TARTU ÜLIKOOL
1632
UNIVERSITAS TARTUENSIS

ISSN 0235—8026

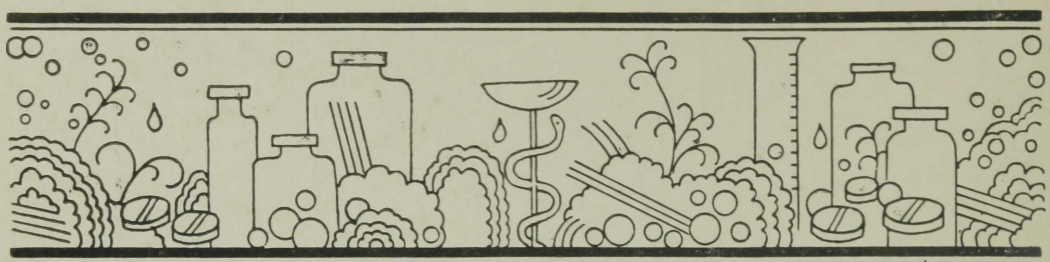
EESTI ARST



2

1991

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



MORADOOL

1 ampull sisaldab 2 mg butorfanooltartraati

Moradool on agonistlik-antagonistlik tugevatoimeline analgeetikum, mille mõju saabub 30 minutit pärast lihasesse süstimist ning kestab 3 . . . 4 tundi. Toime on kiirem veeni manustamise korral. Ravimit kasutatakse operatsiooni- ja traumajärgsete onkoloogiliste valude puhul. Lihasesse süstitakse 2 mg, maksimaalselt 4 mg moradooli, veeni 0,5 . . . 2 mg. Uuesti tohib ravimit süstida 1 . . . 3 tunni pärast.
Moradooli ei ordineerita alla 18-aastastele, rasedatele, imetavatele emadele, ka ülitundlikkuse ja opiaadisõltuvuse puhul.
Eriti ettevaatlik tuleb olla moradooli ordineerimisel ajukahjustuste, koronaarpuudulikkuse, raskete neeru- ja maksahaiguste, mao düsfunktsiooni ning respiratoorse depressiooni korral.
Moradooli väljastatakse ampullides, milles on 1 ml 0,2%-list lahust.
Ühe ampulli hind on 56 kop.

2 EESTI ARST

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1991 **Asutatud 1922. aastal**

SISU

TEOORIA JA PRAKTIKA
I.-M. Schöön — Maohaavandtõbi Göteborgi elanikel **83**
P. Bogovski — Nitraadid ja maovähk **86**
A. Lilleorg — Kasvajamarker CA 125 **89**
A. Luts, N. Loogna, A. Sillam, S. Mae, M. Teichmann, K. Abner — Tervisekahjustused tubakavabriku töölistel **91**
S. Oskolkova — Kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi diagnoosivigade ja eksperthinnangu vigade põhjusi **94**

ÜLEVAATED
M. Purde — Rinnavähk ja toitumine **97**

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA
A. Talihärm — Hüperbaariline oksügenatsioon haigete kompleksravis **102**

KAADRI ETTEVALMISTAMINE
Uusi meditsiinikandidaate **105**

ARSTITEADUSE AJALOOST
S. Viikari — Eesti ja Soome arstide suhted 1920...1930-ndatel aastatel **106**
A. Haavel — Professor Aleksander Paldrok — maailmamainega teadlane, arst ja ühiskonnategelane **110**
Codex Deontologicus Medicorum **113**

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA
I. Käbin — Eesti arstkonna häving aastatel 1939...1944 **117**

MITMESUGUST
A. Tallo — Eesti Tervishoiu Muuseumis on uus püsiekspositsioon **121**
K. Kutsar — Eesti assotsiatsioon «Anti-AIDS» **125**

MÕTTEVAHETUS
K. Subi — Teadus ja praktika **127**
I. Laan — *Forum Medicorum Estonicum*. Kommentaar Ilmar Laane kirjutise kohta **132**

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS
Eestis 1990. aastal registreeritud tähtsamad nakkushaigused **133**

EESTI ARSTIDE LIIDUS
Eesti Arstide Liidu üldkogu otsus **134**
Eesti Arstide Liidu pöördumine kogu maailma arstide poole **135**

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED
J. Kelk — Rahvusvaheline endokrinoloogide konverents **136**
N. Elštein — Eesti Terapeutide Seltsi pleenum **136**
H. Poola — III ülemaailmne hepatopankreatobiliaarkirurgia kongress **137**
M. Lember, H.-I. Maaroos — Uemaailmne gastroenteroloogide kongress **138**
H.-I. Maaroos — III *Helicobacter pylori* Euroopa uurimisrühma konverents **139**
E. Lond, U. Josia, A. Koldits, V. Mindrul — IV üleliiduline gastroenteroloogide kongress **140**
R. Mikelsaar — Üleliiduline konverents «Kaasasündinud ja päriliku patoloogia prenataalne ja neonataalne sõeluuring» **140**
K. Birk — NSV Liidu Teaduste Akadeemia biosfääri probleemide teadusnõukogu «Inimese ökoloogia» sektsiooni konverents **141**
K. Birk — III Soome riiklikud nakkushaiguste päevad **142**
L. Allikmets — II Läänemere farmakoloogia ja kliinilise farmakoloogia konverents **143**
R. Veski — Esimene üleliiduline konverents «Humiinained biosfääris, nende rahvamajanduslik tähtsus ja ökoloogiline tähendus» **144**

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS
K. Raamat — ÜRO Lapse Õiguste Konventsiooni aastapäeva tähistamine **145**
K. Raamat — III Eesti Lastekaitse Keskliidu kongress **145**

ARSTIDE SELTSIDES
A. Haavel — Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu koosolekud **148**
Pöördumine kogu maailma arstide ja hea tahtega inimeste poole **148**
A. Talihärm — Tšehhi ja Slovaki Liitvabariigi ja Eesti anestesioloogide ning reanimatoloogide seltsi koosolek **148**
R. Zupping — Eesti Anestesioloogide ja Reanimatoloogide Seltsi ning L. Puusepa nimelise Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi ühine koosolek **149**

MEIE JUUBILARE 149
Vello Laos, August Põkk, Ilo Käbin, Maie-Ly Haavel, Ehaleid Liivola, Mall Sepp, Endel Türi, Raivo Kolle, Rein Suija, Vello Nisu, Enn Kanter

JURIIDILIST NÕUANNET
M. Pella — Emade sotsiaalne kaitse **152**

TARTU ÜLIKOOLIS 154

IN MEMORIAM 158
Rein Põllumaa, Ilmar-Vello Novek
Eesti teadlaste publikatsioone välismaal **159**
Eesti teadlaste lõpetatud uurimusi **159**

2
Tartu Ülikooli
RAAMATUKOGU
210904

AUTOREILE

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

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

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

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

«Eesti Arst»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 15 rbl., poolaastaks 7 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja elukohajärgsed sidekontorid.
Välismaale saab ajakirja «Eesti Arst» tellida «Ajakirjanduslevi» kaudu, kusjuures «Ajakirjanduslevi» lisab kataloogihinnale saatekulud (vt. «Eesti Arst», 1990, nr. 5, lk. 363)

Toimetuskolleegium

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

Korrektor ja tehniline toimetaja M. Liivak. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19. Piiskopi 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika». Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 15. 02. 1991. Trükkimisele antud 27. 03. 1991. Trükiarv 3000. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 8,33. Tell. nr. 752. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.
Журнал «Ээсти Арст» (Врач Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языке. Орган Министерства здравоохранения Эстонии и Союза врачей Эстонии. Издательство «Периодика», Таллинн. Тираж 3000. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист 6,5. Уч.-изд. лист. 8,33. Заказ № 752. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Таллинн, Пярну маантеэ, 67-а.

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

Eesti Arst, 1991, 2, 83—86

TEOORIA JA PRAKTIKA

UDK 616.33-002.44-036.8(485)

Maohaavandtõbi Göteborgi elanikel

Ivi-Mai Schöön · Göteborg

maohaavandtõbi, gastroskoopia, esinemissagedus, eakad

Viimastel aastakümnetel on kirurgilise ja haiglaravi vajadus maohaavandtõve juhtudel märgatavalt vähenenud (4, 6, 9, 10, 21, 22). Samal ajal aga on sagenenud tüsistused, eriti eakamate naiste hulgas (12). Maohaavandtõppe on haigestunud üha rohkem vanemaealisi (4, 16, 18).

Käesoleva töö eesmärk oli uurida maohaavandtõve esinemissagedust ja vanuselist jaotumust Göteborgis 1985. aasta andmetel.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Andmed maohaavandtõve ja selle tüsistuste kohta saadi kõikidest Göteborgi endoskoopia- ja röntgenoloogiaosakondadest ning kirurgiaosakondadest seal tehtud operatsioonide alusel. Haiguslugude põhjal registreeriti varem diagnoositud maohaavandid ja varem tehtud operatsioonid.

Uurimistulemused ja arutelu. 1985. aastal leiti Göteborgis 1137 haige kohta (n=360 042) 1402 aktiivset maohaavandit (vt. tabel 1). Haavandite esinemissagedus suurenes vastavalt vanuse suurenemisele (vt. joonis 1). Nii olid 54% haavandtõve all kannatavatest meestest ja 60% naistest 60-aastased või vanemad. Samasugune tendents oli ka esmakordselt diagnoositud maohaavandite osas (vt. joonis 2). Mees- ja naishaigete suhe oli 1:1 (40. . .50 aasta vanused). Esmakordselt diagnoositud haavandite topograafiline jaotumine kaksteistsõrmiku, mao ja prepüloorsesse mao piirkonda (kuni 3 cm püloorusest proksimaalsemal) ei ole sõltuvuses haigete vanuselisest ega soolisest jaotumusest (vt. joonised 3, 4, 5).

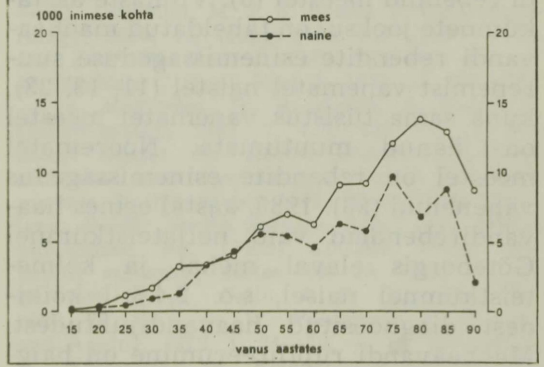
Üheteistkümnel haigel esinesid mao- ja kaksteistsõrmikuhaavand üheaegselt. Aastas diagnoositi 27 haavandirebendit (2,4% kõikidest diagnoositud haavandtõve juhtudest), kõiki neid haigeid

Tabel 1. Maohaavandite diagnoosimine Göteborgis 1985. aastal

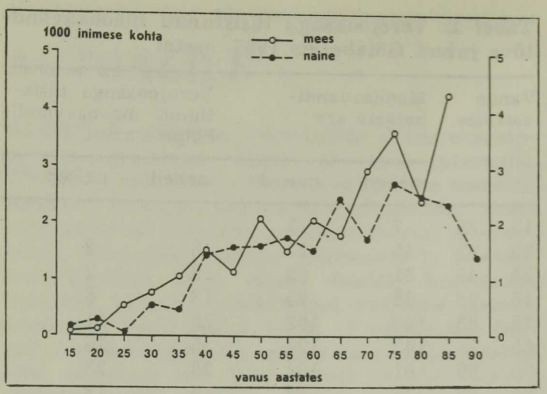
Diagnoosimismeetod	Haavandite arv	Haigete arv
Gastroskoopia	1121	876
Operatsioon	64	64
Mao röntgenuuring	217	197
Kokku	1402	1137

Tabel 2. Verejooksuga tüsistunud maohaavandtõve juhud Göteborgis 1985. aastal

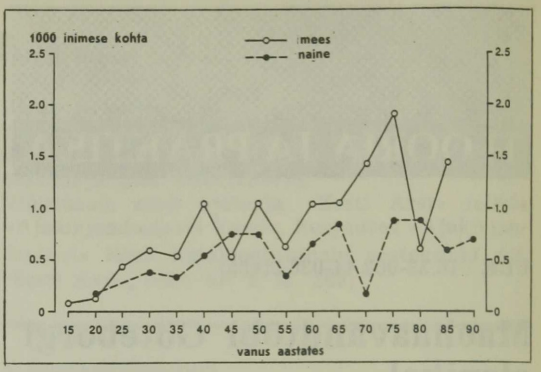
Vanus aastates	Maohaavandihaigete arv		Verejooksuga tüsistunud maohaavandihaigete arv	
	mehed	naised	mehed	naised
15. . .25	7	7		
25. . .35	45	17	8	2
35. . .45	81	53	13	2
45. . .55	95	85	13	8
55. . .65	130	102	26	11
65. . .75	142	124	35	26
75. . .85	101	104	38	23
85. . .95	15	27	5	12
⩾95	1	1		



Joonis 1. Aktiivsed haavandid 1000 inimese kohta (747 meest ja 655 naist).



Joonis 2. Esmakordselt diagnoositud haavandid 1000 inimese kohta (227 meest ja 227 naist).



Joonis 3. Esmakordselt diagnoositud kaksteistsõrmikuhaavand 1000 inimese kohta (122 meest ja 81 naist).

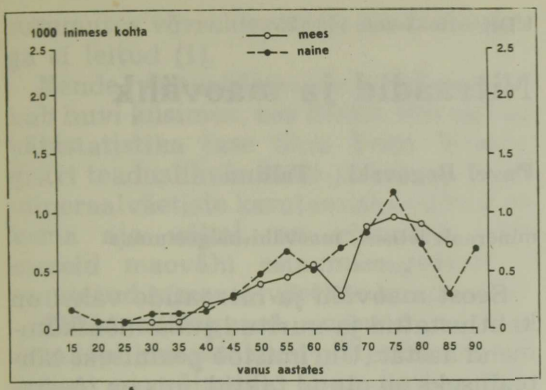
opereeriti. Retsidiivhaavandeid esines 97 mehel ja 62 naisel. Neist 61-l oli tehtud maoresektsioon, 98-l vagotoomia, enamasti proksimaalne vagotoomia.

Täheldati ka nõrgemaid verejookse, mille peatamiseks vereülekannet teha vaja ei olnud. Verejooksuga tüsistunud haavand oli eriti tihti vanematel meestel (vt. tabel 2), neid oli kokku 222 (20% kõikidest diagnoositud haavandtõve juhtudest).

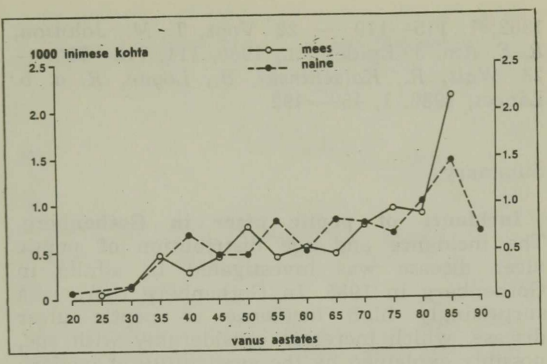
Epidemioloogiliste uuringutega on kindlaks tehtud aegade jooksul toimunud suured muutused maohaavandite esinemissageduses. XIX sajandi viimasel poolel oli ruptureerunud maohaavand tavaline surma põhjus noortel naistel (21). XX sajandi esimesel poolel olid ülekaalus kaksteistsõrmikuhaavandi rebendid meestel (5). Viimaste aastakümnete jooksul on täheldatud maohaavandi rebendite esinemissageduse suurenemist vanematel naistel (11, 13, 23), kuna sama tüsistus vanematel meestel on jäänud muutumata. Noorematel meestel on rebendite esinemissagedus vähenenud (23). 1985. aastal esines haavandirebendeid vaid neljateistkümnel Göteborgis elaval mehel ja kolmeteistkümnel naisel, s.o. 2,4%-l kõikidest diagnoositud haavandijuhtudest. Maohaavandi ruptureerumine on haiglaravi absoluutne näidustus.

Diagnoosimeetodid on viimaste aastakümnete jooksul muutunud. Seetõttu ei ole võimalik võrrelda meie uurimismaterjali O. Bonnevie tehtud maohaavandite epidemioloogiaalase uuringuga Kopenhaagenis (1, 2), kui diagnoos pandi mao röntgenuuringu ja haiglaravi alusel. Meie uurisime 925 patsienti ambulatoorselt ja diagnoosisime 1402 maohaavandist 1121 gastroskoobiga. Gastroskoopilise sõeluuringu 358 soomlasel tegid ka T. Ihamäki (7) ning T. Kiaer (8), K. P. Permutt ja J. P. Cello (16), uurides vanemaealisi haiglaravil viibivaid haigeid.

XX sajandi algul täheldatud haigete east ja soost sõltuvad muutused haavandtõppe haigestumises on põhjustatud ühiskonnas levivatest kiiretest sotsiaalsetest muutustest (20). Samuti võis see olla sõltuv sündimuse muutustest (19). Mitmed autorid leidsid vanusest sõltuva maohaavandite esinemissageduse suurenemise. Aastail 1941. . .1947 olid 1800 maohaavandihaigest New Yorgis 22% üle 69 aasta vanused (18). J. D. Elashoff ja M. I. Grossman konstateerisid, et aastail 1970. . .1978 oli kaksteistsõrmikuhaavandiga haigetest 36% vanemad kui 60 aastat (4). 1985. aastal leidsime Göteborgi elanikel esmakordselt diagnoositud maohaavandeist 106 (48%) 60-aastastel või vanematel meestel ja 129 (57%) 60-aastastel või vanematel naistel. Kui ka korduvalt tekkinud haavandid kaasa arvata, esines meestel (60 a.) 403 (54%) ja naistel (60 a.) 393 (60%) haigusjuhtu. Nii suurt



Joonis 4. Esmakordselt diagnoositud maohaavandid 1000 inimese kohta (46 meest ja 71 naist).



Joonis 5. Esmakordselt diagnoositud prepüloorsed haavandid 1000 inimese kohta (64 meest ja 80 naist).

maohaavandite esinemissagedust ei ole varem kusagil veel registreeritud. Võib oletada, et esmakordselt diagnoositud maohaavandi esinemissagedus vanematel naistel on ebatavaliselt suur seepärast, et 5,7% Göteborgis elavatest aastail 1901. . .1907 sündinud meestest on maohaavandi tõttu opereeritud ja et suur osa mehi on juba varem maohaavandtõbe põdenud (14).

Vanemaealistel maohaavandihaigetel diagnoositakse haigust tihti seoses mingi tüsistusega, näiteks verejooksuga. Nii oli meie uurimismaterjali põhjal 222 väiksemat või suuremat verejooksujuhtu. Seega esines verejooksu 20%-l kõikidest maohaavandi juhtudest. Rebendit esines seevastu 27 haigel, s. t. 2,4%-l kõikidest haavandtõve juhtudest. Lähtudes meie peamiselt gastroskoopilise uuringu andmetel põhinevast andmestikust, võime konstateerida järgmist.

1. 1985. aastal oli maohaavandi esinemissagedus Göteborgi elanikel suhteliselt suur.

2. Vanemaealistel meestel ja naistel on maohaavandi esinemissagedus küllalt suur: esmakordselt diagnoositud haavandtõve juhte oli 75-aastastel 35-aastastega võrreldes kaks korda enam.

3. Meeste ja naiste suhe maohaavandi esinemises oli 40. . .50-aastastel 1:1.

Need leiud põhinevad praegusel demograafilisel olukorral Göteborgis, kuid nendes peegelduvad ka võimalused ja harjumused arstiabi saamiseks, arstide eesmärk ja võimalused diagnoosi objektiivseks panemiseks, aga ka võimalused kõikidel kodanikel tänapäevase ravi saamiseks.

KIRJANDUS: 1. *Bonnevie, O.* Scand. J. Gastroenterol., 1975, 10, 231—239. — 2. *Bonnevie, O.* Scand. J. Gastroenterol., 1975, 10, 385—393. — 3. *Colin-Jones, D. G.* Postgrad Med. J., 1975, 51 (suppl.), 5, 41—45. — 4. *Elashoff, J. D., Grossmann, M. I.* Gastroenterology, 1980, 78, 280—285. — 5. *Fry, J.* Br. Med. J. 1964, 2, 809—812. — 6. *Gustavsson, S., Kelly, K. A., Melton, L. J. a.o.* Gastroenterology, 1988, 94, 688—694. — 7. *Ihamäki, T., Varis, K., Siurala, M.* Scand. J. Gastroenterol., 1979, 14, 801—812. — 8. *Kiaer, T., Roin J., Dahl-Niclassen, S., a.o.* Scand. J. Gastroeterol., 1985, 20, 1157—1162. — 9. *Kurata, J. H., Elashoff, J. D., Haile B. M. a.o.* AJPH, 1983, 73, 1066—1072. — 10. *Kurata, J. H., Honda, G. D., Frankl, H.* Gastroenterology, 1982, 83, 1008—1016. — 11. *Langman, M. J. S.* Scand. J. Gastroenterology, 1980, 15, (suppl.), 63, 149—156. — 12. *Lee, S. P.* Br. Med. J., 1982, 285, 853—854. — 13. *MacKay, C.* Scott. Med. J., 1977, 22, 287—289. — 14. *Mellström, D., Rundgren, Å.* Scand. J. Gastroenterol., 1982, 7, 433—439. — 15. National Center for Health Statistics. Current estimates from the national health interview aurvey: United States 1979. Hyattsville, Maryland: Public Health Service, April 1981. DHHS publication No. (PHS) 81-1564. (Vital and health statistics; series 10. № 136.) — 16. *Permutt, R. P., Cello, J. P.* Dig. Dis. Sci., 1982, 27, 1—6. — 17. *Pulvertaft, C. N.* Age and Ageing, 1972, 1, 24—29. — 18. *Rafsky, H. A., Weingarten, M., Krieger, Ch.* JAMA, 1948, 136, 739—742. — 19. *Sonnenberg, A.* Scand. J. Gastroenterol., 1985, 20, (suppl.), 110, 11—24. — 20. *Susser, M.* J. Chron. Dis., 1967, 20, 435—456. — 21. *Susser, M., Stein, Z.* Lancet,

1962, 1, 115—119. — 22. *Vogt, T. M., Johnson, R. E.* Am. J. Epidemiol., 1980, 111, 713—720. — 23. *Walt, R., Katschinski, B., Logan, R. a. o.* Lancet, 1986, 1, 489—492.

Summary

Incidence of peptic ulcer in Gothenberg. The incidence and age distribution of peptic ulcer disease was investigated in adults in Gothenberg in 1985. In Gothenberg there is a surprisingly high incidence of peptic ulcer disease, which increases considerably with age, possibly explained by the availability of modern diagnostic techniques as 1121 (80%) of ulcer cases had been diagnosed gastroscopically. In comparison with earlier studies no difference could be noted in the ulcer incidence between men and women aged 40—50.

Резюме

Частота выявления пептической язвы в Гетеборге. Исследовали частоту выявления и возрастное распределение больных пептической язвой в Гетеборге в 1985 г. Установлена относительно высокая частота пептическской язвы, увеличивающаяся с возрастом. Как и при предыдущих исследованиях, не обнаружили зависимости от пола в возрасте 40. . .50 лет.

Göteborgi Ülikooli
Kirurgiakliinik

Ivi-Mai Schöön (neiuna Freivald) on sündinud 17. jaanuaril 1931 Tartus. 1944. aastal lõpetas ta Tallinna Õpetajate Seminari Algkooli, 1952. aastal gümnaasiumi Rootsis Skaras. Aastail 1952. . .1959 õppis I.-M. Schöön Göteborgi Ülikoolis arstiteadust, 1959. aastal lõpetas ta selle meditsiinilitsentsiaadi eksamiga. 1980. aastal kaitses väitekirja «The effects of antral distension on gastric acid secretion and on the release of gastrointestinal hormones in man». Omandas dotsentuuri üldkirurgia alal 1981. aastal Göteborgi Ülikooli arstiteaduskonna juures. 1959. aastast alates on töötanud Rootsis arstina, praegune töökoht on Göteborgi Kirurgiakliinik.

Eesti Arst, 1991, 2, 86—88

UDK 616.33-006:546.175

Nitraadid ja maovähk

Pavel Bogovski · Tallinn

mineraalväetised, maovähi-haigestumus

Seost maovähi ja nitraatide vahel on kahtlustatud ja uuritud juba mõnikümmend aastat. Uurimistöö peamiseks lähtealuseks on olnud faktid, mis on tõestanud, et nitraat võib inimese suuõõnes ja maos taanduda nitritiks peamiselt nitraadireduktaasi produtseerivate mikroobide mõjul. Nitritist ja amiinidest või amiididest moodustub aga teatavatel tingimustel kergesti kantserogeenseid nitrosoühendeid. Viimased põhjustavad katseloomadel pahaloomulisi kasvajaid ja on rahvusvaheliste ekspertide hinnangute kohaselt ka inimesel mitme vähipaikme tõenäoliseks põhjuseks.

Epidemioloogilised uuringud on andnud vastukäivaid tulemusi. Võttes kokku andmed maovähi esinemissageduse kohta 12 riigis ja toetudes paljude loomkatsete järeldustele, leiab S. Mirvish, et nitraatide sattumine organismi suurtes annustes on seostatav maovähi suurema esinemissagedusega (6). Sarnast arvamust jagavad ka P. Hartman (5) ja mõned teised autorid. Vastupidi, D. Forman ja kaasautorid ning R. Fraser (4) leiavad, et ei ole saadud kindlaid andmeid maovähi ja nitraatide vahelise seose kohta inimestel. D. Formani ja kaasautorite uurimus näitas, et väiksema maovähi-suremusega Suurbritannia regioonides on inimese süljes rohkem nitraati kui suure maovähisuremusega piirkondades (2). Sülje nitraadisisaldus peegeldab vee ja köögiviljadega organismi sattuva nitraadi hulka. See erinevus oli oluline ka mitme kõrvalteguri, nagu eluea, sotsiaalse seisundi, suitsetamise ja muu arvessevõtmisel. S. Al-Dabbagh ja kaasautorid uurisid surma põhjusi mineraalväetisi tootva ettevõtte tööliste kohordis, kuid erinevusi maovähi-

suremuses võrreldes ülejäänud elanikega ei leitud (1).

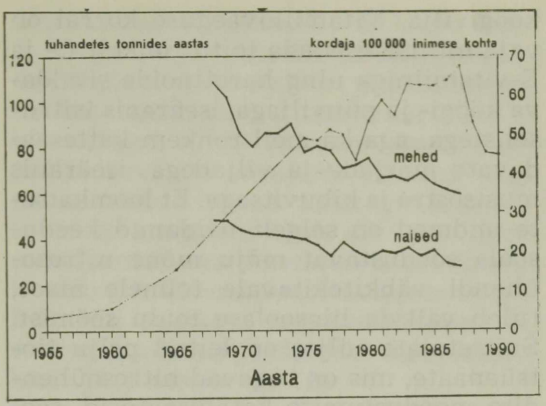
Nende vasturääkivuste valguses pakub huvi küsimus, kas Eestis, kus on hea vähistatistika tase tänu Eesti Vähiregistri teaduslikule tööle ja kus on teada mineraalväetiste kasutamise andmed pikema aja vältel, on võimalik leida seoseid maovähi esinemissageduse ja kasutatud mineraalväetiste hulga vahel.

Ehkki niisugused andmed ei luba teha lõplikke järeldusi põhjuslike seoste kohta, on võimalik anda ligikaudseid hinnanguid. Andmed Eesti kohta on esitatud käesolevas kirjutises tabeli ning joonisena, mis mõlemad annavad küllaldase ülevaate mineraalväetiste kasutamise ja maovähi esinemissageduse seose kohta Eestis.

Selgub, et mineraalväetiste kasutamise ja maovähi-haigestumise vahel Eestis positiivset korrelatsiooni ei ole. Pigem

Tabel. Mineraalväetiste (väljendatud lämmastikuna) kasutamine ja maovähi-haigestumus Eestis

Aasta	Mineraalväetised tuhandetes tonnides	Maovähi-haigestumuse kordaja 100 000 inimese kohta	
		mehed	naised
1955	5,8	—	—
1960	9,7	—	—
1965	26,7	—	—
1966	—	—	—
1967	—	—	—
1968	—	63,5	28,1
1969	—	59,7	28,0
1970	56,6	50,4	25,7
1971	—	47,0	24,6
1972	—	50,3	24,7
1973	—	50,3	24,2
1974	—	52,7	23,8
1975	84,0	45,5	23,2
1976	82,9	47,0	21,5
1977	87,8	45,8	18,9
1978	85,5	41,3	22,4
1979	74,3	42,1	19,9
1980	91,3	43,8	18,4
1981	100,7	38,8	20,1
1982	94,0	39,2	19,4
1983	107,9	37,9	20,9
1984	107,1	40,0	18,8
1985	107,0	37,1	20,2
1986	109,2	35,7	16,9
1987	115,6	34,4	16,1
1988	90,9	—	—
1989	77,4	—	—
1990	76,3	—	—



Joonis. Mineraalväetiste (väljendatud lämmastikuna) kasutamine ja maovähi-haigestumus Eestis.

on tegemist negatiivse seosega. Andmete hindamisel on aga vaja arvesse võtta, et haigestumine maovähki võib ilmneda aastakümneid pärast kantserogeense teguri toimet. Peiteaja pikkus maovähi puhul ei ole teada, kindlasti on see individuaalselt erinev. Mõned epidemioloogilised uuringud on osutanud lapsepõlves toiminud kantserogeensete tegurite tähtsusele.

Jooniselt nähtub, et mineraalväetiste kasutamine on tunduvalt suurenenud alates 1965. aastast, 20 aastat hiljem jätkus aga juba varem alanud maovähi esinemissageduse vähenemine, mis osutab ilmselt seose puudumisele. Kui veel pikema ajavahemiku järel, näiteks sajandi lõpuks, peaks maovähi-haigestumuse kõver lamenema või näitama tõusutendentsi, võib hakata kahtlustama maovähi põhjuslikku seost nitraatidega. Lõplikku tõestust ei ole aga ka sel juhul, sest mõju avaldavad paljud kõrvaltegurid, mida sellise kõrvutamise puhul pole arvesse võetud. Ainult haiguslähtene epidemioloogiline uuring (*case-control study*), mis küllaldase arvu haigete ja tervete küsitluste põhjal tehakse, võiks anda täpsema vastuse. Sel puhul oleks aga algmaterjali korrektsus küsitav, sest inimesed ei mäleta ega tea enamikul juhtudel, kui suure nitraadisisaldusega toitu või joogivett nad on tarvitanud.

Igal juhul ei soovitata lastele anda palju nitraate sisaldavat vett ja

köögivilja. Vitamiinivaeguse korral on vaja mitmekesistada toitu rohkelt C- ja E-vitamiiniga ning karotinoide sisaldava köögi- ja puuviljaga, iseäranis tsitruselistega, aga ka meil rohkem kättesaadavate marjade ja viljadega, iseäranis mustsõstra ja kibuvitsaga. Et loomkatsete andmed on selgelt näidanud keedusoola soodustavat mõju mõne nitrosoühendi vähkitekitavale toimele maos, tuleb vältida liigsoolase toidu söömist. Suitsetajate süljes on leitud palju tiotsüanaate, mis on tugevad nitrosoühendite moodustumise katalüsaatorid, seetõttu on ka suitsetamisest loobumine põhjendatud. Lõpuks on vaja ära hoida või ravida suuõõne ja mao limaskesta põletikke, sest põletikuga kaasnevad mikroobid hõlbustavad nitraatide muutumist nitrititeks ja edasi kantserogeenseiks nitrosoühendeiks. Kui suudame saavutada edu nende profülaktikameetmete rakendamisel, võib maovähihaigestumuse kõver jääda madalseisu ka sel juhul, kui mineraalväetiste kasutamine ei peaks aastakümnete jooksul vähenema.

Lõpuks tänan Eesti Maaviljeluse ja Maaparanduse Instituudi teadurit Leonhard Kevvaid mineraalväetiste kasutamise kohta käivate arvude andmise eest ning Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi juhtivteadurit, Eesti Vähiregistri juhendajat Mati Rahu, kes registri andmeid kasutades valmistas arvutil esitatud arvjoonise.

KIRJANDUS: 1. *Al-Dabbagh, S., Forman, D., Bryson, D. a.o.* Br. J. Ind. Med., 1986, 43, 507—515. — 2. *Forman, D., Al-Dabbagh, S., Doll, R.* Nature, 1985, 313, 6004, 620—625. — 3. *Forman, D.*, J. Cancer Res. Clin. Oncol., 1990, (Suppl.), V, 116, 1117. — 4. *Fraser, P.* In: Interpretation of Negative Epidemiological Evidence for Carcinogenicity. IARC Sci. Publ. No 65. IARC., Lyon, 1985, 183—194. — 5. *Hartman, Ph. E.* Environ. Mutagen., 1983, 5, 111—121. — 6. *Mirvish, S. S.* J. Natl. Cancer Inst., 1983, 71, 629—647.

Summary

Nitrates and stomach cancer. Stomach cancer mortality and morbidity has been studied in many countries in relation to mineral fertilizer usage. Although controversial opinions have been published, recent reviews indicate that dietary nitrate is unlikely to be involved in the etiology of stomach cancer. In spite of an increase in exposure through rising nitrate levels in drinking-water and possibly in vegetables, stomach cancer is declining steadily. Data from Estonia concerning the total use of mineral fertilizers (1950—1990) and stomach cancer incidence (1968—1987) demonstrate similar trends. Some recommendations on stomach cancer prevention are given.

Резюме

Нитраты и рак желудка. В нескольких странах изучалась связь смертности от рака желудка и заболеваемости с употреблением минеральных удобрений. Высказывалось много противоречивых мнений, однако последние обзоры показывают, что нитраты, поступающие с пищей, едва ли участвуют в этиологии рака желудка. Несмотря на увеличение экспозиции через повышение уровня нитратов в питьевой воде и, возможно, в овощах, частота рака желудка неуклонно снижается. Данные по Эстонии о всеобщем употреблении минеральных удобрений (1950. . .1990 гг.) и частоте рака желудка (1968. . .1987 гг.) свидетельствуют о таких же тенденциях. Даются некоторые рекомендации по предупреждению рака желудка.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Eesti Arst, 1991, 2, 89—90

UDK 616-006:612.017

Kasvajamarker CA 125

Aili Lilleorg · Tallinn

kasvajamarker CA 125, munasarjavähk

Antigeen CA 125 on suure molekulmassiga ($M>10^6$) liitvalk, mis ringleb veres ja koosneb vähemalt kahest glükoproteiidist (4). Monokloonsed antikehad antigeense determinandi CA 125 vastu saadi hiirte immuniseerimisel inimese munasarjakartsinoomi rakuliiniga OV CA 433 (2). Algselt peeti seda antigeeni spetsiifiliseks just munasarjakasvajatele, mille puhul markeri kontsentratsiooni suurenemist vereseerumis täheldati umbes 80%-l haigetest (7, 9). Ulatuslikum uurimine on aga näidanud, et CA 125-sisaldus vereseerumis võib olla suurenenud ka selliste günekoloogiliste haiguste puhul nagu fibromüoom ja endometrioos (10). CA 125 taseme tõusu on konstateeritud ka tervete inimeste amnionivedelikus, tupesekreedis ja bronhilimas (1, 11). CA 125 tase vereseerumis võib tõusta samuti esimestel rasedusnädalatel, seda seostatakse blastotsüsti sisestumisega emaka irdkesta. Teistkordne CA 125 taseme tõus ilmneb umbes tunni jooksul pärast sünnitust või aborti. Seda põhjustab CA 125 vabanemine emaka irdkesta rakkudest. Immunohistokeemilised uuringud on näidanud, et CA 125 paikneb nimelt irdkesta- ja amnionirakkudes (3, 8, 13). CA 125-sisalduse suurenemist on täheldatud ka menstruatsiooni ajal, kuid see ei ole ületanud normi piire, 0. . .35 U/ml (10).

Seega ei võimalda CA 125 kõrgenenud tase täpselt eristada hea- ja pahaloomulisi kasvajaid, kuid mitme autori tööd on kinnitanud, et CA 125 tase üle 65 U/ml (välja arvatud varajane rasedus, sünnitus, abort) viitab haigusprotsessidele ning antigeeni tase üle 190 U/ml pahaloomulistele kasvajatele (5). Samuti võib CA 125-sisalduse määramist (juhul, kui markeri kontsentratsioon on suurenenud) kasutada ravi tulemuslikkuse jälgimiseks (6, 12).

Uurimismaterjal ja -meetodid. Uuriti CA 125-sisaldust vereseerumis 23 tervel ja 103 haigel (munasarjavähk 12-l, kõhunäärmevähk 6-l, jämesoolevähk 22-l, munasarjatsüst 14-l, fibromüoom 21-l, pankreatiit 15-l, soole healoomulised kasvajad 13 haigel).

CA 125-sisalduse määramisel kasutati Sveitsi firma «Roche» monokloonsetel antikehadel põhinevaid immunoensüümikomplekte.

Uurimistulemused ja arutelu. Tervetel ei ületanud antigeeni CA 125 tase vereseerumis lubatud piirnormi ($\leqslant$35,0 U/ml). Vereseerumi CA 125-sisaldus oli suurenenud 75%-l munasarjavähihaigetest (vt. tabel). Seejuures ilmnesid suured kõikumised antigeenisisalduses (16,24. . .477,0 U/ml), mis võis olla tingitud mitmest asjaolust. Need oleksid järgmised: 1) kõik rakud ei tooda seda antigeeni; 2) tegemist võib olla nn. varjestusefektiga, mille puhul antigeeni determinandid on seotud teiste ühenditega (immuunkompleksid, immunoglobuliinid või muud plasmavalgud), mille tõttu nad ei ole monokloonsetele antikehadele kättesaadavad; 3) antigeen võib paikneda ainult kude-

Tabel. CA 125-sisaldus vereseerumis erinevate haiguste korral

Haigus	Haigete arv	Keskmine CA 125-sisaldus (U/ml)	CA 125 kõikumispiirid (U/ml)	Haigete arv, kellel CA 125>35,0 U/ml
Munasarjavähk	12	154,51±41,51	16,24. . .477,0	9
Kõhunäärmevähk	6	48,21±34,71	0. . .219,6	2
Jämesoolevähk	22	7,91± 2,46	0. . .44,58	1
Munasarjatsüst	14	3,56±1,04	0. . .13,57	0
Emakafibromüoom	21	40,98±20,74	0. . .369,8	3
Pankreatiit	15	6,39±3,87	0. . .48,2	2
Soole healoomulised kasvajad	13	10,08±5,29	0. . .70,94	1
Terved	23	5,09±1,78	0. . .27,32	0

des ja ta on määratav küll immunohistokeemiliselt, kuid vereringes teda ei esine. Seetõttu ei välista negatiivne tulemus veel antigeeni olemasolu ning seega ka pahaloomulist protsessi ennast.

Antigeenisisaldus oli mõõdukalt suurenenud ka hea- ja pahaloomuliste soolekasvajate korral, kuid antigeen CA 125 ei ole nendele kudedele iseloomulik.

Ühel kõhunäärmevähi juhul oli vereseerumi CA 125-sisaldus suur (219,6 U/ml). Tegemist oli väga raskelt haigega vähi IV staadiumis, kellel oli suurenenud ka teiste vähiga seonduvate antigeenide (CEA=34,42 ng/ml, CA 19-9>120 U/ml) kontsentratsioon vereseerumis.

Kuigi fibromüoom on healoomuline kasvaja, oli ka sel juhul CA 125 tase veres tõusnud. Selliste protsesside puhul on antigeen informatiivne näitaja ravi kulu jälgimisel.

Nagu kõik teised vähiga seonduvad seni tuntud markerid, nii pole ka CA 125 spetsiifiline marker, mille tõttu tema diagnostiline väärtus on tagasihoidlik. Seda antigeeni saab kasutada täiendava objektiivse näitajana munasarja ja emaka hea- ja pahaloomuliste protsesside avastamisel ning ravi tulemuste üle otsustamisel.

KIRJANDUS: 1. *Barbati, A., Anceschi, M. M., Broccucci, L. a.o.* Am. J. Obstet. Gynecol., 1990, 162, 266—268. — 2. *Bast, R. C., Feeney, M., Lazarus, H. a.o.* J. Clin. Invest., 1981, 68, 1331—1337. — 3. *Check, J. H., Nowroozi, K., Winkel, C. A. a.o.* Serum Obstetr. Gynecol., 1990, 75, 5, 742—745. — 4. *Davis, H. M., Zurawski, V. R., Bast, R. C. a.o.* Cancer Res., 1986, 46, 6143—6148. — 5. *Di-Xia, C., Schwartz, P. E., Xinguo, L. a.o.* Obstetr. Gynecol., 1988, 72, 1, 23—28. — 6. *Duk, J. M., Aalders, J. G., Fleuren, G. J. a.o.* Obstetr. Gynecol., 1989, 73, 4, 661—668. — 7. *Karlan, B. Y., Amin, W., Caspar, S. E. a.o.* Cancer Res., 1988, 48, 12, 3502—3506. — 8. *Kobayashi, F., Sagawa, N., Nakamura, K. a.o.* Am. J. Obstetr. Gynecol., 1989, 160, 3, 563—566. — 9. *Koelbl, H., Schieder, K., Neunteufel, W. a.o.* Neoplasma, 1989, 36, 4, 473—479. — 10. *Masahashi, T., Matsuzawa, K., Ohsawa, M. a.o.* Obstetr. Gynecol., 1988, 72, 3, 328—332. — 11. *Matsuoka, Y., Endo, K., Kawamura, Y. a.o.* Cancer, 1990, 65, 3, 506—510. — 12. *Moloney, M. O., Thornton, J. G., Cooper, E. H.* Obstetr. Gynecol., 1989, 73, 5, 767—770. — 13. *Nanbu, Y., Fujii, S., Konishi, I. a.o.* Am. J. Obstetr. Gynecol., 1989, 161, 462—467.

Summary

Tumour marker CA 125. Tumour associated antigen CA 125 was detected in patients with ovary, colon, pancreatic cancer and in patients with benign diseases of the pancreas, uterus, intestine. There was a control group of 23 healthy persons. Circulating levels of this antigen was elevated in 75% of patients with ovary cancer. The antigen proved less specific for other types of cancer. The CA 125 levels may prove useful in monitoring the cause of cancer treatment.

Резюме

Опухолеассоциированный антиген CA 125. В статье представлены данные об исследовании опухолеассоциированного антигена CA 125 с моноклональными антигенами у больных раком яичников, поджелудочной железы, толстой кишки, у больных панкреатитом и с доброкачественными прицессами в кишке и матке. Для контроля исследовали 23 здоровых лиц. Показано, что у больных раком яичников положительные реакции составляют 75%. Для других локализаций этот антиген не является столь информативным маркером. Рекомендуется использовать его при мониторинге добро- и злокачественных процессов в яичниках и матке.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Eesti Arst, 1991, 2, 91—93

UDK [613.62:613.84]:616-084

Tervisekahjustused tubakavabriku töölistel

Arvid Luts Naomi Loogna Arvi Sillam Saima Mae Marko Teichmann Karin Abner · Tallinn

allergia, krooniline bronhiit, krooniline nohu, kutsehaigused, psühholoogilised hälbed, tubakatolm, tubakavabriku tööhügieen

Tubakatolmu toimet hingamiselundeisse on uurinud paljud teadlased (12, 16, 18). Tubaka toime oleneb vastavalt sordile ja kvaliteedile tema keemilisest koostisest (7, 10). Tubakas leidub niklit 2. . .6 µg ja kaadmiumi 1,0. . .2,5 µg sigareti kohta, on kindlaks tehtud ka radioaktiivseid ühendeid (10). Kõige mürgisemaks aineks tubakalehtedes on nikotiin ($C_{10}H_{14}N_2$) — 1,1. . .2,5 mg sigareti kohta. Peale nikotiini leidub tubakas tubakakamprit ehk nikotianiini ($C_{23}H_{32}N_2O_3$), mis kaaliumleelises moodustab nikotiini (7, 10, 17). Nikotiin resorbeerub verre läbi suu limaskesta ja süljega läbi mao limaskesta, põhjustades kroonilist nikotiinimürgitust ka tubakavabriku töölistel (8, 10).

