Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli arstiteaduskonda. A. von Taube väidab, et Tartu Ülikooli arstiteaduskond ei jäänud sama ajastu saksa ülikoolidest milleski maha, küll aga ületas nende väljaõppe taset eriti nn. *exa-*

men philosophicum'i kuuluvates ainetes.

Tahaksin lisada paar näidet ka loodusteaduse alalt, piirdudes vaid Eesti ja Tartu astronoomiaga, niivõrd kui need meie enda ning kogu maailma kultuuri arengut puudutavad.

Prof. Fred Hoyle, Cambridge'i maailmakuulus astronoom, väidab, et tema kunagine Tartu kolleeg Wilhelm Struve oli see, kes tõestas, et Newtoni gravitatsiooniseadus ei kehti mitte ainult päikesesüsteemis, vaid kogu universumis. Ma usun, et Fred Hoyle on oma väite aluseks võtnud W. Struve 1827. aastal avaldatud kuulsa Tartu kaksiktähtede kataloogi. Inglise astronoomiline entsüklopeedia nimetab W. Struvert omalt poolt «mitte ainult XIX sajandi, vaid üheks kõigi aegade suurimaks astronoomiks».

Sooritades suure ajalise hüppe, meenutagem ka meie sajandi suurimaid astronome, kelle hulka kuuluvad vähemalt kaks eestlast: Bernhard Schmidt ja prof. Ernst Öpik. Geniaalne optikastronoom B. Schmidt konstrueeris prototüübi teleskoobi kaamerale, mis oma suure vaatevälja ning valgusjõuga oli täiesti erinev seni kasutatud teleskoopidest. Esmakordselt hakati seda kasutama Kalifornias Mount Palomaril asuvas observatooriumis 1940. aastal, viis aastat pärast B. Schmidti surma. Samas observatooriumis asuva nn. Hale'i hiigelteleskoobi vaateväli ulatus küll miljardi valgusaastani, kuid selle instrumendi vaatevälja laius oli nii piiratud, et kogu sealt nähtava universumi kartografeerimine nõudnuks umbes 5000 aastat. B. Schmidti leiutis võimaldas sama töö läbiviimise mõne aastaga. Mount Palomari kunagi külastades meenus mulle mõte prof. E. Öpiku raamatust «The Oscillating Universe»: «Suur kaugus ega raske mass pole mingid väärtused iseenesest — väärtuse annab neile kvaliteet.» Prof. E. Öpiku elutöö on nii kvaliteetne ja samal ajal nii mitmekülgne, et peame piirduma vaid ühe näitega sellest.

1938. aastal ilmus Tartu Ülikooli *Acta*'de A-seerias eelneval aastal trükitud käsikiri «Stellar Structure,

Source of Energy and Evolution». See oli põhjanev uurimus Päikese ning kõigi teiste universumis leiduvate tähtede sisemuses toimuvaist termotuumareaktsioonidest, kus vesinik muundub heeliumiks. See oli töö, mis selgitas kogu universumi ehituse selle energiaallikate põhiolemuse osas. Umbes samal ajal (1937. . .1938) tegeles taoliste uurimistega 1933. aastal Saksamaalt Ameerikasse ümber asunud Hans Albert Bethe. Mind ei üllata, et 1967. aasta Nobeli auhind Rootsisis määrati H. A. Bethele, mitte aga pagulasprofessoriks muutunud E. Öpikule.

Ajalugu — nii rahvuslik kui ka rahvusvaheline — on küll ajalugu, kuid samal ajal on ta faktide arsenal, mida on võimalik kasutada ka kaitserelvana, vajaduse korral seda vaimseks laseriks välja arendades. Meie rahvuskultuuri austamine, selle edasiarendamine ning selle maailmale tutvustamine eriti laulu-vormis on Eesti nime kandnud kaugele väljapoole Eesti piire. Eestist lähtunud rahvusvahelise kultuuri maailmale tutvustamine on kindlasti aeganõudev tööülesanne. Meid peaks aga tiivustama teadmine, et niisuguse projekti realiseerimine tähendaks Eesti nime tutvustamist nii meile endile kui ka kogu maailmale veelgi kõrgemal vaimsel tasemel.

1988. aastal ei pühitse me mingit Tartu Ülikooli, küll aga Õpetatud Eesti Seltsi juubelit. Meenutagem, et 150 aastat tagasi olid selle rahvuskultuuri uuriva ning viljeleva seltsi asutajateks kaks rahvusvahelise kultuuri — arstiteaduse — esindajat: eestlane *dr. med.* F. R. Faehlmann ja eestimaalane, Tartu Ülikooli anatoomia professor A. Hueck.

Igasuguse, olgu rahvusliku või rahvusvahelise kultuuri viljelemist võime nimetada kultuuripoliitikaks. Sellega ühenduses meenutaksin ma 1988. aasta märtsis Prantsuse presidendi Francois Mitterand'i poolt öeldud sõnu kultuuripoliitika tähtsusest. Ta ütles: «*Politique culturelle est à la base de toute autre politique*» — kultuuripoliitika on aluseks kogu muule poliitikale. Need olid

täpselt needsamad sõnad, mida kindral Johan Laidoner 50 aastat varem oli lausunud Õpetatud Eesti Seltsi 100. aastapäeval. Võime vaid lisada, et Eesti kultuuripoliitika nüüd juba sügavad juured on esijoones Tartu Ülikoolis.

Summary

The role of Tartu University in international culture. The development of various branches of natural sciences in Estonia, especially achievements in the field of medicine at Tartu University have enriched the culture of mankind a great deal. A number of foreign professors worked at Tartu University, especially in the nineteenth century and also between 1919 and 1940. On the basis of various examples, a positive influence of the Medical Faculty of Tartu University on the development of the whole European medicine is described in several fields of medical science. This article deals with the activities of K. Burdach, F. Bidder, K. Reichert and A. Rauber, professors of anatomy, and with the medical research carried out by M. Rathke, A. Volkmann, C. Schmidt, A. Schmidt, C. Gaehtgens and G. Bunge, professors of physiology. Pharmacology was created at Tartu University by R. Buchheim and O. Schmiedeberg, who were well-known all over the world. The author describes the activities of J. Chr. Moier, E. Bergmann and W. Zoëge v. Manteuffel in the field of surgery. In conclusion, the author deals with the development of astronomy in Tartu in connection with the life's work of W. Struve and E. Öpik.

Резюме

О роли Тартуского университета в развитии международной культуры. Развитие различных отраслей естествознания в Эстонии, особенно медицинской науки в Тартуском университете, обогатило культуру всего человечества и выдвинуло Эстонию в число культурных центров европейского значения. В Тарту как в XIX в., так и в 1919...1940 гг. работало много зарубежных ученых, которые внесли большой вклад в развитие университетской науки. На примерах в статье описывается влияние медицинского факультета Тартуского университета на развитие различных отраслей медицины во всей Европе.

В статье рассматривается деятельность профессоров анатомии К. Ф. Бурдаха, Ф. Биддера и К. Б. Рейхерга, А. Раубера, а также исследовательская деятельность профессор-физиологов М. Г. Ратке, А. Волкмана, К. Шмидта, А. Шмидта, К. В. Гетгенса, Г. Бунге. Фармакология зародилась в Тартуском университете: имена Р. Бухгейма и О. Шмидеберга известны во всем мире. Автор приводит и новые данные в области хирургии, особенно о деятельности И. Х. Мойера и Э. Бергмана, а также В. Цеге-Маннтейфеля. В конце статьи рассматривается развитие астрономии в Тарту в связи с деятельностью В. Струве и Э. Эпика.

TOIMETUSE VEERG

Tulenevalt meie ajakirja nimetuse muutumisest on toimetus sageli arutanud kõike seda, mis peaks nüüd teisiti olema ka sisus. Mõistagi jääb toimetuse tegevust ikka saatma soov ja püüdlus korraldada oma töid paremini, otsida autoreid ja võimalusi, et ajakirjas «Eesti Arst» avaldatav oleks huvitav, värske ning lugejale teadmisi juurde andev. Ka 11. jaanuaril 1989 arutas toimetus taas oma tööasju kõike mainitud arvesse võttes.

Ajakirja toimetuse ja trükikoja vahel kooskõlastatud tootmisgraafikus fikseeritud ilmumisaegadest kinnipidamiseks on vajalik, et ka tähtajalised kaastööd ja sündmuste kirjeldused ning muu teave ei hilineks. Et meie kaastööde autoritest on enamik arstid, kelle tavaline tööpäev on täis tegemisi ja muret, on sagedane nähtus, et toimetusse oodatav teave ikkagi ei saabu siis kui vaja.

Kogu asjade omavahelise sõltuvuse paremaks mõistmiseks toome siinkohal ära ligilähedased tähtajad, millal toimetus on kohustatud redigeeritud ja lõpetatud ning ümbertrükitud käsikirjad koos fotode ja joonistega trükikotta üle andma. Need ajad on järgmised: veebruaris ilmuva esimese numbriga käsikirjad ning fotod ja joonised peavad jõudma trükikotta juba detsembri algul, teise numbriga materjalid veebruari algul, kolmanda numbriga omad aprilli, neljanda omad juuni, viienda augusti ja kuuenda numbriga käsikirjad ja fotod ning joonised oktoobri algul. Näiteks, kui nimekal arstil on juubelisünnipäev jaanuaris või veebruaris, siis kirjutise selle kohta koos juubilariga fotoga peaksid tema kolleegid saatma toimetusse hoopis varem, juba novembris või siis kõige hiljemalt detsembri esimestel päevadel. Vaid sel juhul ilmub kirjutisi sobivalt õigel ajal. Märtsis-aprillis tähistatava juubeli kohta saadetagu kaastöö hiljemalt jaanuaris jne. vastavalt sündmuse ajale, ajakirjanumbrile ja käsikirjade trükikotta üleandmise tähtajale. Ning ikka peetagu silmas, et hilinevad kirjutisi võidakse põhjendatult avaldamata jätta.

Ja sama lugu on ka kroonika ja muu teabega. On iseenesestmõistetav, et nekroloogid tuleb saata ajakirjas avaldamiseks kohe, viivitamata. Mõistagi kirjutatakse konverentsidest ja nõupidamistest, arstide seltside tegevusest ikka pärast sündmuse toimumist. Kuid ka siin ei tohiks toimetusele kaastöö saatmist edasi lükata.

Vello Laos

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

I Eesti arstide konverents toimus 16. septembril 1988 Tallinnas. See oli tegelikult kolmas kogu Eesti arstkonda esindav kokkutulek. I Eesti arstide kongress korraldati Tartus 2...4. detsembrini 1921, II Eesti arstide kongress oli 24...25. septembrini 1932 samuti Tartus tähistamaks Tartu Ülikooli 300. aastapäeva.

Kõikides sõnavõttudes (neid oli kokku 38, millest kolm olid ülevaatlilikud ettekanded V. Rätsepalt, S. Kallaselt ja L. Karult) ja arvamusaavaldustes jõuti lõppkokkuvõttes ühele konstateeringule, et tee, mida mööda Eesti arstiabikorraldus on liikunud, on viinud tupikusse. Ainus võimalus on otsida uut rada.

Korduvalt jõuti arusaamisele, et programm «Tervis», mis on koostatud tervishoiuvõrgu arendamiseks kuni 2000. aastani, on täiesti kasutu dokument, sest see on orienteeritud meie jaoks elukaugetele üleliidulistele normatiividele. Programm ei ole nii sisult kui ka vormilt pärit mitte 1988. aastast, vaid 1948. aastast, nagu kinnitas professor J. Teras. Samale arusaamisele oli juba varem jõudnud ka Eesti Arstide Liit. Ilmselt tuleb alustada otsast peale.

Konverentsi ajaks sai aasta sellest, kui arutasime NSV Liidu tervishoiu arenguprogrammi. Kahe septembri vahele on jäänud IME idee teke ja kujunemine, Rahvarinde teke, mitu tormilist arstide koosolekut ning Eesti Arstide Liidu asu-

tamine. Palju uut, ainult et tervishoius ei näi olevat midagi muutunud. Aastaga on suudetud elu viia vaid üks neist mitmekümnest soovist, mis 1987. aastal Moskvasse saadeti. Lõpuks läks korda osale arstidele saada kuus lisapäeva puhkust, nii et ka nemad saavad nüüd 24 tööpäeva puhata.

Möödunudaastane tervishoiuprogramm on toonud endaga kaasa ka uue mure (M. Tarum). Juba küpsevad mõrud viljad, mida kannavad tasulist meditsiini viljelevad kooperatiivid. Ignoreerides põhiteode, et teisi arstida võib siiski vaid meditsiinalase ettevalmistuse saanud inimene, lähtub nii mõnigi kooperatiiv põhimõttest, et mis pole keelatud, see on lubatud. Tasulise arstiabi andmise otsustavad samad funktsionärid, kes annavad vahvlitegemise loa!

Kõik muu on jäänud endiseks. Endiselt võib kinnitada, et 43% polikliinilistest raviasutustest asub sõjaeelsetes ning sageli selleks vaid kohandatud ruumides. Endiselt on puudu tuhandeid voodikohti ja ilusad jutud emade-laste kaitsest ei aita kuidagi ei Tartu sünnitusmaja ega ka Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitus- ja günekoloogiaploki ehitusel ja remontimisel.

Mitte nalja pärast või rumalusest ei toetanud Eesti Arstide Liidu eestseisus diagnostikakeskuse ehitamist Lauristini tänavasse. Häda ajab härja kaevu. Diagnostikakeskusega on veel ees suured mured, kuid see on omaette teema.

Endiselt külastab Eestit igal aastal üle paarikümne kontrollbrigaadi, kelle töö ainsaks väljundiks on akti koostamine, milles on ritta pandud paarkümmend lehekülge «avastatud vigade ja puuduste» loetelu. Kuid paljudel juhtudel ei ole viga olemaski või ei sõltu vigade parandamine mitte karvavõrdki kohalikest tervishoiujuhtidest. Eks ole imelik, kui liiduvabariik, kes aastaid on igal tasandil saanud nahutada laste suremuse pärast, peab nüüd abistama liiduvabariike, kus elab enamik Nõukogude Liidu töökangelastest meedikuid (I. Suurväli). Või kuidas täita nõuet,



Foto 1. Kõnelemas on Eesti Arstide Liidu president, nüüdne tervishoiuminister L. Karu. Fotol 2 konverentsist osavõtjaid.



**Fotol 3 vasakult: prof. V. Rätsep, tervishoiu-
ministri esimene asetäitja E. Palo, Tervishoiutö-
tajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee
esimees T. Hendrikson.**

et vereülekaneks võib kasutada vaid ühekordseks kasutamiseks ettenähtud plastmass-süsteeme, kui neid lihtsalt ei ole, sest vabrikul, kes neid tootis, oli tunduvalt tulusam teha midagi muud (V. Rätsep).

Kohalike tervishoiutegelaste parimigi tahtmine kõigi põetus- ja abivahendite defitsiidi kuristikust välja ronida on seni lõppenud edutult. Palved, soovid ja kokkulepped on kõik jäänud sinnapaika, sest tootja lihtsalt ei ole huvitatud arstidele ja haigeile vajaliku valmistamisest, kuigi võimalusi on.

Kõige viletsam on maainimeste tervis ja põllumajandustoodangu juurdekasv käib just nende tervise arvelt (L. Karu). Maainimese tervise hoidmine ja elu päästmine on meil praegu tõesti vaid tema enda asi. Ilmselt on tema tervis nii väheoluline, et riik, kes on võtnud endale kohustuse hoolitseda oma kodanike tervise eest, ütleb maainimese muredest lihtsalt lahti ning paneb ka maal asuvate raviasutuste ehitamise põllumeeste endi kanda.

L. Karu väitis, et tervishoid, mis on riigilaeva kiilutala, läheb laeva uppudes kõige esimesena põhja. On selge, et nii kaua, kuni iga tasandi võimumehed ei mõista, et rahva tervis on see kiil, mis hoiab püsti riigilaeva, ei ole midagi head loota. Ei aita seda laeva siis pinnal hoida ka soodustused, mida pakutakse teenete, ametikohtade ja sobiva eluloo kaasandena kas eriliste raviasutuste, tasuta ravimite või eritseptiplankide näol. Privilegeeritud on ju needsamad seltsimehed, kes meie riigi madalikule on juhtinud. Olgu igasuguste soodustustega kuidas on, aga hauas, saunas ja arsti silme ees peame me kõik võrdsed olema. Meie kõigi valu on ühesugune ega sõltu taskus olevast tõendist.

Sõnavõttudes käsitleti väga erinevaid küsimusi ja tõsiasi. Teravalt kerkis konverentsil küsimus ühtset jagamatust arstiabisüsteemist Eestis, kus ei tohiks olla ametkondlikke raviasutusi. Ka on vaja ühtset sanitaarteenistust ja peasanitaar-

arsti, kelle korraldused kuuluksid kohe vastuvaidlematule täitmisele. Takistusi kohaliku päritoluga, kohalikke kultuuritavasid tundva sanitaararstide kaadri ettevalmistamiseks Tartu Ülikoolis ei ole, kinnitas professor A.-E. Kaasik. Kuigi ta meenutas, et paljus on sanitaarteenistus tegelikult inseneriteadmisi vajav eriala.

Konverentsil otsustati teha Eesti NSV Ministrite Nõukogule ettepanek loobuda oma ametkondlikust haiglast Pärnu maanteel ning loovutada oma Lohusalus paiknev pansionaat taastusravikeskuse rajamiseks.

Eesti Arstide Liit on kindlalt seisukohal, et sõjaväeteenistus peab kulgema kutsealusele harjumuslikus kliimavööndis ning et arstiteaduskonna ja kõigi teiste meesüliõpilaste kutsumine loengusaalist ajateenistusse on lühinägelikult tegutseva ametkonna omavoli, mis tuleb lõpetada. Kordusõppuste ja kõikvõimalike sõjaväega seotud komisjonides käimise kulud peab kinni maksma kaitseministeerium, mitte tervishoiusüsteem oma enam kui kõhnastrahakotist.

Kõik need ettekanded ja sõnavõttud töid siiski esile ka selle, mida on vaja kiiresti teha, et rahva tervis veelgi ei halveneks. Väljapääsu nähti kahes võimaluses:

tuleb teadvustada tervise väärtus nii igale üksikisikule kui ka tööandjale ja riigile tervikuna;

meditsiinitöötajas tuleb näha võrdväärset ühiskonnaliiget, kelle tööviljad on tunduvalt suuremad, kui seda esimesel hetkel märgata osatakse.

Selleks, et igapäev järelevalve arusaamine tervise väärtusest, tuleb ilmselt käiku lasta majanduslikud hoovad (A. Kork). Olgu nendeks näiteks kuus päeva aastas, mille võib töölt eemal olla ilma haiguslehta. Nende kuue päeva kasutamata jätmisel võiks samavõrra pikendada puhkust.

Üherublane maks visiidi eest arsti juurde ja töövõimetuslehe eest väljamakstava tasu kahanemine 20% annaksid korraga kaks efekti: saaks lõpuks korda statistika ning leiaks raha, mille arvel anda tasuta ravimeid ka ambulatoorsetele haigetele. See oleks juba tõesti suur samm edasi, eriti kui arvestada vanurite hulka,



**Fotol 4 Eesti Arstide Liidu eestseisuse liikmed
(vasakult) A. Kork, M. Tarum ja A. Ellamaa.
M. Mällo fotod.**

krooniliste haiguste levikut ning ravimite üha tõusvat hinda. Aga võib-olla hoopis üle minna haigekassade süsteemile, mis laias maailmas end õigustanud ja ka meil Eestis varem kasutusel olnud?

