



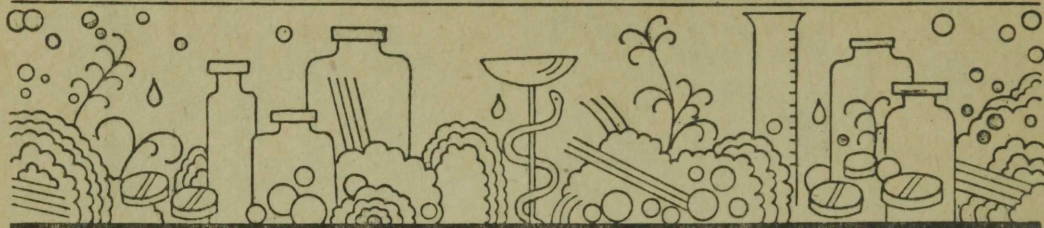
EESTI ARST



6

1992

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



**Vabariiklik Apteegiladu pakub järgmisi
kilpnäärme preparaate**

Mercazolilum

Sünonüümid: *Thiamazolum, Metizol*

Merkasoliil on sünteetiline antitüreoidne preparaat, mida tarvitatakse difuusse toksilise struuma puhul. Kerge ja keskmise raskusega türeotoksikoosivormi korral võetakse ravimit 0,005 g 3...4 korda päevas, raskemal juhul 0,01 g 3...4 korda päevas.

Merkasoliili originaalpakendis on 100 tabletti à 5 mg metimasooli.

Tiamasooli originaalpakendis on 100 tabletti à 5 mg metimasooli.

Metisooli originaalpakendis on 50 tabletti à 5 mg metimasooli.

Triiodthyronin

Trijoodtüroniin on sünteetiline preparaat, mis keemilise ehituse ja toime poolest vastab looduslikule kilpnäärme hormoonile. Väikestes annustes kasutatakse ravimit kilpnäärme alatalitluse puhul, suurtes annustes hüpofüüsi türeotroopse alatalitluse korral.

Originaalpakendis on 60 tabletti à 0,02 mg ja 0,05 mg liotüroniini.

6 EESTI ARST

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1992

2

Asutatud 1922. aastal

SISU

TEOORIA JA PRAKTIKA

T. Kauba, K. Mustimets, T. Marandi, V. Sinisalu, T. Leppik, L. Puksa — Venitus-sümptoomid nimme-ristluu radikuliidi diagnoosimisel 403

M. Purde — Rinnavähi perekondlik eelsoodumus 407

A. Tellmann, M. Saava, K. Aasvee, R. Sink, L. Tšaiko — Öpilaste organismi vitamiinidega varustatus ja profülaktilise vitamiiniseerimise mõju tervisele 410

R. Trink, L. Veinpalu, E. Veinpalu, H. Pöder, V. Sui — Haapsalu meremuda veevaese massi terapeutiline toime reumatoidartriidi- ja deformeeriva osteoartroosi haigetesse 415

T. Vihalemm — Keelesituatsioonist Eesti meditsiiniastutustes. II. Probleemi võimalikke lahendusi 419
Kommentaar 423

ÜLEVAATED

M. Otter — Kemoterapeutikumide kõrvaltoime varajases ja hilises elueas 424

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

E. Hint, M. Purde — Pärilik vähk: sugupuu uurimus 428

MITMESUGUST

H. Kelk — Taastusravi võimalused Tartus 430

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

A. Värnik — IV Euroopa suitsidoloogia-sümposium 433

A. Värnik — VII Aasia riikide telefonabi konverents 433

S. Hanstein — XI Euroopa Näo-lõualuukirurgide Assotsiatsiooni kongress 434

EESTI ARSTIDE LIIDUS

H.-E. Arpo — 80 aastat Eesti organiseeritud arstkonda 435

H.-E. Arpo — Konverents «Eesti rahva vaimne ja füüsiline tervis» 438

EESTI NOORARSTIDE ÜHENDUS

I. Oro, M. Leibur — Eesti noorarstid esindatud soliidses kogus 440

I. Saarma — Sünnitusabi korraldus Taanis 443

VÄLISMAALT

K. Subi — Küläs Turu Ülikooli viroloogidel 445

ARSTIDE SELTSIDES

K. Nestrik — Eesti Tervisekaitse Seltsi 25. aastapäev 447

A. Lipand — Eesti Manuaalse Meditsiini Selts 448

ARSTITEADUSE AJALOOST

A. Sarv — Kuuda Leprosorium 95-aastane 449

MÖTTEVAHETUS

M. Lember, R. Kermes — Perearst tänapäeva meditsiinis 453

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

H. Jänes — Pilk prostitutsiooni ajalukku 456

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Sada koosolekut 15 aasta vältel 458

INTERVJUU

Inimese tervist mõjutab arst, rahva tervist poliitik (intervjuu A. Haugiga) 460

IN MEMORIAM 464

Ernst Raudam

JURIIDILINE NÕUANNE

M. Pella — Uut puhkuseeaduses 465

TARTU ÜLIKOOLIS

XVII Tartu Ülikooli arstiteaduskonna päev 466

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna korralised professorid 467

KROONIKA 468

Aineregister 469

Autoriregister 474

Aastasisukord 475

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 esitagu kokkusurutult mitte üle nelja ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — Asutuse töend, 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, töökohta ja kodune telefon, sünniaasta, perekonnanais, laste arv) lisatakse käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimisinstituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** esitagu vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja inglise keeles (8...12 rida) või lisatagu tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse 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 käsikirja.

© Kirjastus «Perioodika».
«Eesti Arst», 1992
«Estonian Physician»

«Eesti Arst»

ilmub 6 korda aastas. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja elukohajärgsed sidekontorid.

Välismaale saab ajakirja «Eesti Arst» tellida «Ajakirjanduslevi» kaudu, kusjuures «Ajakirjanduslevi» lisab kataloogihinnale saatekulud.

Toimetuskolleegium

Lembit Allikmets, Jaan Eha, Andres Ellamaa, Ants Haavel, Vello Ilmoja, Ain-Elmar Kaasik, Leo Tamm, Oku Tamm (peatoimetaja), Rando Truve.

Korrektor ja tehniline toimetaja M. Liivak.
Toimetuse aadress: Tallinn, EE 0001, Piiskopi 3.
Tel. 44 32 56. Kirjastus «Perioodika». Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 16. 10. 1992. Trükkimisele antud 12. 11. 1992. Trükiarv 2100. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,96. Tell. nr. 4000. «Printall», Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

TEORIA JA PRAKTIKA

UDK 616.833-002-031.63-07

Venitussümptoomid nimme-ristluu radikuliidi diagnoosimisel

Tõnu Kauba Kaja Mustimets
Toomas Marandi Väino Sinisalu
Tea Leppik Leena Puksa · Tartu

venitussümptoomid, radikuliit, nimmevalu, regressioanalüüs

Nimme-ristluu radikuliit on mõiste, mida sageli kasutatakse meditsiini-dokumentatsioonis ja mida kasutavad ka haiged omavahelises vestluses (3, 4). Kui arstid pööravad peamist tähelepanu vaevusi objekteerivatele sümptoomidele, siis osa haiged õpib mõnda neist sümptoomidest simuleerima ning saavutab sel teel võimaluse saada soovitud puhkuse.

Missugused on sagedamad kõnealused sümptoomid?

Nimmevalusid käsitlevast kirjandusest nähtub, et paljudest valu objekteerivatest nn. venitussümptoomidest (VS) on enam kasutusel kaks: klassikaline Lasègue'i sümptoom ja Lasègue'i ristsümptoom. Lasègue'i (*straight leg-raising sign*) sümptoomi esinemisel tekib selili lamaval haigel sirge jala tõstmisel valu ja/või lihasepinge, mis väheneb jala kõverdamisel põveliigest. Rohkelt on kirjeldatud Lasègue'i sümptoomi modifikatsioone: labajala (aktiivne, s.t. patsiendipoolne) dorsifleksioon (Bragard'i sümptoom) või suurvarba painutus (Sicard'i sümptoom) samuti passiivne labajala dorsifleksioon (Gowersi sümptoom) jne. (1). Sicard'i sümptoomi on kirjeldatud nii labajala sirutusel kui ka painutusel (6) või lisatud täpsustavaid

tingimusi (5). Need ja mitmed muud kuuluvad venitussümptoomide hulka, kuigi venitatava substraadi kohta on erinevaid arvamusi (1, 4).

Eeltoodut ja töövõimetusekspertiisi vajadusi arvestades võtsime eesmärgiks selgitada venitussümptoomide esinemis-sagedust väljendunud radikulaarsündroomiga haigetel ning leida sümptoomi-komplekse, mille puhul operatsioon on näidustatud.

Loodame, et meie tehtud analüüs võimaldab selgitada, tõestada või ümber lükata mõningaid seniseid seisukohti ning seega abistab üldarsti tema töös.

Meenutame, et venitussümptoomid kui reflekteersed nähud on nimme-ristluu radikuliiti põdejate uurimise üks osa, diagnoosi määramiseks või operatsioonile suunamiseks tarvitata vaid sümptoome me käesolevas töös ei analüüsi.

Esitatud eponüümid on vaid viited võimalikule esmakirjeldajale, otstarbekam on eelistada fenomeni sisulist kirjeldust.

Uurimismaterjal ja -metoodika. 1990. aasta septembrist 1991. aasta juunini uurisime 120 Tartu Ülikooli Närvikliinikusse saabunud nimme-ristluu radikuliidi diagnoosiga haiget. Diagnoos jäi püsima 110 juhul, neist 76 juhul oli tegemist kindla radikulaarsündroomiga, 34 juhul ilmnas kliinilises pildis teatud mittevastavus (instrumetaaluuringud ja objektiivne leid ei ühtinud) ning võis kahelda konkreetse närvijuures. 10 juhul 120-st oli tegemist spinaalse tuumori, n. *peroneus*'e kahjustuse või muuga, millest tulenes ka radikuliidiga sarnane kliiniline pilt. Haigetest oli naisi 45 ja mehi 65, keskmine vanus $44,3 \pm 10,5$ aastat (21. eluaastast 75. eluaastani). Tööalade järgi oli tegemist üliõpilaste, pensionäride, ametnike, transporditöölise ja teistega. Haigete jaotumus kahjustatud närvijuurest ja raviviisist lähtuvalt on esitatud tabelis.

Haiged uuriti esimesel viiel haiglas viibimise päeval. Kahjustunud närvijuur määrati kindlaks haige kaebuste, neuroloogilise leiu ja elektro-müograafilise uuringu tulemuste alusel. Analüüsi mitmeid venitussümptoome, mida kindlas järjekorras uuriti esmalt kahjustamata ehk tervel (vähem kahjustunud), seejärel kahjustunud poolel (vt. joonis). Diski prolapsi kirjeldust kasutati analüüsis vaid operatsioonil verifitseeritud juhtudel, andmeid võrreldi operatsioonieelse kliinilise leiuaga. Operatsiooni näidustus ei sõltunud käesolevast uuringust, ka ei esita me siinkohal samade haigete seisundi hinnangut pärast 6 ja 12 kuu möödumist. Statistilisel töötlusel kasutati korrelatsioon- ja regressioanalüüsi.

Tabel. Haigete jaotumus sõltuvalt kahjustatud närvijuurest ja raviviisist

Raviviis	Närvijuur			Kokku
	L5	S1	L5+S1	
Konservatiivne	18	11	2	31
Kirurgiline	28	14	3	45
Kokku	46	25	5	76

Uurimistulemused ja arutelu. A. Venitussümptomide sagedus, kasutatud ravimeetod. Vaatleme sümptomide kirjeldust uuritava asendist lähtudes, s.t. patsiendi selili- ja kõhuliasendis ning seismisel (vt. joonis).

Selili lamades.

Lasègue'i sümptoom. Sirge jala tõstmisel kannast tekib valu nimmepiirkonnas. Sümptoom on positiivne siis, kui valu tekib enne 70°-se nurga saavutamist. Seda esines 9/10-l juhtudest.

Lasègue'i ristsümptoom. Lasègue'i sümptoomi uurimisel tervel jalal tekkis valu peaaegu igal teisel juhul ka kahjustatud poolel (39%-l monoradikulaarsündroomil). Lasègue'i ristsümptoomi esines kuni 70%-l mitme närvijuurekahjustusega juhtudest, eriti korduval operatsioonile suunatud.

Sensibiliseeritud Lasègue'i sümptoom. Sirget jalga tõstetakse seni, kuni tekib valu (Lasègue'i sümptoomi algfaas), seejärel jalga mõnevõrra langes, teades või oodates valu möödumist (4) sirutatakse ja painutatakse põida. Valu tekkis jalas või nimmes 2/3-l juhtudest.

Behterevi põlvesümptoom. Valu tekib põlveõndlas (kiirgudes üles-alla) haigel poolel põlve surumisel vastu voodit. Seda esines 43%-l, operatsioonile suunatuist aga 50%-l.

Neri sümptoom. Pea rinnale painutamisel tekib valu nimmepiirkonnas (igal neljandal juhul). Positiivse tulemuse saime umbes 25%-l juhtudest.

Bonnet' sümptoom. Põlvest kõverdada jala surumisel vastu kõhtu tekib valu nimmepiirkonnas või *n. ischiadicus*'e projektsioonil (esines alla 40%-l juhtudest).

Vengerovi sümptoom. Positiivse Lasègue'i sümptoomi korral tekib reflektorine kõhulihaste pinge (esines 13%-l juhtudest).

Kõhuli lamades.

Wassermanni sümptoom. Sirge jala maksimaalsel tõstmisel puusast tekib valu reie eesmisel küljel (57%). Klassikalist Wassermanni sümptoomi on peetud iseloomulikuks L4 närvijuure kahjustusele. Meil esines seda 66%-l opereerituist ja 54%-l konservatiivselt ravituist, tegemist oli kas L5 või S1 närvijuure kahjustusega.

Strümpelli-Matskevitsi sümptoom. Valu tekib reie eesmisel küljel jala maksimaalsel põlvest kõverdamisel. Sümptoomi esineb 47%-l kõigist ja 61%-l operatsiooni vajanud patsientidest. Et uurimismetoodika oli sarnane, täheldati seda enamasti koos Wassermanni venitussümptomidega.

Nn. kellasümptoom. Paravertebraalne vajutus põhjustab närvijuure kulgu mööda kiirguvat valu (esines 40%-l juhtudest).

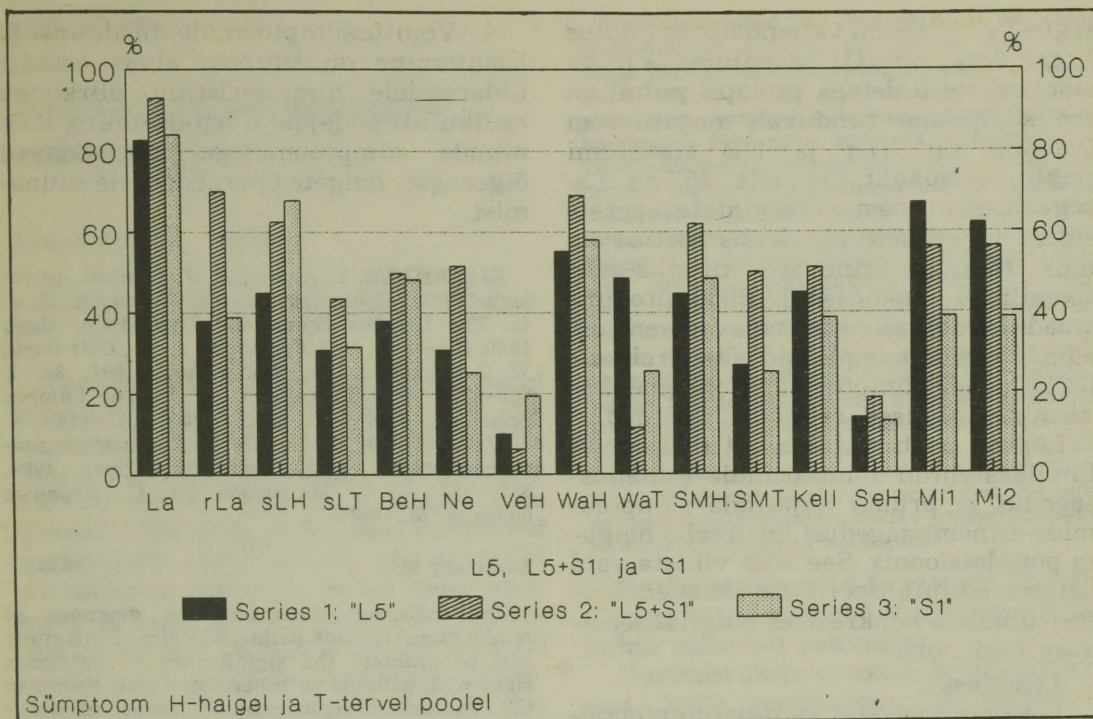
Seletski sümptoom. Reflektorine vaagnapiirkonna tõstmine positiivse Strümpelli-Matskevitsi sümptoomi korral (esines ainult 13%-l juhtudest).

Seismisel avalduvad sümptomid.

Minor 1 ja Minor 2 venitussümptoomid (Mil ja Mi2). Mil: tõusmisel ja seismisel toetub haige peamiselt kahjustamata (vähem kahjustatud) jalgale (52%). Mi2: varvastele tõusmisel haige jalg kõverdub (50%). Neid sümptomite esines põhiliselt opereerituil, teistel esines neid ainult kolmel juhul.

B. Venitussümptomid ja radikulaarsündroom. Sageli on viidatud mõne venitussümptoomi esinemisele koos mõne radikulaarsündroomiga. Olukorda illustreerib joonis.

L5 kahjustuse sündroomiga haigetel esinesid sagedamini järgmised venitussümptomid: klassikaline Lasègue'i sümptoom — 83%-l, Minor 1 — 69%-l, Minor 2 — 62%-l, Lasègue'i ristsümptoom — 38%-l ja Wassermanni sümptoom — 55%-l.



Joonis. Venitussümptomide esinemissagedus (protsentides) närvijuurte kaupa.

Joonise tähistused: La — Lasègue'i sümptoom; rLa — Lasègue'i ristsümptoom; sL — sensibiliseeritud Lasègue'i sümptoom; Be — Behterevi põlvesümptoom; Ne — Neri sümptoom; Ve — Vengerovi sümptoom; Wa — Wassermanni sümptoom; SM — Strümpelli-Matskevitsi sümptoom; Se — Seletski sümptoom; Mi1 ja Mi2 — Minor 1 ja Minor 2 sümptoomid.

S1 sündroomiga haigetel olid sagedamad Lasègue'i sümptoom — 84%-l, sensibiliseeritud Lasègue'i sümptoom — 68%-l, Wassermanni sümptoom — 58%-l ja Lasègue'i ristsümptoom — 39%-l.

Võib oletada, et sensibiliseeritud Lasègue'i sümptoomi sagedam esinemine S1 sündroomiga haigel on tingitud närvijuure mehhaanilisest venitusest diskoradikulaarse kahjustuse kõrgusel.

Eeltoodust nähtub, et enamik venitussümptome ei ole närvijuurespetsiifilised, välja arvatud Mi1 ja Mi2, sensibiliseeritud Lasègue'i sümptoom kahjustatud poolel ja Wassermanni sümptoom tervel poolel.

C. Venitussümptoomid ja diski prolapsi kirjeldus operatsioonil. Uurides lülivahemiku diski prolapsi kirjeldust ehk «staadiumi» (määratud operatsioonileiu alusel) ja sümptomide olemasolu, selgus:

1) IIA staadiumis, mille puhul tagumine pikiligament lülisambas ei olnud nähtavas osas veel rebenenud, esinesid peamiselt Neri ja Wassermanni sümptoom, viimane oli enam väljendunud tervel, vähem aga kahjustatud poolel;

2) IIB ja III staadiumis, s.o. juba rebenenud tagumise pikiligamendi korral, leiti statistiliselt oluliselt enam väljendunud olevat Behterevi põlvesümptoom ja Lasègue'i ristsümptoom. Viimase olemasolu seostus kellasümptomiga. Järelikult võib kahe eespool toodud venitussümptoomi väljendunud esinemise alusel oletada, missugune võiks olla anatoomiline olukord närvijuure ja diski prolapsi vahel. Samadele prolapsi staadiumidele leiti iseloomulik olevat ka sensibiliseeritud Lasègue'i sümptoomi, Mi1 ja Mi2 ja klassikalise Lasègue'i sümptoomi esinemine. Rõhutamata, et erinevatel prolapsi kirjeldustel on märgata vahet klassikalise La-

sègue'i sümptoomi väljendatuses (ulatus kraadides); nn. III staadiumi, s.t. ka sidekoeliste liidetega prolapsi puhul on see sümptoom tunduvalt negatiivsem (vabam) kui IIA ja IIB staadiumi puhul. Seisukoht, et alla 45°-ne Lasègue'i sümptoom võib viidata operatsiooni vajadusele (2), leidis toetust ka meie töös. Et erinevatel kliinilis-anatoomilistel olukordadel (diskide prolapsi staadiumidel) esinesid erinevad venitussümptomide kompleksid, siis järelikult on ka nende sümptomide tekkemehhanismides olulised erinevad mõjurid.

Lõpuks peab mainima, et meie poolt kindlakstehtud sümptomide esinemissagedus ei pruugi kajastada sümptomide esinemissagedust kogu selle haiguse populatsioonis. See võib viidata vaid haigete hospitaliseerimise senistele kriteeriumidele konkreetse hospitaliseerimise regioonis.

Järeldused.

1. Kõige sagedam venitussümptomidest oli Lasègue'i sümptoom, mida esines nii L5 kui ka S1 närvijuure radikaalse diskogeense kahjustuse puhul võrdse sagedusega. Sageduselt harvemad sümptoomid on mõnevõrra juurespetsiifilisemad: sensibiliseeritud Lasègue'i sümptoom S1 ja Minor 1 ja Minor 2 ning Wassermanni sümptoom tervel poolel L5 närvijuure kahjustuse puhul. Nendel saab olla täpsustav osa nii töövõimetusekspertiisis kui ka kliinilise seisundi hindamisel.

2. Operatsioonile suunatud haigetel esinesid sagedamini üheaegselt järgmised venitussümptoomid:

Minor 1 + Minor 2 + Wassermanni VS + Strümpelli-Matskevitsi VS või Minor 1 + Minor 2 + Wassermanni VS + Behterevi põlvesümptoom.

3. Erinev kliinilis-anatoomiline olukord (erinevad diskide prolapsi staadiumid) tingib erinevaid venitussümptomide kombinatsioone: IIA staadiumi prolapsil esineb väljendunud Neri või Wassermanni venitussümptoom; IIB või III staadiumi prolaps on tõenäoliselt siis, kui Behterevi põlvesümptoom või Lasègue'i ristsümptoom esineb koos kellasümptoomiga.

4. Venitussümptomide teadmine ja kasutamine on suureks abiks eeskätt üldarstidele nimme-ristluu piirkonna radikuliiti põdejate uurimisel ning koos muude sümptomidega kergendavad õigeaegset haigete operatsioonile suunamist.

KIRJANDUS: 1. Alpers, B. J. Clinical neurology. Philadelphia, 1960. — 2. Dixon, A. S. J. In: The Lumbar Spine and Back Pain. Bath, 1980, 135—155. — 3. Frymoyer, J. W., Cats-Baril, W. L. Orthop. Clin. North Am., 1991, 22, 2, 263—271. — 4. Yates, D. A. H. In: The Lumbar Spine and Back Pain. Bath, 1980, 437—452.

5. Кауба Т. Ф., Лейнер М. А. В кн.: Медицинские исследования в практике. Тарту, 1984, 332—333. — 6. Мартынов Ю. С. Нервные болезни. М., 1988.

Summary

The extension signs and the diagnosis of lumbo-sacral radiculopathy. The aim of this study was to evaluate the significance of extension signs with patients with herniated disc disease in the lumbosacral region, the occurrence of which can be indicative for operative treatment, also to be seen in association with some extending signs and findings during an operation. 120 patients with preferred lumbar disc protrusions were studied and 47 of them were operated (lumbar interlaminectomy). The most frequently found sign was the reduction of ipsilateral straight leg raising (SLR); the "sensibilisation" of SLR (painfulness at dorsiflexion of foot, Sicard's sign) contralateral was statistically important in repeatedly operated cases. On patients operated repeatedly, the Sicard sign proved to be more important than other extension symptoms. By using regression analyses it turned out that the stage of the disc herniation can be prognosed on the basis of the SLR and sensibilisation. In conclusion, the anatomical situation is quite different and can be predicted from some neurological signs.

Резюме

Симптомы растяжения в диагностике пояснично-крестцового радикулита. Исследованием больных и при помощи статистического анализа полученных данных выяснено, что при разных клиничко-анатомических ситуациях встречаются разные комплексы симптомов растяжения. При помощи регрессионного анализа выявлено, что при некоторых комплексах симптомов можно с большой вероятностью уже до операции прогнозировать степень поражения межпозвонкового диска.

Tartu Ülikooli Närvikliinik

Rinnavähi perekondlik eelsoodumus

Maret Purde · Tallinn

rinnavähk, perekondlik eelsoodumus, Li-Fraumeni sündroom

Tavaliselt vähktõbe pärilikkusega ei seostata. Viimase aja uurimused on aga näidanud, et pärilik tegur on oluline mitme üldisema levikuga vähipaikme korral, näiteks rinna-, munasarja- ja jämesoolevähi ning melanoomi esinemisel perekonniti (11). Üldiselt on rinnavähi pärilikkuse kohta inimestel vähe andmeid. Uuringud kromosoomide ja biomarkerite valdkonnas ei ole seni andnud selget alust päriliku rinnavähi eristamiseks. Päriliku teguri uurimiseks vajame andmeid haige (probandi) ema- ja isapoolse sugupuu kohta. Teada on, et rinnavähk kandub edasi nii nais- kui ka meesliinis (7, 15). Viimasel ajal on arvatud, et perekondlik eelsoodumus on kõige olulisem rinnavähi riskitegur just individuaalse rakendusliku tähtsuse tõttu (8, 9).

Suurem osa rinnavähijuhte (82%) esineb siiski sporaadiliselt (7). Vähijuhtude kuhjumine perekonnas võib sõltuda ka ühistest harjumustest (toit) perekonnas või keskkonna sarnasusest. 5% rinnavähijuhtude puhul on tegemist päriliku edasikandumisega, 13%-l juhtudest on küll perekonnas vähijuhte, kuid puuduvad pärilikkuse tunnused (8). Nendeks tunnusteks rinnavähi korral on:

- 1) haigestumine nooremas eas (3, 8, 9, 13);
- 2) protsessi bilateraalsus, mitmikkasvajad (9, 10);
- 3) vertikaalne kasvajate transmissioon sugulastel (7, 8, 9);
- 4) spetsiifiliste vähipaikmete kokkusaatmine sugulastel, nn. Li-Fraumeni sündroom (2, 4).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Eesti Onkoloogiakeskuse arhiivis oli aastate 1980..1990 kohta 2795 esmase rinnavähiga naise haiguslugu. Neist 192-l (6,9%) olid andmed perekonnaanamneesi kohta puudulikud. Analüüsimiseks kasutasime 2603 naise andmeid. Kõigepealt jaotasime uuritavad rahvusliku tunnuse järgi eestlasteks (valdavalt püsielanikkond) ja muulasteks (valdavalt migrandid). Eestis on hulgaliselt migrante, nende perekonnaandmete interpreteerimisega võib tekkida raskusi. Migrantide sugulaste andmete puudulikkus võib uurimistöö kunstlikult vähendada kasvajate esinemissagedust sugulastel (1). Pidasime oluliseks nende naiste uurimist, kelle sugulastel esines korduvalt rinnavähijuhte, sarkoome, leukoosse, adrenokartsinoomi ja munasarjavähki. Andmete analüüsiks kasutasime üldtuntud statistikameetodeid (χ^2). Eesmärk oli välja selgitada, kas perekondliku eelsoodumusega haiged erinevad teistest rinnavähki põdejatest mõne tunnuse poolest. Ka huvitas meid haiguslugudest saadav geneetiline teave võimalikuks sugupuu uuringuks.

Uurimistulemused ja arutelu. Tabelis 1 on esitatud andmed uurimismaterjali kohta sõltuvalt rahvusest.

Uurimisrühma moodustasid need haiged, kelle perekonnas oli korduvalt esinenud rinnavähki. Need rinnavähki põdevad naised, kellel see tunnus puudus, moodustasid kontrollrühma. Moodustatud rühmad erinesid oluliselt sõltuvalt rahvusest, ($\chi^2 = 16,1$; $P < 0,002$). Eestlastel esines korduvalt rinnavähki perekonnas sagedamini (11,1%) kui muulastel (6,3%). Eestlaste andmed on ligilähedased kirjanduse andmetele, muulaste kohta saadud andmed on aga kirjanduse andmetest väiksemad, mis võib sõltuda vähesest teabest nende kohta.

Kirjanduse andmetel on perekondliku eelsoodumusega rinnavähigaaged noore-

Tabel 1. Rinnavähki põdejate jaotumus sõltuvalt rahvusest

Rahvus	Uurimisrühm	Kontrollrühm	Kokku
	arv, protsent	arv, protsent	arv, protsent
Eestlased	184 (11,1)	1473 (88,9)	1657 (100,0)
Muulased	60 (6,3)	886 (93,7)	946 (100,0)
Kokku	244 (9,4)	2359 (90,6)	2603 (100,0)

Tabel 2. Rinnavähihaigete jaotumus sõltuvalt vanusest

Vanus	Uurimisrühm			Kontrollrühm		
	eestlased arv, protsent	muulased arv, protsent	kokku arv, protsent	eestlased arv, protsent	muulased arv, protsent	kokku arv, protsent
<50	70 (38,0)	22 (36,7)	92 (37,7)	420 (28,5)	342 (38,6)	762 (32,3)
≥50	114 (62,0)	38 (63,3)	152 (62,3)	1053 (71,5)	544 (61,4)	1597 (76,7)
Kokku	184 (100)	60 (100)	244 (100)	1473 (100)	886 (100)	2359 (100)

mad muudest rinnavähihaigetest (3, 8, 9, 13). Meie materjali põhjal on eestlaste uurimisrühma haiged 3,5 aastat nooremad kontrollrühma haigetest. Keskmise vanus eri uurimisrühmades varieerub.

Tabelist 2 nähtub, et eestlaste perekondliku eelsoodumusega rühmas on enam noori haigeid kui kontrollrühmas ($\chi^2 = 7,1$; $P < 0,01$). Eestlaste ja muulaste uurimisrühma haigetel vanuselist erinevust ei sedastatud, küll aga oli muulaste kontrollrühm oluliselt noorem eestlaste kontrollrühmast ($\chi^2 = 25,7$; $P < 0,002$). Muulaste vastandliku tendentsiga kontrollrühm segab kogu materjali hindamist. Usaldatavamad on tunnuste hindamisel eestlaste andmed. Eestisse tulnute seas on ilmselt suurel hulgal noori naisi, kes oma sugulaste haigusjuhte ei tea.

Korduvad rinnavähijuhud sugulastel suurendavad haigestumise riski naistel

Tabel 3. Rinnavähk I ja II astme sugulastel sõltuvalt probandi vanusest

Probandid	Eestlased					Muu- lased arv	Kokku arv
	E arv	Õ arv	T arv	II arv			
<50	70	33	7	2	28	22	92
≥50	114	34	36	3	41	38	152
Kokku	184	67	43	5	69	60	244

E — rinnavähk emal; Õ — rinnavähk õel;
T — rinnavähk teistel esimese astme sugulastel;
II — rinnavähk teise astme sugulastel

vanusest sõltumata. Naistel, kelle emal või õdedel on esinenud rinnavähki, suureneb vähki haigestumise risk 2...3 kordselt (5, 8, 13, 15). Tabelis 3 on toodud andmed, mis kajastavad probandi vanust sõltuvalt rinnavähijuhtudest I ja II astme sugulastel. Eestlaste materjali põhjal olid need haiged nooremad, kelle emal oli olnud rinnavähk ($\chi^2 = 13,3$; $P < 0,002$). Vastupidised on naiste andmed, kelle õdedel oli esinenud rinnavähk, nad haigestusid valdavalt vanemas eas ($\chi^2 = 11,3$; $P < 0,002$). II astme sugulaste haigestumisel rinnavähki olid eestlastest probandid nooremad ($\chi^2 = 4,6$; $P < 0,05$). Muulastel oli seos ainult II astme sugulaste haigestumise korral, probandid olid nooremad.

F. P. Li ja J. F. Fraumeni kirjeldasid 1969. aastal esimestena spetsiifilist vähipaikmete konstellatsiooni rinnavähihaigete sugulastel (2). Li-Fraumeni ehk SBLA (*sarcoma, brain, leucosis, adrenocarcinoma*) sündroomi korral jaotuvad vähijuhud perekonnas autosoomse-dominantse pärilikkuse skeemi järgi, millele tihti lisanduvad ka teised vähipaikmed (9). Autosoomse-dominantse manifesteerumise korral on tegemist kasvaja muteerunud supresorgeeni inaktiveerumisega. Oletatakse, et selline mutatsioon on heterogeenne (5). Mõnes SBLA sündroomiga peres on leitud muteerunud p53 geeni, kuid vaid osal juhtudest (5, 6, 12). Muteerunud p 53 geeni on leitud ka sporaadiliste kasvajatate põie- ja jämesoolevähi korral (5). Oluline on, et suguvõsas, kus esineb SBLA sündroomi, haigestub potentsiaalsetest geenikandjatest ligikaudu 50% (3, 4, 9, 13).

Uuritud korduva rinnavähiga haigetest oli alla 45-aastasi 50. Lisaks oli nende haigete perekonnaanamneesis sarkoome 10-l, leukoos 21-l, ajukasvajaid 13-l ja adrenokartsinoomi ühel juhul. Munasarjakasvajaid esines 33 probandil (kõik kasvajahujud nooremate probandide sugulastel, välja arvatud sarkoomid). Need 128 (4,8%) perekonda on võimalikud Li-Fraumeni sündroomi kandjad, mida esineb kirjan-duse andmetel rinnavähijuhtudest 5%-l (8). Eespool mainitud haiged on suhteliselt noored ja haigus soodsas kliinilises staadiumis. Otstarbekas oleks nende perekonnaanamneesi täiendamine ning perekondades tervete potentsiaalsete geenikandjate mammoloogiline jälgimine.

Järeldused.

1. Eesti Onkoloogiakeskuse arhiivi haiguslood sisaldavad andmeid rinnavähi perekondliku eelsoodumuse analüüsimiseks.

2. Perekondliku eelsoodumusega haiged on sporaadilist rinnavähki põdevatest haigetest nooremad. Probandid, kelle emal ja II astme sugulastel esines rinnavähk, olid teistest rinnavähki põdejatest nooremad. Haiged, kelle õdedel oli rinnavähk, haigestusid valdavalt vanemas eas.

3. 128 rinnavähki põdeja perekonnaanamneesis vajab täpsustamist võimaliku Li-Fraumeni sündroomi suhtes ning tervete potentsiaalsete geenikandjate mammoloogilise jälgimise organiseerimiseks.

1989, 123, 15—21. — 11. Ponder, B. A. *J. J. Cancer Res. Clin. Oncol. suppl.*, 1990, 116, 814. — 12. Santibanez-Koref, M. F., Birch, J. M., Hartley, P. H. *a.o. Lancet*, 1991, 338, 1490—1491. — 13. Sattin, R. W., Rubin, G. L., Webster, L. A. *a.o. JAMA*, 1985, 253, 1908—1913. — 14. Sidransky, D., Eschenbach, A. V., Tsai, Y. C. *a.o. Science*, 1991, 252, 706—707. — 15. Tulinius, H., Day, N. E., Sigvaldson, H. *a.o. In: Genetic and Environmental Factors in Experimental and Human Cancers*. Tokio, 1982, 303—312.

Summary

Breast cancer and family history. 2603 breast cancer cases were analyzed on family history. 11,1% of Estonians had a supplementary breast cancer case in family. Patients with supplementary breast cancer were younger than others. Patients with mothers or second degree relatives with breast cancer were younger, with sisters — older than other patients. 128 (4,8%) of younger patients (<45) have a supplementary sarcoma, breast cancer, brain cancer, leucosis or adenocarcinoma in family. They should be investigated more exactly on potential Li-Fraumeni syndrome.

Резюме

Рак молочной железы в семействе. Был произведен семейственный анализ 2603 женщин, больных раком молочной железы. У 11,1% эстонок имели место добавочные случаи рака моложе остальных. Женщины, у которых мать или одна из родственниц II степени болели раком молочной железы, были моложе остальных. При сестре с раком молочной железы женщины-пробанды были старше. У 128 (4,8%) более молодых (<45 лет) пробандов в семье имелись больные саркомой, раком молочной железы, раком головного мозга, лейкозом или аденокарциномой. Эти материалы нуждаются в уточнении на возможное выявление синдрома Ли-Фраумени.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut

KIRJANDUS: 1. Bishop, D. T., Skolnik, M. H. *J. Cell. Physiol., suppl.*, 1984, 3, 63—77. — 2. Blume, E. *JNCI*, 1991, 83, 1782—1784. — 3. Brinton, L. A., Hoover, R., Fraumeni, J. F. *JNCI*, 1982, 69, 817—822. — 4. Garber, J. E., Goldstein, A. M., Kantor, A. F. *a.o. Cancer Res.*, 1991, 51, 6094—6097. — 5. Grossbart-Schwartz, M., King, M. C. *JNCI*, 1985, 75, 665—668. — 6. Law, J. C., Strong, L. C., Chidambaram, A. *a.o. Cancer Res.*, 1991, 5, 6385—6387. — 7. Lynch, H. T., Watson, P., Conway, T. *a.o. Breast Cancer Res. Treat.*, 1988, 11, 263—267. — 8. Lynch, H. T., Albano, W. A., Danes, B. S. *a.o. Cancer*, 1984, 53, 612—622. — 9. Müller, H. *Anticancer Res.*, 1990, 505—512. — 10. Ottmann, R., Pike, M. C., King, M. C. *a.o. Am. J. Epidemiol.*,

UDK 616.391-053.5-084(474.2)

Õpilaste organismi vitamiinidega varustatus ja profülaktilise vitaminiseerimise mõju tervisele

Alvi Tellmann Merileid Saava
Katrin Aasvee Reet Sink Liidia Tšaiko
Tallinn

vitamiinidega varustatus, vitaminiseerimine,
haigestumus, kehaline areng, lipiidid

Varajasemad uurimused on näidanud, et suur osa Eesti rahvast ei saa vitamiine toiduga piisavalt, eriti talvel ja kevadel (16, 18). Lastel on kõige sagedamini esinenud C-vitamiini-vaegust, küllalt sageli ka B₁- ja B₂-vitamiini, harvem A-, E- ning B₆-vitamiini-vaegust (6, 7, 27). Vitamiinivaegus pidurdab organismi kasvu ja arenemist, vähendab vastupanuvõimet haiguste suhtes, alandab töövõimet (1, 3, 22).

