



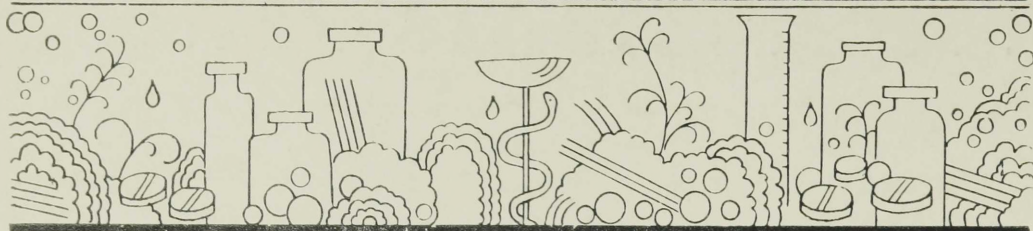
ISSN 0134—2320

NOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5. 1979



ALLOPURINOL

Sünonüüm: Milurit.

Mõjus podagra, sekundaarse hüperurikeemia korral, samuti neeru- ja põiekivitõve profülaktikas.

Vähendab ülemäärast kusi happesisaldust organismis kiiritusravi ajal ja tsütostaatiliste ravimite kasutamise korral.

Pakendis 100 tabletti à 100 mg

DIPHRYL

Sünonüüme: Corontin, Falicor.

Mõjus südametegevuse kroonilise puudulikkuse korral. Parandab südamelihase hapnikuvarustust, laiendab pärgartereid.

Avaldab nõrka hüpotensiivset toimet.

Pakendites 100 tabletti à 0,015 g ja 100 tabletti

à 0,06 g

CYCLOMETHIAZID

Tugeva diureetilise (salureetilise) toimega ravim.

Kõrge arteriaalse rõhu korral mõjub hüpotensiivselt.

Mõjus paisunähtude korral suures ja väikeses vereringes ning nefriitide, nefrooside, rasedustoksikoosi puhul.

Pakendis 20 tabletti à 0,5 mg

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI 1979 · XXII AASTAKÄIK

SISU

K. Gross — Perinatoloogia päevaprobleeme 355

TEORIA JA PRAKTIKA

I. Kõiv, K. Gross, A. Kallikorm, K. Zilmer, M. Laaspere — Koorionhormoonisalduse dünaamika füsioloogilise raseduse vältel 357

U. Leisner, E. Zupping — Fonoelektrokardiograafia loote antenataalse seisundi hindamiseks 359

E. Niigol, K. Niigol — Vanemate alkoholism laste psüühikahäirete põhjusena 361

L. Saluste — Rasedate toitumisrežiim Tartu naistenõuandja andmetel 365

K. Kauer — Tütarlaste günekoloogiliste haiguste struktuur 368

H. Kaarma — Mõningaid seaduspärasusi noore naise keha pikkuse ja muude antropomeetriliste tunnuste vahelistes proportsioonides 369

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

L. Kährlik — Ökoloogia ja ideoloogiline võitlus 372

OLEVAATED

M. Kariis — Suitsetamise mõju perinataalsele perioodile ja lapse hilisemale kehalisele ning vaimsele arengule 379

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

S. Kaldma — Eesti NSV naistenõuandlate ülesanded 382

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

V. Kask, R. Rätsnik — Vältimatu abi juvenilsete verejooksude korral 385

K. Gross — Basaaltemperatuuri andmete tähtsus ovaariumide generatiivse funktsiooni täpsustamisel 386

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

I. Maaros — TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1979. a. 389
Tallinna Meditsiiniakadeemia lõpetajad 1979. a. 389

Tartu Meditsiiniakadeemia lõpetajad 1979. a. 390

Kohtla-Järve Meditsiiniakadeemia lõpetajad 1979. a. 391

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

V. Subi, H. Kapral — Meremehed said uue haigla 392

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

H. Kreek — Linnade ning rajoonide sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstide nõupidamine 393

E. Teppo — Eesti NSV Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Seltsi Põhja-Eesti Nõukogu XII konverents 394

N. Looqna — Kutsehaiguste seminarid 394

H. Kahn — Üleliiduline kutsehaiguste arstide sektiiooni väljasõiduistung 395

I. Veldre — Keskkonnahügieeni teaduslikke aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja vee-kogude sanitaarkaitse sektiiooni väljasõidupoleem 395

J. Eha — XX rahvusvaheline elektrokardioloogia sümpoosion 396

MEIE JUUBILARE 397

Arnold Jannus, Jaan Riiv, Heino Hanson, Endel Tünder, Robert Trink, Leo Nurmand, Milvi Miidla, Villu Parvet, Liidia Maser, Lii Jannus, Lennart Maurer

MITMESUGUST

E. Tallmeister, A. Heinaru — 1978. aasta Nobeli preemia laureaadid 400

M. Silland — Meie sõbrad Schwerinist 402

H. Kurul — Meditsiinitöötajate eksliibrise näitus 403

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Mammutotsiin 405

IN MEMORIAM

Paul Laasik 14. X 1924... 7. IV 1979 406

Georg Veerma 5. IV 1911... 3. VI 1979 407

Endel Tormet 11. VI 1932... 17. VI 1979 407

KROONIKA 408

Artiklite venekeelsed resümeeid 412
Artiklite ingliskeelsed resümeeid 414

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 1. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

N. Ajasta, L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elstein, K. Gross, L. Keres, I. Laan, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja).

Toimetuse nõukogu

M. Allik (Kingissepa), S. Ellervee (Tartu rajoon), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), H. Kadastik (Tartu), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), M. Martinson (Haapsalu), R. Mihelson (Hiiumaa), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), T. Tuisk (Kohtla-Järve), R. Vodja (Pärnu).

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 9. VIII 1979. Trükkimisele antud 15. X 1979. Trükiarv 5900. Ofsetpaber nr. 1, 70×100/16. Trükipoognaid 4,25. Tingtrükipoognaid 5,52. Arvestuspoognaid 6,70. Tell nr. 2597. MB-08682. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин.

© Kirjastus «Perioodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsitirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas 60 täheruumi. Töö peab olema aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud. Samuti on autori kohus esitada 3...7 **võtmesõna** oma töö kohta (tekstist ja pealkirjast võetud tunnuslik sõna, mis väljendab artikli sisu). Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkuvõtetult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsioon fragment, esitatakse toimetusele koos käsitirjaga. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni number, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsitirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümee** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja ka inglise keeles (8...12 rida) või siis lisatakse tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpnumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsitirja lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

Toimetus ei tagasta käsitirju ka siis, kui need avaldamata jäävad.

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Perioodika» kassas Pikk 73. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

PERINATOLOOGIA PÄEVAPROBLEEME

KADRI GROSS · TARTU

perinatoloogia, mõiste, probleemid, loote seisundi hindamine, perinataalne patoloogia, riskitegurid, profülaktika

Vaimselt ja kehaliselt arenenud terve järeltulev põlvkond on meie kõikide ühine eesmärk. Selle saavutamine ja kindlustamine on mitmetahuline ja keerukas protsess. Viimasel aastakümnel on perinataalse perioodi uurimine pälvinud akušöörade ja pediaatrite ülima tähelepanu, kuna meie teadmised tema tähtsusest indiviidi arengus üha süvenevad. Tänapäeval kõneleme me juba perinatoloogiast kui arstiteaduse distsipliinist. Viimase otsene eesmärk on tagada terve, ajalise lapse sünn. Üsasisese eluperioodi jälgimine, vajaduse korral ravi — selle kõigega tegeleb akušöör. On kerkinud üles küsimus, kas perinataalse meditsiini arenemisega, vajadusega kõneleda juba intrauteriinsest patsiendist, ei ole põhjendatud ka selline spetsiaalsus nagu perinatoloog. See on küllalt tõenäoline, kuid lõpliku vastuse annab sellele aeg.

Perinataalse perioodi kestuse hindamisel lähtutakse eri maades erisugustest tunnustest. Ülemaailmse Tervis- hoiuorganisatsiooni otsuse kohaselt mõistetakse perinataalse perioodi all ajavahemikku alates momendist, mil loote kaal on juba 1000 g, ja lõpetades vastsündinu seitsme päeva (168 tunni) vanuseks saamisega. Nõukogude Liidus hinnatakse perinataalse perioodi algust kolme tunnuse alusel, nimelt loote kaal 1000 g, pikkus 35 cm, raseduse kestus 28 nädalat.

Rõhutades perinataalse perioodi olulisust, ei tohi unustada, et niisama tähtis on ka eelnenud üsasisene areng, seega kogu arenguperiood. Uus elu algab munaraku viljastumisest, sellest



1979 — rahvusvaheline lasteaasta

momendist saab alguse geneetiliselt tingitud stiimul arenguks ja kasvuks. Lootemuna on kahjustatav kogu oma arengu vältel, eriti raseduse kriitilistel perioodidel. Tuleb silmas pidada, et kasvutempo on intrauteriinsel eluperioodil kiire ja oma kiiruselt ületab kõik ülejäänud eluperioodid. Sellest tulenevalt võivad toitainete ja hapnikuvaegus, isegi lühiajaline, põhjustada loote arengu mahajäämuse, mis alati kätkeb ohtu, et võib häiruda ka organogenees. Sedasama võivad tingida mitmesugused loodet otseselt kahjustavad tegurid, nagu ravimid, mürgised ühendid, nikotiin ja muud. Oma ebaküpsusest tingituna reageerivad elundid mitmesugustele kahjustustele märgatavalt kiiremini. On teada erisugune reageering neile teguritele sõltuvalt küpsusastmest. See kõik määrab üsasisese eluperioodi olulisuse, kuid samuti komplitseerituse. Ema ja loote täielik integratsioon toimub seoses platsenta kujunemisega. Nüüd kõneleme juba süsteemist «ema-platsenta-loode». Kuni loote sünnini on see lahutamatu funktsionaalne seos. Perinataalse perioodi jälgimisel tuleb arvestada selle süsteemi terviklikkust ning vastavalt suunata ka uuringuid. Perinataalne

meditsiin käsitleb loodet kui patsienti, arvesse võttes kõiki tema iseärasusi.

Loote seisundi hindamiseks ei piisa üksnes tema kasvu jälgimisest ega südamelöökide auskulteerimisest. Nüüdisaja vajadused ja võimalused on hoopis kaugemale jõudnud, mida meil tuleb paratamatult arvestada. Üha enam on loote seisundi hindamisel kasutama hakatud elektro- ja fonokardiograafi, kasutusel on ka monitoorne jälgimine. Tehakse mitmesuguseid funktsionaalseid proove. Meil on juba alust kõnelda loote kardioloogiast. Loote hüpoksia sedastamisel abistavad meid amnioskoopia ja amniotsentees. Loote uurimine võimaldab kindlaks teha kroonilise hüpoksia, määrata loote soo, välja selgitada arenguhäired. Ultraheli võimaldab täpsustada platsenta asukohta, loote seisu, hinnata väikevaagnat. Loote üsasisese seisundi hindamisel abistab meid suuresti östrogeenide ja leelise fosfataasi määramine. Eespool loetletud uuringute nimistu täieneb iga päevaga. Rasedate täpsemad uuringud on näidustatud suure riskiteguri, samuti raseduspatoloogia korral.

Perinataalne patoloogia on enne- aegne sünnitus, loote arengu mahajäämus, tema hukkumine (nii ante-, intra- kui ka postnataalne), sünnitrauma, kaasasündinud arenguhäired. Perinataalne suremus on kõikjal probleemiks, 1973. aastal oli ta Saksa DV-s ja Saksa FV-s, Prantsusmaal 18...23% piires, seevastu Rootsis ja Šveitsis ulatus see 14,1...15,1%-ni.

Perinataalse patoloogia sagedus kahtlemata väheneb, kui kasutusele võetakse nüüdisaegsed uurimismeetodid. Samal ajal aga tuleb nõustuda seisukohaga, mille järgi ainult keeruline aparatuur ja uurimismeetodid üksi veel olukorda ei lahenda. Vajalik on kaader, kes on võimeline neid uuringuid tegema ja interpreteerima, vajaduse korral loote seisundit korrigeerima. Mõnikord me lihtsalt konstateerime, et normist kõrvalekalle on olemas, kuid me ei ole veel võimelised olukorda muutma. Loote intrauteriinse arengu mõjutamise võimalused on esialgu ta-

gasihoidlikud. Loote arenemise tingimuste soodustamiseks on eelkõige vaja parandada platsenta funktsiooni. On teada östrogeenide soodne toime platsentaarvereringesse, on teada ka tüsistused, mida nad võivad põhjustada. Nii kliiniliselt kui ka eksperimentaalselt on sedastatud östrogeenide ebasoodne mõju loote hüpotaalamuse seksuaaltsentrumi arengule — puberteetlikka jõudmisel sagenevad suguelundite vähkkasvaja juhud. Erandiks on sügeitiin, millel ei ole täheldatud tüsistusi tekitavat toimet, küll toimib ta platsenta funktsioonis soodustavalt. Viimastel aastatel on tähelepanu pälvinud β -adrenomimeetilised preparaadid, nagu partusisteen, alupent jt., millega on võimalik reguleerida emaka toonust, soodustada platsentaarvereringet. Neid preparaate tuleb ordineerida ettevaatlikult, sest nad võivad emal alandada vererõhku; glükolüüs tavaliselt tõuseb. Lootel võib kujuneda atsiidoos. Platsenta mikrotsirkulatsiooni parandamiseks on soovitatud manustada madala molekulkaaluga preparaate (nagu dekstraan, makrodeks jt.). Üsasisese arengu mahajäämuse korral, mida seostatakse valguvaegusega, püütakse loodet toita aminohapetega, mida viiakse lootevedelikku amniotsenteesi teel. Platsentaarvereringet on võimalik intensiivistada ka abdoomeni dekompressiooni teel. See meetod väärib erilist tähelepanu, on vaid tarvis tema mõju täpsustada.

Peatähelepanu jääb ikkagi profülaktikale. Esikohal on töö naistenõuandlates, kus, arvesse võttes võimalikke riskitegureid, tuleb määrata sünnituse prognoos, määrata riskiaste. Kõrge riski korral tuleb kindlasti luua tingimused loote intensiivjälgimiseks. Tavaliselt saab see teoks raseduspatoloogia osakonnas. Ei tohi aga unustada, et raseduse kulg sõltub suuresti ema tervisest, tema organismi mõjutavatest kahjustavatest teguritest. Alati tuleb hinnata olukorda ja otsustada, kas raseduse säilitamine haigel emal on põhjendatud. Seisundi hindamine on vajalik nii naise kui ka tulevase lapse hu-

vides. Senisest enam tuleb arvestada perekonna planeerimise seisukohti ja raseduseks teadlikult ette valmistada esmajoones neid naisi, kellel riskitegur on küll suur, kuid emaks saamine ei ole vastunäidustatud. Eriti tuleb tähelepanu pöörata kõigele sellele, mis sõltub otseselt rasedast enesest, et laps sünniks terve. Selle all tuleb mõista terveid eluviise. Sageli unustatakse tulevaste vanemate osa. Meditsiin võib osutada võimetuks, kui naine ei täida neid nõudeid, mida tulevasele emale esitatakse.

Psühholoogid ja pedagoogid on meid veennud selles, et isiksuse kujunemisel etendavad määravat osa esimesed eluaastad. Seevastu pole meedikud omalt poolt osanud selgitada, et alus selleks kõigeks luuakse üsasises eluperioodil ja sünnil. Raske on ülehinnata just selle perioodi osa indiviidi edasisel arenemisel. Eeldused tema kehaliseks ja vaimseks terviseks luuakse kahtlemata juba sel ajal. Üsasisese perioodi tähtsust peaks senisest märgatavalt paremini valgustama sanitaarpropaganda. On nõutav, et noored, tulevased emad ja isad, naine, kes valmistub emaks saama, mõistaksid seda suurt vastutust, mis neid ees ootab. Muret tekitavad ebaterved harjumused, nagu suitsetamine ja alkoholi pruukimine noorte hulgas. Akušööridele osutusid mõnevõrra ootamatuks need uurimised, mis tõestasid suitsetamise otsest kahjustavat toimet lootesse. Viimast, samuti alkoholi toimet käsitletakse selle ajakirjanumbri artiklites. Tuleks vaid lisada, et suitsetamist raseduse ajal vaadeldakse kui olulisemat riskitegurit, mis põhjustab loote alaarengut.

Perinatoloogia on tänase päeva probleem. Peame omalt poolt looma kõik tingimused, et sünnitusabi pidevalt täiustuks, et veelgi tõhustuks profülaktika. Ainult sellisel juhul võime saada oodatud tulemusi.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi
ja günekoloogia kateeder

Teooria ja praktika

UDK 618.2:612.621.31

KOORIONHORMOONISISALDUSE DÜNAAMIKA FÜSIoloogilise RASEDUSE VÄTEL

ILSE KÕIV KADRI GROSS ANTS KALLIKORM
KERSTI ZILMER MARET LAASPERE TARTU

koorionhormoon, platsenta funktsiooni hindamine, normaalselt kulgev rasedus

Sissejuhatus ja töö eesmärk. Koorionhormooni (HCG, *human chorionic gonadotropin, gonadotropinum chorionicum*) biosüntees toimub trofoblasti süntsüütiumi rakkudes (2, 3, 4). Platsenta hormoon HCG on glükoproteiid. Tema bioloogiline toime ema ja loote organismisse ei ole veel lõplikult selge (2, 5, 8). Oma tugeva luteiniseeriva toime tõttu sarnaneb HCG hüpofüüsi luteiniseeriva hormooniga (LH). Tal on tähtis osa kollakeha säilitamisel ja progesterooni produktsiooni suurendamisel (4, 5, 10). Arvatakse, et HCG stimuleerib steroidhormoonide sünteesi trofoblastis (7, 11). Ta avaldab mõju ka teistele endokriinsetele näärmetele, valkude ja süsivesikute ainevahetusele (5, 8, 11). HCG-l on valguna tugev antigeenne toime, millega seletatakse HCG immunosupressiivset mehhanismi — ära hoida areneva loote irdumist ema organismist (1, 4, 6). Seega etendab HCG tähtsat osa rasedusaegse hormonaalse tasakaalu säilitamisel.

Töö eesmärk oli välja selgitada koorionhormoonisisalduse dünaamika vere-seerumis sõltuvalt raseduse kestusest normaalselt kulgeva raseduse korral.

Tulemused on vajalikud kui normväärtused platsenta funktsiooni hindamiseks patoloogilise raseduse puhul.

Materjal ja meetodika. Uuriti HCG kontsentratsiooni muutusi vereseerumis dünaamiliselt 6...40. rasedusnädalani 82 rasedal, kelle vanus oli 17...36 aastat. Nad kõik olid arvel Tartu Kliinilise Sünnitusmaja naistenoaandlas. Raseduse kulg oli kõikidel normaalne ja sünnitus lõppes ajalise elusa lapse sünniga. Uuringuks võeti kubitaalveenist 5 ml verd. Samal päeval eraldati seerum ja seda säilitati temperatuuril -20°C hormooni määramiseni. HCG kontsentratsioon vereseerumis tehti kindlaks radioimmunooloogilisel meetodil, selleks kasutati firma CEA-IRE-SORIN standardkomplekti. Määramised tehti TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis. HCG kontsentratsioon väljendati ng/ml.

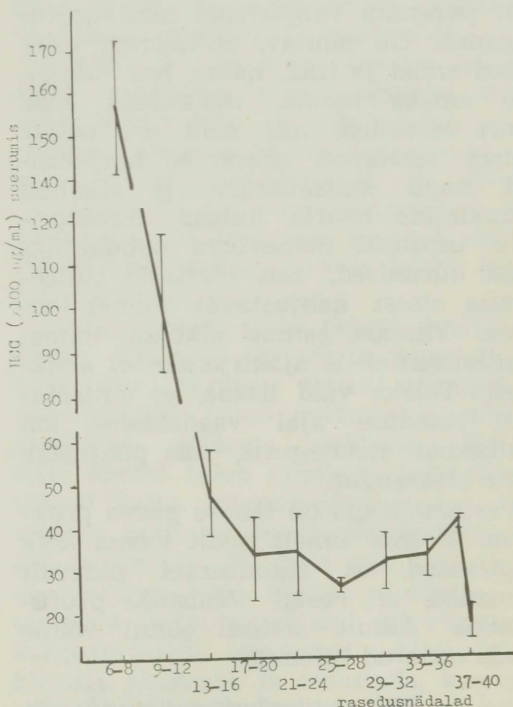
Töö tulemused ja arutelu. Tehti kindlaks, et koorionhormoonisisaldus veres suureneb kiiresti pärast viljastumist ja saavutab tippväärtuse ($15833,3 \pm 1774,9$ ng/ml) 8. rasedusnädalaks (vt. joonis). Ka 9...12. rasedusnädalal püsib veel suhteliselt kõrge HCG-pegel ($11131,8 \pm 1667,4$ ng/ml), kuid eelneva rühma omaga võrreldes jääb tunduvalt madalamale nivoole ($P < 0,01$). Pärast 12. rasedusnädalat HCG kontsentratsioon langeb sujuvalt ja on 16. nädalast alates kuni raseduse lõpuni küllalt ühtlane ($3216,7 \pm 929,9$... $3931,3 \pm 41,5$ ng/ml). Vahetult enne sünnitust väheneb koorionhormoonisisaldus märgatavalt ($1599,5 \pm 483,6$ ng/ml, $P < 0,001$).

HCG hulga kiire rohkenemine, saavutades maksimumi 8. rasedusnädalaks, sellele järgnev dünaamiline langus ja küllalt konstantne hormoonisisaldus kuni raseduse lõpuni ilma korduva tõusuta ühtib nende autorite (3, 9) tähelepanekutega, kes HCG määramisel seerumis on kasutanud tundlikku radioimmunooloogilist meetodit. HCG-pegli tippväärtusi on märgitud meie tulemustest erinevalt, kas 9...10. nädalal (3), 10...12. nädalal (4, 5), 60...70. päeval (11) või 40...80. päeval

pärast viimast menstruatsiooni (4, 7). Tõenäoliselt on andmete lahknevus tingitud vähem spetsiifilisest bioloogilisest või immunoloogilisest meetodist HCG hulga määramisel raseda uriinis või seerumis. Mõned autorid on HCG kontsentratsiooni teistkordset tõusu täheldanud 34. rasedusnädalal (5) või 39...40. rasedusnädalal (3). Selle põhjuseks peavad nad platsenta lisahattude teket (5) sellel rasedusperioodil. Meie uurimised toetavad arvamust, mille kohaselt korduvat kindlat HCG hulga rohkenemist ette ei tule (3, 9). Antud töö analüüsist tuleneb samuti vähem näiline HCG-sisalduse suurenemine raseduse lõpuks, kuid võrreldes sisaldusega eelmistel rasedusnädalatel ei ole see oluline ($t < 2$).

Järeldused.

1. Koorionhormoonisisalduse määramine vereseerumis võimaldab kindlaks teha varajase raseduse.



Koorionhormoonisisaldus veres normaalselt kulgeva raseduse vältel.

2. Koorionhormoonisisalduse dünaamika normväärtused normaalselt kulgeva raseduse vältel on platsenta funktsiooni hindamise aluseks tüsistunud kuluga raseduse korral.

KIRJANDUS: 1. Adcock, E. W., Teasdale, F., August, C. S., Cox, S., Meschia, G., Battalia, F. C., Naughton, M. N. Science, 1973, 181, 845—847. — 2. Braunstein, G. D., Rasmussen, J., Adler, D., Danzer, H., Wade, M. E. Am. J. Obstet. Gynec., 1976, 126, 6, 678—681. — 3. Gazárek, F., Talaš, M., Fingerová, H., Janoušková, M., Křikal, Z. Zbl. Gynäkol., 1977, 99, 1345—1355. — 4. Hofmann, R., Straube, W., Klausch, B. Zbl. Gynäkol., 1977, 99, 1601—1613. — 5. Krause, W. Zbl. Gynäkol., 1974, 96, 289—302. — 6. Kondo, L. Y. Acta Obstet. gynecol. Jpn., 1976, 23, 2, 115—122. — 7. Körge, K., Meipalu, V. Endokrinoloogia. Tln., 1977. — 8. Kyank, H., Dässler, C.-G. Zbl. Gynäkol., 1977, 99, 705—717. — 9. Saxend, B. B., Landesman, R. Am. J. Obstet. Gynec., 1978, 131, 1, 97—107.

10. Баграмян Э. Р. Акуш. и гинеко., 1977, 10, 9—16. — 11. Вихляева Е. М. В кн.: Волемические нарушения в акушерско-гинекологической клинике. М., 1977, 34—35.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi
ja günekoloogia kateeder

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituut

UDK 618.2-071.6:612.12-073.96

FONOELEKTROKARDIOGRAAFIA LOOTE ANTENATAALSE SEISUNDI HINDAMISEKS

UNO LEISNER . TARTU
EVA ZUPPING . TALLINN

fonoelektrokardiograafia, loote seisundi hindamine

Perinataalse suremuse ning haigestumuse vähendamine on üks sünnitusabi põhiülesandeid. See tingib vajaduse kasutada antenataalsel perioodil selliseid diagnoosimisvõtteid, mis võimaldaksid saada objektiivset informatsiooni loote seisundi kohta.

Teatavasti kajastab loote südamegevus suhteliselt objektiivselt tema

funktsionaalset seisundit (3, 4, 5, 6, 7, 8). Elektro- ja fonokardiograafia kasutuselevõtt sünnitusabis on märgatavalt avardanud loote ohuseisundite väljaselgitamise võimalusi.

Töös uuriti fonoelektrokardiograafia teel loote seisundit 155 rasedal eri riskiastme korral. Enamikul, 106 rasedal, oli risk suur. 52-l täheldati rasedusnefroopaatiat, 13-l rasedusturset, 23-l hüpertooniatõbe, 22-l rasedusanemiat, 19-l südamerikkeid, 11-l ähvardavat raseduse katkemist ja 12-l loote ülekanlust. Neljal oli anamneesi põhjal olnud sünnitusabialaseid tüsistusi. Uuritavatest oli esmasrasedaid 78, korduvasedaid 77.

Loote fonoelektrokardiogramm registreeriti ema-loote fonoelektrokardiograafil ЭМП-2-01 3...5 minuti vältel, seda tehti indirektsel meetodil, mille puhul elektroodide asetus oli abdominaalne. Uuringud toimusid raseduse lõpul, pärast 32. rasedusnädalat. Kirjanduse andmeil võib loote elektrokardiogrammi registreerida juba 18. rasedusnädalast (5, 6). Usaldatavat informatsiooni loote seisundi kohta saab siiski alles pärast 32...34. rasedusnädalat (4, 5, 6).

Indirektsel meetodil registreeritud elektrokardiogramm koosneb peamiselt QRS-kompleksist, mis on nähtav ema elektrokardiogrammi taustal (1, 5, 6, 7) (vt. joonis 1). Fonokardiogramm on südamelihase kontraktsioonidest tingitud helide graafiline kujutis. Ta koosneb kahest teineteisele järgnevast võngete rühmitusest, mis vastavad I ja II südametoonile (vt. joonis 1). Rühmitus, mis vastab I südametoonile, on põhjustatud kolmehõlmase klapi sulgumisest ja aordi ning kopsuarteri poolkuuklappide avanemisest.

Võnked, mis vastavad II toonile, on tingitud aordi, ka kopsuarteri klappide sulgumisest (3, 5).

III toon fonokardiogrammil, mida täheldatakse küll harva, on põhjustatud vatsakeste ülikiirest täitumisest diastoli ajal. I ja II tooni võngete amplituudi suhe võib olla väga erisugune. I tooni on usaldatavuse piires võimalik

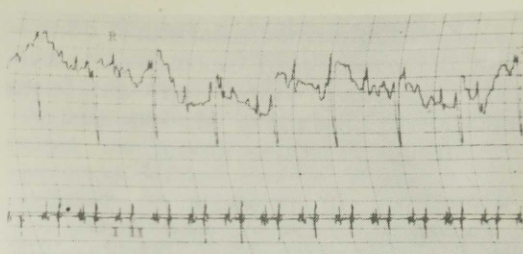
diferentsida ainult loote fono- ja elektrokardiogrammi sünkroonsel registreerimisel. I toon määratakse R-saki järgi elektrokardiogrammil, mis ajaliselt eelneb I toonile fonokardiogrammil (vt. joonis 1).

Loote fonokardiogrammil võivad registreeruda kahinad, neist süstoolseid esineb sagedamini kui diastoolseid. Kahinal on kas ovaalne või rombitaoline kuju (vt. joonis 2). A. Aristov (2) arvab, et nabaväädi keerdumise korral esineb kahinat 3,5 korda sagedamini kui selle puudumisel. Et nabaväädi kompressioon enamikul juhtudel siis veel puudub, arvatakse, et kahinad on reflektorset laadi ning et nad on põhjustatud nabaväädi retseptorite ärritusest.

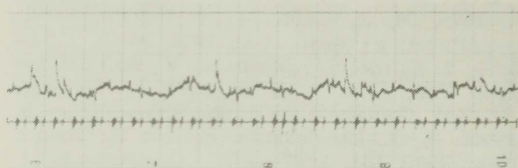
Fonokardiogrammide hindamisel lähutatakse sellest, et loote seisundi hindamise üks tähtsamaid parameetreid on loote südamelöökide sagedus. Sageduse kõikumine, mis on määratud viiesekundiste intervallidega kas ühe või mitme minuti jooksul, kannab nimest loote südamelöökide sageduse kõikumus minutis. Loote südamelöökide kõikumus minutis kajastub selgelt kardiotahhogrammil (vt. joonis 3). Normaalse raseduse ajal on loote südamelöökide sageduse kõikumus 4,2...5 löögi piires minutis (5, 6). Sageduse märgatav langus kuni 22 löögini minutis ja enam viitab loote ohuseisundile. Kardiotahhogramm muutub «lamedaks» (5, 6, 7, 8) (vt. joonis 4). Rütmi monotoonuse võimaliku põhjusena tuleb arvesse ka psühhofarmakonide toime; füsioloogilistest seisunditest ei tohi unustada loote uneseisundit.

Vähest loote südamelöökide kõikumust minutis täheldati 100 uuritul (64,5%). Rasedate rühmas, kellel risk oli suur, tuli rütmi monotoonusust ette sagedamini, nimelt 76 uuritul (71,7%), kui vähese riski korral, ainult 24 uuritul (48,9%).

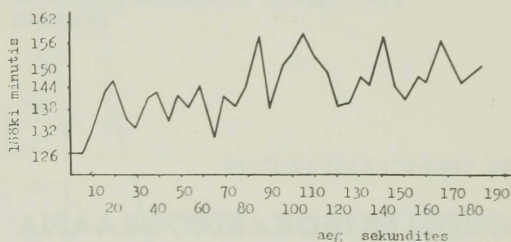
155 uuritud rasedast lõppes sünnitus spontaanselt 139 juhul (89,6%), keisrilõikega 13-l (8,4%), tangsünnitusega kahel (1,4%), vaakumekstraktsiooniga ühel juhul (0,6%). Intrauteriinse as-



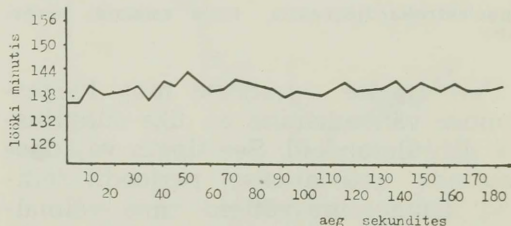
Joonis 1. Sünkroonselt registreeritud loote elektrokardiogramm ja fonokardiogramm. R — loote QRS-kompleks; I toon ja II toon fonokardiogrammil.



Joonis 2. Süstoolne kahin fonokardiogrammil.



Joonis 3. Normaalse kardiotahhogrammi. Loote südamelöökide keskmine sagedus $143,5 \pm 5,4$ lööki minutis.



Joonis 4. «Lame» kardiotahhogrammi. Loote südamelöökide keskmine sagedus $141,6 \pm 1,7$ lööki minutis.

füksia tunnuseid esines sündimisel 38 vastsündinul (24,5%). Hinnang Apgari skaala järgi 4...7 palli.

Rasedate rühmas, kellel täheldati vähest südamelöökide kõikuvust minutis, lõppes sünnitus keisrilõikega 9 juhul (9%), sünnitustangidega kahel (2%), vaakumekstraksiooniga ühel juhul (1%). 33 vastsündinul olid intrauteriinne asfüksia tunnused (33%). Intrauteriinset hüpoksiat täheldati sagedamini nendel, kelle südamelöökide kõikuvus minutis raseduspuhuselt oli vähene.

Kokku võttes võib öelda, et loote fonoelektrokardiograafia on suhteliselt lihtne ja informatiivne uurimisviis. Fonoelektrokardiograafiline uurimine võimaldab juba varakult kindlaks teha loote ohuseisundid ning õigel ajal abinõud kasutusele võtta.

KIRJANDUS: 1. Ahopelto, J., Hukkinen, K., Katila, T. E., Laine, H., Kariniemi, V. Ann. Chir. et Gynaecol., 1975, 64, 152—154.

2. Аристов А. А. Акуш. и гинек., 1975, 11, 60—61. — 3. Демидов В. Н. Акуш. и гинек., 1978, 9, 67—72. — 4. Ильин И. В. Акуш. и гинек., 1977, 10, 70—74. — 5. Иванов И. П., Демидов В. Н., Аристов А. А. В сб.: ЭКГ и ФКГ плода. Плод и новорожденный. М., 1974, 59—86. — 6. Левинсон Л. Л. Методы оценки состояния плода во время беременности. Л., 1975. — 7. Персианинов Л. С., Ильин И. В., Карпман В. Л., Савельева Г. М., Червакова Т. В. Основы клинической кардиологии плода. М., 1967. — 8. Персианинов Л. С. Асфиксия плода и новорожденного. М., 1967.

