

ISSN 0235-8026

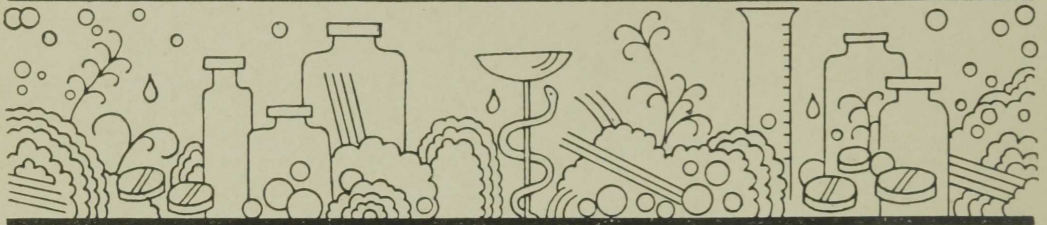
EESTI ARST



6

1989

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



ISODINIT

ISODINIT-RETARD

SÜNONÜÜM: *NITROSORBIDUM*

Isodiniiti kasutatakse anginoosete hoogude kupeerimiseks ja ennetamiseks isheemiatõve korral, samuti muude haiguste raviks, millega kaasnevad perifeersete veresoonte spasmid.

Isodiniidi toime on nitroglütseriini toimest kestvam. Isodiniiti (0,01-grammised tabletid) võetakse pool kuni kaks tabletti 3...4 korda päevas. Isodiniit-retardi (0,02-grammised tabletid) võetakse üks kuni kaks tabletti 10...12 tunni järel. Isodiniidi pakendis on 60 tabletti à 0,01 g toimeainet. Ravim maksab 1 rubla ja 56 kopikat. Isodiniit-retardi pakendis on 60 tabletti à 0,02 g toimeainet. Ravim maksab 2 rubla ja 42 kopikat. Toodetakse Bulgaaria RV-s.

6 EESTI ARST

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1989

Tartu Ülikooli
Raamatukogu

Asutatud 1922. aastal

SISU

Eesti rahvusülikooli sünd 403
Eesti Teaduste Akadeemia üldkogu deklaratsioon 405
Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» otsus 407
Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» osavõtjate pöördumine kõigi arstide poole 407
Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» osavõtjate pöördumine Eesti NSV valitsuse poole 408
Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» osavõtjate pöördumine Balti liiduvabariikidest valitud NSV Liidu rahvasaadikute poole 409

TEORIA JA PRAKTIKA

V. Maidvee, K. Kutsar — Tallinna üldhariduskoolide VIII ja XI klasside õpilaste haigestumise dünaamika tendentsid 410
T. Aareleid, A. Lipping — Rinnavähk Eestis aastail 1968... 1981: histoloogiline tüüp ja haigete elulemus 414
P. Kivik, K. Kägo, E. Leesment, A. Kivik — Intrapulmonaalse sündi ja alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi väärtuste olenevus määramismeetoditest 418
N. Lapidus, E. Jõeste — Hüpertroofilise kardiomüopaatia morfoloogiline iseloomustus 421
P. Ott, J. Anvelt, A. Reinvald — Suremus psühhoneuroloogilistes internaatkodudes 423

ÜLEVAATED

K. Saks, E. Laane — Stenokardiataoline valu 426

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

A. Toomela — Aarskogi sündroom 431
M. Majass, E. Tuulik — Luu eosinofiilne granuloom 435

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

L. Maurer — Ajutise töövõimetuse sõltuvus selle ekspertiisi kvaliteedist 439

MÖTTEVAHETUS

A. Toomela, K. Mitt — Veel kord rehabilitsioonist 442

ARSTITEADUSE AJALOOST

V. Kalnin — Meditsiin Tartu Ülikoolis Eesti Vabariigi päevil 445
U. Podar — Arthur Böttcher (1831... 1889) 453

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uusi meditsiinikandidaate 454

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

M. Saarna — ÜRO invaliidsusalaane ekspertnõupidamine 456
M. Saarna — Rahvusvaheline laste invaliidsuse vältimise ja taastusravi konverents 457
O. Volož — Teaduslik nõupidamine mitte-nakkuslike haiguste integreeritud profülaktika (CINDI) programmi raames 457
J. Kaik — V Eesti kardioloogide konverents 457
M. Sergo, S. Innos — Eesti Akušöör-günekoloogide Seltsi laiendatud pleenum 458
K. Kutsar — I Eesti immunoloogide kongress 458
G.-E. Haitov, R. Heiman — Ägedate leukooside ja lümfoproliferatiivsete haiguste alaane sümposioon 459
V. Saks — Südameuurijate ühingu XIII ülemaailmne kongress 459
A. Tamm — Esimene Balti mere maade gastroenteroloogide sümposioon 460
M. Viigimaa — III rahvusvaheline trombotsüütidealaane nõupidamine 461
H. Kelk — I ülemaailmne õnnetuste ja vigastuste preventsiiooni konverents 462

VÄLISMAALT

A. Arro, J. Männiste, M. Kõrge — Küläsaksa DV kopsukirurgidel 463

MEIE JUUBILARE 464

Konstantin Juhansoo, Elmar Mikkel, Vivi Meisner, Joel Aasav, Eini Altraja, Larissa Goljanova, Tiia Murde

TARTU ÜLIKOO LIS 466

KROONIKA 467

1989. aasta aineregister 469
Autoriregister 473
1989. aasta koondisusikord 474

AUTOREILE

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

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

Toimetusele ei tagasta fotosid ja jooniseid ning avaldamisele tulevate artiklite käsitkirju.

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

«Eesti Arst»

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

Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuskolleegium

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

Korrektor ja tehniline toimetaja H. Brus. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19. Kalaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika». Tallinn, Pärnu mnt. 3, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 19. 10. 1989. Trükkimisele antud 29. 11. 1989. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspooznaid 8,82. Tell. nr. 4375. ЕКР Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ээсти Арст» (Врач Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языке. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР и Союза врачей Эстонии. Издательство «Периодика», Таллинн. Тираж 5800. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,82. Заказ № 4375. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Таллинн, Пярну маантеэ, 67-а.

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

Eesti rahvusülikooli sünd

Aja kulg on kiire. Käesoleva aasta 1. detsembril möödus 70 aastat Eesti rahvusliku Tartu Ülikooli moodustamisest. On saabunud hetk seisatada aeg ning heita pilk meie *alma mater*'i sünnile ligemale kolm inimpõlve tagasi.

Kui Eesti Maapäev kuulutas Eesti 24. veebruaril 1918 sõltumatuks demokraatlikuks vabariigiks, oli sellega otsustatud ka eesti ülikooli asutamine. Võtnud 11. novembril 1918 võimu üle, sõlmis Eesti Ajutine Valitsus juba 23. novembril Saksa okupatsioonivõimudega leppe ülikooli Eesti võimudele üleandmise kohta. Üleandmine toimus 1. detsembril 1918. Eesti valitsuse nimel toimetasid ülevõtmist Eesti Noorsoo Kasvatuse Seltsi tütarlaste gümnaasiumi direktor Peeter Põld ja valitsuse peavolinik Põhja-Liivimaal Heinrich Luht koos Eesti Akadeemilise Ühingu kaheksa esindajaga. Järgmisel päeval, 2. detsembril nimetas Eesti Ajutine Valitsus Peeter Põllu Tartu Ülikooli hooldajaks ehk kuraatoriks. Saksa okupatsiooni aegne ülikooli rektor professor Karl Dehio andis asjaajamise kuraatorile üle 4. detsembril. P. Põld moodustas ülikooli ülevõtmise komisjoni, kuhu peale tema kui esimehe kuulusid veel majandusnõunik K. Laagus, Eesti Akadeemilise Ühingu esindajad lektor J. Jõgever, *cand.* V. Ernits, õpetajad J. Sarv, J. Varik ja H. Reichenbach-Riikoja, advokaat J. Ostrat, arstid A. Schulzenberg ja R. Elken, Tartu linna esindajana pr. M. Kurs-Olesk ning asjatundjatena doktorid R. Bernakoff ja J. Prisko, õpetaja H. Jaakson jt. Pärast lühiajalist enamlaste võimuperioodi Tartus (21. XII 1918...14. I 1919) jätkus ülikooli ülevõtmine. Ülikooli esialgse eelarve koostas Karl Laagus, see oli planeeritud 1500 üliõpilasele, 55 professorile ja dotsendile, 44 assistendile ning 65 ametnikule ja teenijale ning oli 1 114 900 kuldmarga suurune.

1919. aasta märtsis moodustas haridusministeerium ülikooli uuestiavamise eeltööde komisjoni, kuhu kuulusid kuraator P. Põld, ülikooli majandusnõunik K. Laagus, Eesti Arstide Seltsi esindajad doktorid A. Schulzenberg ja R. Bernakoff, farmatseutide poolt proviisor J. Lill ja magistrand H. Metsapa, Tartu linnanõunik E. Juhanson, usuteadlane J. Varik, õigusteadlane J. Ostrat, lektor J. Jõgever, õpetaja V. Grüntal, õpetaja A. Sildnik, direktor J. Lang, õpetaja H. Reichenbach, direktor K. Treffner, agronoom A. Luksepp ning Tartu eesti üliõpilasorganisatsioonide poolt üliõpilased V. Krull, K. Tüür ja H. Visnapuu. Esimesel komisjoni koosolekul 16. mail 1919 fikseeriti P. Põllu ettepanekul ülikoolitöö peajooned sellistena, nagu need ka 1925. aasta Tartu Ülikooli seadusega kinnitati. Ülikooli ülesandeks on: 1) arendada ja edendada üldist ja eriti Eesti elu käsitlevat teadust; 2) anda noorsoole kõrgemat teaduslikku haridust ning kanda teadust rahva keskele; 3) ette valmistada Eesti riigi ja rahva tööle tarvilikkude eriteadmistega asjatundjaid. Komisjon tunnistas 17. juunil 1919 vajalikuks panna ametisse teaduskondade ajutised dekaanid, kes koos kuraatoriga moodustaksid Ülikooli Ajutise Nõukogu. Ajutisteks dekaanideks valiti õigusteaduskonnas Nikolai Maim, ajaloo-filosoofiateaduskonnas Jaan Jõgever, matemaatika-loodusteaduskonnas Jaan Sarv, põllumajandusteaduskonnas Peeter Kõpp, loomaarstiteaduskonnas Karl Happich ja arstiteaduskonnas Anton Schulzenberg (*dr.* J. Luiga ja *dr. med.* K. Konik keeldusid). Ametikohtadest nähti ette 72 profesuuri, 24 dotsentuuri ning 50 abiõppejõudu ja assistenti. Augustis-septembris valis Ülikooli Ajutine Nõukogu kohale 50 õppejõudu, neist 26 eestlast, 10 baltisakslast, 2 Venemaa sakslast, 4 soomlast, 4 lätlast, 2 rootslast, 1 komi ja 1 venelase. Välismaalt tulnud õppejõududele maksti osa palka välisvaluutas (Šveitsi frankides ja Soome markades).

Nüüd jäi üle ka üliõpilastele mõelda.

Kõikidelt üliõpilaskandidaadidelt hakati nõudma gümnaasiumiharidust, õppemaksuks määrati 250 ja immatrikulatsioonimaksuks 50 marka (välismaalastele oli maks kaks korda kõrgem). Pidulikul immatrikulatsioonil ülikooli aulas 4. oktoobril 1919 võeti ülikooli vastu esimesed 69 noort. Esimesena märgiti matriklisse Jaan Marfeldt (Maramaa). Oma immatrikulatsioonikõnes ütles kuraator P. Põld: «... Eesti teadus tuleb, sest üliõpilased on tulnud.»

Novembri lõpuni võeti ülikooli vastu 351 üliõpilast, vabakuulajaid oli 70.

Loengud algasid 6. oktoobril 1919, neist oli eestikeelseid 41,4%, saksa-keelseid 5,4% ja venekeelseid 53,2%. Endised üliõpilasorganisatsioonid jäid edasi eksisteerima.

Eesti ülikooli pidulikuks avamise päevaks valiti 1. detsember 1919 kui päev, mil aasta tagasi ülikool Saksa okupatsioonivõimu poolt Eesti valitsuse üle anti. See oli üle-eestiline kultuurisündmus, millest ka paljudele välismaa ülikoolidele teatati. Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli avapidustused algasid kell 12.15. Ajalooline peahoone oli ehitatud kuusevanikutega, aula ja trepid kaunistatud loorberitega. Poolteisele tuhandele peovõõrale mängis «Vanemuise» sümfooniaorkester. Tartu linnapea A. Simmi ettekantuna kõlasid Gustav Suitsu luuleread:

Veel purskab tuld ja suitseb sõja kuri
kraater,
kui valguse uus kandja avand *alma*
mater
siin oma ukсед vanad veerul vaikse
mäe,
mis esimest, ei viimset rõõmupidu
näe.
...Nüüd iha, viha pöörisest — oh aja
ime! —
see tempel teaduse siin nõuab Eesti
nime...

Peaminister Jaan Tõnisson kuulutas Tartu eesti ülikooli Eesti valitsuse nimel avatuks.

Peokõne pidas kuraator Peeter Põld. Ta kinnitas: «Me võtame ainult vastu Gustav Adolphi ja teiste maa endiste valitsejate päranduse kui täis- ja ainuõiguslikud pärijad... Sarnasena on üli-

kool vaimline hoone, aade, mis kehas-
tust otsib, ülesanne. Sarnasena ei ole
ta kusagilt võõrsilt laenatav, endistest
eeskujudest kopeeritav, vaid peab tõus-
ma kui Eesti ülikool, kui Eesti rahva
vaimu saadus, kui originaalne, oma-
pärane institutsioon ja organisat-
sioon... Ülikool on avatud... ta
täieneb, kasvab ja meie loodame kind-
lasti, et viimaks lõppsihile jõuame —
eesti ülikool. *Quod Deus bene vertat!*
(Laseks Jumal hästi minna!)

Tervitussõnade, õnnesoovide ja Tartu üliõpilaskonna auaadressi ettelugemise järel kõlas võimas «Vivat academia». Oma tervitused Tartu Ülikoolile olid saatnud maailma paljude maade väga nimekad ülikoolid: Londoni, Oxfordi, Napoli, Pisa, Utrechti, Uppsala, Liège'i, Berliini, Viini, Budapesti, Konstantinoopoli, Kopenhaageni, Varssavi, Belgradi, Washingtoni, Yale'i, Harvardi, Wisconsinini, Madrased, Melbourne'i üli-
kool.

Lõppsõnas tänas kuraator kõiki osavõtjaid ning tervitajaid eesti ja ladina keeles. Õhtul kell 8 oli «Vanemuises» pidusöök 300 auvõõrale.

Nii lõppes üks etapp Põhja-Euroopa ühe kuulsama ülikooli elus. Järgnes uus, raske, kuid saavutusrohke parkümmend aastat õppe- ja teadustööd Eesti Vabariigi Tartu Ülikoolis, mida rektorina juhtis aastail 1920...1928 meie ametivend *dr. med. prof. Heinrich Koppel*.

Nüüd, seitsekümmend aastat hiljem, tõdeme, et eesti ülikooli loojate optimism oli õigustatud. *Alma mater*'ist sai «valguse kandja ja andja», eesti rahva kultuuritaotluste teostaja, ta vaimuelu sügavaimasse olemusse ideede läkitaja kõikidele eestlastele ja nendele võõrastelegi, kes on meie elu südamega kaasa elanud.

Ajakirja «Eesti Arst» toimetus

Eesti Teaduste Akadeemia üldkogu deklaratsioon

Eesti Teaduste Akadeemia üldkogu, läbi arutanud Eesti looduskeskkonna ja -varude seisundiga seotud küsimused, deklareerib, et meie looduskeskkond ja -varud on ülimalt ohtlikus seisundis. Eesti territooriumil on ligi kaksikümmend kriisiala (Tallinna lähipiirkond, Tallinn, Pandivere kõrgustik, Lääne-Eesti saarestik, Peipsi-Pihkva järve valgala, Võrtsjärve valgala, Matsalu lahe valgala, rannikumere ja mererandade tsoon, Narva linn, Kohtla-Järve linn, Sillamäe linn, Tapa linn, Kunda, Pärnu linn, Tartu linn, Haapsalu linn, Ülemiste järve valgala jt.), kogu Kirde-Eesti on aga ökoloogilise katastroofi piirkond. Tasakaalustamata ning ökoloogiliselt põhjendamata tööstuse, energeetika ja linnaehituse arenedes ning maastikke, muldi, ökosüsteeme, elustikku ja veevarusid ruineeriva pseudo-intensiivpõllumajanduse jätkudes ilmuvad meie kaardile üha uued kriisikolled, sagenevad juba praegu endast suurt ohtu kujutavad keskkonnatekked haigused, lüheneb inimeste eluiga, praktiliselt elukõlbmatuks on muutumas mitmed piirkonnad. Eesti NSV on muutunud naaberladele ja -riikidele ohtlikuks saastekoldeks.

Ressursi- ja keskkonnakriisi on esile kutsunud palju aastakümneid kestnud ökoloogiline avantürism, laastav peremehetus, loodusvarude suhtes rakendatud väljakurnamispoliitika, tõkestamata migratsioon, riigi tsentristlik-monopolistlik ressursipoliitika, loodusvarude ja -keskkonna kompleksse teadusliku analüüsi ebaapiisavus ja teadlaste seisukohtade ignoreerimine.

Eesti Teaduste Akadeemia on küll osalenud mitmete oluliste ökoloogia, loodus- ja keskkonnakaitse probleemide lahendamisel, kuid pole suutnud tagada Eesti kõikide loodusressursside ja -keskkonna sügavat, kõigekülgsset, fundamentaalset uurimist.

Loodusressursside läbimõeldud, kokkuhoidliku ning majanduslikult tulusa kasutamise eelduseks on Eesti territooriumil ning rannikumerel asuvate loodusressursside tunnistamine vabariigi ainuomandiks kõikide sellest tulenevate õiguslike garantiide ja kohustustega. IME programm on põhiline poliitilise strateegiline dokument ja tegevusjuhend Eesti looduse kaitsel ja loodusvarude kasutamise perspektiivitundlikul planeerimisel. IME-t tuleb vaadelda ka pikaajalise tegevuskavana, mille eesmärgiks on loodusvarusid ja -keskkonda tundva ning neid teadusandmetel kasutava ja optimeeriva riigi loomine.

Ökoloogia ja selle sõsarteaduste ning loodus- ja keskkonnakaitse lähiaja põhiprobleemiks on inimese tegevusest (mineraalväetiste ja pestitsiidide masskasutamisel põhinev keskkonnavaenulik põllumajandus, tööstuse loodust ja inimese tervist kahjustav õhusaast, hetkemeelne ja ökoloogiliselt põhjendamata maapõuevarade kaevandamine, keskkonna- ja looduskaitse seisukohast ettevalmistamata turism, linnaökoloogiliselt põhjendamata elamu- ja asumiehitus,

põhjavete, rannikumere ja siseveekogude saastamine jpm.) tulenevate loodusmuutuste seaduspärasuste selgitamine täpse instrumentaariumi ning kõige kaasaegsemate meetodite abil, teaduslikult põhjendatud abinõude väljatöötamine looduskahjustuste ärahoidmiseks ja toimunud kahjustuste heastamiseks.

Eesti Teaduste Akadeemia peab üheks oma põhiülesandeks Eesti maastike, ökosüsteemide ja loodusvarude fundamentaaluuringute läbiviimist tihedas koostöös teiste teadus- ja rakendusasutustega ning loodus- ja keskkonnakaitse juhtimise ja kontrolli organitega. Kõikide ökoloogiliste, loodus- ja keskkonnakaitseliste uurimistööde korraldamise põhikohaks Eesti Teaduste Akadeemias tuleb kujundada keskne Ökoloogia ja Mereuuringute Instituut. Eesti Teaduste Akadeemia peab oma ülesandeks rahvusvaheliste teadussuhete arendamist ökoloogia, loodus- ja keskkonnakaitse alal, naaberriikidega kogu vajaliku ökoinfo takistamata vahetust ning ühisuuringute organiseerimist. Eesti Teaduste Akadeemia tunnetab oma vastutust Põhja-Euroopa ja Läänemere keskkonnaseisundi ees ning püüab anda oma panuse selle regiooni muutmiseks loodussõbralikuks ja rahumeelseks.

Eesti Teaduste Akadeemia üldkogu teatab kõikidele teadusasutustele, teadlastele ja üldsusele oma sügavast murest Eesti loodusvarude ja -keskkonna seisundi pärast ning deklareerib, et Eesti Teaduste Akadeemia rakendab oma teaduspotsiaali ökoloogilisest kriisist ülesaamiseks, Eesti looduskeskkonna muutmiseks vabadust ja sõltumatust taotleva rahva elu vääriliseks.

Tallinnas, 29. juunil 1989. a.

Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» OTSUS

Kiita heaks ja ühineda käesoleva aasta septembris I ülemaailmsel Eesti meedikute foorumil vastuvõetud deklaratsiooni seisukohtadega.

Taotleda järjekindlalt tuumavaba Põhjalat, sõjalis-poliitiliste pingete ja sõjalise kohaloleku vähendamist Balti mere paikkonnas, sõjaväeteenistuse aja lühendamist, sõjaväeteenistuse inimsõbralikumaks muutmist, sõjaväelaste sotsiaalset ning õiguslikku kaitset ning alternatiivseid sõjaväekohustuse täitmise vorme noortele, kes seda vajavad haridustee jätkamise, tervisliku seisundi, usulistel või muudel motiividel, ning tunnustada rahvuslik-territoriaalsete väeosade otstarbekust.

Moodustada Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi juures töögrupp selgitamaks uue, 1989. aasta septembris väljaantud käskkirja nr. 317 (muudatuste kohta NSV Liidu kaitseministri 1987. aasta 9. septembri käskkirjas nr. 260) vastavust meie vabariigi elanike demograafilistele ja tervisliku seisundi iseärasustele ning ettepanekute tegemiseks. Seoses sõjaväe arvukuse piiramisega NSV Liidus mitte võtta tegevteenistusse haigeid ja tervisehäirete all kannatavaid noormehi.

Kutsuda üles kõigi regioonide naiste ühisorganisatsioone ja arstide seltse tihendama sidemeid kohalike sõjaväeosadega ning võtta osa kutsealuste läbi-vaatuse komisjonide tööst.

Suurendada kohalike nõukogude poolt moodustatud kutsealuste komisjonide vastutust kutsealuste tervisliku seisundi hindamisel.

Kiita heaks Tallinna Noorukite Polikliiniku reorganiseerimise ettepanekud ning anda noorukite arstlik kontroll elukohajärgse rajooniarsti, tulevikus perearsti kompetentsi.

Võtta vastu kolm pöördumist: Balti liiduvabariikidest valitud NSV Liidu rahvasaadikute, Eesti NSV valitsuse ja kõigi arstide poole.

Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» osavõtjate PÖÖRDUMINE KÕIGI ARSTIDE POOLE

Meie, sõduriemad, kelle poegadel seisab ees sõjaväeteenistus, pöördume kõigi arstide poole, kes te meie poegi läbi vaatate, järgige alati arstivannet ja -eetikat, ärge alluge väljastpoolt tulevatele mõjutustele ega unustage, et ainult teie vastutate inimeste elu ja tervise eest.

Taotleme, et arst oleks meie ühiskonnas vaba ja austatud inimene, kelle otsused ning teod oleksid suunatud ainult elu ja tervise kaitseks. Mõistame hukka arstidele mis tahes surve avaldamise.

Soovime, et teil oleks alati jõudu täita teile saatuse poolt ettenähtud missiooni — seista järjekindlalt oma rahva tervise ja õiguste eest.

Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» osavõtjate PÖÖRDUMINE EESTI NSV VALITSUSE POOLE

Teeme ettepaneku luua Eestis nüüdisaegne päästeteenistus. Profileerida sõjalise ettevalmistuse kool ümber pääste-õppekeskuseks. Arvestada arstide ettepanekuid tuletõrje- ja kiirabisüsteemide ühendamiseks.

Taotleda omalt poolt võimalust tuua praegu sõjaväes aega teenivad noormehed nende soovi korral üle koduvabariiki.

Eesti noorte tervis on halb. Ülekaalulisus ja liikumisvaegus on loonud soodsa pinnase südame- ja veresoonte haiguste arenguks ning tulevikus on oodata järjest suuremat haigestumust ja suremust nende haiguste tagajärjel. Väärtustamata on haridus, tervisekasvatus ja tervisekultuur. Halb on hoolitsus emade, sünnitajate ja vastsündinute eest.

Viimase 50 aasta jooksul on Eestis ehitatud ainult üks üksnes lastele mõeldud polikliinik — Tallinna Kesklinna Lastepolikliinik. See on ka ainuke Tallinnas, kõik teised lastepolikliinikud asuvad kohandatud ruumides ning on amortiseerunud, eriti kriitilises olukorras on Mustamäe ja Kalinini rajooni lastepolikliinik. Äärmiselt kitsastes oludes töötavad sünnitusmajad. Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusmajas juba aastaid kestnud remondi lõppu veel näha ei ole, seda kõike vahendite ja summade puuduse tõttu. Eesti on ainuke liiduvabariik, kus puudub emade ja laste tervisekeskus. Tallinnas ei ole peale Kesklinna Lastepolikliiniku ainsatki kohta, kuhu saaks väikesi lapsi ujuma viia. Ei ole piisavalt spordi- ega tenniseväljakuid, suusaradasid, seega puuduvad võimalused sellise kehakultuuri-ala arenguks, mis tooks otseselt kasu inimese tervisele.

Samal ajal aga kavatsetakse eraldada summasid hoopis Iru—Muuga ringraja rajamiseks suvilapiirkonda, arvestamata Eesti Arstide Liidu arvamust, kes tunnistas selle lubamatuks nii ökoloogilisest kui ka tervisekaitselisest seisukohast.

Kõik eelnev annab tunnistust ebakõlbelisest väärtuste hinnangust, kus prioriteediks pole olnud mitte inimene, tema tervis ja elu, terve elukeskkond, vaid hoopis mõne kitsa kildkonna huvid.

Nõuame kõigi vahendite, väärtuste ja summade ümberjaotamist eeskätt laste ja naiste tervise huvides, terve elukeskkonna tagamiseks. Teeme ettepaneku suunata Iru—Muuga ringrajale planeeritavad vahendid emade ja laste tervisekeskuse ehituseks.

Kõigi otsuste ja planeeringute ainsaks kriteeriumiks olgu aukartus elu ees, meie naiste ja laste tervis, puhas elukeskkond.

Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» osavõtjate PÖÖRDUMINE BALTI LIIDUVABARIIKIDEST VALITUD NSV LIIDU RAHVASAADIKUTE POOLE

Taotleme, et Balti liiduvabariikidest valitud NSV Liidu rahvasaadikud:

1. Nõuaks NSV Liidu Rahvasaadikute Kongressilt saadikutekomisjoni moodustamist, kes regulaarselt kontrolliks väeosade psühhokliimat, sanitaarkultuuri ning kes nõuaks avalikult aru armee juhtkonnalt.

2. Esitaks NSV Liidu Ülemnõukogule järgmised nõudmised:

Lühendada armees teenimise aega 12 kuuni. Kehtestada alternatiivne sõjaväeteenistus. Anda armu usulistel kaalutlustel armeeteenistusest kõrvalehoidnuile ja anda neile võimalus teenida oma veendumuste kohaselt. Võimaldada kunsti ja muusikat õppivail noormeestel teenistuse ajal tegutseda omal erialal.

Leida juba praegu võimalus tuua Baltikumi noormehed nende endi soovi korral teenima Baltikumi.

Kohe eraldada haiged tööpataljonides nendega koos teenivatest kohtulikult karistatud noormeestest. Haiged saata kodukohta, jättes nad pideva kvalifitseeritud meditsiinilise järelevalve alla.

Sõjaväeteenistuse ajal raske haiguse läbipõdenud noormehed tuua tervise taastamiseks oma kodukoha sanatooriumidesse.

Võimaldada noormeestel tegevteenistuse ajal vähemalt 24-tööpäevane puhkus kalendriaastas.

Soovi korral vabastada sõjaväkke minekust noormees, kelle vend või lähedane inimene on hukkunud või invaliidistunud armeeteenistuse ajal, samuti ainukesed lapsed; jätta nad vanematele toeks.

Kehtestada armeeteenistuse ajal tervisele tekitatud kahju eest hüvitamise kord armee vahenditest.

Tasustada sõjakomissariaatides töötavaid meditsiinitöötajaid armee eelarvest.

Nõuda, et uuel käskkirjal oleks tagasiulatuv jõud: et selle käskkirja alusel vaadataks uuesti läbi need noormehed, kes on sõjaväkke võetud vana käskkirja alusel.

Luuu palgaarmee asutamise programm.

Tallinnas, 7. septembril 1989. a.

TEORIA JA PRAKTIKA

UDK 616-036-053.5

Tallinna üldhariduskoolide VIII ja XI klasside õpilaste haigestumise dünaamika tendentsid

Vaike Maidvee Kuulo Kutsar · Tallinn

Tänapäeva üldhariduskool esitab õpilase organismile väga suured nõuded. Et info maht, koolitöö korraldus, õpilast ümbritsev koolikeskkond ja sageli ka õpetajad ei ole alati lapse-sõbralikud, siis kujuneb paljudel üsna koolipõlve algul välja eelsoodumus mitme kroonilise psühhosomaatilise haiguse tekkeks. Kirjanduses on küllalt andmeid selle patoloogilise potentsiaali suhteliselt kiire realiseerumise kohta kooliaastate jooksul (1, 2, 4, 5). Sellest tuleneb ka õpilaste tervise seisundi pideva jälgimise vajadus.

S. Grombach (3) on soovitanud laste ja noorukite tervise seisundi hindamisel kasutada järgmisi kriteeriume: 1) krooniliste haiguste esinemine või mitte-esinemine; 2) kehalise ja neuropsühhilise arengu tase ning harmoonilisus; 3) organismi elundsüsteemide talitluse tase; 4) organismi vastupanuvõime kahjustavate tegurite suhtes. Noorukite meditsiinilise jälgimise praegune süsteem lähtubki eeskätt krooniliste haiguste ja nendest ohustatud õpilaste väljaselgitamisest ning dispansseerimisest.

Eesmärgiks seadsime välja selgitada need tendentsid, mis domineerisid Tallinna üldhariduskoolide VIII ja XI klasside õpilaste tervise seisundi muutumises ja haigestumises õppeaastail 1983/1984... 1987/1988.

Uurimistulemused ja arutelu. Viie teistkümnepäevaseks saamiseks kuuluvad üldhariduskoolide õpilased Tallinna Noorukite Polikliiniku teenindamise alla. Lastepolikliinikute poolt noorukite polikliinikule üleantavatel õpilastel esinevatest haigustest ja haiguslikest muutustest annab ülevaate tabel 1.

Nähtub, et lastepolikliinikult noorukite polikliinikule üleantavatest õpilastest on vähemalt pooltel juba väljakujunenud haigus, kusjuures tütarlapsed on poisslastest märgatavalt haigemad. Õpilastel on ülekaalus nägemishäired, eeskätt lühinägevus, ning mitmesugused sisehaigused.

Viie õppeaasta jooksul korraldatud õpilaste põhjaliku meditsiinilise läbivaatuse tulemused on esitatud tabelis 2.

Selgub, et nelja vaatlusaasta jooksul olid nii VIII kui ka XI klassi õpilaste haiguste hulgas ülekaalus nägemishäired, kirurgilised ja endokrinoloogilised haigused. Vaid viiendal jälgimisaastal tõusid esinemissageduselt kolmandale kohale nina-, kõrva- ja kurguhaigused. 1983/1984. õppeaastal vähenes tervete õpilaste osatähtsus 1,09 korda. Eriti suurenes reumatismi (2,02 korda), sapiteede haiguste (1,47 korda) ja hüpertooniatõve (1,38 korda) all kannatajate arv. Tunduvalt vähenes sel õppeaastal nina-, kõrva- ja kurguhaiguste (7,18 korda), kaasasündinud südameriketete (2,75 korda) ja kopsuhaiguste (2,6 korda) all kannatajate arv. 1984/1985. õppeaastal vähenes tervete õpilaste osatähtsus 1,07 korda. Sagenemistendents oli märgatav hüpertooniatõve (2,75 korda), kaasasündinud südamehaiguste (1,58 korda) ja silmahaiguste (1,30 korda) osas, tunduvalt tagasihoidlikum nina-, kõrva- ja kurguhaiguste (2,68 korda) ja endokrinoloogiliste haiguste (1,65 korda) osas. 1985/1986. õppeaastal vähenes tervete õpilaste osatähtsus 1,03 korda. Esiplaanile kerkisid kaasasündinud südamerikked (1,44 korda), endokrinoloogilised haigused (1,32 korda) ja reumatism (1,26 korda), tahaplaanile jäid nina-, kõrva- ja kurguhaigused (2,02 korda), sapiteede haigused (1,36 korda) ja kopsuhaigused (1,20 korda). 1986/1987. õppeaastal vä-

Tabel 1. Tallinna lastepolikliinikutest noorukite polikliinikule üle antud õpilaste haiguslike muutuste iseloomustus (esinemissagedus protsentides)

Haiguslikud muutused	1987			1986			1985		
	kokku	poiss-lapsi	tütarlapsi	kokku	poiss-lapsi	tütarlapsi	kokku	poiss-lapsi	tütarlapsi
15-aastaste õpilaste haiguslikud muutused									
üleandmisel:	51,03	45,30	54,70	50,39	45,37	54,63	50,10	46,64	53,36
nägemishäired	40,71	38,91	61,09	39,81	41,41	58,59	40,07	43,33	56,67
sisehaigused	37,58	47,51	52,49	37,26	47,78	52,22	38,01	47,48	52,52
kirurgilised haigused	9,80	52,47	47,53	11,00	47,44	52,56	9,81	47,05	52,95
nina-, kõrva- ja kurguhaigused	4,88	50,38	49,62	3,34	34,83	65,17	2,92	53,08	46,92
närvihaigused	3,05	64,63	35,37	2,93	61,53	38,47	3,61	67,00	33,00
nahahaigused	2,34	44,44	55,56	2,70	48,61	51,39	2,63	41,09	58,91
psüühilised häired	1,60	60,46	39,54	2,93	53,84	46,16	2,92	53,08	46,92
Tähtsamad sisehaigused:									
südamehaigused	12,99	46,56	53,44	10,88	44,44	55,56	12,91	47,05	52,95
endokrinoloogilised haigused	9,32	46,80	53,20	10,28	38,23	61,77	9,68	50,98	49,02
kopsuhaigused	9,22	63,44	36,56	6,04	58,33	41,67	5,03	50,94	49,06
seedekulgahaigused	3,17	59,37	40,63	5,64	44,64	55,36	7,31	41,55	58,45
tuberkuloosne nakkus	35,71	56,94	43,06	41,33	—	—	—	—	—
Muud sisehaigused (põhiliselt sapiteede düskineesia ja püelonefriit)	29,56	30,53	69,47	25,80	34,76	65,24	24,88	32,82	67,18

henes tervete õpilaste osatähtsus 1,06 korda. Haigusjuhtude arvu suuremine oli märgatav hüpertooniatõve (2,20 korda), reumatismi (2,05 korda) ja kaasasündinud südamerikete osas. Suuremat vähenemistendentsi näitasid kopsuhaigused (2,54 korda), nina-, kõrva- ja kurguhaigused (1,66 korda) ning sapiteede haigused (1,59 korda). 1987/1988. õppeaastal vähenes tervete õpilaste osatähtsus 1,10 korda. Suurenes reumatismi (3,38 korda), hüpertooniatõve (3,25 korda) ja neeruhaiguste esinemissagedus (1,73 korda), vähenes aga nina-, kõrva- ja kurguhaiguste (1,74 korda), endokrinoloogiliste haiguste (1,59 korda) ning närvi- ja psühhoneuroloogiliste haiguste esinemissagedus (1,45 korda).

Mitmesuguste haiguste esinemissagedust Tallinna rajoonide kooliõpilastel kajastab tabel 3 VIII klasside õpilaste näite varal.

Suuri erinevusi haiguste esinemissageduses Tallinna linnarajoonide kooli-

õpilastel ei ole. Kalinini rajooni õpilased põevad sagedamini neeruhaigusi, endokrinoloogilisi ning nina-, kõrva- ja kurguhaigusi; Oktoobri rajooni õpilased sapiteede, nina-, kõrva- ja kurgu- ning närvihaigusi ning neil on sagedamini psühhoneuroloogilisi häireid; Lenini rajooni õpilased hüpertooniatõbe ja kopsuhaigusi; Mererajooni õpilased sapiteede, endokrinoloogilisi ning närvi- ja psühhoneuroloogilisi haigusi.

Sama õpilaskontingendi korduva meditsiinilise jälgimise tulemused (vt. tabel 4) viitavad üldisele tendentsile: mida lähemale keskkooli lõpetamisele, seda haigemad on õpilased.

Seega on keskmiselt pooltel Tallinna keskkoolides õppivatel noorukitel viieteistkümnendaks eluaastaks organismi funktsionaalses seisundis välja kujunenud ebasoodsad nihked ja kroonilised haigused, mis enamikul juhtudel püsivad või süvenevad vanematesse klassidesse jõudmisel. Teadaolevalt on nende tekkes ja süvenemises lisaks ebarat-

Tabel 2. Tallinna VIII ja XI klasside õpilaste põhjaliku meditsiinilise läbivaatuse tulemused

Õppeaasta	Klass	Läbi- vaadatud õpilasi	Terved	Hüpertoo- niatõbi	Kopsu- haigu- sed	Neeru- haigu- sed	Sapi- teede haigu- sed	Reu- matism	Kaasa- sündinud südame- rikked	Närvi- ja vaimu- haigu- sed	Kirurgi- lised haigu- sed	Endo- krinolo- gilised haigused	Silma- haigu- sed	Nina-, kõrva- ja kurgu- haigused	Muud haigu- sed
1983/1984	VIII	abs. 4918 arv	2408	70	58	77	43	48	61	133	695	260	1261	131	351
		%	48,96	1,42	1,17	1,56	0,87	0,97	1,24	2,70	14,13	5,28	25,64	2,66	7,13
	XI	abs. 1322 arv	590	26	6	21	17	26	6	29	172	37	351	5	66
		%	44,62	1,96	0,45	1,58	1,28	1,96	0,45	2,19	13,01	2,79	26,55	0,37	4,99
1984/1985	VIII	abs. 5570 arv	2654	35	59	101	56	36	51	112	770	401	1445	177	613
		%	47,64	0,62	1,05	1,81	1,00	0,64	0,91	2,01	13,82	7,19	25,94	3,17	11,00
	XI	abs. 1520 arv	673	26	12	33	10	10	22	24	128	66	515	18	90
		%	44,27	1,71	0,78	2,17	0,65	0,65	1,44	1,57	8,42	4,34	33,88	1,18	5,92
1985/1986	VIII	abs. 5432 arv	2605	73	79	92	84	43	53	137	655	214	1410	162	360
		%	47,95	1,34	1,45	1,69	1,54	0,79	0,97	2,52	12,05	3,93	25,95	2,98	6,62
	XI	abs. 1496 arv	693	24	18	25	17	15	21	46	216	78	468	22	101
		%	46,32	1,60	1,20	1,67	1,13	1,00	1,40	3,07	14,43	5,21	31,28	1,47	6,75
1986/1987	VIII	abs. 5809 arv	2540	45	111	95	64	32	56	170	534	279	1539	244	192
		%	43,72	0,77	1,91	1,63	1,10	0,55	0,96	2,92	9,19	4,80	26,49	4,20	3,30
	XI	abs. 1586 arv	652	27	12	38	11	18	28	36	123	80	533	40	89
		%	41,10	1,70	0,75	2,39	0,69	1,13	1,76	2,26	7,75	5,04	33,60	2,52	5,61
1987/1988	VIII	abs. 5679 arv	2777	55	88	89	73	21	48	129	469	258	1464	316	248
		%	48,89	0,96	1,54	1,56	1,28	0,36	0,84	2,27	8,25	4,54	25,77	5,56	4,36
	XI	abs. 1473 arv	649	46	16	40	17	18	12	23	111	42	516	47	84
		%	44,05	3,12	1,08	2,71	1,15	1,22	0,81	1,56	7,53	2,85	35,03	3,19	5,70

Tabel 3. Haiguste esinemissagedus protsentides Tallinna linna rajoonide VIII klasside õpilastel 1985/1986. õppeaastal

Linn/rajoon	Terved	Hüpertooniatõbi	Kopsuhaigused	Neeru- haigused	Sapiteede haigused	Reuma- tism	Kaasasün- dinud sü- dame- rikked	Kirurgi- lised haigused	Kirurgi- lised haigused	Endo- krinoloogilised haigused	Silma- haigused	Nina-, kõrva- ja kurgu- haigused	Muud haigused
Tallinn	47,95	1,34	1,45	1,69	1,54	0,79	0,97	2,52	12,05	3,93	25,95	2,98	6,62
Kalinini rajoon	50,4	1,2	1,2	2,2	0,9	1,0	1,4	2,9	11,3	5,1	23,4	3,7	4,4
Oktoobri rajoon	44,7	1,1	1,0	1,2	2,0	0,8	0,4	3,0	12,0	4,1	27,9	3,3	6,8
Lenini rajoon	47,5	2,0	3,1	1,6	1,3	0,3	0,6	0,7	12,9	2,4	23,3	2,7	9,6
Mererajoon	44,2	1,6	0,6	1,7	2,0	1,1	1,5	3,4	12,2	4,8	29,3	2,5	6,0

Tabel 4. Sama õpilaskontingendi haiguste esinemissageduse (%) dünaamika kolmeaastase intervalliga

Klass, õppeaasta	Terved	Hüpertooniatõbi	Kopsu- haigused	Neeru- haigused	Sapiteede haigused	Reuma- tism	Kaasasün- dinud sü- dame- rikked	Kirurgi- lised haigused	Kirurgi- lised haigused	Endo- krinoloogilised haigused	Silma- haigused	Nina-, kõrva- ja kurgu- haigused	Muud haigused
VIII 1982/1983	48,79	0,52	0,96	1,14	0,81	0,79	1,02	2,38	13,46	5,22	25,29	2,96	3,07
XI 1985/1986	46,32	1,60	1,20	1,67	1,13	1,00	1,40	3,07	14,43	5,21	31,28	1,47	6,75

sionaalsele õppeprotsessile ja sellega kaasnevale psühoemotsionaalsele pingele oma osa ka liikumisvaegusel ja vähesel kehalisel tööl, vähesel värskes õhus viibimisel, toitumisvigadel (liigne süsivesikute ja rasva tarbimine ning vitamiini- ja mineraalivaene toit kevaldel), päevarežiimist mittehoolimisel ja vähesel magamisel, ka puudulikul karastatusel, suitsetamisel, tonsillitide ja ägedate respiratoorsete viirushaiguste korduval põdemisel ning väliskesk-konna üha suureneval saastumisel.

Järeldused.

1. Noorukiikka jõudes on keskmiselt pooltel Tallinna üldhariduskoolide õpilastest väljakujunenud haigus, kusjuures tütarlastel on seda sagedamini kui poislastel.

2. Tervete õpilaste osatähtsus kaheksandast üheteistkümnenda klassini on pidevalt vähenenud.

3. Kõige enam on nii VIII kui ka XI klasside õpilastel nägemishäireid, kirurgilisi, endokrinoloogilisi ning nina-, kõrva- ja kurguhaigusi.

4. Püsivat sagenemistendentsi on XI klassi õpilastel võrreldes VIII klassi õpilastega näidanud nägemishäired, eeskätt lühinägevus, hüpertooniatõbi, reumatism ja neeruhaigused, ning püsivat esinemissageduse langustendentsi kopsuhaigused, nina-, kõrva- ja kurguhaigused, närvi- ja psühhoneuroloogilised haigused, kirurgilised haigused ning sapiteede haigused.

KIRJANDUS: 1. Silla, R., Teoste, M. Eesti noorsoo tervis. Tallinn, 1989.

2. Антропова М. В., Хрипкова А. Г. В кн.: Новые исследования по возрастной физиологии. М., 1979, 2, 5—18. — 3. Громбах С. М. Вопр. охр. матер., 1973, 7, 3—7. — 4. Сердюковская Г. Н. Социальные условия и состояние здоровья школьников. М., 1979. — 5. Сухарев, А. Г. Гиг. и сан., 1982, 5, 70—72.

Summary

The morbidity trends among pupils in the 8th and 11th forms of the schools of general education. It has been found that on the arrival of adolescence, at an average, one half the pupils at the schools of general education have developed several pathological disturbances, whereas girls are suffering more. The highest incidence rates

have been observed for disorders of the eye, surgical diseases, disorders of the endocrine system, nose-ear-and-throat diseases. The incidence of visual disturbances, especially myopia, arterial hypertension, rheumatism and kidney diseases is on the increase now and that of lung, nose-ear-and-throat diseases, nervous and mental disorders, surgical and biliary diseases are on the decline in the upper forms of the schools of general education.

Резюме

Тенденции динамики заболеваемости учащихся VIII и XI классов общеобразовательных школ г. Таллинна. По достижении юношеского возраста примерно половина учащихся общеобразовательных школ г. Таллинна имеет выраженную патологию, причем более больными оказались девушки. Самой высокой была заболеваемость глазами, хирургическими, эндокринологическими болезнями, а также болезнями уха, горла, носа. К старшим классам стойкую тенденцию к учащению проявляют нарушения зрения, прежде всего близорукость, гипертоническая болезнь, ревматизм, заболевания почек и, наоборот, для легочных заболеваний, болезней уха, горла, носа, нервных и нервно-психических, хирургических болезней и болезней желчных путей характерна тенденция к понижению частоты заболеваемости.

Tallinna Noorukite Polikliinik

E. Vilde nim. Tallinna
Pedagoogiline Instituut

Rinnavähk Eestis aastail 1968...1981: histoloogiline tüüp ja haigete elulemus

Tiiu Aareleid Agu Lipping · Tallinn

rinnavähk, histoloogiline tüüp, elulemus

Kasvaja histoloogiline tüüp on üks tegureid, millest oleneb rinnavähi juhtudel haiguse prognoos. Käesoleva uurimuse eesmärgiks olid erineva koelise ehitusega pahaloomuliste rinnanäärme-kasvajate osatähtsuse selgitamine Eestis ning haigete elulemuse hindamine sõltuvalt kasvaja histoloogilisest tüübist.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Andmed rinnavähijuhtude kohta (ajavahemikul 1968...1981) pärinevad Eesti Vähiregistrist. Analüüsist on välja jäetud pärast surma diagnoositud vähijuhud.

Kasvaja histoloogiline tüüp on Eesti Vähiregistris kodeeritud alates 1978. aastast «Rahvusvahelise kasvajate klassifikatsiooni (ICD-0) järgi (12). Käesolevas töös on rinnavähk tüpiseeritud Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni (ÜTO) rinnakasvajate nomenklatuuri alusel (18). Nomenklatuur on kirjeldav, mitte histogeneetiline, ning lähtub morfoloogiliselt identifitseeritavatest rakutüüpidest ja kasvu iseärasustest. Rinnavähi kombineerunud histoloogiliste vormide puhul, mida kirjanduse andmeil esineb 17...47% (16, 19), soovivad ÜTO eksperdid võtta klassifitseerimise aluseks prevaleeriva histostrukturi. Eesti Vähiregistri andmete kodeerimisel oleme valinud selle histoloogilise komponendi, mis seostub halvima prognoosiga.