Tubaka ümbertöötlemisel satuvad tööruumide õhku paljud toksilised ained, nagu nikotiin, metüülpiiritus, püridiin, vingugaas, ammoniaak, äädikhape, formaldehüüd ehk metanaal, fenool ja eeterlikud õlid ning isegi pestitsiidid (2, 10). Tubakatolm on peendispersne ühend (LPV-3 mg/m^3), mis sisaldab lisaaineid (kvartsi pinnasest, pestitsiide) ja millel on toksilis-ärritav ning sensibiliseeriv mõju hingamisteede limaskestadele (1, 3, 4, 5, 12, 16) ja nahale (9, 11, 18).

Töö eesmärk oli komplekssselt uurida tubakavabriku «Leek» tervist kahjustavate teguritega (tubakatolmu, aromaatsete ühendite, müraga) kokkupuutuvate tööliste tervislikku seisundit ning rakendada kutsehaiguste ärahoidmise meetmeid.

Tubakatolmu kontsentratsioon tubakajaoskonnas töötamise ja seadmete puhastamise ajal ületas lubatud normatiivi (3 mg/m^3) kuni 30 korda (93 mg/m^3), mujal 2. . .6 korda. Müra tugevus ulatus 95 dB(A)-ni, keskmiselt oli see 90 dB(A).

Uurimismaterjal ja -meetodid. Meditsiiniliselt vaadati läbi 138 «Leegi» töötajat. 74,4%-l neist ulatus tööstaaž vabrikus 14 aastani. 47,8±4,2% olid suitsetajad: meestest oli suitsetajaid 76,4±7,2%, naistest 35,6±4,7%. Äärmiselt tolmuses õhus (kuni 85 mg/m^3) töötasid tubakasorteerijad, -kobestajad ja -lõikajad (23 inimest). Sigaretijaoskonnas ületas õhu tolmusus lubatud normatiivi kahe- kuni kuuekordselt, seal töötasid masinistid ja sigaretimasinate reguleerijad (85 inimest). Lukkseppi oli 16 ja insener-tehnilist personali 16 inimest.

Ülemiste hingamisteede limaskesta uurimiseks kasutati peale endoskoopiliste meetodite tavalise valgusega ka luminestsentsvalgustit ОИ-18, fluorestseiinipulbriga uuriti ninaõõne virveepiteeli transportfunktsiooni (13), uuriti ka ninalima tsütoloogiliselt (14). Kopsude funktsionaalset seisundit hinnati spirograafi ja pneumotahhomeetriga (15). Töölisi vaatasid läbi allergoloog ja dermatoloog. Tehti nahatestid oletatavate allergeenidega, vere- ja ninalimauuringud eosinofiilide suhtes ja vajaduse korral nina- ja inhalatsiooni-provokatsioonitestid Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi Kutsehaiguste Keskuses. Neuroloogid pöörasid erilist tähelepanu perifeerse vegetatiivse närvisüsteemi seisundi väljaselgitamisele. Psühholoog kasutas ambulatoorsetes tingimustes sobivaid kiirmeetodeid. Testkompleks võimaldas saada ülevaate neuropsühholoogilisest seisundist ning isiksuse omadustest, võimaldas teada saada töötajate suhtumist töösse ja töökohta. Kuulmist uuriti audiomeetriga MA-30 (Saksa DV) (6).

Uurimistulemused ja arutelu. Ülemiste hingamisteede patoloogilisi muutusi täheldati 15,9±3,1%-l juhtudest, sagedamini nina limaskesta kahjustusi 8,7±2,4%-l, neist allergilisi 4,3±1,7%-l ja troofilisi muutusi 4,3±1,7%-l juhtudest. Ülemiste hingamisteede limaskesta subatroofilisi, atroofilisi ja hüpertroofilisi muutusi esines kõige sagedamini lukkseppadel (37,5±12,1%), harvem tubaka- (13,0±7,01%) ja sigaretijaoskonna (10,3±3,3%) töölistel.

Limaskesta subatroofilised ja atroofilised muutused olid ülekaalus tubaka vastuvõtjatel-äraandjatel, kes tubakatolmu suurema kontsentratsiooniga olid kokku puutunud pikema aja vältel (keskmine tööstaaž tubakavabrikus 27,3

aastat). Nina limaskesta transportfunktsiooniaeg oli tunduvalt aeglustunud sigaretijaoskonna töölistel, eriti lukkseppadel. Ülitundlikkuse nähte allergilise rinopaatiana, samuti väliskuulmekäigu ekseemi täheldati 5,8±1,9%-l juhtudest. Seejuures torkas silma nende lühem tööstaaž (13,3 aastat) võrreldes töölistega, kellel olid ülemiste hingamisteede atroofia nähud (tööstaaž 27,3 aastat). Allergilise rinopaatia korral kaebasid haiged köha ning neil oli eosinofiilsete leukotsüütide arv veres suurenenud. Ülemiste hingamisteede limaskesta muutusi ei olnud võimalik seostada suitsetamisega.

Kroonilist bronhiiti diagnoositi 28,3± 3,8%-l töölistest. Töötamise ajal põdes kroonilist bronhiiti 23,9±3,6%, suitsetajaist 13,8±2,9%, mittesuitsetajaist 10,1±2,5%, kõige sagedamini tubakajaoskonna töötajad (34,8±9,9%), kõige vähem insener-tehniline personal (7,1± 6,4%) ($P<0,05$). Töötamise ajal tekkinud kroonilist bronhiiti viidetega allergiale (positiivsed nahatestid tubaka ja hallitusseentega, eosinofiilide arvu suurenemine veres ja ninalimas) esines kõige sagedamini lukkseppadel (18,8± 3,3%) ja tubakajaoskonna (17,4±3,3%) ning sigaretijaoskonna töölistel (14,1± 3,0%). Insener-tehnilistel töötajatel seda ei esinenud. Töötamise ajal tekkinud kroonilise bronhiidiga kaasnesid obstruktsiooninähud bronhides tubakajaoskonna töötajatest 26,1±3,7%-l, sigaretijaoskonna töötajatest 7,1±2,1%-l ja lukkseppadest 18,8±3,8%-l. Insener-tehnilisel personalil neid nähte ei olnud. 32,0±4,0%-l töötajaist olid hingamisfunktsiooni näitajad muutunud, kusjuures ventilatsioonihäired olid ülekaalukalt obstruktiivset laadi.

Skarifikatsioonitestid tubakatolmuga olid positiivsed 13,0±2,8%-l, peamiselt siis, kui oli kasutatud toortubakat või tubakaekstrakti. Intrakutaantest hallitusseente allergeenidega oli positiivne 18,1±3,2%-l. Allergia osutus enamikul juhtudel latentseks. Tubakasorteerijatest täheldati ühel allergilist dermatiiti, millele lisandus kõrgenenud tundlikkus formaldehüüdi suhtes. Dermatiiti-ekseemi diagnoositi 7,2±5,9%-l, jalgade dermatomükoosi ja onühhomükoosi 8,2%-l juhtudest.

Kuulmiskahjustusi diagnoositi 22,4± 3,5%-l töölistest, seejuures ülemäärasest tööstusmürast tingitut 13,8±2,9%-l.

Närvisüsteemihaigusi esines 17,4± 3,2%-l uurituist, sagedamini kroonilist nimme-ristluu radikuliiti (7,2±2,2%), seda peamiselt lukkseppadel (18,8± 9,7%). Vegetodüstooniat täheldati 5,8±1,9%-l, kuid kindlat seost töötingimustega ei esinenud.

Psühholoogilised uuringud näitasid, et tööliste neuropsühholoogiline staatus on suuresti seotud vanusega, koos vananemisega halvenevad tähelepanu, mälu ja sensomotoorika, suureneb aga tööga rahulolu.

Kutsehaiguste ärahoidmiseks tubakavabrikus «Leek» tuleb rakendada hügieenilis-tehnoloogilisi ja individuaalseid meditsiinilis-bioloogilisi abinõusid (17). Terapeudi ja otorinolarüngoloogi vastuvõtul, ka perioodilistel meditsiinilistel läbivaatustel tuleb pöörata rohkem tähelepanu allergia väljaselgitamisele tubakatolmu suhtes. Vajaduse korral saata haige allergoloogi konsultatsioonile ja määrata talle allergiavastane ravi. Väga vajalikud on õiged hingamisharjutused. Osa somaatiliste haigustega töölisi vajab psühhoterapeutilist abi. Rohkem tähelepanu tuleb pöörata dermatomükoosi profülaktikale. Lüscheri värvustest näitas vene keelt kõnelevas töötajate rühmas suuremat vitaalsust, aga ka emotsionaalset heitlikkust ehk kontrollimatut emotsionaalsust, mistõttu venekeelse töökollektiivi aktiivsusele tuleb leida õige väljund, mis suurendaks töö produktiivsust. Tööle võtmisel on vaja rangelt arvestada meditsiinilisi vastunäidustusi ja vajaduse korral õigeaegselt korraldada töö vastavalt tervishoiueeskirjadele.

KIRJANDUS: 1. *Dieroff, H.-G., Kup, W., Oeken F.-W. u.o.* Hals-, Nasen, Ohrenheilkunde und Arbeitsmedizin. Berlin, 1979. — 2. *Kerner, A. von Marilaun.* Pflanzenleben. 2-neub. Aufl. B. 1. Leipzig — Wien, 1896. — 3. *Krukover, I. M.* Vestn. Rino-i. pr. iatria. 1927, 3/4, 341, ref.

Zbl. Hals-, Nas. u Ohrenheilk. 11,11. — 4. *Lander, F.* Ugeskr. Laeger, 1986, 30, 148, 27, 1967, 700. — 5. *Lehrer, S. B., Gilbert, J. L., Wagner, R. S.* Am. Rew. Resp. Dis., 1980, 121, 1, 168—170. — 6. *Luts, A.* Mürast tingitud professionaalse nürikuulmisega haigete kuulmise uurimise kriteeriumid ja töövõime ekspertiis. Metoodiline juhend arstidele. Tallinn, 1984. — 7. Meyers Großes Konversations Lexikon. 6, gänz neubearb. u. vermehrte Aufl. B 10. Leipzig — Wien, 1905. — 8. *Oesterlen, Fr.* Handbuch der Heilmittellehre. 2-e, umgearb. Aufl. Guttenberg'schen Buchdruckerei in Stuttgart, 1847. — 9. *Peceguiro, M.* Contact Dermatit., 1987, 17, 1, 50—50. — 10. *Raudsepp, J.* Tubakakatk. Tln., 1982. — 11. *Schwarz, L., Tulipan, L., Birmingham, D.* Occupational diseases of the skin. Philadelphia, 1957, 981, 630—635.

12. *Вольфкович М. И.* В кн.: Многотомное руководство по оториноларингологии. Т. IV. М., 1963, 449—472. — 13. *Лутс А. Э.* Профессиональная патология ЛОР-органов у рабочих сланцевой промышленности и меры профилактики. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Л., 1983. — 14. *Панкова В. Б., Остапкович Е. В.* Клинико-эпидемиологические методы исследования ЛОР-органов у промышленных рабочих. Методические рекомендации. М., 1984, 15. *Подорожный П. Т., Футорянский Я. И.* Тер. арх. 1971, 2, 91—93. — 16. *Саакадзе В. П., Степанов С. А.* Профессиональная бронхиальная астма. Саратов, 1989. — 17. *Спринган Г. К., Рудь Г. Г.* БМЭ. Т. 24. 1985, 441—442. — 18. *Тулебаев Р. К., Антоньев А. А., Сосонкин И. Е.* Вестн. дерматол. венерол., 1975, 7, 63—66.

Summary

Health damage in tobacco workers. A medical examination was carried out of 138 workers of the «Leek» Tobacco Plant, where the concentration of tobacco dust in the air was found to equal to 85-93 mg/m^3. Pathologic changes in the upper airways were discovered in 15.9±3.1% of the cases, including atrophic and hypertrophic alterations in the nasal mucoca in 4.8±1.7% of the patients, and allergic changes in 4.3±1.7%. Deterioration of the pulmonary function was present in 32.0±4.0% of the cases. Chronic bronchitis was diagnosed in 28,3±3,8% of the cases, of whom in 29.9±3.6% the onset of the disease was concurrent with the person starting work at the plant. Allergological skin tests for tobacco dust were positive in 13.0±2.8% of the cases, for mould fungus on 18.1±3.2%. Dermatomycosis occurred in 8.0±2.3%, dermatitis and eczema in 7.2±5.9%, vegetodystonia in 5.8±1.9% of the cases. Impairment of hearing up to loss of hearing due to industrial noise was diagnosed in 13.8±2.9% of the people examined. The neuropsychological status proved to be in correlation with the age. To prevent occupational damage more attention should be given to the early detection of allergy for tobacco dust.

Резюме

О нарушениях здоровья у рабочих табачной фабрики «Леэк». Осмотрены 138 рабочих табачной фабрики «Леэк», где запыленность рабочих помещений табачной пылью достигла 85. . .95 мг/м^3. У 15,9±3,1% чел. выявлены патологические изменения верхних дыхательных путей, в том числе атрофические и гипертрофические изменения слизистой оболочки носа у 4,3±1,7% и аллергические — у 4,3±1,7%. Транспортная функция мерцательного эпителия была нарушена более всего у рабочих сигаретного участка Хронический бронхит выявлен в 28,3±3,8% случаев, из них во время работы на табачной фабрике возникло 23,9±3,6%. Кожные тесты с табачной пылью были положительные у 13.0 ±2,8% чел., с аллергенами плесневых грибов — у 18,1±3,2%. Изменения дыхательных функций выявлены у 32,0±4,0% рабочих. Дерматомикозы диагностированы у 8,0±2,3% чел., дерматит или экзема — у 7,2±5,9% и вегетодистония у 5,8±1,9% чел., понижение остроты слуха обнаружено у 13,8±2,9% больных.

Нейропсихическое состояние существенно связано с возрастом, с повышением которого ухудшаются внимание, память и сенсомоторика, но растет удовлетворенность работой. Среди медико-биологических мероприятий в профилактике профессиональных нарушений следует уделять внимание выявлению латентной аллергии к табачной пыли.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Eesti Arst, 1991, 2, 94—96

UDK 616.89:340.6

Kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi diagnoosivigade ja eksperthinnangu vigade põhjusi

Sofia Oskolkova · Moskva

kohtupsühhiaatria, ekspertiis, diagnoosivead ja eksperthinnangu vead

Diagnostiline protsess kohtupsühhiaatrias vajab täiustamist seoses diagnoosivigade sageda esinemisega. Nende vigade tekkepõhjusi ei ole veel piisavalt uuritud (1, 2, 3, 7, 9, 14).

Käesolevas töös ongi põhitähelepanu pööratud kohtupsühhiaatrilisel ekspertiisil ette tulevate tüüpiliste vigade põhjuste analüüsile.

Analüüsiti V. Serbski nim. Üleliidulises Üld- ja Kohtupsühhiaatria Teadusliku Uurimise Instituudis 168 statsionaarsel kohtupsühhiaatrilisel ekspertiisil esinenud diagnostiliste ja eksperthinnangute lahknevuse juhtumit, mis olid tingitud esmasest ebaõigest ekspertiisiotsusest. Kõigil juhtudel tehti ühe ja sama kriminaalasja korral teine (ka korduv) kohtupsühhiaatriline ekspertiis.

74 juhul psühhopaatia ja 44 juhul peaaju orgaanilise haiguse ning selle jääknähtude diagnoos muudeti ümber skisofreenia diagnoosiks. 41 juhul asendati skisofreenia diagnoos residuaal-orgaanilise peaajukahjustuse diagnoosiga. Neljal juhul asendati psühhopaatia diagnoos residuaal-orgaanilise peaajukahjustuse või alkoholismi diagnoosiga. Viiel juhul ilmnes residuaal-orgaanilise peaajukahjustuse diagnoosimisel lahknevus eksperthinnangutes.

Materjali analüüsimisel on lähtutud J. Saarma ja L. Mehilase psühhiaatrilise sümptomatoloogia juhendist (19) ning A. Anufrijevi sündroomide ja seisundite glossaarist (6).

Kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi vigade põhjuste väljaselgitamisel arvestati: 1) esimese kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi haigusloos olevat psüühilise staatuse kirjeldust; 2) muud meditsiinidokumentatsiooni; 3) kriminaalasja materjali; 4) esimese kohtupsühhiaatrilise ekspetriisi otsuse argumentatsiooni; 5) korduva kliinilise jälgimise ja eksperimentaal-psühholoogiliste uuringute tulemuste analüüsi.

Diagnoosivigade põhjuste esinemissagedus on väljendatud protsentides uuritud juhtude üldarvu suhtes.

Käesolevas töös on vaadeldud diagnoosivigade ja eksperthinnangute vigade objektiivseid põhjusi.

Eelkõige äratasid tähelepanu haiguspildi atüüpilisus ja selle varjutatus. Sellistel juhtudel olid kliinilises pildis ülekaalus: 1) nosoloogiliselt neutraalsed psühhopaatiataolised tunnused; 2) kliinilise pildi ühed komponendid moonutasid teiste komponentide õiget tajumist ja klassifitseerimist.

Skisofreenia hilinenud diagnoosimisel esines uuritavatel üksikuid adekvaatseid emotsionaalseid reaktsioone üldise emotsionaalse diferentseerituse alanemise foonil: põhiliste käitumisaktide formaalset õigsust (ka psühhootilistes ja subpsühhootilistes seisundites), afektiivse fooni mittevastavust esitatavale produktiiv-psühhootilisele (ühtlasele või kõrgenenud) sümptomaatikale.

Õige järelduse tegemist võiksid mõjutada autohtoonsete ja psühhogeenselt provotseeritud depressiivsete seisundite omavaheline põimumine anamneesi põhjal, uuritava elamuste verbaliseerimise suutmatuse või soovimatuse sarnasus kaitsekäitumisega, subdepressiivsete seisundite sarnasus psühhopaatiataolise (ka düsfoorilise varjundiga) käitumisega.

Esmasel kohtupsühhiaatrilisel ekspertiisil etendasid diagnoosimises analoogilist osa kõrgenenud sundimatu kõneproduktsioon, suhtlemise süntoonsus, emotsionaalse alalhoidlikkuse imitatsioon; endogeense geneesiga «energeetilise potentsiaali alanemise» kokkulangevus asteeniliste kaebustega; olmeliste psühhogeenselt traumeerivate si-

tuatiivsete nüansside sarnasus nende luululise interpretatsiooniga.

Mõnikord soodustas skisofreenia hüpodiagnoosimist alkoholi või narkootikumide tarvitamise järgse efekti ülehindamine, võrreldes psühhopatoloogiliste seisunditega, mis eelnesid nende ainete tarvitamisele; suhtumisideede sarnasus väliste süüdistustendentsidega; paramiimiliste avalduste sarnasus miimilistega; üksikjuhtudel — rahuldav adaptatsioon seoses skisofreenilise defekti asteenilise tüübiga.

Mõnikord sarnanes skisofreeniline defekt oligoidse struktuuri korral varajase peaaju tserebraal-orgaanilise kahjustuse jääknähtude patoloogiliste avaldustega; subkatatoonilist sümptomaatikat tõlgendati düsplastilisusena ja eksogeense geneesiga motoorika iseärasusena; mõistele omapärase tähenduse andmist tõlgendati mõtlemise, assotsiatiivse protsessi aeglustumisena või intellektuaalse taseme langusena või alaarenguna.

Orgaanilise peaajukahjustuse jääknähtude juhtudel soodustasid skisofreenia hüperdiagnoosimist ärevus, enda suhtes tähelepanu kõrgenenud transitoorne tajumine, mis olid seotud ebakindluse, alanenud enesehinnangu või neuroositaolise fooniga. Harvem raskendasid seisundi õiget nosoloogilist kvalifitseerimist järgmised kaebused: 1) tühjustunne peas; 2) asteenilisest seisundist tingitud mõtlemisraskused; 3) väljendite «mõtted ei anna rahu, keerlevad peas» kasutamine, mis olid tingitud küll psühhogeensetest üleelamistest, kuid meenutasid mentismi.

Kliinilise pildi atüüpilisus on omakorda tingitud paljudest teguritest. Eelkõige tuleb mainida erinevate reaktiivsete ladestuste patoplastilist mõju erineva intensiivsusega psühhogeensestraumeerivas situatsioonis (26,8% juhtudest), samuti alkoholi ja narkootikumide tarvitamist (37,8% juhtudest). Kirjanduse andmeil on need ilmingud enam omased kuriteo sooritanud anomaalse psüühikaga isikutele kui psüühiliselt haigete üldkontingendile (4, 5, 8, 11, 12).

Arvestades uuritavate mikrosotsiaalset keskkonda, psühhopatisatsiooni, alkoholi tarvitamist, madalat kultuuritaset, varem esinenud peatraumasid, pidasime küllalt tüüpiliseks (25,2% juhtudest) residuaal-orgaanilise seisundi patoplastilise mõju võimalikku esinemist. F. Kondratjev juhib tähelepanu sellele, et statsionaarsele kohtupsühhiaatrilisele ekspertiisile suunatud isikutel esineb sageli asotsiaalse käitumise stereotüüp, mis väljendub argooväljendite kasutamises, küünilisuses, valelikkuses, üldiste eetika- ja moraalinormide eitamises (10). Selline käitumine on osale uuritavatest omane olnud ka enne haigestumist ja võib varjutada muutusi skisofreeniaprotsessis või kajastada keskkonna spetsiifilist mõju ühenduses konkreetse isiksuse struktuuriga.

Täheldasime eespool kirjeldatud käitumisvormi koos emotsionaalsete avalduste iseärasustega — isikutevaheliste suhete külmus, teiste isikutega seotuse, sõltuvuse eitamine — eri diferentsiaaldiagnostilises situatsioonis, jälgisime seda nii lõpliku skisofreenia diagnoosiga isikutel kui ka peaaju residuaal-orgaanilise kahjustuse tagajärjel psüühilise patoloogiaga isikutel (28,0% kõikidest juhtudest).

Meie andmetel oli uuritavate eluviis põhjuseks, miks nad neile määratud psühhotroopseid preparaate tarvitasid ebaregulaarselt ja valesti. Kahtlemata mõjutas see ka haiguspilti.

Endastmõistetavalt ei ole psühhopatoloogiliste häirete simulatsioon ega agravatsioon üld- ja kohtupsühhiaatrias kõrvutatavad.

Eespool toodud objektiivsetest põhjustest, mis tingisid kliinilise pildi atüüpilisuse ja väära kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi otsuse, võivad kohtupsühhiaatrias olla küllalt tähtsad uurimisaluse psüühilise seisundi ja sotsiaalse adaptatsiooni kohta käiva informatsiooni saamise iseärasused.

Nimelt ei saa psühhiaatrid kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi tegemisel tavaliselt andmeid otse tunnistajatelt,

sugulastelt ega uuritava tuttavatelt, vaid analüüsivad kriminaaltoimiku materjali, viies selle vastavusse kliinilise pildi jälgimise tulemustega. Et selle tagajärjel väheneb sihipärase informatsiooni saamise võimalus, siis suureneb kliinilise jälgimise tähtsus.

Toodud põhjustel tingib psüühikahäirete kvalifitseerimise keerukus kohtupsühhiaatrilises ekspertiisis sageli vigade tekkimist diagnostilistes ja eksperthinnangutes ning on seotud uuritava ja psühhiaatri vastastikuste suhete omapäraga. Enamik uuritavaid ootas psühhiaatrilt raviabi, lootis võimalikele muudatustele kohtupsühhiaatrilises ekspertiisis, 24% uuritavatest oli aga kohtupsühhiaatrilisele ekspertiisile suunamise vastu, suhtus halvustavalt seal tehtavatesse uuringutesse, see aga omakorda raskendas informatsiooni kogumist. Harva tuleb ette ka keeldumist parakliinilistest, sealhulgas ka eksperimentaalpsühholoogilistest uuringutest. Oluline on see, et eespool mainitud mõningate objektiivsete põhjuste kombineerimise tagajärjel esinesid diagnostilistes ja eksperthinnangutes vead. Nende vigade põhjuste teadmine aitaks kaasa kõikide psühhiaatrite töö kvaliteedi parandamisele.

KIRJANDUS: 1. *Heinz, G.* Fehlerquellen forensisch-psychiatrischer gutachten. Heidelberg, 1982. — 2. *Peters, K.* Fehlerquellen in Strafnerosen. Eine Untersuchung der Wiederaufnameverahren in der Bundersrepublic Deutschland. Band 3. Karlsruhe, 1974. — 3. *Rennels, G. D.* A computational model of reasoning from the clinical literature. Berlin, 1985. — 4. *Sigvardsson, S.* Alcohol abuse and criminality: A cross-fortering study of gene-environment interaction. Umea, 1982.

5. *Антонян Ю. М., Бородин Е. В.* Преступность и психические аномалии. М., 1987. — 6. *Ануфриев А. К. и др.* Глоссарий психопатологических синдромов и состояний. М., 1990. — 7. *Билибин А. Г. и др.* О клиническом мышлении (философско-деонтологический очерк). М., 1973. — 8. *Боброва И. Н., Мохонько А. Р.* В сб.: Актуальные вопросы наркологии. Душанбе, 1984, 106—108. — 9. *Димов А. С.* Автореф. дисс. канд. мед. наук. Казань, 1981. — 10. *Кондратьев Ф. В.* В. сб.: Вопросы клиники, патогенеза и терапии психических заболеваний. М., 1972, 59—62. — 11. *Лившиц С. М., Яворский В. А.* Социальные и клинические проблемы алкоголизма. Киев, 1975. — 12. *Морозов Г. В.* В сб.: Алкоголизм. М., 1983, 10—14. — 13. *Саарма Ю. М., Мехиланэ Л. С.* Психиатрическая симптоматология. Тарту, 1980. — 14. *Шапошников О. К. и др.* Ошибки в дерматологии Л., 1987.

Summary

Some factors causing errors in forensic psychiatric diagnosis. The paper presents the results of analysing 168 cases for objective causes of errors in forensic psychiatric practice. There was a striking number of atypical, vague clinical pictures, with predominating nosologically neutral sings. Special attention was given to sings of clinical and social diseases interfering with adequate perception and their equivalent symptoms in nosological classification.

Резюме

Некоторые причины диагностических и экспертных ошибок при судебно-психиатрической экспертизе. В статье приводятся данные анализа объективных причин 168 случаев диагностических и экспертных ошибок при судебно-психиатрической экспертизе. Автор обращает внимание на большую частоту атипичного течения заболеваний, в частности на стертость картины заболевания и преобладание нозологически нейтральных признаков. Рассмотрены клинические и социальные признаки, искажающие правильное восприятие и соответствующую квалификацию нозологически характерных психопатологических симптомов.

V. Serbski nimeline Üleliiduline
Üld- ja Kohtupsühhiaatria
Teadusliku Uurimise
Instituut

Eesti Arst, 1991, 2, 97—101

ÜLEVAATED

UDK 618.19-006:613.2(047)

Rinnavähk ja toitumine

Maret Purde · Tallinn

rinnavähk, toitumine, riskitegurid, protektorid

Vähiepidemioloogias on oluline koht rinnavähi ja toitumise vaheliste seoste uurimisel (31). Rinnavähi etioloogias on rohkem tunnustust leidnud hüpotees östrogeenide osast vähitekke promootorina (14, 24). Rinnavähki haigestumise sagenemine viitab seosele muutuvate elutingimustega, ka toitumisega. Üldlevinud hüpoteesi järgi kutsub kaloriterikas toit, eriti rohkesti loomset rasva ja valku sisaldav, esile haigestumuse suurenemise. Korrelatsioonuurimused (haigestumuse seos teatud toiduainete hulgaga) viitavad taolise seose võimalikkusele. Haigelähteste (*case-control*) uuringute alusel on jõutud järeldusele, et seos on pigem rinnavähki haigestumise ja üldise kaloriterikka toidu kui rasvarikka toidu tarbimise vahel (24). Ka on teada, et eskimod, kes söövad suure loomse rasva sisaldusega toitu, haigestuvad rinnavähki harva (19). Kaloriterikas toit kutsub tütarlastel esile varajase menarhe, seda aga peetakse oluliseks rinnavähi riski suurendavaks teguriks (14). Vanemas eas põhjustab rikkalik toitumine naistel liigset kehakaalu, mis menopausijärgses eas on seotud suurema rinnavähiriskiga. Mõlemal eluperioodil toimib toidufaktor endokriinsete mehhanismide kaudu (7, 24). Eeldatakse, et see faktor hakkab toimima juba lapse- ja noorukieas (24). Seisukohti nooruses alguse saava suure kehakaalu ja rohke rasva mõjust rinnavähi tekkele on tulnud korrigeerida.

Ülekaalulisus ja rinnavähk. Suure kehakaaluga seostatakse emakakeha-, pärasoole- ja rinnavähi teket (7). Rinnavähi ja ülekaalulisuse vaheliste seoste uurimisel on saadud vastuolulisi tulemusi. F. De Waard ja D. Trichopoulos arvavad, et ülekaalulisusega võib seletada enamikku rinnavähki haigestumise rahvusvahelisi erinevusi (24). Kuid enamiku haigelähteste uuringute ja kohortuurimuste põhjal on leitud vaid nõrka seost rinnavähi ja ülekaalulisuse vahel vanematel naistel, noortel on seos vastupidine (11, 12, 14, 28). Rootsis leiti 46 500 naise uurimisel, et alla 50-aastastel seostus Quetelet' indeks rinnavähi riskiga negatiivselt (21). Samade tulemusteni jõudis ka W. C. Willett kaasautoritega, uurinud 122 000 USA meditsiiniõde. Leiti, et suurema kehakaaluga noorematel naistel haigestumise risk vähenes. Seejuures ei olnud ülekaalulisus seoses östrogeenide eritumise muutumisega (28). Need kaalukad uurimused ei toeta hüpoteesi, mille kohaselt kaloriterikas toit kasvueas suurendab rinnavähi riski. Ka rasvarikas dieet ei osutunud riskiteguriks, kusjuures kõhnadel naistel oli alla 2 cm läbimõõduga kasvajaid kergem diagnoosida ja need osutusid kestval jälgimisel vähem agressiivseks (29). Küll aga leidsid samad autorid positiivse seose ülekaalulisuse ja rinnavähki haigestumise vahel juhul, kui emakas oli kirurgiliselt eemaldatud (29).

Iisraelis leiti, et 60-aastastel ja vanematel naistel vähendas kehakaalu langus rinnavähi riski 2. . .3 korda, noorematel aga vastupidi (11). Ka taimetoitlaste uurimisel selgus, et ülekaalulisus oli noortel naistel kaitsvaks teguriks (1). Taimetoidu söömisega seostus väiksem haigestumus «seitsmenda päeva adventistidel», neil oli vereseerumi östrogeenide kontsentratsioon väike. Seoseid kehakaalu, vereseerumi östrogeenisisalduse ja rinnavähi tekke vahel neil ei leitud (1). Havai saarte 10. . .14-

aastastel tütarlastel oli ülekaalulisus negatiivses seoses rinnavähi riskiga hilisema elu vältel. Risk oli kõige väiksem neil, kelle kehakaal ka täiskasvanuna oli normist suurem (12).

Loomsed rasvad toidus ja rinnavähk. Toiduainete ja rinnavähi esinemise vahekorra uurimine on alles algjärgus. Nüüdisaegsed tööd võivad parimal juhul kinnitada nõrga seose olemasolu loomsete rasvade kasutamise ning suurema kehakaalu ja rinnavähi tekke vahel naistel menopausijärgses eas. On küllalt raske vähktõve korral leida dieediga seonduvaid determinante. Loodetavasti annab sellele vastuse rahvastiku uurimine (31). Huvitatus küllastatud rasvhapete osast rinnavähi tekkes lähtub eeldusest, et nende oksüdatsioonil ja lipiidide peroksüdatsioonil võivad tekkida mitmed mutageenid ning kantserogeenid (13). Peab arvestama ka seda, et peamiselt loomsetes toiduainetes sisalduvatel küllastatud rasvhapetel on suur osa dieedis. Küllastatud ja küllastamata loomse ja taimse päritoluga rasvhappeid ei saa lihtsalt vastandada (19). Enamik loomse päritoluga rasvhappeid on suhteliselt küllastatud, välja arvatud kalarasvad. Neis leidub ka asendamatuid rasvhappeid. Mõnes taimse päritoluga rasvas on nende osa suur, mõnes neid ei leidu; ka võivad nad töötlemisel küllastuda (19). Rinnavähi riski vähendajateks on antioksüdantidena toimivad linoolhape ja arahhidoonhape ning nende derivaadid (19). Seega on toidurasvade kasutamisel oluline konkreetse toiduaine kvalitatiivne koostis.

Mitmel seni Läänes mittesoovitavaks peetud toiduainel (näiteks võil) võib rinnavähi tekkes olla ka kaitsev toime, eeskätt retinoidivaese dieedi korral. Prantsusmaal tehtud haigelähtese uuringu põhjal ei leitud seost või igapäevase kasutamise ja rinnavähi riski vahel. Nimelt sisaldab või küllastatud rasvhapete kõrval kõige enam retinoide: 3300 RÜ 100 g või kohta (100 RÜ piimas ja 1000 RÜ juustus) (9). Et retinoidid vähendavad rinnavähi riski, on tõenäoline, et nad pärsivad võis sisalduvate rasvhapete võimalikku riski tugevdavat toimet. Sama töö andmeil vähendas vähiriski igapäevane jogurdi, suurendas aga igapäevane juustu söömine (9). Vähem rasvaste piimatoodete, nagu jogurdi rinnavähivastast toimet seostasid autorid laktobatsillide pärssiva toimega soolebakterite ensüümidesse. Seega, enne kui soovitada dieeti muuta, tuleks dieedi komponente uurida põhjalikult epidemioloogiliselt.

Vereseerumi kolesterool ja rinnavähk. Rasva- ja valgurikka toidu korral ei ole kahtlustatud vereseerumi kolesteroolisisalduse korrelatsiooni rinnavähi tekkega (13). Kolesteroolil on mitmeid bioloogilisi ja ainevahetuslikke funktsioone inimese organismis, nende häired võivad mõjutada ka kantserogeneesi.

Seoses arvukate südame- ja veresoonkonnahaiguste esinemise populatsiooniuuringutega ning vereseerumi kolesteroolisisalduse määramisega on saadud andmeid ka vähktõve esinemissageduse kohta. Kahekümnest tööst leiti kolmeteistkümnes vastupidi ootustele negatiivne seos vähktõve ja suurema kolesterooli kontsentratsiooni vahel vereseerumis. Kuues töös mingit seost vähktõppe haigestumise ja kolesterooli kontsentratsiooni vahel ei leitud (13). Ühes eespool mainitud töös väideti: kui kolesterooli kontsentratsioon on suur, on suur ka rinnavähi risk, kuid andmed olid esitatud koondandmetena emaka-, munasarja- ja rinnavähi kohta. Vähijuhte oli 32 ja seose näitaja vaid statistilise tõenäosuse piiril (26). Framinghami töös, ühes esimestest kolesterooli taseme ja haigestumuse seose kohta tehtud rahvastiku uurimustest, ilmnes selge vähisuremuse suurenemine väikese kolesterooli kontsentratsiooni korral meestel. Naistel negatiivne seos vähktõvega puudus (20). Ida-Soome rahvastiku uurimisel rinnavähi ja vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni vahel seost ei leitud (17). Seost nende vahel ei leitud ka Rootsis. Seal osutus oluliseks seos rinnavähi ja β-lipoproteiini suurenenud kontsentratsiooni vahel (21).

USA-s suure kohordi uurimisel seost vereseerumi lipiidisisaldusega ei leitud, kui selles töös standardiseeriti andmed rinnavähi põhilise üheksa riskiteguriga (6). Viimane andis autoritele põhjust arvata, et rinnavähi tekke ja rasvasisalduse seosed ei toimi vere lipiidide kaudu. Nendes vähestes töödes, milles on viidatud vereseerumi kolesterooli kontsentratsiooni seosele rinnavähiga, see seos tegelikult taandus ning muutus negatiivseks uuringu andmete standardiseerimisel teadaolevate rinnavähi riskitegurite suhtes (13).

Rahvastiku uurimustes, kus kolesterooli kontsentratsioon vereseerumis väheneb dieedi muutmisel või ravimite kasutamisel, oli üldsuremus väiksem katserühmas, kontrollrühmas aga oli vähktõvejuhte kord vähem, kord rohkem, mistõttu tulemuste interpreteerimine osutus raskeks. Kolesterooli kontsentratsiooni vähendamine inimese vereseerumis ilmselt ei muuda ühegi vähipaikme riski (13). Ainuüksi kolesterooli madal tase ei ole ilmselt vähktõppe haigestumise sagenemise põhjuseks. Võib arvata, et ka suuremal kolesterooli kontsentratsioonil vereseerumis ei ole seost vähktõvega, see peegeldab vaid organismi homöostaasi muutust ja ka vananemisprotsessi.

Kohv ja rinnavähk. Igas dieedis on komponente, mis võivad soodustada mingi kindla vähipaikme teket. Rinnavähi korral on taoliseks komponendiks peetud ka kohvi. Sellisele võimalusele on viidanud loomkatsed ja korrelatsioonuuringud. Haigelähtestes uuringutes need seosed kinnitust ei ole leidnud. Hüpotees kohvi toimest rinnanäärme koesse põhineb ka nendel andmetel, mis viitavad rinnade fibroadenomatoosi taandumisele juhul, kui dieedist jäeti välja metüülksantiini sisaldavad ained, nagu kohv, kakao, šokolaad ja koola. Korrelatsioonuuringute põhjal leiti kohvil seos rinnavähiga Lääne-Euroopa riikides. Samas aga teame riike, nagu Honduuras, Salvador, Nikaraagua ja Tai, kus haigestumus on väga väike, kuid kohvi juuakse palju. Sellest järeldasid autorid, et kohvi ja rinnavähi seos ei ole põhjuslik, nähtavasti simuleerib seda seost mõni teine kaasnev tegur (15).

Viimase aja haigelähtestes uuringutes on kohvi tähtsus rinnavähi tekkes täpsemat hindamist leidnud. L. Rosenberg kaasautoritega ei ole leidnud seost rinnavähi tekke ja kohvijoomise vahel isegi siis, kui päevas on joodud 7 või enam tassi kohvi (16). Kohvi toime täpsemal uurimisel selgus, et kui kõrvaldati rasvarikka toidu toime, oli kohvijoojatel vähirisk mittejoojate omast isegi väiksem (15). Teiste, oluliste rinnavähi riskitegurite toime standardiseerimisel selgus, et kohvi ja teiste metüülksantiini sisaldavate ainete kasutamisel haigestumise risk ei suurenenud, pigem ilmnes negatiivne seos kohvijoomise ja rinnavähi tekke riski vahel (23). Võib eeldada, et varajasemates töödes on andmeid uuritud liiga üldiselt, standardiseerimata muid toimetegureid.

Alkohol ja rinnavähk. Alkohol on hästi tuntud riskitegur kõri-, suuõõne- ja söögitoru- ja maksavähi geneesis. Kuigi puhas etüülalkohol ei ole iseenesest kantserogeenne aine, võivad mitmed alkoholi toimemehhanismid soodustada vähi teket: ta võib toimida kantserogeensete ainete lahustina, kutsuda esile muutusi maksa ainevahetuses. Vähiepidemioloogias on alkoholi mõju rinnavähi tekke riskile uuritud vahelduva eduga. Ligikaudu pooled töödest ei ole leidnud seost rinnavähi tekke ja alkoholi kasutamise vahel, teised aga on parimal juhul leidnud nõrga seose (27). Prantsusmaal ja Itaalias, kus veinitarbimine ka naistel on igapäevane, leiti rinnavähi riski ja igapäevase alkoholi (veini) tarbimise vahel positiivne seos (8, 13, 21). Nende tööde andmetel tugevnes seos alkoholi rohkemal tarvitamisel ja ilmnes üksnes noorematel naistel. Autorid arvavad, et seos alkoholi tarvitamise ja rinnavähki haigestumise vahel on olemas, kuid see ei pruugi olla põhjuslik. Nendes töödes

standardiseerimine teiste riskitegurite-ga uuringute tulemusi ei muutnud (8, 13, 22). Juhuslikul kangema alkoholi, ka õlle joomisel seost rinnavähiga ei olnud (22). USA-s tehtud uuringutes, kus arvestati muude riskitegurite toimet, leiti seos naistel, kes isegi tagasihoidlikes kogustes seda kasutasid (28). Veidi varajasemas töös oli leitud seos vaid neil naistel, kes jõid alkohoolseid jooke kolm või enam korda päevas (6).

On uuritud mitmeid tegureid, mis võiksid muuta alkoholi kasutamise ja rinnavähi riski vahelist seost. Kehakaalu uurimisel leiti, et risk oli suurem alkoholi tarvitavatel saledatel naistel. Kui neil aga elimineeriti mõju, mida avaldab naise vanus esimese sünnituse ajal, siis seos kadus. Need andmed ei välista alkoholi kui nõrga toimega tegurit rinnavähi tekkes, kuid nad ei kinnita ka seda (4). Viimase aja töödest on kõige märkimisväärsem USA-s korraldatud ulatuslik meditsiiniõdede uurimine, mille põhjal selgus, et risk on suurem neil, kes regulaarselt kasutavad alkoholi väikestes annustes.

Eestis on seost alkoholi tarvitamise ja rinnavähki haigestumise vahel olnud seni raske uurida, sest vanema generatsiooni naised alkoholi peaaegu ei kasutanud. Rinnavähi korral on meil aga tegemist 10. . .30-aastase latentsiajaga. Arvestades naiste alkoholi tarbimise seisu Eestis, osutub ilmselt võimalikuks uurida noorema generatsiooni seas seost alkoholi tarvitamise ja rinnavähki haigestumise vahel.

Rinnavähi protektorid toidus. Lisaks nendele toidu komponentidele, mis võivad suurendada rinnavähi riski, leidub toidus ka neid aineid, mis seda vähendavad. Protektoriteks peetakse eelkõige vitamiine — A-vitamiini ja selle derivaate, C-vitamiini ja E-vitamiini — ning mikroelementidest seleeni. Andmeid nende kaitsva toime kohta on veel vähe. Tegurlähtestes töödes on kinnitust leidnud hüpotees, et toidu C-vitamiini vähesus seostub peamiselt mao-, söögitoru-, suuõõne-, soole- ja kõrivähiga (2, 3, 25). Rinnavähi tekke riski vähenemist A-vitamiinirikka toidu söömisel on leitud vaid 55-aastastel ja vanematel. C-vitamiini hulk toidus rinnavähi riskiga ei seostunud (3).

Viimasel ajal on saadud andmeid E-vitamiini ja seleeni rinnavähi riski vähendava toime kohta. Vitamiinidel ja seleenil on raku ainevahetuses antioksüdatiivne toime: E-vitamiin toimib raku tasandil, kuid kaitsev toime võib realiseeruda ka DNA vahendusel või hormoonide kaudu ning lipiidide ainevahetuse muutmise teel (10, 11). Väike pinnase ja toidu seleenisisaldus ning ka vastavalt väike vereseerumi seleenisisaldus ühtisid suurema rinnavähi-haigestumusega USA naistel, vastupidi Jaapani naistele (18).