TRÜ sünnitusabi ja günekoloogia
kateeder
Tallinna Pelgulinna Haigla

UDK 613.316+616.89-53.5

VANEMATE ALKOHOLISM LASTE PSÜÜHIKAHÄIRETE PÕHJUSENA

EMMI NIGOL · TARTU
KAAREL NIGOL · VILJANDI

alkoholi toime raseduse ajal, enneaegne sünnitus, laste areng ja arengutingimused, oligofreenia

Alkohol on üks olulisemaid etioloogilisi tegureid psüühiliselt mittetäisväärtusliku uue põlvkonna kujunemisel. Tähelepanekud alkoholi kahjustavast mõjust järglastele pärinevad juba antiikajast (4, 5, 7). Alkohoolikuist vanemad võivad sündida nii kehaliselt kui ka vaimselt mittetäisväärtuslikud lapsed, nad võivad olla väärarenditega (4, 12). Alkohoolikute hulgas on suurenenud enneaegsete sünnituste arv (4, 5, 12), nende laste hulgas on sageli skisofreenikuid (6) ja epileptikuid.

Uurimised on kinnitanud, et alkohol avaldab kahjustavat toimet lapse vanemate sugurakkude formeerumisse (progeneesi patoloogia) ning kahjustus võib embrüo ja feetuse arengu perioodil läbi ema organismi tungida arenevasse lootesse (4, 5, 7, 8, 10, 11).

Kirjanduse andmed lootele alkoholist põhjustatud närvisüsteemikahjustuse kohta on muude kahjustavate tegurite hulgas suhteliselt lahknevad. Nii on alkohol koos suitsetamisega perinataalsete riskitegurite hulgas ära toodud viimasena (13). Kaalukas osa on talle jäetud O. Frolova ja E. Nikolajeva koostatud riskitegurite tabelis (9). V. Dulnjev esitab mitme autori seisukoha, et alkohoolikute perekonnast pärit lapsed ei ole täisväärtuslikud (5).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Käesolevas töös on vaatluse alla võetud psüühikahäiretega lapsed, kokku 735 6...16 aasta vanust last. Neid uuriti Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla dispansseerses osakonnas ja neil püüti välja selgitada vanemate alkoholismi kahjustava toime osa muude pre-, intra- ja postnataalsete loodet kahjustavate tegurite hulgas, alkoholi mõju

laste kehalisele ja psüühilisele arengule. Kontrollrühm koosnes 106 Tartu 5. Keskkooli I klassi õpilasest. Töös on kasutatud rasedate individuaalkaarte naistenõuandlas, sünnituslugusid, laste arenemislugusid polikliinikus ja lastepsühhiaatrie poolt täidetud ambulatoorseid kaarte. Kontrollrühma kohta on lisaandmeid saadud klassijuhatajailt ja õpilastelt endilt küsitlemise teel.

Psüühikahäiretega laste rühmas oli 251 last (33%), kelle vanemaist kas üks või mõlemad olid pikemat aega tarvitanud rohkesti alkoholi; kontrollrühmas vastavalt 4% ja 4%. Uuritavad on jaotatud vanemate poolt tarvitatud alkoholi hulga ja kestuse järgi rühmadesse. Aluseks võttes V. Dulnjevi tööd (5), peeti patsiendid alkohoolikuiks, kui nad olid alkohoolseid jooke tarvitanud üle kolme aasta keskmiselt 500...1000 g päevas, mehed kolm ja enam korda, naised kaks ja enam korda nädalas. Alkoholi kuritarvitamiseks pidasime alkohoolsete jookide kasutamist 300...400 g päevas kaks ja enam korda nädalas. Vaatlusalusel rühmas ei olnud rasedaid, kellel oli raske ekstraprenitaalne haigus, raseduse ja sünnituse ajal neil raskeid tüsistusi ei tekkinud. Kõik lapsed on ilmale tulnud loomulike sünnitusteede kaudu.

I rühm koosnes 30 lapsest, kelle emad on alkohoolikud või alkoholi kuritarvitajad. Alkoholi pruukimist jätkasid nad ka rasedusperioodil või loobusid sellest vahetult enne rasestumist. 8 erandjuhuga olid kõik isad siin alkohoolikud. Detailsemaks analüüsiks jaotasime rühma kolme alarühma. Lähtudes sellest, et uuritavaid oli liiga vähe, tuleb alarühma väärtusi võtta kriitiliselt.

I alarühma kuulub kuus last, kelle emad olid kroonilised alkohoolikud. Nad olid enne rasedust viibinud alkoholismiravil, jätkasid alkohoolsete jookide tarvitamist ka rasedusperioodil. Välja arvatud üks, olid isad kõik alkohoolikud.

II alarühmas oli 15 last, kelle emad olid alkoholi kuritarvitanud enne rasestumist ja mõningase piiramisega jät-

kasid seda ka raseduse ajal. Ka siin ainult üks isa ei olnud alkohoolik.

III alarühm koosnes 9 lapsest, kelle emad enne rasestumist olid alkoholi ohtrasti pruukinud, kuid raseduse ajal enam mitte. Abikaasadest olid kolm alkohoolikud.

II rühma kuulus 221 last, kellel ainult isad olid kroonilised alkohoolikud või alkoholi kuritarvitajad. Detailsemaks analüüsiks jaotasime ka II rühma kolme alarühma, jätkates eeltoodud alarühmade numeratsiooni.

IV alarühma 8 lapse isad olid kroonilised alkohoolikud, neid oli küll ravitud alkoholismi vastu, kuid tulemusteta.

V alarühmas oli 93 last, kelle isad olid kroonilised alkohoolikud, kuid ravi ei olnud nad viibinud.

VI alarühm koosnes 120 lapsest, kelle isad olid alkoholi kuritarvitajad.

Kontrollrühma kuulus 102 last, välja on jäetud neli, kelle vanemad kannatasid alkoholismi all. Kaks last olid psühhoneuroloogi juures arvel I astme oligofreenia tõttu.

Loote üsasise arengut on hinnatud vastsündinu kehaliste näitajate, üldseisundit sünnil aga Apgari skaala järgi. Andmed on toodud tabelis 1.

Uurimistulemused. Vastsündinu kehalise arengu näitajad halvenevad proportsionaalselt vastavalt raseda poolt kuritarvitatud alkohoolsete jookide hulgale ja tarvitamise kestusele. Kui rase kannatab alkoholismi all, siis vastsündinu kaalu defitsiit ulatub kuni 500 grammini. Defitsiit pikkuses on väiksem. I alarühmas oli neli ja II alarühmas kuus last, kes olid sündinud kas teise või kolmanda lapsena. I alarühmas täheldati kaalu vähenemistendentsi eranditult kõigil järgnevatel lastel, II alarühmas aga 67%-l. Kirjanduse andmeil on see tingitud alkoholi pidurdavast mõjust loote arengule (11). Tõenäoliselt avaldavad siin mõju ka raseda tervislik seisund ja ebaõige toitumine. Kui naine oli enne rasestumist küll palju alkohoolseid jooke tarvitanud, rasedusperioodil aga vältis neid (III alarühm), siis vastsündinu kehali-

Tabel 1. Vastsündinu kehalised näitajad ja üldseisund

Rühmad	Laste arv rühmas	Vastsündinu										Enneaegseid sünditusi arvuliselt	Enneaegsusprotsent
		Keskmine kaal rühmas ja kaalu kõikumise piirid (g-des)	Pikkus cm-tes	Kasvu koeffitsient	Pea ümbermõõt	Õlgade ümbermõõt	Apgar	Kerge asfüksia juhtude arv sünnil	Sünnipuhuse aiuvõre ringehäire I aste	Platsenta kaal			
I rühm	30	3182 2050 ... 4850	50,3	63,5	34,4	35,6	8/8	2	2	490	4	13	
I alarühm	6	2950 2300 ... 3700	47,8	61,5	34,3	35,2	8/8	0	0	462	0	0	
II alarühm	15	3090 2050 ... 4850	51,6	59,9	34,1	35,8	7/8	2	1	483	4	27	
III alarühm	9	3489 3250 ... 4150	49,8	70,1	34,9	35,6	8/9	0	1	520	0	0	
II rühm	221	3399 1800 ... 4900	49,3	68,9	34,9	36,6	7/8	32	10	543	37	17	
IV alarühm	8	3125 2050 ... 3850	48,5	64,4	34,4	35,9	8/8	0	0	551	4	50	
V alarühm	93	3467 1800 ... 4900	50,5	68,7	35,4	37,1	7/8	12	3	847	19	20	
VI alarühm	120	3357 2100 ... 4850	48,4	69,4	34,5	36,3	7/8	20	7	540	14	12	
Kontrollrühm	102	3508 2000 ... 5100	50,4	69,6	35,3	36,2	7/8	17	13	535	7	7	

sed näitajad olid ligilähedased kontrollrühma näitajatele. Alkoholismi all kannatavate rasedate hulgas on enneaegseid sünditusi 13%, kontrollrühmas vaid 7%. A. Skossõreva, tsiteerides Z. Kraepelini ja C. Lange andmeid, toob alkohoolikute perekonnas enneaegsusprotsendiks 12 (12).

Kui ainult vastsündinu isa on alkohoolik, siis defitsiiti kaalus ega pikkuses ei ole, enneaegseid sünditusi aga on veelgi rohkem (17%). Oletatavasti on see tingitud nende kodude halvast psühhokliimast, samuti alatisest stressist.

Alkohoolikutest vanemate ajalised lapsed sündisid heas üldseisundis. Apgari skaala oli esimesel eluminutil 8 ja viiendal minutil 8...9. Enneaegsetel olid samad Apgari väärtused vastavalt 6...7 ja 7...8. Ühel oli ajuvõre ringehäire I astmes ja kahel kerge asfüksia. Kontrollrühmas olid Apgari väärtused vastavalt 4...9 ja 7...10. Võib oletada, et vastsündinu suuremad kehamõõdud oli üks sünnitraumade ja asfüksiajuhtude sageneamise põhjusi.

Viimastel aastatel on kirjanduses korduvalt mainitud alkohoolikute las-

tel esinevat alkohoolset sündroomi või alkohoolset embrüopaatiat (1, 2, 3). Vaatlusalusel rühmal võis seda täheldada ainult kaalus mahajäämuse osas. Ülejäänud tunnuseid, nagu madal laup, kitsad silmapilud, sageli esinev epikantus, sadulnina, lai suu, kitsad huuled, väike tahalangev lõug, neil ei olnud.

Platsenta kaal oli kõikides rühmades vastavuses lapse kaaluga; platsenta ja loote kaalukoefitsient kõikus $\frac{1}{5}$... $\frac{1}{6}$ vahel, mis on normi piires. Makroskoopiliselt iseäralikke muutusi platsental ei täheldatud.

Laste seisundit esimestel elupäevadel, nende edasist kehalist ja psüühilist arengut kajastab tabel 2.

Kõikide rühmade lapsed hakkasid istuma ja käima peaaegu üheaegselt. V. Dulnjevi seisukoht alkohoolikuist vanemate laste kehalise arengu aeglase tempo kohta — hakkasid hiljem istuma, käima — vaatlusaluse lastekontingendi puhul selgelt ei avaldunud (5).

Haigestumus alkohoolikute lastel erines haigestumusest kontrollrühmas nakkushaiguste sageduse poolest. Tabelis 2 on see ära toodud laste haigestu-

Tabel 2. Laste seisund esimestel elupäevadel ning nende edasine kehaline ja psüühiline areng

Rühm	Laste arv rühmas	Laps hakkas			Imikueas oli käitumine			Lapseeas oli käitumine		Lapse häigestumise indeks
		istuma	käima	kõnelema	normaalne	ülekaalus pidurdus	ülekaalus erutus	ülekaalus pidurdus	ülekaalus erutus	
I rühm	30	6,5 k.	1 a.	2 a. 2 k.	22 (73%)	2 (7%)	6 (20%)	30 (100%)	0 (0%)	2—3
II rühm	221	7 k.	1 a.	1 a. 11 k.	150 (68%)	7 (3%)	64 (28%)	152 (69%)	59 (26%)	2—3
Kontrollrühm	102	6,5 k.	1 a.	1 a. 6 k.	74 (73%)	5 (5%)	23 (23%)	7 (7%)	16 (15%)	1—2

musindeksi abil: indeks 1 — laps pödes kuni üht näkkushaigust; indeks 2 — pödes 2...3 haigust; indeks 3 — pödes üle kolme haiguse. Postnataalselt kahjustavate tegurite (entsefaliidid, meningiidid, neurotoksikoosid, dehüdratatsioonist põhjustatud toksikoosid, koljutrauma) mõju oli kõikides rühmades võrdne.

Alkohoolikutest rasedate lastel hilines psüühiline areng märgatavalt. Nad hakkasid kõnelema 8...10-kuulise hilinemisega, kõne oli sõnavaesem. Üksikujuhtudel hilines kõne areng tunduvalt. II alarühma üks laps hakkas kõnelema seitsmeaastaselt, üks kolme aasta ja 8 kuu vanuselt. V alarühma kolmel lapsel oli kõne algus nelja-aastaselt ja ühel viieaastaselt. VI alarühmas oli kolm last, kes hakkasid rääkima nelja aasta vanuselt, üks kuue aasta vanuselt. Kontrollrühmas selliseid suuri hilinemisi ette ei tulnud.

Laste käitumine esimestel elupäevadel ja imikueas oli erinevusteta kõikides rühmades. 73...68%-l lastest oli käitumine normaalne. Erinevus hakkas selgelt avalduma esimestel eluaastatel. Kui rasedad kannatasid alkoholismi all või olid nad enne rasestumist kasutanud rohkesti alkoholi, siis kõik lapsed olid vähese aktiivsusega, loiud, vaiksed. Nende laste protsent oli suur ka II rühmas ja suurenes vastavalt isa poolt alkoholi kuritarvitamise inten-

siivsusele. Kontrollrühmas oli neid lapsi 10 korda vähem. Samal ajal aga tuli II rühmas ilmsiks lapsi, kellel olid ülekaalus erutusprotsessid. Kontrollrühmas oli neid poole vähem (26% ja 15%); I rühmas neid ei olnud.

Enamik lapsi on psühhoneuroloog oligofreenia tõttu arvele võtnud 7 kuni 8 aasta vanuselt. Juba I klassis osutus üldine õppeprogramm neile raskeks. Esines seos kõne saabumise ja koolis edasijõudmise vahel. 63% I rühma lastest ei suutnud omandada isegi I klassi üldprogrammi ja nad suunati kohe eriklassidesse. I alarühmas oli neid 67%, II alarühmas 73%, III alarühmas 44%. II rühmas oli see protsent 52 (IV alarühmas 50, V alarühmas 55 ja VI alarühmas 51), kontrollrühmas aga vaid 2%. Enamikul lastel oli oligofreenia debiilsusastmes, ainult kolmel III astmes: üks juht I ja kaks juhtu II rühmas. Kui oligofreenia diagnoos oli eranditult kõigil I rühma lastel, siis II rühmas oli see 85%-l lastest, 8%-l lisandusid sellele veel neuropaatia ja neuroosid (VI alarühmas üks juht, V alarühmas kuus juhtu ja VI alarühmas 11 juhtu). Võib oletada, et kui kesk-närvisüsteem on alkoholist vähem kahjustatud, on tema funktsionaalne seisund paremini säilinud ning ebasoodsais arengutingimustes võivad lastel tekkida neuroosid ja neuropaatia. Ainult üks epilepsia- ja üks skisofreeniajuht leiti II rühma laste hulgas. II

rühmas oli ühel lapsel ka *m. Langdon-Downi* ja ühel *spina bifida*.

Ei tohi unustada üht psüühilise arengu mahajäämist veelgi soodustavat tegurit — alkohoolikute kodus puuduvat sooja ja emotsionaalset sidet vanemate ning laste vahel. Hoopis vastupidi, sageli psüühiliselt traumeeriv vanemate käitumine omakorda halvab varem juba kahjustatud närvisüsteemi talitlust. Osa alkohoolikute lapsi paigutati juba esimestel eluaastatel lastekodudesse. Kontrollrühmas seda ette ei tulnud. 70 alkohoolikute perekonda lahutati või elasid vanemad pärast lapse sündi lahus, lisaks 29 olid vallasemad lapsed. Seega 39% -l lastest puudus väga vajalik kodu ema ja isaga. Ka enamikus ülejäänud kodudes oli psühhokliima halb. Kontrollrühmas ainult 5% -l lastest puudus üks vanemaist, perekonnad kas olid lahutatud või kasvatas last vallasema.

Järeldused.

1. 33% psüühikahäiretega lastest on alkohoolikute lapsed. Ülekaalus on oligofreenia debiilsusastmes, mille sagedus oleneb vanemate poolt tarvitatavast alkoholi hulgast ja tarvitamise kestusest.

2. Kui mõlemad vanemad on alkohoolikud või ema alles hiljuti, enne rasedumist, loobus alkoholist, siis 100% lastest kannatab I astme oligofreenia all. Kui alkohoolik on üksnes lapse isa, on oligofreenikute protsent 85.

3. Alkohoolikute perekondadest rasedad kuuluvad suure riski rühma enneaegse sünnituse osas ja selle vältimiseks vajavad nad ennetavat ravi.

4. Naistenõuandlates tuleks naisalkohoolikud ja alkohoolikust abikaasade naised võtta eriarvele, et vältida nende rasedumist, milleks kasutada emakasiseid rasedumisvastaseid vahendeid.

5. Alkohoolikute perekondadest pärit lapsed vajavad väga suurt tähelepanu nii pediaatrilises, pedagoogilises kui ka sotsioloogilises mõttes, et tagada neile rahuldavad arenemistingimused.

KIRJANDUS: 1. Dehaene, P., Walbaum, R., Titran, M., Samaille-Villette, C., Samaille,

P. P., Crepin, G., Delahousse, G., Decoco, J., Delcroix, M., Caquant, F. Rev. franc. Gynec. Obstet., 1977, 72, 7—9, 491—498. — 2. Mestres-Estartus, J., Urue-Buscarones, J., Gonzales-Merlo, J. Rev. esp. Obstet. Ginec., 1977, 36, 228, 253—498. — 3. Rosanelli, K. Wien. med. Wochenschr., 1977, 127, 17, 544—546.

4. Беккер С. М. Патология беременности. Л., 1975, 307—308. — 5. Дульнев В. Д. Влияние хронического алкоголизма родителей на развитие нервной системы у потомства. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1964. — 6. Жезлова Л. Я. В сб.: Всероссийская научная конференция по психоневрологии детского возраста. Л., 1965, 54—56. — 7. Кирющенко А. П. Влияние вредных факторов на плод. М., 1978, 209—213. — 8. Кловоский Б. Н., Комарская Е. Н. Вестн. АМН СССР, 1969, 1, 18—25. — 9. Персианинов Л. С., Кирющенко А. П., Фролова О. Г., Николаева Е. И., Чушкова И. С. Акуш. и гинек., 1976, 10, 7—11. — 10. Сабель Э. И. В кн.: Церебральная патология плода и новорожденного. М., 1972, 35—37. — 11. Скосырева А. М. Акуш. и гинек., 1973, 4, 15—18. — 12. Скосырева А. М. Акуш. и гинек., 1977, 1, 8—11. — 13. Якунин Ю. А., Ямпольская Э. И., Кипнис С. Л., Сысоева И. М. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. М., 1979.

Tartu Kliiniline Sünnitusmaja
Viljandi Rajooni Keskhaigla

UDK 618.2:613.2(474.2)

RASEDATE TOITUMISREŽIIM TARTU NAISTENÕUANDLA ANDMETEL

LIIDIA SALUSTE · TARTU

rasedate söögiisu, söögikordade sagedus, toiduratsiooni maht

Viimasel aastakümnel on hakatud enam tähelepanu pöörama elanike toitumisele. Juba E. Vagase (3) korraldatud toitumise uurimised Eestis on kinnitanud, et toit on kvaliteedilt muutunud. Toiduratsioonid on tasakaalustamata, vaesed valkude ja vitamiinide, rikkad rasvade ja süsivesikute poolest. Noortel on ilmne tendents vanemaalastega sarnasele ainevahetusele. Siit tulevadki küsimused rasedate toitumise kohta, mille puhul arvestatagu kaht asjaolu: emale ja lapsele adekvaatse

koostisega toit üha suuremate vajaduste katmiseks kaloraaži, valkude, vitamiinide ja mineraalainete osas ning ebaõige toitumise ja toitumisrežiimi vältimine (1). See eeldab, et akušööril-günekoloogil oleks piisavalt teadmisi toitumise alal, mis võimaldaks tal rasedatele üldjoontes nõu anda. Pealegi etendavad ratsionaalne toitumine ja õige puhkus kirjanduse andmetel (4, 6, 7, 8) tähtsat osa raseduse ja sünnituse kulul, on vahetus seoses vastsündinu kaalu, vaimse ja kehalise arenguga.

Eespool öeldust lähtudes uuriti koostöös sünnitusabi ja günekoloogia ning hügieeni kateedriga aastail 1974...1977 esmassünnitajate toitumist ja toitumisrežiimi normaalselt kulgeva raseduse korral. Andmed on saadud ankeetkaalumeetodil (n=193) ja ankeetküsitluse teel (n=301) nii raseduse esimese kui ka teise poole kohta. Ankeetküsitlusel pakkusid huvi küsimused söögiisu, dieedi, söögikordade sageduse ja rikkalikuma toidukorra kohta. Kummalgi meetodil uuriti toitumisrežiimi eraldi töölistel (n=60), teenistujatel (n=95) ja õppival noorsool (n=64).

Tulemused ja arutelu. Akušööre-günekolooge huvitavad söögiisu muutused nii raseduse algul kui ka lõpul, eriti siis, kui on tekkinud rasedustoksikoos või kui kaaluüve on suur. Ankeetküsitlusel söögiisu kohta enne rasedust ja raseduse esimesel poolel vastas 21% uurituist, et see oli paranenud, 23%-l ei olnud söögiisu muutunud. Isutust täheldas 56%, osal naistel kaasnes sellega iiveldus (8%) ja oksendamine (4%). Raseduse teisel poolel märkisid söögiisu paranemist kuni pool rasedaist (31...50%), kuid isutust iivelduse ja oksendamisega ei olnud raseduse lõpul ühelgi naisel. Järgneval küsitlusel selgus seegi, et suurem osa uurituist ei pidanud dieeti ega suhtunud toitumisse teadlikult ei enne rasedust ega ka raseduse ajal. Ilmnes, et 8% rasedatest raseduse esimesel poolel ja 16% teisel poolel pööras toitumisele suuremat tähelepanu, mida tuleb igati hinnata.

Ankeetküsitlusel torkas silma, et

Tabel 1. Söögikordade sagedus enne rasedust ja raseduse esimesel ning teisel poolel (%-des) n=301

Söögi- kordade sagedus	Töölised n=82			Teenistujad n=137			Õppiv noorsugu n=82		
	E	I	II	E	I	II	E	I	II
	n=52			n=86			n=50		
	n=30			n=51			n=32		
2 korda	12	9	7	8	3	1	9	5	6
3 korda	63	66	63	69	66	69	72	63	70
4 ja enam korda	25	25	30	23	31	30	29	32	24

E — enne rasedust, I — raseduse esimene pool, II — raseduse teine pool

traditsioonilised toitumisharjumused püsisid ka raseduse ajal, vastavalt füsioloogilistele normidele ei muutunud söögikordade sagedus. Nagu nähtub tabelist 1, toitis $\frac{3}{5}$ naistest raseduse esimesel ja teisel poolel kolm korda ja üle $\frac{1}{5}$ neli korda päevas. Need andmed ei lange kokku kirjanduses soovitatuga. Normaalselt kulgeva raseduse esimesel kuudel peaks söögikordade sagedus olema mitte vähem kui neli kor-

Tabel 2. Hommiku-, lõuna- ja õhtusöögi ning õhtuote kogus rasedate ööpäevases toiduratsioonis (%-des) n=193

Uri- tavad	Hom- miku- söök	Lõuna- söök	Õhtu- oode	Õhtu- söök
Töölised n=49				
I n=25	18,7	45,58	32,23	4,02
II n=24	25,95	31,59	32,62	9,84
Teenistujad n=92				
I n=56	21,42	32,44	32,77	13,37
II n=36	22,56	33,32	25,81	18,31
Õppiv noorsugu n=52				
I n=30	22,26	29,81	30,44	17,49
II n=22	18,54	28,04	27,34	25,18
Keskmine				
I n=III	20,6	35,96	31,81	11,62
II n=82	22,34	31,28	28,6	17,78

Tabel 3. Sooja toidu söömise sagedus päevas raseduse esimesel ja teisel poolel (%-des) n=193

Sooja toidu söömise sagedus	Teenistujad n=92		Töölised n=49		Õppiv noorsugu n=52	
	I n=56	II n=36	I n=95	II n=24	I n=30	II n=22
Ei söönud	2,9	3,2	2,5	2,5	6,2	4,8
Kord päevas	41,4	31,2	38,4	36,1	53,4	48,4
2 korda päevas	43,4	50,4	50,8	55,1	35,6	40,0
3 korda päevas	12,3	15,1	8,3	6,3	4,8	6,8
4 korda päevas	0	0,13	0	0	0	0

I — raseduse esimene pool, II — raseduse teine pool

da ja raseduse teisel poolel viis või isegi kuus korda päevas (5).

Söögikordade kõrval tuleb tähelepanu pöörata ööpäevase toiduratsiooni õigele jaotamisele. Ankeetkaalumeetodil selgitatigi rasedate toiduratsiooni, seda võrreldi ankeetküsitlusele saadud vastusega rikkalikuma söögikorra kohta. Tabelist 2 selgub, et ööpäevasest ratsioonist moodustas hommikusöök keskmiselt 20,6%, lõunasöök 35,96%, õhtuode 11,62% ja õhtusöök 31,81%. Teenistujatel ja õppivatel noortel oli õhtusöögiks tarvitatud toidu kogus raseduse teisel poolel õhtuote arvel mõningal määral vähenenud: esimesel poolel 13...18% ja teisel poolel 17,5...25%. Märkimisväärset erinevust lõuna- ja õhtusöögi koguse vahel ei olnud ühegi rühma patsientidel, välja arvatud töölistel raseduse esimesel poolel. E. Bergmane (2) järgi on rasedatele esitatavad nõuded teised: ööpäevasest toiduratsioonist peab hommikusöök moodustama 30%, lõunaode 20%, lõunasöök 40% ja õhtusöök 10%. Kuigi küsitluse nimetati lõuna rikkalikumaks söögikorrak, ei lange see ühte faktilisel toitumisel saadud mahuga.

Tähtsusetuks ei saa pidada ka sooja toidu kordade sagedust päevas. Uurimine kinnitas, et raseduse esimesel poolel sõi kaks korda päevas sooja toitu 43,4% teenistujaist, 50% töölistest ja 35% õppivatest noortest, raseduse teisel poolel oli sooja toidu sööjaid enam (vt. tabel 3).

Ankeedi täitmisel märkisid rasedad

üles söömise kellaajad. Enamik (85...100%) oli kümnest öhtust 3...3,5-l söönud sooja toitu pärast kella 19.00. Sellist hilist söögikorda, eriti raseduse lõpul, tuleb lubamatulks pidada. Rase peab sööma kindlatel kellaaegadel 4...5-tunniste vaheaegade järel ja süüa tohib mitte hiljem kui kaks tundi enne magamaminekut (2).

Kokkuvõte. Esmassünnitajate toitumisrežiimis tulid ilmsiks mõningad puudused: ei peetud kinni söögikordade vahelisest ajast, ööpäevane toiduratsioon oli jaotatud valesti, kusjuures toitumisrežiimi osas tehtavad vead olid raseduse teisel poolel väiksemad kui esimesel poolel. Kõige enam rikkusid toitumisrežiimi kõrgkoolide üliõpilased ja keskeriõppeasutuste õpilased. Rasedate toitumisrežiimi võib tervikuna rahuldavaks pidada.

KIRJANDUS: 1. Hüter, K. A. Therapie-woche, 1969, 19, 47, 2302—2310.

2. Бергмане Е. Р. В сб.: Теоретические и практические вопросы питания. Вильнюс, 1977, 6—8. — 3. Вагане Э. П. Некоторые особенности питания и обмена веществ у населения Эстонской ССР. Таллин, 1976. — 4. Иванюта Л. И., Самборская Е. П., Охрончук В. В. В сб.: Тезисы докладов VIII международного конгресса акушеров-гинекологов, М., 1973, 287—289. — 5. Липовский С. М. Питание и пищеварение при беременности. М., 1978. — 6. Пап А. Г. В сб.: Тезисы докладов VII международного конгресса акушеров-гинекологов. М., 1973, 243. — 7. Петров-Маслоков М. А., Туголунов А. Н. Акуш. и гинек., 1973, 9, 1—5. — 8. Шилейко В. А., Рогозный А. Д. Акуш. и гинек., 1974, 9, 1—4.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni
kateeder

TÜTARLASTE GÜNEKOLOOGILISTE HAIGUSTE STRUKTUUR

KADRI KAUER · TARTU

lastegünekoloogia, haigestumise struktuur

Sissejuhatus ja töö eesmärk. Nõukogude tervishoiu profülaktiline suund on seotud eeskätt kasvava põlvkonna tervise kaitse probleemidega. Iseseisva distsipliinina hakati lastegünekoloogiat teistest distsipliinidest eristama enam kui 30 aastat tagasi. Sellele vaatamata on praeguseks ajaks vaid üksikud spetsiaalsed tütarlaste günekoloogilise abi kabinetid Moskvast, Leningradis, Dnepropetrovskis, Simferopolis ja Tallinnas. Tartu linna ja rajooni tütarlapsed on Tartu Kliinilise Sünnitusmaja naistenõuandla juures asuva lastegünekoloogiakabineti järelevalve all 1960. aastast.

Töö eesmärk oli Tartu Kliinilise Sünnitusmaja naistenõuandla lastegünekoloogiakabineti andmeil välja selgitada tütarlaste günekoloogiliste haiguste struktuur.

Kirjanduse ülevaade. Kirjanduse andmeil on puberteedieas tütarlaste günekoloogiliste haiguste hulgas esikohal mitmesugused välissuguelundite ja tupepõletikud, mis moodustavad 65,8% juhtudest (1, 6, 9). Primaarsest põletikest on 75...97% mittepetsiifilise etioloogiaga. Kuni 3%-l juhtudest diagnoositakse gonorröad (1, 9). Sekundaarsetest põletikest on 15% seoses organismi üldhaigustega, nagu gripp, nakkushaigused ja eksudatiivne diatees. Haigusetekitajadena on sagedamini avastatud stafülo- ja streptokokke, 0,7%-l juhtudest on põletiku põhjuseks olnud krooniline enterobioos (1, 5, 8, 9).

Menstruatsioonihäired on tütarlaste günekoloogiliste haiguste struktuuris sageduselt teisel kohal (25,0%-l) (6, 9). Puberteedieas on menstruatsioonihäiretel günekoloogilise sfääri patoloogias tähtsaim koht ja need esinevad sagedamini kolme põhivormina: agome-

noröa (30,0%), hüpo- ja amenorröa (26,6%) ning juveniilsed verejooksud (16,7%). 26,7%-l arsti poole pöördunud tütarlastest on menstruaaltsükkel ebarregulaarne (9).

Viimastel aastatel on menstruatsioonihäirete osatähtsus tütarlaste günekoloogiliste haiguste struktuuris tunduvalt suurenenud (2, 5, 6, 7).

Suguelundite kasvajaid diagnoositakse suhteliselt harva, umbes 1,0%-l tütarlastest (11). Sugulise arengu häireid avastatakse 1,3%-l lastegünekoloogi poole pöördunuist. 6,4%-l tütarlastest on vaevuste põhjuseks muud genitaalsfääri haigused (6).

Metoodika. Tütarlaste günekoloogiliste haiguste struktuuri selgitamiseks lastegünekoloogiakabineti andmeil analüüsiti aastail 1967...1978 kabinetti külastanute ambulatoorseid kaarte, kokku 1882 kaarti. Tulemusi võrreldi ajavahemiku 1960...1965 haigestumise struktuuriga (4).

Uuritavad jaotati vanuse järgi kuude rühma: kuni kolme aasta vanused, nelja kuni kuue aasta vanused, 7...9, 10...12, 13...15 ja 16...18 aasta vanused.

Haiguste ja sümptomide klassifitseerimise aluseks võeti A. Pettšenko, N. Kuznetsova, L. Zajatsi, V. Bodžajina, L. Tumiloviitsi ja E. Bogdanova laste günekoloogiliste haiguste klassifikatsioone. Materjali töödeldi statistiliselt. Leiti üksikute günekoloogiliste haiguste ning iseseisva nosoloogilise ühikuna esinevate sümptomide ja sündroomide esinemissagedus protsentides. Analüüs tehti tütarlaste vanust arvestamata ning ka üksikute vanuserühmade kaupa, kusjuures arvestati vanust esmasel arsti poole pöördumisel ja täpsustatud diagnoosi.

Töö tulemused. Arutelu. Aastail 1960...1965 oli tütarlaste günekoloogilistest haigustest esikohal valgevoolus (36,99%), see oli põletikust põhjustatud 13,75%-l, füsioloogiline *fluor albus* oli 23,24%-l tütarlastest (4).

Aastail 1967...1978 ei täheldatud suguelundite haigusi 22,5%-l lastegünekoloogi poolt läbivaadatud tütarlas-

test. Ekstragenitaalsed haigused põhjustasid günekoloogilisi vaevusi 18,3% -l juhtudest.

Tütarlaste günekoloogiliste haiguste struktuuris olid esikohal suguelundite põletikud (19,0%). Sagedamini diagnoositi vestibuliiti (6,5%), vulvovestibuliiti (3,8%) ja sekundaarset vulviiti (3,2%), suhteliselt harvem kolpiiti ja adneksiiti.

Välissuguelundite ja tupepõletikud moodustasid 68,3% suguelundite kõikidest põletikest. Viiel tütarlapsel diagnoositi suguelundite tuberkuloosi (0,26%).

Lastegünekoloogiakabineti külastavuse järgi olid menstruatsioonihäired sageduselt teisel kohal (18,1%). Selles haiguste rühmas domineerisid algomenorröa (3,8%) ja sekundaarne amenorröa (3,5%), harvem täheldati muid menstruatsioonihäireid.

Valgevooluse tõttu pöördus arsti poole 310 tütarlast (16,5%). Neist 192-l (10,2%) ei avastatud suguelundite haiguslikku protsessi ega ekstragenitaalsel haigust. Seega osutus häirivaks füsioloogiline *fluor albus*. Ülejäänuil põhjustasid patoloogilise valgevooluse suguelundite põletik, organismi üld- või nakkushaigus.