Haigete elulemust alates rinnavähi diagnoosimise ajast on hinnatud aktuaariaalsel ehk elutabeli meetodil (1). Tegelik elulemus on diagnoosimisajast kuni teatud vaatlusaja lõpuni elus olevate haigete suhtarv, mille saamisel on arvesse võetud kõik surma põhjused. Suhteline elulemus väljendab samuti diagnoosimisajast kuni teatud vaatlusaja lõpuni elus olevate haigete suhtarvu, ent tinglikus olukorras, kui vaatluse all olev haigus — rinnavähk — on ainus võimalik surma põhjus.

Elulemusnäitude võrdlemisel jälgimisaja kindlas punktis (näiteks viis aastat) kasutati t-kriteeriumi (13). Tegeliku ja suhtelise elulemuse kõverate võrdlus kogu jälgimisaja ulatuses toimus meetodil, mida on soovitanud T. Hakulinen ja K. Abeywickrama (10).

Uurimistulemused ja arutelu. Ajavahemikul 1968...1981 diagnoositi Eestis rinnavähki 4090 naisel, neist 3411-l (84,3%) kinnitus diagnoos morfoloogiliselt.

Kasvaja histoloogilise ehituse kohta olid 3197 (72,8%) haige andmed (vt. tabel). Suurima rühma moodustas duktaalne vähk (86,1% kõigist histoloogiliselt kinnitunud diagnoosiga haigusjuhtudest). Järgnesid lobulaarne (6,8%) ning medullaarne vähk (3,4%). Ülejäänud vähivormide esinemissagedus osutus suhteliselt tühiseks. Selline rinnavähi histoloogiliste variantide jaotumine on kooskõlas mujal täheldatuga (3, 6, 7, 8, 16, 19). Haigusjuhtude jaotumine kliiniliste staadiumide alusel ei olnud oluliselt erinev vaadeldud histoloogiliste tüüpide puhul. Küll aga varieerus haigete keskmine vanus, mis osutus kõrgeimaks tubulaarse ning madalaimaks lobulaarse vähi korral (vt. tabel). Tubulaarse vähi väikest esinemissagedust meie uurimismaterjalis võib seletada asjaoluga, et see vähivorm kombineerub progresseerumise käigus sageli duktaalse vähi histostruktuuridega (14). Seetõttu kodeeritakse tubulaarset vähki tihti just duktaalse vähina.

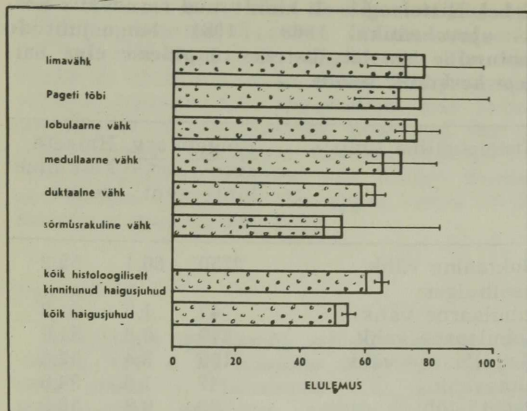
Kui kõigi haigete viie aasta tegelik ja suhteline elulemus oli vastavalt 50,7% ja 55,9% (1), siis samad näidud histoloogiliselt kinnitunud rinnavähi diagnoosi korral osutusid märgatavalt suuremaks: tegelik elulemus 60,1% ja suhteline elulemus 64,6% (vt. joonis 1). Väärrib mainimist, et diagnoosi histoloogiline tõestus leidis tunduvalt sagedamini aset haiguse algstaadiumides ning noorematel haigetel; siit ka loomuliku tagajärjena sellesse haigete rühma kuulujate suurem elulemus. Viie aasta tegelik elulemus morfoloogilise kinnituseeta rinnavähi juhtudel oli vaid 15,7% (suhteline elulemus 19,5%). Nii-sugune erinevus on täiesti arusaadav, sest rinnavähi radikaalravi ühtlasi eeldab, ent ka võimaldab diagnoosi morfoloogilist kinnitust. Viimase kohta andmete puudumine Eesti Vähiregistris annab tunnistust kaugelearenenud kasvaja-
st.

Tabel. Histoloogiliselt kinnitunud rinnavähk Eestis ajavahemikul 1968...1981: haigusjuhtude jaotumine histoloogilistesse tüüpidesse ning haigete keskmine vanus

Histoloogiline tüüp	Haigete arv abso- luut- arv	prot- sent	Haigete keskmine vanus
Duktaalne vähk (sealhulgas tubulaarne vähk)	2750	86,1	55,2
Lobulaarne vähk	47	1,5	61,2
Medullaarne vähk	219	6,8	51,0
Limavähk	109	3,4	52,6
Paget'i töbi	47	1,5	54,6
Sõrmusrakuline vähk	30	0,9	58,9
Teised või täpsustamata histoloogilised tüübid	28	0,9	60,4
Kõik histoloogiliselt kinnitunud haigusjuhud	14	0,4	
	3197	100,0	55,0

* Rühmades, kus oli alla 20 haigusjuhu, analüüsi ei tehtud.

Viie aasta elulemus (vt. joonis 1) oli suurim limavähi puhul: tegelik elulemus 73,4% ja suhteline elulemus 78,3%, lobulaarse vähi (71,4% ja 75,0%) ning Pageti töve puhul (70,1% ja 77,8%). Viie aasta elulemus oli vähim sõrmusrakulise vähi juhtudel (47,2% ja 53,1%). Elulemus limavähi korral on suurim ka teiste autorite andmetel (17), sealjuures ka rahvastiku-vähiregistritel põhinevatel (3, 5). Kirjanduses on viiteid sõrmusrakulise rinnavähi halvale prognoosile (11). Ka meie uurimismaterjali põhjal ilmnes, et sõrmusrakulise vähi puhul on haigete elulemus veelgi väiksem kui duktaalse vähi puhul: viie aasta tegelik elulemus 58,8% ja suhteline elulemus 63,4%. J. M. Dixoni ja kaasautorite andmetel (7) moodustas pärast rinnanäärme kirurgilist ravi pikka aega (16...20 aastat) elus olnud haigetel duktaalse vähi esinemissagedus 27,7% ning teiste histoloogiliste erivariantide esinemissagedus 60,5%. Enamasti seostuvad nn. puhtad histoloogilised vähivormid haigete suurema elulemusega võrreldes kombineerunud vähivormidega, ent sõrmusrakulise ja duktaalse vähi prognoos on parem just siis, kui need on kombineerunud teiste histoloogiliste variantidega.



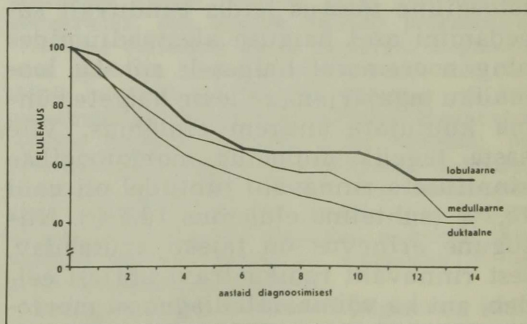
Joonis 1. Histoloogiliselt kinnitunud rinnavähk Eestis ajavahemikul 1968...1981: viie aasta suhteline elulemus koos 95% usalduspiiridega erinevate histoloogiliste tüüpide puhul. Täpistatud ala kujutab tegeliku elulemust.

Käesolevas uurimuses oli haigusjuhtude arv paljude histoloogiliste tüüpide puhul väike ning elulemusnäitude usalduspiirid laiad (vt. joonis 1). See tõttu on raske teha kaalukaid järeldusi haigete elulemuse erinevustest, lähtudes rinnavähi koelisest ehitusest. Statistiliselt usaldusväärseks saab pidada elulemusnäitude erinevust kahe kõige arvukamalt esindatud histoloogilise tüübi — duktaalse ja lobulaarse vähi korral (vt. joonis 2). Analüüs näitas, et lobulaarse vähi puhul oli haigete elulemus märkimisväärselt suurem kogu vaatlusperioodi vältel ($P < 0,05$). Suhteliselt soodsat prognoosi lobulaarse rinnavähi juhtudel võrreldes duktaalse vähi juhtudega on kirjeldanud mitmed autorid (2, 3, 4, 6, 7). Medullaarse vähi puhul osutus haigete elulemus kogu vaatlusajal kahe eelmainitu vahepealseks (vt. joonis 2): viie aasta tegelik elulemus oli 67,2% ja suhteline elulemus 71,2%. Mõne uurija andmetel on medullaarse vähi prognoos olnud duktaalse vähi prognoosist parem (15), kuigi on olnud ka vastupidiseid viiteid (4, 5).

Analüüsi tulemusena selgus, et haigete elulemus oli duktaalse vähi korral vaatlusajal väiksem kui ülejäänud histoloogiliste tüüpide korral kokku ($P < 0,01$). See on ka mõistetav, sest teiste

rinnavähi histoloogiliste erivormide korral, välja arvatud sõrmusrakuline vähk, on prognoos olnud tunduvalt parem. Et aga duktaalse vähi osatähtsus uurimismaterjalis oli suurim, peegeldas ta ligilähedaselt keskmist elulemust kõigi histoloogiliselt kinnitunud diagnoosiga rinnavähijuhtude lõikes (vt. joonis 1).

Niisiis võib öelda, et käesoleva uurimuse tulemused toetasid üldjoontes kirjanduse andmeid rinnavähi erinevate histoloogiliste variantide esinemissageduse kohta, samuti ka nende prognostilise tähenduse kohta. Viimasel ajal on rinnavähki käsitatud süsteemse pahaloomulise kasvajana (9). Seda hüpoteesi toetavad nii haiguse tekkimise kui ka kulu omapära, mistõttu ravimisel peetakse otstarbekaks lähtuda süsteemhaiguse puhustest põhimõtetest (20). Ehkki rinnavähi kui süsteemhaiguse kontseptsioon vaevalt et kehtib kõigil juhtudel, väärub taoline lähenemisviis arvestamist kliinilises praktikas. Esmapoones tähendab see, et igal üksikjuhul peaks haiguse kulu prognoosimisel ning ravi kavandamisel võimalikult täielikult hindama protsessi iseärasusi. Kirjanduse andmetel ei sõltu rinnavähki põdejate elulemus alati ja üheselt nn. tuntud prognostilistest teguritest — kasvaja levikut iseloomustavatest üldistest ning patohistoloogilistest tunnustest. Näiteks sedastas P. J. Dawson koos kaasautoritega (6), et 25 aastat pärast radikaaloperatsiooni elus olnud



Joonis 2. Lobulaarne, medullaarne ja duktaalne rinnavähk Eestis ajavahemikul 1968...1981: haigete tegelik elulemus.

haigetest leiti 63%-l algset kasvajasest lümfi- ja veresoonte invasiooni või metastaase regionaalsetes lümfisõlmedes, 12%-l oli algkolde läbimõõt üle 5 cm ning 11%-l esines koguni 4 või enam metastaasi kaenlaalustes lümfisõlmedes. Seetõttu võiks rinnavähi histoloogiline tüüp olla täiendavaks ja küllalt informatiivseks prognostiliseks lisakriteeriumiks.

KIRJANDUS: 1. Aareleid, T. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 3, 173—175. — 2. Bedwani, R., Vana, J., Rosner, D. a.o. Cancer, 1981, 47, 2769—2778. — 3. Bonett, A., Roder, D., Esterman, A. Community Health, 1982, 6, 223—227. — 4. Bonett, A., Roder, D., Esterman, A. Med. J. Aust., 1984, 141, 705—709. — 5. Cutler, S. J., Black, M. M., Mork, T. a.o. Cancer, 1969, 24, 653—667. — 6. Dawson, P. J., Ferguson, D. J., Karrison, J. Cancer, 1982, 50, 2131—2138. — 7. Dixon, J. M., Page, D. L., Anderson, T. J. Br. J. Surg., 1985, 72, 445—448. — 8. Droese, M. Arch. Dtsch. Krebs. Ges., 1979, 2, 65—74. — 9. Fisher, B. New Engl. J. Med., 1979, 301, 326—328. — 10. Hakulinen, T., Abeywickrama, K. H. Comput. Programs Biomed., 1985, 19, 197—207. — 11. Hull, M. T., Seo, J. S., Battersby, J. S. a.o. Am. J. Clin. Pathol., 1980, 73, 31—35. — 12. International Classification of Diseases for Oncology ICD-O. First Edition. WHO, Geneva, 1976. — 13. Lee, E. T. Statistical Methods for Survival Data Analysis. Belmont, 1980. — 14. Linell, F., Ljungberg, O., Andersson, I. Acta Pathol. Microbiol. Scand, A., 1980, Suppl. 272, 63—101. — 15. Morrison, A. S., Black, M. M., Lowe, C. R. a.o. Int. J. Cancer, 1973, 11, 261—273. — 16. Rilke, F., Andreola, S., Carbone, A. Semin. Oncol., 1978, 5, 4, 360—370. — 17. Rosen, P. P., Wang, T.-Y. Am. J. Clin. Pathol., 1980, 73, 304. — 18. Scarff, R. W., Torloni, H. Histological Typing of Breast Tumours. WHO, Geneva, 1968. — 19. Sugár, J., Toth, J., Tapolcsányi, L. In: Proceedings of the Seventh International Symposium on the Biological Characterization of Human Tumours. Advances in Tumour Prevention, Detection and Characterization. Vol. 4. Budapest. 1977. — 20. Urban, J. A. Cancer, 1986, 57, 636—643.

Summary

Female breast cancer in Estonia in 1968—1981: histological type and patients' survival. The prognostic importance of histological type in malignant breast tumours was studied using the data of the population-based Estonian Cancer Registry. During 1968—1981, 4,090 female breast cancer cases were diagnosed in Estonia (from this figure post-mortem cases were excluded). In 3,197 patients (72.8%), the breast cancer diagnosis was confirmed histologically. Among these cases, the ductal carcinoma predominated (81.6%). The lobular carcinoma was found in 6.8% of patients, medullary carcinoma — in 3.4% mucinous carcinoma — in 1.5%, Paget's disease

and signet ring cell carcinoma — both in 0.9%, and other or unspecified histological types — 0.4%.

The five-year relative survival rate (RSR) was 64.6% for patients with histologically verified breast cancer, and 19.5% for those with histologically non-verified breast cancer. The highest five-year RSR (78.3%) was seen in mucinous carcinoma. In Paget's disease, the five-year RSR was 77.8%, in lobular carcinoma — 75.0%, in medullary carcinoma — 71.2%, and in ductal carcinoma — 63.4%. The lowest five-year RSR was found in signet ring cell carcinoma — 53.1%. For all the 14-year follow-up period, the survival of patients with ductal carcinoma remained considerably lower than that of patients with lobular carcinoma ($p < 0.05$). There were no statistically significant differences in patients' survival rates concerning other histological types, since they were less frequent in our material.

Резюме

Рак молочной железы у женщин в Эстонии в 1968...1981 гг.: гистологический тип опухоли и выживаемость больных. Влияние гистологического типа рака молочной железы (PMЖ) на выживаемость больных изучалось на основе данных популяционного Эстонского регистра рака. В период 1968...1981 гг. в Эстонии PMЖ выявлен у 4090 женщин (больные, у которых PMЖ выявлен посмертно, были исключены из анализа). У 3197 (72,8%) больных диагноз PMЖ подтвержден гистологически. Среди этих случаев заболевания наиболее часто (86,1%) встречался дуктальный PMЖ. Лобулярный PMЖ выявлен у 6,8%, медуллярный PMЖ — у 3,4%, слизистый PMЖ — у 1,5%, болезнь Педжета и перстневидноклеточный PMЖ — оба у 0,9%, другие или неуточненные гистологические типы PMЖ — у 0,4% больных.

Пятилетняя относительная выживаемость (ОТВ) составляла 64,6% для всех больных с гистологически подтвержденным диагнозом PMЖ и 19,5% при отсутствии гистологического подтверждения. Наивысшая пятилетняя ОТВ наблюдалась при слизистом PMЖ (78,3%). При болезни Педжета пятилетняя ОТВ была у 77,8%, при лобулярном PMЖ — у 78,3%, при медуллярном PMЖ — у 71,2% и при дуктальном PMЖ — у 63,4%. Наиболее низкая выживаемость (пятилетняя ОТВ — 53,1%) наблюдалась при перстневидноклеточном PMЖ. На протяжении всего 14-летнего периода наблюдения выживаемость больных оказалась значительно выше при лобулярном PMЖ, чем при дуктальном PMЖ ($p < 0,05$). Различия в выживаемости больных при других гистологических типах, которые в нашем материале встречались с меньшей частотой, не являлись статистически достоверными.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut
Vabariiklik Onkoloogia-
keskus*

Intrapulmonaalse šundi ja alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi väärtuste olenevus määramis-meetoditest

Peeter Kivik Koit Kägo Ene Leesment
Anton Kivik · Tallinn

intrapulmonaalne šunt, alveool-arteriaalne hapnikudiferents

Igapäevases intensiivravi praktikas on vaja hinnata haigete välise gaasivahetuse näitajaid, et välja selgitada hüpoksia olemasolu ja selle patogenees. Kõrvuti sagedamini kasutatavate arteriaalse ja venoosse vere hapniku osarõhu ning hemoglobiini hapnikuküllastuse jälgimisega on tihti vaja hinnata kopsuvereringe seisundit kompleksnäitajate alusel. Nendeks on venoosse vere intrapulmonaalne šunteerimine (*pulmonary venous admixture*) ja alveool-arteriaalne hapnikudiferents (*alveolar-arterial oxygen tension difference*) ning mitmed teised tingimuste ühtlustamiseks kasutatavad indeksid. Käesoleva töö eesmärgiks oli anda hinnang mitme kirjanduses toodud intrapulmonaalse šundi arvutamise meetodi kohta ja võrrelda hemoglobiini hapnikuküllastuse määramise meetodeid ning hinnata nende mõju vere hapnikusalduse ja intrapulmonaalse šundi näitajatele.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuriti 54 südame isheemiatõve all kannatajat operatsioonijärgsel perioodil pärast aortokoronaarset šunteerimist oma veeniga. Haiget jaotati kahte rühma vastavalt sissehingatava hapniku fraktsioonile (FiO_2): esimeses rühmas oli FiO_2 1,0, teises oli FiO_2 väiksem kui 0,5. Esimese rühma haigete keskmine vanus oli 48,1 aastat (36...60) ja teises rühmas 54,8 aastat (33...73). Haigete kehatemperatuur oli 37...37,5 °C, mõõdetuna kaenlaõnes. Arteriaalne veri võeti radiaalarterisse paigaldatud kanüülist ja segatud venoosse veri kopsuarterist Swani-Ganzi kateetri kaudu. Hapniku osarõhk arteriaalses (PaO_2) ja venoosses veres (PvO_2) määrati mikroanalüsaatoriga AVL 945. Määramistulemused on temperatuuri suhtes korrigeerimata. Arteriaalse vere hapnikuküllastus

(SaO_2) ja venoosse vere hapnikuküllastus (SvO_2) määrati esimeses rühmas analüsaatoriga AVL 945 ja teises analüsaatoriga *Co-Oximeter* 482. Arteriaalse (CaO_2) ja venoosse vere hapnikusaldus (CvO_2) arvutati järgmiselt (6, 8):
 $CaO_2 = Hgb \times 1,39 \times SaO_2 / 100 + 0,0031 \times PaO_2$,
 $CvO_2 = Hgb \times 1,39 \times SvO_2 / 100 + 0,0031 \times PvO_2$.

Haiged olid intubeerituna juhitalval hingamisel. Hingamiskoeffitsient (RQ) määrati Engströmi «Erica» ainevahetusarvutiga. Kõikidel arvutati arteriovenoosne hapnikusalduse diferents ($Ca-vO_2$) (5, 7).

Esimeses haigeterühmas kasutati alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi ($AaDO_2$) ja intrapulmonaalse šundi (Qs/Qt) arvutamiseks järgmisi valemeid (3, 5, 6, 7, 8, 9, 10).

Alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi arvutamise:

$$1. AaDO_2(I) = PAO_2 - PaO_2, \text{ kusjuures} \\ PAO_2 = (PBaro - PH_2O) - PACO_2.$$

Intrapulmonaalse šundi väärtus määrati esimeses rühmas kahel meetodil.

I. Intrapulmonaalse šundi arvutamine $AaDO_2$ põhjal:

$$2. Qs/Qt(I) = \\ = \frac{AaDO_2(I) \times 0,0031}{AaDO_2(I) \times 0,0031 + (Ca-vO_2)} \times 100.$$

II. Intrapulmonaalse šundi arvutamine vere hapnikusalduse põhjal:

$$3. Qs/Qt(II) = \frac{CcO_2 - CaO_2}{CcO_2 - CvO_2} \times 100.$$

Teises haigeterühmas arvutati $AaDO_2$ ja Qs/Qt järgmiste valemite alusel (1, 6, 7).

Alveool-arteriaalne hapnikudiferents:

$$4. AaDO_2(II) = PAO_2 - PaO_2, \text{ kusjuures} \\ PAO_2 = (PBaro - PH_2O) \times FiO_2 - PACO_2.$$

Alveool-arteriaalne hapnikudiferents hingamiskoeffitsienti kasutades:

$$5. AaDO_2(RQ) = PAO_2 - PaO_2, \text{ kusjuures} \\ PAO_2 = PiO_2 - \frac{PACO_2}{RQ} + \\ + (PACO_2 \times FiO_2 - \frac{1 - RQ}{RQ})$$

ning $PiO_2 = (PBaro - PH_2O) \times FiO_2$.

Intrapulmonaalse šundi väärtus määrati teises rühmas kahel meetodil.

I. Kui $PaO_2 < 150$, siis arvutati intrapulmonaalne šunt järgmiselt (6):

$$6. Qs/Qt(III) = \frac{1}{1 + \frac{Ca-vO_2 \times 330}{AaDO_2(II)}} \times 100.$$

II. Kõikidel patsientidel arvutati $Qs/Qt(II)$, kasutades 3. valemite.

Valemite tähistused: PAO_2 — hapniku osarõhk alveolaarõhus (mmHg), $PBaro$ — tegelik õhurõhk (mmHg), PH_2O — küllastunud veeauru rõhk temperatuuril 37 °C (mmHg), $PACO_2$ — CO_2 osarõhk alveolaarõhus (mmHg). Viimase asemel on arvu-

Tabel 1. Alveool-arteriaalsed hapnikudiferentsid uuritud haigeterühmades ($M \pm m$)

Haigete- rühm	AaDO ₂ (I)	AaDO ₂ (II)	AaDO ₂ (RQ)
1. rühm	286,7 ± 29,15 (n=14)		
2. rühm		102,3 ± 6,66 (n=39)	109,1 ± 6,42 (n=31)

Tabel 2. Intrapulmonaalsed šundid uuritud haigeterühmades ($M \pm m$)

Haigete- rühm	Q _s /Q _t (II)	Q _s /Q _t (I)	Q _s /Q _t (III)
1. rühm	12,7 ± 0,01 (n=13)	12,9 ± 1,2 (n=13)	
2. rühm	11,2 ± 0,01 (n=39)		
PaO ₂ < 150			5,5 ± 0,5 (n=24)

tustes kasutatud PaCO₂, mis on praktiliselt rakendatav. CcO₂ — lõppkapillaarne hapnikusisaldus (ml/100 ml), mis leiti valemiga $CcO_2 = 1,39 \times \text{Hgb.} + 0,0031 (\text{PBaro} - \text{PH}_2\text{O}) \times \text{FiO}_2 - \text{PACO}_2, \text{PiO}_2$ — sissehingatava õhu hapniku osarõhk (mmHg).

Andmeid töödeldi arvutiga *Cadmus*. Väärtused on väljendatud aritmeetilise keskmisena ($M \pm m$), P väärtus on arvatud Welchi meetodil. Erinevust rühmade vahel peeti oluliseks, kui $P < 0,05$.

Uurimistulemused ja arutelu. Esimeses rühmas oli FiO₂ 1,0, teises 0,39 ± 0,01.

Tabelis 1 esitatud erinevused alveool-arteriaalse diferentsi osas on esimeses ja teises rühmas tingitud erinevustest FiO₂-s. Kasutades aga hingamisindekseid AaDO₂/FiO₂ ja AaDO₂/PaO₂ (9), ilmneb, et AaDO₂/FiO₂ oli rühmas, kus FiO₂ oli 1,0, 286,7 ± 29,2. Rühmas aga, kus FiO₂ oli 0,39, oli see indeks 259,7 ± 13,5. Indeks AaDO₂/PaO₂ oli esimeses rühmas 0,90 ± 0,2 ja teises 0,82 ± 0,1. Mõlema indeksi puhul oli erinevus rühmade vahel ebaoluline. Esitatud alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi standardiseerimine muudab mõõtmistulemused sissehingatava õhu erineva hapnikusisalduse puhul võrreldavaks. Teises rühmas esines tugev korrelatsioon AaDO₂(RQ) ja AaDO₂(II) vahel ($r=0,949$; $P < 0,0001$), mis võimaldab rakendada mõlemat meetodit võrde eduga.

Uurides intrapulmonaalse šundi eri-

nevust kahes rühmas, ilmneb, et 3. valem kasutamise korral oli šunt esimeses ja teises rühmas vastavalt 12,7 ± 0,01% ja 11,2 ± 0,01%; erinevus rühmade vahel ei olnud oluline. Esimeses rühmas, kus kasutati 2. valem, oli šundi suuruseks 12,9 ± 1,2%. Kõrvutades 2. ja 3. valem abil arvatud šundi väärtusi omavahel, ilmnes rühmas, kus FiO₂ oli 1,0, nendevaheline tugev korrelatsioon ($r=0,998$; $P < 0,0001$). See tõestab, et mõlemat meetodit saab nendes tingimustes rakendada võrdselt. Esimeses haigeterühmas ilmnes, et korrelatsioon alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi ja vere hapnikusisalduse alusel arvatud kopsusisese šundi (3) vahel oli statistiliselt ebaoluline, kuid AaDO₂(I) ja alveool-arteriaalse diferentsi alusel arvatud intrapulmonaalse šundi (2) vahel esines korrelatsioon ($r=0,565$; $P < 0,05$).

Teises rühmas ilmnes, et 3. valem järgi arvatud intrapulmonaalse šundi väärtusega võrreldes oli 6. valem järgi arvatud šundi väärtus oluliselt väiksem, vastavalt 11,2 ± 0,01 ja 5,5 ± 0,5, kusjuures nende omavahelist korrelatsiooni ei ilmnenud ($P < 0,05$). Ilmnes korrelatsioon alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi ja 6. valem abil arvatud intrapulmonaalse šundi vahel ($r=0,741$; $P < 0,0001$), kuid puudus AaDO₂(II) ja vere hapnikusisalduse alusel arvatud kopsusisese šundi (3) vahel ($P < 0,05$).

Käesolev töö kinnitab veel kord mitme autori poolt (1, 2, 4, 5, 7, 9) märgitud asjaolu, et alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi ja intrapulmonaalse šundi vahel lineaarne seos puudub. Korrelatsioon AaDO₂ ja Q_s/Q_t vahel oli parem, kui šundi arvutamiseks kasutati valem, milles esines näitaja AaDO₂.

Kirjanduses on andmeid selle kohta (1), et šunt mõõdetuna sissehingatava 100%-lise hapniku korral on suurem kui sissehingatava 40%-lise hapniku korral. On aga täheldatud ka vastupidist seost (6). Meie poolt uuritud haigete erinevate sissehingatava hapniku fraktsioonide korral šundi erinevust ei ilmnenud. Samas aga tekkis võimalus, et tegelikult esineda võiv šundi suure-

nemine, kui FiO_2 oli 1,0, oli mõjutatud arteriaalse ja venoosse vere hemoglobiini hapnikuküllastatuse mõõtmiseks kasutatud meetodika erinevuse poolt. Selle hüpoteesi kontrollimiseks mõõtsime 12 haigel SaO_2 ja SvO_2 paralleelselt mikroanalüsaatoriga AVL 945 (esimene rühm) ja analüsaatoriga *Co-Oximeter* 482 (teine rühm). Mõlemas rühmas oli FiO_2 $0,40 \pm 0,01$. SaO_2 arvutatuna mikroanalüsaatori poolt (esimene rühm) oli $99,1 \pm 0,13$ ja otseselt määratuna analüsaatoriga *Co-Oximeter* 482 (teine rühm) $97,5 \pm 0,14$ ($P < 0,0001$). Arteriaalse vere hapnikusaldus oli rühmiti vastavalt $15,7 \pm 0,52$ ja $15,5 \pm 0,51$, erinevus nende kahe rühma vahel oli ebaoluline. Olulist erinevust rühmade vahel tõenäosusega $P < 0,05$ ei ilmnenud ka SvO_2 ja CvO_2 osas. Qs/Qt määratuna 3. valemiga oli esimeses rühmas $5,9 \pm 1,05$ ja teises $10,2 \pm 1,01$ ($P < 0,01$). Seega leidis kinnitust hüpotees, mille järgi gaasianalüsaatori AVL 945 poolt arvutatud SaO_2 on suurem kui otseselt mõõdetud SaO_2 ning see tingiski esimeses rühmas keskmiselt 42,1% väiksema šundi kui teises rühmas. On tõenäoline, et tegelik šunt sissehingatava 100%-lise hapniku korral oli suurem kui sissehingatava 40%-lise hapniku korral.

Järeldused.

1. Alveool-arteriaalse diferentsi standardiseerimine hindamisindekseid kasutades võimaldab võrrelda uurimistulemusi sissehingatava hapniku eri fraktsioonide korral.

2. Vere hapnikusalduse alusel intrapulmonaalse šundi arvutamise meetod on laiemalt kasutatav, sest seda saab rakendada sissehingatava hapniku erineva kontsentratsiooni puhul.

3. On soovitatav kasutada hemoglobiini hapnikuga küllastatuse otsest mõõtmist analüsaatoriga *Co-Oximeter* 482, kuna analüsaatori AVL 945 poolt arvutatud SaO_2 alusel saadakse oluliselt väiksem intrapulmonaalse šundi väärtus, mis tegelikkusele ei vasta.

KIRJANDUS: 1. Douglas, M. E., Downs, J. B., Dannemiller, F. J. a.o. *Anesth. Analg.*, 1976, 55, 5, 688—693. — 2. Gilbert, R., Auchinloss, J. A., Kuppinger, M. a.o. *Crit. Care Med.*, 1979, 7, 6,

267—272. — 3. Gilbert, R., Keighley, J. F. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1974, 109, 1, 142—145. — 4. Räsänen, J., Downs, J. B. *Crit. Care Med.*, 1987, 15, 1, 88—89. — 5. Lawin, P., Scherer, R. *Störung der Äusseren Atmung*. In: *Praxis der Intensivbehandlung*. Stuttgart — New York, 1981. — 6. Niemer, M., Nemes, C. *Datenbuch Intensivmedizin*. Stuttgart — New York, 1981. — 7. Shapiro, A. R., Virgilio, R. V., Peters, R. M. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1977, 144, 4, 547—552. — 8. Vuori, A. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 1986, 30, 4, 277—280. — 9. Zetterstrom, H. *Acta Anaesthesiol. Scand.*, 1988, 32, 7, 579—584. — 10. Рябов, Г. А. Гипоксия критических состояний. М., 1988.

Summary

The dependence of venous admixture values and alveolar-arterial oxygen tension differences on the methods of measurement. In this article different methods for calculating venous admixture and alveolar-arterial oxygen tension difference are compared. Two groups of patients after aorto-coronary bypass grafting, whose $\text{FiO}_2 = 1.0$ and $\text{FiO}_2 < 0.5$, were investigated. When using indexes $\text{AaDO}_2/\text{PaO}_2$ and $\text{AaDO}_2/\text{FiO}_2$, statistically significant differences were not found. The lack of statistically significant differences in venous admixture between the groups may be the result of different methods used for the calculation of SaO_2 . It appeared, however, that the measured SaO_2 was notably smaller than the calculated one. In the group where FiO_2 was 0.4, the values of Qs/Qt obtained by calculated SaO_2 were by 42.1% smaller than those obtained by measuring.

Резюме

Зависимость значения внутрилегочного шунтирования и альвеолярартериальной разницы по кислороду от методов измерения. В статье рассматриваются различные методы вычисления внутрилегочного шунтирования справа налево и альвеолярартериальной разницы по кислороду. В двух группах пациентов, где вдыхаемая фракция кислорода после аортокоронарного шунтирования составляла 1,0 и менее 0,5 при использовании индексов $\text{AaDO}_2/\text{PaO}_2$ и $\text{AaDO}_2/\text{FiO}_2$, достоверной разницы между группами не было выявлено. Не было обнаружено также достоверной разницы между группами при внутрилегочном шунтировании. Имеющаяся разница является результатом использования разных методов для измерения насыщения гемоглобина кислородом. Для этой цели мы сравнивали прямое измерение насыщения гемоглобина кислородом с вычисленным значением. Вычисление насыщения гемоглобина кислородом дало более высокое значение и вместе с тем более низкий результат внутрилегочного шунтирования — 42,1%.

Tartu Ülikooli Eesti
Südamekeskus
Tallinna Linna Kiirabihaigla

Hüpertroofilise kardiomüopaatia morfoloogiline iseloomustus

Natalia Lapidus Enn Jõeste · Tallinn

hüpertroofiline kardiomüopaatia, morfoloogilised muutused, esinemissagedus

Hüpertroofilist kardiomüopaatiat tuntakse ka mitme teise nimetuse all: pseudoaortaalne stenoos, funktsionaalne subaortaalne stenoos, asümmeetriline septaalne hüpertroofia (2, 5), hüpertroofiline obstruktiivne kardiomüopaatia.

N. Palejev eristab asümmeetrilist ja sümmeetrilist kardiomüopaatiat (8). Üksikasjalikult kirjeldas haigust D. Teare 1958. a., esmakordselt aga A. Schmincke 1907. a. (5).

Haiguse eeldatavateks põhjusteks on südame arenguhäired embrüonaalperioodil ja pärilik kalduvus müokardi ainevahetuse häirete tekkeks. On teada haiguse perekondlik esinemine (1, 2, 4, 5, 9).

Haigestuda võib igas vanuses: I. Goodwini andmetel 2,5...55. eluaastani, kusjuures haigust esineb võrdse sagedusega nii meestel kui ka naistel (2), M. Kaltenbuchi andmetel põhiliselt lapse- ja noorukieas (3). A. Pomerance'i andmetel aga oli kolmandiku patsientide vanus üle 60 aasta (5). N. Krasnowi poolt jälgitud 20 haigest oli üle 60-aastasi 15, neist enamik naised (4).

Hüpertroofilise kardiomüopaatia tähtsamaks morfoloogiliseks tunnuseks on vatsakeste tugev hüpertroofia. Esinevad kardiomegalia, disproportsioon südame üldkaalu ja vasaku vatsakese kaalu vahel; vasaku vatsakese õõs on normaalne või vähenenud, parema vatsakese kaal on sageli suurenenud (1, 2, 5, 9). Histoloogiliselt on häiritud müofibrillide ruumiline orientatsioon, lihaskiud paiknevad kaootiliselt, moodustades keeriseid. Lihaskiudude vahele on tekkinud fibrooskude, rakutuomad on kahjustatud,

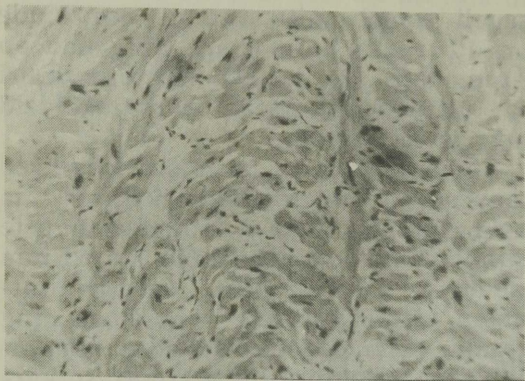
sageli esineb mitu tuuma, osa kiude on düstroofia tunnustega ning nad on tuumadeta (2, 4, 11). Histokeemilisi ja ultrastruktuurseid kõrvalekaldeid normist ei ole (3).

Tuleb arvestada, et morfoloogilised muutused on mittespetsiifilised ja neid võib olla ka teiste südamehaiguste puhul. Vaid kvantitatiivne kriteerium (südame lihaskiudude desorganisatsiooni aste vatsakeste vaheseinas ning vasaku vatsakese teistes osades) võimaldab teha järelduse hüpertroofilise kardiomüopaatia esinemise kohta (3). Sellel on tähtsus ka kliinikus — endokardiaalse biopsia alusel määratud diagnoos on vähem täpne ja vähem informatiivne kui ehokardiograafiline (3, 6).

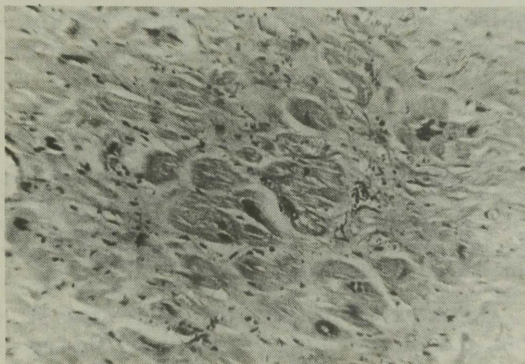
Uurimismaterjal. Analüüsiti Tallinna Linna Prosektuuris aastail 1977...1988 tehtud 10 722 lahangu protokollid. Kardiomüopaatia diagnoos oli 103 juhul (1%). Nendest esines hüpertroofiline kardiomüopaatia 11 juhul (0,1%).

Uurimistulemused ja arutelu. Hüpertroofilise kardiomüopaatia tagajärjel surnute vanus kõikus 27...80 aastani. Alla 60-aastasi oli 7 (64%) ning vanemaid 4 (36%). Nooremas haigeterühmas oli meeste ja naiste suhe 2,5:1, vanemas rühmas olid kõik haiged naised. Statsionaaris suri kaks kolmandikku patsientidest, pooled äkksurma tagajärjel. Haigus oli kulgenud ühel 10 aastat, kahel 5 aastat ja ühel haigel 2 aastat. Ülejäänud kuue kohta oli haiguse kestus teadmata. Haiglas viibimise aeg küündis 30 minutist 33 päevani. Kardiomüopaatia diagnoos oli õige 5 juhul (45%), nendest hüpertroofiline vorm 4 juhul, kusjuures diagnoos oli neil kõigil määratud ehokardiograafiliselt. 5 juhul (45%) oli valediagnoosiks südameisheemiatõbi (müokardiinfarkt, stenokardia, infarktijärgne kardioskleroos). Ühel juhul oli diagnoosiks reumatism. Katamnestiliselt on teada, et arteriaalne hüpertensioon puudus 6 (55%) haigel; südame rütmihäireid esines 6-l (55%), stenokardia oli 3 haigel (27%).

Südame kaal ja mõõtmed olid kõigil suurenenud (minimaalne kaal 470 g,



Mikrofoto 1.



Mikrofoto 2.

maksimaalne 1000 g, keskmine 674 g). Vasak südamevatsake oli alati hüpertrofeerunud, selle seina keskmine paksus oli 2,5 cm, üksikjuhtudel 3,0...4,0 cm. Parema südamevatsake oli hüpertrofeerunud 4-1 (36%), subaortaalne stenoos esines 5 juhul (45%).

Hüpertroofiaindeksit (11) andmete puudumise tõttu ei määratud. Seinapidist tromboosi vatsakeses täheldati kahel korral (18%).

Kopsuarteri trombemboolia esines kolmel korral (27%) ning see oli otseseks surma põhjuseks. Viimaste hulgas väärrib tähelepanu juhtum, kus üheaegselt kopsuarteri trombembooliaga esines ka põrna ja peaaju arterite trombembooliaid. Krooniline südamepuudulikkus oli 9 korral (82%).

Histoloogiline leid oli kõigil juhtudel tüüpiline, vastas eespool toodud kirjeldusele. Subaortaalse stenoosi diagnoosimine raskusi ei valmistanud: see selgus

lahangul ning leidis hiljem kinnitust morfoloogiliselt.

Et sümmeetrilise hüpertroofilise kardiomiopaatia 6 juhust oli 4-1 arteriaalne rõhk normaalne, siis diferentsiaaldiagnostilisi raskusi ei tekkinud. Kahel korral tekkis raskusi hüpertroofia päritolu selgitamisel, sest üheaegselt võivad esineda nii arteriaalne hüpertensioon kui ka hüpertroofiline kardiomiopaatia (3). Histoloogiliselt uuritud proovitükkides, mis on võetud vasakust vatsakesest, täheldasime kardiomiotsüütide tugevat hüpertroofiat, nende kaootilist paiknemist, müotsüütide ja nende tuumade värdjalikkust (vt. mikrofoto 1, 2). Kaaludes neid andmeid ning lähtudes makroskoopilisest leiust (südame kaal 700 g ja 990 g, vasaku vatsakese seina paksus 2,5 ja 3,0 cm), tulime järeldusele, et tegemist on hüpertroofilise müopaatia.

Kokkuvõte. Hüpertroofilist kardiomiopaatia esineb küllalt harva, suhe teiste kardiomiopaatia liikidega on 1:10. Seejuures on seda küllalt sageli täheldatud vanuritel. Hüpertroofilise kardiomiopaatia asümmeetrilise vormi diagnoosimine pole keerukas. Sümmeetrilise vormi diagnoos määratakse teiste südamehaiguste välistamise teel, kuna selle morfoloogiline pilt on mitte-spetsiifiline ja diagnoosimise patomorfoloogilised kriteeriumid napid.

KIRJANDUS: 1. Anderson, W. A. D., Kissane, J. M. Pathology, I., Saint Louis, 1977. — 2. Goodwin, J. F. Lancet, 1970, 7650, 731. — 3. Kaltenbach, M., Epstein, S. E. Hypertrophic Cardiomyopathy. The Therapeutic Role of Calcium Antagonists. Berlin — Heidelberg — New York, 1982. — 4. Krasnow, N., Stein, R. A. Am. Heart J., 1978, 96, 3, 326—336. — 5. Pomerance A., Davies, M. J. The Pathology of the Heart. Oxford — London — Edinburgh — Melbourne, 1975.

6. Антонов О. С., Часовских Г. Г. Кардиология, 1978, 5, 24. — 7. Мухарлямов Н. М. Кардиология, 1984, 8, 5. — 8. Палеев Н. Р., Найштут Г. М. Кардиология, 1978, 5, 14. — 9. Раппопорт Я. Л. Арх. патол., 1977, 4, 12. — 10. Розенберг В. Д. Врачебн. дело, 1987, 4, 61—63. — 11. Федосенко К. В., Аминева Х. К., Кузнецов И. И. В кн.: Гипертрофическая кардиомиопатия. Иммуитет, воспаление, иммунная система. Л., 1984, 143—144.

Summary

Morphological features of hypertrophic cardiomyopathy. In this work 11 cases of hypertrophic cardiomyopathy (HCMP) are described. Those fatal cases were taken to the Tallinn United City Prosectorium over the past 12 years. The ratio of HCMP to other forms of myopathy was 1:10. Asymmetric forms of HCMP were observed in half the cases. The diagnosis of symmetric forms of cardiomyopathy is difficult because their morphological features are not quite specific.

Резюме

Морфологическая характеристика гипертрофической кардиомиопатии. В настоящей работе рассматривается 11 случаев гипертрофической кардиомиопатии, имевших место в Таллиннской объединенной городской прозектуре за 12 лет. Соотношение гипертрофической кардиомиопатии и других ее видов составляет 1:10. Асимметрическая форма ГКМП имела место в половине случаев. Диагностика симметрической формы представляет известные трудности, так как ее морфологическая картина малоспецифична.

Tallinna Kõrabihaigla

31. augusti 1989. aasta seisuga on omandatud immuunpuudulikkuse sündroomiga (AIDS) haigete arv Aafrikas 31 146, Aasias 413, Ameerikas 119 662, Euroopas 25 219, Okeaanias 1525. Kokku on maailmas AIDS-i haigestunuid 177 965.

Weekly Epidemiol. Rec.,
1989, 64, 35, 225—226.

UDK 616.89-036.8:362.61

Suremus psühhoneuroloogilistes internaatkodudes

Peeter Ott · Võisiku
Jaan Anvelt Arved Reinvald · Valkla

psühhoneuroloogilised internaatkodud, hoolealuste suremus

Kirjanduse andmetel ületab psühhiaatriliste haigete üldine suremus kogu rahvastiku suremuse, kusjuures surma põhjused on mõlemal enamasti ühed ja samad. Otseselt on psüühilised haigused surma põhjuseks võrdlemisi harva, kuid teiste haiguste süvenemist soodustades võivad nad olla surma kaudseteks põhjusteks.

Psühhoneuroloogilise internaatkodu tüüpi hooldusasutuse töö üks olulisi näitajaid on hooldatavate suremus (3). Et meil selliseid andmeid seni avaldatud ei ole, võtsimegi ette uuritud nende saamiseks.

Uurimismaterjal ja -meetod. Andmed aastail 1983...1987 hooldatute arvu, nende soo, vanuse, surmajuhtude ja surma põhjuste kohta pärinevad Valkla ja Võisiku internaatkodust, kus elas alaliselt ligikaudu 1000 psühhiaatrilist haiget, I või II grupi invaliidi. Statistilised algmaterjalid olid järgmised. 1. Aastail 1983...1987 Valkla ja Võisiku internaatkodus surnute surmatunnistused (vorm 248) (Valklas surnutest lahati ligikaudu 20%, Võisikul surnutest vähem). 2. Aastail 1983...1988 Valkla Internaatkodus ning 1987. ja 1988. aastal Võisiku Internaatkodus hooldatute nimekirjad. 3. Hooldatute ambulatoorsed kaardid (vorm 025/y). 4. 40 000 Jõgeva rajooni elanikku (kontrollrühm) ja nende vanus 1983...1987. aasta 1. jaanuari seisuga. 5. Aastail 1983...1987 Jõgeva rajoonis surnute surmatunnistused, mis olid 30%-l juhtudest väljastatud pärast laiba lahkamist.

Andmeid surma põhjuste ja juhtude sesoonsuse kohta uurisime ekstensiiv-, üldsuremust aga intensiivnäitajate põhjal. Suremuse võrdlemiseks kasutasime nende näitajate ealise standardiseerimise otsest meetodit (5).

Uurimistulemused ja arutelu. Metoodilistel kaalutlustel võrdlesime kõigepealt meeste ja naiste suremust internaatkodus. Tabelist 1 selgub, et kuigi summaarselt oli naiste suremus meeste

Tabel 1. Aastail 1983...1987 Valkla Internaatkodus elanud meeste ja naiste suremuse standardiseeritud näitajad (1000 vastavast soost hoolealuse kohta).