Korduvalt kõneldi ka meditsiinitöötaja töötasust. Mõistagi on igati põhjendatud nõudmised, mis on saanud tervishoiuministeeriumile igast Eestimaa nurgast — õe palk ei tohi olla väiksem oskustöölise kesmisest palgast ning ta peab saama selle palga töötades ühel ametikohal. Kas tõesti ei ole mittemeedikuist majandusjuhid mõelnud sellele, mis saab siis, kui kõik veel allesjäänud õed hakkavad töötama ühel ametikohal ning tööd reglementeerivate reeglite järgi. Ja kui arstid teevad sedasama! Nagu doktor V. Aller kenasti ütles, ei saa Hippokratase vanne olla repressioonivahend, millele viidates sunnitakse tegema mõtestamata või tasustamata jäävat tööd, vaid ideaal, mida peab silme ees hoidma.

Mitte ainult palga suurus ei määra ühiskonna suhtumist arsti. Algus on mujal. Mida arvata riigist, kes koolitab oma tohtreid ruumides, mis TRÜ arstiteaduskonna dekaani A.-E. Kaasiku andmeil juba sada aastat tagasi on kasutamiskõlbmatuks tunnistatud.

Arstide konverents tuli kokku, et välja töötada oma platvorm üleliidulisele arstide kongressile. Vähemalt allakirjutanule sai selgeks, et seda platvormi pole vajagi. Praeguses olukorras, kus mõistus on surutud põlvile, ei piisa Eesti arstibikorralduse parandamiseks üksikute seaduste ja määruste muutmisest. Tervishoid peab muutuma juhitavaks vabariigi tasandil. Eesti ei vaja tervishoiuministeeriumi, millele on jäetud vaid Moskvast tulevate paberite paljundamise büroo roll.

Olukord võib normaliseeruda vaid suveräänse isemajandava Eesti tingimuses, kui on loota, et kogu riigi majandustegevus pöörab näo inimese poole.

Andres Ellamaa

Vabariiklik konverents «Psühhogeensed ja psühhosomaatilised häired» toimus 24. . . 25. novembrini 1988 Tartus. Korraldajateks olid TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateeder ja Tartu Psühhiaatriakliinik. Osavõtjaid registreerus üle 250, neid oli Eestist, Lätist, Leedust, Vene Föderatsioonist, Soomest, Saksa DV-st ja Ungarist. Hommikuti toimusid plenaaristungid, pärast lõunat kuulati ettekandeid sektiioonides, millele järgnes arutelu. Ettekanded tõlgiti sünkroonselt vene ja inglise keelde. Anti välja kaheosaline teeside kogumik (198 autorit, neist 97 Eestist).

Paljud ettekanded käsitlesid psühhosomaatilisi probleeme gastroenteroloogias (I. Eglitis, M. Mumma, D. Reiman, V. Potijevskaja jt.) ning kardioloogias (Z. Kovaljova, B. Karvasarski, A. ja N. Govorin, I. Liiv, Ü. Lepp, A. Paves, A. Aluoja jpt.). Mitu ettekannet puudutas analoogilisi probleeme dermatoloogias (A. Aluoja, E. Elberg, H. Vahter). Neis oli eriliselt tähelepanu pööratud premorbiidsetele isiksuse joontele, samuti isiksuse muutustele haiguse ajal.

Märgiti, et kõrvuti somaatilise haiguse tunnustega esinevad ka neurootilised sümptoomid. Somaatilise haiguse tunnuste ning neurootiliste sümptoomide vahekord muutub haiguse ajal. Oluline on see, et nendel selgitataks välja neurootilised sümptoomid ja määrataks kompleksravi: psühhoterapia, psühhofarmakoterapia ja refleksoterapia. Kompleksravi kergendab somaatilise haiguse kulgu, pikendab remissiooni. Rõhutati haigete individuaalse lähenemise vajalikkust, arvestades isiksuse iseärasusi. Isiksuse tüübi äratundmiseks on soovitatav kasutada psühholoogilisi uurimismeetodeid. Oluline on internisti, psühhiaatri ja psühholoogi tihe koostöö.

Palju oli ettekandeid neuroosidest ja neuroididest (R. Suija, V. Vasar, V. Vahing). R. Mousong-Kovacs rääkis piirpsühhiaatriast Ungaris, J. Nuller tutvustas deksametasoon- või diasepaamtesti eristamiseks reaktiivset depressiooni endogeenselt. Tutvustati teisi teste, mis võimaldavad neuroose paremini diagnoosida.

A.-T. Kaasiku, L. Karu, S. Tamme ettekannete teemaks oli üliõpilaste vaimne tervis. Neuroos või neuroid üliõpilastel on seotud neurotiseerivate teguritega lapse- või noorukeas. Kui esmakursuslastest on neuroose 6,7%-l, siis lõpukursuse tudengitest juba 19,4%-l. Neuroosi korral esineb neil rohkem somaatilisi tervisehäireid ja nad on halvemini adapteerunud eluga kõrgkoolis.

L. Mehilane andis ülevaate psühhogeensete häirete ravist Eestis. Ta mainis, et psühhogeensete häirete ravi põhprintsipi on rakendatud veel osaliselt. Liialt ollakse orienteeritud medikamentidele, väheseks on jäänud psühhoterapia osatähtsus.

A. Haug tutvustas kultuuriterapiat, R. Kikas biblioterapiat, Ü. Luts grupipsühhoterapiat. Oli ettekandeid, mis käsitlesid ravimite kombineerimist ja ravimi toime sõltuvust kellaajast (M. Otter).

Mitu ettekannet käsitles psühhosomaatilisi ja psühhogeenseid häireid lastel (K. Leito, A. Paves, V. Kask, H. Tälli, J. Liivamägi, E. Põllu, A. Aero). Raskusi on nendega, kellel neuroos avaldub somaatiliste sümptomidega. Nad veedavad palju aega statsioonaris, et somaatilise haiguse diagnoosi välistada. Nende ravi lastehaiglates ei ole alati efektiivne. Ka lastepsühhiaatritel on suure töökoormuse tõttu nendega raske tegelda. Rõhutati, kui oluline on tõsiselt suhtuda laste probleemidesse, mis täiskasvanuile tihti tühistena näivad. Tagajärjeks võib olla psühhogeenne haigus või isegi suitsiid.

Paljud esinejad peatusid psühhiaatrilise abi organisatsioonil (E. Laurinaitis, H. Mikkin, V. Semke, A. Liiv jt.). Leiti olevat vajalik põhjalikumalt uurida somaatilise haiguse all kannatajate psühhikat. Õpetada arstidele rohkem haigega suhtlemise oskust, kuna 75% kaebustest arsti kohta on põhjustatud arsti väärast käitumisest.

Plaanis on laiendada psühhiaatrilise abi võrku mitmesuguste kabinettide näol nii polikliinikus kui ka ettevõtetes. Esimesed väärt kogemused psühhiaatriakabinettide tööst juba on. Tahetakse



Foto esimeselt teaduskonverentsilt uues Tartu Psühhiaatrikliinikus. Esireas vasakul külalised Soomest, Ungarist ja Saksa DV-st, esiplaanil keskel TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri konsultantprofessor J. Saarma ja kliiniku paarast A. Aadamsoo. V. Kutsari foto.

vähendada dispanseerset kontingenti, ära muuta osa sotsiaalseid piiranguid psühhiaatrilistele haigetele. Häid tulemusi on andnud anonüümne psühhiaatri vastuvõtt perekonnanõuandlas. Vaatluse all oli ka psühhoterapeutide ettevalmistus.

Konverentsil esines Rahvarinde esindaja P. Vihalemm, samuti Leedu Rahvarinde «Sajūdis» seimi liige E. Laurinaitis, kes rääkisid Baltimaade valupunktidest.

Konverents võttis vastu otsuse teha mitmeid ettepanekuid psühhoterapia, kliinilise psühholoogia ja piirpsühhiaatrilise abi arendamiseks Eestis. Otsustati, et TRÜ arstiteaduskonnal tuleb leida täiendavaid võimalusi psühhoterapiaalase kvalifikatsiooni tõstmiseks. On vaja, et Eesti NSV Hariduskomitee võtaks kõrgkoolides pedagoogide õppeprogrammi lapse psühhopatoloogia fakultatiivse kursuse. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumil tuleb leida võimalusi avada psühhoterapiakabinetid ja need komplekteerida psühhoterapeutidega ning tervishoiuministeeriumi peaspetsialistid peavad koostama psühhosomaatiliste ja somatopsüühiliste häiretega haigete arstiabi interdistsiplinaarprogrammi. Peeti vajalikuks TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri ja ÜMPI psühhofarmakoloogia labori varustamist nüüdisaegse aparatuuriga. On vaja arstiabi andvate koostööpartnerite meditsiinitöötajaid atesteerida. Eesti Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudil tuleks laiendada Eesti rahvastiku, esmajoonelaste ja noorukite vaimse tervise uuringuid.

Konverentsist osavõtjad avaldasid toetust Eesti NSV Ülemnõukogu 16. novembri erakorralisel istungjärgul vastuvõetud otsustele.

Peeter Lääne

Kliinilise kirurgia konverents toimus 1. detsembril 1988 Tartus Maarjõisas. Selle korraldasid TRÜ arstiteaduskond, Eesti NSV Tervishoiuministeerium ja Tartu Kirurgide Selts.

Konverentsist võttis osa TRÜ arstiteaduskonna õppejõude, aspirante ja üliõpilasi, Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadlasi, vabariiklike haiglate, linnahaiglate ja rajooni keskaiglate kirurgiaosakondade juhatajaid, kirurge, lastekirurge, pediaatreid, kardiolooge, traumatolooge, anesteziolooge ja reanimatolooge.

Prof. A. Kliimani juhendamisel olid valminud südamekirurgia- ja endokrinoloogiaalased uurimistööd. Neis on käsitletud bakteriaalse endokardiidi kirurgilise ravi tulemusi ja kolloid-osmootse rõhu ning verenäitajate muutusi kaasündinud südamerikete kirurgilise ravi korral kunstliku vereringe tingimustes. Südame klapi-rikete, eriti aga bakteriaalse endokardiidi puhul tuleb haige suunata operatsioonile võimalikult varakult.

Dotsent E. Teeäär esitas huvitava ettekande neerupeatilise kirurgilisest ravist.

Meditsiinidoktor T.-A. Sullingu juhendamisel olid valminud koronaarkirurgiaalased tööd. Uuritakse koronaararterite restenooside esinemis-sagedust pärast transluminaalset angioplastikat ja

elektrokardiogrammi muutusi müokardiinfarkti ägedal perioodil sõltuvalt revaskulariseerimise meetodist.

Veresoontekirurgiat käsitlevate uurimistööde juhendajateks olid professorid H. Tikko ja E. Tünder. E. Rebase uurimus käsitles reie-, põlve- ja säärearterite taastavate operatsioonide meetodeid ja operatsiooni tulemusi alajäsemete arterite oblitererivate haiguste korral, T. Vaasna ettekanne isheemiajärgse sündroomi ravi. O. Vasar oli vaatluse alla võtnud aordi ateroskleroosiliste kahjustuste ja alajäsemete magistraalarterite kirurgilise ravi. V. Tamm oli uurinud lihaste müoglobiinisisalduse tähtsust alajäsemete oblitererivate haiguste korral, A. Pulges neurovaskulaarse kompressiooni sündroomi kirurgilise ravi tulemusi erinevate operatsioonimeetodite korral, S. Subo lihaselapi transplanteerimist vaskulariseeritud jalal.

Prof. L. Pokk esitas konverentsil kaks ettekannet. Ta analüüsis Tartu prosektoori lahanguandmete põhjal aordianeurüsmi rebendite ja kopsuarteri trombemboolia juhte. Aordianeurüsmi ja kopsuarteri trombembooliat on haigel kliiniliselt sageli raske diagnoosida, kuid viimaste aastate lahanguandmed on näidanud elupuhuste eksidiaagnooside arvu vähenemist.

Üldkirurgia valdkonna uurimistööd käsitlesid mao-, kaksteistsõrmiku-, sapiteede- ja kõhunäärmehaiguste diagnoosimist, ravi ja ravi tulemusi.

Peakirurg prof. J. Männiste esitas üldistava ettekande sapiteede- ja kõhunäärmehaiguste korduvate operatsioonide kohta Eestis. T. Tikk rääkis operatsiooniaegsetest uuringutest sapiteedekirurgias ja dotsent H. Seepter kroonilise koletsüstiidi kirurgilisest ravist. Sapikivitöve krooniliste vormide korral tuleb sapiteede operatsioone teha rohkem, sellega välditakse ägedaid sapi-epileetikke.

T. Väli ettekanne oli endoskoopilisest diatermokoagulatsioonist gastroduodenaalsete verejooksude korral, dotsent A. Peetsalu ettekanne püloroplastikast ja duodenoplastikast püloroduodenaalsete haavandite ravist.

Prof. E. Sepa, P. Pree ja P. Roosaare ühisuurimus oli prostaglandiini E₂ toimest mao limaskestasse erinevate välisärritajate korral.

Ortopeedia ja traumatoloogia valdkonnast esitati kolm uurimistööd. Teaberikas oli dotsent T. Haviko ettekanne, mis käsitles alajäseme pikendamist. A. Lenzner oli vaatluse alla võtnud vaagnaluumurdude konservatiivse ravi. V. Poljanski rääkis välisest kompressiooni-distraktsiooni osteosünteesist pikkade toruluude lahtiste murdude korral.

Samal päeval toimus ka kirurgiaosakondade juhatajate seminarnõupidamine, kus arutati uute diagnoosimis- ja ravimeetodite kasutamist.

Arterite tromboose ja embooliaid, venoosseid tromboose ja veresoonte traumasid diagnoosivad ka üldarstid. Üldarstid korraldavad nende haigete esialgse ravi ning suunavad nad vajaduse korral edasi eriarsti juurde. Oigeaegne ja otstarbekas ravi haiguse alguses parandab ravi tulemusi.

Terapeutide, jaoskonnarstide, kiirabiarstide ja neuroloogide ettevalmistamisel oleks otstarbe-

kas võtta subordinaatori ja internatuuri programmi veresoontekirurgia lühitsükkel. Veresoontekirurgiaosakonnas töötades saaksid subordinaatorid ja internid õppida ägedate veresoonte haiguste diagnoosimist ja ravi.

Rajoonide kirurgiaosakondade arstidel on võimalik oma veresoontekirurgiaalaseid teadmisi täiendada Tartu Kliinilise Haigla veresoontekirurgiaosakonnas üks-kaks kuud töötades. Seda täiendamise vormi hakatakse rakendada alates 1989. aastast.

Igas rajoonis võiks olla üks kirurg, kes on saanud veresoontekirurgia alal põhjaliku väljaõppe. Tema ülesandeks jääks veresoonte haigusi põdevate ravi korraldamine rajoonis ja vajaduse korral haigete suunamine keskustesse konsultatsioonile. Sellega peaks vähenema väljakujunev gangreenijuhtude ja ühtlasi ka amputeerimiste arv. Selliseks enesetäiendamiseks on juba andnud oma nõusoleku Jõgeva, Paide, Viljandi ja teiste rajoonide keskhaiglate kirurgid.

Tartu Kliinilise Haigla veresoontekirurgiaosakond peab rajooni keskhaiglate veresoontekirurgidele võimaldama enesetäiendamise nüüdisaja tasemel. Et aga Tartu Kliinilise Haigla veresoontekirurgiaosakond saaks nüüdisaja tasemel püsida, on osakonnal tulnud pidevalt oma tööd laiendada ja süvendada. Oluliselt on suurenenud mikrokirurgia osatähtsus, samuti säärearterite rekonstruktiivsete operatsioonide arv. Oma töö laiendamiseks on Tartu Kliinilises Haiglas vaja moodustada kirurgide rühm, kes valdab mikrokirurgia tehnikat.

Konverentsiks ilmus trükist kogumik, mis sisaldas 54 uurimuse teese.

*Endel Tünder
Jüri Männiste*

2. detsembril 1988 oli Tartus **Eesti kõrva-ninakuurguarstide koosolek**, millega tähistati Heidemanni tn. 1 asuva TRÜ arstiteaduskonna otorinolaringoloogia ja oftalmoloogia kateedri ning kliiniku hoone ümberehitamise 50. aastapäeva. Ümberehitamise initsiaatoriks oli tolaeagne arstiteaduskonna dekaan, kõrva-, nina- ja kurguhaiguste õppetooli juhataja prof. Ernst Julius Saareste. Eeskujuks oli ta võtnud Helsingi Ülikooli kõrva- ja silmakliiniku, mis asusid ühes hoones.

Maja rekonstrueeriti kahe aastaga. 16. septembril 1938. aastal kirjutas Tartu Ülikooli valitsus alla insener Paul Miilbergi projekti järgi ehitatud haigla eksploatatsiooni andmise aktile. Majale kolmanda korruse juurdeehitamisega sai endale uued ruumid kõrvakliinik ja tunduvalt paranesid silmakliiniku tööttingimused. Silmakliinik oli selles majas asunud juba 1868. aastast.

Koosolekul loeti ette katkendeid ehituse järelevalveinseneri Nikolai Slatinski mälestustest. N. Slatinski hindas kõrgelt silmahaiguste õppetooli juhataja prof. J. Uudelti ja prof. E. Saareste abi ehitise valmimisel, aga ka rektor prof. J. Kõpu ja prorektor E. Kanti osa, tõstis esile ehituse tempot ja kvaliteeti. Ehituse maksumus oli 152 950,66 Eesti Vabariigi krooni.

Prof. Ernst Julius Saareste elust ja tegevusest rääkis A. Jents. E. Saareste sündis 22. jaanuaril 1892. aastal. 1917. aastal lõpetas ta Peterburi Sõjaväemeditsiini Akadeemia, kus tema õpetajaks oli pärasiline nõukogude silmapaistev otorinolarüngoloog prof. N. Simanovski. 15. mail 1920 sai E. Saarestest Tartu Ülikooli kõrva-, nina- ja kurguhaiguste polikliiniku vanemassistent ja 1926. aastal prof. H. Koppeli asutatud otorinolarüngoloogia õppetooli juhataja.

1924. aastal kaitses E. Saareste doktoriväitekirja «Kõrvahaigused ja kuulmishäired Tartu koolilastel». 1925. aastal habiliteerus E. Saareste dotsendiks. 1934. aastal sai ta erakorraliseks ja 23. septembril 1935 korraliseks professoriks kõrva-, nina- ja kurguhaiguste erialal. E. Saareste pani aluse erialasele teaduslikule uurimistööle ja otorinolarüngoloogia kirurgilisele koolkonnale kateedris. Temalt on ilmunud üle 90 teadusartikli nii Eesti kui ka välisajakirjanduses. Aastail 1927... 1936 oli E. Saareste Tartu Eesti Arstide Seltsi esimees, ajakirja «Eesti Arst» toimetuse liige, ta tegutses Tartu Prantsuse Teaduslikus Instituudis. 1944. aasta suvel evakueeris E. Saareste Saksamaale, kus ta sama aasta sügisel suri. Ta on maetud Hallelse.