Sugulise arengu häired moodustasid 2,35%. Trauma tõttu pöörduti arsti poole 1,3% -l juhtudest. Suguelundite väärarendeid avastati 0,7% -l, kasvajaid 0,4% -l noortest patsientidest.

Kuni 9 aasta vanustel tütarlastel olid ülekaalus välissuguelundite ja tupepõletikud. Hiljem põletike osatähtsus väheneb, neid on puberteedieelses eas 14,4% -l, puberteedieas vaid 2,8% -l tütarlastest. Paralleelselt välissuguelundite ja tupepõletike esinemissageduse järsu vähenemisega alates 13. eluaastast sagenevad metriiti ja adneksiiti haigestumise juhud.

Menstruatsioonihäirete tõttu pöördus arsti poole 318 tütarlast, kellest enamiku vanus oli 13...15 aastat. Suguelundite kasvajat diagnoositi 9 tütarlapsel.

Eespool toodut kokku võttes võib öelda, et Tartu Kliinilise Sünnitusmaja

naistenõuandla lastegünekoloogiakabineti andmeil saadud günekoloogiliste haiguste struktuur ühtib üldjoontes kirjanduses esitatuga. Erinevused on ilmselt põhjustatud paljude autorite poolt kasutatud günekoloogiliste haiguste erisugusest klassifikatsioonist.

KIRJANDUS: 1. Heinz, M., Hoyme, S. Gynäkologie der Kinder- und Jugendalters. Leipzig, 1972. — 2. Peter, R., Vesely, K. Kinder-gynäkologie. Leipzig, 1966.

3. Бозоров И. И. Гинекология детского возраста. Л., 1966. — 4. Каск В. А. Уч. зап. Тартуского у-та. Труды по медицине XVII. Тарту, 1968, 253—256. — 5. Кузнецова М. Н., Заяц Л. Д. В сб.: Тезисы докладов VII Международного конгресса акушеров-гинекологов. М., 1973, 461—462. — 6. Кузнецова М. Н., Заяц Л. Д. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, 194—201. — 7. Михаль Ш., Лайош К. Гинекология детского возраста. Будапешт, 1967. — 8. Персианинов Л. С., Черванова Т. В. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, 3—5. — 9. Петченко А. И. Клиника и терапия гинекологических заболеваний детей. Киев, 1964. — 10. Петченко А. И. В кн.: Гинекология. Киев, 1960, 463—504. — 11. Селезнева Н. Д. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, 162—172.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

UDK 616-053.8-071.3

MÕNINGAID SEADUSPÄRASUSI NOORTE NAISTE KEHA PIKKUSE JA MUUDE ANTROPOMEETRILISTE TUNNUSTE VAHELISTES PROPORTSIOONIDES

HELJE KAARMA . TARTU

antropoloogia, naise keha proportsioonid, pikkus- ja kaaluklassid

Keha üksikute mõõtude vahelisi proportsioone on siiani veel suhteliselt vähe uuritud (2, 3, 5, 6, 9). Isegi proportsioonide uurimise meetodit — indekse meetodit — kritiseeritakse (4).

Kõigist võimalikest antropomeetriaalsete tunnuste vahelistest suhetest on kõige enam käsitletud üksikute kehamõõtude ja keha pikkuse vahelisi suhteid (1), kuid ka siin on vaja teha täiendavaid uurimisi.

Meie töö ülesanne seisnes selles, et uurida pikkus-, laius-, sügavusmõõtude ja übermõõtude suhet keha pikkusesse erisuguse kehaehitusega naistel. Me püüdsime selgitada, kas naiste eri kontingentide puhul ilmneb selles printsiipiaalseid erinevusi või mitte.

Erisuguse kehaehitusega naiste keha-proportsioonide süstemaatiliseks uurimiseks kasutasime järgmist meetodikat: 670 noore naise antropomeetriaalsetest tunnustest moodustasime 31 indeksit (vt. tabel) ning uurisime indekseid aritmeetiliste keskmiste muutusi sõltuvalt keha kaalust ja pikkusest. Nagu meie eelmised tööd (7) kinnitasid, on just keha kaal ja pikkus need põhilised tunnused, mis määravad muud kehamõõdud.

Et üldkehtiv naise konstitutsionaalsete tüüpide klassifikatsioon siiani puudub, on meie arvates praegusel etapil ratsionaalne kasutada pikkuse ja kaalu klassifikatsiooni, mis on koostatud kaalu ning pikkuse standardhälbe

ühikutes $\pm 2,56$ vahemikus. See klassifikatsioon koosneb 25 klassist ning siia on võimalik arvata 97% kõigist uuritavatest. Eri pikkus- ja kaaluklassides väljaarvutatud kõigi indekseid aritmeetilisi keskmisi võrreldakse omavahel statistiliselt S-testi abil (t-testi modifikatsioon) (8). Nii saadakse meetod, mille abil on võimalik eri kehaehitusega naiste antropomeetriaalsete andmeid statistiliselt võrrelda. Edaspidi oleks selliselt võimalik võrrelda eri uurijate poolt saadud analoogilisi andmeid omavahel.

Arvutused tehti TRÜ Arvutuskeskuses. Konsultandiks oli füüsika-matemaatikakandidaat E. Tiit.

Töö tulemused on esitatud tabelis. Siit nähtub, et keha kaalu suurenemise korral muutusid kõigis pikkusklassides pikkusmõõtude suhted keha pikkusesse statistiliselt mitteoluliselt.

Vastupidine pilt ilmnes keha laius- ja sügavusmõõtudest ning keha pikkusest moodustatud indekseid puhul. Nende aritmeetilised keskmised suurenesid keha kaalu suurenemise suunas kõigis arvukamates pikkusklassides (II, III, IV) statistiliselt oluliselt. Mõningate indekseid (10, 11, 12) muutused I ja V pikkusklassis olid statistiliselt mitte-

Tabel. Muutused pikkus-, laius-, sügavusmõõtude ja übermõõtude suhetes pikkusega erinevates pikkus- ja kaaluklassides naistel

Indeksi nr.	Indeksi nimetus	I väga lühikesed n = 37 156,2—155,8	II lühikesed n = 177 155,8—161,4	III keskmised n = 253 161,4—167,0	IV pikad n = 142 167,0—172,6	V väga pikad n = 45 172,6—178,1
		Kaaluklassid				
	(indeksid on väljendatud %des)	1—4 2,04—72,54	1—5 42,04—80,07	1—5 42,04—80,07	2—5 49,67—80,07	3—5 57,27—80,07
1	<u>Istepikkus</u> keha pikkus	53,86—63,64	53,51—54,46	54,11—53,88	52,76—52,92	51,85—53,05
2	<u>pea ja kaela pikkus</u> keha pikkus	19,59—18,80	19,22—19,29	18,83—18,76	18,27—18,72	18,13—18,42
3	<u>kerepikkus</u> keha pikkus	30,14—31,13	30,71—31,19	30,11—30,69	30,71—29,82	29,93—30,06
4	<u>selgroo pikkus</u> keha pikkus	39,99—40,76	40,68—40,98	38,71—40,11	40,32—39,50	39,14—39,38
5	<u>ülaläseme pikkus</u> keha pikkus	44,62—44,36	44,29—45,27	43,20—44,10	44,27—44,24	44,94—44,71
6	<u>alajäseme pikkus</u> keha pikkus	53,29—53,72	53,21—53,68	53,29—53,82	54,18—54,33	55,22—54,26

7	<u>üldine kõhupikkus</u> keha pikkus	21,26—22,60	21,50—22,40	20,70—22,42	21,20—21,02	21,04—21,88
8	<u>ülakõhu pikkus</u> keha pikkus	11,91—12,30	11,36—12,56	11,43—12,60	11,64—11,49	11,52—12,07
9	<u>alakehu pikkus</u> keha pikkus	9,35—10,30	10,32— 9,84	9,26— 9,82	9,59— 9,34	9,52—9,81
10	<u>õla laius</u> keha pikkus	0,22— 0,22	0,21— 0,23	0,21— 0,22	0,21— 0,22	0,20— 0,21
11	<u>rindkere laius</u> keha pikkus	15,29—15,78	14,68—16,71	14,52—15,70	13,90—15,54	13,82—15,02
12	<u>rindkere sügavus</u> keha pikkus	9,70—10,62	9,40—11,47	9,63—10,32	9,10—10,18	9,40—10,13
13	<u>talie laius</u> keha pikkus	13,85—15,61	13,01—15,90	—	12,65—14,38	11,97—13,76
14	<u>kõhu sügavus</u> keha pikkus	9,11—10,14	8,84—11,62	8,25—10,35	8,64—10,08	8,84— 9,44
15	<u>D. spinarum</u> keha pikkus	15,78—16,10	15,33—16,66	16,20—16,03	15,30—15,61	13,96—15,42
16	<u>D. cristarum</u> keha pikkus	17,46—17,38	16,91—17,97	18,34—17,92	16,78—17,20	16,10—16,94
17	<u>D. trochaterica</u> keha pikkus	19,74—19,96	18,89—20,84	18,95—20,60	18,38—19,52	18,38—19,28
18	<u>Coni. externa</u> keha pikkus	12,20—12,88	11,82—13,44	11,00—12,54	11,76—12,51	11,54—12,30
19	<u>Dea ümbermõõt</u> keha pikkus	35,16—35,90	33,97—35,10	32,71—34,05	32,26—33,40	31,91—32,32
20	<u>kaela ümbermõõt</u> keha pikkus	19,42—20,61	18,69—21,78	17,58—20,40	17,94—19,77	17,67—18,83
21	<u>rindkere ülemine ümbermõõt</u> keha pikkus	49,95—55,38	48,38—60,00	47,08—54,42	46,80—54,05	45,46—50,84
22	<u>rindkere alumine ümbermõõt</u> keha pikkus	44,91—52,48	43,42—65,23	42,03—49,75	41,24—49,41	42,04—46,55
23	<u>talie ümbermõõt</u> keha pikkus	40,69—47,81	38,85—51,50	36,38—46,82	37,72—45,75	36,62—42,89
24	<u>kõhu ümbermõõt</u> keha pikkus	44,05—49,58	41,50—56,32	40,36—50,16	40,25—49,44	39,19—45,20
25	<u>puusaümbermõõt</u> keha pikkus	54,07—61,97	52,48—66,25	50,13—60,67	50,95—59,72	49,30—56,79
26	<u>ree ümbermõõt</u> keha pikkus	32,86—38,96	31,56—39,79	28,43—38,39	30,76—38,18	29,51—35,57
27	<u>sääre maksimaalne ümbermõõt</u> keha pikkus	21,04—24,63	20,60—24,17	18,95—23,63	20,05—22,64	19,09—21,89
28	<u>sääre minimaalne ümbermõõt</u> keha pikkus	13,29—14,49	13,23—15,22	19,99—14,59	12,76—13,78	12,54—14,35
29	<u>õlavarre ümbermõõt</u> keha pikkus	15,31—19,32	14,35—19,36	12,53—17,81	13,82—17,58	12,97—16,52
30	<u>küünarvarre ümbermõõt</u> keha pikkus	13,88—17,07	13,39—16,04	11,92—15,27	13,06—14,97	12,26—14,25
31	<u>randme ümbermõõt</u> keha pikkus	9,33—10,30	9,12—10,13	8,71— 9,98	8,88— 9,75	8,69— 9,57

olulised tingituna nendesse klassidesse kuuluvate naiste vähesusest, nende indeksi muutuste põhiline suund oli samasugune nagu II, III ja IV klassis. On huvitav see, et põhimõtteliselt sarnaselt muude keha laius- ja sügavusmõõtudega muutusid ka vaagna väliste mõõtude suhted pikkusesse.

Indeksid, mis olid välja arvutatud ümbermõõtude (19...31) ning keha pikkuse suhetena, käitusid analoogiliselt laius- ja sügavusmõõtudest moodustatud indeksitega.

Seega täheldasime põhimõtteliselt ühesuguseid muutusi uuritud proportsioonides eri kehaehitusega naistel. Kõigis pikkusklassides fikseeritud pikkuse juures suurenesid kaalu tõusu korral statistiliselt oluliselt need indeksid, mis olid moodustatud laius- ja sügavusmõõtudest, ümbermõõtudest ning keha pikkusest. Väga vähesed muutused toimusid pikkusmõõtude ja keha pikkuse vahelistes suhetes. Järelikult antropomeetriliste tunnuste proportsioonides ilmneb keha pikkuse suhtes teatav süsteem. Selle selge avaldumine pikkus- ja kaaluklassides näitab keha kaalu ning pikkuse osatähtsust.

KIRJANDUS: 1. Aul, J. Antropoloogia-alaseid töid III. Tartu, 1977.

2. Акинчикова Л. И. Телосложение и реактивность организма человека. Л., 1969. — 3. Башкиров П. Н. Уч. зап. Московского гос. ун-та, вып. 10, 1937, 103—117. — 4. Башкиров П. Н. Учение о физическом развитии человека. М., 1962. — 5. Бунак В. В. Уч. зап. Московского гос. ун-та, вып. 10, 1937, 52—102. — 6. Дерябин В. Е. Вopr. антропол., 1976, вып. 52, 77—93. — 7. Каарма Х. Т. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та, вып. 476, 1978, 133—139. — 8. Кельдер Т. А. В сб.: Труды вычислительного центра Тартуского государственного университета. Тарту, 1977, 65—74. — 9. Родинский Я. Я. Зоол. ж., 1957, XXXVI, 1, 151—157.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja
günekoloogia kateeder

Filosoofia ja meditsiin

UDK 100:577.4

ÖKOLOOGIA JA IDEOLOOGILINE VÕITLUS

LEONTI KÄHRIK . TALLINN

«Eluks kõlbliku keskkonna säilitamine — ka see on klassiprobleem.»

Gus Hall

Inimkonna ees seisab kaks tähtsat globaalset probleemi, mille edukast lahendamisest oleneb tema edasine käekäik. Need on: a) termotuumasõja ärahoidmine ja b) ökoloogilise katastroofi vältimine.

Progressiivsete ja reaktsiooniliste jõudude vahel käib mõlema probleemi ümber äge ideoloogiline võitlus. Ideoloogiline võitlus ökoloogiaprobleemide ümber on seotud mitme eri teoreetilise ja praktilise küsimusega: ökoloogilise kriisi teaduslik-tehniliste, sotsiaal-majanduslike jt. põhjuste selgitamisega, globaalse ökoloogia metodoloogia väljatöötamisega, ökoloogilise prognoosi ja ökoloogilise katastroofi vältimise või muude küsimustega.

Arvestades ökoloogiaprobleemide ümber käiva ideoloogilise võitluse laiahaardelisust ja mitmetahulisust, peatume selles kirjutises üksnes küsimustel, mis puudutavad ökoloogilise kriisi tekkepõhjusi ja ökoloogilise situatsiooni radikaalse parandamise võimalusi.

Ökoloogiline ja ideoloogiline situatsioon. 1960-ndatest aastatest alates on ökoloogiline situatsioon (suhte laad süsteemis «ühiskond — tehnosfäär — loodus») hakanud järsult teravnema. See avaldub esiteks loodusressursside

kasvava defitsiidina. Tootmise kasvu-tempo (4...6% aastas) säilimise korral olemasoleva (traditsioonilise) tehnoloogia baasil jätkub ekspluateeritavaid ressursse umbes 30...100 aastaks (9, lk. 54).

Teiseks intensiivistub keskkonna saastamine olme- ja tööstuslike heitainetega, mida loodus ei suuda enam neutraliseerida. Kui keskkonna saastamine samas tempos jätkub, siis võib elu ookeanides kaduda juba 50 aasta pärast (14, lk. 26). Juba praegu sureb maailmas ligi 5 miljonit last aastas saastatud vee tarbimise tõttu. Tehnoloogiliste protsesside ja olmetingimuste laialdase kemiseerimise tagajärjeks on «kuulutamata keemiline sõda» — kõik maakera elanikud on keemiliste agensite mõju all. Arvatakse, et kuni 80%-l juhtudest on vähktõve põhjuseks keemilised ained. Mõningate keemiliste ühendite üha laienev tootmine ja tarbimine võivad saatuslikuks saada nii biosfäärile kui ka inimkonnale. Sellisteks on näiteks freoon-11 ja freoon-12, mida kasutatakse farmaatsiatööstuses, kosmeetikas, külmutustehnikas või mujal. Lendunud freoon tõuseb atmosfääri kõrgematesse kihtidesse ja lagundab elu ultraviolettkiirte eest kaitsvat osoonikihti. Kui 2000. aastaks freoonide tootmist ei peatata, võivad alata pöördumatud protsessid. Kõigepealt aga hakkab sagenema nahavähki haigestumine (7, lk. 457).

Kolmandaks, inimene on loonud nn. teise looduse e. tehnosfääri, mis loodusliku keskkonnaga võrreldes muutub sadu ja tuhandeid kordi kiiremini. Sellega seoses kerkib adaptatsiooniprobleem (18). Tehnosfääri kiire areng, aga ka selle praegu veel prognoosimatud tagajärjed on juba suurendanud tuntud haiguste esinemissagedust ja tekitanud palju uusi. Staatilise elektri puudumine raudbetoonkonstruktsioonidest ehitatud hoonetes tingib neis elavate või töötavate inimeste tööviljakuse kiirema languse, tekitab rusutud meeleolu jne. Juba kuulus R. Koch ennustas omal ajal, et mõnekümne aasta pärast muutub müraprobleem palju aktuaalsemaks,

kui seda on viirushaigused. Ja nii see ka on: pikemaajaline viibimine ülemäärases müras (üle 60 dB) põhjustab 80%-l migreeni, 52%-l mäluhäireid, 20...30%-l neuroose või muid psüühilisi haigusi, mürarikastes korterites elavad lapsed jäävad vaimses ja kehalises arengus teistest maha (17, lk. 167). Näiteid võiks tuua veelgi, kuid asi pole selles.

Probleemi olemus on seniste ühiskonna ja looduse vaheliste vastuolude süvenemine ja uute teravate vastuolude tekkimine sotsiaalse progressi ühe negatiivse tagajärjena. Kaob ühiskonna ja looduse vaheline dünaamiline tasakaal, mistõttu satub ohtu inimese enese eksistents. Dünaamilise tasakaalu rikumine ning vastuolude teravnemine ühiskonna ja looduse vahel on ökoloogilise kriisi põhiline ilmnemismvorm.

Seoses ökoloogilise kriisi teravnemisega kerkib mitmeid küsimusi: millised on ökoloogilise kriisi nähtuste põhjused, kas on võimalik üle saada ühiskonna ja looduse vahelistest teravnenud vastuoludest, kas on võimalik vältida ökoloogilist katastroofi?

Ökoloogiaalases kirjanduses võib leida kümneid ja sadu vastuseid neile küsimustele, mis varieeruvad äärmisest pessimismist (ökoloogilist katastroofi ei saa vältida) kuni naiivse hurraa-optimismini (kriisinähtused mööduvad iseendast). Marksistliku filosoofia seisukohaks on kaine optimism, s. t. ökoloogilise situatsiooni teravnemist ei eitata, küll aga ollakse veendunud, et inimkonna käsutuses on piisavalt vahendeid, vältimaks ökoloogilist katastroofi.

Millest selline arvamuste mitmekesisus ja lahknevus? Mis tingib ökoloogiaprobleemide pinnal kujunenud ideoloogilise situatsiooni sellise eripära?

Arvamuste erinevuse peamised põhjused pole ei loogilist ega tunnetusteoreetilist laadi. Seisukohtade kardinaalse erinevuse põhjused on mujal ja nimelt sotsiaalsete tingimuste erinevuses.

Ökoloogiaprobleemid kuuluvad kõiki maid ja rahvaid puudutavate, s. o. globaalsete probleemide hulka ning nende

lahendamine on otseselt seotud eri klas-
side, rühmituste ja rahvaste huvidega.
Just sotsiaalsete (klassi-) huvide erine-
vus tingib ka erinevaid ja isegi vas-
tandlikke seisukohti. Ökoloogilise si-
tuatsiooni tunduv teravnemine on
reaalne fakt ning iga klass või sotsiaal-
ne rühmitus, lähtudes oma erilistest
huvidest, püüab välja töötada oma idee-
list retsepti selle tekkepõhjuste ja
lahendamisviiside kohta. Nii tekibki
ideoloogiline võitlus ökoloogiaproblee-
mide ümber.

Ideoloogiline võitlus keskkonnaprobleemide ümber algas juba möödunud sajandil. K. Marx ja F. Engels olid esimesed kapitalismi kriitikud ka ökoloogiaprobleemide vallas. Oma töödes «Töölisklassi olukord Inglismaal», «Kapital» jt. tõestasid marksismi rajajad veenvalt, et ökoloogiaprobleemide tekkes on eelkõige süüdi sotsiaalse arengu stiihilisus kapitalistlikus ühiskonnas.

XX sajandi 60-ndate aastateni oli ideoloogiline võitlus ökoloogiaprobleemide ümber teisejärgulise tähtsusega suunaks. Põhjus on teada: ökoloogiline situatsioon ei olnud veel piisavalt teravnenud, ökoloogilise kriisi ilminguid oli vähe. 1960-ndatest aastatest alates on olukord kardinaalselt muutunud, ökoloogilise situatsiooni tunduv teravnemine on aktualiseerinud ka ideoloogilist võitlust selle probleemi ümber.

Nõukogude ning teiste maade marksistid lähtuvad ökoloogilise situatsiooni hindamisel dialektilise ja ajaloolise materialismi metodoloogiast, mis võimaldab välja töötada ideoloogilise võitluse ühtse (monistliku) strateegia, veenvalt tõestada, et ökoloogilise kriisi peamine põhjustaja on kapitalistlik tootmisviis, ja säilitada kainet optimismi.

Erinevalt marksismist on kodanlikule ideoloogiale omane pluralism. Ökoloogilise situatsiooni hindamisel lähtutakse eri filosoofilistest ja metodoloogilistest alustest. Sellest johtubki, et ökoloogiaprobleemide ümber võib kodanlikus ideoloogias kohata selliseid suundi nagu romantism ja pragmatism, tehnitsism ja antitehnitsism, stsientism ja antistsientism, optimism ja pessi-

mism jt. Oma olemuselt on kodanlikud ideelised voolud idealistlikud ja metafüüsilised.

Ja lõpuks, ökoloogiaprobleemide ümber käiva ideoloogilise võitluse eripäraks tänapäeval on ka veel see, et marksistlik ideoloogia on aktiivse, ründava, iseloomuga, kodanlikud ideoloogid aga püüavad vältida otsest ideelist konfrontatsiooni sellel alal. Igatahes poliitilises, juriidilises, religioosses ning muudes suundades on kodanlik ideoloogia ja propaganda palju aktiivsem (vrd. näiteks inimõiguste küsimustes). Ökoloogiaprobleemide vallas püüavad kodanlikud ideoloogid esineda neutraalsetes toonides, pigem nad kaitsevad endid kui ründavad. Põhjus on lihtne: ökoloogiline situatsioon on teravnenud eelkõige arenenud kapitalistlikes maades, just seal võib alata ökoloogilise kriisi globaliseerumine.

Ökoloogilise kriisi põhjuste peegeldumine ideoloogias. Ideoloogilise võitluse olemuse hindamise ning eri voolude koha määramise selles muudab keerukaks esiteks see, et ökoloogilise kriisi nähtused on teadus- ja tehnika-revolutsiooni negatiivseks tagajärjeks, ning teiseks, ökoloogilise kriisi nähtusi võib kohata kõikides maades, olenemata sotsiaalsest süsteemist.

Et anda õiget vastust ökoloogilise kriisi põhjuste kohta, tuleb nad jaotada **üldkultuurilisteks** ja **spetsiifilisteks**. Esimesed avaldavad toimet eranditult kõikides maades, spetsiifiliste põhjuste olemasolu aga on vahetult seotud valitseva sotsiaalse süsteemi kvaliteediga. Põhilised üldkultuurilised ökoloogilist kriisi tekitavad tegurid on tehnilist, teoreetilist ja maailmavaatelist laadi.

Teadus- ja tehnikarevolutsiooni käigus loodav ning ekspluateeritav tehnika on äärmiselt efektiivne — on vaja vaid 100 töölise, et anda aastas ühe miljoni rubla eest toodangut. Sama tehnika aga tekitab ka ökoloogiaprobleeme. Üle 90% ressursidest läheb jäätmeteks, mis saastavad keskkonda. On vaja luua ja kasutusele võtta teh-

noloogia, mille puhul jäätmete hulk on viidud miinimumini.

Ka teadus on XX sajandil teinud tohutuid edusamme. Ligi 90% teaduslik-tehnilisest infost, mis on iial olnud inimkonna käsutuses, pärineb meie sajandist. Kahjuks aga ei suuda teadus veel välja töötada ühiskonna ja looduse suhete optimeerimiseks vajalikke teoreetilisi mudeleid. «Ühiskond-loodus» on äärmiselt keerukas süsteem. Seetõttu on küllalt raske pikema aja peale ette näha isegi inimtegevuse tähtsamaid tulemusi, rääkimata kõrvalmõjudest loodusele. Võib aga öelda, et üldine (ehk sotsiaalne) ökoloogia kui teadus teeb oma esimesi edusamme ja keskkonnakaitse teoreetilised probleemid peaksid hakkama lahenema.

Ka maailmavaates võib leida selliseid momente, mis soodustavad ökoloogilise kriisi teket. Euroopa kultuurile, eelkõige selle kristlikule suunale, on omane inimese vastandamine loodusele. Juba F. Engels mainis, et ristiusu järgi on «vaim ja mateeria, inimene ja loodus, hing ja keha omavahel vastandlikud» (1, lk. 133). Inimene on aktiivne, loodus passiivne. Inimese ja looduse vastandlikkust süvendas kapitalistlik tootmisviis veelgi. Nii kujunes metafüüsiline maailmavaade, milles tõsteti esile võitlust loodusega ja unustati ühtsus; loodust hinnati peamiselt kvantitatiivselt, tema kvaliteedil ja mõõdul aga arvati olevat teisejärguline tähtsus; loodust ainult eitati, kuid ei arvestatud, et eitatud loodus võib inimest ennast eitama hakata. Sellise maailmavaate pinnal kujunes mitmeid inimese ja looduse suhteid reguleerivaid norme: loodusesse tuli suhtuda ainult pragmaatiliselt, looduse ilu kaemuslik nautimine oli taunitav kui infantiilsuse tunnusmärk jne. Seetõttu on mõistetav, miks argiteadvuses, kahjuks ka ajakirjanduses olid ning on veel siiani käibel sellised väljendid nagu «võitlus loodusega», «looduse allutamine», «me ei oota looduselt armuande...» jms.

Seega ka maailmavaade avaldab teatavat mõju ökoloogilise situatsiooni te-

ravnemise või siis optimeerimise protsessile.

Ja ikkagi, ökoloogilise kriisi peamine tekitaja ei ole mitte üldkultuurilised tegurid, vaid kapitalistlik majandamisviis. Faktid tõestavad, et kapitalistlik tootmisviis ja ökoloogiline kriis ning selle globaliseerumise oht on tihedalt seotud. Kapitalistlikud tootmissuhted määravad tootmise eesmärgi. Selleks ei ole tarbimisväärtus (inimese vajadusi rahuldav ese), vaid lisaväärtus — põhiline kapitali kasvu allikas. Konkurents tingib suunitluse maksimaalsele kasumile, mis takistab loodust säästva tehnoloogia kasutuselevõtmist. Samade põhjuste tagajärjeks on tarbimisühiskonna kujunemine, kus toodetakse monopolidele kasulikke, tarbijatele aga mittevajalikke kaupu. Samad põhjused sunnivad inimesi «kasvatama» prügimägesid, mis koosnevad veel tarbimisväärtust omavatest, kuid moraalselt vananenud esemetest. See kõik tingib loodusressursside raiskamise ja keskkonna üha intensiivistuva saastamise. Ainuüksi USA «toodab» üle 40% terve maakera saastainetest, arenenud kapitalistlikud maad aga ligi 70%. Põhjus on üks: kui ühiskonnas endas valitseb anarhia, siis valitseb see ka ühiskonna ja looduse vahelistes suhetes. Eraettevõtja näeb teistes inimestes ainult oma eesmärkide saavutamise vahendit, seda ülesannet täidab tema jaoks ka loodus.

Ainult üleminek plaanimajandusele võimaldab luua ka juhitavaid ning kontrollitavaid suhteid ühiskonna ja looduse vahel. Sotsialismimaade kogemused ökoloogiaprobleemide lahendamise osas on selle teesi ilmekaks tõestuseks. Ja kuigi ka sotsialismi tingimustes esineb lokaalseid ökoloogilise kriisi nähtusi, on nende spetsiifilised põhjused kapitalismile omastest siiski erinevad (12, lk. 75...78). Põhiline spetsiifiline ökoloogiaprobleemi tekitav tegur meie maal on tootmisjuhtide distsiplineerimatus ja vastutustunde puudumine (22). Need aga on subjektiivset laadi põhjused, mida saab kasvatus ja administratiivsete meetmete abil ületada.

Teesi, et ainult sotsialism suudab vältida ökoloogilist katastroofi, pooldavad ka paljud Lääne progressiivsed teadlased. Itaalia majandusteadlane K. M. Santoro kirjutab: «Kui kapitalistlik tootmisviis oma monopolistlikul staadiumil seab ohtu inimese kui liigi elu, siis alternatiiv kapitalismi ja sotsialismi vahel... omandab veelgi plahvatuslikuma alternatiivi vormi — alternatiivi elu ja surma vahel» (15, lk. 48). Analoomilisel seisukohal on maailma üks mõjukamaid ökolooge ameeriklane J. Forrester: «Kui maailm ei suuda luua stabiilset tasakaalu (ühiskonna ja looduse vahel. — L. K.), siis on vaja lahendust otsida teistes suundades», s. o. alternatiivis kapitalistlikule turuanarhiale (19, lk. 128). Samal seisukohal on ka teine tuntud USA ökoloog B. Commoner (13, lk. 104).

On aga loomulik, et kodanlike ideoloogide enamik ei saa selliste järeldustega nõustuda; nende järgi on ökoloogilise kriisi tekitajateks teadus, tehnika ja inimene ise.

Tänu teadusele areneb tehnika, viimane aga on vaenulik nii inimese kui ka looduse vastu. Nii arutlevad tehnilise pessimismi pooldajad. Tehnilise pessimismi ja antistsientismi seisukohti võib leida kogu kodanliku ideoloogia ajaloost, kuid eriti laialdaselt on nad levinud XX sajandil. Sajandi algul formuleeris saksa filosoof O. Spengler loosungi: «Tehnika — see on saatana sünnitis», kuna ta hävitab isiksust ja kultuuri (21, lk. 66). Ja nüüd püütakse tõestada, et «ainult tehnika on (ökoloogilise — L. K.) katastroofi põhjustaja» (11, lk. 30). Itaalia teadlane R. Paolis väidab, et edasine tehnika areng ainult süvendab ökoloogilist kriisi, sest «ökoloogiline surm seisab juba praegu Rooma väravates» (16, lk. 27). Oletatakse, et ökoloogiline katastroof saabub ja pidavat toimuma aastatel 2050... 2100.

Samal ajal on välja arvatud, et juba praegu on võimalik üle minna keskkonda mittesaastava tehnoloogia kasutamisele, mis maksab vähem saastainete neutraliseerimisest (9, lk. 58).

Antitehnitsism ja tehniline pessimism on ideoloogilised konstruktsioonid, mille abil kodanlus püüab vabaneda vastutusest oma tegevuse ökoloogilis-kriisiliste tagajärgede eest.

Kodanlik ideoloogia läheb veelgi kaugemale, süüdistades ökoloogilise kriisi tekitamises mitte ainult teadust ja tehnikat, vaid ka selle loojat — inimest. Põhjuseks olevat inimese loomulik, biogeenne agressiivsus. Kõikide sotsiaalsete hädade põhjuste otsimine inimese bioloogias on kodanliku ideoloogia üks armastatumaid võtteid. «Loomulik agressiivsus» olevat sõdade ja muude sotsiaalsete kataklüsmide põhjustaja (6, lk. 9). 1950-ndatest aastatest alates otsitakse isegi kuritegevuse põhjusi inimese bioloogias; selle aluseks olevat juba loomariigis esinev «territoriaalne imperatiiv» (3), s. o. instinktiivselt determineeritud toitumisvõi pesitsemisala kaitsmine.

Kirjanduses on küllalt näiteid selle kohta, kuidas bioloogiliselt normaalseid kurjategijaid on püütud ravida kirurgiliselt!!! (10, lk. 219). Kodanliku propaganda eesmärk on sisendada inimesele mõte, et kõikides sotsiaalsetes hädades ja ebaõnnestumistes on süüdi ainult tema ise. Taolised seisukohad on jõudnud isegi ilukirjanduse lehekülgedele (4, lk. 19 ja 78). Biogeenset agressiivsust peetakse ka ökoloogilise situatsiooni teravnemise põhjuseks: «Inimesele on omane purustamisinstinkt, olenevata rassist ja nahavärvist» (11, lk. 23). Ökoloogiline kriis olevat bioloogiliselt determineeritud. Selline on kodanliku ideoloogia «teaduslikult» põhjendatud järeldus.

Kuid kodanlike ideoloogide kahjuks pole teadus siiani suutnud tõestada, et agressiivsuse (kuritegevuse) põhjus on biogeenset laadi (20). Ja üleüldse, kust päris inimene purustamisinstinkti? Loomadel seda ju pole.

Inimagressiivsusel ei ole mitte biogeensed, vaid sotsiogeensed põhjused, välja arvatud haiguslikud juhud, kuid need ei tule antud juhul arvesse. Kodanlikke ühiskondi ei ravi agressioon-tõvest terveks mitte meditsiin, vaid

sotsiaalne revolutsioon. See teeb lõpu ka agressiivsele suhtumisele loodusesse.

Nagu näha, püüavad kodanlikud ideoloogid ökoloogilist kriisi seletada teisejärguliste tegurite abil, peamine ökoloogilise kriisi põhjustaja — kapitalistlik tootmisviis — aga vaikitakse maha.