Vanus aastates	Hoolealused (promillides summast)	Mehed		Naised	
		suremus	standardiseeritud näitaja	suremus	standardiseeritud näitaja
16...19	82,46	25,64	2,11	73,53	6,06
20...29	198,61	24,62	4,89	5,75	1,14
30...39	133,26	17,06	2,27	—	—
40...49	143,20	33,00	4,73	46,51	6,66
50...59	183,32	91,89	16,85	39,06	7,16
60...69	113,01	157,75	17,83	108,11	12,22
70 või vanemad	146,14	340,98	49,83	494,89	72,32
16 aastat või vanemad	1000	78,13	98,51	166,85	105,56

suremusest umbes kaks korda suurem (vastavalt 166,85 ja 78,13 tuhande kohta), sellist seaduspärasust erinevate vanuserühmade osas ei esinenud. Pärast standardiseerimist selgus, et naiste ja meeste suremus oli praktiliselt ühesugune, vastavalt 105,56 ja 98,51. Et erinevus soo järgi puudus, kasutasime edaspidistes arvutustes meeste ja naiste andmeid koos.

Üksnes 1987. aastal oli vanuse järgi standardiseeritud suremus mõlemas internaatkodus sama, ligikaudu 68 tuhande inimese kohta (vt. tabel 2), ning seega väiksem kui tabelis 1 toodud viie aasta keskmine: vaadeldava perioodi lõpuaastal vähenes suremus oluliselt. Sedasama kinnitavad ka 3. tabeli andmed. 1986. aastani ületas internaatkodus hooldatute suremus rajooni elanike suremuse 5...6 korda, 1987. aastal aga pisut üle 3 korra.

Nagu märgitud, on internaatkodule elanike suurema suremuse kaudseks põhjuseks nende psüühiline haigus, kuid arvesse tulevad ka hooldamise vead ning hiline hospitaliseerimine. Nende puuduste tõttu sureb mõni hoolealune varsti pärast internaatkodusse saabumist. Näiteks neist, kes Valkla Internaatkodus surid, oli 8,6% seal elanud alla ühe kuu, 30,5% aga 1...11 kuud.

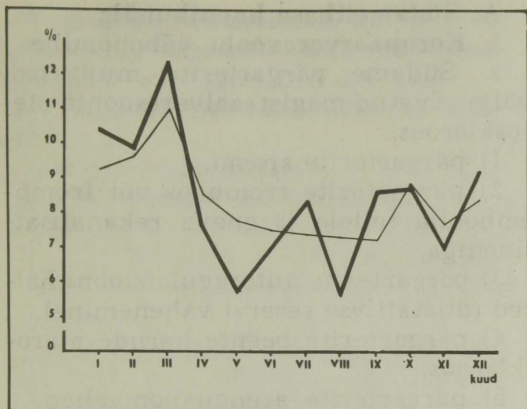
Tabel 2. Suremus 16-aastaste ja vanemate inimeste kohta 1987. aastal Valkla ja Võisiku internaatkodus (standardiseeritud Jõgeva rajooni elanike vanuse järgi)

Vanus aastates	Jõgeva rajooni elanikud (promillid summast)	Valkla Internaatkodu elanike suremuse standardiseeritud näitaja	Võisiku Internaatkodu elanike suremuse standardiseeritud näitaja
16...19	92,6	4,46	—
20...29	153,6	2,74	2,42
30...39	169,6	1,97	5,18
40...49	171,1	4,75	8,05
50...59	157,9	12,57	4,37
60 või vanemad	255,2	41,38	48,40
16 aastat või vanemad	1000	67,87	68,42

Et internaatkodule elanike suure suremuse põhjuseks ei ole halvad elutingimused, see selgus surma põhjuste uurimisel. Suremuse sesoonsus on internaatkodule elanikel samasugune kui kogu rajooni elanikel, üksnes suurema amplituudiga (vt. joonis). Mõlema rühma puhul oli surmajuhte sagedamini sügisel ja talvel, vähem maist septembrini, kusjuures kõige sagedamateks surma põhjusteks olid südame- ja veresoonte haigused: surmajuhtude üldarvust 84,58% internaatkodus ja 70,05% rajoonis. Surma põhjustena järgnesid internaatkodus närvisüsteemihäigused (3,82%), võrdsetel hinga-

Tabel 3. 16-aastaste ja vanemate suremus aastail 1983...1987 Jõgeva rajoonis ja Valkla Internaatkodus 1000 inimese kohta

Aasta	Jõgeva rajoon	Valkla Internaatkodu
1983	20,98	113,99
1984	20,77	127,27
1985	23,27	113,55
1986	19,25	116,24
1987	18,36	66,48
1983...1987 keskmiselt ühe aasta kohta,	20,43	107,49
sealhulgas standardiseeritult Jõgeva rajooni elanike järgi	—	105,38



Joonis. Aastail 1983...1987 surnute protsent surnute üldarvust. Katkendjoon näitab surnute protsenti surnute üldarvust Jõgeva rajoonis, pidevjoon Valkla ja Võisiku internaatkodus.

miselundite haigused ning õnnetusjuhtumid koos enesetappudega (3,18%), pahaloomulised kasvajakad (2,70%); rajoonis õnnetusjuhtumid koos enesetappudega (8,4%), pahaloomulised kasvajakad (12,18%), hingamiselundite haigused (3,80%) ja närvisüsteemihaigused (0,74%).

Kokkuvõte. Nagu kirjanduse andmeilgi (2, 4), ületas ka meie internaatkodude hoolealuste suremus rajooni elanike suremuse mitu korda. Internaatkodude hoolealuste suremus vähenes 1987. aastal, vähenemine jätkus ka 1988. aastal. Tõenäoliselt oli see tingitud hooldamise paranemisest. Oluline on tähelepanek, et internaatkodude elanikel esines õnnetusjuhtumeid koos enesetappudega harvem kui rajooni elanikel. Harvem olid neil surma põhjusena ka onkoloogilised haigused. See on ühelt poolt tingitud kasvajakate varajasest avastamisest ja haigete ravist ning teiselt poolt lahanguvate väikesest arvust, mistõttu jäid elupuhuselt diagnoosimata haigused ka avastamata.

KIRJANDUS: 1. Piesiur-Strehlow, B., Strehlow, U., Poser, W. Acta Psychiatr. Scand., 1986, 73, 3, 330—335.

2. Гольштейн Р. И. Здоровоохр. РСФСР, 1970, 1, 20—23. — 3. Дементьева Н. Ф., Жук И. А., Устинова Э. В. и др. Сов. здравоохр., 1982, 6, 26—30. — 4. Добжанский Т. Вопросы внут-

решней патологии у психически больных. М., 1973. — 5. Меркуев А. М. В кн.: Демографическая статистика. М., 1965, 93—102.

Summary

Mortality at mental handicap homes. A 5-year follow-up study of over a thousand mentally handicapped persons was performed. Over 40,000 inhabitants of a rural district served as a control group. The mortality rate of the mentally handicapped was estimated at about 3—5 times higher than that in the control group, standardized to the age of the latter. Nevertheless, the main causes of death in both groups were the same, and the monthly curves of death rates ran quite parallel.

Резюме

Смертность в психоневрологических домах-интернатах. В течение 5 лет велось наблюдение более чем за 1000 подопечных двух психоневрологических домов-интернатов для взрослых и более чем за 40 тыс. лиц старше 15 лет, проживающих в сельском районе, на территории которого расположен один из наблюдаемых домов-интернатов. Хотя стандартизованная общая смертность в домах-интернатах была значительно выше смертности населения района, в обоих случаях основные причины смерти совпадали и месячная кривая смертности имела одни и те же сезонные колебания.

Võisiku Internaatkodu
Valkla Internaatkodu

ÜLEVAATED

UDK 616.12-009.7/.72(046)

Stenokardiataoline valu

Kai Saks Elmut Laane · Tartu

koronarograafia, müokardi isheemia, müokardi ainevahetushäire, ekstrakardiaalne valu, funktsionaaldiagnostika

Sisehaiguste arstil tuleb sageli kokku puutuda haigetega, kes kaebavad valu rinnaku taga või vasakul pool rindkeres. Mitte alati ei ole võimalik küsitluse, objektiivse uurimise ja mitteinvasiivsete uuringute alusel eristada stenokardiat ja ebatüüpilist stenokardiat kardialgiast ning ekstrakardiaalsest valust. Alles selektiivne koronarograafia aitab selgitada, kas on tegemist südame magistraalsete pärgarterite ateroskleroosilise ahenemisega või mitte, ja kui on, siis millisel määral on need ahenenud.

Kardialgiliste vaevuste all kannatavatest haigetest, keda on uuritud koronarograafiliselt, on 5... 37% -l pärgarterid olnud kas kahjustamata või minimaalselt kahjustatud (3, 4, 18). Tinglikult nimetame seda rühma x-grupiks. Tartu Kliinilises Haiglas on neid koronarografeeritute hulgas viimastel aastatel olnud 33... 36%. Valust vabaneb ühe kuni nelja aasta jooksul pärast koronarograafilist uuringut 20... 70% x-sündroomiga haigetest (2, 3).

x-sündroomiga haigete rühm on valude päritolult äärmiselt heterogeenne. Toetudes kirjanduse andmetele ja isiklikele kogemustele, püüdsime luua nende valude patogeneetilist klassifikatsiooni, et selle konkretiseerimise taustal oleks võimalik individualiseerida ka ravi ja sekundaarset profülaktikat.

A. Südamelihase hapnikunälg

I. Koronaarverevoolu vähenemine

a. Südame pärgarterite muutused, välja arvatud magistraalveresoonte ateroskleroos:

- 1) pärgarterite spasm,
- 2) pärgarterite tromboos või tromboemboolia sellele järgneva rekanalisatsiooniga,
- 3) pärgarterite autoregulatsiooni häired (dilatatiivse reservi vähenemine),
- 4) pärgarterite peente harude ateroskleroos,
- 5) pärgarterite arenguanomaaliad,
- 6) pärgarterite põletikuline või allergiline kahjustus.

b. Südame pärgarterite ekstravasaalne kompressioon:

- 1) diastoolse rõhu tõus südamekambrites, eelkõige vasakus vatsakeses,
- 2) müokardi lõõgastumise häired,
- 3) nn. lihassildade esinemine pärgarteritel,
- 4) kasvajasõlmed, hemokromatoos, amüloidoos jt.

c. Koronaarse perfusioonirõhu langus:

- 1) arteriaalne hüpotoonia, eriti diastoolse rõhu langus,
- 2) koronaarse venoosse rõhu tõus (rõhu tõusust paremas kijas).

d. Koronaarse perfusioonaja lühenemine:

- 1) südame rütmihäired,
- 2) diastoli ülemäärane lühenemine,
- 3) diastoolse rõhu kiire langus aordis (aordi ateroskleroosist või veresoonte väikesest perifeersest takistusest tingituna).

Aordi algusosa haiguslikud muutused.

II. Müokardi hapnikuvajaduse mittekvade suurenemine:

- 1) ülemäärane keheline või vaimne koormus,
- 2) müokardi hüpertroofia.

III. Hapniku transpordi häired:

- 1) aneemia,
- 2) redutseeritud hemoglobiini hulga suurenemine arteriaalses veres,
- 3) hemoglobiini afiinsuse tõus hapniku suhtes (hemoglobiini-oksühemoglobiini dissotsiatsioonikõvera nihe),
- 4) methemoglobineemia (karboksühemoglobineemia).

IV. Hapniku omastamise häired müokardis (raku hingamisensüümide kaasasündinud või omandatud defektid)

B. Esmased ainevahetushäired müokardis:

- 1) neurotroofikahäired,
- 2) humoraalsed kahjustused,
- 3) elektrolüütide tasakaalu nihked,
- 4) müofibrillide ja interstitsiaalkoe põletikuline, allergiline või toksiline kahjustus.

C. Perikardi patoloogia (põletikuline, allergiline või toksiline kahjustus)

D. Mittekardiaalsed põhjused

I. Hingamiseldite patoloogia (restriktiivne ja obstruktiivne kopsukoe kahjustus, kopsukelmehaigused, hüperventilatsioon)

II. Seedetrakti patoloogia (söögitoruhaigused, gastroösofageaalrefluks, maolävisesuistiku spasm, mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõbi, sapipõiehaigused)

III. Närvisüsteemi talitluse patoloogia

a. Kesknärvisüsteemi patoloogia (neuroosid, valu fikseerumine tingitud refleksina, haiguslike muutustega refleksikaare teke teiste elundite kahjustusest tingituna, hüpofüsaar-dientsefaalpiirkonna kahjustus).

b. Perifeerse närvisüsteemi patoloogia (interkostaalneuralgia, lülisamba kaela-rinnaosa radikuliit).

IV. Luu- ja lihasehaigused (lülisamba osteokondroos, lihas-fastsikulaarsed sündroomid)

V. Diafragmahaigused (song, abstsess)

Ravi seisukohalt on eriti tähtis kindlaks teha, kas valu on põhjustanud hapnikunälg müokardis, vaatamata sellele, et südame suured pärgarterid ei ole stenoseerunud. Tänapäeval on mitmeid täpseid selle hindamise meetodeid: müokardi stsintigraafia radioaktiivse talliumi või tehneetsiumiga rahuolekus ja koormuse tingimustes, koormuspuhune radionukliidventrikulograafia, koronaarse arteriovenoosse diferentsi määramine laktaadi suhtes provokatsioonitesti ajal, tuumamagnetresonantstomograafia. Kahjuks ei ole praktiliselt ükski neist meetoditest meie vabariigi kliini-

lises praktikas kasutusel. Reaalsete võimaluste korral on arstidel valida kahe (mitte nii spetsiifilise) instrumentaalse uurimismeetodi vahel: kas elektrokardiograafia või ehokardiograafia. Elektrokardiograafias tuleks peale klassikaliste isheemia tunnuste — ST-segmendi nihked, T-sakkide muutused — hinnata ka R-sakkide voltaaži muutust (7). Ehokardiograafiliselt kindlakstehtud müokardiisheemia tunnusteks on peamiselt vasaku vatsakese seina liikumise häired. Koormustestide kasutamine peaks olema tunduvalt mitmekesisem, kui meil siiani tavaks on olnud. Peale kehalise koormuse testide — veloergomeetria, liikuvrada, step-test, kükketestid — soovitame rakendada ka psüühilise koormuse teste (eriülesanded personaalarvuti baasil, testülesanded paberil lahendamiseks, reageerimiskiruse ja -täpsuse testid), ka hüperventilatsioonitesti, külmaproovi, ravimteste (dipüridamool, isadriin, nitroglütseriin, kaaliumipreparaadid, β -adrenoblokaatorid, Ca-antagonistid), doseeritud Valsalva katsu, söögitorusisest elektrilise stimuleerimise testi.

Nii elektrokardiograafia kui ka ehokardiograafia tundlikkus isheemia avastamisel on 75...85%, seega kuni veerandil juhtudest võib hapnikunälg müokardis jääda avastamata.

Käesolevas ülevaates puudutaksime vaid mõningaid meie tingimustes rakendatavaid meetodikaid.

Südame pärgarterite spasm on vahel provotseeritav tungalterapreparaatidega (ergometriin, ergotamiin jt.). Uuringut on soovitatav teha koos koronarograafiaga. Tromboosiohu üle otsustamiseks tuleb määrata vere reoloogilised omadused ja trombotsüütide ning erütrotsüütide agregatsioonivõime. Võimaluse korral vääriksid määramist ka erütrotsüütide elastsed omadused. Koronaarveresoonte dilatatiivset reservi võib ligikaudselt hinnata nitroglütseriiniprooviga.

Südamelihase lõõgastumishäired tekitavad paljude südamehaiguste puhul, sageli juba enne kontraktiilse funktsiooni häirete avaldumist. Need võivad põhjustada koronaarverevoolu vähene-

mist, sest valdav osa arteriaalsest tsirkulatsioonist (umbes 80%) toimub koronaarsüsteemis just müokardi lõõgastuse ajal. Vatsakeste kontraktsiooni ajal tühjenevad koronaarveenid. Diastoolse funktsiooni hindamiseks võib kasutada apekskardiograafiat ja ehhokardiograafiat.

Väärtuslikku lisainformatsiooni annab müokardi kontraktiilse funktsiooni ja selle reservvõimaluste määramine. Nimelt on leitud, et suurel osal stenokardiataoliste valude all kannatavatest haigetest (20...35%) esineb kas väljendunud või latentne südamepuudulikkus (8, 17). Selle diagnoosimiseks võib kasutada ehhokardiograafiat, reokardiograafiat ja ventrikulograafiat, mõõta südamekambrite, eeskätt vasaku vatsakese rõhku. Ka müokardi kontraktiilse funktsiooni langus võib olla iseisvaks isheemia tekke põhjuseks südamelihases (15): rõhu tõusuga vatsakeses kaasneb pärgarterite ekstravasaalse kompressiooni suurenemine, diastoli suhtelise lühenemisega koos lüheneb ka koronaarse perfusiooni aeg ning rõhu tõus paremas kijas põhjustab koronaarse perfusioonirõhu gradiendi vähenemist. Seetõttu soodustab müokardi töö efektiivsuse langus mittevastavuse teket hapnikuvajaduse ja hapnikuga varustatuse vahel südamelihases.

Verd liikumapanevaks jõuks südame veresoontes on koronaarperfusiooni gradient, s. t. rõhkude vahe aordis (koronaararterite alguskoht) ja koronaarsiinuses (koronaarveenide lõpp). Haigusprotsessid, millega kaasneb rõhu langus aordis, võivad vähendada ka koronaarperfusiooni. Eriti kehtib see diastoolse rõhu languse kohta. Nimetatud mehhanismil põhineb isheemia teke näiteks aordiklappide kahjustuse korral, kusjuures lisanduvad ka teised faktorid, nagu vasaku vatsakese hüpertroofia ning seinasisese pinge tõus.

Venoosse rõhu tõus koronaarsüsteemis on enamasti tingitud rõhu tõusust paremas südamekijas ja -vatsakeses. Selle põhjuseks on rõhu tõus väikeses vereringes, mida omakorda põhjustavad primaarne pulmonaalne hüpertensioon,

kopsuarteri trombemboolia, krooniline kopsuhaigus või vasaku südamepoole puudulikkus. Rõhu mõõtmiseks koronaarsiinuses, ka paremas südamepooles, lihtsaid mitteinvasiivseid meetodeid ei ole. Seega tuleb arvestada venoosse rõhu tõusu võimalust koronaarsiinuses juhtudel, mil kliiniliselt on võimalik diagnoosida parema südamepoole ülekoormust.

Südame rütmihäired, millega kaasneb diastoli ülemäärane lühenemine, võivad oluliselt vähendada koronaarläbivoolutust. Ka juhul, mil südame löögisagedus jääb normi piiridesse, kuid diastoli kestus on lühenenud, võib tulemuseks olla koronaarläbivoolutuse vähenemine. Diastoli kestuse adekvaatsuse hindamiseks võib kasutada E. Laane meetodikat (20) või ka mõnda süstoli kestuse adekvaatsuse määramise valemit või tabelit.

Vere liikumine diastoli ajal toimub selle energia arvel, mis on salvestatud veresoone seinna venitusega süstoli ajal. Elastsetes veresoontes liigub veri ka diastoli ajal, kuigi aeglasemalt. Kui aort on rigiidne, langeb rõhk seal diastoli ajal kiiresti diastoolse platooni. Ülejäänud aja jooksul aga rõhk enam ei muutu ning seega peetub selles piirkonnas ka vere liikumine. Koronaarse perfusiooni seisukohalt ei ole selline seisund soodne. Rõhu muutumist aordis diastoli ajal saab kaudselt hinnata unearteril registreeritud sfügmogrammi alusel (20). Ka väga madala süsteemse arteriaalse toonuse puhul on aordi venitus süstoli ajal väike. Veresoonte üldist perifeerset takistust on võimalik hinnata reograafilisel meetodil või määrata arvutuse teel, teades südame minutimahu ja vererõhu väärtusi.

Et koronaararterid saavad alguse üsna aordi algusosas, siis võivad pärgarteri suistikud teatud juhtudel vere väljutuse ajal vasakust vatsakesest poolkuuklappide poolt osaliselt suletud saada. Seetõttu võib väheneda süstoolne koronaarne läbivoolutus. Raske koronaarpuudulikkus areneb siis, kui kahjustub aordi sein kas süfiliitilise aortiidi, ateroskleroosi või aneurüsmi korral, mille tagajärjel koronaarsuistikud

ahenevad. Aordi seisundi üle võib otsustada röntgenoloogilise ning ehokardiograafilise uuringu teel, röntgenkontrastainega tehtud uuringud annavad täpsema pildi.

Südamelihase isheemia võib tekkida ka täiesti tervel, kuid trennimata inimesel ülemäärase kehalise koormuse tingimuses (14). Müokardi hapnikuvajadus sel juhul suureneb kiiremini, kui seda suudab kompenseerida koronaarreserv. Sellest annavad tunnistust isheemilised muutused EKG-s. Koormuse edasise suurendamise korral võib tekkida stenokardiataoline valu. Analoogselt võib mõjuda ka intensiivne vaimne pingeline, millega kaasneb neerupealiste koore hormoonide otsene toksiline toime südamelihasesse.

Südamelihase hüpertroofia on oma olemuselt kompensatoorne protsess, mis varem või hiljem oma võimalused ammendab ning muutub patoloogiliseks hüpertroofiaks. Hüpertrofeerunud müokardi verevarustus on suhteliselt halb, sest veresoonte võrk ei suurene võrdeliselt müofibrillidega, väiksemaks jääb ka närvipõimikute tihedus. Hüpertroofia takistab südamelihase lõõgastumist, lihaskiud võivad pärgarterid kinni suruda.

Stenokardiataolisi valusid võivad põhjustada ka esmased ainevahetushäired. Näiteks võib sümpaatilise närvisüsteemi liigne aktiivsus pikema aja jooksul põhjustada sümpaatiliste ganglionide degenererumist, millele järgnevad müofibrillide troofika häired (21). Sümpaatilise ja parasümpaatilise närvisüsteemi toonus on rahuolekus tasakaalus. Ligikaudselt saab seda hinnata Blohmke meetodil R- ja T-sakkide amplituudide suhtega EKG V rinnalülites. Suhe R/T peaks olema 2...4. Selle suurenemine viitab sümpaatilise närvisüsteemi toonuse ülekaalule, vähenemine aga parasümpaatilise närvisüsteemi toonuse ülekaalule. Sümpaatilise närvisüsteemi reservi saab hinnata ravimtestiga — blokeerides parasümpaatilise närvisüsteemi atropiiniga, hindame südame löögisageduse ja löögimahu muutusi. Normaalne on südame löögisageduse suurenemine 30%.

Stenokardiataoliste valude põhjustajaks võivad olla ka kopsuventilatsiooni häired. Viimasel ajal on palju räägitud hüperventilatsioonisündroomist, mille põhjus arvatakse olevat kõrgema närvitalitluse häiretes. V. Abrossimovi arvates esineb seda sündroomi 6...11%-l terapeutilistest haigetest. Hüperventilatsiooni tagajärjeks on respiratoorne alkaloos. See omakorda võib provotseerida veresoonte spasmi peaaegu ja südame pärgarterites, suureneb ka hemoglobiini afiinsus hapniku suhtes. Kopsuventilatsiooni näitajad on rahuolekus suurenenud, süsihappegaasisisaldus arteriaalses veres vähenenud (<35 mmHg), vere pH on suurenenud. Diagnoosimise eesmärgil kasutatakse tahtliku hüperventilatsiooni testi ning registreeritakse kapnogramm. Normaalselt taastub esialgne CO₂-sisaldus 5...7 minuti jooksul, hüperventilatsioonisündroomi juhtudel aga alles 25...30 minutiks. Ka koronaarskleroosihaigetel tekitab hüperventilatsiooni proovi ajal sageli nii kliinilised kui ka elektrokardiograafilised müokardi isheemia tunnused.

Stenokardiataolist valu võivad põhjustada söögitoruhaigused, kusjuures kehaline koormus võib olla valu provotseerivaks faktoriks, näiteks gastroösofageaalse refluksi teke koormuse ajal. P. Schofield kaasautoritega (8) leidis x-sündroomi juhtudest 46%-l söögitoruhaiguslikke muutusi, samal ajal leiti koronaarskleroosi juhtudest vastavaid muutusi vähem kui 10%-l.

Südamelihase põletikulise, allergilise või toksilise kahjustuse diagnoosimine on keeruline. Olulist informatsiooni annab sellise haiguse kohta haige immunoloogilise seisundi määramine (spetsiifiline reaktsioon müokardi antigeeni suhtes), samuti müokardi kontraktsioonivõime ja selle reservvõimaste dünaamiline hindamine.

Stenokardiataoliste valude all kannatavatel, kuid kahjustamata koronaararteritega haigetel pole mitte alati võimalik põhidiagnoosi täpselt määrata. Probleem tervikuna on siiani lõpuni lahendamata ja ilmselt on nii mõnedki

stenokardiataoliste valude tekkepõhjusted meil veel teadmata.

KIRJANDUS: 1. Harrison, D. G., Florentine, M. S., Brooks, L. A. a. o. *Circulation*, 1988, 77, 5, 1108—1115. — 2. Faxon, D. P., McCabe, C. H., Kreigel, D. E. a. o. *Am. J. Med.*, 1982, 73, 4, 500—505. — 3. Kaindl, F., Zilcher, H. In: *Psychosomatic cardiovascular disorders — when and how to treat?* Bern—Stuttgart—Vienna, 1981, 212—219. — 4. Kuša, O., Luknarova, O., Riečanský, J. a. o. *Cor et Vasa*, 1987, 29, 3, 192—198. — 5. Ogata, I., Hiyamuta, K., Terasawa, M. a. o. *Jap. Heart J.*, 1986, 27, 2, 145—158. — 6. Rubenfire, M., Blevins, R. D., Barnhart, M. a. o. *Am. J. Cardiol.*, 1986, 57, 8, 657—660. — 7. Saks, K., Maaroo, J., Altraja, E. *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1984, 2, 94—96. — 8. Schofield, P. M., Brooks, N. H., Colgan, S. a. o. *Br. Heart J.*, 1987, 58, 3, 218—224.

9. Абросимов В. Н., Гармаш В. Я. *Тер. арх.*, 1988, 10, 136—140. — 10. Аллилуев И. Г. Клинико-инструментальная диагностика ранних и атипичных форм хронической ишемической болезни сердца. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1985. — 11. Аллилуев И. Г., Маколкин В. И., Аббакумов С. А. Боли в области сердца. М., 1985. — 12. Антонова Н. Ю., Бедненко В. С., Костенко И. Г. и др. *Кардиология*, 1985, 2, 64—68. — 13. Гасилин В. С., Сидоренко Б. А. *Стенокардия*. М., 1981. — 14. Завьялов А. И. *Физиол. чел.*, 1985, 2, 201—207. — 15. Кассирский Г. И., Дегтярева Е. А., Фомина Н. Г. *Тер. арх.*, 1988, 10, 19—23. — 16. Новикова, Е. Б. *Кардиология*, 1985, 2, 114—119. — 17. Сакс К. К. Неинвазивное определение резервных возможностей сократительной функции миокарда у больных ишемической болезнью сердца. Автореф. канд. дисс. мед. наук. Л., 1986. — 18. Самойленко Л. Е., Спичковъ В. Н., Лякишев А. А. *Кардиология*, 1988, 11, 71—74. — 19. Соколов Ю. Н. Венозная система сердца в механизме коронарной недостаточности и клинические критерии ее оценки. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Киев, 1981. — 20. Способ определения коронарного перфузионного давления. Методические рекомендации. Таллинн, 1987. — 21. Шхвацабая И. К. В кн.: *Руководство по кардиологии*. М., 1982, Т. 3, 5—49.

perfusion, the time factor of coronary blood flow, the presence of myocardial hypertrophy, the function of blood oxygen transport and the quality of intracellular respiratory enzymes.

Резюме

Стенокардоподобные боли. В обзоре рассматриваются возможные причины возникновения стенокардоподобных болей у больных без атеросклеротического поражения крупных венечных артерий. При дифференциальной диагностике важно отличать боль от ишемической реакции миокарда и т. п. Необходимо исследовать состояние венечных сосудов (спазм, тромбоз, нарушение авторегуляции, атеросклероз мелких сосудов, аномалии развития, воспалительное или аллергическое поражение венечных сосудов), выраженность внесосудистой компрессии (диастолическое давление в левом желудочке, нарушения релаксации миокарда, т. н. «мышечные мостики» над венечными артериями, узлы новообразований, гемохроматоз, амилоидоз), градиент коронарного перфузионного давления (давление в аорте и в правом предсердии), временные характеристики для совершенствования коронарного кровообращения (суммарное диастолическое время, скорость снижения давления в аорте во время диастолы, общее периферическое сопротивление сосудов).

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
sisehaiguste propedeutika kateeder

Summary

Angina-like chest pain. This review deals with the causes of angina-like chest pain in patients with undamaged coronary arteries. It is important to differentiate the pain caused by myocardial ischemia from that caused by primary metabolic disorders in the myocardium or by some extracardiac factors. It is also important to evaluate the following aspects: the functional state of coronary arteries, the extent of extravasal compression, the pressure gradient of coronary

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

UDK 616-056.7-07-079.4

Aarskogi sündroom

Aaro Toomela · Tartu

Aarskogi sündroom, autosoom-dominantne pärilikkus, harva esinev täielik kliiniline pilt naistel

1970. aastal kirjeldas D. Aarskog sündroomi, mille puhul on kombineerunud lühike kasv, näo düsmorfsed jooned, väikesed käed ja sallitaoline skrootum (1). Praeguseks on maailmas andmeid ligikaudu saja haige kohta. Eestis seda sündroomi meie teada varem kirjeldatud ei ole.

Aarskogi sündroomi tunnused jaotatakse esinemisajal järgi kolme rühma: põhi-, lisa- ja üksiktunnused (vt. tabel 1).

Sündroomi pärandumise viis ei ole selge. Enamik autoreid peab seda X-liiteliseks retsessiivseks haiguseks (2, 3, 4, 6, 7), kuid on ka arvamusi, et tegemist on autosoom-dominantse, võimalik, et soost sõltuva pärandumistüübiga (5, 8). Kirjeldatud on kromosoomi anomaalia juhtu (2), kus emal ja pojalt leiti X-autosoomi translokatsioon, mis kutsus emale esile punktmutatsiooni Aarskogi sündroomi lookuses (nähtavasti Xq13). Võimalik on ka X-liitelise retsessiivne pärilikkus ühtedes ja autosoom-dominantne soost sõltuv pärilikkus teistes perekondades (8). Etniline spetsiifilisus sündroomil puudub, puuduvad ka andmed selle esinemisajal kohta (6).

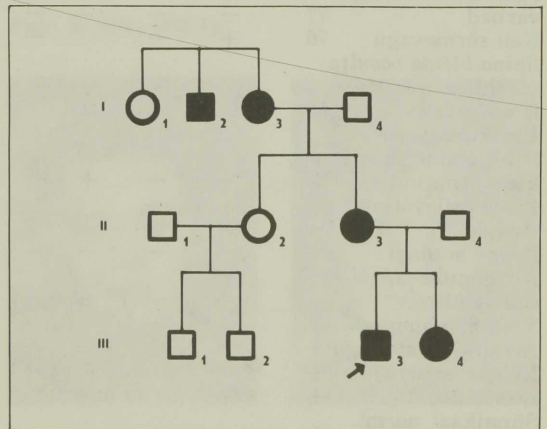
Autor tänab abi eest artikli valmimisel A.-V. Mikelsaart (Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut).

Haigetel esineb küllalt sageli krüptorhismi, mis vajab õigeaegset kirurgilist ravi (6). Üksikjuhtudel on kirjeldatud vaimse arengu häireid (5, 8). Sündroomu eluiga ei mõjuta (6).

Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb Aarskogi sündroomi eristada Noonani ja Robinow' sündroomidest (4).

Järgnevalt kirjeldame Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla psühhoneuroloogiaosakonnas diagnoositud haigusjuhte (vt. perekonna sugupuud joonisel).

Haigusjuht 1. Proband A. S. (III, 3) (vt. fotod 1, 2, 3 ja 4) (haiguslugu 91a/1988), 6-aastane, rahvuselt venelane. On sündinud esimesest rasedusest. Raseduse ajal esines emal *Nephropathia gravidarum*, raseduse lõpul äge nohu. Sünnitus ajaline. Sünnitusel looteveed rohekad, Apgari hinne 1 minuti järel 7 ja 5 minuti järel 8 palli. Lapse sünnikaal 2420 g, -pikkus 44 cm. Sünnitusmajast suunati seitsmepäevane laps vastsündinute patoloogia osakonda ravile, seal diagnoositi tal *Hypotrophia congenita* II aste. *Encephalopathia perinatalis (Diplegia spastica)* II aste. Kuuenda eluaastani pandi mitmeid neuroloogilisi diagnoose: *Paralysis cereбрalis infantilis: Diplegia spastica* II; *Paralysis cereбрalis infantilis: Hemiparesis spastica sinistra* II; *Oligophrenia*. Psühhomotoorne areng oli aeglane: kõndima hakkas laps aasta viie kuu vanuselt, esimesed sõnad ütles viie aasta vanuselt. Ühel korral oli põdenud püelonefriiti, korduvalt rinofarüngiiti. Osakonda saabumisel: pikkus 105 cm (normi alumine piir 107 cm), pea ümbermõõt 50 cm (normaalne). Mikroanomaaliad on toodud tabelis 1. Põhitunnuste kõrval väärub märkimist ka hüpertrihoosi, sünofriisi ja epikantuse olemasolu, mida kirjanduse andmeil siiani kirjeldatud ei ole. Neuroloogiliselt: kerge spastiline diplegia (jalgades oli lihasetoonus kergelt tõusnud rohkem kui kätes,



Joonisel perekonna sugupuu.

Tabel 1. Aarskogi sündroomi tunnused uuritud perekonnas

Tunnused	Grieri järgi (prot-sentides)*	III,3	III,4	II,3	I,3
Põhitunnus					
Lühike kasv	88	+	-	+	+
Ümmargune nägu	82	+	+	+	-
Hüpertelorism	87	+	+	±	±
Lame ninajuur	87	+	+	+	+
Ettepoõratud sõõrmetega lühike nina	87	+	+	+	+
Pikk <i>filtrum</i>	84	+	-	+	±
Sallitaoline skroootum	81	+			
Lühikesed käelabad, sõrmed	82	+	-	+	+
Lühikesed ja lame-dad labajalad	57	+	-	+	+
Normaalne intellekt	88	-	+	+	+
Paksud pehmed kõrvalestad	76	+	+	+	-
Lisatunnused					
Krüptorhism	72	+			
Kubemesong	58	-	-	-	-
Kõrvade vale asetsus ja/või malrotsatsioon	60	+	-	-	-
Sõrmede kerge sündaktüülia	63	+	-	-	+
Liigeste hüpermo-biilsus	79	+	-	-	+
Klinodaktüülia	68	+	-	-	+
Rinnaku anomaa-lia (eriti lehterrind)	57	+	±	-	-
Ülalõualuu hüpo-plaasia	80	-	-	-	-
Ptoos	52	+	-	-	-
Antimongoloidne silmalõige	69	+	-	-	-
Jämenenud otstega varbad	77	-	-	-	-
Neli sõrmevagu	70	+	-	-	-
<i>Spina bifida occulta</i> või lüülsamba kae-laosa defekt	52	+	ei uuritud		
Üksiktunnused					
Kiilutaoline juuste kasv otsmikul	+	-	-	+	-
Lame esilevõlvuv otsmik	+	+	+	+	+
Kõrge suulagi	+	-	-	-	-
Kurgunibu ja/või suulaelõhe	+	-	-	-	-
Vale hambumus	+	-	-	-	-
Alahuulealune vagu	+	+	+	+	-
Lühike kael	+	+	-	-	-
Lisaroided	+	+	ei uuritud		
Sünnikaal normi alumisel piiril või alla selle	+	+	-	pole andmeid	

Sage hingamistee-de nakkushaiguste põdemine	+	+	-	+	-
Ülevenitatav nahk	+	-	-	-	-
Skalbi ja koljuluude defekt (7)		-	-	-	-
Kromosoomiano-maalia (2)		-	ei uuritud		
Kõõrsilmsus (6)		-	-	-	-
Hüpermetroopia (6)		-	-	-	-
Üks painutusvagu					
V sõrmel (6)		+	-	-	-
Peenike ülahaal (3)		+	+	+	+
Kõne arengu peetus (3)		+	**	-	-
Erineval tasandil silmad (8)		+	-	+	+
Esmakordselt kirjeldatavad tunnused					
Hüpertrihhoos		+	-	+	+
Sünofriis		+	±	+	+
Epikantus		+	+	-	-
Sadulemakas		ei uuritud		+	ei uuritud

* Tabel on põhiliselt koostatud R. E. Grieri ja kaasautorite (5) ülevaateartikli järgi. Kui info pärineb teistelt autoritelt, on lisatud kirjandusallika number.

** Meil alaalia.

kõõlus-periostaalrefleksid jalgadel elavnenu-d, kõnnak kohmakas). Logopeed diagnoosis alaaliast tulenevat alakõne I astet, meditsiinipsühholoog vaimse arengu mahajäämust mittediferentseeritavas astmes. Silmapatoloogiat ei esinenud. Lüli-samba kaelaosast tehtud röntgeniülesvõttel on näha, et puudub IV kaelalüli lülkeha (vt. foto 5), rindkerest tehtud ülesvõttel on näha hüoplas-tiline XIII roidepaar. Ehoskoopiline uuring

Tabel 2. Aarskogi sündroomi tunnused uuritud perekonnaliikmetel (vt. fotod)

Tunnused	I,1	I,2	I,4	II,4
Hüpertelorism	-	-	-*	-
Ümmargune nägu	-	-	-	-
Lai ninajuur	±	+	-	-
Ettepoõratud sõõrmetega lühike nina	+	+	-	-
Pikk <i>filtrum</i>	±	+	-	-
Antimongoloidne silmalõige	-	+	-	-
Kõõrsilmsus	-	+	-	-
Alahuulealune vagu	-	+	+	-
Paksud kõrvalestad	-	+	-	-
Epikantus	-	-	-	-
Sünofriis	+	-	+	-
Peenike sissepoõratud ülahaal	-	-	-	-
Silmade madal asetsus	-	+	-	-
Erineval tasandil silmad	+	+	-	-

* Hüpertelorism



Foto 1. Proband (III,3) (ümarmargune nägu, hüpertelorism, lame ninajuur, lühike nina ettepööratud söörmetega, pikk filtrum, antimongoloidne silmalõige, silmad erineval tasandil, sünofriis, epikanthus).

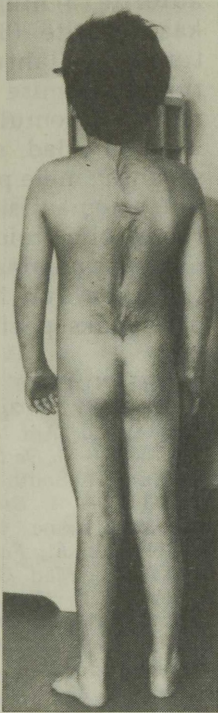


Foto 4. Proband (III,3) (hüpertrihhoos).

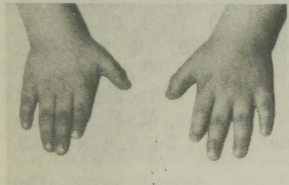


Foto 2. Proband (III,3) (brahhüdaktüülia, kerge sündaktüülia, klinodaktüülia).

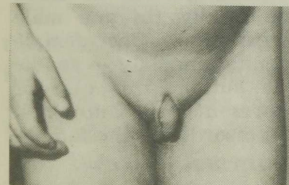


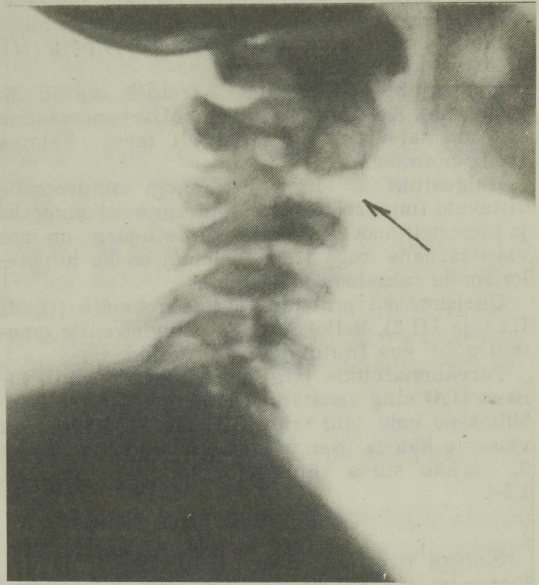
Foto 3. Proband (III,3) (sallitaoline skrootum, krüptorhism).

südamest: mitraalklapi I astme prolaps (anomaalne laperdav keelik). EKG normaalne. Siseelundite ehhoskoopia: neerud, maks, kõhunääre mõõtmelt normis, sapipõis suhteiselt väike, 30×10 mm. Kromosoomid 46 XY.

Iseloomuliku anomaaliatega kogumi järgi määrati diagnoosiks Aarskogi sündroom.

Haigusjuht 2. Sibs III,4 (vt. foto 6), 10-kuune tütarlaps. Sünninud teisest normaalselt kulgenud rasedusest, emal tehtud keisrilõige. Laps ajaline, sünnikaal 3200 g ja -pikkus 50 cm. Varane areng, kõik kehämõõtmed uuringu ajal normi piires. Laps neuroloogiliselt terve. Mikroanomaaliatega kohta saab teavet tabelist 1.

Haigusjuht 3. Ema II,3 (vt. fotod 7 ja 8). Sünni kohta andmed puuduvad. Pikkus 160 cm. Vaimne areng normaalne. Suhteliselt tihti on põdenud angiini, üle ühe korra aastas. Mikroanomaaliatega väärib eriti rõhutamist sadulemaka esinemine (vt. tabel 1). Naistel genitaalide ano-



Röntgenogramm 5. Proband (III,3). Kaelalülide anomaalia (märgitud noolega).



Foto 6. Sibs (III,4).



Foto 8. Ema II,3



Foto 7. Ema II,3 (foto tehtud ligikaudu 5 aasta vanusena).



Foto 9. Vanaema I,3.

maaliat Aarskogi sündroomi korral meie andmetel seni kirjeldatud ei ole. Fotode 1 ja 7 võrdlemisel torkab silma ema umbes 5-aastasena ja poja (III, 3) näo suur sarnasus.

Haigusjuht 4. Vanaema I,3 (foto 9, tehtud 25-aastasena). Kehapikkus 150 cm. Mikroanomaaliad esitatud tabelis 1. Somaatilisel terve. Vaimne areng normaalne.

Haigusjuht 5. II,2 — Aarskogi sündroomile viitavaid tunnuseid ei ole, kuid esinevad sünofriis ja hüpertrihoos. Kui otsustada foto järgi, on laps väga sarnane isaga (I,4), mõlemal on ka hüpoteorism ja suhteliselt suur nina.

Uurisime ka probandi tädi perekonda (II, 1; III,1 ja III,2), kellel Aarskogi sündroomile omaiseid põhi- ega lisatunnuseid ei olnud.

Perekonnafotode järgi uurisime probandi vaimu (I,4) ning vanatädi (I,1) ja tema venda (I,2). Viimased kaks olid samuti lühikekskasvulised ja väikeste kätega. Nende kohta on andmed tabelis 2. Torkab silma sündroomi tunnuste paljusid I,2-l.

Seega on kirjeldatud juhtudel jälgitud Aarskogi sündroomi esinemist kolmes sugupõlves. Seejuures teises ja kolmandas sugupõlves esineb emal (II,3) ja pojalt (III,3) täielik haiguspilt, enamik haigustunnuseid on olemas ka probandi vanaemal (I,3) ja sibil III,4 (hiljem võib tal lisanduda kasvupeetus; kirjanduse andmetel on sünnipikkus Aarskogi sündroomi juhtudel enamasti normaalne). Arvestades, et enamik põhitunnuseid on neil olemas, on neil ka sündroom täielikult väljendunud. Kui otsustada foto ja õe kirjelduse järgi, on Aarskogi sündroomiga tõenäoliselt ka I,2. Et sündroom on täielikult jälgitav kolme põlvkonna kestel, arvame, et tegemist on autosoom-dominantse pärandumistüübiga.

Alaalia, vaimse arengu mahajäämus ja neuroloogiline leid on probandil A. S. (III,3) nähtavasti perinataalse ajukahjustuse tagajärjeks ning see ei ole antud sündroomiga põhjuslikus seoses.

Ka sünofriisi ja hüpertrihoosi tuleb pidada sündroomist sõltumatuks, sest need on olemas nii sündroomikandjatel kui ka tervetel (II,2 ja I,4).

Eriti väärib rõhutamist sadulemaka esinemine II,3-l. Siiani pole Aarskogi sündroomi korral naistel genitaalide anomaaliad meie andmetel veel kirjeldatud (2).

Antud uuringu tulemusi silmas pidades tuleb nõustuda R. E. Grieri ja kaas-

autorite (5) ning M. J. Van de Vooreni ja kaasautorite (8) arvamusega, et põhitunnustest lähtudes — sallitaolise skrootumi esinemise võimatus naistel, samuti neile iseloomulik väike kasv, väikesed käed ja jalad, sündroomi ohutus tervisele ning meie poolt kirjeldatud genitaalide anomaalia — võib Aarskogi sündroom olla täielikult väljendunud ka naistel nendest perekondadest, kus sündroomi on X-liiteliselt retsessiivselt päritavaks peetud.

KIRJANDUS: 1. Aarskog, D. J. *Pediatr.*, 1970, 77, 856—861. — 2. Bawle, E., Tyrkus, M., Lipman, S. a.o. *Am. J. Med. Genet.*, 1984, 17, 3, 595—602. — 3. De Saxe, M., Kromberg, J. G. R., Jenkins, T. *South Afr. Med. J.*, 1984, 65, 8, 299—302. — 4. Escobar, V., Weaver, D. D. J. *Am. Med. Assoc.*, 1978, 240, 24, 2638—2641. — 5. Grier, R. E., Farrington, F. H. Kending, R. a. o. *Am. J. Med. Genet.*, 1983, 15, 1, 39—46. — 6. Hoo, J. J. *Clin. Genet.*, 1979, 16, 269—276. — 7. Van den Bergh, P., Fryns, J. P., Wilms, G. a.o. *Clin. Genet.*, 1984, 25, 3, 288—294. — 8. Van de Vooren, M. J., Niermeijer, M. F., Hoogboom, A. I. M. *Clin. Genet.*, 1983, 24, 6, 439—445.

Summary

Aarskog's syndrome. The author describes some clinical features of Aarskog's syndrome which consists of deformed facial contours, small arms, genital anomaly and stunted growth in three generations of the same family (in one male and in three female patients). One female patient had a very rare genital anomaly — saddle womb. According to the author, this case of Aarskog's syndrome represents an autosomal dominant inheritance type disorder in the family.

Резюме

Синдром Аарскога. Описывается синдром Аарскога, который выражается в комбинации дисморфных черт лица с маленькими руками, аномалией гениталий и низким ростом. Синдром наблюдался у одного мужчины и трех женщин, представлявших три поколения одной семьи. У одной женщины выявлена аномалия гениталий (седловидная матка), которая еще не была описана у женщин с этим синдромом. По мнению автора, в данной семье имеет место аутосомодоминантный тип наследственности.

Tartu Linna Kliiniline Lastehaigla

UDK 616-006.443-07-08-053.37

Luu eosinofiilne granuloom

Mari Majass Enn Tuulik · Tallinn

retikulohistiotsütoosid, eosinofiilne granuloom, kliinik, diagnoosimine, ravi

Eosinofiilne granuloom on kasvaja-taoline retikuloendoteliaalkoelise päritoluga luukoehaigus, mille morfoloogiliseks iseärasuseks on eosinofiilsete leukotsüütide kogumid luude destruktioonikolletes (4, 6, 9, 11).