1986/1987. õppeaastal alustati Tallinna 5. Keskkoolis ja 1987/1988. õppeaastal Tallinna 9. Keskkoolis õpilaste profülaktilist vitaminiseerimist. Õpilased said polüvitamiinipreparaati «Undevit» kevadtalvel 5...7 kuud kahe aasta vältel: I...IV klassi õpilased ühe dražee ülepäeviti, V...XII klassi õpilased ühe dražee igal koolipäeval.

Käesoleva töö eesmärk oli hinnata õpilaste organismi vitamiinidega varustatust ja uurida profülaktilise vitaminiseerimise mõju nende tervisele.

Uurimismaterjal ja -metoodika. «Undevit» sisaldab A-, B₁-, B₂-, B₆-, B₁₂-, C-, E-, P-, PP-vitamiini, foolhapet ja pantoteenhapet. Vitaminiseerimise mõju hindamiseks võrreldi vene õppekeelega Tallinna 5. Keskkooli ja eesti õppekeelega Tallinna 9. Keskkooli (katsekoolid) õpilaste organismi vitamiinidega varustatust, haigestumust, immunoloogilist reaktiivsust, kehalist arengut, vereseerumi lipiidisisaldust kahe samas mikrorajoonis asuva ning sama õppekeelega kontrollkooli (40. ja 17. keskkooli) õpilaste analoogiliste näitajatega.

Organismi vitamiinidega varustatuse üle otustamiseks määrati A-, E- ja C-vitamiinisisaldus vereseerumis, B₁- ja B₂-vitamiinisisaldus hommikul ühe tunni jooksul eritavas

uriinis ning vitamiinisõltuvate ensüümide transketolaasi ja glutatiooni reduktaasi aktiivsus erütrotsüütides. Vereseerumi A-vitamiini-sisaldus määrati Bessey mikromeetodil, E-vitamiinisisaldus fluoromeetriselt, C-vitamiini-sisaldus titrimetriliselt Tillmansi järgi (25). Uriini B₁- ja B₂-vitamiini-sisalduse määramiseks kasutati fluoromeetrisel meetodil (12), transketolaasi ning glutatiooni reduktaasi aktiivsuse määramiseks erütrotsüütides fotomeetrisel meetodil (25). Vitamiinidega varustatust hinnati kaudselt ka vitamiinivaeguse mittespetsiifiliste kliiniliste sümptomide põhjal (1, 3, 10, 26, 28).

Õpilaste haigestumise saadi ülevaade kooli toodud arstitõendite alusel. Arvutati nii üldhaigestumus kui ka haigestumus ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse, kopsupõletikku ja angiini, tehti kindlaks ka krooniliste haiguste ägenemise, neurooside ning neurootiliste seisundite esinemissagedus. Immunoloogilise reaktiivsuse hindamiseks määrati sülje lüsoosüümisaldus turbidimeetriametodil (17) ja verevalgud paberelektroforeesimeetodil (12).

Laste kehalist arengut hinnati järgmiste näitajate põhjal: kehapiikkus, kehakaal, Quelet' indeks ($\frac{\text{kehakaal, kg}}{\text{kehapiikkus, m}^2}$), parema

õlavarre ja õlavarrelihase ümbermõõt, nahavoldi paksus paremal õlavarral ning parema abaluu all, käelihaste jõud, suguline areng pallides. Õlavarrelihase ümbermõõt arvutati valemi abil: õlavarre ümbermõõt — (0,34 × nahavoldi paksus õlavarral).

Lipiidiainevahetuse näitajatest määrati üldkolesterooli (TC), triglütseriidide (TG), kõrge tihedusega lipoproteiidide kolesterooli (HDL-C), madala ja väga madala tihedusega lipoproteiidide (LDL+VLDL) sisaldus vereseerumis. TC- ja HDL-C-sisaldus määrati Bloori meetodil (12, 20). TG määrati Neri ja Fringsi järgi (4), LDL-i ning VLDL-i summaarne fraktsioon Klimovi meetodil (21).

Madala tihedusega lipoproteiidide kolesterooli (LDL-C) sisaldus vereseerumis arvutati valemi järgi: TC — $\frac{TG}{5}$ + HDL-C).

Leiti ka HDL-C-osa üldkolesteroolist protsentides ($\frac{HDL-C}{TC} \times 100$) ning kolesterooli aterogeensuse koefitsient

$$\left(\frac{TC - HDL-C}{HDL-C} \right).$$

Kõikidel katse- ja kontrollkoolide õpilastel määrati haigestumus vitaminiseerimise ajal. Muud tervisenäitajad määrati I, II, V, VII ja VIII klassi õpilastel enne vitaminiseerimist ning selle lõpul. Vitaminiseerimisega üheaegselt uuriti ka 410 11...15-aastase õpilase toitumist dietoloogilise anamneesi lühimeetodil — küsitlus toidumulaazidega 24 tunni kohta (24).

Uurimistulemused ja arutelu. Tallinna koolide õpilaste ööpäevane vitamiinitarbimine toiduga on esitatud

tabelis 1, sealjuures on arvestatud ka vitamiinikadu toiduainete kulinaarsel töötlemisel (15). Nagu tabelist nähtub, jäi õpilastel mitme uuritud vitamiini sisaldus toidus NSV Liidu normidest madalamaks. Kõige vähem said lapsed normiga võrreldes C-vitamiini (45...58%), vähe ka A-vitamiini (47...80%), B₁-vitamiini (59...78%) ja B₂-vitamiini (70...79% ealisest normist). Kevadel tarbiti C-vitamiini tunduvalt vähem kui sügisel ($P < 0,001$). Kuigi Ameerika Ühendriikide, Soome ja Rootsi vitamiinide tarbimise normid on mõnevõrra väiksemad (5, 8), jääb eespool mainitu ka nende põhjal Tallinna õpilastel väheseks.

Õpilaste profülaktiline vitaminiseerimine kahe õppeaasta vältel parandas varustatust C-, B₁-, B₂- ja A-vitamiiniga tunduvalt (vt. tabel 2). Vitaminiseerimise lõpul oli C- ja A-vitamiini-sisaldus vereseerumis katsekoolide õpilastel kontrollkoolide õpilaste omast suurem, kusjuures C-vitamiini osas oli erinevus tunduvalt suurem kui A-vitamiini osas. Ka B₁- ja B₂-vitamiini eritumine uriiniga ning transketolaasi (B₁-vitamiinist sõltuv ensüüm) ja glutatiooni reduktaasi (B₂-vitamiinist sõltuv ensüüm) aktiivsuse erütrotsüütides oli vitaminiseerimise lõpul katsekoolide õpilastel suurem kui kontrollkoolide õpilastel. Vereseerumi E-vitamiini-sisaldus katse- ja kontrollkoolide õpilastel oluliselt ei erinenud.

Võrreldes A-, E-, C-, B₁- ja B₂-vitamiini-sisaldust vereseerumis või eritumist uriiniga Tallinna koolide õpilastel tabelis 2 toodud Moskva Toitlustusinstituudi poolt aktsepteeritud normidega (25), selgus, et vitaminiseerimise lõpul oli kõigi nende vitamiinide sisaldus vereseerumis või eritumine uriiniga normi piires (C-vitamiini-sisaldus vereseerumis oli normi alumisele piirile küllalt lähedal). Kuigi toitumise uurimise andmeil said õpilased A-vitamiini toiduga 47...80%, jäi selle keskmine sisaldus vereseerumis laboratoorse uuringu põhjal ka vitaminiseerimata õpilastel normi piiresse (15%-l lastest alla normi varustatust siiski esines). Seega võib arvata, et arvestatud 40%-

line A-vitamiini-kadu toiduainete kulinaarsel töötlemisel oli liiga suur ja meie õpilaste A-vitamiiniga varustatus on parem, kui toitumise uurimisel selgus. Kuigi arvutuste alusel võib öelda, et katsekoolide õpilased said vitamiine koos toidu ja vitamiinipreparaadiga üle keskmise soovitatava koguse — «Undevit» on mõeldud vanematele inimestele —, ei olnud ühegi uuritud vitamiini keskmine sisaldus vereseerumis ega eritumine uriiniga normist suurem.

Täiendava vitaminiseerimise tulemusena tuli vitamiinivaeguse nähte ette harvem. Kui enne vitaminiseerimist oli nende esinemissagedus katse- ja kontrollkoolide õpilastel enam-vähem võrdne (katsekoolides $61,9 \pm 2,7\%$ -l ja kontrollkoolides $64,0 \pm 2,7\%$ -l õpilastest; $P > 0,05$), siis vitaminiseerimise lõpul oli see näitaja katsekoolide õpilastel kontrollkoolide õpilaste näitajast tunduvalt väiksem (katsekoolides $52,5 \pm 2,2\%$ ja kontrollkoolides $65,4 \pm 2,0\%$; $P < 0,001$). Tunduvalt vähem tuli ette peavalu, jalavalu, nahakuivust ja -ketendust, igemete turset ning veritsemist, keelenäside hüpertroofiat. Katsekoolide õpilaste vere hemoglobiinisaldus oli vitaminiseerimise lõpul tunduvalt suurem kui kontrollkoolide õpilastel (vastavalt $131,1 \pm 1,1$ ja $125,0 \pm 0,8$ g/l, $n=208$; $P < 0,01$).

Haigestumuse analüüs esimesel vitaminiseerimisaastal näitas, et vene õppekeelega Tallinna 5. Keskkoolis, kus õpilased said polüvitamiinipreparaati «Undevit», oli üldhaigestumus vitaminiseerimisperioodil oluliselt väiksem kui Tallinna 40. Keskkoolis (Tallinna 5. Keskkoolis 397 ± 13 haigusjuhtu ja 4281 ± 129 haiguspäeva, Tallinna 40. Keskkoolis 528 ± 13 haigusjuhtu ning 5732 ± 127 haiguspäeva 1000 õpilase kohta; $P < 0,001$, haigusjuhtude erinevus 24,8%). Õpilaste haigestumuse võrdlemine eesti õppekeelega 9. ja 17. keskkoolis andis analoogilise tulemuse: Tallinna 9. Keskkoolis, kus toimus õpilaste profülaktiline vitaminiseerimine, oli üldhaigestumus vitaminiseerimisperioodil väiksem kui Tallinna 17. Keskkoolis (Tallinna 9. Keskkoolis 397 ± 13 haigusjuhtu ja 4281 ± 129 haiguspäeva, Tallinna 17. Keskkoolis 528 ± 13 haigusjuhtu ning 5732 ± 127 haiguspäeva 1000 õpilase kohta; $P < 0,001$, haigusjuhtude erinevus 24,8%).

Tabel 1. Vitamiinide ööpäevane tarbimine toiduga Tallinna koolide õpilastel aastail 1986...1989

Vitamiin	11...13-aastased õpilased (n=231)		14...15-aastased õpilased (n=179)	
	norm*	tarbimine (M±m)	norm*	tarbimine (M±m)
Poeglapsed				
A-vitamiin (mg retinooli ekvivalenti)	1	0,47±0,03	1	0,68±0,05
E-vitamiin (mg)	12	13,84±0,71	15	17,07±1,15
C-vitamiin (mg)	70	33,25±1,87	70	40,85±3,18
B ₁ -vitamiin (mg)	1,4	0,96±0,04	1,5	1,18±0,06
B ₂ -vitamiin (mg)	1,7	1,19±0,04	1,8	1,42±0,07
B ₆ -vitamiin (mg)	1,8	1,95±0,08	2	2,48±0,14
PP-vitamiin (mg niatsiini ekvivalenti)	18	28,45±1,06	20	34,38±1,89
Tütarlapsed				
A-vitamiin (mg retinooli ekvivalenti)	0,8	0,59±0,07	0,8	0,64±0,09
E-vitamiin (mg)	10	12,29±0,72	12	11,54±0,78
C-vitamiin (mg)	70	33,81±2,16	70	31,22±3,21
B ₁ -vitamiin (mg)	1,3	0,84±0,04	1,3	0,77±0,04
B ₂ -vitamiin (mg)	1,5	1,10±0,05	1,5	1,06±0,05
B ₆ -vitamiin (mg)	1,6	1,80±0,08	1,6	1,56±0,07
PP-vitamiin (mg niatsiini ekvivalenti)	17	26,15±1,15	17	23,02±0,89

* Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения СССР. — М., 1991.

Tabel 2. Õpilaste organismi vitamiinidega varustus enne vitaminiseerimist ja selle lõpud

Vitamiin või ensüüm	Norm	Katsekoolid enne vitaminiseerimist	Vitaminiseerimise lõpud				P	
			katsekoolid		kontrollkoolid			
			n	M±m	n	M±m		n
Sisaldus vereseerumis								
A-vitamiin (µg/dl)	30—70	226	39,8±0,8	343	47,1±0,9	223	44,7±0,8	<0,05
E-vitamiin (mg/dl)	0,9—1,5	274	1,18±0,01	343	1,11±0,01	234	1,15±0,02	>0,05
C-vitamiin (mg/dl)	0,7—1,2	199	0,70±0,02	364	0,75±0,01	356	0,58±0,01	<0,001
Eritumine uriiniga								
B ₁ -vitamiin (µg/t.)	15—30	262	19,7±1,2	294	22,7±0,9	273	18,7±1,0	<0,01
B ₂ -vitamiin (µg/t.)	14—30	248	10,6±0,5	306	19,2±0,8	312	13,5±0,6	<0,001
Aktiivsus erütrotsüütides								
Transketolaas (µmol S-7-F/ml erütrotsüüte tunnis)		107	11,2±0,3	82	13,3±0,3	43	10,1±0,4	<0,01
Glutatiooni reduktaas (nmol NADF·H ₂ /ml erütrotsüüte tunnis)		53	99,2±2,8	25	110,5±3,5	10	86,0±10,9	<0,05

Tabel 3. Õpilaste kehalise arengu näitajate muutumine vitaminiseerimise ajal

Kehalise arengu näitaja	Näitaja muutumine				P
	katsekoolid		kontrollkoolid		
	n	M±m	n	M±m	
Kehapikkus (cm)	214	+8,09±0,23	178	+7,17±0,22	<0,01
Kehakaal (kg)	214	+6,14±0,25	178	+5,92±0,30	>0,05
Quetelet' indeks	214	+0,68±0,10	178	+0,82±0,15	>0,05
Õlavarre ümbermõõt (cm)	214	+2,00±0,08	178	+1,62±0,10	<0,01
Õlavarrelihase ümbermõõt (cm)	214	+2,46±0,10	178	+1,80±0,11	<0,001
Nahavoldi paksus õlavarrel (mm)	214	-1,45±0,22	178	-0,59±0,21	<0,01
Nahavoldi paksus abaluu all (mm)	214	-0,32±0,15	178	+0,09±0,17	>0,05
Käelihaste jõud (kg)	214	+4,49±0,57	178	+3,33±0,52	>0,05
Sugulise arengu hinne (pallides)	209	+2,38±0,77	178	+1,98±0,19	>0,05

Tabel 4. Lipiidisisaldus õpilaste vereseerumis enne vitamineerimist ja selle lõpul

Lipiidiainevahetuse näitaja	Katsekoolid enne vitamineerimist		Vitamineerimise lõpul				P
			katsekoolid		kontrollkoolid		
	n	M±m	n	M±m	n	M±m	
TC (mg/dl)	191	166,9±3,3	177	158,7±2,7	125	190,2±3,6	<0,001
TG (mg/dl)	232	85,3±2,4	168	93,9±2,8	158	97,4±3,1	>0,05
HDL-C (mg/dl)	170	36,5±1,2	157	37,0±0,8	118	41,0±0,8	<0,01
LDL-C (mg/dl)	150	113,3±3,5	140	102,9±2,9	114	129,7±3,9	<0,001
LDL+VLDL (mg/dl)	82	262,2±7,2	155	270,8±5,9	138	355,7±8,5	<0,001
HDL-C/TC (%)	161	21,9±0,9	157	23,3±0,6	117	21,5±0,6	<0,05
Aterogeensuse koefitsient	161	3,6±1,2	157	3,3±0,1	117	3,6±0,1	<0,05

koolis 643±15 haigusjuhtu ja 5447±155 haiguspäeva, Tallinna 17. Keskkoolis 740±14 haigusjuhtu ning 5812±162 haiguspäeva 1000 õpilase kohta; P<0,001; haigusjuhtude erinevus 13,1%). Haigestumuse analüüs kuude järgi näitas, et statistiliselt usaldusväärseks muutus haigestumuse erinevus katse- ja kontrollkooli õpilaste vahel eesti koolides üks kuu, vene koolides kaks kuud pärast vitamineerimise algust.

Ka teisel vitamineerimisaastal jäi 5. ja 9. keskkooli õpilaste üldhaigestumus tunduvalt väiksemaks kui kontrollkoolide õpilastel, haigusjuhtude erinevus vastavalt 29,0% ja 34,3%. Üldhaigestumuse erinevus katse- ja kontrollkoolide õpilaste vahel oli alglklassides, kus õpilased said ühe dražee vitamiinipreparaati «Undevit» ülepäeviti, vähem väljendunud kui kesk- ja vanemas astmes, kus õpilased said preparaati igal koolipäeval. Nii osutus erinevus haigusjuhtude arvus 1000 alglklassi õpilase kohta teisel vitamineerimisaastal statistiliselt mitteoluliseks. Haigestumuse analüüs näitas, et vitamineerimise tulemusena vähenes eelkõige haigestumine ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse (P<0,001).

Profülaktilise vitamineerimise head mõju laste haigestumuse vähenemisele on täheldanud ka teised uurijad. Enamiku autorite andmeil on üldhaigestumuse vähenemine olnud väga suur — 1,6...3 korda (13, 14, 19, 23). Meie andmeil oli katsekooli õpilaste üldhai-

gestumus 13,1...34,3% ja haigestumus ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse 11,6...30,1% väiksem võrreldes kontrollkooli vastavate näitajatega. Olgu mainitud, et eespool nimetatud autorid kasutasid meiega võrreldes suuremaid vitamiiniansuseid. Meile lähedane tulemus, 30%-line haigestumuse vähenemine, on saadud Moskva koolides, kus kõikide vanuserühmade õpilased said ühe dražee vitamiinipreparaati «Undevit» päevas (11).

Haigestumuse vähenemine katsekoolides seostus mittespetsiifilise immuunoloogilise reaktiivsuse paranemisega. Katsekoolide õpilastel oli lüsoosüümi kontsentratsioon süljes vitamineerimise lõpul oluliselt kõrgem kui kontrollkoolide lastel (vastavalt 133,6±2,4 µg/ml, n=46 ja 94,7±1,4 µm/ml, n=44; P<0,001). Vereseerumi üldvalgusisaldus oli katsekoolide õpilastel suurem, α₂-globuliini osatähtsus aga väiksem kui kontrollkoolide õpilastel (üldvalku vastavalt 8,35±0,04 g/dl, n=181 ja 8,18±0,03 g/dl, n=158; P<0,001; α₂-globuliini — 7,19±0,13 ning 7,61±0,07%; P<0,01).

Õpilaste kehalise arengu näitajate muutumine vitamineerimise ajal on toodud tabelis 3. Nagu nähtub, kiirenesid katsekoolide õpilastel täiendava vitamineerimise tulemusena kasv, õlavarre ja õlavarrelihase ümbermõõdu suurenemine, vähenes nahavoldi paksus õlavarrel. Keskmise, alla keskmise ja üle keskmise kehapiikkusega laste oma-

vaheline suhe katsekoolides vitamini-seerimise ajal siiski oluliselt ei muutunud ($\chi^2=1,8$; $P>0,05$).

Õpilaste profülaktiline vitaminiseerimine avaldas mõju ka lipiidiainevahetusele (vt. tabel 4). Teise aasta lõpul oli katsekoolide õpilaste vereseerumis üldkolesterooli (TC), kõrge tihedusega lipoproteiidide kolesterooli (HDL-C), madala tihedusega lipoproteiidide kolesterooli (LDL-C) ning madala ja väga madala tihedusega lipoproteiidide (LDL+VLDL) sisaldus tunduvalt väiksem kui kontrollkoolide õpilastel. Aterogeensete lipiidide (LDL-C ja LDL+VLDL) tase langes katsekoolide õpilaste veres seejuures enam kui antiaterogeense HDL-C tase, mistõttu neil HDL-C osa üldkolesteroolist osutus usaldusväärselt suuremaks, kolesterooli aterogeensuse koefitsient aga väiksemaks kui kontrollkoolide õpilastel (vt. tabel 4). Järelikult avaldas profülaktiline vitaminiseerimine lipiidiainevahetusele antiaterogeenset mõju. Meie varajasemates uuringutes on õpilastel kevadeks täheldatud aterogeensete lipiidide hulga suurenemist vereseerumis. Vitamiinide, eriti C-, E-, A-vitamiini ja β -karotiini soodsat mõju lipiidiainevahetusele on kinnitanud ka teiste uurijate tööd (1, 2, 9, 29, 30).

Kokku võttes võib öelda, et mitme uuritud vitamiini saamine toiduga jäi õpilastel ebapiisavaks. Kõige vähem said õpilased normiga võrreldes C-vitamiini (45...58%), vähe ka B₁-, B₂- ja A-vitamiini. Profülaktiline vitaminiseerimine polüvitamiinipreparaadiga «Undevit» normaliseeris organismi keskmise varustatuse nimetatud vitamiinidega. Vitaminiseerimise tulemusena vähenesid õpilaste üldhaigestumus ja haigestumus ägedatesse respiratoorsetesse haigustesse ning see seostus mittespetsiifilise immunoloogilise reaktiivsuse paranemisega. Vitaminiseeritud õpilastel kiirenesid kasv, õlavarre ja õlavarrelihase übermõõdu suurenemine, vähenes nahavoldi paksus õlavarrel. Vitaminiseerimine avaldas antiaterogeenset mõju lipiidiainevahetusele.

KIRJANDUS: 1. *Friedrich, W.* Handbuch der Vitamine. München — Wien — Baltimore, 1987. — 2. *Gester, H.* Int. J. Vitamin Nutrit. Res., 1991, 61, 277—291. — 3. *Marks, J.* A guide to the Vitamins. Their role in health and disease. Lancaster, 1979. — 4. *Neri, B. P., Frings, C. S.* Clin. Chem., 1973, 10, 1201—1202. — 5. Recommended Dietary Allowances. 10th Edition. Washington, 1989. — 6. *Saava, M.* Nõukogude Kool, 1989, 5, 55—59. — 7. *Saava, M., Niit, M., Toomsalu, L., Tšaiko, L., Sink, R.* Rmt.: Toitumine ja tervis. Tallinn, 1991, 6—9. — 8. Swedish Nutrition Recommendations. Uppsala, 1981. — 9. *Trout, D. L.* Am. J. Clin. Nutr., 1991, 53, 322—325. — 10. *Vagane, E., Jegorov, H.* Vitamiinid (Vitamiinide probleeme Eesti NSV-s). Tallinn, 1977.

11. *Абрамова Е. И., Шумилова С. Л.* В сб.: Материалы научной конференции с международным участием. Питание. Здоровье и болезнь. 20—22 ноября 1990. М., 1990, 4. — 12. Биохимические методы исследования в клинике. М., 1969. — 13. *Бобко П. В., Конь И. Я.* В сб.: Клиническая витаминология. Тезисы всесоюзной конференции 18—20 июня 1991. М., 1991, 238—239. — 14. *Богданов Н. Г., Митин И. Е., Пятницкая И. Н. и др.* В сб.: Материалы всесоюзного совещания реализации научнотехнической программы «Витаминизация пищи» 5...7 июня 1990. Углич, 1990, 92—93. — 15. *Бондарев Г. И.* Вопр. пит., 1986, 4, 37—39. — 16. *Вазане Э. П.* Некоторые особенности питания и обмена веществ у населения Эстонской ССР. Таллинн, 1976. — 17. *Грант Х. Я., Яворковский Л. И., Блумберг И. А.* Лаб. дело, 1973, 5, 300—304. — 18. *Егоров Х. Р.-В.* Об обеспеченности некоторых групп населения Эстонской ССР витаминами В₁, В₂, В₆ и РР и о влияющих на нее факторах. Автореф. дисс. канд. биол. наук. Таллинн, 1973. — 19. *Керимова М. Г., Гаджиев Г. М., Алескерова И. Р.* В сб.: Материалы всесоюзного совещания Реализация научнотехнической программы «Витаминизация пищи» 5—7 июня 1990. Углич, 1990, 90—91. — 20. *Климов А. Н., Криворученко Н. В.* Кардиология, 1974, 12, 103—113. — 21. *Климов А. Н., Ловязина Т. Н., Баньковская Э. Б.* Лаб. дело, 1966, 5, 274—276. — 22. *Ладодо К. С., Спиричев В. Б.* Педиатрия, 1987, 3, 5—10. — 23. *Малюк Е. В., Кульчицкая В. П., Руденко А. К. и др.* В сб.: Материалы всесоюзного совещания Реализация научнотехнической программы «Витаминизация пищи» 5—7 июня 1990. Углич, 1990, 88—90. — 24. Метод двадцатичетырехчасового опроса при обследовании фактического питания населения. Методические рекомендации. Таллинн, 1989. — 25. Методы оценки и контроля витаминной обеспеченности населения. М., 1984. — 26. *Подорожный П. Г., Томашевский Я. И.* Клиническая витаминология. Киев, 1977. — 27. *Саава М. Э., Паутс В. М., Тоомсалу Л. А.* В сб.: Тезисы докладов 12-го съезда педиатров Эстонской ССР. Т. I. Таллинн, 1985, 58—59. — 28. *Смолян-*

ский Б. Л. Алиментарные заболевания (болезни недостаточного и избыточного питания). Л., 1979. — 29. Хмелевский Ю. В., Поберезкина Н. Б. Витамины и возраст человека. Киев, 1990, — 30. Яковлев Т. Н. Лечебно-профилактическая витаминология. Л., 1981.

Summary

Intake of vitamins for pupils and effect of preventive vitaminization on their health. The examination of the nutrition of the pupils in Tallinn demonstrated a dietary deficiency of vitamins C, B₁, B₂ and A. The preventive vitaminization of pupils at two secondary schools in two school years by the polyvitamin «Undevit» normalized the concentrations of vitamins C and A in blood serum and the excretions of vitamins B₁ and B₂ by urine. The overall morbidity rate and the incidence of acute respiratory tract illnesses of pupils during the period of vitaminization were at experimental schools significantly lower than these at control schools. As a result of the supplementary vitaminization, the height, circumference of brachium and muscle of brachium of pupils increased; the thickness of the skin-fold in brachium, the total cholesterol concentration in serum and the coefficient of atherogenicity decreased.

Резюме

Обеспеченность школьников витаминами и влияние профилактической витаминизации на их здоровье. Изучение питания школьников г. Таллинна свидетельствовало о недостаточном потреблении витаминов С, В₁, В₂ и А с пищей. В результате профилактической витаминизации в двух средних школах поливитаминным препаратом «Ундевит» нормализовалась обеспеченность организма учащихся названными витаминами. За период витаминизации уровень общей заболеваемости и количество случаев острых респираторных заболеваний были в экспериментальных школах достоверно ниже, чем в контрольных. За двухлетний период витаминизации у учащихся экспериментальных школ рост, окружность плеча и мышцы плеча увеличились, а толщина кожной складки на плече уменьшилась значительно больше, чем у учащихся контрольных школ. Витаминизация понизила содержание атерогенных липидов в крови.

Kardioloogia Instituut

UDK 615.838(474.2):616.002.77

Haapsalu meremuda veevaese massi terapeutiline toime reumatoidartriidi- ja deformeeriva osteoartroosi haigetesse

Robert Trink Liidia Veinpalu
Endel Veinpalu Heinu Pöder · Pärnu
Virve Sui · Tallinn

mudaravi, veevaene ravimudamass, reumatoidartriit, deformeeriv osteoartroos

Haapsalu ravimuda kasutatakse kolmes Eesti kuurordis (Haapsalus, Pärnus ja Narva-Jõesuus) ning mitme poliikliiniku, haigla ja profülaktooriumi mudaravikabinettides. Viimastes aga on naturaalse muda kasutamine tema suhteliselt suure veesisalduse tõttu tülikas. Seepärast töötati koos Tartu Ülikooli orgaanilise keemia kateedri teadlastega (T. Ilomets jt.) välja Haapsalu ravimudast veevaese mudamassi saamise tehnoloogia. Mudamassi veesisaldust vähendati piirini, mil muda kolloidstruktuur veel säilib.

Käesoleva töö eesmärgiks oli selle ravimudamassi terapeutilise toime uurimine reumatoidartriidi (RA) ja deformeeriva osteoartroosi (DOA) haigete taastusravis.

Uurimismaterjal ja -meetodika. Uuriti 404 reumatoidartriidihaiget vanuses 17..72 (keskmiselt 43,4) aastat ja 205 deformeeriva osteoartroosi haiget vanuses 33..75 (keskmiselt 56,1) aastat. Reumatoidartriidihaigete hulgas oli 102 meest (25,2%) ja 302 naist (74,8%). Deformeerivat osteoartroosi põdejaist oli mehi 54 (26,3%) ja naisi 151 (73,7%). 69 reumatoidartriidihaiigel (17,1%) oli haigusprotsess remisioonifaasis, 284-l (70,3%) esimeses ning 51-l (12,6%) teises aktiivsustmes. Liigeste funktsioon oli säilinud 269-l (66,6%), funktsionaalse puudulikkuse esimene või harva teine aste esines 135-l (33,4%). Deformeerivat osteoartroosi põdejatest 64-l (31,2%) avastati sekundaarse sünoviidi tunnuseid liigestes.

Veevaest mudamassi apliteeriti 94 ambulatoorsele (28 RA ja 66 DOA) haigele — I ravirühm.

Haapsalu natiivset meremuda manustati 144 (106 RA ja 38 DOA) haigele — II ravirühm ning Haapsalu meremuda vahelduvalt radooni-vannidega 371 (270 RA ja 101 DOA) haigele — III ravirühm, kes olid sanatoorsel ravil.

Mudaravi toimet hinnati kliiniliste sümptomide ja haigusprotsessi aktiivsuse, organismi immunoloogilise reaktiivsuse, sidekoe ainevahetuse, kardiovaskulaarsüsteemi ning füüsilise termoregulatsiooni funktsionaalsed seisundit iseloomustavate laboratoorsete ja instrumentaalsete uuringute tulemuste alusel (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8). Kliinilisel uurimisel jälgiti peamiselt valu-, liigese- ja põletikuindeksi, põletikuliste liigeste arvu ning hommikuse liigesekangestuse dünaamikat. Ravi efektiivsus määrati vastavate üldkasutatavate kuurortravi efektiivsuse hindamise kriteeriumide järgi (6), mida täiendati omapoolselt mõningate matemaatiliste meetoditega (9). Uurimistulemusi töödeldi matemaatilise statistilisel.

Uurimistulemused ja arutelu. Selgus, et mõlema vaadeldava haiguse korral esines kõikides ravirühmades statistiliselt tõepärane positiivne kliiniliste nähtude dünaamika. Muutuste amplituud ühe või teise näitaja osas sõltus mõnevõrra haigusest, rohkem aga kasutatud ravikompleksist. Nii leiti intensiivsem liigeste põletikunähtude ja hommikuse liigesekangestuse vähenemine reumatoidartriidihaigetel. Liigeste valu- ja põletikuindeks ning hommikune liigesekangestus vähenesid kõige rohkem nii reumatoidartriidi kui ka deformeeriva osteoartriooni korral II ravirühma haigetel. Need muutused olid väiksemad I ravirühmas. Enamiku näitajate osas oli ravikompleksist sõltuv erinevus ka statistiliselt tõepärane.

Liigeste kliinilise haigusseisundi (kõik indeksid koos võetuna) dünaamika pallides sõltuvalt ravist on toodud tabelis 1. Näeme, et analoogiliselt üksikute indeksite muutustega esinesid kõikide ravirühmade haigetel ka liigeste üldises kliinilises haigusseisundis statistiliselt tõepärased positiivsed nihked. Liigeste kliinilise seisundi muutuste suurus nii pallides kui ka protsentides algväärtuste suhtes olenevalt ravist on esitatud tabelis 2. Selgub, et kuigi kliinilise pildi dünaamika oli kõigis ravirühmades ravi lõpuks statistiliselt tõepärane ($P < 0,001$; vt. tabel 1), osutusid vastavad muutused

kõige tähelepanuväärsemaks II ravirühmas ja kõige tagasihoidlikumaks I ravirühmas (P väärtus I ja II ravirühma vahel oli reumatoidartriidi korral $< 0,001$, deformeeriva osteoartriooni korral $< 0,005$). Väärrib aga rõhutamist, et kuigi esimese rühma haigetel oli kliinilise pildi taandareng väiksem kui teistes ravirühmades, on see siiski küllalt märkimisväärne — 44,2%-l reumatoidartriidi- ja 45,3%-l deformeeriva osteoartriooni haigetest.

Laboratoorsetest näitajatest jälgiti dünaamiliselt vereseerumi koguvalgu-, albumiinide, alfa₂- ja gamma-globuliinide, IgG-, IgA-, IgM-i, immunkomplekside ja siaalhappeesisaldust ning C-reaktiivset valku ja punaliblede settimiskiirust. Leiti, et uuritud näitajate keskmised väärtused üheski ravirühmas ravi lõpuks oluliselt ei muutunud, küll aga langesid tõepäraselt ravielsed kõrgemad ja mõnevõrra tõusid madalamad väärtused. Seejuures enamiku laboratoorsete näitajate osas muutuste amplituudis olulisi erinevusi sõltuvalt ravist ei täheldatud.

Südame ja vereringesüsteemi funktsionaalse seisundi üle otsustati polükardiograafia ja tetrapolaarse korporaalse reograafia näitude alusel. Selgus, et vaatlusalustel esines südamelihase kontraktiilse funktsiooni nõrgenemine. Kasutatud mudaravi põhjustas soodsa iseloomuga kardiodünaamikat. Ulatuslikumad olid positiivsed muutused nendel haigetel, keda raviti Haapsalu meremuda veevaese massiga.

Haigete soojusregulatsiooniprotsesside iseloomustamiseks mõõdeti naha temperatuuri ja higieritust. Statistiliselt tõepäraseid muutusi täheldati ainult reumatoidartriidihaigetel III ravirühmas. Järelikult mõjutab radooni-vannidega kombineeritud mudaravi haigete soojusregulatsiooniprotsesse tugevamini kui ravi ainult veevaese mudamassi või natiivse meremudaga.

Aluseks võttes kliinilise pildi ja laboratoorsete näitude dünaamikat, iseloomustati ravi tulemusi meie poolt väljatöötatud metodika järgi (9).

Tabel 1. Liigeste kliinilise haigusseisundi dünaamika sõltuvalt ravist

Diagnoos	Ravirühm	Haigete arv	Haigusseisundi raskusaste pallides				P
			ravi algul		ravi lõpul		
			\bar{x}	$\pm m$	\bar{x}	$\pm m$	
RA	I	28	4,01	0,26	2,23	0,21	<0,001
	II	106	4,94	0,12	1,60	0,11	<0,001
	III	270	3,36	0,08	1,34	0,06	<0,001
DOA	I	66	3,00	0,22	1,64	0,17	<0,001
	II	38	2,71	0,17	0,62	0,11	<0,001
	III	101	2,30	0,11	0,75	0,06	<0,001

Tabel 2. Liigeste kliinilise haigusseisundi muutuste suurus olenevalt ravist

Dia- gnoos	Ravi- rühm	Haigete arv	Haigusseisundi muutuste suurus					
			pallides			protsentides algseisundi suhtes		
			\bar{x}	$\pm m$	P	\bar{x}	$\pm m$	P
RA	I	28	1,78	0,12	I—II<0,001	44,2	3,44	I—II<0,001
	II	106	3,34	0,08	I—III>0,050	71,3	2,40	I—III<0,005
	III	270	2,02	0,06	II—III<0,001	60,6	1,11	II—III<0,001
DOA	I	66	1,36	0,18	I—II<0,005	45,3	3,47	I—II<0,001
	II	38	2,09	0,15	I—III>0,200	77,6	3,85	I—III<0,001
	III	101	1,55	0,05	II—III<0,005	67,4	2,51	II—III<0,050

Tabel 3. Haigusprotsessi regressiooni ulatus (protsentides algseisundi suhtes) ja ravihinne (pallides) reumatoidartriidi ja deformeeriva osteoartroosi haigetel vastavalt ravile

Diagnoos	Ravirühm	Haigete arv	Haigusprotsessi taandarengu ulatus (%)	Ravihinne pallides		
				\bar{x}	$\pm m$	P
RA	I	28	46,1	1,38	0,15	I—II <0,050
	II	106	57,9	1,74	0,10	I—III >0,500
	III	270	47,3	1,42	0,05	II—III <0,005
DOA	I	66	49,0	1,49	0,09	I—II <0,050
	II	38	62,2	1,86	0,11	I—III <0,025
	III	101	58,9	1,77	0,08	II—III >0,500

Leiti, et need olid head kõikides ravirühmades, kusjuures kõige paremad olid ravi tulemused teises ja mõnevõrra tagasihoidlikumad esimeses ravirühmas (veevaese mudamassiga ravituil) (vt. tabel 3).