Ökoloogiaprobleemide lahendamise ideoloogilised aspektid. Ökoloogilise situatsiooni optimeerimine ei ole lihtne, üheplaaneline ülesanne. See on kompleksne probleem, mille lahendamine eeldab suure hulga strateegiliste ja konkreetsete parameetrite arvestamist. Ideelises plaanis on tähtsamateks strateegilised, nimelt teaduslik-tehnilised, sotsiaal-majanduslikud ja maailma-vaatelis-kasvatustlikud ülesanded. Ühegi nimetatud ülesande isoleeritud lahendamine ei vii inimkonda soovitud eesmärkideni, kuna nad on üksteisega äärmiselt tihedalt seotud.

Ideoloogilises võitluses on ökoloogiaprobleemide kompleksne lahendamine üks kesksemaid.

Kui nüüd hakata analüüsima ökoloogilise kriisi ületamise variante, siis võib täheldada, et kodanlikele kontseptsioonidele on omane üks metodoloogiline põhipuudus: nii nagu ökoloogilise kriisi teket püütakse seletada mingi ühe põhjusega, nii ka sellest ülesaamiseks pakutakse mingit ühte teed.

Pessimistid, kelle lähtepunktiks on tehnofobia, näevad kriisi ainsat lahendusteed tehnilise ja majandusliku arengu peatamises («nullkasvuga majandus»). Äärmuslike pessimistide loosung on «Tagasi koobastesse».

Sellisele ideoloogiale on õige ja teravmeelse hinnangu andnud nõukogude filosoof E. Arab-Oglõ: «Inimkonna jaoks on sotsiaalse optimismi ammen-damine palju ohtlikum kui loodusressursside ammendamine ja ühiskondliku teadvuse saastamine süngete ettekuulutuste ja hukkumisele määratuse mõtetega on ohtlikum kui kesk-konna saastamine tööstusheitmetega» (8, lk. 264).

Tõepoolest, inimkond ei puutu ökoloogilise kriisiga kokku esimest korda.

Ajalugu ei ole olnud kolgata teeks kuldsetest koobastest tänapäeva saastatud põrgusse. Seljataga on juba mitu antropogeenset ökoloogilist kriisi. Esimene toimus umbes 12...13 tuhat aastat tagasi, mil äkki avastati, et midagi ei ole enam süüa: suured jahiloomad — mammutid, hiidhirved jms. — olid hävitatud. Teise ökoloogilise kriisi elasid üle vanad kreeklased ja roomlased I...IV sajandil m. a. j. Haritavad maad olid selleks ajaks peaaegu täielikult välja kurnatud. Ka hiljem on esinenud ökoloogilisi kriise. Ajaloo õppetund aga on alati olnud ühe sisuga — inimesed on edukalt suutnud kasutusele võtta ja eksploateerima hakata mingit kvalitatiivselt uut materiastruktuurset taset. Näiteks lahendati esimene ökoloogiline kriis üleminekuga põlluharimisele ja karjakasvatusele.

Monopolide huve esindavad tehnikistid püüavad tõestada, et teaduse ja tehnika edasine areng lahendab iseenesest kõik ökoloogiaprobleemid. Pole vaja muuta sotsiaalseid suhteid, pole vaja ümber kujundada inimeste maailmavaadet. Kui aga kainelt mõelda, siis ökoloogiaprobleemid iseenesest ei lahene. Asjatu lootus.

Liberaalselt häälestatud keskkihtide esindajad leiavad, et ökoloogilise kriisi ületamiseks piisab ökoloogilisest revolutsioonist... teadvuses! (5). Nende arvates on vaja välja töötada uus maailmavaade, moraal, «uus teadvus» tervikuna. Uued normid, väärtused ja printsiibid ei pea enam eraldama inimest loodusest, vaid ühendama neid orgaaniliseks tervikuks. Endine maksimalism («mida rohkem, seda parem») tuleb asendada minimalismiga («vähene on ilus»), endised mõisted «võitlus loodusega», «looduse allutamine» jt. tuleb asendada uutega — «armastus looduse vastu», «inimese ja looduse harmoonia» jne.

Lääne-Euroopas ja USA-s on neid ideesid püütud ka praktiliselt rakendada. Nii on moodustatud sadu ja tuhandeid kommuune, kus kasutatakse keskkonda vähesaastavat tehnoloogiat, tuuleenergiat jms. Oma eeskujuga

püüavad kommuunid tõestada, et üksnes sellisel teel on võimalik saavutada inimese ning looduse ühtsus ja harmoonia.

Sellised on kuulsa utopisti-sotsialisti R. Oweni tänased järglased — ökoutopistid. Võib põhjendatult väita, et nii nagu R. Owen ja tema ideelised järglased (Inglismaal on praegu üle 5000 kommuuni, kelle liikmeid võib nimeutada ouenlasteks) ei ole oma eeskujuga suutnud muuta kodanlikku ühiskonda, nii ka ökoouenlaste katse ei suuda oluliselt muuta ökoloogilist situatsiooni paremuse poole.

Muidugi oleks väär eitada ökoloogilise kasvatus vajalikkust, kuid lootus ökoloogilisele revolutsioonile läbi teadvuse on lihtsalt utopia.

Ideoloogilisse võitlusse, mis käib ökoloogiaprobleemide ümber, sekkub ka religioon, seda muidugi jumala abile lootes. Ökoloogiaprobleemid aga tuleb lahendada meil, inimestel, ja siin, Maal, ning mida varem, seda parem. Ka vahendeid selleks jätkub. Sõjajumal Marsi 10 aasta palgast (3 000 000 000 000 USA dollarit) jätkub piisavalt pakilisemate ökoloogiaprobleemide lahendamiseks. Takistab vaid üks asjaolu — kapitalism. Juba V. I. Lenin mainis: «Vaata kuhu tahad — igal sammul näed ülesandeid, mida inimkond täiesti suudab viibimata lahendada. Kapitalism takistab.» (2, lk. 353). Järelikult ei ole ökoloogiaprobleemide lahendamine ainult teaduslik-tehniline ja maailmavaateline küsimus, nagu seda arvavad kodanlikud ideoloogid, vaid see on eelkõige sotsiaal-majanduslik probleem.

Eespool toodust järeldub, et ökoloogilise situatsiooni teravnemine on kaasa toonud kapitalismi positsioonide järjekordse nõrgenemise. On välja kujunenud kapitalismi kriitika uus vorm — ideoloogilis-ökoloogiline kriitika. Peamine ja tähtsaim järeldus aga on selline: ökoloogilisele revolutsioonile peab eelnema sotsialistlik revolutsioon.

KIRJANDUS: 1. Engels, F. Looduse dialektika. Tallinn, 1962. — 2. Lenin, V. I. Teosed, 19. kd. Tallinn, 1953. — 3. Ardrey, R. The territorial imperative. N. Y., 1969. — 4.

Bergman, I. Stseenid ühest abielust. Tallinn, 1978. — 5. Lazlo, E. a.o. Goals for mankind. A report to the club of Rome on the new horizons of global community. N. Y., 1977. — 6. Lorenz, K. On aggression. N. Y., 1967. — 7. Science, 1975, 189, 457.

8. Араб-Озлы Э. А. В кн.: Идеологические проблемы научно-технической революции. М., 1974. — 9. Гудожник Г. С. Научно-техническая революция и экологический кризис. М., 1975. — 10. Дельгадо Х. Мюзг и сознание. М., 1971. — 11. Дуглас У. О. Трехсотлетняя война. М., 1975. — 12. Кокорев Б. В., Назаров А. Г. Первая всемирная выставка: охрана окружающей среды. М., 1976. — 13. Коммюнер Б. Замыкающийся круг. Л., 1974. — 14. Курьер ЮНЕСКО, апрель 1976. — 15. Цит. по Новиков Р. Мировая экономика и международные отношения, 1975, 48. — 16. За рубежом, 1973, 23, 27. — 17. Сен-Марк, Ф. Социализация природы. М., 1977. — 18. Философские и социально-гигиенические аспекты окружающей среды. М., 1976. — 19. Форрестер Дж. Мировая динамика. М., 1978. — 20. Холличер В. Человек и агрессия. М., 1975. — 21. Шпенглер О. Деньги и машина. Птг., 1922. — 22. Юров Г. В пяти половодьях от моря. «Правда», 01. VI 1979.

E. Vilde nimeline Tallinna
Pedagoogiline Instituut

Maailmas esikoht sigarettide suitsetamises kuulub ikkagi Ameerika Ühendriikidele, kus ühe inimese kohta suitsetatakse 2700 sigaretti aastas. Järgnevad Lääne-Euroopa riigid, kus igaüks suitsetab aastas keskmiselt 1000...2000 sigaretti. Enamikus Euroopa maades suitsetab enam kui 50% täiskasvanud meestest keskmiselt 15 sigaretti päevas, naised seevastu 10...50 sigaretti päevas. Veelgi enam, naiste hulgas suitsetajate arv järjest suureneb, meestest suitsetajate arv näitab samal ajal vähenemistendentsi. Statistikaandmed kinnitavadki, et kopsuvähijuhud ja südame isheemiatõbi naiste hulgas üha sagedanevad.

Belgias suitsetab sigaretti 50% kuni 15 aasta vanustest alaealistest, Itaalias 60% kuni 15 aasta vanustest poeglastest, Saksa FV-s on 36% 10...12 aasta vanustest lastest regulaarselt suitsetajad. Ühes Ladina-Ameerika linnas suitsetas värskeemail andmeil 45% meestest ja 18% naistest.

Здоровье мира, 1979, 6.

UDK 616.12-008.318(047)

SUITSETAMISE MÕJU PERINATAALSELE PERIOODILE JA LAPSE HILISEMALE KEHALISELE NING VAIMSELE ARENGULE

MAIT KARLIS . TARTU

perinataalne arenguperiood, suitsetamise mõju loote arengule, abordid, enneaegsed sünnitused, perinataalne suremus, vastsündinu kaal, lapse hilisem areng

Suitsetamine on tänapäeval levinud kogu maailmas, kusjuures suitsetavad mitte ainult mehed, vaid ka naised. A. Kirjuštšenkovi (18) poolt esitatud maailmakirjanduse andmeil suitsetab umbes 25 miljonit maakera naistest, nendest jätkab teatav osa seda ka raseduse ajal. Suitsetamise mõju loote arengule, perinataalsele suremusele ning lapse hilisemale kehalisele ja vaimsele arengule on uurinud paljud.

S. Rummleri (15) andmeil osutas suitsetamise emale ja lootele avaldavale kahjulikule mõjule esmakordselt A. M. Campbell 1936. aastal. Huvi küsimuse vastu on tõusnud. Paljude maade teadlased on uurinud suitsetamise mõju vastsündinu sünnikaalule ja pikkusele, vastsündinu seisundile, lapse hilisemale vaimsele ja kehalisele arengule, abortide ja enneaegsete sünnituste esinemissagedusele ning perinataalsele suremusele. S. Rummleri andmeil on uuritavaid olnud kümneid tuhandeid: nii uuris W. Peterson 1965. a. 18 858 rasedat, P. Underwood 1967. a. 48 505 ning E. Murphy 1971. a. 10 692 rasedat.

Suitsetamise toime ema ja loote organismisse. Iga mahviga satub kopsu 50...150 µg nikotiini, kusjuures vastavalt sellele, mida lühemaks jääb sigaret, suureneb nikotiini hulk 2...3 korda (5). Teine ühend, mis suitsetamise ajal kopsu satub, on süsinikoksiid, mis kiiresti ühineb hemoglobiiniga. Kuigi see ei põhjusta hüpoksiat ema organismis, võib ta seda tekitada loote organismis. Uurimused on kinnitanud, et suitsetava raseda ja loote veres on karboksühemoglobiinisaldus suurem, mille tõttu lootel hemoglobiini võime hapnikku vastu võtta langeb ja tekib krooniline prenataalne hüpoksia (4). Eriti suur on ema vere karboksühemoglobiinisalduse diferents enne ja pärast suitsetamist aneemia korral (6). Platsentaarbarjäär on nikotiinile läbitav (16). Seetõttu on võimalik platsentast ulatuslike degeneratiivsete muutuste tekkimine (10). Viimane põhjustab platsenta funktsioonivõime langust, mille väljenduseks ongi loote üsasisesse arengu peetus. A. Boyce ja kaasautorid esitavad omapoolseid tähelepanekuid suitsetavate rasedate seerumis platsentaarse laktogeeni hulga märgatava vähenemise kohta, mis samuti on platsenta talitlusvõime languse tunnus (2). Kahjustav on nikotiini otsene toime lootesse. H. Tjalve ja kaasautorid, kes tegid rottidega katseid, tõestasid, et nikotiini kontsentratsioon loote ajus tõuseb järsult mõni minut pärast nikotiini emaslooma veeni süstimist (16). Nikotiini kontsentratsioon püsib kõrge loote kopsus ja platsentas. Selleks et mõista nikotiini peamist farmakoloogilist toimet, on vaja laiemalt vaadelda tõrvade selliste laguproduktide nagu püridiinaluste, hüdrotsüaanhappe ja ammoniaagi toimet organismisse (5). Nikotiini neurofarmakoloogiline toime on algul stimuleeriv, mis järgnevalt läheb üle pidurdavaks. Nikotiin avaldab ajurakkude membraanidele mõju mõne minuti jooksul pärast veeni süstimist või suitsuga kopsu sattumist. Selline nikotiini toime ajurakkudesse, mis on määratav elektroentsefalograafiliselt, erineb lüsergiinhappe dietüülamiidi ja

amfetamiini stimuleerivast toimest või sensoorsest stimulatsioonist vähe (13). Ei ole veel teada, kas kestev suitsetamine kutsub depressiivse faasi esile samuti nagu nikotiini suurtes annustes manustamine.

Kõrvuti otsese toimega ajurakkudesse avaldab nikotiin kaudselt sekundaarset toimet kardiovaskulaarsesse süsteemisse ja veresse, mille kaudu avaldubki suitsetamise mõju rasedusele. Nikotiin põhjustab südame löögisageduse kiirenemist ja löögimahu suurenemist, perifeerset vasokonstriksiooni, veres trombotsüütide kleepumise kiirenemist vabalt veres tsirkuleerivate rasvhapete sisalduse suurenemise tagajärjel ja vere agregatsiooni tõusu vastavalt katehoolamiinide vabanemisele (14).

Naiste suitsetamise sagedus raseduse ajal ja päevas suitsetatud sigarettide arv. Autorid on päevast suitsetamise intensiivsust hinnanud erisuguselt, mille tõttu uurimistulemuste võrdlemine on mõnevõrra raskendatud. Nii on J. Hardy ja kaasautorid (8) suitsetajad jaotanud kahte rühma vastavalt sellele, kas nad suitsetavad päevas 1...9 sigaretti või üle 10 sigareti; S. Rummeler vastavalt 1...10 ja 10...20 sigaretti (15); M. B. Meyer kuni üks pakk ja üle ühe paki päevas (12). C. Estel ja kaasautorid aga eristavad kolme rühma: 1...5, 5...10 ja üle 10 sigareti päevas (7).

Suitsetamise mõju abortide sagedusele. Selles küsimuses on uurijad eri arvamusel. Mitme autori andmeil katkes rasedus enne 28. rasedusnädalat 20,9%-l suitsetajatest, mittesuitsetajatest aga ainult 16%-l (5). Seevastu J. Hardy ja kaasautorid ning S. Rummeler ei täheldanud suitsetavatel rasedatel abortide arvu suurenemist, võrreldes mittesuitsetavate rasedatega (8, 15).

Suitsetamise mõju enneaegsete sünnituste sagedusele. Selles on uurijad üksmeelsemal arvamusel. R. Mey (11) näitas, et suitsetajatel oli enneaegseid sünnitusi (29...38. rasedusnädalal) tunduvalt sagedamini kui mittesuitsetajatel (11,7% ja 5%). Enneaegsete sün-

nituste sagenemist suitsetajatel võrreldes mittesuitsetajatega on täheldanud mitmed autorid (7, 15).

Suitsetamise mõju perinataalse suremusele. G. Hauseri (9) ja P. Bernhardi (1) uurimuste põhjal ilmneb perinataalse suremuse suurenemistendents suitsetavate emade laste hulgas. Enamik mainitud küsimuse uurijaid seda tõusu suitsetavate emade lastel ei leidnud (15). Samal seisukohal on ka S. Rummeler ise (15). Kui vaadelda surnultsündimust ja vastsündinute suremust eraldi, siis on oluline ära tuua I. Cope'i jt. (5) tulemused surnultsündimise kohta. Nad täheldasid suitsetavate emade laste surnultsündimise juhtude sagenemist, kusjuures see sõltus päevas suitsetatud sigarettide arvust. Surnultsündimus oli nende autorite järgi mittesuitsetavatel emadel 11,6% ning palju suitsetavatel emadel 20,9%. Keskmiselt ja palju suitsetajateks pidasid nad naisi, kes suitsetasid rohkem kui 10 sigaretti päevas. Huvipakkuv on teinegi eespool nimetatud autorite uurimus. Nimelt märkasid nad, et suitsetavatel rasedatel on arteriaalset hüpertensiooni pärast 20. rasedusnädalat harvem kui mittesuitsetavatel rasedatel (13,7% ja 16,5%). Perinataalne suremus aga oli kõrgem just nende laste hulgas, kelle emadel oli arteriaalne hüpertensioon ja kes ka suitsetasid.

Suitsetamise mõju vastsündinu kaalule ja pikkusele. Raseduse ajal suitsetavate emade laste keskmine sünnikaal on mittesuitsetavate emade laste keskmisest sünnikaalust madalam. Uurimistulemused on toodud tabelis. M. Meyeri seisukoht on, et mida rohkem ema päevas suitsetab, seda väiksem on vastsündinu kaal (12). Spetsiaalses uurimuses püüdis ta leida seost suitsetavate emade rasedusaegse kaalu tõusu ja vastsündinute keskmise kaalu languse vahel. Selgus, et rasedusaegne kaalus juurdevõtmine oli nii suitsetavate kui ka mittesuitsetavate rasedate hulgas ühtlane. Küll aga selgus, et raseduse ajal suitsetavatel naistel sünnivad tunduvalt sagedamini alakaalulised ajalisel väljakantud lapsed, kelle sün-

Tabel. Vastsündinute sünnikaal suitsetajatel ja mittersuitsetajatel kirjanduse andmetel (15)

Uurimused	Vastsündinute keskmine sünnikaal g-des mittersuitsetajatel	Juhtude arv	Vastsündinute keskmine sünnikaal g-des suitsetajatel	Juhtude arv	Erinevus g-des
J. Yerushalmi	3518,2	3129	3328,2	2073	190
T. Fraiser	3080,0	1491	2924,0	866	156
J. Zabriskie	3320,0	1043	3091,0	957	229
O. Lane	2978,0	566	2938,0	465	40
Lowe	3324,8	1155	3134,3	668	181,5
R. Mey ja I. Görg	3450,8	1613	2968,3	250	482,5
Stralsund ilma Geminata	3414,0	802	3304,0	185	110,0

nikaal on alla 2500 g. Samale järeldusele jõudsid C. Estel jt. (7). Erilisel seisukohal on väikese sünnikaalu põhjuse osas J. Yerushalmi (17). Ta ei pea vastsündinu väikese kaalu põhjuseks mitte ema suitsetamist, vaid suitsetava raseda erilist somatopsüühilist konstitutsiooni.

Kui emad raseduse ajal on suitsetanud, on vastsündinute keskmine pikkus tunduvalt väiksem kui neil, kelle emad raseduse ajal suitsetanud ei ole. J. Hardy ja kaasautorid täheldasid oma uurimuste põhjal vastsündinute keskmises pikkuses erinevust 1,5 cm. Erinevus on statistiliselt oluline (8).

Nii keskmise sünnikaalu langus, vastsündinute väiksem keskmine pikkus kui ka alakaaluliste ajalisel väljakantud laste sündimise sageduse suurenemine on loote üsasisesse arengu peetuse oluline tunnus.

Suitsetamise mõju lapse hilisemale kehalisele ja vaimsele arengule. Kuigi põhjuslik seos emade rasedusaegse suitsetamise ning loote väikese sünnikaalu vahel on vaieldamatu, samuti suitsetamise ning perinataalse suremuse vaheline seos tõestatud, teatakse vähe suitsetamise hilisriskist lapsele (8). Autorite arvates on neonataalsel perioodil suremise risk väiksem ja tõenäosus optimaalseks kehaliseks ja vaimseks arenguks suurem vastsündinutel, kelle kehakaal on 3000 g ja enam. Nad võtsid ette ulatusliku uurimise, et välja selgitada ema suitsetamise hilisrisk lapsele. Lapse kehalise arengu hindamiseks määrati sünnimomendil, esimesel, neljandal ja seitsmendal eluaastal

kaal ja pikkus, samuti võrreldi neuroloogilist staatust. Vaimse arengu hindamiseks kasutati neljandal ja seitsmendal eluaastal spetsiaalseid teste, nagu Stanfordi-Binet' intelligentsitesti, Grahami mõistete moodustamise testi, peen- ja jämemotoorika funktsiooni teste. Tulemustest nähtus, et sünnimomendil oluline erinevus vastsündinute pikkuses, kaalus ja neuroloogilises staatuses raseduse ajal suitsetanud ja mittersuitsetanud emade laste vahel muutus juba esimese eluaasta lõpul ebaoluliseks. Neljandal ja seitsmendal eluaastal korraldatud uurimised ei võimaldanud leida olulist erinevust ei kehamõõtudes ega ka intellektuaalses arengus. Analoogilise uurimise võtsid ette N. R. Butler ja H. Goldstein (3). Nad täheldasid raseduse ajal suitsetanud naiste lastel seitsmendal eluaastal olulist mahajäämist kasvus ja lugemiskuses. Edasi jätkasid nad uurimist kuni laste 11-aastaseks saamiseni. Lapsed, kelle emad olid raseduse ajal suitsetanud 10 ja enam sigaretti päevas, olid mittersuitsetajate emade lastest 1 cm lühemad ning üldistes oskustes kolm kuud, lugemises neli kuud, matemaatikas viis kuud maha jäänud.

Kokkuvõtteks võib öelda, et naiste rasedusaegne suitsetamine võib põhjustada abortide ja enneaegsete sünnituste mõningat sagenemist, vastsündinute keskmise kaalu ja pikkuse olulist vähenemist, surnultsündimise sagenemist. Sageneda võib ajalisel väljakantud alakaaluliste sündimine ning tekkida laste kehalise ja vaimse arengu aeglustumise risk. Et abortide ja enne-

aegsete sünnituste ning surnultsündimise sagedus, vastsündinute keskmine sünnikaal ja pikkus, lapse edaspidine kehaline ning vaimne areng ei sõltu üksnes ema rasedusaegsest suitsetamisest, vaid oleneb veel väga paljudest muudest teguritest, nagu ema vanus, rahvus, rassiline kuuluvus, sotsiaalne seisund, mitmes sünnitus, lapse sugu, ja et naiste rasedusaegse suitsetamise sagedus ning intensiivsus ei ole eri populatsioonides ühed ja samad, siis tuleb neid probleeme uurida iga populatsiooni jaoks eraldi.

KIRJANDUS: 1. Bernhard, P. Münch. med. Wschr. 1962, 104, 1826, tsit. Rummmler, S. järgi Z. ärztl. Fortbild., 1977, 71, 295. — 2. Boyce, A., Schwartz, D., Hubert, C., Cedard, L., Dreyfuss, J. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1975, 82, 964. — 3. Butler, N. R., Goldstein, H. Br. Med. J., 1973, 8, 573—575. — 4. Cole, P. V., Hawkins, L. H., Roberts, D. J. Obst. Gynaecol. Brit. Commonw., 1972, 79, 782, tsit. Estel, C., Kadner, J. Zbl. Gynäk., 1978, 100, 579—582. — 5. Cope, I., Stevens, L., Lancaster, P., Sutherland, R., Skilsey, S. Med. J. Aust., 1975, 2, 745—747. — 6. Dow, T. G. B., Rooney, P. J., Spence, M. Br. Med. J., 1975, 4, 253—254. — 7. Estel, C., Kadner, J. Zbl. Gynäk., 1978, 100, 579—582. — 8. Hardy, J. B., Mellits, E. D. Lancet, 1972, 23, 1332—1336. — 9. Hauser, G. A. Therapeutische Umschau, 1971, 28, 430, tsit. Rummmler, S. järgi Z. ärztl. Fortbild., 1977, 71, 295. — 10. Lohr, J., Arndelt, W., Dehnhard, F. Geburtshilfe Frauenheilkd., 1972, 32, 11, 932—934. — 11. Mey, R., Görg, I. Med. Klin., 1967, 62, 5—10, tsit. Rummmler, S. järgi Z. ärztl. Fortbild., 1977, 71, 294. — 12. Meyer, M. B. Am. J. Obstet. Gynecol., 1978, 15, 888—893. — 13. Murphy, H. B., Pferffer, C. C., Price, L. M. Ann. N. Y. Acad. Sci., 1967, 142, 245, tsit. Cope, I., Lancaster, P., Sutherland, R., Skilsey, S. järgi Med. J. Aust., 1975, 2, 745—747. — 14. Murphy, E. A., Mustard, J. F., Wynder, E. L., Hoffmann, D., U. S. Public Health Service, National Cancer Institute, Bethesda, Monograph, 1968, 47, tsit. Cope, I., Lancaster, P., Sutherland, R., Skilsey, S. järgi Med. J. Aust., 1975, 2, 745—747. — 15. Rummmler, S. Z. ärztl. Fortbild., 1977, 71, 293—297. — 16. Tjalve, H., Hanson, E., Schmitterlow, C. G. Acta pharmacol. (Kbh), 1968, 47, tsit. Cope, I., Lancaster, P., Sutherland, R., Skilsey, S. Med. J. Aust., 1975, 2, 746. — 17. Yerushalmi, J. Amer. J. Obstet. Gynec., 1972, 112, 277—284, tsit. Rummmler, S. järgi, Z. ärztl. Fortbild., 1977, 71, 294.

18. Кирюченко А. П. Влияние вредных факторов на плод. М., 1978.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

Tervishoiutöö korraldus

UDK 618.2-081.212(474.2)

EESTI NSV NAISTENÕUANDLATE ÜLESANDED

SILVIA KALDMA · TALLINN

naistenõuandlad, spetsialiseeritud arstiabi, profülaktiline töö, emade- ja lastekaitse, raseduse riskitegurid

EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu ühise määruse «Rahva tervishoiu edasise parandamise abinõude kohta meie vabariigis» täitmiseks tuleb pearõhk panna eelkõige sünnitus- ja günekoloogilise abi organisatsiooni edasisele täiustamisele. Sünnitus- ja günekoloogilise abi keskmes on naiste tervise kaitse, kutsehaiguste profülaktika, perinataalse ja emade suremuse vähendamine ning suguhaiguste vastu võitlemine. Seega on naistenõuandla põhiülesanne hoolitsus naise tervise eest kõigil elupeerioodidel. Tingituna majanduse teaduslik-tehnilisest progressist on naistenõuandlate töösuunad viimastel aastatel mõnevõrra muutunud. NSV Liidu tervishoiuseaduses on ka akušööridele-günekoloogidele pandud suured nõuded ning väga konkreetset kohustused.

Aastast aastasse on suurenenud naiste hõivatus tootmisprotsessist, samal ajal on ka tootmine ise intensiivistunud. Seetõttu on rohkem kui kunagi varem vaja tähelepanu pöörata töötava naise tervise kaitsele, kusjuures on nõudeks, et kogu naiselannikkond dispanseeritaks.

Günekoloogia edasise spetsialiseerumise tõttu ei ole arstiabi kitsastel erialadel otstarbekohane ega võimalik korraldada igas rajoonilise alluvusega nõuandlas ja isegi igas rajoonikesku-

ses. Kui lähtuda sellest, et günekoloogilistes asutustes peaksid töötama kõrge kvalifikatsiooniga arstid ning et laboratooriumides peaks olema ajakohane aparatuur, on õigem arstiabi kitsastel erialadel koondada linnadesse.

Nii on Tallinna ja Tartu naistenõuandlas korraldatud vastuvõtt endokriinoloogilise günekoloogia, lastegünekoloogia, onkogünekoloogia, klimakteeriumi patoloogia, steriilsuse, geneetika, kontratseptsiooni või muul erialal; Narvas, Pärnus ja Kohtla-Järvel onko- ja lastegünekoloogia erialal ning on avatud steriilsuse ravi kabinet. Rajooni keskhaigla naistenõuandlas võtavad abivajajaid vastu 1...2 kitsa eriala arsti. Vajaduse korral võib rajoonidest haigeid saata eriarsti vastuvõtule kas Tallinna või Tartu naistenõuandlasse.

Naistenõuandla tööülesanded on mitmekesised ja laialdased, nad kätkevad nii diagnoosimise, ravi kui ka profülaktika.

Naistenõuandla kui profülaktikaasutuse üks kohustusi on korraldada ja läbi viia kõikide naiste profülaktilisi läbivaatusi. Selleks koostatakse naistenõuandla teeninduspiirkonda kuuluvate naiselanike nimekirjad, mille alusel kontrollitakse läbivaatuse tulemusi. Naistenõuandla järelevalve alla kuuluvad ka teeninduspiirkonnas paiknevate tööstusettevõtete naistöötajad. Profülaktiliste läbivaatuste põhjal selgitab jaoskonnaarst tööstusettevõttes välja haiged ning vajaduse korral saadab nad kas ambulatoorsele või haiglara-vile, samuti teeb ettepanekuid töötin-gimuste parandamiseks või naise üle-viimiseks teisele tööle.

Tööstusettevõtetes, kus naistöötajate arv ulatub üle 1500, on otstarbekas moodustada günekoloogiline tsehhijaos-kond, kus jaoskonnagünekoloogi töö-ülesannete hulka kuulub ka töötingi-muste uurimine. Koos tööstushügieni-stidega võetakse ette tervist kahjusta-vate tegurite väljaselgitamine ning nende mõju uurimine naise generatiiv-sele funktsioonile, menstruaaltsükli-le ja ka günekoloogiliste haiguste esine-missagedusele. Koos tööstussanitaar-

arstiga tehakse kindlaks tööalad, kus naine ei või töötada raseduse või lapse rinnaga toitmise ajal, ja ka need töö-alad, mis kahjustavad isegi terve naise organismi. Peale profülaktiliste läbi-vaatuste ning regulaarse sanitaarselgi-tustöö kuulub tööstusettevõttes töötava günekoloogi kohustuste hulka ka aju-tise töövõimetuse analüüs. Profülakti-listest läbivaatustest peaks huvitatud olema samuti ettevõtte administrat-sioon, sest haiguse õigeaegne väljasel-gitamine vähendab ühtlasi ajutist töö-võimetust.

Profülaktilisele günekoloogilisele lä-bivaatusele kuuluvad kõik naised ole-nemata elueast. Läbivaatusel tuleb pahaloomuliste kasvajate varajaseks diagnoosimiseks kasutada tsütoloogilist uurimist, samuti tupe mikrofloora bak-terioskoopilist uurimist trihhomonoosi ja gonorröa suhtes.

Selleks et naise tervislikust seisun-dist selget pilti saada, on vajalik nais-tenõuandla arstide koostöö muude eri-alade spetsialistidega; seejuures ei tohi piirduda üksnes günekoloogilise sfääri uurimisega. On väga vaja, et peale günekoloogide oleksid uurimisele kaa-sa tõmmatud ka terapeudid, ftisiaatrid, onkoloogid, veneroloogid, pediaatrid ning noorukite polikliiniku arstid. Naise tervisliku seisundi tundmine on akušöörile-günekoloogile hädavajalik nii günekoloogilise ravi kui ka raseduse säilitamise üle otsustamisel. Naiste-nõuandlad, noorukite polikliinikud ja täiskasvanute polikliinikud on kohus-tatud naistenõuandlate nõudmisel esi-tama väljavõtte patsiendi ambulatoor-sest kaardist.

Meie naistenõuandlad on naiselani-konna uurimise ja dispanseerimisega hästi hakkama saanud. Eriti ilmekas on see rasedate dispanseersel jälgimi-sel. Kõigis meie nõuandlates uuritak-se peaaegu 100%-liselt naisi reesus-kuuluvuse suhtes ning kliinilised ana-lüüsid tehakse vastavalt nõudeile ja õigeaegselt. Üha enam tuleb tutvuda naise töö- ja olmetingimustega ning välja selgitada kahjulikud harjumused (suitsetamine, alkoholism).

Meie vabariigis analüüsitud vast-sündinute surma põhjuste seas on esikohal ema kroonilised haigused, teisel kohal aga kahjulikud harjumused ja töö tervist kahjustavates tingimustes.

Rase käib jaoskonnagünekoloogi vastuvõtul keskmiselt 14...15 korda dispanseerse jälgimise vältel. Sellest piisab raseda igakülgselt ja süstemaatiliseks uurimiseks. Pearõhk peab uurimisel langema esimesele kolmele raseduskuule. Tänapäeva teadmiste toetudes ei ole tagatist elujõulise ja terve lapse saamiseks, kui üks vanematest on alkohoolik, põeb näiteks endokriinseid haigusi või muid kroonilisi haigusi, neeruhaigusi, diatsefaalseid haigusi või esineb tal kasvaja moodustisi. Akušööril-günekoloogil tuleb öelda viimane ja otsustav sõna raseduse säilitamise kohta.

Riskitegurite arvestamine raseduse juhtimisel on nüüdisajal obligatoorne. Riskitegurite olemasolust või riski suurusest sõltuvalt on naistenõuandla günekoloog kohustatud raseda õigel ajal haiglaravile saatma, üle viima teisele tööle või vajaduse korral töölt vabastama.

Naistenõuandlate poolt tehtav sanitaarpropaganda on laialdane. Iga kolmas meie vabariigi naine on saanud oma sanitaar-hügieenilised teadmised naistenõuandlast. Praegu on tähtis sanitaarpropaganda pearõhk panna naiste hulgas levivate suitsetamise ja alkohoolsete jookide pruukimise vastu võitlemisele.

Teatavasti tuleb palju rasedusi katkestada emapoolsetel näidustustel. Et see arv pidevalt on suurenenud, peavad naistenõuandlad võitlema raseduse omal soovil katkestamise vastu. Günekoloogi enda veendumus selgitustöös ja huvitatus oma töö tulemustest aitavad kindlasti mõjutada ka patsienti.