Esimest korda kirjeldas vene patoanatom Taratõnov 1913. aastal haigust pseudotuberkuloosse granuloomina. Eosinofiilse granuloomi nimetuse võtsid 1944. aastal kasutusele L. Lichtenstein ja H. Jaffe (6, 8, 9, 12).

Praeguses klassifikatsioonis 1953. aastast eristatakse luuliste kollete leviku järgi kolme histiotsütoosi x-vormi (1, 3, 4, 6, 8, 9, 10):

1. Eosinofiilne granuloom. Esineb üksik- ehk solitaarne luudefekt.

2. Lettereri-Siwe tõbi. Esinevad multilokulaarsed kolded nii luudes kui ka teistes retikuloendoteliaalkude sisaldavates elundites, nagu maksas, põrnas, lümfisõlmedes või mujal.

3. Luuline ksantomatoos ehk Handi-Schülleri-Christiani tõbi. Luudefektidele on lisandunud ka üldsümptoomid, mille põhjuseks võib olla hüpofüüsi eessagara ärritus hüpotalamuse piirkonna luude kahjustusest tingituna.

Eosinofiilset granuloomi on diagnoositud peamiselt lastel ja sagedamini 6...10 aasta vanustel poisslastel (44%). Üldse on haigust avastatud 1...64 aasta vanustel (6, 9, 10).

Haiguse etioloogia ja patogenees on veel lõplikult välja selgitamata. Haiguse teket on seostatud trauma, allergia ja põetud nakkushaigustega (6, 9).

Eosinofiilse granuloomi koldeid on sagedamini leitud ajukolju luudes (13%), pikkade toruluude metafüüsides

(26%), vaagnaluudes (27%) ja lülisambas (25%), harvem roietes, abaluus või mujal. Eosinofiilse granuloomi solitaarse vormi korral esinevad luudefektid sagedamini reie- ja vaagnaluudes, dissemineerunud vormi korral selgroolülides ja ajukolju luudes (9).

Eosinofiilse granuloomi solitaarse vormi kliiniline pilt on tagasihoidlik. Eosinofiilse granuloomi multilokulaarne vorm sarnaneb kullult ägeda nakkushaigusega, kaasnedes võivad seedetrakti ning maksa kahjustus. Luulisele ksantomatoosile on iseloomulik klassikaline triaad — luudefektid, eksoftalmia ja magediabeet (7, 9).

Kliinilis-röntgenoloogilise kulu alusel eristatakse haiguse kolme faasi: progresseeruv destruktioon, protsessi stabiliseerumine ja paranemisfaas (3, 12).

Röntgenipildil on nähtavad ümara või ovaalse kuju, ebakorrapäraste kontuuridega destruktioonikolded peamiselt säsiaines. Korteks luudefektide kohal on tunduvalt õhenenud ning esineb periostaalreaktsioon. Kollete ümber tekivad teravalt piirdunud skleerrootilised tsoonid. Esmaste sümptoomide ilmnemisest kuni röntgenoloogilise leiu kujunemiseni kulub keskmiselt kolm kuud (2, 3, 12).

Haiguse algus on alaäge, harvem äge. Esimeseks sümptomiks on tavaliselt valu kahjustuskolde kohal, kusjuures valu tugevneb rahuolekus öösel. Üldsümptoomidena kaasuvad palavik, nõrkus, isutus ja kahheksia. Settereaktsioon on kiirenenud, 20...25 mm/t. Eosinofiiliat täheldatakse 5...20%-l haigetest. Esineda võivad leukopeenia ja monotsütopeenia. Leukotsütoos kujuneb välja vaid suurte kollete korral (9, 12).

Haiguse patomorfoloogiline diagnoosimine põhineb biopsia teel saadud materjali histoloogilisel ja tsütoloogilisel uuringul (8).

Eosinofiilse granuloomikolde moodustab pehme hallikaspruun mass, millel ei ole kapslit. Väljakaapimisel on kude ümbritsevast luukoest kergesti eemaldatav (6).

Iseloomulik on eosinofiilsete leukotsüütide paiknemine difuusselt või eraldi kogumina. Kolle koosneb põhiliselt retikulaarkoe rakkudest ning mitmetuumsetest hiidrakkudest. Võib leiduda ka neutrofiilseid leukotsüüte, plasmarakke, histiotsüüte ja lümfotsüüte. Luulise ksantomatoosi puhul on tüüpiline lipoide sisaldavate makrofaagide (ksantomirakkude) ülekaal, rohkem leidub ka plasmarakke. Rakkude proliferatsioon avaldub eeskätt multilokulaarse vormi puhul. See viitab ksantomatoosse protsessi levikule haiguse kroonilise kulu korral (2, 3, 4, 9).

Eosinofiilset granuloomi tuleb diferentsida kasvajatest (osteogeenne sarkoom, Ewingi sarkoom, kondrosarkoom, hiidrakuline kasvaja ja lümfogranulomatoos) ning põletikuprotsessist luudes (osteomüeliit, tuberkuloos) (9).

Eosinofiilse granuloomi puhul raketatakse peamiselt kirurgilist ja kiiritusravi koos kemoterapiaga. Kõige efektiivsem on kirurgiline ravi, samal ajal kui kiiritusravi tulemus on vähem püsiv ning võib esile kutsuda tüsistustena jäsemete lühenemise ja steriilsuse (1, 3, 6, 9). Kiiritusravi on näidustatud vaid inoperaablite kollete olemasolul, näiteks koljupõhimiku luude ja lülisamba kahjustuse korral (11).

Kirurgilises ravis kasutatakse kolde väljakaapimist ja osalist luu resektsiooni, selle näidustuseks on tormiliselt kulgev luu destruktsioon (9).

Väikeste kollete puhul, mis hõlmavad alla kolmandiku toruluu läbimõödust või mis paiknevad koljuluudes või lameluudes niudeluutiival ja moodustavad alla 1,5 cm diameetriga kolde, on kasutatud luutühimiku loputamist antibiootikumilahusega. Suuremate kollete puhul kasutatakse kortikaalkihi alloplastikat.

Kirurgilise ja kiiritusraviga kombineeritult kasutatakse kemoterapiat, millest kõige paremaid tulemusi on andnud järgmine raviskeem:

vinkristiini 0,07 mg/kg üks kord nädalas, tsüklofosfaani 20 mg/kg üks kord nädalas, prednisolooni 2 mg/kg päevas.

Ravi kestab 14 päeva, 10-päevaste vahedega tehakse kokku 3...4 kuuri (11).

Eosinofiilse granuloomi solitaarse vormi puhul on prognoos elu suhtes hea, dissemineerunud vormi puhul aga kahtlane.

Järgnevalt kirjeldame Tallinna Linna Kliinilises Lastehaiglas jälgitud haigusjuhtu.

Haigusjuht. 2 aastat 8 kuud vana tütarlaps M.L. (Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla haiguslood nr-d 4537/1988. a., 4867/1988. a., 6224/1988. a.).

Haige hospitaliseeriti 1988. aasta juulis. Vanemad olid terved. Laps oli sündinud esimesest rasedusest. Stimuleeritud sünnitus. Raseduse kulgu oli normaalne. Lapse sünnikaal 3820 g, pikkus 51 cm. Imikueas oli laps terve. Psühhomotoorne areng on olnud eakohane. 1 aasta 8 kuu vanu- sel pödenud düsenteeriat. Kaheaastaselt oli laps pandud lastesõime, kus oli pödenud sageli (4...5 korda aastas) ninaneelupõletikku ja bronhiiti. Raviks oli ordineeritud ampicilliini, ampioksi, oletetriini, sulfadimetoksiini, biseptooli ja erütromütsiini.

1988. aasta mai keskel laps haigestus, tekkis valulikkus parema puusaliigese piirkonnas. Pärast parafiinsoojendust valu mõneks ajaks kadus.

1988. aasta juuni algul hospitaliseeriti laps Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla traumatoloogiaosakonda valulikkuse ja funktsiooni piiratud tõttu paremas puusaliigeses. Röntgenoloogilise uuringu põhjal tekkis kahtlus parema reieluukaela kasvaja suhtes (vt. röntgenogramm 1). Last konsulteerinud onkoloog arvas, et tegemist encondroomiga. Soovitati ravi ortopeedi juures.

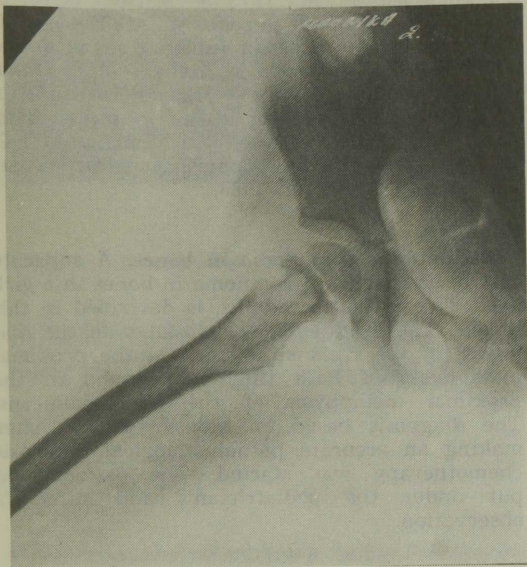
1988. aasta juuli lõpust alates muutus laps öösi eriti rahutuks. Palpeerides tugev valu sääreluu ülemises kolmandikus paremal, aegamisi arenes turse. Laps hakkas lonkama, lõpuks ei toetanud haigele jalale üldse. Esines palavik ühe nädala jooksul.

Röntgenoloogiliselt leiti parema sääreluu ülemises kolmandikus ebakorrapärase kontuuriga 3×1 cm suurune destruktiiivne ala. Kahtlustati parema sääreluu osteomüeliiti (vt. röntgenogramm 2).

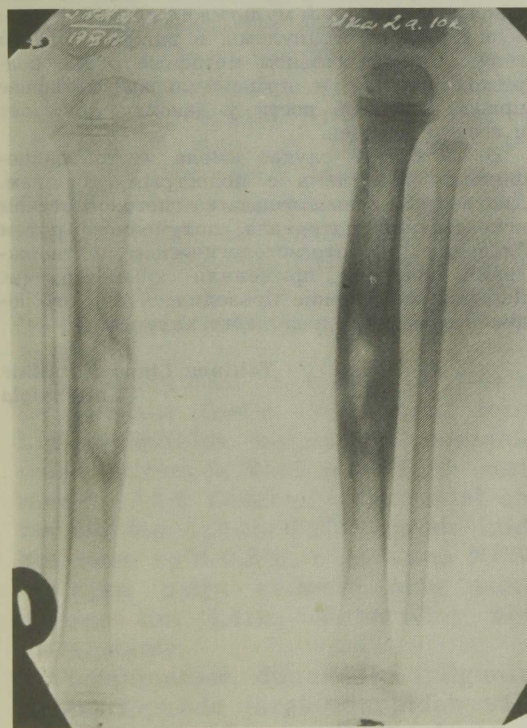
Vereanalüüs: hgb. 110 g/l, SR 45 mm/t., leukots. $6,9 \times 10^9/l$. Verevalem: keppt. 7%, segmentt. 60%, lümfots. 25%, monots. 8%.

24. juulil 1988. aastal tehti sääreluukolde kohal löige ja luuperforatsioon. Luuüdkanalist mäda ei väljunud. Tehti ka bakterioloogiline uuring, mis viitas patogeense mikrofloora puudumisele. Juhtumit käsitleti alaägeda ja varjatud kuluga osteomüeliidina.

8. augustil 1988. aastal eemaldati luukanalist granulatsioonikude ning kollet loputati dreeni kaudu 24 tunni jooksul kanamütsiinilahusega. Patohistoloogilise uuringu (nr. 885591) vastuseks



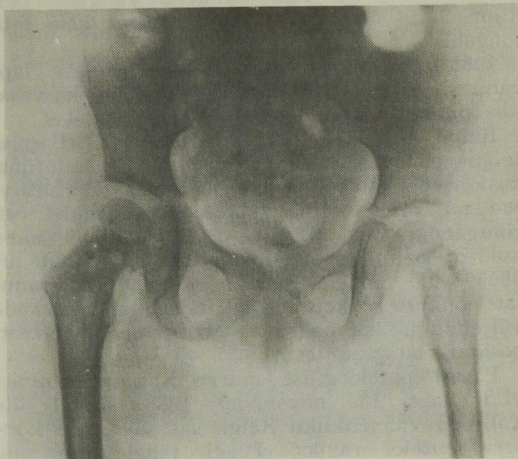
Röntgenogramm 1.



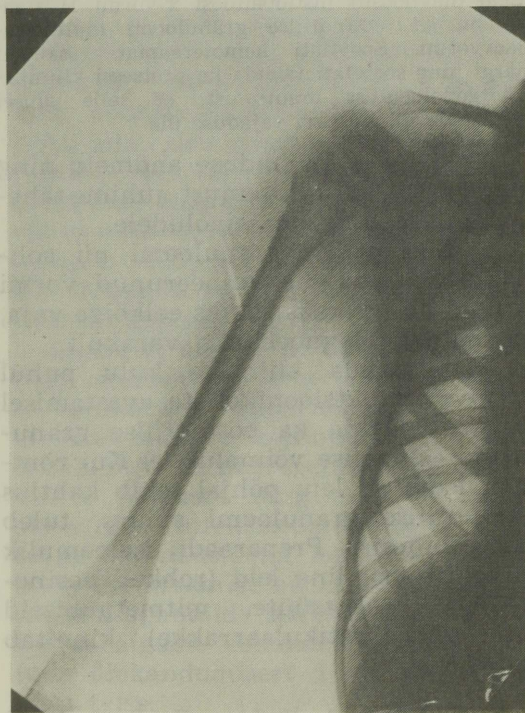
Röntgenogramm 2.

oli mädane osteomüeliit. Määrati antibakteriaalsed ravikuurid linkomütsiini ja klaforaaniga ning tehti vere- ja plasmaülekanded. Haiglas oli laps voodirežiimil, haiglast väljakirjutamisel asetati paremale jalale 10 päevaks kipslongett.

29. augustil 1988 hospitaliseeriti laps uuesti



Röntgenogramm 3.



Röntgenogramm 4.

kipslongeti eemaldamiseks ja röntgenoloogiliseks kontrolliks.

Vereanalüüs: hgb. 133 g/l, SR 30 mm/t., leukots. $14,1 \times 10^9/l$. Verevalem: eosinof. 1%, keppt. 3%, segmentt. 45%, lümfots. 40%, monots. 9%.

Röntgenipilt: rohke periostaalreaktsioon ja ulatuslik luukoe destruktsioon sääreluu ülemises kolmandikus. Kolle reieluukaelas oli vähenemas (kambrilised õoned täitumas). Kehatemperatuur oli normis. Tehti antibakteriaalsed

gentamüsiin- ja kefsoolkuurid. Haiglast lahakumisel 14. septembril 1988. aastal käis laps longates.

1988. aasta septembrist alates magas laps rahutult, nuttis öösiti. Tekkis valulikkus ka vasaku puusas. Laps kõndis tugevalt longates.

Haige tuli jällegi hospitaliseerida. Haiglas selgus, et vasaku reieluu proksimaalse metafüüsi kasvatsooni piirkonnas olid tekkinud destruktiivsed muutused, esines patoloogiline murd (vt. röntgenogramm 3). Et olid tekkinud uued kolded, paluti patohistoloogiline preparaas nr. 885591 üle vaadata. Selles tehti kindlaks granulatsioonide rohkete eosinofiilidega ja luupõrkade väljendunud lakunaarne resorptsioon. Diagnoositi eosinofiilset granuloomi.

Pärast patoloogilise murru konsoldeerumist viidi laps 16. novembril 1988. aastal üle Tallinna Vabariikliku Haigla lasteosakonda konservatiivseks raviks. Peagi täheldati uue destruktioonikolde teket paremas õlavarreluus (vt. röntgenogramm 4).

Last konsulteeriti Moskvas onkoloogiakeskuses. Seal diagnoositi histiotsütoosi x-vormi II staadiumi, s.t. eosinofiilse granuloomi multilokulaarvormi. Soovitati kemoterapiat skeemi järgi ning soovitati jälgida ka protsessi kliinilisi röntgenoloogilist muutumist, et selle alusel otsustada kiiritusravi vajaduse üle.

Arvestades kirjanduse andmeid ning enda kasuistilist kogemust, juhime tähelepanu järgmistele asjaoludele.

1. Eosinofiilse granuloomi nii solitaarse kui ka dissemineerunud vormi korral on edukaks raviks eelkõige vaja, et haigus diagnoositaks varakult.

2. Alaägeda kliinilise kulu puhul tuleb destruktioonikollete avastamisel luudes mõelda ka eosinofiilse granuloomi esinemise võimalusele. Kui röntgenoloogilise leiu põhjal tekib kahtlus eosinofiilse granuloomi suhtes, tuleb teha biopsia. Preparaadi iseloomulik patohistoloogiline leid (rohkest eosinofiilseid leukotsüüte, mitmetuumseid hiidrakke, retikulaarrakke) kinnitab diagnoosi.

KIRJANDUS: 1. *Hocking, G., Swanson, M.* Cancer, 1986, 58, 4, 840—842. — 2. *Kondi, E., Deckers, P., Gallitano, A.* Cancer, 1972, 30, 5, 1169—1173. — 3. *Noltenins, H. W.* Manual of Oncology. Vol. 2. Baltimore — München, 1981. — 4. *Schajowicz, F.* Histological Typing of Bone Tumors. Geneva, 1972. — 5. *Wilk, O. W.* Velban as Treatment for Diffuse Eosinophilic Granuloma of Bone. Surgery, 1973, 55-A, B, 1755—1759.

6. *Бакулис А. Я.* Эозинофильная гранулема кости. М., 1965. — 7. *Виноградова Т. П.* Диагностика костноуставной патологии по биопсиям. М., 1964. — 8. *Виноградова Т. П.*

Опухоли костей. М., 1973. — 9. *Волков М. В.* Опухоли костей у детей. М., 1985. — 10. *Устинова В. Ф.* Лучевая терапия эозинофильной гранулемы костей. М., 1980. — 11. *Финогенова Н. А.* В кн.: Наследственные и приобретенные болезни крови у детей. Вып. 26. М., 1980, 134—141. — 12. *Яковлев П. С.* Рентгенодиагностика эозинофильной гранулемы костей. Оренбург, 1966.

Summary

Eosinophilic granuloma in bones. A subacute case of eosinophilic granuloma in bones in a girl, aged 2 years and 8 months, is described in this article. The granuloma was situated in the diaphysis of the right shin bone, in the proximal metaphyses of both thigh bones and in the proximal metaphysis of the right humerus. The diagnosis based on biopsy results. After making an accurate pathohistological diagnosis chemotherapy was started. The patient was put under the pediatrician's and surgeon's observation.

Резюме

Эозинофильная гранулема в костях. В статье описывается случай мультилокулярной формы эозинофильной гранулемы в диафизе правой голени, проксимальном метафизе обеих бедренных костей и проксимальном метафизе правой плечевой кости у девочки двух лет и восьми месяцев.

В настоящем случае имела место эозинофильная гранулема с подострым течением. Диагностика основывалась на гистологическом исследовании материала, полученного путем биопсии. При патогистологическом подтверждении диагноза применяли химиотерапию. Дальнейшее лечение проводилось под наблюдением педиатра и детского хирурга.

Tallinna Linna Kliiniline
Lastehaigla

TERVISHOIUTOO KORRALDUS

UDK 616-036.86:518(474.2)

Ajutise töövõimetus sõltuvus selle ekspertiisi kvaliteedist

Lennart Maurer · Tallinn

töötajate ajutine töövõimetus, haigestumistegurid, automatiseeritud andmetötlussüsteem, meditsiinilise ekspertiisi kvaliteet

Viimase seitsme aasta jooksul on Eestis tööliste ja teenistujate haigestumisest põhjustatud ajutine töövõimetus oluliselt vähenenud. Aruandevormi nr. 16 rida 30 järgi oli 1988. aastal 100 töötaja kohta 994,9 töövõimetuspäeva 1250,0 töövõimetuspäeva vastu 1981. aastal. Seega oli vähenemine 20,4%. 1987. aasta töövõimetuspäevade arv oli 1981. aasta arvuga võrreldes tagasihoidliku gripipuhangu tõttu isegi 26,6% väiksem.

Aruandevormi nr. 4 järgi oli ajutine töövõimetus Eestis 1981. aastal teiste liiduvabariikide näitajatega võrreldes palju suurem ja Nõukogude Liidu keskmisest 17,6% suurem. 1988. aastal ületas töövõimetus meil Nõukogude Liidu keskmise vaid 0,8%, olles Vene NFSV näitajast palju väiksem ning samasugune kui Lätis, Moldaavias ning Kasahstanis.

Töövõimetus dünaamika jälgimine haigusrühmade järgi võimaldab välja selgitada töövõimetus taset mõjutavad tegurid. Aruandevormi nr. 16 lisati 1984. aastal haigusrühmade loetelule veel kolm rühma. Kolme uue ja vähendatud neljanda haigusrühma puhul ei saa töövõimetus dünaamikat jälgida vaatlusalusest perioodist lühemaegsema väljatoomise tõttu. Käesolevas ana-

lüüsis vaatlеме traumasid ja mürgitusi ühe koondrühmana. Seega piirdumegi töövõimetus dünaamika käsitlemisel 23 haigusrühmaga (vt. tabel).

Eesti töötajate viimaste aastakümnete suurim ajutine töövõimetus oli 1981. aastal. Ka põhjalikuma vaatluse all olnud kaheksa-aastaselt ajavahemikul (1981...1988) oli töövõimetuspäevade arv enamiku haigusrühmade osas suurim just 1981. aastal. Kõige rohkem oli soolenakkustest põhjustatud töövõimetus juhte 1982. aastal, gripist ja gastriidist põhjustatuid 1984. aastal ning silmahaigustest põhjustatuid 1988. aastal.

Kõikidest haigustest põhjustatud töövõimetusjuhtude koguarv vähenes 1981...1988. aastani 15%. Perioodi algul oli juhtude arv suurim enamiku haigusrühmade osas, 1988. aastal soolenakkuste, psüühikahäirete, raseduse ning sünnitusjärgsete tüsistuste osas. Rõhutada tuleb asjaolu, et töövõimetusjuhtude arv ei ole vähenenud epideemiliste haiguste keskmist ennetava vähenemise arvel. Nii vastas hingamis- elundite haiguste (sealhulgas gripp) koondrühmas töövõimetusjuhtude arvu vähenemine keskmisele.

Keskmist ületav oli töövõimetusjuhtude vähenemine silma- ja kõrvahaiguste, reumatismi, hüpertooniatõve, südame isheemiatõve, kopsupõletiku, hingamis- elundite, samuti seede- elundite krooniliste haiguste ning naha ja nahaluse koe infektsioonide osas. Perifeerse närvisüsteemi haiguste vähenemine üle keskmise on näilik ja põhjustatud diagnooside šifreerimisel luu- ja liigesehaiguste eelistamisest ning juhtude ülekandumisest ühest haigusrühmast teise.

Töövõimetusjuhtude arv väheneb valdavalt kergemate ja seega lühema kestusega haigusjuhtude arvel. Siis peaks töövõimetusjuhu keskmine kestus suurene- ma, tegelikult aga vähenes see 6,4%. Vähenemine toimus kõikide haigus- rühmade osas peale silmahaiguste. Viimastel aastatel on silmahaigete haig- laravi osatähtsus suurenenud. Suurelt osalt ongi just sellega seletatav haigus- juhu keskmise kestuse suurenemine.

Tabel. Ajutine töövõimetus ja selle dünaamika Eesti NSV-s 1981...1988. a. (100 töötaja kohta)

Siffer v. 16 järgi	Haigusgrupp	Päevade arv		Väikseim näitaja		Juhtude arv		Juhu keskmise kestuse dün. %
		1988. a.	dün. %	1988. a.	dün. %	1988. a.	dün. %	
1.	Sooltenakkused	3,3	+6,5	86. a.	0,33	+65,0	-21,7	
2.	Hingamiselundite tuberkuloos	12,9	-24,1	87. a.	0,17	-15,0	-12,2	
3.	Psüühikahäired	29,4	-3,6	83. a.	1,04	+4,0	-8,2	
4.	Perifeerse närvisüsteemi haigused	34,1	-52,4	88. a.	2,89	-55,6	-13,9	
5.	Silmahaigused	16,3	+0,6	85. a.	1,03	-20,9	+25,2	
6.	Kõrvahaigused	7,1	-38,3	87. a.	0,66	-34,0	-9,2	
7.	Reumatism	6,4	-37,3	88. a.	0,23	-23,3	-12,4	
8.	Hüpertooniatõbi	32,2	-32,4	88. a.	2,16	-20,0	-14,9	
9.	Südame isheemiatõbi jt. südame- haigused	41,4	-26,3	86. a.	1,48	-22,1	-3,8	
10.	Perifeersete veresoonte haigused	23,2	—	—	0,95	—	—	
11.	Farüngiidid ja angiin	31,7	-17,2	87. a.	4,77	-13,3	-4,3	
12.	Teised ägedad respiratoorsed infektsioonid	123,3	-7,7	84. a.	19,67	-5,4	-1,6	
13.	Teised ülemiste hingamisteede haigused	13,1	—	—	1,29	—	—	
14.	Pneumoonia	21,2	-41,4	88. a.	0,89	-36,4	-10,8	
15.	Gripp	59,1	-24,2	87. a.	9,38	-11,8	-3,1	
16.	Hingamiselundite krooniliste haiguste ägenemine	30,8	-29,7	88. a.	1,85	-22,9	-9,2	
17.	Haavandtõbi	17,0	-31,2	88. a.	0,70	-22,2	-11,7	
18.	Gastriit, duodeniit	5,5	-8,3	87. a.	0,60	±0,0	-4,2	
19.	Maksa-, sapipõie- ja pankreasehaigused	22,2	-20,7	86. a.	1,09	-22,1	-0,5	
20.	Kuseteede ja neeruhaigused	31,6	-19,8	87. a.	1,85	-11,9	-7,6	
21.	Naiste suguelundite haigused	46,3	-16,0	86. a.	2,73	-11,9	-4,0	
22.	Raseduse tüsistused	35,8	-7,3	83. a.	1,99	+4,7	-10,4	
23.	Naha ja nahaaluse koe infektsioonid	13,3	-52,0	87. a.	1,19	-50,4	-0,9	
24.	Teised nahahaigused	12,6	—	—	0,73	—	—	
25.	Luu-, liigese- ja sidekoehaigused	108,7	-14,7	86. a.	6,91	-5,3	-9,8	
26.	Muud haigused	134,1	—	—	6,25	—	—	
27.—29.	Traumad, mürgitused	122,1	-18,0	86. a.	5,01	-15,1	-1,9	
30.	Kokku kõik haigused	994,9	-20,4	87. a.	75,52	-15,0	-6,4	

Töövõimetusjuhtude sageduse ja haigusjuhu keskmise kestuse üheaegse olulise vähenemise kuus aastat järjest võis põhjustada ainult suure ja laialdase mõjujõuga teguri rakendumine. Selliseks universaalseks töövõimetus kii- resti vähendavaks teguriks saab olla arstiabi, eriti ka töövõimetus eks- pertiisi paranemine. Teised töövõime- tust vähendada võivad tegurid siin arvesse ei tule.

1982. aastast on Eesti NSV Tervis- hoiuministerium oma arvutuskeskuses korraldanud ajutise töövõimetus eks- pertiisi andmete tsentraliseeritud ana- lüüsimist. Analüüs jõuab iga üksiku arstini, analüüsiandmed saavad kõik raviasutused. Samal ajal on suurenda-

tud nõudlikkust töövõimetus eksperti- si kvaliteedi parandamise, ravi ja dia- gnoosimise operatiivsemaks muutmise osas. Peagi võis näha ka tulemusi. Tähelepanuväärne on asjaolu, et sama- aegselt ajutise töövõimetus vähenemi- sega vähenes suuresti ka invaliidistu- mine, vähenemine jätkus 1988. aastalgi.

Ajavahemikust 1981...1988 oli 23 võrreldavas haigusrühmas töövõimetus- päevade, -juhtude ja juhu keskmise kestuse osas väikseim näitaja sagedam aastail 1986...1988 ja seda vastavalt: 1986. aastal 6., 6. ja 8. rühmas, 1987. aastal 7., 6. ja 6. rühmas; 1988. aastal 6., 5. ja 3. rühmas.

Parimaid tulemusi töövõimetus vä- hendamise alal saadi aastail 1986...

1987, tagasimineki oli ilmne 1988. aastal ja 1989. aasta I poolel kiirenes see veelgi. Seega töövõimetuse vähenemise eesmärgil ettevõetava tegevuse ebamääraseks muutumisega üheaegselt suureneb ka töövõimetusjuhtude ja -päevade arv.

Meil kehtiva sotsiaalhoolduse korra juures ei ole paljud töötajad huvitatud olema terved ja töövõimelised. Paratamatult tuleb arstil teha kõik selle nimel, et haigete töövõime kiiremini taastuks ja et nad saaksid tööle tagasi minna optimaalsel ajal. Sageli võib see olla arsti ja patsiendi teineteise mõistmise halvenemise põhjuseks. Arstide vastumeelsus tegelda patsientide tööle tagasisuunamisega on täiesti mõistetav.

Isereguleeruvatel protsessidel on suur osatähtsus ajutise töövõimetuse kujunemisel. Seepärast on hädavajalik muuta töövõimetuse aja eest tasustamise korda, suurendada nii töötajate kui ka ettevõtete huvi haigestumise vähendamise vastu. Ühesõnaga — ka meil tuleb rakendada arenenud riikides väljakujunenud sotsiaalhoolduse aluseid. Tuleb jõuda selleni, et arst jälgiks ajutise töövõimetuse ekspertiisis põhiliselt seda, et paraneja ei naaseks tööle enneaegselt.

Kvaliteetse töö üks põhitingimus on tagasiside. Seetõttu säilib ka tulevikus vajadus analüüsida ajutise töövõimetuse kui üldhaigestumise osa, ekspertiisi tulemusi.

Summary

The dependence of temporary disability assessment upon the quality of expertise opinion. The length of sick-leave per 100 workers decreased in the Estonian SSR, in 1981—88, by 20.4%, whereas the incidence of temporary disability decreased by 15.0% and the mean length of temporary disability decreased by 6.4%. This drop in temporary disability rate did not occur on account of the fluctuation in the incidence of epidemic diseases. The incidence of temporary disability decreased in the majority of patients suffering from common diseases. Such a situation developed in all Estonian SSR cities and districts.

Since 1982, in the Estonian SSR, temporary disability data have been analysed at a single centre. The results have been sent back to all medical treatment institutions and to every doctor.

It is concluded that such a system is of great help to raise the quality of expert opinion.

Резюме

О временной нетрудоспособности и качестве ее экспертизы. В Эстонской ССР число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих уменьшилось в 1981...1988 гг. на 20,4%. При этом количество случаев нетрудоспособности сократилось на 15% и средняя продолжительность случая — на 6,4%. Такое уменьшение произошло не за счет колебания частоты эпидемических заболеваний. Количество случаев нетрудоспособности уменьшилось по главенствующему большинству болезней и средняя продолжительность случая — по всем, кроме одной, группам болезней. Такие же изменения произошли во всех городах и районах ЭССР.

Фактором, вызывающим подобные изменения временной нетрудоспособности, является улучшение медицинской помощи, в том числе экспертизы нетрудоспособности.

В ЭССР данные экспертизы временной нетрудоспособности анализируются централизованно. В этом анализе отражается работа каждого врача в отдельности, результаты анализа сообщаются всем лечебным учреждениям.

Чтобы способствовать развитию процессов саморегулирования, целесообразно изменить систему выплаты пособия при нетрудоспособности, повысить заинтересованность как работающих, так и предприятий в уменьшении нетрудоспособности.

Tallinna Vabariiklik Haigla

MÖTTEVAHETUS

UDK 616-003.96(049.3)

Veel kord rehabilitatsioonist

Aaro Toomela Kaljo Mitt · Tartu

Jätkamaks mõttevahetust rehabilitatsioonist, püüame käesolevas artiklis edasi arendada M. Tarumi (12) mõtet, toetudes meile kättesaadavale kirjandusele ja Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla psühhoneuroloogiaosakonna (tegelikult (re)habilitatsiooniosakonna) töökogemustele.

Rehabilitatsioonisüsteem.

Süsteemi väljaarendamiseks peaks autorite arvates kõigepealt selgeks teema, missugused on tema eesmärgid, s. t. filosoofiline taust. Puuetega inimeste rehabiliteerimise eesmärgiks peaks olema «inimolendi täieliku potentsiaali ja võimaluste realiseerimine», mis on ÜRO puuetega inimeste alase tegevusprogrammi «võimaluste võrdustamise» kontseptsiooni aluseks (13). Sellest seisukohast lähtudes võib M. Tarumi pakutud süsteemi pidada meditsiinikeskseks. Inimkeskne süsteem peaks meie arvates sisaldama veel vähemalt kaks komponenti.

1. Tavaline keskkond (lasteaed, kool, töökoht), millel on keskne koht puuetega inimestele võrdsete õiguste loomisel ja ka kohustuste kindlaksmääramisel. Normaalsete arenemis- ja töövõimaluste tagamiseks ei olegi meie arvates takistuseks niivõrd materiaalne baas, kui võrd inimeste mõtteviisi, näiteks lasteaias võiks käia ka vaimsete ja/või kehaliste puuetega laps, kui kasvatajal oleksid sellise lapse hooldamise ja arendamise alased lisateadmised. Küsimus on rohkem hariduses ja soovis tegelda puuetega inimestega. Kui ka kohe

ei ole võimalik leida materiaalseid vahendeid raskete kahjustustega inimeste tarvis, kes tõesti võivad vajada eritimgimusi, siis kerge ja keskmise raskusastmega puuetega inimeste tarvis saaks paljudi ära teha juba praegu.

2. Vabatahtlikud organisatsioonid, kes saaksid olukorra parandamisele suuresti kaasa aidata nii mõtteviisi muutmisel kui ka heategevuslikel alustel abi andmisel (7). Taolised organisatsioonid on meil Invaühing, Lastefond, Lastekaitse Liit ja teised. Vaja on tihendada koostööd riikliku ja ühiskondliku süsteemi vahel. Siin on veel palju kasutamata võimalusi.

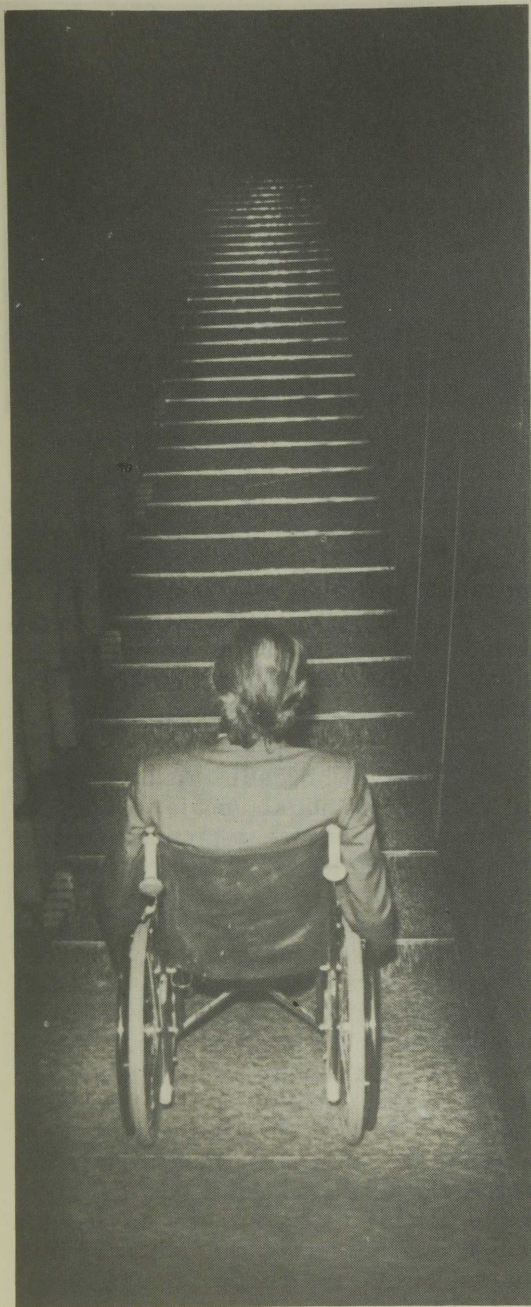
Baasid.

Eespool öeldust lähtudes võib rehabilitatsioonisüsteemi paljuski parandada, toetudes haridussüsteemile ja asutustele.

Eraldi peatuksime hooldusasutuste süsteemil, nende töösuunitluse muutmise võimalusel. Need asutused on siiani tegelnud peamiselt hooldusega, tegelema aga peaksid nad ka rehabilitatsiooniga. Praegusest hooldajast võiks saada ravija. Näiteks võiks lapse riietamise ja toitmise asemel/kõrval talle õpetada seda, kuidas ta ise peab sööma, riietuma. Paljudes riikides on niisugused programmid olemas, näiteks Ungaris konduktiivpedagöogika (14). Niisuguse töösuunitluse muutusega saaksime juurde rehabilitatsioonibaase. Tõenäoliselt oleks ka majanduslik kasu tunduv, sest vähenevad hooldamiskulud ja neidsamu puuetega inimesi saab ära kasutada tootval tööol, nii nagu näiteks on tehtud Vidaråseni külaühistus (5). Väga piiratud on ka perekonna võimalused tegelda oma haige lapsega kodus. Praegu maksab riik lapse hooldamise eest hooldusasutuses rohkem kui ta toetab vanemaid lapse hooldamise eest kodus. Kaugem eesmärk peaks aga olema selliste vanglataoliste, piiratud võimalustega asutuste kaotamine. Selles suunas on teel kõik arenenud riigid (11).

Standardised rehabilitatsioonikompleksid.

M. Tarumi poolt väljapakutud idee



nende komplekside vajadusest viiks meie arvates ummikusse. Ka praegu on palju klassikalisi raviskeeme, mis on nüüdisaja teadusele ammu jalgu jäänud. Niisugune standardne skeem võiks meie arvates olla ainult arenev kogum ravimeetodeid, millest koostatakse individuaalne raviprogramm kindla isiku

vajadusi ja võimalusi arvestades. Siit lähtuvad ka järgmised teemad.

Meeskonnatöö.

See põhimõte, ka M. Tarumi poolt mainitu, on arenenud rehabilitatsiooni-süsteemides ainuvalitsev. Sellest aspektist võib rehabilitatsiooni vaadelda neljal tasandil (2):

1. Unidistsiplinaarne tasand. Siin meeskonnast veel rääkida ei saa. Haiget ravib mitu spetsialisti, kellel omavahelist sisulist kontakti ei ole. Terviklikku individuaalset raviprogrammi välja ei töötata. Selles olukorras töötab enamik meie rehabilitatsioonisüsteeme praegu. Nüüdisaja tasemel raviks on see variant täiesti kõlbmatu.

2. Multidistsiplinaarne tasand. Tege- mist on juba meeskonnaga, kuid iga spetsialisti kontakt teisega on suunatud rohkem oma kitsa ravimetoodika õigus- tamiseks ja korrigeerimiseks kui haige terviklikuks ravimiseks. Sellisel põhi- mõttel töötavad meil mõned üksikud raviautused, näiteks ka Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla psühhoneuroloogiaosakond. Ka see moodus on kõlb- matu.

3. Interdistsiplinaarne tasand. Mees- kond töötab juba ühtse suunitlusega tervikuna, mille komponendid sõltu- vad patsiendi iseärasustest (näiteks of- talmoloog osaleb vaid vajaduse korral) ja millel on kindel eesmärk — individu- aalraviprogramm. See printsiip on valitsev Inglismaal ja USA-s (4, 9).

4. Transdistsiplinaarne tasand. Seda peetakse parimaks võimaluseks (6, 8, 9). Sel juhul on meeskond arenev süsteem, kus iga tema liige laiendab oma teadmi- si ja kutseoskusi, kusjuures meeskonna- liikmete rühm vahetab, vabastab (*re- lease*) ja toetab üksteise rolle (6). Sellise printsiibi puhul on näiteks logopeed, tänu vastava spetsialisti abile, võimeli- ne tegelema ka erihoolduse või ravi- võimlemisega. Väikelaste ravimisel on see variant ainuõige, sest nende puhul ei tohi eriravimeetodeid üldarengu kon- tekstist üldse välja kiskuda (10). Haig- las võibki seda ravimeetodit nimetada konkreetivpedagoogikaks. Ka see süs- teem tundub olevat poolik, sest ta ei toe-

tu, vähemalt kirjanduse andmeil (14), meeskonnale, vaid üksnes arstile ja pedagoogile. Olla kursis kõigi rehabilitatsiooni puutuvate suundadega on suure infomahu tõttu meie arvates kahel inimesel võimatu.

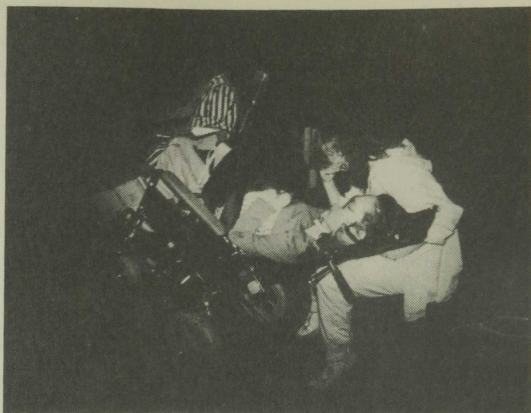
Koduse ravi jaoks on samuti välja töötatud süsteem haigusjuht—ravi (*case—management*) (3), mille puhul üks inimene koordineerib haige (ja/või tema perekonna) suhteid eri abisüsteemidega ja vastutab individuaalse raviprogrammi koostamise eest.

Kaader.

Transdistsiplinaarseks meeskonnatöök on vaja väljaõppinud spetsialistide kaadrit, kes ühelt poolt on omandanud mingi kitsama eriala sügavuti ja kes teiselt poolt soovib ja on võimeline oma teadmisi pidevalt arendama ka laiuti. Autorite arvates on just siin meie suurimad puudujäägid ja arenguvõimalused. Vastupanu sellise süsteemi loomisele on iseloomulik peale meie ühiskonna ka arenenud riikidele — inimesed ei usalda oma teadmisi ega julge uuele tasandile üle minna (8).

Arvame, et taoline süsteem hakkab tööle vaid siis, kui oskuste ja töö eest makstakse suuremat palka. Praegu tuleb aga lootma jääda vaid entusiasmile ja töö diferentseeritult tasustamise võimalustele.

M. Tarum (12) soovitas leida huvilisi tudengeid, keda pärast kõrgkooli lõpetamist võiks välismaale täiendusele saata. Praeguses olukorras ei pea me seda õigeks, sest esiteks ei saa ülikooli äsja lõpetanu kõigega kursis olla. Kõiki probleeme tundvaid, väarikaid ja kogemustega entusiaste võiks leida Tallinnast, Tartust, Haapsalust ja mujaltki. Teiseks saaks palju ära teha ka omal maal koostöös Tartu Ülikooli teaduskondadega (arsti- ja ajalooteaduskond) ja kasutades teiste liiduvabariikide kitsa eriala spetsialistide abi (mõnes üksikus valdkonnas on tõenäoliselt võimalik leida maailmatasemega kursis olevaid inimesi). Loomulikult on niisugust informatsiooni, mida me sellisel teel ei saa, näiteks «elamisõpetus» (*occupational therapy*), mille kohta puudub meil



peale metoodika isegi sobiv termin. Kuid ka selle aine põhialuseid on võimalik omandada kirjanduse kaudu. Ja alles siis, kui kodused võimalused on ammendatud, tuleks (pool)spetsialistid saata sihtotstarbelisele (organisatsioon, kitsamad erialad) täiendusele arenenud riikidesse. Pealegi on suur arengupotentsiaal üksteise täiendamise osas ka transdistsiplinaarsel meeskonnal enesel.

Arenguperspektiivid.

Nüüdisaegse rehabilitatsioonisüsteemi rajamine nõuab peale organisatsiooni moodustamise, majanduslike võimaluste leidmise ja kaadri väljaõppe ka pidevat teoreetilist-praktilist teadustööd. Suur takistus kogu maailmas on «teadusliku rehabilitatsiooni, rollimudelite ja praktika aluseks olevatest teooriavajadustest arusaamise traditsiooni puudumine» (1). Et õigesti mõista teadusest tulenevaid praktilisi järeldusi, tuleb ise aktiivselt selle teadusega tegelda. Olukord ei parane seni, kuni seda tehakse üksnes entusiasmist ja kui paljudele on ainsaks eesmärgiks väitekirja kaitsmine (mis mõte on tegelda tööga, mis praktikas rakendust ei leia, kui see ei ole just fundamentaalteaduslik?). Teadustööga tegelemist peaks soodustatama ka siis, kui see ei lõpe väitekirja kaitsmisega. Kindlasti tuleks leida võimalusi näiteks praegu puuduvate, eestlastele adapteeritud uuringumeetodite väljatöötamiseks neuropsühholoogias, mis on paljude ajukahjustuse tagajärgede rehabiliteerimises asendamatu suund; leida märgatavalt laiemaid psühhoteraapia suundade arengu võimalusi.

Lõpetuseks.

Korraliku (re)habilitatsioonisüsteemi loomiseks on meil vaja esmalt teadvustada selle eesmärgid, seejärel ja sellest lähtuvalt leida kõik olemasolevad ja praegu paljuski kasutamata võimalused nende eesmärkide saavutamiseks, kasutades ära olemasolevad struktuurid (hooldusasutused, haridus- ja töösüsteem, ühiskondlikud organisatsioonid), ning vajaduse korral luua uusi, näiteks rehabilitatsioonialane täiendusõpe kesk-eri- ja kõrghariduse tasandil, ning lõpuks hoolitseda rahvusliku teaduse arengu eest selles valdkonnas.

KIRJANDUS: 1. *Bach-y-Rita, P.* Arch. Phys. Med. Rehabil., 1989, 70, February, 162. — 2. *Bailey, D. B.* Except. Child., 1984, 51, 1, 17—25. — 3. *Bailey, D. B.* Early Intervention, 1989, 13, 2, 120—134. — 4. *Ellis, M.* Personal Communication, 1989, August. — 5. *Engel, M.* In: Paper presented at International Conference on Rehabilitation of Disabled Children, Tallinn, 23—26 August 1989. Tallinn, 1989. — 6. *Lyon, S., Lyon, G. J.* Assoc. Sev. Handicapped, 1980, 5, 3, 250—263. — 7. *Mutters, T.* In: International Conference on Rehabilitation of Disabled Children. Tallinn, 1989, 37—41. — 8. *Sears, C. J.* J. Assoc. Sev. Handicapped, 1981, 6, 22—29. — 9. *Sparling, J. J.* Personal Communication, 1989, August. — 10. *Sparling, J. J.* Infants and Young Children, 1989, 1, 4, 1—8. — 11. *Symington, D. C.* In: International Conference on Rehabilitation on Disabled Children. Tallinn, 1989, 67—69. — 12. *Tarum, M.* Eesti Arst, 3, 1989, 208—209. — 13. The Tallinn Guidelines for Action on Human Resources Development in the Field of Disability. The International Meeting on Human Resources in the Field of Disability, Tallinn, 14—22 August, 1989. Tallinn, 1989.