Inglismaal ei leitud seost naiste vereseerumi retinoolisisalduse ja rinnavähki haigestumise vahel, kuid leiti, et β-karotiini kontsentratsioon oli haigete vereseerumis väiksem. Tehti aga kindlaks, et 20% madalam E-vitamiini kontsentratsioon vereseerumis põhjustas viiekordset rinnavähijuhtude esinemissageduse suurenemist (25).

Kõige enam teavet rinnavähi protektorite kohta annavad pikaajalised tegurlähtesed rahvastiku ja mõjutusuuringud (13). Nende tulemuste kohta ei ole teavet veel piisavalt. Samas tuleb arvestada seda, et mõjutusuuringud on ka majanduslikult kallid ning neis kätkeb alati võimalus tekitada oodatust erinev bioloogiline efekt (2).

Tänapäeval soovitatakse toitumisel piirata loomsete rasvade kasutamist. H. Sinclairi arvates on mõttekam toidule lisada küllastamata rasvhappeid sisaldavaid produkte (19). Ka kalarasvad on soodsad vähi tekke vältimiseks. Kõige olulisem on tavalisele toidule lisaks kasutada rasvu, milles sisalduksid asendamatud rasvhapped: linool-, arahhidoonhape või nende derivaadid (19). Soovitada mingi toiduaine koguse vähendamist meie tavalises dieedis on olusid arvestades vaevalt et mõistlik. Lihtsam on midagi kasulikku lisaks soovitada.

On ju selge, et paikkondlik toitumistraditsioon on väga püsiv. Toit, mida põhirahvus teatud piirkonnas sööb, on aastatuhandete biokultuuri evolutsiooni tulemus. Toitumistraditsioon on kohanemine väliskeskkonnaga, lähtudes kohalikest tootmisvõimalustest ja rahva vajadustest. Toidu mitmekülgsus aga on valikuvõimalusena ühiskonna külluse tunnuseks, millest oleme veel üpris kaugel.

KIRJANDUS: 1. *Armstrong, B. K., Brown, J. B. Clarke, H. T. a.o.* J. Natl. Cancer Inst., 1981, 67, 4, 761—767. — 2. *Bogovski, P., Loogna, G., Rahu, M.* Vähk — põhjused, levik, profülaktika. Tallinn, 1989. — 3. *Graham, S., Marshall, J., Mettlin, C. a.o.* Am. J. Epidemiol., 1982, 116, 68—75. — 4. *Harris, R. E., Wynder, E. L.* JAMA, 1988, 259, 19, 2867—2871. — 5. *Hiatt, R. A., Friedman, G. D., Bawol, R. D. a.o.* J. Natl. Cancer Inst., 1982, 68, 885—889. — 6. *Hiatt, R. A., Bawol, R. D.* Am. J. Epidemiol., 1984, 120, 676—683. — 7. *Kirshner, M. A., Schneider, G., Ertel, N. H. a.o.* Cancer Res. (Suppl.), 1982, 42, 3281—3285. — 8. *Lê, M. G.* Am. J. Epidemiol., 1984, 122, 4, 350—357. — 9. *Lê, M. G., Moulton, L. H., Hill, C. a.o.* J. Natl. Cancer. Inst., 1986, 77, 633—638. — 10. *London, R. S., Murphy, L., Kitlowsky, K. J.* Am. Coll. Nutr., 1985, 4, 559—564. — 11. *Lubin, F., Ruder, A. M., Wax, Y. a.o.* Am. J. Epidemiol., 1985, 122, 4, 579—588. — 12. *Marchand Le, L., Kolonel, L. N., Earle, M. E. a.o.* Am. J. Epidemiol., 1988, 128, 137—152. — 13. *McMichael, A. J., Jensen, O. M., Parkin, D. M. a.o.* Epidemiol. Rev., 1984, 6, 192—216. — 14. *Miller, A. B., Bulbrook, R. D.* Int. J. Cancer, 1986, 37, 173—177. — 15. *Phelps, H. M., Phelps, C. E.* Cancer, 1988, 61, 1051—1054. — 16. *Rosenberg, L., Miller, D. R., Helmerich, S. P., a.o.* Am. J. Epidemiol., 1985, 122, 3, 391—399. — 17. *Salonen, J. T.* Am. J. Epidemiol., 1982, 116, 622—630. — 18. *Schrauzer, G. N., Molenaar, T., Mead, S. a.o.* Jpn. J. Cancer Res., 1985, 76, 374—377. — 19. *Sinclair, H.* Lancet, 1980, 23, 414—415. — 20. *Sorlie, P. D., Feinleib, M.* J. Natl. Cancer Inst., 1982, 5, 989—996. — 21. *Törnberg, S. A., Holm, L. E., Carstenson, J. M.* Acta Oncol., 1988, 27, 1, 31—37. — 22. *Vecchia La, C., Franceschi, S., Pampallona, S. a.o.* J. Natl. Cancer Inst., 1985, 75, 61—65. — 23. *Vecchia La, C., Talamini, R., Decarli, A. a.o.* Surgery, 1986, 2169, 477—481. — 24. *Waard De, F., Trichopoulos, D.* Int. J. Cancer, 1988, 41, 666—669. — 25. *Wald, N. J., Boreham, J., Hayward, J. L. a.o.* Br. J. Cancer, 1984, March, 322—324. — 26. *Wallace, R. B., Rost, C., Burmeister, L. F. a.o.* J. Natl. Cancer Inst., 1982, 68, 915—918. — 27. *Webster, L. A., Layde, P. M., Wingo, P. A. a.o.* Lancet, 1983, 2, 724—726. — 28. *Willett, W. C., Browne, M. L., Bain, C. a.o.* Am. J. Epidemiol., 1985, 122, 731—740. — 29. *Willett, W. C., Stampfer, M. J., Colditz, G. A. a.o.* New Engl. J. Med., 1987, 316, 22—28. — 30. *Willett, W. C., Stampfer, M. J., Colditz, G. A. a.o.* New Engl. J. Med., 1987, 316, 1174—1180. — 31. WHO. IARC Sc. publication 101 (Directory of on-going research in cancer epidemiology 1989/1990). Lyon, 1989.

Summary

Breast cancer and diet. The paper is a survey of literature on the relationship between breast cancer and diet. Obesity, food rich in animal fat, blood serum cholesterol content, protectors in food, coffee, and alcohol have been dealt with in this respect.

Резюме

Рак молочной железы и питание. В статье приводится обзор литературы по вопросам взаимосвязи между раком молочной железы и питанием. В этом аспекте рассматриваются ожирение, пища, богатая животным жиром, содержание холестерола в сыворотке крови, протекторов в пище, кофе и алкоголе.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

Eesti Arst, 1991, 2, 102—105

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

UDK 616-08:612.014.4

Hüperbaariline oksügenatsioon haigete kompleksravis

Artur Talihärm · Tallinn

hüperbaariline oksügenatsioon, näidustused, vastunäidustused, ravitulemused

Eestis on hüperbaarilist oksügenatsiooni rakendatud mitmesuguste haiguste kompleksravis suhteliselt tagasihoidlikult. Kirjanduse andmetel on see ravimeetod eriti laialdast kasutamist leidnud NSV Liidus, Prantsusmaal, USA-s ja mõnes muus riigis (1, 3, 4, 5, 6, 7).

Töö eesmärk oli täpsustada selle ravimeetodi näidustusi ning selgitada hüperbaarilise oksügenatsiooni tõhusust erinevate haiguste korral.

1987. aastast alates on Tallinna Kiirabihaiglas 547 haigel rakendatud hüperbaarilist oksügenatsiooni kompleksravis (vt. tabel 1). Haigete vanus oli poolteisest päevast 92 aastani. Raviprotseduuriks kasutati aparaati «OKA-MT» (Kiiev). Optimaalne baroseansside hulk, aga samuti kompressiooniaste ning kestus määrati individuaalselt.

Hüperbaarilise oksügenatsiooni näidustused on järgmised: anaeroobne infektsioon; seisund pärast elustamist (hüpoksia); transitoorne ajuisheemia ja äge isheemiline insult; oblitereeriv endarteriit (endartroos), Renaud' tõbi; sepsis; äge hepatiit (maksapuudulikkus); vingugaasimürgitus; parodontoos; haava tüsistuste profülaktika (laialdased infitseerunud haavad); mao- ja kaksteistsõrmikuhaavand; mikrokirurgilised (-plastilised) operatsioonid ning muu.

Vastunäidustusteks on: äge rinofarüngiit; epilepsia; kavernid kopsudes (siseelundites); kõrgenenud arteriaalne rõhk (üle 170 mm Hg); õhkrind; klaustrofoobia; ülitundlikkus puhta hapniku suhtes; mõlemapoolne kopsupõletik.

Tabel 1. Hüperbaarilise oksügenatsiooniga ravitud haiged aastail 1987. . .1990

Haiged	Aastad				Kokku
	1987	1988	1989	1990	
Reanimatsiooniosakond	31	54	52	42	
Muud osakonnad	67	113	95	93	
Kokku	98	167	147	135	547

Tulemused ja arutelu. Kõige paremaid tulemusi saime 32 haige ravis, kellel oli diagnoositud anaeroobne infektsioon kas haiguse põhjusena või tüsistusena pärast operatsiooni, samuti neil, kellel olid suupõhja flegmoonid (12 haiget), alajäse amputeeritud gangreeni tõttu (10 haiget), ning neil, kellel oli laskevigastus vaagna või reie piirkonnas (6 haiget), samuti neil, kellel oli tehtud kõhuõõne elundite operatsioone (4 haiget). Kirjanduse andmeil avaldab hüperbaariline oksügenatsioon tugevat toimet nii anaeroobsesse mikrofloorasse (bakteriostaatiline, bakteritsiidne) kui ka makroorganismisse (koehüpoksia likvideerimine, hapniku osarõhu tõus nekroosikoldes ja teda ümbritsevates kudedes, vereloome stimuleerimine, neutrofiilide fagotsütaarse aktiivsuse suurendamine, parenhümatoossete siseelundite funktsiooni parandamine) (3, 7, 8).

Rasketel haigusjuhtudel tegime päevas kaks kuni kolm 45. . .60-minutise kestusega seanssi. Juba kolmandal päeval paranes haigete enesetunne, täheldati krepitatsiooni kadumist haava ümbritsevates pehmetes kudedes, turse vähenemist ja analüüside normali-

seerumistendentsi. Hüperbaariline oksügenatsioon on näidustatud ka *clostridium*'ide põhjustatud müonekroosi ja müosiidi ning tselluliidi ravis.

Meil ravituist moodustasid kõige suurema rühma 135 haiget, keda oli pärast kliinilist surma elustatud, ka need, kellel oli reanimatsioonijärgne haigus, ja need haiged, kellel oli mitmesuguse päritoluga ajuhüpoksia (ajuturse). Selge on see, et raviefekti ei ole võimalik saada juhtudel, kui ajukoore rakkudes on juba ilmnenud pöördumatud muutused. Seega, mida varem on alustatud hüperbaarilist oksügenatsiooni, seda parem on tulemus. Optimaalseks režiimiks peame nn. pehmeid doose P-1, 3-1, 6 atm; seansi pikkust 20. . .30 minutit, ravikuuri kestust 5. . .7 seanssi. Hüperbaariline oksügenatsioon alandab koljusisest rõhku tunduvalt, millest tingituna ajuturse sümptoomid kaovad. Nendel juhtudel, kui haigel pärast esimest ravikuuri ei taastu mälu kohe või esinevad kõnehäired, oleme 2. . .5 nädala möödumisel ravikuuri korranud.

Esitame haigusjuhu kirjelduse, kui pärast elustamist oli rakendatud baroteraapiat.

Haigusjuht. 27-aastane naishaige N. Ü. (Tallinna Kiirabihaigla haiguslugu nr. 11615/1987) hospitaliseeriti üldreanimatsiooniosakonda 23. septembril 1987. Diagnoos: *Schock anaphylacticus; letum clinicum.* Ühes Tallinna raviasutuses oli haigele süstitud lidokaiini. Pärast seda oli ta muutunud rahutuks, kaevanud valu rinnaku taga. Haigel olid tekkinud krambid ning ta oli kiiresti kaotanud teadvuse. Konstateeriti kliinilist surma ning alustati elustamist. Kohalekutsutud reanimatsioonibrigaad hospitaliseeris haige üldreanimatsiooniosakonda. Manustati põhiliselt adrenaliini, teise ravipäeva lõpuks õnnestus hemodünaamika näitajad stabiliseerida. Üldtuntud ravivõtetega õnnestus samaks ajaks taastada ka spontaanne hingamine ja kupeerida krambid. Ravist hoolimata haigega kontakti ei saadud. Et oli diagnoositud hüpoksiline ajukahjustus, alustati 25. septembril baroteraapiat (D — 1,5 atm, raviseansi kestus 30. . .40 minutit). Pärast kolmandat seanssi muutus haige adekvaatselt kontaktseks, pärast seitsmendat seanssi taastus ka mälu. Haige viidi üle üldosakonda, kust kahe nädala pärast lahkus tervenenuna. Poolteise kuu pärast tehti teine hüperbaarilise oksügenatsiooni kuur.

Kaheksat poolteise kuni kolme aastast last — tegemist oli pärast uppumissurma ja mehhaanilist asfüksiat elustatutega — raviti barokambris. Koos lastega oli seal ka anestesioloog, kes tegi kunstlikku hingamist firma «Ambu» hingamiskotiga. Kompleksravi tulemusena (dehüdratatsioon manitooliga, heksenaalnarkoos, prednisoloon, püratsetaan-tserebrolüsiin ja muud ravimid) õnnestus seitse last terveks ravida. Esmaste elustamisvõtete rakendamine ühel juhul hilines ja kvaliteet oli küsitav, ühel juhul hüperbaarilise oksügenatsiooni kuuri korrati.

Ajuveresoonte transitoorse isheemia, samuti peaaju isheemilise insuldi korral (kokku 28 haiget vanuses 29. . .50 aastat) oli ravi põhiülesandeks taastada peaaju normaalne vereringe (2, 4, 5, 7). Hüperbaarilise oksügenatsiooni tulemusena hapniku partsiaalrõhk arteriaalses veres tõusis, ahenenud veresooned dilateerusid ning avaldus nn. Robin Hoodi efekt, s.t. leidis aset ratsionaalse vereringe ümberlülitumine. Kõikidel juhtudel oli raviefekt ilmne, ilma kaasuvate patoloogiliste muutusteta. Rangelt peeti silmas näidustusi. Tähtis oli ka haige usk baroteraapia mõjususse.

Küllalt paljudel baroteraapiat saanuist (120-l) esines krooniline regionaarne hüpoksia, mis oli põhjustatud mitmesuguse etioloogiaga arteriaalse verevarustuse häiretest (oblitereeriv endarteriit, endartroos, Renaud' tõbi jt.). Tugevasti häiritud ainevahetusprotsessid kudedes peaksid hüperbaarilise oksügenatsiooni mõjul normaliseeruma. Kuid ainevahetus taastub üksnes siis, kui hapniku juurdevool isheemilistesse kudedesse on küllaldane. Enamikul juhtudel on juurdevoolava vere hapnikumahtuvus küllaldane, kuid nii tsentraalse hemodünaamika näitajad kui ka elundi või jäseme kapillaarse verevoolu kiiruse, läbivoolutuse näitajad jäävad normist madalamaks (3, 4, 7, 8). Hüperbaarilise oksügenatsiooni raviefekti puudumise põhjusi tulebki otsida hemodünaamikahäiretest.

Hea ravitulemuse saime 65. . .67%-l ravituist ja seda peamiselt I ja II astme arteriaalse puudulikkuse korral. III ja

IV astme verevarustushäirete korral, kui patoloogilised muutused olid välja kujunenud, oli ravi mõjusus ajutine. Baroteraapiat soovitatakse ordineerida juba seetõttu, et hiljem vajamineva amputatsiooni tasapind jäi tunduvalt distaalsemale.

Tabel 2. Arteriaalse puudulikkuse ravi tulemused

Haigus	Haigete arv	Tulemused		
		hea	rahuldav	efektita
Oblitereeriv endarteriit (endartroos)	99	64	27	8
Äge arteriaalne puudulikkus	14	8	—	6
Renaud' tõbi	7	7	—	—

Seega arsti ülesande — tagada häiritud verevarustusega jäseme küllaldane hapniku juurdevool, taastada tema normaalne ainevahetus (happe-leelise tasakaal ja muud ainevahetusnäitajad jne.) ning soodustada kollateraalse verevarustuse teket — võib lahendada ainult süsteemse vereringe uurimise, ravi ajal selle kontrollimise ja korrigeerimise ning haige kompleksravi rakendamise teel.

Vingugaasi ja majapidamisgaasiga mürgituste puhul soovitatakse hüperbaarilist oksügenatsiooni alustada võimalikult vara (1, 3, 7, 9). Kui haige tuleb transportida kaugelt, võib kiirabiautos või helikopteris selleks kasutada portatiivset aparaati «Irtõšši». Seansi pikkus võib olla kuni 120 . . . 140 minutit. Meie kogemuste põhjal piisab tavaliselt ühest seansist (5 haiget). Kahel haigel oli teadvuse taastamiseks vaja teha korduvat ravi.

Sepsise korral (46 haiget) rakendasime raviks hüperbaarilist oksügenatsiooni alles pärast primaarse mädakolde igakülgset saneerimist, adekvaatse antibiootikumravi ja teiste ravivõtete ning -meetodite rakendamist. Põhiline on haige organismis väljakujunenud hüpoksia likvideerimine, vere bakteritsiidse aktiivsuse tõstmine, rakulise immuunsuse suurendamine, antibiootikumide toimespektri laiendamine, mikroobide toksilisuse vähendamine (7, 8, 9). Seda kõike õnnestus enam-vähem ka meil teha, ehkki hüperbaarilise oksügenatsiooni rakendamisel sepsise korral tuleb olla väga ettevaatlik ja tähelepalik, sest hapnikuküllus võib põhjustada sepsise generaliseerumist ja uute mädakollete teket. Suhteliseks vastunäidustuseks on mõlemapoolne septiline pneumoonia.

Ägeda hepatiidi, ka maksapuudulikkuse juhtudel (44 juhtu) oli hüperbaarilise oksügenatsiooni näidustusteks I ja II astme hepatogeense entsefalopaatia juhud, kui tavalise intensiivse medikamentoosse ravi mõjusus puudub; maksapuudulikkus reanimatsioonijärgsel perioodil ja hepatotoksiliste mürkainete põhjustatud toksiline hepatiit. Meie ravi tulemused olid head.

Haava nakkuslike tüsistuste ärahoidmiseks rakendasime 32 haigel (traumaatiline amputatsioon, lahtised hulgimurrud, laialdased muljumis- ja rebestushaavad, veresoonte vigastused) profülaktilist baroteraapiat 4. . .8 seanssi rõhuga mitte alla 1,4 atm. Seda tuleb rakendada mitte hiljem kui kolm päeva pärast traumat. Kliinilised tulemused on lootustandvad.

Ravisime ka 20 parodontoosihaiget, alati pärast kirurgilist ravi. Haavandihaigeid oli 18, kellel konservatiivne ravi oli osutunud vähe mõjusaks.

Näopiirkonna mikrokirurgiliste (-plastiliste) operatsioonide puhul (17 haiget) kasutasime baroteraapiat edukalt nii enne kui ka pärast operatsiooni.

Tüsistused. Kahel haigel ilmnes ülitundlikkus hapniku suhtes. Ühel 35-aastasel haigel tekkis pärast baroaparaadi täitmist hapnikuga ja rõhu tõstmist 1,7 atm-ni tüüpilist astmahoogu meenutav seisund, mis pärast kohest ravi katkestamist möödus. Teisel, 57-aastasel meeshaigel tekkis kohe pärast protseduuri algust selline tunne, nagu oleks ta nõgesepõõsasse sattunud. Ka siin katkestati ravi kohe. Kolm haiget loobus baroteraapiast enneaegselt, pärast 1. . .5 seanssi halva enesetunde tõttu (hapniku toksiline mõju).

Kokkuvõttes peab nentima, et hüperbaarilisel oksügenatsioonil on tähtis osa mõne haiguse kompleksravis. Eriti on baroteraapia näidustatud mitmesuguse etioloogiaga ajuhüpoksia korral, elustamisjärgse haiguse, vingugaasimürgituse, arteriaalse verevarustuse häirete, aga ka mitmesugustest haigustest põhjustatud hapnikupuuduse järelraviks.

KIRJANDUS: 1. *James, P. B.* Lancet, 1989, II, 8666, 799—800. — 2. *Kaasik, A.-E.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1985, 5, 353—357. — 3. *Meijne, N. G.* Hyperbaric oxygen and its clinical value. Springfield, 1970. — 4. *Neubauer, R. A.* Stroke, 1980, II, 3, 297—300. — 5. *Sukoff, M. H.* In: Abstracts of VII International Congress of Hyperbaric Medicine. Moscow, 1981, 294. — 6. *Winter, P. M., Smith, G.* Anesthesiology, 1972, 37, 2, 210—241.

7. *Ефуни С. Н.* Руководство по гипербарической оксигенации. М., 1986. — 8. *Исаков, Ю. В.* Гипербарическая оксигенация при неотложных состояниях. М., 1988. — 9. *Соколянский И. Ф.* Напряжение кислорода в тканях при гипероксибарии. Киев, 1983.

Summary

Hyperbaric oxygenization (HBO) in complex treatment. Hyperbaric oxygenation was adopted in the Tallinn Emergency Care Hospital in 1987. Since then, 547 patients, aged from 1.5 days to 92 years, have been given HBO as part of their complex treatment. The hyperbaric oxygenator used is of the model OKA-MT, produced in Kiev. The optimal number of procedures and the optimal regime was chosen to suit each patient.

We believe that by certain indications hyperbaric oxygenation treatment has recommended itself, especially when it is administered simultaneously with other treatments of intensive therapy.

Резюме

Гипербарическая оксигенотерапия (ГБО) в комплексной терапии больных. С 1987 г. по 1990 г. в Таллиннской больнице скорой помощи в ходе комплексной терапии 547 больным была назначена гипербарическая оксигенотерапия. Возраст больных колебался от 1,5 дня до 92 лет. Оптимальное количество сеансов ГБО, а также режим ее проведения назначались в каждом конкретном случае индивидуально. Лечебные процедуры проводились бароаппаратом ОКА МТ (Киев).

Наш опыт показывает, что ГБО является важным звеном в комплексном лечении некоторых заболеваний. Особенно показано ГБО при гипоксических состояниях различной этиологии, отравлениях угарным газом, артериальной недостаточности и т. д.

Tallinna Kiirabihaigla

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uus meditsiinikandidaat



11. aprillil 1990 kaitses Tartu Ülikooli erialanõukogu ees kandidaadiväitekirja «Peapõörituse all kannatavate haigete ravi efektiivsus sõltuvalt vestibulaarsüsteemi reaktiivsusest» Tartu Ülikooli arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri assistent **Reet Tikk.** Töö on valminud allakirjutanu juhendamisel. Oponentideks olid prof. V. Babiak S. Kirovi nim. Leningradi Sõjameditsiini Akadeemiast, prof. J. Berzinš Riia Meditsiiniinstituudist ja ÜMPI vanemteadur meditsiinikandidaat T. Tomberg. 31. oktoobril 1990 kinnitati R. Tikule meditsiinikandidaadi kraad.

R. Tiku töös on käsitletud peapõörituse all kannatavate haigete ravi. Ravimeetodi valik sõltub elektronüstagmograafiga kindlaks määratud vestibulaaranalüsaatori funktsionaalsest seisundist (hüperrefleksia, hüpo- või arefleksia). Töö tulemustest on selgunud, et diferentseeritud meetodite rakendamine nende haigete ravis kiirendab tsentraalsete kompensatsioonimehhanismide rakendumist ja tagab nende haigete ravi tõhususe. Erandiks on healoomulise paroksüsmaalse asendivertiigo ja tservikaalmigreeniga patsiendid, kelle puhul ei saa ravi määramisel aluseks võtta vestibulaaraparaadi funktsionaalset seisundit.

R. Tikk on sündinud 4. veebruaril 1961. aastal Tartus arstide perekonnas. 1979. aastal lõpetas ta Tartu 2. Keskkooli. Samal aastal astus Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas 1985. aastal. Pärast internatuuri aastail 1986. . .1989 oli R. Tikk Tartu Ülikooli arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateedri aspirant. Praegu töötab ta nimetatud kateedris assistendina.

Ain-Elmar Kaasik

Eesti Arst, 1991, 2, 106—110

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 614.258.1(474.2)(480)(091)«1920/1930»

Eesti ja Soome arstide suhted 1920 . . . 1930-ndatel aastatel

Sauli Viikari · Turu

Kui mulle tehti ettepanek rääkida Tartus arstide foorumil Eesti ja Soome arstide koostööst 1920. . .1930-ndatel aastatel, suhtusin sellesse kahtlevalt, sest olin siis, 1930-ndate aastate lõpul, alles arstiteaduse üliõpilane. Et Soomes peaaegu ei olegi enam arste, kes neist aegadest veel midagi mäletaksid, siis nõustusin.

Esmakordselt külastasin Eestit 1935. aastal ning mitmel korral ka pärast sõda. Tartu Ülikooli kuuesambalises peahoones, Eesti kultuuritemplis, olin esimest korda umbes 20 aastat tagasi.

Kui meenutada kahe riigi arstiteadlaste koostööd enne suuri sõdu, peab kõigepealt meelde tuletama selle aja arstiteaduse taset, harva peetud kongresse ja nende sõbralikku tooni. Enne Esimest maailmasõda oli meditsiinialane koostöö Eestiga vähene ja see toimus peamiselt Peterburi vahendusel. Soomel olid sel ajal peamiselt sidemed Põhjamaade ja Kesk-Euroopa riikidega. Kuid ka iseseisva Eestiga oli ühiseid huvitavaid probleeme sõjakirurgia, plastilise kirurgia ja neurokirurgia alal. Arvan, et soomlane F. R. Faltin oli Eestis niisama tuntud kui eestlane L. Puusepp Soomes.

Iseseisvusaastate algul mindi üle otsesidemetele kahe riigi vahel. See toimus nii ametlikult Soome Arstide Liidu kui ka mitteametlikult Soome arstideseltsi *Duodecim* (asutatud 1881) kaudu. Rohkesti sõlmiti ka eraviisilisi kontakte.

1922. aastal alustas Eestis Eesti Arstideseltside Liidu häälekandjana ilmumist arstiteaduslik ajakiri «Eesti Arst». Seda ajakirja tunti ka Soomes. «Eesti Arstis» väljendusid eelkõige rahvuslik innustus ja loov töö, mille poolest

EESTI ARSTIDESELTSIDE LIIDULE SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO'LT

Eesti Arstideseltside Liidu pidupäeval esitab Suomen Lääkäriliitto temale oma austavad ja kollegiaalsed õnnesoovid 25 aastat vältanud sihikindla tegevuse puhul

Naabritena ja hõimlastena tervitame Teie Liitu kui Eesti Arstiteadusliku kultuuri rahvuslikku ühissidet ja üldinimliku arstitegevuse rahvusvahelist esindajat hinnates ühtlasi kõrgelt seda tööd, mille eesmärgiks on Teie maa arstide ühiskondliku positsiooni tõstmine ja nende vahelise seltsimehelikkuse kindlustamine. Kuid töö nõuab jätkamist. Paljud uued arstiteaduslikku asjatundmist nõudvad ülesanded, eriti sotsiaalse seadusandluse alal, ootavad oma lahendust. Soovime Teie liidule jatkuvat edu selle tähtsa töö jätkamiseks Teie maa ravi-ala ja tervishoiu edendamiseks

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO JUHATUS

Foto 1.

Eesti sel ajal igal alal silma paistis. Soomes ilmus samuti oma arstideliidu ajakiri. Mõlemad ajakirjad edastasid andmeid oma riigi tervishoiupoliitika ja teadustöö kohta. Need ajakirjad aitasid kaasa arstide omavahelisele läbikäimisele ning liitude aastakoosolekutel võis sageli näha naaberriikide esindajaid.

Eesti Arstideseltside Liidu 25. aastapäeva pidustustel Tartus, mis toimusid 1937. aasta oktoobris, olid soomlased arvukalt esindatud. Juubelikoosolekut juhatas Soome lastearstidele hästi tuntud professor A. Lüüs. See kohtumine andis hea ülevaate Eesti arstiteadusest. Soome Arstide Liidu tervituse andis eesti keeles üle minu esimene ülemus kirurgiaprofessor P. Nylander (vt. foto 1).

Nagu Eestis alati, toimus koosolek väga soojas õhkkonnas. Samal ajal avaldati Soome arstide ajakirjas eestlaste artikkel Eesti Arstide Koja tegevuse ja organisatsiooni kohta. Kahjuks katkestas sõda kavatsetud arvukad vennasrahvaste arstide sidemed.

Arstideliidu kõrval olid tihedad sidemed Eesti kolleegidega ka sõjaväearstidel. Ametlikud külaskäigud Eestisse toimusid 1929. ja 1934. aastal. Eestlased olid Soomes külaskäigul 1927. ja 1931. aastal. 1934. aastal toimunud külaskäigust Eestisse on Bruno Nyström kirjutanud reisikirjelduse Soome sõjaarstiteaduslikus ajakirjas (vt. foto 2).

Soomlaste küllakutsujaks oli Eesti kaitseväe tervishoiuvalitsuse ülem sanitaar-kindralmajor A. Lossmann. Programmis oli tutvumine Eesti kaitseväe meditsiiniasutustega, ka kuurortide ja ajaloomälestistega. Osa võttis 13 Soome sõjaväearsti koos abikaasadega (vt. foto 9). Kõigepealt külastati 300 voodikohaga Tallinna Sõjaväehaiglat. Maja oli 1925. aastal valminud moodne ehitis. Edasi siirduti tutvuma Narva sanatooriumide ja ajalooliste vaatamisväärsustega (vt. foto 4).

Isiklikud sidemed jäid edaspidisekski püsima. Eesti kuurortides veedetud puhkused võlusid — nii mõnigi eakas inimene võib nüüdki neid aegu meelde tuletada. Vahetati üliõpilasi Tartu ja Soome üliõpilasorganisatsioonide vahel, eriti 1930-ndatel aastatel. Muuseas, Tartu Ülikooli günekoloogiaprofessuuri täitis 1938. aastal prof. Seth Wichmann.

Duodecim'i korraldatud koosolekutel olid vaatluse all peamiselt ühisuuringute tulemused antropoloogia ja veregruppide uurimise valdkonnast. Ühisuuringute algatus tuli Tartust. 1921. aasta detsembris külastas Tartut anatoom ja antropoloog prof. Yrjö Kajava juhtimisel rühm *Duodecim*'i liikmeid, kes esitasid ka kolm ettekannet: «Über die antropologische Eigenschaften der Finnen» (Kajava), «Über den anatomischen Bau der Nearthrose» (Kalima), «Bekämpfung der venerischen Krankheiten in Helsingfors» (Grönroos). Prof. Y. Kajava tundis rõõmu selle üle, et Eesti ja Soome võivad kõige loomulikumal, rahvuslikul pinnal edendada oma kultuuri.

Tartu Ülikooli professor Aleksander Paldrock külastas omakorda Soomet 1926. aasta aprillis *Duodecim*'i kutsel ja pidas ettekande leepra ravist süsihappelumega. Ettekanne äratas suurt huvi ja see avaldati ajakirjas «Duodecim» (vt. foto 6). Prof. A. Paldrock oli välismaal väga tuntud ja ta kuulus oma teenete tõttu Nobeli preemia kandidaatide hulka.

Från en studieresa i Estland sommaren 1934.

Finlands militärläkare inbjudna att under ciceronskap av sina estniska kolleger stifta bekantskap med estnisk militärmedicin och besé landets intressanta gamla minnesmärken.

Foto 2.

I. Fenno-Baltische Ärztetagung. 1938

Kuluneen elokuun 26. ja 27. päivinä pidettiin Helsingissä ensimmäiset suomalais-balttilaiset lääkäripäivät Duodecim-seuran järjestäminä. Ajatus yhteistyöstä ja entistä läheisemmästä vuorovaikutuksesta virolaisten ja muidenkin balttilaisten kansojen kanssa oli Duodecim-seuran keskuudessa virinnyt jo useankin kerran. Lopullisen sysäyksen tähän suuntaan antoivat kuitenkin pari viime vuoden lopulla vietettyä juhlaa. Viron lääkäriseura »Eesti Arstideseltside Liit» täytti viime vuoden lokakuun 10. p:nä 25 vuotta, ja joulukuun 19.

Foto 3.

SUMMARY.

BRUNO NYSTRÖM: *From a journey in Esthonia made for purposes of study in summer 1934.*

The Army Surgeons in Finland were last summer, during the time 26th—30th July, invited through the Surgeon in Chief of the Esthonian Army, General, Army Medical Corps, Lossmann, to see, in accordance with a previously arranged programme, the Medico-Military Institutions in Esthonia, and to go sight-seeing to a number of sea-side places and old historical places. Visits of this kind have been earlier interchanged between the Army Surgeons in Esthonia and Finland to the great mutual satisfaction of the participants. The author relates his impressions from this last trip and expresses the great contentment of all the guests as to the programme of the journey that proved to be well poised, rich, interresting and from beginning to end carried out with praiseworthy precision. This year the tour involved Tallinn—Narva with excursions to Narva, Hungerburg and towards the Esthonian part of Ingermanland.

Foto 4.



Foto 5.

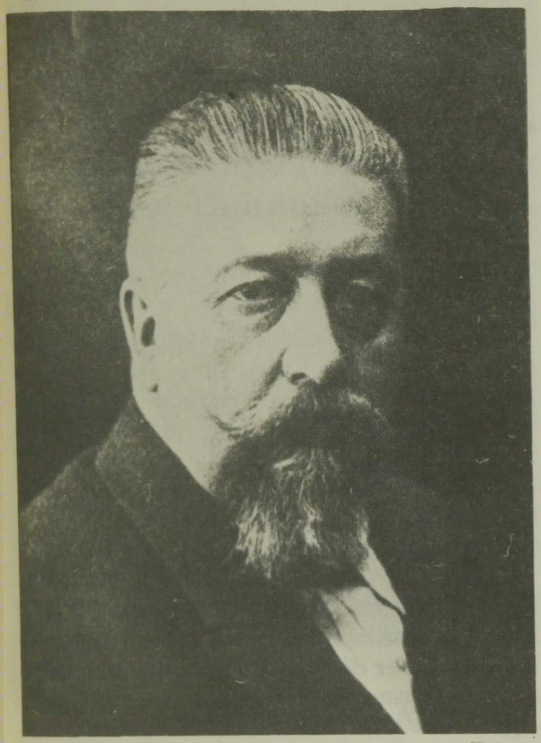
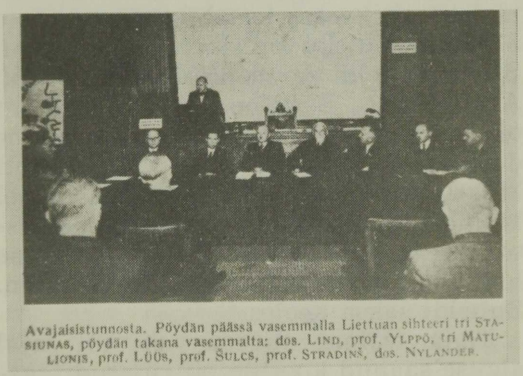


Foto 6.



Foto 7. Esiplaanil Eesti arstide foorumi külalised Sauli ja Kaisa Viikari.



Avajaisistunnosta. Pöydän päässä vasemmalla Liettuan sihteeri tri STASIUNAS, pöydän takana vasemmalta: dos. LIND, prof. YLPPÖ, tri MATULIONIS, prof. LÜÜS, prof. ŠULCS, prof. STRADIŅŠ, dos. NYLANDER.

Foto 8.



Foto 9.

Soome-Ugri Selts korraldas sageli kongresse. Nende raames töötas ka arstiteaduslik sektsioon, mille tegevuse korraldajaks oli *Duodecim*'i selts. 1931. aasta juunis korraldatud kongressil esines dr. Gustav Michelson Tartust. Tema ettekanne käsitles eestlaste antropoloogiat.

Arstide seltsis *Duodecim* oli juba aastaid arutatud ulatusliku Soome-Balti arstide kongressi korraldamist. 1938. aastal saadeti Eesti, Läti ja Leedu arstide seltsile kutse tulla ühiskongressile Soome. Selle eesmärk oli luua igal aastal eri riigis toimuvate kohtumiste traditsioon (vt. foto 3). Osavõtjaid tuli oodatust rohkem, 66 arsti, 22-l oli kaasas ka abikaasa (vt. foto 5). Kokkutuleku presidendiks oli prof. Simo Brofeldt ja asepresidendiks prof. Arvo Ylppö. Eesti-poolne asepresident oli prof. A. Lüüs ja sekretär eestlane dotsent S. Lind (vt. foto 8). Peeti 35 arstiteaduslikku ettekannet. Õhtusel istungil kõneles ka eestlasest professor G. Rooks. Külastati Lõuna-Soome haiglaid. Daamidel oli oma programm. Suheldi saksa keeles.

Täna võime tõdeda, et tol ajal alguse saanud koostöö oli rajatud õigetele ja vastastikust tööd austavatele alustele ning et neid traditsioone tuleb hoida ja edasi arendada.

Prof. Sauli Viikari (sündinud 1918. aastal) sooritas esimesena Soomes kirurgilise operatsiooni avatud südamel, seejuures kasutas ta Crafoordi-Senningi kunstliku vereringe aparaati. See toimus Turu Ülikooli kirurgiakliinikus 1960. aastal. Rindkere- ja südamekirurgia on olnud tema meeliseriala. Ta on uurinud ka maohaavandtõve, maovähi ja sapiteede kliinilisi probleeme. 1963. aastast kuni pensionile jäämiseni 1984. aastal oli S. Viikari Turu Ülikooli kirurgiaprofessor ja kirurgia kateedri juhataja.

Eesti Arst, 1991, 2, 110—112

UDK 616(092)«1871/1991» Paldrok

Professor Aleksander Paldrok — maailmamainega teadlane, arst ja ühiskonnategelane

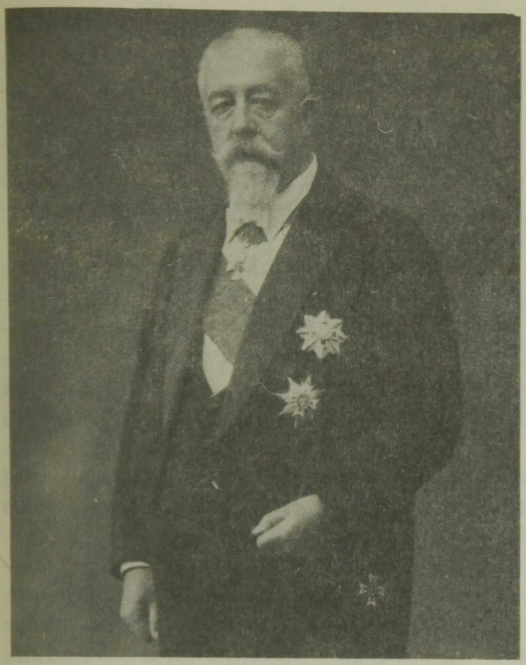
Ants Haavel · Kuressaare

16. mail 1991 möödub 120 aastat Eesti legendaarse arsti professor Aleksander Paldroki sünnist. Ta sündis 4. mail 1871 vkj. Tartu Maarja kihelkonnas kaupmehe pojana. Pärast Tartu Gümnaasiumi lõpetamist 1889. aastal astus Tartu Ülikooli arstiteaduskonda ja lõpetas selle 1895. aastal.

Üliõpilasena käis ta 1892. aastal Voroneži kubermangus koolera vastu võitlemas. Samal aastal hinnati tema üliõpilastöö «Über die Beeinflussung peripherer Gefässe durch pharmakologiche Agenten» üliõpilastööde kõrgeima autasu vääriliseks.

Aastail 1892. . .1893 oli A. Paldrok Tartu Ülikooli Farmakoloogia Instituudi assistendi kohusetäitja, aastail 1894... 1896 Tartu Ülikooli Naistekliiniku assistent ja hiljem, kuni 1898. aastani, Tartu Ülikooli Haavakliiniku assistent. 1897. aastal saadeti ta Vene—Pärsia piirile katku vastu võitlema.

1898. aastal kaitses ta doktoriväitekirja «Zur Entwicklungsgeschichte der Dickdarmbrüche». Imestama paneb A. Paldroki kui tulevase naha- ja suguhaiguste professori teadusliku ettevalmistuse kirurgiline kallak. Väitekiri oli puhtkirurgiline. Seejuures tuleb arvestada seda, et nahahaigused ei olnud tol ajal veel iseseisvaks kliiniliseks distsipliiniks kujunenud, ei olnud ka nahahaiguste õppetooli. Tegelikult kuulusidki need kirurgia alla, mistõttu A. Paldrok oli varakult oma elutöö sees. Oma dermatoloogiaalaseid teadmisi täiendas ta 1899. aastal Berliinis ja Viinis ning ka mujal. Kolmanda eesti soost õppejõuna tsaariaegses Tartu Ülikoolis valiti ta 1904. aastal eradotsendiks. Akadeemilist karjääri teha oli tal polii-



Prof. A. Paldrok (1871—1944).

tilistel põhjustel raske. Alles 1908. aastal hakkas ta pidama naha- ja suguhaiguste loenguid ning 1911. aastal sai ta Tartu Ülikooli Naha- ja Suguhaiguste Polikliiniku direktoriks.

1912. aastal täiendas A. Paldrok oma teadmisi Stockholmis Finseni Instituudis ning Norras Bergeni leprosooriumis.

1917. aasta augustis valis Tartu Ülikool ta erakorraliseks ning 1918. aasta veebruaris korraliseks naha- ja suguhaiguste professoriks. Sel alal töötas ta seni, kuni ülikooli kommunistlik valitsus ta 1941. aasta veebruaris ametikohalt vallandas.

1913. aastast kuni Eesti Vabariigi loomiseni oli A. Paldrok ka Tartu Eraülikooli naha- ja suguhaiguste lektor ning sama asutuse naha- ja suguhaiguste kliiniku abijuhataja ning 1917. aastast alates juhataja. A. Paldroki algatusel avati 1919. aasta 7. septembril ülikooli juures iseseisev dermatoveneroloogia kateeder.

Ajavahemikul 1904. . .1905 võttis A. Paldrok osa Vene-Jaapani sõjast Vene III armee kindralstaabi ülemarsti kohusetäitjana. Teenete eest sai ta Püha Stanislavi 3. järgu ordeni, sama ordeni mõõkadega, Püha Anna 3. järgu ordeni ning Jaapani sõja medali Aleksandri ja Georgi paelaga.

Aastail 1915. . .1917 oli A. Paldrok Tartus asuvate Punase Risti hospidalide naha- ja suguhaiguste konsultant ning 1917. . .1918 Linnadeliidu Põhja Väerinna konsultant. 1919. aastast oli ta Eesti Vabariigi sõjaväe konsultant-dermatoloog, 1921. aastal ülendas Eesti Vabariigi valitsus ta sanitaar-kindralmajoriks. A. Paldrokil oli Vabadussõja medal ning I liigi 2. järgu Vabadusrist, mis oli antud eriliste teenete eest sõjas.

A. Paldrok oli üks Eesti Arstide Seltsi asutajaliikmeid ning sama seltsi auliige 1932. aastast alates. Ta tegeles agaralt arstide kongresside ettevalmistamisega. Nii oli A. Paldrok esimese arstide kongressi korraldajate komitee esimees 1921. aastal ning teise kongressi abiesimees 1926. aastal. A. Paldroki osa oli suur ka Tartu Dermatoloogide Seltsi asutamises. Selle seltsi esimeheks oli ta 1935. aastast alates. Ta kuulus ka Eesti Tervishoiu Muuseumi asutajate hulka ning oli selle nõukogu liige. 1930. aastal anti talle Eesti Punase Risti I kategooria mälestusmedal.