Tervete eluviiside propageerimine koos sanitaar-hügieeniliste teadmiste süvendamisega elanike hulgas on tee rahva tervise kaitsmisele. Emadekooliga kõrvuti peaks eksisteerima ka isadekool. See aitaks hoida naise tervist ning jaotada ülesanded lapse eest hoo-

litsemisel mõlema abielupoole vahel võrdselt. Senisest enam peavad naistenõuandlad tähelepanu pöörama rasedate füsioloogilisele ja psühhoprofülaktilisele ettevalmistusele. Kehaline treenitus ning õige psüühiline ettevalmistus tagavad sünnituse tüsistusteta kulu.

Tänapäeva tehnilise progressi ajastul on naistenõuandlate uute ülesannete seas tähtsaim, et sünniks terve laps. Kokkuvõtlikult võib need ülesanded formuleerida järgmiselt.

1. Rasedate dispanseerimine ja patronaaž ning nende pidev kliiniline uurimine.

2. Naistenõuandlate tihe side muude erialade spetsialistidega naise tervisliku seisundi kindlaksmääramiseks ning naisele sobiva töö valik.

3. Naiselanikkonna profülaktilised läbivaatused ühendatuna põhjaliku uurimisega.

4. Naistenõuandlate spetsialiseeritud abi kvaliteedi paranemine.

5. Kogu naiselanikkonna dispanseerimine.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium

Rinnanäärmevähk ja peroraalselt kasutatavad kontratseptikumid: on siin seos olemas? Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni teadlaste uurimisrühm jõudis järeldusteni, et

- 1) praegu ei ole küllaldaselt tõendeid selle kohta, et peroraalselt kasutatavad kontratseptikumid avaldaksid mõju rinnanäärmevähki tekkele;

- 2) mõningad andmed lubavad siiski arvata, et need kontratseptikumid võivad mõnedel naistel rinnanäärmevähki arengu riski suurendada, näiteks noortel naistel, kellel on healoomulised rinnanäärme kasvajad, ning neil, kes kontratseptikume on tarvitanud enne esimese lapse sündi;

- 3) praegused andmed tuginevad kontratseptikumide kasutamisele suhteliselt lühikesel ajavahemikul ning küllaltki piiratud vaatlusperioodile, seetõttu ei saa teha veel paikapidavaid järeldusi peroraalselt kasutatavate kontratseptikumide mõju kohta.

*WHO Technical Report
Series, № 619, 1978.*

A *biks* **velskritele** **ja õdedele**

UDK 618.14-005.1:616.053.6-08

VÄLTIMATU ABI JUVENIILSETE VEREJOOKSUDE KORRAL

VIRVE KASK · TARTU
REET RÄTSNIK · TALLINN

lastegünekoloogia, juveniilne verejooks, vältimatu ravi, füsioteraapiline ja hormonaalne hemostaas

Juveniilseid emakaverejookse esineb puberteediealistel tütarlastel küllalt sageli (5...10%) (2). Vältimatu ja kiire ravi on alati vajalik, eriti siis, kui juveniilne verejooks on väga tugev ning saanud tütarlapsele eluohtlikuks.

Et peale eluohtlikkuse võib juveniilne emakaverejooks põhjustada ka düshormonaalseid seisundeid, reproduktiivse süsteemi funktsionaalseid häireid (rasestumatus, iseeneslikud raseduse katkemised jm.) ning hüperplastilisi protsesse emakas (1, 5), siis seadsime oma kirjutise eesmärgiks selle patoloogia vältimatu abi põhjaliku käsitlemise.

Et aneemiat ei tekiks ega see ei süveneks, on juveniilse emakaverejooksu ravis esikohal verejooksu kiire peatamine (hemostaas) või likvideerimine. Verejooksu peatamiseks rakendatakse peamiselt konservatiivset ravi. Kasutatakse füsioteraapiat, samuti hormoone kas eraldi või kombineeritult (2, 3, 4, 5). Seni on lastegünekoloogias neid õigustamatult kasutatud tagasihoidlikult, eriti füsioteraapiat, mistõttu hemostaasi mitmesugustel meetoditel järgnevalt peatume.

1. Hemostaas füsioteraapia abil.

1.1. **Elektroforees novokaiiniga** (galvaanivoolu abil) ülemiste sümpaatiliste kaelaganglionide piirkonda. Toime on järgmine: paraneb emaka kontraktisioonivõime, rohkeneb progesterooni eritus, endomeetriumis tekib sekretoorne reaktsioon ja verejooks peatatakse. Päevas tehakse 3...4 protseduuri 1...1,5-tunniste vaheaegade järel. Vastunäidustuseks on kõrge tundlikkus sulfoonamiidide suhtes.

1.2. **Endonasaalsel elektroforeesil kaltsiumiga** on otsene toime kõrgematesse reguleerivatesse keskustesse; väheneb hüdratatsioon ja tõuseb emaka silelihaste toonus, suureneb vasokonstriktorne efekt. Tehakse kaks kuni kolm protseduuri päevas, protseduuride vaheaeg 1,5...2 tundi.

1.3. **Emakakaela või endonasaalne elekterstimulatsioon.** Hemostaatiline efekt on seoses reguleeriva toimega munasarjade hormonaalsesse funktsioonisse, vallandab kaela (nina) hüpofüsaarse refleksi. Kasutatakse 16...18 aasta vanustel retsidiveeruvate juveniilsete verejooksude peatamiseks, mis on tekkinud hüperöstrogeeneemia korral. Tehakse madalsagedusliku impulssvooluga.

1.4. **Piimanäärmete galvaniseerimine.** Sümptomaatiline ravi, seda ei tohi alustada alla 15 aasta vanustel, sest neil on mammouteriinne refleks nõrgalt väljendunud.

2. Hemostaas hormoonidega.

2.1. **Hemostaas östrogeenidega.** Toimemehhanism: FSH-blokaad ning follikulit stimuleeriva hormooni ja luteiniseeriva hormooni omavahelise suhte osaline reguleerimine, endomeetriumi protsesside kiire reguleerimine. See tõttu määratakse östrogeene suurtes annustes. Maksimaalne ööpäevane annus on 60 000 TÜ, mida süstitakse lihasesse 3...6 korda päevas. Eelistatagu naturaalsed hormoonid. Selles maksimaalses annuses, mis verejooksu peatas, jätkatakse östrogeenide manustamist 2...3 päeva. Järgmistel päevadel vähendatakse annust 2...3 korda minimaalse annuseni, nimelt 10 000 TÜ.

20. päevast alates manustatakse östrogeene koos progesterooniga (1%-list lahust 1,0 lihasesse) või pregniiniga veel 6...8 päeva (0,01 keele alla kolm korda päevas). 3...5 päeva pärast ravi lõppu algab menstruatsioon.

2.2. Hemostaas progesterooniga põhjustab endomeetriumis sekretsiooni ja deskvamatsiooni. Tugevate verejooksude ja ägeda või sekundaarse aneemia korral progesterooni kasutada ei tohi!

Progesterooni 0,5—1%-list lahust süstitakse 1,0 lihasesse 5...6 päeva järjest või pannakse pregniini 0,01 keele alla kolm korda päevas 6...8 päeva vältel. Kiiremaks verejooksu peatamiseks soovatakse tütarlastel progesterooni kasutada koos östrogeenidega väikestes annustes.

2.3. Hemostaas gonadotropiiniga. Stimuleerib östrogeenide sekretsiooni.

Kasutatakse koriogoniini, mida ordineeritakse Schmidti skeemi järgi: 1500...2000 TÜ lihasesse kord päevas 3...4 päeva, siis 500 TÜ ülepäeviti 10...12 päeva, üheks ravikuuriks kokku kuni 8000 TÜ koriogoniini.

2.4. Hemostaas sünteetiliste progestiinidega. Kasutatakse infekundiini, bisekuriini, novovlooni ja teisi ravimeid. Kiire efekt saadakse infekundiini ja novovlooni. Bisekuriini on otstarbekohane määrata pikaajaliste ja immitsevate verejooksude korral. Alati kontrollitagu östrogeense komponendi sisaldust.

Sünteetilist progestiini ordineeritakse 2...4 tabletti päevas kahe-kolme päeva vältel. Edasi vähendatakse annust ühe tableti haaval kuni ühe tableti päevas. Sõltuvalt vajadusest kestab ravikuur 10...21 päeva.

Soovitav on ravi alustada füsioteraapiaga — elektroforees novokaiini või kaltsiumiga. Vajaduse korral määrata lisaks hormonaalseid vahendeid ja sünteetilisi progestiine. Kui verejooks on tugev, antakse ka emaka kontraktioonivahendeid, nagu mammofüsiini ning pituitriini jt., samuti kaltsiumipreparaate ja vitamiine. Juveniilse verejooksu korral tuleb tütarlaps esimesel võimalusel saata lastegünekoloogi juurde või günekoloogiaosakonda,

kus ravi jätkatakse ning kus tehakse algust menstruaalfunktsiooni reguleerimisega. Selline taktika võimaldab ära hoida juveniilse verejooksu taastekke. Verejooksu retsidiivide korral on menstruaalfunktsiooni normaliseerida tunduvalt raskem või ei osutu see isegi enam võimalikuks.

KIRJANDUS: 1. Аветисова Р. Л. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, 96—107. — 2. Заяц Л. Д. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, 79—95. — 3. Ильин И. В., Голубев В. А. Акуш. и гинекол., 1977, 6, 6—9. — 4. Кузнецова М. Н., Загорская Е. А., Антипина Н. Н. В кн.: Методы профилактики, диагностики и терапии эндокринных нарушений у женщин. М., 1975, 85—92. — 5. Стругацкий В. М. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, 182—193.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

Tallinna Pelgulinna Haigla
Sünnitusmaja

UDK 612.621.9+612.662

BASAALTEMPERATUURI ANDMETE TÄHTSUS OVAARIUMIDE GENERATIIVSE FUNKTSIOONI TÄPSUSTAMISEL

KADRI GROSS · TARTU

basaaaltemperatuur, laad, ovaariumide seisund, menstruaaltsükkel

Igapäevases töös osutub sageli vajalikuks täpsustada munasarjade talitlust, see aga on keerukas ja aeganõudev. Oma keerukuse tõttu ei ole ovaariaalsete steroidide määramine, mis soovitavale vastuse annaks, alati võimalik. Munasarjade talitlusest kõneldes tuleb eelkõige jõuda selgusele nende generatiivses funktsioonis, nimelt kas tsükkel on kahefaasiline või mitte. Teatavasti iseloomustavad kahefaasilist tsüklit munaraku valmimine, ovulatsioon, kollakeha kujunemine.

Viimasele kaasub alati kollakeha hormooni progesterooni hulga järsk suurenemine, mis püsib menstruatsioonieelse päevani, et uuesti väheneda.

Juba möödunud sajandi lõpust pärineb tähelepanek, et kehatemperatuur menstruatsioonieelsel perioodil tõuseb ja menstruatsiooni ajal langeb (3). Täpsem kirjeldus hommikuse kehatemperatuuri tõusust tsükli II faasis, pärast ovulatsiooni, pärineb käesoleva sajandi algusest (2). Tänapäeval me teame, et selline temperatuuri lainelisus on tingitud kollakeha hormooni tsüklilise produktsiooni muutustest seoses ovulatsiooniga ja kollakeha kujunemisega.

See progesterooni kehatemperatuuri mõjutav toime on kasutusel nii tsükli faasilisuse määramisel kui ka raseduse varajasel kindlakstegemisel. Siiani on see uurimisviis püsinud ovaariumide generatiivse funktsiooni üle otsustamisel esikohal. Hormoonide määramiste tulemused esitatakse basaaltermatuuri taustal.

Tavaliselt mõõdetakse kehatemperatuuri rektaalselt 5...7 minuti vältel. Mõõta võib ka oraalset, kuid sellisel juhul ei ole andmed nii täpsed. Oluline on, et mõõtmine toimuks hommikuti kohe pärast ärkamist, enne voodist ülestõusmist enam-vähem ühel ja samal kellaajal. Hommikune kehatemperatuuri mõõtmise aeg ei tohiks erineda üle ühe tunni. Kehatemperatuuri andmed peab patsient kohe üles märkima. Selle mõõtmine toimub küllalt pika ajavahemiku, tavaliselt 2...3 menstruaaltsükli vältel.

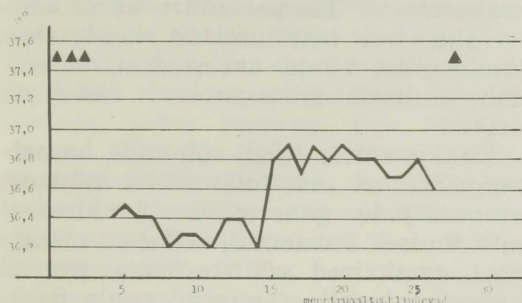
Basaaltermatuuri andmete interpreteerimine ei osutu alati lihtsaks. Tuleb lähtuda kindlastest kriteeriumidest, mille alusel otsus langetada. Kehatemperatuuri erinevus ovulatsioonieelsel ja -järgsel perioodil peab olema vähemalt 0,3...0,4°C piires. Ekslik on arvata, et ovulatsioonijärgselt on kehatemperatuur alati 37,0°C või enam. Oluline on temperatuuride vahe, mitte temperatuuride absoluutväärtused. See-ega temperatuuritsükli teises faasis võib kehatemperatuur olla 37,0°C või üle selle, kuid võib olla ka allpool nimetatud väärtust.

Analüüsisime 302 patsiendi basaaltermatuuri andmeid, kellest 22 olid praktiliselt terved, ülejäänutel aga esines mitmesuguseid endokrinoloogilisi haigusi. Kehatemperatuuri alusel olid menstruaaltsükli 161 vaatlusalusel kahefaasilised, 126-l monofaasilised ja 15-l olid andmed atüüpilised, faasilisust ei osutunud võimalikuks määrata. Sellistel juhtudel, kui kehatemperatuuri andmed ei ole tüüpilised, tuleb diagnoosi täpsustamiseks määrata kollakeha hormooni hulk veres või tema metaboliitide sisaldus uriinis.

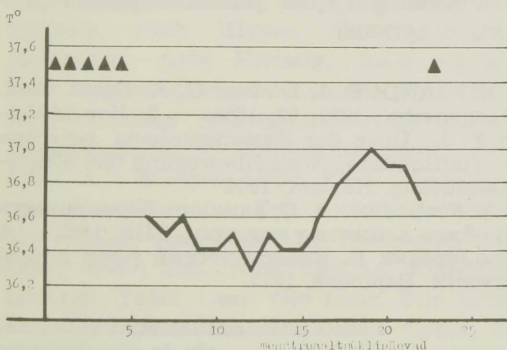
Vastavalt basaaltermatuuri andmetele jaotusid tulemused järgmiselt.

I. Bifaasiline basaaltermatuur:

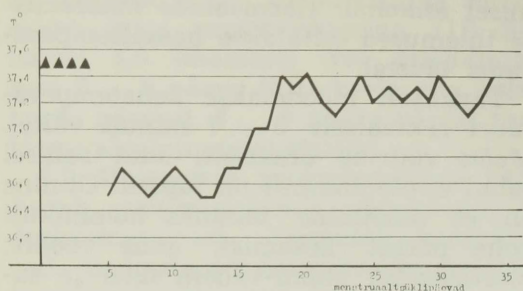
- a) tsükli II faas normis (kestus 9...15 päeva),
- b) tsükli II faas lühenenud (kestus 8 või vähem päeva),



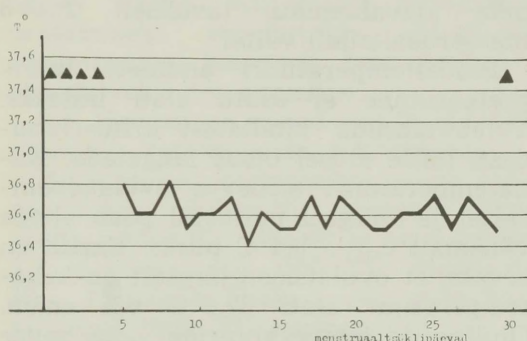
Joonis 1. Basaaltermatuur bifaasiline, II faasi kestus normis.



Joonis 2. Basaaltermatuur bifaasiline, II faas lühenenud.



Joonis 3. Basaaltemperatuur raseduse korral. Temperatuuri kõrgenemine püsib. Menstruatsioon ei ilmunud oodatud ajal.



Joonis 4. Basaaltemperatuur monofaasiline.

c) tsükli II faas pikenenud (kestus 16 ja enam päeva).

II. Monofaasiline kehatemperatuur:

- a) temperatuur pidevalt normi piires,
- b) temperatuur pidevalt subfebriilne.

III. Atüüpiline basaaltemperatuur.

Bifaasilise temperatuuri korral ei ole alati lihtne kindlaks teha II faasi algust, eriti siis, kui temperatuuri tõus on aeglane, kui see toimub mitme päeva vältel (vt. joon. 3). Sel puhul tuleb määrata I faasi temperatuuri keskmine ja selle alusel leida päev, millest alates on tõus vähemalt $0,3^{\circ}\text{C}$. Temperatuuri tõusu perioodi kestusega 8 või vähem päeva vaadeldakse kui tsükli II faasi puudulikkust ja see võib olla mitmesuguste tsükli häirete, samuti lastetuse põhjus. Kahefaasilisuse hindamisel on oluline tähtsus kollakeha funktsioneerimise kestusel.

Kui temperatuur on monofaasiline ja pidevalt subfebriilne, tuleb eelkõige

mõelda rasedusele, kuid ta võib esineda samuti muude haiguste korral.

Atüüpilise basaaltemperatuuri korral jääb lahtiseks, kas ovulatsioon toimus või mitte. Sellistel puhkudel osutub vajalikuks teha täpseid uuringuid, määrata progesterooni hulk veres või tema metaboliitide sisaldus uriinis.

Basaaltemperatuuri andmed on vajalikud eelkõige menstruatsioonihäirete ja steriilsuse korral. Need aitavad premenstruaalset sündroomi kindlaks määrata.

Basaaltemperatuuri andmed aitavad täpsustada ka viljastumise bioloogilist rütmi. Soodsaim viljastumise aeg on temperatuuri tõusule eelnev päev, ka esimene temperatuuri tõusu päev. Kui bioloogilist rütmi arvestatakse viljastumise vältimise eesmärgil, siis loetakse, et temperatuuri tõusu kolmandast (1) või neljandast päevast (4) alates ei ole rasestumine enam võimalik, see aeg kestab kuni menstruatsiooni saabumiseni. Temperatuuri arvestamine siis, kui rasestumisest hoidutakse (bioloogilist rütmi arvestades), vähendab oluliselt mittesoovitut raseduste arvu.

Kokku võttes tuleb rõhutada basaaltemperatuuri mõõtmise suurt tähtsust munasarjade generatiivse funktsiooni määramisel. Patsiendil, kellel on menstruatsioonihäired või steriilsus, peavad konsultatsioonile saatmisel peale muude andmete kaasas olema ka basaaltemperatuuri andmed koos menstruatsioonikalendriga. Need andmed võimaldavad paljudel juhtudel panna lõpliku diagnoosi.

KIRJANDUS: 1. Döring, G. K. Dtsch. med. Wochenschr., 1967, 23, 1055. — 2. Van de Velde T. H. Über der Zusammenhang zwischen Ovarialfunktion, Wellenbewegung und Menstrualblutung. Harlem, 1904.

3. Пенсев А. В. О влиянии беременности на обмен веществ у женщин. СПб, 1888. — 4. Фиалковски Б. Биологический ритм плодovitости. Варшава, 1973.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitus-
abi ja günekoloogia
kateeder

Kaadri ettevalmis- tamine

TRÜ ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1979. A.

Ene Aasa, Aleksander Adojaan, Bela Adojaan, Aris Aivars, Ülle Allik, Tiit Ande, Maaja Anderson, Ölme Annuk, Külli Antalainen, Anu Arbet, Andrus Arro (kiitusega), Piret Aru, Tamara Aspre, Toomas Asser (kiitusega), Tatjana Baidikova, Peeter Bakhoff, Ljudmila Baklagina, Visvaldis Bebris, Tatjana Briliene, Virginijus Brilis, Roza Davijeva, Merike Didvig, Sirje Eesmaa, Ruuta Ehatamm, Pille Ennosaar (kiitusega), Evi Erik, Liis Ernits, Karin Ernstson, Olga Feditskina, Julius Feldman, Ivan Fjodorov, Tatjana German, Maire Geršman, Elviira Golubeva (kiitusega), David Gvianidze, Kira Gvianidze, Kai Haamer, Lemme Haldre, Karin Hanikat, Merike Heiberg, Tõnu Heiberg, Ele Hunt, Riina Iljina, Reet Ivand, Anne Jansons, Arne Josing, Liia Jõesaar, Reet Jürisson, Silvi Kaasik, Jaak Kabel, Tiina Kadak, Eevi Kaljula, Krista Kallik, Öne Kann, Jaan Kasmel, Küllike Kasuri, Reet Kauba, Mare Keronen-Igonen, Sirje Kesipaik, Sirje Kiisküla, Ruth Kipper, Maarika Kiudorf (kiitusega), Ants Kiviselg, Kaja Kiviselg, Rein Kogger, Ljudmila Kotenko, Pjotr Kotljarjev, Jelena Kravtšenko, Mare Kurvits, Irina Kuznetsova, Zoja Kuznetsova, Agnes Kõiv, Ago Kõrgvee, Koit Kägo, Maire Käpper, Ene Künnapu, Epp Laarin (kiitusega), Anne Laas, Rait Labotkin (kiitusega), Reet Lahe, Maret Lai, Nina Laidina, Konstantin Lazaridi, Taimi Laur, Öie Laur, Ülle Lehtis, Riina Leinsalu, Urve Lekk, Elle Lepik, Tea Lepik, Veera Lessing, Aino Liit, Aadu Liivat (kiitusega), Kaja Lilium (kiitusega), Kersti Linnus, Küllike Loide, Anne Loige,

Lii Luige, Katrin Luman, Rein Lumiste (kiitusega), Mart Lүүs, Sirje Makke, Mall Margus, Valentina Markina (kiitusega), Marina Matkava, Sigrid Mau, Tiit Meren, Larissa Mirošnitšenko, Svetlana Mitrofanova, Marget Moppel, Valda Mortuzane, Merla Muda, Ülle Mutso, Rutt Mäeots, Hele Mägi, Maie Männik, Mall Männil (kiitusega), Öie Mätas, Liili Napp (kiitusega), Taimi Nooni, Anne-Lii Normann, Nelli Obojeva, Jaak Ollino, Vadim Ossipov, Ene Paabo, Riho Paešild, Natalja Paisskova, Lea Pank, Juho Pariis, Laine Parrest, Albiina Parrik, Ene Pavelson, Kersti Pedakmäe, Ene Peetersoo, Urve Peitel, Ljudmila Pihulja, Eha Piisang, Maret Pirnipuu, Urve Putnik, Helvig Puusepp, Anneli Põld, Marika Päril, Sirje Pärn, Ruth Raielo (kiitusega), Reet Raud, Siiri Raudsepp, Riina Redi, Ljudmila Rjazantseva, Helve Rohejärvi, Tatjana Rohtla, Arvo Rosenthal, Lembit Rāgo, Kai Saks (kiitusega), Indira Sarripova, Reet Savvi, Aleksandr Seliverstov, Birgit Senješ (kiitusega), Pille Serk, Lauri Siiak, Mare Silland, Olev Silland, Tiit Sinivee, Eva Sirko, Tiina Soonik, Angela Soosaar, Egila Strauss, Berta Suhhodrev, Reet Suur, Küllike Suurmaa, Jelena Šmukerova, Tamara Zaitseva, Dagmar Zimmermann (kiitusega), Malle Zirk, Eva Zubko, Ljubov Žukova, Eha Tamleht, Reet Tanne, Toomas Tein, Erika Telnova, Viive Teras, Tõnu Tiimus, Vööbe Timmas, Olev Toomla, Tiia Tsakko, Astrid Tuuling, Merike Tõnisson, Hannes Täakre, Tiit Tõlpt, Ere Urtson, Marika Uudelepp, Piret Vaasa, Algirdas Valiulis, Karin Valkenklau, Ülle Valner, Sölvi Varblane, Eero Vasar (kiitusega), Veiko Vasar (kiitusega), Made Viikman, Silvia Virro, Uno-Valdek Vogelberg, Katrin Võlli, Riina Vähi, Kuido Väljaots.

Irene Maaroos

TALLINNA MEDITSIIKOOOLI LÕPETAJAD 1979. A.

Aili Aasav, Jelena Alehnovitš, Natalja Andrejenkova, Jelena Antonova, Viivi Antso, Alla Arhipova, Inge Balakirev, Svetlana Beljajeva, Galina Bernatskaja, Ljubov Borovik (kiitusega), Irina Borovikova, Svetlana Buzovskaja, Rimma Butšneva, Natalja Danilova, Ene Deede, Aleksandra Didenko (kiitusega), Irina Dimitrjeva, Raissa Dolgova,

Tatjana Dovgan, Tatjana Dudõkina, Maris Ekšteiņ, Lidia Frolenko, Irina Galanina, Ljubov Gerassimova, Svetlana Gogina, Külli Golubeva, Svetlana Gontšarova, Leili Gorbenko, Larissa Gorissavets, Oksana Gretšanikova (kiitusega), Alla Grigorjeva, Aina Grošjanis, Ülle Hamburg, Ljubov Harlanova, Helje Hirs, Nadežda Hitro, Marina Inšakova, Emma Ištšenko, Ljudmila Ivanova, Marina Ivanova, Nina Ivanova, Ada Jasner, Irina Jegorova, Natalja Jelišsejeva, Marina Jerofejeva, Margarita Jevitš, Marika Juhkam, Ebbe Jürgenson, Mari-Ann Kaare, Tiia Kadak, Tiia Kadarpiik, Tiina Kaganovitš (kiitusega), Irina Kajava, Anu Kangur, Irina Kanila, Olga Kannel, Riina Karjus, Irene Karus, Aime Keäri, Helve Kirsipuu, Margarita Klimova (kiitusega), Svetlana Koleva, Jelena Komar, Tiia Konsap, Anna Kostrova, Jelena Kozlova, Natalja Kovalevskaja, Galina Krasnova (kiitusega), Irina Kravtšenko, Galina Krestinina (kiitusega), Ulla Kruup, Ljudmila Kunavitš (kiitusega), Natalja Kuperštein (kiitusega), Merike Kurgpõld, Larissa Kuznetsova, Karin Kuuskmann, Mall Laasberg, Aira Laderlich, Helle Liivak, Talvi Lindhein, Marina Linevitš (kiitusega), Alla Ljudera, Marina Lukijanova, Valentina Lumet, Lii Lõo, Irina Maisejeva (kiitusega), Jelena Markarova, Jelena Makejeva, Sirje Mandre, Piia Mark (kiitusega), Jelena Melnikova, Sirje Meos (kiitusega), Merle Meriküll, Žanna Mihhaleva, Ljudmila Mirkos, Terje Mironenkova, Valentina Mironova, Marina Mitlinova, Terje Mägi, Krista Männik, Mare Müller, Mirosława Neskubo, Maret Noodapera, Aira Noorlind, Natalja Novikova, Evi Nummert, Aili Nõmmik, Anne Nõmmik, Svetlana Ogurtsova (kiitusega), Lidia Oliferenko, Merike Onna, Kai Orgo, Inge Paju, Ester Pakkanen, Iira Parts, Kristiina Pavlova, Piia Peetersoo, Larissa Petrotšenko, Alla Popova, Eve Priks, Leonid Prettser, Marina Pšelovodova (kiitusega), Veronika Pung, Nadežda Puškina, Maria Rammul, Dagny Randmäe, Jelizaveta Raževa, Tiina Regat (kiitusega), Leda Rimmel, Ilme Rimmelgas (kiitusega), Ülle Rohumets (kiitusega), Leili Roost, Olga Rozenthal, Gieva Rudenaite, Ilme Ruusmaa, Riina Rähn, Karmen Sai, Olga Salnikova, Eda Sarapuu, Anne Savi, Riina Silluta (kiitusega), Ljudmila Sljunkova, Nina Smirnova, Aleksandra Smorodina, Ülle Soosaar, Jelena

Stepanenko, Tiia Subi, Veronika Suhhotskaja, Viivi Suurkivi, Galina Sõtševa, Tatjana Šakel, Galina Štatnova, Svetlana Zjateva, Marina Zelesnjova, Jelena Zupanova, Svetlana Žuravljoa (kiitusega), Hille Tali, Liidia Tali, Heli Tandru, Ülle Tetsmann (kiitusega), Karin Tinits, Jelena Tjukajeva, Marina Tomilenko, Els Toomet, Urve Toomla, Anna Torina, Svetlana Tsarapova, Galina Tšaplõgina (kiitusega), Jelena Tšasovskin, Lilia Tšistjakova, Tatjana Tšernjakovskaja, Vjačeslav Turilov, Lia Vahemets, Ene Vaher, Klaara Vainblat, Anna Vais, Maie Vallau, Marina Vanina, Jane Varikmaa (kiitusega), Marina Vasjuk, Leili Vassar, Irina Vassiljeva, Tamara Vassiljeva, Vera Vassiljeva, Natalja Velikopolje, Aivi Viik, Marina Vohmjanina, Ljudmila Vovk (kiitusega), Sirje Välja.

TARTU MEDITSIIKOOOLI LÕPETAJAD 1979. A.

Maire Aavik, Aili Alling, Nadežda Ananjeva, Ülle Anga, Sirje Antsov, Diana Arak, Victoria Arujõe, Vera Azarova, Svetlana Bitova, Svetlana Borissenko, Tamara Danilova, Koidula Erlemann, Tatjana Fabritsova, Alla Fominõhh, Marika Halonen, Inge Harak, Anna Horkay, Maire Hussu (kiitusega), Küllike Ilp (kiitusega), Irina Ištšenko, Marina Ivanova, Svetlana Ivanovskaja, Eve Jaagre, Irina Jurevitš, Erika Justus, Sirje Jõesaar, Rita Järv, Marina Kabul, Liilia Kais, Riina Kala, Merike Kalamees, Andla Kallas, Malle Kallus, Helgi Kangro, Öne Keel, Ele Keir, Eddi Keldo, Enn Kens, Ester Kiis, Krysta Kivitar, Oleg Konovalov, Galina Koska, Tamara Kotova, Valdur Kokka, Irina Koldõševa (kiitusega), Ülle Koppel, Marge Kraus, Ingrid Kull (kiitusega), Marika Kutta, Sirje Kuusemäe, Reet Kõomägi, Tiia Kambre (kiitusega), Eve Kärner, Malle Külm, Silva Kүүdorf, Maire Laanesoo, Olvi Liiv, Valve Liivmann, Hetti Lindpere, Urve Linnasmägi, Lya Lodi (kiitusega), Maire Lõkk, Meelis Lätte (kiitusega), Mare Maala, Kaire Maidla, Ilme Maasikas, Merike Meinhard, Anna Melnitšuk, Karinen Mets, Viire Mets, Öie Musta, Järvi Möttus (kiitusega), Jelena Mäe, Liia Mägi (kiitusega), Ene Männik, Ene Mättik, Jaan Neutal, Mare Noot (kiitusega), Ilme Nurga, Ülle Nõulik, Aime Opromei, Sirje

Paas, Jaak Pahla, Kaja Pahla, Kalev Pahla (kiitusega), Piia Paidra, Mare Pallon, Svetlana Pargamannik, Milla Paris (kiitusega), Kaja Parmas, Anne Petermann, Irina Petrova, Jelena Peuša, Veera Piiri, Marina Popova, Ruth Prii, Karin Pritson, Virve Puusepp, Silva Põldmets (kiitusega), Maimu Raude, Aita Raudseping, Silva Raudsepp, Ülle Raup, Anne Reinhold, Kaja Reinomägi, Svetlana Resvova, Kaja Rooleht, Natalja Roštšina (kiitusega), Lea Runno (kiitusega), Viive Rämson, Ellen Salaštšenko, Tiia Sellov, Ülla Siimberg, Evi Sinimägi, Hele-Mai Sirel, Larissa Sljussarenko, Eve Sooväli, Öie Tamm, Liia Tann, Carine Teppor, Tatjana Tjurina, Aili Toode, Karin Toomemäe, Malle Torma, Malle Toss, Marju Truus, Larissa Tšerkasova, Ljudmila Tšernõševitš, Sirje Tõnisson, Larissa Ussikova, Anu Vaarik, Elle Vaga, Aita Vahter, Einar Vaiksaar, Kaja Vals, Kai Vanatoa, Maie Vares, Ljubov Volkova (kiitusega), Sirje Väär.

KOHTLA-JÄRVE MEDITSIINI- KOOLI LÕPETAJAD 1979. A.

Galina Agusalu, Tatjana Aljamsova, Natalja Avdejenko, Ljubov Barinova, Valentina Belovzorova, Valentina Bliznets, Valentina Bodunova, Ljudmila Brjazgina, Nina Bõtškova (kiitusega), Tatjana Degtjarjeva, Tamara Demidovitš, Vera Fatova, Liza Fokt, Svetlana Godunova, Jelena Golubeva, Nina Gusslina, Niina Jaagumets, Zoja Janis, Marina Jelissejenkova, Tatjana Jermolenko, Tatjana Jurova, Ilona Kairo, Antonina Kalašnikova, Alla Kalatšjeva, Nina Kassenova, Jelena Kazarinova, Bella Keimar, Nadežda Klimovitš, Jelena Konobejeva, Orõslava Kotsõ (kiitusega), Tatjana Leonova (kiitusega), Maret Leosk, Tamara Lešjova, Valentina Lobossok, Natalja Loginova (kiitusega), Marina Mamtšits, Jelena Malinovskaja, Svetlana Maltseva, Dina Masjuk, Natalja Mazurenko, Klara Meltsova (kiitusega), Jelena Merekina, Jelena Merekjulskaia, Irina Mihhailova, Natalja Mihhailova (kiitusega), Tamara Moissejenko, Galina Motorina, Galina Mõslajeva, Margarita Nikiforova, Natalja Nossova (kiitusega), Galina Novikova, Tatjana Ogorodova (kiitusega), Olga Pahhomova, Elsa Pentinen, Olga Poljakova, Tatjana Potapova (kiitusega), Na-

talja Prigortšenko, Silja Pärnpuu, Jelena Rodina (kiitusega), Nina Roze (kiitusega), Ljubov Rozum, Tatjana Rudaja (kiitusega), Marina Rumjantseva, Irina Semenjuk, Jelena Semenova, Nelja Sergejeva, Tatjana Sorokina, Ella Stepanova, Ljubov Suhharjeva, Svetlana Suhhogolskaja, Irina Šilina, Olga Suigina, Svetlana Švetsova, Olga Zaporožets, Ljubov Zemtsova, Tamara Zemtsova, Jelena Žerebtsova, Žanna Tarassova, Galina Tehnikova, Tamara Titova, Svetlana Tjutina, Irina Tšernigovtseva, Irina Vassiljeva, Tamara Volkova, Alla Voronina.