Kokku võttes võime öelda, et Haapsalu meremuda veevaese massi kasutamine reumatoidartriidi ja deformeeriva osteoartroosi haigete taastusravis on

tulemuslik. Selle toimel taandarenevad tõepäraselt haiguse kliinilised nähud ja langeb patoloogilise protsessi aktiivsus. Organismi reaktiivsuse ja sidekoe ainevahetuse näitajad ning südame ja vereeringe funktsionaalne seisund muutuvad normaliseerumise suunas. Veevaese mudamassiga ravimisel täheldatud kliiniliste liigesenähtude mõnevõrra väiksemat dünaamikat võrreldes teiste ravi-

rühmadega võib seletada selle ravi ambulatoorse kasutamisega. Südame ja vereringe osas ilmnunud suuremate positiivsete muutuste põhjuseks on arvatavasti veevaese mudamassi väiksem koormus organismile võrreldes muude kasutatud ravikompleksidega. Järelikult Haapsalu meremuda veesisalduse vähendamine piirini, mil muda kolloidstruktuur veel säilib, ei mõjuta oluliselt selle terapeutilist toimet reumatoidartriidi- ja deformeeriva osteoartrroosi haigetesse, küll aga hõlbustab märgatavalt muda kasutamist väljaspool mudaravilaid nende haigete taastusraviks.

KIRJANDUS: 1. Dixon, J. S. *Seminars Arthr. Rheum.*, 1982, 12, 2, 191—207. — 2. Horwitz, C. A. *Postgrad. Med.*, 1980, 67, 5, 193—203. — 3. Otto, W., Astapenko, M. G., Fischer, H. a.o. *Z. ges. inn. Med.*, 1974, 29, 4, 21—24. — 4. Paget, S. A., Gibofsky, A. *Am. J. Med.*, 1979, 67, 961—970. — 5. Wessel, G. *Z. ges. inn. Med.*, 1977, 32, 3, 35—39.

6. Данилов Ю. Е. В кн.: Принципы определения критериев эффективности курортного лечения. Справочник по курортологии и курортотерапии. М., 1973, 512—542. — 7. Насонова В. А., Лайне В. Ревматоидный артрит. 1985. — 8. Сперанский А. И., Рязанцева Т. А., Трофимова Т. М. *Вопр. ревматол.*, 1981, 2, 36—38. — 9. Тринк Р. Ф. *Вопр. курортол.*, 1984, 1, 40—42.

Summary

The curative effect of low water mud mass from sea mud of Haapsalu in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis deformans. The curative effect of low water mud mass separated from sea mud of Haapsalu in comparison with native mud of Haapsalu was investigated in 404 patients with rheumatoid arthritis (RA) and 205 with osteoarthritis deformans (OD). At the beginning and at the end of curative course different clinical, biochemical and immunological laboratory investigations were carried out. It was established that the low water mud mass applications have a sufficient therapeutic effect which became evident in normalisation of pathological clinical symptoms, decline of activity of the process, positive changes in immunological reactivity, connective tissue metabolism and cardiovascular system state. The therapeutic action of low water mud mass is similar to the action of native sea mud what successfully allows to use this mud mass in the rehabilitation of patients with RA and OD.

Резюме

Терапевтическое действие маловодной массы хаапсалуской морской грязи на больных ревматоидным артритом и деформирующим остеоартрозом. С применением клинических, биохимических, иммунологических и инструментальных методов было сопоставлено терапевтическое действие маловодной массы и нативной хаапсалуской морской грязи. Исследовали 404 больных ревматоидным артритом (РА) и 205 — деформирующим остеоартрозом (ДОА). Установлено, что лечебное действие маловодной массы хаапсалуской морской грязи является близким действию данной нативной грязи, которое отражается в существенной регрессии ряда основных клинических проявлений болезни и активности патологического процесса, в изменениях в сторону нормализации показателей иммунологической реактивности организма, метаболизма соединительной ткани и состояния сердечно-сосудистой системы. Показано, что данную маловодную грязевую массу можно с успехом использовать в лечении и реабилитации больных РА и ДОА.

*Ekspimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK 614.2-252.2(474.2)

Keelesituatsioonist Eesti meditsiinasutustes. II.

PROBLEEMI VÕIMALIKKE LAHENDUSI

Triin Vihalemm · Tartu

keelesituatsioon, tervishoiuasutus, Eesti

Elmises numbris andsime Eesti Tervishoiu Arenduskeskuse poolt firmalt «EMOR» tellitud sotsioloogilise uurimuse põhjal ülevaate selle kohta, kui sagedasti võib patsient praegu jääda keeleliselt õigusetusse olukorda.

Uurimusest selgus, et mitte-eestlasest arst suhtleb eestlasest patsiendiga vene keeles tõenäoliselt igal kolmandal juhul, Tallinnas ja Kirde-Eesti tööstuslinnades ja osas Põhja-Eesti linnades aga igal teisel juhul. Eestlasest arst suhtleb oma teisest rahvusest patsiendiga eesti keeles tõenäoliselt igal seitsmendal juhul, ja seda sagedamini Kesk- ja Lõuna-Eestis.

Kui eestlastest arstide enamik (84%) oskab tõenäoliselt ametialaselt vajaliku vene keelt, siis mitte-eestlastest arstidest oskab ametialaselt vajaliku eesti keelt tõenäoliselt alla poole (43%). Järgnevalt pöörame põhitähelepanu keeleprobleemi võimalikele lahendus-tele eestlasest patsiendi jaoks, kuivõrd mitte-eestlastest patsientide puhul ei tekkinud märgatavat seost arsti keele- oskuse ning patsiendi kogetud keeleliste raskuste vahel, küll aga ilmnes see eestlastest patsientide puhul.

Suhtlemine eestlasest patsiendi ja mitte-eestlasest arsti vahel. Tundsime huvi eestlastest patsientide endi hoiakute vastu. Küsisime inimestelt, mida nad tavaliselt (kõige tõenäolisemalt) teevad, kui arst räägib nendega vene keeles. Selgus, et: 56% läheks samuti üle vene keelele; 24% püüaks arsti jutust aru saada, ise räägiks eesti keeles; 13% paluks arstil eesti keeles rääkida või kedagi tõlkima kutsuda; 4% läheks mõne teise arsti juurde.

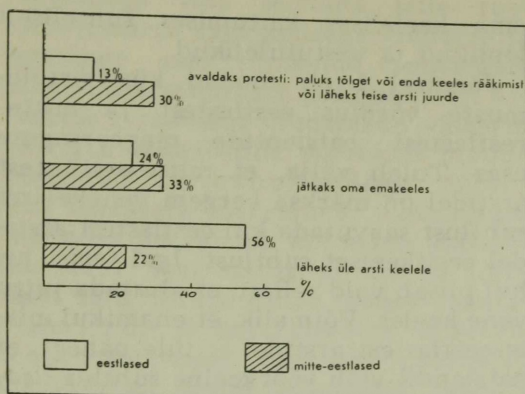
Nagu näeme, on eestlastest patsiendid

oma keelelises käitumises suhteliselt leplikud ja vastutulelikud.

Joonisel 1 on toodud küsitlustulemuste võrdlus eestlastest ja mitte-eestlastest patsientide reageeringute osas. Tuleb välja, et mitte-eestlastest arstidel on märksa kergem venekeelset suhtlust saavutada kui eestlastest arstidel eestikeelset suhtlust. Igal teisel juhul piisab vaid sellest, et alustada juttu vene keeles. Võimalik, et enamikul mitte-eestlastest arstidel ei tule pähegi, et patsiendil võib võõrkeelne suhtlus lisa- pinget tekitada. Nimelt küsisime arstidelt, kas neil on tekkinud ebameeldi- vusi, kui nad oma eestlastest patsienti- dega vene keeles räägivad. Selgus, et vaid 13% neist on harva mingeid eba- meeldivusi kogunud. Kui võrrelda seda tulemust eestlaste vastustega nende ku- juteldavate reaktsioonide kohta, selgub, et sama suur hulk patsiente olekski valmis otseselt protestima.

Kuivõrd keeleülesannete lahendamine (vt. «Eesti Arst», 1992, 5, 343—348) näitas, et patsiendi eestikeelsest jutust saadakse tõenäoliselt sagedamini aru, kui ise rääkida osatakse, ei pruugi pati- siendi eesti keeles jätkamine arstile kui- dagi häirivalt mõjuda ega olla märguan- deks, et midagi tema enda käitumises on valesti. Samas oleks aga just patsiendi- poolne surve eesti keele äraõppimiseks ilmselt kõige loomulikum ja mõjusam. Praegu on kujunenud olukord, kus eest- lased küll soovivad keeleseaduse toimi- ma hakkamist, kuid oma igapäevase käi- tumisega loovad mitte-eestlastes sageli vastupidise mulje. Seda tõendasid ka meie intervjuud (vt. «Eesti Arst», 1992, 5, 343—348) mitte-eestlastest arstidega. Vaid 1/3 küsitletuist oli keeleprobleemi tunnetanud n.-ö. loomulikul teel: töö- kaaslaste või patsientidega suheldes. Ja suhtumine eesti keele õppimisse/oska- misse oli alati mõistev.

Näiteks: «Kui ma Eestisse tuln, mõistsin, et ilma keeleta pole siin midagi teha. Alustasin töö juures, üksikute lausetega. Arvan, et nii tulebki õppida». «Muidugi teeb mulle muret, et ma keelt ei oska, sest laps suhtub sinusse hoopis teisiti, kui räägid temaga ema-



Joonis 1. Eestlastest ja mitte-eestlastest patsientide reaktsioonid teisekeelse arstiga suhtlemisel.

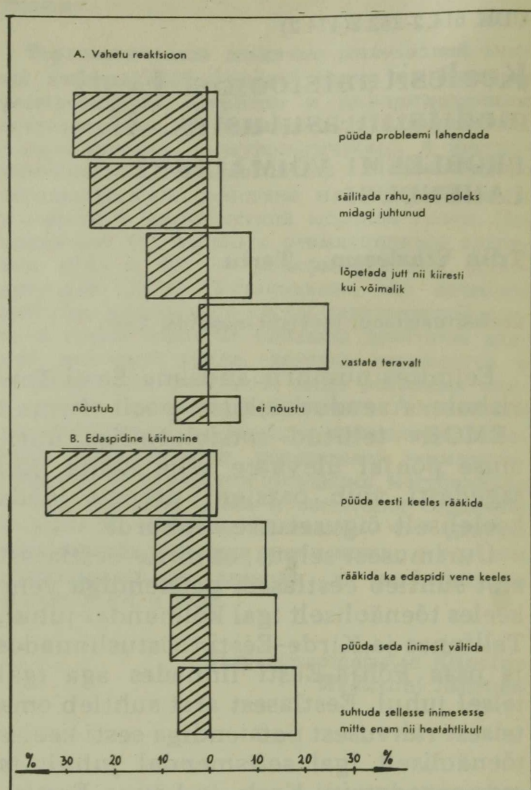
keeles... jah, ma näen, et on vaja keelt osata...». «Jaoskonnas on mul 20... 25% eestlasi. Konflikte pole, aga ma tunnen end viimasel ajal ebamugavalt (---), varem oli kuidagi teisiti».

2/3 arstidest aga, kes keeleprobleeme meiega vesteldes mainisid, on seda tunnetanud üksnes administratiivse surve kaudu (keeleseadus, kohustus teha 1993. aasta jaanuariks E-kategooria keeleksam). Nende reaktsioon sellele on reeglina negatiivne, sest seda ei toeta nende varasem kogemus.

Näiteks: «Probleeme keelega seni pole olnud, enamik minu jaoskonnas on venelased, aga eestlased, kes siin elavad, töötavad vene asutustes ja räägivad vene keelt». «Patsiendid tulevad ja alustavad eesti keeles, mina vastan vene keeles ja nad lähevad kohe üle vene keelele. Ka vanad inimesed. Ainult üks patsient on mul olnud, kes ütles, et omal maal räägib ta omas keeles».

Ka takistab eestlaste liigne keeleline vastutulelikkus eesti keelt edasi õppimast või rääkima hakkamast. On ju mugavam rääkida omas keeles, kui pole tungivat vajadust patsiendi keelt kasutada.

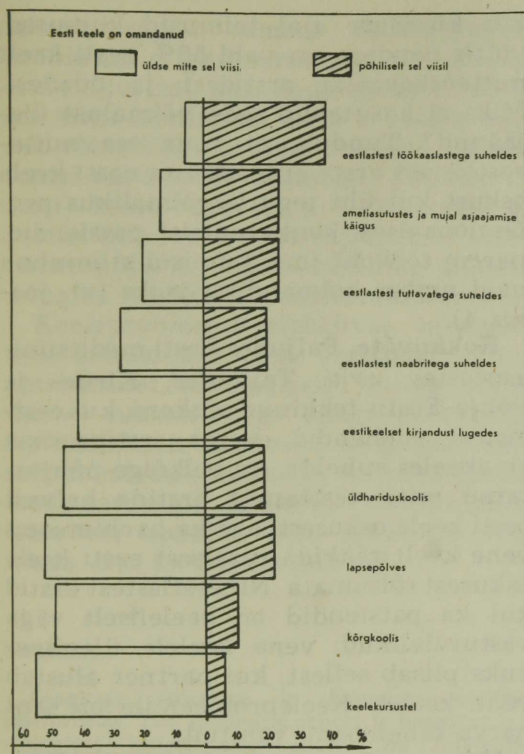
Näiteks: «Põhimõtteliselt saan ma aru, et on vaja keelt osata, aga raske on võtta aega (---). Keele pärast konflikte pole, on ainult väikesed eba-



Joonis 2. Mitte-eestlastest arstide vastused küsimusele, mida tuleks teha patsientidega suhtlemisel tekkivate keeleliste ebameeldivuste korral.

meeldivused. Mul on rajoonis 50% eestlasi, 50% venelasi. Võib-olla on nad minuga harjunud. Eestlastega vestlen ma vene keeles. Ütlen neile: võite minuga eesti keeles rääkida, aga mina, vabandage, vastan teile vene keeles. Noh, aga siiani on meil olnud üks keel».

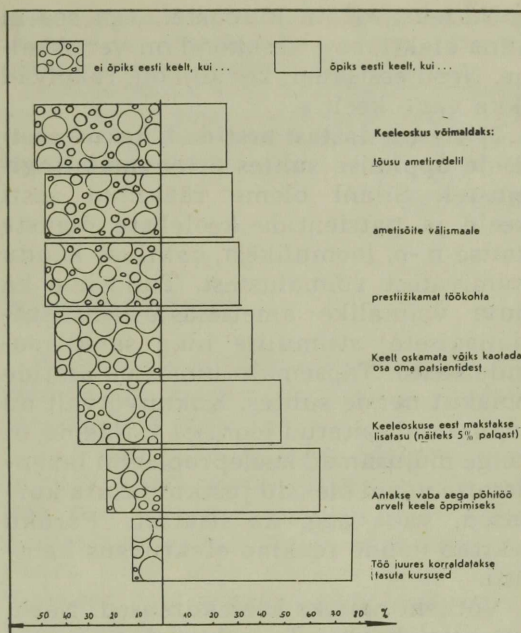
Eelöelduga ei taha ma väita, et eestlased peaksid mitte-eestlastega konfliktit minema. Viisakas vormis tähelepanu juhtimine peaks olema kõigile asjaosalistele vastuvõetav. Seda kinnitasid ka nende mitte-eestlastest arstide vastused, kes väitsid end olevat kogenud keelelisi ebameeldivusi eestlastest patsientidega. Nimelt esitasime neile küsimuse, kuidas oleks nende arvates sellistes ebameeldivates olukordades kõige õigem toimida. Joonis 2 võtab need tulemused kokku.



Joonis 3. Eesti keele omandamise põhilised viisid patsiendiga suhtlemiseks piisavalt eesti keelt oskavate mitte-eestlastest arstide puhul.

Näeme, et enamik vastanuid eelistab probleemi lahendada või sellesse vähemalt rahulikult suhtuda, konflikteid reageeringuid on vähe. Edaspidi hakatakse asjaosaliste vahel eesti keeles suhtlema tõenäoliselt igal teisel juhul (pooled vastanuist ei pea õigeks pärast keelise ebameeldivusi edaspidi vene keeles rääkida). Arsti—patsiendi suhete halvenemine on tõenäoline igal kolmandal juhul. Siinkohal oleks ilmselt vaja rõhutada, et tegemist on siiski inimeste kujuteldavate reaktsioonidega kujuteldavas olukorras ja reaalne käitumine võib sellest erineda.

Eestlastest arstide keeleline käitumine ja selle võimalik mõju. Suur osa on keeleprobleemi puhul ka eestlastest arstidel. Küsisime, mis keeles suheldakse oma teiskeelsete kolleegidega. Tulemused on kokkuvõetult esitatud tabelis. Näeme, et eestlastest arstid pole



Joonis 4. Mitte-eestlastest arstide huvi eesti keele õppimise vastu erinevatel tingimustel.

eriti altid oma teiskeelsete kolleegidega eesti keeles rääkima.

Samas aga selgus, et just töökaaslased on eesti keele äraõppimisel väga tähtsad. Nimelt küsisime neilt, kes (erialiselt vajalikku) eesti keelt oskavad (nii enesehinnangu kui ka keeletesti tulemuste põhjal), kus ja mil viisil on nad seda omandanud. Tulemused esitab kokkuvõtlikult joonis 3. Näeme, et suhtlemine töökaaslastega on keeleoskuse omandamisel suhteliselt oluline. Seda kinnitavad ka intervjuud, kus paljud arstid viitasid eesti keele õppimisest rääkides just töökaaslastele.

Näiteks: «Ma arvan, et ei oska eesti keelt eriti hästi, aga ikkagi... õppisin koolis ja TRÜ-s, rääkima hakkasin töö juures». «Tööle tulles ütlesin, et ma ei saa eesti keelest aru, aga mulle vastati, et teisiti nemad ei räägi. Nii ma pean nendega eesti keeles rääkima. Põhiliselt õpin ise, need kursused on nii...».

Ka vastupidi, töökaaslaste liigne keeleline vastutulelikkus on raskendanud eesti keeles rääkima hakkamist.

Näiteks: «Käin kursustel, aga see ei anna efekti, sest keskkond on venekeelne. Need eestlased, kes siin on, räägivad ikka vene keelt.»

Mitte-eestlastest arstide hoiakud eesti keele õppimise suhtes erinevatel tingimustel. Siiani oleme rääkinud eesti keele ja patsientide keeleliste õiguste kaitse n.-õ. loomulikest, suhtluse kaudu toimivatest võimalustest. Tundsiime ka huvi võimalike ametialaste (institutionaalsete) stiimulite ning sanktsioonide vastu. Täpsemalt, uurisime arstide hoiakut nende suhtes. Kokkuvõtvalt on tulemused esitatud joonisel 4. Näeme, et kõige mõjusamad keeleprobleemi lahendamise viisid oleksid justkui tasuta kursused, vaba aeg, ka lisatasu. Paraku tekitab nende reaalne efektiivsus kahtlusi.

Võtkem näiteks keelekursused. Neist, kes eesti keelt juba oskavad, väidavad väga vähesed, et on oma keeleoskuse seal omandanud (vt. joonis 3). Samuti kuulsime intervjuudes pidevalt kommentaare kursuste vähese efektiivsuse kohta (vt. näiteks kommentaari eespool). Loomulikult tuleb siin arvestada seda, et inimesed sageli ei tunneta ega suuda hiljem hinnata kursuste osa baas-teadmiste andjana, ka püüdu ennast ja oma vähest keeluskust õigustada. Seega ei saa keelekursusi kui probleemi üht põhilist reaalselt rakendatavat lahendust alahinnata. Kuid samas ei saa neile ka liigseid lootusi panna. Näiteks neist, kes keeletesti ja ka enesehinnangu põhjal ametialaselt vajalikku eesti keelt ei oska, vastas 79%, et nad õpiksid seda, kui töö juures korraldaks kursused. Tegelikult selgus küsitlusest, et neis haiglates ja polikliinikutes,

kus küsitluse ajal toimusid kursused, võttis nendest osa vaid 56% eesti keelt mitteoskavatest arstidest ja õdedest. Miks ei kasutanud seda võimalust ülejäänud? Tundub, et suur osa mitte-eestlastest arste ei teadvusta eesti keele oskust kui üht tegurit võimalikus professionaalses konkurentsis: patsiendid, parem töökoht jms. toimisid stiimulina vaid umbes kolmandiku jaoks (vt. joonis 4).

Kokkuvõte. Paljudes Eesti meditsiini-asutustes, eriti Tallinnas, Kirde- ja Põhja-Eestis tekkinud olukord, kus eestlastest patsiendid ei saa arstiga oma emakeeles suhelda, on eelkõige põhjustatud mitte-eestlastest arstide halvast eesti keele oskusest, aga ka harjumusest vene keelt rääkida realsest eesti keele oskusest sõltumata. Nii eestlastest arstid kui ka patsiendid on keeleliselt väga vastutulelikud: vene keelele üleminekuks piisab sellest, kui partner alustab vene keeles. Keeleprobleemile on seni harva tähelepanu juhitud.

Mitte-eestlastest arstidele praegu esitatav nõue E-kategooria keeleeksami sooritamise kohta ripub seega õhus — seda ei toeta arstide varasem kogemus. Probleemi lahendamine üksnes institutsionaalsel tasandil, näiteks kursuste korraldamine, jääb seetõttu poolikuks (kuigi seda on ka vaja). Suur osa oleks praegu täita mitte-eestlastest arstide patsientidel ja töökaaslastel: esiteks, probleemi olemasolu ja olulisuse teadvustamisel; teiseks, aktiivse eesti keele oskuse saavutamisel (mõjutades eesti keelt teatud määral juba oskavaid inimesi seda ka rääkima).

On tõenäoline, et katsed praegust keelelist olukorda parandada tekitavad suh-

Tabel. Eestlastest ja mitte-eestlastest arstide omavaheline suhtluskeel

Suhtleb teiskeelse kolleegiga	Oma keeles		Kolleegi keeles	
	sageli või peaaegu alati	harva või üldse mitte	sageli või peaaegu alati	harva või üldse mitte
Eestlastest arstid	26%	16%	71%	4%
Mitte-eestlastest arstid	66%	10%	31%	31%

teliselt sageli esmase reaktsioonina probleemi ignoreerimist, solvumist, eneseõigustust jms. Seda enam, et suur osa mitte-eestlastest arste ei seosta ilmselt võimalikku professionaalset konkurentsi eesti keele oskusega. Täpsemalt, eesti keele oskust kui loomulikku, patsientide reaalsest vajadusest tulevat mõjurit. Seda kaldutakse pidama mingiks riiklikuks diskrimineerimiseks.

Keeleprobleemi efektiivse lahendamise seisukohast oleks eestlastel — nii patsientidel, töökaaslastel kui ka juhtidel — ilmselt kõige otstarbekam olla ise keeleliselt aktiivsed ning suhtumisel mõistvad (viisakad), kuivõrd oleme oma varasema keelelise vastutulelikkuse või apaatia tõttu tekkinud olukorra eest ka ise vastutavad.

Summary

Language situation in Estonian medical institutions. The following report is based on sociological investigation about the linguistic situation in the Estonian medical care system. The results show that approximately 1/3 of Estonian patients cannot speak Estonian with their physicians, because the non-Estonian physicians do not know enough Estonian or just prefer speak Russian. This situation is created partly by historico-political reasons (the Russian was official language and there were no institutional possibilities to protect Estonian), but also ethno-psychological reasons (the Estonian patients and physicians remained linguistically passive communicating with Russianspeaking physicians). Now there are some attempts to improve this situation institutionally (the language courses, etc.), but it would be more effective if the Estonians became linguistically more active (but polite) also at the everyday-level.

Резюме

О языковой ситуации в медицинских учреждениях Эстонии. Статья опирается на социологическое исследование и содержит сведения о возможности получить в медицинских учреждениях Эстонии врачебную помощь на родном языке. Оказалось, что с языковыми трудностями на приеме у врача столкнулась примерно треть как эстонцев, так и неэстонцев. Врачи-эстонцы общаются со своими пациентами другой национальности на эстонском языке, по всей вероятности, в каждом 7-м случае. Врачи-неэстонцы говорят со своими пациентами-эстонцами на русском языке в каждом втором или третьем случае. Основной проблемой является недостаточное знание эстонского

языка врачами-неэстонцами: в объеме, необходимом для общения с пациентами, эстонским языком владеет примерно 43% из них.

Возникновению такого положения способствовали также сами, пациенты-эстонцы, легко переходя на русский язык, если врач был иной национальности.

Tartu Ülikool

Kommentaar

Arstiabi kvaliteedi parandamise üks eeldusi on vahetu arusaadav kontakt patsiendi ja arsti vahel.

T. Vihalemma artikkel «Keelesituatsioonist Eesti meditsiiniuasutustes» annab hea ülevaate eesti ja vene keele kasutamise kohta meie tervishoiuasutustes ning toob ühtlasi välja need raskused, mis esinevad keeleseaduse rakendamisel.

Ühelt poolt on see teave vajalik, et paremini kavandada keeleküsimuse lahendamise alast tegevust. Teiselt poolt annab artikkel mõtteainet tervishoiuorganisaatoreile, kuidas korraldada tööd selles situatsioonis.

Vello Ilmoja

ÜLEVAATED

UDK 615.065:616-053.9(047)

Kemoterapeutikumide kõrvaltoime varajases ja hilises elueas

Margareete Otter · Tartu

chemoterapeutikumid, kõrvaltoime, ravimite kasutamine raseduse ajal, kemoterapeutikumide kasutamine laktatsiooniperioodil, kõrvaltoime geriaatrilistel patsientidel

Kemoterapeutikumid on ravimid, mida kasutatakse nakkus- ja parasitaarhaiguste ning pahaloomuliste kasvaja raviks. Nende toime seisneb tavaliselt elusate haigusetkitajate kasvu ja arengu pidurdamises. Kemoterapeutikumide toime on valikuline. Ravimipreparaadi valik sõltub haigusetkitaja tundlikkusest ja kemoterapeutikumi toimespektrist. Annus peab olema patsiendile sobiv (13). Kemoterapeutikumide efektiivsuse muutusi ja toksilisust võib kirjeldada põhiliselt neljast aspektist (1, 4, 6, 7): ilmneb toksiline kõrvaltoime; kemoterapeutikumid sensibiliseerivad organismi; muutub organismi normaalne mikrofloora, võivad tekkida superinfektsioonid; selekteeruvad kemoterapeutikumide suhtes resistentsed mutandid.

Need ei ole põhjustatud kemoterapia puudustest, vaid ebaotstarbekast ravist. Toksiline toime võib avalduda neuro-, nefro-, hepato-, seede- ja veresüsteemi toksilisusena. Omaette peatüki moodustab kemoterapeutikumide embrüotoksiline ja teratogeenne toime (9, 12, 13). Kemoterapeutikumide nagu kõikide muude mürkide toime efektiivsuse ja toksilisuse määravad

organismi omadused, sealhulgas vanus mürgi manustamise ajal. Organismi areng ja vanus algavad munaraku viljastumisest, jätkuvad pikas eluprotsessis ja lõpevad surmaga. Inimese arengutee võib jaotada prenataal- ja postnataalperioodiks. Üsasisene periood hõlmab embrüonaal- ja fetaalperioodi. Postnataalperiood on palju pikem. Ühe eluaastani on tegemist imikueaga, 1...6. eluaastani on mudilasiga, 6...19. eluaastani kooliiga, 24. eluaastani noorusiga. Seni kehtiva farmakopöa järgi peetakse inimest täisealiseks 24...60. eluaastani. 60...75 aasta vanused on elatanud inimesed, 75...89 aasta vanused vanurid, 90-aastased ja vanemad on pikaajalised (9). Viimastel aastakümnetel on keskealiste farmakoloogia kõrvalrohkesti tähelepanu pööratud ka pediatrilisele ja geriaatrilisele farmakoloogiale (11, 13, 14, 15, 16). On selgunud nii laste, keskealiste kui ka vanemaaliste erinev reaktsioon ravimitele, mis on tingitud muutustest ravimite farmakokineetikas ning organismi vastuse ealisest varieeruvusest. Farmakoterapia printsiibid on eri vanuserühmadel erisugused. Väikelaste ja eakate farmakoloogilised parameetrid on teatud piires sarnased, sest nende füsioloogias on sarnasust (3, 4, 7). Alustagem inimese sünnieelsest arengust. Embrüonaalperiood kestab esimesed 8 rasedusnädalat, siis algab fetaalperiood. Raseduse esimese trimestri lõpuks kujuneb platsenta, mis küll ainult mõnel määral takistab ravimite tungimist lootesse.

Kemoterapeutikumide kasutamine raseduse ajal ei ole soovitatav, kuid mõned ema tervisehäired nõuavad ravi ka sel ajal. Siiski võib kasutada ainult üksikuid kemoterapeutikume minimaalsetes toimivates annustes, vältides süstimist (15).

Sünnitusjärgsel perioodil tuleb kemoterapeutikumide manustamisega olla ettevaatlik, sest neid võib imiku organismi sattuda rinnapiimaga. Neid võiks kasutada ainult siis, kui on vaja toimet rinnanäärmesse või imiku organismisse. Tavaliselt on ravimite eritumine ohtlik

ja sunnib igale ordineerimisjuhule lähenema individuaalselt. Rinnapiima pH on ema vereplasma omast madalam ja aluseliste kemoterapeutikumide sisaldus rinnapiimas võib olla isegi suurem kui vereplasmas. Samuti kumuleeruvad rinnapiimas rasvlahustuvad ühendid. Rasvasisaldus on suurem järelpiimas ja hommikuti, seetõttu tuleb püüda ravimite kasutamise ajal järelpiima andmist vältida. Ka ravimite metaboliidid on tihti füsioloogiliselt aktiivsed ja neid võib samuti sattuda

Tabel 1. Kemoterapeutikumide kasutamine raseduse ja imetamise ajal (2, 3, 8, 10, 12)

Kemoterapeutikum	$t_{1/2}$	C_{1p}/C_{ep}	Embrüonaalperiood	Looteperiood	Sünnitusabis	Imetamise ajal
Tsütostaatikumid						
<i>Chlorbutinum</i>	1,5—2,4		—	—	—	—
<i>Sarcolysinum</i>	1—9		—	—	—	—
<i>Cyclophosphanum</i>	3—11		—	—	—	—
<i>Myelosanum</i>	24—120		—	—	—	—
<i>Cisplatin</i>	32—73		—	—	—	—
<i>Methotrexatum</i>	9—69		—	—	—	—
<i>Phthorapurum</i>	9—16		—	—	—	—
<i>Cytarabinum</i>	1—2		—	—	—	—
<i>Dactinomycinum</i>	36		—	—	—	—
<i>Rosevinum</i>	3		—	—	—	—
<i>Colchaminum</i>			—	—	—	(+)
Sulfaniilamiidid ja nitrofuraani derivaadid						
<i>Sulfadimethoxinum</i>	20—70		—	+	(+)	(+)
<i>Bactrim</i>	10—11		—	—	—	—
<i>Salazosulfa-pyridinum</i>	6—10	0,5	—	(+)	(+)	(+)
<i>Sulfalenum</i>	29—120		—	—	—	—
<i>Trimethoprimum</i>	5—14	0,7—0,8	—	—	(+)	(+)
<i>Furadoninum</i>	0,3	0,7—1	—	—	—	(+)
Antibiootikumid						
<i>Benzylpenicillinum-natrium</i>	0,5—1	0,1—0,8	+	+	+	+
<i>Bicillinum-1</i>			+	+	+	+
<i>Bicillinum-3</i>			+	+	+	+
<i>Bicillinum-5</i>			+	+	+	+
<i>Phonoxymethylpenicillinum</i>	0,6	0,1—0,7	+	+	+	+
<i>Methicillinum-natrium</i>	0,5—1	0,8—1,4	+	+	+	+
<i>Oxacillinum-natrium</i>	0,4—0,7	0,1—0,5	+	+	+	+
<i>Dicloxacillinum-natrium</i>	0,8	0,1—1	—	+	+	(+)

<i>Ampicillinum</i>	1	0,4—1,3	+	+	+	+
<i>Carbencillinum-dinatricum</i>	1	0,5—1	+	+	+	+
<i>Cephaloridinum</i>	1		—	+	+	(+)
<i>Cephalexinum</i>	1	0,2—1,0	—	+	+	(+)
<i>Cephazolinum</i>	1—2	0,2—0,4	—	—	—	(+)
<i>Erythromycinum</i>	2—6	0,1—0,5	(+)	(+)	(+)	(+)
<i>Oleandomycini phosphas</i>				+	+	+
<i>Lincomycini hydrochloridum</i>	2			+	+	+
	4—6	0,2—0,8	—	—	—	(+)
<i>Clindamycinum</i>	2—3	0,4—0,5	—	+	+	+
<i>Ristomycini sulfas</i>	2—3		—	(+)	(+)	(+)
<i>Fusidinum natrium</i>	2—8	0,36	—	(+)	(+)	(+)
<i>Rifampicini sulfas</i>	2—5	0,3	—	(+)	+	—
<i>Polymyxini M sulfas</i>	2—4			(+)	(+)	(+)
<i>Polymyxini B sulfas</i>	2			—	—	—
<i>Streptomycini sulfas</i>	2—3	0,02—1	—	—	—	—
<i>Monomycinum</i>	0,6		—	—	—	(—)
<i>Gentamycini sulfas</i>	2—4	0,2—0,3	—	—	—	—
<i>Laevomycesinum</i>	2—5	0,2—0,8	—	—	—	—
<i>Tetracyclinum</i>	6—12	0,1—0,8	—	—	—	—
<i>Morphocyclinum</i>	6—8		—	—	—	—
<i>Methacyclinum hydrochloridum</i>	8—14		—	—	—	—
Mükobakteritest põhjustatud nakkuste vastased ained						
<i>Cycloserinum</i>	8—25	0,3—1	—	(+)	+	—
<i>Florimycini sulfas</i>	34		—	—	—	—
<i>Kanamycini sulfas</i>	2—4	0,2—0,5	—	—	—	—
<i>Rifampicinum</i>	2—5	0,3	—	(+)	+	—
<i>Ethionamidum</i>	2—4		(+)	(+)	(+)	(+)
<i>Prothionomidum</i>			—	—	—	—
<i>Pyrazinamidum</i>	9		—	—	—	—
<i>Ethambutolum</i>	4—6	0,3	—	(+)	(+)	(+)
<i>Diaphenylsulfonum</i>	17—27		(+)	(+)	(+)	(+)
<i>Natrii para-aminosalicylas</i>	0,5—1		(—)	(+)	(+)	(—)
<i>Isoniazidum</i>	0,5—6	0,6—0,9	(+)	(+)	(+)	(—)
Algloomadest põhjustatud nakkuste vastased ained						
<i>Chininum</i>	9—13		—	—	—	—
<i>Chloridinum</i>	92		—	—	—	—
<i>Metronidazolom</i>	6—14	0,9—3	—	—	—	—
<i>Tinidazolom</i>	10		—	—	—	—
Seennakkustevastased ained						
<i>Amphotericinum B süstituna veeni</i>	18		—	—	—	—
<i>Amphotericinum B sissevõetuna</i>	24	23—1	+	+	+	+
<i>Griseofulvinum</i>	9—22	0,5—1	—	—	—	—
<i>Clotrimazolom</i>	3—4		(+)	(+)	(+)	(+)

$t_{1/2}$ — poolväärtusaeg terve täiskasvanu vereplasmas tundides

+ — kasutamine on tavaliselt ohutu

(+) — ordineerida ainult väga konkreetsetel näidustustel

— — kasutamine vastunäidustatud või keelatud

C_{1p}/C_{ep} — loote vereplasmas oleva kemoterapeutikumi kontsentratsiooni suhe kontsentratsioonisse ema vereplasmas

imiku organismi. Ravimite kumuleerumine on kiire ema ning imiku või mõlema neeru- ja maksapuudulikkuse korral.

Vastsündinu ja väikelapse organismi farmakodünaamiline vastus ravimite toimele erineb märgatavalt täiskasvanu omast. Erinevusi põhjustavad: väike kehakaal, suur membraanide läbitavus, väike vereplasma valgusisaldus, retseptorite tundlikkuse erinevus, mikrosomaalsete ensüümide vähene aktiivsus, puudulikud immuunmehhanismid. Järelikult tuleb paljude kemoterapeutikumide kasutamisest loobuda, vajalikul määral annuseid vähendada. Süstimine kui traumeeriv manustamisviis ei ole tavalises pediaatripraktikas kohane, see sobib ainult esmaabiks. Sagedamini võiks kasutada rektaalseid ravimivorme. Kahjuks toodab meie farmaatsiatööstus väga vähe spetsiaalseid lasteravimeid.

Kemoterapeutikumide kasutamise

Tabel 2. Teratogeensete kemoterapeutikumide põhjustatud arenguhäired (9, 12, 15)

Kemoterapeutikum	Arenguhäired
Tetratsükliinid	Suurte annuste korral loote kasvu pidurdus; alumise kehapoole hüpoplaasia, jäsemete lühenemine (Ca^{++} fooni sidumise tõttu), liitsõrmlus. Lastel esineb tihti hambakaariest, piimahammaste emali hüpoplaasiat
Levomütsetiin	Lootel ja vastsündinuil nn. hall-sündroom, glükogeeni sünteesi häirumine maksa vaegarengu tõttu. Loote leukopeenia, hüpoplastiline aneemia
Streptomütsiin	Loote sisekõrvakahjustus
Kanamütsiin	Embrüotoksiline toime, loote sisekõrvakahjustus
Kasvajatevastased antibiootikumid	Kudede ja elundite diferentseerumishäired, raseduse ajal absoluutselt näidustatud
Sulfaniilamiidid	Maksapuudulikkus
Nitrofuraniidid	Hemolüütiline aneemia
Malaariaravimid	Embrüotoksiline toime. Suurte annuste korral silmitus, pisisilmsus, peaaajutus, ototoksilisus

kohta täisealistel kehtivad laiemalt tuntud põhimõtted, millel siin ei saa pikemalt peatuda.