Teaduspõllul valis A. Paldrok endale kitsamaks erialaks pidalitõve uurimise, millest hiljem sai tema elutöö. Sellelt alalt on ilmunud ligikaudu sada teadus- ja populaarteaduslikku tööd.

A. Paldroki pidalitõvealased uurimused tõid talle laialdase rahvusvahelise tunnustuse. Sageli kutsuti teda osa võtma rahvusvahelistest kongressidest ning paljud välismaa arstide seltsid ja teadusasutused valisid ta oma liikmeks või auliikmeks. Nii nimetas Leopoldina Loodusteaduste Akadeemia Halles A. Paldroki 1927. aastal oma liikmeks. 1927. aastal valis *Société International de Leprologie* Pariisis ta aupresidendiks, 1932. aastal promoveeriti ta Uppsala Ülikooli audoktoriks. 1935. aastast oli ta Ungari Dermatoloogide Seltsi korrespondentliige ning samast aastast ka Budapestis peetava IX rahvusvahelise dermatoloogide kongressi aupresident. Ta oli *International Leprosy*

Association London liige ning Balti riikide korrespondent. Võime uhked olla selle üle, et ainsa eesti arstiteadlasena esitati ta kolmel korral Nobeli preemia kandidaadiks. Ta kuulus ka 1938. aastal asutatud Eesti Akadeemiasse. Akadeemiliselt kuulus A. Paldrok *Korp! Fraternitas Estica*'sse, mille asutajaliikmeks ja hiljem auvilistlaseks ta oli. Peale selle on tema töö pälvinud kõrgeid välismaa ordeneid.

1941. aasta veebruaris oli A. Paldrok arreteerimise ning Siberisse küüditamise ohu pärast sunnitud asuma Saksamaale, kus ta Schneidemühles asendas kohalikku arsti vastuvõttudel. 1942. aastal pöördus ta tagasi kodumaale, kus töötas tegevarstina Tallinnas. A. Paldrok suri 1. juulil 1944 Saaremaal, viibides suvepuhkusel Kuressaares oma armastatud suvilas. Ta maeti üliõpilasorganisatsioonide esindajate osavõtul ning sõjaväeliste auavalduste saatel Kudjape nekropoli.

Saaremaa Arstide Selts on lugupeetud professori kalmule asetanud hauakivi. Seltsi korraldatud konverentside aegu käiakse alati ka professori haual, kaunistatakse tema kalmu lilledega ning meenutatakse Aleksander Paldrokit kui üht oma aja suurt arsti ja head inimest. Saarlastel on palju meenutada, sest prof. A. Paldrok viibis suviti Saaremaal, lüües agaralt kaasa sealses kuurordi- ja arstlikus tegevuses. Tänu tema sidemetele, tema laialdasele tuntusele muutus Kuressaare rahvusvahelise tähtsusega kuurortlinnaks.

Teadustegevuse ja kaugeleulatuvate välissidemete kõrval ei unustanud A. Paldrok oma lähemat ümbrust ega selle vajadusi. Agara seltskonnategelase ja südi eestluse eest võitlejana tunti teda nii Tartus kui ka Saaremaal.

Ta kavatses koos teiste eestluse eest võitlevate akadeemikutest mõttekaaslastega Tartusse asutada eesti üliõpilasorganisatsiooni *Fraternitas Viliensis*. Aastail 1899. . .1901 oli ta Tartu Eesti Käsitööliste Abiandmise Seltsi esimees, võttes seltsi üheks eesmärgiks võitluse eestluse huvide eest. Mainitu eest valis selts ta hiljem oma auliikmeks.

Aastasaja esimese aastakümne teise poole sees, mil kujunes välja Tartu Eesti evangeelse luteri usu koguduse loomise vajadus, võttis A. Paldrok selle organiseerimisest ja põhikirja koostamisest osa ning oli aastail 1912. . .1914 uue Pauluse koguduse kirikunõukogu esimees.

Revolutsiooni ajal valiti ta kodanike julgeolekuks loodud Tartu Linna Rahvamiilitsa täidesaatva komitee esimeheks. Selle tegevuse eest andsid tartlased talle tänuaadressi. Ta lõi kaasa ka Eesti majanduselu korraldamises, olles Tartus Kaubapanga nõukogu liige. 1921. aastal võttis osa Tartu maleseltsi ning margikogujate seltsi asutamisest, olles ka nende seltside esimeheks. Ta oli Tartu Skautide Maleva vanem ning kauaaegne Noorte Meeste Kristliku Ühingu juhatuse liige, Vabadusristi kavalerina oli ta Tartu Vabadusristi Vendade Ühenduse liige ja aukohtu esimees.

Professor A. Paldrokist lugupidamine ja tema tuntus kätkevad endastmõistetavalt ka tema isiku suuruse ja inimlikkuse. Jäägu tema elutöö meile veel kauaks teemärgiks ja julgustuseks!

Summary

Professor Aleksander Paldrok, a doctor, scientist and public figure of world renown. May 16, 1991 will be 120 years from the birth of Aleksander Paldrok. The article acquaints the reader with the biography and work of this great doctor.

Резюме

Профессор Александр Палдрок — врач с мировым именем, ученый и общественный деятель. 16 мая 1991 г. исполняется 120 лет со дня рождения А. Палдрока. В статье рассказывается о жизни и деятельности этого врача с мировым именем.

Kuressaare Haigla

Artikli koostamisel olid aluseks prof. Aleksander Paldroki laste dr. Aime Rinne, Juta Paldroki ja *dr. med.* Heiti Paldroki kirjapanekud oma isa eluloost ja tegevusest. Kasutatud on ka Rootsi Eesti Arstide Seltsi esimehe Ants Andersoni kõnet, mille ta pidas 15. mail 1971. aastal A. Paldroki 100. sünniaastapäeva tähistamisel *Korp! Fraternitas Estica*'s.

Eesti Arst, 1991, 2, 113—117

Codex Deontologicus Medicorum

Kutse-eetikal on oluline koht meedikute kutsetegevuses. Arsti elukutse seab eritingimusi ja arsti tegevus võib toimuda väga erinevates situatsioonides. Arstitöö on väga komplitseeritud ning arstil tuleb iga päev tegelda paljude küsimustega, mis on otseselt seotud abi andmisega, samuti tema kohustuste ja õigustega. Mõistagi on vajalik arsti kutsesaladuste hoidmise määratlemine. Viiskümmend viis aastat tagasi võeti Arstide Koja Nõukogus vastu *Codex Deontologicus Medicorum*. Nimetatud aja jooksul on meie elus mõndagi muutunud, kuid need põhimõtted ja seisukohad, mis on väljendatud 1936. aastal avaldatud koodeksis, on meile tänapäevalgi vastuvõetavad, pälvivad eeskujuks võtmist arstiks õppimisel, arstina töötamisel, suhtlemisel ning elamisel.

Ajakirja «Eesti Arst» toimetus avaldab selle meedikute koodeksi muutmatul kujul. Oleks vaja, et kõik arstid mõtleksid, kuidas nad on koodeksis toodud põhimõtetest kinni pidanud, kuidas nad on töötanud silmas pidades koodeksis öeldut jms. Eesti Arstide Liit on pidanud vajalikuks meil ka nüüd niisugune koodeks fikseerida ning kehtestada juba uue koodeksina. Seda kõike silmas pidades loodame saada arstidelt arvamusi ja ettepanekuid, et koostada juba uus *Codex Deontologicus Medicorum*, milles on arvesse võetud meie aega, vajadusi ja lootusi.

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeerium
Eesti Arstide Liit

CODEX DEONTOLOGICUS MEDICORUM

Antud Arstide Koja Nõukogult 9. veebruaril 1936

1. Üldosa

§1. Arsti kutsetöö kõrgemaks eesmärgiks on rahva tervishoiuline hüve. Selle kutsetöö ülesanne on nii üksiku rahvaliikme kui ka kogu rahva tervise hooldamine.

§ 2. Arsti kohuseks on täita kõiki oma kutsealalisi ülesandeid põhjalikult ning innukalt ja oma käitumisega, nii oma kutsetegevuses kui ka väljaspool, kõigiti väärida lugupidamist ja usaldust, mida nõuab arstikutse.

§ 3. Arst peab ilmuma kutsutud kohta igal ajal. Ta on vastutav mitte ainult seaduse ees, vaid ka moraalselt kõigi tagajärgede eest, mis võivad tekkida sellest, kui ta küllaldase põhjuseta ei järgne kutsele haige juurde.

§ 4. Arst oma kutse au nimel peab kõigiti püüdma väärida haige usaldust, kuigi seejuures peaks kannatama arsti oma kasud. Oma nõuannetes ja ravitoimingutes arst peab laskma end juhtida ainuüksi ravialuse tervisliku hüve eesmärgist.

§ 5. Arst peab osutama võrdset hoolt ja vastutulekut kõigile abitarvitajaile, jättes kõrvale kõik kaalutlemised haige seltskondliku, varandusliku või moraalse taseme või tema tervisliku seisukorra raskuse kohta.

§ 6. Arst peab haigete visiteerimisel ja konsultatsioonide korraldamisel endale võtma juhiseks haige seisukorra ja haige või tema eest hoolitsejate soovid. Igal juhul arsti visiitide arv ei tohi ületada otsese vajaduse piire.

§ 7. Arst haigele või tema omakseile haiguse kohta seletuste andmisel peab hoiduma käsitlemast haigusse puutuvaid arstiteaduslikke üksikasju, mis hiljemini võivad põhjustada arusaamatusi nii arstide omavahel kui ka teise arsti ja haige ning tema omaste vahel, kusjuures arstil on keelatud oma kutsetegevuse alal anda abitarvitajaile või nende omakseile ebateaduslikke seletusi ja kirjeldusi.

§ 8. Arstil on keelatud end segada abitarvitaja perekondlikesse asjusse, kui teda selleks eriti ei palu haige või tema eest hoolitsejad.

§ 9. Arst peab abistama vajaduse korral haiget tema usuliste, vaimsete ja aineliste vajaduste korraldamisel. Kui haige soovib kutsuda vaimulikku, notari või mõnda ametiisikut, sugulast või sõpra, arst on kohustatud selleks aegsasti näitama sobiva aja.

§ 10. Arsti aukohuseks on hoida kutsesaladust, s.o. kõike seda, mida ta oma

kutsetegevuses on näinud, kuulnud või mõistnud. Kutsesaladuse arst võib avaldada ainult seaduses ettenähtud juhtudel ja tervishoiulisil kaalutlusil, tekkiva hädaohu vältimiseks. Arstil on keelatud oma kutsetegevusse puutuvaid andmeid avaldada oma raamatutes ja teaduslikes publikatsioones nii, et sellest võiks põhjustuda kutsesaladuse rikkumine. Arst on kohustatud hoidma kutsesaladuse kohustuse alla kuuluvaid andmeid nii, et nendele ei oleks juurdepääsu kõrvalistel isikutel. Oma perekonnaliikmeile avaldab arst kutsealalisi andmeid ainult tegeliku vajaduse piirides suurima tagasihoidlikkusega.

§ 11. Arstil on soovitav võtta pidevalt osa arstlike kutseorganisatsioonide tegevusest oma kutsealal edenemiseks, kutsealaliste eesmärkide teadlikuks taotlemiseks ja kollegiaalsete vahekordade arendamiseks.

§ 12. Arst peab kõigiti kaasa aitama rahvatervishoiu tööle, eriti nakkushaiguste ärahoidmise ja tõkestamise alal. Selleks arst mitte ainult ei täida täpselt vastava normistiku nõuded, vaid — pidades silmas taotletavat eesmärki — püüab vajaduse korral teha rohkem kui seadus temalt otseselt nõuab.

§ 13. Arst peab kogu oma tegevuses seisma teadusliku ravisüsteemi alusel ja astuma võitlusse ebaravimisega igal juhul. Arst peab täpselt kontrollima ja jälgima tema juhatusel või vastutusel töötava tervishoiupersonaali tegevust.

§ 14. Arst on kohustatud igal juhul säilitama inimese elu. Lootejärgus võib tärkava elu katkestamist põhjendada ainuüksi ema elu ja tervist otseselt ähvardav seisund. Arstil on keelatud sundiva põhjuseta hävitada inimese sigivusvõimet.

§ 15. Arstil on keelatud terapeutilised — nii medikamentaarsed kui kirurgilised — toimingud, mis ei ole teaduslikult küllaldaselt põhjendatud, samuti põhjendamatu katsetamine ja igasugune tegevus, mis võib piirata vaimselt tervet inimest tema tahte vabaduses või rippumatuses.

§ 16. Arstitunnistuse väljaandmine nii kohtutele kui ka muudele asutustele esitamiseks võib toimuda ainult arsti enese poolt ettevõetud otsekohese järelevaatuse põhjal, kusjuures tunnistuses esineva arvamuse aluseks tuleb võtta isiku tervisliku seisukorra põhjalikul läbivaatusel saadud andmed ja teaduslikud tõekspidamised.

Arstil on keelatud igasuguste «sõbratunnistuste» väljaandmine. Arstlike tunnistuste ja õienduste andmisel arst peab olema teadlik selles, et ta need annab arstivande all ja et tõeoludele mittevastava tunnistuse või õienduse andmine on tegu, mis võrdub kohtule valetunnistuse andmisele.

Arstil on keelatud anda teateid või tunnistusi ravi- või toitevahendite ja muu sarnase kohta nende äriliseks reklaamimiseks mittearstlikes trükitoodetes või muis mittearstlikes väljaannetes.

2. Arsti praktika

§ 17. Arstil on keelatud oma kutsetegevuse reklaamimine nii avalikult kui ka eraviisil. Reklaamimise all mõeldakse: sagedat ja pealetükkivat kuulutamist, silmatorkavate siltide väljapanemist, kuulutuste väljapanemist apteekides (kaasa arvamata kohalikkude arstide ühised nimekirjad, aadresside, eriala ja kõnetundide äranäitamisega), raudteejaamades ja muudes avalikkudes kohtades, reklaamkirjade väljajagamist, tasuta ravi pakkumist, eriliselt mõjuvate arstimite ja meetodite abitarvitajaile teatavaks tegemist, tänukirjade, ravimis- ja operatsiooniteadete avaldamist mittearstlikes ajakirjades, mitteasjaosaliste võhikute kutsumist arstlike toimingute juurde, reklaamloengute pidamist juurdekuuluva nõuandega abitarvitajaile ja teisi ebaharilikke võtteid abitarvitajate juurdetõmbamiseks.

§ 18. Arstile on lubatud kuulutamine trükitoodetes praktiseerimise alustamisel kolme kuu kestel oma äranägemise kohase sagedusega, praktika katkestamise puhul kolm korda enne ja kolm korda pärast katkestamist ja elukoha vahetuse puhul — ühe kuu jooksul, arsti poolt soovitud sagedusega, kusjuures

avaldatava kuulutuse suurus igal korral peab olema kooskõlas kohalike arstide poolt harilikult kasutatava suurusega. Peale seda arstile on lubatud kuulutada trükitoodetes 12 korda aastas oma äranägemise kohase sagedusega. Arstlike kuulutuste suuruse lubatavaks ülemmääraks on 35 millimeetrit ajalehe ühel veerul.

Arstil on lubatud panna välja vastuvõtukoha tähistamiseks maja välisküljele üks silt, mõõdetega, mis kombeks kohalikel arstidel, kusjuures sildi suuruse lubatavaks ülemmääraks on 35×25 sentimeetrit. Peidetud asendis oleva vastuvõtukoha tähistamiseks on lubatud maja käikudes, hoovil või õuel seada üles juhtsildid arsti nimega, kohal kombeks olevas suuruses, kuid mitte ületades sildi mõõdet, mis lubatud maja välisküljel. Arsti vastuvõtukoha korteriuksele on lubatud seada üles silt, mis suuruselt ei või ületada hoone välisküljel asetuva sildi mõõteid. Vastuvõtukoha muutmise korral arstile on lubatud pidada endise vastuvõtukoha hoone välisküljel eeltähendatud suuruses silti kuni pool aastat. Arstile on lubatud kuulutustes ja siltidel avaldada peale oma nime ning teadusliku kraadi, kutse- ja ametinimetuse: kehtivate määruste korras omandatud eriala nimetust, kõnetunde, vastuvõtukohta ja telefoninumbrit. Muude andmete avaldamine on keelatud.

Eriarsti nimetuse, eriarstlikkude toimingute, eriaparatuuride ja kabinettide kuulutamine on lubatud kehtivate määruste korras eriarsti kutse omandanud arstidele.

Maal liiklemisteedel rahvusvaheliste liiklemismärkide korras ülesseatud Punase Risti märgiga esmaabi-andmise koha tähistel on lubatud avaldada ainult esmaabi andmise punkti asukoht. Arsti nime avaldamine neil tähistel on keelatud.

§ 19. Populaarteaduslikel loenguil arst peab piirduma ainult tõsiste teaduslike küsimuste ettekandmisega ja hoiduma küsimuste ebateaduslikust käsitlemisest.

§ 20. Arstile on keelatud oma praktika laiendamise otstarbel iseseisvalt, ilma kohalikkude arstlikkude organisatsioonide nõusolekuta, anda soodustusi või eelistusi mõnedele isikutele ja võtta teistelt arstidelt soodustusi haigete saatmiseks nendele.

Eriarstele haigete saatmine ei tohi toimuda mingi tasusaamise või pärastise honororijagamise aluseil.

§ 21. Arstil on keelatud abitarvitajate kestvalt kirja- või telefoniteel ning kolmandate isikute kaudu abistamine; arstil on keelatud abitarvitajaid ravida rändsüsteemil.

§ 22. Väljaspool oma elukohta või tegevuspiirkonda arst võib avada abitarvitajate vastuvõtmise ainult peale selleks nõusoleku saavutamist kohalikult arstideseltsilt *resp.* kohalikelt arstelt.

§ 23. Arst, sõites puhkusele supelkohta või maale, peab hoiduma seal regulaarsest arstlikust tegevusest kohalikkude arstide huvides. Erandiks on supel- ja ravikohad, kus maksev teistsugune uusus.

§ 24. Abitarvitajatelt tasu võtmisel arst peab end hoidma kohal maksvate tasunormide piirides ja ei tohi teha allapakkumisi. Arstil on lubatud tasu määramisel, pidada silmas abitarvitajate majanduslikku seisukorda, vaesemaile kodanikele alandada maksu või tasust hoopis loobuda. Samuti arstil on lubatud ravitasu alal teha soodustusi rohuteadlasile, hambaarstele, õdedele, velskeritele, ämmaemandatele ja masseerijatele. Arstid ja nende ülespidamisel ning nende juures elavad lähemad perekonnaliikmed ravitakse tasuta. Lähemate perekonnaliikmete hulka kuuluvad arsti abikaasa, alaealised lapsed ja töövõimetud vanemad.

§ 25. Arstil on lubatud nimetada end eriarstiks ainult siis, kui ta tõepoolest on omandanud erihariduse vastaval alal sellekohaste seaduste või määruste kohaselt.

3. Arstide omavahelised suhted

§ 26. Arst peab panema suurimat rõhku heale läbisaamisele teiste arstidega ja hoiduma kõigest, mis võib rikkuda

kollegiaalset vahekorda; selleks arst peab suhtuma teistele arstidele aumeheliku viisakusega ja peenetundlikkusega, hoiduma kutsealalises tegevuses piinlikult igasuguseist ebakorrektsusist ja ebaväärilikest võtteist ning kergemeelseist, halvakspanevaist või alandavaist väljendusist teise arsti isiku või tema teadmiste või raviviiside kohta nii arstide endi vahel kui ka väljaspool.

§ 27. Arst on kohustatud temal teiste arstidega tekkinud tüliküsimused ja lahkarvamused lahendama viimastega omavahel. Tüliküsimuste lahendamine toimub aukohtute kaudu, millede otsused on vastuvaidlematud. Aukohtule mõnede asjaolude teatavaks saamisel, mis laseb oletada arstide distsiplinaarkohtu kompetentsi kuuluvat eksimust, aukohtu esimees on kohustatud asja tegema teatavaks Arstide Koja distsiplinaarkohtule. Arstide vahelised nii kutsealalised lahkarvamused kui ka üldiselt omavaheliste vahekordade lahendamised ei tohi põhjustada avalikku poleemikat ega kanduda mingil kujul mittearstlikesse trükitoodetesse.

§ 28. Arst võib võtta teise arsti ravimisel oleva haige ravimise haige kodus alaliselt oma peale ainult sel juhul, kui ta sai kinnituse, et arsti vahetus on haige poolt kavatsetud. Raviva arsti mittekättesaamise korral juurdekutsutud arst teeb seal ainult kõige hädavajalikumad korraldused, teatab võimalikult oma visiidist ravivale arstile ja jätab viimasele edaspidise ravi. Oma kabinetis arst võib võtta vastu kõiki haigeid.

§ 29. Kollegiaalsuse põhimõttel eriarst, võttes üle pikema ravi või operatsiooni, peab astuma ühendusse raviva arstiga *resp.* abitarvitaja koduarstiga. Lõpetades oma erialalise ravi naige juures, eriarst peab juhtima haige tagasi raviva arsti *resp.* tema koduarsti juurde ja jätma eventuaalselt vajalikuks osutuva juhtimise mõne teise eriarsti juurde juba raviva arsti *resp.* tema koduarsti hooleks.

§ 30. Arst, asendades teist arsti, asendamisaja lõppedes peab andma üle asendatavale arstile eranditult kõik asendamisaja haiged, kelle ravi vältub.

§ 31. Kolmandate isikute ülesandel tehtavate kontrollvisiitide tegemisel kontrolliv arst peab astuma aegsasti ühendusse raviva arstiga ja pakkuma viimasele võimalusi võtta osa kontrollvisiidist.

§ 32. Arst on kohustatud pidama nõu raskemate haiguste või operatsioonide korral arstide-eriteadlastega, kui seda nõuab haige seisund või seda soovivad kas haige või tema omaksed. Haige poolt soovitatud konsiliaararsti juurdekutsumise võib arst lükata tagasi ainult kõige mõjuvamail põhjusil. Ka konsiliaararst võib loobuda konsiiliumist ainult suuremate takistuste puhul.

Konsiiliumi pidamiseks vajalikud korraldused teeb raviv arst. Arstide nõupidamine toimub tunnistajaita. Tulemused teatab haigele või tema omastele kas raviv arst või üks konsiliaararstest omavahelisel kokkuleppel. Edasiravimine jääb seniravinud arstile.

Hilineb raviv arst kokkulepitud tähtajast rohkem kui veerand tundi ilma eelneva vabanduseta, võtab konsiliaararst ette läbivaatuse üksinda ja teeb vajalikud korraldused, teatades viimaseist ravivale arstile.

Juhul, kui raviva arsti ja konsiliaararstide vahel tekib lahkarvamus raviviisi alal, raviv arst kas võtab omaks konsiliaararstide ravieeskirjad või keeldub võtmast nendes vastutust enda peale kui ta need peab mitteotstarbekaks või kahjulikuks ravialusele. Viimasel juhul raviv arst teatab haigele, või tema omakseile lahkarvamuse esilekerkimisest ja nõuab teist konsiiliumi. Ta on õigustatud ravist loobuma, kui haige või haige omaksed konsultandi ravi eelistavad ja kui nad ei nõustu uue konsiiliumi korraldamisega.

Konsiiliumi puhul võetav honorar määratakse kokkuleppel raviva arstiga.

§ 33. Ükski arst ei tohi keelduda vajaduse korral assisteerimast teisele arstile.

4. Ametikohtadele kandideerimine

§ 34. Ametikohale kandideerimisel arst on kohustatud selgitama kas koht

on vabanenud arstkonna õigekspidamise mõistete kohaselt ja ei ole seejuures rikutud eelmise kohavaldaja õiguslikke huvisid. Vastasel korral arst peab loobuma kandideerimisest. Vaidluse korral neis küsimusis kandideerija on kohustatud arvestama arstkonna esinduse tõekspidamistega.

Arstile on keelatud ametikohale kandideerida, minnes mööda selle ametikoha seadusepärasest arstlikust ülemusest.

5. Lõppeeskirjad

§ 35. *Codex deontologicus medicorum* olgu juhtnööriks arstile tema tegevuses ja käitumises. Arstide Koja iga liikme moraalseks kohuseks on hoolitseda selle eest, et kõikjal leiaksid täitmist koodeksi eeskirjad.

§ 36. Käesoleva koodeksi eeskirjade vastu eksijaid Koja liikmeid karistatakse Arstide Koja Distsiplinaarkohtu poolt Arstide Koja Seaduse § 31. alusel.

§ 37. Käesolev koodeks astub kehtivusse kaks nädalat peale avaldamist «Eesti Arstis».

H. Uustalu.
Koja Nõukogu juhataja

A. Lübek
Koja esimees

P. Johansson
sekretär

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

UDK 616(092)(474.2)(049.2)

Eesti arstkonna häving aastatel 1939 . . . 1944

Ilo Käbin · Stockholm

Teine maailmasõda oma eel- ja järelmõjuga hävitas Eesti Vabariigi, põhjustades hindamatute materiaalsete kaotuste kõrval rahvastiku vähenemist umbes 25 protsendi ulatuses. On mõistetav, et NSV Liit valis oma esimesteks ohvriteks riigi ja sõjaväe juhtkonna. Peagi selgus, et häving võis tabada eranditult igat inimest, olenemata vanusest, terviseseisundist, rahvusest, maailmavaatest või elukutsest.

Käesolevaga on vaatluse alla võetud need meie üldsusele vähe tuntud kaotused, mis tabasid Eesti Vabariigi arstkonda. Sellest on esitanud masendava ülevaate dr. Helbe Merila-Lattik ajakirja «Kultuur ja Elu» 1990. aasta 7. numbris.

Peatugem mõningatel Eesti Vabariigi arstide kohta käivatel andmetel. 1921. aastal tegutses Eestis 366 arsti. 20 aasta jooksul (1919 . . . 1939) lõpetas Tartu Ülikooli 777 arsti, seega umbes 40 arsti aastas.

Nii suurenes Eesti arstide arv 1939. aastal 878-ni, kaasa arvatud baltisaksa, juudi, vene ja muu päritoluga kolleegid. Huvipakkuv on statistika, mis puudutab elanike ja arstide arvu suhet Lääne-Euroopa ja Kesk-Euroopa riikides enne viimast maailmasõda. Nii oli Rahvusvahelise Arstide Kutseühingu andmeil Eestis 1932. aastal ühe arsti teenin-

dada keskmiselt 1414 inimest; samal aastal Saksamaal 1307, Inglismaal 1140 ning Prantsusmaal 1550. Rootsis oli arstiabi veelgi raskemini kättesaadav — ühe arsti kohta tuli 1932. aastal 2660 võimalikku abivajajat.

Nüüd aga andmete juurde H. Merila-Lattiku eespool mainitud artiklis «Eesti rahvusintelligentsi hävitamine: Arstid». Igati motiveeritult lähtub autor Saksamaa ja NSV Liidu vahel sõlmitud Molotovi-Ribbentropi salaprotokolli otsesest mõjust Eesti arstkonna saatusele. Selle tagajärjel lahkus ajavahemikul 1939. aasta oktoobrist 1940. aasta aprillini Eestist 150 baltisaksa päritoluga arsti.

Mis juhtus 1940. aasta juunist 1944. aasta septembrini? See on üks küsimusi, millele ajakirjas «Kultuur ja Elu» avaldatud ülevaade püüabki vastust leida. Selgunud on järgmised faktid.

Aastail 1940 . . . 1941 arreteerisid Nõukogude okupatsioonivõimud 32 arsti, kellest enamik hukati (näiteks Põltsamaa haigla ülemarst, tuntud kirurg K. Prima, tõenäoliselt hukati ka riigimees ja diplomaat dr. F. Akel).

13 . . . 15. juunini 1941 toimunud küüditamise ohvriks langes 22 eesti arsti koos perekonnaga. Nende hulka kuulus ka juudi rahvusest kolleege, näiteks doktorid Boris ja Jakob Mirwitz.

Nädal hiljem alanud sõda põhjustas 75 juudi päritoluga Eesti arsti ja nende perekonna põgenemise NSV Liitu. Eestis kehtestatud Saksa okupatsioonivõimu käsul arreteeriti 12 kohalejäänud juudi rahvusest arsti, kellest 10 hukati.

Arstide arvu suurimat vähenemist Eestis aga ei olnud siiski veel toimunud. 1942. aastal Tallinnas viibinud Šveitsi ajakirjaniku Paul Gentizoni andmetel töötas sel aastal Eestis veel umbes 600 arsti. Suurim kaotus tabas Eestit 1944. aasta sügisel, kui algas Punaarmee uus sissetung. Vastavalt Eesti Rahvusfondi (Endel Kreppi) poolt koostatud statistikale põgenes tol ajal Läände 237 arsti.

H. Merila-Lattiku ülevaate täienduseks lisan, et esimesed Läänes avaldatud umbkaudsed andmed Eesti arstide kohta 1944. aasta sügisest pärinevad soome arstilt G. E. Wallgrenilt 1964. aastast. Tema andmeil, mis on Soome arstide ajakirjas avaldatud, olevat 1944. aasta sügisel, pärast uue Nõukogude okupatsiooni algust, Eestis töötanud 300 arsti. Autor ilmselt ei teadnud, kas nimetatud arv oli registreeritud 1944. aasta oktoobris, novembris või detsembris.

Hoopiski teistsuguseid andmeid esitas H. Merila-Lattik, kes Eesti Riigiarhiivis (end. ORKA) säilinud tervishoiuministeeriumi statistika alusel väidab, et 1944. aasta oktoobris oli Eestis arste alla 86! Sellest järeldub, et Eesti arstkond oli viie aasta jooksul kaotanud üle 90 protsendi oma koosseisust.

Autori tänuväärne uurimus meie kõrgel läänemaisel tasemel töötanud arstkonna saatuse kohta ei anna kõigele kaugeltki ammendavat vastust. Ka tema enda esitatud statistika kodumaalt lahkunud, kadunuks jäänud ja tapetud arstide vastavate rühmade arvulise kogusummana ei võimalda seletada eesti arstide üldarvu (1939. a.) vähenemist 976-lt 86-le.

Puudub selgus enam kui paarisaja ametivenna umbkaudsegi saatuse kohta. Vaevalt neile küsimustele täieliku vastuse leidmine üldse kunagi võimalikuks osutub, kuid soe käepigistus H. Merila-Lattikule ja kõikidele teistele, kes seda teha püüavad.

Lisaküsimusi leidub niisiis hulgaliselt. Toogem vaid mõned näited. Kas võime kindlad olla, et enne 1944. aasta oktoobrit ei jõudnud Läände rohkem kui 237 arsti või kas mõni neist põgenemisel ei hukkunud. Arvatavasti on registreerimata ka rindel langenud eesti arstid. Teadmata on, kui palju oli Eestis vene rahvusest arste ja missuguseks kujunes nende saatus.

Kas ja kui palju leidus baltisaksa päritoluga arste nn. järelümberasujate hulgas. Kohe pärast NSV Liidu vägede saabumist 1944. aastal varjasid paljud end metsas või mujal. Kas nende hulgas leidus ka arste? Kui palju kolleege aastail 1939 . . . 1944 suri loomulikku surma?

Mis puutub arstide ja arstiabi olukorda Eestis 1944. aasta oktoobrile järgnenud ajal, siis, võttes aluseks ainuüksi tookordse ametliku statistika, näeme arstide minimaalsest arvust tingitud tervishoiu kriisiolukorra näiliselt kiiret ja lootusrikast paranemist. Juba 31. detsembriks 1944, niisiis vaevalt kolm kuud hiljem, oli arstide arv Eestis peaaegu viiekordistunud (405 arsti). Et ei olnud tegemist Läänest tagasipöördunutega, siis on tõenäoline, et uustulnukad pidid saabuma Eestisse koos Nõukogude okupatsioonivõimuga.

On mõeldav, et ka mingi väiksem arv Eestisse kohale jäänud, kuid 1944. aasta oktoobris veel registreerimata arste paar kuud hiljem avaldatud statistikas arvele oli võetud. See statistika küll ühegi arsti rahvust ei märgi, kuid järgnevast nähtub, et ülekaalukas osa saabunuist pidid olema eesti keelt mittevaldavad inimesed.

Vaatamata suurtele kaotustele Suures Isamaasõjas, jätkus stalinliku võimuaparaadi poolt Eestile antav «vennalik abi» ka järgmistel aastatel. Nii oli arstide arv 1948. aasta 1. jaanuariks suurenenud juba 725-ni, ühtlasi selgub ka sõjajärgse arstkonna rahvuslik tagapõhi.

H. Merila-Lattik on neid arste vaadelnud kahes rühmas: Tartu Ülikooli lõpetanud ja NSV Liidust saabunud. Esimese, 388-inimeselise rühma enamiku moodustavad 308 eestlast, ülejäänud on juudid, venelased ja üksikud teistest rahvustest arstid.

Tuleb lisada, et eespool mainitud ajaks oli Eestisse tagasi jõudnud 1941. aastal NSV Liitu põgenenud Tartu Ülikooli hariduse ja eesti keele oskusega 43 juudi rahvusest arsti. Nagu eelnevalt mainitud, oli neid juudi rahvusest arstidest põgenikke 75, nendest 30 kohta igasugused andmed puuduvad.

Teises, NSV Liidus meditsiinihariduse omandanud 337-liikmelises vene keelt kõnelevas rühmas oli 208 venelast, kellele lisandusid 67 juuti, 38 Venemaa eestlast ning väiksem arv teistest rahvustest arste.

38 NSV Liidust saabunud Venemaa eestlase kohta väidab H. Merila-Lattik, et neile oli iseloomulik ainuüksi vene keele oskus, marksistlik-leninlik maailmavaade ning vaen kodueestlaste kui ilma kultuurita natsionalistide vastu. Ainult üksikud neist suutsid Eestis koduneda, küll aga tõusid mitmed nende hulgast juhtivatele kohtadele Eesti tervishoiu administratsioonis.

1948. aasta 1. jaanuaril oli Tartu Ülikooli lõpetanud arstidel — kuigi mitte-eestlastel — NSV Liidust saabunute suhtes ikkagi veel väike arvuline ülekaal (53,5%). Seejuures puuduvad andmed nende Eestis töötanud arstide kohta, kelle tööandjaks olid sõjavägi, julgeolek, siseministeerium, raudtee ja merelaevandus.

Kuid juba aasta hiljem olid ametliku statistika järgi Tartu Ülikooli lõpetanud arstid NSV Liidust tulnud kolleegide suhtarvus vähemuses. Arste oli Eestis 1077, kusjuures 417 (38,7%) Tartu Ülikooli lõpetanu kõrval töötas Eestis juba 660 (61,3%) NSV Liidust saabunut.

Järgmise 40 aasta jooksul jätkus arstide arvu suurenemine Eestis raugematu hooga ja aastaks 1989 oli arste juba 7500! Niisiis suurenes arstide arv keskmiselt 162 meedikut aastas. Nagu H. Merila-Lattik lisab, tegutses neist siiski ainult 6499 Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi süsteemis. Moskva sihikindla venestuspoliitika tulemused olid masendavad: nende arstide hulgas ei ole rohkem kui 1000 eesti rahvusest arsti (15,4%).

Ainuüksi selle statistika järgi otsustades võib tulla järeldusele, et Eesti on üks neid Euroopa riike, kus arstide suure arvuga on saavutatud eeldused ja tulemused rahva tervishoiu erakordselt kõrgel tasemel hoidmiseks. Moskvale ei ole seejuures tekitanud mingit südamepiina asjaolu, et keskmine eluiga Eestis on tunduvalt allapoole teiste Põhja-Euroopa riikide vastavat taset.

Küsimus, millest keskmise eluea vahe, haiglaravi suhteline primitiivsus, arstirohtude puudus ja hulk teisi rahva tervishoiuga seonduvaid puudusi tingitud on, jääb väljapoole käesoleva kirjutise raame. Küll aga vaatleme, kuidas

Eesti arstiteaduse omaaegne õitseng sõjajärgseil aastail allakäiguks muudeti.

Enne esimest Eesti Vabariigi okupeerimist oli Tartu Ülikooli arstiteaduskonnal 27 õppetooli sama arvu professoritega. Kui algas teine Nõukogude okupatsioon, olid neist kõrge teadusliku kvalifikatsiooniga õppejõududest umbes pooled Eestist lahkunud. Meenutagem neist professoreist mõningaid: E. Weinberg (anatoomia), M. Tiitso (füsioloogia), A. Rammul (hügieen), K. Schlossmann (bakterioloogia), U. Karell ja B. Jürgens (kirurgia ja ortopeediline kirurgia), R. Kleitsman (naistehaigused), E. Masing ja F. Grant (sisehaigused) ning A. Lüüs (lastehaigused).

Meenutamist väärivad ka eespool mainitute Eestisse jäänud kolleegid, tänu kellele Tartu Ülikooli arstiteaduskonna püsimine eestikeelse õppeasutusena üldse võimalikuks osutus. Meenutagem näiteks professoreid A. Valdest (patoloogia), G. Kingiseppa (farmakoloogia), G. Rooksi (kohtuarstiteadus), V. Vadit ja H. Normanni (sisehaigused), A. Linkbergi (kirurgia). Mis ootas neid ees ja mis juhtus arstiteaduse üliõpilastega, kes alustasid õpinguid okupatsiooniaastail, 1940., 1942. ja 1943. aastal (1941. aastal vastuvõttu ei toimunud)?

1940. aastal immatrikuleeriti arstiteaduskonda 81, järgnevatel kordadel, 1942. ja 1943. aastal 292 ja 100 üliõpilast. Et enamik ennesõjaaegseid õppejõude oli alles, siis toimus õppetöö sel lühikesel ajavahemikul küllalt kõrgel teaduslikul tasemel.

Teisele Nõukogude okupatsioonile kaasusid peagi Eestisse jäänud üliõpilaste eksmatrikuleerimine ja arreteerimine. Tagajärjeks oli see, et 1947. aastani jõudis arstiteaduskonna lõpetada vaid 19 üliõpilast!

Nagu eelnevast selgub, immatrikuleerus ajavahemikul 1940 . . . 1943 Tartu Ülikooli 474 arstiteaduse üliõpilast. Suurte raskuste ning takistustega võideldes õnnestus ajavahemikul 1945 . . . 1953 lõpetada ülikool 86 meedikul, seega 474 üliõpilasest 18%-l. Lõpetanute hulka kuulusid ilmselt ka need noored arstid, kes olid oma esimesed lõpueksamid sooritanud juba okupatsiooniaastail.

Nimelt tühistas taassaabunud okupatsioonivõim nende eksamid seniks, kuni nad olid sooritanud eksamid kommunistliku partei ajaloos, marksismis-leninismis ja muudes «teaduslikes -ismides». Neid, kes seda ei suutnud, «autasustati» velskrikutsega. Mis juhtus Eestisse jäänud arstiteaduskonna õppejõududega? Järjekordse okupatsiooniga kaasnenud igakülgsed raskused kulmineerusid 1950. aastal toimunud EKP VIII pleenumi otsuses alustada «kodanlike natsionalistide» hävitamist. 18 arstiteaduskonna paremast professorist ja dotsendist vallandati 12, nende hulgas professorid G. Rooks, H. Normann, A. Linkberg ja R. Bernakoff.

Nemad ja paljud teised asendati tunduvalt madalama kvalifikatsiooniga õppejõududega parteilise kuuluvuse põhimõttel. Algas Tartu Ülikooli tõeline teaduslik ja vaimne allakäik.

Võõras võim oli niisiis loonud olukorra, mille eest 1632. aastal Tartu Ülikooli avamisel selle kõrge õppe- ja uurimisasutuse esimene kantsler Johan Skytte oli hoiatanud, et hoidugu ülikool metafüüsilisest spekulatsioonist.

Pole siis ime, kui H. Merila-Lattik oma artiklis avaldab kartust, et spekulatiivse, ebateadusliku ja ebademokraatliku mõtteviisi järelmõju ka tänapäeva Eesti arstkonnas veel tunda annab. Võib-olla on see kartus põhjendatud, kuid pärast aastakümnete pikkust äraolekut kodumaad külastanud eesti arstide mulje on pigem vastupidine.

Meile on jäänud mulje, et Tartu Ülikooli kuulsusrikas arstiteaduskond koos oma kasvandikega sammub juba praegu Tartu teadusele traditsioonilistel läänemaistel radadel. See kultuuriline ja teaduslik tagapõhi tagab Eesti arstkonnale kodumaal juhtiva koha tulevikus.

Summary

Decimation of Estonian doctors in 1939—1944. The article deals with the losses little known to general public which the doctors of the Republic

of Estonia suffered in 1939—1944. In 1921 there were 366 practising doctors in Estonia. In the years 1919—1939 777 young doctors graduated from Tartu University, i.e. about 40 doctors per year. In 1939 there were 878 doctors in Estonia including those of the Baltic-German, Jewish, Russian and some other origin. After the conclusion of the Molotov-Ribbentrop Pact, 150 doctors of the Baltic-German origin left Estonia. In 1940—1941 the authorities of the USSR arrested 32 doctors, most of whom were executed. The forced deportation of June, 1941 claimed 22 Estonian doctors. During World War II 75 Estonian doctors of the Jewish origin had to flee to the USSR. The German occupational authorities are responsible for the arrest to twelve and murder of ten Jewish doctors in Estonia. The Estonian doctors sustained the biggest loss in the autumn of 1944, when 237 doctors went to the West just before the new invasion of the Red Army.

Резюме

Потери, понесенные эстонской медициной в 1919 . . 1944 гг. В статье рассматриваются малоизвестные эстонской общественности потери, которые понесла медицина Эстонской Республики. В 1921 г. в Эстонии насчитывалось 366 врачей. В 1919 . . . 1939 гг. Тартуский университет закончило 777 врачей, что составляло примерно 40 врачей в год. В 1939 г. в Эстонии было 878 врачей, включая балтийских немцев, евреев, русских и др. В 1940 . . . 1941 гг. советские власти арестовали 32 врача, большинство из которых было уничтожено. Жертвами июньской депортации 1941 г. стали 22 эстонских врача. В связи с началом второй мировой войны в Советский Союз эвакуировалось 75 врачей еврейского происхождения. По приказу немецких оккупационных властей были арестованы 12 оставшихся врачей-евреев, из которых 10 были убиты. Самая большая потеря постигла эстонскую медицину осенью 1944 г. в связи с новым наступлением Красной Армии. В это время на Запад бежало 237 врачей.

Õiendus

«Eesti Arsti» 1. numbris (lk-d 49—53) ilmus I. Käbini artikkel «Tartu Ülikooli osa eksperimentaalfüsioloogia arengus», mille juurest jäi tehnilistel põhjustel ära järgmine tekst.

* Ettekanne Eesti Vabariigi Tartu Ülikooli 71. aastapäeva aktusel Lundis 2. detsembril 1990, mis toimus Eesti Teadusliku Seltsi Rootsis Lõuna-Rootsi Osakonna korraldusel.

MITMESUGUST

Eesti Tervishoiu Muuseumis on uus püsiekspositsioon

Eesti Tervishoiu Muuseumi oma maja avati esmakordselt 14. aprillil 1929. aastal Tartus Pepleri t. 32. Sinna jäi ta likvideerimiseni ja muuseumi varade laiali jaotamiseni 1950-ndate aastate algul. Muuseumi esialgsed kogud olid küll rahvale vaatamiseks väljas juba alates 21. detsembrist 1924 Aia t. 46 kahes ruumis.