[E. Siirde]. S. Sibula ja kaasautorite ettekannet käsitles korvakiiniku tegevust 50 aasta vältel. Vaatluse all olid ravisuunad, teadustöö temaatika, sise- ja välissidemed, publikatsioonid jne. Paljudes ettekannetes käsitleti põhjalikult kliiniku üksikuid tööloike, nagu kirurgilist tegevust (H. Mitrofanova), konsultatiivpolikliiniku tööd (V. Täll), endoskoopilisi uuringuid (K. Laamann), röntgendiagnostikat (L. Ahu), füsioteraapiat ja elektroaerosoolravi (E. Karin, S. Sibul, A. Jents), audioloogiat, surdoloogiat ja kõrvaproteesimist (T. Siirde, H. Mitrofanova, H. Alev, A.-M. Hain, R. Veenpere). Ettekandeid oli ka uusimatest uurimis- ja ravivõtetest — tasakaaluaparaadi uurimisest (R. Tikk), kroonilise tonsilliidi immunodiagnostikast (A. Pöld), laserravist (M. Kull), eksudatiivse otiidi diagnoosimisest ja ravist (H. Mitrofanova).

Meditsiinidoktor A. Luts andis ülevaate 1988. aasta novembris Kišinjovis toimunud Üleliidulisest Otorinolarüngoloogide Seltsi kongressist. Uueks seltsi esimeheks valiti Leningradi I Meditsiiniinstituudi otorinolarüngoloogia kateedri juhataja prof. M. Plužnikov.

2. detsembril 1988 peeti ka Eesti Otorinolarüngoloogide Seltsi aruande- ja valimiskoosolek. Seltsi esimeheks valiti taas A. Luts, seltsi juhatus täienes mitme noore energilise liikmega (M. Kull, V. Täll, H. Mitrofanova).

Leinaseisakuga mälestati 12. novembril 1988. aastal meie hulgast lahkunud Eesti Otorinolarüngoloogide Seltsi auliiget ja esimest esimeest prof. Elmar Siirde. Mälestati ka prof. Viktor Sargavat, kelle sünnist möödus 4. märtsil 1988. aastal 70 aastat.

Arved Jents

I Eesti stomatoloogide kongress toimus 9. . . . 10. detsembrini 1988 Tallinnas. Kongressil olid arutelusel näo- ja lõualuude piirkonna haigused ja



Foto I Eesti stomatoloogide kongressilt. H. Lepiksoni foto.

nende profülaktika. Osa võttis 684 stomatooloogi Eestist ja 69 teistest liiduvabariikidest. Esindatud olid ka Moskva ja Leningradi juhtivad meditsiiniinstituudid. Kongressil oli samuti külalisi Soomest.

Peeti kaks plenaar- ja kaks sektsiooniistungit. Esimesel plenaaristungil käsitleti Eesti stomatoloogilise abi probleeme ja saavutusi. Prof.

M. Lõvi-Kalnini ettekanne oli odontoloogia ja stomatoloogia arengust Tartu Ülikoolis. TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri õppejõud rääkisid stomatoloogia saavutustest Eesti NSV-s: S. Russak käsitles lastestomatoloogiat, N. Vihm terapeutilist stomatoloogiat, E. Leibur kirurgilist ja A. Kõdar ortopeedilist stomatoloogiat. Allakirjutanu oli vaatluse alla võtnud stomatoloogia koha meie vabariigi arstiabis, puudused ja nende võimalikud lahendusteel, samuti inimese tervise väärtustamise vajaduse.

Kongressi kahel päeval esitati kokku 64 ettekannet, toimus huvitav mõttevahetus. Terapeutilise ja lastestomatoloogia seksioonis kuulati ettekandeid väga paljudel teemadel. Käsitleti hambaäärise ennetamist ja diagnoosimist, suuõõne hügieeni, parodontihaiguste immunoloogilisi aspekte, limaskestahaigustega seotut ja muud. Kirurgilise ja ortopeedilise stomatoloogia seksioonis olid ülekaalus kirurgiaalased ettekanded. See viitab hambaproteesimise ilmsel madalseisule. Räägiti diagnoosimisest, kaasasündinud suulaelõhedega laste ravist, onkostatoloogias, näo- ja lõualuude piirkonna taastavast kirurgiast. Tähelepanu keskpunktis oli stomatoloogiline implantoloogia hambareadefektide kõrvaldamiseks.

Toimus Eesti Stomatoloogide Seltsi aruande ja valimiskoosolek. Möödunud viie aasta töö aruande esitas dotsent S. Russak. Valiti uus seltsi juhatus, seekord üheksaliikmeline. Eesti Stomatoloogide Seltsi juhatusse valiti S. Hanstein, V. Pärni, K. Leps, R. Männi, V. Viikman, T. Jänes Tallinnast ja S. Russak, E. Leibur, T. Seedre Tartust. Seltsi esimehe kohustuste täitmist jätkab dotsent S. Russak. Seltsi auliikmeteks valiti H. Gross, A. Saava ja A. Müür.

Soome Tervishoiuvalitsuse esindaja Heikki Tala tervitas kooslõijaid Soome hambaarstide liidu ja seltsi nimel. Ta rõhutas profülaktika tähtsust. Turu Ülikooli professor Erkki Tammissalo tutvustas nüüdisaegset röntgendiagnoosimist ja uusimaid stomatoloogilise otstarbega röntgeniseadmeid. Esindatud oli ka Soome firma «Planmeca».

Kongressil konstateeriti, et stomatoloogia eriala arstide kvalifikatsioon on kõrge, ent puudujääke on nende käsutuses olevate tehniliste vahendite ja materjalide osas. Enamasti tuleb hambaravis ja proteesimises kasutada vananenud tehnoloogiat, mis teeb raviprotsessi aeganõudvaks ja patsientidele ebameeldivaks. Väga suur on tervist kahjustavate tegurite osa. Lubamatult väike on tervishoiutöötajate palk. Nüüdisaegsete stomatoloogiliste ravi- ja profülaktikavahendite puudumine alandab arstiabi kvaliteeti.

Kongressil otsustati järgmist: toetada 16. septembril 1988. aastal toimunud Eestimaa arstide konverentsi otsust;

kuulutada stomatoloogias prioriteetseks profülaktika laste tervise kaitsel;

alustada Eestis lähemal ajal stomatoloogia eriala meditsiiniodede ettevalmistamist; taotleda luba maksta stomatoloogidele kutsekaasluse alusel kuni 50% lisatasu juhul, kui puudub vahetu abiline, selleks kasutada keskastme meditsiini-personalile ette nähtud palgafondi;

soovitada korraldada täienduskursusi, mis ei kesta üle kuu;

nõuda üleliiduliselt teadus- ja tootmiskoondiselt «Stomatoloogia» tööstuse kiiret rekonstrueerimist ning toodangu vastavusse viimist tarbija nõudmistega, et kaotada stomatoloogiapersonali tervist kahjustavad tehnoloogiad;

arvestades tervist kahjustavate tegurite suurt osatähtsust stomatoloogide töös (sundasend, vibratsioon, metallide ja plastmasside töötlemine, nakkusoht), taotleda täiendavat tasulist lisapuhkust talvel; taotleda kaitsevahendite eraldamist — kindaid ja ühekordselt kasutatavaid maske;

nõuda üldprofiiliga polikliinikutes stomatoloogiaosakondade töö väärtustamist kogu ettenähtud palgafondi jätmisega osakonna käsutusse;

mitte rakendada Eestis nn. tööühikuid, mis lisavad arstidele tarbetut paberitööd;

taotleda Eesti NSV Ministrite Nõukogult ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogult summasid meditsiinitöötajate palga tõstmiseks juba 1989. aastal, et muuta see võrdseks Eesti töötaja keskmise töötasuga;

avaldada toetust EKP Keskkomitee büroo ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi tegevusele, mis lähtub NLKP XIX konverentsi vaimust ja EKP XI plenumi seisukohtadest uttmise edendamisel Eestis.

Tenno Jänes

16. novembril 1988 toimus **Eesti Meditsiiniõdede Seltsi aruande- ja valimiskonverents**. Konverentsist võtsid osa ka Eesti NSV tervishoiu-minister L. Karu ja teised ministeeriumi vastutavad töötajad, samuti Eesti suuremate raviasutuste juhid.

1987/1988. aruandeaasta tegevuse kohta andis ülevaate Eesti Meditsiiniõdede Seltsi esinaine M. Jürgenson. Põhitähelepanu oli pööratud töö-kultuuri tõstmisele, õdede erialateadmiste ja praktiliste oskuste süvendamisele. Korraldatud on kutsevõistlusi. Eesti 8162 õest on atesteeritud 1130. Sõnavõtjad rääkisid õdede töö ja kogu meie tervishoiusüsteemi sõlmprobleemidest.

Eesti NSV tervishoiuminister L. Karu rõhutas, et me peame selja sirgeks ajama ja ühiste jõududega toime tulema. Meditsiiniõde tähtsus nüüdisaja ühiskonnas peab suurenema.

Eesti NSV tervishoiuministri esimene asetäitja E. Palo arvas, et meditsiiniõdedele antakse vähe ja neilt nõutakse palju. Enne meditsiiniõde astumist tuleks lõpetada keskkool. Tuleb luua hästi korraldatud täiendusõppe süsteem.

Haapsalu Rajooni Keskhäigla ülemõe P. Tamme arvamus oli, et õdede palkade reguleerimine ei ole soovitud tulemust andnud. Nõuetekohasest haigete hooldamisest ja põetamisest ei saa enam rääkida, puuduvad hooldus- ja põetusvahendid. Meditsiiniõde lõpetanud õed suhtuvad töösse ükskõikselt, teistest rahvustest õed ei oska sageli eesti keelt. Ravimtaimede kogumise plaani on võimalik täita vaid siis, kui rajada ravimtaimede põllud. Haiglate personali ja haigete riietusega peaks hakkama tegelema Tallinna Vabariikliku

Haigla organisatsioonilis-metoodilise töö kabinet. Tervishoiuorganisatsioonidele tuleks sisse seada ülemõde ametikoht, vast sisu hakkaks ministeerium tegelema ka keskastme meditsiinitöötajate probleemidega.

Tallinna Vabariikliku Haigla ülemõde M. Pöder nõudis, et õdede täiendusõpe toimuks ratsionaalselt.

Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla nakkushaiguste korpuse õde M. Pikkmaa ei olnud rahul sellega, et õdesid koormatakse mõttetu kirja-tööga.

Viljandi Rajooni Keskhaigla ülemõde M. Laursoo rääkis eri keelt kõnelevate töötajate koostööst, arstide ja õdede vahelistest suhetest ning õdede suhtumisest haigetes. Kui õdede viisaka käitumise ja suhtlemisõskuse eest hoolitseb õdede nõukogu, siis milline instants peaks seda õpetama arstidele? Õdede nappus suureneb, samuti suureneb nende töökoormus, palk on aga kesine. Paljudel õdedel puuduvad normaalsed elamistingimused. Langenud on õe prestiiž, halvenenud õdedesse suhtumine. Mitterahuldav on õdede täiendusõppe korraldus. Lõpetada tuleks meditsiiniõdede koolitamine Kohtla-Järvel, piisab vene õppekeelele rühmadest Tallinna Meditsiini-koolis; tuleks kaaluda meditsiini-kooli taasavamist Viljandis. Hooldusõdede õpetamiseks on väga vaja eestikeelset õppekirjandust (käsiraamatut).

Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla peaarst V. Subi nõustus sellega, et põetamist on arstidele vähe õpetatud, samuti keskastme meditsiinitöötajate suhtlemist. Õe solvamine arsti poolt on taunitav. Õe esmane funktsioon on halastus ja suhtlemine. Meie õed peaksid haigetele rohkem naeratama, andma neile lootust ja jõudu.

Tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» peadirektori asetäitja M. Toomesoo nentis, et põetusvahendeid ja ühekordseks kasutamiseks ettenähtud süsteeme ei jätku. Väljapääsu nägi ta väikeettevõtete töölerakendamises.

Valiti uus Eesti Meditsiiniõdede Seltsi juhatus ning seltsi Põhja- ja Lõuna-Eesti osakonna juhatus. Esimesel keskjuhatuses koosolekul valiti Eesti Meditsiiniõdede Seltsi esinaiseks Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla ülemõde Teisi Remel.

Malle Laursoo

Läti Arstide Seltsi asutamise kongress toimus 18. detsembril 1988. aastal. Asutamise koosolekuks peavad nad 16. septembril toimunud koosolekut. Initsiatiivgrupi suureks üllatuseks kogunes rahva annetatud rahaga ehitatud endisesse Läti Seltside Majja üle 700 inimese, mitusada olevat ruumipuuduse tõttu jäänud ukse taha. Otsustati, et Läti Arstide Selts tuleb asutada.

18. detsembril tuldi uuesti kokku, et valida juhtorganid ja määrata olulisemad arengusuunad. Läti Arstide Seltsi asutamise kongress peeti Spordimaneežis. Kokku oli tulnud 2380 arsti, enamik neist lätlasi. Koosolek algas kell 10 ja lõppes kell 17, sest siis tuli ruum vabastada. Sõnavõtte oli palju ning enamikus olid need lätlaskult temperamentsed. On ju teada, et lõunanaaberitel on valupunkte rohkemgi kui meil.

Väga paljud sõnavõtjad rääkisid ökoloogia-probleemidest: Ventspilsis asuvast keemiateshasest, mille avarii korral oleksid tagajärjed veelgi raskemad kui Armeenias maavärinal; plaanidest rajada Lätisse radioaktiivsete jäätmete hoiustamise koht ja muust. Arutati Väli-Läti kolleegidega koostöö tihendamise plaane. Juba 1989. aasta juunis toimub konverents, kuhu olevat lubanud tulla vähemalt 300 välismaal elavat lätlasest arsti. Juhiti tähelepanu vajadusele tihendada Balti liiduvabariikide meedikute vahelist koostööd.

Mitu sõnavõtjat tegi etteheiteid Läti tervishoiu-ministri V. Kanepile. Võib-olla just sellepärast olid läti kolleegid oma seltsi põhikirjas tuliselt vastu tervishoiuorganisatsioonide osavõtule seltsi juhtorganite tööst. Tõsi küll, põhikirjast jäigi selgusetuks, kas ka näiteks osakonnajuhatajad kuuluvad nende hulka, keda juhtorganisse ei saa valida. Üldse näisid initsiatiivgrupis tooni andvat nii umbes 30-aastased nn. noored vihased mehed. Eriti palju oli nende hulgas kirurge ja reanimatolooge-anestesiolooge.

Valiti 90-liikmeline duuma, selle liikmed valisid endi hulgast omakorda 12-liikmelise juhatus, presidendi ja kaks asepresidendi. Presidendiks sai väikse olemisega sümpaatne noor habemik V. Strazdinš, kes oskavat viit keelt. Moodustati ka hulk komisjone, neist üks — seltsielu komisjon — Eesti Arstide Liidu esindaja tungival nõuandel.

Arvestades reaalses situatsioonis Lätis, kinnitati põhikirjas, et Läti Arstide Selts on puhtprofessionaalne, mitte ühiskondlik-poliitiline organisatsioon. Ent samas jäi mulje, et enamik initsiatiivgrupist on Läti Rahvarinde aktivistid. Kongressi presiidiumi laual olid kolme Balti liiduvabariigi rahvuslipud, kuid leedulasi siiski kohal ei olnud.

Spordisaalis oli suur tabloo, kust iga sõnavõtja sai näha, kui mitu minutit ta on rääkinud, kui palju tal on aega veel rääkida.

Ja sõnad samal tablool: «*Gens una sumus*». Jah — oleme kõik üks pere!

Matti Tarum

Üleliiduline arstide kongress oli 16...19. oktoobrini 1988 Moskvas. Samavõrd ülepeakaela, kui toimus Moskva kongressi ettevalmistamine, toimusid sellega seotud ettevõtmised ka Eestis.

1988. aasta kevadel kabinetivaikuses koostatud delegaatide nimekirjaga ei olnud arstid rahul. Järgnes delegaatide valimine mõnevõrra demokraatlikumatele printsiipidele tuginedes. Seejärel peeti Eesti arstide konverents, kus formuleeriti meie arstikonna arusaamad siinse tervishoiukorralduse praegusest seisust ning võimalikud lahendusteel kriisist väljumiseks.

25-liikmeline Eesti arstide delegatsioon võttis Moskvasse kaasa Eesti arstide delegatsiooni platvormi ja Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi majandusajanduse poolt koostatud suurepärase kogumiku praeguste normatiivdokumentide puuduste kohta koos hädavajalike parandustega.

Moskva kongressile oli saabunud kokku 4854 arsti. Neist olid 3096 tegevast, 1016 mitmesu-

gusel tasandil pearstid. 702-1 oli teadlaskraad. Seda, et kohalesaabunuist tõsiselt lugu peeti, näitasid mitmed tervitustransparendid Moskva tänavail, neljakordne dokumentide kontrollimine enne kongressisaali sisenemist ning NLKP Poliitbüroo osavõtt esimesest istungist.

Pikema sõnavõtuga esines NSV Liidu tervishoiuminister J. Tšazov, kes oma juhitud tervishoiuvõrgule kuigi kõrget hinnangut anda ei saanud. Vaatamata tervishoiukorralduse raskele olukorrale, olid nii ministri kui ka hiljem esinevate sõnavõtud üldiselt leebed ning vaid mõni sisaldas konstruktiivseid parandusettepanekuid. Enamik sõnavõtjaid kurtis halba olukorda ning ootas abi, ükskõik kust see peaks ka tulema.

Nõukogude Liidus on suhteliselt rohkem arste kui üheski teises riigis, viimase 20 aastaga on arstide arv kahekordistunud. Mingit nähtavat efekti see aga andnud ei ole ja paljudes kohtades on ikka veel väga raske arstiabi saada. Haigete haiglas viibimise aeg on 20 aasta jooksul tunduvalt pikenenud ning asjatu haiglaravi läheb riigile maksma 340 miljonit rubla aastas.

Kõik see saab alguse rahva elamiskultuurist. Kuidagi ei saa õigustada olukorda, et 30% terviseohtliku töö tegijaist on naised, et aastas tehakse 6,5 miljonit aborti, et Kesk-Aasias on 80% sünnitusealistest naistest aneemiaga põdejad, et aastas sureb paarkümmend tuhat inimest soole-nakkushaigustesse ja et suitsetamine ei näita vähenemistendentsi.

Tõsised on kaadriprobleemid. Kõrgkoolid kipuvad üha enam sarnanema seminari või tehnikumiga. Meie arstiteaduskondade õppejõudude töökoormus on praegu mitu korda suurem kui teiste riikide õppejõududel. Seejuures tuleb õppejõul juhendada õppeprogramme, mida sageli muudetakse, kusjuures muutjad on vähemikuid õpetamise kui ka arstimise alal.

Paljud õppejõud kurtsid, et praegustel tudengitel, tulevastel arstidel, on vilets üldhariduslik ettevalmistus, kitsas silmaring, nad ei loe ilukirjandustki, rääkimata erialakirjandusest. Viimast pole kuigi kerge hankida ning paljude õppejõudude ainukeseks teabeallikaks on metoodilised kirjad.