Lõpetuseks mõned mõtted kemoterapeutikumide kasutamise kohta geriaatriapraksises. Geriaatriiline patsient on tavaliselt mitme kroonilise haiguse all kannatav eakas inimene. Nagu lastelgi, nii on ka vanurite kehakaal tavaliselt väiksem, seedetrakti-, südamel-, veresoonte, maksa- ja neerude talitus nõrgenenud ning kvalitatiiivselt muutunud (5, 12, 13), homöostaasimehhanismid nõrgenenud. Tuleb rakendada individuaalset doseerimiskeemi, mis põhineb vanuri organismi iseärasustel. Süstimisele kindlasti eelistada enteraalset, eriti rektaalset ma-

Tabel 3. Kemoterapeutikumid, mida väikelastele ei ordineerita (2, 8, 9, 10)

Kemoterapeutikum	Vanus, millest alates on lubatud ravimit ordneerida
Tetratsükliinid	12. eluaastast
Erütromütsiin	2. eluaastast
Aminoakrikiin	6. eluaastast
Sulfasalasiin	5. eluaastast
Farüngosept	3. eluaastast
Biseptool	2. eluaastast
Nalidikshape	2. eluaastast
Oksoliinhape	2. eluaastast
Norsulfasool	4. elukuust

Tabel 4. Kemoterapeutikumid ja vanurite nahahaigused (1, 5, 6, 14)

Vorm	Kemoterapeutikum
Eksfoliaatiivne erütrotermia	Daktinomütsiin, arseenipreparaadid, penitsilliinid, sulfaniilamiidid
Ekseem	Arseenipreparaadid, neomütsiin, penitsilliinid, streptomütsiin, sulfaniilamiidid
Fotodermatiit	Malaariavastased preparaadid, griseofulviin, kinidiin
Nahapigmentatsioon	Malaariavastased preparaadid
Vaskuliit	Malaariavastased preparaadid, levomütsetiin, kinidiin, sulfaniilamiidid, penitsilliinid
Nõgestõbi	Penitsilliinid, elavhõbedapreparaadid

nustamisviisi. Üle 60-aastastel tuleb annust vähendada 75..50%-ni täiskasvanu annusest. Kemoterapeutikumide manustamisel tekib kõrvaltoime noortest keskmiselt 10,2%-l, 70-aastastest 15,4%-l, 80-aastastest 20,3%-l ja veelgi vanematest kuni 24%-l (9). Levinud on igasugused nahahaigused nii kemoterapeutikumide paikse kui ka süsteemse kasutamise korral. Ohtlikumad ravimid on piperasiin, halogeenitud oksükinoliinid, aminoglükosiidid, sulfaniilamiidid, PASH, penitsilliinid, erütromütsiin.

Vanemaealiste organismi immuunresistentsus on langenud ja sageli haigestuvad nad hingamiseldite või kuseteede nakkushaigustesse ning vajavad bakteritevastast ravi. Kemoterapeutikumide kontsentratsioon suureneb vanemaealiste veres ülemääraselt, sest elueast tingituna on neerufunktsioon nõrgenenud. Nõrgenenud neerufunktsiooni korral ei soovitata kasutada tetratsükliine, eriti aga aminoglükosiide, sest nad võivad neerupuudulikkust süvendada. Streptomütsiini, gentamütsiini ja neomütsiini on ototoksilise toime tõttu keelatud ordineerida nõrga kuulmisega patsientidele (2, 6, 7). Koos antibiootikumidega määratakse sageli polüvitamiine. Sulfaniilamiididest eelistatakse pikendatud toimeajaga preparaate tavalistes annustes. Mõni penitsilliinipreparaat võib kardioskleroosi ja neerupuudulikkuse korral esile kutsuda kopsuturse. Isegi väikesed penitsilliiniannused võivad põhjustada südame rütmihäireid ja vereliblede ning hüübimissüsteemi kahjustust (1, 3, 13).

Kemoterapeutikumide kasutamisel tuleb silmas pidada patsientide eluiga ja sellest sõltuvat kõrvaltoimet. Enne kemoterapeutikumi tarvitamist tuleb mõelda, missugust hinda kõrvaltoime näol me selle eest nii mõnigi kord maksma peame.

KIRJANDUS: 1. Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Wien — Zürich, 1987. — 2. *Allikmets, L.* Antibiootikumid. Tartu, 1989. — 3. *Avery, G. S.* Drug treatment principles and practice of clinical pharmacology and therapeutics. Sidney, 1976.

— 4. *Black, D., Denham, M.* Roy. Coll. Physicians, 1984, 20, 1, 7—17. — 5. *Coper, M., Schulze, G.* Pharmakotherapie im Alter. Wien — Baltimore, 1980. — 6. Farmakologia ja toksikologia. Toimetajad J. Tuomisto, M. K. Paasonen. Kuopio, 1988. — 7. Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics Seventh Ed. Ed. A. Goodman Gilman, L. S. Goodman, et al. New York — Toronto — London, 1985, 1839 p. — 8. *Nurmand, L.* Kemoterapeutikumid. Tartu, 1989. — 9. *Otter, M.* Arengufarmakologia peatükke. Tartu, 1991. — 10. *Otter, M., Kukk, K.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1986, 6, 425—431. — 11. *Otter, M., Kukk, K.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1987, 3, 180—185. — 12. *Otter, M., Võsmaa, E.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 3, 185—189. — 13. *Vapra, A., Nurmand, L.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1984, 4, 268—271.

14. *Западный В. И.* Гениатрическая фармакология, Киев, 1987. — 15. *Кирющенков А. П., Тараховский М. Л.* Влияние лекарственных средств, алкоголя и никотина на плод. М., 1990. — 16. Особенности лекарственной терапии в пожилом и старческом возрасте. Методические рекомендации. М., 1982.

Summary

The agedependent side-effects of chemotherapeutics. This paper gives a survey of the agedependent side-effects of some chemotherapeutics. The most frequent anomalies in prenatal period caused by chemotherapeutics are described. The drugs which produce harmful side-effects include agents used for neoplastic diseases, antibiotics (tetracyclins, etc.), sulfonamides. It is advisable to limit the use of chemotherapeutics reproductive age unless there is a strong indication for using a particular drug.

The main principle of geriatric pharmacology is careful administration of chemotherapeutics. In the treatment of the elderly many inadequate and paradoxical reactions to the drug may be observed.

Резюме

Побочные эффекты применения химиотерапевтических веществ в раннем и позднем возрасте. В статье приводятся данные об опасности применения различных групп химиотерапевтических средств во внутриутробном периоде и во время кормления ребенка грудью. Указывается возраст, с которого можно применять лекарственные вещества, обладающие опасным побочным эффектом. Описываются опасности, связанные с применением антибиотиков и других групп веществ в пожилом и старческом возрасте.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna
farmakoloogia kateeder

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

UDK 616-006:616-056.7

Pärilik vähk: sugupuu uurimus

Evi Hint Maret Purde · Tallinn

päriliku vähi tunnused, gastroenteroloogiline vähk, rinnavähk

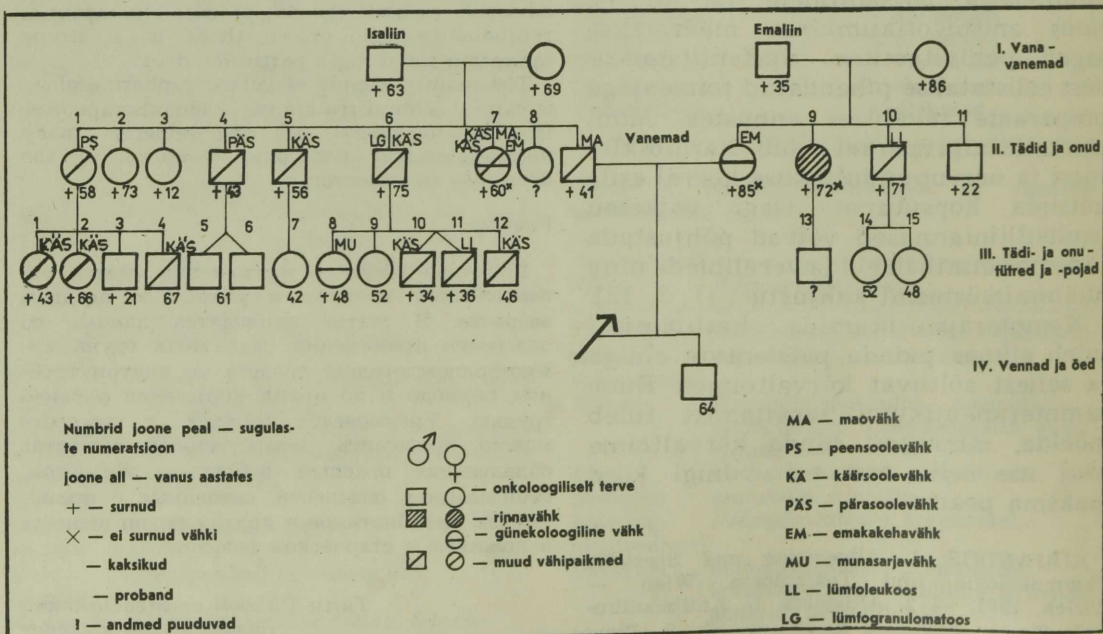
Onkoloogias pööratakse erilist tähelepanu pärilikkusele. Sellest lähtuvalt on nii kirjanduse andmed (4) kui ka meie epidemioloogilised tööd (6) õigus- tanud rinnavähahaigete sugulaste mitmekülgset uurimist (1). Pärilikkuse uurimiseks kasutasime geneoloogilist

ehk sugupuumeetodit. Tulemused esitame vastavalt kirjanduses avaldatud graafilisele skeemile (3). 1991. aastal kogusime andmeid suguvõsa liikmete kohta kahelt arstilt (probandilt), kellest üks oli terve, teine rinnavähahaige. Võimaluste piires võrdlesime informatsiooni Eesti Vähiregistri, Eesti Onkoloogiakeskuse arhiivimaterjali ja varem kirjanduses avaldatud andmetega (5).

I sugupuu (vt. joonis 1). Proband oli 67-aastane, eestlane. Küsitluse ajal oli terve.

Emaliin. Emal oli 74-aastaselt diagnoositud emakavähk, suri 85-aastaselt suhkurtõve tagajärjel; ema õel (II-9) oli rinnavähk, suri 72-aastaselt südamehaiguse tõttu; ema vend (II-10) põdes kroonilist lümfoleukoosi, mille tagajärjel ta suri 71-aastaselt. Kolmandas generatsioonis, samuti ema emal ega ema isal vähki ei esinenud.

Isaliin. Isa suri maovähki 41-aastaselt (1940. a.), viiest isa õest suri üks (II-1) 58-aastaselt (1950. a.) peensoolevähki, teisel (II-7) esinesid mitmikkasvajad (4): maovähk 45-aastaselt



Joonis 1. I sugupuu uurimus.

(1957. a.), emakavähk (1959. a.) ja käärsöolevähk (1968. a.), tal resetseeriti ristikäärsool ja 1973. aastal opereeriti teda neljandat korda (*hemicolectomia dextra et resectio sigmatis*) teise primaarse käärsöolevähi tõttu. Haige suri pärast operatsiooni kardiovaskulaarpuudulikkuse tagajärjel, ent elukvaliteet pärast esimest operatsiooni oli 16 aasta jooksul olnud hea. Isa kolm venda haigestusid kõik soolevähki. Esimene (II-4) suri pärasöolevähki 43-aastaselt (1946. a.), teine (II-5) käärsöolevähki 56-aastaselt (1962. a.). Kolmandal venal (II-6) esines kaks pahaloomulist haigust: käärsöolevähk ja pärast seda lümfogranulomatoos (lahanguleid). Haige suri 75-aastaselt (1984. a.), kusjuures ajavahemik esimese vähi diagnoosimisest kuni surmani oli olnud 10 aastat. Tartu Linna Onkoloogiadispenseris, kus haiget ja ka teisi selle suguvõsa liikmeid (näiteks II-7) oli ravitud, oldi seisukohal, et perekonnas esinevad «healoomulised» vähid. Vähi vertikaalne transmissioon oli ilmne kolmandas generatsioonis. Isa õe ühel tütre (III-1) oli käärsöolevähk, suri 43-aastaselt (1958. a.). Ka sama õe teisel tütre (III-2) oli käärsöolevähk, haiget raviti Kanadas. Ta suri 66-aastaselt (1985. a.). Talle olevat rajatud *anus praeter naturalis*, mis hiljem suleti. Pärast seda elanud ta heas seisundis 20 aastat. Käärsöolevähki haigestus ka isa õe poeg (III-4), kes praegu on 67-aastane ja elab USA-s.

Eriti väärib tähelepanu isa kolmanda venna (II-6) perekond: esimesel tütre (III-8) oli munasarjavähk, suri 48-aastaselt (1984. a.). Poegadest, kes olid ühemunakaksikud, suri üks (III-10) käärsöolevähki 34-aastaselt (1974. a.), teine (III-11) lümfoleukoosi 36-aastaselt (1976. a.). Nende nooremat venda (III-12) opereeriti kolm aastat tagasi käärsöolevähi tõttu. Praegu on ta 46-aastane. Isa ühe venna (II-4) pojad olid erimunakaksikud. Praegu on nad 61-aastased, onkoloogiliselt terved (III-5 ja 6). Ühemunakaksikutel ilmnevate nähtude suurem kokkulangevus võrreldes erimunakaksikutega sisaldab endas ka

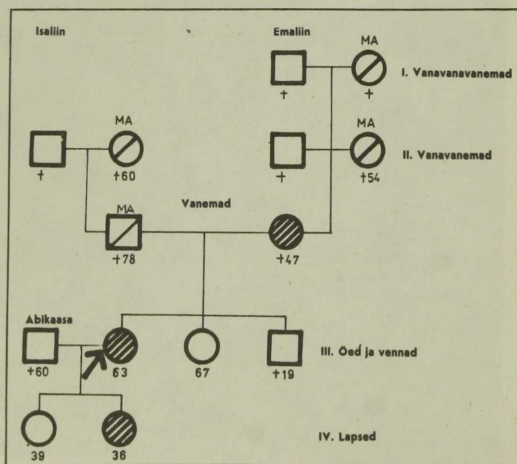
päriliku komponendi. Isa isa ja isa ema surma põhjust ei teata.

II sugupuu (vt. joonis 2). Proband oli 63-aastane, venelane, kellel oli diagnoositud rinnavähk 53-aastaselt (1980. a.). Andmeid saadi suguvõsa nelja generatsiooni kohta. Esimese astme sugulasest suri ema 47-aastaselt rinnavähki, 33-aastaselt diagnoositi rinnavähk ka tütre. Praegu on ta 36-aastane.

Emaliin. Vanaemal (surnud 54-aastaselt) ja vanavanaemal olnud maovähk.

Isaliin. Isa ja vanaema surnud maovähki, üks 78-aastaselt, teine 60-aastaselt.

Rinnavähihaigete sugulaste küsitluse tulemusena avastasime kaks vähiperekonda: esimeses domineeris isaliinis ma-sooletraktiivähk ja teises emaliinis rinnavähk ning nii ema- kui ka isaliinis maovähk. Mõlemas sugupuus toimus vähi pärilikkus autosoomsel-dominantsel teel. Seejuures ilmnisid pärilikule vähile iseloomulikud klassikalised tunnused: teke noores eas, pahaloomuliste kasvajate suur esinemissagedus, mitmikvähi ja kaksikute fenomen, kasvajate vertikaalne transmissioon ning haiguse soodne prognoos. Mõlemas perekonnas on ka terveid sugulasi, kelle regulaarne profülaktiline vaatlus ja igakülgne uurimine, tulevikus ka geeni-analüüs on hädavajalik (3).



Joonis 2. II sugupuu uurimus (tingmärgid samad mis joonisel 1).

KIRJANDUS: 1. *Hint, E., Purde, M., Eomois, M. a. o.* In: *Directory of On-Going Research in Cancer Epidemiology*. Lyon, 1992, 99. — 2. *Lynch, H. T., Lynch, J. F., Fusaro, R, M.* In: *Familial Cancer*. Basel, 1985, 6—12. — 3. *Metspalu, A.* Eesti Arst, 1992, 3, 179—184. — 4. *Pickle, L. W.* *Georgetown Med.*, 1991, 1, 1, 11—15. — 5. *Pokk, T., Pokk, L.* *Nõukogude Eesti Tervishoid*, 1980, 4, 258—260. — 6. *Purde, M.* Eesti Arst, 1992, 6, 407—409.

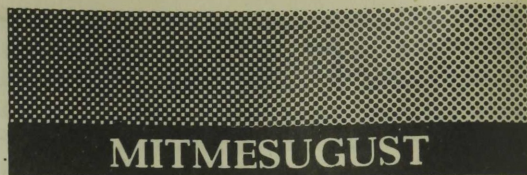
Summary

Hereditary cancer: a pedigree-analysis. As a result of the interview with breast cancer patients' relatives two pedigrees with aggregation of 1) gastrointestinal and 2) breast cancer have been revealed with typical symptoms considered for genetical origin of malignant diseases. They are as following: onset in young ages, great frequency of malignancies among members of the pedigree, occurrences of several primary cancers in one patient, twin-phenomenon, vertical transmission and favourable prognosis.

Резюме

Генетический рак: родословное исследование. В результате опроса родственников больных раком молочной железы были выявлены два типа раковых семей: 1) в одном случае превалировал рак желудочно-кишечного тракта, 2) в другом — рак молочной железы. Имели место признаки, характерные для генетической этиологии злокачественных опухолей: возникновение в молодом возрасте, большая частота злокачественных опухолей среди родственников, возникновение множественных и феномен двойных опухолей, вертикальная трансмиссия опухолей и благоприятный прогноз.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*



Taastusravi võimalused Tartus

Eestis on mitme aastakümne jooksul puudunud kehaliste puuetega ja invaliidistunud inimeste süsteemikindel rehabilitatsioon. Seetõttu ei ole suur arv kaasasündinud puuetega inimesi ja inimesed pärast haigestumist või vigastust saanud asuda tööle või lülituda tavapärasesse ellu. Sotsiaalse rehabilitatsiooni riiklik süsteem (invaliidisuspension, abivahendite saamise piiratud võimalus, invaliidide hooldusasutused ja ametiõpe spetsiaalses koolis) on olnud ebapiisav.

Nüüdisaegse rehabilitatsioonisüsteemi rakendamisel tuleb lähtuda Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni poolt välja töötatud kontseptsioonist, mis näeb ette kolme ulatuslikku tegevussuunda.

I. Puuete preventatsioon. See hõlmab meetmeid, mis on suunatud vaimsete, kehaliste ja meeleeelundite kahjustuste ja nendest tulenevate tüsistuste vältimisele.

II. Rehabilitatsioon. See on eesmärgistatud ja ajaliselt limiteeritud protsess koos vajalike vahenditega, mis võimaldab kahjustatud inimesel saavutada optimaalset vaimset, kehalist ja/või sotsiaalset funktsionaalset tasandit.

III. Võimaluste võrdsustamine. See tähendab võrdseid võimalusi kogu elanikkonnale. Füüsiline ja kultuuriline keskkond, elamistingimused ja transportisüsteem, sotsiaalsed ja tervishoiualased teenused, hariduslikud, töö-

alased, sportimise ja puhkamise võimalused muudetakse kõigile kättesaadavaks.

See kontseptsioon peab kehtima samaväärselt ja samasuguses ulatuses kõikides riikides, olenemata nende arengutasemest.

Rehabilitatsiooniprotsessi võiks jaotada kolme etappi:

a) meditsiiniline rehabiliteerimine, s.o. kirurgiline ja ortopeediline defektide korrigeerimine, kliiniline ravi, proteesimine, funktsionaalne järelravi;

b) tööravi, tahtemaduste ja püsivustreening, ettevalmistus tööprotsessi lülitumiseks;

c) sotsiaalne ja psüühiline rehabiliteerimine, s.t. igapäevase eluoluga kohanemine ja hakkamasaamine, enesehooldus, klubiline tegevus ja invasport emotsionaalsete ja intellektuaalsete vajaduste rahuldamiseks.

Meditiiniliseks rehabiliteerimiseks on Eestis, sealhulgas ka Tartus rahuldavad võimalused haiglate, polikliinikute ja proteesitööstuse näol. Tõsi, proteesimise ja proteesiga kohanemise treeningu võimalused on enam kui tagasihoidlikud, kuid valmiv juurdeehitis lubab tulevikus paremaid võimalusi.

Tartu Invaorganisatsiooni andmetel on Tartus ja Tartu maakonnas üle 5000 kehalise puude ja liikumishäirega invaliidi. Invaregistri koostamine on käsil, seetõttu puudub täpne arv. Tartu Invaorganisatsioon on asunud looma võimalusi meditsiinilise rehabiliteerimise järgseks taastusraviks ja adaptatsiooniks. Selleks on vaja hoone(id), mille ehitamiseks on linnavalitsus andnud loa Annemõisa territooriumile, samuti vajaliku väljaõppega personali ja spetsiaalset sisustust ning abivahendeid. Et Tartu Invaorganisatsioon on isemajandav ühiskondlik organisatsioon, on suur vajadus koostööpartnerite ja sponsorite järele. On asutamisel Tartu Invaorganisatsiooni Annemõisa rehabilitatsioonikeskuse fond, millele oodatakse toetajaid nii Eestist kui ka välismaalt.

Ajavahemikul 6. .25. aprillini 1992 oli allakirjutanul võimalus viibida rehabilitatsioonialasel täiendõppel Stockholmi Punase Risti Haiglas *Stockholm Medical Care* organisatsiooni kutsel ja Tartu Invaorganisatsiooni lähetusel. Täiendusprogrammi on koostanud ja täiendõpet juhendas Stockholmi Punase Risti Haigla ülemarst Peter Köhler. Programm sisaldas osavõttu ortopeediliste ja neuroloogiliste haigete statsionaarse ja ambulatoorse taastusravi mitmest etapist, nagu rehabilitoloogi osa haige seisundi hindamisel ja taastusravi programmi määramisel, funktsionaalne treening füsioterapeudi juhendamisel võimlemissaalis ja basseinis, ametiõpe ja ümberõpe ning püsivus- ja tähelepanutreening tegevusterapeutide juhendamisel, proteesimine (proteesi valmistamine kuni selle kohandamiseni puudega inimesele). Õppetöö toimus individuaalselt tööprotsessist osavõtuna Punase Risti Haiglas, Karolinska Instituudi ja Danderydi haiglas ning



Foto. Vasakult: Ants Sõber, Peter Köhler, Leif Lindh ja Rune Sandberg 21. mail 1992 Tartus.

Ortopeedilise Tehnika Keskuses (OTC) ning ühes linnarajooni polikliinikus.

Rootsi kolleegid avaldasid soovi abistada Eestit taastusravi struktuuride loomisel, spetsialistide väljaõppel ja Rootsi—Eesti ühtse rehabilitatsioonisüsteemi loomisel (P. Köhleri idee). Allakirjutanul tuli kahel nõupidamisel Stockholmi rehabilitatsioonispetsialistide ja Baltikumi tervishoiualastes abistamisprogrammides vastutavate professionaalide ees esitada ülevaade Tartu Invaorganisatsiooni taotlustest kliinilise ravi järgse taastusravi- ja adaptsoonikeskuse rajamisel Tartus.

9. aprillil 1992 toimus Danderydi Ortopeedilise Tehnika Keskuses Baltikumi rühma koosolek, millest võtsid osa Kersti Jürisson (polikliiniku füsioterapeut), Peter Köhler, Kjell Lindh (OTC tehniline direktor), Leif Lindh (OTC ettevõtlusdirektor), Rune Sandberg (Danderydi Haigla abivahendite šeff), Ants Sõber (linnarajoonide polikliiniku šeff-ülemarst) ja allakirjutanu. Kuulati ülevaadet senisest invaliidide taastusravi ja töölerakendamise võimalustest Tartus ja Tartu Invaorganisatsiooni taotlustest rajada Annemõisa pansionaadilaadne adaptsooni- ja taastusravikeskus, mis oleks kliinilise ravi ja rehabilitatsiooni ning proteesimise järgseks etapiks. Seal toimuksid ametiõpe ja ümberõpe, samas oleksid ka invaliidide töökojad, õppekorter(id) sotsiaalseks rehabilitatsiooniks, intellektuaalse tegevuse võimalus, abivahendite laenutus ja nende remont (kus võiks rakendada invaliidide). Keskuses on ette nähtud ka korterid abivahendeid ja ratastoole kasutavate puuetega inimeste ning nende perekondade jaoks. Rootsi kolleegidel tekkis huvi sõita Tartusse olukorraga tutvuma.

21. aprillil 1992 oli allakirjutanul võimalus olla *Stockholm Medical Care* juhatusel koosolekul (osavõtjad Nils Rydell, Bertil Hedström, Lennart Forsgreen, Argo Kõvamees, Ants Sõber jt.), kus tunti samuti huvi taastusravi võimaluste vastu Eestis ning huvituti Tartu Invaorganisatsiooni kontsept-

sioonist. Peeti vajalikuks ja võimalikuks korraldada Eesti ortopeedide väljaõpet nimetatud Baltikumi rühma poolt ja toetati ideed tutvuda kohalike olude ja koostöövõimalustega Tartus.

20. ja 21. mail 1992 viibiski rühm kvalifitseeritud rehabilitolooge ja ettevõtjaid, nagu Peter Köhler, Leif Lindh, Ants Sõber ja Rune Sandberg, Tartus. Tutvuti Tartu Invaorganisatsiooni struktuuri, abivahendite laenutuse, Annemõisa ja Elva pansionaadilaadse taastusravikeskuse tulevikuväljavaadete, Tartu Proteesitööstuse võimaluste ja koostööperspektiividega. Lepiti kokku Tartu Invaorganisatsiooni arstide ja muude töötajate täiendõppe osas Stockholmis veel 1992. aastal.

Praeguseks on olemas nimetatud rühma kirjalik kokkuvõte, milles toetatakse Tartu Invaorganisatsiooni taotlusi Annemõisa ja Elva taastusravikeskuse väljaehitamisel ja milles antakse nõusolek konkreetseks abiks ja spetsialistide koolitamiseks. Rootsi kolleegid rõhutasid sellise taastusravi- ja adaptsooni-keskuse sobivust tulevikus ka ülikooli õppebaasina.

Tartu Invaorganisatsiooni puuetega inimeste abivahendite pank on enamikus Rootsi haiglate annetatud ja sihtasutuse Eesti Ühisabi vahendusel saadetud Eldur ja Kulla Velliste ning Ants Sõbra ja teiste poolt viimase kolme aasta jooksul. Sihtasutuse Eesti Ühisabi tegevus on üks komponente Rootsi-poolses tervishoiualases abistamisprogrammis, mida on lubatud jätkata. Nende meie kaasmaalaste innukas tegevus Eesti abistamisaktsioonis on tähelepanuvääriv ning leidnud Eestis tänu ja tunnustust.

Loodetavasti muutub kontakt Rootsi kolleegidega taastusravisüsteemi rajamisel edaspidi järk-järgult abistamisest koostööks.

Helli Kelk

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

IV Euroopa suitsidoloogiasümposium toimus 10...13. juunini 1992 Odense Ülikooli korraldatuna Taanis. Kõne all olid suitsidaalse käitumise epidemioloogia, riskitegurid, suitsidaalsuse diagnoosimine ja prognoos, biokeemilised uuringud. Käsitleti olemasolevate teadmiste kasutamist kriisi preventsoonis ja interventsioonis. Arutati uusi uurimissuundi, esitati eri riikides juurutavaid suitsiidi ennetavaid projekte, vaeti olemasolevate efektiivsust.

Käsitleti ka seda, kui kaugele abipakkumine suitsiidiohu korral võib minna, ilma et see kujuneks vägivallaks isiksuse vastu. Kuluaarides sai kinnitust teade, et Saksamaal ja Hollandis on keskused, kus võib seadusega kooskõlastatult saada kvalifitseeritud abi suitsiidi tegemiseks. Huvi pakkus ka mitmes riigis kasutatav võimalus teha testament selle kohta, et lootusetu prognoosiga terviseseisundis soovib see isik, et teda kunstlikult elus ei hoitaks ja et ta lubab sellisel juhul kasutada oma elundeid siirdamiseks.

Kui piirduda pilguheiduga sugulasrahvaste enesetappuprobleemidele, siis tuleb märkida, et suitsiidide arvu poolest on teistest kaugel ees Ungari (üle 40 enesetapu 100 000 inimese kohta). B. Temesvary viitas oma ettekandes Ungaris valitsevale suitsidogeensele õhkkonnale. Johtuvalt kultuuri- traditsioonidest on inimesed nekrofiilse sättumusega (Frommi termin), suitsiidis nähakse heroismi. Väga oluliseks pidas B. Temesvary ajaloo vältel Ungarile osaks saanud sotsiaalpoliitilist allasurutust, neis tingimustes põhjustab frustratsioon-agressioon enesehävitusliku käitumise. Lisaks eelmainitule kritiseeris ta ühiskonna, perekonna ja terviseteenistuse ambivalentset suhtumist surma ja suremisse üldse, suitsiidi ja suitsidaalsesse käitumisse eriti.

Soomes on suur suitsiidirisk (25...27 enesetappu 100 000 inimese kohta) riiklikul tasandil muret tekitanud ning rahvusliku projekti raamides on prof. Jouko Lönnqvisti

juhtimisel ära tehtud hiiglasuur töö: ka-tamnestiliselt on uuritud kõiki ühe aasta jooksul asetleidnud suitsiidijuhte (1300 ankeeti á 150 lehekülge). Materjali analüüs annab aluse preventsooniks kõikvõimalikel tasanditel. Praegu on käsil põhjalik suitsiidikatsete uurimine.

Allakirjutanu ettekanne «Suitsiidid Eestis XX sajandil (sotsiaalne tagapõhi)» haakus eelnevatega: suitsiidide esinemissagedus Eestis on kõikunud tundlikult seoses sotsiaal-majanduslike ja sotsiaalpoliitiliste muutustega. Suitsiidiuuringute põhirõhk maailmas on viimasel ajal olnud indiviidil, sotsiaalse komponendi taas sissetoomine mõjus värske tuulepuhanguna.

Airi Värnik

VII Aasia riikide telefonabi konverents toimus 19...22. juulini 1992 Jaapanis Yokohamas. Osavõtjaid oli üle 700. Oli võimalus tõdeda, et inimlik hingehäda ei sõltu nahavärvist, silmalõikest ega emakeelest, probleemid on kõikjal ühed ja samad: üksindus, mure, abieluintriigid, ebakõla põlvkondade vahel, eksistentsi probleemid, kehaline ja vaimne tervis, elutüdimus.

Suitsidaalsus oli konverentsi üks olulisemaid märksõnu. Jaapanis on probleemiks rühmaviisilised enesetapud usulistel põhjustel, tuleb ette ka pikaealisi vanemaid hooldavate laste enesetappe, müstilisi suitsiide ja parasuitsiide jääva amneesiaiga teatud paikades (erilise energiaväljaga laavae kasvanud metsas). Praktika seisukohalt oluline oli arutelu teemal, kuidas tõkestada enesetappu telefonivestluse teel, kuidas jätkata ravi.

Tähelepanu äratasid telefonikonsultantide kaks aastat vältav hoolikas väljaõpe, jätkuv regulaarne treening ja supervisioon ning oma töö hoolikas registreerimine töötulemuste analüüsimiseks, analüüsi tulemused esitatakse ka valitsusele. Varjamatult teatati, et nad püüavad kujundada Ameerika ja Euroopa orientatsiooniga vaba isiksust, mis ei ole kerge ülesanne tugevate feodaalsete sugemetega autoritaarsuse ja hierarhiate kammitsais vaevlevas piirkonnas.

Allakirjutanu esitas plenaaristungil ettekande «Suitsiidid Eestis ja endises Nõukogude Liidus perestroika perioodil» ning

pidas täiendavalt loenguid Tokio suitsido-
loogidele, Nara ja Kyoto telefonikonsultan-
tidele. Rõõm ja rahulolu kohtumistest
tundus olevat vastastikune, huvi Eesti vastu
suur.

Konverents oli nii tehnilisest, olmelisest
kui ka meelelahutuslikust küljest luksuslik.

Airi Värnik

9. .13. septembrini 1992 toimus Inn-
sbruckis **XI Euroopa Näo-lõualuukirurgide
Assotsiatsiooni kongress** (*Congress European
Association for Cranio-Maxillo-Facial Sur-
gery*), millest esmakordselt õnnestus osa
võtta ka Eesti esindajatel. Nii viibisid
Innsbruckis prof. E. Leibur ja P. Mürsepp
Tartust ning allakirjutanu. Osavõtt oli või-
malik tänu assotsiatsiooni presidendi prof.
R. Friesi initsiatiivile kutsuda konverent-
sile ka Ida-Euroopa riikide esindajaid. Kon-
verentsil oli esindajaid 50 riigist, osavõt-
tajaid oli ligikaudu 1700. Konverentsi ava-
misel tutvustati kõikide riikide esindajaid.

Konverents oli väga sisutihe, viie päeva
jooksul esitati 292 ettekannet, lisaks sellele
näidati videofilme, väljas olid stendiette-
kanded, võis vaadata firmade meditsiini-
instrumentide ja -materjali näitusi. Iga
päev pidasid tippteadlased ülevaateoenguid
mingil kindlal teemal. Nii näiteks oli
väga huvitav Austria ja Saksamaa teadlaste
ühine analüüsiv ülevaade suukoopa kartsi-
noomist ja selle ravist ning prof. P. Tessier'
(Prantsusmaa) loeng kraniofatsiaalkirurgia
arengust 25 aasta jooksul.

Sektsiooniistungid olid järgmised:

1) näo-lõualuude traumatoloogia ja ravi;
väga detailselt käsitleti silmakooa ja nina
ravi, huvipakkuv oli norskajate (*sleeping
apnoe*) ravisse puutuv;

2) ortognaatiline kirurgia (lõualuude
kuju muutmine), suukoopa- ja näopiirkonna
onkoloogia koos plastilis-rekonstruktiivse
(sealhulgas ka mikrokirurgilise) ravi ana-
lüüsiga;

3) alalõualiigese haiguste diagnoosimine
ja ravi;

4) näo-lõualuude ja kolju kaasasündinud
deformatsioonide kirurgiline ravi.

Kõige rohkem oli onkoloogia valdkonda
kuuluvaid ettekandeid, palju esitati erine-
vaid taastav-rekonstruktiivsete operatsioo-
nide variante (mitmesugused jalamil lapid,
erinevad luuplastika modifikatsioonid ja
muid). Alalõualiigese haiguste diagnoosi-
misega on meil raskusi, sest puuduvad vas-

tavad artroskoobid, mille abil on võimalik
liigese diski nihkumist diagnoosida. Vasta-
valt sellele oleks vaja rakendada kirurgi-
list ravi. Samas aga olid autorite seisukohad
ravi osas küllalt erinevad: ühed pooldasid
ainult konservatiivset ravi, teised kirurgilist
ravi.

Ortognaatiline kirurgia on viimaste aasta-
te jooksul tugevasti arenenud tänu pare-
matele diagnoosimise võimalustele mitme-
suguste tsefalomeetrite abil. Paljud kirur-
gid (H. Obwegeiser) on lõualuude osteo-
toomiaks välja töötanud spetsiaalsed inst-
rumendid. Väga huvitav oli vaadata slide
patsientidest, kus lõualuude kuju muutuste-
ga oli kogu inimese välimus täielikult
muudetud.

Meie eriala tippspetsialistid tegelevad
kraniofatsiaalkirurgiaga, millega muude-
takse ka kolju kuju, hüperteoorismi puhul
lähendatakse silmakooa, parandatakse ni-
na kuju jne. Tähelepanuväärseid tulemusi
on mainitud valdkonnas saavutanud B. Gat-
tinger (Austria), J. Myhling (Saksamaa) ja
H. Sailer (Šveits), kes esitasid materjale
lastel tehtud vastavatest operatsioonidest.

Kaasasündinud näodeformatsioonide sekt-
sioonis esitas allakirjutanu ettekande, milles
andis ülevaate huule-suulaelõhedega laste
ravi kohta 25 aasta jooksul Tallinnas. Eri-
nevus on selles, et meil teeb näo-lõualuu-
kirurg kõik nii esmased plastilised kui ka
hilisemad korrigeerivad operatsioonid ise.
Prof. E. Leiburi ettekanne käsitles lõua-
luutuumorite ravi.

Konverents andis võimaluse paljudeks
huvitavateks kontaktideks ja annab lootust
erialase koostöö jätkamiseks.

Siiri Hanstein

EESTI ARSTIDE LIIDUS

80 aastat Eesti organiseeritud arstkonda

«Esimene Eesti arstide ühing —
Põhja-Balti Arstideselts 1912—1918.

Arstideseltsi asutamise mõte mõlkus vanemate meeste peas juba ammu aega. Ka nooremad tundsid loomusunnil ta vajadust. Ja kui kord see mõte teoksile võeti, siis leidis ta igal pool sooja vastutulemist ja osavõtmist.

Vanemate meeste hulgast olid H. Koppel ja P. Hellat, kes seda mõtet kandsid ja teostada püüdsid.»

Nende lihtsate sõnadega alustas eespool toodud pealkirja all Põhja-Balti Arstideseltsi asutajaliige ja esimene kirjatoimetaja Aadu Lüüs oma pikemat ülevaadet esimesest eesti arstide seltsist 1918. aastal.

Tänavu 12. oktoobril möödus seltsi asutamisest 80 aastat. Tegelikult oli seltsi asutamine aastaid kestnud raske võitlus Balti-Saksa ametivendade, kubernanguvalitsuse, samuti iga liiki majanduslike ja olustikuliste raskustega. See päev jäi ajalukku Eesti organiseeritud arstkonna alguse päevana.