14. *Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В.* Детские церебральные параличи. Киев, 1988.

Tartu Linna Kliiniline
Lastehaigla

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 61(474.2)(091) «1919/1940»

Meditsiin Tartu Ülikoolis Eesti Vabariigi päevil

Viktor Kalnin · Tartu

arstiteaduskonna struktuur, õppejõudude koosseis, õppetöö korraldus, teaduslik uurimistöö

Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli arstiteaduskonna struktuur muutus tsaariaegsega võrreldes märgatavalt: suurenes nii õppetoolide kui ka abiõppeasutuste arv, tugevnes nende materiaaltehniline baas. Varem oli arstiteaduskonnas olnud 17 kateedrit 18 professuurina (lastehaiguste professori kuulus sünnitusabi, naiste- ja lastehaiguste kateedri koosseisu) ning ühe dotsentuurina (naha- ja suguhaigused).

Ülikooli põhikiri 1925. aastast nägi arstiteaduskonnas ette 23 professuuri, viis dotsentuuri, kaks prosektoorit ja neli eriaineõpetaja ametikohta (4). Oma riikluse algaastail asutati uutena bakterioloogia, neuroloogia ning kõrva-, nina- ja kurguhaiguste õppetool, lastehaiguste õppetool muutus iseseisvaks, farmaatsia õppetool jaotati kaheks: farmakognosia ja farmatseutilise keemia õppetool (18).

1932. aastal oli arstiteaduskonnas 23 õppetooli, 20 professuuride ja kolm dotsentuuridena. Peale nende oli 17 ülemääralist õppejõudu: kaks prosektoorit, 13 eradotsenti ja kaks eriaineõpetajat. Abijõude oli samal ajal 56 (16). 1928. aasta sügisel avati arstiteaduskonna juures kehalise kasvatuse osakond. 1930. aasta algul valmis selle osakonna jaoks endise maneeži kohale Jakobi ja O. Lutsu t. nurgal kahekorruline võimlahoone,

mis ühes kõrvalasutustega nimetati Kehalise Kasvatuse Instituudiks. Selle juhatajateks olid arstiteaduskonna õppejõud B. Jürgens (kuni 1938. aastani), M. Tiitso (1938), B. Jürgens (1938. . . 1939) ja M. Kask (1939. . . 1941).¹

Olukord paranes 1930-ndate aastate teisel poolel veelgi. 1935. aastal eraldus farmatseutilise keemia õppetoolist rakendusfarmaatsia õppetool. 1936. aastal loodi hambahaiguste dotsentuur, mis 1938. aastal odontoloogia ja lõualuukirurgia õppetooliks muudeti, määrates etteotsa adjunktprofessori. 1939. aastal asutati eugeenika õppetool, ka selle eesotsas oli adjunktprofessor. 1931. aastal asutati röntgenoloogia eradotsentuur, mis 1939. aastal pärast radioloogia-instituudi ja -kliiniku rajamist muudeti 1940. aasta aprillis õppetooliks ja mille etteotsa määrati professor. Peale nende loodi 1938. aastal arstiteaduskonna juurde veel kaks, sõjaväe sanitaarteenistuse ja sõjaväetervishoiu õppetool. Juba 1938. aasta esimesel poolel jagasid arstiteaduse VI ja farmaatsiaosakonna IV kursuse üliõpilastele seda õpetust kolm sõjaväe sanitaarohvitseri: sanitaarkindral M. Jervan, sanitaarkaptenid T. Leisner ja B. Voogas. Seoses nimetatud õppetoolide asutamisega täiendati ühtlasi kirurgia, hügieeni, bakterioloogia ja neurokirurgia õppetooli programme vastavate lisapeatükkidega. See kõik johtus vabariigi presidendi poolt 16. septembril 1938 antud ülikoolides riigikaitselise õpetuse korraldamise määrusest, mille põhjal asutati ülikooli juurde Riigikaitselise Õpetuse Instituut selleks, et laiendada üliõpilaste sõjalist silmaringi, tugevdada distsipliini ja korda, süvendada arusaamist riigikaitselise ja hoolitseda üliõpilaste kehalise kasvatuse eest.² Täiesti töötati ümber kehalise kasvatuse osakonna õppekava. 1930. aastal kehtestati kaheaastase asemel kolmeaastane kursus. Sõjalise õpetuse raames kehtestati 1939. aasta kevadsemestril I ja II kursu-

se meesüliõpilastele kohustuslik kehaline kasvatuse, sügissemestrist alates aga ka kõigile I ja II kursuse naisüliõpilastele kaks tundi nädalas.³

1. jaanuaril 1938 nimetati endised dotsendid ülikooli seaduse alusel ümber adjunktprofessoriteks, professorite kohusetäitjad erakorralisteks professoriteks ja eradotsendid dotsentideks. Oma riikluse lõpuks oli arstiteaduskonnas 29 õppetooli, kõik professuuridena.

Saadi juurde uusi abiõppeasutusi ja täiendati olemasolevaid. Mitmed kliinikud ja instituudid said uued või endistest paremad ja avaramad ruumid. Nii viidi hospitaalteraapia ja -kirurgia kliinikud linnahaigla ruumidest Kalamehe tänavalt üle Maarjamõisa väljale surtesse ajakohastesse hoonetesse, mis olid valminud Esimese maailmasõja ajal. 1920. aastal eraldati vaimuhaiguste kliinikust närvikliinik, mis sai ruumid hospitaalteraapiakliiniku hoones (II Sisehaigustekliinikus) Maarjamõisas. 1920. aastal taasavati lasteambulatoorium ning 1922. aastal hakkas tööle 20 voodikohaga lastekliinik Veski t. 6. 1921. aastal saadi sisehaiguste ning naha- ja suguhaiguste polikliinikutele lisaks veel kõrva-, nina- ja kurguhaiguste polikliinik. Kõik kolm asusid ühes hoones Jakobi t. 2.

I Haavakliinik Toomemäel muudeti ajakohasemaks. Kliiniku juhataja K. Koniku eestvõttel koostati uue hoone detailne plaan. Ent plaani realiseerimiseks puudus ülikoolil raha. I Sisehaigustekliinikus rajati 1924. aastal ajakohane biokeemialaboratoorium. Olgu mainitud, et 1930-ndate aastate alguses oli edusamme sellistel aladel nagu põhiainevahetuse määramine, võeti kasutusele EKG, gastroskoopia, sternaalpunktsioon ning röntgendiagnostika viidi rahvusvahelisele tasemele (9). Ka Maarjamõisa väljal kujunesid II Haavakliinik ja II Sisehaigustekliinik 1930-ndate aastate algul tolle aja kohta küllaltki moodsateks ja hästi korraldatud raviasutusteks (22).

¹ ENSV RAKA, f. 2100, n. 4, s. 104, l. 146.

² ENSV RAKA, f. 2100, n. 5, s. 147, l. 109; n. 4, s. 103, l. 40.

³ ENSV RAKA, f. 2100, n. 4, s. 166, l. 78; s. 640, l. 205—207.

1920. aastal sai hügieeniinstituut uued avarad ruumid suures õppehoones asukohaga Aia t. 32 (praegune Vanemuise 46). Seejärel seati samas hoones sisse ka bakterioloogiakabinet, mis 1929. aastal nimetati ümber bakterioloogiainstituudiks. Mõlema juures sisustati 1921. aastaks keemia- ja ka bakterioloogialaboratoorium. Need hakkasid ühtlasi täitma laiemaid ülesandeid, mis õppetööga otseselt seotud ei olnud.⁴ 1919. aastal asutati marutõve vastu võitlemiseks loomaarstiteaduskonna juures esimene Eesti Pasteuri Jaam, mis 1927. aastal arvati arstiteaduskonna abiasutuste hulka (16). Pärast 1921. aasta detsembris toimunud I eesti arstide kongressi ja arstiteaduslikku näitust sai võimalikuks Eesti Tervishoiu Muuseumi asutamine. Muuseum avatigi 1924. aastal ja 1928. aastani asus see hügieeniinstituudi ruumes, seejärel kolis Pepleri tänavas (praegu R. Pälsoni 32) asuvasse oma majja.

1922. aastal asutati farmakoloogia- ja farmaatsiainstituutide juures Arstirohtude Proovimise Amet, mille ülesandeks oli Tervishoiu Peavalitsuse poolt saadetud, Eestisse impordiks luba nõutavate ravimpreparaatide ekspertiis. 1938. aastal nimetati see ümber Riiklikuks Eripreparaatide Kontrollasutuseks. Asutus vastas tänapäeva farmakoloogiakomiteele NSV Liidu Tervishoiu-ministeeriumi juures. Varem kuulus farmaatsiainstituudile peaaegu kogu vana ülikoolimaja Suurturu (praegu Raekoja platsi) ja Rüütli tänava nurgal. Kuid vahepeal oli osa ruume antud teistele teaduskondadele. Farmaatsiaosakond vajab avaramaid ruume. 1939. aastal valmiski uus õppehoone G. Adolphi tänaval, praegu Jakobi 14/16, millesse asus mainitud osakond kolme õppetooli ja instituutidega (5).

Hambapolikliiniku jaoks oli sisseseade muretsetud juba 1924. aastal, ent polikliinik ise avati 1935. aasta jaanuaris (8, 21). Koos endistega oli teaduskonnal nüüd neli polikliinikut. 1935. aastal osteti Kanadast 40 000 krooni eest⁵ 100 mg

raadiumipreparaati ning 1937. aastal võeti kasutusele raadiumravi. Sellega kujunes Tartu vähihaigete röntgen- ja raadiumravi keskuseks Eestis. 1938. aasta sügiseks valmis ka J. Kuperjanovi tänavas (praegu H. Heidemanni 1) silmaning kõrva-, nina- ja kurguhaiguste kliiniku hoone.⁶

Omariikluse lõpuks oli arstiteaduskonnal endistega kokku 11 kliinikut ligikaudu 800 voodikohaga. Endistele abiõppeasutustele lisandusid aastail 1919...1940 Bakterioloogiainstituut, Närvikliinik, Lastekliinik, Kõrva-, Nina- ja Kurguhaiguste Polikliinik (1938. aastast alates Kõrva-, Nina- ja Kurgukliinik), Pasteuri Jaam, Kehalise Kasvatuse Instituut, Radioloogainstituut, Radioloogiakliinik ja Eugeneikainstituut. Kokku oli abiõppeasutusi 31.

Arstiteaduskond alustas osalist õppe-tegevust 1919. aasta sügisel ülikooli kuraatori poolt ametisse kutsutud viie õppejõuga. Üliõpilaste vastuvõtuga tehti algust 20. septembril 1919, ent arstiteaduskonna osas esialgu filosoofikumile, s.o. kahele esimesele kursusele, sest erikursused lükati õppejõudude puuduse tõttu edasi. Loengud algasid 6. oktoobril, kuid ametlikult avati ülikool 1. detsembril. Selleks ajaks oli arstiteaduskonda vastu võetud 118 üliõpilast, 63 mees- ja 55 naisüliõpilast (2). Esimene teaduskonna koosolek peeti 16. oktoobril ajutise dekaani A. Schulzenbergi juhatamisel ning professorite A. Sommeri, A. Lipschützi, E. Masingu ja prof. kt. J. Stammi osavõtul. Varsti lisandusid õppejõudude nimistusse ka A. Paldroki, M. Bresowsky, H. Koppeli ja K. Koniku nimi. Viimase kinnitas haridusminister ülikooli ajutise nõukogu ettepanekul arstiteaduskonna dekaaniks alates 10. septembrist 1920. Mitmele vakantsele õppetoolile valiti 1919. aasta lõpul ja 1920. aasta esimesel poolel professorid Saksamaalt (J. Grober, W. Gross, A. Stieda, W. Löhlein, P. Rona), ent nad kõik ütlesid pakkumisest ära siis, kui reis Eestisse pidi algama. Väljastpoolt tulijaile oldi sunnitud tegema

⁴ ENSV RAKA, f. 2100, n. 5, s. 141, l. 1—4.

⁵ ENSV RAKA, f. 2100, n. 5, s. 144, l. 452—452p.

⁶ ENSV RAKA, f. 2100, n. 4, s. 104, l. 113, 126—127.

erisoodustusi, nagu maksuma osa palka välisvaluutas jm. Nendel tingimustel võtsid õppetooli vastu silmapaistvad Lääne-Euroopa teadlased A. Lipschütz Bernist ja S. Loewe Göttingenist, kes kutsuti just teoreetilisi aineid õpetama (esimene füsioloogiat, teine farmakoloogiat), sest nende erialade spetsialiste kohapeal ei olnud (2).

Arstiteaduskonna esimesest 24 õppejõust olid 12 eesti rahvusest. Ülejäänud olid sakslased ja kaks saksa päritoluga juuti. Neist 19 olid Tartu Ülikooli kasvandikud. Muulastest õppejõudude enamik oli pärit Baltikumist. Aastail 1919...1921 peetud loengutest esitati ligikaudu pooled saksa keeles. Järkjärgult suurenes eesti keeles peetavate loengute osatähtsus. Nii andsid 1927. aastaks õpetust eesti keeles juba 19 isikut, s.o. 70,4% (13). 1939/1940. õppeaastal toimus kõigis arstiteaduskonna õppetoolides kogu õppetöö juba eesti keeles.

Arstiteaduskonna dekaanideks olid arst A. Schulzenberg (1919...1920), professorid K. Konik (1920...1931), A. Lüüs (1931...1934), K. Schlossmann (1934...1937), V. Vadi (1937, II semestril), E. Saareste (1938...1939) ja G. Rooks (1940...1941) (5). Nendest tegid eriti suurt organisatsioonilist tööd K. Konik, K. Schlossmann ja E. Saareste.

Sakslastest õppejõudude surma, pensionile siirdumise ja Saksamaale ümberasumise korral edutati nende asemele, samuti ka vastloodud õppetoolide juhatajate ametikohtadele oma kasvandike hulgast võrsunud teadlasi, eesti rahvusest õppejõude. Aastail 1939...1941 asusid Saksamaale ümber viie õppetooli juhatajad, sõja lõpul 1944. aastal emigreerisid välismaale veel 11 õppetooli juhatajad, samuti paljud nooremad õppejõud. See tekitas suurt kahju arstiteaduskonna töö taaskorraldamisel vahetult sõjajärgsetel aastatel (18).

Olulisi muudatusi tehti õppe- ja teadustöö korralduses. Arstiteaduse üliõpilaste õppekavast jäeti välja mineraloogia ja farmaatsia farmakognoosiaga, sisse aga võeti uued ained, mida varem ei olnud või ei olnud need kohustuslikud. Töötati välja «Määrused arstiteaduse

eeleksamite — *examen philosophicum*'i kohta», milles õppeained olid jaotatud loodus- ja arstiteaduslikeks. 1924. aastal koostati uued õppekavad, võeti vastu «Määrused lõppeksamite kohta» ja «Promotsiooni ja habilitatsiooni kord» (15). Juba 1920. aastal kinnitati uued doktori-eksami määrused. Suuremaks muudatuseks oli neis eksamite sooritamine erialade järgi: doktorandilt nõuti nüüdsest peale eksamite sooritamist põhiainetes, nimelt anatoomias, füsioloogias, üldpatoloogias koos patoanatoomiaga, farmakoloogias ning eriala järgi veel 4...5 aines, seega kokku 8...9 aines. Õppeprotsessi suurem reorganiseerimine toimus 1926. aastal, mil võeti vastu uus õppekava kuueaastase õpiajaga senise viieaastase asemel, kusjuures viimane aasta oli puhtpraktiline — 8 kuud tööd kliinikutes (15). Nüüd said üliõpilased mitmekesisema ja põhjalikuma ettevalmistuse kui varem, sest nende arv oli väiksem ja haigete arv kliinikutes suurem.

Keskkooli lõputunnistust hakati 1920. aastal nõudma ka farmaatsiaosakonda astujatelt. 1921. aastal muudeti farmatseutide õppus kaheaastasest kolmeaastaseks, 1926. aastal nelja-aastaseks. Määrati kindlaks farmaatsiaüliõpilaste eeleksamite — *examen philosophicum*'i ained, samuti lõpueksamite kord, hakkasid kehtima määrused farmaatsiadoktori astme omandamise kohta. 1926. aastal kaotati ülikooli juures apteekriabilise kutseksamid. Otsus taotles seda, et apteegipersonal oleks ainult ülikooliharidusega (12).

Õppejõud hoolitsesid ka õppekirjanduse eest. Originaalseid õppevahendeid hakati koostama ka eesti keeles (K. Schlossmann, A. Paldrok, G. Rooks, N. Veiderpass, A. Lüüs jt.).

Tartu vana traditsiooni järgi oli esimestel aastatel, 1919...1920 üliõpilasi kõige rohkem arstiteaduskonnas (34,0%). Üliõpilaste arv püsis seal suhteliselt suur 1924. aasta teise semestrini, siis hakkas see aga kahinema. 1926. aastal langes arstiteaduskond üliõpilaste arvult ülikoolis viiendale kohale, tagapool asusid vaid loomaarsti- ja usuteaduskond.

Aastail 1919...1929 lõpetas aastas keskmiselt 50 arsti ja 10 farmatseuti, aastail 1929...1939 aga vastavalt 30 arsti ja 25 farmatseuti. Seega arstide ettevalmistamine vähenes, samal ajal aga suurenes kõrgharidusega farmatseutide arv (1, 2, 4). Aastail 1919...1939 lõpetas arstiteaduskonna 798 (73,5% mehi ja 26,5% naisi), farmaatsiaosakonna 336 (50% mehi ja 50% naisi) ja kehalise kasvatus osakonna 40 üliõpilast (24 meest ja 16 naist) (1). Meditsiinidoktori astme omandasid sel ajavahemikul 77 inimest, umbes 10% kõigist arstidest (10). Noorte teadlaste ettevalmistamisel oli eriti tähtis nende saatmine täiendusele ja stažeerimisele Lääne-Euroopa riikidesse, USA-sse ja Kanadasse Rockefelleri fondi, Prantsuse Instituudi, A. von Humboldti, Soome—Ungari—Eesti Arstideseltsi ja Tartu Ülikooli stipendiaatidena.

Füsioloogiainstituudis koondus juhataja **Alexander Lipschützi** (1883...1980; Tartus 1919...1926) juhendamisel teadustöö sisesekretsiooni (suguhormoonid, insuliin) uurimisele, mis tõi talle ülemaailmse tuntuse. Siin võttis ta osa 20 väitekirja ettevalmistamisest. Šveitsi füsioloog **Alfred Fleisch** (1892...1973; Tartus 1927...1932) kujunes üheks silmapaistvamaks teaduskonna õpetlaseks. Ta uuris peamiselt vereringe ning hingamise füsioloogiat ja patofüsioloogiat. A. Fleisch konstrueeris selleks mitu uut aparati: pneumotahhograafi, intervallograafi, mis on kasutusel tänini. Tema juhendamisel valmis viis doktoriväitekirja, sealhulgas **Maks Tiitso** (1900...1944) oma, kes juhatas instituuti A. Fleischi lahkumise järel. M. Tiitso jätkas oma õpetaja suunda, käsitledes hingamise regulatsiooni, eriti propriotseptiivsete reflekside osatähtsust, hingamise ning südame- ja vereoonkonna talitlust kehalise koormuse puhul, täiendas uurimisseadeldisi. Ka mitmed teised uurijad on Tartus kasutanud Fleischi meetodeid ja ideid, mistõttu teda võib pidada rahvuskaadri alusepanijaks füsioloogia ja biokeemia alal (11).

Histoloogia alal sai tuntuks eestlasest professor **Harry Kull** (1886...1933).

Tema tööd käsitlevad eelkõige tsütoloogiat — seedetrakti epiteelirakkude ehitust. Suurt tähelepanu pööras ta enterokromafiinsetele rakkudele ning sai sel alal rahvusvahelise tuntuse. Tema nimega on seotud mõned mitokondrite värvimise meetodid. Tähelepanu äratas ka anatoomiaprofessor **Ernst Weinbergi** (1896...1946) võrdlev-anatoomiline uurimus kolmiknäarvi mesentsefaalsest tuumast (19).

Produktiivseks kujunes farmakoloogiainstituudi tegevus, mida juhatas professor **Siegfried Loewe** (1884...1963; Tartus 1921...1928). Instituudi ligikaudu 100 publikatsiooni seas leidub arvukalt töid, mis käsitlevad füüsikalise keemia ja kvantitatiivse analüüsi meetodite tähtsust farmakoloogias. Huvipakkuvad on balneoloogilised uurimused Eesti muda mõju kohta. Uurimistöö põhisuunaks oli S. Loewel emakasse toimivate ainete farmakoloogia (16). Silmapaistev farmakoloog oli ka **Georg Barkan** (1889...1945; Tartus 1929...1938). Tema tööd on põhiliselt biokeemilise suunitlusega. Ta oli ka «Naunyn-Schmiedebergi arhiivi» kaasväljaandja (10).

Bakterioloogiainstituudi asutamine ja selle tegevuse väljaarendamise teened kuuluvad eestlasest akadeemikule **Karl Schlossmannile** (1885...1969). Tema juhendamisel uuriti düsenteeria, kõhutüüfuse, difteeria, tuberkuloosi ja lepra epidemioloogiat ning koostati tuberkuloosi vastu võitlemise kava. K. Schlossmann uuris ka Eesti ravimuda (1939) ja arendas seroloogilist diagnostikat (üks aglutinatsioonireaktsioonide modifikatsioone kannab tema nime). Ta oli enam kui 30 väitekirja juhendaja. 1938. aastal nimetati ta Eesti Teaduste Akadeemia presidendiks. Märkimist väärivad hügieeniprofessor **Aleksander Rammuli** (1875...1949) juhendamisel valminud meditsiinigeograafilised uurimused, mis oma ulatuselt olid esmakordsed. Töösse oli kaasatud 85 arsti ja vanemate kursuste üliõpilast. Töö kestis 1922. aastast 1938. aastani ja toimus kõigis 11 Eesti maakonnas. Önnestus koguda suur hulk originaal-

seid andmeid. Tulemused avaldati 11 köites, mis kajastavad kogu Eesti tervishoidu (4, 20).

Käsitleva perioodi teaduskonna silmapaistvam esindaja oli akadeemik **Ludvig Puusepp** (1875. . .1942). Juba Peterburis oli ta üks esimese neurokirurgiakliiniku asutajaid, esimene kirurgilise neuropatoloogia professor. Tartu Ülikoolis asutati tema jaoks iseseisev neuroloogia õppetool ja närvikliinik, mille ta sisustas vastavalt aja nõuetele. Ta töötas viljakalt peaaegu, seljaaju ja perifeersetel närvidel haiguste ning nende kirurgilise ravi alal. Ta tegi originaalseid neurokirurgilisi operatsioone ja leiutas diagnoosimismeetodeid, millest mitu kannab tema nime. Närvikliinik omandas rahvusvahelise tunnustuse ja siin viibis ravil haigeid Lätist, Poolast, Soomest ja mujalt. Aastail 1923. . .1939 andis L. Puusepp välja erialajakirja «*Folia neuropathologica Estoniana*» (alates 1929. aastast «*Folia neurochirurgica Estoniana*»), millel on suur teaduslik väärtus olnud senini. Ka sellised välismaa ülikoolid nagu Praha, Vilnius, Barcelona saatsid tema juurde noori arste oma teadmisi neurokirurgias täiendamaks. L. Puusepp oli valitud välismaiste teadusseltside ja -akadeemiate korrespondentliikmeks, liikmeks või auliikmeks, samuti Vilniuse ja Padova ülikooli audoktoriks (5, 14). Psühhiaatria-professor **Maximilian Bresowsky** (1877 . . .1945) evitas oma kliinikus välismaal kasutusele võetud uudseid ravimeetodeid, nagu insuliinšokki, nakatamist malaariasse (10).

Tartu kirurgidest valdas hästi operatsioonitehnikat ja oli suurepärase diagnoosija professor **Rudolf Wanach** (1862 . . .1931). Ta rajas oma koolkonna, nimekamad neist A. Pobol, J. Ennulo, A. Linkberg. R. Wanach on proponeerinud ka alahuulevähi opereerimise meetodi, millel on tema nimi (3). Kirurgiaprofessor **Ulrich Karellil** (1892. . .1983) olid märkimisväärsed teadmised ja kogemused maoreseksiooni tehnika ning plastilise kirurgia alal (10). **John Blumberg** (1861. . .1932) kirjutas operatsioonioõpetuse ja topograafilise anatoomia alaseid käsiraamatuid, mis ilmusid

välismaal ja olid hästi tuntud ka saksa kirurgidele (4, 7). Stomatoloogia kui iseseisva distsipliini, sealhulgas abiõppeasutuse hambapolikliiniku näol rajas **Valter Hiie** (1902. . .1963) (21).

Silmapaistev uurija oli teraapiaprofessor **Ernst Masing** (1879. . .1956), kes tegeles edukalt nii üldbioloogiliste kui ka kliiniliste probleemidega. Tal on suuri teeneid uute diagnoosimeetodite kasutuselevõtus. Tema tegevus teadlaste järelkasvu koolitamisel ja internmeditsiini arendamisel Eestis oli suure väärtusega (9). 1930-ndail aastail paistis silma kardioloogina ja EKG meetodi uurija ning praktiseerijana **Franz Grant** (1896. . .1960). **Voldemar Vadi** (1891. . .1951) poolt juhutatava hospitaalteraapiakliiniku tähtsamad teadusprobleemid olid tuberkuloos ja reumaatilised haigused. Ta oli silmapaistev reumatoloog, kes viljakalt töötas balneoterapia arendamisel Eestis (5, 22).

Rahvusvahelise kuulsuse omandas akadeemik **Aleksander Paldrok** (1871. . .1944) oma leepaalase teadusliku uurimistööga. 1925. aastal esitas ta leepa raviks originaalse meetodi, mis põhineb süsihappelume ja kullapreparaatide kasutamisel. Need ravitulemused äratasid suurt tähelepanu maailma leproloogide seas, mistõttu õppetooli ja Muuli leprosooriumi külastasid tuntud leproloogid mitmest välisriigist. A. Paldrok valiti mitme välismaise teaduste akadeemia ja seltsi liikmeks ning Uppsala Ülikooli audoktoriks (17).

Teistest kliiniklastest väärib esiletõstmist esimene eestlasest sünnitusabi-professor **Jaan Miländer** (1866. . .1940), tänu kellele ajakohastati naistekliinik. Rahvusvaheliselt sai tuntuks sama õppetooli titulaarprofessor **Rein Kleitsmann** (1892. . .1975) hüsterosalpingograafia modifitseerimise eest ravi eesmärgil (10). Lastehaiguste spetsialist professor **Aadu Lüüs** (1878. . .1967) rajas esimese lastekliiniku Eestis, andis välja eestikeelseid õpperaamatuid, koolitas lastearste. Röntgenoloogiale ja radioloogiale kui iseseisvale distsipliinile pani aluse professor **Jüri Haldre** (1896. . .1949).

Otorinolarüngoloogia alal kirurgilise suuna ja koolkonna rajaja Eestis oli **Ernst Saareste** (1892. . .1944). Ta hakkas tegelema ka audioloogiaga, koostades kõnetestid kuulmise uurimiseks eestikeelse kõne varal (4). Oftalmoloogia-professor **Ernst Blessig** (1859. . .1940) korraldas pimedate loenduse Eestis (1922), koostas esimese vene oftalmoloogiakirjanduse bibliograafia ja avaldas 1933. aastal «*Index ophthalmologiae Balticus*» (6).

Üliõpilastes erialaste huvide arendamiseks asutati 1922. aastal Akadeemiline Arstiteaduse Selts. Esimeesteks olid valitud professorid A. Lüüs (1922. . . 1926), S. Talvik (1926. . .1929), A. Valdes (1929. . .1938) ja dotsent F. Lepp (1938. . . 1940). 1924. aastal asutati ka Akadeemiline Rohuteaduse Selts, mille esimeheks oli ajavahemikul 1924. . .1940 professor N. Veiderpass (4).⁷ Üliõpilastes teadustöö vastu huvi äratamises etendasid suurt osa ka iga-aastased auhinna-tööd varem väljakuulutatud teemadel.

Omariikluse aastail orienteerusid Tartu Ülikooli arstiteadlased teaduslikes kontaktides eelkõige Lääne-Euroopa, samuti USA ja Kanada teaduskeskustele, ent see teema nõuab erikäsitlust.

⁷ ENSV RAKA, f. 2100, n. 4, s. 104, l. 454—455, 458—459.

KIRJANDUS: 1. Eesti Statistika, 1940, 227—229. — 2. Eesti Vabariigi Tartu Ülikool 1919—1929. Tartu, 1929. — 3. *Ennulo, J.* Kirurg meenutab, Tln, 1976. — 4. *Kalnin, V.* Rmt.: Tartu Ülikooli ajalugu, III. Tln., 1982, 143—153. — 5. *Kalnin, V., Raudam, E.* (koostajad) TRÜ Arstiteaduskond 1802—1975. Tartu, 1976. — 6. *Kalnin, V., Schotter, L.* Nõukogude Eesti Tervihoid, 1986, 5, 370—373. — 7. *Kalnin, V., Tünder, E.* Nõukogude Eesti Tervihoid, 1976, 6, 532—538. — 8. *Kõdar, A.* Rmt.: Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi, III. Tartu, 1975, 80—89. — 9. *Kõrge, K., Põldvere, K.* Rmt.: Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi, III. Tartu, 1975, 63—70. — 10. *Käbin, I.* In: Die medizinische Forschung und Lehre an der Universität Dorpat/Tartu 1802—1940: Ergebnisse und Bedeutung für die Entwicklung der Medizin. Lüneburg, 1986, 422—502. — 11. *Looga, R.* Rmt.: Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi, III. Tartu, 1975, 22—32. — 12. *Pharmacia*, 1922, 133; 1925, 286. — 13. *Põld, P.*

Rmt.: Tartu. Tartu, 1927, 558—559. — 14. *Raudam, E., Soomre, I.* Ludvig Puusepp. Tln., 1977. — 15. Tartu Ülikooli õppekavad, eksamate, promotsiooni ja habilitatsiooni korraldus. Tartu, 1924, 1927. — 16. Tartu Ülikool sõnas ja pildis 1919—1932. Tartu, 1932. — 17. *Vahter, H.* Nõukogude Eesti Tervihoid, 1981, 3, 257—277.

18. *Алликметс Л., Калнин В.* В кн.: Медицинский факультет Тартуского государственного университета. Таллинн, 1982, 5—24. — 19. *Аренд Ю. Э., Калнин В. В.* Арх. анат., гистол. эмбриол., 1977, 1, 88—93. — 20. *Калнин В. В.* Развитие гигиенической науки в Тартуском университете (1802—1917). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Tartu, 1972. — 21. *Льви М., Калнин В.* Из истории медицины, VIII. Рига, 1969, 165—175. — 22. *Пяй Л. Т., Калнин В. В.* Тер. арх., 1984, 3, 151—153.

Summary

Medicine at Tartu University during the period of the Estonian Republic. The structure of Tartu University, between 1919 and 1940, compared with that during the tsarist period, changed markedly: there was an increase in the number of chairs and of auxiliary establishments at the University which were provided with an improved material and technical basis. Instead of 17 former chairs, their number reached 29 in 1939. All the chairs had professorships. The chairs of bacteriology, neurology, otorhinolaryngology, children's diseases, odontology, roentgenology, radiology, eugenics and 3 different chairs of pharmacological profile were founded. Several auxiliary training establishments were set up. A Bacteriological Institute, an Institute of Radiology, Clinics for Children's Diseases, Radiological, Otorhinological Clinics, a Pasteur Station, an Institute of Physical Culture, a Dental Polyclinic were founded. There were 4 polyclinics in Tartu. In 1940 there were 31 auxiliary training establishments and 11 clinics with some 800 hospital beds. In 1921, a total of 22 chairs were successfully staffed with 19 scientists. At the beginning of the above-mentioned period, the teaching staff consisted of 50% Estonians, the rest were mainly Germans. In 1927, nineteen persons (70.4%) taught in Estonian, but in 1939—40 the instruction was given only in Estonian. New subjects were included into teaching and research programmes, whereas some of those were previously facultative. The studying period was extended from 5 years to 6 years for doctors, but in the department of applied pharmacy it was extended in 1921 from 2 years to 3 years, and subsequently, in 1926, to 4 years. In order to take a Doctor's degree a scientist was required to pass examinations in 8—9 subjects. There were special regulations for those who wanted to obtain a Doctor's degree in pharmacy. The teaching staff started writing original textbooks and handbooks in Estonian. Between 1919 and 1934 a total of 798 doctors graduated from Tartu University (of those 77 (10%) were conferred the Doctor's degrees) and 33 persons graduated from the

department of pharmacy and 40 persons graduated from the department of physical education. A great number of outstanding scientists — the neurosurgeon L. Puusepp, the dermatovenereologist A. Paldrok, the physiologist A. Fleisch, the pharmacologist S. Loewe, the bacteriologist K. Schlossmann, the histologist H. Kull, the gynecologist R. Kleitsmann and others acquired international fame with their research works. Other outstanding medical scientists (the surgeon K. Konik, R. Wanach, U. Karell, J. Blumberg, the therapists E. Masing, F. Grant, V. Vadi, the stomatologist V. Hiie, the hygienist A. Rammul, the radiologist J. Haldre, the anatomist E. Weinberg, the pediatrician A. Lüüs, the forensic pathologists S. Talvik, G. Rooks, the patho-anatomist A. Valdes and others gained wide recognition for their scientific works all over the world. They had constant links with Western Europe, US and Canadian scientific centres.

Резюме

О медицине в Тартуском университете в годы Эстонской республики. Структура медицинского факультета Тартуского университета за период с 1919 г. по 1940 г., по сравнению с таковой в царское время, заметно изменилась: увеличилось количество кафедр и учебно-вспомогательных учреждений, улучшилась их материально-техническая база. К 1939 г. количество кафедр возросло с 17 до 29 (все в виде профессур). Так, были созданы кафедры бактериологии, неврологии, болезней уха, носа и горла, детских болезней, одонтологии, рентгенологии и радиологии, три кафедры фармацевтического профиля и др. Создавались и новые учебно-вспомогательные учреждения, в том числе бактериологический институт, клиники нервных, детских болезней и болезней уха, носа и горла, Пастеровская станция, институт физического воспитания, радиологический институт, зубная поликлиника и др. Всего в 1940 г. при университете насчитывалось 31 учебно-вспомогательное учреждение, 11 клиник имели около 800 коек. К 1921 г. успешно провели комплектование заведующих кафедрами (19 человек на 22 кафедры). Половину из них составляли эстонцы, половину — в основном немцы, выходцы из России, Прибалтики и Германии. В 1927 г. обучение на эстонском языке вели 19 преподавателей, т.е. 70,4%, а в 1939/1940 уч. г. преподавание велось уже полностью на эстонском языке. Существенные изменения произошли также в организации учебно-научной работы. В учебные планы были включены предметы, которые раньше отсутствовали или были необязательными. Вместо 5-летнего срока обучения перешли на 6-летний срок (на врачебном отделении). В 1921 г. на фармацевтическом отделении двухгодичный срок обучения был продлен до 3 лет, а в 1926 г. — до 4 лет. Студенты получали теперь более разнообразную и основательную подготовку, чем прежде. Экзамены на степень доктора медицины стали проводить по спе-

циальностям со сдачей экзаменов по 8...9 предметам, были введены также правила получения степени доктора фармации. Преподаватели стали издавать оригинальные учебники на эстонском языке. Всего в 1919...1939 г. медфакультет окончило со званием врача 798 человек (из них докторами медицины стали 77, т.е. 10%), фармацевтическое отделение — 336 и отделение физического воспитания — 40 человек. По мере укомплектования кафедр, совершенствования оборудования институтов и клиник и улучшения подготовки молодых ученых более интенсивной становилась и исследовательская деятельность. Международную известность приобрели нейрохирург Л. Пуусепп, дерматовенеролог А. Пальдрок, физиолог А. Флейш, фармаколог З. Лева, бактериолог К. Шлосман, гистолог Х. Куль, гинеколог Р. Клейцман и др. Значительный вклад в развитие медицины в Эстонии внесли также многие другие ученые медицинского факультета (хирурги К. Коник, Р. Ванах, У. Карелль, Дж. Блюмберг, терапевты Э. Мазинг, Ф. Грант, В. Вади, стоматолог В. Хийе, гигиенист А. Раммуль, рентгенорадиолог Ю. Халдре, анатом Э. Вейнберг, педиатр П. Люйс, судебные медики С. Тальвик, Г. Роокс, патологоанатом А. Вальдес и др.). При заключении научных контактов они ориентировались прежде всего на научные центры Западной Европы, США и Канады.

*Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni
kateeder*

Arthur Böttcher (1831...1889)

Uno Podar · Tartu

Tänavu möödub 100 aastat Tartu Ülikooli arstiteaduskonna patoanatomia kateedri esimese juhataja Arthur Böttcheri surmast. Tema tegevus väärib meenutamist ja mälestamist.

A. Böttcher sündis 13. juulil 1831. aastal Kuramaal. Keskhariiduse omanas ta Jelgavas ja Riias ning arstiteadust õppis Tartu Ülikoolis aastail 1851...1855. 1856. aastal kaitses ta F. Bidderi juhendamisel valminud doktoriväitekirja sisekõrva ehituse kohta. Tal oli võimalus täiendada oma patoanatomia-alaseid teadmisi Viinis, Pariisis ja Berliinis. Eriti väärib märkimist töö Berliinis R. Virchowi juures, kust pärinebki tema veendumus, et morfoloogilistes töödes tuleb kasutada mikroskoopilist uurimist.

1858. aastal sai A. Böttcher dotsendiks, 1861. aastal vastavatu patoanatomia kateedri juhatajaks-professoriks. Ta oli hinnatud lektor. Esimesena Tartus tegi ta patohistoloogilisi praktilisi töid, milleks muretses kateedri mikroskoobe. Ta rajas kateedri makropreparaatide kogu, millest osa on säilinud ja kasutatav tänaseni.

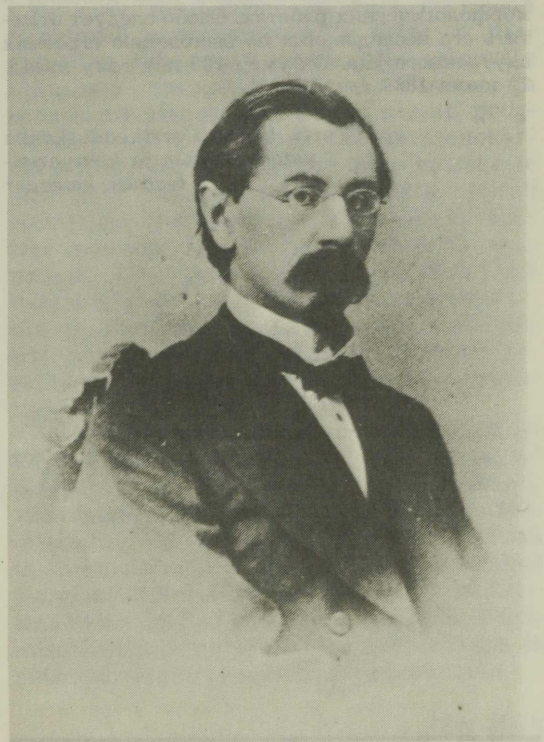
A. Böttcher kujunes viljakaks teadlaseks. Ta avaldas umbes 80 publikatsiooni, neist paar on monograafilist laadi. Tööde temaatika oli väga mitmekesine. Korduvalt on ta tagasi pöördunud hematoloogiaküsimuste juurde. Tähtsamaks jääb siiski sisekõrva uurimine. Aastakümneid tähistati tema poolt avastatud struktuure tema nimega (Böttcheri rakud, Böttcheri—Cotugno ruum, Böttcheri ganglion jt.) (1, 2, 4, 6). Sisekõrva uurimise eest sai ta 1870. aastal Peterburi Teaduste Akadeemia Baeri preemia ning 1874. aastal Tartu Ülikooli Heimburgeri preemia. Ta valiti Pariisi Otolarüngoloogia Seltsi auliikmeks. Seega sai patoanatom tuntuks

esmajoones normaalsete struktuuride uurimisega.

1870-ndatel aastatel oli A. Böttcher pikemat aega arstiteaduskonna dekaaniks. Tema algatusel asutati 1867. aastal Tartu Arstiteaduslik Selts. Samuti tema initsiatiivil ja toimetamisel ilmus «Dorpaten medicinische Zeitschrift» aastatel 1870...1877, kokku 6 köidet. Siis ühines ajakiri nädalalehega «St. Peterburger medicinische Wochenschrift». Tartu ajakirja tegevuse lõpetamisel mainis A. Böttcher, et ühinemise aluseks on soov ühendatud jõududega rohkem korda saata. Mainitud Peterburi ajakirja (kaas)toimetajaks oli ta mitu aastat.

A. Böttcheri tervis halvenes lahangult saadud nakkuse tagajärjel. 1883. a. jäi ta pensionile. Ta suri 29. juulil 1889. aastal.

A. Böttcher väärib austust kui ajakohase kateedri rajaja ning kui teadlane, kes hinnataval viisil esindas Tartu Ülikooli rahvusvaheliselt.



KASUTATUD KIRJANDUS: 1. *Cowdry, E. V.* Special Cytology. Vol. II. New York, 1928. — 2. *Gould, G. M.* The practitioner's Medical Dictionary. London, 1924. — 3. *Käbin, I.* Die medizinische Forschung und Lehre an der Universität Dorpat/Tartu 1802—1940. Lüneburg, 1986. — 4. *von Möllendorff, W.* Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen. Bd. III, T. 1. Berlin, 1927. — 5. Tartu Ülikooli ajalugu. II, 1798—1918. Tallinn, 1982. — 6. *Testut, L.* Traité d'Anatomie humaine. T. III. Paris, 1922.

7. *Левуцкий Г. В.* Биографический словарь профессоров и преподавателей императорского Юрьевского, бывшего Дерптского университета. Юрьев, 1903.

Summary

Arthur Böttcher (1831—1889). Arthur Böttcher was the first head of the chair of pathological anatomy of Tartu University (from 1861 to 1883). He followed the Virchow's principles about the necessity of microscopic investigation in morphological studies in his pedagogical and scientific work. He studied the structure of the internal ear. He died a hundred years ago, on July 29, 1889.

Резюме

Артур Бэттхер (1831. . .1889). Артур Бэттхер был первым заведующим кафедрой патологической анатомии Тартуского университета (1861. . . 1883). Как в учебной, так и в научной работе он следовал принципу Вирхова о необходимости микроскопических исследований в морфологических работах. Особо следует отметить его исследования по выяснению строения внутреннего уха. Он умер 100 лет тому назад 29 июля 1889 г.

*Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
patoanatomia ja kohtuarsti-
teaduse kateeder*

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uusi meditsiinikandidaate

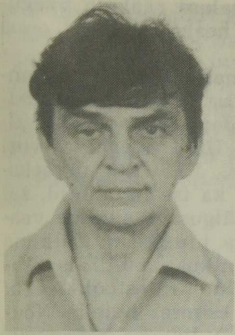
28. jaanuaril 1988. aastal kaitses Helmholtzi-nimelise Moskva Silmahaiguste Teadusliku Uurimise Instituudi erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Mittemagnetiliste võõrkehade eemaldamine silma raskesti juurde pääsetavatest osadest» Tartu Ülikooli arstiteaduskonna otorinolarüngologia ja oftalmologia kateedri assistent **Aleksei Panov**. Väitekirja on valminud professorite L. Schotteri ja R. Gundorova juhendamisel. Oponeerisid professorid O. Gruša ja J. Vainštein. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 2. novembrist 1988. aastast kinnitati A. Panovile meditsiinikandidaadi kraad.



A. Panovi uurimus on valminud Tartu Ülikoolis ja Helmholtzi-nimelises Moskva Silmahaiguste Teadusliku Uurimise Instituudis, kliiniliseks baasiks olid Tartu Kliinilise Haigla ja Helmholtzi-nimelise Moskva Silmahaiguste Teadusliku Uurimise Instituudi silmaosakonnad. A. Panov on uurinud mittemagnetiliste võõrkehade eemaldamist silma klaaskehast ja sisekestadest. Selleks on konstrueeritud diaskleeraalne luup, klaaskeha aplanaatorite komplekt ja mitu abivahendit. 185 haigest, kellel oli silmas võõrkeha, osutus võimalikuks need eemaldada 97,8%-l.

A. Panov on sündinud 3. detsembril 1938. aastal Tallinnas. 1957. aastal lõpetas ta Kunda Keskkooli, 1964. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel töötas Jõgeva Rajooni Keskhaiglas okulisti ja kirurgina. Aastail 1970... 1989 oli A. Panov Tartu Ülikooli arstiteaduskonna otorinolarüngologia ja oftalmologia kateedri assistent. 1989. aastal valiti A. Panov sama kateedri dotsendi ametikohale.

Leo Schotter



27. septembril 1988. aastal kaitses Minski Riiklikus Meditsiiniinstituudis kandidaadiväitekirja «Vastsündinute hormonaalse adaptatsiooni näitajatest sünnihetkel» ÜMPI adaptatsiooni ja neuroendokriinsete protsesside laboratooriumi teadur **Valve Loolaid**. Väite-

kiri on valminud sama instituudi juhtivteaduri prof. A. Paju juhendamisel. Oponeerisid Valgevene Arstide Täiendamise Instituudi II pediaatria kateedri juhataja prof. T. Sukovatõhh ja Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi neonatoloogia kateedri dotsent meditsiinkandidaat A. Bolšakova. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 1. märtsist 1989. aastast kinnitati V. Loolaiule meditsiinkandidaadi kraad.

V. Loolaiu kandidaadiväitekirja on kliinilis-biokeemiline uurimus vastsündinute vere hormonaalsetest näitajatest stressi korral. Töö põhieesmärk oli uurida komplekselt sümptoadrenaalse, hüpofüsaarsete, neerupealiste koore ja kilpnäärme hormoonide sisaldust ajaliste vastsündinute veres sünnihetkel ja hinnata nende näitajate tähendust vastsündinu üldseisundile sõltuvalt laste soost, kehalise arengu näitajatest, asfüksia raskusastmest, samuti hinnata nende näitajate seost ema tervisliku seisundi, raseduse ja sünnituse tüsistustega.

Ilmnes, et hapnikuvaeguses sündinud vastsündinute hormonaalsete reaktsioonide laad sõltub hüpoksia raskusastmest ja väljendab lapse kliinilist seisundit sünnil. Ulatuslikumad hormonaalsed häired asfüksia korral esinesid ala- ja ülekaalulistel vastsündinutel, võrreldes normaalselt arenenud lastega. Täheldati hormoonide sisalduse sõltuvust soolisest kuuluvusest.

Uurimistöo tulemuste alusel on välja selgitatud ema ja vastsündinute riskirühmad varajase korrigeeriva ja edasise taastusravi korraldamiseks.

V. Loolaid on sündinud 3. novembril 1931. aastal Viljandis. 1956. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Pärast ülikooli lõpetamist oli Tartu Meditsiinkooli õpetaja. Aastail 1959...1982 töötas Tartu Kliinilises Sünnitusmajas, algul anestezioloog, hiljem vastsündinute osakonna juhatajana. Alates 1982. aastast on olnud praegusel ametikohal.