Seetõttu ei saagi imestada, et meie maa arstiteadus on maailmatasemest kaugele maha jäänud. 92 000 nõukogude arstiteadlast ei ole teadusele viie aasta jooksul juurde andnud midagi uut. Veel hullem on, et me ei suvatse isegi edasijõudnuilt õppida ning tegevarstile on teadmiste täiendamine välismaal seni jäänud vaid unistuseks.

On üles kasvanud terve plejaad selliseid arste, kes ei tahagi haigest midagi teada, eriti kui see põeb kroonilist haigust või on invaliid. Ilmekaks näiteks oli selles suhtes paljude kongressist osavõtjate lausa barbaarne reaktsioon Arstliku Töövõimetusekspertiisi Komisjoni arsti A. Kotšetova südamevaluga öeldud sõnadele invaliidide väga halva olukorra kohta meie riigis.

Millega tegelevad need inimesed, kellel on arstidiplom? Arstid kipuvad kurtma ülekoormust. Kuid mitmest sõnavõtust selgus, et vaid 20%

arstidest on oma erialatööga tõsiselt koormatud, ülejäänute põhitegevus ei ole arstiteadust.

Ei ole kerge maa-arstil, kelle käsutuses on vaid fonendoskoop, kimp instruksioone ja kuhi probleeme, ei ole kerge ka tervishoiuorganisatsioonidele. Üks Turkmeenia kiirabi arst väitis, et ta on hästi töötanud, kui jõuab abivajajani 3...4 päevaga. Meil Eestis ei olda rahul, kui selleks kulub 10...15 minutit.

Tõsine häda on haiglatega. Kuigi J. Tšazov luges ette arve ja oli rahul sellega, et viimastel aastatel on tervishoiuvõrgu käsutusse antud palju hooneid ja varustust, mõjus Kasahhi NSV tervishoiu ministri selgitus üpris kainevalt. Need on ju kõik kohandamis vajavad hooned, mitte haiglad, ning õiget haiglat ei saa neist ikkagi. Praeguse ni ei ole sadades meie maa raviasutustes veevarustust ega kanalisatsiooni.

Joogivesi on muutunud üheks meie maa tervishoiu sõlmküsimuseks. Nagu selgus, on piirkondi, kus inimene saab ööpäevas vaid 4...5 liitrit vett.

Meie delegatsiooni platvormi esitas kongressil kirurg Rando Truve, kelle ettekanne põhjustas kongressil tõsise ärevuse. R. Truve loobus hädaldamisest ning puuduoleva loetlemisest ja esitas selge plaani praegusest olukorrast pääsemiseks. Ärevus tekkis nii kongressi korraldajate hulgas, kes organiseerisid kohe mitu kriitilist väljaastumist Eesti NSV delegatsiooni seisukohade vastu, kui ka nende hulgas, kes vajadisid R. Truve öeldu mõistmiseks lihtsalt aega.

Otseselt R. Truve ettekande jätkuks olid Kemerovo ja Karaganda esindajate sõnavõttud. Nad rääkisid sellest, millist edu võib saavutada, kui tervishoiu juhtimine võtta kohalike võimude kätte.

Kõige üllatavamana mõjus aga moskvalasest kardioloogi I. Sviridovi sõnavõtt, kes kahtles NSV Liidu Tervishoiu ministeeriumi võimekuses midagi parandada. Ta ütles, et praeguse ministri ametisoleku ajal ei ole ju midagi muutunud, ei ole vähenenud ministeeriumiametnike hulk, väljasaadetavate paberite kogus ega asjalikumaks muutunud paberite sisu. Kirjad on ainult asendatud telegrammidega.

Mitu sõnavõtjat rääkis meie meedikute tublist tööst Afganistanis. Kordagi ei esitatud aga küsimust, kas meie arstid ei ole olnud liialt passiivne võitluses nende jõudude vastu, kelle tõttu Afganistani tragöödia toimuda sai.

Kongressil võeti vastu ka resolutsioon, milles Eesti arstide delegatsiooni ettepanekul rõhutati tervishoiu juhtimise detsentraliseerimise vajadust. Kas midagi ka muutub, on teadmata. Igal juhul ärataki osa meedikuid autogeensest heaolustundest ning ilmselt ergutati ülejäänud kodanikke mõtlema tervisele.

Meil, eesti arstidel, tuleb aga vähemalt esialgu kõnida oma valitud teed üksi. Aeg peab küpsema! Aeg annab arutust!

*Eesti Arstide Liidu viitsepresident
Andres Ellamaa*

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

UDK 614.2(474.2)

Uus Harju Rajooni Keskhaigla Keilas

Harju rajooni uue keskhaigla kohta andis selgitusi Eesti NSV teeneline arst, Harju rajooni peaarst **Harry Raaga**.

Võrreldes teiste Eesti maarajoonidega, on Harju rajoonil mitmeid suuri erinevusi, üks ja peamine neist — Tallinna lähedus. Kahjuks arvestatigi pikka aega Harju rajooni arstiabis just

seada, et haiged võivad ka Tallinnast abi saada. Tegelikult kasvab Tallinn ise nii kiiresti, et ei jätku oma elanikele vajalikul määral haiglakohti. Seega ongi olukord selline, et kui Eestis tervikuna on 1000 inimese kohta 12,5 voodikohta, siis Harju rajoonis vaid 4. Rajoonis on 6 väikest (igaühes 15..25 voodikohta) ja 4 suuremat haiglat (55..125 voodikohta), mis asuvad amortiseerunud hoonetes, 13 ambulatooriumi ning 22 velskri- ja ämmaemandapunkti.

Et Harju rajooni elanike hospitaliseerimisega on äärmiselt suuri raskusi, kerkis uue keskhaigla ehitamise küsimus üles juba 11 aastat tagasi. Tegelikult alustati ehitusega 1986. aastal ja lõplikult peab rajoonihaigla valmima 1990. aastaks. 400 voodikohaga keskhaigla, mis tuleb sisseseadelt üks Eesti parimaid, parandab rajooni elanike statsionaarset abi tunduvalt. Osa sisustust ja aparatuuri on Ungari firmalt «Medicor». Haigla üldmaksumus

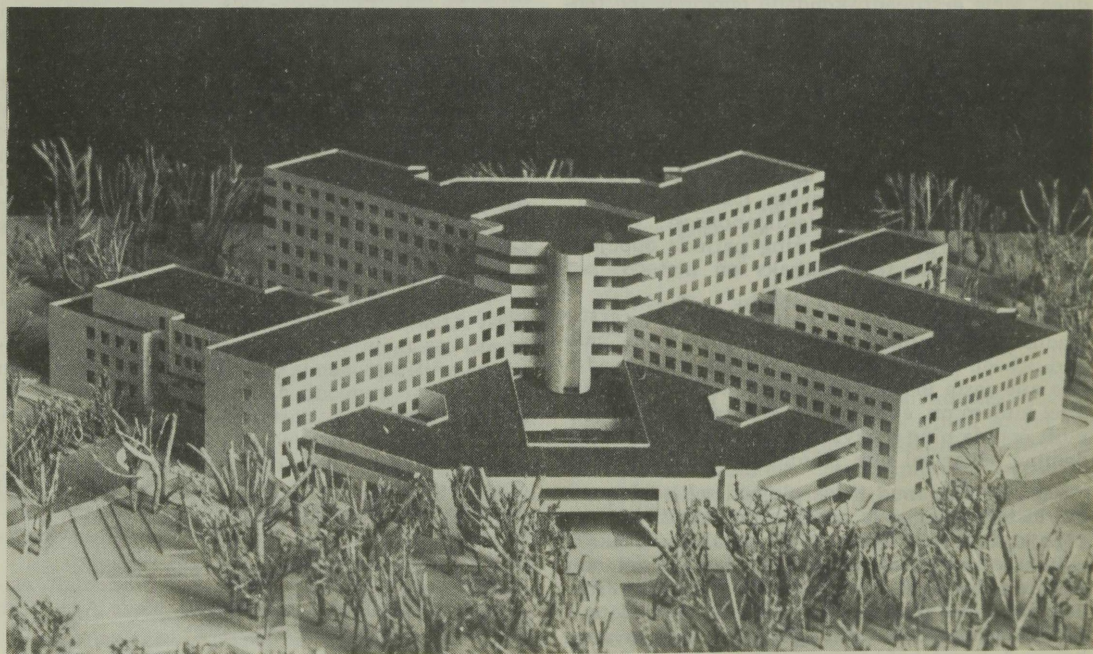


Foto. Harju Rajooni Keskhaigla maketi eestvaade. Ees keskel administratiivkorpus, paremal laborikorpus ja lastekorpus, vasakul sünnituskorpus. Kõrgema osa moodustab palatikorpus koos operatsiooniploki ja vastuvõtuosakonnaga.

on üle 10 miljoni rubla, ehitajaks on Harju KEK. Projekti autoriteks on «Eesti Projekti» arhitektid K. Luts ja H. Aru ning projekti peainseneriks M. Kuusk.

Ehitus on keerukas ning seetõttu tekkis palju probleeme, mille lahendamisel meedikudki abiks pidid olema. Siiski suudeti plaanist kinni pidada ja 1988. aasta detsembris võeti vastu haigla esimene järk ning selle aasta 10. veebruaril toimus pidulik avamine. Avamisel kõnelesid Harju Rajooni RSN Täitevkomitee esimees E. Luik ja Eesti NSV tervishoiuministri esimene ase-täitja E. Palo. Lindi lõikas läbi Eesti NSV Riikliku Ehituskomitee esimees P. Palu. Tutvuti ruumidega, austati tublimaid ehitajaid, haigla esimese järgu kohta öeldi palju häid sõnu.

Haigla esimesse järku kuulub korruseline peahoone kirurgia-, k teraapia-, ortopeedia-traumatoloog, günekoloogia- ja vastuvõtuosakonna ning köögiploriga. Peale nende kuulu- vad esimesse järku ka laborikorpus füsioteraapiaosakonna ning apteegiga, samuti tehniline korpus. Haigla esimese järgu käikuandmisega laienes seega Harju rajooni statsionaarne arstiabi tunduvalt (240 voodikohta), suurenes funktsionaaldiagnostika, laboratoorsete ja röntgenoloogiliste uuringute tege- mise võimalus.

Keila haigla teine järk, kuhu kuulu- vad 60-kohaline sünnitusosakond ja 40- kohaline neuroloogiaosakond ning ad- ministratiivhoone, peab valmima sel aastal ning 1990. aastaks peavad valmis olema ka 60-kohaline lasteosakond ning patoanatoomiakorpus.

Uue rajoonihaigla peaarst on R. Kot- kas, üldse hakkab seal tööle ligikaudu 70 arsti, 350 keskastme meditsinitöta- jat ning üle saja insenertehnilise töötaja. Hetkel on need arvud muidugi väiksemad ja teiste uute haiglate kogemustele toetudes võib arvata, et haigla lõplikust vastuvõtmisest kulub veel tavaliselt paar-kolm aastat, kuni kõik tõesti korras ja paigas on ning haigla täispingega töötada saab.

Harju rajooni meditsiinasutustest valmivad sel aastal veel Rummu ambu- latorium, Kehra ambulatoorium-ap- teek ja Kuusalu ambulatoorium ning Koidula kolhoosi arstipunkt. Lähemal ajal on plaanis ehitada Kose, Aruküla, Laagri ja Loksa ambulatoorium-apteek, Ravila haigla ning Paldiski haigla ja polikliinik. Projekteerimisel on ka uus Harju Rajooni Keskpolikliinik.

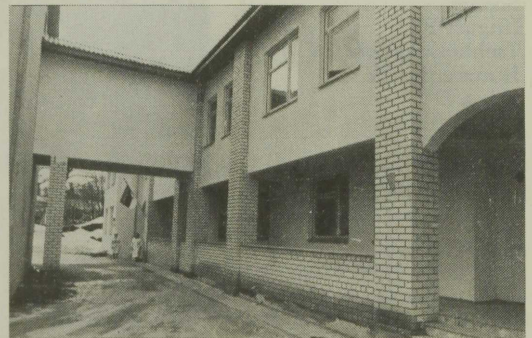
Helle Brus

UDK 614.2(474.2)

Uus polikliinik Otepääl

Jaanuarikuu esimesel tööpäeval avas ukseid Otepääl uus polikliinik. Poli- kliniku ainuprojekti autor on insti- tuudi «Eesti Maaehitusprojekt» arhi- tekt Urve Rukki, peainsener Harald Pöldemaa. Hoone ehitas Valga MEK. Ehitamise eellugu on pikk, ent seda meeldivam, et maja ehitati valmis ühe aastaga ning töö on tehtud hästi.

Hoone on kahekorruseline ning ühes kompleksis haiglagaga, mida ühendab galerii. Polikliinikus on kasulikku pinda 1200 ruutmeetrit. Esimesel korru- sel asuvad registratuur, laboratoorium, röntgeni-, laste- ning protseduuri- kabinet koos puhkeruumiga, samuti jaoskonnaarstide kabinetid. Teisel kor-



Fotol Otepääl uus polikliinik. E. Normani foto.

rusel on kirurgiakabinet koos sidumistubadega, elektrerravi-, hambaravi-, ravikehakultuuri-, naiste-, EKG-kabinet ning veel teisigi eriarstikabinette.

Polikliinik läks maksma üle poole miljoni rubla, millest diagnoosimis- ja raviaparatuur maksis 180000 rubla. Haigla peaarst Kaja Aidla peab olemasolevat aparatuuri ajakohaseks ning praegu ka piisavaks. Päevas on võimalik vastu võtta 300 patsienti ning polikliinikus saavad arstiabi Otepää linna ja külanõukogu ning Palupera külanõukogu elanikud.

Mall Kuusma

Euroopas registreeritud omandatud immuunpuudulikkuse sündroomiga (AIDS) haigete arv

Riik	Haigusjuhtude arv
Prantsusmaa	4874
Saksamaa Liitvabariik	2580
Itaalia	2556
Inglismaa	1862
Hispaania	1850
Madalmaad	676
Sveits	605
Belgia	480
Taani	345
Rootsi	235
Austria	220
Portugal	181
Kreeka	151
Norra	95
Iirimaa	64
Jugoslaavia FSV	58
Soome	37
Ungari RV	15
Tšehhoslovakkia SV	12
Rumeenia RV	9
Saksa DV	6
NSV Liit	4
Poola RV	4
Ülejäänud riikides on haigusjuhte vähem	
Kokku	16883

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

UUSI RAVIMEID

AEROSOOL «EFATIIN»

(*Aerosolum Ephatinum*, аэрозоль «Эфатин»)

Efatiin sisaldab toimeainetest atropiinsulfaati, efedriinhüdrokloriidi ja novokaiini. Ravim on pihustiga varustatud aerosoolballoonis.

Efatiini kasutatakse õhupuudushoogude kupeerimiseks kerge ja keskmise raskusega bronhiaalastma korral, samuti astmaatiliste seisundite kupeerimiseks hingamisteede krooniliste haiguste, pneumoonia, bronhiidi, kopsuemfüseemi, bronhoektaasia puhul.

Peendisperselt pihustunud aerosool, tunginud sügavale kopsudesse, lõõgastab bronhe ja vähendab bronhide ning süljenäärmete sekretsiooni. Ravimi toime avaldub kohe pärast inhaleerimist ja kestab 2...3 tundi.

Efatiini inhaleeritakse 1...5 korda päevas. Kasutamise kestus ja sagedus sõltuvad haige seisundist. Ühe survega pihustub balloonist 0,1 g ravimit. Ühekordne ravimi annus on 0,2...0,5 g (2...5 survet). Keskmine annus — 0,3 g sisaldab 0,2 mg atropiinsulfaati — on 0,5 mg efedriinhüdrokloriidi ja 0,4 mg novokaiini.

Ravimi manustamisel hingatakse sügavalt sisse ja asetatakse pihusti huulte vahele. Kergelt pihustile vajutades juhitakse ravim hingamisteedesse. Oluline on seejuures mõni sekund hinge kinni pidada.

Ravimi manustamine võib mõnikord põhjustada kurgus kipitust, kõha, kuivustunnet suus, südamepekslemist. Sel juhul tuleb ravi katkestada.

Vastunäidustused efatiini kasutamisel on nagu atropiini ja efedriini korralgi glaukoom, stenokardia, arteriaalne hüpertensioon.

Efatiini toodetakse dosaatoriga aerosoolballoonis. Ballooni sisu on rõhu all.

30 g efatiini maksab 90 kopikat. Ravim kuulub A-nimekirja. Säilitatakse temperatuuril +3...+35° C. Vältida tuleb võimalikke lööke ja pakendi kukkumist. Kaitsta otsese päikesekiirguse eest.

Uus kodumaine preparaat.

Aino Jürison

INTERVJUU

Psühhiaatriast ja psühhoterapiast

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri väliskontaktid on oluliselt laienenud. Kateedri ja psühhiaatriakliiniku tööga on käinud tutvumas ning ühist teadustööd kavandamas silmapaistvaid teadlasi nii Euroopast kui ka Ameerikast. Toome lugejateni psühhiaatria kateedri kolme külalise nägemused ja hinnangud oma maa psühhiaatria ja psühhoterapia probleemide kohta. Neist on ka meil mõndagi õppida.

Kalifornia Ülikooli professor Warren Brocci,

Kuidas hindate psühhiaatria olukorda USA-s?

Psühhiaatria on USA-s kõrgelt arenenud. Meie ligikaudu 500 000 arstist on umbes 7% ehk 35 000 psühhiaatrid.

Kuidas toimub psühhiaatrite ettevalmistus?

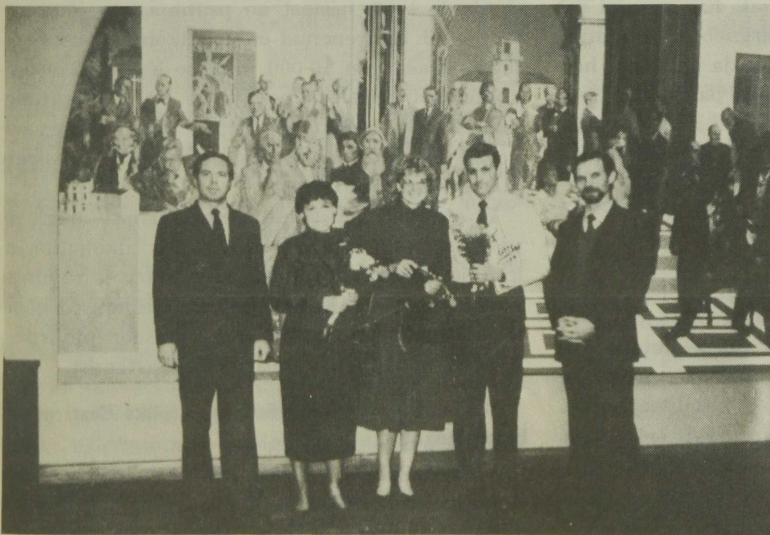
Psühhiaatrid nagu teistegi erialade arstid saavad põhilise meditsiinilase väljaõppe üldiste õppeprogrammide alusel meditsiinkoolides. Meditsiinkoolid on tavaliselt mingi ülikooli osaks. Enne meditsiinkooli astumist tuleb lõpetada

kolledž, kus õppetöö kestab neli aastat. Lõpetanud on saanud bakalaureuse kraadi ja on meditsiinkooli astudes enamasti 21... 22-aastased.