10. oktoobril 1937 toimusid Tartus suurejoonelised 25. aastapäeva pidustused, kus olid kohal ka naaberriikide arstkondade esindajad. Arvukate sõnavõtjate hulgas iseloomustas esimest eesti arstide ühingat ka prof. Ludvig Puusepp järgmiste sõnadega: «Mul on au tervitada... organisatsiooni, mis algas oma tegevust raskel ajal, ajal, mil suhtumine igasse rahvuslikku tegevusse ja ettevõttesse oli äärmiselt kahtlustav ja vaenulik, organisatsiooni, mis oma

lipukirjaks seadis isamaa vabaduse, organisatsiooni, mis oli suureks moraalseks toeks võitluses isamaa, iseseisva rahva vabaduse eest, mis isamaa vabaduse ja iseseisvuse saavutamisele oli pühendanud kogu oma oskuse eesti rahva tuleviku nimel».

10. oktoobril 1992 kogunes Jaan Tõnissoni Instituudi ja Eesti Arstide Liidu organiseerimisel arste, loomaarste ja ühiskonnaelutegelasi aktusele Tallinna raekotta, kus Põhja-Balti Arstideselts omal ajal oli asutatud. Tookord, 80 aastat tagasi, avas koosoleku dr. Konstantin Konik lühikese kõnega. Ta kirjeldas meie rahva viimase aja kultuurilisi edusamme ja seltsi asutamise raskusi. Nüüd esines avakõnega Eesti Vabariigi Riigikogu liige ja ühtlasi Jaan Tõnissoni Instituudi nõukogu liige Mart Laar. Ta kõneles sügava lugupidamisega eesti arstide osast meie ajaloos.

Eesti Arstide Liidu asepresident Matti Tarum meenutas eesti arstide organiseerimise ajalugu, meie eelkäijate-kolleegide mõtteid ja tegevust ning püüdis meid nendega võrrelda.

Tervishoiuminister Andres Kork avaldas samuti tunnustust meie arstkonna ajaloole, aga ka tänasele arstile tema raskustes.

Kohal olid nagu 80 aasta eest ka loomaarstide esindajad, seekord Eesti Loomaarstide Ühingu esimees Endel Aaver ja dr. Enn Ernits, kes oma kõnes tegi tagasivaate eesti loomaarstide ja arstide koostööle.

Koosolekut juhatas Jaan Tõnissoni Instituudi esindaja ja ühtlasi vastne Eesti Vabariigi Riigikogu liige Jüri Luik, kes luges ette tervitustelegrammi Lagle Parekilt ja võttis vastu valged lilleõied koos tervitustega Eesti Õdede Ühingult. J. Luik juhatas ka järgmist konverentsi «Eesti rahva vaimne ja füüsiline tervis». Konverents toimus kõrvalasavas Matkamajas, kus eesti arstid olid 1907. aastal asutanud meie esimese erahaigla-ambulatoriumi, mille rajamist on informaalet peetud ka eesti arstide organiseerimise alguseks.

Heino-Enn Arpo



Põhja-Balti Arstideselti esimene teaduslik koosolek Tallinna raekojas 12. X (30. IX) 1912. Istuvad (vasakult): E. Soonets, J. Rabison, K. Saral, F. Akel, H. Koppel, H. Rosenthal, M. Treumann, A. Lossmann, O. Pallop, J. Loorberg, Seisavad: K. Schlossmann, A. Lütis, J. Luiga, A. Kurrikoff, S. Talvik, K. Sibul, A. Olt, K. Konik, T. Soosaar, K. Lütis, H. Silbermann, H. Leesment, A. Kotkas, J. Vöhrmann. T. Koha repro.



Foto 1. Esimene eesti artistide asutatud era-
haigla-ambulaatorium, praegune Matkamaja.
Kutsekaart.

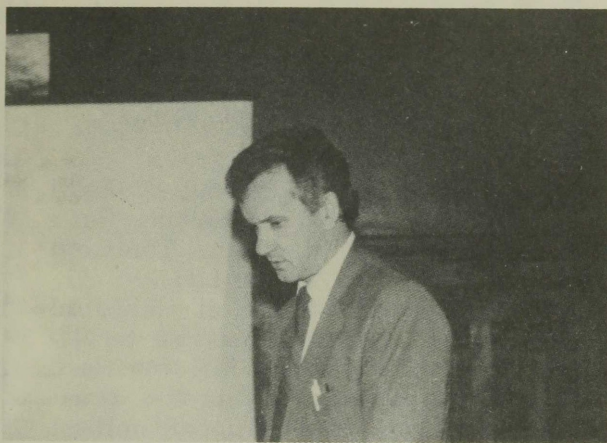


Foto 2. H.-E. Arpo ettekannet esitamas.



Foto 3. Aktus Tallinna raekojas 10. oktoobril 1992. E. Jõešte fotod.

10. oktoobril 1992 toimus Tallinna Matkamajas, endises ajaloolises Eesti arstide erahaiglas, **konverents, «Eesti rahva vaimne ja füüsiline tervis».**

Konverents oli pühendatud Eesti Arstide Seltsi 80. aastapäevale. Selle korraldajateks olid Jaan Tõnissoni Instituut ja Eesti Arstide Liit.

Ettekannete valikul oli lähtutud eesmärgist ühendada sotsiaalse tervishoiuga seotud mitme ala haritlasi, et sel viisil paremini mõista n.-ö. piirilade hajuvat informatsiooni, millest omakorda sõltub praegune sotsiaal-majanduse ja tervishoiusüsteemi restruktureerimise edu.

Konverentsi ideed kandvaks ja ühendavaks kujunes demograaf Kalev Katuse avaettekannet «Eesti demograafiline ja sotsiaalne kestmajäämine».

K. Katuse toonitas, et aktiivses eas (20. . .29-aastased) eestlaste ja muulaste arv on 1989. aastast alates enam-vähem võrdne. Alates 1989. aastast on sündimus järsult vähenenud, 1991. aastal langes see allapoole taastootmise piiri ja jätkab langust katastroofilise kiirusega ka praegu. Seetõttu on viimase 2. . .3 aasta demograafiline pilt selline, missugust ei ole Eesti ajaloos kunagi varem olnud, ka sõdade ajal mitte. Ettekandest selgus, et vähemalt 75% muulastest on põhimõtteliselt valmis Eestist ära sõitma, s.t. nad ei ole Eestiga seotud.

K. Katuse ettekande järgi suudame me kestma jääda, kui meil õnnestub:

1) suurendada sündimust taastootmise tasemele, s.t. 100 fertiilses eas naise kohta tuleks 212 last;

2) korraldada muulaste remigratsiooni (kasutades selleks ka osa rahvatulust);

3) korraldada meditsiiniabi nii, et ta ei likvideeriks haigusi, vaid raviks inimest, et pikeneks inimese aktiivne eluiga;

4) adapterida sissesõitnu kohaliku inimese järgi, mitte vastupidi, nagu see on meil ja lätlastel olnud ainukesena Euroopas;

5) muuta meie haridussüsteem pidevaks enesetäiendamiseks, mis õpetaks inimest iseseisvalt mõtlema, looma.

Mõtlemapanev oli Mart Nuti ettekanne «Totalitaarsüsteemi mõju inimese mõtteviisile». Pluralistlikus riigis on iseregulatsiooni elemendid tasakaalustatud administratiivsetega. Riigikeskses totalitaarühiskonnas püütakse inimese loomuliku mikrokeskkonna osa ja sellest tulenevat vaba mõtteviisi allutada vertikaalsele võimustruktuurile. Kui totalitaarühiskond hakkab lagunema, kardab see uut tüüpi inimene võtta endale vastutust.

Eesti inimesest sai nõukogude inimene 1960-ndatel aastatel. Vahepeal, 1980-ndate aastate keskel, tundus, et totalitaarühiskond on meie puhul ebaõnnestunud, sest me ju üldiselt ei uskunud sotsialismi mallide õigsust. Praegu aga näeme, et sovetiseeritus on meis tugevamini juurdunud, kui arvasime. Mida selgemini me seda teadvustame, seda kiiremini parandab aeg haavad.

Mall Leinsalu ettekandest «Eesti rahva suremus kui sotsiaalse keskkonna peegeldus» selgus, et suremus hakkas Eestis suurenema 1960-ndatel aastatel, selle järsk suurenemine toimus järgmisel kümnendil. Sel ajavahemikul suremuskordajad suurenesid oluliselt peaaegu kõigi põhjuste osas. Vähisuremuse suurenemine algas hiljem, 1970-ndate aastate teisest poolest, mis võib olla seotud vähktõve pikema peiteajaga, seega tekkepõhjusi tuleb otsida samast perioodist. 1980-ndad aastad lõppesid Eestis suremuse uue suurenemisega. Muutusteks on vaja uut tervishoiu- ja sotsiaalpoliitikat.

Psühhiaater Airi Värnik kinnitas, et ka suitsiidide dünaamika on Eestis käesoleval sajandil muutunud sõltuvalt majanduslikest ja poliitilistest oludest. Lisaks suurele suitsiidide üldarvule paistame muude riikide hulgast välja just maainimeste enesetappude suure arvu poolest.

Andrus Lipand esitas ettekandes «Eesti elanikkonna tervis ja tervisekäitumine» ülevaatliku pildi rahvas-tiku halva tervises seisundi kohta ja

võrdles Eesti põhilisi tervisenäitajaid muude Euroopa riikide omadega. 1990. aastal Soome kolleegide abiga esmakordselt Eestis korraldatud tervise-uuringu (1500 inimese ankeetmeetodil postiküsitlus vastavalt rahvastiku koosseisule) andmete võrdlev analüüs tõi välja meie rahva tervisealaste teadmiste lüngad, hoolimatuse tervise vastu ning võimaluste puudumise oma tervisepotentsiaali hoidmiseks ja väljaarendamiseks, selle peaks aga tagama riik.

Rein Vahisalu pakkus oma ettekandes välja idee, mis põhiolemuselt tähendaks meie kunagise efektiivse koolitervishoiu taastamist. Ta on osaliselt juba alustanud kooliõpilaste võrdlevate uuringutega ning hakanud analüüsima lapse tervist mõjutavaid nii sise- kui ka väliskeskonna tegureid. R. Vahisalu projekt koosneb neljast osast — antropoloogia, meditsiin, haridus ja keskkonnakaitse — ning rõhk on pandud kompleksisusele. Kesksel kohal on kooliõpilane ning kõik uuringud tehakse koolis.

Just kooliiga ja kool annavad parima võimaluse õigel ajal fikseerida, selekteerida ja korrigeerida deformatsioone. Kõige esimesed nn. regulatsiooni kõrvalekaldumised organismis on R. Vahisalu pakutud meetodikaga fikseeritavad ja see võimaldab välja selgitada need lapsed, kes on haigustest ohustatud. Selle rühmaga jätkub pidev töö eriprogrammi järgi kõrvalekaldumiste korri-geerimiseks õppetööd katkestamata.

Allakirjutanu ettekanne «Eesti arst kui ühiskonnategelane» keskendus meie organiseeritud arstkonna niinimetatud eelajaloole, s.o. perioodile, mis algas F. R. Faehlmannist kui eestluse teadvustajast ja lõppes meie haritlaste kolmanda sugupõlvaga, kes koos rahvaga suutsid rajada oma riigi. Ettekandes püüti näidata arsti kui meie kultuuri püsiväärtuste tundjat ja hoidjat, kui rahva valgustajat ja aitajat kirjandusliku tegevuse ja seltsielu kaudu, ka arsti lähedust rahva hingeelule.

Keskkonnaküsimusi käsitles Vootele Hanson. Selles valdkonnas tehtavate kulutuste kavandamisel pidas ta vajalikuks olla inimesekesksem ja kulutada

rohkem seal, kus kasu inimese tervisele on suurem ka kaugemas perspektiivis ja laiemas ulatuses.

Prof. Olaf Imelik käsitles ettekandes «Eesti inimese vaimne ja füüsiline tervis» oma tähelepanekuid kolesteroolipeegli uurimisel, muu hulgas ka vereseerumi kolesteroolisisalduse suurenemist kehalise tegevuse puhul. Prof. O. Imelik toonitas eriti kodu tähtsust tervisele, noore inimese tõekspidamiste ja eluviisi kujunemisele. Võttes kokku konverentsil räägitut, andis ta sellega nagu optimistliku õpetuse, millele keskenduda ja kuhu tuleks suunata oma tähelepanu ja vahendid. Jäi kõlama mõte, et meie rahvas tervikuna ei ole haige.

Prof. Toomas Sulling märkis, et ettekannete tase ja üritus tervikuna ületasid ootused. Ta pidas niisugust konverentsi ja sellist informatsiooni koondamist vajalikuks, et avaldada mõju valitsusringkondadele ning sellega ka sotsiaal- ja tervishoiupoliitikale.

Heino-Enn Arpo

**Leukotriinid ja bronhopulmonaalne düsplaa-
sia.** Leukotriinid on arahhidoonhappe bioloogilisel aktiivsed derivaadid, mis hingamisteid ahendades osalevad tõenäoliselt bronhopulmonaalsete düsplaaaside patogeneesis. Uuriti trahhea sekreedi leukotriinide sisaldust lastel. Uuritavad olid jaotatud kolme rühma: hüaliinmembraanihaigust põdevad vastsündinud; väikelapsed, kellel bronhopulmonaalne düsplaaasia kujunes välja pärast hüaliinmembraanihaiguse sundventilatsioonravi; samaealised terved lapsed. Selgus, et bronhopulmonaalne düsplaaasiaga lastel oli trahhea sekreedi leukotriinide sisaldus statistiliselt tõepäraselt suurem kui hüaliinmembraanihaigust põdevatel vastsündinutel. Tervetel lastel trahhea sekreedis leukotriine ei esinenud. Edasised uuringud peavad selgitama leukotriinide lõpliku tähtsuse bronhopulmonaalse düsplaaasia tekkes.

Am. J. Dis. Child., 1990, 144.

EESTI NOORARSTIDE ÜHENDUS

Eesti noorarstid esindatud soliidses kogus

Indrek Oro Mart Leibur · Tallinn

30. aprillist 2. maini 1992 toimus Stockholmis Euroopa Nooremarstide Alalise Töörühmi (*Permanent Working Group of European Junior Hospital Doctors* — PWG) 33. korraline kevadkoosolek. PWG eesmärk on esindada Euroopa noorarstide seisukohti tööhõive, koolituse, töötingimuste või muul alal. PWG töökoormat kannavad oma õul erinevad töörühmad ja alakomiteed, mis koosnevad rahvusdelegatsioonide esindajatest. Plenaaristungitel võetakse vastu PWG tervishoiupoliitika seisukohad, võetakse vastu ka uusi liikmeid ning kavandatakse PWG tegevuse strateegia.

Töörühmi ja alakomiteesid oli viis: kvaliteedi tagamise (*Quality Assurance* — QA) töörühm, diplomijärgse koolituse alakomitee, meditsiinilise tööpõu alakomitee, Euroopa Ühenduse (EÜ) alakomitee ja Ida-Euroopa töörühm.

Euroopa Ühenduse alakomitee on kõige olulisem kanal, mille kaudu PWG saab mõjutada EÜ tervishoiudirektiive. 1959. aastal moodustati EÜ juurde Arstide Alaline Komitee (CP). Tegemist on siiani olnud edukalt eksisteeriva Euroopa arstlike ühenduste katusorganisatsiooniga. PWG on CP-s esindatud moodustamisest alates. 1986. aastast on PWG registreeritud Euroopa Nõukogus (EEC). Head suhted on arenenud Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni Euroopa Regionaalosakonnaga. Kasulik koostöö on ka Euroopa Üldarstide Organisatsiooni (UEMO) ja Euroopa Spetsialistide Organisatsiooniga (UEMS). Praegu on PWG-s 20 liikmesriiki, moodustades nii soliidses rahvusvahelise esinduskogu Euroopa arstide organisatsioonide hulgas. Nagu demokraat-

likule maailmale omane, on põhiliseks mõjutusvahendiks poliitilised seisukohavõtud (*policy statement*), mis esitatakse teistele organisatsioonidele. Kui näiteks UEMO leiab, et PWG poolt esitatud seisukoht on talle vastuvõetav, esitatakse sama dokument CP-le ühiseisukohana, andes nii asjale kaalu juurde. Selle «teene» eest annab PWG oma heakskiidu talle vastuvõetavale UEMO dokumendile.

Ida-Euroopa töörühm on alakomiteedest noorim. Ta moodustati mõne aasta eest. Ida-Euroopa töörühma on juhtinud Rootsi Nooremarstide Organisatsiooni president, algul Robert Leth ning nüüd Ingemar Gladh. Ida-Euroopa töörühma eesmärgiks on olnud kontaktiotsingud vabanenud Euroopa riikides ja nendega koostöö võimaluste loomine. See ei ole aga olnud lihtne, sest arstkonna organiseerimine neis riikides on alanud suhteliselt hilja ja organisatsioonide struktuurid ei ole veel tänaseni lõplikult välja kujunenud. Siinjuures on huvitav see, et Eesti on üks esimesi idabloki riike, kus on moodustatud iseseisev noorema (spetsialiseeruva) arstkonna esindus, mille PWG on täielikult aktsepteerinud. Töörühma koosolek esitas plenaaristungile taotluse kolme uue PWG liikmesriigi osas: täisliikme staatuse saamiseks Sloveeniale ja Kreekale ning vaatleja staatuse saamiseks Eestile. Plenaaristung otsustas vastuhäälteta uute liikmete poolt. Eraldi tahaks märkida seda, et Eesti Noorarstide Ühenduse liikmeks astumise dokumendid (põhikirja statuut, mis kajastab organisatsiooni töösuundi, valimismehhanismi ja liikmeskonda ning esindatuse analüüsi ja selgitusi sinna juurde) võeti edaspidiseks PWG standardiks. ENÜ taotles ainult vaatleja staatust põhjusel, et tema esindatuse näitaja on veel liialt väike ja puudub selgus olulistest organisatsioonilistes küsimustes (ENÜ esindatus EAL-i juhtorganites, suhted erialaseltsidega jne.). Vaatleja staatuses võib liige olla maksimaalselt kaks aastat.

Väga oluliseks tuleb pidada plenaaristungil rahvusdelegatsioonidele esitatud palvet välja selgitada võimalusel omal maal lühiajalise stažeerimise korraldamiseks noortele (spetsialiseeruvatele) idabloki riikide arstidele. See võiks olla oluliseks täienduseks meie praegusele üsna puudulikule spetsialistikoolituse süsteemile.

Meditsiinilise tööpõu alakomitee käsitles kahte teemaderingi: esiteks, arstide tööhõivet tööpõuturul; teiseks, töötunni defineerimisega seonduvat. Tööpõu teema on

olnud domineeriv PWG tegutsemise alg-
aastaist alates. Pisut taustast. Arstide töö-
puudus Lääne-Euroopas 1970-ndate aastate
lõpul viis PWG konverentsi korraldamiseni
meditsiinilise töäjõu planeerimise alal. Kon-
verents toimus 1982. aasta aprillis Maast-
richtis, kokku olid tulnud poliitikud, pla-
neerijad ja mitme muu eriala esindajad
leidmaks vastust küsimusele: kuidas lahen-
dada süveneva tööpuuduse probleem? Kon-
verentsist sai alguse laialdane huvi arstide
juurdevoolu ja nõudmise-pakkumise suhete
planeerimise vastu. Sellele järgnev PWG
uurimus taanlase Peter Saughman Jenseni
juhtimisel kulmineerus 31. oktoobril 1991
Firenze konverentsiga «Arstlik töäjõud
Euroopas: kas küllusest defitsiiti?». Ana-
lüüsinud aastate jooksul 15 PWG liikmes-
riigilt kogutud informatsiooni, lükkas
P. Saughman Jensen ümber müüdi «suurest
paugust», mille kohaselt tekib Euroopas
sajandi lõpuks suur töötute arstide armee.
1960-ndatel ja 1970-ndate aastate esimesel
poolel suurenes arstide arv Lääne-Euroopas
plahvatuslikult. Järsk pööre arstide juurde-
voolus toimub varsti pärast sajandivahetust.
Võimalik, et ametist lahkuvate arstide arv
ületab mitmes Lääne-Euroopa riigis ametis-
se saabuvate arstide arvu.

Mõnevõrra erinevad protsessid toimu-
vad arstide töäjõuturul Ida-Euroopa riik-
ides, sealhulgas Baltimaades. Senine põh-
jendamatult suur arstide tootmine
ja kiiresti tekkinud vajadus arstikohti
limiteerida viivad järsule tööpuuduse teke-
le ja selle kiirele süvenemisele. See
omakorda võib vallandada märkimis-
väärse migratsiooni. PWG plenaaristung
pidas vajalikuks seda olukorda arvestades
moodustada migratsioonitöörühma, kes hak-
kaks neid protsesse põhjalikumalt uurima.
Informatsiooni vahetamine Ida-Euroopa
arstide organisatsioonidega oli üks eesmär-
ke, miks ENÜ üritas selle aasta aprillis
korraldada konverentsi «Arstide organisat-
sioonid Ida-Euroopa riikides», kuid mis osa-
võtjate puudumise tõttu kujunes ümarlaua-
kohtumiseks Eesti Arstide Liidu ja Läti
Arstide Liidu vahel. Käesoleva aasta lõpuks
on Eestis prognoositud töötute arstide ar-
vuks 300... 500 ja sajandivahetuseks kuni
900. Käesoleva aasta lõpuks on Lätis pro-
gnooside kohaselt töötuid arste kuni 1000 ja
1993. aasta lõpuks kaks korda rohkem. Eesti
esindajad esitasid sellekohase informatsiooni
ka PWG plenaaristungile. Arvestades olu-
korra kriitilisust Baltimaades ja vajadust
aktiivselt tegelda sellega, lubasid kolleegid
Läti Arstide Liidust veel sel aastal kokku

kutsuda Baltimaade arstide liitude koosole-
ku Riias, kus muu hulgas tuleks arutlusele
ka meditsiinidemograafia. ENÜ võttis ko-
hustuseks koostada küsimustiku saamaks
ülevaadet olukorrast Baltimaade arstide töö-
jõuturul ning prognoositavatest muutustest
selles. See uurimus haakuks ka PWG töäjõu
alacomitee tegevusega.

Töäjõu alakomitee koosolekul analüüsiti
ka tööaja defineerimist puudutava küsimus-
tiku tulemusi. Küsimustiku eesmärgiks oli
koguda informatsiooni, kuidas arvestada
tööaega, valvets ja koduvalvets oldud
aega ning töökoormuse võimalikku jaotu-
must erialade järgi. Peaaegu kõikides maa-
des peetakse tööajaks töökohal veedetud
aega. Väljakutse puhul koduvalve ajal arva-
vad tööle minekuks ja sealt tulekuks kulu-
vat aega tööajana ainult pooled küsimusti-
kule vastanud maad. Riigipühad ja püha-
päev kuuluvad kompenseerimisele ajas või
lisatasuna. Töö intensiivsuse eristamist val-
vete ajal erialast lähtuvalt, rakendades nn.
intensiivsusiindeksit, PWG liikmesriikides
üldiselt ei kasutata. Lähitulevikus hakatakse
nõudma koduvalves tööle minekuks ja sealt
tulekuks kuluva aja arvamist tööaja hulka.
Mitu riiki tegi ettepaneku vähendada nädala
töötundide arvu (Austrias 56 tunnile, Iiri-
maal 65 ning Portugalis 44 tunnile nädal-
las). Tehti ka ettepanekuid ületunnitöö
kompenseerimiseks, seda peamiselt vaba
ajana.

Alakomitees arutatud teiseks huvitavaks
dokumendiks oli Euroopa Ühenduse direkti-
iivi projekt, mis sätestab tööajaga seondu-
vad mõisted: tööaja mõiste, öötöö ja selle
kestus, iga-aastane korraline puhkus, puh-
kus nädala vältel, vaheajad päevatöö kestel,
tervisekontrolli pausid. EÜ direktiivi koha-
selt arvatakse tööaja hulka töökohal, töö-
andja käsutuses oldud ning oma kohustuste
täitmiseks kulunud aeg. Öötundideks arva-
takse vähemalt 7 tundi, mis on täp-
semalt defineeritud rahvusliku seadus-
andlusega, kuid mis peavad hõlmama aja-
vahemikku 24.00 kuni 5.00. Töötajate-
le peab võimaldatama puhkust 24 tunni
jooksul 11 järjestikuse tunni ulatuses.
Iga-aastase korralise puhkuse pikkuse-
na on fikseeritud 4 nädalat ning seda
ei saa asendada rahalise kompensatsiooniga.
Selle dokumendi sätteid laienevad kõigile
EÜ töövõtjatele, seega ka nooremarstidele.
PWG märkis, et nooremarstidele peavad
laienema kõik dokumendis toodud õigused
ja kaitsemehhanismid, mis töötingimuste
aspektist tagavad nendele teiste Euroopa
töövõtjatega võrdsed õigused.

Kvaliteedi tagamise (QA) alakomiteed juhatas Sharon Binyon Inglismaa Noorem-
arstide Organisatsioonist, kes oli ette valmis-
tanud ka asjakohase küsimustiku eesmärgi-
ga piiritleda selle raskesti tõlgendatava
mõiste sisu ning selgitada, missuguses vorm-
is ja mahus toimub kvaliteedi tagamine
PWG liikmesriikides. Selle termini all mõis-
tetakse tervishoiu kvaliteedi süstemaatilist
ja kriitilist analüüsi, mis hõlmab diagnoosi-
mis- ja ravimeetodeid, ressursside kasuta-
mist ning patsientide jaoks saavutatud tule-
must. Selline termini määratlus võeti vastu
PWG sügiskoosolekul Firenzes, seega on püs-
titatud probleem ning selle uurimise metoo-
dika veel väga värske ja kohati piiritlemata.
Küsimustikus pakuti QA-meetoditena välja
haigusjuhtude ja haiguslugude arutelu ning
statistikaandmete analüüsi. Tuli vastata, kui
palju aega kulutatakse kvaliteedi tagami-
seks ning kas see toimub tavalise töö-
aja sees, kui suur koormus selle etteval-
mistamisel ja läbiviimisel langeb noorem-
arstidele ning kas on erinevusi kvaliteedi
tagamises erialade ja haiglate lõikes. Tuli
märkida, kas kvaliteedi tagamise protsess on
omaalgatuslik või mingi institutsiooni ette-
kirjutus ning kas eksisteerib mingit kont-
rollisüsteemi selle protsessi üle. Et probleem
on piisavalt uus, siis võib küsitluse tule-
muste analüüsi oodata alles järgmisel PWG
koosolekul käesoleva aasta sügisel.

Diplomijärgse koolitusega tegelevas ala-
komitees arutati kolme järgmist teemat:
diplomijärgse koolituse erinevuste uurimine
ja võrdlemine PWG liikmesriikides, spets-
ialistide koolituse põhimõtted Euroopa
Ühenduse riikides ning üldarstide erialane
koolitus. Koolitusprogrammide võrdlemise
eesmärgil oli PWG Firenze sügiskoosolekul
vaatluse all kaks uurimust, esimene neist
käsitles spetsialistieksameid eri riikides.
Selgus, et PWG liikmesriikide osas on pilt
väga erinev. Nii on spetsialistieksamid
kohustuslikud 13 riigis. Kuues riigis (Aust-
ria, Taani, Norra, Island, Hispaania ja Root-
si) spetsialistieksameid ei rakendata. Riiki-
des, kus eksameid rakendatakse, toimub
eksamineerimine valdavalt koolituse lõpus.
Hollandis, Inglismaal ja Iirimaal toimuvad
aga eksamid koolitusprogrammi kestel. Mis
eksamineerimise vormi puutub, siis on eri-
nevused väga suured. Alaspetsiaalsustes
rakendatakse eksameid kuues riigis — Soomes,
Saksamaal, Portugalis, Inglismaal,
Iisraelis ja Lätis. Kaks viimati nimetatut
PWG liikmesriikide hulka siiski ei kuulu.
Kuues riigis rakendatakse ka vabatahtlikke

eksameid. PWG on arvamusel, et eksamid
ei ole adekvaatne arsti teadmiste hindamise
viis ning nad on väljendanud oma vastu-
seisu eksamite suhtes. See küsimus kerkib
kindlasti üles arstide migreerimisel Euroo-
pa Ühenduse piires ning PWG leiab, et
arstide erialase kompetentsuse tagamise
teeks on koolitusprogrammide ühtlusta-
mine.

Teine diplomijärgse koolituse alane uuri-
mus käsitles kirurgiaalast koolitust. Igas
riigis küsitleti 20 nooremarsti, kes peavad
päevikut ja registreerivad oma tegevuse
iga tunni jooksul ühe nädala vältel. Et
koolitusprogrammid on küllalt erinevad, oli
materjal jaotatud kahte gruppi: eriala-
koolitus 2...3 aastat ja koolitus kestusega
7...8 aastat. Uurimuse tulemustest selgus,
et operatsioonide tehti nädalas keskmiselt 5
(arvesse on võetud ainult raskemad ja kes-
mise raskusega operatsioonid). Taanis oli see
näitaja 4,4 ja Inglismaal 10. Ise on soorita-
tud operatsioonid 1,1...2,0, assisteeritud
on keskmiselt 3,4 operatsioonil nädalas. Kir-
urgiaalast koolitust saavad arstid keskmis-
selt 7,8 päeva aastast teaduskonverentsidel.
Selle aja eest oli makstud 80% ulatuses.
Töötundide arv nädalas oli näiteks Taanis
55, Šveitsis 78 ja Inglismaal 82. Arstid
andisid ka hinnangu kümnepallisüsteemis
erialase koolituse juhendamisele, haigusjuh-
tude arvule, koolitusprogrammide ja kirur-
gilisele aktiivsusele. Peamiste puudustena
tõid nooremarstid esile rutiinse töö rohkust
ja mõnes riigis ka juhendamise puudu-
likkust.

Spetsialistide koolituse süsteemi koos-
kõlastamine Euroopa Ühenduse raames kuu-
lub Euroopa Spetsialistide Organisatsiooni
(UEMS) kompetentsi. PWG kevadkoosole-
kul arutati UEMS-i poolt esitatud spetsia-
listide koolituse põhikirja (*Charter on
Training of Medical Specialists*) projekti.
UEMS-i peamiseks ülesandeks on spetsialis-
tide koolituse ühtlustamine ja parandamine
Euroopa Ühenduse riikides, samuti nõus-
tada EEC-d tervishoiupoliitika-alastes küsi-
mustes. EEC on UEMS-ile ülesandeks teinud
koostada põhikiri, milles peale minimaal-
sete kvaliteedinõuete, mis on rahuldatud
pea igal maal, fikseeritaks ka optimaalsed
nõudmised, garanteerides seega spetsialis-
tide optimaalse taseme tuleval sajandil. Nii
luuakse ka eesmärk mitmele regioonile,
kus spetsialistide koolituse tase veel ei vasta
Euroopa Ühenduses kehtestatud standar-
dile. Spetsialistide koolituse põhikirja pro-
jekti üldosa määratleb põhimõisted, kooli-
tuses osalevad institutsioonid, kvaliteedi

kontrolli teed, spetsialistide registri küsimuse, koolituse välismaal, koolituse kestuse. Eesti arstide diplomijärgse koolituse süsteemi loomisel oleks kasulik selle dokumendiga tutvuda.

Alates 1986. aastast on Euroopa Ühenduse riikides rakendatud kaheaastast üldarstide erialast koolitust, mis praeguseks on enamikus riikides muutunud kolmeaastaseks koolitusprogrammiks. Üldarstide koolituse reguleerimine Euroopa Ühenduses kuulub Euroopa Üldarstide Organisatsiooni (UEMO) kompetentsi. UEMO aruandes rõhutati üldarstide kui spetsialistide osatähtsuse suurenemist ja järjest suurenevat vajadust nende süvendatud koolituse järele. Näiteks on Taanis kehtestatud 60-kuuline üldarstide koolitusprogramm. Esimesed 18 kuud on ühised kõikidele ülikooli lõpetanutele, järgnevad 36 kuud moodustavad üldarsti spetsiaalse koolituse programmi: 6 kuud kirurgia-, 12 kuud sisehaiguste-, 6 kuud günekoloogia-, 3 kuud psühhiaatria-alast ettevalmistust ning 9 kuud koolitust osakonnas arsti enda vabal valikul. Programmi kuuluvad ka 6 kuud üldpraksist ning 150 tundi teoreetilist ettevalmistust.

Paljudel refereeritud dokumentidel on suur tähtsus ka Eesti loodava arstide koolitussüsteemi ja areneva tervishoiu kujundamisel. ENÜ nimel väljendame valmisolekut edastada seda informatsiooni kõigile huvitatuile.

*Eesti Onkoloogiakeskus
Tallinna Pelgulinna
Haigla*

Kiiritamine lapseas ja hüperparatüreoidism. Ameerika radioloogide uuringute tulemused hoiatavad, et nendel inimestel, kellel lapseas on ravi eesmärgil kiiritatud pea ja kaela piirkonda, võivad kahjustuda paratüreoidnäärmed. Selle tagajärjel võib hilisemas elueas kujuneda välja hüperparatüreoidism.

JAMA, 1990, 264.

Sünnitusabi korraldus Taanis

Ivo Saarma · Tallinn

Viibisin koos Tartu Ülikooli Naistekliiniku arsti T. Rauaga kahenädalasel täienduskursusel Kopenhaageni Ülikooli Herlevi Haiglas. Sõit sai võimalikuks Kopenhaageni Ülikooli Herlevi Haigla igakülgsele kaasabil, kontakti saime Eesti Noorarstide Ühenduse kaudu.

Täiendusele sõites ei olnud meil veel selget ettekujutust Taani arstiabikorraldusest. Lühikese aja jooksul võisime veenduda, et sealne sünnitus- ja günekoloogiline abi süsteem on nii mõneski mõttes omalaadne ja tase väga kõrge.

25-korruseline Herlevi Haigla üllatas oma suurejoonelisusega, üllatas ka haigla materiaaltehniline varustatus. Patsientidele mõeldud ruumid on mugavad ja kodulähedased, ära ei ole unustatud ka personali. Haigla sisekujundus erineb meie haiglate sisekujundusest tunduvalt. Torkab silma ruumide värvikirevus, samal ajal on värvid kokku sulatatud nii, et kõik see ei mõju häirivalt, hoopis aitab luua rõõmsa meeleolu. Haiglal on kadestusväärne raamatukogu erialakirjandusega, mis loob eeldused teadustöö tegemiseks ja enesetäiendamiseks. Sünnitusabihaigla on inimkeskne ja kõrgel professionaalsel tasemel. Sünnituse arstide arv on 2300±200 ja keisrilõikeid 12%, perinataalne suremus 5,4%. Enneaegse sünnituse kriteeriumiks on 24. rasedusnädal, enne seda peetakse raseduse katkemist abortiks. Rõhutati, et see on eetikaküsimus, mille üle vaidlused kogu maailmas jätkuvad. Samal ajal tuleb järele mõelda selle üle, kas meedikutel on õigus lasta sündida invaliididel, sest hilisemad uuringud on näidanud, et enamik 500 grammi kaaluvaid lapsi, kes on ellu jäänud, on nõrgestatud organismiga.

24. rasedusnädalast alates toimuvad sünnitused sünnitusplokis, kuid sünnituse juhtimise taktika on passiivne ja äraootav. Alles 26. rasedusnädalast hakatakse loodet aktiivselt abistama: tehakse loote kopsude profülaktiline ettevalmistus ja muud. Väga suurt tähelepanu pööratakse sünnituse psühholoogilistele aspektidele.

2/3 sünnitustest on peresünnitused. Ebataoline on see, kui naine tuleb sünnitus-

majja ilma abikaasata (lapse isata). Tegelikult on juurdepääs sünnitaja juurde tagatud kõikidele lähedastele inimestele, keda naine näha soovib. Sünnituse, sealhulgas keisrilõike juurde lubatakse ainult lapse isa. Vastupidi meie arusaamale ei ole see probleeme tekitanud. Perekonnaliikmete juuresolek, võimalus nendega suhelda ja nõu pidada mõjutavad soodsalt sünnituse kulgu. Pärast nende printsiipide rakendamist on vähenenud epiduraalanesteesia ja keisrilõiget soovijate arv. Epiduraalanesteesiaga sünnitab praegu 3% naistest, varem oli see arv 2...3 korda suurem. Enamik naisi soovib sünnitusega ise hakkama saada ja on sünnituse ajal väga aktiivsed, mistõttu meditsiinilist vahelesegamist on vähem. Personal valdab suurepäraselt alternatiivse sünnitusabi põhimõtteid ja oskab naist suunata ja abistada. 1/3 naistest valib sünnitamiseks mingi muu asendi peale selili sünnitamise. Abistamine neis asendites min-geid raskusi ei valmista.

Sünnitustubade sisustus on meie omast erinev. Seal võis näha kaheinimesevoodeid, «hernekotte», vesimadratseid, kiiktoole, järeisid ja isegi varbseina. Sünnitajatele ja nende pereliikmetele on puhketuba, kus võib kohvi keeta ja isegi toitu soojendada. Erinevates värvitoonides ruumide seintel ripuvad peeglid ja pildid. Olemas on kogu nüüdisaegne meditsiiniaparatuur, mida võib sünnitamisel vaja minna. Sünnituse ajal kasutatakse küllalt tihti loote toonide monitoorset jälgimist ja vastündinute seisundi hindamiseks tehakse vere pH uuring, kui see osutub vajalikuks. Rõhutati, et sünnitajat ei tohi muuta aparaatidega ühendatud objektiks, vaid monitoorse jälgimise vajalikkus otsustatakse iga sünnitaja kohta eraldi.

Normaalse sünnitusega tegelevad üksnes väga hea erialaettevalmistuse saanud ämmaemandad. Nad on oma eriala entusiastid, kes lähenevad sünnitusele loominguliselt. Nad valdavad hästi psühhoprofülaktilikameetodeid. Ämmaemandate ettevalmistamisele pööratakse suurt tähelepanu, kusjuures sealne õppesüsteem ei ole võrreldav meie omaga.