Aili Paju



19. märtsil 1989 kaitses Kaunase Meditsiiniinstituudi kardioloogia erialaanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Vatsakeste programmeeritav elekterstimulatsioon müokardi elektrilise ebastabiilsuse hindamisel stenokardia erinevate kliiniliste variantide puhul» Kar-

dioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi nooremteadur **Vera Mahhotina**. Väitekirja on valminud prof. E. Rimša (Kaunas) juhendamisel. Oponeerisid meditsiinidoktorid A. Laučiavičius (Vilnius) ja E. Vaicakiavičius (Kaunas). NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 2. augustist 1989 kinnitati V. Mahhotinale meditsiinkandidaadi kraad.

V. Mahhotina uurimuses on hinnatud uue diagnoosimismeetodi, vatsakeste programmeeritava elekterstimulatsiooni informatiivsust müokardi elektrilise ebastabiilsuse väljaselgitamisel stenokardia erinevate variantide korral. Vatsakeste programmeeritava elekterstimulatsiooni resultaatide võrdlemine Holteri monitooringu ja veloergomeetria tulemustega võimaldas autoril teha järelduse, et müokardi elektrilise ebastabiilsuse hindamisel on vaja arvestada nimetatud uurimismeetodite erinevat diagnostilist tähendust stenokardia erinevate kliiniliste variantide korral. Esmase ja spontaanse stenokardia puhul, samuti progresseeruva stenokardia ja stabiilse stenokardia sellistel juhtudel, kui puudub vatsakeste müokardi väljendunud asünergia, piisab elektrilise ebastabiilsuse hindamiseks Holteri monitooringu ja veloergomeetria andmetest. Nn. infarktjärgse stenokardiaga haigetel, nagu ka progresseeruva stenokardia ja stabiilse stenokardia neil juhtudel, kui anamneesis on ulatuslik müokardiinfarkt, osutuvad vajalikuks kõikide nimetatud uurimismeetodite tulemused.

V. Mahhotina on sündinud 1958. aastal Voronežis arsti perekonnas. 1975. aastal lõpetas ta kiitusega Voroneži 1. Keskkooli, 1983. aastal kiitusega Donetsk Riikliku Meditsiiniinstituudi. Aastail 1983...1984 oli ta internatuuris Tallinna Vabariiklikus Haiglas. Alates 1984. aastast on V. Mahhotina töötanud Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudi erakorralise kardioloogia ja rütmihäirete osakonna nooremteadurina.

Jüri Kaik

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

14...22. augustini toimus Tallinnas **ÜRO invaliidsusala ekspertnõupidamine** (*International Meeting on Human Resources in the Field of Disability*). Nõupidamine oli 1989. aasta põhisündmus ÜRO invaliidide kümneaastaku raames. Esialgne ajakava vaegureid puudutava maailmaprogrammi elluviimisel võeti vastu ÜRO Peaassambleel 1982. aastal. Selle programmi peamiseks eesmärgiks on võrdsustada vaegurite võimalused kõigi teiste inimeste võimalustega mis tahes valdkonnas.

Tallinna olid kohale kutsutud ÜRO invaliidsusala eksperdid üle kogu maailma, kokku 22 riigist, lisaks veel vaatleja-staatusega inimesi erinevatest riikidest, mitmete riiklike ja ühiskondlike organisatsioonide esindajaid, invaliidsusala tippspetsialiste. Kohal olid ka Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ja UNICEF-i esindajad.

ÜRO invaliidsusala eksperdid Aafrikast, Aasiast, Lõuna-Ameerikast, Kuubalt ning Lääne-Aasiast uurivad puuetega inimeste vajaduste rahuldamiseks tehtavat tööd kogu maailmas. Tallinna ekspertnõupidamise põhiteemadeks olid invaliidide algharidus ja õpetamine, töölerakendamine ning teaduse ja tehnoloogia saavutuste ärakasutamine vaegurite heaks. Diskuteeriti erihariduse, eriväljaõppe, perekonna ning ühiskondlike ja riiklike organisatsioonide osa üle invaliidide elus. Räägiti ka vaimsete puuetega inimeste probleemidest, naisinvaliidide muredest, võimalustest rahvusvaheliseks koostööks invaliidide hüvan-

guks. Iga ekspert sai võimaluse rääkida vaegurite olukorrast ning nende heaks tehtavast omal maal.

Tihedasse töönaalasse mahtus muudki: kohutati Eesti invaliididega, külastati Lahemaad, käidi kontsertidel, lisaks töösidemetele sõlmiti hulgaliselt isiklike kontakte. Ühel päeval tutvuti meditsiinasutustega Tartus. Et ÜRO invaekspertidest olid üsna mitmed ka ise invaliidid, sai eelneva organiseerimistö käigus invaliidide vaatekohalt mõnegi olulise asja juurde ka Tallinna linn. Kesklinna lastepoliklinikus, hotellides «Viru» ja «Olümpia» on nüüd ratastooli-WC-d. «Olümpia» on ilmselt üks esimesi hotelle Nõukogude Liidus, kuhu pääseb ligi ka ratastooli-invaliid, mõneski kohas linnas tasandati kõrgeid tänava-ääri. Muidugi oleks kena, kui see ei jääks vaid üksikuks aktsiooniks enne ekspertnõupidamist, vaid et seda liini jätkataks ja edaspidi.

ÜRO ekspertnõupidamise põhikorraldajaks oli ÜRO Viini keskus koostöös NSV Liidu ja Eesti valitsusega. ÜRO Viini keskuse sotsiaalarvu osakonna direktori hr. Henryk Sokalski sõnutsi oli Tallinna nõupidamine eriti tähtis seepärast, et koondas tähelepanu ühele tähtsamatest probleemidest tänases maailmas — kuidas õigesti kasutada inimeste oskusi ja võimeid ühiskondlikus arengus? Invaliide aga on maailmas küllalt palju, umbes 500 miljonit.

Üheteistkümmenele küljelise ekspertnõupidamise lõppdokument «*The Tallinn Guidelines...*» hõlmab kokkuvõtlikult kõike seda, mida nõupidamisel räägiti, alustades inimeste, sealhulgas invaliidide otstarbeka kasutamise üldfilosoofiast ja lõpetades üldsundadega puuetega inimeste osavõtust kõigist sotsiaalelu sfääridest. Eraldi on välja toodud kutseõpetuse, kohalike algatuste, töölerakendamise, abistamisfondide, regionaalse ja rahvusliku koostöö osa.

Kuidas puudutab ekspertnõupidamise lõppdokument ning meil toimunud üritus Eestit ja Nõukogude Liitu tervikuna? Seda näitab tulevik. Sest ÜRO-l võivad olla kui tahes head dokumendid, plaanid, programmid — tegutseda tuleb eelkõige rahvuslikul tasandil. Viimasele peaks kaasa aitama seegi fakt, et Tallinnasse jäi tohutu



Vaade saali. V. Salupuu fotod.

hulk invaliidisusalast kirjandust kogu maailmast: ekspertnõupidamise materjalid, ettekanded, sõnavõtt, eri maade invaliidide organisatsioonide väljaanded, erisuguste abivahendite reklaamprospektid, uumat rehabilitatsioonialast meditsiinitehnikat tutvustavad kataloogid jpm., lisaks isiklikud ja ametialased kontaktid meie vastava ala spetsialistidel. Lähtealus edasiminekukuks on olmas.

Meelike Saarna

Puuetega laste teema oli kõne all 23...26. augustini Tallinnas, mil toimus **rahvusvaheline laste invaliidisuse vältimise ja taastusravi konverents** (*International Conference on Rehabilitation of Disabled Children: Present State and Future Trends*). Konverentsi põhikorraldajaks oli rahvusvaheline organisatsioon *Rehabilitation International* (RI) koostöös UNICEF-iga, meepoolne korraldaja oli Eesti Lastefond.

Konverentsist võttis osa ligikaudu 70 vastava ala tippspetsialisti välismaalt, saja ringis oli osavõtjaid Nõukogude Liidust, sealhulgas ka Eestist. Lisaks külalised, pedagoogid, lastevanemad, invaliidid — need inimesed, kes olid ise huvitatud konverentsi ettekannete kuulamisest.

Nimetagem mõned teemad ligikaudu neljakümnest konverentsil kõlanud ettekandest: vastündinute kesknärvisüsteemi kahjustuste varajane avastamine ja vältimine, lapsee invaliidisuse epidemioloogilised aspektid, *Rehabilitation International* (RI) ja UNICEF-i programmid laste invaliidisuse ärahoidmiseks ning taastusraviks, vabatahtlike organisatsioonide osa vaimsete puuetega laste abistamises, perekonna osa puudega lapse kasvatamisel, tehnilised abivahendid, viigane laps. Mitmed ettekanded olid ette valmistatud ka Nõukogude Liidu teadlaste poolt, Eestit esindas sõnavõtjate poolelt ainsana vabariigi lastepeaneuroloog, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna neuroloogia ja neurokirurgia kateedri dotsent T. Talvik, kes rääkis laste taastusravist Eestis. Konverentsi viimasel plenaaristungil esines pikemalt ka meie tervishoiuminister L. Karu, kõneldes sellest, millised on Eesti lootused ja tulevikuperspektiivid seoses nimetatud rahvusvahelise konverentsi teokssaamisega.

Välismaistele konverentsikülalistele vaevalt et konverentsil erilisi avastusi või üllatusi oli. Infovahetus ja kontaktid olid aga ühtmoodi tähtsad nii meile kui ka külalistele. Eestit ja Nõukogude Liitu esindanud selle ala spetsialistid tundsid aga üldjuhul oma maailma avarduvat; arenenud maailma ja meie laste taastusravi võimalusi võrrelda pole mõtet, ometi on meil oluline teada, milline on Eesti koht maailmas sel alal ja kuidas tuleks siit edasi minna — teiste maade kogemustest ja vigadest õppides.

Organisatsiooni *Rehabilitation International* töö põhisuundadeks on invaliidisuse ja taastusravi programmide väljatöötamine, perekondade ühendamine puuetega inimeste ümber, teadusinfo vahetamine ja invaliidisusalaste foorumite korraldamine maailma eri paigus. Kõik nimetatut on viimastel aastatel tähelepanu alla võetud ka meil.

Kas poleks võimalik mõne Eestigi organisatsiooni astumine RI liikmeks? On ju RI föderatsiooni põhimõttel töötav, liikmeteks praegu 120 organisatsiooni 80 riigist. Edasise koostöö asjus oli kaalumisel mitu varianti. Lootust igatahes on, sest RI juhtkond on koostööst huvitatud, Eestist rääkimata.

Meelike Saarna

Teaduslik nõupidamine mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika (CINDI) programmi raames. 25...26. maini 1989 külastas Tallinna Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni delegatsioon, mille koosseisu kuulusid D. Maclean (Nova Scotia, Kanada), V. Scheuermann (Heidelberg, Saksamaa LV), prof. I. Glazunov, V. Buzin (Moskva). Külastus toimus ÜTO poolt juhendatava CINDI programmi alal. Teatavasti osalevad selles programmis Eestist Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituut ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut, mille baasil 1987. aastal moodustati ÜTO koostöökeskus.

Programmi eesmärk on ühiseid riskitegureid (suitsetamine, liigne kehakaal, liikumisvaegus, ebaratsionaalne toitumine, stress) mõjutades vähendada haigestumust ja suremust põhilistesse mittenakkuslikesse haigustesse, nagu südame isheemia- ja hüpertooniatõbi, kroonilised mittespetsiifilised kopsuhaigused, mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõbi, mõningad vähivormid. Esimesel etapil realiseeritakse programm kaheksas Tallinna tööstusettevõttes, üheksakümnendate aastate teisel poolel on kavas hõlmata sellega kogu Eesti.

CINDI programmi ellurakendamise probleeme arutati ühisel teaduslikul nõupidamisel. Informatsiooni eespool mainitud instituutide tegevuse kohta andsid nende direktorid — NSV Liidu Meditsiiniakadeemia korrespondentliige prof. P. Bogovski ja meditsiinidoktor P. Laane.

Ettekande CINDI programmi realiseerimisest täiskasvanud elanikkonna hulgas esitas O. Volož. Ta märkis, et aastail 1986...1988 on paranenud hüpertooniatõve ravi efektiivsus, mille tulemusena on langenud keskmised süstoolse ja diastoolse vererõhu näitajad populatsioonis. Vähem tulemusi on andnud suitsetamisvastane tegevus, sest tööstusametuste juhtkond ja ühiskondlikud organisatsioonid ei ole selle probleemi vastu küllaldast huvi tundnud. L. Suurorg rääkis CINDI programmi realiseerimisest laste (Tallinna Lenini rajooni kooliõpilased) hulgas.

Oma lõppsõnas andsid külalised CINDI programmi raames tehtud profülaktilisele tööle hea hinnangu. Lepiti kokku edaspidise koostöö suhtes Heidelbergi Ülikooliga.

Olga Volož

V Eesti kardioloogide konverents toimus 19...20. maini 1989 Tallinnas. Esimesel päeval toimus kaks plenaaristungit. Kardioloogilise sõeltesti tähtsust meeste suremuse prognoosimisel Tallinna linnas käsitles O. Voloži ja kaasautorite

ettekannet. Mitu uurimistööd käsitles südamehaiguste epidemioloogiat ja riskitegureid lastel ja noortel (L. Suuroorg kaasautoritega, I. Tur ja M. Saava, T. Maramaa ja M. Lintsi). Toitumine kardioloogilisest aspektist oli vaatluse alla võetud E. Solodkaja ja kaasautorite ning M. Saava ja kaasautorite ettekandes.

P. Laane käsitles koronaarse ateroskleroosi latentset progresseerumist, S. Noodla ja M. Uusküla vasaku südamevatsakese funktsionaalse seisundi prognoosimist esmase müokardiinfarktiga haigetel. Funktsionaalsete proovide tulemusi südame isheemiatõvega haigetel on uurinud M. Kundla ja I. Randmaa ning A. Graf ja kaasautorid. Järvemuda raviefekti hüpertooniatõve korral käsitles E. Laane ja kaasautorite ettekannet, aspiriini antiagregatiivset efektiivsust müokardiinfarkti ravimisel M. Viigimaa ja kaasautorite oma.

Ühel sektsiooniistungil olid arutlusel südamehaiguste diagnoosimise ja ravi uued meetodid. J. Maaroo ja E. Kääriku ettekannet oli personaalarvutite kasutamisel südame isheemiatõbe põdejatel, I. Laane ja kaasautorite oma oli kardiointervallograafiast pediaatrias. H. Jaaguse ettekannet käsitles aordi uurimist ultraheli dopplerograafia abil, I. Sori ja kaasautorite oma aga laseri kasutamist ateroskleroosiliste naastude eemaldamisel.

Sektsiooniistungil, kus olid vaatluse all südame rütmihäired ja südamehasehaigused, esitatud ettekanded olid arütmiate esinemisest lastel (N. Bakšene ja R. Kevalas, M. Kalkun ja L. Tamm), ventrikulaarsetest rütmihäiretest ja nende ravist (J. Kaik kaasautoritega, A. Kavoliunene), muutustest südameotsüklil repolarisatsioonifaasis (A. Vainoras ja P. Zabela, A. Levin ja U. Kirotar). Südamehasehaigustest käsitleti ennekõike kongestiivset kardiomüopaatia (B. Rabinovitš kaasautoritega, L. Janovskaja kaasautoritega).

Akute ja invasiivse kardioloogia alasel pleenaaristungil räägiti müokardiinfarkti varajases kirurgilisest ravist (G. Solovjov kaasautoritega), akuutse müokardiinfarkti ravist veenisisesest trombolüüsiga (J. Voitk kaasautoritega), angioplastikast (A. Lõhmus kaasautoritega, T. Kõöbi ja J. Eha, M. Peeba kaasautoritega).

Eesti Kardioloogide Seltsi aruande esitas juhatuse esimees K. Valgma. Valiti seltsi uus juhatuse ning esmakordselt otseselt valimisel ka juhatuse esimees, kelleks sai J. Eha.

Trükist on ilmunud konverentsi ettekannete teeside kogumik.

Jüri Kaik

Eesti Akušöörigünekoloogide Seltsi laiendatud pleenum toimus 9...10. juunini 1989 Kingissepa Rajooni Keskhaiglas.

Arutlusel olid sünnitus-tegevuse reguleerimine, intensiivravi ja reanimatsioon sünnitusabis, sünnituse valutustamine ning sanatoorne ja kuurortrivi sanatooriumis «Kuressaare». Viimati nimetatud teemal oli väga huvitav ettekannet M. Koppelilt, kes rääkis mudaravila ajaloost ja nüüdisaegsete raviprotseduuride võimalustest.

Sünnitusabialaseid ettekandeid esitasid professorid V. Ambramtšenko ja J. Lantsev (Leningrad).

Prof. V. Ambramtšenko, käsitledes sünnitus-tegevuse reguleerimist, märkis, et sünnituse ettevalmistamiseks ei soovitata enam kasutada östrogeenseid hormone. Hea tulemus on saadud sügeetini ja 5%-lise või 10%-lise glükoosilahuse tilkinfusiooni kasutamise korral, eriti selle kordul (6 kuni 8 korda) manustamisel. V. Ambramtšenko soovitas sünnitusabis rohkem kasutada antihüpoksante, näiteks antisooli, solkoserüüli, E-vitamiini, askorbiinhapet.

Huvitavana tundus soovitus alustada sünnitus-tegevuse anomaalia ravi β -mimetikumide, nagu alupendi, partusisteeni, brikanüüli tilkinfusiooni teel. Umbes 40 minutit pärast ravimi manustamise lõpetamist algab sünnitajal spontaanselt regulaarne sünnitus-tegevus ning 2/3-le sünnitajaist ei ole vaja muid stimuleerivaid vahendeid manustada.

Prof. V. Ambramtšenko soovitas β -mimetikumide kasutada ühekordselt intravenoosselt platsenta irdumise või emaka ähvardava rebendi puhul haige operatsiooniks ettevalmistamisel.

Prof. J. Lantsevi ettekannet oli sünnituse valutustamisest. See peab toimuma igas sünnitus-osalakonnas ning nende vahenditega, mida selles asutuses on võimalik rakendada. Valutustamiseks kasutatakse analgeetikumide, spasmolüütikumide ja neuroleptilisi vahendeid. Prof. J. Lantsev soovitas sünnituse valutustamiseks kasutada ka epiduraalanesteesiat.

Intensiivravist rääkides oli prof. J. Lantsev seisukohal, et hüpotoonilise emaka suurte verejooksude korral, mis on tüsistunud DIK-i sündroomiga, osutub emaka kirurgiline eemaldamine tihti mitteefektiivseks ning süvendab haige rasket seisundit veelgi. Ta soovitas sellistel haigetel rakendada intensiivset konservatiivset ravi samaaegse kopsude kunstliku ventilatsiooniga. Eelnevalt peab olema veendunud emaka anatoomilises terviklikkuses ning selles, et emakas ei sisalda platsenta peetunud osi. Tulemus on alati parem, kui kasutada värsket doonoriverd.

Margit Sergo
Silve Innos

I Eesti immunoloogide kongress toimus 21...22. septembrini 1989 Tartus. Sellega tähistati viie aasta möödumist Eesti Immunoloogide Seltsi asutamisest. Kongressist võttis osa 100 uurijat üheteistkümnest Nõukogude Liidu uurimiskeskusest, töökeeleks oli vene keel. Osavõtjaid tervitasid Tartu Ülikooli poolt teadusprorektori ase-täitja prof. A. Tikk ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi poolt Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi direktor L. Priimägi.

Plenaarettekandeid esitati kongressil kaks: Eesti Immunoloogide Seltsi esimees R. Uibo rääkis immunoloogilistest uuringutest Eestis aastail 1984...1989 ja Tartu Ülikooli Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi direktor A.-V. Mikel-saar monokloonsete antikehade kasutamist kliinilises keemias.

Kongressi töö toimus järgmistes sektiioonides: immuunpuudulikkus ja nakkushaiguste immunoloogia; hingamisteede, seedetrakti ja naha allergoloogia aktuaalseid küsimusi; kasvaja ja lümfoproliferatiivsete haiguste immunoloogia; autoimmuunhaiguste ja -sündroomide diagnoosimine ja ravi.

Trükist on ilmunud kongressi teeside kogumik. Avaldatud on 93 ettekande teesid. Nendest 44 ehk 47,31% oli Eesti teadlastelt (sellest 54,54% Tallinna, 43,18% Tartu teadlastelt ja 2,27% ühistööna) ning 49 ehk 52,69% mujalt Nõukogude Liidust (sellest 51,02% Moskva ja 16,32% Riia teadlastelt). Kõikidest ettekannetest oli 26,88% Moskva immunoloogidelt. Sellised vahekorrad viitavad sellele, et immunoloogiliste uuringute baas ja tase Eestis ning välissidemed peavad lähitulevikus oluliselt edenema.

Kuulo Kutsar

Ägedate leukooside ja lümfoproliferatiivsete haiguste alane sümposion toimus 26... 28. juunini 1989 Puškinskije Gorõs Pihkva oblastis. Selle korraldas Üleliiduline Teaduslik Hematoloogia Keskus, sponsoriteks olid kooperatiivid «Гематолог» ja «Диагностикум». Meilt võtsid sümposionist osa G.-E. Haitov ja R. Heiman Tallinna Vabariiklikust Haiglast ning V. Valvere Tallinna Vabariiklikust Onkoloogiakeskusest.

Kohale oli saabunud ka väliskülalisi, nende hulgas nimekad teadlased R. Gale, E. Freireich ja D. Pinkel (Ameerika Ühendriigid), T. Büchner, R. Neth ja H. Kolb (Saksamaa LV), G. Lamberthengi (Itaalia), Z. Weshler (Iisrael) ja mitmed teised.

Arutusel olid lümfoproliferatiivsed haigused, ägedate leukooside ravi ja luuüdi siirdamine.

Esimesel päeval esitatud ettekanded käsitlesid peamiselt pahaloomuliste lümfomide ja lümfogranulomatoosi kiiritusravi ning polükemoterapia eri programmide efektiivsust.

Akadeemik A. Vorobjov rääkis osa nodulaarsete lümfoproliferatiivsete haiguste kliinilise kulu ja ravi omapärast, mis võimaldab neid nn. lümfotsütoome eristada muudest lümfomidest.

Vägagi sisukateks osutusid konverentsi teine ja kolmas päev, kui arutati ägedate leukooside ravi ja luuüdi transplanteerimist. Enamik ettekandeid pidasid nendel päevadel väliskülalised.

Prof. T. Büchner (Münsteri Ülikool) rääkis ägedate leukooside ravist, toetudes üleeuroopalise kooperatiivprogrammi tulemustele. Ta nentis, et induktsioonravi pikendamine ja intensiivistamine pikendavad oluliselt patsientide elulemust, seda ka vanemaealiste haigete puhul. Kemoterapeutikumide täisannuste kasutamisel on varajane suremus isegi väiksem kui mõdukate annuste kasutamise korral. Seejuures tuleb pidada efektiivseks neutrofiilide kasvu stimuleeriva faktori kasutamist pärast intensiivset induktsioonravi, mille tulemusena haigete kiiremini möödub ravijärgne agranulotsütoos.

Prof. E. Freireich käsitles leukooside tsütogeeneetilist heterogeensust. Tema veendumuse koha-

selt tuleb enne ravi alustamist määrata vere-raku kromosomaalse translokatsiooni liik, sest see võimaldab prognoosida ühe või teise ravi-meetodi tulemuslikkust. Erinevate translokatsioonidega markeeritud leukooside alaliigid ei allu kemoterapiale ühte viisi. Diferentseeritud lähenemine võimaldab õigeaegselt valida polükemoterapia, interferoonravi ja luuüdi transplanteerimise vahel. Sellest lähtudes arvustas ta ühtse meetodika järgi tehtavaid ja paljusid keskusi hõlmavaid leukooside ravi programme. Osa-poolte vahel puhkes äge ja üsna huvitav diskusioon.

Meeldivaks üllatuseks kujunesid laste leukooside korüfee prof. D. Pinkeli programmiväliselt peetud kaks loengut, mis käsitlesid ägeda lümfoblastilise leukoosi ja neuroleukoosi ravi.

Luuüdi siirdamise alalt esitas kõige põhjalikuma ettekande R. Gale. Tema andmetel tehakse ligikaudu 200 keskuses maailmas enam kui 10 000 luuüdi transplanteerimist aastas. Üle 80% neist sooritatakse just ägedate leukooside korral. Kõige optimaalsemaks peetakse luuüdi siirdamist teise remissioonifaasi ajal, s. t. pärast esimese retsidiivi ravi. Kui luuüdi transplanteerida kohe esimeses remissioonifaasis, siis võimaliku järgneva haiguse retsidiivi korral osutub polükemoterapia juba vähem tulemuslikuks. Siirdamine on perspektiivikam noorematel haigetel, samuti tuleb igal juhul eelistada luuüdi transplanteerimist haiguse remissioonifaasis. Aplastilise aneemia korral kujuneb müelotransplantatsioon edukaks 80%-l noortest ja 50%-l vanemaealistest patsientidest, mis oma efektiivsusest ületab tavaterapiaga saavutatut.

Sümposionil esitati hulk väga sisukaid ettekandeid. Et need pakuvad kindlasti suurt huvi laiemale meditsiiniüldsusele, otsustas organisatsioonikomitee esitatud ettekanded avaldada ajakirjas «Гематология и трансфузиология».

*Gideon-Eli Haitov
Roman Heiman*

14... 18. maini 1989 toimus Michigani osariigi Ann Arbori Ülikoolis **südameuuri- ja ühingu (International Society for Heart Research, ISHR) XIII ülemaailmne kongress**, milles osales umbes 1000 teadlast 26 riigist. Nõukogude Liidust võttis osa kolmeliikmeline delegatsioon, kuhu kuulus ka allakirjutanu. Teiseks meie delegatsiooni liikmeks oli ülemaailmselt tuntud südameuuri- ja prof. F. Meerson Moskvast Üldpatoloogia ja Patofüsioloogia Instituudist, keda ei olnud välismaale lubatud 16 aasta jooksul. Kolmas delegatsiooni liige oli A. Kubatijev Moskva Arstide Täiendamise Instituudist.

F. Meerson pidas kongressi ühe põhiettekande «Vabad radikaalid: minevik, olevik, tulevik». Vabad radikaalid olid kongressi üks põhiprobleeme. Asja olemus on selles, et teatud haiguste puhul, nagu südame isheemia ja hüpoaksia, võib südamelihases suurendada just aktiivsete hapnikuühendite — vabade radikaalide — kontsentratsiooni. Eriti ohtlik on see nähtus südame

verevoolu taastumisel, kui isheemilisse lihasesse suureneb hapniku juurdevool. Selline tüüpiline situatsioon tekib trombolüütiliste preparaaside kasutamise puhul infarkti korral ja ka operatsioonide ajal, kui taastub verevool.

Kõigil nendel juhtudel on võimalik nn. hapnikuparadoks, mis tähendab seda, et verevoolu taastamine mitte ei vähenda, vaid võib suurendada südame funktsionaalset kahjustust. Mis toimub nendes tingimustes südamerakkudes, milline on sellise kahjustuse mehhanism molekulaarsel tasemel? Seda probleemi on väga intensiivselt uuritud kogu maailmas ja üldjoontes on ka lahenud selge. Põhiliselt kahjustuvad raku membraanid. Nende struktuur kahjustub isheemia ajal ja membraanide komponendid — lipiidid — hakkavad intensiivselt oksüdeeruma aktiveeritud hapnikuühendite (vabade radikaalide) toimel. Isheemia ajal kahjustub ka südamerakkude antioksidantne süsteem, mis normaalses tingimustes kaitseb neid rakke efektiivselt vabade radikaalide toime eest. Nende uuringute tulemusena on selge, et üks ravikomponente on antioksidantide ning raku membraanide struktuuri tagavate preparaaside kasutamine.

Vabad radikaalid ei ole aga ainukesteks südamerakkude kahjustuse põhjustajateks. Nende toime, nagu arvavad paljud uurijad, piirdub siiski reperfusiooniperioodiga. Siit jõuame ühe üldisema probleemi juurde, mida võib nimetada nn. oimetu südamelihase probleemiks (inglise keeles *stunned myocardium*) ja mis seisneb järgnevas. Lühiajaline, 10...20 minutit kestev täielik isheemia ei muuda südameraku ultrastruktuuri ja kui pärast seda perioodi taastub verevarustus, ennistuvad kiiresti ka peaaegu kõik biokeemilised parameetrid. Kiiresti ei taastu vaid südamelihase kontraktsioonijõud ning südamelihase jätab oimetu mulje ja taastub alles pikapeale, ühe kuni poolteise tunni jooksul. Kõikide nende pöörduvate muutuste molekulaarne mehhanism on täpselt teadmata: selles võib muutuda kaltsiumi kontsentratsiooni regulatsioonimehhanism, supramolekulaarne rakusüsteemide organisatsioon, bioenergeetika ja muu.

Huvitava ettekande angiogeneesist esitas Saksa-maa LV teadlane J. Schaper. Väga kõrgetasemeline oli prof. A. Fleckensteini (Saksamaal LV) ettekanne veresoonte (koronaararterite) rakkudes kulgevast kaltsiumi kontsentratsiooni muutustest ateroskleroosi korral. Selgus, et see näitaja võib suureneda kuni 50 korda ja tema muutus korreleerub päris hästi haiguse arenguastmega. Kolesterooli kontsentratsioon aga nendes rakkudes eriti ei muutu ega korreleeru haiguse arenguastmega. Sellest järeldub, et raku tasemel ateroskleroosi teke võib olla seotud hoopis kaltsiumi akumulatsiooniga veresoonte rakkudes. See on huvitav hüpotees, mille eest autor sai kongressi eripreamia.

Mõne sõnaga ISHR-ist. See ühing asutati 1967. aastal, kui ta eraldus Ülemaailmsest Kardioloogide Ühingu Föderatsioonist. Ühingu organiseringaks ja praeguseks aupresidendiks oli ja on prof. R. Bing (USA), presidentideks on olnud professorid L. Opie (LAV), R. Jennings (USA) ja W. Nailer (Austraalia). Sel ühingul on oma

seksioonid Põhja- ja Lõuna-Ameerikas, Euroopas, NSV Liidus, Jaapanis, Austraalias, Uus-Meremaal ja ka Hiinas. ISHR-i peasekretäriks valiti prof. D. Hearse Inglismaalt, presidendiks prof. Y. Ito Jaapanist.

Järgmine ISHR-i kongress toimub 1992. aastal Jaapanis. Allakirjutanu valiti kolmeks aastaks 15-liikmelisse ISHR-i komiteesse, mis juhib ühingu tööd.

Valdur Saks

Poola gastroenteroloogide initsiatiivil ja arsti-riistu toetava firma «William Cook» toetusel toimus mais Szczecinis **esimene Balti mere maade gastroenteroloogide sümposium**. Ettekandeid esitasid viie Poola meditsiinikeskuse teadlased, Faluni, Huddinge, Göteborgi ja Lundi kliiniku arstid Rootsist, Kopenhaageni, Hamburgi, Rostocki, Dresdeni, Riia, Tartu ja Helsingi teadlased. Sümposiumi praktilisest suunitlusest hoolimata ei olnud peljatud kavva võtta äärmiselt keerulisi teemasid, nagu pankrease-, maksa- ja mao-vähi teket soodustavad tegurid, kõhunäärme sekretsiooni tagasiside-regulatsioon.

Kõige enam pakkusid huvi ettekanded uute mittekirurgiliste ravivõtete arengust nende haiguste puhul, mida seni on peetud ainult kirurgiliselt ravitavaks. Nii kinnitas prof. N. Soehendra (Hamburg), Euroopa tuntumaid endoskoopia spetsialiste, et söögitorulaiendite verejooksu ei ole enam vaja ravida kirurgiliselt. Tänapäeva skleroteraapia on arenenud nii kaugele, et neid on võimalik ravida endoskoopiliselt. Katowice uurijad (prof. A. Nowak) võrdlesid ägeda biliaarse pankreatiidi ravi tulemusi endoskoopilise papillotoomia kasutamise korral ja ilma selleta. See oli teine meetodiliselt laitmatu (prospektiivne, randomiseeritud) uurimus nimetatud probleemi alal maailmas, mis näitas, et sfinkterotoomia rakendamine parandab ja kiirendab ravitulemusi tunduvalt.

Prof. R. Arendti juhitud kirurgiakliinikus Rostockis on pikemat aega ravitud ja jälgitud 13 gastrinoomiga haiget. Algkolde ja/või metastaaaside leidmine õnnestus ultrahelitehnika abil kahel juhul 12-st, kompuutertomograafiaga kuuel ja angiograafiliselt kaheksal patsiendil. Nende kogemuste järgi on H₂-blokaatorid piisavalt efektiivsed mao hüpersekretsiooni pärssimiseks, et saavutada haiguse remissioon mitme aasta vältel. Oluline on vähendada öist happesekretsiooni. Ranitidiin on osutunud toimivamaks kui tsimetidiin. Võimalik, et omeprasool osutub veelgi paremaks, kuid esialgu ei olnud diskussioonis osalejad hilistulemuste suhtes kindlad. Haigeid kutsutakse kordusuuringuile kaks korda aastas, et ennendada retsiidive. Seega võib tänapäeval Zollingeri-Ellisoni sündroomiga haigetel opereerida gastrinoomi või metastaaase, kuid on võimalik säilitada magu.

Huvi pakkusid ka patoloogide uurimistulemused mao limaskesta histoloogilise ja tsütoloogilise uurimise kohta. Dotsent A. Gad (Falun) pidas küsitavaks mitmeid käibetõdesid mao prekantserooside, sealhulgas atroofilise gastriidi kohta. Ta

soovitas eristada neid seisundeid, mille esinemisel on olemas suur maovähi tekke risk, kuid pole kindel vähi tavalisest kiirem areng (näiteks jämesoole tüüpi metaplaasia), sellistest limaskesta seisunditest, millest tõepoolest areneb vähk. Ain-saks kindlaks prekantseroosiks pidas A. Gad mao limaskesta düsplaasia rasket vormi, s. o. *carcinoma in situ*'t. Seni on teada kahe keskuse and-med (üks neist Falun), kus operatsioonist keel-dunud raske düsplaasiaga haigeid on jälgitud 6 või enam aastat.

Poola tsütoloogia isa prof. S. Woyke (Szczecin) ettekanne põhines enam kui 25 aasta kogemustel. Ta väitis, et maofunduse- või söögitoru-vähi suhtes kahtlaste piirkondade uurimisel on tsütoloogiasit rohkem abi kui biopsiasit. Oluliseks eeliseks pidas prof. S. Woyke asjaolu, et seede-trakti ülaosa tsütodiagnoosimisega saab hakka-ma ka see tsütoloog, kes mao või söögitoru limas-kesta histoloogiat detailselt ei tunne.

Jorvi haiglas Espoos võetakse maokorpuse, -antrumi ja duodeenumi biopstaadid rutiinselt iga gastroskoopia puhul. Kuivõrd vastav histoloogiline leid võimaldab prognoosida haavanditõbe, sellest rääkis haigla patoloog dotsent P. Sipponen prof. M. Siurala rahvusvahelise mainega töörüh-mast. P. Sipponen juhtis tähelepanu sellele, et olulised on ka väiksemad muutused, nagu pinna-gastriit ning teatav muutuste kombinatsioon. Ta väitis, et täiesti normaalse mao ja duodeenumi limaskesta korral ei ole haavandi leid tõenäoline. Antrumi pinnagastriit suurendab *ulcus duodeni* riski umbes kümme korda. Veelgi tõenäolisem on haavandi olemasolu B-gastriidi korral, mil-lega kaasnevad põletikutunnused kaksteistsõr-miku limaskestas (risk suureneb 25 korda). Mao-korpuse atroofilise limaskesta korral on duode-naalhaavandi leid vähetõenäoline, kuid maohaav-andi olemasolu võimalik.

A. Tamm rääkis seerumi gastriinipeegli regu-latsioonist, eriti seoses erinevate gastriidivormi-dega. Meie populatsiooni uurimise tulemused, kus olid esindatud kõigivõimalikud mao limaskesta seisundid normaalsest kuni raske atroofiani, näi-tasid, et seerumgastriini tase ei sõltu mitte üks-nes maoantrumi, vaid ka maokorpuse seisundist. Suurt gastriinisisaldust leidsime üksnes nor-maalse maoantrumi ja atroofilise maokorpuse korral (A-gastriit e. pernitsioosne aneemia). Antrumi limaskesta raske atroofia vereseerumi gastriinivahetuse madalaks ei muuda sel juhul, kui korpuse limaskest ei ole atroofiline. Seega, seerumgastriini tase ei sobi maoantrumi raske atroofiaga isikute avastamiseks, vähemalt mitte ilma gastriini erinevaid molekulaarseid vorme eristamata.

Vaatamata sellele, et skanneerimine koos mono-kloonsete antikehade kasutamiseiga on katsetes edukas olnud, pole see meetod kõhunäärmevähi diagnoosimises ja ravis inimestel veel rakenda-mist leidnud. Lootusi pannakse monokloonsete antikehade sidumisele tsütostaatikumidega (prof. R. Klapdor, Hamburg). Üllatav oli prof. H. Wor-ningi (Kopenhaagen) ettekanne, millest selgus, et esmapilgul selges asjas, kõhunäärme ensüüm-asendusravi mehhanismis, ei ole samuti ühest seletust.

Järgmine Balti mere maade gastroenteroloog-ide kohtumine toimub kahe aasta pärast taas Poolas.

Agu Tamm

26...30. juunini 1989 toimus Erfurdis III rah-vusvaheline trombotsüütidealane nõupidamine. Selle korraldas Erfurdi Meditsiiniakadeemia. Nõupidamisele oli kutsutud teadlasi 16 Euroopa riigist ja USA-st. Kokku oli osavõtjaid 92.

Esimesel päeval kuulati ettekandeid trombo-tsüütide aktivatsiooni mehhanismidest. Enim tä-helepanu pälvisid Ca^{++} -ioonide kontsentratsiooni muutus trombotsüütides (W. Dean, USA) ja selle määramise uued meetodid (E. Popov, Moskva).

Teise päeva kahel istungil olid arutlused trombo-tsüütide funktsionaalse aktiivsuse farmakoloogilise mõjutamise võimalused. S. Heptinstall (Ing-lismaa) tõi oma ettekandes huvitavaid andmeid streptokinaasi ja koe plasminogeeni aktivaatori toime kohta trombotsüütide agregatsioonisse täis-veres. Koe plasminogeeni aktivaator pärsib, strep-tokinaas aga indutseerib agregatsiooni. Seega on põhjendatud trombolüütilise ravi kombineeri-mine antiagregantidega (väike doos aspiriini, prostasükliini). Mitmes ettekandes käsitleti trom-boksaansüntetaasi selektiivsete inhibiitorite suurt antiagregatiivset efektiivsust. On loota selle ravi-mirühma peatset laialdast kasutuselevõttu kliini-lises praktikas. Allakirjutanu ettekanne (kaas-autorid T. Jõudu ja R. Teesalu) oli fosfokreatiini (Itaalia firma «Schiapparelli» preparaat *Neoton*) toimest trombotsüütide agregatsioonisse müo-kardiinfarkti põdejatel. Selles uurimuses on esma-kordselt näidatud fosfokreatiini antiagregatiivset suurt efektiivsust südamelihase infarkti ägedas faasis.

Kolmandal päeval käsitleti trombotsüütide funktsionaalse aktiivsuse määramise uusi võima-lusi. Suurt huvi äratas D. Giannessi (Itaalia) ette-kanne vereseerumi trombospondiinisalduse ra-diimmunoloogilisest määramisest. See vabane-misreaktsiooni käigus α -graanulitest vabanev glükoproteiid on trombotsüütide aktivatsiooni heaks markeriks.

Viimasel päeval olid vaatluse all trombotsüütide ja veresoone seinava vahelised vastasmõjud. R. Paoletti (Itaalia) selgitas oma ettekandes, et veresooneendoteel sünteesib prostasükliini val-davalt trombotsüütidest vabanenud fosfolipiidi-dest. R. Gruglewski (Poola) esitas huvitava mee-todi trombotsüütide ja veresooneendoteeli inter-aktsiooni uurimiseks.

Nõupidamisel arutati ka rahvusvahelise trombo-tsüütide uurimise organisatsiooni loomist. Elava diskussiooniga ja mitme hääletamise tulemu-sena otsustati asutada Üleeuroopaline Trombo-tsüütide Uurimise Rühm (*European Thrombocyte Research Group*). Rühma liikmed hakkavad vahta-ma teadusaltal informatsiooni ja kohtuma kon-verentsil iga kahe aasta järel.

Järgmine konverents otsustati korraldada 1991. aastal Düsseldorfis. Otsustati hakata välja andma ajakirja «Platelets», mille toimetajaks saab prof.

S. Heptinstall. Selle ajakirja esimeses numbris avaldatakse ka Erfurdi nõupidamise ettekannete teesid.

Nõupidamisest osavõtjaid tutvustati Erfurdi Meditsiiniakadeemia kateedrite, laborite ja kliinikute tööga. Ühiselt käidi sümfooniakontserdil Augustiinlaste kloostris kirikus ja külastati J. W. Goethe maja Weimaris.

Margus Viigimaa

I ülemaailmne õnnetuste ja vigastuste preventsooni konverents toimus 14...22. septembrini 1989 Stokholmis. Sellele sünteesdistipliinile ei ole veel eestikeelset terminit. Ingliskeelsele *accident and injury prevention* vastaks õnnetuste ja vigastuste vältimine, s. t. tervise tagamine. Konverentsi märksõnadeks olid ohutus, üldine hoolitsus, vastutus kõigi ees.

Konverentsi korraldasid Stokholmi Karli Instituudi Sotsiaalmeditsiinisakond, Rahvakindlustuse Teaduslik Nõukogu, Rahvuslik Tervise ja Hoolekande Komitee, Ohutu Toote Euroopa Tarbijate Assotsiatsioon, Haigestumuse ja Keskkonnapuhtuse Kontrolli Keskus. Üritust finanseeris Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon.

Osavõtjaid oli kõikidelt kontinentidelt, kokku 500, neist arste umbes 160. Kohal oli veel kindlustus- ja tervishoiuorganisatsioonide tegelasi, ministreid, ettevõtete peadirektoreid, ülikoolide ja uurimisinstituutide teadlasi, tehnikateadlasi, arhitekte ja linnaehituse spetsialiste.

Eestist olid konverentsil prof. R. Raie Sepponimelisest Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumist ja Kliinikust ning H. Kelk Tartu Kliinilise Haigla traumatoloogiaosakonnast. Kutse saatis Stokholmi Karli Instituudi Sotsiaalmeditsiinisakonna uurimiserühma juht, ülemarst Mall Kriisa, tänu kellele sai tasutud ka meie konverentsist osavõtu maks. Valuutat meile sõiduks ei antud.

Organiseerimiskomitee esimees oli Stokholmi Karli Instituudi professor Leif Svanström. Avatseremoniaal esinesid tervituskõnedega Rootsi tervishoiu- ja sotsiaalminister Sven Hulterström ja Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni peadirektori asetäitja dr. Mohamed Abdelmoumène.

Peakonverents toimus 17...20. septembrini. Sektsiooniistungitel kuulati umbes 300 ettekannet. Kasutusel oli audiovisuaalne tehnika, elavalt reageeriti küsimuste ja ettepanekutega.

Vigastuste ja õnnetuste vältimise universaalse programmi koostamiseks usaldusväärsete algandmete saamiseks on Põhjamaades ühtlustamisel nn. mittetahtlike vigastuste klassifikatsioon, mille teaduslik läbitöötamine ja järgimine lubaks kõikides eluvaldkondades vähendada juhuslikke vigastusi. See võimaldaks tõhusamalt rakendada kaitse- ja ettevaatusabinõusid, vältida laste traumaid, tõsta inimese töövoimet ja elujulgust. Programmi rakendamiseks on vaja suuri summasid, kaasatakse äri- ja majandusettevõtteid.

14...15. septembrini toimusid eelkonverentsid mitmel pool Rootsimaal: käsitleti biomehaanikat, ühiskonna sekkumise võimalusi õnnetuste ära-

hoidmiseks, linnade planeeringu ja ohutuse vahelisi seoseid.

21...22. septembrini peeti järelkonverents, kus olid arutlusel tootmistraumade preventsooni strateegia, laste ja vanurite traumade preventsoon.

Eakate vigastusi käsitleva konverentsi peakorraldaja oli dr. M. Kriisa. Konverents peeti arhailises Ulvsunda lossis, töö toimus sektsioonides. Ettekandeid oli mitme maailmajao riikide teadlastelt, erineva sotsiaalhoolduse tasemega riikidest. Just sotsiaalhooldusest sõltub palju vanurite ja puuetega inimeste eluprobleemide lahendamisel. Kuidas luua neile ühiskonnaliikmeile normaalne ja tervislik elukeskkond, võimaldada eakatel inimestel suhelda omavahel ja teiste ühiskonnaliikmetega, vältida vanurite vigastusi kohanematuse ja bioloogilise vananemise tõttu — need probleemid on praegu koostatavates terviseprogrammides küllalt olulisel kohal. Rootsi tundub nendes asjades olevat jõudnud tegudeni.

Kommuunides on sotsiaalse heaolu talitus ja vanurite erihoolduse toimkonnad. Eakate inimeste vajadustest ja ettepanekutest saadakse teada otsese küsitluse teel, nende füüsilisi ja psüühilisi traumasid on vähendatud nende elukeskkonna võimalikult isikupärasena säilitamisega (kohandatud oma korter), tähelepanu juhtimisega olmetraumade lihtsamatelegi võimaluste. Koduabitalitus abistab vajaduse korral kodu korrastamisel, toidu valmistamisel, pakub haigestunule seltsi ja turvalisust.

Haigustest on aina raskem jagu saada. Kui üks haigus on likvideeritud või seda esineb tunduvalt harvem, tuleb asemele mõni uus haigus. Kõrgtehnika arenedes sagenevad õnnetused tootmises, olmes, liikluses. Meditsiinitehnoloogia arenemisega tervis ei parane. Hea tervis — see ei ole mitte ainult haiguse puudumine, see on üldine heaolu. Preventiivne meditsiin ühe osana tervise ja heaolu programmis on uus kvaliteet meditsiinilises filosoofias. Ka meil tuleb see teadmiseks võtta ja sellesse lülituda.

Konverentsi meelelahutuslik osa oli suursugune. Peale mitme *get-together party* oli vastuvõtt ja pidulik lõunasöök linna raekojas. Sellele järgnes huvireis laevadega Mälari arhipelaagis.

Helli Kelk

VÄLISMAALT

Külas Saksa DV kopsu- kirurgidel

21...28. maini 1989 viibisid Saksa DV-s Zschadrassi Kopsuhaiguste ja Tuberkuloosi Kliinikus tutvumiskülas-käigul meie vabariigi peakirurg prof. J. Männiste, Tartu Kliinilise Pulmonoloogiahaigla peaarst A. Arro ning sama haigla kopsukirurg M. Kõrge. Eesmärgiks oli tutvuda saksa kolleegide, eelkõige torakaalkirurgide tööga ja luua edasise koostöö sidemed nii arstide kui ka õdede vahel.