Nõukogude tervishoiu arengunäitajad. NSV Liidus töötab peaaegu 1/3 kogu maailma arstidest, 865 000 arsti, s. o. 33 arsti iga 10 000 elaniku kohta; USA-s vastavalt 21, Saksa FV-s 21,8, Prantsusmaal 17,5, Suurbritannias 15,7 arsti 10 000 elaniku kohta. Haiglavoodite arv 10 000 elaniku kohta on NSV Liidus 119, USA-s 72,8, Saksa FV-s 110, Suurbritannias 93,6, Prantsusmaal 108.

NSV Liidus on nõukogude võimu aastail üldsuresus suuresti vähenenud. Üldsuresuse näitaja oli 1913. aastal 29,1, 1940. aastal 18, 1950. aastal 9,7 ja 1976. aastal 9,3. 1975. aasta andmeil oli see näitaja Austrias 12,7, Belgias 12, USA-s 9, Saksa FV-s 12,1, Prantsusmaal 10,4, Suurbritannias 11,9. Samal ajavahemikul on üldsuresus NSV Liidus seega vähenenud enam kui kolm korda. Üldsuresuse vähenemise võrdlusandmed USA kohta samal ajavahemikul on 1,6 korda, Suurbritannias 1,2, Prantsusmaal 1,6, Saksa FV-s 1,5 korda. Laste suremus on NSV Liidus vähenenud enam kui 9 korda, USA-s 4 korda, Suurbritannias ja Prantsusmaal 5,5 korda.

Экспресс-информация (Социальная гигиена и организация здравоохранения), 1979, 2.

Uusi **tervishoiu-** **asutusi**

MEREMEHED SAID UUE HAIGLA

Hiljuti võttis uus Tallinna Vabariiklik Sadamahaigla vastu esimesed haiged. 3,5 miljonit rubla maksva 11-korruselise haigla ehitusega alustati juba 1971. aastal, kuid see kulges vahelduva eduga. Nüüd lõpuks on ometi jõutud selleni, et on avatud nii polikliinik kui ka haiglakorpus.

Meremehe ja kaluri elukutse olid ja on raskete killast. Pikaajaline kodust ja kodustest eemalviibimine, raske keheline ja pingeline psüühiline koormus, kurnavad kliimaatilised tingimused — need kõik loovad pinna teatava spetsiifikaga tervisehäirete tekkeks. Kui meremees haigestub merel ja laevaarst ei tule tema tervistamisega toime, toob haige sadamasse ravile toimetamine endaga kaasa suuri materiaalseid kulutusi. Ikkagi oleks palju kasulikum, kui mees oleks terve ning ei jääks merel haigeks. Mure oli ka siis, kui haigestunud meremees saabus kodusadamasse. Tasuta polikliiniline ravi oli küll hea, aga kus peaks ta ravimise ajal elama, kuna sageli olid kodud kaugel. Need olidki peamised põhjused, mis panid nii tootmis-koondise «Eesti Kalatööstus» kui ka Eesti NSV Merelaevanduse juhtkonna mõtlema ja rohkem tähelepanu pöörama



Tallinna Vabariiklik Sadamahaigla. Tagaplaanil 11-korruseline haiglakorpus, ees vasakul ja keskel polikliinik, paremal vastuvõtuosakond ja operatsioonimaja.

endi töötajate tervisele. Nüüd on soovid saanud tegelikkuseks.

Haigla põhisuund on profülaktiline. Merele pääseb üksnes terve mees. Kui aga midagi tervisel viga, tuleb viivitamatult ravida ja teha seda põhjalikult. Kiire diagnoosimine ja efektiivne ravi on need, mida meilt, arstidelt, nõutakse.

Uues, 240 voodikohaga haiglas töötavad üldkirurgia-, gastroenteroloogia-, kardiopulmonoloogia- ja neuroloogiaosakond. Kohti on veel günekoloogilisi, uroloogilisi ning kõrva-, nina- ja kurguhaigusi põdejatele. Nüüd on uue haigla baasil ka avaramad võimalused laevaarstide ettevalmistamiseks ja nende kvalifikatsiooni tõstmiseks. Juba varem avatud polikliiniku ja statsionaari diagnostika- ning ravikabinetid on ühised. Haiglas on palju uusi kabinette: fluoorgraafia-, tsütoloogia- ja endoskoopiakabinet, sondeerimise ja maosisese pH-meetria tsentraliseeritud kabinetid, EEG-kabinet jt. Praegu jätkub kaadri ettevalmistamine ja mitme kabineti komplekteerimine aparatuuriga. Raskusi on keskastme- ja noorema meditsiinipersonali ametikohtade komplekteerimisel, kuna haiglal ei ole ühiselamut.

Loodame kõikidest nimetatud raskustest üle saada ja anda parima meremeeste hea tervise tagamisel.

Vello Subi
Heljut Kapral

Konverentsid ja nõupidamised

Linnade ning rajoonide sanitaar- ja epidemioloogiajaamade peaarstide nõupidamine toimus 2. aprillil 1979. a. Jänedal. Arutati riikliku sanitaar- ja epidemioloogiateenistuse 1978. aasta tööd.

Allakirjutanu märkis oma ettekandes, et vaatamata sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töömahu suurenemisele, on riikliku sanitaarjärelevalve töö paranenud. Objektide sanitaarolukorra kontrollimisel on nüüd laboratooriumide abi ning tehnilist aparatuuri kasutatud märgatavalt rohkem kui eelmistel aastatel. Tihenenud on koostöö teiste inspekteerivate teenistustega. Operatiivsemalt on sanitaar- ja epideemiatorje probleeme arutatud kohalikes partei- ja nõukogude organites. Rangelt on suhtutud sanitaareeskirjade rikkujatesse ning hulgaliselt on sanitaarnõudele mittevastavaid objekte suletud. Eritähelepanu on vaja pöörata ennetavale sanitaarjärelevalvele, laboratooriumide tööle, pesitiidide ja mineraalväetiste kasutamisele, laste- ja toitlustusasutuste sanitaarrežiimile, tervishoiualaste teadmiste levitamisele. Mõõdunud aasta tulemuste põhjal väärrib kiitust Tartu Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama töö.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi peaepidemioloog J. Märtin analüüsis 1978. aastal epideemiatorjes tehtut. Soolenakkushaigustesse haigestumise juhtude arv on eelmise aasta arvuga võrreldes mõnevõrra suurenenud. Muude nakkushaiguste osas ei ole olukord muret tekitav. Rangemalt aga tuleb jälgida epideemiatorje režiimi täitmist lasteasutustes.

Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja T. Makarova ei olnud rahul röntgenikabinettide sanitaarjärelevalvega mitmes linnas ja rajoonis. Tema

arvates on vajaka jäänud nõudlikkusest. Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti asetäitja P. Krooni rääkis standardiseerimisest ning ohutustehnikast sanitaar- ja epidemioloogiajaamade laboratooriumides. Tartu rajooni riiklik peasanitaararst L. Laurits vahetas kogemusi elanike profülaktiliste meditsiiniliste läbivaatuste korraldusest Tartu rajoonis. Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadusala ase-direktor R. Silla tutvustas koosolijaile insti-tuudi eelmise aasta tegevust ja rääkis tule-vikuplaanidest. Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu usaldusarst A. Volmer vahetas mõt-teid tervishoiupropaganda ja töötervis-hoiu üle.

Nõupidamisest tegi kokkuvõtte Eesti NSV riiklik peasanitaararst O. Tamm, kes mainis, et sanitaarjärelevalve efektiivsemaks muut-miseks tuleb kohalikke partei- ja nõukogude organeid sanitaarjärelevalve ning epideemia-tõrje päevaprobleemidest pidevalt informee-rida. O. Tamm tutvustas ka sanitaarteenis-tuse materiaalse baasi arendamise perspek-tiive.

Heino Kreek

Eesti NSV Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Seltsi Põhja-Eesti Nõukogu XII konverents toimus 22...23. juunini 1979. a. Raplas. Avasõnas ütles tervishoiuministri asetäitja O. Tamm muu hulgas järgmist. Hoolitsus inimese tervise eest on profülakti-lise meditsiini põhiülesanne. Praegusel üle-maailmsel lasteaastal on eriti aktuaalne võit-lus soolenakkushaigustega lasteasutustes. Igapäevasest tööst oleneb, kuidas suudetakse nõuda sanitaarkorda ja vähendada haigestu-must. Seltsi esimees E. Saar tegi teatavaks, et 1978. a. töötulemuste põhjal tunnistati pa-rimaks Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöo-tajate Seltsi Võru kohalik komitee, ning neile anti üle rändkarikas.

Konverentsil olid tähelepanu keskmes nak-kushaiguste epidemioloogia probleemid. Ter-vishoiuministeriumi peaepidemioloogi J. Mär-tini ettekandest jäi kõlama mõte, et kui kaitsepoolkumistega seotud küsimused oleksid õigel ajal lahendatud ning kui arukalt võe-taks meetmeid sanitaarseisundi tagamiseks, ei kujutaks nakkushaigustesse haigestumine endast erilist ohtu.

Konverentsil oli rohkesti ettekandeid, mis käsitlesid soolenakkushaigustesse haigestu-mist koolieelsetes lasteasutustes. Põhjuseks peeti esmajoones epideemiatõrjerežiimi rik-kumist ning mitteküllaldast koostööd laste-asutuste ja pediaatrite vahel (S. Salm, N. Puussaar, E. Parre). Arvati, et üksnes juba koostöös haridusosakonnaga on soolenakkus-haigustesse haigestumist koolieelsetes laste-asutustes võimalik märgatavalt vähendada (M. Rõõmus). Düsenteeria levikuteedest rää-kides rõhutati ikka ja jälle joogivee osa sel-les (K. Kikas, E. Sepp) ning toiduainete se-kundaarset saastamist ja seda esmajoones käte kaudu (A. Avioja). Toidumürgituste tekkimise võimalustest sefiirikreemiga tortide kaudu rääkis L. Vink ning S. Sisas viitas klebsiellast tingitud toidumürgituse võimalu-sele. G. Parfejeva analüüsis salmonelloosi haigestumist Narvas. L. Pokk oli vaatluse alla võtnud puukentsefaliidi ning selle pro-fülaktika, E. Saar tulareemiajuhtude välja-selgitamise. Allakirjutanu rääkis tervise rah-välikoolide osast soolenakkushaiguste pro-fülaktikas. H. Kreek nentis oma sõnavõtus, et keskastme meditsiinitöötajate konverent-sid on muutunud sisukamaks ning pakuvad huvi ka arstidele.

Konverentsist tegi kokkuvõtte Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti asetäitja P. Krooni.

Elfriede Teppo

Kutsehaiguste seminare on peetud 50 kor-ral. Meie vabariigi arstide erialase kvalifi-katsiooni tõstmiseks on need toimunud 1959. aastast alates. Peamine organiseeri-ja on olnud Eksperimentaalse ja Kliinilise Me-ditsiini Instituut. Kõige rohkem on semi-nare toimunud Tallinnas — 19 korral, Kohtla-Järvel seevastu seitse, Narvas ja Pärnus neli, Tartus kolm ning Võrus ja Pai-des kaks seminari.

Kõige sagedamini on seminaridel esinenud A. Luts, A. Sillam, I. Maripuu, T. Tatar, B. Schamardin, L. Rodman ja allakirju-tanu. Kuid ettekandeid on esitanud ka tea-durid instituudi muudest osakondadest ja laboratooriumidest, kutsehaiguste kliiniku ning sanitaar- ja epidemioloogiajaamade arstid. Temaatika valikul on arvestatud vas-



M. Mällo foto

tava linna või rajooni tööstuse või põllumajanduse omapära. Eriti on tähelepanu pööratud tööliste eel- ja perioodilistele meditsiinilistele läbivaatustele. Käsitlemist on leidnud kutsehaigestumus meie vabariigis ning müra, vibratsiooni ja mitmesuguste toksiliste ainete (elavhõbeda, etüülitud bensiini, plii, pestitsiidide ja põlevkivitoodete) toime organismisse. Pidevalt on tähelepanu keskmes olnud allergiliste kutsehaiguste (dermatiidid, bronhiaalastma, bronhiit) diagnoosimine, ravi, tööeksperitiis ja profülaktika. Üksikajalikult on arutatud põlevkivikaevuritel, betoneerijatel, põllumajanduse mehhanisaatoritel ja metsalangetajatel esinevate kutsehaiguste kliinilist pilti, ravi ja profülaktikat ning nende varajast väljaselgitamist perioodilistel meditsiinilistel läbivaatustel.

Kutsehaiguste arstid ega ka onkoloogid ei ole seni küllaldaselt tähelepanu pööranud kutsetegurite osale pahaloomuliste kasvajate tekkes. Seminaridel on kutsehaigustest põhjustatud kasvajate profülaktikat käsitlenud G. Loogna.

Naomi Loogna

Üleliiduline kutsehaiguste arstide sektsiooni väljasõiduistung toimus 16...18. maini 1979. a. Tbilisis. Käsitleti kutsehaiguste varajast avastamist ja kutseteguritest põhjustatud haiguste eelseisundeid.

Ettekandeist ilmnas nii probleemi tähtsus kui ka selle komplitseeritus. Esitati mitmesuguseid ning küllalt erinevaid haiguste hindamise kriteeriume ja meetodeid. Allakirjutanu käsitles intoksikatsioonieelse seisundi mõistet, selle sisu ja diagnoosimist.

Nõupidamise resolutsioonis märgiti ära arutusel olnud probleemide järjest suurenev aktuaalsus ning nende perspektiivsus.

Eraldi päevakorrapunktina oli nõupidamisel vaatluse all tööhügieeni ja kutsehaiguste valdkonnas tehtava teadusliku töö põhisuunad ja tulemused ning kutsehaigustetalitus Gruusia NSV-s. On heameel tõdeda, et Gruusias pööratakse suurt tähelepanu kutsehaiguste arstide järelkasvule ja nende ettevalmistamisele. Veenvaks tõendiks selle kohta on tööhügieeni ja kutsehaiguste kateedri asutamine Tbilisi Meditsiiniinstituudis. Nagu selgus, on selliseid kateedreid mujalgi, mida ka Tartu Riiklik Ülikool peaks järgima.

Hubert Kahn

Keskonnahügieeni teaduslike aluseid käsitleva üleliidulise probleemikomisjoni veehügieeni ja veekogude sanitaarkaitse sektsiooni väljasõidupleenum toimus 28...31. maini 1979. aastal Minskis. Arutati Valgevene veeressursside olukorda. Valgevene riiklik peasanitaararst ja Valgevene Sanitaarhügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadurid rääkisid keskkonnategurite mõju uurimisest elanike tervisele, põhjavete ja veekogude sanitaarsest olukorrast ning vee kasutamise perspektiividest.

Mitu ettekannet käsitles veefaktori mõju uurimist elanike tervisele ning selle uurimisuuna metodoloogiat (E. Sergejev, J. Tala-jeva NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Üld- ja Kommunaalhügieeni Instituudist). Sama instituudi teadur J. Rahmanin esitas nimetatud uurimistööde meetodilise juhendi projekti, sellealaseid esialgseid uurimistulemusi tutvustasid Moskva, Sverdlovski, Omski, Novosibirski, Rostovi ning Usbeki NSV hügieeniinstituutide teadurid.

Heitvete puhastamisele ja korduvale kasutamisele pöörati pleenumil erilist tähelepanu. Neid küsimusi on põhjalikult uurinud Moskva ja Leningradi meditsiiniinstituutide hügieeni kateedri töötajad, samuti Kiievi ja Ufa hügienistid.

Suur osa ettekandeid käsitles keemilise aine stabiilsuse ja võimaliku transformatsiooni uurimist vees. Huvipakkuv oli meetodilise juhendi «Keemiliste ainete stabiilsuse ja transformatsiooni uurimise meetodid nende ainete hügieenilisel normeerimisel vees» arutelu.

Vilniuse Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadur D. Krassilštšikov rääkis lämmastik-

vaetiste transformeerumisest vees. Esineja rõhutas suurt riski, mis kaasneb mineraalvaetiste järjest intensiivsema kasutamisega, ning soovitas reglementeerida väetamise korda. Selle soovitusel ühines ka allakirjutanu. Ta andis ülevaate Eesti NSV veekogude lämmastikuühendite sisaldusest ning hoiatas potentsiaalse ohu eest, mida kantserogeensete N-nitrosoühendite prekursoritena nitritid ning nitraadid endast kujutavad.

Pleenumil arutati ka keemiliste ainete normeerimist veekogude vees. Kinnitati sannaarvnorm 2-metüülfuraani, korto- ja parakloortoluooli ja muude ainete kohta. Leiti, et naatriumioonide lubatud norm vees ei ole küllalt põhjendatud ning seda tuleb täpsustada.

Professor S. Tšerkinskilt oli märkusi ja täiendusi, mis on laekunud pärast joogivee uue standardi (GOST 2874-73) ilmutist.

Otsuses oli ära toodud, et pleenumil käsitletavate teemade arvu tuleb edaspidi vähendada.

Ingeborg Veldre

XX rahvusvaheline elektrokardioloogia sümpoosion toimus 28...31. maini 1979. a. Jaltas. Traditsioonilisest teadusnõupidamisest osavõtjaid oli kahekümnest riigist, esindatud olid peaaegu kõik tuntumad elektrokardioloogiakeskused.

Sümpoosioni avas alalise rahvusvahelise elektrokardioloogiakomitee president professor P. Rijlant (Belgia), kes rõhutas, et elektrokardioloogias on veel palju lahendamata probleeme. Nii näiteks on eksperimendis hästi uuritud rakuainevahetust ning bioelektrilist aktiivsust, seni aga ei ole neid teadmisi õnnestunud küllaldaselt praktilises elektrokardioloogias kasutusele võtta. Eriti oluliseks pidas ta uurimissuundi, mille puhul südame elektrilise aktiivsuse näitajaid kõrvutatakse südamemehaanika näitajatega. Seetõttu on otstarbekas kõrvutada EKG ja vektorkardiograafia tulemusi südame tsükli faasanalüüsi, apeks-, ballisto-, kineto- ja ehhokardiograafia andmetega. Koormus- ja medikamentoosete testide kasutamine avardab sellise võrdlusuurimise võimalusi veelgi. Kõige täpsemaks aga tuleb pidada bioelektriliste muutuste võrdlemist invasiivsete uurimismeetodite tulemustega. Tähtsamatest võrdlusmee-

toditest nimetas esineja eelkõige südameõõnte ja magistraalveresoonte manomeetriat, südamevatsakeste ventrikulograafiat, selektiivset koronarograafiat ning Hisi kimbu elektrokardiograafiat.

Kogu maailmas on hakatud väga laialdaselt kasutama elektronarvutustehnikat elektrokardiogrammi ja vektorkardiogrammi analüüsimisel ning informatsiooni talletamisel. P. Rijlant ja ka teised autorid on tähelepanu juhtinud tõsiasjale, et see on paljudes kohtades elektrokardioloogilise diagnoosi täpsust vähendanud, sest arvuti jaoks valmistavad materjali ette vähem kvalifitseeritud spetsialistid. Oluliseks peetakse ka psühholoogilist momenti — arvutisse andmed esitanud arst ei tee EKG kohta resümee, seega ei vastuta otseselt ka arvuti väljundist tuleva diagnoosi õigsuse eest.

Kõigile eespool loetletud probleemidele pöörati tähelepanu ja pakuti eri lahendusi.

Probleemide ring oli lai, kuulajatele pakuti rohkesti uutset informatsiooni. Huvipakkuvamatest ettekannetest võiks arvutustehnika kasutamise kõrval nimetada professor F. de Padua (Portugal) uurimust südameblokaadide pärilikkuse kohta Portugalis, R. Parcy (SDV) ettekannet *dipyridamol*-testi ja kehalise koormustesti võrdlemise tulemuste kohta, A. Wongi ja R. Rosenbergi (USA) informatsiooni EKG patoloogiliste Q-sakkide tekkimise ja mitteilmumise põhjuste kohta transmuraalse müokardiinfarkti korral.

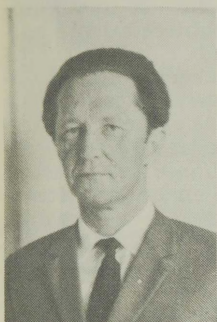
Erakordset huvi pakkusid esinemised, milles võrreldi invasiivsete uurimismeetodite tulemusi EKG-ga (P. Zarco jt. Hispaania; L. Lozenski ja kaasautorid, I. Aslibekjan ja A. Kiritšenko, V. Gassilin ja kaasautorid NSV Liidust; Z. Antaloczy ja kaasautorid Ungarist; F. de Padua Portugalist jt.).

Sümpoosionil valiti ka uus rahvusvaheline elektrokardioloogiakomitee, NSV Liitu esindavad selles professorid R. Amirov ja Z. Dolbatšjan.

XXI sümpoosion otsustati korraldada 1980. a. Lissabonis.

Jaan Eha

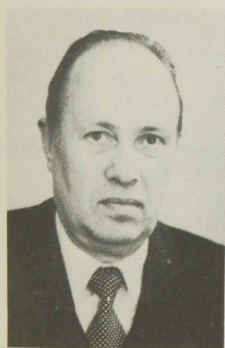
Meie juubilar



Arnold Jannus, TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri juhataja, sai 27. mail 1979. a. 60-aastaseks. Sündinud 1919. a. Peterburis. 1938. a. lõpetas Tartu Poeglaste Gümnaasiumi ning astus Tartu ülikooli arstiteaduskonda. Suures Isamaasõjas oli Eesti Laskurkorpuse lahinguteedel sanitaarühma komandör. 1949. a. lõpetas TRÜ arstiteaduskonna, 1952. a. aspirantuuri mikrobioloogia ja nakkushaiguste erialal. Samal aastal kaitses kandidaativäitekirja «Immuunsuse uurimine kõhutüüfuse vastu vaksineerituil». 1954. aastani töötas TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia ja nakkushaiguste kateedris vanemõpetajana. Aastail 1954...1977 oli Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor, kes on palju teinud selle instituudi väljaarendamisel. Nõukogude Eesti preemia laureaat. 1967. a. kaitses doktoriväitekirja «Epidemioloogiliste ja laboratoorsete uurimiste materjalid poliomüeliidi ja poliomüeliidisarnaste haiguste kohta Eesti NSV-s» ning 1968. a. anti arstiteaduse doktori kraad ja professorikutse. Viljakas teadlane viroloogia alal: on avaldanud üle 100 teadusliku artikli ning ühe monograafia. Juhendanud nelja kandidaativäitekirja ning üht doktoritööd. Avastas Eesti NSV-s esimesna ECHO-, Coxsackie- ja adenorühma viirused. NLKP ridadele kuulub 1946. a. alates.



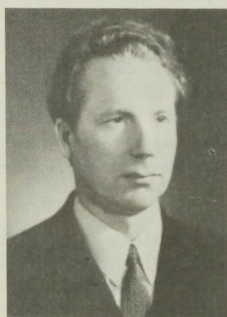
Jaan Riiv, TRÜ arstiteaduskonna sisehaiguste propedeutika kateedri juhataja, professor, sai 24. septembril 1979. a. 60-aastaseks. Sündinud 1919. a. Põlva rajoonis. Lõpetanud 1938. a. Tallinna II Poeglaste Gümnaasiumi ning 1945. a. TRÜ arstiteaduskonna. Viimase kursuse üliõpilasena määrati Tamsallu jaoskonnaarstiks, kus töötas 1946. aastani. Aastail 1946...1949 oli Tartumaal Kursi maa-arstijaoskonna ja -haigla juhataja, hiljem Tartu rajooni tervishoiuosakonna juhataja. Tööd TRÜ arstiteaduskonna õppejõuna alustas 1951. a. teaduskonna-sisehaiguste kateedri assistendina. 1958. a. kaitses kandidaativäitekirja «Kliinilisi tähelepanekuid une kulu ja mõnede vegetatiivsete näitajate uurimisel, eriti seoses uinutite manustamisega». 1962. a. valiti sisehaiguste propedeutika kateedri juhatajaks. Doktoritöö «Sümpatikoadrenaalsüsteemi tähtsus südame isheemiatõve patogeneesis, ravis ja profülaktikas» kaitses 1971. a. Professorikutse sisehaiguste erialal 1973. a. Eesti NSV teeneline arst. Avaldanud üle saja teadustöö. «Scripta medicorum'i» sarjas ilmunud monograafia «Kardioloogia II» üks autoreid ning paljude õppevahendite autor. Eesti Vabariikliku Kardioloogide Teadusliku Seltsi esimees ja Vabariikliku Terapeutide Seltsi ning Üleliidulise Kardioloogide Seltsi juhatuse liige. NLKP ridadesse kuulub 1961. a. alates.



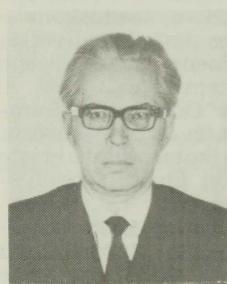
Heino Hanson, TRÜ spordimeditiini ja ravikehakultuuri kateedri dotsent, Tartu Kliinilise Haigla kardioloogiakeskuse juhataja, sai 4. aprillil 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud 1929. a. Pärnumaal Paikuse vallas põllutöölise perekonnas. Pärnu 1. Keskkooli lõpetas 1948. a. ning TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna kiitusega 1954. a. Aastail 1954...1956 töötas TRÜ biokeemia kateedri assistendina, aastail 1956...1961 Tartu Linna Kliinilise Haigla laboratooriumi juhatajana ning aastail 1961...1967 oli Tartu Linna Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja ravi alal. TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste ja patoloogilise füsioloogia kateedri assistent oli aastail 1968...1970. Kandidaativäitekirja «Vereseerumi histaminopeksia, serotoninopeksia ja seerumivalkude diselektroforees südame isheemiatõve puhul» kaitses 1970. a. Ühiskondlikult tegev — Eesti Vabariikliku Kardioloogide Teadusliku Seltsi kauaaegne aseesimees. Pikka aega on kuulunud arstiteaduskonna ja ÜTÜ üleülikoolilisse nõukokku. Avaldanud 29 teaduslikku artiklit.



Endel Tünder, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri juhataja, professor, Eesti NSV teeneline arst, sai 4. mail 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud 1929. aastal Viljandimaal Ärikülas põllupidaja perekonnas. Abja Keskkooli lõpetas 1949. a. Aastail 1949...1955 õppis TRÜ arstiteaduskonna raviosakonnas, seejärel töötas kuni 1961. a. Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna ordinaatorina. Kandidaadiväitekirja «Ostsiograafia, arteriograafia ja pletüsmograafia kasutamisest alajäsemete tuiksoonte trombolitereerivate haiguste diagnoosimisel» kaitses 1961. a. Aastail 1961...1964 oli TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia, operatiivkirurgia ja topograafilise anatoomia kateedri assistent, 1966. aastast sama kateedri dotsent. Doktoritööd «Näidustused taastavateks operatsioonideks alajäsemete arterite oblitereeruva ateroskleroosi puhul» kaitses 1967. a. Professorikutse anti 1969. a. Kateedrijuhataja on E. Tünder 1970. aastast alates. Avaldanud üle 150 teadustöö. 1978. aastast Ülemaailmse Kirurgide Seltsi Assotsiatsiooni liige. Muu hulgas kuulub TRÜ ning Riia Meditsiiniinstituudi teadusnõukokku. On olnud Eesti NSV Kirurgide Teadusliku Seltsi aseesimees. NLKP ridadesse kuulub 1967. aastast.



Robert Trink, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur, arstiteaduse kandidaat, sai 3. juunil 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud 1929. a. Kirovi oblastis. Tartu Meditsiiniikooli lõpetas kiitusega 1950. a. ning TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna 1956. a. Pärast seda töötas Rakvere Rajooni Haiglas terapeutina, hiljem sisehaiguste osakonna juhatajana. 1961. a. alates on töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonnas: aastail 1961...1968 nooremteadurina, 1968. a. alates vanemteadurina. Kandidaadiväitekirja «Haigusprotsessi aktiivsuse ja neerupealiste koore talitluse muutused reuma- ja reumatoidartriidihaigetel kompleksse kuurordiravi toimel Haapsalu meremuda kasutamise korral» kaitses 1967. a. 1971. a. anti vanemteadurikutse. Ilmunud üle 50 teadusliku artikli, populaarteadusliku raamatu «Eesti NSV kuurordid» kaasautor. Avaldanud trükis mitmeid ravi- ja meetoodilisi juhendeid.



Leo Nurmand, TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri professor, sai 12. juunil 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud 1929. a. Tartus arsti perekonnas. Pärast Tallinna 2. Keskkooli lõpetamist 1947. aastal järgnesid õpingud TRÜ arstiteaduskonna raviosakonnas, mille lõpetas 1953. a. Seejärel asus tööle TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri assistendina. Kandidaadiväitekirja «Organismi farmakodünaamilisest reaktiivsusest barbituraatidele üldisel jahutamisel» kaitses 1964. a. ning doktoritööd «Organismi kaitse- ja kohanemisreaktsioonid kui barbituraadi toime intensiivsust ja kestust määravad faktorid» 1975. aastal. Avaldanud üle 50 teadustöö. Ajavahemikul 1965...1971 oli L. Nurmand farmakoloogia kateedri vanemõpetaja, aastail 1971...1976 dotsent. Dotsendikutse anti talle 1972. ning professorikutse 1978. a. 1976. aastast alates farmakoloogia kateedri professor.



Milvi Miidla, Tartu Linna Polikliniku peaarsti asetäitja tööeksperitiisi alal, Eesti NSV teeneline arst, sai 29. juunil 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud Nuia alevi teenistuja perekonnas. Keskhariduse omandas Viljandi 1. Keskkoolis, TRÜ arstiteaduskonnas õppis aastail 1947...1953. Ajavahemikul 1953...1960 töötas TRÜ arstipunkti juhatajana, aastail 1960...1962 oli polikliniku sisehaiguste osakonna juhataja, 1963...1971 Tartu Linna Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja tööeksperitiisi alal. 1971. aastast on töötanud praegusel ametikohal. Erialateadmisi täiendanud korduvalt Moskvas ja mujal. 1970. aastast I kategooria terapeut. NSV Liidu Ülemnõukogu saadik aastail 1974...1979, tegeles peamiselt tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjonis. Eeskujuliku töö eest on autasustatud ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedaliga ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. M. Miidla foto on olnud vabariiklikul autahvilil.



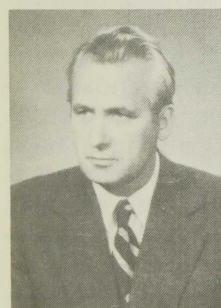
Villu Parvet, Tartu Rajoonidevahelise KohtumeditSiini Osakonna juhataja, sai 5. juulil 50-aastaseks. Sündinud Viljandimaal Kolga-Jaanis talupidaja perekonnas. Keskkooli lõpetas Põltsamaa Keskkoollis. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1954. a. kiitusega. Pärast seda töötas TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia ja anatoomia kateedris assistendina. Aastail 1960...1972 oli Tartu Meditsiinikooli direktoriks. 1972. aastast alates töötab praegusel ametikohal. Tema organiseerimisel avati meditsiinikoolis ajakohased õppekabinetid, pandi alus mitmetele tavadele, nagu õpetajate ja õpilaste teaduslikud konverentsid, praktikantide vahetamine teiste liiduvabariikide meditsiinikoolidega, ametivanne. Saavutuste eest meditsiiniakadri ettevalmistamisel on teda autasustatud rinnamärgiga «Haridustöö eesrindlane». Avaldanud arvukalt teaduslikke ja populaarteaduslikke artikleid. NLKP ridadesse kuulub 1961. aastast alates.



Liidia Maser, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonna vanemteadur, arstiteaduse kandidaat, sai 11. juulil 1979. aastal 50-aastaseks. Sündinud 1929. aastal Tartus teenistuja perekonnas. 1947. a. lõpetas Tartu 2. Keskkooli kuldmedaliga ning 1953. a. TRÜ arstiteaduskonna kiitusega. 1953. aastast alates töötab Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis. Kandidaadi-väitekirja «Võrdlevaid andmeid tuberkuloosse meningiidi kliinilise kulu ja organismi reaktiivsuse mõnede näitajate dünaamikast» kaitses 1959. aastal. Vanemteadurikutse anti 1964. a. Avaldanud 130 teadustööd ftisiaatria ja pulmonoloogia alalt. «Scripta medicorum'i» sarjas ilmunud raamatu «Pulmonoloogia» üks autoreid. Aktiivne ühiskondlikus töös.



Lii Jannus, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonna juhataja, arstiteaduse doktor, sai 30. juulil 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud 1929. a. Tallinnas teenistuja perekonnas. 1947. a. lõpetas L. Koidula nimelise Pärnu Keskkooli. TRÜ arstiteaduskonnas õppis aastail 1947...1953, mille lõpetas kiitusega. Järgnes Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi sihtaspirantuur Moskva Tuberkuloosi-Keskstituudis, kus valmis kandidaadi-väitekirja «Histoloogiline ja histokeemiline uurimine streptomütsiini ning ftivasiidi mõjust reparatiivsetele protsessidele tuberkuloosi korral», mida ta kaitses 1957. a. Pärast seda tuli L. Jannus tööle Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituuti. 1964. aastast alates on seal juhatanud pulmonoloogiaosakonda. Esimese Eesti NSV naisarstiteadlasena pärast Suurt Isamaasõda kaitses ta 1970. a. mais doktori-väitekirja «Tuberkuloosi mükobakterite ravimiresistentsus ja selle mõju tuberkuloosiprotsessi kulule». Nõukogude Eesti preemia laureaat.