Naisel lubatakse koju minna kuus tundi pärast sünnitust. Normaalse sünnituse korral lähtutakse haiglast väljakirjutamisel üldiselt naise soovist. Abikaasal on võimalus ööbida koos naisega sünnitusmajas ja lahku- da üheskoos järgmisel päeval. Nendel juh- tudel külastatakse emasid kodus 3. ja 6.,

vahel ka 10. sünnitusjärgsel päeval. Pärast sünnitust ei tule kõne allagi, et ema ja vastündinu oleksid eraldi palatites, välja arvatud juhud, kui seisund seda nõuab. Ema- dele, kes kurdavad väsimust, tehakse selgeks, kui vajalik on lapsega kokkujäämine. Väide- ti, et sidemete «ema ja laps» tekkimist vara- jasel sünnitusjärgsel perioodil ei tohi ala- hinnata. Ka spetsialiseeritud neonatoloogia- osakonnas intensiivravi vajavatele ja ala- kaalulistele (500...1000 g) võimaldati olla koos emaga. Väga populaarne on nn. kangurumeetod. Rõhutati, et see on vajalik tingimus nn. sügavalt enneaegsetele lastele kaalus juurdevõtmiseks. Nimetatud osakon- nas jääb 700 grammi kaaluvatest lastest elama 70...80%. Suurt tähelepanu pööratakse rinnapiimaga toitmisele. Taanis on vaid 3% emasid, kes ei soovi oma last imetada. Selle- alane selgitustöö on põhjalik ja läbi mõel- dud.

Arvestades, kui avatud on Taani sünnitus- majad, võiks arvata, et neil on probleeme sünnitusjärgsete septiliste tüsistuste ja haiglasisesse infektsiooniga. Nii see siiski ei ole. Septilisi tüsistusi on harva. Väideti, et tuleb kinni pidada 3...4 olulisest print- siibist: isiklik hügieen, hoidumine üle- majutamisest, personali käte hügieen, ma- terjali steriilsus. Materjal on valdavalt ühe- kordseks kasutamiseks. Desinfitseerivate la- huste kasutamisest loobuti seal 7 aastat ta- gasi. Tähtis on vaid sooja vee ja seebi olemasolu... See peaks pakkuma mõtlemis- ainet meilegi.

Selge on see, et selline sünnitusabi korraldus ja põhimõtete järgimine nõuavad väga head ambulatoorset süsteemi. Meile selgitati, et see tuleb palju odavam kui haiglaravi ja on inimesele psühholoogiliselt vastuvõetavam. Viimane mõjutab ka ravi tulemust. Ambulatooriumid (perearstikabi- netid) on varustatud kõige vajaliku- ga (antenataalse diagnostika aparaat, labora- toorium). Terveid rasedaid jälgivad ämma- emandad ja perearst ning 1...2 korda külastab rase ka günekoloog. Riskirühm käib erialaspetsialisti juures sagedamini. Rutiinsete analüüside arv on väiksem kui meil ja selle suurendamist ei peeta vaja- likuks. Raseduse ajal selgitatakse välja riski- rühmad ja koostatakse sünnituse juhtimise plaan. Rasedusega seotud haiguste ilmne- misel eelistatakse ambulatoorset ravi. Neil spetsialiseeritud raseduspatoloogiaosakondi ei ole, vajaduse korral hospitaliseeritakse rase günekoloogia- või sünnitusjärgsesse osakonda.

Suurt rõhku pannakse sünnituseks ettevalmistusele. Tundus, et ka Taani naiste eelteadmised on meie naiste eelteadmistest paremad, sest koolis suhtutakse perekonnaõpetusse tõsiselt. Näiteks räägitakse kontratseptsioonist juba 10-aastastele (aborte ja sünnitusi 1:4). Vastuvõtu ajal pöörab arst suurt tähelepanu haiguse olemuse selgitamisele ning küsib alati naise arvamust ja soovi. Vastastikust mittemõistmist ja konflikte tuleb ette väga harva. Tõsi on, et arstil on piisavalt aega, bürokraatliku pa-berimajandusega puutuvad nad vähem kokku. Üle 2/3 vastuvõtuajast kasutatakse patsiendiga suhlemiseks. Meid ei mõistetud, kui ütlesime, et meie arstil ei ole sekretäri.

Taanis külastasime ka günekoloogiaosakondi ja võtsime osa operatsioonidest. Väga huvitav oli näha katseklaasis (*in vitro*) viljastamise laboratooriumi. Viljatust ravitakse Herlevi Haiglas väga heal tasemel ja tulemused vastavad maailma näitajatele. Huvitav oli tutvuda günekoloogiliste paha-loomuliste kasvajate ravi süsteemiga, mis meie omast erineb. Arvan, et meil on Taani meditsiinilt ja nende kogemustest mõndagi õppida.

Nõmme Naistehaigla

Naatriumi ja kaaliumi mõju laste arteriaalsele rõhule. Hollandis korraldatud uurimise käigus jälgiti 5...17-aastasi lapsi keskmiselt seitsme aasta jooksul. Uurimise eesmärk oli selgitada arteriaalse rõhu tõusu sõltuvust naatriumi- ja kaaliumisisaldusest organismis. Tulemustest selgus, et naatriumi tarbimise ja arteriaalse rõhu muutuste vahel märkimisväärne seos puudus. Küll oli aga süstoolne rõhk madalam suurema kaaliumi tarbimise korral. Diastoolse rõhu väärtused ei korreleerunud kummagi elektrolüüdi tarbimisega. Süstoolse rõhu tõus oli suurem sel juhul, kui naatriumi-kaaliumi suhe oli suurenenud. Järelikult on kaaliumisisaldus ja naatriumi-kaaliumi sisalduse suhe toidus seotud arteriaalse rõhu tõusuga lapseas ning see võib olla tähtis primaarse hüpertoonia patogeneesis.

Br. Med. J., 1990, 300.

VÄLISMAALT

Külas Turu Ülikooli viroloogidel

10...16. maini 1992 viibis allakirjutanu Turu Ülikooli viroloogiaosakonnas prof. Aimo Salmi kutsel.

Turu Ülikoolis õpetatakse viroloogiat tulevastele raviarstidele, stomatoloogidele ja bioloogidele. Osakonnas käib vilgas teadustöö. Õpetatakse välja ka laborante ning seal toimub viirusnakkuste laboratoorne diagnoosimine raviasutuste tarvis. Diagnoositakse üle 30 viirusnakkuse, sealhulgas klamüüdia- ja mükoplasmanakkusi. Kasutatakse diagnostilist kompuutersüsteemi.

Viirusnakkuste laboratoorse diagnoosimisega tegelevad laborandid. Uurimismaterjali töödeldakse eeskirjade järgi, mis asuvad pildi- või sõnavormis laua kohal seinal. Sinna on paigutatud ka tööks tarvis minev muu informatsioon. Uuringute vastused loetakse ja fikseeritakse peamiselt aparatuuri abil.

Laborantide iseseisev töö näitab ühelt poolt nende kõrget kvalifikatsiooni ja teiselt poolt arsti ning laborandi funktsioonide selget piiritlemist. Viimast peegeldab omalaadselt humoriga kirjutis seinal, mis vabas tõlkes kõlaks umbes nii: kui meie töös oleks tsipakenegi lõbu, teeksid härrad seda ise. Selgituseks: laborandid on naised, õppejõud peamiselt mehed.

Osakonna koridoris on kõigile kasutamiseks paljundusaparaat ja kapp osakonna õppejõudude teadustööde sepaaraatidega. Igaüks võib nendega tutvuda ja soovi korral kaasa võtta.

Töötatakse liikuva graafiku järgi nii, et tööle võib tulla kella kuuest kümneni ja lahkuda kella kahest kuueni. Iga päev kella poole ühe paiku on ühine kohvijoomine, kusjuures seda aega kasutatakse ka informatsiooni edastamiseks, reisimuljete jagamiseks või teadustöö esitamiseks.

Et viimastel aastatel on Soome majanduslik olukord halvenenud, on vähenenud ülikooli viroloogialaborisse suunatava uurimismaterjali hulk. Tundub, et ökonoomsus ei ole seal kampaania, vaid elamistava. Just tänu ökonoomsusele luuakse ühiskonnas rohkem püsiväärtusi. Et ka teadustöö tulemus on üks ühiskonna väärtusi, siis ei avaldu ökonoomsus mitte uurimissuundade või tööde vähendamises, vaid nende realiseerimises.

Üks silmapaistvamaid viroloogiaosakonna uurimissuundi on uurimismeetodite väljatöötamine ja täiustamine. Ka siin on eesmärgiks ökonoomsus: meetod peab olema lihtne ja odav ning andma kiiresti vastuse. Uurimismeetodi ökonoomsus avaldub ka selles, et uuringud teeb laborant, mitte kõrgepalgaline õppejõud.

Turu Ülikoolis ei vastandata laboratoorsest diagnoosimisest uurimistööle. Viirusnakkusi käsitlev uurimistöö saab lähtuda selle nakkuse laboratoorsest diagnoosimisest, mis võib ka ise olla uurimisobjektiks. Osakonna kallis aparatuur on ka raviautuste tarvis, millest saab tulu, sest uuringud on tasulised, ning ühtlasi saabub laborisse pidevalt väärtuslikku uurimismaterjali. See säilitatakse ja seda kasutatakse hiljem katsetes. Viirusnakkuste laboratoorse diagnoosimisega tegelevad Soomes ka teiste ülikoolide viroloogialaborid. Ilmselt on ökonoomsem kasutada üht ja sama kallist materiaalselt baasi mitmel eesmärgil (õppetöö, teadustöö, laboratoorne diagnoosimine), kui igaühele luua oma materiaalne baas.

Uurimistööde osas uuringute arvu ülemäärana ei paisutata, vaid, vastupidi, püütakse leida nende optimaalne kogus, sest arvestatakse, et iga uuring maksab.

Samal ajal uuringute arvu ratsionaalne vähendamine kiirendab küsimuste lahendamist, millega seoses probleemi uurimine tervikuna intensiivistub ja tulemuste hulk suureneb.

Soomlased pööravad suurt tähelepanu õige meeskonna valikule. Suhteliselt väikese, kuid eduka kollektiivi moodustamisel arvestatakse analoogset põhimõtet, mida kunagi väljendas prof. Harald Keres: kümme pead üksteise kõrval pole ju seesama, mis üks pea kümnekordse mõistusega. Õppejõud on oma alal suurte teadmistega hea võõrkeeleoskusega aktiivse mõtte-
tööga isiksus. Ilmselt on andekate entusiastide olemasolul ka väikeses riigis võimalik mitmeid uurimissuundi edukalt viljelda.

Kokku võttes võib öelda, et külas käik Turu Ülikooli viroloogiaosakonda oli väga huvitav ja õpetlik. Kui võis eeldada seal kõrgetasemelist uurimistehnikat, eeskujulikku sisustust ja head töökorraldust, siis olid üllatuseks erakordne sõbralikkus, abivalmidus ja väga head suhted osakonnas.

Kiira Subi

ARSTIDE SELTSIDES

Eesti Tervisekaitse Seltsi 25. aastapäev. Sanitaarteenistuse keskastme meditsiinitöötajate organisatsiooni asutamise mõtte algatajateks olid O. Tamm, A. Aava ja L. Laurits.

Tartu linna ning rajooni sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töötajaid moodustati 1965. aastal korraldusrühm, kuhu kuulusid J. Matsalu, L. Teder, J. Vares ja E. Eiber.

Vastavalt toleleaesge tervishoiuministri käskkirjale kogunesid 9. oktoobril 1965 Tartu Tervishoiutöötajate Majja üheksa Lõuna-Eesti piirkonna sanitaar- ja epidemioloogiajaama töötajad. Sellel esimesel kokkutulekul esitati 15 ettekannet ja valiti 14-liikmeline korraldusnõukogu. Nõukogu esimeheks valiti J. Matsalu ja juhendajateks H. Kreek ning L. Laurits.

Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam korraldas 1966. aastal teise kokkutuleku, milles osales 138 inimest. Sellel kokkutulekul otsustati kinnitada senine nõukogu Lõuna-Eesti juhatuses. Lõuna-Eesti Nõukogu piirkonna liikmete arv oli siis 187.

Analoogselt Lõuna-Eesti Nõukoguga moodustati Tallinnas 25. ja 26. märtsil 1966 Põhja-Eesti Nõukogu.

Lõuna- ja Põhja-Eesti nõukogu töö paremaks koordineerimiseks ja juhtimiseks korraldas Rakvere Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama tollane peaarst U. Vagur koos O. Obersneideri, H. Luige ja teistega kogu Eesti sanitaarteenistuse keskastme meditsiinitöötajate esindajate konverentsi. See toimus 10. juunil 1967. aastal Võsul, kus asutati uus tervishoiuvaland organisatsioon, esimene omalaadne Nõukogude Liidu — Eesti NSV Sanitaar- ja Epidemioloogiasteenistuse Keskastme Meditsiinitöötajate Vabariiklik Selts. Kinnitati seltsi põhikiri ja valiti juhatus eesotsas H. Kirdiga.

Seltsi põhikirjas on öeldud, et seltsi ülesandeks on osutada kaasabi tervishoiuorganitele elanikkonna hügieeniliste elu-, töö- ja puhketingimuste parandamisel, nakkushai-

guste vähendamisel ja uute nüüdisaegsete sanitaar- ja epidemioloogiaalaste meetodite kasutusele võtmisel. Ülesanne on kaasa aidata seltsi liikmete erialase kvalifikatsiooni tõstmisele ja liikmete atesteerimisele, kogemuste vahetamisele nii kodu- kui ka välismaa kolleegidega ning kultuurharidusliku töö viljelemisele.

Seltsi komiteed korraldavad järjekorras kohapeal konverentse. 25 aasta jooksul on peetud 38 praktilis-teoreetilist konverentsi, kus on kuulatud 486 ettekannet. Konverentsidest on osa võtnud 5857 inimest. Seltsi korraldatud üritused, nagu tööalased nõupidamised, konverentsid, ekskursioonid, on aidanud liita Eesti sanitaar- ja epidemioloogiasteenistuse keskastme meditsiinitöötajaid. Need on aidanud lahendada praktilisi tööülesandeid, rikastades töötajate erialateadmisi, sõlmida ja tugevdada nii isiklikke kui ka komiteedevahelisi sõprussidemeid.

Meie konverentsidest võtab alati osa ka tervisekaitsetalituste arste, mis viitab ettekannete aktuaalsusele ja sisukusele. Vabariiklikel erialakonkurssidel on võimalik võrrelda oma teoreetilisi teadmisi ja praktilise töö kogemusi teiste asutuste kolleegide omaga. Möödunud aastate jooksul oleme ekskursioonidel tutvunud kauni looduse ja huvitavate kultuuri- ning ajalooliste paikadega nii Eestis kui ka mujal.

Tartu konverents

1967

1992



Oleme sõlminud sõprussidemed kolleegidega Tampere Töötervishoiu Liidust, vahetanud vastastikku spetsialiste, tutvunud üksteise tööga. Korduvalt oleme ka kohtunud töökaaslastega Venemaalt ja Leedust, tutvustanud neile meie seltsi tegevust.

Seltsil on hoiuarve pangas ja sümboolika. Seltsi lipp ja rahvuslipp pühitseti XXXVI konverentsil 24. augustil 1990. aastal Võru Katariina kirikus.

Aeg läheb edasi ja ka meie peame minema edasi tegusalt ja targalt. Ükski tähtpäev ei seostu ainult minevikuga ja parim viis juubelit tähistada on keskenduda tulevikule.

Möödunud aastate jooksul on seltsi elus palju muutunud. Vahetunud on liikmete koosseis — osa on siirdunud teisele tööle või jäänud pensionile, on toonela teele lahkunud, juurde on tulnud uusi liikmeid, kuid Lõuna-Eesti sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töötajate poolt aluse saanud Eesti Tervisekaitse Selts elab edasi meie teguderohkes tänapäevas.

Ühisel nõul ja jõul muudame oma seltsi töö kasulikuks ja huvitavaks kõigile.

*Puhas olgu me Eesti
maa, vesi ja õhk!*

Kalju Nestrik

Eesti Manuaalse Meditsiini Selts, millesse kuulub manuaalteraapiaga tegelevaid mitme eriala arste, registreeriti 1992. aasta jaanuaris. Seltsi tegevuse peamine eesmärk on manuaalteraapiaga tegelevate arstide organisatsiooniline ühendamine ja neile võimaluste loomine oskuste ja teadmiste arendamiseks. Tegevusvaldkondadest tuleks mainida manuaalse meditsiini propageerimist kogu rahva, sealhulgas meedikute seas, erialase teabe kogumist, levitamist ja interpreteerimist oma liikmeskonnas ja koostöö arendamist teiste riikide samalaadsete organisatsioonidega. Seltsi liikmete arv on järjest suurenenud.

Tõsiasi, millega tuleb arvestada, on manuaalse meditsiini suhteline uudsus Eestis. Spetsialiste, kes on võimelised manuaalterapeutilist abi andma, on veel vähe ja nende ettevalmistus küllaltki erinev. Enamik tugi- ja liikumisaparaadi funktsioonihäirega haigeid, kes võiks tõhusat abi saada manuaalterapeutilt, nendeni ei jõua.

Kliiniline praktika näitab, et nii neuroloogid, terapeudid, traumatoloog-ortopeedid kui ka günekoloogid, kelle poole sagedamini selja-, liigese- ja lihasevalude tõttu pöörduakse, ei tunne küllaldaselt funktsionaalset anatoomiat, lihaskonna biomehaanikat (kinesioloogiat) ega luude ja liigete hindamise tehnikat. Seetõttu suunatakse tugi- ja liikumisaparaadi vaevustega patsiente ühe spetsialisti juurest teise juurde ja viimases hädas otsitakse abi imearstidelt või tegeldakse iseravimisega. Samas ei saa manuaalteraapiat valdav arst neuroloogi, terapeudi või mõne muu eriala spetsialistina oma vastuvõtu raames manuaalse meditsiiniga tegelda, sest see nõuab enam aega, kui tavaline vastuvõtt seda võimaldab. Polikliinikutes ei ole legaalselt manuaalterapeutilist vastuvõttu sel lihtsal põhjusel, et nomenklatuurse erialana manuaalteraapiat meil ametlikult ei tunnustata, seda peetakse vaid üheks abianndmise meetodiks.

Analoogne situatsioon ja vaidlused manuaalteraapia kui meetodi või eriala ümber tekkisid näiteks 1955. aastal Lääne-Saksamaal ortopeedide seltsi kongressil. Diskussioonid jätkusid hiljemgi ja lõppesid manuaalteraapia kui eriala täieliku tunnustamisega. Peale Saksamaa koolitatakse manuaalterapeute Inglismaal, Prantsusmaal, Austrias, Rootsis, Tšehhis ja Slovaki Liitvabariigis, Itaalias ja mujal. Üle 20 riigi on koondunud Rahvusvahelisse Manuaalse Meditsiini Föderatsiooni (FIMM), mis moodustati 1968. aastal.

Manuaalteraapia kinnitamisega arstlikuks erialaks Eestis võidab eelkõige suur hulk seni abita jäänud patsiente. Ühtlasi võimaldab see täiendada arstide oskusi ja teadmisi ning korrastada selle eriala arstide litsentseerimist. Eesti Manuaalse Meditsiini Selts on valmis omalt poolt igati kaasa aitama arstide väljaõppe korraldamisel ja peab vajalikuks manuaalteraapia erialal anda väljeraldi litsentse, mille aluseks oleks seltsi soovitus. See väldiks juhuslike entusiastide tegutsemise võimalikke komplikatsioone, oleks kooskõlas patsiendi õigustega saada kvalifitseeritud arstiabi ja avaldaks soodsat mõju meie meditsiini arengule.

Andrus Lipand

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 616-002.73(474.2)(091)

Kuuda Leprosorium 95-aastane

Anne Sarv · Tallinn

pidalitöbi, Eesti, Kuuda Leprosorium

Eestis on pidalitöbe esinenud sajan-deid. Kaugetest aegadest tänapäevani on säilinud nii töbi ise kui ka suur inimlik hirm selle ees. Nendest probleemidest on väga ilmekalt kirjutanud Aadu Hint ja teised meie kirjanikud.

Pidalitöbi jõudis Eestisse ristirüütlite ja kaubateede kaudu. XIII sajandil oli meie maal palju leepravendade majasid (*domus fratrum leprosororum*), mis asusid peamiselt kirikute kui heategevate asutuste juures. Esimene nimeliselt teadaolev leeprahaige oli esimene ristiusu piiskop Andreas Sunonis — jumala ja Taani kuninga asemik Revalis. Ta haigestus 1222. aastal ning oli seetõttu sunnitud loobuma oma piiskopi-toolist.

Tänaeni töötav Kuuda Leprosorium on üks osa leepa ajaloost Eestis. Pidalitöbila asukohaks said endise Kuuda Seminari hooned, kus aastail 1854... 1887 õpetati eesti keeles ja saksameeles koduõpetajaid. Möödunud sajandi lõpupoole hakkasid tsaarivõimu esindajad Baltikumis aktiivselt läbi viima venestamist. Seitse aastat kestsid vaidlused rüütelkonnaga seminari õppekeele üle. Majad seisid tühjalt. Rüütelkond, ilmselt vaidlustes alla jäädes, tegi väga humaanse otsuse ja kinkis seminari hooned ja maa leprosooriumi tarbeks

ning võttis oma õlgadele ka selle ülalpidamise. Eestvõtjaks oli parun Christoph Stackelberg, kes andis leprosooriumi jaoks maad oma Tolli mõisast.

Esimesed haiged toodi Kuudale Peipsi-äärsest Nina Leprosooriumist 28. (16.) septembril 1896 hobuveokiga. Esimene haige oli Leena Mikko (sündinud 1817). Aastail 1896...1900 toodi Kuudale 52 haiget, ajavahemikul 1900...1992 on Kuudale toodud 333 haiget.

Pärast muude leprosooriumide sulgemist toodi nendest haiged alati Kuudale: Nina Leprosooriumist 16. detsembril 1916 21 haiget, Tarvastu Leprosooriumist 19...20. detsembrini 1939 36 haiget (16 meest ja 20 naist), Audaku Leprosooriumist 26...27. maini 1946 24 haiget (23 naist ja 1 mees).

Esimene Kuuda haigete registreerimise žurnaal «Verzeichnes der im Leprosorium Kuda behandelten Lepräsen vom 16 December 1896» on kuni 1900. aastani saksakeelsete sissekannetega. Aastail 1896...1917 kandis majanduskulud rüütelkond, edaspidi vastloodud Eesti Vabariik.

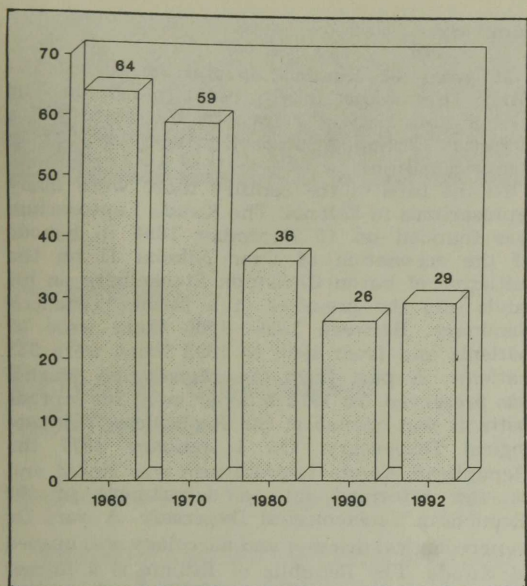
1924. aastast alates on pidalitövehaigete suhtes rakendatud sundisolatsiooni. Kuudal oli haigetele ette nähtud tööravi, mis kergendas ühtlasi asutuse majanduslikku olukorda. Haiged töötasid põllul, töökodades ning võtsid osa karjapidamisest. Oli isegi nahaparki-



Foto 1. Selles majas on leeprahaiged elanud 1990. aastast alates.



Foto 2. Loengute fotomaterjal leprakabinetis 1983. aastal.

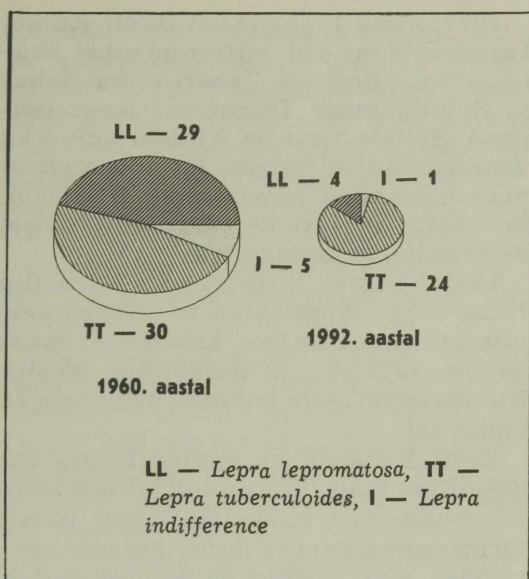


Joonis 1. Eestis registreeritud leeprahaiged 1992. aasta 1. jaanuari seisuga.

mistöökoda ning valmistati ka jalatseid. Kuuekümnendatel aastatel saeti veel laudu. Kuudal oli suur õuna- ja marjaaed, kus asusid haigete ehitatud 1. . 2-toalised pisimajad. 1960. aastal oli neist järel veel seitse, kuid majakestes elati veel üksnes suviti.

Välisabina kingiti leprosooriumile orel, see asus kirikutoas, kus toimusid jumalateenistused, leer ja armulaud. Vähemalt kord kuus ja kirikupühade ajal pidasid jutlust Märjamaa kirikuõpetaja J. Lääne ja preester. Käis ka külalisi, on teada, et 26. märtsil 1944 külastas leprosooriumi piiskop J. Kõpp. Viimast korda peeti Kuudal jumalateenistus 30. detsembril 1947. Õpetaja J. Lääne langes repressiooni ohvriks, orel ja kirikutuba likvideeriti ning alates 11. aprillist 1948 hakati selles ruumis näitama filme.

Kuuda Leprosooriumi on pidevalt külasthanud Tartu Ülikooli õppejõud ja üliõpilased ning ka välisriikide meedikud. Kuuda päevikust loeme: «26. VIII 1937 oli külas dr. Paldrok koos poja ja tütreaga, kes mõlemad õpivad arstiteadust.»



Joonis 2. Leeprahaigete jaotumus diagnooside järgi.

Külas käis ka mitmesuguste heategevate organisatsioonide, usuühingute, vennaskondade ja Rahvusvahelise Punase Risti esindajaid, samuti laulukoore.

Märjamaa kalmistul on viimsele teekonnale läinud leeprahaigete nurgake, haudadel on tugevad vanaaegsed raudristid tähistamaks inimese siia maailma tulemist-lahkumist. Haiged ise hooldesid selle paiga eest ja õpetaja J. Lääne pidas seal ka jumalateenistust.

Kuuda Leprosooriumi vana päeviku põhjal võib tsiteerida palju lugusid, näiteks arteesia kaevu ehitamine: 27. mail 1940 sai valmis personali kaev ja vesi hakkas tulema kell 17.45; 7. detsembril 1943 keelas politsei haige J. K. kaebuse peale raadio kuulamise kuni sõja lõpuni.

1960-ndate aastate keskel hakkasid Eestisse saabuma importravimid, õigeaegse diagnoosi puhul hakkasid haiged kiiresti paranema. Ravi jätkus kodus. Kuudal jäi haigeid vähemaks, suurenes aga koduste haigete arv, suurenes ka retsidiivide oht, sest ravialused ei olnud enam Kuuda töötajate hoolsa silma all.

1977. aasta 1. jaanuaril suleti Kuuda Leprosoorium kui mitterentaabel asutus ning sellest sai Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri leepraosakond. Sellest ajast on Kuudal olnud ka veneroloogiliste haigete kinnine statsionaarne osakond ja narkoloogiaosakond. See kõik on jätnud oma jälje sellele leeprahaigete sundkodule.

1972. aastal asutati Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri juurde leeprakabinet koordineerimaks leepra ravi ja profülaktikat Eestis. Nüüdseks on selle kabineti töö peaaegu lõppenud.

Eesti Vabariik on endine leepra endemiline kolle, kus on hulgaliselt leeprakoldeid, mis hakkavad nüüd uuesti formeeruma oma endistes asukohtades, taludes. Peiteperiood on kuni 40 aastat. Seetõttu peab teadma vanu haiguskoldeid ja neid hoolsalt jälgima. Viimase viie aasta jooksul on meil olnud 13 uut leeprajuhtu, mis peaks meie meditsiiniorganisaatoreid valvsaks tegema. Arvestades Astrahani Leepra Teadusliku Uurimise Instituudi ja Skandinaavia- maade prognoose, esineb leepprat meil ka järgmisel aastatuhandel.

Leepraalane tegevus kipub soikuma, nii oli see dr. A. Kupfferi andmetel ka möödunud sajandi keskpaiku majanduslikel põhjustel (1, 2). Selle tagajärjeks oli leeprahaigete arvu suurenemine möödunud sajandi lõpuks.

Kuuda Leprosooriumi ajalugu jätkub. Saades 95-aastaseks, on see viimane sellegaadne asutus Eestis. Nende pikkade aastate jooksul on seal olnud kuhjaga muret, aga ka rõõmu. Seal on ennastalgavalt ja oma tervist ohtu seades töötanud väga palju tublisid inimesi ja nad on seda tööd jätkanud siiani.

Dum spiro, spero!

KIRJANDUS: 1. Kupffer, A. Die Bekämpfung der Lepra in Estland. St. Petersburg, 1911. — 2. Kupffer, A. Über die Verbreitung und Bekämpfung der Lepra in Estland. St. Petersburg, 1903.

Summary

95 years of Kuuda Leprosarium. Since the 13th c. leprosy has been present in Estonia. The first leprosy patient known by the name was a Christian bishop Andreas Sunisson in 1222 in Reeval (Tallinn).

At the turn of the century there were many leprosariums in Estonia. The Kuuda Leprosarium was founded on 16 December 1896 in honour of the coronation of Czar Nikolai II on the initiative of baron Christoph Stackelberg on his lands into the premises of a former Teachers' Seminary. Between 1896—1900 there were 52 patients and from 1900 to 1992 there were 333 patients. A part from the registration journal has preserved. In 1972 a department for leprosy patients was opened at the Republican Venereological Dispensary. On 1 January 1977 the Republican Kuuda Leprosarium was closed and it was reformed into a department of the Republican Venereological Dispensary. A ward for venereological diseases and narcology was opened at Kuuda. The Republic of Estonia is a former endemic focus of leper. In 1987—1992 thirteen new leprosy patients were registered in Estonia.

In 1992 the department for leprosy patients was closed in the Venereological Dispensary.

Резюме

Куудаскому лепрозорию 95 лет. Проказа в Эстонии известна с XIII века по настоящее время. Впервые это заболевание было зафиксировано в 1222 г. в Ревеле (Таллинне) у первого христианского епископа Андреаса Сунониса.

На рубеже веков в Эстонии имелось несколько лепрозориев. Куудаский лепрозорий был основан 16. XII 1896 г. в честь коронации царя Николая II по инициативе барона Кристофа Штакельберга на принадлежащих ему землях в помещении учительской семинарии. В 1896...1900 гг. там находилось 52 больных и в 1900...1992 гг. 333 больных. Сохранилась часть журнала лепрозория и регистрационного журнала.

В 1972 г. при Республиканском кожно-венерологическом диспансере был открыт лепрозорийный кабинет. С 1-го января 1977 г. Республиканский Куудаский лепрозорий закрыли и реорганизовали в лепрозорийное отделение Республиканского кожно-венерологического диспансера. Помимо того, в Кууда было создано закрытое стационарное отделение венерологических заболеваний и отделение наркологии.

Эстонская Республика является прежним эндемическим очагом проказы. В 1987...1992 гг. на ее территории было зарегистрировано 13 новых больных проказой. В 1992 г. был ликвидирован лепрозорийный кабинет при кожно-венерологическом диспансере.

MÕTTEVAHETUS

UDK 614.254(049.2)

Perearst tänapäeva meditsiinis

Margus Lember Rein Kermes · Tartu

Viimastel aastatel on Eestis korduvalt kõneldud-kirjutatud perearstist (3, 5, 6). Selle all on mõistetud küll jaoskonnarsti, küll arstist majasõpra, kes mitmes eluküsimuses aeg-ajalt hüva nõu annab. Vääriti mõistmist on mõnikord leidnud perearsti ja eraarsti vahekorid: tegelikult võib perearst töötada nii riiklikus kui ka erameditsiinis. Avardunud välisuhtlemine viimastel aastatel on enam võimaldanud tutvuda arstiabikorralduse ning arsti tööga Soomes ja Rootsis, vähem teistes riikides, kust aga Eestil võib-olla enamgi üle võtta oleks. Kõige täiuslikumalt Euroopas on esmatasandi arst tööle rakendatud Inglismaal ja Hollandis.

Mõningast terminoloogilist segadust on tekitanud kahe mõiste — perearst ja üldarst — kasutamine. Maailmas leiavad «perearst» (ingl. k. *family physician*) ja «üldarst» (üldpraktiseeriv arst) (ingl. k. *general practitioner*) kasutamist sünonüümidenä. Esimene neist on eelistatud Ameerikas, teine Euroopas. Erinevused töö sisus ei ole tingitud niivõrd nimetusest, kui võrd ühe või teise riigi iseärasustest arstiabi andmises. Nii on töö sisult lähedasemad Hollandi perearst ja Inglismaa üldarst kui näiteks Hollandi ja USA perearst. Eesti keeles tuleks eelistada mõistet «perearst», selles peitub teatud positiivne hinnang mainitud arstile võrreldes üldarsti «üldisega». Sel viisil oleks võima-

lik vahet teha perearsti ja ka meil praegu kasutusele võetud üldarsti mõiste (üldinternatuuri lõpetaja) vahel. Nõnda võiks Eestis kasutusel olla «perearst» ja «üldarst», kusjuures esimene neist tähistaks spetsialisti taset ja teine spetsialiseerumata arsti. Võrdluseks olgu toodud, et Soomes on näiteks tarvitusel «üldarst» ja «spetsialiseerunud üldarst», s. t. spetsialisti koolitusega üldarst.

Perearsti (üldpraktiseeriva arsti) määratlus on rahvusvaheliselt kokku lepitud (7, 10). Ta on arst, kes annab esmast arstiabi igale abivajajale, sõltumata patsiendi vanusest, soost ning oletatavast diagnoosist (7, 10). Ta annab abi vahetult ise või korraldab abiandmist teiste arstide või meditsiiniteenistuste kaudu haige vajadustest ja ühiskonna majanduslikest võimalustest lähtudes. Kliiniliselt on ta kompetentne tagama suuremat osa arstiabist. Perearstil on täita unikaalne osa tervishoius: oma patsientide hea tundmine võimaldab tal luua nendega usaldusliku ja kauakestva vahekorra, mis on arstile töös abiks. Just perearst on see, kes teeb esmase otsuse iga probleemi kohta, millega haige pöördub arsti poole. Perearst hoolitseb üksikisiku eest perekonna kontekstis ja pere eest ühiskonna kontekstis, sõltumata rassist, usulistest tõekspidamistest, kultuurist või sotsiaalsest klassist.

Erinevad seisukohad valitsevad selles, kas esmast arstiabi peaks andma üks arst või mitu erinevat spetsialisti. Esimene võimalus vastab perearstisüsteemile, teise näiteks on meil siiani kasutatav süsteem, kus esmast arstiabi antakse erinevate meditsiinasutuste ja erinevate arstide poolt. Viimasel on küll mõningaid eeliseid: erinevate arstide erinevad teadmised ja oskused võivad haigele mõnikord kasuks tulla, teise arsti «värskel pilkel» võib haigusjuhtu ootamatult uuest aspektist valgustada. Kuid ka perearstil on alati võimalus spetsialistiga konsulteerida. Mitme arsti mudelil aga on mitmeid puudusi, mis suuresti vähendavad arstiabi kvaliteeti (4):

1) see soodustab vastutuse hajumist arstide vahel (teadmine, et patsient tuleb tagasi, sunnib paremini töötama);

2) tingib kõikehõlmava ravi ja hool-duse asendumise fragmenteerituga (igal arstil on «oma haigus»);

3) vähendab arsti ja haige kontaktide püsivust, seetõttu ei teata alati piisavalt haiguse senist kulgu ega tunta patsienti, tema isikut ega perekondlikku fooni;

4) tingib ühtse ambulatoorse kaardi puudumise, kui arstid on erinevatest asutustest. Lisaks on mitme arsti mudel ühiskonnale kulukam: korduvad, sageli dubleerivad uuringud, korduv anam-neesi kogumine, varem teise arsti poolt proovitud ebaefektiivse ravimi korduv soovitamine. Ja lõpuks asjaolu, mis ei ole sugugi vähem tähtis, et selles misteemis satub haige olukorda, kus tema ise peab tegema esmase otsustuse, kas ja missuguse kitsa eriala spetsialisti abi ta vajab.

Meie senine arstiabikorraldus on val-davalt olnud spetsialistikeskne, pere-arsti tööd mittesoosiv. Seda kinnitasid ka Ülemaailmse Tervishoiuorganisat-siooni (ÜTO) eksperdid, kes NSV Liidu esmase arstiabi korraldusega 1990. aasta lõpul tutvumas käisid (8). Spetsialisee-rumine algas juba ülikoolis õppides. Üldine eesmärk oli, et meditsiinis töö-taks võimalikult palju kitsa eriala spet-sialiste. Eksisteeris ettekirjutuste süs-teem selle kohta, missuguseid haigeid oli jaoskonnaarstil keelatud ise ravida, keda tuli tingimata edasi suunata. Liialt palju patsiente suunati edasi, ilma et jaoskonnaarst oleks neid eelnevalt või-malust mööda uurinud. Sageli kujunes jaoskonnaarstist ainult dispets'er, kes jagas põhiliselt saatekirju. Arstitööga sai arst tegelda küllalt vähe. Arusaada-valt on selline osatäitmine alandanud jaoskonnaarsti prestiiži ja tema rahul-olu oma tööga on vähenenud, mis oma-korda on mõju avaldanud jaoskonna-arstide kaadri kujunemisele.