Meditsiinkooli nelja-aastane õppekava on jaotatud kahte ossa. Esimesel kahel õppeaastal kuulatakse põhiliselt loenguid ja töötatakse laboratooriumides. Nii saadakse teadmised meditsiini põhidistsipliinide ja nende haiguste kohta, mis on seotud eri elundsüsteemidega (närvisüsteemihaigused, neeruhaigused, verehaigused jne.). Järgmisel kahel aastal on ette nähtud töötada kliinikus. On võimalik praktiseerida viiel peamisel alal: sisehaigused, kirurgia, pediaatria, sünnitusabi ja günekoloogia ning psühhiaatria.

Ma tahaksin siinkohal rõhutada, et kuigi meditsiinkoolidel on ühesugused õppeprogrammid, on teatud individuaalne valikuvabadus alati lubatud. Esimese kursuse üliõpilastele antakse 20 loengutunni jooksul lühike ülevaade inimese käitumise kohta. Vaatluse alla on võetud inimese normaalne kasv ja tema areng sünnist täiskasvanuks saamiseni.

Teisel kursusel käsitletakse põhiliselt psühhopatoloogiat. 30... 40 loengutunni jooksul räägitakse psüühiliste haiguste mitmekesisusest, nende ilmingutest, etioloogiast ja ravist. Teise kursuse üliõpilastele on ette nähtud ka haigete küsitluse kursus. Iga üliõpilane küsitleb väikest hulka psüühiliselt haigeid ja kirjeldab üksikasjalikult iga haige kohta saadud andmeid. See võimaldab üliõpilasel tutvuda psüühiliselt haigete küsitluse meetodikaga ja aitab ühtlasi vähendada hirmu kontakti ees raskelt haigetega.



Fotol vasakult: Tartu Psühhiaatriakliiniku peaarst A. Adamsoo, Seija Tamminen Soome Televisioonist, proua Linda Brocci, prof. Warren Brocci, dotsent L. Mehilane.

Peamine osa psühhiaatriaalasest väljaõppest toimub kolmandal kursusel. Üliõpilased on siis kuus nädalat psühhiaatriastatsionaaris praktilal. Selle aja jooksul tegeleb üliõpilane õppejõudude ja haigla arstide juhendamisel tavaliselt raskelt haigete seisundi hindamise, samuti ravi ja diagnoosimisega.

Meditsiinikooli neljandal kursusel jäetakse üliõpilasele võimalus suures osas ise oma õppeaega jaotada. Psühhiaatria vastu erilist huvi tundvad üliõpilased töötavad kliinikus või siis võtavad osa mõne uurimisrühma tööst.

Kui üliõpilane soovib psühhiaatria alal spetsialiseeruda, ootab teda pärast meditsiinikooli lõpetamist ees nelja-aastane lisaväljaõpe. Esimene on internatuuriaasta ja see koosneb vähemalt kuus kuud kestvast üldmeditsiinipraktikast (soovi korral võib see ka kauem kesta) ja kuni kuus kuud vältavast psühhiaatriapraktikast. Esimesel aastal on ette nähtud ka kahekuuline neuroloogiapraktika. Väljaõppe järgmist kolme aastat nimetatakse ametikohal väljaõppe aastateks (*residency training*). See jaotatakse järgmiselt: ligikaudu aasta töötatakse haiglas, aasta meie mõiste järgi ambulatooriumis või polikliinikus, neli kuud tuleb töötada konsultandina lastepsühhiaatria ja neli kuud psühhiaatria alal üldhaigla sisehaiguste ja kirurgiaosakonnas.

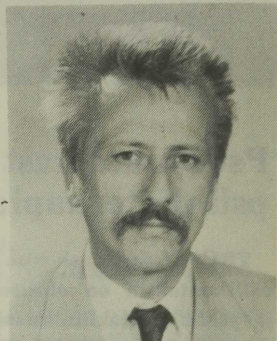
Kuidas toimub atesteerimine?

Vastavalt ametikoha väljaõppe lõpphinnangule sooritavad psühhiaatrid kahest osast koosneva psüühiliste haiguste eksami. Eksami esimene osa on kirjalik: $\frac{1}{4}$ selle mahust käsitleb neuroloogiat ja ülejäänud psühhiaatriat. Kui eksami see osa on edukalt sooritatud, järgneb kahetunnine katse. Esimesel tunnil on eksam ja patsiendi haigusloo arutelu, teisel tunnil aga patsiendist tehtud videosalvestuse jälgimine ja arutelu. Ükskõik kui prestiižikas kirjalik tõend eksami eduka sooritamise kohta ka ei oleks, lubatakse praktilise tegelda siiski ka ilma selleta.

Millised on Teie arvates psühhiaatria olulisemad probleemid?

Tähtsamateks psühhiaatria ülesanneteks on kõige raskemaid ja invaliidistumist põhjustavaid vaimuhaigusi põdejate ravi ja rehabiliteerimine. USA-s on finants- ja raviressursid eelistatult eraldatud nende ägedate haigusvormidega patsientide tarvis, kes kõige tõenäolisemalt on ravitavad.

Ungari Neuroloogia ja Psühhiaatria Instituudi direktor Andras Veer.



Missugused on Ungari psühhiaatria põhiprobleemid?

Ungari psühhiaatril on pikk ajalugu, selles on oma nime jäädvustanud Sándor, Meduna, Ferenci jt.

Selle sajandi algul levisid minu kodumaal kõigepealt psühhiaatria psühhoanalüütilised suunad, hiljem bioloogiline psühhiaatria. Tugevnenud on bioloogilise psühhiaatria orientatsioon, palju on tehtud biokeemia- ja farmakoloogiaalaseid uurimusi. Viimase 30 aasta jooksul on arenenud sotsiaalpsühhiaatria ning viimasel 15 aastal psühhiaatria psühhoterapeutiline suund. Õppeprogrammidesse on võetud ka psühhoteraapia õpetamine. Peaaegu 30 aastat unaruses olnud psühholoogiline haridus on saanud uuesti eluõiguse ning uurimisinstituutidesse võetakse järjest rohkem tööle psühholooge.

Alates 1969. aastast on psühhiaatria jõudsasti arenenud. Suurenenud on voodikohtade arv haiglates. Praegu on 10 000 inimese kohta 12 voodikohta psüühiliselt haigete jaoks. Välja on kujunenud nüüdisaja nõudeile vastav närvihaiguste ravi võrk, mis korraldab oma polikliiniliste haigete järelevalve ja hoolduse.

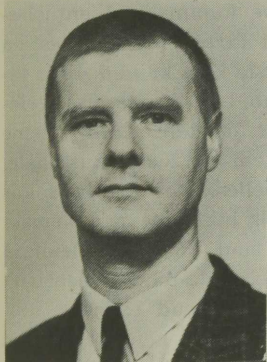
Peaesmärk on nüüdisaegse vaimse hügieeni väljakujundamine. Laienenud on alkoholipruukimine, suurenenud enesetapjate arv ja ravimite kuritarvitamine. Kõik see ja mitmesugused noorte käitumishälbed nõuavad tõhusate pidurdusvahendite väljatöötamisega kiirustamist.

Milliseid võimalusi näete koostöökis Eesti psühhiaatritega?

Tutvunud põgusalt teie probleemidega, arvan, et üks koostöö valdkondi võiks olla psühhogeenia. Arvan, et võiksite jagada oma kogemusi

meditsiinipsühholoogia ja psühhoterapia õpetamise osas. Näib, et Eestis on psüühikahäiretega haigete ravis hästi rakendatud bioloogilisi meetodeid. Muret tekitab on suurenev suitsiidide arv nii Eestis kui ka Ungaris. Muu hulgas, ka Soomes on suitsiide palju. Kuuldavasti kavatsetakse Eestis tegelema hakata farmakokineetikaga. Ungari spetsialistidel on selles osas pikaajalised kogemused.

Saksa DV peapsühhoterapeut, Karl Marxi nimelise Leipzigi Ülikooli professor meditsiinidoktor Michael Geyer.



Milline on psühhoterapia kontseptsioon Saksa DV-s?

See põhineb eriala rahvusliku ja rahvusvahelise seisundi põhjalikul analüüsil ja lähtub senisest arengupidevusest Saksa DV-s ning arvestab teiste riikide kogemusi.

Milline on psühhoterapia kasutusala?

Kuigi psühhoterapia eridistsipliinina on kasutusel peamiselt neurooside ning isiksusehäirete profülaktikas, ravis ja rehabiliteerimises, on ta meil laialt kasutusel ka teistel erialadel, näiteks sisemeditsiinis, onkoloogias, günekoloogias, peidiatrias. Silmapaistvaid tulemusi oleme saanud reumahaigete ning opereeritud südamehaigete ja dialüüsitud haigete, alkoholismi, suitsetamise, diabeedi, ülekaalulisuse all kannatajate kompleksravis ning rehabiliteerimises.

Psühhoterapiat rakendatakse üldmeditsiinis peamiselt põhiravi koosseisus:

profülaktika valdkonnas tervisliku eluviisi ja käitumise sisendamisel, iatrogeenia vältimisel, tehnika õpetamisel psühhosotsiaalsetest probleemidest paremaks jagusaamiseks;

ravi valdkonnas — haigusest tulenevate psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisel, tervistumise soodustamisel, funktsionaalsete häirete kõrvaldamisel;

rehabilitatsiooni valdkonnas — rehabilitatsiooni subjektiivsete takistuste kõrvaldamisel, sotsiaalse reintegratsiooni juhtimisel, patsiendi esmaabistamise potentsiaali toetamisel.

Iseloomustage psühhoterapia praegust seisut Saksa DV-s.

1960. aastal asutati Meditsiinilise Psühhoterapia Selts. Seltsis on üle 1600 liikme, 15 regionaalühingut, 8 sektiooni ja 5 erialadevahelist ametiühingut. Psühhoterapia üldarengule on seltsi asutamine mõjunud soodsalt. Sellega on ära hoidud psühhoterapia killustumine, on saavutatud koolkonna ühtsus. Oleme suutnud välistada nn. psühhobuumide kommertstendentsid, ebateaduslikud parapsühholoogilised ja sensatsioonimailgulised ilmingud. Praegu töötab Saksa DV teravishoiusüsteemi 36 statsionaarses ja 20 ambulatoorses psühhoterapiaasutuses 80 arsti, 75 meditsiinipsühholoogi ja 240 keskastme meditsiinitöötajat. Üldmeditsiinis tegeleb psühhoterapiaga üle 800 eriettevalmistuse saanud arsti ja umbes 700 meditsiinipsühholoogi. Arvan, et psühhoterapia võimalused ei kata vajadusi. Näiteks ühes Saksa DV suurlinnas tehtud epidemioloogiliste uuringute andmeil vajab üldmeditsiinasutustes ravitavatest haigetest 25% eripsühhoterapiat ja 37% üldist või erialaspetsiifilist psühhoterapiat.

Suhteliselt rahuldav on olukord Potsdami ringkonnas, kus 450 arstist 50-l on psühhoterapeudi lisaeriala. See on võimaldanud Potsdami ringkonnas tunduvalt vähendada töövõimetuse ja invaliidsusjuhtude arvu. Märkatavalt on vähenenud ravimite tarvitamine. Nimetatud tendentsid on eriti ilmsed kardioloogiliste haigete korral.

Kuidas omandavad arstid ja teised spetsialistid psühhoterapeutilise hariduse?

Arstid saavad psühhoterapiateadmised ja esialgsed kogemused täienduskursustel. Psühholoogidel on nõutav kliinilise meditsiinipsühholoogi lisakvalifikatsioon.

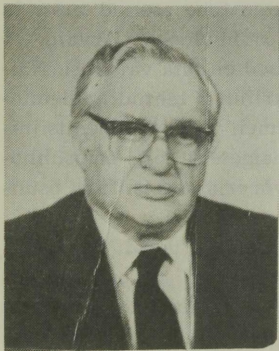
Olen arvamusel, et olenevalt erialast on vajadus psühhoterapeudi lisaerialaga arstide järele üldmeditsiinis üks 10...15 arsti kohta. Psühhiaatrias ja neuroloogias peaks psühhoterapeudi lisakvalifikatsioon olema igal kolmandal arstil.

Ei ole reaalne, et iga psühhiaater *a priori* valdab või peab valdama psühhoterapiat. Seda peab siiski eraldi õppima.

Intervjuueerinud Lembit Mehilane

Pavel Bogovski mõtisklusi

NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentlike, Eesti NSV teeneline teadlane, üks aja- kirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» asutajaid, paljusid ühiskondlikke ja organisatsioonilisi ülesandeid täitev Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kauaaegne direktor professor PAVEL BOGOVSKI on juhendanud kaheksat kandidaadikraadi taotlejat, olnud doktoritööde konsultant ja oponeerinud vähemalt 15 doktori- väitekirja kaitsmisel. Trükist on tal ilmunud üle 200 teadustöö, neist kuus monograafiat (neli kaasautorluses) ja üle 50 kirjutise välismaal. Ka tsiteeritavuselt on juubilar Eesti arstiteadlaste esireas, nii et ta ei vaja tutvustamist ei Eestimaal ega raja tagagi. Küll aga pakuvad 10. märtsil 1989 70-aastaseks saanud väljapaistva teadlase mõt- ted hinnatavat lisa ametlike teatmeteoste kui- vale faktide loetelule.



Jällegi on eluteel läbitud kümme aastat ja traditsiooni kohaselt on põhjust heita pilk käi- dute teele ning teha vahekokkuvõte.

Tundub, et nii mõndagi on saavutatud, kuid ikkagi jääb mingi rahuldamatuse tunne — meie meditsiin on nimelt tehniliselt halvasti varusta- tud ja teadusjärglasi on vähevõitu. Kahjuks ei ole minu põhieriala — patoanatomia — täna- päeva noorte meedikute hulgas kaugeltki popu- laarne. Küll on aga eksperimentaalnõukogude alal töötavad kolleegid ja õpilased väga tublid ning nendega ühiselt tehtud uurimused on jõudnud rahvusvahelisele areenile. Nii oleme viimastel aastatel uurinud põlevkiviõlide fraktsioonide ning põlevkivituha tolmu kantserogeenide modi- fitseerivat toimet. Need töötulemused on ilmu- nud mitmes välismaises väljaandes. Rahvusvahe- lise Vähiuurimise Keskuse (Lyon) teadustööde 35. köites, mis muide on fikseeritud rahvusvahe-

lise käsiraamatuna, on kokku võetud peaaegu kõik meie instituudis põlevkivitoodete kantsero- geensuse kohta tehtud uurimused.

Suurt rahuldust on pakkunud ka 1968. aastal alguse saanud rahvusvahelised N-nitrosoühendi- dite alased konverentsid. Neist seitsmes oli 1981. aastal Tokios, kaheksas 1983. aastal Kanadas ja üheksas 1986. aastal Austrias. On jätkunud koos- töö USA teadlastega põlevkivitööstusega seotud tervisekaitse küsimustes. Väga hea mulje on jää- nud koostööst ka Soome, samuti Saksa DV ja Slovaki teadlastega.

Rõõmu pakkuv on olnud töö meditsiinitermi- noloogia komisjonis, kus kümme aastat entusias- tist meedikut ja filoloogit Tartust ja Tallinnast on nüüd juba üle kümne aasta koos käinud. Eriti ta- haksin siinkohal alalise abi eest tänada just keele- inimesi Ester Kindlamit ja Rein Kulli. Oleme rohelise tee avanud rohkem kui 2000 oskussõnale, mis on publitseeritud sellesamas ajakirjas kas üksiksoovitustena või siis lühemate ja pikemate terminiloenditena. Meie suur ühistöö on leidnud ka üleliidulist tähelepanu, mida näitab veebruari lõpupäeval Jürmalas toimunud esimene üle- liiduline meditsiiniterminoloogia konverents, kus 191 ettekande hulgast meie oma kuulati ära ple- naaristungil.

Ka ministeeriumi teadusliku meditsiininõu- kogu tohtus bürokraatlikus paberimajanduses on abiliste töö hinnatav. Siiski on just üleliidu- lises osas jäänud palju veel koordineerimata. Sel- les liinis on viljakamad üritused olnud iga-aasta- sed kolme nõukogu (Eesti NSV Tervishoiuadmini- steeriumi, TRÜ arstiteaduskonna ja ÜMPI) ühis- koosolekud, mida juba aastaid on peetud oktoabri- kuus ühel ajal TRÜ arstiteaduskonna päevaga. Eriti pidulik oli TRÜ 350. aastapäevale pühenda- tud ühiskoosolek 1982. aastal, kui arutasime me- ditsiiniterminoloogia komisjoni viie aasta töö tulemusi ja perspektiive.

Sellega seoses meenuvad veel kaks juubelit 1984. aastal: maikuu tähistati H. Treffneri Güm- naasiumi 100. aastapäeva ja detsembris prof. A. Valdese 100. sünniaastapäeva. Neis mõlemas osalesin suurima heameelega — sain ma ju sel- lega tänada oma noorusaegade otsimiste ja leid- miste teenekaid suunajaid ning teha neile sügava kummarduse.

NSV Liidu Riikliku Teaduse ja Tehnika Komi- tee loodusliku keskkonna kaitse kompleksprobleemide teaduslik-tehnilise nõukogu kantsero- geensete ainete moodustamise vältimise ja kah- jutustamise sektsiooni (oskame alles lohisevaid

nimetusi välja mõelda!) esimehena olen saanud teha kasulikke ettepanekuid meditsiinist kaugel seisvatele ametikeestele — inseneridele, konstruktoritele — ja paljusid ongi edaspidises töös arvestatud.

Mis nii-öelda eraellu puutub, siis on mul siiralt hea meel, et olen suutnud ennast vabastada omaaegsest nikotiiniorjusest ning tunnen taas, kui palju lõhnu on suvises looduses. Oma lõõgastuspäevad olen alati püüdnud siduda Laulasmaa ja Lohusalu värskete mereõhuga, olen sealsed metsad ja rannad lugematuid kordi läbi rännanud pikkade ja peente männijuurte otsimisel, millest maarahva eeskujul olen õppinud seene- ja marjakorve punuma. Ja loomulikult olen ise neid korve täitnud metsaandidega, millest hiljem olen keediseid ja salateid valmistanud.

Ja lõpuks. Ma ei saa ükskõikseks jääda ka kogu meie suurt maad haaranud uutmisprobleemide suhtes. Olen kindel, et meie väikese Eesti õhk-konda pingestanud rahvusküsimusi poleks olemaski, kui kõik siia elama ja tööle asunud ükskõik mis rahvusest muulased ei ajaks taga oma kasu, püüaksid töötada Eestimaa hüvanguks ja õpiksid ära kas või elementaarse kõnekeele. Tean selle tähtsust oma kogemuste varal ja elades näiteks Lyonis pidasin endastmõistetavaks vestelda prantslastega nende keeles. Sedasama püüdsin teha ka sõjapäevil Alma-Atas, kui jaoskonnarstina töötades õppisin haigla sanitari juhendamisel kasahhi keelt.