Zschadrass kujutab endast kliinikute linnakut. Vanades hoonetes, mis paiknevad asula keskel pargis, asuvad psühhiaatrilised haiged ja kopsuhaiged. Asula servas olevates kõigi mugavustega elamutes elab põhiliselt meditsiini-personal. On olemas kauplus ja väike, kuid väga hubane restoran. Lähim linn on Colditz, mis asub umbes paari kilomeetri kaugusel.

Kopsuhaiguste ja turberkuloosi kliiniku teeninduspiirkonnas elab 3 miljonit inimest. Kliinikus on osakonnas 200 voodikohta, nendest kirurgilisi haigusi põdejate jaoks 70...80. Omapärane on see, et puudub eraldi kirurgiaosakond. Ühes osakonnas töötavad koos nii kirurg kui ka terapeut. Haigla peaarst dr. Jürgen Weber juhatab ühtlasi ka kirurgide tööd. Aastas tehakse ligikaudu 400 operatsiooni.

Vastuvõtt oli väga sõbralik. Kõik päevad olid töötihedad ning planeeritud saksapärase täpsusega.

Haigete koosseisu ja ravi profiili poolest on Zschadrassi kliinik ja Tartu Kliiniline Pulmonoloogiahaigla sarnased. Nagu meil, on sealgi probleemiks kopsuvähi ravi. Opereeritud haigeid

saavad nad vajaduse korral samas haiglas ka kiiritada. Tähelepanuväärseid tulemusi on saadud trahhea- ja bronhoplastiliste operatsioonidega ning kopsu-metastaaside eemaldamisega. Oli võimalus näha patsienti, kellel viis aastat tagasi oli eemaldatud 23 gūneko-
loogilise sfääri tuumori kopsu-metastaa-
si, ning nüüd oli ta terve.

Silma torkas kirurgilise töö asjalik korraldus. Suure visiidi ajal vesteldi iga opereeritava patsiendiga. Talle selgitati haiguse olemust, näidati selgitavaid röntgenogramme ning räägiti operatsiooni ulatusest. Sellise taktika korral on operatsioonist keeldujaid vähe.

Meeldiva mulje jättis morfoloogiline kiirdiagnoosimine operatsioonide ajal, mida kasutati vähimagi vajaduse korral. Vaatamata morfoloogide küllaltki tagasihoidlikele töötingimustele operatsiooniploki kõrvalruumis, saadi vastused väga kiiresti.

Mis puutub kirurgide varustamisse instrumentide ja aparatuuriga, siis on nende probleemid meie omadega sarnasugused — häid aparate ja instrumente saab kapitalimaadest, kuid valuutat napib ka neil.

Õpetlik oli see, kuidas meie omadega peaaegu analoogiliste töötingimuste juures saab töö asjaliku organiseerimisega selle intensiivsust tunduvalt suurendada.

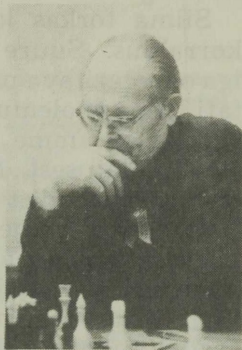
Lisaks Zschadrassi haiglale külastasime ka Leipzigi Karl Marxi nimelise Ülikooli kirurgiakliinikut, kus meid võttis vastu selle direktor prof. Kiene. Prof. J. Männiste esitas kirurgiakliiniku arstidele ettekande pankreatiidi kirurgilisest ravist.

Lahkumisel oli mõlemapoolne ühine arvamus, et vastastikuseid sidemeid tuleb edasi arendada. Juba tänava detsembris saabuvad Zschadrassi kirurgid meile külla. Eesti kopsukirurgid aga said kutsed rahvusvahelisele konverentsile, mis toimub 1990. aasta juunis Leipzigis ning kus torakaalkirurgia sektiiooni juhatab dr. J. Weber.

Aino Arro
Jüri Männiste
Matti Kõrge

MEIE JUUBILARE

Konstantin Juhansoo, Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla arst, sai 31. oktoobril 70-aastaseks. Juubilar on sündinud Smolenskis, hari-dusteed alustas Tallin-nas. 1949. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Juba üliõpilasena töötas ta nakkushaiglas ordinaatorina, pärast lõpetamist jätkas samas töötamist arstina. K. Juhansoo on olnud haigla osakonnajuhataja, samuti peaarst. Juubilaril on jätkunud ravi-töö kõrvalt energiat korraldada ka viirus-hepatiiti põdenute dispanseerimist. K. Juhansoo on hinnatud arst ja nõutud konsultant, kes meelsasti jagab oma kogemusi nii kolleegide kui ka tudengitega. Ta on silmapaistev organisator, korduvalt on ta aidanud likvideerida nakkushaiguste puhanguid Tartu linnas, asutada lisastatsionaare. K. Juhansoo on avaldanud teadusartikleid ning esitanud ettekandeid arstide seltsi koosolekutel. Inimesena on ta piiritult aus, seetõttu ei ole tal elus alati kerge olnud. Nii patsientide kui ka kolleegidega suheldes jätkub tal alati huumorimeelt ja optimismi. Juubilar valdab vabalt nelja keelt, tal on kunstnikukätt. On tegelnud näitekunstiga. K. Juhansoo on esimese järgu maletaja, ka 1989. aasta meedikute malevõistluste esikoht kuulub talle.



Elmar Mikkell, Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla arst, sai 1. detsembril 70-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartumaal Mäksa vallas talupoja perekonnas. 1941. aastal lõpetas ta Tartu Kommertsgümnaasiumi. Aastail 1942...1948 õppis Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. Ju-



ba üliõpilasena asus E. Mikkell tööle Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas. E. Mikkell on selles haiglas töötanud 44 aastat, ta on olnud ordinaator, osakonnajuhataja ja peaarst.

Seoses hepatoloogiakeskuse asutamisega haigla baasil on E. Mikkell viimastel aastatel tegelnud hepatoloogiaprobleemidega. Juubilar on esimese kategooria infektsionist. Tal on rikkalikke teadmisi, ta on võimeline keerulisemaidki raviprobleeme oskuslikult lahendada.

Oma erudeeritusega on ta pälvinud kolleegide lugupidamise. E. Mikkeli meelisharrastuseks on male. Sellel spordialal kuulub ta Eesti tervishoiutöötajate tippu. Hea töö eest on juubilaril autasustatud medalliga «Töövapruse eest», tervishoiu eesrindlase rinnamärgi, V. I. Lenini juubelimedali ning paljude aukirjadega.

Vivi Meisner, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla polikliiniku immunoloogiakabineti arst, sai 11. oktoobril 60-aastaseks. V. Meisner lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna 1954. aastal. Aastail 1954...1956 töötas ta Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas kooliarstina ja ajavahemikul 1957...1984, seega 27 aastat, samas jaoskonnapediaatrina. 1984. aastal seoses pensioniikka jõudmisega lahkus V. Meisner jaoskonnapediaatri ametikohalt ja asus tööle immunoloogiakabineti arstina. V. Meisner on teise kategooria pediaater.



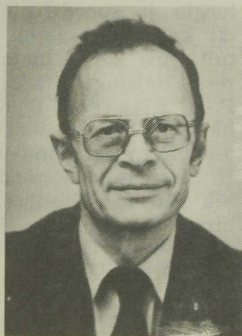
Oma erudeerituse, töökuse, ääretu kohusetruuduse ja abivalmidusega on ta võitnud lastevanemate ja laste usalduse ning sügava lugupidamise.

Tähelepanuväärne ja ulatuslik on olnud juubilaril ühiskondlik tegevus Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tartu Linnakomitee ja revisjonikomisjoni liikmena ning Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla seltsimeheliku kohtu kauaaegse liikmena. V. Meisneri foto on olnud Tartu linna autahvilil. Juubilaril on autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ja tervishoiu eesrindlase rinnamärgiga.

Joel Aasav, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri assistent, sai 9. novembril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Suure-Jaanis töölisperekonnas. 1949. aastal lõpetas ta Suure-Jaani Keskkooli. Ajavahemikul 1949...1952 õppis Tallinna Meditsiini koolis velskri erialal. Seejärel töötas J. Aasav Vabariiklikus Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamas. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas õppis aastail 1954...1960. Pärast ülikooli lõpetamist oli aastail 1960...1963 Tartu Meditsiini kooli õpetaja. Samast ajast töötas ta Tartu Linna Kliinilises Nakkushaiglas, algul ordinaatorina, hiljem aastail 1977...1982 peaarstina. Alates 1963. aastast kuni tänaseni on J. Aasav olnud ka Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri assistent. On avaldanud teadusartikleid jämesoole instrumentaalse uurimise ja patomorfoloogia kohta düsenteeriahaigetel. Ühiskondlikus tegevuses on J. Aasav väga aktiivne. Ta on esitanud ettekandeid konverentsidel, seminaridel, arstide seltside koosolekutel ja arstide täienduskursustel. Juubilar on korrektne, abivalmis ja heatahtlik.



Eini Altraja, Tartu Kliinilise Haigla röntgenoloog-angiograafist, sai 29. augustil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus. 1958. aastal lõpetas Tartu 2. Keskkooli ja 1965. aastal Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ravi osakonna. Seejärel töötas aastail 1965...1968 Kohtla-Järve 3. Haiglas röntgenoloogina. Ajavahemikul 1968...1975 oli E. Altraja Tartu Kliinilise Haigla traumapunkti traumatoloog ja röntgeniarst, 1975...1980 röntgeniosakonna röntgenoloog ja osakonnajuhataja. 1979. aastast alates on töötanud angiograafialaboratooriumis. Siin on ta kõige rohkem tegelnud südame isheemiatõve angiokardiograafilise diagnoosimise, ka intrakoronaarse trombo-



lüüsiga. E. Altraja on laboratooriumis hüpertooniatõve ravis võtnud kasutusele neeruarterite stenooside balloondilatatsiooni ja neeruarterite okluseerimise tuumorite kirurgilise ravi eel. Töö tulemused röntgenoloogias ja angiograafias on kokku võetud teadusartiklites ja konverentsi ettekannete teesides.

Osakonnajuhatajana töötades oli röntgenilaborantide kursuste juhendaja ja internidest röntgenoloogide juhendaja. Juubilar on kõrgema kategooria röntgenoloog. Tema algatusel on röntgenoloogias kasutusele võetud palju uutset, peamiselt uusi diagnoosimismeetodeid, neist 27 on kinnitatud ratsionaliseerimissetepanekutena. Tartu Kliinilises Haiglas on E. Altraja tuntud tervislike eluviiside propageerija ja harastajana.

Larissa Goljanova,

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedri dotsent, sai 19. oktoobril 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Kostroma oblastis töölisperekonnas. 1957. aastal lõpetas ta Tartu 4. Keskkooli. Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas õppis aastail 1960...1966, millele järgnes kolm aastat aspirantuuri mikrobioloogia alal. Aastail 1969...1973 oli L. Goljanova Tartu Linna Kliinilise Nakkushaigla viroloog. Kandidaadiväitekirja «Kooliealiste laste rooja laktobatsillaarne flora» kaitses 1973. aastal. Samast aastast alates on töötanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateedris, esialgu assistendina ja alates 1981. aastast dotsendina.



L. Goljanova on avaldanud trükis 27 teadustööd, mis käsitlevad soole mikrofloorat mitmesuguseid sooleinfektsioone ja viirushepatiiti põdejatel, aga ka tervetel inimestel.

Aktiivselt on ta osa võtnud ühiskondlikust tööst, on olnud arstiteaduskonna õppejõudude filosoofiaseminaride juhendaja, parteialorganisatsiooni sekretär. L. Goljanova on esitanud ettekandeid konverentsidel, seminaridel ja arstide koosolekutel ning pidanud loenguid arstide täienduskursustel.

Tiia Murde, Tartu Linna Kliinilise Lastehaigla polikliiniku jaoskonnaarst, sai 20. novembril 50-aastaseks. 1963. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Samast aastast alates on T. Murde töötanud Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas. Esialgu, aastail 1963...1968 lasteaiarstina, hiljem ordinaatori ja jaoskonnaarstina. 1968. aastal suunati ta Tartu Linna Kliinilisse Lastehaiglasse ordinatuuri pediatria alal, kus õppis süvendatult nefroloogiat. Pärast ordinatuuri lõpetamist 1971. aastal töötas T. Murde lühikest aega kliinilise ordinaatorina samas haiglas.



1972. aasta detsembrist alates on olnud praegusel ametikohal. T. Murde tunneb põhjalikult jaoskonnapediaatri tööd, suhtub oma töösse kohusetruult ja ausalt, on patsientide ja nende vanemate vastu alati tähelepanelik, abistav ja leebe, mistõttu on pälvinud nende usalduse ja lugupidamise.

T. Murde on teise kategooria pediaater. Ta on aktiivselt osa võtnud ametiühingu ja rahvakontrolli tööst. Juubilar on lastepoliikliiniku sanitaarharidustöö organisaator. Oma pingelise kutsetöö kõrval on ta olnud ka hoolikas ema.

TARTU ÜLIKOOLIS

Tänavu juulis valiti Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dekaaniks taas prof. **Lembit Allikmets**, kes oli teaduskonna dekaaniks ka aastail 1975...1984. L. Allikmets lõpetas Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1960. a. Kandidaadiväitekirja kaitses 1963. a., doktoriväitekirja 1970. a. Aastast 1972 on farmakoloogia kateedri juhataja. On töötanud USA-s Yale'i, New Yorgi ja Wisconsinis ülikoolis. Teadlasena on pälvinud nii üleliidulise kui ka rahvusvahelise tunnustuse. Temalt on ilmunud üle 150 publikatsiooni, neist umbes 50 üleliidulistes ajakirjades ja üle 25 välismaal. Teadustöös on tegelnud neuro- ja psühhofarmakoloogia probleemidega. Prof. L. Allikmets on kolme teadusajakirja toimetuskolleegiumi liige ning NSV Liidu Meditsiiniakadeemia psühhofarmakoloogia probleemikomisjoni esimees. Tema juhendamisel on valminud palju kandidaadi- ja doktoriväitekirju. Ta on koostanud farmakoloogia õppeprogramme ja neid retsenseerinud, samuti retsenseerinud erialaõpikute ja teadusartiklite käsikirju. L. Allikmets on Eesti NSV teeneline teadlane.

Vello Laos

5...7. juulini 1989 toimus Tallinnas rahvusvaheline sümposium «Käitumist mõjutavate ainete toime molekulaarsed alused», selle korraldasid NSV Liidu Meditsiiniakadeemia Füsioloogia Instituut ning Tartu Ülikooli spordifüsioloogia ja farmakoloogia kateeder (organiseerimiskomitee esimees prof. A. Viru). Tartu Ülikooli farmakoloogia ja spordifüsioloogia kateedri teadlastelt oli kuus ettekannet. Sümposium toimus vahetult enne XXXI ülemaailmset füsioloogide kongressi Helsingis. Helsingi kongressist võtsid osa P.-H. Kingisepp, P. Kõrge, T. Seene ja O. Imelik. Välismaa teaduskonverentsidest võtsid arstiteaduskonnast tänavu suvel osa veel assistent H. Sinimäe ja dotsendid I. Kõiv (Poolas), T. Talvik (Rootsis, Tšehhoslovakkias) ja T. Vihalemm ning laborijuhataja R. Mikelsaar (Itaalias), vanemõpetaja O. Ševtšuk (Saksamaal LV-s), prof. J. Maaros ja dotsent A. Peetsalu (Soomes), stažöör J. Harro (Ungaris), dotsent V. Vahing, assistent A. Aluoja (Saksa DV-s).

1989. a. mais siirdus aastaks Londoni Ülikooli teadustööle meditsiinidoktor A. Žarkovski. Tänavu mais-juulis olid teadustööl ja pidasid loenguid Soomes dotsendid S. Maramaa, L. Mehilane ja T. Podar, Rootsis ja Soomes prof. A. Kallikorm, Saksamaal LV-s prof. L. Allikmets, Tšehhoslovakkias laborijuhataja A. Piirsoo, Ungaris dotsendid L. Praks ja H. Leesik, Rootsis laborijuhataja R. Mikelsaar.

Lembit Allikmets

Tervishoiuministeriumis

4. oktoobril toimus Eesti NSV Tervishoiuministeriumi teadusliku meditsiiniõukogu presiidiumi koosolek prof. P. Bogovski eesistumisel. Nõupidamisele olid kutsutud probleemikomisjonide esimehed.

Arutlusel olid probleemikomisjonide tegevus ja ülesanded teadustöö planeerimisel. Ettekanne esitas prof. P. Bogovski, kes rääkis teadustöö planeerimise alustest. Nende hulgas käsitles ta üleliidulisi teaduse ja tehnika programme, sihtprogramme, fundamentaaluuringute programme ja spetsiaalseid otsingulisi teemasid, mis koostatakse teadusasutuse initsiatiivil ning millesse kaasatakse vajaduse korral ka teiste teadusharude esindajaid. Prof. P. Bogovski rääkis ka rahvusvaheliste koostöölepingute raames tehtavast teadustööst. Vajaliku teadustöö ettepanekuid võivad teha teaduskollektiivid, üksikud teadurid, tegevarstid, Eesti Arstide Liit, tervishoiuorganisatsioonid ning teised isikud ja samuti asutused.

Teadustöö ettepanekud tuleks pärast vastavas probleemikomisjonis retsenseerimist avaldada ajakirjas «Eesti Arst». Sooviavaldused teadustöö tegemiseks esitatakse teaduslikule meditsiiniõukogule, kes suunab need ekspertiisiks vastavale probleemikomisjonile. Probleemikomisjon teeb ekspertiisi kirjalike retsensioonide alusel, mis on soovitatav saada väljastpoolt sooviavaldajate asutust, vajaduse korral teiste liiduvabariikide või välismaa asutustest.

Retsensioonide alusel koostavad probleemikomisjoni eksperdid motiveeritud kirjaliku arvamuse konkreetse teadustöö täitmise sooviavalduse, vastavate kulutuste põhjendatuse, teadustöö reaalse täitmise kohta ning esitab selle teaduslikule meditsiiniõukogule lõpliku otsuse tegemiseks. Probleemikomisjon peab ära kuulama ka sooviavaldajad. Teaduslik meditsiiniõukogu vaatab läbi probleemikomisjoni esitatud kirjaliku arvamuse ning otsustab teadustöö täitmist ning põhjendatust arvesse võttes selle finantseerimise, rakendades konkursi põhimõtet. Arstiteaduslikku uurimistööd võib finantseerida mitmest allikast: riiklik eelarve, mis eraldatakse tervishoiuministeriumile, ühiskondlikud fondid, ametiühingud ja muud teadustöö tegemisest huvitatud organisatsioonid võivad lepingute alusel finantseerida konkreetseid teadustöö teemasid.

Otsustati uuendada probleemikomisjonide koosseisu, nende ülesandeid, täiustada probleemikomisjoni põhimäärust.

Andrei Sarap

29. juulist 5. augustini 1989 viibisid Eesti NSV Tervishoiuministeriumi ja Tartu Kliinilise Haigla kutsel Eestis SIMS *Medical Distribution International* esindajad Herbert Juerss ja Mike Bruce, kes esindavad Nõukogude Liidus Inglise firmasid «Portex», «Avon Medicals», «Concord Laboratories», «Eschmann Healthcare». Need firmad valmistavad paljude meditsiini erialade jaoks ühekordselt kasutatavaid vahendeid.

Firmaga «Portex» on Tartu Kliinilise Haigla neurokirurgiaosakonna hingamiskeskusel olnud koostöösuhted juba 20 aastat. Selles firmas valmistatud intubatsioonitorusid ja trahheekanüüle, mis iga aastaga täiustuvad, kasutavad anestezioloogid ja intensiivraviarstid kogu maailmas. Intubatsioonitorusid toodetakse aastas 5,7 miljonit.

3. augustil toimus Tartu Kliinilises Haiglas seminarnäitus, kus H. Juerss ja M. Bruce demonstreerisid firmade toodangut (vt. foto). Videofilmid intubatsioonitehnikast, trahheostomeeritud haige hooldusest, mikrotrahheostoomiast, epiduraalanesteesiast jäid näitlikeks õppevahenditeks. Seminarist osavõtjad said toodangu kataloogid ja prospektid.

Tartu tootmiskoondises «Estiko» vahetati mõtteid selle üle, mida saaks tulevikus koos teha ja millised ümberehitused on selleks vajalikud. Vaja on ka kallist sisseaset.

Kohtumisel Eesti NSV Tervishoiuministeriumis ütlesid H. Juerss ja M. Bruce, et ennekõike tuleb silmas pidada arstiabi ja seejärel äri. Külalised tundsid elavat huvi selle vastu, kuidas elab meie rahvas ja millised on meie arenguprospektiivid. Tutvuti Kirovi-nimelise Näidiskaluri kolhoosiga, sügavat huvi tunti kolhoosi meditsiinikeskuse vastu. Teel Tartusse rääkis külalistele kolhoosielu probleemidest Pajusi kolhoosi esimees, Tartu Kliinilise Haigla nõukogu liige P. Merilainen. Põhjalikult tutvusid külalised Pajusi kolhoosi ambulatooriumi töö ja selle varus-



Foto. Vaade näitusest. V. Kutsari foto.

tusega. Käidi Viljandi Rajooni Keskaiglas ja Viljandi sovhoosis. Viljandi sovhoosist rääkis direktor I. Mändmets. Hea mulje jättis külaliste Heimtali koduloomuseum.

Septembris käis H. Juerss Eestis teist korda, siis kohtus ta tervishoiuminister L. Karuga. Eesti Südamekeskuses arutasid H. Juerss, prof. T. Sulling ja dotsent A. Kivik edasist koostööd.

Tartu Ülikooli tutvustas külaliste üks Tartu Närvikliiniku hingamiskeskuse rajajaid prof. A. Tikk. Külaskäigu lõpul peeti peaarst U. Kõöbi juures nõu edasise koostöö võimaluste üle. Lõpuks ei saa märkimata jätta H. Juerssi, kes on külastanud peaaegu kõikide Euroopa riikide intensiivravikeskusi, ütlust, et ta ei ole üheski riigis näinud nii palju raskete vigastustega haigeid. Meie, arstid, peame juhtide ja liikumiste ees seisuste tähelepanu suunama sellele, et nad tunneksid rohkem huvi rahva vaimse ja kehalise tervise vastu.

Enno Kross

* * *

Oktoobri lõpul olid Tallinna peakirurgi prof. U. Sibula kutsel Eestis külas Soome ultrahelispetsialistid — Kokkola linnahaigla peaarst kirurg O. Holopainen, radioloog P. Lohela ning firma «Berner OY/Christian Nissen» esindajad. Kui seni on meid külastanud välismaa kolleegid suuremalt jaolt piirdunud vaid koostöö lubadustega, siis O. Holopainen on meeldiv erand. Tema sõidu eesmärk oli aidata Eesti meditsiini ja esimese sammuna kinkis ta Tallinna Kiirabihaiglale ultrahelidiagnostikaseadme koos sinna juurde kuuluvaga (maksumus 150 000 Soome marka). See aparaat, mis seati üles Kiirabihaigla vastuvõtusakonda, võimaldab diagnoosida mitmesuguseid kasvajaid, põletikulisi protsesse, traumasid, raseduspatoloogiat jne., samuti on selle abil võimalik ravida põletikuloidkeid. Eriti oluline on, et ultraheliuuring on ohutu ning tunduvalt odavam kui röntgendiagnoosimine. Pidulikule seadme ülevandmisele Tallinna Kiirabihaiglas järgnes ka kaks loengut: O. Holopainen tutvustas ultraheli kasutamise võimalusi meditsiinis ning P. Lohela invasiivset ultrahelidiagnoosimist.

O. Holopainenil oli kaasas nimekiri, millesse kuulus kaheksast Soome haiglast kokku kogutud mitmesuguseid meditsiiniseadmeid poole miljoni marga eest. See annetus loodetakse Eesti haiglatele saata veel selle aasta jõuludeks. Omalt poolt olid Soome kolleegid huvitatud meie arstide ja õdede töötamisest nende haiglates ja tervisekeskustes. O. Holopainen ütles, et Soomes töötab palju välismaalastest arste (araablasti), kuid nende mõttelaad ning ellusuhtumine üldse jäävad siiski soomlaste võõraks. Seetõttu oleksidki Eesti arstid kui lähedase temperamenditüübiga sugulasrahva esindajad Soomes rohkem oodatud. Samuti on soomlased valmis enda juures välja õpetama ultrahelispetsialiste või ka tervet meeskonda (kirurg, assistent, õde, anestesio- loog), kes võiksid siis nendelt saadud tehnikaseadmetega Eestis edasi töötada. Soome delegatsioon avaldas lootust, et selline meditsiinialane



Foto. Külalised Soomest Tallinna Kiirabihaiglas. Vasakult: T. Lainevee, P. Lohela, U. Sibul, O. Holopainen, T. Stenroth ning meditsiinitekstiili firma esindaja. V. Salupuu foto.

koostöö süveneb ning et ühistöö rikastab mõlemaid pooli. Külalised Soomest käisid ka Harju Rajooni Keskaiglas, Vabariiklikus Laevanduse Keskaiglas ning Tartus.

Helle Brus

Tervishoiutöötajate ametiühingus

Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul 29. augustil oli muu hulgas päevakorras Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingu põhikirja ja tegevuskava väljatöötamise töögrupi moodustamine.

Otsustati, et töögruppi hakkab juhtima komitee esimees T. Hendriksón, tema asetäitjaks on komitee sekretär L. Vahar ning töögrupi sekretäriks Tervishoiutöötajate Ametiühingu Tallinna Linnakomitee esimees A. Petšnikova. Loodavasse töögruppi kuulub 31 liiget.

5. oktoobril toimunud Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee VII pleenumil oli peaküsimusena vaatluse all Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingu põhikirja ning tegevuskava projektid. Pleenum, arutanud tervishoiuasutuste, ettevõtete ametiühinguorganisatsioonide tegevuse ülesehituse põhimõtteid ning Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingu(te) töö üldaluseid ning töösuundi, otsustas nii põhikirja kui ka tegevuskava heaks kiita.

Pleenumil otsustati Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariiklik XIX konverents kokku kutsuda 12. detsembril 1989. aastal Tallinnas. Kinnitatud päevakord on järgmine: Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingu töö IME tingimustes; ametiühingu põhikirja ning tegevuskava kinnitamine ning Eesti NSV ametiühingute XX kongressi delegaatide valimine.

Arutati ka organisatsioonilisi küsimusi ning kuulati informatsiooni pleenumitevahelise töö kohta.

Mall Kuusma

1989

Aineregister

EESTI ARST

- Aasav, J. (60. sünnipäev)
465
aastasisukord (1989. a.)
AIDS
—, haigusjuhtude arv (Aafrikas) 95, 261
—, —, (Aasias, Okeanias) 98
—, —, (Ameerikas) 261
—, —, (Euroopa riikides)
—, inimese immuunpuudulikkuse viirus 106
—, —, morfoloogia 107
—, —, struktuur 107
ajutine töövõimetus
—, andmetöötlus 439
—, ekspertiisi kvaliteet 440
—, haigestumistegurid 440
Alev, H. (1923—1989) 230
alkoholism
—, diagnoosimine 35
—, diferentsiaaldiagnoosimine 36
—, farmakokineetiline etanooltest 36
Allikmets, L. (Tartu Ülikooli arstiteaduskonna dekaan) 466
alopeetsia 270
Altraja, E. (50. sünnipäev)
465
arstiabi
—, efektiivsus 116
—, integreerumine 18
—, kliiniline 117
—, meditsiinitehnika (vahendid, võimalused) 206
—, psühhiaatriline 202
—, —, kvalitatiivne muutumine 202
—, spetsialiseeritud 16, 201
—, üld- 16, 205
arstide selts
—, Eesti Akušöörigünekoloogide (pleenum) 458
—, Eesti Reumatoloogide (10 aastat) 221
—, Läti Dermatoloogide (istung) 217
—, Läti Sotsiaalhügieenikute ja Meditsiiniajaloolaste (istung) 217
—, Lääne-Eesti arstide (nõukogu koosolek) 78
—, Soome Immunoloogia (aastakoosolek) 74
arstietika 19, 243
arstiteaduse ajalugu
—, Böttcher, A. (1831...1889) 453
—, Dehio, K. 359
—, V. Derumsi mälestuseks 281
—, Eesti arstide seltsid 277
—, Keila, Kambja, Kohila apteek 56
—, kohtumediitsiini ekspertiisi 363
—, psühhiaatria Tartus, Tartu Ülikoolis 53
—, Tartu Ülikooli arstiteaduskond rahvusvahelises kultuuris 125
—, —, üliõpilased (1930-ndail aastail) 212
arstivanne
—, (1938. aastast) 4
—, (1971. aastast) 243
Asklepiose klubi
—, Eesti Arstide Liidu ja Eesti Lastekaitse Liidu lähemad ülesanded 287
atesteerimine
—, meditsiiniõdede 209
von Bergmann, E. 130
Beltšikov, E. (60. sünnipäev) 309
Bidder, F. 126
—, mälestussamba avamine 399
Birkenfeldt, R. (doktoriväitekirj) 49
Boston, L. (60. sünnipäev) 150
bronhiaalastma
—, esinemissagedus 90
—, pikendatud toimeajaga preparaadid (teolong) 90
—, ravi 90
bronhiit
—, krooniline 168
Burdach, K. 125
Cambridge
—, Addebrooke'i haigla 67
deklaratsioon
—, Eesti NSV suveräänsus (ENSV Ülemnõukogu) 89
—, lapse õiguste (ÜRO) 30
—, Balti rahvaste õigused 247
dermatofütia
—, diagnoosimine 258
—, esinemissagedus 256
—, lokalisatsioon 257
—, ravi 258
—, tekitajad 256
Descartes, R.
—, filosoofia ja inimeseõpetus 336
dispansseerimine 34
Dragendorff, J. G. 128
«Eesti Arst»
—, aastakäigud 1922...1940 5
—, aastapreemiad (1988. a.) 233
—, nimetuse taastamine 3
—, põhimõtted 3
—, tegevussuunad 3
Eesti Arstide Liit
—, ajalugu (Eesti Arstideseltside Liit) 24
—, aukohus 29
—, isemajandav Eesti (arstibikorraldus) 387
—, juhtimisorganid 29
—, komisjonid 29
—, põhikirj 26
—, revisjonikomisjon 29
—, sotsiaallabi (põhiprintsiibid) 348
—, taastasutamine 20
—, tervisekaitse (IME tingimustes) 348
—, volikogu 29, 293
—, —, otsus (Eesti arstkonna saatuse väljaselgitamiseks) 123
—, —, küsimustik 124
eesti keel
—, Eesti meditsiinis 83
—, Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi keeleseadus 85
—, keeleoskus 83
Eesti Lastekaitse Liit
—, asutamine 31
—, deklaratsioon 32
—, eestseisus 32
—, laste õiguste kaitse 388
—, lepitusliikumine 295
—, suhtumine lastesse 219
—, tegevus 31, 296
Eesti NSV teadlaste publikatsioonide välismaal 79, 317, 399
Elštein, N. (60. sünnipäev) 224
Epsteini-Barri viirus
—, püsiv peavalu 182

- elukeskkond
 —, saastatus 246
 —, Tallinn 353
- Forum Medicorum Estoniae*
 '89
 —, informatsioon 116
 —, toimumise kohta (5... 9. sept.) 123
- Gaetgens, C. 127
 glomerulonefriit
 —, neerupuudulikkus 182
 —, uriini proteinogramm 185
 —, vereplasma proteinogramm 183
- Goljanova, L. (50. sünnipäev)
 465
- granuloom
 —, diagnoosimine 435
 —, eosinofiilne 435
 —, kliinik 436
 —, ravi 436
- gripp
 —, tüsistus 182
 —, —, toksiline šokk 182
- haigestumine
 —, grupiviisiline 270
 —, Kirde-Eesti 270
 —, lapsed 271
- haigus
 —, diagnoosimine 117
 —, profülaktika 33, 117
 —, rehabilitatsioon 118
 —, riskitegurid 33
- Hailey-Hailey villtõbi
 —, diagnoosimine 266
 —, komplikatsioonid 267
 —, perekondlik 266
 —, ravi 267
- Haldre, S. (kandidaativäite-
 kiri) 50
- Hansson, E. (60. sünnipäev)
 381
- Harju Rajooni Keskaigla
 142
- Haug, A. 237
- Hüina
 —, reisimuljed retrospektiivis 282
- homöopaatia
 —, homöostaas 372
 —, meditsiini kriis 371
 —, ärritusravi 371
- Hämarik-Mälksoo, M. (kandi-
 daativäitekiri) 115
- hüpolaktaasia
 —, laktoosi koormustest 93
 —, piimasuhkru imendumine 94
- internaatkodu
 —, psühhoneuroloogiline 423
 —, —, suremus 424
- intervjuu
- , Bogovski, P. (EKMI di-
 rektor) 148
- , Brocci, W. (Kalifornia
 Ülikooli prof.) 145
- , Geyer, M. (Saksa DV pea-
 psühhoterapeut) 147
- , Grünthal, I. («Mana» toi-
 metaja) 377
- , Riiv, J. (Tartu Ülikooli
 prof.) 374
- , Veer, A. (Ungari Neurol.
 ja Psühhiaat. Inst. direktor)
 146
- isheemiatoibi
 —, intrapulmonaalne šunt
 418
 —, prostatsükliin 342
 —, südame- ja veresoone-
 kond 342, 418
 —, tromboksaan 343
 —, trombotsüütide agregat-
 sioon 343
- Jannus, A. (70. sünnipäev)
 223
- Jannus, L.
 —, professorikutse 286
 —, 60. sünnipäev 310
- jersiinianakkus
 —, kõhuvalu 182
- Juhansoo, K. (70. sünnipäev)
 464
- Kaasikmäe, L. (60. sünni-
 päev) 65
- kae
 —, tekke autoimmuunkont-
 septsioon 389
- Kalnin, V. (60. sünnipäev)
 310
- kardiomüopaatia
 —, alkohoolne 103
 —, esinemissagedus 421
 —, hüpertroofiline 422
 —, lahanguleid 104
 —, sooline struktuur 104
 —, äkksurm 104
- Kask, I. (60. sünnipäev) 64
- Katai, R. (50. sünnipäev)
 226
- keheline töö
 —, vere vormelementide
 kontsentratsiooni muutused
 327
- Kehra ambulatoorium 390
- Keldrima, V. 237
- Kildemaa, L. (60. sünnipäev)
 149
- kirjanduse tutvustus
 —, I. Käbin. «Die Medizinische
 Forschung und Lehre an der
 Universität Dorpat/Tartu
 1802—1940» 59
 —, H. Luts. «Kuuldeaparaadid
 ja kuulmise korrigeerimine»
 62
- Kliimann, A. (1920—1989)
 392
- kliiniline morfoloogia (H.-I.
 Maarooši käsitluses) 43
- , gastroenteroloogia aspek-
 tist 43
- Kobert, R. 129
- kongress
 —, arstide (üleliiduline) 139
 —, Eesti stomatoloogide (I)
 138
 —, «Farmakoloogia ja teadus-
 lik-tehniline progress» (VI
 üleliiduline) 73
 —, füsioloogia- (rahvusvahe-
 line) 363
 —, gastroloogide (planeeritud
 1989. a.) 79
 —, immunoloogide (planeeri-
 tud 1989. a.) 79
 —, immunoloogide (I Eesti)
 —, Läti Arstide Seltsi asuta-
 mise 139
 —, neuroloogide, neurokirur-
 gide ja psühhiaatrite (plaa-
 neeritud 1989. a.) 79
 —, neuroloogia-, psühhiaat-
 ria-, narkoloogia- (VIII üle-
 liiduline) 72
 —, neuroloogide, neurokirur-
 gide ja psühhiaatrite (III
 Eesti) 284
 —, otorinolarüngoloogia-
 (IX üleliiduline) 73
 —, otorinolarüngoloogide,
 Läänemere- ja Läänemere-
 maade (III rahvusvaheline)
 75
 —, pediaatria- (I Moldaavia)
 70
- kontratseptsioon
 —, abort 177
 —, emakasine 176
 —, endomeetriumi vähi tekke
 risk 209
 —, peroraalne 209
 —, sünnitus 177
 —, valikmeetod 176
- konverents
 —, aruande- ja valimis- (Eesti
 Meditsiiniõdede Selts) 139
 —, Eesti arstide konverents
 (I) 133
 —, «Füsioloogiliselt aktiivse-
 te ainete süntees ja uurimise»
 70
 —, kardioloogide (V Eesti)
 457
 —, kardioloogide (V, planeeri-
 tud 1989. a.) 79
 —, kliinilise kirurgia 136
 —, kontratseptsiooni- 368
 —, laboriarstide (II, planeeri-
 tud 1989. a.) 79
 —, laste invaliidsuse välti-
 mise ja taastusravi (rahvus-
 vaheline) 457
 —, meditsiinterminoloogia

- korrastamise ja standardiseerimise alane (II üleliid.) 216
- , oftalmoloogide (üleliid.) 367
- , «Psühhogeensed ja psühhosomaatilised häired» (vabariikl.) 135
- , südame- ja veresoonkonna haigusi põdejate taastusravi 69
- , sünnitusabi- ja günekoloogia- (Balti mere maade) 369
- , õnnetuste ja vigastuste preventsiiooni (I ülemaailmne) 462
- kompuuteranatomia 191
- Koppel, H. 24
- kopsutuberkuloos
- , diferentsiaaldiagnoosimine 163
- , röntgenuuring 165
- kopsuvähk
- , diferentsiaaldiagnoosimine 163
- , eksudatiivne pleuriit 166
- koronaaräkkurama
- , esinemissagedus 188
- Kreutzwald, F. R. 24
- Kuik, E. (75. sünnipäev) 309
- Kutsar, K. (50. sünnipäev) 383
- Kuusik, I. (50. sünnipäev) 66
- Käbin, I. 280
- Käer-Kingisepp, E. (1901—1988) 156
- käitumine
- , aktiivsuse füsioloogia 263
- , emotsioonide füsioloogia 264
- , motiivatsioonide füsioloogia 263
- Kööp, V. (80. sünnipäev) 223
- küünarvarreluu
- , ebaliiges 110
- , koldeväline osteosüntees 112
- Laane, P. (doktoriväitekirj) 114
- Laanes, S. (75. sünnipäev) 381
- Laks, T. (kandidaativäitekirj) 210
- Leedu Arstide Liit
- , taastasutamise kongress 285
- leetripuhang
- , immuniseeritud õpilaste seas 217
- Leisner, U. (1929—1989) 231
- Lokk, E. (50. sünnipäev) 226
- Loogna, B. (kandidaativäitekirj) 286
- Loolaid, V. (kandidaativäitekirj) 455
- Lunin, N. 128
- Luur, J. (60. sünnipäev) 309
- lühinägevus
- , kirurgiline ravi 373
- magu
- , —, efektiivsus 195
- , röntgenoloogiline uurimine 192
- , topeltkontrasteerimismetod 193
- Mahhotina, V. (kandidaativäitekirj) 455
- maksakasvajad (pahaloomulised)
- , diagnoosimine 260
- , esinemissagedus (Eestis) 259
- , etioloogia 259
- , histoloogiline tüüp 259
- , lapsed 259
- , ravi 260
- Mallene, P. (70. sünnipäev) 149
- von Manteuffel, W. Z. 130
- maovähk
- , esinemissagedus 40, 96
- , röntgenidiagnoosimine 40, 96
- , varajane haigusvorm 40
- Maurer, L. (1940—1988) 155
- meditsiinikool
- , 1989. a. lõpetajad (Kohtla-Järve) 367
- , —, (Tallinn) 211, 365
- , —, (Tartu) 211, 366
- meditsiiniterminoloogia
- , areng 303
- , noomeid terminoloogiast 393
- , oskuskeel (eesti) 303
- , retseptuur 297
- Meisner, V. (60. sünnipäev) 464
- menarhe
- , saabumise aeg 180
- , sünnikohordid 180
- , võrdlus välisriikidega 181
- meremehed
- , farmakoprofülakтика 255
- , organismi adaptatsioon 252
- , troopika 252
- Mihelson, R. (50. sünnipäev) 226
- Mikk, K. 398
- Mikkel, E. (70. sünnipäev) 464
- Moier, J. C. 129
- Murde, T. (50. sünnipäev) 466
- Mutle, M. (50. sünnipäev) 382
- mürgitus
- , bukarbaan 356
- , ravi 356
- , tulemused 357
- neuroblastoom
- , diagnoosimine 358
- , esinemissagedus (Eestis) 357
- , etioloogia 357
- , histoloogilised variandid 358
- , prognoos 358
- , ravi 358
- Niinemägi, A. (60. sünnipäev) 224
- Nurmand, B. (90. sünnipäev) 64
- Nurmand, L. (60. sünnipäev) 225
- nõupidamine
- , Eesti kõrva-nina-kurguarstide 137
- , invaliidsusalaane ekspert- (ÜRO) 456
- , mittenakkuslike haiguste integreeritud profülaktika 457
- , profülaktiline vitamini-seerimine 72
- , trombotsüütidealaane (III rahvusvaheline) 461
- , «Südame ja veresoonkonna haiguste epidemioloogia ja profülaktika» 74
- , «Vibratsioon ja inimene» (II rahvusvahel.) 75
- Olm, T. (professorikutse) 286
- Otepää polikliinik 143
- otsus
- , Eestimaa naiste ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» 407
- Palo, E. 79
- Panov, A. (kandidaativäitekirj) 454
- peajaunfarkt
- , diagnoosimine 172
- , kompuutertomograafia 172
- , lakunaarne 171
- perekonnameditsiin
- , majanduslik aspekt 207
- Pilv, I. (60. sünnipäev) 65
- Pirogov, N. 129
- plenium
- , «Kesknärvisüsteemi haigused» (üleliidul. probleemikomisjon) 284
- , «Poliomüeliit ja muud enteroviiruslikud infektsioonid» 368
- , ratsionaalne toitumine (üleliidul.) 71
- pleuriit
- , biopsia 326
- , diagnoosimine 324

- , diferentsiaaldiagnoosimine 326
- pneumoonia
- , diferentsiaaldiagnoosimine 163
- , krooniline 168
- , lokalisatsioon 170
- , struktuur 169
- psühhoterapia
- , areng (Ungari) 383
- Punase Risti Selts
- , koolitöölane seminar 238
- , tasuta doonorluse seminar 316
- pärikkushaigused
- , Aarskogi sündroom 431
- pöördumine
- , Balti liiduvabariikidest valitud NSV Liidu rahvasaadikute poole (foorum «Nooruk ja tervis» osavõtjad) 409
- , —, Eesti NSV valitsuse poole 408
- , —, kõigi arstide poole 407
- püelonefriit
- , neerupuudulikkus 182
- , uriini proteinogramm 185
- , vereplasma proteinogramm 183
- rasedus
- , kulg 178
- , sünnitus 178
- , vastündinu 179
- , —, seisund 179
- , üliõpilane 178
- rasvhüperglobuleemia
- , gloobulite suurenemine 332
- , hepariin 332
- , tekke põhjused 330
- Rathke, M. 126
- Rauber, A. 126
- ravimid
- , aerosool «Efatiin» 144
- , profesüüm 229
- , tümaliin 229
- ravimuda
- , füüsikalise-keemilised omadused 99
- , lasundite geoloogiline ehitus 99
- , leiukohad (Haapsalu, Voosi, Ikla) 99
- reanimatsioon
- , baas 208
- , eelnev ravi 189
- , järgnev ravi 190
- , kaader 209
- , kardiopulmonaalne 188
- , puuetega lapsed 442
- , üldhaigla 208
- referaadid
- , atmosfääriõhk 400
- , joogivesi 400
- , kirurgiline ravi (luumurud) 317
- , laste kehaline areng 400
- , organismi adaptatiivkompensatoorsed reaktsioonid (ravimi suhtes) 311
- , osteomeeliit 160
- , põletused 160
- , —, immunoloogia 160
- , —, ravi 160
- , rahva tervis 400
- , respiratoorsete viirusinfektsioonide etioloogiline struktuur 80
- , Soome ja Eesti meditsiiniajaloo kokkupuutepunkte 311
- , toiduainete nitraadi-, nitritite sisaldus 80
- register
- , aine- (1989. a.) 469
- , autori- (1989. a.) 473
- Reichert, K. 126
- Rommel, I.-T. (50. sünnipäev) 150
- resolutsioon
- , Saksa—Nõukogude salaprotokollide kohta 323
- , stalinismi kuritegude kohta 248
- rinnavähk
- , elulemus 414
- , histoloogiline tüüp 415
- Rosenberg, E. 126
- Rosenthal, A. (kandidaadiväitekiri) 210
- Rotta, J. (1925—1989) 313
- Rulli, A. 78
- Schmidt, B. 131
- Schmidt, C. 127
- Schmiedeberg, O. 55, 128
- seminar
- , «meditsiiniõe ja velskri osa esmaabis» (rahvusvahel.) 285
- , vabariiklik keskastme meditsiinitöötajad 316
- Semjonov, G. (60. sünnipäev) 150
- Sepp, E. (50. sünnipäev) 66
- Siirde, E. (1910—1988) 68
- Sindbisi viirus
- , antihemaglutiniinid 324
- , Eesti 333
- , ökoloogia 333
- statistika
- , rahva tervis (Eesti, 1988. a.) 268
- stenokardia
- , antianginaalne ravi 249
- , ekstrakardiaalne valu 426
- , müokardi isheemia 429
- , —, ainevahetushäire 427
- , Robinsoni indeks (kaksikprodukt) 250
- Sukles, G. (60. sünnipäev) 381
- suriija
- , põetamine 273
- sümposion
- , gastroenteroloogide (Balti mere maade) 460
- , «Porfüriinide uurimise ja kasutamise perspektiivid bioloogias ja meditsiinis» (planeeritud 1989. a.) 79
- , ägedad leukoosid ja lümfo proliferatiivsed haigused 459
- Šmidt, N. (vanemteadurikutsese) 286
- Zschadrassi (Saksa DV) kopsuhaiguste ja tuberkuloosi kliinik 463
- Žarkovski, A. (doktoriväitekiri) 114
- Tallinna Arstide Liit
- , üldkogu koosolek 122
- , resolutsioon Iru—Muuga ringraja kohta 123
- , —, keeleseaduse kohta 122
- , —, Tallinna Paberi- ja Tselluloosikombinaadi kohta 123
- Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam
- , koosolek (40. a. riikliku sanitaartalituse rajamisest) 316
- Tammepöld, E. (60. sünnipäev) 65
- Tammur, R. (kandidaadiväitekiri) 115
- Tartu Arstide Liit
- , lipu pühitsemine 294
- , põhimõtted (22. veebr.) 217
- , sidemed teiste ühiskondlike liitudega 294
- , tegevus 119
- , välisliikmed (V. Kaude, M. Tarikas) 218
- , üldkogu koosolek 217
- Tartu Keskpolikliinik (nurgakivi panek) 154
- Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam
- , konkursi võitja 399
- Tartu Psühhiaatrikliinik 51
- Tartu Ülikool
- , arstiteaduskond 77
- , —, arstiteaduskonna päev (XIII) 152
- , —, I. Käbini loeng A. Linkbergi nim. auditooriumis 153
- , —, lõpetajad (1989. a.) 364
- , —, nõukogu koosolek 77, 151, 153, 396