Muuseumis oli 16 osakonda. Peeti tervishoiuloenguid raadios, korraldati rändnäitusi, samariitlaste ja esmaabikursusi. Palju anti välja brošüüre. Suurim väljaanne oli 12 vihus ilmunud «Tervise käsiraamat».

Tervishoiu Muuseum avati taas 1980. aasta jaanuaris Tallinna Meditsiinikooli ruumides. 1989. aasta 15. juulist on Eesti Tervishoiu Muuseumil jälle oma maja asukohaga Lai t. 28/30.

Muuseumi hooned on endised elumajad. Neid maju on mainitud esimest korda XIV . . . XV sajandil. Elumajast on alles jäetud kitsas keerdtrepp, alles on jäetud ka endine mantelkorstna alus. XVIII sajandil ehitati maja ümber aidaks, sellest ajast on mõnes ruumis taastatud vanad palklaed ja luugid.

Maja tervishoiumuuseumiks ehitamisest ja selle avamisest räägib muuseumi direktor Helle Martinson järgmist: «1982. aastal saime siinsed hooned kätte. Siis algas vundamendist ja seintest proovide võtmine, maja uurisid ka arheoloogid. Muuseum pidi plaani järgi valmis saama 1986. aastal. 1984. aastal oleksid Poola ehitajad pidanud alustama restaureerimistöid, ent töö algus lükkus kaks aastat edasi. Meile tuli see muidugi kasuks, sest sel ajal, kui maja projek-

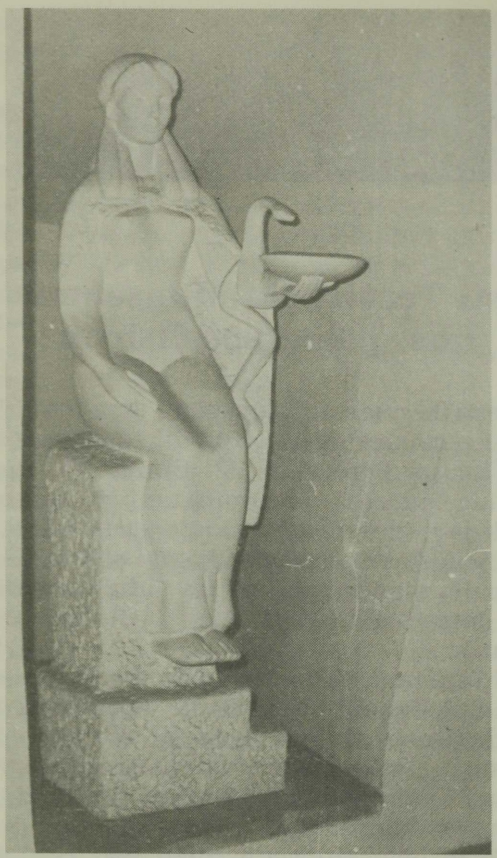


Foto 1. Tervisejumalanna Hygieia kuju muuseumi vestibüülis.

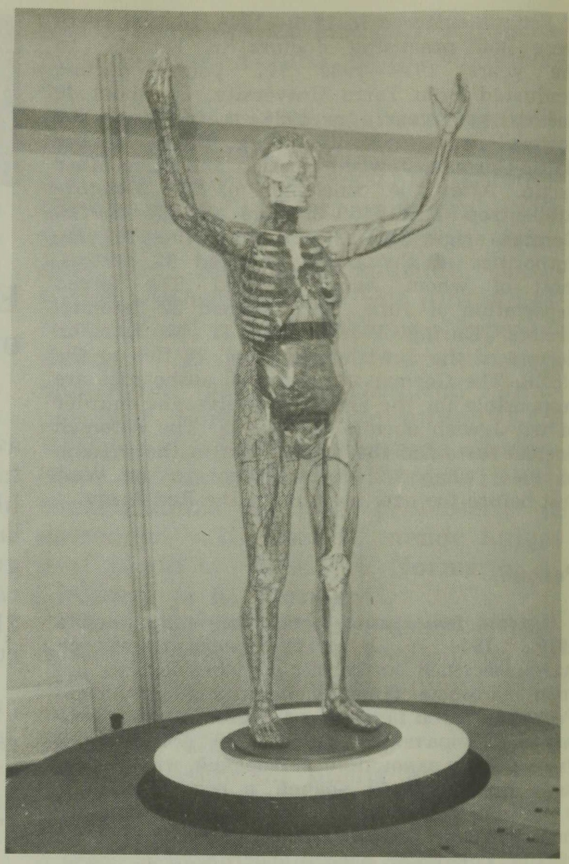


Foto 2. Klaasnaine.

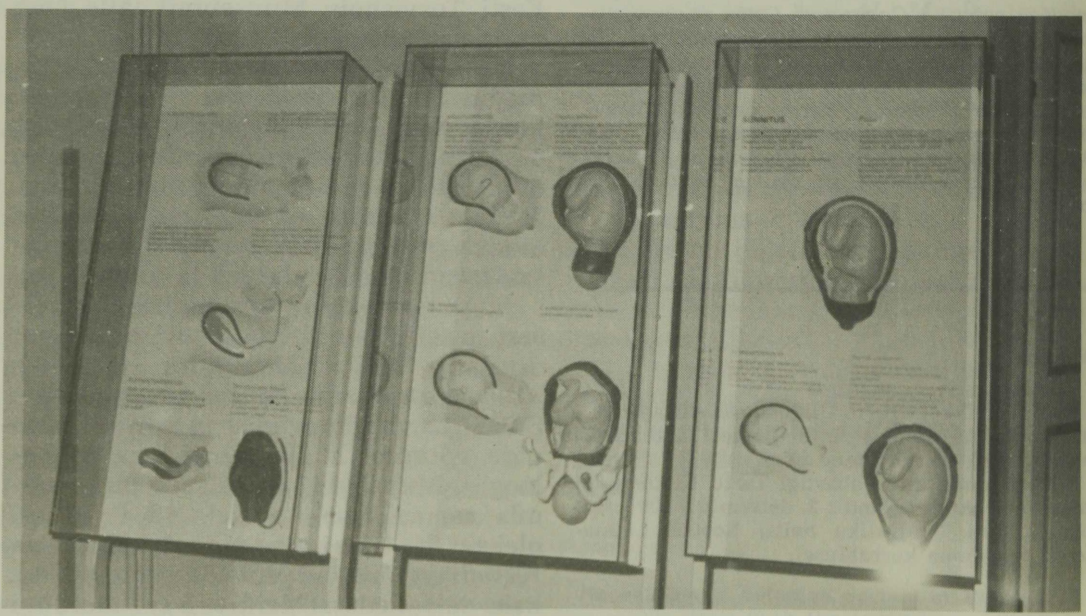


Foto 3. Üks sünnitustoa stende.

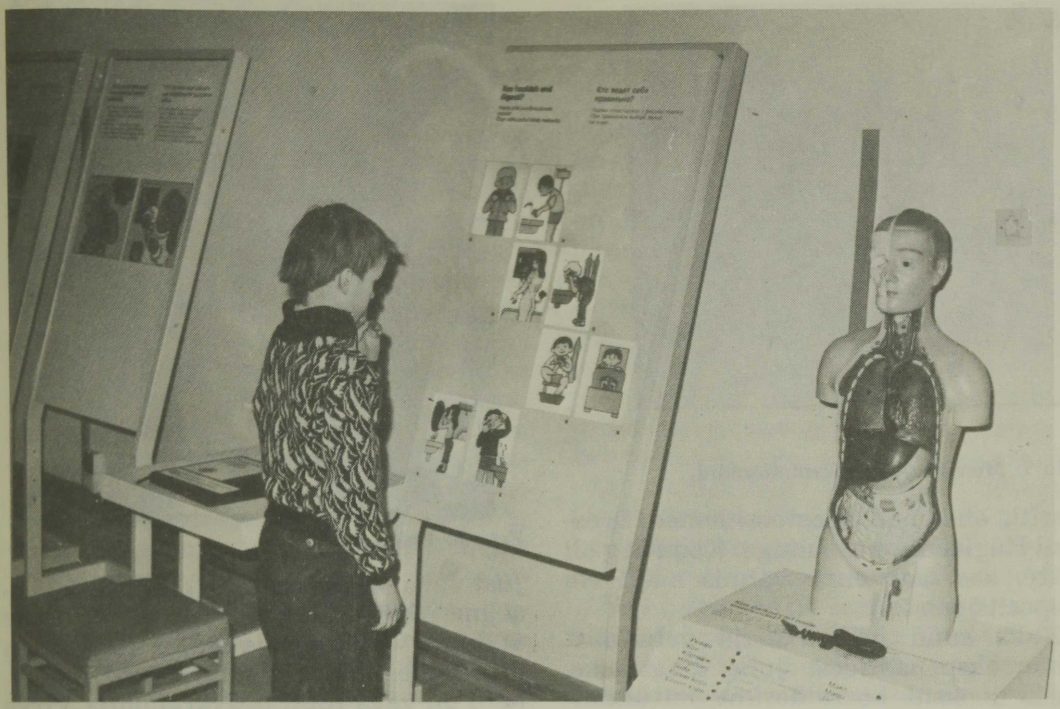


Foto 4. Stende ja eksponaate.



Foto 5. Reageerimiskiirust proovimas.



Foto 6. Veloergomeeter. H. Leppiksoni fotod.

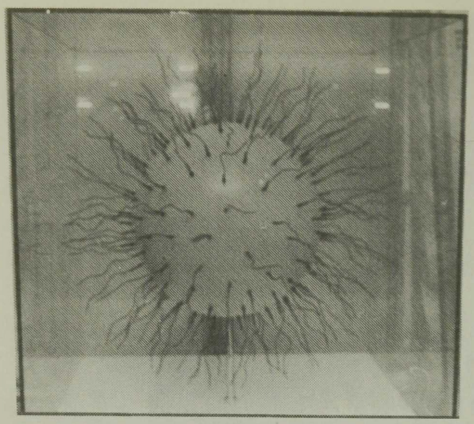


Foto 7. Munarakk ja spermatosoidid.

teeriti, olid meil koostöösidemed Dresdeni Hügieenimuuseumiga. Kogu aeg oli mure, kas saab enne valmis maja või ekspositsioon.

Kaks kuud pärast maja valmimist saime eksponaatidest juba klaasnaise. Aasta jooksul korraldasime mitukümmend näitust erinevatest valdkondadest. Eelmise aasta novembris tulid Tallinnasse kuus Dresdeni Hügieenimuuseumi spetsialisti, kes kolme nädalaga panid üles praeguse püsiekspositsiooni.

3. jaanuaril 1991 muuseum avati. Iga päev vaatab meie ekspositsiooni 300 . . . 500 inimest, laupäeviti isegi 600 inimese ringis.

Mustamäel olevad eksponaadid jäid meditsiinikooli õppevahenditeks. Praegused eksponaadid on nüüdisaegsemad ja tehtud selle maja projekti arvestades. Osa näidiseid ei pea suurele külastajate arvule vastu, peaaegu iga päev on tarvis parandada veloergomeetrit ja reageerimiskiirust määravat seadet.

Meie muuseumi on vaatamas käinud palju välismaalasi, neid on olnud Hiinast, Ameerikast, Saksamaalt, Rootsist ja mujalt. Nad on meie majast väga vaimustatud, hoone pakub arhitektuuriliselt neile suurt huvi.

Sanitaarharidustöö on muuseumi üks suundi, teine on ajaloomaterjali kogumine. Tahaks panna nii vanemate kui ka nooremate inimeste südamele, et nad mõtleksid muuseumi peale. Ei ole vaja, et muuseumisse toodav ese või foto

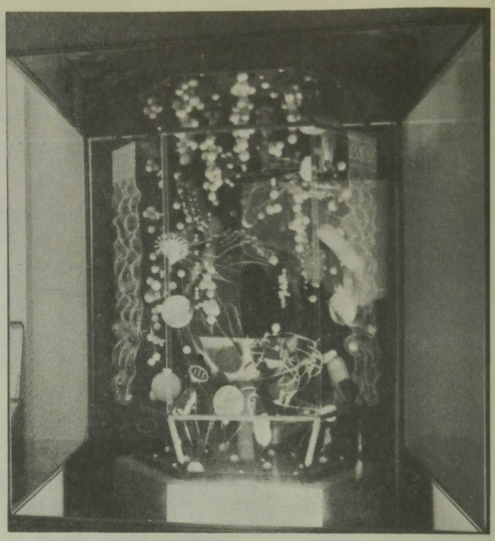


Foto 8. Raku mudel.

just vana oleks, see võib olla ka nüüdisaegne. Mõne aja pärast on ta jälle ajalugu. Veel tahaks väga, et kirjutataks üles mälestusi või loetaks neid lindile. Meil on väga tubli peavarahoidja Virve Mägi, kes on fondid hästi korras hoidnud. Kui kellelgi on vaja küsida, kas see või teine materjal tervishoiumuuseumile saatmiseks sobib, siis palume helistada telefonil 60 17 08».

Muuseumi esimesel korrusel on vestibüül, kus saab korraldada ka näitusi. Teisel korrusel on nn. lastetoad, kolmandal korrusel perekonna planeerimise, raseduse, sünnituse ja esimese eluaasta osakond, seal on ka raku mudeli tuba, klaasnaise tuba ja suur näitussaal.

Väljapaneku koondnimetus on «Inimene, tervis, perekond». Teise korruse lastestendid peaksid köitma kõige enam 5 . . . 10-aastaste tähelepanu, kuid seal on huvitav ka täiskasvanutel. Võib mõõta kopsumahtu, teada saada, kui pikk on inimese soolestik, kui palju verd liigub inimese vereringes, tundma õppida naha, silma, kõrva, südame, lõualuu ehitust.

Paljude eksponaatide juures saab oma teadmiste õigsust kontrollida. Kui vajutada nupule, hakkab õige vastuse korral vastava elundi kohal põlema lambike. Alati on hulk lapsi veloergomeetri ja reageerimiskiirust näitava auto juures. Palju on lahtivõetavaid eksponaate.

Huvitavat ja õpetlikku on ka kolmanda korruse tubades. Ühes toas on pöörleval alusel klaasnaine. Sellega tutvumiseks on kolm võimalust. Esiteks saab nupule vajutades teada, kus mingi elund asub. Teine võimalus on kuulata lindilt tulevat juttu, vastava elundi kohal põleb lambike ja räägitakse selle elundi talitlusest. Seanss on 14 minutit. Ja kolmandaks saab vaadata ka 35 minutit kestvat videofilmi siseelunditest.

Kahes ruumis on teavet perekonna planeerimise, raseduse, sünnituse, suguhaigustest hoidumise kohta. Vitriinis on loomulikus suuruses loote arengu mulaažid. Teises ruumis saab vaadata videofilmi sünnitusest. On olemas kompuuterprogramm, kust saab teada; kuidas rase peaks elama, et sünniks terve laps. Isegi valele nupule vajutades saab teada ka õige vastuse, sest kompuutri ekraanile ilmuv tekst teatab: «Teie vastus ei ole õige, sest õige on . . .». Ühes kolmanda korruse toas on 100 000-kordses suurenduses raku mudel. Selliseid mudeleid on maailmas ainult kolm: Berliinis, Dresdenis ja Tallinnas. Raku osasid saab ükshaaval valgustada ja lindilt kuulata juttu vastava rakuosa funktsiooni kohta. Kolmandal korrusel on eksponeeritud ka vanu arstiriistu. Näitussaalis on praegu väljas eesti lasteraamatute illustratsioonide näitus.

Muuseum on avatud kella 11. . . 17-ni. Pühapäevati ja esmaspäeviti on muuseum suletud. Ekskursiooniks saab aja kokku leppida telefonil 60 16 02.

Anne Tallo

Eesti assotsiatsioon «Anti-AIDS»

Inimese immuunpuudulikkuse viirus on üha ulatuslikumalt levimas kogu maailmas. Nakatumise iseärasuste tõttu on haiguse levikule väga raske piiri panna. Väga teravalt on paljudes riikides esile kerkinud ühiskonna suhtumine viirusekandjatesse ja AIDS-i haigetesse. Just seetõttu on kõrvuti meditsiiniprobleemidega väga aktuaalseks muutunud AIDS-i sotsiaalsed, eetilised ja psühholoogilised probleemid. Nende lahendamisele aga saavad kaasa aidata väga erinevate elualade inimesed. Organisatsiooniks, mis ühendab selliseid hea tahtega inimesi, on rahvusvaheliselt saanud assotsiatsioon «Anti-AIDS».

Mõni aeg tagasi asutati selline ühisalgatusel tegutsev liit ka Eestis. Teavet «Anti-AIDS-i» Eesti liidu asutamise ja senise tegevuse kohta palusime assotsiatsiooni viitsepresidendilt, Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi direktorilt bioloogiadoktor L. Priimäelt.

Assotsiatsioon «Anti-AIDS» on ühiskondlik organisatsioon, mis aitab kaasa tervishoiukasvatuse korraldusele ning aitab organiseerida AIDS-i nakatunute sotsiaalset rehabiliteerimist.

Assotsiatsiooni asutamiskoosolek peeti 1990. aasta 5. septembril Tallinnas. See kutsuti kokku AIDS-i Tõrje ja Profülaktika Keskuse initsiatiivil, mis funktsioneerib Tallinna Linna Nakkushaigla ja Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi baasil. Asutamiskoosolekust võtsid osa esindajad Eesti Arstide Liidust, tervishoiuministeeriumist, Eesti Tervishoiu Arenduskeskusest, Vabariiklikust Naha- ja Suguhaiguste Dispanserist ja teistest tervishoiuasutustest ning Eesti Naiste Liidust, Eesti Teaduste Akadeemia Ajalooinstituudist, Halastuse Ühingust, luteri usu kirikust, Töötavate Naiste Liidust, haridusministeeriumist, sotsiaalhooldusministeeriumist, Eesti Noorte Ühendusest, «Sakala» keskusest ja mujalt.



Foto. Eesti assotsiatsiooni «Anti-AIDS» asutamiskoosolek 5. septembril 1990. aastal Tallinnas. J. Nei foto.

13. septembril 1990 toimus assotsiatsiooni pleenum, kus arutati AIDS-i propaganda korraldamist, valiti assotsiatsiooni juhatus, vaadati läbi ja kinnitati põhikiri.

Assotsiatsiooni juhatusse kuuluvad: president — Eesti Vabariigi Ülemnõukogu perekonna- ja sotsiaalprobleemide komisjoni liige Mai Kolossova; viitsepresidendid — Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi direktor Ludmilla Priimägi, Eesti Vabariigi Haridusministeeriumi Õppekirjanduse Keskuse asedirektor Hella Mõttus, Eesti Vabariigi Tervishoiu Arenduskeskuse direktor Laur Karu.

Põhikirja alusel on assotsiatsioon «Anti-AIDS» juriidiline isik, mille kõrgeimaks juhtorganiks on vabariiklik pleenum, mis valib juhatuse, selle presidendi, neli asepresidenti, laekuri ja revisjonikomisjoni kaheks aastaks. Assotsiatsiooni liikmeteks võivad olla üksikisikud ja asutused, ettevõtted, teadusseltsid, õppeasutused kollektiivliikmetena. Oma põhieesmärgiks peab assotsiatsioon AIDS-i leviku vältimist Eestis, võitlust võõrdumise ja hirmuga viirusekandjate suhtes ning kaasaaitamist haigete ja viirusekandjate juriidilisel ning sotsiaalsel rehabiliteerimisel. Oma tegevuses juhindub assotsiatsioon humanismi, vabatahtlikkuse ja avalikkuse printsiipidest ning on moraali ja terve eluviisi propaganda teenistuses. Põhikirja alusel on assotsiatsiooni asutajaorganisatsiooniks ka Tartu Ülikooli arstiteaduskond.

Vastavalt pleenumi ettepanekule registreeris tervishoiuministeerium assotsiatsiooni «Anti-AIDS» ja kinnitas selle põhikirja (ministri käskkiri 1990. aasta oktoobrist).

Tähtsaks sammuks lähemate naabritega koostöö arendamisel on olnud Eesti assotsiatsiooni osalemine «Anti-AIDS-i» Balti Liidu Koordinatsioonikogu koosolekutel 14. ja 15. novembril 1990. aastal Riias ja 14. detsembril 1990. aastal Vilniuses. Riia koosolekul võeti vastu ühispöördumine Eesti, Läti ja Leedu vabariigi valitsuse ja Leningradi Linna Täitevkomitee poole, mille juhtmõtteks oli: «Täna ei ole veel hilja, et ühineda elanikkonna kaitseks hävimise eest».

Et riiklik AIDS-i tõrjeprogramm veel puudub, on assotsiatsioon koostanud ja Eesti Vabariigi valitsusele esitanud projekti «AIDS-i leviku profülaktika programm Eestis».

Viie tegevuskuu jooksul on assotsiatsioon jõudnud sõnadelt tegudeni. Alustatud on selgitustööd kooliõpilaste hulgas ja tehtud on seda nii eesti kui ka vene keeles neljas suunas: 1) kooliõpilaste ühiskokkusaamised «Sakala» keskuses; 2) arstide vestlused koolides; 3) õpetajate ja lastevanemate harimine AIDS-i profülaktika alal ja 4) metoodilise materjali hankimine, trükkimine ja levitamine. Seniste kogemuste alusel on AIDS-i alast selgitustööd lihtsam teha eraldi klassides ning koolides, ka kasutegur on suurem. Selles valdkonnas on tänuväärset tööd teinud N. Kalikova. Hea kontakt on assotsiatsioonil Eesti Raadio ja Eesti Televisiooniga. Koostöös Tallinna Kunstiülikooliga korraldati konkurss assotsiatsiooni embleemi saamiseks. Selle võitis üliõpilane M. Allsalu.

Originaalsed metoodilised õppematerjalid esialgu puuduvad, kuid selle lünga on edukalt täitnud võõrkeelsed väljaanded ja nende tõlked eesti ning vene

keelde. Head näit- ja õppematerjali on saadud Leningradi Pasteuri Instituudist, huvitavaid metoodilisi soovitusi Leedu AIDS-i Profülaktika Keskuselt, samuti Rootsi kolleegidelt. Lihtsam on olnud vene koolide varustamine, sest Leningradi materjalid sobivad nendele suurepäraselt. Eesti koolide varustamine on keerukam, sest tõlkimine ja trükkimine võtavad aega, kulu ja paberit. Sponsoritest toetab assotsiatsiooni kõige enam firma «Estind». Hea koostöö valitseb kirikuga: Kaarli koguduse õpetaja Mihkel Kuke vahendusel õnnestub tõenäoliselt saada Soomest HIV-diagnostikume, süstlaid, kummikindaid ja vereülekandesüsteeme. Assotsiatsioonile teeb muret meie ühiskonnas piiranguta ja moraalse barjäärita kulgev seksi propaganda, millele on kõige vastuvõtlikumad noorukid. Assotsiatsiooni taotluste suhtes on see täielik vastupropaganda.

Lõpuks mõned assotsiatsiooni käsutuses olevad andmed AIDS-i alaste uuringute kohta Eestis. 1990. aasta 1. novembriks oli tehtud 641 696 uuringut, sealhulgas kontrollitud 269 769 doonorit ja 139 419 rasedat. HIV-1 antikehi sisaldasid 12 inimese proovid: proovid 11 mehelt ja ühelt naiselt (vanus 18. . .40 aastat), kes põdesid suguhaigusi ja olid viibinud välismaal üle ühe kuu, ning doonoritelt. 1. veebruariks 1991. aastaks oli viirusekandjate arv suureneud 14-ni. Nakkuse leviku teeks on nendel juhtudel olnud üksnes suguline kontakt. Viirusekandjate arv Eestis järjest suureneb, sest enamik neid on avastatud 1990. aastal. Kinnitamata andmeil on nendest viirusekandjatest AIDS-i haigestunud üks inimene.

Assotsiatsioon loodab heale ja üksteistmõistvale koostööle sponsoritega. Assotsiatsiooni «Anti-AIDS» arveldusarve number on 141 723 (AIDS) NSV Liidu Elamusotsiaalpanga Tallinna 1. Oktoobri osakonnas (panga kood 781266). Kõik hea tahtega annetajad on teretulnud meie ühise humaanse ja õilsa ürituse edendamiseks.

Kuulo Kutsar

MÕTTEVAHETUS

UDK 001-.004.14(049.2)

Teadus ja praktika

Kiira Subi · **Tallinn**

teaduslik uurimistöö, praktiline uurimistöö, teaduse ja praktika vahekord

Eestis on nõukogude võimu aastail teadlaste arv suurenenud üle kümne korra (5, 8). Üldiselt arvatakse, et teadlaste arvu suurenemisega käib käsikäes teaduse areng. Kuid võib ka teisiti olla. Kui teadlaste arv ei ole vastavuses andekate inimeste hulgaga, siis teadustöö devalveerub, et olla jõukohane kõikidele teadustööle pürgijatele. Siit küsimus: missugune on ikkagi olnud teaduri töö nõukogude võimu perioodil?

Inimese töist tegevust võib tinglikult liigitada kolmeks. Esiteks — tegevus on spetsiifiline, vastab ametile ja kvalifikatsioonile (näiteks arst uurib haiget). Teiseks — tegevus ise on mittespetsiifiline, kuid on seotud spetsiifilise tegevusega (arst sõidab haige juurde). Kolmandaks — tegevus on tegijale kasutu nii ameti kui ka kvalifikatsiooni seisukohast (arst täidab formulare).

Ent missugune on teadlase spetsiifiline tegevus? Teadlase töö eesmärgiks on inimkonna tarkuse rohkendamine. Tarkust on defineerinud USA filosoof J. Kekes nii: «Tarkus on suur inimlik hüve, võib-olla isegi suurim. Tarkus on asjade mõistmine ja võime kasutada seda mõistmist, et elada harmooniliselt koos looduse, teiste inimeste ning iseendaga» (4).

Ühes Inglismaa vaimuhaiglas rippus loosung: inimene ei mõista asju nii, nagu asjad on, vaid nii, nagu ta ise on. Teiste sõnadega — inimene suhtub asjadesse vastavalt oma arusaamale, tal on nende kohta oma arvamus. Nüüd tekib küsimus: kas tarkus on inimesel kaasasündinud omadus mõista asju objektiivselt, s.o. kas targal inimesel langeb subjektiivne arvamus iseenesest kokku objektiivse tegelikkusega? Paraku on see nii ainult mütoloogilistel tarkadel. Inimesel tuleb asjade objektiivseks mõistmiseks teha tõsist mõttetööd, teatud konkreetse faktilise materjali olemasolu korral iseeneslikult tekkinud arvamuse kõrval välja töötada teised võimalused (seisukohad), teha nende vahel teadlik valik ja valiku õigustus. Seega eeldab tarkus lähteandmeid ja teatud mõtlemisviisi. Tarkus on inimesel omandatav nagu pillimängki, andekus on vaid võime ja oskus tööd teha, meisterlikkus ise on kannatlikkuse, õppimise ja visa töö vili.

Teadlase spetsiifiline tegevus ongi teaduslike teadmiste tootmine kindla piiritletud objekti ulatuses. Teaduslik teadmine selle sõna tõelises tähenduses algab sealt, kus faktide kogumi taga tunnetatakse seaduspärasust, faktide üldist ja paratamatut seost, mis võimaldab seletada, miks antud nähtus kulgeb nii, aga mitte teisiti, ennustada tema arenemise käiku. Teadus ei ole lihtsalt faktide ja seaduste kohta käivate teadmiste kogum, vaid teadmiste süsteem, milles faktid ja seadused on omavahel kindlas seoses ja tingivad vastastikku üksteist (6). Teaduslikud teadmised (üldistused) võimaldavad hoopiski täielikumalt ja sügavamalt mõista ümbritsevat maailma ja iseennast kui ühe või teise nähtuse puhtväline kirjeldus.

Teadlase poolt täiendatav teadmiste süsteem, nn. teaduslik maailmapilt, ei esine väljaspool mõtlemist, seetõttu teadlase spetsiifiline tegevus on mõttetöö. Teadus on vaimse töö vorm ja tulemus (3). Et teadlase mõttetöö probleemide leidmisel, tõestamisliini väljatöötamisel ja uurimistulemuste interpreteerimisel on isikupärane, siis teadlase spetsiifiline tegevus on individuaalne ja loominguline. Kaks teadlast võivad jõuda samale järeldusele erineva mõttekäigu kaudu.

Et teaduse eesmärgiks on maailma objektiivne mõistmine, siis teaduslike teadmiste tõesust kontrollitakse praktika varal. Teaduse ja praktika seos esineb ka praktiku töös. Teadlane uurib konkreetset haiget teadmiste rohkendamiseks selle haiguse kohta, arst seevastu kasutab neid teadmisi konkreetse haige uurimiseks ja raviks.

Nüüdisteadlase tegevusest ülevaate saamiseks vaatleme mõningaid viimastel aastatel viroloogiaalases teadustööde kogumikus või teaduslik-teoreetilises perioodikas ilmunud uurimusi. Näiteks ühes töös on kolm autorit uurinud C-gripi-puhanguid Leningradi lastekollektiivides (11), teises kuus autorit 1986. aastal NSV Liidus ja Tšehhoslovakkias isoleeritud gripiviirustüvesid (10), kolmandas kaheksa autorit gripiviiruse levikut lindudel Põhja-Kaspia saartel aastail 1976. . .1985 (14). Kaheksa autorit olid käsitlenud lastelt isoleeritud rotaviirusi (13) ja neliteist autorit gripi elusvaktsiini efektiivsust lastel (12). Tuleb tõdeda, et kõikides nendes uurimistöödes puudub teadlase spetsiifiline tegevus. Uurimistööd on puhtpraktilise suunitlusega, konkreetse situatsiooni, s.o. konkreetse tekitaja, puhangu, vanuserühma, paikkonna, ajaperioodi kohta, informatsiooni saamiseks on kasutatud olemasolevaid teadmisi ja vahendeid. Autorid moodustasid vastavate ühiste tunnuste alusel uuritavate (haigete, vaktsineeritute, tekitajate) rühmad, tegid kliinilisi ja/või laboratoorseid uuringuid ning uurimistulemuste alusel andsid konkreetse vastuse rühma või uuritud nähtuse kohta, nii nagu arst annab konkreetse vastuse uuritud haige kohta.

Kerkib üles küsimus, kui suure osa teadusasutustes tehtavatest töödest võivad moodustada sellised praktilised uurimistööd. Plaanipäraselt arendatavas nõukogude ühiskonnas on ka uurimistööd planeeritavad. Arstiteaduses

koostatakse plaan üleliidulise informatsioondokumendi alusel tavaliselt mitme aasta peale, kusjuures selles tuleb ette näha, mida ja mil viisil uuritakse, missuguseid tulemusi või kasu võib oodata ja kus tulemusi rakendada. Sellise planeerimise juures toimub aastatepikkune tegevus plaani koostamise ajal olnud tarkuse tasandil. Et tarkuse muutumist ei eeldata, siis on kogu uurimistöö nagu käik mööda lauskmaad, kus juba stardist on võimalik näha finišit. Selline planeerimine on mõeldav praktilise uurimistöö puhul, teadustööd nii planeerida ei saa. Siin töö käigus teaduslik maailmapilt avardub, teadmised täienevad ja täpsustuvad. Töö käigus sünnivad probleemid, luuakse uurimistaktika, küpseb argumentatsioon ühe või teise seisukoha poolt või vastu. Tarkuse seisukohast on kogu uurimistöö nagu trepist ülesminek: alumisel astmel me ei tea, mis meid ülemisel astmel ees ootab, missugusel astmel meie probleem laheneb või kas ta üldse laheneb.

Seega võib planeerimisviisi põhjal väita, et teaduri tegevus arstiteaduses ongi orienteeritud praktilisele, mitte teaduslikule uurimistööle.

On teisigi erinevusi praktilise ja teadusliku uurimistöö vahel. Et praktilise uurimistöö eesmärgiks on saada informatsiooni konkreetse objekti või nähtuse kohta, siis on metoodika siin vast kõige olulisem. Uus meetod võimaldab saada uusi andmeid, mistõttu informatsioon uuritava objekti kohta täieneb. Seega metoodika uudsus juba väärtustab praktilist uurimistööd.

Teaduslikus uurimistöös on metoodika asend mõnevõrra erinev. Uute meetodite avastamisega täieneb uurimisvahendite arsenal. Kuid siin tuleb hoiduda uue ja vana võrdlemisest hindamissüsteemi alusel. Uus pole parem kui vana, vaid teisem (1). Seetõttu ei sõltu metoodika valik mitte tema uudsusest, vaid sellest, missuguses informatsioonis näeb teadlane oma probleemi tõestust. Ühe ja sama meetodiga võib lahendada erinevaid probleeme ja, vastupidi, ühte ja sama probleemi võib lahendada erinevate meetoditega. Mida üldisem on probleem, seda rohkem on valikuvõimalusi eksperimendi, s.o. uuritava objekti ja metoodika suhtes. Mida sügavamalt tunnetatakse uuritavat, seda lihtsamaid lahendusvõimalusi võib leida. On võimalik jõuda probleemi täieliku mõttelise lahenduseni, kusjuures eksperimendil jääb ainult eitav või jaatav funktsioon. Veelgi enam, teadlane võib leida uuritavale lahenduse ainuüksi kirjandusandmetele toetudes. Seisukoha tõesust näitab selle ühtelangemine teadusliku maailmapildiga. Viimast tavatsetakse võrrelda mosaiigiga, mille teadlased kokku laovad. Kivikese sobivus mosaiiki näitabki selle õigsust.

Ka töötajate kvalifikatsioon on teaduslikus ja praktilises uurimistöös erinev. Teadustöös ei piisa üksnes loomingulistest võimetest, tarvis on tunda ka kõike põhilist (tarkust), mis inimkond on uuritava objekti kohta talletanud. Praktilises uurimistöös ei ole selliseid süvateadmisi vaja, tähtis on eelkõige konkreetne tegutsemisoskus. Et plaani koostamisel on nii uuritava probleemi kui ka uurimismetoodika kohta võimalik saada konsultatsiooni mõne teadjama käest, siis võib iga kõrgkooli lõpetaja kohe asuda praktilisele uurimistööle. Mainitud tingimustel on see jõukohane isegi kõrghariduseta töötajatele.

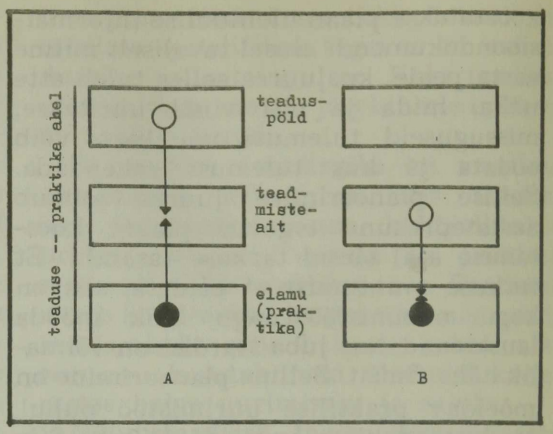
Öeldust võib teha olulise järelduse: praktiline uurimistöö ongi selleks võtmeks, mis avab teadusasutuse ukse kõikidele soovijatele ning sellega võib teadurite arvu lõpmatult suurendada.

Et praktilise suunitlusega uurimus annab konkreetse pildi meid ümbritsevast ja meist endist mingil kindlal momendil, on ta vajalik praktilisele tegevusele. Kuid praktiline uurimistöö, nagu juba märgitud, on olemasolevate teadmiste tarbimine, mitte aga uute teaduslike teadmiste tootmine. Uudsuste juurutamine vabariigi tasemel (uus uurimisobjekt, uus metoodika) ei muuda uurimistööd teaduslikuks, sest teaduses on tähtis maailma tase. Teadus on toitepinnaks

praktilisele uurimistööle, teaduse tasemest oleneb praktilise uurimistöö tase. Inimkonna avastused ja leiutised on olnud teadusliku mõtlemise lõppproduktideks, kuid praktilise tegevuse lähtepunktideks.

Järelikult on ühiskonna arenguks olulised nii teaduslikud kui ka praktilised uurimistööd. Väärad on tendentsid tähtsustada ainult praktilisi uurimusi. Veelgi ohtlikum on, kui praktilisi uurimusi hakatakse käsitama teadusena. Sellisel juhul kaob teadus teaduasutuste tegevusest paratamatult, sest nõuded ühe või teise töö kohta on niivõrd erinevad. Nii on praktilise uurimuse nõueteks praktiline väärtus, informatsiooni konkreetsus, mõistetavus laiemale ringkonnale, metoodika uudsus ja mitmekesisus, uuringute rohkus, töö mahukus. Järelikult uurimust ei aktsepteerita, kui puudub konkreetne informatsioon (esitatakse üldistusi), metoodika on vana või uuringuid on vähe (eksperimendil on eitav või jaatav funktsioon), kui uurimusel ei ole praktilist väärtust või töö eesmärk on laiemale ringkonnale ebaselge. Teadusliku uurimuse mõistmine eeldab paraku vastavaid teadmisi, see võib olla arusaadav ainult sama eriala teadlastele. Juba J. W. Goethe märkis, et igaüks kuuleb vaid seda, millest ta aru saab (2). Oleme harjunud, et inimesed pilkavad seda, mida nad ei mõista.

Missugune peaks olema teaduse ja praktika vahekord ühiskonnas? Teaduse — praktika ahelas võib piltlikult eristada kolme lüli: teaduspõld, kus teadmisi toodetakse; teadmisteait, kus neid salvestatakse; elamu (praktika), kus teadmisi tarbitakse (vt. skeem, A). Teadlane on teadmiste tootja ja salvestaja. Praktilise tegevuse ajuks on kõrgharidusega spetsialist, kes hea ettevalmistuse korral saab oma erialal kogu olemasoleva tarkuse. Et spetsialist seisab pidevalt probleemsituatsiooni ees, siis põhineb tema spetsiifiline tegevus mõttetööl ja teadmistel. Teadmiste rakendajana on spetsialist vahendajaks teaduse ja praktika vahel. Et inim-



Skeem. Teadlase ja spetsialisti tegevus teaduse — praktika ahelas. Valge ringiga on tähistatud teadlased, mustaga spetsialistid, noolega tegevuse ulatus.

konna teadmised rohkenevad, tuleb tal oma teadmisi pidevalt täiendada. Keskseks lüliks, kus teadlane ja spetsialist kohtuvad, ongi teadmisteait. Vahetu kontakt teadusega ei võimalda spetsialistil mõista teadust mitte ainult utilitaarsest aspektist, vaid ka kui teadmiste kõrgemat astet. Ta mõistab teoreetiliste probleemide olemust, näeb teaduse hariduslikku ja kultuurilist funktsiooni. Teaduslikud teadmised tõstavad mõtlemise kvaliteeti, sellega suureneb ka spetsialisti üldinimlik tarkus. Spetsialist, kes tunneb oma eriala teadust, tõstab praktilise tegevuse teaduse tasemele.

Praktitsism teadusasutuste tegevuses näitab teaduse ja praktika vahekorra väärastumist. Raske ütelda, miks praktika okupeerib teaduse. See võib väljendada ühiskonna üldist mentaliteeti. Töömentaliteedi (mis kujuneb, kui inimene saab hüvesid otseselt vastutasuks oma töö eest) asemel võib valitseda saamismentaliteet. See kujuneb näiteks kollektiivse töö propageerimisel, millega üksikisiku suutlikkus peaaegu nullistatakse. Sellisel juhul keskendub ühiskonnas kogu tähelepanu jaotamissuhetele ja võrdsustamisideedele (7). Inimese aktiivsus ei ole suunatud mitte enam tööle, vaid saamisele. Ja saamismentaliteet avaldub ka suhtumises teadusesse:

praktika peab saama teadusest otseselt konkreetset kasu. Teadustööde otstarbekuse üle otsustab praktika. Teadlase tegevuses ei peeta oluliseks mitte teaduslike teadmiste tootmist, vaid utilitaarsete uurimistulemuste praktikasse juurutamist. Nende hulk väärtustab teadlast. Konkreetset kasu peab saama ka spetsialistist. Ülikoolist saadud kvalifikatsioonist realiseerib arst ainult rakendusliku osa, mõttetööks ega aktiivseks enesetäiendamiseks ei ole aega ette nähtud (9). Teadmiste täiendamise eest hoolitsevad teised (kõrgemalseisvad ametkonnad, teadusasutused). Perioodiliselt suunatakse spetsialiste kohustuslikele täienduskursustele. Kunagi kirjeldati ühte pildikest sealt: üks loeb, teised kas teevad märkmeid või vestlevad omavahel. Seega spetsialist on muutunud elupõliseks väljaõpetatavaks.

Nüüd ei ole teaduse — praktika ahela keskseks lüliks, kus kohtuvad teadlane ja spetsialist, mitte enam teadmisteait, vaid elamu (vt. skeem, B). Vahendajaks teaduse ja praktika vahel ei ole mitte enam spetsialist, vaid teadlane. Ja teadlase peamiseks ülesandeks ei ole mitte enam teadmisteaida täitmine saagiga, vaid aidast saagi toomine tuppa spetsialistile. Spetsialist võtab utilitaarseid teadmisi vastu valmis kujul, neid meelde jättes, oma intellekti arendamata. Kui spetsialistil ei ole aktiivset vahetut kontakti oma eriala teadusega, siis kaob tal selles orientatsioon, samuti kaob huvi teaduslike teadmiste vastu. Selle tagajärjel minetab spetsialist haritlase ja vaimse töötaja staatuse ning muutub madalama mõtlemistasemega ametnikuks. Kui teadlased lahendavad ainult praktilisi ülesandeid, siis ei tähenda see, et praktika tõuseb teaduse tasemele, vaid vastupidi — teadus langeb praktika tasemele, s.o. lakkab olemast.

Lõpuks tuleb märkida, et ühiskonnas valitsev süsteem kujundab välja oma ameti- ja tegevusmudelid. Kui ühiskond ei väärtusta vaimset tööd, siis hakkab valitsema «isenesest targa» mentaliteet, hakkavad levima juurteta, see tähendab lähteandmeteta ja argumentatsioonita tekkinud subjektiivsed arvamused ning otsustamine ja tegutsemine ei vasta objektiivsele tegelikkusele. Teadus kui vaimne töö ei õigusta ennast, teadusasutuste tegevus materialiseerub ja konkretiseerub praktiliste ülesannete lahendamisele. Tegutsemine konkreetse vajaduse järgi ei vii spetsiifilise tegevuse raamidest välja mitte ainult teadlase, vaid ka arsti, kes vajaduse korral täidab nüüd meditsiiniõe funktsiooni (9). Ühiskonna areng eeldab aga hoopiski vastupidist tendentsi: teadlane toodab teaduslikke teadmisi ikka kõrgemal vaimsel ja materiaalsel tasemel, arst omakorda omandab aktiivselt ikka ja jälle uusi teadmisi, olles vaimsuse ja harituse poolest võrdväärne teadlasega.

Mida täielikumalt inimene pühendab end spetsiifilisele tegevusele, mida vähem tuleb tal teha mittespetsifiilist või kasutut tööd, seda suuremaid väärtusi suudab ta ühiskonnale anda. Seega käib teaduse ja praktika areng teadlaste ja spetsialistide arvu suurenemisega ainult siis käsikäes, kui sellega ei kaasne nende spetsiifilise tegevuse devalveerumine.

KIRJANDUS: 1. *Alumäe, V.* Interpretatsioonist. Tallinn, 1966. — 2. *Goethe, J. W.* Rmt.: ««Loomingu» Loomingu Raamatukogu», 1974, 33. — 3. *Hagelberg, R.* Teadus, ühiskond, progress. Tallinn, 1986. — 4. *Kekes, J.* Noorte Hääl, 1985, 8. august. — 5. *Köörna, A.* Teadus rahva teenistuses. Tallinn, 1986. — 6. Lühike filosoofia leksikon. Tallinn, 1975. — 7. *Matsulevitš, T.* Pikker, 1989. 9, 3. — 8. *Mereste, U.* Nõukogude Eesti teadlaskond teadusrevolutsiooni ajastul. Tallinn, 1976. — 9. *Vaarik, T.* Rahva Hääl, 1989, 28. august.