*Mõtisklused on kirja pannud
Ilmar Laan*

MEIE JUUBILARE



Paul Mallene, Tallinna Kõrg- ja Keskeriõppeasutuste Sanatoorium-Profülaktooriumi arst, sai 23. jaanuaril 70-aastaseks. Juubilar on sündinud Viljandi maakonnas talupidaja perekonnas. Ta on lõpetanud Viljandi Poeglaste Gümnaasiumi. 1946. aastal lõpetas P. Mallene Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Samal aastal asus tööle arstiteaduskonna õppejõuna, algul oli ta patoloogilise füsioloogia, seejärel hospitaalsisehaiguste ja hiljem sisehaiguste propedeutika kateedri assistent. P. Mallene töötas TRÜ-s 1976. aastani, seega 30 aastat. Juubilar on arstiteaduskonnas õppinutele meelde jäänud huumorilembese, alati optimistliku ja heatahtliku õppejõuna. Oma kasvandikes püüdis ta arendada ka kirjandus- ja teatrilembesust. Aastail 1976...1985 oli P. Mallene Tallinna Kiirabihaigla kiirabiijaama eribrigaadi kardioloog. Alates 1985. aastast on ta töötanud praegusel ametikohal. Oma eriala hea spetsialistina, oma erudeerituse, vaimukuse, abivalmiduse, kohusetundlikkuse, äärmise delikaatsuse ja rahulikkuse ning tähelepanelikkuse tõttu on ta palvinud kolleegide ja patsientide lugupidamise. Kohusetundliku töö ja ühiskondlikust tegevusest aktiivse osavõtu eest on juubilar saanud palju aukirju.



Linda Kildema, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur, sai 21. detsembril 1988 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Järvamaal Anna vallas põllupidaja perekonnas. Pärast Paide Keskkooli lõpetamist 1948. aastal asus õppima Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. 1954. aastal lõpetas ta selle kiitusega. Seejärel suunati L. Kildema tööle Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti. 1962. aastal kaitses kandidaadiväitekirja «Glükokinaasireaktsioon erütrotsüütides ja leukotsüütides ning kortisooni ja insuliini toime sellesse».

1966. aastal sai ta vanemteadurikutse. L. Kildema teadustöö põhisuunaks on ensüümide aktiivsuse määramine mitmesugustes katsetingimustes. Alates 1964. aastast on ta tegelnud eksperimentaalonkoloogiaga. L. Kildema on uurinud maksas toimuvaid süsivesikute ainevahetuse muutusi ensümolooilisest aspektist N-nitrosoühenditega indutseeritud kantserogeneesi puhul ja seda modifitseerivaid tegureid. Temalt on ilmunud ligikaudu 120 teaduspublikatsiooni. L. Kildema on osa võtnud nii biokeemia- kui ka onkoloogiaalastest teadusüritustest. Tähelepanuväärne on juubilaril ühiskondlik tegevus. Ta on üheksa aastat olnud instituudi ametiühingukomitee esimees. Juubilaril on autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga ning ta on saanud palju aukirju.



Georg Semjonov, Nõmme Haigla teraapiaosakonna juhataja, kõrgema kategooria terapeut, sai 8. veebruaril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tallinnas töölispererkonnas. Pärast Tallinna 7. Keskkooli lõpetamist astus ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonda, mille lõpetas 1954. aastal. Seejärel töötas ta Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararstina.

Aastail 1955... 1959 oli G. Semjonov Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi vaneminspektori ametikohal. Kogu selle aja vältel töötas ta kohakaasluse alusel ka Nõmme Polikliinikus vältimatu abi arstina, hiljem, aastail 1959... 1961 jaoskonnarstina. 1961. aastast alates on G. Semjonov olnud Nõmme Haigla teraapiaosakonna juhataja. Palju aastaid on ta õpetanud sisehaigusi Tallinna Meditsiinikoolis. Kutsetöö kõrval on G. Semjonov tegelnud ka ühiskondliku tööga. Ta on olnud haigla ametiühingukomitee liige ja Tallinna Sisearstide Seltsi ning Eesti Sisearstide Seltsi sekretär. G. Semjonov on esitanud konverentsidel teadusettekandeid. Trükkis on ta avaldanud 13 tööd. Juubilaril on autasustatud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja Botkini mälestusmedaliga.



Lea Boston, TRÜ arstiteaduskonna pediatraia kateedri professor, sai 17. veebruaril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus teenistuja perekonnas ning lõpetanud Tartu 3. Keskkooli. 1953. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist oli L. Boston aastail 1953... 1956 pediatraia kateedri vanemlaborant,

1956... 1968 aga Tartu Meditsiinikooli õpetaja. 1968. aastast alates on ta töötanud pediatraia kateedris: ajavahemikul 1968... 1976 assisten-

dina, 1976... 1981 dotsendina. 1981. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. 1967. aastal kaitses L. Boston kandidaadi- ja 1978. aastal doktoriväitekirja. Ta on uurinud vitamiinide ainevahetust, laste organismi vitamiinivaegusega seotud probleeme, samuti laste mao- ja sooltehaigusi. L. Boston on ligikaudu 60 teadusartikli autor ja mitme õppevahendi kaasautor. Professor L. Boston on nõudlik pedagoog, järjekindel teadustöös ja aktiivne ühiskondlikus tegevuses. Vaatamata palju energiat nõudvale kutsetööle, on juubilar olnud hoolitsev abikaasa, ema ja vanaema, alati korrektnie ning sõbralik kolleeg. Hea töö eest on juubilar saanud mitu aukirja.



Ilve-Teisi Rimmel, Vabariikliku Laevanduse Keskskooli ülemõde, sai 15. detsembril 1988 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Narvas teenistuja perekonnas 11. lapsena. 1957. aastal lõpetas ta Tallinna Meditsiinikooli velskrina. Pärast seda töötas lühikest aega Tallinna Väikelaste Kodu ja Eesti Raudteekonna Lastehaiglas. 1959. aastast praeguseni on

I.-T. Rimmel töötanud laevandushaigla süsteemis. 1978. aastast alates on ta olnud praegusel ametikohal. Tema osa haigla arengus on olnud väga suur. Peale selle on I.-T. Rimmel kontrollinud ja abistanud haigla allasutusi nii Eestis kui ka välismaal. I.-T. Rimmel on Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi liige, Eesti Meditsiinilõpetajate Seltsi esinaine. Juubilaril on autasustatud medalitega «Eeskuju-liku töö eest» ja «Teeneline juhendaja» ning tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga. Ta on saanud palju aukirju. I.-T. Rimmel on Eesti NSV teeneline tervishoiutöötaja. Juubilar on oma töö, laialdaste teadmiste ja heade organisatorivõimetega võitnud suure lugupidamise.

TARTU ÜLIKOOLIS

21. oktoobril 1988 toimus TRÜ aulas arstiteaduskonna nõukogu, Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi teadusliku meditsiin nõukogu ja ÜMPI nõukogu ühine koosolek. Arutlusel olid kliinilise morfoloogia olukord ja perspektiivid Eestis.

Põhiettekande esitas tervishoiu-ministeeriumi peapatoanoom V. Valdes. Ta märkis, et selle teema käsitlemine kliinitsistide soovil tähendab esiteks seda, et morfoloogiline diagnoosimine on ka tänapäeval kliinikule vajalik, ja teiseks, et meie morfoloogiliste uuringute tase ei rahulda kliiniku vajadusi. Nii meditsiini kui ka teiste teadusharude areng, haiguste struktuuri ja meditsiini huviobjektide muutumine mõjutab kliinilist morfoloogiat. Põhitähelepanu on nihkunud lahangutelt elupuhusele histoloogilisele diagnoosimisele, seega morfoloogia vahetule osalemisele kliinilises tegevuses.

V. Valdes rääkis ka Eesti patoanoomiatalutuse korraldusest, selle puudustest ja nende põhjustest, kaadri järelkasvust ning sellega seotud probleemidest. Prosektuurid, eriti Tartu Kliinilises Haiglas ja Tallinna Vabariikliku Haigla juures, asuvad sajandivanustes ruumides. Nõuetele ei vasta kasutatav aparatuur ega meetodika, ei jätku kvaliteetseid reaktiive ega kõrge kvalifikatsiooniga arste ning laborante. Patomorfo-

loogi elukutse ei ole populaarne, vähese huvi põhjuseks on nii nüüdisajale mittevastavad töötingimused, üldsuse suhtumine, eriala raske omandatavus kui ka materiaalse stimuleerimise puudumine. TRÜ arstiteaduskonna patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse kateedri aegunud õppebaasi ei saa kuidagi kõrvutada nüüdisaegse kliinilise baasiga. Kateedri side tegevpatoanoomidega on vähene.

V. Valdes rääkis ka neist hädavajalikest tingimustest, mis on Eesti patoanoomiatalutuse töö parandamiseks vajalikud.

H. Kapral käsitles kliinilise tsütoloogia olukorda ja võimalusi, samuti kaadri- ja varustusprobleeme.

Sõna võtsid professorid K. Villako, V. Salupere, A. Truupõld, A.-E. Kaasik ning Ü. Arend, dotsent L. Karu, U. Kööbi, A. Tamm ja paljud teised. Nad märkisid, et preparaate kvaliteet ei rahulda, täiendamist vajab ka aparatuur. Luba-matu on, et surnuid ei lahata, eriti õppebaasides. Patoanoomide kohti ei tohi täita pingereas viimastel kohtadel olevate lõpetajatega. Sobivad isikud tuleb välja valida subordinatuuris ja neid on vaja õpetada eriprogrammi järgi. Kateedris peab olema rohkem praktilist tegevust, samuti peab side tegevartistidega olema tihedam. Üliõpilaste seas ei ole see eriala populaarne, sest patoanoom ei leia sotsiaalset hindamist. Lahangust peab osa võtma suurte kogemustega kliinitsistid. Parandama peab laborantide ettevalmistust..

Prof. A.-E. Kaasik rõhutas patoanoomide ja kliinitsistide tihedama koostöö vajadust. Ta rääkis ka morfoloogiakorpuse projekteerimisest. Allakirjutanu tegi ettepaneku täiendada otsuse projekti lastepatoanoomide ettevalmistamise osas.

Prof. P. Bogovski tegi ettekannetest ja sõnavõttudest kokkuvõtte. Vastuvõetud otsuseprojek-

Foto 1. Eesti NSV tervishoiu-minister L. Karu arstiteaduskonna päevast osavõtjaid tervitamas.





Foto 2. Akadeemilise loengu pidas kardioloogia-professor A. Kliimann. V. Kutsari fotod.

tis kajastuvad patoanatoomiaalilise parandamise, kaadri ettevalmistamise ja teadmiste täiendamise teed.

Üksmeelselt otsustati esitada NSV Liidu Meditsiiniakadeemia kirjavahetajaliikme kandidaadiks farmakoloogia erialal TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri juhataja, Eesti NSV teeline teadlane prof. L. Allikmets.

Aino Paves

21. oktoobril 1988 oli ülikooli aulas kolmeteistkümnenda arstiteaduskonna päeva aktus, mille avasõnad olid arstiteaduskonna dekaanilt prof. A.-E. Kaasikult. Ta rääkis neist tänapäeva vajadustest, mis oleksid eelduseks parema arsti koolitamisel, et ta oleks laia silmaringiga, võõrkeeli oskav arstiteadusse süüviv inimene, kelle töö suhtes ei oleks rahulolematust. Meedikuid tervitasid rektor prof. J. Kärner, Eesti NSV Hariduskomitee esimees prof. V. Rajangu ja tervishoiuminister L. Karu.

Akadeemilise loengu «Südamekirurgia areng Tartus» pidas prof. A. Kliimann. Esimesed kinnised südameoperatsioonid tehti Tartus 1958. aastal, esimene löikus avatud südamel 1966. aasta märtsis. Südant opereerides raviti nii reumaatilisi kui ka kaasasündinud südamerikke. Nüüdseks on tehtud üle 3000 südameoperatsiooni, elu on tagasi antud väga paljudele lastele ja täis-

kasvanutele. Kuid operatsioonide arv peaks olema veelgi suurem, paljusid ei suudeta veel aidata. Ja seda vaid põhjusel, et ruumid on kitsad. Kardiokirurgide arv peaks samuti suurem olema. Prof. A. Kliimann rääkis teadustöö suundadest ja kirurgilise ravi tulemustest, teadustöö tulemustest, varaealiste laste ravist. Ta oli vaatluse alla võtnud ka opereerimise riski vähendamise võimalused ning hospitaalse letaalsuse. Kardiokirurgia arenguperspektiividest rääkides mentis prof. A. Kliimann, et üha enam on suurenenud vajadus erakorralise kardiokirurgilise abi järele, sest mitmesuguste südameanomaaliat esinemissagedus on suurenenud. On tähtis, et kaasasündinud südamerikete diagnoosimine täius- tuks, see on õigeaegse kirurgilise ravi eelduseks.

Sel korral pälvivad TRÜ arstiteaduskonna medali prof. A. Kliimann, prof. A. Lenzner, meditsiinidoktor T.-A. Sulling, dotsent A. Jents ja dotsent E. Tammepõld.

Vello Laos

1988. aastal esitati vabariiklikule üliõpilaste teadustööde konkursile 22 meditsiinialast tööd, neist neli nooremate kursuste üliõpilastelt. Konkursi peakomisjon otsustas kuue töö autoritele anda I järgu diplomi ja rahapreemia ning nelja töö autoritele I järgu diplomi. Nelja võistlustöö autorid said II järgu diplomi. Enamik võistlustöid käsitleb aktuaalseid meditsiiniteemasid.

I järgu diplomi ja rahapreemia said järgmiste võistlustööde autorid. TRÜ arstiteaduskonna IV kursuse üliõpilase V. Madfisi ja III kursuse üliõpilaste I. Rätsepa, E. Sandriku ning O. Florinskaja töö «Klorofossi ja äädikhappe akuutse intoksikatsiooni toime vere hüübimisesse ja reoloogilistesse näitajatesse» on valminud patoloogilise füsioloogia kateedri dotsendi K. Paju juhendamisel. TRÜ arstiteaduskonna III kursuse üliõpilase Ü. Raskovi uurimistö «Vere vormelmentidel asuvate perifeersetes bensodiasepiini sidumiskohtade iseloomustus ja füsioloogiline regulatsioon» juhendajad olid dotsent L. Rägo ja nooremteadur A. Adojaan. TRÜ arstiteaduskonna V kursuse üliõpilaste M. Rulli ja M. Pärnpuu töö «Downi sündroomi epidemioloogia Eesti NSV-s» on valminud dotsent T. Talviku ja T. Ilusa juhendamisel. TRÜ arstiteaduskonna V kursuse üliõpilaste F. Kirsi, A. Kleti, K. Hansoni võistlustöö «Elundispetsiifilise humoraalse autoimmuunvastuse määramine maksa kroonilisi haigusi põdejatel immuunsupressiivse ravi ajal» juhendajad olid vanemteadur R. Uibo ja aspirant K. Kсанд. TRÜ arstiteaduskonna VI kursuse üliõpilase M. Kuklase töö «Ajusiseste hematoomide stereotaktilise eemaldamise meetod» juhendajad olid assistent T. Asser ja vanemteadur A. Lõhmus. Arstiteaduskonna VI kursuse üliõpilaste M. Laulu ja I. Viigimaa võistlustöö «B-hepatiidi viirusmarkerid maksakoes ja vereseerumis, nende võrdlus» on valminud vanemteadur R. Uibo ja assistent T. Prüki juhendamisel.

I järgu diplomi said arstiteaduskonna VI kursuse üliõpilane A. Erik oma uurimistöö «Allergilise konstitutsiooni väljakujunemist soodustavad faktorid loote- ja vastsündinueas atoopilist dermatiiti põdevatel lastel» eest (juhendaja dotsent H. Silm); arstiteaduskonna V kursuse üliõpilane M. Kelk võistlustöö «Reieluuea aseptilise nekroosi röntgenoloogiline sümptomaatika» eest (dotsent T. Haviko); arstiteaduskonna VI kursuse üliõpilane T. Pokk, P. Pauls uurimistöö «Saunaprotseduuride kasutamine kroonilise alkoholi I staadiumi taastusravi kompleksis» eest (professor E. Laane); arstiteaduskonna IV kursuse üliõpilased K. Tallermo, P. Valma ja A. Mikk «Istmotservikaalse puudulikkusega naistel sündinud laste areng» (dotsent I. Kõiv).

II järgu diplomi said oma võistlustöö eest III kursuse üliõpilane I. Bilevičiute, III kursuse üliõpilased K. Kuldma ja K. Lensmann, II kursuse üliõpilane K. Mustimets ja III kursuse üliõpilane M. Veinpalu.

1986/1987. õppeaasta üliõpilaste teadustööde üleliidulise konkursi diplomi pälvivad juba teist aastat järjest TRÜ arstiteaduskonna üliõpilased J. Harro ja M. Pöld. Seekord said nad diplomi võistlustöö «Stressiseisundite poolt esilekutsutud adaptiivsed muutused gammaaminovõihappe- ja bensodiasepiinireseptorites» eest. Võistlustöö juhendajad olid dotsent L. Rägo ja stažöör R. Kiiwet farmakoloogia kateedrist.

Jaak Maaros

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteialgorganisatsiooni ühisel koosolekul 29. novembril 1988 arutati Eesti Arstide Liidu Tartu osakonna töösuundi ja arstiteaduskonna osa selle tegevuses. Ettekande esitas Eesti Arstide Liidu Tartu osakonna esimees prof. R. Teesalu. Dekaan prof. A.-E. Kaasik rääkis Moskvas toimunud arstide kongressist ning muudatustest kõrgema meditsiinihariduse struktuuris ja õppeplaanides.

Vaadati läbi ka 1988. aasta menetluspraktika tulemused. Aruande esitas dotsent R. Kaskmets. 1989. aasta suveks on üliõpilasrühmade vahetuse kokkulepped sõlmitud peale Leningradi I Meditsiiniinstituudi ka Lublini Meditsiiniakadeemia ja Soome ülikoolidega.

Arstiteaduskonna ja ÜMPI nõukogu ühisel koosolekul 20. detsembril 1988 olid arutlusel ÜMPI struktuur ning TRÜ arstiteaduskonna, ÜMPI ja ülikooli teadusosakonna koostöö perspektiivid. Jõuti otsusele, et kõik meditsiinilise bioloogilise uurimistööga tegelevad laboratooriumid on otstarbekas anda instituudi alluvusse ja luua koos arstiteaduskonnaga ühtsem juhtimissüsteem. Samuti käsitleti teaduslike uurimistööde lisafinantseerimist ja riigieelarveliste summade jaotamist laboratooriumide vahel 1989. aastal.

29. novembrist 3. detsembrini 1988 pidas ülikooli kutsel meie farmakoloogia kateedris loenguid Kuopio Ülikooli farmakoloogia kateedri juhataja prof. Mauno Airaksinen. Farmakoloogia kateedris pidas loenguid ja töötas kolm nädalat

molekulaarfarmakoloogia alal Lublini Meditsiiniakadeemia farmakoloogiaprofessor Ewa Woitowicz. Lublini Meditsiiniakadeemia ja TRÜ vahel on alates 1988. aastast olnud otsesidemed farmakoloogiaalase uurimistöö tegemiseks, samuti üliõpilasrühmade suvepraktika korraldamiseks.