Huvi perearsti vastu on tõusnud ka lääneriikides. ÜTO programmis «Tervis kõigile aastaks 2000» on pearõhk pandud esmase tervishoiu arendamisele (9). Just perearst koos oma meeskonna-

ga on võtmepositsioonil viimaks ellu nimetatud eesmärged (1). Seda on tingi-nud muudatused ühiskonnas, ka tervis-hoius endas (2). Uurimis- ja ravivõima-lused väljaspool haiglat on avardunud, suurenenud on perearstide juurdepääs neile. See on vähendanud vajadust haigeid spetsialisti juurde edasi suuna-ta. Arstide arv on võimaldanud ühe perearsti teenindada olevate inimeste arvu vähendada (Euroopas keskmiselt 2000...2500-ni). Ühiskond on vana-nenud, enam on krooniliste haigustega inimesi, kes vajavad regulaarset pere-arsti jälgimist ja ravi. Haiglate tehnilise varustatuse paranemine on paratama-tult viinud kulutuste suurenemiseni. Üha keerukamad spetsialistide poolt tehtavad protseduurid nõuavad neil aladel väga kitsast spetsialiseerumist — kogu inimese probleemidega need spet-sialistid samal ajal tegelda ei suuda. Et üha enam haigusi ravitakse ambula-toorselt, siis hakkab haiglates viibivate haigete kontingent järjest rohkem eri-nema neist, kellel on nn. igapäevased haigused. Üks võimalikult ökonoomse arstiabi andmise viise on rakendada hästi tööle esimese lüli arst — pere-arst. Mida paremini ta töötab, seda efek-tiivsemalt saavad töötada kitsa eriala spetsialistid, kes ravivad tõepoolest ainult eriarsti abi vajavaid haigeid. Eri-arsti tehtud kallite ja keerukate uurin-gute efektiivsus on sel juhul tunduvalt suurem.

Eespool esitatust tuleneb vajadus leida meie oludele sobiv ja meie ise-ärasusi arvestav perearstimudel. Liht-saim ümberkorralduste tegemise viis oleks sildivahetus: asendage «jaoskon-naarst» «perearstiga» ja probleem on kiirelt ning lõplikult lahendatud. Sellis-ed tendentsid on ilmnunud nii mõneski Ida-Euroopa riigis. Sisult ei muudaks see midagi. Vaja on perearst tunnistada eraldi spetsiaalsuseks, nagu seda on näiteks kardioloog, kirurg, pediaater. Pettekujutus on see, et iga eriarst võiks hästi hakkama saada perearsti tööga. See, kuidas ja millega hakkama saa-dakse, on analoogiline sellega, kuidas

näiteks sisearst «saab hakkama» neuroloogiliste haigetega: osatakse diagnoosida ja ravida mõningaid sagedamini esinevaid neuroloogilisi haigusi, vallatakse mõningaid uurimismeetodeid, omamata seejuures süstemaatilisi teadmisi ja oskusi kogu erialal. Tahes-tahtmata vaatab iga kitsa eriala arst haigele läbi oma spetsiaalsuse prisma. Perearst erialana tähendab ka vastavat diplomijärgset ettevalmistust ning erialaeksami sooritamist.

Euroopa Ühenduse raames on otsustatud, et alates 1995. aastast tohivad tervishoius töötada vaid spetsialisti koolituse saanud arstid (1). Eestis ei ole lähiaastail selleni jõuda reaalne. See tähendab, et kõrvuti esimeste perearstidega jäävad tööle praegused jaoskonnaarstid. Küll aga tuleb leida vahendeid, mis stimuleeriksid praegusi jaoskonnaarste perearstiks saama ümberõppe korras. Esimesed sammud arstide liigvarajase spetsialiseerumise lõpetamiseks Tartu Ülikoolis on astunud: lõpetatud on diplomieelne spetsialiseerumine, sealhulgas eraldi vastuvõtt peidiatriaosakonda. Loodud on kaheaastane üldtüüpi internatuur, alles seejärel on võimalik edasine spetsialiseerumine. 1991. aastal alustati arstide täiendus-teaduskonna juures perearstikursus-tega juba töötavatele arstidele. 1991. aastal asutatud Eesti Perearstide Selts peaks kujunema organisatsiooniks, mis ühendab enamikku perearste ja nendeks spetsialiseerujaid.

KIRJANDUS: 1. *Almagor, G.* Atencion Pri-marie, 1990, 7, 691—693. — 2. Changing aims of basic medical education. A view from general practice. The New Leeuwenhorst Group, 1986, 18. — 3. Eesti tervishoiu aktuaalseid probleeme. Eesti Arst, 1991, 3, 197—204. — 4. *Mendelsohn, C. P.* Modern Med., 1990, 33, 91—95. — 5. Perearst meie tervishoius. Eesti Arst, 1990, 6, 457—466. — 6. *Siirak, V.* Eesti Arst, 1991, 3, 192—193. — 7. The General Practitioner in Europe. A statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice. In: Vocational Training in General Practice. Leeuwenhorst, 1987, 183—187. — 8. *Whitehouse, C., Wilkin, S.* WHO report on a visit to the USSR. 1990, 1—14. — 9. WHO. Primary health care towards the year

2000. A report of the consultative committee on primary health care development. Geneva, 1990, 24. — 10. *WONCA.* The Role of the General Practitioner, Family Physician in Health Care Systems. London, 1991, 12.

Summary

Family doctor in present-day medicine. The problems of primary health care are discussed. The definition of family doctor/general practitioner is given. The first steps in introducing family doctors in Estonia have been taken.

Резюме

Семейный врач в современной медицине. Дискутируются проблемы первичной врачебной помощи. Приведено определение семейного врача (врача общей практики). Сделаны первые шаги по подготовке семейных врачей в Эстонии.

Tartu Ülikooli arstide
täiendusteaduskond
Maarjamõisa Polikliinik

Rinnaga toitmine ja kõhulahtisus. Imikutel võib esineda *Campylobacter jejuni* poolt põhjustatud nakkust ja sellega kaasnevat kõhulahtisust üsna sageli. Seejuures on oluline tähtsus laste toitmisel. Ühes Ameerika arstide korraldatud uurimises esines kolme kuu vanustel väikelastel seda nakkust 32%-lise esinemissagedusega sel juhul, kui nad olid rinnatoidul, ning 74%-lise esinemissagedusega, kui nad olid kunstlikul toidul; kuue kuu vanustel lastel oli selle nakkuse esinemissagedus vastavalt 52% ja 87%. Keskmiselt esines kunstliku toidu saamisel *Campylobacter jejuni*'st põhjustatud nakkust kolm korda sagedamini kui rinnatoidul olevatel lastel.

J. Pediatr., 1990, 116.

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

UDK 616(091)(049.3)

Pilk prostitutsiooni ajalukku

Ajaloolase Heino Gustavsoni raamatus «Kõige vanem elukutse» (Tallinn, «Olion», 1991, 96 lk.), mis käsitleb prostitutsiooni minevikku, heidetakse põgus pilk pikale ajajärgule, mis algab ühest vanemast teadaolevast tsivilisatsioonikoldest Sumerist ja lõpeb tänapäeva Eestiga. Autor on läbi töötanud märkimisväärse andmestiku, kasutades üle 130 kirjaliku allika, mõnel juhul ka oma mälestusi ja eriteadlastelt saadud teavet. H. Gustavsoni monograafia ilmumine teeb heameelt seetõttu, et tegemist on pärast 70-aastast vaheaega jälle raamatuna ilmunud eestikeelse ülevaatega prostitutsiooni levikust.

Raamatu esimeses pooles tutvustab autor mitmesuguseid prostitutsioonivorme, s. t. keha müümist suguliseks läbikäimiseks Euroopas, Ida-Aasias ja Põhja-Aafrikas kõikide aegade vältel kuni Teise maailmasõjani. Käsitus on asjalik ja lugeja veendub, et kõne all on ülemaailmselt levinud, kohati juriidilisel korraldatud, kohati korraldamata kutseala, millesse üldsus ei ole kõikjal ja alati sugugi ühtemoodi suhtunud. Sõjajärgset perioodi puudutatakse ainult mõne napi näitega raamatu lõpuosas.

Raamatu teine, üksikasjalikkuse tõttu sisukam pool on pühendatud prostitutsioonile Eesti territooriumil aegade hämarusest kuni 1940. aastani. See on eesti lugejale ilmselt ka huvitavaim osa autori tööst. H. Gustavson on piirdunud kahe suurema linna — Tallinna ja Tartuga. Teiste linnade kohta on raamatus väga vähe andmeid. Teosega tutvuvale tallinlasele või tartlasele aga

saab osaks äratundmisrõõm, sest ta leiab selle lehekülgedelt kunagiste lõbumajade ja teiste prostitutsiooniga seotud kohtade kirjeldusi, aadresse ja fotosid.

Prostitutsiooni Vene-Nõukogude okupatsiooni aastakümnete vältel raamatus kõne alla ei võeta. Ainult lk-l 65 mainib autor põhjendatud irooniaga, et 1940. aastal tuli ilmsiks ametnike seisukoht, mille järgi «... nõukogude korra tingimustes on prostitutsioon välistatud!». See oli järjekordne ideologiseeritud vale nõukogude tegelikkuse varjamiseks.

H. Gustavsoni raamatu üldiselt teraviklikust, faktoloogiale tuginevast käsitluslaadist langeb välja peatükk «Prostitutsiooni peegeldusest kirjanduses» (lk. 80—87), mis sisaldab tagasihoidliku valiku seksuaalsuhete kirjeldusi Euroopa ja Eesti kirjanike ilukirjanduslikes teostes. Tegemist on esseelaadse mõtisklusega seksuaalse käitumise psühholoogiliste ja sotsiaalsete tahkude üle.

Raamatu viimases peatükis «Lõpetuseks» vaatleb autor tänapäeva, tuginedes peamiselt Eesti ajalehtedes avaldatud kirjutistele ja kuulutustele, mis ilmekalt kõnelevad suurest nõudlusest seksiturul. H. Gustavsoni raamatut lugedes saab selgeks, et autor ei suhtu prostitutsiooni heakskiitvalt. Kuid samal ajal ta nendib: «On enam kui ilmselge, et meetmed lustielu tõkestamiseks ei ole kandnud ega kanna vilja» (lk. 90). Tõepoolest, katsed prostitutsiooni likvideerida on lootusetud, sest inimest ei saa deseksualiseerida, nagu nenditi mõni aasta tagasi Belgias toimunud II rahvusvahelisel prostitutsioonikonverentsil.

Mis tahes nähtuse tundmine võimaldab sellest aru saada. Nii on ka tasulise seksuaalpartnerlusega. Heino Gustavsoni raamat «Kõige vanem elukutse» aitab lugejal mõista, et seksiturgu peavad korraldama humaansed ja targad seadused, mis on suunatud kupeldamise, alaealiste prostitutsiooni, sugulisel teel levivate haiguste ja kuritegevuse vastu.

Harri Jänes

HEINO GUSTAVSON

Kõige
vanem
elukutse



QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

Sada koosolekut 15 aasta vältel

Meditsiiniterminoloogia komisjoni (MTK) 18. septembri koosolek oli pidulik, sest tegemist oli juba sajanda nõupidamisega ja ühtlasi võis tähistada ka MTK 15. aastapäeva.

Pärast fotografeerimist, kohvilauda istumist ja MTK esimehe P. Bogovski tänusõnu kõigile terminientusiastidele jätkus koosolek kolme ülevaatliku ettekandega MTK tegevusest ning tulevikuplaanidest.

P. Bogovski jaotas oma analüüsis MTK senise töö kahte suuremasse perioodi. Esimene hõlmas aastaid 1977... 1989, millal põhilise töö moodustasid jooksvatele küsimustele ja päringutele vastamine ning mitmesuguste ulatuslike terminivalimike arutelu. Teisel perioodil, s. o viimase kolme ja poole aasta vältel, oleme peamiselt tegelnud rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni (RHK) 9. ja 10. revisjoni tõlkimisega. Eriti pingeline on olnud 10. revisjoni tõlkimine inglise keelest eesti keelde, mille käigus me ei lähtunud mitte sõnasõnalisest tõlketäpsusest, vaid just mõiste sisu õigest edastamisest. Nii hakkasime eristama haiguse tekitajat (elus) põhjusest (elutu), võtsime kasutusele rohkem liitsõnalisi termineid ja kiitsime heaks ka rohkesti uusi, sõnastikes puuduvaid oskussõnu. Kogu läbiarutatud ja heakskiidetud materjal on salvestatud arvutisse. Tulevikuplaanidest on aga olulisim MTK-s 15 aasta jooksul kasutamiseks soovitatud oskussõnade koondamine väikese sõnastiku kaante vahele.



Foto. Esireas vasakult: A. Saava, E. Martson, V. Sillastu, E. Kindlam, P. Bogovski, R. Malbe, R. Rimmel, M. Liibek. Teises reas: J. Märtin, P.-H. Kingisepp, V. Valdes, K. Ulp, M. Mägi, I. Laan, S. Jõks, R. Kull.

Teisena hindas 91 koosolekust osa võtnud R. Kull MTK tööd peamiselt lingvistilisest küljest. Oskuskeele korrastamine on osa üldisest keelekorraldusest, kuid üldkeelega võrreldes on oskuskeelel oma erijooned — suurem täpsus, üheselt mõistetav tähendus; oskussõnad peavad võimaldama luua tuletisi ning moodustama süsteemi. MTK on püüdnud liigset rangust vältida, on olnud salliv variantide suhtes. Oleme lubanud oma- ja võõrsõnapaaride ning täis- ja lühendterminite rööbiti esinemist, kuid alati oleme viidanud ka eelistatavamale vormile. Meditsiini-terminite kreeka- ja ladinatüveline päritolu ning nominatiivne või genitiivne liitumine põhjustavad veel eriprobleeme. Tõhus on olnud arstide ja keeleinimeste koostöö. Eriti hinnatav on E. Kindlami artikliteseeria «Nõukogude Eesti Tervishoius» ning A. Lille ladina ja kreeka keele ning meditsiini-terminoloogia kujunemise seaduspärasuste tundmine. Praegu on aga oluliseks muutunud terminoloogiline integreerumine Euroopasse ja maailma üldse, mida esialgu teemegi RHK vahendusel. Vajalik on andmebaasi loomine arvutite abil.

Kolmandas ettekandes esitas allakirjutanu mõningaid statistilisi andmeid MTK töö kohta. Aastas on peetud keskmiselt seitse koosolekut kestusega kolm tundi. Nõupidamistele lisaks on tulnud pidevalt telefoni teel ja vahetult anda vastuseid tõlkijate, toimetajate, teadlaste, kirjastuste, ajakirjanike jt. päringutele ning redigeerida tervishoiuministeriumi, instituutide ja haiglate põhimäärusi, käskkirju ning artikleid. «Nõukogude Eesti Tervishoius» ja «Eesti Arstis» on 15 aasta jooksul ilmunud 79 keelealast kirjutist, neist E. Kindlamilt 31 ja I. Laanelt 28. Kõikide koosolekute kohta on koostatud protokollid, mis koos lisadega moodustavad ligikaudu 1000-leheküljelise kultuuriloolise materjalikogu.

Koosolijate nimel avaldas M. Mägi tänu P. Bogovskile saja koosoleku korrektse juhatamise ja I. Laanele täpsete protokollide eest.

Järgnes argipäevane jooksvate pärin-gute arutelu, millest mitme mõiste (rühma) kohta on vaja veel täiendavaid andmeid ja Tartu Ülikooli arstiteaduskonna vastavate kateedrite seisukohti. Näitena olgu toodud terminite *embryo* = loode ja *foetus* = vililane (loode hilisemal arenguastmel) võrdsustamine arstide käibekeeles üksnes lootena. Samuti ei ole päris selge, kas sünnitus-tegevus (ingl. k. *labour*) on sama mis sünnitamine ja sünnitus (*delivery*), see moment, kui laps ilmale tuleb. Või mis on *puerperium*: kas lapsevoodi, sünnituspuhk või sünnitusjärgne periood?

Eespool nimetatud ja siinkohal mainimata raskustest hoolimata olid meditsiini-terminoloogid veendunud, et tööd tuleb jätkata ja töö tulemused võimalikult kiiresti üllitada. Juubelikoosolekus osales ka tervishoiuministeriumi nõunik J. Märtin, kes lubas ministeriumi abi kirjastamisraskustest jagu saamiseks.

Ilmar Laan

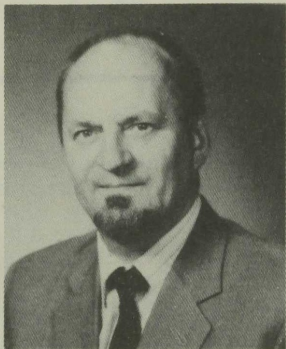
Sünnitusealiste naiste suremus AIDS-i USA-s. Sünnitusealistest naistest on USA-s suurim suremus AIDS-i vanuses 25... 34 aastat, kusjuures neegrite hulgas on see 9 korda suurem kui valgete naiste seas. Surma põhjusena domineerivad narkomaania (27%), *Pneumocystis carinii* poolt põhjustatud kopsupõletik (20%), muu etioloogiaga kopsupõletikud (14%), septitseemia (10%), muud nakkused (7%), nefriidid (6%), maksahaigused (4%) ja aneemiad (4%). On saadud kinnitust selle kohta, et HIV-i vertikaalsel levikul emalt lapsele (lootele) võib haiguse inkubatsiooniperiood kesta teatud osal viirusekandjatest 10... 12 aastat ja kauem.

JAMA, 1990, 264.

INTERVJUU

Inimese tervist mõjutab arst, rahva tervist poliitik

Eesti tervishoiukorralduses peaks hüppeliste muudatuste aeg möödama olema. Ometi süvenevad selles teatud tendentsid, mille olemust tunnetavad kõige sügavamalt haiglate peaarstid. «Eesti Arsti» toimetuse palus toimunu psühhiaatriateenistuse kogemuste alusel lahti mõtestada Tallinna Psühhiaatriahaigla peaarstil **Arvo Haugil**.



Arvo Haug on sündinud 1938. aastal Tallinnas käsitöölise perekonnas. Keskkooli, Tartu Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas ta 1963. aastal. A. Haugi esimene töökoht oli Tallinna Vabariiklikus Psühhoneuroloogiahaiglas. Hiljem töötas ta 1968. aastani laevaarstina, seejärel tervishoiuministeriumi ravivalitsuse juhataja asetäitjana. 1979. aastast on ta Tallinna Psühhiaatriahaigla peaarst.

Vana tsentralismi põhimõtteks oli: kapten laevas, peaarst haiglas otsustab kõik. Kuidas on lood selle põhimõttega praeguses Tallinna Psühhiaatriahaiglas?

Tallinna Psühhiaatriahaiglas töönaoliselt see nii ei ole. On tõsi, et avalikkuse ees on mind süüdistatud diktaatorluses. Peaarstina olen püüdnud oma tööd teha nii, et lõpptulemusena saaksin kas nõusoleku märgiks pead noogutada või siis eitava suhtumise korral pead raputada. Sellest põhimõttest kinnipidamisest algavad peaarsti elus ühtlasi suured raskused. Kui peaarst jääb alati lootma altpoolt tulevatele ettepanekutele, siis võib ta sageli hätta jääda, sest keskastme juhid on harjunud eeskätt kirjeldama viletsat olukorda, mis on nagnii kõikidele selge, mitte aga tegema lahendusi pakkuvaid ettepanekuid. Seetõttu peab juhataja sageli ise idee andma või ettepaneku tegema, saama enamiku heakskiidu ja hakkama seejärel ka ideed ellu viima.

Igapäevaelust teame, et uutele rööbastele suundumisega kaasneb alati teatud vastupanu. Paraku peab peaarst selle vastupanu ületama, kuid temale endale jääb südamesse ebameeldiv tunne: miks ometi kolleegid ei mõista, et muudatustega püüdleme paremuse poole? Kunagi ei tule muudatustega kaasa kõik. Alati leidub keegi, kes ütleb, et varem oli parem. Kui hiljem omakorda seda kõike tuleb uuendada, siis tundub osale just harjunud olukord see kõige parem olevat. Nii et kapteniga laevas ja peaarstiga haiglas on lugu selline, et peaarst ei saa loobuda tähtsate otsuste ja muudatuste tegemisest ainult sellepärast, et osa kaastöötajatega ilmingimata hästi läbi saada. Suurema haigla juhil on konfliktivõimulised igapäevane paratamatus. Peaarstil on endal seda raske ületada, sest ta on välja kasvanud oma kolleegide seast. Ma loodan, et seoses suurte muudatustega tervishoiusüsteemis ja selle juhtimises on peaarsti ülesanded tulevikus sellised, nagu need on seni olnud nende asetäitjatel ravi alal: haiglat peab administratiivselt juhtima ikkagi majandus-rahandusspetsialist ja haigla ravitööd kogenud raviarst, kes oleks siis tõeline peaarst.

Ma arvan, et nii mõnigi kord võib osakonna keskseks isikuks kujuneda vanemõde. Tuleb aeg, mil teatud osakondades on ravitöö, mille eest vastutab arst, lahutatud majanduskorralduse tööst. See tähendab seda, et osakonda võib administratiivselt juhtida ka vanemõde. Ravi eest vastutamine aga jääb arsti kohustuseks, kes on siis teistest muredest vabastatud, s. t. arst tegeleb ainult haige ja raviga. Arsti autoriteet tuleneb siis ainult arstikunstist.

Missugused muudatused on toimunud Tallinna Psühhiaatria haigla struktuuris, meditsiinipersonali koosseisus ja voodifondi osas?

Oli aeg, mil meil oli kolm dispanserit. Hiljem eraldus psühhiaatriast narkoloogia. Oleme kogenud, et ega dispanserne süsteem ei ole omaette väärtus, mida tuleks iga hinna eest säilitada. Oleme läinud seda teed, et lastedispanser on likvideeritud ning moodustatud laste vaimse tervise keskus, mille personal tegeleb kõigi kolme endise struktuurüksuse — lastedispanseri, lasteosakonna ja lastepäevaosakonna probleemidega. See nõudis meilt palju pisaraid, süsteem oli harjumatu, praegu aga ollakse sellega väga rahul. Majanduslikult ainult võitsime, sest endise 70 voodikoha asemel on praegu kasutusel ainult 10 lastele ettenähtud statsionaarset voodikohta. Arstil ei ole enam võimalust haiget enda kaelast ära saata. Nüüd valib ta sellise ravivormi, mis on haigele kõige parem ja efektiivsem, kuid peab seda tegema ise. Raskuste korral on ju kõik kolleegid käepärast.

Pidevalt oleme liikunud voodikohtade vähendamise suunas. 1984. aastal oli 1065, 1990. aastal 925, 1991. aastal 885 ja 1992. aastal 700 voodikohta. Seejuures ehitasime juurde 250-voodikohalise ravikorpuse, mis tervenisti läks haigete ravi- ja olmetingimuste parandamiseks. Oleme tagasi saanud ka endise neuroloogiakorpuse, kuhu paigutasime naishaiged. Oluliselt on paranenud vaimuhaigete olmetingimused ja personali töötingimused. Ei tohi unustada, et psüühikahäiretega inimene ei parane voodis lamades. Lisaks palatipinnale on tal vaja distantsi teistest inimestest, seega päevaruume, töö- ja tegevusruume — nii vaba territooriumi kui ka piiratud jalutushoove.

Muudatused meditsiinipersonali koosseisus on tehtud põhimõttel säilitada kogemustega ja väljaõppinud töötajaid. Psühhiaatria iseärasus on juba selline, et personali kohanemine võtab väga palju aega ning seetõttu hindame ning säilitame suurte kogemustega psühhiaatreid ja psühhiaatriaõdesid niipalju kui võimalik. Kogemus ütleb sedagi, et inimesi, kellel ei ole sünnipäraseid eeldusi psühhiaatria alal töötamiseks, pole võimalik selleks välja õpetada.

Mille poolest peaks Eesti psühhiaater erinema mineviku, nõukogude psühhiaatrist?

Eesti psühhiaater erineb endisest nõukogude psühhiaatrist eeskätt suhtumise poo-

lest haigesse. Me ei saanud isoleerida ennast kehtinud töökorraldusest. Tervishoid oli üles ehitatud sõjaväesüsteemis, s. t. suhted olid mitte horisontaalsed, vaid vertikaalsed. Oli oht, et osakonnajuhatajast kujuneb polkovnik, vanemõest leitnant, sanitarist seersant ning haige oleks ainult soldat. Eesti psühhiaatria suutis ignoreerida üleliidulist töökorraldust. Tänapäevased suhted haigega peavad olema horisontaalsed. Haigele tuleb anda nõu ja haige otsustab ise, kas ta toimib selle kohaselt või mitte. Ka haiglaravi suhtes jääb lõppsõna haigele. Võiks öelda, et nõukogude süsteem oli ülihoollis, oli ette kirjutatud isegi haiglas viibimise aeg. Nõukogude psühhiaatrid alahindasid vaimuhaige aju kompensatsiooni võimalusi, töö- ja tegevusravi mõju ning ülehindasid ravimeid ja haiglaravi.

Eesti arstid peavad arvestama, et kõik haigused on võrdsed ja kõik haiged on võrdsed. Seetõttu otsustamisel, kas ehitada südame- või vaimuhaigete haigla, lähtuti käibeteost, et somaatilised haigused oleks nagu tähtsamad. Nii on haiglal seni tagasi saamata vaimuhaigetele ehitatud esimene ravihoone.

Psühhiaater kaitseb haiget, kuid eripäraks on see, et psühhiaatrias vajab seadusandlikku kaitset ka arst. Näiteks võib psühhootiline või paranoiline haige kasutada arsti suhtes mitte niivõrd füüsilist, kui võrd hoopis sagedamini vaimset vägivalda. Seadus peab psühhiaatrit kaitsma nii haige kui ka avalikkuse hukkamõistu eest. Üldiselt on eesti psühhiaater äärmiselt kohusetundlik ja heatahtlik inimene, kes ei kaitse end ka siis, kui ajakirjandus tema vastu asjatundmatusest ülekohtune on.

Eesti psühhiaatriast on sunnivahendid kadunud: kui haige haiglaravi ei soovi, siis püütakse leida temale vastuvõetavamad raviviisid. Eesti psühhiaatriat on küllalt diskrimineeritud: näiteks oli vangi päevane söögiraha suurem kui vaimuhaigel; omaaegse Seewaldi vaimuhaigla hooneid jaotati tervishoiujuhidel kahel käel erinevatele asutustele. Täna seni pole kõike veel tagastatud.

Missugune on Tallinna Psühhiaatria haigla materiaalne olukord?

Tallinna Psühhiaatria haigla materiaalne olukord on katastroofiline. 1992. aasta septembris ei saa rääkida sellest, et psühhiaatria haigla peab end haigekassa kaudu ise ära elatama, sest meil on sundravi- ja koh-

tupsühhiaatriaosakonnad, meil on asotsiaal-seid ja pikaajalist ravi ning ainult hooldamist vajavaid haigeid, elukohata ja koguni haiglasse sissekirjutatud haigeid. Tervishoiuministerium vaatab vaimuhaigete muredele üleolevalt. Esitage-arve-mõttelaad on psühhiaatriahaigla suhtes kohatu. Riigihaihlana peab need kulutused, mida ei pea tasuma haigekassa, korvama riik.

Missugune on Tallinna Psühhiaatriahaiglas töötava psühhiaatri koormuse norm ja tegelik koormus?

Oleme lähtunud sellest, et psühhiaater ei saa haiglas normaalselt töötada, kui tal on 30...40 haiget. Oleme kehtestanud normid, mille kohaselt ühe kuu töötunnid on ette nähtud 20 haige ravimiseks. Dispanseri-arst võtab vastu kaks haiget tunnis. Dispanser hakkab järk-järgult üle võtma haigla koormust, s. t. et ka raskelt haigeid tuleb ravida ambulatoorselt. Kahjuks aga on koormus jälle lähenemas 4 haigele tunnis. Ei ole võrreldav nahahaiguste arsti ja psühhiaatri kulutatav aeg ühe haige küsitluseks ning raviks. Praegu ei julge psühhiaater veel paljusid psühhootilisi haigeid ravida ambulatoorselt, küll aga päevaosakonnas. Tulevikus olukord muutub ja meiegi hakkame psüühikahäiretega inimesi ambulatoorselt ravima. Praegu takistab seda suuresti ravimipuudus. Ambulatoorse ravi eeliskasutamisel peab eelkõige paranema arstide diagnoosimiskunst.

Meil on kehtinud põhimõte: haigla teinud dispanserit, mitte dispanser haiglat. Kahjuks on dispanseril seni olnud see võimalus, et kui ta ei saa teatud haigusjuhu diagnoosimisega hakkama või on tegemist keeruka haigusjuhuga, siis saadab ta selle haige enda kaelast ära haiglasse. See aga muudab dispanseri arsti mugavaks, vähe huvitavaks uuest. Olukorra muutmiseks rajasime päevaraviosakonnad, seejärel püüdsime ühendada päevaravi- ja stationaarse osakonna, kus töötasid samad arstid. Variant, kus katsetasime ravida haigeid kodus, n.-ö. koduhaiglas, esialgselt ebaõnnestus.

Kuidas on haiguskompensatsiooni vähendamine 60%-ni mõjutanud haiglaravi?

Haiguskompensatsiooni vähendamine on eelkõige lühendanud haiglaravi kestust, asjatu haiglas viibimine on vähenenud. Ravi kestuse vähenemises aga etendab oma osa ka haiglavoodite arvu pidev vähenemine.

Raviaja lühendamine on üks Eesti tervishoiu põhiprobleeme. Missuguse väljundi on selleks valinud Tallinna Psühhiaatria-haigla?

See on tõesti üks Eesti praktilise meditsiini põhiprobleeme. Ometi usun, et haigete ravimise edukus ei olene alati arstidest, küll aga nende välja- ja täiendõppest. Pean kõige olulisemaks arstide täiendõpet Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas. See töö peab saama uue sisu. Paradoksaalsed olid juhud, kus täiendõppele saabunud arstid pandi kuulama õppeprogrammi koos tudengitega. Olen seisukohal, et arstiteaduskonna professor peab tegevarstidele jagama teadmisi lähtudes olukorrast, näiteks, kuidas ravida haigeid siis, kui ravimeid ei jätku.

Meid õpetanud Lääne lektorid on teadmisi jaganud märksa maalähedasemalt, reaalsust tajavamalt. Professorid näitasid ise ette, kuidas seda või teist võtet teha. Ma pole nõus ka selliste seisukohtadega, et Venemaa arstidelt pole meil enam midagi õppida. Arst peab olema pime, kui ta ei taha enam näha, mis maailmas — nii Läänes kui ka Idas — sünnib. Tuleb silmad lahti hoida. Arstide kvalifikatsiooni hindamise punktisüsteemisse ma ei usu, see on muutunud anekdoodiks.

Kuidas suhtub psühhiaatria tööravisse, missugune on selle efektiivsus ja kuidas on see korraldatud Tallinna Psühhiaatria-haiglas?

Psühhiaatrias suhtutakse tööravisse ülimalt hästi. Eeskätt tuleb ravimivaesel ajal kasutada kõiki võimalikke mittemedikamentooseid ravimeetodeid. Tööravi põhimõte seisneb selles, et töötades, luues tunnetab haige, et tema töö on ühiskonnale vajalik ja et ta on selle täisväärtuslik liige. Töö peab olema mõtestatud, väärtustatud, see peab pakkuma haigele rahuldust, ta peab nägema oma töö lõpptulemust. Ja haige saab lisaks pensionile ka töötasu. Vaimuhaiguste isearasustest tingituna on tööravi omapäraks see, et teatud etapil tuleb haiget sundida, julgustada töötama, vastasel korral viibib ka paranemine. Tööravi on tööjõu taastotmine. Hinnates tööravi efektiivsust kõrgelt, pean kahetsusega mainima, et 1989. aastal võeti haigla tööravitöökojad tervishoiuministeriumi alluvusse. Algas haigete neist väljatõrjumine.

Kuidas kavatsete Eestis lahendada vaimuhaigete sundravi?

Eesti Vabariigis kehtiva kriminaalseadusandluse kohaselt on psühhiaatiline sund-

ravi määratletud kahes vormis: psühhiaatrilises üldosakonnas ja tugevdatud järelevalvega osakonnas. Ainsa psühhiaatriaahngilana on need mõlemad võimalused meil olemas.

Lähtudes humanismi põhimõtetest, toime oma sundravihaiget Venemaalt tagasi. Läti ja Leedu ei läinud seda teed — nad sõlmisid lepingud nende haigete ravimiseks Venemaal. Lähtudes maailmas kehtivast seisukohast, et vaimuhaiget tuleb ravida võimalikult kodukoha lähedal, on kolm suurt vaimuhaiglat — Tallinnas, Tartus ja Jämejalal — paigutatud Eestis väga otstarbekalt ja need haiglad peavadki tagama tugevdatud järelevalvega haigete sundravi. Raha nende haigete ravimiseks peab tulema riigieelarvest.

Missugune on Sinu kui arsti ja poliitiku hinnang Eesti psühhiaatriaseaduse eelnõu kohta?

Suhtumine Eesti psühhiaatriaseaduse eelnõusse on jaatav. Eelnõu on koostatud meie nappe ressursse ja vaimset potentsiaali arvestades. Luustik on valmis. Pole õige, et psühhiaatriaseadus tuleks vastu võtta koos tervishoiuseadusega. Psühhiaatriaseadusel on iseseisev juriidiline, sotsiaalne ja tervishoiuline tähtsus, ta peab haakuma paljude muude seadustega. Psühhiaatriaseadust on vaja juba täna.

Kaks ja pool aastat olid Sa Nõukogude Liidu rahvasaadik ning elasid lähedalt üle selle riigi agoonia. Kas pärast seda oled poliitikast loobunud?

Aastail 1989...1991 olin ainukese Eestist valitud arstina Nõukogude Liidu rahvasaadikuks. Kuulusin ülemnõukogu rahva tervisekaitse komiteesse. Viimasesse kuulus erinevate erialade inimesi, kes tegelesid inimese tervisega: ametiühingute gelasi, kehakultuurlasi, sotsiaalhooldustöötajaid, arste. Meie ülesandeks oli läbi vaadata need seadusandlikud aktid, mis puudutasid inimese tervist. Näiliselt ei olnudki see poliitikaga seotud. Olen kogenud, et kõik, mis puutub tervishoidu, on tegelikult poliitika, sest poliitika on võimu küsimus ning võimalija saab oluliselt mõjutada tervishoiusüsteemi arengut, mis on nii tähtis kogu rahvale. Seetõttu peaks iga arst suutma näha erakondade programmides erinevusi sotsiaalküsimustes. Paljud poliitikud ja poliitilised programmid ei pööra tervishoiule mingit tähelepanu.

Põhiline Eesti saadikute töö Moskvas oli koos vene demokraatidega nõukogude süsteemi lammutamine. Eesti inisektsioon tuli ka meie kaasabil. Pärast seda loobusin poliitikast. Varsti hakkasin aga märkama, et loobuda ei olegi nii lihtne, kuna Eesti erinevatel erakondadel on erinev suhtumine tervishoidu. Jõudsin järeldusele, et kõige tervishoiusõbralikum program on Keskerakondal ning andsin nõusoleku kandideerida Riigikogusse valimisliidus «Rahvarinne» (Põhja-Tallinna valimisringkonnas). Poliitikuks oleks minu kreedoks, et inimese tervist saab mõjutada arst, kogu rahva tervist aga poliitik. Arstid on poliitikas olnud alati tasakaalustavaks jõuks. Heade inimesetundjadena suudavad nad tülitsejaid lahuse hoida ja verevalamist vältida. Eesti poliitikas on ennegi arste olnud, meenutagem kas või riigivanem dr. F. Akelit. Ühiskonna tervenemine — see ongi haige ravimine.

*Psühhiaatriast ja poliitikast on
Arvo Haugiga kõnelnud Kuulo Kutsar*

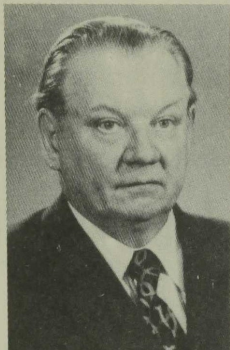
Vererõhk, insult ja koronaartõbi. Inglise arstid on ulatuslikus prospektiivses uurimistöös selgitanud diastoolse rõhu seost insuldi ja koronaartõvega 6...25-aastase (keskmiselt 10-aastase) jälgimisperioodi jooksul 420 000 inimesel, kellel esines 843 insuldi- ja 4856 koronaartõppe haigestumise juhtu. Diastoolse rõhu (keskmiselt 70...110 mm Hg) suhtes ei ilmnenud sellist «lävitatset», millest allpool diastoolse rõhu väärtused ei oleks olnud seotud insuldi ja koronaartõve riski vähenemisega. Diastoolse rõhu pikaajalise individuaalse keskmise väärtuse erinevused 5, 7,5 ja 10 mm Hg võrra seostusid vastavalt 34, 46 ja 56% väiksema insuldi esinemissagedusega ning 21, 29 ja 37% väiksema koronaartõve esinemissagedusega. Järelikult enamikule nendest inimestest, keda on traditsiooniliselt peetud hüper- või normotoonikuks, tähendab arteriaalse rõhu madalam väärtus ühtlasi veresoontkonna haigusse haigestumise väiksemat riski.

Hüpotensiivse ravi (peamiselt diureetikumide ja beetablokaatoritega) tulemusena langes diastoolne rõhk kaheks-kolmeks aastaks, sellega kaasnes statistiliselt tõepärane veresoontkonna haigustest tingitud suremuse vähenemine. Insultide esinemissagedus vähenes 42±6% ja koronaartõve esinemissagedus 14±5%. Seetõttu peetakse hüpotensiivse ravi põhinaidustuseks insuldi tekke riski (arvestades inimese vanust, vererõhu väärtust ning ajuveresoonte haiguste tekke eelsoodumust).

Lancet, 1990, 335.

IN MEMORIAM

Ernst Raudam



11. augustil 1992 suri sõjajärgse Eesti silmapaistvamaid arstiteadlasi *professor emeritus* Ernst Raudam (1936. aastani Trautmann). 15. augustil maeti ta Tartu Vana-Jaani kalmistule.