10. *Иванова В. Т., Яхно М. А., Тумова Б., и др.* Вопр. вирусол., 1989, 4, 423—426. — 11. *Лобова Т. Г., Карпова Л. С., Олейникова Е. В.* В кн.: Характеристика вспышки гриппа С у детей. Этиология и диагностика гриппа и ОРЗ. Л., 1986, 53—57. — 12. *Руденко Л. Г., Шварцман Я. С., Исполатова А. В. и др.* Вопр. вирусол., 1989, 1, 29—34. — 13. *Хаустов В. И., Риос М. О., Косях Х. Г. и др.* Там же, 1989, 4, 474—477. — 14. *Ямникова С. С., Ковтун Т. О., Дмитриев Г. А. и др.* Там же, 1989, 4, 426—430.

Summary

The Science and Practice. The authoress gives a concept of science, discusses the connection between science and practice and analyses scientific and practical researches.

Резюме

Наука и практика. В статье дается определение науки, анализируются научные и практические исследовательские работы и рассматриваются вопросы соотношения науки и практики.

Profülaktilise Meditsiini
Teadusliku Uurimise
Instituut

Seepärast jätkem vahest liigne eestlase rõhutamine tuleviku foorumil ja pöörakem tähelepanu Eesti arstidele, kes nii Eesti isamaal, mujal Nõukogude Liidus kui ka välismaal, s.o. kogu maailmas püüavad endast anda võimalikult palju meie kodumeditsiini arendamiseks.

Sellest lähtudes arutaski tervishoiuministeeriumi meditsiiniterminoloogia komisjon (MTK) oma koosolekul, kas *Forum medicorum Estoniae* vastab päris täpselt eelmises lõigus toodud mõttele, ja tuli järeldusele, et parem ja sisult kõige vastavam oleks *Forum medicorum Estonicum*.

Võib-olla tasuks seda järgmisel korral arvestada?!

Ilmar Laan

Forum medicorum Estonicum

Eesti arstide foorum on tänaseks juba ajalugu, kuid foorumi laialdased ja mitmekülgsed ettevõtmised kogu maailma Eesti arstide töiseks ühendamiseks on head vilja kandnud ja küllap kannavad edaspidigi. Foorumi organiseerijatel on aga mõtted vist juba järgmise samalaadse ürituse korraldamisega seotud, kus oleks välditud ka kõik varem tehtud vead ja vajakajäämised.

Allakirjutanu arvates oli kogu ladusa asjaajamise juures siiski ka üks küllaltki oluline puudus ja see oli seotud ürituse enda nimetusega, õigemini selle ühekülgse tõlgendusega. *Forum medicorum Estoniae* on ju tõlkes üksnes Eesti (-maa, territooriumi) arstide foorum, kuid sõnavõttudes ja ajakirjanduses pöörati suurt tähelepanu rohkem rahvuskuuluvusele, kirjutades: eesti arstid, eesti soost arstid, eestlased kõigist maadest jne., mistõttu nii mõnedki teistest rahvustest Eesti arstid jäid tahes-tahtmata foorumist kõrvale või osalesid selles passiivselt ajakirjanduse vahendusel.

Ometi oli foorumi deklaratsioonis selgesti ja õigesti rõhutatud päritolu- ja kohakuuluvust: «Meie, Eesti arstid kodumaalt ja maapaost. . .». Tähendab ju foorum esindajate kokkutulekut, seega peaksid Eesti arstide foorumil esindatud olema Eesti arstid kogu maailmast, rahvusest olenemata. On ju meil suurepäraseid teistest rahvustest arste — nii siin sündinuid kui ka mujalt tulnuid —, kes valdavad vabalt eesti keelt.

Kommentaar Ilmar Laane kirjutise kohta

I. Laan avaldab kahtlust, kas Eesti arstide foorumit on õige nimetada ladina keeles *Forum medicorum Estoniae*. Selle asemele sobivat paremini *Forum medicorum Estonicum*.

Ladina keeles on mõlemad variandid võimalikud, kuid foorumist osavõtjate kirjule seltskonnale vastab paremini praegu kasutusel olev nimetus *Forum medicorum Estoniae*. See juhtum laseb end võrrelda sellega, kas ütleme eesti kirjanikud, s.o. eesti rahvusest kirjanikud, või Eesti kirjanikud, mis on tähenduselt avaram, tegemata vahet rahvuste vahel (s.o. Eesti territooriumil elavad kirjanikud).

Kirjutise autor eksib, kui ta arvab, et nimetus *Forum medicorum Estoniae* rõhutab liialt eestlast («jätkem vahest liigne eestlase rõhutamine»). Otse vastupidi, see termin on hoopis neutraalsem kui I. Laane poolt soovitatud võimalus.

Selles küsimuses on konsulteeritud ka Tartu Ülikooli latinistidega, kes ei pidanud vajalikuks juba käibel olevat nimetust *Forum medicorum Estoniae* muuta.

«Eesti Arsti» toimetus

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

Eestis 1990. aastal registreeritud tähtsamad nakkushaigused

Linn, maakond	Kõhutüüfus, paratüüfus*	Salmonelloos	Düsenteeria	Tõestatud etioloogiaga enteriidid	Ebaselge etioloogiaga gastroenterokoliidid	Soolenakkusi kokku	Meningokokknakkused	Läkaköha	Leetrid	Viirushepatiit A	Viirushepatiit B	Puukentsefaliit	Sarlakid	Punetised	Tuulerõuged
Tallinn	—/1	431	166	352	1112	1630	18	27	10	300	28	5	620	582	2664
Kohtla-Järve (ja Ida-Viru maakond)	—	361	47	270	340	657	3	11	1	207	17	2	101	216	716
Tartu	—	82	53	80	146	279	3	10	8	50	14	1	89	116	305
Pärnu (ja Pärnu maakond)	—	302	25	14	197	236	3	1	3	31	6	16	25	39	654
Narva	—	127	18	66	271	355	8	13	1	84	14	3	33	28	459
Lääne maakond	—	70	6	6	7	19	—	3	—	32	3		38	14	108
Harju maakond	—	20	13	45	87	145	2	5	2	76	2	1	41	70	328
Hiiu maakond	—	19	—	2	1	3	—	—	—	4	—	—	34	4	93
Jõgeva maakond	—	13	1	32	37	70	1	2	—	10	3	4	9	16	403
Saare maakond	—/2	37	17	14	42	73	—	2	—	21	—	—	49	19	162
Järva maakond	—	114	3	9	61	73	1	—	—	25	1	—	29	10	275
Põlva maakond	—	13	8	10	38	56	—	2	6	16	3	2	13	3	125
Lääne-Viru maakond	3/—	37	11	14	77	102	4	3	—	167	3	2	33	82	340
Rapla maakond	—	21	5	13	39	57	1	—	1	13	1	—	1	8	55
Tartu maakond	—	14	22	24	56	102	—	4	1	4	4	1	24	26	119
Valga maakond	—	8	7	44	16	67	—	—	—	84	—	—	7	12	121
Viljandi maakond	—	31	19	41	70	130	3	—	—	13	6	—	22	13	274
Võru maakond	—	18	19	20	18	57	—	4	—	104	6	—	2	13	144
Eestis kokku	3/3	1718	440	1056	2615	4111	47	87	33	1241	111	37	1170	1271	7345
Näitaja 100 000 inimese kohta	018/018	108,5	27,8	66,7	165,2	259,7	3,0	5,5	2,1	78,4	7,0	2,3	73,9	80,3	464,1

Märkus. Murrujoone all on paratüüfust põdenute arv.
1990. aastal registreeriti Eestis ülemiste hingamisteede katarre 197 985 juhul (näitaja 100 000 inimese kohta 12 508,4) ja grippi 120 763 juhul (näitaja 100 000 inimese kohta 7629,7).
1990. aastal registreeriti Eestis 8 HIV-kandjat. Üldse on Eestis registreeritud 14 HIV-kandjat.

EESTI ARSTIDE LIIDUS

Eesti Arstide Liidu üldkogu otsus

I. Tervishoiupoliitika

1. Eesti Arstide Liidu põhiülesandeks on kaitsta inimese tervist, seista arsti kui isiku eest meie ühiskonnas ja tervishoiusüsteemis, kujundada realistlikku tegevust soodustavat tervishoiupoliitikat ja võidelda selle elluviimise eest.

2. Nõuda vabariigi valitsuselt arstide ja meditsiinitöötajate palkade süstemaatilist reguleerimist tulenevalt elukalliduse tõusust. Palgaproportsioonide korrastamisel tuleb väärtustada haridus. Taotleda valitsuselt meedikutele sellised palgaskaalad, mille aluseks oleks meditsiiniõe keskmise palga vastavus vabariigi keskmisele palgale, kehtestades ainult palga alammäärad.

3. Taotleda kohalikelt võimuorganitelt meditsiinitöötajate elamispinnaga varustamise seniste põhimõtete põhjalikku revideerimist ja olukorra kiiret parandamist.

4. Pöörduda Eesti Vabariigi valitsuse poole nõudmisega tervishoiule eraldatavate summade ja vahendite oluliseks suurendamiseks, et tuua pööre paremuse poole uute tervishoiuasutuste ehitamisel ja nende nüüdisaegse aparatuuriga varustamisel. Anda rahva tervishoiu parandamiseks seni EKP-le kuulunud varad. Vaja on tunduvalt suurendada tervishoiule eraldatavat valuutat.

5. Toetada igati Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi ettevõtmises kindlustusmeditsiinile üleminekul Eestis. Pöörduda valitsuse poole nõudmisega vastu võtta tasulist ja erameditsiini reguleeriv seadus.

6. Propageerida terveid eluviise, arendada terviseõpetust ja tervisekasvatust.

7. Kohustada regionaalseid arstide liite jälgima keskkonnakaitse nõuetest kinnipidamist ja informeerima puudustest kohalikke võimuorganeid ja Eesti Arstide Liitu.

8. Moodustada toimkond noorte arstide probleemidega tegelemiseks, muu hulgas ka sidemete loomiseks analoogsete rahvusvaheliste organisatsioonide ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonnaga.

9. Luua Eesti Vabariigi territooriumil territoriaalsel printsiibil põhinev ühtne arstiabisüsteem. Anda kõik Eesti Vabariigis asuvad ametkondlikud raviasutused üle kohalike võimuorganite haldusse.

II. Kaadriprobleemid

1. Kohustada tervishoiuministeeriumi juhte pöörama valitsuse tähelepanu arstiteaduskonna ja arstiteaduse arendamise ning kaadri väljaõppe probleemide lahendamise vajadusele.

Arendada ja tihendada Eesti Arstide Liidu koostööd Tartu Ülikooli arstiteaduskonnaga. Esitada omapoolseid soovitusi kaadri ettevalmistamises (erialakvalifikatsioon, struktuur erialade kaupa).

3. Toetada ümberkorraldusi diplomijärgse väljaõppe osas (eriarsti koolitamine, spetsialiseerumise põhimõtete muutused).

4. Nõuda tervishoiuministeeriumi atestatsioonikomisjonide töös keeleseadusest tulenevate nõuete järgimist (vajaduse korral komplekteerida iga komisjoni juurde üks erialaspetsialist Eesti Arstide Liidu poolt).

5. Pidada põhjendatuks korraldada arstide lühiajalisi täiendusi kitsaste erialade kaupa ja teha selleks ettepanekuid Tartu Ülikooli arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonnale.

6. Leida võimalusi arstide täiendusele ja erialasele väljaõppele suunamiseks välisriikidesse.

7. Koostöös Eesti Arstide Liidu välisliikmetega otsida võimalusi valuutafondi loomiseks, arstide osavõtuks konverentsidest ja tutvumissõitudeks välismaa raviasutustesse.

8. Luua kontakte välismaa arstide ja arstide liitudega.

III. Üldpoliitilised seisukohad

1. Toetada kõiki aktsioone, mis on suunatud iseseisva, sõltumatu Eesti Vabariigi taastamisele.

2. Toetada Eesti kaitsejõudude (piirivalve, politsei) loomist ja alternatiivteenistuse põhimõtteid ning nõuda Põhja-Euroopas tuumavaba tsooni loomist, kuhu ka Eesti Vabariik kuuluks.

Eesti Arstide Liidu pöördumine kogu maailma arstide organisatsioonide poole

Meie, Eesti Vabariigi arstid, pöördume kogu maailma arstide organisatsioonide poole alljärgneva avaldusega.

Kolm Balti vabariiki — Eesti, Läti ja Leedu —, mis 1940. aastal okupeeriti punavägede poolt ja liideti vägivaldselt Nõukogude Liiduga, on rahvusvahelisele õigusele tuginedes demokraatlikel alustel taastamas oma kaotatud iseseisvust. Meid okupeerinud Nõukogude Liit, kes möödunud aasta novembris Pariisis kohustus austama inimõigusi ja demokraatiat, on läinud vägivalla ja terrori teed. Leedu Vabariigis on voolanud oma õigusi kaitsvate inimeste veri. Haavatute abistamisel on tapetud ka arst. Nõukogude armee on kasutanud relvi Läti Vabariigis. Sõjaväeline terror ja diktatuur on ähvardamas ka Eesti Vabariiki. Seejuures levitab Nõukogude Liidu keskvalitsus väärinformatsiooni nendes kolmes vabariigis toimuva kohta.

Eesti Arstide Liit pöördub kogu maailma arstide organisatsioonide poole abipalvega: taotlege oma riikide valitsustelt kaasabi sõjalise vägivalla lõpetamiseks Balti riikides ja Balti küsimuse viivitamatut arutusele võtmist ÜRO-s.

Balti küsimus ei ole Nõukogude Liidu siseasi. Teine maailmasõda Euroopas ei ole lõppenud enne Balti küsimuse lahendamist.

Eesti Arstide Liit

Nikliallergia. Turu Ülikoolis korraldatud ankeetküsitluse alusel (702 meest, 1304 naist) esines allergilist nahalöövet metallesemega kokkupuute kohal 25%-l meestest ja 29%-l naistest, kes kandsid kõrvarõngaid, ja 3%-l meestest ning 5%-l naistest, kes kõrvarõngaid ei kandnud. Nahatestiga tehti nikliallergia kindlaks 3%-l meestest, kes ei kandnud kõrvarõngaid. Seda ei esinenud neil meestel, kes kõrvarõngaid kandsid. Naistest esines nikliallergiat 13%-l: sealhulgas 15%-l kõrvarõngastega ja 4%-l kõrvarõngasteta üliõpilastest. Kätel esines ekseemi 11%-l meestest ja 22%-l naistest. Testitud naistest, kellel esines lööve kätel, oli nikliallergia 22%-l. Kõigist nikliallergiaga naistest oli ekseemi kätel 47%-l. Nikliallergiat leiti ka Turu koolitüdrukutel: 7. . .14-aastastest 11%-l ja 17-aastastest 27%-l. On kindlaks tehtud, et niklit sisaldavatest erineva koostisega sulamiga kõrvarõngastest vabaneb nädala jooksul 0,05. . .4,42 mg niklit. Allergia võib kujuneda juhul, kui nädalas vabaneb 0,05 mg niklit. Lisaks kõrvarõngaste kandjatele esines uuritutel nikliallergiat kokkupuutel kella metallkapsliga, metallist käevõruga, metallnööpide ja -niitidega ning elektronaparatuuri kokkupanijatel.

Suomen Lääkerilehti, 34, 1990

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

22. ja 23. novembril 1990. aastal toimus Tallinnas Ametiühingute Majas **rahvusvaheline endokrinoloogide konverents.** Peakorraldaja oli Eesti Endokrinoloogide Selts. Konverentsi toetasid tõhusalt Tallinna ja Tartu suhkurtõbe põdejate seltsid ning mitmed firmad — Lilly (USA), Farmitalia Carlo Erba (Itaalia), Boeringer Mannheim (Saksamaa), Eestist Pärnu «Viisnurk», «Tartu Autoveod», Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas, «Eesti Energia».

Konverentsi avas tervishoiuminister A. Ellamaa. Avaplenaaristungi ettekanded olid I. Kalitsalt (Tartu), H. Lebovitzilt (New York) ja V. Jörgensilt (Düsseldorf). I. Kalits rääkis endokrinoloogilise abi võrgust ja endokriinhaiguste levikust Eestis, H. Lebovitz insuliinisõltumatu suhkurtõve ravi strateegiast ja V. Jörgens insuliinisõltuva suhkurtõve intensiivravi meetoditest.

Ettekandeid kuulati kolme sektsiooni istungitel. Suhkurtõve sektsioonis käsitleti suhkurtõve epidemioloogiat (H. Åkerblom, J. Tuomilehto, E. Tuomilehto-Wolf, I. Kalits, B. Adojaan, T. Podar, G. Brigis jt.), riskifaktoreid, etioloogiat ja patogeneesi (H. Knip, I. Penttila, R. Lounamaa, S. Velbri, R. Ligere, A. Stifts, S. Arapova jt.), suhkurtõve tüsistusi ja prognoosi (G. Mamajeva, P. Silnitski, M. Šestakova, M. Balabolkin, M. Gus jt.) ning suhkurtõve ravi (A. Ametov ja kaasautorid, O. Galibin, J. Jaroševski, A. Jefimov ja kaasautorid, I. Livšits, I. Kalits, E. Holdova, E. Starostina jt.). Siin ja edaspidi on nimetatud valdavalt vaid uurimistööde põhiautoreid. Enamik uurimusi olid kollektiivsed, neist mitu rahvusvahelise koostöö tulemusena valminud.

Stendiettekanded olid üldiselt samadel teemadel, pakuti välja ka uusi laboratoorseid meetodeid (H. Arukaevu, T. Halling, J. Kerge, A. Paškov jt.).

Suhkurtõve ravi eesmärke ja meetodeid käsitles lõpp-plenaaristungil paeluvalt R. Wise (London).

Eesti kolleegide suhkurtõvealastest originaaluuringutest näivad olevat tugevamad epidemioloogilised uuringud. Väliskülaliste arvates võiks Eesti olla tulevikus suhkurtõve epidemioloogia alase rahvusvahelise sümpoosioni korraldajaks.

Kilpnäärme sektsioonis esitatud uurimistööd käsitlesid immuunpatoloogiat (M. Balabolkin, I. Krjukova, G. Zamotajeva, M. Reintam, V. Hiir jt.), sonograafiat (V. Tšatšibaja, S. Surkov), vastsündinute uuringuid hüpotüreoosi suhtes (R. Mikelsaar ja kaasautorid). Kuulati ka eksperimentaaluuringute põhjal koostatud ettekandeid (E. Seppet ja kaasautorid). Ka üks lõpp-plenaaristungi ettekandeid käsitles kilpnäärme temaatikat. I. Penttila (Kuopio) rääkis kilpnäärmehaiguste avastamise sõeltestidest, milleks oli kasutatud türoksiini ja ülitundliku türeotropiini määramise meetodit.

Stendiettekanded jäid kilpnäärme sektsioonis kahjuks lünklikuks, oma ettekande oli jätnud esitamata mitu Eesti autorit.

Muude endokriinnäärmete sektsiooni ettekanded olid arusaadavatel põhjustel laialdase temaatikaga. Tõsisem tähelepanu koondus hüpofüüsile (G. Gerassimov, M. Balabolkin), ka hüpofüüsi ja sugunäärmete (V. Kask, I. Kõiv, K. Gross, I. Zemtsenkova jt.) ning hüpofüüsi ja neerupealise vahelisele seosele (E. Marova ja kaasautorid, A. Sipria jt.). Tõdeti, et hüpofüsaarpatoloogia diagnoosimine on meil edasi läinud, kuid ravivõimalused (medikamentide valik ja kättesaadavus, hüpofüüsi opereerimine) ei ole meil tänapäevased. Huvitavad olid mitu reproduktiivse süsteemi endokriinpatoloogia käsitlust (A. Gasparov ja kaasautorid, R. Štšedrina jt.).

Konverentsi lõppsõnas märkis prof. N. Elštein, et Eesti endokrinoloogiaalane teadustöö on heal tasemel ja et endokrinoloogia põhitõdesid peavad tundma kõikide erialade arstid.

Eesti Endokrinoloogide Selts valis uue juhatuse: B. Adojaan, S. Astaškina (sekretär), M. Gus, I. Kalits, J. Kelk (esimees), J. Kerge (aseesimees) ja H. Kruse (laekur).

Jaan Kelk

Eesti Terapeutide Seltsi pleenum toimus 29. novembril 1990 Tallinnas. Sellest võtsid osa seltsi juhatuse, revisjonikomisjoni ja arstide aukohtu liikmed.

Esmalt kuulati prof. V. Salupere ettekannet professor Kuno Kõrge mälestuseks.

Prof. V. Salupere rääkis temast kui arstist, teadlasest, pedagoogist ja inimesest, kes on jätnud sügava jälje sisehaiguste ravi arengusse Eestis.

Prof. K. Kõrge oli Eesti Terapeutide Seltsi aukohtu esimees. Uueks esimeheks valiti prof. L. Jannus. Aukohtu on moodustanud ka Eesti Arstide Liit, järgmisel Eesti terapeutide kongressil otsustatakse selle vajalikkus seltsis.

IX Eesti terapeutide kongress on plaanis korraldada 1992. aastal. Arutlusele tulevad järgmised teemad.

1. Sisehaigused ja meditsiiniintegratsioon. See probleem on muutunud eriti aktuaalseks seoses üha süveneva killustatusega. Jutt on nii integratsioonist sisehaigustes endis (näiteks kardioloogia ja pulmonoloogia, gastroenteroloogia ja endokrinoloogia) kui ka teraapia integratsioonist teiste erialadega, näiteks kirurgia, psühhiaatria, günekoloogiaga. See arutlusteema võimaldab kongressist osa võtta ka teiste erialade esindajatel.

2. Uut sisehaiguste profülaktikas, diagnoosimises ja ravis. Selle temaatika all võib esitada terapeutide töid, mis kajastavad kõike seda uut, mida on kasutatud viimaste aastate töös.

Ajakirja «Терапевтический архив» peatoimetaja akadeemik E. Tšazovi palvel arutati ajakirjas ilmunut.

Leiti ka, et terapeudid peaksid avaldama rohkem kirjutisi ajakirjas «Eesti Arst».

Pleenumist võttis osa ka Eesti Vabariigi tervishoiuministri esimene asetäitja V. Ilmoja.

Natan Elštein

III ülemaailmne hepatopankreatobiliaarkirurgia kongress toimus 3 . . . 8. juunini 1990 Londonis. Eestist võttis osa kolm vastava ülemaailmse assotsiatsiooni liiget: prof. J. Männiste, P. Alas ja allakirjutanu. Prof. J. Männiste esitas 1100 haige uurimise ja ravi tulemuste põhjal ettekande «Ägeda pankreatiidi ravi strateegia erinevused». Peale selle avaldati kongressi kogumikus kaks meie referaati.

Ülemaailmsel hepatopankreatobiliaarkirurgia assotsiatsioonil on üle 2000 liikme 80 riigist. Kongressil oli arutlusel üle 20 teema: sapipõie- ja sapiteedekirurgia; maksa eksperimentaalsed ja kliinilised uuringud; maksa ja kõhunäärme transplanteerimine; vähi metastaasid maksas ja primaarsed maliignsed kasvajad; hüdatiidtsüstid ja muud parasitaarhaigused; portaalhüpertensioon; äge ja krooniline pankreatiit; pankreasekasvajad; maksa-, pankrease- ja põrnatraumad; intensiivravi; sapikivide ekstrakorporaalne purustamine ja medikamentoosne ravi ning palju muud.

Kongressil kuulati eriala juhtivate spetsialistide loenguid, esitati 267 ettekannet, 234 ettekannet stendil ja vaadati 28 videofilmi. Palju on erinevusi diagnoosimises ja ravis, neil juhtudel selgusid laiemalt aktsepteeritud seisukohad ettekandejärgses diskussioonis.

Mitu esinejat rõhutas rutiinse operatsiooniaegse kolangiograafia vajadust, seda eriti eakamatel patsientidel, kellel koledohholitiaasi esinemissagedus on tunduvalt suurem. Valikulist kolangiograafiat kindlatel näidustustel eelistasid R. Engemann kaasautoritega (Saksamaa) ja teised. Ettekannetes käsitleti ka sapiteede operatsiooni aegseid ultrasonograafilisi uuringuid.

J. M. Sackier ja kaasautorid (USA) on rakendanud laparoskoopilist koletsüstektoomiat 122 haigel, rutiinselt tehti kõigil operatsiooni ajal ka kolangiograafiline uurimine. Taolist operatsiooni saab teha ainult valikuliselt. Osa ettekandeid oli sapikivide lahustamisest urso-ja kenodesoksükoolhappe preparaatidega. Aktuaalsed olid ka ekstrakorporaalset litotripsiat käsitlevad ettekanded. Seda meetodit rakendatakse ka koos sapikivi lahustavate preparaatide kasutamisega. Ekstrakorporaalne kivide purustamine annab paremaid tulemusi väiksemate, alla 1,5 mm kolesterool- ja lubjakivide puhul, kuid uuemad aparaadid ning EDAP LT-01 võimaldavad purustada ka suuremaid kive. Ravi eelduseks on funktsioneeriv sapipõis ja ägeda põletiku puudumine. Tuleb aga märkida, et sapikivide purustamine ei ole nii efektiivne ja on komplitseeritum kui neerukivide purustamine.

Ägeda pankreatiidiga seoses juhiti tähelepanu nii retroperitoneaalruumi kui ka endoperitoneumi dreenimisele toksiinide eemaldamiseks. Võis märgata lahtiste operatsioonimeetodite rakendamise tendentsi — tampoonide kasutamine ja nn. tõmbelukklaparostoomia, mis võimaldavad korduvat nekrootiliste kudede eemaldamist. Ravitaktika määramisel tuleb alati arvestada, kas on tegemist primaarse või sekundaarse pankreatiidiga. Vähem on hakatud tegema üliradikaalseid operatsioone kõhunäärmel ägeda pankreatiidi puhul. Kroonilise primaarse pankreatiidi korral rakendatakse endiselt pankreatojejunaalseid anastomoose.

Mitmes ettekandes rõhutati perkutaanse dreenimise tõhusust akuutsete pseudotsüstide puhul, mis aga ei ole piisav retensioontsüstide korral.

Pankreasekartsinoomi käsitlevates ettekannetes jäi kõlama seisukoht, et pankreaseresektsioon võimaldab parandada eluprognoosi võrreldes palliatiivsete kirurgiliste meetoditega.

B. Ringe ja kaasautorid (Saksamaa) analüüsid 131 haige ravi tulemusi, keda opereeriti hepatotsellulaarse kartsinoomi näidustusel. Neist 42-l kaasnesid kartsinoomiga fibroos, tsirroos ja muud maksakahjustused. Operatsioonijärgne letaalsus oli 12,2%, viis aastat pärast operatsiooni elas 35,8% haigetest. Oluliselt mõjutasid prognoosi elu suhtes haige iga, kaasnevad haigused, tuumori histoloogiline tüüp ja staadium ning operatsioonimeetod. Mitmes ettekandes käsitleti maksa resektsiooni kartsinoomi korral tsirroosihaigetel. Selleks on vaja patsiente hoolikalt selekteerida, prognostiliselt on määrav maksa funktsionaalne seisund. Ka maksa metastaatiliste tuumorite korral, sagedamini pärast kolorektaalvähi eemaldamist, peeti resektsiooni valikulistel haigetel eelistatavamaks, kusjuures viieaastast elulemust täheldati 20 . . .50%-l haigetest.

Suur tähtsus on maksa-, sapiteede- ja pankreasekasvajate diagnoosimisel nõelbiopsia teel ultrasonograafilise kontrolli all. Nõelbiopsia on vajalik ka diagnoosi täpsustamiseks operatsiooni ajal.

Mitmes töös käsitleti maksa transplanteerimist eksperimendis ja kliinikus, kusjuures maksa siiratakse nii osaliselt kui ka täielikult. Operatsiooni näidustusteks on biliaarne atreesia, tsirroos, krooniline hepatotsellulaarne puudulikkus, uudismoodustised jm.

Kongressi materjalid on avaldatud kogumikus «Book of Abstracts».

Hubert Poola



Foto. M. Lember ja H.-I. Maaroos Sidney kongressil.

Iga nelja aasta järel toimuv **ülemaailmne gastroenteroloogide kongress** peeti seekord 26. . .31. augustini 1990 Sydney's. Ühendatud oli IX gastroenteroloogia-, VII endoskoopia- ja IV koloproktoloogiakongress, sest kõik need erialad on üksteisega lahutamatult seotud.

See oli Austraalias seni peetud teadusfoorumitest suurim. Osavõtjaid oli 10 000 ringis 89 riigist. Suurim, tuhandeliikmeline esindus oli Jaapanist. Esitati 8 rahvusvahe-liste töörühmade aruannet kindlal teemal, 11 nelja aasta ülevaadet, peeti 52 sümpoosioni ja 39 loengut, toimus 8 kliinilise haigusjuhu arutelu. Käsitleti praktilise ja teoreetilise gastroenteroloogia lähivaldkondi. Kongressi presidendi G. Nagy ja programmikomitee esimehe prof. W. SDoe (mõlemad Austraaliast) arvates olid sel korral tähelepanu keskmes uus gastriidi klassifikatsioon, *Helicobacter pylori* ja peptiline haavand, C-hepatiit, maksasiirdamine ning endoskoopiakursus. Esitatud uues gastriidiklassifikatsioonis, nn. Sydney süsteemis, on histoloogiline ja endoskoopiline jaotus toodud eraldi. Uus klassifikatsioon ühtlustab üldisi gastriidi diagnoosimise kriteeriume ning arusaamu. Ollakse seisukohal, et *Helicobacter pylori* põhjustab gastriiti ning peptilist haavandit. Erinevatel arvamustel ollakse ravisoovituste osas. Antibiootikum- ja vismutravi on näidustatud sageli ägenevate kaksteistsõrmikuhaavandite korral.

Kindlaks on tehtud C-hepatiidi tekitaja. Võimalik, et lähemas tulevikus identifitseeritakse ja leitakse kliiniline tähendus juba järgmistele viirushepatiidi tekitajatele (D, E). Arenenud riikides on hepatiidi ravis juba aastaid laialt kasutusel olnud interferoon. Märkimisväärset edu on saavutatud maksasiirdamisel. Kuigi vastav tehnika on kogu maailmas alles lapsekingades, on edukusprotsent 70.

Jämesoole skänneerimisel on häid tulemusi saadud peitvere määramisega väljaheites Hemocculti testi kasutades. Nii avastatakse vähki varajases staadiumis, mil ravi tulemused on paremad. Mittesteroidseid põletikuvastaseid preparaate määratakse kindlatel näidustustel, sest neil on magu ja duodeenumit kahjustav toime. Ühe töörühma ettekanne käsitles endoskoopide desinfektsiooni, sest endoskoobiga võib üle kanda selliseid haigusetekitajaid nagu *Helicobacter pylori*, hepatiidi ja AIDS-i viiruse. Samal põhjusel peaksid arstid uuringute tegemisel kandma ühekordseks kasutamiseks ettenähtud kindaid. Need on vaid mõned kokkuvõtvad seisukohad kongressil kõlanust.

Kahepäevase endoskoopiakursuse kavas olid otseülekanded kongressikeskusesse Sydney Westmeadi Haiglast, kus endoskoopiaid tegid maailma juhtivspetsialistid. Tagatud oli side auditooriumi ja haigla vahel.

Esmakordselt oli osavõtvate riikide nimistus ka Eesti. Austraalia Eesti Seltside Liidu kaasabil ning Sydney arsti Malle Tohveri korraldamisel oli võimalus kongressist osa võtta allakirjutanutel. Soome gastroenteroloogidega koostöös valminud ettekandeid esitasid ÜMPI laborijuhataja A. Tamm ja M. Lember. Need käsitlesid uut hüpolaktaasia diagnoosimise meetodit ning selle rakendamist hüpolaktaasia leviku uurimisel soome-ugri rahvastel.

Järgmine ülemaailmne gastroenteroloogide kongress toimub nelja aasta pärast Los Angeleses.

Margus Lember,
Heidi-Ingrid Maaroos

III *Helicobacter pylori* Euroopa uurimisrühma konverents toimus 8. . .10. novembrini 1990 Toledos. Konverentsi korraldasid Madriidi Ülikooli sisehaiguste ja gastroenteroloogia osakond ning mikrobioloogia osakond. Selle presidendiks oli sisehaiguste professor J. M. Pajares ning sekretäriks mikrobioloogia professor M. López-Brea. Osavõtjaid oli kogu maailmast, Eestist käis konverentsil allakirjutanu.

Helicobacter pylori uuringuid tehakse mitmes suunas: *Helicobacter pylori* omaduste selgitamine, kusjuures eriti aktuaalsed on molekulaarbioloogiliste omaduste ja toksiinide uurimine, epidemioloogia ning täpsemad seosed maohaiguste patogeneesi ja kuluga. Epidemioloogiliste uuringutega on kindlaks tehtud *Helicobacter pylori* esinemissagedus seoses sotsiaalse olukorra ja hügieenitingimustega, elukutsega. Siinjuures tuleb nentida, et Eesti kuulub nende maade hulka, kus *Helicobacter pylori*'t esineb sagedasti.

Palju on retrospektiivseid uurimusi, milles varasemate aastate maobiopsia preparaate ja vereseerumeid uuritakse uuesti. Sel viisil on võimalik saada andmeid pikema perioodi kohta, kui seda on seitse aastat, mis on möödunud *Helicobacter pylori* avastamisest. Nüüdseks on tõestatud tema osa pinnagastriidi tekkes ning gastriit seega õigustab oma nime, olles tõepoolest mao limaskesta põletik. Pinnagastriidist areneb aastate jooksul osal inimestel atroofiline gastriit (epidemioloogilised uurimused Soomes ja Eestis), sellega aga omakorda suureneb maovähi tekke risk. Seepärast on seoses *Helicobacter pylori*'ga uuritud ka maovähi esinemist. N. Talley (USA) on retrospektiivselt uurinud kümne aasta jooksul kogutud maovähihaigete vereseerumeid *Helicobacter pylori* antikehade suhtes ning leidnud nende sagedama esinemise maovähi korral võrreldes healoomuliste maohaiguste korral esinevaga. D. Formani Hiinas tehtud epidemioloogilised uuringud näitasid maovähi sagedamat esinemist nendes piirkondades, kus *Helicobacter pylori*'t leiti rohkem. Lõplikult on see probleem veel selgitamata.

Kindlaks on tehtud *Helicobacter pylori* osalemine peptilise haavandi patogeneesis ühe tegurina paljudest. Tema elimineerimisel ravimitega väheneb kaksteistsõrmikuhaavandi retsidiivide sagedus 80%-lt 11%-le. Seepärast soovitatakse sageli ägeneva kaksteistsõrmikuhaavandi all kannatajate raviks rakendada antibakteriaalsete ravimite kombinatsioone lühiajaliste kuuridena. Edaspidi loodetakse aga *Helicobacter pylori*'st põhjustatud infektsiooni raviks leida ravim, millel ei ole selliseid kõrvaltoimeid nagu praegu kasutatavatel ravimikombinatsioonidel.

Edasi jääb tegutsema Euroopa selle ala uurimisrühm, kes lisaks konverentside korraldamisele tegeleb ka uurijatele stipendiumide määramisega. Eriti perspektiivsete uurimissuundade jaoks on võimalik sellelt organisatsioonilt taotleda rahalist toetust. *Helicobacter pylori* uurimiseks soovitatakse arendada koostööd kogu Euroopas (seal-

hulgas ka Ida-Euroopas). Selline koostöö nõuab aga metoodikate ühtlustamist, klassifikatsioonide kooskõlastamist ja muud. Eestil oleks võimalik sellest osa võtta, eelduseks on pikaajaline gastriidi uurimise traditsioon Eestis. Allakirjutanu esitas konverentsil ettekande *Helicobacter pylori* esinemissageduse kohta Eestis.

Järgmine vastavasisuline konverents peetakse 1991. aastal Itaalias.

Heidi-Ingrid Maaroos

IV üleliiduline gastroenteroloogide kongress toimus 17. . .20. oktoobrini 1990 Leningradis. Arutlusel olid seedeelundite haiguste etioloogia, patogenees, diagnoosimine ja ravi, samuti organisatsioonilised küsimused ning kaadri ettevalmistamine. Nelja päeva jooksul peeti kuus plenaaristungit, ettekandeid kuulati ka seitsme sektsiooni istungitel, peale selle esitati ettekandeid stendil ja kuulati loenguid.

Üldettekannetest olid põhilisemad A. Ugolevi, A. Loginovi ja L. Kožemjakini uurimused. A. Ugolev rääkis enteroloogia saavutustest (peensoole seedefunktsiooni uurimisest, AKTH, türeotropiini ja endorfiini produtseerimisest ja muust). A. Loginovi ettekanne käsitles kliinilist hepatoloogiat (delta-viiruse osa kroonilise hepatiidi tekkes, B-hepatiidi tekitaja evolutsiooni organismis). L. Kožemjakin oli vaatluse alla võtnud gastroduodenaalpatoloogia molekulaarsed aspektid.

Haavandtõve lokaalseks raviks kasutatakse endiselt endoskoobi kaudu delargiini ja okaspajuõli manustamist, samuti laserit. Rohkesti oli uurimistöid haavandtõve etiopatogeneesi kohta: immunoloogiliste faktorite osatähtsusest ja *Helicobacter pylori* seosest haavandtõve geneesi ja retsidiividega. Vastavalt sellele on tehtud muudatusi ka raviskeemides (immuunmodulaatorid, denol jne.). Perspektiivseks peetakse haavandtõve ravi sünteetiliste opioididega (V. Vinogradov ja kaasautorid, S. Pavlov ja kaasautorid) ning sünteetiliste prostaglandiinidega (A. Denek).

V. Domschke ettekanne (Saksamaa) oli sapikivitõve mittekirurgilisest ravist. Nendel, kellel on mittekaltsifitseerunud kolesteroolkivid, võib patsientide õige valiku korral saada keno- ja ursodesoksükoolhappe kasutamisega hea ravitulemuse 50%-l haigetest ühe aasta jooksul. Kaheksa nädalat pärast litotripsia kasutamist ei leitud sapikive 34%-l haigetest. Soovitatakse mõlema meetodi kombinatsiooni. Sapipõie retrograadse endoskoopilise kateteriseerimisega saab viia sapipõide litolüütilisi lahuseid (metüülterbutüüleeter). N. Domschke peab seda meetodit tõhusaks kolesteroolkivide lahustamisel. Esialgsed andmed olid esitatud 20 juhu kohta.

S. Ivanova kaasautoritega (Moskva) järeldas primaarse maksavähi juhtude uurimise põhjal, et seda vähivormi on raske diagnoosida ka püsiva jälgimise korral utrasonograafiat ja kompuutertomograafiat kasutades.

Z. Galenko ja kaasautorite andmetel on haavandtõve, sapiteede haiguste, gastriidi ja duodeniidi esinemissagedus Ukrainas aastail 1971. . .1985 suurenenud peaaegu kaks korda, samasugune on prognoos aastaiks 1986. . .2010.

U. Saidkarimova ja O. Sentšilov (Moskva) rääkisid süljenäärmete uurimisest ultrasonograafiga. Z. Lemeško ja kaasautorite ettekanne oli mao ultraheliuuringust.

Täpsemalt on vaja selgitada kroonilise enteriidi diagnoosi (düsbioosist gluteenenteropaatiani). Suurt huvi pakkus M. Mikelsaare ja kaasautorite ettekanne soolte mikroobsest ökoloogiast.

Kongressist osavõtjaid oli 844, Eestist 13. Kongressi kogumikus on 15 Eesti autorite publikatsiooni. Eesti gastroenteroloogid esitasid kolm ettekannet: H.-I. Maaroos *Helicobacter pylori* ja maohaavandite sagedased retsidiivid», N. Elštein «Seedeelundite haiguste varajane diagnoosimine: vaieldavad küsimused ja perspektiivid», M. Mikelsaar «Mikroobse ökoloogia osa gastroenteroloogiliste probleemide lahendamisel». Kaks ettekannet esitati stendil ja peeti kaks loengut. Üleliidulise seltsi juhatusse valiti professorid N. Elštein ja V. Salupere.

Ene Lond, Udo Josia,
Aivi Koldits, Viktoria Mindrul

Üleliiduline konverents «Kaasasündinud ja päriliku patoloogia prenataalne ja neonataalne sõeluuring» toimus 21. . .23. novembrini 1990 Harkovis. See oli esimene selleteemaline konverents NSV Liidus. Selle korraldasid NSV Liidu Tervishoiuministeerium, Ukraina NSV Tervis-

hoiuministeerium, Harkovi Tervishoiuosakond ja Ukraina Arstide Täiendamise Instituut. Sponsoriks oli NSV Liidu ja Sveitsi ühisfirma «DIA-plus». Programmis oli üle 60 ettekande, osavõtjaid oli paarisaja ringis. Eestist võtsid osa R. Mikelsaar ja A. Mikelsaar Tartust ning E. Kurvinen Tallinnast.

Esimesel päeval olid vaatluse all prenataalsed sõeluuringud, eriti kaasasündinud väärarendite diagnoosimine ultraheli abil. Ultraheli sõeluuringut (esimeses etapis 16...24. ja teises etapis 28...36. rasedusnädalal) tehakse juba väga paljude NSV Liidu prenataalse diagnostika või meditsiinilis-geneetilise konsultatsiooni keskustes. Selle meetodiga on võimalik diagnoosida väärarendeid 0,4%-l loodetest. Kui aga esimeses etapis ultraheliuuring kombineerida α-fetoproteiini-sisalduse määramisega rasedate vereseerumis, siis on võimalik diagnoosida väärarendeid juba kuni 0,97%-l uuritud loodetest. Mõnes ettekandes (E. Gretšanina) aga rõhutati, et α-fetoproteiini nivoo ei ole otseseks anormaalselt funktsioneeriva geeni ega ka aberrantse kromosoomi markeriks, vaid aitab ainult välja valida rasedaid invasiivseks uurimiseks (amniotsentees, koorionibiopsia) prenataalse diagnoosimise eesmärgil.

Mitmes ettekandes toonitati kaasasündinud väärarendite registrite koostamise vajadust.

Laienenud on tsütogeneetiline prenataalse diagnostika kasutamine: amniotsenteesile on lisandunud koorionibiopsia 7...9. rasedusnädalal ja biokeemiliste meetodite rakendamine riskirühma kuuluvate rasedate määramisel. Raseduse esimesel trimestril kasutatakse tsütogeneetiliseks uuringuks koorionibioptaati, teisel trimestril lisaks veel kultiveeritud amnionirakke. Sel viisil diagnoositakse kromosoomi muutused 6,5%-l uuritud loodetest. Kui kasutada kompleksselt ultraheliuuringut ning biokeemiliste uurimismeetoditega sõeluuringut (α-fetoproteiini, koriongonadotropiini, SP-1 määramist rasedate vereseerumis), siis ühtlasi raseda vanust arvesse võttes on võimalik välja selgitada veelgi rohkem kromosoomipatoloogiaga looteid.

Üksikud ettekanded olid pärilike ainevahetushaiguste (lüsosoomihaiguste) prenataalsest diagnoosimisest (K. Krasnopolskaja) ja molekulaargeneetiliste meetodite kasutamisest pärilike haiguste pre- ja postnataalses diagnoosimises (J. Jurov).