Prof. Märt Saarma ja vanemteadur Laur Toomaspoeg olid seoses koostööprogrammi täitmisega 1988. aasta detsembris 10 päeva Tšehhoslovakkia SV Teaduste Akadeemia Psühhiaatria Instituudis.

3. jaanuaril 1989 sõitis Londoni ülikooli psühhiaatria kateedrisse stažeerima ÜMPI psühhofarmakoloogia laboratooriumi juhataja Eero Vasar.

ÜMPI teadurid Rein Sikut ja Erkki Juronen olid 1988. aasta detsembris 10 päeva Leipzig ja Dresdenis. Seoses VMN-liikmesriikide biotehnoloogiaalase koostööprogrammi täitmiseks käisid nad sõlmimas lepingut Saksimaa Seerumitehasega.

ÜMPI laboratooriumijuhataja Raik Mikelsaar oli 21. novembrist 9. detsembrini 1988 loenguid pidamas India ülikoolides.

TRÜ Koronaarkirurgia Tallinna Teaduskeskuse töötajad Toomas Sulling, Anton Kivik ja Olar Pullisaar viibisid 1988. aasta detsembris ja 1989. aasta jaanuaris kuuajalisel külaskäigul Kanada ülikoolides arendamaks otseid teadussidemeid.

20. detsembril 1988 tähistati ülikooli aulas piduliku koosolekuga F. R. Faehlmanni 190. sünniaastapäeva ja Õpetatud Eesti Seltsi asutamise 150. aastapäeva. Ettekande F. R. Faehlmanni eluloost ja arstitegevusest esitas dotsent Vaino Vahing. Aastail 1842...1845 töötas ta ka farmakoloogia (*materia medica*) kateedri ajutise juhatajana. F. R. Faehlmanni tegevusest eesti keele, kirjanduse ja rahvaluule arendajana, samuti tema tegevusest Õpetatud Eesti Seltsis rääkisid prof. Huno Rätsep, prof. Ea Jansen ja dotsent Udo Kolk.

Lembit Allikmets

1988. aasta 1. detsembril kuulati Tartus pro. A. Linkbergi nimelises auditooriumis Rootsi saabunud meditsiindoktori Ilo Käbini loengut, milles ta käsitles Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ja selle õppejõudude tegevust aastail 1802...1940, nende osa maailmakultuuris. I. Käbin on Narvas pärit, aastail 1940...1943 õppis Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas, 1950. aastal lõpetas Uppsala Ülikooli arstiteaduskonna. On töötanud kirurgina, tema erihuvi on olnud arstiteaduse ajalugu seoses Eestimaa ja Tartu Ülikooliga. Külalise loengut kuulati suure huviga, selles oli palju täiesti uudet.

Pärast loengut sõna võtnud Eesti Looduskaitse Seltsi esimees J. Eilart tõstis külalislektori uurimuses esile arstiteaduse seostamist teiste loodusteaduse harudega. Väga tunnustavalt rääkis I. Kä-



Foto 1. Meditsiiniüldsusele on kõnelemas Tartu Keskpolikliiniku peaarsti asetäitja Sigrid Aru, ehituse alguse tegelik paigaldajatuhataja. Vasakul esiplaanil paarast Maido Sikk ja kirjanik Ain Kaalep. Fotol 2 on jõutud terassilindri sisseüürimiseni. V. Kutsari fotod.

bini doktoriväitekirjast prof. K. Kõrge, kelle kõrvalhuviks on samuti olnud meditsiiniajalugu.

Kohalolijad avaldasid lootust, et edaspidigi võiksime kuulata Välis-Eesti arstiteadlaste loenguid, sest nimekaid ja maailmas laialt tuntuid on nende hulgas üpris palju.

Vello Laos



Fotol on jäädvustatud mälestusväärne hetk — kohtumine pärast 45-aastast eemalolekut. Prof. Kuno Kõrge (tollane sisehaiguste kateedri assistent) kingib meditsiini doktor Ilo Käbinile (tol ajal arstiteaduskonna üliõpilane) teaduskonnasisehaiguste kateedri ja Tartu Toome Sisehaiguste Kliiniku tööde bibliograafiad (1919—1943 ja 1944—1979). V. Kutsari foto.

Tartu linnale ja ülikoolile on mitmesuguseid tervishoiuasutusi väga vaja, sest enamik vanu ja kohandatud hooneid on kõlbmatud. Ning lõpuks jõuti 5. oktoobril 1988 Tartu Keskpolikliiniku nurgakivi panekuni.

Kohal olid meditsiiniüldsuse esindajad eesotsas tervishoiuminister L. Karu ja dekaan prof. A.-E. Kaasikuga. Eesti NSV Ministrite Nõukogust oli saabunud peaministri asetäitja A. Soidla. Keskpolikliiniku peaarsti asetäitja S. Aru seostas tänaseid tegusid ja plaane meie rahva suurte lootuste ja püüdlustega uutmisajajärgul. Ta tundis suurt muret arstide ja õdede töö alahindamise pärast, rõhutades arstiabi edasimineku obligatoorse eeldusena meedikute töö väärtustamist.

Tartu Keskpolikliinik on suur, ligikaudu 500 ruumiga ehitus. Paigaldatakse moodne Ungari aparatuur.

Tartu Keskpolikliinik hakkab abi andma linnelanikele, sealhulgas ka üliõpilastele, samal ajal on ta ka kõrgema astme diagnostika-, konsultatiiv- ja rehabilitatsioonikeskus. Uus polikliinik on neljakorruseline hoone, mille ühes tiivas on stomatoloogilise ortopeedia osakond, teises naistenõuandla. Polikliiniku naistenõuandla suudab abi pakuda ligikaudu kahele kolmandikule Tartu naistest. Keldrikorrusel asuvad saal ja söökla ning osa vesiravilast. Rajatise arhitekt on Roman Šmuškin.

Terassilindrisse olid paigutatud selle päeva «Edasi» number, polikliiniku töötajate nimekiri ning Jaan Kaplinski eestikeelne ja Ain Kaalepi ladinakeelne pühendus.

Tartu Keskpolikliinik peab valmis saama 1990. aasta lõpuks. Nii loodamegi.

Vello Laos

IN MEMORIAM

Lembi Maurer



20. oktoobril 1988. aastal suri pärast rasket haigust Tallinna Nõmme Haigla peaarst, kõrgema kategooria tervishoiuorganisaator Lembi Maurer.

L. Maurer sündis 6. märtsil 1940. aastal Tallinnas. Tema lapsepõlv möödus Saaremaal ja Hiiu- maal. 1958. aastal lõpetas L. Maurer Kärddla Keskkooli ning alustas õpinguid

Tallinna Meditsiinikoolis. Pärast meditsiinikooli lõpetamist töötas Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiadispenseris. 1963. aastal astus L. Maurer Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1969. aastal. Seejärel töötas ta ühe aasta Haapsalu Rajooni Keskhaiglas jaoskonnaarstina. Aastail 1970...1972 oli L. Maurer Tallinna Nõmme Haigla tsehhiaarst, 1972...1973 Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna inspektorarst. Alates 1973. aastast kuni surmani oli L. Maurer Nõmme Haigla peaarst.

Korduvalt oli L. Maurer valitud Tallinna Linna Oktoobri Rajooninõukogu saadikuks, ta kuulus Poola — NSV Liidu Sõprusühingu Eesti osakonna juhatusse ning täitis muidki ühiskondlikke ülesandeid.

Kõikides mõtetes ja ettevõtmistes saatsid L. Maurerit sügav inimlikkus ja õige elutunnetus. Ka keerulistel aastatel tegi ta palju inimeste elu parandamiseks. Palju suutis ta korda saata Nõmme Haigla peaarstina. L. Maurer oli väga hea kolleeg, talle ei olnud võõras ei kaasinimeste ega

kogu maailma mure. Ta püüdis alati head teha ja suutis uskumatult palju.

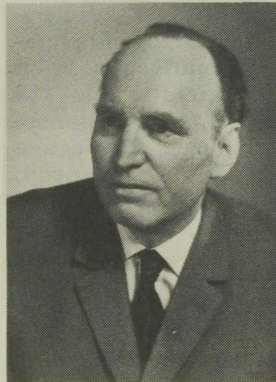
Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium au-
tasustas L. Maurerit oma aukirjaga, ta sai palju aukirju ka teistelt asutustelt. Kõige suuremaks tänuks aga on temaga kõrvuti olnud inimeste sügav tänulikkus kõige tehtu eest. L. Maureri isiksus jättis ka temaga põgusal kokkupuutel unustamatu mulje.

Küllap saatsid lapsepõlve meretuuled L. Maurerit elu viimse hetkeni, andes uskumatut jõudu üle olla raskest, parandamatust haigusest, mille olemust ta arstina selgelt tunnetas. L. Maurer suutis teiste inimeste jaoks ikka olla optimistlik, abivalmis ja rõõmutoov, suutis olla armastav abikaasa ja hell ema. Mäejuhluses on öeldud: «Kitsas on värav ja ahas on tee, mis viib ellu, ja pisut on neid, kes selle leiavad...». Lembi Maurer oli leidnud elutee selle sõna sügavamas tähenduses, mistõttu ta on unustamatu.

*Tallinna Linna RSN Täitevkomitee
Tervishoiuosakond*

Tallinna Nõmme Haigla

Einar Vagane



21. detsembril 1988. aastal suri pärast pikaajalist rasket haigust Eesti NSV teeneline teadlane bioloogiadoktor Einar Vagane.

E. Vagane sündis 7. juunil 1916. aastal Tallinnas töölisperekonnas. Tema lapsepõlv ja algkooliaastad möödusid aga Hiiu maal Kärddlas. 1935. aastal lõpetas

ta G. Adolphi nimelise Gümnaasiumi Tallinnas. Seejärel oli ta sõjaväeteenistuses, siis kaks aastat praktilikal Kärddla apteegis. 1938. aastal alustas E. Vagane õpinguid Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas.

Suure Isamaasõja ajal oli E. Vagane algul mobiliseerituna tööpataljonis. Pärast Eesti laskurkorpuse moodustamist oli ta tagavarapolgu apteegijuhataja. 1943. aasta sügisel õppis E. Vagane ühe semestri Moskva

Farmaatsiaainstituudis, siis aga määrati ta tööle Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomisariaadi operatiivgruppi Leningradis. Pärast Eestimaa vabastamist töötas lühikest aega Apteekide Peavalitsuses, seejärel hakkas taas õppima Tartu Riiklikus Ülikoolis. Oma farmaatsiaõpingud lõpetas E. Vagane 1946. aastal, mille järel oli kaks aastat TRÜ arstiteaduskonna farmakognoosia kateedri õppejõud.

1948. aastast kuni pensionile minekuni 1981. aastal töötas E. Vagane Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis: algul nooremteadurina, siis vanemteaduri ja üldhügieeniosakonna juhatajana, seejärel oli ta biokeemialaboratooriumi juhataja ning lõpuks toitumise ja ainevahetuse laboratooriumi juhataja.

1950. aastal kaitses E. Vagane kandidaadi- ja 1973. aastal doktoriväitekirja. Tema uurimistööde teemad on lai: alustas ta farmaatsiaalaste uurimustega, jätkas põlevkivibasseini õhu saastumise, Haapsalu ravimuda omaduste ja tuberkuloosipreparaatide efektiivsuse uurimisega. E. Vagane uuris ka C-vitamiini- ja valguainevahetust. Ent eriti palju on ta teinud Eesti NSV elanike toitumise ja ainevahetuse iseärasuste selgitamiseks. E. Vagane oli Eesti tuntuim toitumisteadlane.

E. Vagaselt on ilmunud üle 150 teaduspublikatsiooni (neist üks monograafia ja neli brošüüri) ja peaaegu niisama palju populaarteaduslikke artikleid. Tema juhendamisel on valminud 15 diplomitööd ja kolm kandidaadiväitekirja. Ta kirjutas üle 130 retsensiooni teadustööde kohta ning oponeeris ka väitekirjade kaitsmisel. E. Vagane esitas üle 40 ratsionaliseerimissetpaneku, pidas arvukalt loenguid ja ettekandeid konverentsidel, seminaridel, töökollektiivides.

Astunud 1955. aastal NLKP ridadesse, alustas E. Vagane kohe propagandistitööd, mis kestis üle 26 aasta. Ta oli instituudi parteialorganisatsiooni sekretär ning täitis teisi ühiskondlikke kohustusi. E. Vagane oli ka mitme teadusnõukogu liige.

Oma puhkehetked täitis E. Vagane meie kultuurilukku süvenemisega. Ta tegeles kodu-uurimisega nii Tallinnas kui ka Kärđlas. Ta oli võimeline külalistele tutvustama iidse Tallinna ajaloolisi kohti ja sündmusi, Kärđlas aga kinkis muuseumile oma vanemate tööriistu ja tarbeesemeid.

Meie hulgast lahkunud Einar Vagane oli mitmekülgne teadlane, kes on meie maa teadusluku jätnud märgatava jälje. Ta oli

suurepärane ja heatahtlik inimene, optimistlik, järjekindel oma ettevõtmistes, aus ja avameelne, hiidlasena nalja ja naeru hindav. Ning kõige tähtsam — ta oli hea sõber ja kaaslane, tõsine töömees, kellele võisid alati kindel olla!

Sit tibi terra levis!

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Elise Käer-Kingisepp



Eesti arstiteadust on tabanud raske kaotus. 10. veebruaril 1989. aastal varises 88. eluaastal mannlasse Eesti vanim füsioloog professor Elise Käer-Kingisepp. Ta sündis 3. oktoobril 1901. aastal Laius-Tähkvere vallas Tartumaal. Haridusest alustas Tartu Linna 2. Algkoolis ning jätkas Puškini-nimelises Tartu Tütarlaste Gümnaasiumis. 1919. aastal lõpetas E. Käer-Kingisepp Tartu Õpetajate Ühingu Vene Gümnaasiumi. Samal aastal lõpetas ta ka algkooliõpetajate kursused Tartu Õpetajate Seminari juures ning sai õpetajakutse.

1919. aasta sügisel astus E. Käer-Kingisepp Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1924. aastal. Seejärel õppis 1927. aastani Tartu Ülikooli matemaatika-loodusteaduskonna keemiaosakonnas. Sel ajal töötas ta suviti Haapsalu mudaravilas, ta oli üks esimesi ravimuda uurijaid Eestis. E. Käer-Kingiseppa töö Tartu Ülikoolis algas 1. novembril 1926. aastal Tartu Ülikooli Farmakoloogia Instituudi nooremassistendina. 1928. aastal kinnitati ta pärast doktorandieksamite sooritamist Farmakoloogia Instituudi vanemaks assistendiks. Sel kohal oli E. Käer-Kingisepp 1938. aastani. Esimesena Tartu Ülikoolis luges ta aastail 1926 . . . 1929 arstiteaduskonna üliõpilastele eksperimentaalfarmakoloogia kursust eesti keeles.

Koos õppetööga jätkus intensiivne teadustöö, mille tulemusena valmis doktoriväitekirja «Sisesekreetsiooni organsubstantside

toimest konnavastsetel». Doktoriväitekirja kaitses E. Käer-Kingisepp 1934. aastal Tartu Ülikoolis ja sai meditsiinidoktori kraadi. Seega oli E. Käer-Kingisepp esimesi Eesti naisdoktoreid meditsiini alal. Aastail 1938/1939 oli ta õppeülesande täitja Farmakoloogia Instituudis. Dotsendikutse sai ta 1939. aastal ja ta kinnitati nooremaks abiõppejõuks farmakoloogia alal. Sel kohal töötas E. Käer-Kingisepp 1941. aastani, siis kinnitati ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri vanemõpetajaks. Saksa okupatsiooni ajal vallandati E. Käer-Kingisepp ülikooli teenistusest, algul oli töötaja hiljem oli aktsiaseltsi «Ephag» Arstirohute Proovimise Instituudi farmakoloog. E. Käer-Kingisepp oli töötanud ka õpetajana: aastal 1919 Tartu Linna Tütarlaste Gümnaasiumis ja aastail 1923/1924 Tartu Linna 9. Algkoolis. 1927. aasta suvel töötas Haapsalu mudaravilas valvearstina.

Tartu Ülikool suunas E. Käer-Kingiseppa tööle ka välismaa teaduslikesse laboratoriumidesse — 1929. aastal Berliini ja 1935. aastal Edinburghi.

Üliõpilasena astus E. Käer-Kingisepp Eesti Naisüliõpilaste Seltsi, kus ta tegutses väga aktiivselt. Ta valiti Tartu Üliõpilaskonna Välistoimkonna juhatajaks. 1925. aastal võttis ta Tartu Üliõpilaskonna Välistoimkonna juhina osa Balti Riikide Üliõpilaskondade III konverentsist Helsingis.

Ta oli Eesti Akadeemiliste Naiste Ühingu moodustamise mõtte üks algatajaid ja ühingu üks organiseerijaid. Selleks nõutas ta omal algatusel Rahvusvahelise Akadeemiliste Naiste Liidu sekretäriilt Londonist teavet välismaa akadeemiliste naiste ühingute tegevuse kohta. Eesti Akadeemiliste Naiste Ühing asutati 1926. aastal.

27. augustil 1944. aastal määrati E. Käer-Kingisepp TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia ja biokeemia kateedri juhatajaks. Ta pidas füsioloogia- ja biokeemia loenguid arstiteaduskonna ravi-, stomatoloogia- ja farmaatsiaosakonna üliõpilastele, samuti kehakultuuriteaduskonna ja veterinaariateaduskonna üliõpilastele ning bioloogiaosakonna üliõpilastele. Professorikutse sai ta 1944. aastal. 1947. aastal eraldati biokeemia kateeder iseseisvaks kateedriks. E. Käer-Kingisepp oli 1975. aastani füsioloogia kateedri juhataja ja professor, aastail 1975...1985 konsultantprofessor. Sõjajärgseil aastail arendas E. Käer-Kingisepp TRÜ arstiteaduskonna füsioloogia kateedris välja eksperimentaalfüsioloogia suuna ja lõi eeldused viljakaks teadustööks. Tema juhenda-

misel on valminud 13 kandidaadiväitekirja, ta oli konsultandiks viie doktoriväitekirja koostamisel. Pikka aega oli E. Käer-Kingisepp Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiiniõukogu presiidiumis TRÜ teadusnõukogude liikmena, samuti oli ta Läti Meditsiiniinstituudi ja Läti Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusnõukogu liige ning paljude probleemikomisjonide liige.

E. Käer-Kingiseppa teadustööd (arvult üle saja) kuuluvad sisesekretsiooni, vereringe, hingamise ja seedimise regulatsiooni valdkonda. Ta oli innukas teaduse populariseerija, pidades loenguid tervise rahvaülikoolides ja koolides.

E. Käer-Kingisepp oli «Большая медицинская энциклопедия» toimetuskolleegiumi liige ja tegi sellele väljaandele kaastööd. Ta võttis osa «Tervishoiu käsiraamatu» koostamisest ja kirjutas artikleid ENE-le. Viimasel aastakümnel tegeles aktiivselt Tartu Ülikooli ja selle arstiteaduskonna füsioloogia kateedri ajaloo uurimisega, mille kohta on temalt ilmunud arvukalt publikatsioone.