Lennart Maurer, Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja organisatsioonilis-metoodilise töö alal, arstiteaduse kandidaat, sai 20. septembril 1979. a. 50-aastaseks. Sündinud Juurus. Lõpetanud Tallinna 1. Keskkooli ning 1954. aastal TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. On töötanud peaarstina aastail 1954...1955 Tallinna Nõmme Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas ning aastail 1955...1959 Tallinna Kalinini Rajooni Haiglas. Ajavahemikul 1959...1962 töötas sama haigla peaarsti asetäitjana polikliinilise töö alal. Aastail 1962...1967 oli Tallinna Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja, 1967...1972 Pelgulinna Haigla peaarsti asetäitja. 1972. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. 1977. aastal kaitses kandidaadi-väitekirja «Täiskasvanud linnaelanike dispanseerimise laiendamise ja parandamise võimalused». Avaldanud trüki 16 teaduslikku artiklit. On olnud täienduskursustel Moskva ja Lenini-gradi instituutides. Kõrgema kategooria tervishoiuorganisaator. Teda Tallinna Kalinini Rajooni Haiglas. Ajavahemikul 1959...1962 töötas sama haigla peaarsti asetäitjana polikliinilise töö alal. Aastail on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ja mitme aukirjaga.

1978. AASTA NOBELI PREEMIA LAUREAADID

EUGEN TALLMEISTER AIN HEINARU
· TARTU

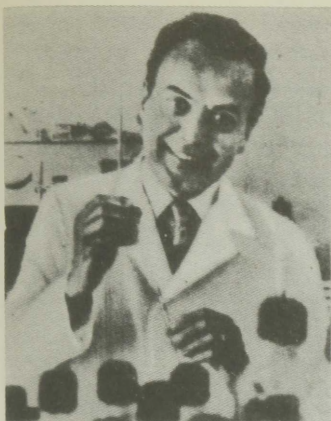
Möödunud aasta 10. detsembril toimus Stokholmis järjekordne Nobeli preemia-
te pidulik kätteandmine silmapaistva-
mate saavutuste eest teaduse ja kirjan-
duse valdkonnas. Nobeli preemia me-
ditsiini alal jaotasid omavahel Šveitsi
teadlane Werner Arber ja USA uurijad
Hamilton Smith ning Daniel Nathans.
Kõigi kolme teadlase uurimused on seotud
restriktsooniensüümide ehk restrikt-
taaside avastamise ning nende raken-
damisega molekulaarbioloogias ja mik-
roobigeneetikas.

W. Arber on sündinud 3. juunil
1929. a. Šveitsis. Hariduse omandas Zü-
richis, bioloogiadoktori kraadi sai Genfi
ülikoolis 1958. aastal. Praegu töötab Ba-
seli ülikooli biokeskuses mikrobioloogia-
professorina. W. Arber tegi kindlaks
kompleksse talitlusega ensüümi pro-
duktsiooni bakterirakus. See ensüüm
reageerib eelkõige peremeesbakteri suh-
tes heteroloogilise, võõra DNA molekuli-
ga, lammutades seda väiksemateks
fragmentideks. Võõrana tuleb arvesse
see osa pärilikust aineksest, mida eelnevalt
ei ole modifitseeritud. Seda protsessi ni-
metatakse restriktsooniks ja vastavat
ensüümi restrikttaasiks. Restrikttaasidel
on ilmselt ka teine funktsioon — nuk-
leiinhapete metüülimine. Sel puhul on
tegemist DNA nukleotiidides paiknevate
lämmastikaluste metüülimisega ja en-
süümi nimetatakse seepärast metülaa-

siks, protsessi ennast modifikatsiooniks.

Algul avastati restrikttaaside-metülaa-
side süsteem teatavatel *Escherichia coli*
standardtüvedel. Nii oli *E. coli* tüvest
K12 eraldatud restriktsooni ensüüm aktiiv-
selt toimiv *E. coli* tüvest B eraldatud
DNA-sse, ja vastupidi — *E. coli* tüve B
restriktsooni ensüümi substraadiks —
E. coli K12 tüvest eraldatud DNA. See
fakt vihjab väga tähtsale bioloogilisele
seaduspärasusele, nimelt restriktsoonile
kui protsessile, mis kaitseb elusrakku
võõra DNA invasiooni vastu. See nähtus
avaldub eriti bakterite konjugatsiooni
puhul, mis võib kulgeda eri efektiivsu-
suga, või olla hoopis mitteefektiivne,
sõltudes suurel määral retsipientbakteri
restriktsoonisüsteemi aktiivsusest. Nii-
sama suur osa on restriktsoonide-modi-
fikatsioonide süsteemil ka transformat-
sioonil ja transduktsiooniprotsessis. Vas-
tavate restrikttaaside-metülaaside sün-
teesi kontrollivad teatavatel juhtudel pe-
remeesbakteri kromosoomsed geenid.
Huvitaval kombel võivad taolist geneeti-
list kontrolli sisaldada samuti mõnede
bakteriofaagide genoom ja ka ravimire-
sistentsust määravate R-plasmiidide
genoom. Niisuguste faagide ja plasmii-
dide peremeesbakteritel on tundlikkuse
spekter tüübispetsiifiliste standardfaa-
gide suhtes sageli muutunud. Võrreldes
sama bakteritüve mittenakatatud kloonide-
ga, s. t. mis ei sisalda profaage ega
R-plasmiide, on nakatatud bakteril faa-
gitundlikkuse spekter sageli märksa kit-
sam. See asjaolu oligi termini restrikt-
sioon (lad. *restrictio* — kitsendus) kasu-
tuselevõtmise üks põhjusi. Taoline
tundlikkusspektri muutus standardfaa-
gide suhtes võib olla eksimuste põhju-
seks patogeensete bakteriliikide, nagu
Salmonella typhi, *Salmonella typhimu-*
rium jt., tüpiseerimisel testfaagide abil,
sellel on praktiline tähtsus eriti epide-
mioloogilist laadi töodes.

Teine laureaat, H. O. Smith, on sündi-
nud New Yorgis 23. augustil 1931. aastal.
1952. aastal lõpetas Berkeley's Califor-
nia ülikooli. Doktorikraad anti talle
1956. aastal. 1970. aastast alates on ol-
nud Baltimore'is John Hopkinsi Ülikooli



Werner Arber



Hamilton Smith



Daniel Nathans

arstiteaduskonna professor mikrobioloogilise geneetika alal. H. Smith, kes hakkas sama küsimust uurima pärast W. Arberi esimeste publikatsioonidega tutvumist, avastas lisaks enterobakteritele restriктаasid veel *Haemophilus influenzae*' tüvedel. Sama autori andmetel on tänaseni kindlaks tehtud ligikaudu 150 erisuguse päritoluga restriktsooniensüümi. Neile kõigile on iseloomulik ühine omadus kujutada endast nõndanimetatud geneetilisi nuge, kuna nende toimel nagu lõigatakse intaktne DNA molekul teatavates piirkondades väikes- teks lõikudeks.

D. Nathans kasutas omakorda kolme eri päritoluga restriktsooniensüümi ühe loompatogeense, SV40-viiruse geneetilise struktuuri uurimiseks, rajades sel teel uue meetodi viiruste geneetikas ning võimaluse rakendada restriктаase molekulaarbioloogias ja insenerigeneetikas. D. Nathans on sündinud 30. oktoobril 1928. aastal Põhja-Carolina osariigis Wilmingtonis. 1950. aastal lõpetas ta Delaware'i osariigis ülikooli, 1954. aastal anti Washingtoni Ülikoolis talle arstiteaduse doktori kraad. 1972. aastast alates on ta töötanud John Hopkinsi Ülikooli arstiteaduskonna mikrobioloogiaosakonnas mikrobioloogiaprofessorina.

Kokku võttes on nimetatud teadlaste avastused printsiipiaalse tähtsusega eriti kahest aspektist. Esiteks võimaldab spetsiifiliste restriктаaside ja neile vastupidi-

se funktsiooniga ligaaside rakendamine täiustada mitmesuguste geenide ühelt organismilt teisele ülekandmise metoodikat ning rajada sellega kindlamad alused insenerigeneetika edasisele arengule. Teiseks kujutab mikroobides leiduv restriктаaside-metülaaside süsteem endast omamoodi bioloogilist barjääri, mis vähendab peaaegu miinimumini riski võimaluse, et mikroobide geneetilise rekombinatsiooni tagajärjel kujuneksid välja uued, seni mitteeksisteerivad patogeensed mikroobivariandid. Kõik kolm Nobeli preemia laureaati on seisukohal, et viimast asjaolu ei ole vaja karta mikrobiogeneetikaalastes uurimustes.

KIRJANDUS: 1. Arber, W., Dussoix, D. J. Mol. Biol., 1962, 5, 18—36. — 2. Arber, W., Morse, L. Genetics, 1965, 51, 137—148. — 3. Arber, W., Linn, S. Ann. Rev. Biochem., 1969, 38, 467—500. — 4. Arber, W., Wauters-Willems, D. Mol. Gen. Genet., 1970, 108, 203—217. — 5. Yoshimori, R., Roulland-Dussoix, D., Boyer, H. W. J. Bacteriol., 1972, 112, 1275—1279. — 6. Tschäpe, H., Dragaš, A. Z., Rische, H., Zbl. Bakteriол. (Orig. A), 1974, 226, 184—193. — 7. Uppsala Nya Tidning 8. XII 1978.

TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia
kateeder

TRÜ bioloogia-geograafiateaduskonna
geneetika ja tsütoloogia
kateeder

MEIE SÕBRAD SCHWERINIST

Tänavu juunikuus külastas Narva Linna Haiglat Saksa DV Schwerini ringkonna haigla delegatsioon eesotsas peaarsti professor M. Krentziga.

Schwerini kolleegid tundsid eriti huvi Narva polikliinikute ja meditsiinilise kiirabi osakonna töö ja organisatsiooni, samuti abiteenistuste tegevuse vastu. Teatavasti on Saksa DV-s polikliinikud põhiliselt iseseisvad tervishoiuasutused, ei kuulu haigla koosseisu, välja arvatud konsultatiivsed polikliinikud, kus saavad arstiabi haiglaravil olnud inimesed kuni tervenemiseni. Meditsiiniline kiirabi kuulub organisatsiooniliselt Saksa Punase Risti Seltsi koosseisu ning arstiabi annavad haigla vastava eriala valvearstid. Külalised andsid kiitva hinnangu Narva Linna Haigla, eriti aga sünnitusabi- ja günekoloogiaosakonna tööle. Ühtlasi tehti ettepanek 1980. aastast alates vahetada spetsialiste, kes töötaksid 6...8 nädalat Schwerini ringkonna haiglas ja Narva Linna Haiglas. Seda mõtet pooldas ka tervishoiuminister professor V. Rätsep, kelle vastuvõtul oli kogu delegatsioon. Minister tutvustas külalistele meie vabariigi tervishoiu perspektiive ja arengutendentse. Põhimõtteliselt lepidi kokku, et edaspidi



Foto 1. Eesti NSV tervishoiuminister professor V. Rätsep tervitab Schwerini delegatsiooni juhti professor M. Krentzi (vasakul).



Foto 2. Narva Linna Haigla delegatsioon asetab pärja Sachsenhauseni koonduslaagris hukkunute mälestussambale Schwerinis. vasakult: M. Silland, G. Žamiro ja Schwerini ringkonna haigla ametiühingukomitee esimehe asetäitja.

vahetatakse spetsialiste sünnitusabi ja günekoloogia erialal, seejärel pediaatria ja füsioteraapia erialal. Professor M. Krentz rääkis, et Schwerinis kerkib uus haigla ja edaspidi püütakse enam tähelepanu pöörata füsioteraapia arendamisele, kasutades ära Narva Linna Haigla kogemusi.

Külalised tutvusid Tallinna vaatamisväärsustega ning viibisid ka Tallinna Vabariiklikus Onkoloogia Dispanseris.

Narva Linna Haigla delegatsioon külastas Schwerini ringkonna haiglat 1978. a. Delegatsiooni kuulusid parteibüroo sekretär G. Žamiro, otorinolarüngoloogiaosakonna vanemõde M. Jussina ja allakirjutanu. Schwerinis tutvustati meile haigla struktuuri, ravi organisatsiooni, ametiühingutööd ning ideoloogiatöö vorme, millele seal pööratakse

suurt tähelepanu. Schwerini ringkonna-
haigla on hästi varustatud nii kodu- kui
ka välismaise meditsiiniaparatuuriga.
Eriti huvitas meid 800 voodikohaga uus
haigla, mille esimene järk läheb käiku
tuleval aastal. Ehitustegevuse paremaks
koordineerimiseks on moodustatud spet-
siaalne rühm, kes peale ehitusküsimuste
tegeleb ka sisseseade ja aparatuuri mu-
retsemisega. Tähelepanuväärne on puh-
tus ja kord ehitusel, töö loogiline kor-
raldamine ja kõrge kvaliteet. Sellest
oleks meie ehitajatel palju õppida. Pa-
latite värvimiseks ei kasutata õlivärve.
Seinad ning laed kaetakse pestava ta-
peediga. Põrandad on kaetud kergesti
puhastatava materjaliga. Ravimite, pe-
su, operatsiooniinstrumentariumi jm.
tsentraalset transportimist osakonda-
desse koordineerib raal. Selgusid ka
ebakohad töös, mis on peaaegu analoo-
gilised meie omadega: uute ravi-
asutuste avamisel on raskusi keskastme ja noo-
rema meditsiinipersonali komplekteeri-
misega.

Kohtumisel ringkonna- ja juhtkon-
na ja aktiiviga nenditi rahuldustundega,
et meie esimesel külaskäigul 1976. a.
Schwerinis allakirjutatud sõpruslepingu
täitmine kulgeb edukalt.

Pilku tagasi heites märgiksin, et sõp-
russidemed said alguse 1975. aastal ning
delegatsioone on vahetatud juba kahel
korral.

Lisaks on mõlema haigla töötajad tei-
nud vastastikuseid külaskäike sõprus-
rongi koosseisus. Nii olid tänavu juuni-
kuus meil külas kolm töötajat Schwerini
ringkonna- ja haiglast parteialgorganisat-
siooni sekretär U. Marekiga eesotsas.

Niisugused asjalikud sõprussidemed
on kasulikud ning võimaldavad paran-
dada ravitöökorraldust.

Manfred Silland

MEDITSIIINITÖÖTAJATE EKSLIIBRISTENÄITUS

Eksperimentaalse ja Kliinilise Me-
ditsiini Instituudi fuajees oli märtsis-
aprillis ligi kolme nädala vältel avatud
raamatumärgiste valiknäitus meditsiini-
informatsiooni vabariikliku osakonna
juhataja Ilmar Laane kogust.

Instituudi ametiühingukomitee kul-
tuurikomisjoni algatusel korraldatud
näitusele oli koondatud osa meie vaba-
riigi meditsiinitöötajate, farmatseutide
ja veterinaaride eksliibriseid, s. t. vali-
tud olid need elukutsed, kelle esinda-
jad märgistavad oma eriala karika ja
mao sümboliga.

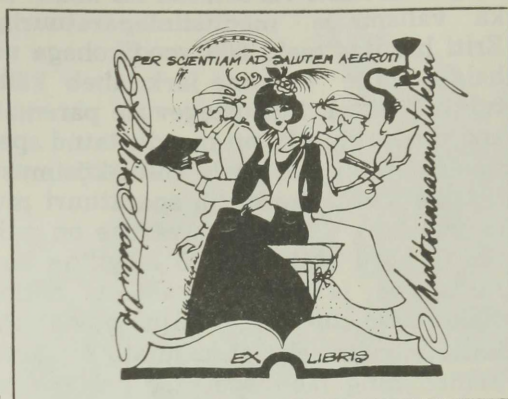
Neljas vitriinis oli välja pandud üle
100 eksliibrise puu-, linool- või plas-
tikaatlõiketehnikas R. Kaljolt, E. Lep-
alt, R. Mutsolt, L. Soomilt, V. Tõnis-
sonilt, A. Venderilt ja S. Väljalilt. Et
kahte eraldi vitriini oli paigutatud Hiiu
meditsiinilinnaku töötajale loodud
rohkem kui 60 eksliibrist, said külasta-
jad tutvuda samuti mitmete E. Okase,
V. Tolli, O. Soansi, I. Torni, P. Reevee-



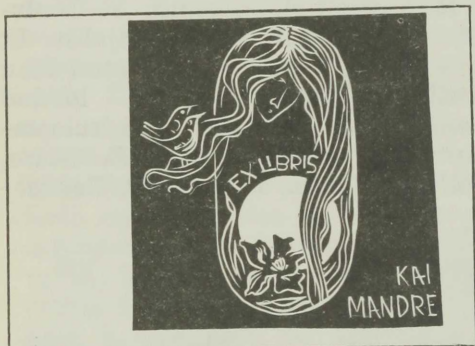
I. Laan eksponaate tutvustamas. M. Mällo
foto.



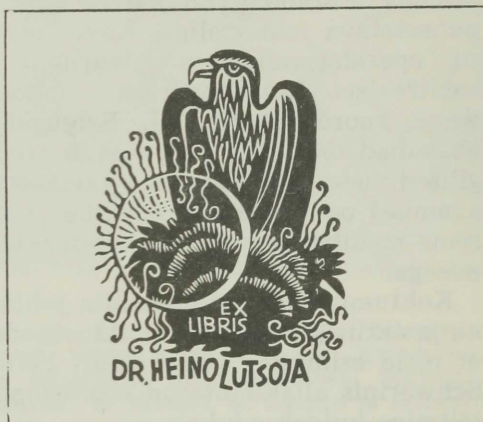
1



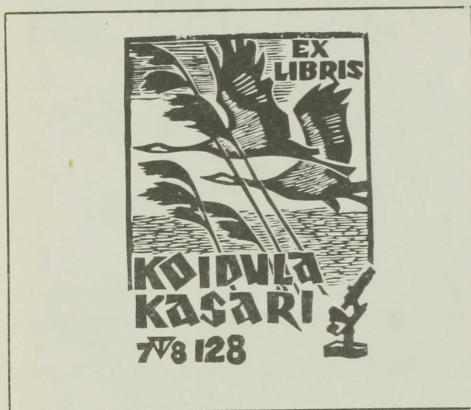
2



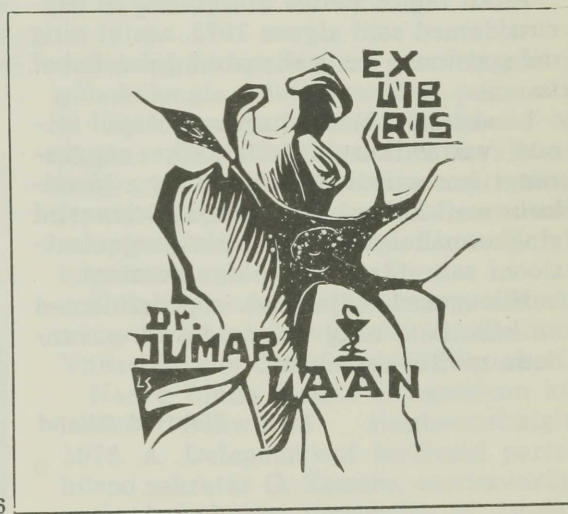
3



4



5



6

1. Juuro Kuusik, 1979, Pl. — 2. Elle Tikerpää, 1978, Pl. — 3. Asta Vender, 1978*, X6. — 4. Silvi Väljal, 1978*, X3. — 5. Väino Tõnisson, 1978*, X2. — 6. Leida Soom, 1975, X6. Kasutatud lühendid: Pl — joonkliise, X2 — puugravüür, X3 — linoollõige, X6 — plastikaatlõige. * — vähendatud.

ri, E. Valteri, M. Olveti jt. tuntud kunstnike ning taidlejate töödega.

Näituse avamisel nentis I. Laan, et eksliibriste kogumine saab tavaliselt alguse pieteeditundest kirjanduse ja armastusest raamatu vastu, soovist kaunistada oma raamatukogu kunstipärase omanikumärgisega. Ja kui tegemist on hea kunstniku õnnestunud lahendusega, on tavaline surelik tahes-tahtmata jäädvustanud oma nime eksliibrisekunstis.

Eriti soovitas kõneleja oma harrastust noortele, sest kollektsioneerides ja kogu korrastades süüvid paratamatult kunstiprobleemidesse, õpid eristama graafilisi tehnikaid, hindama kompositsiooni, tutvud kunstnikega ja sel kombel rikastad oma sisemaailma. Raamatumärgiste kui miniatuursete kunstiteoste kogu on teatavas mõttes metseen, kes toetab oma tellimuste ja kogu tegevusega eksliibrisekunsti arengut. On ju kollektsionääride otsijavaimu tõttu päästetud hävingust paljusid kunstiväärtusi ning välja selgitatud kunstiloomingu olulised detailid.

I. Laane kogus on ligi 4000 eksliibririst nii NSV Liidu kui ka välisriikide kunstnikelt, kusjuures erilist rõhku paneb kollektsionäär ksülograafia, meedikute ja Eestist pärinevate eksliibriste kollektsioneerimisele. Arvukalt on tema raamatukogus kirjandust eksliibriste kohta.

Näituse avamisel viibisid ka kunstnikud S. Väljal, L. Soom ja R. Mutso, nii et asjast huvitatuil oli soodne võimalus nendega oma raamatumärgise üle aru pidada. Et näituse kestuse ajal pidasid pediatrid, immunoloogid jt. instituudis oma vabariiklikke nõupidamisi, siis oli näituse uudistajaid rohkesti.

Hillar Kurul

Tallinna eksliibriseklubil on plaanis mitmete temaatiliste kataloogide koostamine, sealhulgas ka eespool nimetatud näituse teemal. Seoses sellega palub toimetuse kõiki tervishoiutöötajaid, kellel on eksliibriseid või teavad nende olemasolust (näiteks haigla raamatukogul), saata võimaluse korral üks eksliibris toimetusele koos järgmiste andmetega: 1) kunstniku (taidleja) nimi ja eesnimi; 2) tehnika (ofort, kliše, puugravüür jt.) ning valmimisaasta; 3) omaniku nimi, kui see eksliibrisel puudub, ja ametikoht raamatumärgise valmimise ajal.

Kõik eksliibrisesõbrad olgu abi eest juba ette tänatud!

Uusi ravimeid

MAMMOTOTSIIN

(Mammotocinum, маммотоцин)

Mammototsiin on veiste piimäärme deproteiniseeritud vesiekstrakt, mis sisaldab aminohapete ja madalmolekulaarsete peptiidide kompleksi. Kasutusel läbipaistva värvusetu lahuse, mille pH on 3,0...3,5.

Ravim kutsus esile emaka lihaskonna pika kestusega kontraktsioone. Manustamise korral koos östrogeenide, glükoosi, kaltsiumkloriidiga, galaskorbiini või B₁-vitamiiniga mammototsiini toime tugevneb. Ravim on apürogeenne, ei tõsta arteriaalset rõhku ega põhjusta allergilisi reaktsioone.

Mammototsiini kasutatakse sünnituse stimuleerimiseks. Sünnitusjärgselt manustatakse emaka subinvolutsiooni ja hüpotooniliste verejooksude puhul.

Sünnituse stimuleerimiseks süstitakse mammototsiini lihasesse korraga 1...2 ml 30-minutilise vaheajaga kuni kuus korda, vahetult pärast sünnitust ja emaka subinvolutsiooni korral korraga 2 ml 2...3 korda päevas. Hüpotooniliste ja emakaverejooksude puhul korraga 2 ml 1...2 korda päevas verejooksu lakkamiseni. Laktostaasi puhul süstitakse 1 ml mammototsiini 5...10 minutit enne toitmist 2...3 korda päevas. Juveniilsete verejooksude peatamiseks süstitakse ravimit 0,5 ml neli korda päevas 3...5 päeva jooksul.

Mammototsiini kasutamise vastunäidustused on loote risti- ja põikiseis, kitsas vaagen, platsenta eesasetus, ähvardav emakarebend, submukoosne müoomisõlm emakal.

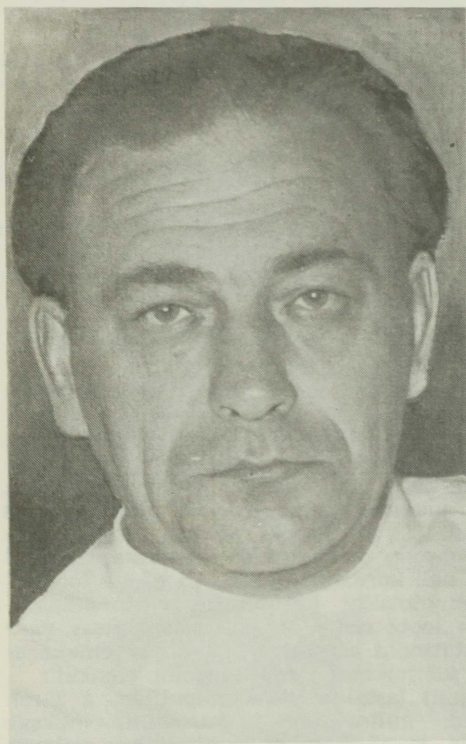
Ravimit lastakse välja ampullides à 2 ml. Pakend, milles on 20 ampulli, maksab 1 rubla ja 12 kopikat. Säilitatakse valguse eest kaitstult temperatuuril alla +10° C. Ravimit ei tohi lasta külmuda. Kodumaine ravim.

Aino Jürison

«Nõukogude Eesti Tervishoiu» toimetuse

In memoriam

PAUL LAASIK
14. X 1924 ... 7. IV 1979



7. aprillil 1979 lahkus meie hulgast jäädavalt Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonna juhataja Paul Jaani p. Laasik.

P. Laasik sündis 14. oktoobril 1924. a. Tartumaal talupoja perekonnas. TRÜ arstiteaduskonna lõpetamise järel 1953. aastal töötas Rakvere Rajooni Haigla kirurgiaosakonna juhataja ja peaarsti

asetäitjana ravi alal. 1961. aastast kuni surmani oli P. Laasik Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla kirurgiaosakonna juhataja.

P. Laasik oli kõrgema kategooria kirurg, kellele 1970. aastal anti Eesti NSV teenelise arsti aunimetus. Temalt on ilmunud teaduslikke artikleid sapi- põiehaiguste kirurgilise ravi kohta.

Alates 1961. aastast kuulus P. Laasik NLKP ridadesse.

Korduvalt oli ta haigla parteiorganisatsiooni sekretär. Teda oli autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

Et just ülemaailmsel tervisepäeval tabas meie arstkonda järjekordne ränk kaotus, sellel on kuidagi sümboolne tähendus Paul Laasiku kui arsti piiristust ohvrimeelsusest, tema ennastsalgavusest arstitöös ja elus, mis oli elatud teiste heaks, teiste elu heaks, nagu tegevarstidel see tõelisuses ongi. Alaline pingulolek, valmisolek mis tahes ajal, mis tahes olukorras, kirurgi erakordne vastutustunne inimelude eest võivad ebasoodsal kokkulangemisel kaasa tuua ka väga tugevate inimeste kokkuvarisemise, nagu seda oligi meie teenelise arsti Paul Laasiku surm.

P. Laasiku kutsumus oli olla arst. Seda ta suutiski oma võimekuses, abi- valmiduses ja südamlikkuses. Teda kui arsti ilustas äärmine tagasihoidlikkus, usaldusväärsus, mis ei jäänud märkamata ühelgi haigel ega kolleegil. Ta oli arst selle sõna kõige austavamas mõttes.

Seda suurem on kaotus. Kui variseb manalasse alles keskeas arst — teiste mure vähendaja, teistele tervise andja, eriti siis on kaotus korvamatu.

*Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi
IV Valitsuse Vabariiklik Haigla*

GEORG VEERMA
5. IV 1911 ... 3. VI 1979



Eesti NSV stomatolooge on tabanud raske kaotus. 3. juunil suri Tartu Linna Stomatoloogiapolikliiniku peaarst, Eesti NSV teeneline arst Georg Veerma.

G. Veerma sündis 5. aprillil 1911. a. Leningradi oblastis Puškini linnas. 1939. a. lõpetas ta Tartu ülikooli arstiteaduskonna, 1937. aastast alates töötas ülikooli hambapolikliinikus assistendina. Aastail 1945...1960 oli ta TRÜ arstiteaduskonna stomatoloogia kateedri vanemõpetaja.

G. Veerma oli Tartu Linna Stomatoloogiapolikliiniku rajaja ja selle peaarst 1945. aastast alates. Enam kui kolm aastakümnet (1947...1978) töötas ta Eesti NSV peastomatoloogi vastutusega ametikohal. Pikemat aega kuulus ta Eesti NSV Stomatoloogide Teadusliku Seltsi juhatusse, ajavahehikul 1963...1969 selle esimehena. 1962. aastast kuni 1978. a. oli ta Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi stomatoloogide atesteerimise komisjoni esimees ning aastail 1964...1969 Tartu

Linna Tervishoiutöötajate Ametiühingu Linnakomitee presiidiumi esimees.

Eesti NSV teenelise arsti aunimetus anti G. Veermale 1965. a. Ta oli pälvinud ordeni «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedali ning medali «Vapra töö eest Suures Isamaasõjas aastail 1941...1945». 1964. aastast alates kuulus NLKP ridadesse.

Mälestus Georg Veermast kui heast tervishoiuorganisaatorist, juhtivast stomatoloogist ja võimekast pedagoogist jääb tema õpilaste ning kolleegide meeles püsima.

Kolleegid

ENDEL TORMET
11. VI 1932 ... 17. VI 1979

17. juunil 1979. a. viis surm ootamatult meie hulgast Jõgeva Rajooni Keskhaigla peaarsti ning rajooni peaterapeudi Endel Tormeti.

E. Tormet sündis 11. juunil 1932. a. Tartus velskri pojana. 1951. a. lõpetas ta Tartu 6. Keskkooli ning 1957. a.



TRÜ arstiteaduskonna. Järgnes töö Järve jaoskonnahaigla juhatajana. 1961. aastal edutati E. Tormet Jõgeva Rajooni Keskhaigla peaarstiks, selle ametikohal töötas ta kuni surmani.

Teda tunti kui võimekat arsti ning tervishoiuorganisaatorit. 1973. aastast alates oli ta I kategooria terapeut ning rajooni peaterapeut. Tema juhtimisel reorganiseeriti Jõgeva rajooni tervishoiuasutuste võrk ning loodi sidemed majanditega, mis võimaldas tunduvalt parandada maaelanike arstiabi. Energiliselt taotles ta uue keskhaigla ehitamist Jõgevale. Nüüd on seda tööd alustatud.

E. Tormet oli aktiivne ühiskondlikus töös. 1961. aastast oli ta Jõgeva Rajooni Rahvasaadikute Nõukogu saadik ning teda oli korduvalt valitud EKP Jõgeva Rajoonikomitee liikmeks. Aastaid oli ta Eesti NSV Punase Risti Seltsi Jõgeva Rajoonikomitee esimees. NLKP ridadesse kuulus ta 1965. aastast. Muude autasude hulgas oli ta pälvinud V. I. Lenini juubelimedali ja rinnamärgi «Tervishoiu eesrindlane».

Surm viis meie keskelt kommunisti, autoriteetse arsti ning võimeka tervishoiujuhi. Helge mälestus E. Tormetist jääb alaliseks nende südamesse, kes teda tundsid ja teadsid.

Kolleevid

Kroonika

TERVISHOIU MINISTEERIUMIS

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi juhtivate töötajate 9. juulil 1979 toimunud koosolekul oli peatähelepanu pööratud NLKP Keskkomitee otsusele «Ideoloogiatöö ja poliitilise kasvatustöö edasisest parendamisest». Tervishoiuminister professor V. Rätsep andis ülevaate 5. juulil peetud liiduvabariikide tervishoiuministrite nõupidamisest Moskvast, kus nimetatud otsuse ellurakendamiseks aastail 1979...1980 rääkis NSV Liidu tervishoiuminister akadeemik B. Petrovski, kes rõhutas eriti otsuse kompleksust, milles on puudutatud nii ökonoomikat, ideelis-poliitilist kasvatustööd kui ka sotsiaalhügieeni tahke, samuti kõike, mida kätkeb meditsiinitöötajate argipäev.

Minister V. Rätsep peatus otsusest tulevatel põhiaspektidel ning analüüsis aktuaalseid probleeme meie vabariigi tervishoiusüsteemis, tuues ka näiteid NSV Liidu teistest liiduvabariikidest. Ta juhtis tähelepanu riikliku finantsdistipliini täpsele järgimisele, mille osas ikkagi veel tuleb ette mitmeladaseid rikkumisi, samuti vigadele argitões, mis sageli on halva mainega. Kogu meditsiindokumentatsioon, ravimite väljakirjutamine, nende väljastamine olgu täpne ja korrektne. Oluline ainevald on haigetes ja nende omastesse suhtumine ning muud deontoloogiküsimused. Alaliseks jääb asendamatuks arsti ja õe hea ning lahke sõna. Meedikud peavad rohkem esinema rahva ees, vastama küsimustele, selgitama pakilisi üksikprobleeme. Haiglate ühiskondlikud nõukogud tuleb taaslustada, neist on suur kasu. Rajoonides on meditsiinitöötajate olmetingimused paremad kui Tallinnas, siit sugeneb kaadripuuduse üks põhjusi. Meedikute seisukoht kahjulike harjumuste suhtes olgu väga ühemõtteline.

Edasi selgitas professor V. Rätsep mitmeid tegevussuundi ning ettevõtmisi tänava ja olümpia-aastal, mis on ka Eesti NSV juubeliaasta. Ta puudutas konverentside, kongresside korraldamist, ka jaoskonna- ja tsehhiarstidele ettenähtute, ning ideoloogiakonverentside kokkukutsumist. Täit tähelepanu nõuab tervishoiujuhtidelt seadustega kursis olemine, meditsiinitöötajate haigestumise vähendamine. Tervishoiuasutuste töös peab valitsema distipliin ja kord ning ilmema kõikide töötajate vastutustunne.