Konverentsi teisel päeval käsitleti vastsündinute sõeluuringuid, eeskätt fenüülketonuuria ja kaasasündinud hüpotüreoosi diagnoosimist. Fenüülketonuuria massilist sõeluuringut on rakendatud juba paljudes meditsiinilis-geneetilise konsultatsiooni keskustes (Moskvas, Vilniuses, Krivoi Rogis ja mujal), kuid kasutusel on erinevad sõeluuringu meetodid. Moskva Fenüülketonuuria Sõeluuringu ja Ravi Keskuses (juhataja A. Baikov) on koos Soome spetsialistidega väljatöötamisel fenüülketonuuria massilise sõeluuringu metoodika, mis põhineb fenüülalaniini kvantitatiivsel määramisel vastsündinute verega immutatud filterpaberil. Seda meetodit hakatakse kasutusele võtma ka teistes linnades ja liiduvabariikides.

Kaasasündinud hüpotüreoosi massilise sõeluuringu kasutuselevõtt on viimase kahe aasta saavutus. G. Tsukermann (Minsk) rääkis massilise sõeluuringu rakendamisest Valgevenes. 1986. aastast alates on määratud türoksiini radioimmunoloogilisel meetodil kapillaarverega immutatud filterpaberil. Allakirjutanu (koos A. Mikelsaare ja G. Kudrjavtsevaga) käsitles oma ettekandes kaasasündinud hüpotüreoosi massilise sõeluuringu rakendamist fluoroimmunoloogilisel meetodil Tartus alates 1989. aasta lõpust. Ettekanne sai hea vastuvõtu osaliseks, kusjuures tõsteti esile selle uurimistöö metoodilise külje kõrget taset. Üsna huvitav oli I. Laritševa (Moskva) ettekanne, kes näitas, et türeotroopse hormooni sisalduse transitoorne tõus võib olla asfüksia, sünnitrauma või muu patoloogia näitajaks vastsündinutel.

Arutlusel olid veel meditsiinilis-geneetilise konsultatsiooni üldprobleemid.

Ruth Mikelsaar

22...26. oktoobrini 1990 toimus Kobuletis (Gruusias) **NSV Liidu Teaduste Akadeemia biosfääri probleemide teadusnõukogu «Inimese ökoloogia» sektsiooni korraldusel konverents «NSV Liidu Euroopa-osa lõunapiirkonna rekreatsioonitsoonide ökoloogiline seisund».** Sellest võttis osa majandusgeograafe, sanitaararste, mikrobiolooge, ihtüolooge. Musta mere äärsete kuurortide majanduselu on juba praegu otseses sõltuvuses keskkonna seisundist ja puhkajate arvust.

Konverentsi avakõnes ütles akadeemik A. Janšin, et murrang inimese ja looduse vaheliste suhete hinnangus toimus suhteliselt hiljuti. Varem peeti kogu maailmas lugu just suurtest kuurortidest. Intensiivne keskkonnakaitsemeetmete rakendamine on olnud nii tõhus, et Suur järvistus on taastatud kalade liigiline koostis ja ka sealsed kuurordid, Saksamaal jätkub võitlus Rheini jõe puhtuse taastamise eest, Türgi Musta mere rannikul meelitavad turiste nüüdisaegsete puhastusseadmetega kuurordid. Nõukogude Liidus on keskkonnaseisundi näitajad avalikustatud ja nii mõnelgi pool püütakse rakendada keskkonda säästvaid tehnoloogiaid. Musta mere ökoloogiline seisund aga ei ole paranenud, valitsuse 1977. aasta 17. jaanuari määrust on täidetud vaid osaliselt.

Järgnevatest ettekannetest selgus, et praegu on puhkemajanduses kaks teineteisele vasturääkivat seisukohta: ühtede arvates kaotavad suured kuurortlinnad oma tähtsuse, teiste arvates vastupidi. Kuurortlinnades on sageli tööstusobjektid, mis halvendavad keskkonnaseisundit, kuid parandavad puhkajate teenindamise sesoonsusest tingitud püsielanikkonna majanduslikku olukorda. Viimastel aastatel on eelistatud kuurorte, kus on head looduslikud tingimused. Seejuures on eriti tähtis looduslike varude seisund, mitte ainult olemasolu. Samuti on vaja kommunaal-teenindussfääri hinnata tippkoormuse ajal, kuigi seni on projekteerimise aluseks olnud keskmised näitajad.

Prof. J. Talajeva (Sõssini-nimeline Moskva Üld- ja Kommunaalhügieeni Instituut) käsitles supluspaikade vee bakterioloogiliste näitajate reglementeerimist. Nakkushaiguste tekitajaid leitakse 2. . .50%-s lahtistest veekogudest võetud proovides, mis näitab vee kaudu nakkuse leviku võimalusi. Bioloogilist, bakterioloogilist ja keemilist saastatust ei või hinnata eraldi, sest bakterioloogilised näitajad sõltuvad keemilisest reostusest. Saastatud keskkonnas muutuvad inimesed ning loomad nakkuse suhtes vastuvõtlikumaks, mistõttu ka väiksem kogus haigusetekitajaid osutub epidemioloogiliselt ohtlikuks. Tõvestavate mikroobide sedastamisel puhkepaikade vees on vaja selgitada reostuse allikas ja leviku ulatus, et rakendada meetmeid selle edasise leviku takistamiseks. Nüüdisaegsed mikrobioloogilised kiirmeetodid põhinevad antigeeni sedastamisel ja sobivad võimaliku epidemioloogilise ohu kindlakstegemiseks. Nende laialdast rakendamist piirab asjaolu, et nakkusohu tõestamiseks ei piisa antigeeni määramisest uuritavas keskkonnas, vaid on vaja isoleerida paljunemisvõimeline nakkushaiguse tekitaja.

V. Gubanov ja I. Gavarin (Ukraina Teaduste Akadeemia) rääkisid Odessa plaažidest. Osa kuulsaid plaaže (Arkaadia, Золотой берег) on juba kolm aastat suplemiseks suletud, sest nende vahetus läheduses lastakse merre olmeheitvett. Plaažil «Южная» oli merevee laktoospositiivsete soolekepikeste (LP) indeks 10. . .100 miljonit, tõustes vahel miljardini.

G. Kortšaki (Kiievi Üld- ja Kommunaalhügieeni Instituut) ettekanne oli süvamereväljalaskude vähesest efektiivsusest. Krimmis on vaja puhastussüsteemi enne heitvee süvamereväljalasku täiendada järelpuhastuse ja süvapuhastuse seadmetega.

Diskussioonis selgus, et sotsiaalne ja majanduslik kahjum (mis on plaažide sulgemise tagajärg) on kuurortide hügieenilist seisundit veelgi halvendanud, kusjuures puhkajad on suplemiskeeldusid kõikjal ignoreerinud. Tuleks jätkata püsielanikkonna keskkonna hügieenilisest seisundist oleneva tervise uurimist, samuti tuleks uurida kuurordi järelmõju rekreantide tervisele. Keskkonnakaitse küsimusi tuleb lahendada igas regioonis eraldi, kuid vajalikud on ka erinevate spetsialistide kokkutulekud. Uute maa- ja loodusvarade kasutamist ja omandit käsitlevate seadustega on vaja luua alused kuurortide keskkonnaseisundi taastamiseks, esmajärjekorras aga õhu ja merevee hügieenilise seisundi parandamiseks.

Küllike Birk

6. . .7. novembrini 1990 toimusid Helsingis III Soome riiklikud nakkushaiguste päevad. Ligikaudu viiesaja osavõtja hulgas oli ka seitse Eesti arsti. Allakirjutanu tänab osavõtuvõimaluse eest Soome Arstide Liitu.

Kokkutuleku avas sotsiaal- ja tervishoiuminister Mauri Miettinen. Prof. Anto Leikola pidas loengu «Evolutsioon ja nakkushaigused» ning dotsent Ville Valtonen «Infektsioonid mittenakkushaiguste põhjustajatena». Eriti viimati nimetatud loengus esitati palju uusi andmeid kliinilise mikrobioloogia uute valdkondade kohta. Äratas tähelepanu, et seoses antibakteriaalse ravi ulatusliku levikuga on maailmas oluliselt

vähenenud nahavähki haigestumine. Kui 1953. aastal registreeriti 2187 nahavähijuhtu, siis aastaks 2000 prognoositi neid vaid 900. On leitud, et B-hepatiidi-viirus võib põhjustada haiguslikke protsesse peale maksa veel neerudes, liigestes. Südameinfarkti põdejate uurimisel on leitud, et selle haiguse patogeneesis on oma osatähtsus ka mikroobidel, eriti klamüüdiatel, streptokokkidel.

Ettekandeid oli võimalik kuulata viirusnakkuste kemoteraapia, nakkuste ja nahahaiguste, immunosupressiooni ja nakkuse vahekorra, streptokokknakkuste sektsioonis.

Põhjalikumalt käsitlen neid ettekandeid, mis olid teemal «Tervisekeskuse osa joogiveest põhjustatud epideemiate puhul». Veega seotud puhangute põhjustest Soomes viimase kümne aasta jooksul andis põhjaliku ülevaate Kristi Lahti. Veest põhjustatud epideemiate arv on jäänud järjest väiksemaks. Enamasti on haigestunuid vähe (alla 100 haige) ja haigestumise põhjuseks on kas reostunud kaevuvee või jõe- või järvevee kasutamine joogiveena. Kui aastail 1983. . . 1988 ei olnud ükski haiguspuhang tingitud veevärgiveest, siis 1989. ja 1990. aastal on jälle aset leidnud sellised puhangud. Enamasti saab veevärgiveest põhjustatud reostus alguse kanalisatsioonitorustiku lekkest või ummistuse tõttu tekkinud pinnase reostuse imbumisest puhta vee torustikku. Sagedamini on haiguspuhangu tekitaja *Salmonella typhimurium*. Soomes on uuritud kolme *Campylobacter jejuni* põhjustatud veega seotud puhangut. Neist ühe puhul oli joogiks kasutatud ojavett, teine oli põhjustatud fekaalidega reostatud kaevuveest ja kolmas veetorustiku parandamisel vee jaotusvõrku sattunud pinnaveest. Sageli jäävad veest põhjustatud puhangute põhjused selgitamata, eriti nende viirusliku etioloogia puhul.

Prof. Jorma Hirn esitas ülevaate toidu toksikoinfektsioonidest ja nende seosest madalakvaliteedilise veega.

Veest põhjustatud epideemiate epidemioloogilist uurimist konkreetsete juhtude näitel käsitles laborijuhataja Matti Jahkola. Haigusetekitajate avastamiseks on nende epideemiate puhul oluline haiget uurida paralleelselt bakterite, viiruste ja parasiitide suhtes. Epidemioloogiliselt õigete järelduste tegemiseks oleks vaja komplekteerida kontrollrühm sama paikkonna inimestest, kes ei ole kahtlusalust vett joonud või selles supelnud.

Orivesis aset leidnud epideemiast rääkis kohaliku tervisekeskuse peaarst Hannu Kontiala. Nelja päeva jooksul haigestus ligikaudu 4400 inimest ehk pool linna elanikkonnast, sest kanalisatsiooni ummistuse tagajärjel saastus üks linna kolmest põhjaveekaevust. Haiguse peiteperiood kestis kaks päeva. Saastunud vee tarbijaist haigestus 80,5%. Veeproovide uurimisel leiti 100 ml vees 2300 termostabiilset kolibakterit, 3900 koli-rühma kuuluvat bakterit ja 320 fekaalset streptokokki. Veest isoleeriti ECHO-6 viirusi. Kuue haige *faeces*'e proovides leiti elektronmikroskoopilisel uurimisel *small round-virus*, sellesse rühma kuuluvad ka ECHO-viirused.Epidemioloogilise uurimise ajal koguti andmeid telefoni teel, samuti kirjutati kõigisse 4025 majja. Üks tõhusamaid epidemioloogilisi meetmeid oli reostunud puurkaevu vee tarbijate juhendamine kohaliku raadio kaudu. Linna tervisekeskuse ja tööandjate kulud olid selle epideemiaga seoses 1912700 marka, üksikisikute kulutustest rääkimata.

Nakkushaiguste päevade lõpetuseks kuulati loenguid nakkuse ja allergia vahekorrast ning Soomesse asunud migrantide tervishoiuprobleemidest. Esitati veel ettekandeid koolitervishoiu ja soomlaste tuberkuloositõrjeprojekti realiseerimise kohta Somaalias.

Küllike Birk

II Läänemere farmakoloogia ja kliinilise farmakoloogia konverents toimus 3. . .4. oktoobrini 1990 Tallinnas. Põhikorraldajad olid Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmakoloogia kateeder ja psühhofarmakoloogia laboratoorium, korraldamises osalesid ka Eesti Teaduste Akadeemia Keemia Instituut ning Helsingi Ülikooli farmakoloogia kateeder. Konverentsist võttis osa 170 teadlast põhilistest Läänemere ümber asuvatest teaduskeskustest. Kokku esitati üle 120 ettekande, osa neist stendil. Põhiküsimustena käsitleti kesknärvisüsteemi molekulaarfarmakoloogiat, kardiovaskulaarsüsteemi ning silelihaselundite ja põletiku farmakoloogiat, kliinilist farmakokineetikat ja farmakoteraapiat, kooskõlastati farmakoloogia ja kliinilise farmakoloogia õppeplaane ja -programme.

Konverentsi esimesel päeval kuulati teist Oswald Schmiedebergi loengut, mille pidas Leningradi I Meditsiiniinstituudi professor Edvin Zvartau teemal «Ravimisõltumuse

eksperimentaalfarmakoloogia». Professor E. Zvartaule anti üle ka Schmiedebergi mälestusmedal.

Tartu Ülikooli farmakoloogid esitasid 18 ettekannet.

Konverentsi heale kordaminekule aitasid lisaks Tartu Ülikoolile kaasa veel sponsorid: Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas, väikeettevõte «Vagos», Läti Teaduste Akadeemia Orgaanilise Sünteesi Instituut, Leningradi Antibiootikumide ja Ensüümide Instituut, firmad *Latvbiofarm, Orion O/Y, Pfizer Inc.* ja teised.

Läänemere ülikoolide farmakoloogide konverentsid on nüüdsest muutunud regulaarseteks kahe aasta järel toimuvateks teadlaste kohtumisteks. Esimene konverents peeti 1988. aasta septembris Kielis, järgmine on kavas korraldada 1992. aasta sügisel Kopenhaagenis.

Lembit Allikmets

Esimene üleliiduline konverents «Humiinained biosfääris, nende rahvamajanduslik tähtsus ja ökoloogiline tähendus» toimus 18. . .21. septembrini 1990 Moskvas. Osavõtjaid oli 348 ligikaudu 90 asutusest. Konverentsist võttis osa ka Bulgaaria, Saksamaa, Poola ning Tšehhi ja Slovaki Liitvabariigi teadlasi.

Plenaarettekannetest pakkus meedikutest osavõtjatele kõige enam huvi A. Gorovaja (Dnepropetrovsk) üldistav ettekanne «Humiinpreparaatide tootmine ja nende kasutamine põllumajanduses ja meditsiinis», milles käsitleti ka nende preparaatide toimemehhanismi süvauurimise tulemusi molekulaarsel, membraani ja raku tasandil. On uuritud eksogeensete huumusainete lokaliseerumist ja muundumisprotsesse erinevates rakutüüpides.

Humiinpreparaatide, huumusainete fraktsioonide ja ka mudelainete füsioloogilist aktiivsust käsitleti mitmes ettekandes. Nii oli S. Davidjantsi ja kaasautorite (Stavropol) ettekanne melanoidiinide ja teiste Maillard'i suhkuramiinsete reaktsiooniproduktide keemilise ja meditsiinilis-bioloogilise uurimise tulemustest. Mitmes Dnepropetrovski teadlase ettekandes käsitleti humiinpreparaatide toimet koduloomadesse ja lindudesse. N. Gadzijeva ja kaasautorite ettekanne oli ühe Kirgiisi leiukoha ravimuda omadustest. Ravimudadest oli ka V. Solovjova ja kaasautorite (Odessa) ettekanne. Odessa Silmahaiguste ja Koeteraapia Teadusliku Uurimise Instituudi esindaja T. Lotos käsitles huminaadi adaptogeenseid omadusi.

Eestist olid konverentsil V. Palu ja allakirjutanu (Eesti Teaduste Akadeemia Keemia Instituut). Nende ettekandes võrreldi grafostatistiliselt sapropeelide ja muldade humiinhappeid.

Konverentsi otsuses nõutakse põhjaliku füsioloogilise ja sanitaar-toksikoloogilise hinnangu andmist uutele huumuspreparaatidele inimese tervisest lähtuvalt. Võeti vastu otsus koostada ka huumuse biotehnoloogia kompleksne sihtprogramm. Lähemal ajal asutatakse Üleliiduline Huumusainete Uurimise Ühing, et siis kollektiivliikmena ühineda Rahvusvahelise Huumusainete Uurimise Ühinguga.

Rein Veski

Jaapanlased ja soomlased juhtidest. Tervishoiujuhtidel tasuks Jaapani juhtimisteooria järgi arvestada kahte enam levinud juhi funktsiooni: 1) oskust probleeme lahendada ja eesmärke saavutada ning 2) töötajate tunnustuse saavutamist. Edukaks juhiks peetakse sellist, kellel on alluvate arvates nende kahe funktsiooni väärtus üle keskmise. Seevastu soomlased peavad juhile vajalikeks omadusteks eetilisust, läbilöögivõimet, suhtlemisoskust ja oskust arvestada teisi inimesi. Vastavalt sellele eristatakse järgmisi juhitüüpe: eetilist juhti, tahte, tegude, mõistuse, toetaja ja arendaja tüüpi juhte.

Applied Psychology, 4, 1989
Psykologia, 5, 1990

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

ÜRO Lapse Õiguste Konventsiooni aastapäeva tähistamine

Möödunud aasta lõpukuudel toimus Eesti Lastekaitse Keskliidul kaks suuremat üritust. 17. novembril tähistati ÜRO Lapse Õiguste Konventsiooni aastapäeva. Sel puhul kutsuti 100 last üle kogu Eestimaa Eesti Vabariigi valitsuse esimehe E. Savisaare vastuvõtule Toompea lossi (vt. foto). Valitsusjuht näitas lastele tööruume, rääkis oma ja teiste valitsusliikmete tööpäevast. Lühikeseks ajaks vahetas valitsusjuhi tool omanikku ja parlamendiski võtsid koha sisse lapsed. Lühike, kuid tarmukas oli «uue peaministri» kõne ja saali reageering näitas, et kasvamas on väärikas vahetus. Ametliku osa lõpetas tõeline «limpsipidu». Seejärel viisid bussid külalised «Estonia» teatrisse. Kontsert meeldis nii suurtele kui ka väikestele ja Neeme Kuninga selgitav jutt võis nii mõnelegi väikemehele või -tüdrukule olla uksepaotuseks tõsise muusika maailma. Sel päeval oli «Estoniasse» kõigile piletid ostnud Eesti Lastekaitse Keskliit.

Katrin Raamat

III Eesti Lastekaitse Keskliidu kongress

15. detsembril 1990 toimus III Eesti Lastekaitse Keskliidu kongress. Päevakorras olid Eesti Lastekaitse Keskliidu presidendi Leo Tamme, kohalike liitude vanemate, revisjonikomisjoni ettekanded. Rait Maruste andis ülevaate Eesti Lastekaitseseaduse projektist, rääkis projekti koostamisest ja seaduse jõustumise perspektiividest. Lähtutud on põhimõttest, et laste kaitsmiseks on vaja riiklikku süsteemi. Igas loodavas vallas peab edaspidi olema oma lastekaitseinspektor, kuid linna ja maakonna tasandil töötagu kollektiivne organ. Kogu süsteemi koordineerimine peaks olema Eesti Vabariigi Haridusministeeriumi ülesanne. Lastekaitsesüsteem ei saa reguleerida kõike lastekaitsega seostuvat, peale kõne all oleva lastekaitseseaduse on vaja veel teisi õigusakte ja olemasolevate õigusaktide korrigeerimist. Näiteks on pärast lastekaitseseaduse valmimist vaja teha parandusi abielu- ja perekonnakoodeksis, sest ühe asja kohta on võimatu anda paralleelselt kaht seadust.

R. Maruste märkis, et lastekaitseseaduse projektis on ette nähtud kolmeastmeline lastekaitse: riiklik, s.o. riigieelarveline finantseerimine ja riiklik poliitika, riiklikud programmid; omavalitsuslik, millest oli juttu eespool, ning omaalgatuslik lastekaitse. Omaalgatusliku lastekaitse üks tööorganeid on R. Maruste arvates ka Eesti Lastekaitse Keskliit, samuti muud organisatsioonid, alustades skautide ning lõpetades usuorganisatsioonidega. Eesti Lastekaitseseaduse projekt ei ole veel lõplikult valmis. Kui hästi seadus õnnestub, seda näitab tulevik, ent seda on püütud koostada kooskõlas ÜRO Lapse Õiguste Konventsiooniga. Rõhutatud on seda, et laps on subjekt oma õiguste ja kohustustega kõige erinevamates eluvaldkondades. R. Maruste rääkis ka lastekaitseseaduse struktuurist. Lastekaitseseaduse projekti arutelu oli elav.

L. Tamm rääkis lastekaitseliidu asutamisest ja seni tehtust. Aeg on teinud liidu struktuuris korrektiive. Aasta tagasi asutati Eesti Lastekaitse Keskliit, sest kohapeal tekkinud lastekaitseliidud tunnevad oma maanurga laste muresid paremini ja on igati töövõimelisemad kui algselt 1988. aastal loodud toimkonnad, mis koosnesid erinevatest piirkondadest pärit inimestest. Eesti Lastekaitse Keskliit ühendab praegu 10 lastekaitseliitu ja kaht lastekaitseseltsi, peatselt on tekkimas veel kaks liitu — Narvas ja Põlvas. Peale kohalike lastekaitseliitude on Eesti Lastekaitse Keskliidul ka kollektiivliikmed, nagu ühendus «Usaldus», ühendus «Hau», Tallinna Wismari Haigla Arstlik Perekonnanõuandla, Eesti Psühhiaatrite Seltsi lastepsühhiaatrite sektsioon. Individuaalliikmeid keskliidul ei ole, inimesed kuuluvad oma regiooni lastekaitseliitu, see omakorda keskliitu. Keskliidu töö aluse moodustabki piirkondlike liitude iseseisev tegevus. Kord kvartalis toimuvad volikogu koosolekud. Volikogu koosneb lastekaitseliitude, -seltside ja kollektiivliikmete volinikest, sinna kuulub ka üheksaliikmeline vanematekogu. Vane-

matekogu koosolekuid peetakse kord kuus. Arutlusel on olnud lastekaitseseaduse projekt, üle-eestiliste seminaride planeerimine, tööplaan, majandusprogramm. Volikogu määrab tegelikud töösuunad, lihthäälteenamusega otsustatakse toetuste määramine, volikogu kuulab ära lastekaitseliitudes muret ja rõõmu valmistavad probleemid, võtab vastu otsused.

Eesti Lastekaitse Keskliidu majandusliku aluse moodustab lepingu alusel Soome Päästearmeest saabuvate rõivaste müügist saadud tulu. Loomisel on väikeettevõte «Valge Liilia», mis iseseisva juriidilise isikuna hakkab nimetatud lepingut täitma, olles Eesti Lastekaitse Keskliidu liige ja ka volikogus esindatud. Tänu lepingule Soome Päästearmeega oleme saanud välja maksta toetusteks 211 527 rubla, sealhulgas Eesti Sotsiaalfondi jõulutoetusteks 20 000 rubla, usaldustelefoni jaoks 14 000, Vanalinna Muusikamajale 15 000 rubla. Jõuludeks said kõik lastekaitseliidud oma paljulapseliste perede ja lapsinvaliidide toetamiseks 4000, seltsid 2000 rubla. Üldse on kohalikele lastekaitseliitudele vastavalt nende avaldustele jagatud üle 100 000 rubla.

Meie sponsorid on tootmiskoondis «Norma», Ühiskondlike Autoinspektorite Liit, Narva Riiklik Autoinspektsioon, Järvamaa Metsamajand.

Eesti Lastekaitse Keskliidul on tavaks välja anda kord kvartalis preemia, mille saaja otsustab volikogu. Tuhanderublase preemia saab inimene, kes on andnud laste heaoluks ja arenguks parima. Senised preemiaomanikud on Tiina Mägi, Aino Juhanson, Kersti Nigesen ja Leho Männiksoo.

Üks olulisi lõike Eesti Lastekaitse Keskliidu töös on inimeste koolitus. See ülesanne on seminaride tsüklil «Meie lapse mured». Korraldatud on neli seminari. Viimane neist, «Ilma vägivallata» sai tõukeks üleskutsele «Üks päev ilma vägivallata». Vägivallavaba eluviisi propageerimine on üks tuleviku ülesandeid. Varasemate seminaride tulemusena on käivitunud lepitamisliikumine ja turvakodude asutamine.

L. Tamm rääkis ka keskliidu rahvusvahelistest kontaktidest, lastevahetusest Soome Vabariigiga, samuti meie laste viletsatest sportimise ja isetegevuse harrastamise võimalustest kodukohas, alaealiste kuritegevuse suurenemistendentsist.

Revisjonikomisjoni aruande esitas Ene Tomberg. Ta selgitas «Valge Liilia» töö spetsiifikat ja andis Eesti Lastekaitse Keskliidu majandustegevusele hea hinnangu.

Eesti Vabariigi Sotsiaalhoolduseministeeriumi tööst rääkis ministri esimene asetäitja Endel Saia, Eesti Vabariigi Haridusministeeriumi esindajana võttis sõna Kalju Luts.

Kohalike lastekaitseliitude esindajad rääkisid tehtust ning tulevikuplaanidest.

Kongressi lõpul valiti vanematekogusse uusi liikmeid. Eesti Lastekaitse Keskliidu vanematekogus on L. Tamm, T. Ots, R. Viilu, K. Küttis, V. Sarapuu, H. Tammar, A. Anderson, M. Tagen ja U. Roos.

Katrin Raamat

AIDS Soomes. 1990. aasta novembri seisuga oli Soomes avastatud 83 AIDS-i nakatunud inimest. HIV-seropositiivsed inimesed jagunesid järgmiselt: homoseksualiste 56,1%, heteroseksualiste 26,3%, narkomaane 4,2%, vere kaudu nakatunuid 2,2%, lapsi 0,6%, ebaselgeid juhte 10,6%. Nakkuse levikuteedena domineerisid doonorivere ülekanne, ühiste süstalde kasutamine narkomaanide poolt, suguühe ilma preservatiivita ja vertikaalne levik nakatunud emalt lootele. Soomes on ette nähtud AIDS-i suhtes uurida doonoreid, narkomaane, homoseksualiste, rasedaid naisi, välismaal töötanud inimesi, armeesse kutsutud noormehi, tööloa saanud välismaalasi, Aafrikast ja Ameerikast pärit üliõpilasi.

Suomen Lääkärilehti, 36, 1990

ARSTIDE SELTSIDES

Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu koosolekul, mis toimus 4. detsembril 1990, oli arutlusel 1991. aasta tervishoiueelarve projekt. Leiti, et eelarves haigete toitlustamiseks ettenähtud kulutused ei kata alates 1. jaanuarist 1991 toitlustamiseks tehtavaid kulutusi. Juba praegu ja eriti pärast põllumajandussaaduste vabaturuhindade kehtestamist ei ole mõeldav toitlustada haiget neli korda päevas umbes kahe ja poole rubla eest.

Toetame Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ettepanekut suurendada toiduraha voodipäeva kohta 4 rubla 80 kopikani päevas täiskasvanul ja 4 rubla 10 kopikani lapsel.

1990. aasta märtsis lubas Eesti Vabariigi valitsus suurendada tervishoiutöötajate palgafondi 1991. aastal vähemalt 30 miljonit rubla sotsiaalfondi laekuvate vahendite arvelt. 1991. aasta eelarve projektis on aga see summa 10 miljonit. Niisugune minimaalne palgafondi suurenemine ei kata isegi inflatsiooni ja suurendab veelgi sotsiaalset ebavõrdsust tervishoiutöötajate ning muude erialade tööliste ja teenistujate vahel.

Leiame, et tervishoiu ja kogu sotsiaalsfääri töötajate tunnitöötasu peab 1991. aastal olema keskmiselt üks rubla ja 91 kopikat. Edaspidi on vaja tunnitasu korrigeerida vastavalt elukalliduse indeksi tõusule.

Ants Haavel

Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu tuli erakorraliselt kokku 13. jaanuaril 1991. aastal Virtsus. Erakorralise kokkutuleku tingisid Nõukogude armee tapatalgud Leedu Vabariigis. Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu otsustas pöörduda abi saamiseks kogu maailma arstide ja hea tahtega inimeste poole. Pöördumine saadeti telefaxiga Rootsi Eesti Arstide Seltsile. Rootsi Eesti Arstide Seltsi liige dr. Taavi Kaaman lubas, et nende selts paljundab läkituse ja saadab selle välismaa ajakirjandusele, arstide seltsidele ja rahvusvahelistele arstide liitudele. Pöördumine saadeti Soome, Austraalia, Kanada, Ungari, Šveitsi, Austria, Saksamaa, Hollandi, Ameerika, Läti ja Gruusia eesti rahvusest arstidele. Pöördumine saadeti avaldamiseks ka «Медицинская газета'le».

15. jaanuaril 1991. aastal otsustas Saaremaa fond annetada Nõukogude armee ohvrite abistamiseks Leedu Vabariigi vastavale fondile 3000 rubla.

Ants Haavel

Pöördumine kogu maailma arstide ja hea tahtega inimeste poole

Tundidel, mil Leedus tapab Nõukogude armee rahulikke elanikke ja homne päev võib sama tuua Eestisse ja Lätisse, palume toetada meid meie võitluses Balti rahvaste ellujäämise eest.

Veel ei palu me otsest materiaalset abi, vaid palume teid pöörduda Rahvusvahelise Punase Risti ja ÜRO poole nõudmaks NSV Liidu presidenti lõpetama verevalamine ja süütute inimeste tapmine ning okupatsioon suveräänsetes Balti riikides.

Aeg, mis on meile jäänud, on lühike, seetõttu võib meid päästa ainult teie kohene abi.

Jättes ohtu meid, ohustate ka oma rahvast ja kogu Euroopat.

Lääne-Eesti Arstide Seltside Nõukogu

Tšehhi ja Slovaki Liitvabariigi ja Eesti anestesioloogide-reanimatoloogide seltsi sõprussidemed loodi 1987. aastal. Sellest ajast alates on regulaarselt vahetatud väikesearvulisi delegatsioone, on korraldatud ühiskoosolekuid, tutvutud eeskujulike raviasutuste töökorralduse ja töökogemustega.

Seltsi möödunud aasta oktoobrikuu koosolekul esitas ettekande H. Noraček. Ta rääkis päästeteenistuse organiseerimisest Prahas, esmaabist raskete polütraumade korral ning intensiivravist haiglas. J. Sturma loeng oli põletushaigete esmaabist ja ravist. Külalised tutvusid A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku juures asuva põletuskeskuse ja Tallinna Kiirabihaigla reanimatsiooniosakonna tööga.

Detsembri algul viibisid vastukülaskäigul Prahas meie anestesioloogid. A. Talihärm esitas ettekande baroteraapia kogemustest ja kiirabihaigla reanimatsioonikeskuse töökorraldusest ning E. Kross Tartu Linna Kliinilise Haigla neurokirurgilise reanimatsiooniosakonna töökogemustest. Sügava mulje jätsid Praha põletuskeskus, endise partei ja valitsuse haigla baasil organiseeritud kiirabihaigla ja laste kardiokirurgiakeskus. Kõik need raviasutused on rahvusvahelise mainega ning nendes töötamine või stažeerimine prestiižikas. Väga hea mulje jättis ka päästeteenistus (meie mõiste järgi teenindab kiirabi ainult õnnetusjuhtumite läbi kannatanuid, ka äkksurma juhtudel).

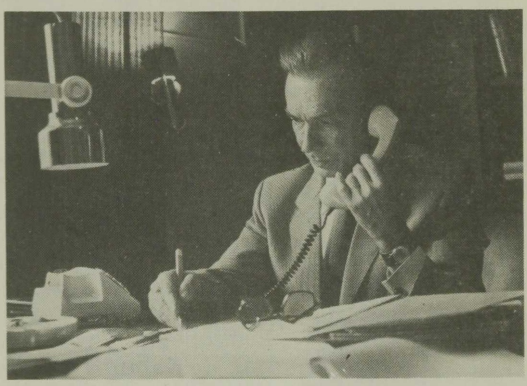
Juba lähemal ajal algab pikaajaline stažeerimine Praha, Tartu ja Tallinna haiglates. Kavandatud on ühised teadusartiklid ja tšehhide kaasamine Balti ja Soome anestesioloogide koostöösse.

Artur Talihärm

18. jaanuaril 1991 toimus Tallinnas **Eesti Anestesioloogide ja Reanimatoloogide Seltsi ning L. Puusepa nimelise Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi** ühine koosolek. Ettekande valu ravist kirurgias ja onkoloogias esitas Helsingi Ülikooli Keskhaigla anestesioloog dotsent Irma Tigestedt, kes rõhutas multidistsiplinaarse meeskonna tähtsust nende haigete ravis, kes kannatavad valu all. Koosolekul otsustati asutada Eesti Valu Selts, kinnitati seltsi põhikiri ja valiti juhatus. Esimeheks valiti allakirjutanu, aseesimeheks dotsent J. Samarütel ja sekretäriks G. Aavik. Seltsi ülesanded on valualaste teadussaavutuste propageerimine ja nende praktikasse rakendamine, vastava uurimistöö planeerimine ja rahvusvaheliste teadussidemete loomine.

Rein Zupping

MEIE JUUBILARE



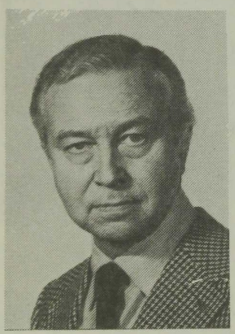
7. aprillil 1991. aastal oli suure töömehe, avara silmaringiga, avatud südamega ja peenetundelise inimese, peatoimetaja asetäitja Vello Laose 70. sünnipäev. Tehtud on palju, teha — veelgi rohkem. Töötahet, tarmukust ja tervist soovides kõigi «Eesti Arsti» kaastöötajate, lugejate ja tegijate nimel

«Eesti Arsti» toimetus



August Põkk, Tartu Linna Keskpolikliiniku 14. velskripunkti velsker, sai 19. detsembril 1990 75-aastaseks. Tartu Reaalgümnaasiumi lõpetamise järel oli ta 18 kuud ajateenija Eesti sõjaväes, kus tegi läbi kolmekuulised velskrikursused. Seejärel töötas kolm kuud sõjaväe ambulatooriumis. 1938. aastal asus meistrina tööle Meltsi villa- ja riidevärvimise tööstusse. Sõja ajal oli

A. Põkk tööl Tartu III Sisehaiguste Kliinikus. Prof. E. Raudam soovitas tal õppima asuda. 1948. aastal lõpetas A. Põkk Tartu Vabariikliku Meditsiinilise Keskkooli velskri erialal kiitusega. Aastail 1948. . .1949 oli Kiidjärve maa-arstijaoskonna, 1949. . .1951 Võnnu arstijaoskonna velsker. Ajavahemikul 1951. . .1984 oli A. Põkk Tammistu velskri-ämmaemandapunkti juhataja. 1985. aastast alates on olnud Tartu 17. Kutsekeskkooli velsker. Juubilar on esimese kategooria velsker. A. Põkk on 42-aastase tööstaažiga rikkalike kogemustega meditsiinitöötaja, hea haiguste diagnoosija.



Ilo Käbin, mainekas Välis-Eesti arstiteadlane, meditsiiniajaloo uurija, meditsiinidoktor, sai 18. veebruaril 70-aastaseks. Juubilar on sündinud Narvas kooliõpetaja perekonnas. I. Käbini isa mõrvati 1941. aastal taganevate punaväelaste poolt. Juubilar õppis Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas aastail 1940. . .1943 ning Uppsala Ülikoolis, mille lõpetas 1950. aastal. Ajavahemikul 1943. . .1944 oli ta vabatahtlikuna Soome armees ja tegutses pataljoniarstina JR 200-s Karjala maakitsusel punavägede suurrünnaku ajal 1944. aasta suvel. Rootsis on ta töötanud peamiselt kirurgina Landskronas, samas maakonnahaiglas ka peaarstina. Ta on avaldanud teadusartikleid kirurgia, samuti arstiteaduse ajaloo alalt. Väga põhjalikult on ta tegelnud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ja õppejõudude tegevuse uurimisega. Selle lõpptulemuseks on 628-leheküljeline teos, doktoriväitekiri «Die medizinische Forschung und Lehre an der Universität Dorpat/Tartu — 1802—1940», mille ta on pühendanud Tartu Ülikoolile. Temalt on ilmunud Tartu Ülikoolis aegade jooksul õppinud arstidest maadeuurijate avastusreise (Põhja-Jäämerel, Vaiksel ookeanil ja mujalgi) käsitlev raamat «Maal ja merel», mis on tõlgitud ka rootsi keelde ning äratanud suurt huvi Prantsusmaal, Inglismaal, Austrias, Hispaanias. Juubilar on üks eestluse aadete kandjaid Välis-Eestis. Temast on kirjutatud koguteoses «Dictionary of International Biography». Ta on Prantsusmaa Meditsiiniajaloo Ühingu liige.



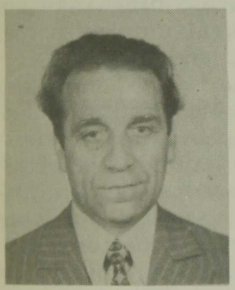
Maie-Ly Haavel, Saaremaa austatuim lastearst, sai 29. jaanuaril 60-aastaseks. Kindla sooviga õppida lastearstiks möödusid õpinguaastad Tartu Ülikoolis, kuhu peale eduka stuudiumi mahtusid veel teadustöö, isetegevus, pere loomine ning esimesed emaõõmud ja mured. 1955. aastal tuli M.-L. Haavel tagasi Saaremaale, kus enne teda oli vaid kaks lastearsti. Tööd tuli teha sageli 24 tundi ööpäevas. M.-L. Haavelil jätkus jõudu ja tarkust, tarmukust ja ettevõtlikkust, jätkub seda täna ning jätkub homsesse. Kuus korda on M.-L. Haavelil endal olnud õnn emaks saada. Oma lapsed on ta kasvatanud terveteks, tugevateks, eluröömsateks, oma tööd mõistvateks ja austavateks inimesteks. Kaheksa lapselast armastavad oma vanaema, teavad, et ta on õiglane ja hell abiline kõigil elujuhtumitel. Eriline on olnud M.-L. Haaveli mõju Saaremaa lastearstidele. Me kõik oleme tema õpilased ning igaüks meist on väga palju saanud temalt õpilasena, kolleegina ja sõbrana.



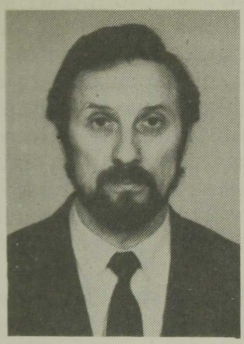
Ehaleid Liivola, Tõrva Linna Haigla terapeut, sai 4. veebruaril 60-aastaseks. Pärast Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetamist suunati E. Liivola tööle Viljandi rajooni Kärstna maa-arstijaoskonda. Aasta pärast siirdus ta Tõrva Linna Haiglasse. Selles haiglas on E. Liivola töötanud nii terapeudi kui ka teraapiaosakonna juhatajana. Ta spetsialiseerus diabetoloogi ja laboriarsti erialale ning rakendas neid teadmisi oma igapäevatöös. E. Liivola algatusel hakati Tõrva Linna Haigla laboratooriumis tegema ka biokeemilisi analüüse. Juubilar on teise kategooria terapeut. Juba ülikoolipäevil algas E. Liivola aktiivne kultuurialane tegevus. Ka Tõrvas on ta laulnud naiskooris ja osa võtnud näiteringi tööst.



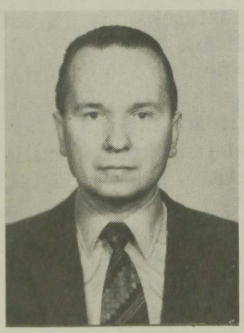
Mall Sepp, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri assistent, sai 9. veebruaril 60-aastaseks. 1955. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna raviosakonna kiitusega. Seejärel oli 1960. aastani Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonna üldkirurg. 1960. aastal spetsialiseerus M. Sepp lastekirurgia erialale Moskva Arstide Täiendamise Instituudis. Aastail 1960. . . 1978 töötas ta Tartu Kliinilise Haigla lastekirurgiaosakonnas, M. Sepp oli üks selle osakonna rajajaid. Alates 1978. aastast on ta olnud praegusel ametikohal. Üliõpilastele õpetab ta lastekirurgiat. M. Sepp on erudeeritud, suurte kogemustega esimese kategooria lastekirurg, hinnatud õppejõud ja abivalmis kolleeg.



Endel Türi, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedri dotsent, sai 13. märtsil 60-aastaseks. Pärast Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kiitusega lõpetamist 1958. aastal asus ta tööle Hiiumaal Selja maahaiglas, kus võttis kasutusele Käina lahe ravimuda. Alates 1959. aastast on E. Türi töötanud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna mikrobioloogia kateedris, algul assistendi, siis vanemõpetaja ja 1972. aastast dotsendina. Kandidaadiväitekirja kaitses E. Türi 1966. aastal. Tema poolt välja töötatud testikulaarne infektsiooni mudel on leidnud kasutamist paljudes laboratooriumides ja seda on käsitletud erialastes käsiraamatutes ning monograafiates. E. Türi on palju tegelnud ka kliinilise mikrobioloogiaga, peamiselt kuseteede infektsioonide diagnoosimise ja kemoteraapiaga. Ta on avaldanud ligikaudu 100 teaduspublikatsiooni ja arvukalt õppemetoodilisi materjale. Juubilar on hinnatud lektor. Vabal ajal tegeleb ta mesilaste, aiatöö ja küttimisega. Hiidlasena oskab lugu pidada heast naljast ja armastab seda ka ise teha.



Raivo Kolle, Eesti Vereteenistuse Keskuse peaarst, sai 1. veebruaril 50-aastaseks. 1967. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel oli Tallinna Meditsiinikooli kirurgiaõpetaja, töötades ka üldkirurgina Tallinna Pelgulinna Haiglas. Aastail 1969. . . 1971 õppis kliinilises ordinatuuris Vabariiklikus Onkoloogiakeskuses ning töötas samas onkokirurgina kuni 1973. aastani. Alates 1973. aastast on olnud praegusel ametikohal. Eesti vereteenistus oli Läti ja Leedu tasemega võrreldes tublisti maha jäänud, puudus tootmisbaas, vähe oli spetsialiste. Tänaseks on kogu vereteenistuse kompleks täies mahus tööle rakendatud. Juubilar on teinud palju tööd uute transfusioonravi seisukohtade propageerimisel, pidanud palju loenguid, avaldanud artikleid. Ta on Eesti Hematoloogide ja Transfusioloogide Seltsi esimees ja sama üleliidulise seltsi juhatuse liige. Paljude aastate jooksul on R. Kolle teinud doonorluse korraldamisel koostööd Eesti Punase Risti Seltsiga, ta on Punase Risti Seltsi Keskkomitee presiidiumi liige. Viimastel aastatel on R. Kolle tegelnud tervishoiuökonoomika küsimustega. Juubilar on kõrgema kategooria tervishoiuorganisaator.