—, —, väliskomandeeringud 77, 235
 —, —, üliõpilaste teadustööde konkurss 112
 —, —, ÜMPI nõukogu ühine koosolek 233
 —, meditsiin Eesti Vabariigi päevil 445
 —, ÜMPI (10-aastane) 234
 von Taube, A. 130
 tervishoiukorraldus (Eestis)
 —, Eesti tervishoid 197
 —, hinnang 17
 —, üks arengumudeleid IME-s 46
 —, üleliidulisel foonil 198
 tervishoiuministerium
 —, autasustamine 397
 —, kolleegiumi koosolek 158
 —, —, (noorukite arstiabi) 235
 —, —, (emade ja laste suremus) 236
 —, ratsionaliseerimisettepanekute konkurss 237
 —, sõja- ja tööveteranide nõukogu koosolek 314
 —, teadusliku meditsiiniõukogu presiidiumi koosolek (1988. a. uurimistöo tulemused) 236, 397
 tervishoiumuuseum 390
 tervishoiutöötajate ametiühingus 78, 159, 237, 315, 398, 467
 terviseõpetus 33
 Tikk, A. (60. sünnipäev) 382
 toimetuse veerg 132, 232
 Tolga, A. (50. sünnipäev) 66
 Tšehhoslovakkia Psühhiaatria Instituut
 —, statsionaarne kliiniline osakond 386
 —, uurimistöo 386
 Tuppits, V. 315
 Tähepõld, L. (60. sünnipäev) 225
 «Tööraha Elu»
 —, meditsiinilehekülje «Rahva tervis» juubeliaasta 159
 Tühis, K. (50. sünnipäev) 310
 Tünder, E. (60. sünnipäev) 225
 Uibu, A. 79
 Uuetoa, R. (1906—1989) 313
 Vagane, E. (1916—1988) 155
 vagotoomia
 —, eksperimentaalne kaks-teistsõrmikuhaavand 187
 —, parietaalrakud 187
 —, ultseroproteksioon 187
 Vahula, I. (50. sünnipäev) 311
 vaktsiin
 —, leetrite-punetiste-parotiidi 217

Valdes, A. 25
 Valdes, V. 43
 Veidebaum, T. (vanemteadurikutse) 286
 Veinpalu, E. (60. sünnipäev) 223
 Veinpalu, L. (vanemteadurikutse) 286
 vereplasma
 —, mahu muutused 327
 Vihm, N. (60. sünnipäev) 65
 —, Villako, K. (Tampere Ülikooli audoktor) 227
 Volkmann, A. 126

õpilaste tervis
 —, VIII ja XI klassi õpilased 410

Õpik, E. 131

AUTORI-REGISTER

Aadamsoo, A. 51, 72
 Aamer, Ü. 367
 Aareleid, T. 414
 Allikmets, L. 55, 73, 77, 114, 153, 233, 312, 396, 466
 Annus, H. 103
 Anvelt, J. 423
 Arpo, H.-E. 123
 Arro, A. 463
 Bagdy, E. 383
 Birkenfeldt, R. 33
 Bogovski, P. 216
 Brus, H. 142, 287, 390, 468
 Dmitrijev, L. 356
 Eha, J. 210
 Ellamaa, A. 133, 140, 387
 Filip, V. 386
 Gustavson, H. 56, 217, 281
 Gustavson, M. 285
 Haavel, A. 78, 115
 Haitov, G. 459
 Heiman, R. 459
 Ilomets, T. 59
 Imelik, O. 327, 369
 Innos, S. 368, 369, 458
 Jannus, L. 90
 Jents, A. 137
 Jõeste, E. 421
 Jänes, T. 138
 Järv, V. 192
 Jürison, A. 144, 229
 Kaasik, A.-E. 50, 115
 Kaik, J. 455, 457
 Kalnin, V. 339, 445
 Kangur, T. 371
 Karu, E. 35
 Karu, L. 16, 83, 246
 Karusoo, J. 90
 Kask, J. 99
 Kasmel, A. 24
 Kelk, H. 217, 294, 462
 Kibe, O. 303
 Kindlam, E. 393
 Kivik, A. 418
 Kivik, P. 418
 Koha, R. 330
 Kornet, E. 176
 Kovaljova, I. 316
 Kross, E. 467
 Kullapere, A. 333
 Kundla, M. 249
 Kutsar, K. 5, 106, 197, 336, 410, 458
 Kuus, E. 40, 96
 Kuusma, M. 78, 143, 159, 237, 315, 398, 468
 Kõrge, K. 59, 212, 359
 Kõrge, M. 463
 Käbin, I. 125, 277
 Kägo, K. 418
 Laan, I. 148
 Laane, E. 426
 Laasik, J. 182
 Laos, V. 132, 152, 153, 154, 227, 232, 293, 374, 377
 Lapidus, N. 103, 421
 Laupmaa, F. 62
 Laursoo, M. 139
 Leesment, E. 418
 Leibak, E. 333
 Lember, M. 93
 Lenzner, A. 110
 Lillak, E. 90
 Lipping, A. 414
 Loit, H.-M. 90
 Luiksaar, L. 256
 Luts, A. 73, 75
 Lääne, P. 135
 Maaroo, H.-I. 43
 Maaroo, J. 152
 Maidvee, V. 410
 Majass, M. 435
 Malbe, R. 268
 Malögin, S. 252
 Maurer, L. 439
 Mehilane, L. 145, 396
 Mesikepp, A. 188
 Mesimaa, E. 90
 Mitt, K. 442
 Mitt, L. 237
 Moks, M. 286
 Mustimets, K. 327
 Muul, R. 62
 Mägi, M. 262
 Männik, G. 46, 348
 Männiste, J. 116, 136, 205, 463
 Müürsepp, J. 62
 Nuiamäe, P. 110
 Nurmand, L. 297
 Ott, P. 423
 Otter, M. 70, 297
 Paju, A. 455
 Palo, E. 158, 235
 Palmeos, O. 333
 Paves, A. 151
 Peetsalu, A. 78
 Podar, U. 453
 Popova, T. 252

Priimägi, L. 368
 Pää, L. 49
 Püttsepp, E. 324
 Raag, J. 20
 Randmaa, I. 249, 252
 Raudla, L. 90
 Raukas, E. 90
 Reinvald, A. 423
 Rešetilo, S. 333
 Riikjärv, M.-A. 70, 168
 Riiv, J. 243
 Roop, H. 363
 Roováli, A. 333
 Rüütli, H. 273
 Saarma, J. 53, 201
 Saarna, M. 456, 457
 Saarnok, E. 266
 Saava, M. 71, 72
 Saks, K. 69, 426
 Saks, V. 459
 Sarap, A. 236, 397, 467
 Schotter, L. 454
 Schmuul, I. 238, 398
 Sergo, M. 458
 Sibul, H. 187
 Siilak, K. 176
 Siirak, V. 353
 Sillam, A. 75
 Sillastu, H. 163, 282
 Subi, V. 252
 Sui, V. 221
 Sõritsa, A. 178
 Zenjova, T. 168
 Zupping, R. 72, 284
 Talihärm, A. 356
 Tallo, A. 238, 314
 Tamm, A. 93, 460
 Tamm, L. 30, 219, 295, 388
 Tamme, P. 316
 Tankler, H. 59
 Tarmas, S. 316
 Tarum, M. 122, 140, 208, 285
 Tasmuth, T. 259, 357
 Teder, P. 163
 Teesalu, R. 119, 188, 342
 Tekkel, M. 180
 Tetsov, A. 79
 Tihane, H. 182
 Tomberg, E. 72
 Tomberg, T. 171
 Toomela, A. 431, 442
 Tuulik, E. 435
 Tõnnov, A. 171
 Tähepõld, A. 182
 Tähepõld, L. 182
 Tünder, E. 136
 Uibo, R. 74
 Uritam, M. 168
 Vainstein, I. 399
 Valper, L. 159
 Varik, I. 67
 Vassilenko, V. 333
 Viigimaa, M. 461
 Viksna, A. 281
 Volož, O. 74, 114, 457
 Võzull, D. 266
 Väljaots, R. 90

1989

SISUKORD

«Eesti Arsti» lugejaile	3
Kutsar, K. — «Eesti Arst» 1922 . . . 1940	5
Resolutsioon Saksa—Nõukogude salaprotokollide kohta	323

JUHTKIRI

Balti rahvaste õiguste deklaratsioon	247
Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi keeleseadus	85
Eesti Nõukogude Sotsialistliku Vabariigi Ülemnõukogu deklaratsioon Eesti NSV suveräänsusest	89
Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» otsus 7. septembril 1989	407
Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» osavõtjate pöördumine Eesti NSV valitsuse poole	408
Eestimaa Naiste Ühenduse foorumi «Nooruk ja tervis» osavõtjate pöördumine Balti liiduvabariikidest valitud NSV Liidu rahvasaadikute poole	409
Eesti Teaduste Akadeemia üldkogu deklaratsioon	405
Karu, L. — Eesti keel Eesti meditsiinis	83
Karu, L. — Saastatud elukeskkond on meie valulaps, nii otseses kui kaudses mõttes	246
Karu, L. — Spetsialiseerumine ja integratsioon tervishoius	16
Resolutsioon stalinismi kuritegudest	248
Riiv, J. — Arstist ja arstimisest	243
Eesti ülikooli sünd	403

TEORIA JA PRAKTIKA

Aareleid, T., Lipping, A. — Rinnavähk Eestis 1968 . . . 1981: histoloogiline tüüp ja haigete elulemus	414
Birkenfeldt, R. — Haiguste riskitegurid ja individuaalne terviseõpetus	33
Imelik, O., Mustimets, K. — Vereplasma mahu muutused kordustöö puhul	327
Jannus, L., Mesimaa, E., Raukas, E., Lillak, E., Loit, H.-M., Väljaots, R., Karusoo, J., Raudla, L. — Pikendatud toimeajaga teofülliinipreparaadi — teolongi — kasutamine bronhiaalastma ravis	90
Karu, E. — Farmakokineetilise etanooltesti kasutamise laboratoorse abimeetodina kroonilise alkoholismi diagnoosimisel	35
Kask, J. — Ravimuda leiukohad Haapsalu ja Pärnu ümbruses	99
Kivik, P., Kägo, K., Leesment, E., Kivik, A. — Intrapulmonaalse šundi ja alveool-arteriaalse hapnikudiferentsi väärtuste olenevus määramis-meetoditest	418
Koha, R. — Rasvhüperglobuleemia tekkepõhused vereplasmas	330
Kornet, E., Siilak, K. — Kontratseptsiooni valikmeetod	176
Kundla, M., Randmaa, I. — Robinsoni indeksi informatiivsus stenokardiahaigetel individualiseeritud antianginaalse ravi korral	249
Kuus, E. — Varajase maovähi röntgendiagnoosimine	40
Kuus, E. — Endofüütse maovähi röntgendiagnoosimise raskusi	96
Laasik, J., Tähepõld, A., Tihane, H., Tähepõld, L. — Vereplasma ja uriini proteinogramide võrdlevad iseärasused kroonilisest glomerulonefriidist ja püelonefriidist tingitud neerupuudulikkuse korral	182

Lapidus, N., Annus, H. — Alkohoolne kardio- müopaatia surma põhjusena lahangu andmeid . . .	103
Lapidus, N., Jõeste, E. — Hüpertroofiline kardio- müopaatia: morfoloogiline analüüs . . .	421
Lember, M., Tamm, A. — Laktoostesti kahe va- riandi võrdlus . . .	93
Luiksaar, L. — Dermatofüütia esinemissagedus Võru rajoonis . . .	256
Maidvee, V., Kutsar, K. — Tallinna üldharidus- koolide kaheksandate ja üheteistkümnendate klasside õpilaste haigestumise dünaamika . . .	410
Ott, P., Anvelt, J., Reinvald, A. — Suremus psühhoneuroloogilistes internaatkodudes . . .	423
Popova, T., Subi, V., Randmaa, I., Malõgin, S. — Meremeeste organismi adaptiivsed muutused pikaajalistel reisidel troopikas . . .	252
Püttsepp, E. — Pleuriitide diferentsiaaldiagnoo- simise invasiivsed meetodid . . .	324
Riikjärv, M.-A., Uritam, M., Zenjova, T. — Laste kroonilise pneumoonia struktuur ja kliinik täna- päeval . . .	168
Sibul, H. — Vagotoomia ultseroprotektiivne mõju eksperimentaalsete kaksteistsõrmikuhaa- vandite korral (autoreferaat) . . .	187
Sõritsa, A. — Raseduse kulu ja sünnituse ise- ärasused Tartu üliõpilastel . . .	178
Tasmuth, T. — Pahaloomulised maksakasvajad lastel . . .	259
Teder, P., Sillastu, H. — Ägeda pneumoonia, kopsutuberkuloosi ja kopsuvähi diferentsiaal- diagnoosimine . . .	163
Tekkel, M. — Menarhe alguse aja muutumine Eestis ja välisriikides . . .	180
Tomberg, T., Tõnnov, Ä. — Peajauninfarkt sub- kortikaalsete struktuuride piirkonnas . . .	171
Vassilenko, V., Rešetilo, S., Palmeos, O., Lei- bak, E., Kullapere, A., Rooväli, A. — Uusi and- meid Sindbisi viiruse ökoloogia kohta Eestis . . .	333

ÜLEVAATED

Järv, V. — Mao röntgenoloogiline uurimine . . .	192
Kutsar, K. — Inimese immuunpuudulikkuse vii- rus: patogeensus ja immunogeensus . . .	106
Mesikepp, A., Teesalu, R. — Reanimatsioon ko- ronaärakksurma korral . . .	188
Mägi, M. — Käitumise aktiivsuse, motivatsiooni- de ja emotsioonide füsioloogia . . .	262
Saks, K., Laane, E. — Stenokardiaoluline valu . . .	426
Teesalu, R. — Prostatsükliin ja südame ishee- miatõbi . . .	342

EESTI ARSTIDE LIIDUS

Arpo, H.-E. — Üleskutse . . .	123
Eesti Arstide Liidu põhikiri . . .	26
Ellamaa, A. — Mis saab isemajandava Eesti arstiabikorraldusest? . . .	387
Kasmel, A. — Eesti arstide ühenduste ajaloost . . .	24
Kelk, H. — Tartu Arstide Liidus . . .	217, 294
Küsimustik . . .	124
Laos, V. — Eesti Arstide Liidu volikogus . . .	293
Raag, J. — Eesti Arstide Liidu (taas)asutamine . . .	20
Tarum, M. — Tallinna Arstide Liidu üldkogu koosolek . . .	122
Teesalu, R. — Mõtteid seoses arstide liiduga . . .	119

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

Tamm, L. — Eestimaa lapsed vajavad kaitset . . .	30
Tamm, L. — Kas suudame muuta suhtumist las- tesse? . . .	219
Tamm, L. — Meie lapse mured . . .	295
Tamm, L. — Laste õiguste kaitsest . . .	388

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

Lenzner, A., Nuiamäe, P. — 30 aastat tagasi kuju- nenud küünarvarreluude ebaliigese eduka ravi juht . . .	110
Majass, M., Tuulik, E. — Luu eosinofiilne gran- uloom . . .	435
Talihärm, A., Dmitrijev, L. — Raske bukarbaan- mürgitus . . .	356
Tasmuth, T. — Neuroblastoom lastel . . .	357
Toomela, A. — Aarskogi sündroom . . .	431
Võzull, D., Saarnok, E. — Hailey-Hailey vill- tõve juht . . .	266

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

Kutsar, K. — René Descartes'i filosoofia ja in- meseõpetus . . .	336
---	-----

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

Kutsar, K. — Eesti tervishoid üleliidulisel foon- nil . . .	197
Malbe, R. — Eesti rahva tervis 1988. aastal . . .	268
Maurer, L. — Ajutise töövõimetuse sõltuvus selle ekspertiisi kvaliteedist . . .	439
Männik, G. — Kuidas peaks kujunema Eesti tervishoid uutes majandustingimustes? . . .	46
Männik, G. — Tervisekaitse ja sotsiaalabi korral- damisest rajoonis, vallas IME tingimustes . . .	348
Männiste, J. — Arstiabi ning meditsiinitehnika vahendid ja võimalused . . .	205
Saarma, J. — Pühhiaatriaalaane arstiabi uuele tasemele . . .	201
Siirak, V. — Tallinna elukeskkonnast . . .	353
Valitsuskomisjoni informatsioon Kirde-Eestis laste grupiviisilise haigestumise põhjuste välja- selgitamise kohta . . .	270

MÖTTEVAHETUS

Kangur, T. — Klassikalise meditsiini kriis ja homöopaatia . . .	371
Maaroos, H.-I. — Kliinilisest morfoloogiast gast- roenteroloogi pilgu läbi . . .	43
Männiste, J. — Arstiabi efektiivsuse mitu takku . . .	116
Rüütli, H. — Suriija põetamine . . .	273
Tarum, M. — Visioone rehabilitatsioonist . . .	208
Toomela, A., Mitt, K. — Veel rehabilitatsioonist . . .	442

UUSI TERVISHOIUASUTUSI

Aadamsoo, A. — Tartu Pühhiaatrikliinik uues majas . . .	51
Brus, H. — Uus Harju Rajooni Keskaigla Kei- las . . .	142
Brus, H. — Kehras valmis ambulatoorium- apteek . . .	390
Brus, H. — Tervishoiumuuseumil oma maja . . .	390
Kuusma, M. — Uus polikliinik Otepääl . . .	143

ARSTITEADUSE AJALOOST

Allikmets, L. — Oswald Schmiedebergi nimelised loengud Tartu Riiklikus Ülikoolis . . .	55
Gustavson, H. — Kolme juubeliapteegi ajaloost . . .	56
Kalnin, V. — Meditsiin Tartu Ülikoolis Eesti Vabariigi päevil . . .	445
Kõrge, K. — Arstiteaduskonna üliõpilane 1930- ndail aastail . . .	212
Kõrge, K. — Professor Karl Dehio . . .	359
Käbin, I. — Tartu Ülikooli osa rahvusvahelises kultuuris . . .	125
Käbin, I. — Eesti Arstide Seltsi ajaloost . . .	277

Podar, U. — Arthur Böttcher (1831... 1889)	453
Roop, H. — Kohtumediitsini ajalooline tagasi- vaade	363
Saarma, J. — Järjekordne samm humanistliku psühhiaatria teel	53
Viksna, A., Gustavson, H. — Meditsiinidoktor Vilis Derumsi mälestuseks	281

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

Aamer, Ü. — Üleliiduline oftalmoonkoloogide konverents	367
Allikmets, L. — II üleliiduline farmakoloogide kongress «Farmakoloogia ja teaduslik-tehniline progress»	73
Bogovski, P. — II üleliiduline meditsiini-terminoloogia korrastamise ja standardiseerimise alane teaduskonverents	216
Ellamaa, A. — I Eesti arstide konverents	133
Ellamaa, A. — Üleliiduline arstide kongress	140
Gustavson, H. — Läti Dermatoveneroloogide Seltsi ning Läti Sotsiaalhügieenikute ja Medit- siinijaloolaste Seltsi ühine istung	217
Gustavson, M. — Rahvusvaheline seminar «Medi- tsiiniõe ja velskri osa esmaabis»	285
Haitov, G., Heiman, R. — Ägedate leukooside ja lümfoproliferatiivsete haiguste alane süm- poosion	459
Imelik, O. — XXXI rahvusvaheline füsioloogia- konverents	369
Innos, S. — Kontratseptiooni käsitlev konve- rents	368
Innos, S. — Balti mere maade sünnitusabi- ja günekoloogiakonverents	369
Jents, A. — Eesti kõrva-nina-kurguarstide koos- olek	137
Jänes, T. — I Eesti stomatoloogide kongress	138
Kaik, J. — V Eesti kardioloogide konverents	457
Kelk, H. — I ülemaailmne õnnetuste ja vigastuste preventsiooni konverents	462
Kutsar, K. — I Eesti immunoloogide kongress	458
Laursoo, M. — Eesti Meditsiiniõdede Seltsi aru- ande- ja valimiskoosolek	139
Luts, A. — IX üleliiduline otorinolarüngoloogi- de kongress	73
Luts, A. — II rahvusvaheline Läänemere- ja otorinolarüngoloogide kongress	75
Lääne, P. — Vabariiklik konverents «Psühho- geensed ja psühhosomaatilised häired»	135
Otter, M. — Balti liiduvabariikide farmakoloogi- de konverents «Füsioloogiliselt aktiivsete ainete süntees ja uurimine»	70
Priimägi, L. — Üleliidulise probleemikomisjoni «Poliomüeliit ja muud enteroviiruslikud infek- tsioonid» pleenum	368
Riikjärv, M.-A. — I Moldaavia pediatrite kong- ress	70
Saarna, M. — ÜRO invaliidisusalane ekspertnõu- pidamine	456
Saarna, M. — Rahvusvaheline invaliidisuse välti- mise ja taastusravi konverents	457
Saava, M. — Ratsionaalse toitumise propaganda alane pleenum	71
Saks, K. — Südame- ja veresoonekonna haigusi põdejate füüsilise taastusravi konverents	69
Saks, V. — XIII ülemaailmne südameurijate kongress	459
Sergo, M., Innos, S. — Eesti Akušöögünekoloogi- de Seltsi pleenum	458
Sillam, A. — II rahvusvaheline töökoosolek «Vibratsioon ja inimene»	75
Zupping, R. — III Eesti neurooloogide, neuro- kirurgide ja psühhiaatrite kongress	284
Zupping, R. — Üleliidulise Neuropatoloogide Seltsi presiidiumi väljasõiduistung ja üleliidu-	

lise probleemikomisjoni «Kesknärvisüsteemi haigused» pleenum	284
Zupping, R., Aadamsoo, A. — VIII üleliiduline neurooloogide, psühhiaatrite ja narkoloogide kongress	72
Tamm, A. — I Balti mere maade gastroentero- loogide sümposion	460
Tarum, M. — Läti Arstide Seltsi asutamise kong- ress	140
Tarum, M. — Leedu Arstide Liidu taasasutamise kongress	285
Tomberg, E., Saava, M. — Üleliiduline õpilaste profülaktilise vitamineerimise alane nõu- pidamine	72
Tünder, E., Männiste, J. — Kliinilise kirurgia konverents	136
Uibo, R. — Soome Immunoloogia Seltsi aasta- koosolek	74
Viigimaa, M. — III rahvusvaheline trombotsüü- tide alane nõupidamine	462
Volož, O. — Nõukogude—Soome koosolek «Süda- me ja veresoonekonna ning teiste ühiseid riski- tegureid omavate haiguste epidemioloogia ja prof- ülaktika»	74
Volož, O. — Teaduslik nõupidamine CINDI prog- rammi raames	457

ARSTIDE SELTSIDES

Sui, V. — 10 aastat Eesti Reumatoloogide Seltsi	221
--	-----

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Kaasik, A.-E. — Uus meditsiinikandidaat	50
Kaik, J. — Uus meditsiinikandidaat	455
Kohtla-Järve Meditsiinikooli 1989. aasta lõ- petajad	367
Moks, M. — Uus meditsiinikandidaat	286
Paju, A. — Uus meditsiinikandidaat	455
Schotter, L. — Uus meditsiinikandidaat	454
Päi, L. — Reinhold Birkenfeldt — meditsiini- doktor	49
Tallinna Meditsiinikooli 1989. aasta lõpetajad	211, 365
Tartu Meditsiinikooli 1989. aasta lõpetajad	211, 366
Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1989. aasta lõpe- tajad	365
Teaduslikke kutseid	286
Uusi meditsiinidoktoreid	114
Uusi meditsiinikandidaate	115, 210

MEIE JUUBILARE

Joel Aasav	465
Eini Altraja	465
Eliazer Beltsikov	309
Lea Boston	150
Natan Elstein	224
Larissa Goljanova	465
Enno Hansson	381
Arnold Jannus	223
Lii Jannus	310
Konstantin Juhansoo	464
Lilian Kaasikmäe	65
Viktor Kalnin	310
Iia Kask	64
Raissa Katai	226
Linda Kildema	149
Elvine Kuik	309
Kuulo Kutsar	383
Ivo Kuusk	66
Voldemar Kööp	223
Selma Laanes	381
Elin Lökk	226

Johannes Luur	309
Paul Mallene	149
Vivi Meisner	464
Ruta Mihelson	226
Elmar Mikkel	464
Tiia Murde	466
Maret Mutle	382
Artur Niinemägi	224
Boris Nurmand	64
Leo Nurmand	225
Ilme Pily	65
Ilve-Teisi Remmel	150
Georg Semjonov	150
Ennu Sepp	66
Gunnar Sukles	381
Evald Tammepõld	65
Arvo Tikk	382
Aime Tolga	66
Lembit Tähepõld	225
Kelli Tühis	310
Endel Tünder	225
Ilmar Vahula	311
Endel Veinpalu	223
Nadežda Vihm	65

INTERVJUU

Ja taas nägin und lahtiste silmadega	377
Laan, I. — Pavel Bogovski mõtisklusi	148
Laos, V. — Mida arwab «Eesti Arsti» toimetuskolleegiumi liige, Tampere Ülikooli audoktor K. Villako haridusest ja haritusest	227
Professorid W. Brocci, A. Veer ja M. Geyer vastavad L. Mehilase küsimustele	145
Tartu Ülikooli professor Jaan Riiv vestleb «Eesti Arsti» lugejaga	374

VÄLISMAALT

Arro, A., Männiste, J., Kõrge, M. — Külas Saksa DV kopskirurgidel	463
Bagdy, E. — Kliinilise psühholoogia ja psühhoterapia arengust Ungaris aastatel 1945	383
V. Filip — Mõnda Tšehhoslovakkia Psühhiaatria Instituudi tööst	386
Sillastu, H. — Reis Hiinamaale retrospektiivis	282
Varik, I. — Muljeid Addebrooke'i haiglast Cambridge's	67

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

Kõrge, K., Tankler, H., Ilomets, T. — Rootsist ilmunud raamat Tartu Ülikooli meditsiiniajaloo	59
Müürsepp, J., Muul, R., Laupmaa, F. — Märkusi Arvid Lutsu raamatu «Kuuldeaparaadid ja kuulmise korrigeerimine» kohta	62

IN MEMORIAM

Hilja Alev 15. IX 1923 15. I 1989	230
Albert Kliiman 29. I 1920 19. VII 1989	392
Elise Käer-Kingisepp 3. X 1901 10. II 1989	156
Uno Leisner 22. VIII 1929 4. III 1989	231
Lembi Maurer 6. III 1940 20. X 1988	155
Jiri Rotta 20. VI 1925 15. IV 1989	313
Elmar Siirde 22. IV 1910 12. XI 1988	68
Ralf Uuetoa 4. X 1906 28. II 1989	313
Einar Vagane 7. VI 1916 21. XII 1988	155

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

Kibe, O. — Eesti arstiteaduslikust oskuskeelest	303
---	-----

Kindlam, E. — Nopmeid terminoloogide töömaalt	393
Otter, M., Nurmand, L. — Retseptuuri põhimõisteid ja oskussõnu	297

UUSI RAVIMEID

Jürison, A. — Aerosool «Efatiin»	144
Jürison, A. — Profesüüm, tümaliin	229

ASKLEPIOSE KLUBIS

Eesti Arstide Liidu ja Eesti Lastekaitse Liidu lähemad ülesanded	287
--	-----

TOIMETUSE VEERG

Ajakirja «Eesti Arst» 1988. aasta preemiad	233
Laos, V. — «Eesti Arsti» toimetuse koosolek	232

REFERAATE	58, 211, 311
---------------------	--------------

TARTU ÜLIKOOLIS	151, 233, 312, 396, 466
---------------------------	-------------------------

KROONIKA	77, 158, 235, 314, 397, 467
--------------------	-----------------------------

Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal	79, 317, 399
Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi	80, 160, 239, 317, 400
Aineregister	469
Autoriregister	473

1989

СОДЕРЖАНИЕ

Кутсар, К. — «Эстонский врач» 1922 1940	5
Читателям «Врача Эстонии»	3

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ

Декларация Верховного Совета Эстонской Советской Социалистической Республики о суверенитете Эстонской ССР	89
Декларация общего собрания Академии наук ЭССР	405
Декларация прав народов Прибалтики	247
Закон о языке Эстонской Советской Социалистической Республики	85
Кару Л. — О специализации и интеграции в здравоохранении	16
Кару Л. — Эстонский язык в эстонской медицине	83
Кару Л. — Загрязненная среда обитания — наша боль как в прямом, так и в переносном смысле	246
Обращение участников форума Объединения женщин Эстонии «Молодежь и здоровье к народным депутатам СССР от Прибалтийских республик	409
Обращение участников форума Объединения женщин Эстонии «Молодежь и здоровье» к правительству Эстонской ССР	408
Резолюция о германо-советских секретных протоколах	323
Резолюция о преступлениях сталинизма	248
Решение форума Объединения женщин Эстонии «Молодежь и здоровье»	407
Рийв Я. — Врач и врачевание	243
Рождения эстонского университета	403

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

- Аарелейд Т., Липпинг А.** — Рак молочной железы у женщин в Эстонии в 1968... 1981 гг.: гистологический тип опухоли и выживаемость больных 414
- Биркенфельд Р.** — Факторы риска болезней и индивидуальное санитарное просвещение 33
- Василенко В., Решетило С., Палмеос О., Лейбак Э., Куллапере А., Роовяли А.** — Новые данные об экологии вируса Синдбис в Эстонии 333
- Имелик О., Мустиметс К.** — Изменения объема плазмы крови при повторной работе 327
- Кару Э.** — Об использовании фармакокинетического этанол-теста в качестве вспомогательного лабораторного метода при диагностике хронического алкоголизма 35
- Каск Ю.** — Месторождения лечебной грязи в окрестностях Хаапсалу и Пярну 99
- Кивик П., Кяго К., Лесмент Э., Кивик А.** — Зависимость значения внутрилегочного шунтирования и альвеоляртерриальной разницы по кислороду от методов измерения 418
- Корнет Э., Сийлак К.** — К вопросу о контрацепции в проблемных семьях 176
- Коха Р.** — О причинах проявления жировой гиперглобулемии в плазме крови 330
- Кундла М., Рандмаа И.** — О значении индекса Робинсона при индивидуализации терапии у больных стенокардией 249
- Куус Э.** — О рентгенодиагностике раннего рака желудка 40
- Куус Э.** — О трудностях рентгенодиагностики эндодифтного рака желудка 96
- Лаазик Ю., Тяхепылд А., Тихане Х., Тяхепылд Л.** — Сравнительные особенности протеинограмм плазмы крови и мочи при хронической почечной недостаточности, обусловленной хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом 182
- Липидус Н., Аннус Х.** — Алкогольная кардиомиопатия как причина смерти (по материалам прозектуры) 103
- Липидус Н., Йыэсте Э.** — Морфологическая характеристика гипертрофической кардиомиопатии 421
- Лембер М., Тамм А.** — Сопоставление двух вариантов лактозного теста 93
- Луйксаар Л.** — О частоте заболеваемости дерматозитией в Выруском районе 256
- Майдвез В., Кутсар К.** — Тенденции динамики заболеваемости учащихся VIII и XI классов общеобразовательных школ в Таллинне 410
- Отт П., Анвельд Я., Рейнвальд А.** — Смертность в психоневрологических домах-интернатах 423
- Попова Т., Суби В., Рандмаа И., Малыгин С.** — Адаптационные изменения в организме моряков во время длительных рейсов в тропической зоне 252
- Пюттсепп Э.** — О применении инвазивных методов в дифференциальной диагностике плевритов 324
- Рийкъярв М.-А., Уритам М., Зенева Т.** — Структура и клиника хронической пневмонии у детей на современном этапе 168
- Сибул Х.** — Противоязвенное действие ваготомии при экспериментальных язвах двенадцатиперстной кишки 187
- Сырица А.** — Особенности протекания беременности и родов у студенток г. Тарту 178
- Тасмутх Т.** — Злокачественные опухоли печени у детей 259
- Тедер П., Силласту Х.** — О дифференциальной

- диагностике острой пневмонии, легочного туберкулеза и рака легких 163
- Теккель М.** — Временное изменение возраста начала менструации в Эстонии и в зарубежных странах 180
- Томберг Т., Тыннов Э.** — Инфаркт головного мозга в области подкорковых структур 171
- Яннус Л., Мезимаа Э., Раукас Э., Лиллак Э., Лойт Х.-М., Вяльяотс Р., Карусоо Я., Раудла Л.** — Применение пролонгированного действия теофиллина — теолонга — в лечении бронхиальной обструкции 90

ОБЗОРЫ

- Кутсар К.** — Вирус иммунной недостаточности человека: патогенность и иммуногенность 106
- Мезикепп А., Теэсалу Р.** — Реанимация при внезапной коронарной смерти 188
- Мяги М.** — О физиологии активности поведения, мотиваций и эмоций 262
- Сакс К., Лаане Э.** — Стенокардоподобные боли 426
- Теэсалу Р.** — Простациклин и ишемия сердца 342
- Ярв В.** — О рентгенологическом исследовании желудка 192

В СОЮЗЕ ВРАЧЕЙ ЭСТОНИИ

- Арбо Х.-Э.** — Воззвание 123
- Вопросник 124
- Касмел А.** — Из истории объединений эстонских врачей 24
- Келк Х.** — В Тартуском союзе врачей 217, 294
- Лаос В.** — В правлении Союза врачей Эстонии 293
- Рааг Я.** — Основание Союза эстонских врачей 20
- Тарум М.** — Общее собрание Союза врачей г. Таллинна 122
- Теэсалу Р.** — Размышления в связи с Союзом врачей 119
- Устав Союза врачей Эстонии 26
- Элламаа А.** — Какой будет организация медицинской помощи в хозрасчетной Эстонии? 387

В СОЮЗЕ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ

- Тамм Л.** — Дети Эстонии нуждаются в защите 30
- Тамм Л.** — Сумеет ли мы изменить отношение к детям? 219
- Тамм Л.** — Беды нашего ребенка 295
- Тамм Л.** — О защите прав детей 389

ОБМЕН ОПЫТОМ И КАЗУИСТИКА

- Выжулл Д., Саарнок Э.** — Случай пузырчатки Хейли-Хейли 266
- Ленцнер А., Нуйамяэ П.** — Случай успешного лечения псевдоартроза костей предплечья 30-летней давности 110
- Маясс М., Туулик Э.** — Эозинофильная гранулема в костях 435
- Талихярм А., Дмитриев Л.** — Тяжелое отравление букарбаном 356
- Тасмутх Т.** — Нейробластома у детей 357
- Тоомела А.** — Синдром Аарскога 431

ФИЛОСОФИЯ И МЕДИЦИНА

- Кутсар К.** — Философия и учение о человеке Рене Декарта 336

НАУЧНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Информация правительственной комиссии о выяснении причин группового заболевания детей Северо-Восточной Эстонии	270
Кутсар, К. — Здравоохранение Эстонии на общесоюзном фоне	197
Малбе Р. — Здоровье эстонского народа в 1988 году	268
Маурер Л. — О временной нетрудоспособности и качестве ее экспертизы	439
Мяник Г. — Каким быть здравоохранению Эстонии в новых условиях хозяйствования?	46
Мяник Г. — Об организации охраны здоровья и социальной помощи в районе, волости в условиях ИМЕ	348
Мянисте Ю. — Медицинская помощь и средства и возможности медтехники	205
Саарма Ю. — Психиатрическую помощь на новый уровень	201
Сийрак В. — О состоянии окружающей среды в Таллинне	353

ОБМЕН МНЕНИЯМИ

Кангур Т. — Кризис классической медицины и гомеопатия	371
Маароос Х.-И. — Роль клинической морфологии в гастроэнтерологии	43
Мянисте Ю. — Несколько граней эффективности врачебной помощи	116
Рюютли Х. — Уход за умирающим	273
Тарум М. — Представления о реабилитации	208
Тоомела А., Митт К. — Еще раз о реабилитации	442

НОВЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аадамсоо А. — Тартуская психиатрическая клиника в новом здании	53
Брус Х. — Новая Харьковская районная центральная больница в Кейла	142
Брус Х. — В Кехра начала работу новая аптека-амбулатория	390
Брус Х. — У Музея медицины свой дом	390
Кезрма М. — Новая поликлиника в Отепя	143

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Алликметс Л. — Лекции памяти Освальда Шмидеберга в Тартуском государственном университете	55
Виксна А., Густавсон Х. — Памяти доктора медицинских наук Вилиса Дерумса	281
Густавсон Х. — История трех юбилейных аптек	56
Калнин В. — Медицинский факультет Тартуского университета 1919... 1940	445
Кырге К. — Студент медицинского факультета в 1930-е годы	212
Кырге К. — Профессор Карл Дегио	359
Кябин И. — Место Тартуского университета в международной культуре	125
Кябин И. — Об истории Общества эстонских врачей	277
Подар У. — Артур Бэтхер (1831... 1889)	453
Рооп Х. — Из истории судебно-медицинской экспертизы	363
Саарма Ю. — Очередной шаг на пути к гуманистической психиатрии	53

КОНФЕРЕНЦИИ И СОВЕЩАНИЯ

Аамер Ю. — Всесоюзная конференция офтальмо-онкологов	367
Алликметс Л. — VI Всесоюзный съезд фармакологов «Фармакология и научно-технический прогресс»	73
Боговский П. — II Всесоюзная научная конференция по упорядочению и стандартизации медицинской терминологии	216
Вийгимаа М. — III Международное совещание по проблемам тромбозов	461
Волож О. — Совместное советско-финское рабочее собрание «Эпидемиология и профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы и других болезней с одинаковыми факторами риска»	74
Волож О. — Научное совещание в рамках программы CINDI	457
Густавсон М. — Международный семинар на тему «Роль медицинской сестры и фельдшера в оказании первой помощи»	285
Густавсон Х. — Общество дерматовенерологов Латвии и Общество социал-гигиенистов и историков медицины Латвии	217
Имелик О. — XXXI Международный конгресс по физиологии	369
Иннос С. — Конференция по вопросам контрацепции	368
Иннос С. — Конференция прибалтийских стран по родовспоможению и гинекологии	369
Йентс А. — Собрание оториноларингологов Эстонии	137
Кайк Ю. — V конференция кардиологов Эстонии	457
Келк Х. — I Международная конференция по превенции несчастных случаев и поврежденный	462
Кутсар К. — I съезд иммунологов Эстонии	458
Лаурсоо М. — Отчетно-выборное собрание Общества медицинских сестер Эстонии	139
Лутс А. — IX Всесоюзный съезд оториноларингологов	73
Лутс А. — II Международный съезд оториноларингологов прибалтийских стран	75
Ляэне П. — Республиканская конференция «Психогенные и соматические нарушения»	135
Оттер М. — Конференция фармакологов Прибалтийских республик	70
Приймаги Л. — Пленум Всесоюзной проблемной комиссии «Полиомиелит и другие энтеровирусные инфекции»	368
Рийкъярв М.-А. — I съезд педиатров Молдавии	70
Саава, М. — Пленум по пропаганде рационального питания	71
Саарна М. — Международная конференция по вопросам реабилитационного лечения инвалидов	456
Саарна М. — Международная конференция по проблемам предупреждения инвалидности и реабилитационного лечения детей	457
Сакс В. — XIII Всемирный конгресс исследователей сердца	459
Сакс К. — Конференция по вопросам физической реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	69
Серго М., Иннос С. — Пленум Общества акушеров-гинекологов Эстонии	458
Силлам А. — II международное рабочее собрание «Вибрация и человек»	75
Тамм А. — I симпозиум гастроэнтерологов балтийских стран	460
Тарум М. — Учредительный съезд Латвийского врачебного общества	140
Тарум М. — Учредительный съезд Союза вра-	

чей Литвы	285	Лаос В. — Профессор Тартуского университета Яан Рийв беседует с читателями журнала «Врач Эстонии»	374
Томберг Э., Саава М. — Всесоюзное совещание по вопросам профилактической витаминизации учащихся	72	Мехилане Л. — Гости кафедры психиатрии	145
Тюндер Э., Мяннисте Ю. — Конференция по вопросам клинической хирургии	136		
Уйбо Р. — Годичное собрание Финского иммунологического общества	74	ЗА РУБЕЖОМ	
Хаитов Г.-Э., Хейман Р. — Симпозиум по вопросам острых лейкозов и лимфопролиферативных заболеваний	459	Арро А., Мяннисте Ю., Кырге М. — В гостях у легочных хирургов ГДР	463
Цуппинг Р. — Выездное заседание президиума Всесоюзного общества невропатологов и пленум Всесоюзной проблемной комиссии «Болезни центральной нервной системы»	284	Багди Э. — Развитие клинической психологии и психотерапии в Венгрии 1945	383
Цуппинг Р. — III съезд неврологов, нейрохирургов и психиатров Эстонии	284	Варик Я. — Впечатления об Аддебрукской больнице в Кембридже	67
Цуппинг Р., Аадамсоо А. — VIII Всесоюзный съезд неврологов, психиатров и наркологов	72	Силласту Х. — Поездка в Китай в ретроспективе	282
Элламаа А. — I конференция врачей Эстонии	133	Филип В. — О работе Чехословацкого института психиатрии	386
Элламаа А. — Всесоюзный съезд врачей	140		
Янес Т. — I съезд стоматологов Эстонии	138	КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ	

ВО ВРАЧЕБНЫХ ОБЩЕСТВАХ

Суй В. — Эстонскому обществу травматологов 10 лет	221
---	-----

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Алликметс Л. — Новый доктор медицинских наук	114
Волож О. — Новый доктор медицинских наук	114
Каазик А.-Э. — Новый кандидат медицинских наук	50, 115
Кайк Ю. — Новый кандидат медицинских наук	455
Мокс М. — Новый кандидат медицинских наук	286
Окончившие Кохтла-Ярвескую медицинскую школу в 1989 г.	367
Окончившие медицинский факультет ТГУ в 1989 г.	365
Окончившие Таллинскую медицинскую школу в 1989 г.	211, 365
Окончившие Тартускую медицинскую школу в 1989 г.	211, 366
Паю А. — Новый кандидат медицинских наук	455
Пяй Л. — Новый доктор медицинских наук Рейнхольд Биркенфельдт	49
Ученые звания	286
Хаавел А. — Новый кандидат медицинских наук	115
Шоттер Л. — Новый кандидат медицинских наук	454
Эха Я. — Новые кандидаты медицинских наук	210

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ	64, 149, 223, 309, 381, 464
---------------------------------	-----------------------------

ИНТЕРВЬЮ

И вновь я видел сон с открытыми глазами	377
Лаан И. — Размышления Павла Боговского	148
Лаос В. — Что думает член редколлегии журнала «Врач Эстонии», почетный доктор Тамперского университета Кальо Виллако об образовании и образованности	227

Лаос В. — Профессор Тартуского университета Яан Рийв беседует с читателями журнала «Врач Эстонии»	374
Мехилане Л. — Гости кафедры психиатрии	145
ЗА РУБЕЖОМ	
Арро А., Мяннисте Ю., Кырге М. — В гостях у легочных хирургов ГДР	463
Багди Э. — Развитие клинической психологии и психотерапии в Венгрии 1945	383
Варик Я. — Впечатления об Аддебрукской больнице в Кембридже	67
Силласту Х. — Поездка в Китай в ретроспективе	282
Филип В. — О работе Чехословацкого института психиатрии	386

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Кырге К., Танклер Х., Илометс Т. — Книга об истории медицины в Тартуском университете, изданная в Швеции	59
Мюйрсепп Я., Муул Р., Лаупмаа Ф. — Замечания по поводу книги Арвида Лутса «Слуховые аппараты и коррекция слуха»	62

НЕКРОЛОГИ

Хилья Алев 15. IX 1923	15. I 1989	230
Эйнар Вагане 7. VI 1916	21. XII 1988	155
Альберт Клийман 29. I 1920	19. VII 1989	392
Элизе Кязэр-Кингисепп 3. X 1901	10. II 1989	156
Уно Лейснер 22. VIII 1929	4. III 1989	231
Лемби Маурер 6. III 1940	20. X 1988	155
Йири Ротта 20. VI 1925	15. IV 1989	313
Эльмар Сийрде 22. IV 1910	12. XI 1988	68
Ральф Ууэтоа 4. X 1906	28. II 1989	313

ВОПРОСЫ ЭСТОНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ

Кибе О. — Об эстонской медицинской терминологии	303
Киндлам Э. — Заметки о терминологии	393
Оттер М., Нурмад Л. — Основные понятия и термины рецептуры	297

НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Юрисон А. — Аэрозоль «Эфатин»	144
Юрисон А. — Профезим, тималин	229

В КЛУБЕ ЭСКУЛАПА

О ближайших задачах Союза врачей Эстонии и Эстонского общества защиты детей	287
---	-----

ГРАНКА РЕДАКЦИИ	132, 232
----------------------------------	----------

РЕФЕРАТЫ	58, 311
---------------------------	---------

В ТАРТУСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	151, 233, 312, 396, 466
---	-------------------------

ХРОНИКА	77, 158, 235, 314, 397, 467
--------------------------	-----------------------------

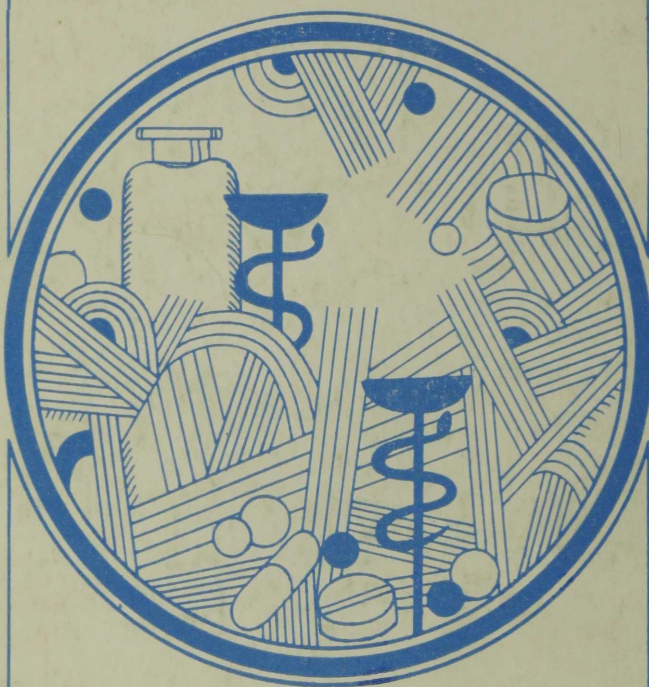
Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати	79, 317, 399
Законченные исследования ученых Эстонской ССР	80, 160, 239, 317, 400

Предметный указатель	469
Именной указатель	473



Riikliku Teadusliku Meditsiiniraamatukogu sisehoovi rohelusele lisab veelgi ilu Naima Uustalu skulptuur «Muusikule».

T. Malsroosi foto.



TARIVID

Tariviid sisaldab toimeainena oksükino-
loönhapperea antibiootikumi ofloksatsiini.

Ravim on näidustatud hingamisteede,
kõrva-, kurgu- ja ninanakkuste,
nahainfektsioonide, pehmete kudede
nakkuste, neeru- ja kuseteede ning
muude nakkuste korral.

Pakendis on 10 tabletti á 0,2 g
toimeainet. Hind on 10 rubla ja 60 kopikat.

Toodetakse Türgis koostöös Saksamaa
Liitvabariigiga.