E. Käer-Kingisepp oli Eesti Füsioloogia Seltsi asutaja (asutati aastal 1953) ja selle kauaaegne esimees, samuti I. Pavlovi nimelise Üleliidulise Füsioloogia Seltsi juhatuse liige. Ta esitas ettekandeid üleliidulistel füsioloogide sümposiumidel ja kongressidel ning oli ise paljude konverentside korraldajaks. Tartu Riiklik Ülikool andis 1982. aastal E. Käer-Kingiseppale kõrgeima akadeemilise autasu — ülikooli medali. Oma töö eest sai ta medali ka Üleliiduliselt I. Pavlovi nimeliselt Füsioloogia Seltsilt. E. Käer-Kingiseppa pedagoogilist, teaduslikku ja ühiskondlikku tegevust peeti korduvalt paljude medalite ja aukirjade vääriks.

E. Käer-Kingiseppa vaimsus, ausus ja akadeemilisus jäävad alati eeskujuks tema arvukatele õpilastele ja kõigile, kes teda tundsid.

*Tartu Riikliku Ülikooli
arstiteaduskond*

Eesti Füsioloogia Selts

Tervishoiuministeriumis

26. jaanuaril arutati kolleegiumi koosolekul reanimatoloogilise ja intensiivravi olukorda Põhja-Eestis ning võeti vastu otsused selle parandamiseks.

Reanimatoloogilist abi vajab Eestis 3000... 5000 haiget ning intensiivravi ja -jälgimist 20 000... 30 000 haiget aastas. Reanimatoloogilise abi ja intensiivravi keskusteks on Tartu Kliiniline Haigla, Tartu Kliiniline Lastehaigla, Tallinna Kiirabihaigla ja Tallinna Kliiniline Lastehaigla. Kui Tartu Kliinilise Haigla ja Tartu Kliinilise Lastehaigla reanimatsiooniosakondade juures on valves ööpäevased reanimatoloogide brigaadid, tagades vastava abi Tartu linnas ja Lõuna-Eesti rajoonides, siis Tallinna Kiirabihaigla ja Tallinna Kliinilise Lastehaigla juures Põhja-Eesti rajoonide jaoks reanimatoloogiatalitus puudub.

Seni on Põhja-Eesti rajooni vältimatu ja konsultatiivabiga kindlustanud Tallinna Vabariikliku Haigla vältimatu ja konsultatiivabi osakond, kuid haiglal ei ole siiani nüüdisaja nõuetele vastavat reanimatsiooniosakonda. Reanimatoloogilise abi ja intensiivravi andmise osas oleme arenenud riikidest tunduvalt maha jäänud. Reanimatsiooni- ja intensiivraviosakonnad on puudulikult varustatud nüüdisaegse aparatuuri ja ravimitega.

Paljudes haiglates (osakondades) intensiivravipalatis kas puuduvad või on need ravivahenditega halvasti varustatud. Ka ei ole meditsiini-personalil nõuetele vastavat kvalifikatsiooni.

Kolleegium otsustas, et Tallinna ja Tartu keskseid haiglaid, mis annavad reanimatoloogilist abi vabariigi ulatuses, tuleb eelisjärjekorras varustada aparatuuri ja ravimitega ning komplekterida kvalifitseeritud kaadriga. Otsustati Tallinna ja Põhja-Eesti reanimatoloogiatalitus ümber korraldada ja reanimatsioonibrigaadid komplekterida nii, et Tallinna Kiirabihaiglas hakataks andma abi ka Põhja-Eesti rajoonide elanikele.

Haiglate peaarste kohustati avama intensiivravipalatis, kus oleks vajaliku ettevalmistuse saanud personal, aparaatuur ja ravivahendid; korraldama meditsiini-personalile reanimatsioonialase esmaabi võtete õpetamist; leidma haiglasise side organiseerimise võimaluse.

Võeti vastu otsus, et kõikide raviasutuste vastuvõtuosakondadele (-tubadele) tuleb tagada ravimite, ravivahendite, pesu, sidumismaterjali varu, et suurte õnnetuste korral saaks abi anda.

Tehti ka ettepanek pöörduda Hariduskomitee poole, et 7...8. klassi õppeplaanidesse võetaks taaselustamise esmaabivõtete õpetamise kuuetunnine programm.

Päevakorra teise punktina oli arutlusel 1988. aasta tervishoiuobjektide kapitaalehituse plaani täitmine ja 1989. aasta ülesanded. Aruande esitas tervishoiuministeriumi peaehitaja J. Markov.

1988. aastal oli tervishoiu kapitaalehituse tarvis eraldatud 17,1 miljonit rubla, millest kasutati ära 13,1 miljonit rubla (76,2%).

Käiku on antud 240 voodikohaga Harju Rajooni Keskhaigla I järk, Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla Dispanseri II järk (65 külastust vahetuses), Otepää Polikliinik (300 külastust vahetuses) ja Viljandi rajooni Vambola kolhoosi maa-ambulaatorium (50 külastust vahetuses).

Saamata on jäänud 250 voodikohta ja polikliinikutegemata 1080 külastust vahetuses, s.t. Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla 250 voodikohta, Kallavere Polikliinik, Rakvere Polikliiniku juurdeehitis, maa-ambulaatorium Kehras ja Laatres.

Tervishoiuobjektide ehitamiseks ettenähtud kapitaal mahutused moodustavad 1989. aastal 16,8 miljonit rubla. Tsentraliseeritud vahendite arvelt on planeeritud 350 voodikohta ja 2016 külastust vahetuses. Need on Harju Rajooni Keskhaigla II järk, Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla ravikorpus, Rakvere Polikliiniku juurdeehitis, maa-ambulaatoriumid Kehras, Audrus, Häädemeestel, Nõval, Laatres, Aseris, Kuusalus, ambulaatorium-apteek Toilas, Laatres ja Aseris, lisaks veel laupäevakutelt laekunud summadest Jõgeva Töö- ja Sõjaveteranide Polikliinik ning Narva Linna Keskhaigla garaaz.

Ehitustöid alustatakse järgmistel objektidel: Kohtla-Järve sünnitakse-günekoloogiakorpus, A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratoorium ja Kliinik, Valga Rajooni Keskhaigla, Merimetsa Lastenakkushaigla, Narva Lastepolikliinik, polikliinikud Tallinnas Lasnamäel ja Kuressaares, maa-ambulaatorium Koerus, Värskas ja Märjamaal.

Tervishoiuministeriumi peaehitajat kohustati detailselt analüüsima kapitaalmahutuste ja ehitus-montaažitööde limiitide kasutamise mahajäämust.

Tervishoiuasutuste peaarste kohustati õigeaegselt väljastama lähteandmeid (maa-ala eraldused, tehnilised tingimused jms.); tagama ehitatavate objektide meditsiiniseadmete õigeaegse tellimise ja õigeaegselt komplekterima insener-tehnilise personali.

Tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» peadirektorit kohustati jätkama koostööd Ungari RV firmaga *Medicor* meditsiiniseadmete kompleksseks hankimiseks ja montaažitöödeks Pärnu Linna Haigla, Merimetsa Lastehaigla, Narva Lastepolikliiniku, A. Seppo nim. Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku, Tartu Keskpolikliiniku ehitusel.

Ene Palo

8. detsembrist 1988 on Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja taas Madis Osvaldi p. **Martinson**. Sündinud 1934. aastal. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna lõpetas ta 1959. aastal. Ajavahemikul 1985...1988 oli Lasnamäe Polikliiniku peaarst.

Tervishoiutöötajate ametiühingus

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul 6. detsembril 1988 oli põhiküsimuseks Tõnismäe Haigla administratsiooni ja ametiühingukomitee tegevus töötajate ajutise töövõimetusega haigestumuse vähendamisel. Ettekandeid esitasid haigla peaarst L. Nuija ja ametiühingukomitee esimees H. Kallam ning kaasaruande usaldusarst U. Meikas. Ilmnes, et haigestumus on aastaid püsinud kõrgena. Nii oli 1987. aasta kui ka 1988. aasta üheksa kuu ajutise töövõimetusega haigestumus olnud kõrge ning suurem meie vabariigi tervishoiutöötajate vastavast keskmisest näitajast 228,1 ja 209,1 päeva. Samal ajal ei ole midagi tehtud töötajate haigestumise ennetamiseks, samuti ei ole täidetud kõrgemalseisvate tervishoiu- ja ametiühingorganite otsuseid tervishoiutöötajate tervise kaitse ning profülaktika kohta.

Vastuvõetud otsuses on kohustatud paarsti ning ametiühingukomiteed rakendama meetmeid haigestumise vähendamiseks.

28. detsembril 1988 arutati presiidiumi koosolekul muu hulgas Rakvere rajooni tervishoiutöötajate korteriolusid. Ära kuulanud Rakvere Rajooni Tervishoiutöötajate Ametiühingukomitee esimeeste nõukogu esimehe T. Leemetsa ettekande, vabariikliku komitee elamu-healukomisjoni esimehe V. Hiire kaasettekande ning sõnavõtet, leiti, et olukord on ebarahuldav, seda eriti Rakvere Rajooni Kesksaiglas. 1987. aastal oli Rakvere Rajooni Kesksaiglas korterijärjekorras 17 töötajat. Täitevkomitee eraldas ainult neli korterit ning ühe ühiselamukoha. 1988. aastal oli korteritaotlejaid 18, saadi vaid kaks korterit. Eraldatud korterid on enamikus olnud mugavusteta, vanades majades ning sageli väga suurt remonti vajavad.

1988. aasta lõpul hakati Rakveres ehitama maja, millest 25 korterit on lubatud anda rajooni kesksaigla töötajatele. Koosoleku otsuses on juhitud tähelepanu vajadusele jälgida, et see lubadus ka täidetak.

Mall Kuusma

* * *

1988. aasta oli Võru rajooni ajalehe «Tööraha Elu» meditsiinilehekülje «Rahva tervis» juubelinaasta.

27. juulil 1963 ilmus «Rahva tervise» lehekülj esmakordselt. Veerandsada aastat hiljem võime tõdeda, et see lehekülj on ilmunud 298 korral.



Fotol (vasakult) «Rahva tervise» lehekülje koostajad Gerhard Varik ja Ai Klink. K. Jakobi foto.

Avaldatud on 106 meditsiinitöötaja, peamiselt arstide kirjutisi. Leheküljel avaldatu suunitlus on tänini sama mis alguses: anda elanikele tervishoiuteadmisi, propageerida tervislikku eluviisi, kajastada meditsiinasutuste tegevust ja päevaprobleeme, tutvustada tervishoiu eesrindlasi. Lehekülje seab kokku kümmeliikmeline ühiskondlik toimetuse, mille eesotsas on 1988. aastast olnud Võru Rajooni Kesksaigla sünnitusosakonna juhataja Ferenc Szirko. 25 aastat on ühiskondlikku toimetusse kuulunud arst Ain Klink (oli kuni 1988. aasta veebruarini ühiskondlik toimetaja) ja sanitaarharidusinstruktor Gerhard Varik.

Meditsiinileheküljel on olnud menu. Ühiskondliku toimetuse töökogemusi tutvustati 1985. aastal Tallinnas toimunud üleliidulisel sanitaar- ja epidemioloogiaajamade paarstide konverentsil. TRÜ filoloogiateaduskonna žurnalistika kateedris tehtud lugejaurimuse põhjal loevad võrulased oma ajalehest meditsiiniteemalisi kirjutisi meelsasti. Puudub ju Eestis vastav rahvale mõeldud väljaanne. Kurb tõsiasi: pärast rahva võimu kehtestamist kaotati ära rahvale mõeldud tervishoiualane ajakirjandus.

«Rahva tervise» väikest juubelit tähistati 16. augustil 1988. aastal «Tööraha Elu» toimetuses, kuhu olid palutud ühiskondliku toimetuse liikmed ja kauaest kirjasaatjad. Toimetaja Aare Urm andis ühiskondlikule toimetusele üle toimetuse aukirja. Selle võttis vastu ühiskondliku toimetuse sekretär G. Varik. Kõiki abilisi peeti meeles nägusa tänukaardiga. Aastate jooksul tehtust rääkis tunnustavalt EKP Võru Rajoonikomitee teine sekretär Vilve Saliste.

22. oktoobril ilmus «Rahva tervise» 300. number, mis käsitles laste tervise kaitset.

Liina Valper

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Разработка цитологических, бактериологических, морфологических и иммунологических критериев течения второй фазы раневого процесса при создании и использовании новых препаратов для местного лечения ожоговых ран (отчет).

Научно-исследовательская лаборатория металлоостеосинтеза с клиникой им. А. Сеппо Министерства здравоохранения ЭССР. Мяннико П. В., Кристовальд Х. А., Филиппович Ю. В., Лийгер М. И., Фирсов Г. Н.

Ожоговая рана, местное лечение, мазь, дермазин, сульфаргин, диоксидин, хинозол, антибактериальная активность, количественная бактериология, иммунологическое обследование

Проведены экспериментальное исследование эффективности новой отечественной мази сульфаргин, изучение микробиологических аспектов при местном лечении мазями сульфаргин и 0,5% диоксидин-хинозола, разработана профилактика раневого ожогового сепсиса и изучены данные иммунологического обследования ожоговых больных.

В процессе работы проводилось экспериментальное исследование терапевтической активности новой отечественной мази сульфаргин, определены некоторые физико-химические свойства мази, осмотическая активность, высвобождение сульфазина.

Были изучены антибактериальная активность препаратов для местного лечения ожоговых ран, эффективность использования антибиотиков, количественная и качественная бактериологическая обсемененность ран ожоговых больных.

В эксперименте на 45 белых мышках определялась концентрация сульфазина серебра в крови животных и было установлено, что самая высокая концентрация сульфаниламида достигается через 4 часа, последующее применение мази не вызывало повышения концентрации ее компонентов в крови.

В опытах на 10 кроликах было установлено антибактериальное воздействие препарата в отношении синегнойной палочки.

Таким образом, экспериментальные данные указывали на целесообразность клинической апробации мази на больных с ожоговой болезнью и раневой инфекцией.

Нами изучены этиологическая структура возбудителей раневой ожоговой инфекции, динамика микрофлоры при лечении ожоговой раны антибактериальными препаратами.

У 35 больных изучена концентрация сульфазина в крови и в моче — при лечении мазями сульфаргин и дермазин. Исследован иммунологический статус 204 больных, лечившихся в нашем отделении в период с 1984 г. по 1988 г.

В результате проведенных экспериментальных исследований мазь сульфаргина была утверждена Фармкомитетом СССР в 1987 г. как новый препарат для лечения ожоговых ран и в настоящее время апробируется в пяти ожоговых центрах страны.

Усовершенствование комплексного метода лечения переломов и ложных суставов, осложненных инфекцией, при помощи компрессионно-дистракционных аппаратов и лечебных игл системы Сеппо (отчет).

Научно-исследовательская лаборатория металлоостеосинтеза с клиникой им. А. Сеппо Министерства здравоохранения ЭССР. Везме Х. С., Пихква Л. А., Вахиметс А. В., Нымм Х. Э., Костин Г. Н., Лийгер М. И.

Инфекционный перелом, ложный сустав, остеомиелит, аппарат игла-сверло системы Сеппо, компрессионно-дистракционный аппарат

Разработанный в нашей клинике комплексный метод лечения инфицированных переломов и ложных суставов включает фистуло-секвестрнекратомию, введение антибиотиков через аппараты игла-сверло системы Сеппо и внеочаговый чрескостный остеосинтез компрессионно-дистракционным аппаратом, что обеспечивает консолидацию и ликвидацию остеомиелитического очага.

В отчете дан анализ результатов лечения 21 больного, лечившихся в нашей клинике комплексным методом. В основном использовались аппараты Илизарова (в 15 случаях), аппараты Волкова—Оганесяна (в 5 случаях) и аппарат Калнберза (в 1 случае).

У 15 больных причиной возникновения остеомиелита и образования псевдоартроза были открытые переломы. У 6 больных подобного рода осложнения возникли после оперативного лечения закрытых переломов. Длительность заболевания данных больных составляла от 1 мес. до 18 лет.

Результаты нашего исследования свидетельствуют об укорочении сроков излечения воспалительного процесса, о возможности применения более щадящих подходов при оперативной обработке концов фрагментов поврежденной кости. При этом внутри остеомиелитического очага создаются высокая концентрация вводимых лекарственных средств и условия для форсированного выделения гнояного отделяемого.

Нами доказана целесообразность применения аппарата игла-сверло системы Сеппо при лечении и профилактике спицевого воспаления в мягких тканях и кости. При помощи данного аппарата в большинстве случаев удается ликвидировать воспалительный процесс, не удаляя спицу, что приобретает особое значение при наличии у больного коротких фрагментов кости вблизи инфицированного ложного сустава. При этом не нарушается стабильность фиксации, укорачиваются сроки излечения.

MEDITSIINITÖÖTAJAD!

TEIL ON VÕIMALUS

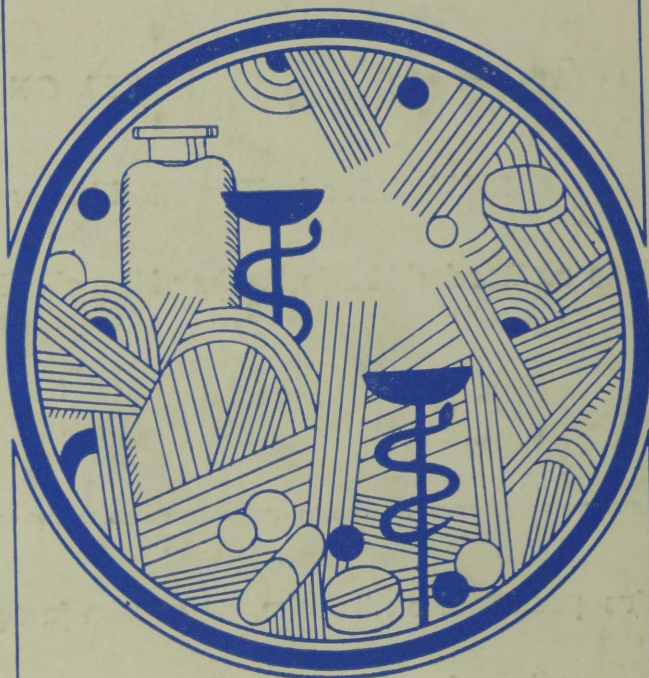
**Riiklikust Teaduslikust Meditsiiniraamatukogust
laenutada arstiteaduslikku ja ühiskondlik-poliitilist kirjandust**

KA POSTI TEEL

**Laenusus posti teel on lihtsaim, mugavaim ja operatiivseim
viis uusimate teadussaavutustega kursis olemiseks**

Oma soovid saatke aadressil

200 102 Tallinn, Lai tn. 22



PRAZOSINUM

Sünonüümid: *Adversuten, Minipress,
Praciol*

Prasosiin on α -adrenoblokaator.
 α_1 -adrenoretseptorite blokaad ja
preparaadi vahetu toime veresoonte
silelihastesse põhjustavad arteriaalse rõhu
alanemist ja veresoonte perifeerse
vastupanu vähenemist.

Prasosiini kasutatakse mitmesuguse
genesiga arteriaalse hüpertensiooni ja
püsiva südamepuudulikkuse korral.
Pakendis on 50 tabletti à 1 mg või 5 mg.