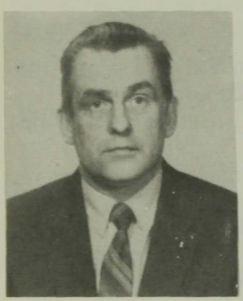


Rein Suija, Tartu Psühhiaatriakliiniku peaarsti asetäitja ravi alal, sai 5. veebruaril 50-aastaseks. 1965. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Aastail 1965. . .1982 oli R. Suija Võru Rajooni Keskhaigla neuroloog. Seejärel naasis ta kodulinna Tartusse, kus asus tööle psühhiaatriakliinikus. Võrus jätkas ta tegevarsti töö kõrval õpingute ajal alustatud teadustegevust. 1974. aastal valmis kandidaadiväitekiri «Leilisauna toimest tervete inimeste, hüpertooniatõbe põdejate ja rasvunute südame ja veresoonkonna ning hingamise näitajatele». Temalt on ilmunud üle 80 teadustöö, nendest üks monograafia koostöös prof. E. Laanega. Tööd käsitlevad ees-

kätt taastusravi neuroloogias, psühhiaatrias ja sisemeditsiinis. R. Suija eestvõttel on psühhiaatriakliinikus asutatud päevane osakond, kus peetakse psühhoterapeutilise ravi kõrval oluliseks ka füüsikalist ravi. Aastaid on R. Suija juhendanud interne. Viimased viisteist aastat on ta olnud Tartu Ülikooli meditsiinierialade riigieksamite komisjoni esimees. Tihe koostöö on juubilaril sisehaiguste propedeutika ja psühhiaatria kateedriga.



Vello Nisu, Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehase juhtivspetsialist, sai 15. märtsil 50-aastaseks. Keskkooli lõpetas ta Mustvees 1959. aastal, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonna 1964. aastal. Pärast ülikooli lõpetamist töötas viis aastat Apteekide Peavalitsuses inspektorproviisorina. Järgnevad kaheksa aastat oli tarbekeemia tootmiskoondises «Flora» tegev uute toodete väljatöötamisel. 1978. aastal määrati V. Nisu Apteekide Peavalitsuse juhatajaks. Aastail 1987...1988 töötas jällegi «Floras». Alates 1988. aastast on olnud praegusel ametikohal. Ta on Eesti Farmatseutide Seltsi liige, pikka aega oli seltsi aseesimees. V. Nisu on hea organisaator, mitmekülgsete huvide ja avara silmaringiga inimene.



Enn Kanter, Raeapteegi juhataja, saab 9. mail 50-aastaseks. Pärast Tallinna 22. Keskkooli lõpetamist 1959. aastal astus Tartu Ulikooli arstiteaduskonna farmaatsiaosakonda, mille lõpetas 1964. aastal. Aastail 1964...1966 ja 1969...1971 teenis Nõukogude armees. Seejärel töötas Eesti Tervishoiuministeeriumi Apteekide Peavalitsuse inspektorproviisori ja asejuhatajana. Ajavahemikul 1984...1985 oli Tallinna Raeapteegi asejuhataja, alates 1985. aastast on olnud sama apteegi juhataja. E. Kanter on kõrgema kategooria organisaatorproviisor. Juubilar on Eesti Farmatseutide Seltsi liige ning Tallinna Farmatseutide Seltsi revisjonikomisjoni esimees.

JURIIDILIST NÕUANNET

Emade sotsiaalne kaitse

Ajakirja eelmises numbris tutvustasime toetusi, mida kasutavad lastega perekonnad alates 1. oktoobrist 1990 seoses Eesti Vabariigi valitsuse määrusega «Lastega perekondade sotsiaalse kaitse ja toetamise kohta».

Jätkame selle määruse sätete tutvustamist, mis tagavad emadele ja lastele täiendavat sotsiaalset kaitset.

Mida on uut rasedus- ja sünnituspuhkuse kasutamises?

Alates 1. oktoobrist 1990 on raseduspuhkuse kestuseks 70 kalendripäeva enne sünnitust ja 56 kalendripäeva pärast sünnitust. Anormaalse sünnituse ning kahe või enama lapse sünni korral antakse pärast sünnitust puhkust 70 kalendripäeva.

Seega on uue määruse järgi normaalse sünnituse puhul rasedus- ja sünnituspuhkuse kestus 126 kalendripäeva, mis vormistatakse naistenõuandlas naisele täies ulatuses ühel haiguslehel. Rasedus- ja sünnituspuhkuse pikkus ei sõltu seega enam lapse sündimise päevast ega enne sünnitust kasutatud raseduspuhkuse pikkusest. Kõik naised saavad rasedus- ja sünnituspuhkust 126 kalendripäeva. Ainult sel juhul, kui oli tüsistunud sünnitus või sündisid mitmikud, pikendatakse sünnitusjärgset puhkust veel 14 päeva 70 kalendripäevani. Sel juhul annab sünnitusosakond naistenõuandlale vastava märkusega tõendi ja naistenõuandla kirjutab välja täiendava haiguslehe sünnitusjärgseks puhkuseks.

Rasedus- ja sünnitoetuse väljamaksmise kord on jäänud endiseks. Rasedus- ja sünnitoetuse määramise ja väljamaksmise aluseks on haigusleht.

Kuidas väljastatakse haigusleht isikule, kes hoolitseb lapse ema haigestumise korral kuni 3-aastase lapse (kuni 16-aastase lapsinvaliidi) eest?

Kuni 3-aastase lapse (kuni 16-aastase lapsinvaliidi) ema haigestumise korral annab ema haigestumist fikseerinud arst vajaduse

korral haiguslehe 14 kalendripäevaks isikule, kes lapse eest hoolitseb ema haiguse ajal. Ajutise töövõimetuse toetust makstakse sel juhul esimese seitsme kalendripäeva eest vastavalt töövõimetuse toetuse maksmise üldisele korrale, 8 . . . 14. kalendripäeva eest aga 50% töötasust. See toetuse väljamaksmise kord on analoogiline haige lapse põetamise eest saadava toetusega.

Seejuures tuletame meelde, et Eesti Ametiühingute Keskliidu juhatuse otsusega 8. novembrist 1990 on Eesti Vabariigi arstidel lubatud vajaduse korral haiguslehte välja anda ainuisikuliselt kuni 10 päevaks korraga.

Missuguseid muid soodustusi on lastega perekondadele veel kehtestatud?

Töökoht peab lubama mehe, kelle naine on rasedus- või sünnituspuhkusel, iga-aastasele puhkusele vastavalt tema soovile.

Muudeti ka pideva tööstaaži arvutamise aluseid riikliku sotsiaalkindlustuse toetuste ja pensionide määramiseks. Alla 14-aastase lapse (alla 16-aastase lapsinvaliidi) emal ei katke pidev tööstaaž (välja arvatud süülise käitumise puhul), kui ta asub uuesti tööle hiljemalt lapse 14 (lapsinvaliidi 16-aastaseks) aasta vanuseks saamisel. Sellel soodustusel on pideva tööstaaži kindlakstegemisel tagasiulatuv mõju. Loomulikult ei lähe aga töölt äraoldud aeg ei üldise ega ka pideva tööstaaži hulka.

Kuidas vormistada lapsehoolduspuhkust?

Nüüd on lubatud lapsehoolduspuhkust anda ka teisele isikule. Teatavasti kehtestati Eesti Vabariigis 1. maist 1989 emale õigus saada omal soovil palgata lisapuhkust kuni noorima lapse kolmeaastaseks saamiseni, kusjuures emal säilib lapsehoolduspuhkusel oldud ajal pidev ja erialane tööstaaž.

Uue seadusega laiendati nende isikute ringi, kes võivad lapsehoolduspuhkust kasutada. Juhul, kui ema ei taotle lapsehoolduspuhkust, võib selle lapse kolmeaastaseks saamiseni saada terves ulatuses või teatud perioodiks lapse isa, vanaema, vanaisa või mõni teine isik, kes alaliselt elab ja töötab Eesti Vabariigis ja tegelikult hoolitseb lapse eest. Üksnes ema pikaajalise haiguse korral võib perioodiks, mil ema ei saa last ise hooldada, vormistada palgata lapsehoolduspuhkuse teisele isikule, olenemata sellest, kas ema lapsehoolduspuhkust kasutab või mitte.

Lapsehoolduspuhkuse vormistamine teisele, tegelikult lapse eest hoolitsevale isikule ei muuda lapsehooldustoetuse väljamaksmist, mida jätkatakse emale tema töökohast vastavalt toetuste maksmise juhendile.

Teise isiku palgata lapsehoolduspuhkusele lubamiseks esitatakse töökohta avaldus, lapse sünnitunnistuse ärakiri ning teatis ema töö või õppimiskohast selle kohta, et ema ei kasuta lapsehoolduspuhkust või on selle katkestanud.

Kui ema jääb ise lapsehoolduspuhkusele uuesti, on vaja seda kasutanud isiku töökohast teatist lapsehoolduspuhkuse lõpetamise kohta.

Oluline on, et lapsehoolduspuhkus kuni noorima lapse kolmeaastaseks saamiseni võib ühes perekonnas olla vormistatud ainult ühele isikule. Erandi moodustab siin üksnes ema pikaajaline haigus, mil ema ei saa last hooldada.

Missugused täiendavad soodustused on kehtestatud lapsinvaliidi vanematele?

Ühel vanematest (eestkostjal, hooldajal), kes kasvatab lapsinvaliidi, on õigus saada administratsiooniga kooskõlastatud ajal igas kuus üks täiendav tasuline puhkepäev. Täiendava puhkepäeva andmine vormistatakse administratsiooni käskkirjaga ning see makstakse välja sotsiaalkindlustuse maksete arvelt.

Keskmine päevatasu tehakse kindlaks analoogiliselt ajutise töövõimetuse toetuse arvutamisega, kuid see makstakse välja 100% ulatuses, olenemata pideva tööstaaži pikkusest. Kui lisapuhkepäeva kasutab isa, on ema töökohast vaja tuua tõend puhkepäeva mittekasutamise kohta.

Kui arst otsustab, et lapsinvaliid vajab sanatoorsel ravil viibimise ajal individuaalset hooldust, antakse lapse eest hoolitsevale vanemale haigusleht kogu sanatoorse ravi ajaks.

Lõpuks tuleb veel märkida, et kõiki neid emadele antavaid soodustusi saavad kasutada ka lapsi ilma emata kasvatavad isad, samuti eestkostjad ning lapsinvaliidide isad.

Maire Pella

Eesti Arst, 1991, 2, 154—157

TARTU ÜLIKOOLIS

15. arstiteaduskonna päev algas 11. oktoobril 1990 teaduskonverentsiga «Meditsiiniteooria ja praktika». Tartu Ülikooli aulas kuulati kümmet ettekannet fundamentaaluuringute ja kümmet rakenduslike teadusuuringute kohta. Arstiteaduskonna õppejõud ja teadurid esitasid ka 57 ettekannet stendil.

12. oktoobril toimus tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu, arstiteaduskonna nõukogu ja ÜMPI nõukogu ühine koosolek, arutati arstiteaduse olukorda ja finantseerimist ning kavandati uusi arengusuundi. Samal päeval koguneti aulaaktusele, mille avasid Tartu Ülikooli rektor prof. J. Kärner ja tervishoiuminister A. Ellamaa.

Arstiteaduskonna päeva akadeemilise loengu «Arst aastatuhande vahetusel» pidas prof. K. Villako. Ta analüüsis arsti staatust meie ühiskonnas, peatus pikemalt arstide ettevalmistamisel Tartu Ülikoolis, haridussüsteemi puudustel ja arstiteaduskonna kaval muuta arstide ettevalmistus põhjalikumaks, seejuures just üldarsti kujundamist silmas pidades. Prof. K. Villako rääkis ka, kuidas ta kujutab ette tervishoiu olukorda, arsti ja tema tegevust Eestis aastatuhande vahetusel. Ta on arvamusel, et selleks ajaks on kujunenud uus spetsiaalsus üld- ehk perekonnaarsti näol, mis on võrdväärne teiste erialadega. Üldhariduse tase Eestis on tõusnud. Arstide teadmiste ning oskuste tase on kõrge, arstide autoriteet rahva hulgas suurenenud, ka arstiteaduskonna üliõpilased on hakanud senisest rohkem endast lugu pidama. Arstide nõuandeid ja soovitusi täidetakse täpselt, kusjuures selleks ajaks on rahva- ja imearstide tegevus lõppenud. Arstide juhendamisel võtavad majandus- ja sotsiaalsfääri süsteemid ja institutsioonid senisest rohkem osa elu- ja töökeskkonna parandamisest ning tervist kahjustavate tegurite vähendamisest. Kõiki toiduaineid kontrollitakse. Nende muutuste tulemusena hakkab rahva tervislik seisund paranema. Eesti arstkond hakkab osa võtma ulatuslikust programmist «Tervis kõigile», mida mujal Euroopas alustati juba 1970-ndate aastate lõpul.



Foto 1. Akadeemilise loengu pidas prof. K. Villako.



Fotol 2 vasakult: dotsent M. Mägi, professorid A. Tikk, R. Zupping ja A.-E. Kaasik.



Fotol 3 professorid J. Kärner, L. Allikmets ja A. Kallikorm ning tervishoiuminister A. Ellamaa. H. Ärmapalu fotod.

Arstiteaduskonna dekaan prof. L. Allikmets andis ülevaate uuest õppeaastast teaduskonnas. Aktuse lõpul anti õppejõududele ja arstidele üle arstiteaduskonna kõrgeim autasu — arstiteaduskonna medal. 1990. aastal pälvisid selle A. Aadamsoo, R. Kariis, K. Mitt, E. Sepp, A. Tikk ja H. Tikko.

Jaak Maaroos

15. jaanuaril toimunud Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nõukogu koosolekul olid arutlusel teaduskonna 1990. aasta teadustöö tulemused. Teadustööd tehti kaheksas teadussuunas, mis hõlmasid 31 probleemi ja 50 teemat. Konkreetsete teemade täitmisega oli seotud 33 kateedri ja kolme teaduslabori 223 õppejõudu.

1990. aastal võeti kasutusele uusi ravi- ja diagnoosimismeetodeid. Kliinilisse praktikasse rakendati mao pH-meeter «Gastrotest» (operatiivkirurgia ja uroloogia kateeder), kirurgilised laser- ja ultraheliskalpellid kõrvahaiguste ravis (otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateeder), uut tüüpi intramedullaarne fiksaator reieluumurdude ravis ja mitme firma toodetud põlve- ja puusaliigese endoproteesid artrooside ravis (traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateeder). Töötati välja uue desinfektsioonivahendi «Estosteriil 2» sünteesi meetod (ravimite tehnoloogia kateeder) ja jätkati uue röntgenkontrastaine «Estobar» kliinilisse praktikasse rakendamist.

Varasemate aastatega võrreldes suurenes arstiteaduskonna õppejõudude poolt avaldatud teaduspublikatsioonide arv. 1990. aastal ilmus 713 publikatsiooni, neist viis monograafiat (E. Laane, J. Riiv «Südame isheemiatõve haigete taastusravi»; K. Valgma «Infektsioosne müokardiit» (vene keeles); R. Zupping «Nimmevalud ja radikuliit»; L. Mehilane, L. Rägo, L. Allikmets «Fenibuti ja farmakoloogia kliinik» (vene keeles); A. Kals «Eestikeelne elulooline teatmekirjandus». Üleliidulistes kogumikes ilmus 1990. aastal 117 publikatsiooni, välismaa kogumikes 96 ja välismaa ajakirjades 32. Õppemetoodilisi materjale ilmus 39. Kõige rohkem uurimistöid tehti farmakoloogia kateedris (52 publikatsiooni, neist üks monograafia ja 12 publikatsiooni ilmusid välismaal), neuroloogia ja neurokirurgia, otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia ning psühhiaatria kateedris.

1990. aastal kaitsesid doktoriväitekirja traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateedri juhataja dotsent T. Haviko ning radioloogia ja onkoloogia kateedri juhataja dotsent E. Kuus. Kandidaadiväitekirju kaitsti 10: J. Harro (farmakoloogia alal), V. Pert (füsioloogia), T. Halling (hospitaalsisehaigused), T. Briliene (mikrobiloogia), J. Tjuvajev (neuroloogia), R. Tikk (neuroloogia ja otorinolarüngoloogia), T. Prükk (nakkushaigused), M. Kask (nakkushaigused), R. Labotkina (stomatoloogia), A. Sõritsa (sünnitusabi ja günekoloogia alal). Statsionaarses aspirantuuris õpib 18 ja mittestatsionaarses aspirantuuris 14 aspiranti.

1990. aastal esitasid arstiteaduskonna õppejõud seitse autoritunnistuse saamise taotlust, saadi kolm autoritunnistust. Ratsionaliseerimisettepanekuid tehti kaks. Leiutustegevusega paistsid silma traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateeder, otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia, ravimite tehnoloogia ning neuroloogia ja neurokirurgia kateeder. Rahvusvahelisel näitusel «Tervishoid '90» oli eksponeeritud kolm eksponaati traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateedrilt. Edukalt esinesid näitustel meditsiinidoktor E. Kuus (röntgenkontrastaine «Estobar») ja dotsent M. Kull (kõrvahaiguste ravi instrumendid).

Arstiteaduskonna kateedrid korraldasid või aitasid korraldada rahvusvahelise mainega vabariiklikke teaduskonverentse nakkushaiguste, otorinolarüngoloogia, oftalmoloogia, histoloogia ja patoanatoomia, pediaatria, spordimeditsiini, farmaatsia, hügieeni, psühhiaatria, traumatoloogia ja ortopeedia, üldkirurgia erialal. Märkimisväärne oli farmakoloogia kateedri korraldatud farmakoloogiaalane rahvusvaheline teaduskonverents Tallinnas, kus viibis 125 väliskülalist. Arvukalt oli seminare ja nõupidamisi koos välisriikide esindajatega.

1990. aastal laienesid teadussidemed ning koostöö välisriikidega. Arstiteaduskonnast kuulub välisorganisatsioonidesse ja -ühingutesse 14 õppejõudu. 1990. aastal valiti prof. H. Sillastu Argentiina Meditsiini Assotsiatsiooni auliikmeks. Möödunud aastal oli välisriikides teadustööl, täiendusel või loenguid pidamas 74 õppejõudu 112 korral. Loenguid käisid pidamas H. Everaus, A. Peetsalu, P.-H. Kingisepp, A.-E. Kaasik, L. Allikmets, A. Tikk, E. Leibur, A. Lenzner, L. Mehilane, O. Koger jt. Rahvusvahelistel konverentsidel ja kongressidel esitasid arstiteaduskonna õppejõud ettekandeid 49 korral, osa võeti rahvusvahelistest seminaridest ja seltside koosolekutest. 1990. aastal pidas Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas loenguid 32 välislektorit, väliskülalisi käis üldse 344.

Rohkesti on sõlmitud koostöölepinguid välisriikide kõrgkoolide ja teadusasutustega. Mikrobioloogia kateeder on koostöös Praha Hügieeni ja Epidemioloogia Instituudi, Lundi ja Hernborni ülikooliga; psühhiaatria kateeder Tšehhi ja Slovaki Liitvabariigi ning Ungari psühhiaatriainstituudi, Tampere ja Helsingi ülikooli, Itaalia kontserniga «Farmitalia Carlo Erba»; farmakoloogia kateeder Göttingeni, Kuopio ja Kieli ülikooli ning Lublini Meditsiini Akadeemiaga. Esimesi tulemusi on koostöös tehtud uuringutega saanud pediaatria, hospitaalsisehaiguste ja tuberkuloosi, hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni, spordimeditsiini ja ravikehakultuuri, teaduskonnasisehaiguste ning mikrobioloogia kateeder. Soome Tervishoiuvalitsuse ja NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi koostöölepingute raames jätkub teadustöö radioloogia ja onkoloogia teaduskonnasisehaiguste (juhendaja prof. K. Villako) ning neuroloogia ja neurokirurgia kateedri (juhendaja prof. A.-E. Kaasik) ning Helsingi Ülikooli vastavate kateedrite vahel.

1990. aastal sõlmiti arstiteaduskonnas viis uut lepingut, lepingute koguarv oli 29, tööde maht 509 200 rubla. Lepinguliste uurimistööde teemaatika oli seotud kateedrite teadustööga ning võimaldas mitmel kateedril parandada ka kateedri materiaal-tehnilist baasi. Lepingulisi uurimistöid tegid 1990. aastal 19 kateedri õppejõud. Materiaal-tehnilise olukorra parandamiseks kulutati teaduskonnas 1990. a. 257427 rubla riigieelarvelisel finantseerimisel ning 42300 rubla lepingulise uurimistöö summadest.

Kateedrite teadustegevusest võttis 1990. aastal osa 258 üliõpilast 25 erialaringist, mis moodustab vaid 14,4% üliõpilaste koguarvust. Teadustööde kaasautoriks oli 19 üliõpilast, vabariiklikule üliõpilastööde konkursile esitati seitse võistlustööd ja saadi neli auhinda. Esimese järgu diplomi ja rahapreemia à 250 rbl. said raviosakonna VI kursuse üliõpilased K. Mägi ja A. Nursi (juhendaja prof. V. Saarma) ning V kursuse üliõpilane S. Savisaar (vanemteadur T. Tomberg ja meditsiinikandidaat V. Sinisalu). Teise järgu diplomi ja rahapreemia à 150 rbl. pälvisid raviosakonna II kursuse üliõpilane K. Otter (dotsent E. Lepp) ja V kursuse üliõpilane I. Biljavičiute (dotsent M. Kull ja vanemteadur K. Lamp). Paljud üliõpilased võtsid osa ka arstiteaduskonna lepingulistest uurimistöödest.

Jaak Maaroos

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna nõukogu, kuulanud 18. detsembril 1990 ära Tartu linnanõuniku Andrus Arro ettekande, tervishoiuminister Andres Ellamaa ja allakirjutanu kaasettekanded ning sõnavõtud, märkis järgmist.

Tartu haiglate ja polikliinikute areng on olnud ajalooliselt seotud ülikooli arstiteaduskonna vajadustega.

Pärast II maailmasõda, kui kliinikud lahutati ülikoolist ja allutati Eesti NSV tervishoiusüsteemile, on tekkinud oluline mahajäämus mõne õppetööks vajaliku eriala materiaalse baasi arenguks (sisehaiguste erialad, onkoloogia, naha- ja suguhaigused, sünnitusabi ja günekoloogia, ainevahetus- ja nakkushaigused). See tendents on olnud seotud ka pikemaajalise vildaka tervishoiupoliitikaga, mis ei tunnistanud ülikooli õppebaasi eelisarengu vajadusi.

Kui Eesti majandus detsentraliseeritakse linnade ja maakondade tasandil, ei ole Tartu linn ja maakond huvitatud ega võimeline majandama enam kui 50. . .60% olemasolevate ravi- ja profülaktikaasutuste praegusest töömahust, rääkimata uute nüüdisaegsete kliinikute ehitamisest.

Ei saa õigeks pidada teesi, et isemajandamise ja kindlustusmeditsiini süsteemi väljaarendamisel hakkavad Tartu kliinikud ja polikliinikud linnale tulu tooma. Maailma haridusprak-

tika järgi on ülikooli kliinikutes ravi oluliselt kallim, võrreldes raviga tavalistes spetsialiseeritud haiglates, ja tunduvat osa haigeid tuleb ravida tasuta seoses õppe- ja teadustöö eritingimustega.

Tartu praeguse tervishoiukorralduse juures jääb suur hulk kõrge kvalifikatsiooniga raviasutuste arste õppetööst eemale, mis põhjustab õppejõudude suure koormuse nii üliõpilaste õpetamisel kui ka arstide täiendamisel ja spetsialiseerumisel.

Lähtudes eelnevast, nõukogu otsustas: 1) seoses Tartu kliinikute esmatähtsusega meditsiinihariduse andmisel pidada vajalikuks katta vähemalt 50% Tartu tervishoiu üldkuludest riigi eelarvest; 2) finantseerida uute Tartu kliinikute ehitamist riigi (tervishoiu/hariduse) eelarvest, lähtudes eelkõige ülikooli arstiteaduskonna arengu vajadustest; 3) pidada Tartu tervishoiu arengus oluliseks ülikooli kliinikute taastamist; 4) võtta ülikooli kliinikute taastamisel aluseks komisjoni (esimees prof. R. Talvik) esitatud Tartu Ülikooli kliinikute põhimääruse projekt.

Lembit Allikmets

1990. aastal valiti arstiteaduskonnas järgmised uued kateedrijuhatajad: prof. Erich Kuus (radioloogia ja onkoloogia kateeder), prof. Astrid Saava (hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder), dotsent Arne Lepp (anatoomia kateeder), dotsent Toivo Hinrikus (ravimite tehnoloogia ja keemia kateeder), dotsent Aleksei Panov (otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateeder).

Traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateedri juhatajale meditsiinidoktor Tiit Havikole anti professorikutse.

1990/1991. õppeaasta algul valiti arstiteaduskonnast professori ametikohale farmakoloogia erialal Aleksander Žarkovski, sünnitusabi ja günekoloogia erialal Helje Kaarma ja Virve Kask.

1990. aastal said dotsendikutse järgmised arstiteaduskonna õppejõud: meditsiinikandidaadid Rait Labotkin (radioloogia ja onkoloogia kateeder), Mart Kull (otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia kateeder), Riina Salupere (teaduskonnasisehaiguste kateeder), Helbe Sinimäe (sünnitusabi ja günekoloogia kateeder), Ello-Rahel Karelson (bioorgaanilise ja bioloogilise keemia kateeder), Tõnu Kauba ja Toomas Asser (neuroloogia ja neurokirurgia kateeder), Toomas Väli (üldkirurgia, anestesioloogia ja reanimatoloogia kateeder).

Dotsendi ametikohale valiti arstiteaduskonnas 1990. aastal meditsiinikandidaadid Aleks Lenzner (traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateeder), Matti Maimets (nakkushaiguste, dermatoloogia ja veneroloogia kateeder),

Kadri Matt (sünnitusabi ja günekoloogia kateeder), Virgilius Brilis (mikrobioloogia kateeder), Veiko Vasar (psühhiaatria kateeder), Riina Kallikorm (hospitaalsisehaiguste kateeder), Ann Tamm (spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateeder).

Seoses Tartu Ülikooli aastapäeva tähistamisega 1. detsembril 1990. aastal valiti Tartu Ülikooli nõukogu koosolekul 30. novembril üheksa uut audoktorit. Neist neli esitas arstiteaduskond: Stockholmi Karli Instituudi biokeemiaprofessor Viktor Mutt, Helsingi Ülikooli sisehaiguste professor Maximilian Siurala, Helsingi Ülikooli neuroloogiaprofessor Erkki Kivalo, Lublini Meditsiiniakadeemia rektor farmakoloogiaprofessor Zdzislav Kleinrok.

Lembit Allikmets

Arstide rakendatus ja erialad Soomes (1990. aasta märtsi seisuga)

Üldandmed arstide kohta	Arstide arv
63-aastased ja vanemad	1052
Tööealisi	12944
neist	
ametist lahkunuid	907
töötavaid	11800
töötuid	3
andmed puuduvad	234
Kokku	13996

Arstide töökohad	Arstide arv
Haiglates	5784
Tervisekeskustes	2725
Õppe- ja uurimistööl	942
Ambulatoorsel ravitööl	330
Töötervishoiu alal	551
Kaitseväes	69
Eravastuvõtul	957
Administratiivtööl	442
Kokku	11800

Suomen Lääkärilehti, 34, 1990

Suitsiidide esinemissagedus Euroopas (100 000 inimese kohta)

Riik	Mehed	Naised	Kokku
Ungari (1988)	59,6	23,1	39,9
Taani (1987)	43,6	18,9	26,8
Soome (1987)	35,6	13,3	26,7
Austria (1988)	35,3	11,6	22,6
Belgia (1986)	35,2	11,6	21,0
Prantsusmaa (1987)	31,7	11,5	20,9
Šveits (1988)	30,8	11,4	20,7
NSV Liit (1987)	30,1	10,8	20,7
Jugoslaavia (1987)	28,5	10,2	18,4
Tšehhoslovakkia (1988)	27,4	9,3	18,1
Rootsi (1987)	27,2	9,0	17,3
Luksemburg (1988)	27,2	8,9	17,3
Island (1988)	24,8	8,5	16,1
Bulgaaria (1987)	24,6	8,2	16,0
Saksa Liitvabariik (1988)	23,5	8,0	15,5
Norra (1987)	23,2	7,9	15,4
Poola (1988)	22,3	5,3	13,0
Šotimaa (1988)	17,0	6,2	11,4
Holland (1987)	13,8	4,9	10,8
Põhja-Iirimaa (1988)	16,1	4,4	10,1
Iisrael (1986)	12,6	4,3	8,0
Inglismaa ja Wales (1988)	12,1	4,1	8,0
Portugal (1987)	12,0	4,3	7,9
Iirimaa (1987)	11,8	3,9	7,9
Itaalia (1986)	11,0	3,4	7,6
Hispaania (1985)	10,4	3,4	6,6
Kreeka (1986)	5,8	1,8	3,7
Malta (1988)	4,1	0,5	2,3

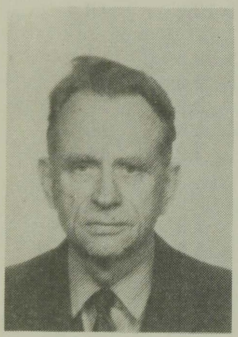
World Health Statistics Annual, 1989

Enesetapud Soomes. 1988. aastal tehti Soomes 1402 suitsiidi (1107 meest ja 295 naist), seega tuleb üks enesetapp 2000 täiskasvanud mehe ja 10 000 naise kohta. Igast vanuserühmast lõpetab 3% mehi ja 1% naisi elu vabatahtlikult. Iga kolmas alla 35-aastane surnud soome mees on elust lahkunud enesetapu teel. Enamik enesetappjaid on käinud enne enesetappu arsti juures ning vähemalt pooled nendest on viidanud enesetapu võimalusele. Umbes pooled on üritanud seda teha ka varem. Tervisehäirete poolest on esiplaanil vaimutegevuse häired, kusjuures pooltel esines depressioon, pooled meestest tarvitasid liigselt alkoholi ning vanematel meestel oli somaatilisi haigusi. Ajakirjas on avaldatud ka ülevaatekirjutis suitsiididest Soomes aastail 1921... 1987.

Suomen Lääkärilehti, 36, 1990

IN MEMORIAM

Rein Põllumaa



25. detsembril 1990 suri Eesti Südamekeskuse vanemteadur Rein Põllumaa. 4. jaanuaril sängitasime hea kolleegi, sõbra ja võitleja Metsakalmistu mulda.

R. Põllumaa sündis 30. juulil 1930. aastal teadlasperekonnas. Kaotanud varakult vanemad, kasvas ta üles onu dr. Arno Põllumaa perekonnas. Ta õppis Tallinnas J. Westholmi Gümnaasiumis ja Viljandi 2. Keskkoolis. Et tollesse perioodi kuulus mitu okupatsiooni ja ka otsene sõjategevus, siis pidi see põlvkond oma valiku juba varakult tegema. Nii alustas suurte vaimsete huvidega nooruk, kelle lektüüri kuulusid ka Schopenhaueri ja teiste filosoofide tööd, vabadusvõitlust juba koolipoisina Viljandis. Aastail 1949. . .1956 õppis R. Põllumaa eluspüsimise kunsti poliitvangina Venemaal, seal olid tal ka esimesed kokkupuuted meditsiiniga ja ta sai tuttavaks paljude huvitavate isiksustega, sealhulgas ka Otto Tiefiga.

Pärast tagasitulekut lõpetas R. Põllumaa Viljandi Töölisnoorte Keskkooli ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna. Aastail 1962. . . 1964 töötas ta Põlva Rajooni Keskhaiglas, 1964. . .1983 neuroloogiaosakonna juhatajana Tartu Linna Polikliinikus. Sellesse pikka ja erakordselt viljakasse perioodi kuulus kandidaadiväitekirja kaitsmine 1969. aastal, tutvumine idamaade kultuuri ja nõelraviga. 1980. aastal andis ta oma allkirja «40 kirjale». Sel ajajärgul tehti talle ka õnnestunud kopsuoperatsioon.

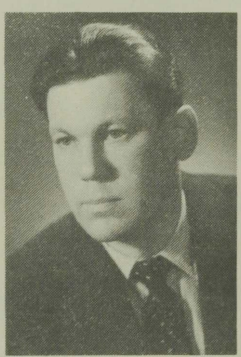
Seejärel siirdus R. Põllumaa tööle Tallinna Kiirabihaiglasse, ta oli neuroloog, teadur ning vanemteadur hilisemas Eesti Südamekeskuses. R. Põllumaa oli Eesti Loodusuurijate Seltsi, Eesti Psühholoogide Seltsi, Eesti Akadeemilise Orientaalseltsi ja Eesti Arstide Liidu liige. Sügavalt arenenud õiglustunne viis ta ERSP ja «Memento» vabariikliku volikogu ridadesse. 1990. aastal valiti ta Eesti Kongressi saadikuks. Raskel viimasel aastal viis vaimujõud ta veel korduvalt Eesti Kongressi ja ERSP istungitele.

Ei ole kuigi paljudele antud nii sirgelt elada ja surra! Ärgem siis rääkigem kurbadena, et ta on surnud; rääkigem tänulikena, et ta on elanud!

Me jätsime Sinuga jumalaga ja langetasime pea Metsakalmistul, kus nüüd on lähestikku kaks hauda: dr. Arno Põllumaa ja dr. Rein Põllumaa — kaks Arsti ja Inimest.

Kolleegid

Ilmar-Vello Novek



10. jaanuaril 1991. aastal lahkus meie hulgast Tartu Lastekliiniku kauaaegne röntgenoloog Ilmar-Vello Novek.

I.-V. Novek sündis 29. jaanuaril 1923. aastal Valgamaal talupidaja peres. Ta alustas oma kooliteed Kuigatsis, gümnaasiumihariduse sai Tartus H. Treffneri Gümnaasiumis. 1942. aastal astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda. Õppimise katkestasid armeeteenistusse värbamine, keerulised aastad ja pikaajaline haigus, mistõttu õpingud jätkusid alles 1955. aastal. 1960. aastal lõpetas I.-V. Novek arstiteaduskonna ning asus tööle röntgenoloogina Tartu Linna Lastehaiglas. 30 aasta jooksul tegi I.-V. Novek tõsist tööd, et olla hea röntgenoloog. Ta võttis korduvalt osa täienduskursustest, esitas ettekandeid konverentsidel, osales kliinilises uurimistöös, avaldas oma uurimusi ajakirjades. Tema teadmisi ja oskusi hinnati juba 1966. aastal esimese kategooria röntgenoloogi vääriliseks. Aastakümneid oli I.-V. Novek Eesti arvestatuim lasteröntgenoloog ja röntgenoloogia õpetaja. Tänu suurele huvile röntgenoloogia ja meditsiini vastu üldse, keelteoskusele, suurele lugemusele sai I.-V. Novekist ka hea harva esinevate haiguste diagnoosija. See oli väga vajalik oskus lastekliiniku igapäevatöös.

Erakordne võime pidevalt töötada, uurida, õppida tulenes I.-V. Noveki isiksuse erakordsusest, tema intelligentsusest, haritusest, kohusetundest, sõbralikkusest.

Helge mälestus I.-V. Novekist jääb püsima meie südametesse.

Kolleegid

Eesti teadlaste publikatsioone välismaal

Brilis, V., Brilene, T., Lenzner, H., Lenzner, A. Bedeutung der Rezeptoraktivität der Makroorganismuszellen in der Mikroökologie. — Abstracts of the International Symposium «Current problems of medical gnotobiology and orogastrointestinal microflora», Rostock (Germany), November 28—December 1, 1990. Rostock, 1990, p. 6.

Elshtein, N. V. Contemporary gastroenterological patients: common features. — In: The World Congresses of Gastroenterology (9-th) Sydney, Australia, 26—31 Aug. 1990. Sydney, 1990, abstracts II, p. 502.

Gustavson, H. Prostituutio Virossa keskiajalta vuoteen 1940. — Hippokrates, 1990, 54—62.

Lenzner, A. Laktoflora des Verdauungskanals — Probleme und Meinungen. — Abstracts of the International Symposium «Current» problems of medical gnotobiology and orogastrointestinal microflora». Rostock (Germany), November 28—December 1, 1990. Rostock, 1990, p. 11.

Mikelsaar, M. The integrity of different gastrointestinal microbiocenoses in a microbial ecosystem. — Abstracts of the International Symposium «Current problems of medical gnotobiology and orogastrointestinal microflora». Rostock (Germany), November 28—December 1, 1990. Rostock, 1990, p. 7.

Eesti teadlaste lõpetatud uurimusi

Этиологическая структура острых кишечных заболеваний на отдельных территориях Эстонской ССР и биологические свойства возбудителей (отчет). Научно-исследовательский институт профилактической медицины МЗ ЭССР. Судакова Р. Н., Золотухина И. Я., Шляпникова Л. Н., Пеэтсо Р. О., Наумов В. А. Таллинн, 1989. 69 л.

Острые кишечные инфекции (ОКИ), шигеллез, иерсиниоз, сальмонеллез, условно-патогенные бактерии (УПБ), иерсинии, реакция коагглютинации (РКА), бактериофиксирующая активность крови (БФА), антигены бактерий.

Проанализирована заболеваемость ОКИ на двух территориях ЭССР — в г. Таллинне и г. Кохтла-Ярве за 10 лет (1978...1987 гг.). Установлены структура ОКИ и тенденции развития эпидемического процесса. Показаны различия в уровне заболеваемости и структуре ОКИ в г. Таллинне и г. Кохтла-Ярве, а также в показателях этиологической расшифровки.

Среди расшифрованных ОКИ в г. Таллинне ведущее место принадлежит шигеллезам, в г. Кохтла-Ярве почти с одинаковой частотой, наряду с шигеллезами, регистрировались заболевания, при которых выделялись УПБ. В этиологической структуре шигеллезов доминировали *S. sonnei* биовара II е.

Возбудители иерсиниоза обусловливали в г. Таллинне до 2% ОКИ, в г. Кохтла-Ярве — от 1,4% (1984 г.) до 8% (1987 г.) в сумме этиологически расшифрованных случаев. Показано, что основное значение в патологии человека имели *Y. enterocolitica* биовара IV, серовара 03. Апробирован и рекомендован для практического использования комбинированный метод выделения иерсиний (щелочная обработка материала + «холодовое обогащение»). При проведении серологического обследования практически здоровых лиц противоиерсиниозные антитела в титре 1:200 и выше были обнаружены у 6,5% обследованных, что может свидетельствовать о перенесенном или текущем заболевании.

Среди этиологически расшифрованных ОКИ сальмонеллез составлял в г. Кохтла-Ярве от 2,6 до 16% и в г. Таллинне — от 8 до 19,9%. Штаммы сальмонелл, циркулирующие на этих территориях, обладали выраженной чувствительностью к лекарственным препаратам. Выявлен превалирующий в настоящее время фактор передачи сальмонеллезной инфекции — продукты птицеводства. Разрабатывается метод деконтаминации тушек кур.

Использование экспресс-методов диагностики ОКИ — РКА и определение БФА крови показало их специфичность и возможность использования для расшифровки природы ОКИ, особенно в очагах групповых заболеваний. Апробирован новый метод определения БФА эритроцитов у больных ОКИ с целью дифференциальной диагностики.

ACETOMEPRAEGENOLUM

Arsti ustav abiline

- **iseenesliku ja ähvardava raseduse katkemise vältimisel raseduse esimesel kolmandikul**
- **emaka düsfunktsionaalsete verejooksude (meno- ja metrorraagiate) peatamisel**
- **peroraalse rasestumisvastase vahendina**

EFEKTIIVSEM PROGESTEROONIST!

Acetomepraegenolum **pärsib hüpofüüsi folliikulit stimuleeriva hormooni produktsiooni ja pidurdab ovulatsiooni.**

Acetomepraegenolum **sobib kasutamiseks juhul, kui östrogeenide tarvitamine pole soovitatav.**

Acetomepraegenolum **võib asendada hormonaalseid liitpreparaate nende talumatuse korral.**

Blisterpakendis on 30 tabletti á 0,5 mg toimeainet.

Tähelepanu!

Täpse kasutamisviisi ja annuste kohta saate teavet ravimi pakendiga kaasa antavast kasutamisjuhisest.

Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas

200 109 Tallinn Tondi 33 telefon 55 73 66

TUTVUGE LOOMULIKKE JA LOODUSLIKKE RAVIVAHENDEID KÄSITLEVA KIRJANDUSEGA

EESTI MEDITSIINIRAAMATUKOGUS!

J. Cerney. Modern magic of natural healing with water therapy. Bombay, 1987.

M. Eder, H. Tilscher. Chirotherapie: Vom Befund zur Behandlung. Stuttgart, 1988.

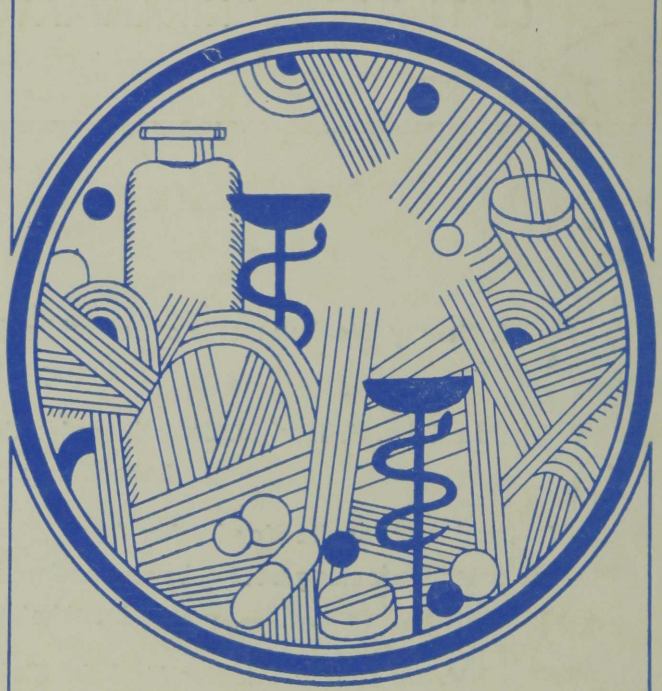
R. Fasching, Teepilz Kombucha: Das Naturheilmittel und seine Bedeutung bei Krebs und anderen Stoffwechselkrankheiten. Steyr, 1989.

V. Fintelmann. Intuitive Medizin: Einführung in eine antroposophisch ergänzte Medizin. Stuttgart, 1988.

J. Kunze, Ismakogie. Wien — München, 1988.

H.-D. Neumann. Manuelle Medizin: Eine Einführung in Theorie, Diagnostik und Therapie. Berlin — Heidelberg.

F. Wolf. Natur ais Arzt und Helfer. Halle — Leipzig, 1988.



CORTIZYL
KORTISOONATSETAAT

Sünonüümid: *Cortisone acetate, Adreson, Cortadren, Cortelan, Cortisate, Cortistab, Cortistal, Cortogen, Cortone, Incorten, Rincorten*

Kortisüüli kasutatakse aktiivse reumatismi, difuusse kollagenoosi, reumatoidse polüartriidi, bronhiaalastma, haavandilise koliidi, hemolüütilise aneemia ja muude verehaiguste, samuti infektsioosse hepatiidi, neerupealiste koore puudulikkuse (Addisoni tõbi) korral. Ravi algul suurendatakse ning ravi lõpul vähendatakse annust järk-järgult. Keskmine annus on 0,025 g kortisüüli, suurim ühekordne annus 0,15 g. Kortisüüli väljastatakse tablettidena. Pakendis on 100 tabletti á 25 mg toimeainet. Ravimi hind on 8 rubla ja 62 kop.