Vello Laos

8. veebruaril 1979. a. toimus tervishoiu-ministeeriumis kolleegiumi istung tervishoiu-minister V. Rätsepa eesistumisel. Arutusel oli laste stomatoloogiline abi Tallinnas ja Kohtla-Järvel, lähtudes kolleegiumi mullusest otsusest. Kuulati ära Tallinna Tervishoiuosakonna juhataja L. Rätsepa, Kohtla-Järve peastomatoloogi V. Stepanova ning tervishoiu-ministeeriumi peastomatoloogi S. Hansteini ettekanded. Aasta jooksul on laste stomatoloogiline abi mõnevõrra paranenud. Tallinna koolides on avatud neli hambaravikabinetti, Kohtla-Järvel kaks. Et väärarenditega laste ortodontilist ravi tõhustada, on täiendavalt juurde saadud uusi arstiametikohti. 1978. a. saneeriti hambaid plaanilises korras kooliõpilastest 86%, eelkooliealistest 76%. Ebarahuldav on koostöö haridusosakondadega. Kolmes Tallinna koolis jäid hambaravikabinetid avamata. Otsustati pöörduda haridusministeeriumi poole ettepanekuga avada hambaravikabinetid kõigis 800 ja enama õpilaste arvuga koolides.

Arutati ka arstide ja proviisorite kvalifikatsiooni tõstmist. 1978. a. täiendus- ja spetsialiseerimiskursuste tuusikute plaan täideti 108,5%-liselt. Paljus aitasid kaasa väljasõidutsükliid. Raskusi on täienduskursuste tuusikute realiseerimisega väljapoole meie vabariiki ja seda mõnede paarstide ükskõiksuse tõttu. Kolleegiumi otsuses nähti ette abinõud personaalse arvestuse täiustamiseks ning peaspetsialistide vastutuse suurendamiseks arstide ja proviisorite kvalifikatsiooni regulaarse tõstmise eest.

Kolleegium kinnitas ravimtaimede kogumise plaani aastaiks 1979...1980, mis näeb ette suurendada ravimtaimede kogumist ja parandada sortimenti.

Inge Plakso

15. märtsil tervishoiu-minister V. Rätsepa eesistumisel toimunud kolleegiumi istungi päevakorras oli mitu küsimust. Arutati emade ja laste suremust 1978. a. II poolaastal. Analüüsiti üksikuid tuisistunud sünnitusjuhte (lootevete emboolia, verejooks). Lastesuremus meie vabariigis on 1977. aasta andmetega võrreldes vähenenud. Esimesel eluaastal on surma põhjustest endiselt esikohal varajase lapse haigused, seejärel kaasasündinud arenguanomaaliad.

Neuroloogiline abi on aastail 1972...1978 pidevalt täiustunud ja saanud elanikele kättesaadavamaks. Suurenenud on neuroloogiliste haigete voodikohtade arv, paranenud hospitaliseerimise võimalused ja paranenud ravi kvaliteet. Veel mitmes rajoonis ja linnas on neuroloogi koormus väga suur, napilt on voodikohti Tallinnas, Rakveres, Haapsalus, Jõgeval jm. Parandada on vaja perifeerse närvisüsteemi ja ajuvereringe häirete all kannatavate haigete ravi võimalusi. Kolleegium kinnitas neuroloogiliste, neurokirurgiliste ja neurotraumatoloogiliste haigete jaoks

ettenähtud voodikohtade plaani aastaiks 1979...1985.

Patoanatomilises talituses on meie vabariigis tehtud nii mõndagi. On loodud asutustevahelised patoanatomiaosakonnad Tallinnas (Tallinna Vabariiklikus Haiglas, Tõnismäe Haiglas) ja Tartus. Rohkem tehakse histoloogilisi uuringuid, on paranenud väljaspool raviasutust surnute lahkamise kord. Soovida jätab morgide olukord Tartus, Kohtla-Järvel, Rakveres, Valgas, samuti histoloogilisteks uuringuteks vajalike seadmete kvaliteet ning reaktiividega varustamine. Kolleegiumi otsuses on raviasutuste paarstide tähelepanu juhitud vajadusele tegelda rohkem patoanatomilise talitusega ja selle väljaarendamisega.

Päevakorras olnud teemadel esitasid aruanded valitsusejuhataja U. Nigesen, peaspetsialistid S. Kaldma, professor E. Raudam ja V. Valdes.

Inge Plakso

24. mail 1979. aastal toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ühine koosolek tervishoiu-minister V. Rätsepa eesistumisel. 1978. aasta töö tulemuste põhjal tehti kokkuvõtteid tervishoiuasutuste töö vabariiklikust ühiskondlikust ülevaatuset (komisjoni esimees tervishoiu-ministri asetäitja O. Tamm). Ülevaatus võitjateks ning rahapreemia ja diplomi vääriliseks tunnistati järgmised tervishoiuasutused:

esimeses rühmas (vabariiklikud ja kliinilised haiglad ning dispanserid, kiirabijaamad, Riiklik Teaduslik Meditsiiniraamatukogu, sanitaar-keemialaboratoorium, vereülekandajaam, kohtumeditsiini ekspertiisi büroo)

Ekspperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut (preemiaks 5000 rbl.);

teises rühmas (linnahaiglad ja rajooni keskhaiglad, dispanserid, väikelastekodud) Tallinna II Lastehaigla (4500 rbl.), Kohtla-Järve 2. Linnahaigla (4000 rbl.), Võru Rajooni Tuberkuloositorje Dispanser (1000 rbl.);

kolmandas rühmas (sanitaar- ja epidemio- loogijaamad) Tartu Rajooni Sanitaar- ja Epidemio- loogijaam (1000 rbl.);

neljandas rühmas (rajoonihaiglad, maa- ja osakonnahaiglad ja maa-ambulatoriumid) Väike-Maarja Haigla, Orissaare Jaoskonnahaigla à 1500 rbl.;

viimas rühmas (velskri- ja ämmaemanda- punktid ning tervishoiupunktid) V. Klementi nimelise Omblustootmiskoondise tervishoiupunkt (150 rbl.), tootmiskoondise «Polümeer» autotranspordi koondise «Tallinna Autoveod» 2. filiaali tervishoiupunkt, Eesti Kalatööstuse Tootmiskoondise Laevaremonditehase tervishoiupunkt, Eesti NSV Pimedate Ühingu õppe- tootmiskoondise tervishoiupunkt, Tallinna Autobussipargi tervishoiupunkt à 100 rbl., Lümanda, Oru, Puiatu ning Nõva velskri- ja ämmaemandapunkt à 150 rbl.

Otsuses kohustati ülevaatuse komisjoni täiustama kokkuvõtete tegemise kriteeriume kolmanda, neljanda ja viienda rühma osas.

Jüri Ennet

Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu presiidiumi istungil 8. juunil, mis toimus professor P. Bogovski eesistumisel, kuulati ära Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi mittekooosseisulise dermatoveneroloogi professor H. Vahteri ja peapsühhiaatri professor H. Väre aruanded teadussaavutuste ning eesrindlike kogemuste rakendamise dermatoveneroloogia- ja psühhiaatripraktikas. Eestis töötavad kõrge kvalifikatsiooniga dermatoveneroloogid ja psühhiaatrid. Enamik neid on oma esmase erialase ettevalmistuse saanud TRÜ-s. Järjekindlalt toimuvad konverentsid, seminarid, kursused, dermatoveneroloogide ja psühhiaatrite seltsi istungid, mis annavad võimaluse kursis olla tänapäeva arstiteaduse saavutustega. Tänu sellele on dermatoveneroloogia- ja psühhiaatriaraviasutustes rakendatud uusi- maid profülaktika-, diagnoosimis- ja ravi- meetodeid, nagu elektromeetria, sensoorne reobaas, kronaksia, pH- ja termomeetria, nahatestid, verevalkude määramiseks polüakrüülamiidgeel-diskuselektroforees, reoentsefalograafia, ehhoentsefalograafia,aju flebograafia. NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Farmakoloogiakomitee ülesandel on mitmesuguseid uusi ravimeid kliiniliselt approveeritud.

Teaduslik meditsiininõukogu kiitis tehtu heaks.

Andrei Sarap

25. juunil 1979. aastal toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis kohtumine Saksa DV Schwerini ringkonna tervishoiutöötajate 17-liikmelise delegatsiooniga, kes viibis meie vabariigis Saksa DV töötajate sõprusrongi koosseisus. Tervishoiuminister professor V. Rätsep, ministri esimene asetäitja E. Väärt, samuti ministri asetäitja O. Tamm ning kaadriosakonna juhataja A. Sivenkov andsid ülevaate meie vabariigi tervishoiuasutuste võrgu arengust, töösaavutustest ning ülesandeist.

Külaliste delegatsiooni juht, Schwerini ringkonna Parchimi linnaarst doktor R. Neuman rääkis tervishoiukorraldusest ning eelseisvaist ülesannetest Schwerini ringkonnas. Saksa kolleegid tutvusid Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja ja Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri tööga.

Jüri Narma

15. juunil toimus Tallinnas EKP Keskkomitee Poliitharidusmajas meditsiinitöötajate päeva puhul Tallinna ja Harju rajooni tervishoiutöötajate pidulik koosolek.

Koosolijate poole pöördudes ütles Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep muu hulgas, et oma kutsealapäeva tähistavad tervishoiutöötajad uute edusammudega. Rahvusvahelisel lasteaastal pööratakse erilist tähelepanu hoolitsusele sirguva põlvkonna tervise eest.

Tervishoiutöötajate päeva puhul anti Eesti NSV teenelise arsti aunimetus neljale arstile ning Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetus kahele meditsiinitöötajale ning rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» autastati 49 töötajat. Heade töötulemuste ja aktiivse osavõtu eest ühiskondlikust elust autastas Eesti NSV Tervishoiu Ministeerium oma aukirjaga 30 töötajat. Eesti NSV tervishoiuministri käskkirjaga avaldati kiitust 52 tervishoiutöötajale.

Koosolekul viibisid EKP Keskkomitee sekretär V. Väljas, EKP Tallinna Linnakomitee esimene sekretär N. Johanson, Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi esimehe asetäitja M. Vannas, Eesti NSV sotsiaalhoidusminister G. Sarri ja EKP Tallinna Lenini Rajooni Komitee esimene sekretär L. Murtazina.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 15. juunist 1979 anti Eesti NSV teenelise arsti aunimetus järgmistele arstidele:

Kudinova, Olga Konstantini t. — Eesti NSV Siseministeeriumi Meditsiinosakonna Vabariikliku Haigla Polikliinilise Koondise ülem

Lehepuu, Bernard Kusta p. — Tallinna Vabariikliku Haigla anestesioloogia-reanimatoloogia osakonna juhataja

Tsitlis, Boriss Jakovi p. — Narva Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja

Veski, Elli Aleksandri t. — Kingissepa Lastepoliikliniku juhataja

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sama seadlusega anti Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetus järgmistele tervishoiutöötajale:

Gerdejenko, Lidia Vassili t. — Tallinna Linna Nakkushaigla õde

Tätte, Jaan Oskar-Aksli p. — Viljandi rajooni Puiatu velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Kauaaegse eduka töö eest tervishoiusüsteemis autastustas NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Anton, Anti-Filipp Vladimiri p. — Tallinna I Sünnitusmaja günekoloogiaosakonna juhataja

Ausmees, Salme Elmari t. — Tallinna Kiirabihaigla pediatr

Bandol, Nina Fjodori t. — Haapsalu Rajooni Kesksaigla arst

Gabriel, Elvi Pauli t. — Jämejala Vabariikliku Psühoneuroloogiahaigla vanemõde

Golovan, Vassili Zahhari p. — Narva Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama statistik

Hallik, Viivi Karli t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse Keskapteegilao juhataja

Imelik, Lille Eduardi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla peaarsti asetäitja

Jõemets, Ilme Karl-Eduardi t. — Tartu Kliinilise Haigla traumapunkti juhataja

Kaljajina, Valentina Jefimi t. — Narva Linnahaigla vanemõde

Karnesk, Olga Denissi t. — Võru Rajooni Keskhaigla õde

Kirssa, Jaan Villibaldi p. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Kreek, Jadviga Aleksei t. — Tallinna II Lastehaigla peaarst

Kuklinova, Vera Aleksandri t. — Vabariikliku Vereülekandejaama laboratooriumijuhataja

Kurg, Aino Karli t. — Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama arst

Kuul, Oskar Peetri p. — S. M. Kirovi nimelise Näidiskalurikolhoosi juhatuses esimees

Käärrik, Salme Villemi t. — Põlva Rajooni Keskhaigla statistik

Laas, Heldur Jaani p. — Haapsalu Rajooni Keskapteegi juhataja

Lemmats, Aino Augusti t. — Tallinna Lastekodu statistik

Madise, Maila Roberti t. — Tartu apteegi «Raekoja» juhataja

Maide, Mare-Anne Jaani t. — Pärnu kuurordi sanatooriumi «Rahu» osakonnajuhataja

Marist, Viivi Eduardi t. — Tallinna Pelgulinna Haigla Polikliiniku vanemõde

Martverk, Luule Julius t. — Valga Rajooni Keskhaigla arst

Mahlapuu, Hendrik Hendriku p. — Tartu RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna ühendatud raamatupidamise pearaamatupidaja

Meisner, Viivi Johannese t. — Tartu Kliinilise Lastehaigla pediaater

Mikkel, Elmar Hendriku p. — Tartu Kliinilise Nakkushaigla arst

Mirme, Aari-Eva Jüri t. — Pärnu Linna Haigla Lastepolikliiniku pediaater

Perelmutter, Mihhail Pjotri p. — Maardu Keemiakombinaadi tervishoiupunkti peaarsti asetäitja

Persima, Valve Alfred-Hermanni t. — Jõgeva rajooni Mustvee haigla stomatoloog

Piiskop, Liidia Jaani t. — Rapla Rajooni Keskhaigla arst

Prudõvus, Semjon Mihhaili p. — Kohtla-Järve rajooni Sonda velskri- ja ämmaemandapunkti juhataja

Priimägi, Ljudmilla Semjoni t. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktor

Reiger, Aita Martini t. — Pärnu Linna Haigla osakonnajuhataja

Rehe, Malle Johannese t. — Tallinna Merimetsa Haigla vanemõde

Roos, Eda Ilmari t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Emade ja Laste Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse inspektor

Rootsma, Viivi Eduardi t. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» osakonnajuhataja

Sark, Marta Johannese t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Spirka, Silvi Richardi t. — Tallinna Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri arst

Tali, Reet Valentini t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse farmatseut

Tiidis, Aino Johannese t. — Harju Rajooni Keskpolikliiniku arst

Tolga, Aime Leopoldi t. — Kohtla-Järve Keskapteegi juhataja

Tühis, Kellu Benno p. — Rakvere Rajooni Keskhaigla arst

Tsingisser, Aleksei Abrami p. — Tallinna Noorukite Polikliiniku peaarst

Urb, Inge Eino t. — Võru Rajooni Keskhaigla arst

Vaasna, Tiit Karli t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse inspektor

Veske, Enna Johannese t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Viitas, Aino Karli t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla peaõde

Vilu, Helgi Vassili t. — Tallinna Kesklinna Lastepolikliiniku arst

Vlassova, Kira Sergei t. — Kohtla-Järve Linna Tuberkuloositõrje Dispanseri osakonnajuhataja

Välling, Lehte-Maret Juhani t. — Paide Rajooni Keskhaigla pediaater

Teenete eest meie vabariigi rahvamajanduse arendamisel ning seoses Eesti NSV 39. aastapäevaga otsustasid Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu paigutada vabariiklikule autahvile 49 meie vabariigi eesrindliku töötaja fotoportree, sealhulgas ka Pärnu Linna Haigla pediatr **Astrid Alberti t.** Tammiste foto.

Trükivea õiendus

«Nõukogude Eesti Tervishoiu» 3. numbris on sattunud eksitav viga. Lehekülje 206 parempoolse veeru kolmanda lõigu teise lause algust palume lugeda järgmiselt: Näiteks oli väljakutsete sagedus südame isheemiatõbe põdevate kuni 59 aasta vanuste meeste juurde kõrge relatiivse õhuniiskuse korral väiksem,...

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР

№ 5 сентябрь, октябрь 1979 г.

К. Я. Гросс — Современные проблемы
перинатологии

Представлены данные о задачах перинатологии в настоящее время. Подчеркивается необходимость улучшить качество диагностики состояния внутриутробного плода, что является особенно важным в группе беременных высокого риска.

И. К. Кыйв, К. Я. Гросс, А. П. Калликорм, К. Я. Цильмер, М. С. Лааспере — Динамика содержания хорионического гонадотропина в крови в течение физиологической беременности

У 82 женщин с нормально протекающей беременностью радиоиммунологическим методом определяли уровень содержания хорионического гонадотропина (ХГ) в сыворотке крови. Было выявлено быстрое нарастание содержания ХГ в крови с увеличением срока беременности. Его пиковое значение отмечалось при сроке 8 недель ($15833,3 \pm 1774,9$ нг/мл). После этого концентрация ХГ начала постепенно снижаться (при сроке 9—12 недель она составляла $11131,8 \pm 1607,4$ нг/мл), однако с 16-й недели до конца беременности почти стабилизировалась. Средняя концентрация ХГ при указанных сроках существенно не изменялась ($3216,7 \pm 939,9$ — $3931 \pm 41,5$ нг/мл). Непосредственно перед родами уровень ХГ значительно понизился ($1599,5 \pm 483,6$ нг/мл). По мнению авторов, полученные данные о концентрации ХГ при физиологической беременности являются основой для диагностики патологии беременности, в частности нарушений функции плаценты.

У. Т. Лейснер, Э. Э. Цуппинг — Применение фоноэлектрокардиографии для оценки состояния внутриутробного плода

Авторы исследовали методом фоноэлектрокардиографии состояние внутриутробного плода у 155 беременных. Было установлено, что у 100 беременных (64,5%) имела место монотонность ритма сердцебиения плода, 38 новорожденных (28,9%) родились с признаками асфиксии. Метод фоноэлектрокардиографии внутриутробного плода позволяет распознавать ранние признаки гипоксии, что обеспечивает своевременное принятие мер.

Э. А. Нигол, К. Э. Нигол — Алкоголизм родителей как причина психических расстройств у детей

Под наблюдение было взято 735 детей с психическими расстройствами с тем, чтобы установить вредное воздействие алкоголизма родителей среди других вредных пре-, интра- и постнатальных факторов.

Анализ показал, что алкоголизм родителей дает 33% контингента детей с психическими расстройствами. Если оба родителя страдают алкоголизмом, то 100% детей являются олигофрениками в стадии дебильности. Если алкоголизмом страдает только отец, то этот процент снижается до 85. При более слабом воздействии алкоголя со стороны отца дети страдают неврозами и невропатией (8%).

У 13% женщин-алкоголичек имеют место преждевременные роды. Если в семье алкоголик — отец, то процент преждевременных родов достигает 17 (в контрольной группе 7%).

Л. Н. Салусте — О режиме питания беременных по данным Тартуской женской консультации

При исследовании анкетно-опросным методом физиологической беременности у 301 первородящей женщины были выявлены своеобразия и недостатки режима питания (неправильное распределение суточного рациона и т. п.). Существенного различия между исследуемыми группами, а также между первой и второй половиной беременности не было. Наибольшие отклонения были характерны для студенток и учениц средних специальных учебных заведений.

Учитывая своеобразие и условия режима питания беременных, необходимо уже в первые месяцы беременности давать указания, направленные на корригирование режима питания, что имеет профилактическое значение в предупреждении осложнений.

К. Л. Кауэр — Структура гинекологической заболеваемости девочек

На основе изучения амбулаторных карт (всего 1882) кабинета детской гинекологии женской консультации Тартуского клинического родильного дома выявлена структура гинекологической заболеваемости среди девочек в возрасте до 18 лет (включительно). Установлено, что первое место у девочек занимают воспалительные процессы половых органов (19,0%), в основном вульвовагиниты и вагиниты, на втором месте стоят нарушения менструальной функции (18,1%), на третьем — бели (16,5%). Затем следуют нарушения полового развития (2,35%), травмы (1,3%), пороки развития (0,7%), опухоли (0,4%). Гинекологическая патология не выявлена у 22,5% девочек. Экстрагенитальная патология была основной в этиологии гинекологической заболеваемости в 18,3% случаев.

Х. Т. Каарма — Изучение соотношений антропометрических размеров и длины тела у женщин

На основании антропометрических размеров 670 молодых женщин был составлен 31 индекс и изучены изменения их арифметических средних в зависимости от роста и веса женщин. В этих целях применялась росто-весовая классификация, составленная в единицах стандартного отклонения одинаково для веса и роста в пределах $\pm 2,5$.

При этом была выявлена некоторая системность в пропорциях у разных женщин. Она заключалась в том, что в классах с фиксированной длиной тела с увеличением веса существенно увеличиваются поперечные, глубинные и обхватные размеры и очень мало изменяются длиннотные размеры по отношению к длине тела.

Найденные нами закономерности в изменении пропорций тела у разных женщин по разным росто-весовым классам свидетельствуют о роли длины и веса в построении пропорций женского тела.

Л. О. Кяхрик — Экология и идеологическая борьба.

Ослабление экологического кризиса и предотвращение экологической катастрофы относятся к числу тех глобальных проблем, от успешного разрешения которых зависит дальнейшая судьба человечества. Начиная с 1960-х гг. экологическая ситуация резко ухудшилась, одновременно обострилась и идеологическая борьба вокруг борьбы экологии. В буржуазной экологической литературе встречаются две противоположные точки зрения по вопросу о предотвращении экологической катастрофы: крайний пессимизм и наивный ура-опти-

мизм. Марксистско-ленинская философия занимает здесь позицию трезвого оптимизма: обострение экологической ситуации не отрицается, однако высказывается уверенность в том, что в распоряжении человечества имеется достаточно средств для предотвращения катастрофы.

Экологический кризис является одним из отрицательных побочных явлений, обусловленных научной и технической революцией. Причины его подразделяются на общекультурные, которые наблюдаются во всех странах, и специфические, которые непосредственно связаны с господствующей социальной системой. Общекультурные причины заключаются в свойстве технологии, создаваемой и используемой в ходе научной и технической революции, интенсивно загрязнять окружающую среду, в неспособности современной науки разработать средства для нормализации взаимоотношений человека и среды и в существовании таких типов мировоззрения, которые выдвигают на первый план борьбу человека с природой.

Специфическими факторами в буржуазном мире являются производственные отношения, которые ставят своей целью производство не потребительской, а прибавочной стоимости, и обусловленная конкуренцией направленность на максимальную прибыль. В этом обществе отсутствуют управляемые и контролируемые отношения между обществом и природой.

К специфическим факторам в нашей стране относятся недисциплинированность и безответственность руководителей производства. Однако недостатки обусловлены не свойствами социалистической системы, а могут быть преодолены посредством воспитания и применения административных мер. Решение экологических проблем является прежде всего социально-экономической проблемой, экологической революции должна предшествовать социалистическая революция.

М. Э. Карлис — О влиянии курения на развитие ребенка в перинатальном периоде и на его дальнейшее физическое и умственное развитие

В статье дается обзор литературы. Разными авторами изучалось влияние курения женщин во время беременности на частоту аборт, преждевременных родов, на перинатальную смертность, средний вес и среднюю длину новорожденного и на дальнейшее физическое и умственное развитие ребенка. Обобщая их наблюдения, можно сказать, что курение женщин во время беременности повышает частоту аборт и преждевременных родов, вызывает значительное уменьшение среднего веса и средней длины новорожденного, повышение частоты рождения доношенных гипотрофиче-

ских новорожденных весом меньше 2500 г, повышение частоты мертворождаемости, создает риск на замедление дальнейшего физического и умственного развития ребенка.

В связи с разнородностью факторов (возраст женщины, национальность, социальное и расовое происхождение, число родов, пол ребенка и т. д.), влияющих наряду с курением на развитие плода и ребенка, эти проблемы должны быть изучены для каждой конкретной популяции отдельно.

С. О. Кальдма — Задачи женских консультаций Эстонской ССР

В. А. Каск, Р. А. Рятник — Неотложная помощь при ювенильных маточных кровотечениях

Маточные кровотечения в пубертатном возрасте составляют трудную задачу для клиницистов и требуют немедленных терапевтических мер. Описываются в основном методы гемостаза (гормональные и физиотерапевтические). Обращается внимание также на последующую нормализацию менструальной функции и возможные отдаленные последствия ювенильных маточных кровотечений.

К. Я. Гросс — Значение данных ректальной температуры для уточнения генеративной функции яичников

И. Ю. Маароос — Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1979 г.

Окончившие Таллинскую, Тартускую и Кохтла-Ярвескую медицинскую школу в 1979 г.

Новые учреждения здравоохранения.

Конференции и совещания

Юбилейные даты

Э. Т. Таллмейстер, А. Л. Хейнару — Лауреаты Нобелевской премии

В статье приводится краткий обзор научной деятельности трех ученых — В. Арбера из Швейцарии, Г. Смита и Д. Нэтенса из США, получивших Нобелевскую премию 1978 г. в области медицины. Исследования всех трех ученых связаны с открытием и использованием в генетических экспериментах специфических бактериальных эндонуклеаз — рестриктаз. До настоящего времени выделено уже около 150 типов подобных эндонуклеаз различного происхождения. По данным этих ученых, рестриктазы можно характеризовать как генетиче-

ские ножи, разрезающие интактную молекулу ДНК на мелкие кусочки. Это открытие имеет принципиальное значение в генетике микроорганизмов. Во-первых, использование чистых препаратов различных рестриктазных энзимов дает возможность усовершенствовать методы генетических рекомбинаций для передачи определенных генов и тем самым создает точную основу в генной инженерии. Во-вторых, система рестриктаз—ментилаз в микробной клетке представляет собой своеобразный биологический барьер, защищающий живую клетку от инвазии чужеродной ДНК. Поэтому почти маловероятно, что вследствие генетических рекомбинаций между различными видами бактерий могут сформироваться новые патогенные, не существовавшие до сих пор гибридные варианты бактерий. Все три лауреата Нобелевской премии разделяют мнение, что при работах по генной инженерии риск является минимальным.

М. В. Силланд — Наши друзья из Швеции

Х. А. Курул — Выставка экслибрис медицинских работников

Новые лекарственные препараты

Некрологи

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

**Medical Journal of the
Ministry of Health of the Estonian SSR**

№ 5. September, October 1979

K. Gross — Present-Day Problems of Perinatology

I. Kõiv, K. Gross, A. Kallikorm, K. Zilmer, M. Laaspere — Human Serum Chorionic Gonadotropin Levels During Normal Pregnancy

The level of human chorionic gonadotropin in the blood serum was determined by a radioimmunoassay technique in 82 patients during normal pregnancy. After conception the level of HCG rapidly increased up to 8 weeks of pregnancy. Then the HCG level began to decrease gradually and the mean value of this hormone remained constant in the course of advancing gravidity from 16 to 40 weeks. A significant rise in the HCG level was noticed before the onset of labour. It is concluded that HCG measurement is a useful test for evaluating placental function.

U. Leisner, E. Zupping — The Assessment of the Intrauterine State of the Fetus by Fetal Phonoelectrocardiography

The authors studied fetal heart rate by phonoelectrocardiography in 155 pregnancies. As a result, intrauterine hypoxia was revealed in 100 pregnant women (65.5 per cent). 38 newborns (28.9 per cent) were born with symptoms of asphyxia. It is concluded that phonoelectrocardiography is a valuable method for assessing the intrauterine condition of the fetus.

E. Nigol, K. Nigol — Children's Mental Deficiency Caused by Parental Alcoholism

A study of 735 children with various mental changes was carried out to find out the risks of parental alcoholism (among other pre-, intra- and postnatal factors) to the offspring of chronic alcoholic parents. As a result, the authors have found an average rate of 33 per cent of mentally subnormal children caused by parental alcoholism in the group of children suffering from various mental disturbances.

Oligophrenics at the debility level were noticed in 100 per cent of the babies born to both alcoholic parents. The babies of alcoholic fathers suffered from mental retardation in 85 per cent, whereas in cases of milder forms of paternal alcoholism the children suffered from neuroses and neuropathies only in 8 per cent.

13 per cent of the alcoholic mothers had premature deliveries; but in the family of an alcoholic father the percentage of prematurity was 17 (compared with 7 per cent in the control group).

L. Saluste — Pregnant Women's Dietary Regime According to the Tartu Maternity Centre

Nutrition of 301 healthy pregnant women was examined. The pregnant women were interviewed and they completed a questionnaire on their dietary regime and body weight. The following dietary deficiencies were ascertained: irregular intervals between meals, wrongly distributed quantities of food in their diurnal diet. No significant differences in food balance were observed during the early and late pregnancy. The author points out that university students and pupils at secondary vocational schools, for the most part, failed to follow a correct dietary regime.

It is concluded that some knowledge of food values is necessary during the first months of pregnancy in order to correct such imbalances in eating habits.

K. Kauer — The Pattern of Gynaecological Disease in Girls

On the basis of an analysis of out-patient medical records (1,882) at the Women's Consultation Clinic of the Tartu Clinical Maternity Home, the author presents data on gynaecological disease pattern in girls, aged up to 18 years (incl.). The results of this study indicated that 19.0 per cent of the girls studied had inflammatory processes on the vulval and vaginal epithelium, 18.1 per cent of the girls suffered from menstrual disorders, 16.5 per cent of the patients had an increased vaginal discharge. Defects in sexual development were observed in 2.35 per cent of the girls studied, 1.3 per cent of patients had sustained injuries to the genitals, 0.7 per cent had malformations and 0.4 per cent had developed various tumours. No genital pathology was revealed in 22.5 per cent of girls seen by a gynaecologist. Extragenital causes of gynaecological diseases were detected in 18.3 per cent of girls examined.

H. Kaarma — A Study of Women's Anthropometric Proportions

On the basis of anthropometric measurements of 670 young women 31 indices reflecting the relation of various measurements to body height were worked out. The changes in average arithmetical values of anthropological measurements were analysed on the basis of a height-weight classification expressed in units of standard deviation within the limits of ± 2.5 .

The study revealed certain regularities in the proportions of the body: in classes of fixed body height an increase in body weight was accompanied by an essential increase in the indices expressing the relation of breadth, depth, and circumference measurements to body height. But at the same time, the indices expressing the relation of the length measurements to body height showed

insignificant changes. Those changes were principally the same in all the female subjects of different body build.

L. Kährik — Ecology and Ideological Struggle

Alleviation of ecological crisis and prevention of ecological doom are two big global problems the successful solution of which is closely linked with mankind's survival. Since 1960 world's ecological situation has been deteriorating to a great extent. This ecological situation has brought with it a keen ideological discussion on present-day ecological problems. Bourgeois ecologists have come up with two extreme views of the prevention of ecological doom: one view is extremely pessimistic, the other — full of naive and joyful optimism. Although Marxists do not deny an ever increasing impairment of ecological situation, they believe that mankind is in possession of adequate means to avoid ecological doom.

Ecological crisis is one of the negative side-effects of scientific and technological revolution. Its causes are divided as follows: general cultural factors which operate all over the world and specific factors which are connected with different social systems. The cultural factors represent an intensive environmental pollution because of faulty technology and the inability of present-day science to cope with problems of environmental conservation and protection of life. Specific factors leading to ecological crisis in the non-Socialist countries are different relationships to the means of production aimed at the production of surplus value and a maximum profit due to an increasing capitalist competition.

Under capitalism the people have no control over relations between society and nature.

Such specific factors in our country, however, are ascribed to a lack of discipline and responsibility on the part of production managers. The latter shortcomings can be rectified by educational and administrative means. The lack of discipline and responsibility are by no means connected with the peculiarities of socialist system.

Bringing a solution to ecological problems is, first of all, a socio-economic problem. Ecological revolution should be preceded by socialist revolution.

M. Karlis — Effects of Mother's Smoking on Perinatal Period and the Physical and Mental Development of Children

In this article the author presents a review of the relevant literature. The author points out that smoking in the mother during pregnancy increases the number of abortions and still-births and the children of female smo-

kers are underweight and shorter at birth. Maternal smoking has also long-term effects on children's physical growth and mental development.

S. Kaldma — The Tasks of Women's Consultation Clinics in the Estonian SSR

V. Kask, R. Rättnik — Emergency Aid in Cases of Juvenile Uterine Bleeding

According to the relevant literature, 5 to 10 per cent of juvenile uterine bleeding cases require an emergency admission and a proper, complex treatment. The authors give a clear picture of several hormonal and physiotherapeutic methods of hemostasis for arresting a uterine bleeding. The authors point out that, after bleeding, it is important to regulate menstrual function immediately to avoid further uterine hemorrhages and other menstrual disturbances. The authors also deal with the consequences of juvenile uterine bleeding, the main cause of which is dysghormonism.

Girls suffering from juvenile uterine bleeding represent not only a risk-group with reproductive disturbances, but they are also known to be at high risk of a particular sort of tumour; such girls require a constant follow-up.

K. Gross — The Value of Basal Temperature Measurements in the Assessment of the Generative Function of the Ovaries

Training of Personnel

New Medical Institutions

Conferences and Medical Meetings

Our Heroes of the Day

E. Tallmeister, A. Heinaru — Nobel Prize-Winners in Physiology and Medicine in 1978

M. Silland — Our Friends from Schwerin

H. Kurul — Medical Workers' Exhibition Exposition

New Drugs

Necrologies

Chronicle

English text edited and translated by
E. Saarnok

KES KOOLIST KAASA
ANTUD TEADMISI
EI TAHA TÄIENDADA,
JÄÄB PARATAMATULT
AJAST MAHA,
SEST ARSTITEADUS
TOOB IGA PÄEVAGA
JUURDE PALJU UUT.
SEDA UUT ON VAJA
TEADA IGAL MEDITSIINI-
TÖÖTAJAL.

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG 1980.
AASTAKS ON

I. NOVEMBER

KIIREIM TEE LEIDA UUT!

CURRENT CONTENTS®

USA Teadusliku Informatsiooni Instituudi väljaanne. Ilmub iga nädal
kuues seerias: C. C. Agriculture, Biology & Environmental Sciences,
C. C. Clinical Practice, C. C. Engineering, Technology & Applied
Sciences, C. C. Life Sciences, C. C. Physical Chemical Sciences,
C. C. Social & Behavioral Sciences.

Iga seeria toob operatiivselt enam kui 700 erialaajakirja sisukorra ja on
varustatud märgusõna- ja autoriregistriga. Viimase juures on ka autori
aadress. Nii saab autorilt endalt soovitud artikli separaadi või
koopia.

Meedikutele pakuvad huvi eelkõige kaks seeriat — «Life Sciences»
[on olemas Eesti NSV TA Teaduslikus Raamatukogus] ja «Clinical
Practice» [on Riiklikus Teaduslikus Meditsiini raamatukogus].
Tutvuge nimetatud väljaannetega meie raamatukogudes!