E. Raudam sündis 21. aprillil 1915. Lõpetanud 1940. aastal arstiteaduskonna ja töötanud lühikest aega Paides, tuli ta oma õpetaja prof. Ludvig Puusepa kutsel Tartusse Ülikooli Närvikliiniku assistendiks. 1944. aastal siirdus pagulusse prof. L. Puusepa lähim õpilane professor Johannes Riives, 1948. aastal sunniti ülikoolist lahkuma dotsent Voldemar Üprus ning E. Raudamist sai 32-aastaselt kateedrijuhataja. Prof. L. Puusepa õpilastest ja kaastöötajatest oli kliinikusse jäänud vaid Lydia Rivis; Felix Raudkepp oli 1940. aastal siirdunud Tallinna. Niisuguses olukorras tuli prof. L. Puusepa noorimal õpilasel võtta endale tohtu koormus ja vastutus. Juba dotsent V. Üpruse kaastöölisena oli E. Raudam teinud nelja mehe tööd: olnud kateedri assistent, haigla ordinaator, röntgenikabineti juhataja ja Pasteuri jaama juhataja. Nüüd lisandus närvikliiniku juhtimine, peatselt osales ta kogu linna arstibi korraldamises. Prof. E. Raudam oli üks neid, kes sõjajärgsetel aastatel kandis *Universitas Tartuensis*'e vaimu, töökust ja asjalikkust.

Prof. E. Raudam oli tark arst, osav kirurg, erudeeritud õpetaja, väljapaistev teadlane ja tunnustatud liider.

Kuigi E. Raudam oli professor L. Puusepa kooli vahetu jätkaja, oli ta põhiliselt *self-made man* selle mõiste paremas tähenduses. Koostöö prof. L. Puusepaga (suri 1942) jäi lühiajaliseks, teised vanemad kolleegid lahkusid. Nii tuli prof. E. Raudamil omal käel õppida ka neurokirurgia keerulist kunsti. Ometi jääb tema teeneks mitme

täiesti uue operatsioonimeetodi rakendamine ja modifitseerimine. Nii oli ta pioneeriks nimmediskide prolapside kirurgilise ravi arendamisel, ajuarterite aneurüsmide opereerimise ja stereotaktilise kirurgia rakendamisel.

Prof. E. Raudami teadushuvi oli laialdane ja hõlmas neuroinfektsioone, perifeerse närvisüsteemi patoloogiat, närvihaiguste intensiivravi, peaju vereringe häireid ja stereotaktilist kirurgiat. Eriti tuleb esile tõsta tema teaduslikku ja organisatoorset tegevust poliomiüeliidi likvideerimisel Eestis. Sellest kaugelki mitte ammenavast loetelust nähtub, et prof. E. Raudam ei olnud ühe kitsa teadussuuna viljeleja; ta teadustöö põimus alati läbi arendustegevuse ja organisatsioonilise tööga. Prof. E. Raudam ei pidanud vajalikuks tunda teda huvitavas küsimuses kogu kättesaadavat kirjandust, kuid tal oli imepärane võime leida ja teada olulist. Kindlasti on teadlaste hulgas olnud temast metoodilisemaid ja järjekindlaimaid, kuid vähe neid, kes suutnuks temaga võistelda olulise eristamisel vähemolulisest ja eriti perspektiivsete ja vajalike tegevussuundade leidmisel.

Prof. E. Raudam oli õpetaja, keda mõisteti poolelt sõnalt. Seetõttu ei olnud tal vaja esitada pikki ja argumenteeritud, dotseerivaid monolooge. Tema mõnikord koguni epateerivalt sõnastatud mõtted hämmastasid oma selgusega. Õeldu kehtib pigem siiski rangelt erialaste kõneluste kohta kolleegide ringis. Esinedes üliõpilastele väljendas prof. E. Raudam end selgelt ja arusaadavalt, olles aastakümnete jooksul üks lemmikõppejõude.

Oma ulatuslikus ühiskondlikus ja liidritegevuses (ta oli arstiteaduskonna dekaan, ülemnõukogu saadik, paljude teadusnõukogude, kolleegiumide ja komisjonide liige) oli prof. E. Raudam eelkõige tugev praktik. Ta ei olnud kontseptsioone koostav ideoloog, ta tegutses alati väga tulemusrikkalt. Loodus oli talle andnud sarmi ja oskuse inimestele läheneda. Need omadused avasid talle nii mõnegi ukse muidu nii hästi kindlustatud bürokratiasüsteemis. Sellest oli kasu kliinikule, arstiteaduskonnale, Eesti tervishoiukorraldusele, meie rahva füüsilisele identiteedile.

Professor Ernst Raudamit iseloomustas selgelt tema oskus võimalikust maksimumi saavutada. Ta on pälvinud kolleegide, õpilaste ning arvukate patsientide jääva lugupidamise ja tänu.

Kolleegid

Uut puhkuseseaduses

1. jaanuaril 1993 hakkab kehtima uus Eesti Vabariigi puhkuseseadus, mida rakendatakse kõikide töötajate suhtes, kes saavad puhkust pärast 1993. aasta 1. jaanuari, sõltumata sellest, missuguse tööperioodi eest seda antakse.

Missugust puhkust on õigus anda?

Puhkuseseadus reguleerib suhteid, mis tekivad töötaja ja tööandja vahel seoses puhkuse andmisega.

Töö laadi ja tingimuste põhjal antavad puhkused on järgmised: 1) põhipuhkus, sealhulgas pikendatud puhkus; 2) lisapuhkus; 3) vanemapuhkused; 4) palgata puhkus.

Kui pikk on põhipuhkus?

Põhipuhkuse kestus on 28 kalendripäeva. Pikendatud põhipuhkus antakse: 1) alaealistele 35 kalendripäeva; 2) invaliididele 35 kalendripäeva; 3) riigivõimu-, riigivalitsemis- ja omavalitsusorgani ametiisikutele 35 kalendripäeva; 4) ülikoolide, rakenduslike kõrgkoolide, teadusasutuste, koolide ja muude lasteasutuste juhtidele, teaduritele, õppejõududele, õpetajatele, kasvatajatele ja teistele pedagoogikaspetsialistidele kuni 56 kalendripäeva.

Selle punkti rakendamiseks peab Eesti Vabariigi valitsus kehtestama 31. detsembriks 1992 ametikohtade loetelu ning pikendatud puhkuse kestuse konkreetsetel ametikohtadel töötajatele.

Kellele antakse lisapuhkust?

Õigus lisapuhkust saada on neil, kes töötavad: 1) allmaatöödel; 2) tervist kahjustavatel ja eriseloomuga töödel; 3) ning neil, kellele kollektiiv- ja töölepinguga võib ette näha täiendaval alusel lisapuhkust anda.

Allmaatööde, tervist kahjustavate tööde ja eriseloomuga tööde näidustused ja loete-

lu kehtestab Eesti Vabariigi valitsus 1992. aasta 31. detsembriks.

Mida tähendab vanemapuhkused?

1. Rasedus- ja sünnituspuhkus. Naisele antakse sünnituslehe alusel rasedus- ja sünnituspuhkust 70 kalendripäeva enne ja 56 kalendripäeva pärast sünnitust. Mitmikute sünni või tüsistustega sünnituse korral antakse sünnituspuhkust 70 kalendripäeva. Rasedus- ja sünnituspuhkus liidetakse ja antakse täies ulatuses, sõltumata lapse sündimise päevast. Selle puhkuse aja eest makstakse hüvitist vastavalt ravikindlustusseadusele.

2. Lapsendaja puhkus. Kuni aastase lapse lapsendajale antakse puhkust 70 kalendripäeva alates lapsendamise päevast. Ka selle aja eest makstakse hüvitist vastavalt ravikindlustusseadusele.

3. Lapsehoolduspuhkus. Lapse emale või isale antakse tema soovil lapsehoolduspuhkust kuni lapse kolmeaastaseks saamiseni. Kui aga ema või isa lapsehoolduspuhkust ei kasuta, võib puhkuse anda lapse tegelikule hooldajale, kes seaduslikul alusel elab Eesti Vabariigis.

Lapsehoolduspuhkust ei anta üksnes siis, kui laps on täielikult või osaliselt riiklikul ülalpidamisel.

Seda puhkust võib kasutada korraga või osade kaupa igal ajal kuni lapse kolmeaastaseks saamiseni. Lapsehoolduspuhkusel olevale töötajale makstakse riiklikku ülalpidamistoetust vastavalt lastetoetusseadusele.

4. Täiendav lapsepuhkus. Emale või isale antakse tema soovil igal tööaastal täiendavat lapsepuhkust kolm kalendripäeva, kui tal on üks või kaks alla 14-aastast last, ja kuus kalendripäeva, kui tal on kolm või enam alla 14-aastast või vähemalt üks alla kolmeaastane laps. Sellele puhkusele on õigus ka lapse eestkostjal, kes kasvatab last ilma vanemateta.

Lapse 14-aastaseks saamise aastal antakse seda puhkust olenemata sellest, kas lapse sünnipäev on enne või pärast puhkust.

Täiendav lapsepuhkus liidetakse põhi- ja lisapuhkusele, samuti pikendatud põhipuhkusele ja antakse sellega koos või poolte kokkuleppel mõnel muul ajal.

Lisaksin siia veel puhkuseseadusest soodustuse lapsevanematele puhkuse kasutamise ajaks.

Nimelt kehtestab puhkuseseadus õiguse kasutada puhkust töötajale sobival ajal. Selles osas on arvestatud vanemate ja laste huve.

Töandja on kohustatud andma puhkust töötajale soovitud ajal: 1) naisele enne ja pärast rasedus- ja sünnituspuhkust või pärast lapsehoolduspuhkust; 2) mehele naise rasedus- ja sünnituspuhkuse ajal; 3) naisele, kes kasvatab kuni kolmeaastast last; 4) mehele, kes üksinda kasvatab kuni kolmeaastast last.

Peale selle on töandja kohustatud andma töötaja soovil palgata puhkust: 1) naisele, kes kasvatab kuni 14-aastast last; 2) mehele (eestkostjale), kes kasvatab üksinda kuni 14-aastast last; 3) ühele vanematest (eestkostjale, hooldajale), kes kasvatab lapsinva- liidi.

Eespool nimetatud juhtudel antakse palgata puhkust kuni 14 kalendripäeva töö- aasta kestel poolte kokkuleppega määratud ajal.

Maire Pella

1992. aastal arenesid jõudsalt Eesti ja Rootsi epidemioloogide ametialased suhted. 31. märtsil 1992 külastas Eestit 35 Rootsi epidemioloogi. Külaskäik oli lühiajaline, kuid programm tihed. Tutvuti Merimetsa Nakkushaigla ja Tallinna Kiirabihaigla laboriga, kuulati Eesti peasanitaararsti asetäitja *dr. med. A. Jögiste* ettekannet epidemioloogilise olukorra kohta Eestis.

Aprillis viibisid epidemioloogid V. Pool ja T. Trei Rootsi-poolsel kutsel Stockholmis. Kutse oli seotud Huddinge Nakkushaigla avamise ja sel puhul korraldatud sümposiumiga «HIV-nakkus Põhjamaades». Sümposiumil anti ülevaade ka HIV-nakkuse leviku kohta Eestis.

Norrbotteni lääni kutsel viibisid septembris Rootsis *dr. med. A. Jögiste*, V. Pool ja T. Trei. Peeti loenguid kolmes linnas, milles käsitleti tervisekaitsetalituse struktuuri ja ülesandeid, nakkushaiguste profülaktika tulemusi, veest ja toidust põhjustatud soolenakkushaiguste puhanguid, difteeria situatsiooni Eestis.

1992. aastal arenenud suhted lubavad eeldada jätkuvaid kontakte ja koostööd.

Toomas Trei

TARTU ÜLIKOOLIS

XVII Tartu Ülikooli arstiteaduskonna päev peeti 9. oktoobril 1991 ja see oli pühendatud Tartu Ülikooli 360. aastapäevale. Aktuse avasõnad ütlesid rektor J. Kärner ning tervishoiu- minister A. Kork.

Akadeemilise loengu «Geneetilised faktorid inimese patoloogias» pidas prof. A.-V. Mikelsaar. Teema oli huvipakkuv. Inimeste erinevus ja igäihe omanäolisus on kogu rahva rikkus. Isiksuse kujunemises on kahtlemata väga suur osa perekondlikel suhetel, haridusel, elutingimustel, ühiskonnaoludel, keskkonnal üldse. Ent ikkagi on palju looduse poolt pärilikkusena kaasa antud. Pärilikud vead avalduvad, esiteks, sünnieelsete arenguhäiretena, mis põhjustavad raseduse katkemist; teiseks, vastsündinul täheldatavate väärarengutena; kolmandaks, alles hilisemas eas avalduvate pärilike haigustena; neljandaks, keskkonnatundlikkuse häiretena.

Arstiteaduskonna dekaan prof. L. Allikmets rääkis oma sõnavõtus arstiteaduskonna õppejõudude ja üliõpilaste arvust läbi aegade ning tutvustas uut arstiteaduskonna õppetöös 1992/1993. õppeaastal.

Teenete eest õppe- ja teadustöös ning tegevuse eest ühisel ametialal said Tartu Ülikooli arstiteaduskonna medali Tampere Ülikooli professor Jarmo K. Visakorpi, professor Raul Talvik, dotsent Helgi Silm, Jüri Samarütel, Urmo Kõöbi ning tervishoiuministri esimene asetäitja Vello Ilmoja.

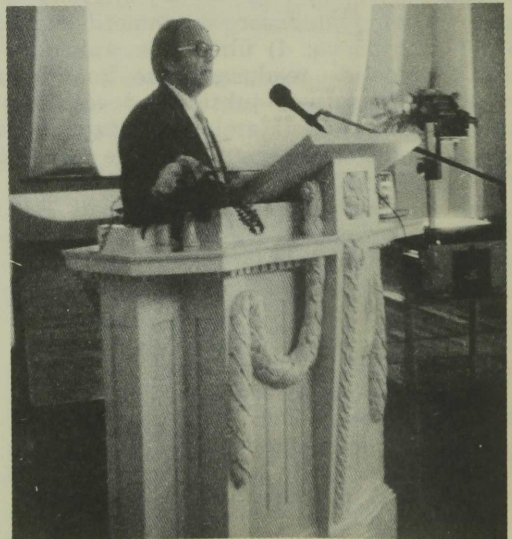


Foto 1. Prof. A.-V. Mikelsaar akadeemilist loengut pidamas.



Foto 2. Tampere Ülikooli professor Jarmo K. Visakorpi arstiteaduskonna medalit vastu võtmas. A. Joala fotod.

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeeriumi aukirja pälvisid professorid Lembit Allikmets, Lembit Roostar; dotsendid Ela Lepp, Lembit Rägo, Toomas Asser ning Tartu Ülikooli arstiteaduskonna asjaajaja Leida Rõivassepp.

Aktusel musitseeris «Vanemuise» solist Taisto Noor.

Mall Kuusma

Tartu Ülikooli nõukogu valis 25. juunil 1992 arstiteaduskonna korralsised professorid.

Üldine biokeemia — TÜ biokeemia kateedri dotsent biol. kand. med. dr. **Mihkel Zilmer**;

meditsiiniline biokeemia (kateedri juhataja) — TÜ bioorgaanilise ja bioloogilise keemia kateedri juhataja med. dr. prof. **Lembit Tähepõld**;

farmakognosia (kateedri juhataja) — TÜ farmakognosia ja farmaatsia organisatsiooni kateedri dotsent med. kand. **Elmar Arak**;

füsioloogia (kateedri juhataja) — TÜ füsioloogia kateedri juhataja med. dr. **Eero Vasar**;

kliiniline farmakoloogia — TÜ farmakoloogia kateedri dotsent med. dr. **Lembit Rägo**;

operatiivkirurgia ja topograafiline anatoomia (kateedri juhataja) — TÜ operatiivkirurgia ja uroloogia kateedri professor med. dr. **Ennu Sepp**;

anestesioloogia ja intensiivravi (kliiniku juhataja) — TÜ üldkirurgia kateedri juhataja med. dr. prof. **Raul Talvik**;

üldkirurgia (õppetool) — TÜ teaduskonnakirurgia kateedri professor med. dr. **Henno Tikko**;

kirurgia (kliiniku juhataja) — TÜ üldkirurgia, anestesioloogia ja reanimatoloogia kateedri dotsent med. dr. **Ants Peetsalu**;

kardio- ja koronaarkirurgia (õppetool) — TÜ hospitaalkirurgia kateedri juhataja med. dr. prof. **Lembit Roostar**;

kardioloogia — TÜ sisehaiguste propedeutika kateedri juhataja med. dr. prof. **Rein Teesalu**;

immunoloogia — TÜ ÜMPI immunoloogia labori juhataja med. dr. **Raivo Uibo**;

ftisiatria ja pulmonoloogia (kopsukliiniku juhataja) — TÜ hospitaalsisehaiguste kateedri professor med. dr. **Heinart Sillastu**;

radioloogia ja röntgenoloogia (kliiniku juhataja) — TÜ radioloogia ja onkoloogia kateedri juhataja med. dr. prof. **Erich Kuus**;

onkoloogia (õppetool) — TÜ onkoloogia ja radioloogia kateedri dotsent med. kand. **Karl Kull**;

kõrva-, nina- ja kurguhaigused (kliiniku juhataja) — TÜ oftalmoloogia kateedri dotsent med. kand. **Mart Kull**;

lastehaigused (kliiniku juhataja) — TÜ pediatria kateedri juhataja med. dr. **Tiina Talvik**;

naha- ja suguhaigused (kliiniku juhataja) — TÜ nakkushaiguste ja dermatoveneroloogia kateedri juhataja med. kand. dots. **Helgi Silm**;

sünnitusabi ja günekoloogia (naistekliiniku juhataja) — TÜ sünnitusabi ja günekoloogia kateedri juhataja med. kand. dots. **Helbe Sinimäe**;

nakkushaigused (kliiniku juhataja) — TÜ nakkushaiguste ja dermatoveneroloogia kateedri nakkushaiguste osakonna juhataja, Tartu Nakkushaigla peaarsti asetäitja ravi alal med. kand. **Matti Maimets**;

neuroloogia ja neurokirurgia (kliiniku juhataja) — TÜ neuroloogia ja neurokirurgia kateedri juhataja med. dr. prof. **Ain-Elmar Kaasik**;

silmahaigused (kliiniku juhataja) — TÜ oftalmoloogia kateedri juhataja med. kand. dots. **Aleksei Panov**;

sisehaigused (kliiniku juhataja) — TÜ teaduskonnasisehaiguste kateedri juhataja med. dr. prof. **Vello Salupere**;

sisehaigused — TÜ hospitaalsisehaiguste kateedri juhataja med. dr. prof. **Reinhold Birkenfeldt**;

spordimeditsiin ja taastusravi (kliiniku juhataja) — TÜ spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateedri professor med. dr. **Jaak Maaros**;

stomatoloogia (kliiniku juhataja) — TÜ stomatoloogia kateedri professor med. dr. **Edvitar Leibur**;

traumatoloogia ja ortopeedia (kliiniku juhataja) — TÜ traumatoloogia, ortopeedia ja välikirurgia kateedri juhataja med. dr. prof. **Tiit Haviko**;

sisehaiguste polikliinik ja peremeditsiin — TÜ teaduskonnasisehaiguste kateedri dotsent med. dr. **Heidi-Ingrid Maaros**;

psühhiaatria (kliiniku juhataja) kohusetäitjaks määrati 25. juunil TÜ psühhiaatria kateedri dots. med. kand. **Veiko Vasar**.

KROONIKA

26. augustil avati taas Tallinna Vabariikliku Haigla sünnitusosakond. Aegade ja olude sunnil oli selle remont veninud esialgselt plaanitust tunduvalt pikemaks ja kestis kaheksa aastat. Haigla peaarst Väino Tuppits ütles avamisel: «Ootamise aeg oli nii pikk, et vahepeal tuli masendus peale. Viimased lapsed, kes siin sündisid, on jõudnud kooliikka. Mitu korda vahetusid ehitajad-remontijad. Seda suurem on meie tänu firmale «Tarve», kes möödunud aastal asja oma hooleks võttis ja lõpule viis».

Sünnitusosakonna peaarstile Margit Sergole kingiti sümbolne võti ning tervishoiuministri asetäitja Vello Ilmojal oli au läbi lõigata lint. Seejärel tervitasid sünnitusosakonna peret kolleegid teistest haiglatest, öeldi kauneid sõnu ja anti üle lilli ning kingitusi. Kiirabihaigla peaarst Teet Lainevee avaldas lootust, et kui nende maja ükskord remonti läheb, leiavad nemad varjupaiga Ravi tänavas (oli ju just Kiirabihaigla see, kes kõik need 8 aastat «allüürnikele» lahke peremees oli).

Vastremonditud majas ringkäiku tehes ei oldud kiidusõnadega kitsid: tehtud on tõepoolest kõik, et titeotel peredel mugav oleks. Varajasema 260 voodikoha asemel on nüüd neid 175, neist 125 sünnitajaile ja 50 günekoloogilistele haigetele. Peresünnituseks on kuus tuba, mees võib oma naise ja lapsega haiglasse jääda ka kogu



Foto 2. Vaade taasavatud sünnitusmajale.

sünnitusjärgseks ajaks. Sünnitusasendit võib naine ise valida, ranget seliliolemist enam ei nõuta. Uudne meie tingimustes on seegi, et sünnitusosakonnas on lubatud ka külastamine, lilledest rääkimata. Selle kohta ütles V. Tuppits, et üks muidugi aeg näita, kas eesti inimesel on vajalikul määral loomulikku hügieeni, aga külastamise lubamisega loodetakse lõpetada senine sünnitusmajadele nii iseloomulik akendel kõõlumine ja nõõri otsas pakikeste saatmine.

Palatid on ühe- kuni viiekojalised, kui ema soovib, võib vastsündinu ööpäev läbi tema juures olla. Tavapärastele haiglapalatile lisavad soojust rõõmsavärvilised kardinad, eelsünnitustoa kiiktoolid ja toalilled. Nii et haiglapersonal (32 arsti ja 90 meditsiiniõde ja ämmaemandat) on tõesti igati mõelnud sünnitajale ja tema elu nii tähtsa hetke võimalikult mugavaks tegemisele. Nüüd jääb vaid soovida, et selles majas ikka ainult terved beebid sünniks ja et neid ikka rohkem oleks.

Helle Brus



Foto 1. Üks sünnitusosakonna palatid.
H. Leppiksoni fotod.

EESTI ARST

1992

Aineregister

Aastakoosolek

—, Vähiregistrite Assotsiatsiooni (Fõhjamaade) 49 aastasisukord (1992. a.) 475

AIDS

—, HIV 56

—, —, levimine 56

—, —, riskirühmad 42

ajakirjandus

—, Eesti 3

—, —, meditsiini 3

—, —, —, «Eesti Arst» 3

ajuinfarkt

—, noored 256, 257

alkoholtoksikatsioon

—, laktatsiooniperiood 39, 40

—, rasedusperiood 39

aneürüsm

—, arteriovenoosne 109

—, —, kliiniline kulg 109, 110

—, —, paiknevus 109

—, —, tekke põhjus 109

—, patoanatoomia 109, 111

—, peajaarterite 110

antidepressantravi

—, valu 191

—, —, krooniline 191, 192

—, —, sündroom 192

arstide päevad

—, Soome 135

arstiteaduse ajalugu

—, «Dr. med. J. W. L. von Luce toitumisalased nõuanded maarahvale 175 aastat tagasi» 298

—, K. E. von Baeri avaldamata kirjad L. F. von Froripile ja tema pojale aastast 1823—1831 217, 301

—, «Keisrite ihuarst — päritolult ja hingelt eestlane» (Ph. Karell) 125

—, Kuuda Leprosorium 95-aastane 449

—, «Mõnda Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kaudsest eelkäijast» 215

—, Poolteist sajandit Saaremaa tohtri rahvalgustaja ja estofiili Johann Wilhelm Ludwig von Luce surmast 297

—, Põhja Balti Arstideseltsi protokolliraamat 375

—, «Tervishoiukorraldus Eesti Vabariigi algaastail» 379

arstide selts

—, Eesti Manuaalse Meditsiini Selts 448

—, Eesti Tervisekaitse Selts 447

—, Eesti Vähiliidu (EVL) asutamiskoosolek 226

—, 80 aastat Eesti Arstide Seltsi 435

—, konverents «Eesti rahva vaimne ja füüsiline tervis» 438

—, kõrva-nina-kurguarstide koosolek (E. J. Saareste 100. sünniaastapäev) 227

—, lastekirurgide seltsi (Sulamaa Seura) ja Eesti Lastekirurgide Seltsi ühine koosolek (I) 228

—, Lääne-Eesti arstide seltside konverents (VIII) 138

—, Perearstide Selts (Eesti) 138

—, UNEPSA peaassamblee ja konverents (VIII, Berliin) 289

—, Västra Nylands Läkarsföreningi ja Saaremaa Arstide Seltsi ühine teaduskonverents 393

Asklepiose klubi

—, «Eesti Noorarstide Ühendus — uus jõud Eesti meditsiinis» 220

—, astroviirused 357

—, autoriregister (1992. a.) 474

baroteraapia

—, isheemia 201

—, —, alajäseme 201, 202
Berliini Vaba Ülikool 150, 151

bibliograafia

—, Tartu Ülikooli Närvikliiniku teadustööde 238

C-hepatiit

—, maksapuudulikkus 372

—, maksatsirroos 372

depressiivsed häired

—, mehhanismid 184, 185

—, —, patogeneetilised 184, 185

diagnoos

—, kliiniline 194, 195

—, patoanatoomiline 195

—, —, lahknevus 195

diagnoosimisvead

—, esinemissagedus 195

—, põhjused 194

difteeria

—, epidemioloogiline olukord 342

—, haigestumine 97, 98, 340, 341

—, immuunsusfoon 97, 98

—, kandlus 340, 341, 342

—, massuuring 98

—, seroloogiline 98

—, ringlus 340

—, täiskasvanud 97, 98

—, duodenaalhaavand

—, ravi 12, 87

EEG

—, unaegne 187

—, —, REM-latentsus 187

—, Eesti Arstide Liit

—, erakorraline üldkogu

—, koosolek 224

—, tegevus (1990—1991) 62

—, Eesti Arstide Selts Rootsisis 159

—, sügiskoosolek 238

—, Eesti arstiteadlaste publikatsioonide välismaal 316

eesti keel

—, keeleseadus 343

—, meditsiiniastutused 343, 419, 420

—, —, keeleoskus 345, 421, 422

—, —, keeleprobleemid 344, 421, 422

Eesti Lastekaitse Liit

—, «Päästa lapsed!» 290

—, Eesti Meditsiiniraamatukogu

—, sidemed 69

—, —, välismaa kolleegid 69

- Eesti Noorarstide Ühendus
 —, Eesti noorarstide päevad (II) 373
 —, —, lõppdokument 375
 —, konverents «Võrdsed õigused naisarstidele» 225
 —, korraline kevadkoosolek (XXXIII, Euroopa Noorem- arstide Alalise Töögrupi) 440
- Eesti Punane Rist
 —, asepresidendid (Valton, A., Kolle, R., Väärtõu, H.) 77
 —, president (Kalda, H.) 77
 —, taastav peakoosolek 77
 Eesti teadlaste lõpetatud uurimused 78, 317, 397
 Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingu Vabariiklikus Liidus
 —, Eesti Tervishoiutöötajate Ametiühingu vabariiklik kongress (II, Tallinn) 316
 Eesti Vabariik
 —, demograafiaandmed 43, 296
 —, —, 1989—1991 43, 296
 Eesti Vabariigi Tervishoiu- ministeerium
 —, teadusnõukogu 157
 —, —, koosseis 157, 158
- Eesti Vähiliit (EVL)
 —, asutamiskoosolek 226
 Eesti Vähiregister 248
 eetika
 —, arsti- 71
 —, —, kriis 71
 —, —, tulevikuväljavaated 71
 elekterstimulatsioon 173
 endoskoopiline kongo punase test (EKPT) 12
 enesetapp
 —, Eesti (1991. a.) 374
 enteroadenovirused 355
 epidemioloogid
 —, Eesti 466
 —, Rootsi 466
 —, —, ametialased suhted 466
 Ernits, H. (1924—1992) 396
 etikett
 —, arsti- 71
 —, —, kriis 71
 —, —, tulevikuväljavaated 71
- Euroopa Noorem- arstide Ala- line Töögrupp (*Permanent Working Group of European Junior Hospital Doc- tors* — PWG)
 —, koolitus 442
 —, —, diplomijärgne 442
- fibroos
 —, tsüstiline 182
 foorum
 —, arstide liitude ja ühendus- te (Euroopa) 224
 füsioteraapia 40
- geneetika 210
 generaliseerunud disseminee- runud koagulopaatia 273
 —, düslipideemia 274
 —, —, profülaktika 276
 —, —, traumajärgne 274, 275
 genoom
 —, struktuur 179, 180, 181
- haavand
 —, duodenaal- 87
 5-HIAA
 —, liikvor 189
 haigestumine
 —, profülaktika 30
 —, tegurid 29
 —, —, sotsiaalsed 39
 haridus
 —, meditsiini- 203
 helmintoos-antropozoonoos 112
 —, kliiniline pilt 112
 —, —, polümorfus 112
 hepariin
 —, kasutamine 100, 103, 104
 —, molekulkaal (madal-) 100
 —, tromboos 100
 —, —, ravi 100
- HIV
 —, levik 206
 —, —, Eesti 206, 207
 —, profülaktika programm 207
 hüperkorticoleemia
 —, melanhoolne seisund 188
- infarkt
 — aju- 256
 —, —, etioloogia 257
 —, —, riskifaktorid 257
 —, noored 256
 interleukiin-1
 —, aktiivsus 266
 —, —, bioloogiline 266
 —, immunoloogia 268
 —, inhibiitorid 267
 —, kliinik 267
 —, retseptor 266, 267
- intervjuu
 —, Haug, A. (Inimese tervist mõjutab arst, rahva tervist poliitik) 460
 —, Jõgiste, A. (Eesti epide- mioloogiline olukord on kontrolli all) 391
- , Kõvamees, A. (... Eesti kirurgid on väga head») 231
 —, Mikelsaar, A.-V. (Eesti geneetika on rahvusvaheli- sel tõusuteel) 306
 —, Sinisalu, V. (Eesti Arstide Liidu president) 64
 —, Vilosius, T. (Usaldusvää- rne arst ja sõltumatu po- liitik) 139
 isheemia
 —, äge 201
 —, —, alajäseme 201
 —, —, —, taastav operat- sioon 201
 —, —, —, baroteraapia 201, 202
 isheemiatõbi
 —, kliiniline remissioon 15, 324
 —, müokardiinfarkt 16
 —, —, koronarograafia 16, 323
 —, stenokardia 15, 16
 —, stenoos 17
 —, suremus 326
- juuridiline nõuanne
 —, Ema ja laps Eesti Vaba- riigi töölepingu seaduses 349
 —, Lastetoetuste seadus 234
 —, Pensionide ümberarvuta- mine 75
 —, Testamendi tegemine 153
 —, —, haigla 153, 154
 —, Uut puhkuse- seaduses 465
 —, Väljateenitud aastate pen- sioonid 315
 jõesool
 —, kontinentne uriinireser- vuaar 362
- kaader
 —, meditsiini- 194
 —, —, Eesti 194
 Kalda, H. (Eesti Punase Risti president) 77
 kalitsiviirused 356
 Kalnin, V. (1929—1992) 236
 Karell, A. (1892—1992) 129
 —, —, arst 129
 —, teadlane 130
 — kunstnik 131
 Karell, Ph. 125
 Karell, U. 396
 kardiomüopaatia
 —, alkohoolne 32
 —, —, morfoloogiline leid 38
 —, hüpertroofiline 163
 —, —, obstruktsiooniline vorm 163, 165

- , —, diagnoosimine 165
 —, —, ehkardiograafia 165, 166
 —, —, kliiniline kulg 164
 —, müokard 36
 —, —, histoloogilised muutused 36
 Karusoo, J. (1928—1992) 314
 kasvajakas
 —, pahaloomulised 370, 371
 —, —, esmajuhud 370, 371
 —, —, —, Eestis (1991) 370, 371
 perimentaalkombinaat
 —, mõju keskkonnale 261
 —, —, inimese tervisele 261, 262
 Keila Teraviljasaaduste Ekskemoterapeutikumid
 —, rasedus 425, 426
 —, laktatsiooniperiood 425, 426
 —, geriaatrilised patsiendid 426, 427
 —, —, kõrvaltoime 425, 426, 427
 —, kõrvaltoime 425
 Kivilo, M. (1935—1992) 74
 klamüüdia
 —, infektsioon 270
 —, —, diagnoosimine 271, 272
 —, —, ravi 272
 kloororgaanilised ühendid
 —, toksilised 258
 —, —, hülged 258, 259
 —, —, Läänemeri 259
 —, —, Riia laht 259
 Kokk, A. (60. sünnipäev) 69
 Kokk, H. (Tartu Kliinilise Haigla üldkirurgiaosakonna juhataja) 77
 Kolle, R. (Eesti Punase Risti asepresident) 77
 kommentaar
 —, Ilmoja, V. («Keelesituatsioonist Eesti meditsiinasutustes») 423
 kongress
 —, Diabetoloogide Assotsiatsiooni (XXVII, Euroopa) 48
 —, kliinilise füsioloogia (IX, Skandinaaviamaade) 48
 —, neuroimmunoloogia assotsiatsiooni (III, rahvusvaheline) 133
 —, Näo-lõualuukirurgide Assotsiatsiooni (XI, Euroopa) 434
 —, reumatoloogide (IX, üleliiduline) 51
 —, Sisemeditsiini Assotsiatsiooni (XI, Euroopa) 55
 —, sporditrauma (I, maailma) ja põlvekirurgia ja artroskoopia (V, Euroopa) ühine 390
 konverents
 —, füsioloogia (rahvusvaheline) 48
 —, kalamajandusliku toksikoloogia (üleliiduline) 55
 —, meditsiiniajaloo päev (III) 287
 —, Tartu Ülikooli ajaloo (X) 136
 —, teadusajaloo (XVI, Balti riikide) 50
 —, telefonabi- (VII, Aasia riikide) 433
 Konik, K. 3
 koostöö
 —, neurokirurgid 22
 —, —, Eesti 23, 24
 —, —, Soome 23, 24
 —, neuroloogid 22
 Koppel, H. 3
 kriitika ja bibliograafia
 —, Pilk prostiitutsiooni ajalukku 456
 —, R. Viiru ja A. Eskola uus raamat 310
 —, Taas ilmub ajakiri «Eesti Rohuteadlane» 312
 kronomeditsiin 168
 kultuuritegelased
 —, vanemaid 44
 —, —, Eesti 44
 kusepõievähk
 —, ajaline trend 243, 244
 —, epidemioloogia 362
 —, haigestumus 243, 244, 362
 —, ravi 363
 —, —, kirurgiline 363
 —, suremus 243
 —, —, (1968—1987), Eesti 244
 Laaniste, T. (50. sünnipäev) 394
 Levin, A. (meditsiini doktor) 228
 Levkov, L. (kandidaadiväitekirj) 137
 lihasedüstroofia
 —, Duchenne'i-Beckeri 183
 —, —, esinemissagedus 183
 —, —, diagnoosimine 183
 Liisa Kolumbuse mälestusfond 159
 —, stipendiumid 159
 Luts, L. (60. sünnipäev) 142
 Lövi-Kalnin, M. (60. sünnipäev) 394
 lümfoon
 —, mao- 27, 28
 —, —, ravi 27, 28
 Lüüs, A. 3
 Makarova, T. (meditsiinkandidaat) 228
 MAO
 —, aktiivsus 189
 —, —, trombotsüüdid 189
 maovähk
 —, ravi 25
 —, —, kompleks- 26, 27
 meditatsioon
 —, transsendentaalne 122, 123, 124, 204
 —, —, kasulikkus 123
 meditsiinkaader
 —, Eesti 294
 meditsiini kool
 —, 1992. a. lõpetajad (Tallinn) 229, 230, 366
 —, 1992. a. lõpetajad (Tartu) 230, 366
 —, 1992. a. lõpetajad (Kohtla-Järve) 368
 meditsiinieetika
 —, eelnõud kaitsmaks kinnipeetud isikuid piinamise või muude julmade, ebainimlike või väärkust alandavate kohtlemis- ja karistamisviiside eest 233
 meditsiinilis-geneetiline abi
 —, Eesti 210
 —, —, konsultatsioon 210, 211, 212
 —, —, ülesanded 210, 211
 —, —, uurimismeetodid 211
 meditsiinterminoloogia
 —, oskussõnad 151
 —, raviminimetus (Eestis) 382
 —, haiguste klassifikatsioon 386
 —, —, rahvusvaheline (eesti-keelne) 387
 —, «Sada koosolekut 15 aasta vältel» 458
 melatoniin
 —, vereseerum 191
 —, uriin 191
 mikroangiopaatia
 —, alkohol 36
 —, —, lahanguleid 36
 mudaravi
 —, osteoartroos 415, 417
 —, —, deformeeriv 415, 416
 —, reumatoidartriit 415, 417
 —, —, terapeutiline toime 416, 417
 munasarjavähk
 —, haigestumus (1968—1987) 83
 —, suremus (1968—1987) 83, 84
 —, elulemus 85

- , ajaline trend 85
mõttevahetus
- , «Arvud ja nende võrdle-
mine» 372
- , «Järeilmärkusi rasedus- ja
laktatsiooniaegse alkohol-
toksikatsiooni kohta» 39
- , «Kas Eesti meditsiinihari-
duse kontseptsioon on val-
mis?» 202
- , «Kelle probleem see on?»
286
- , «Meditsiiniõde ja raama-
tukogu» 282
- , «Perearst tänapäeva me-
ditsiinis» 453
- , «Poltergeist kimbutab
arste» 204
- , «Terviseõpetuse sisu»
281
- , «Transtsendentaalne me-
ditatsioon — *pro et contra*»
122, 123, 124
- müokard
- , funktsioon 331
- , —, langus 331
- , —, EKG muutus 332
- , nekroos
- , —, suurekoldeline 32
- , —, peenekoldeline 33
- , —, EKG 38
- müokardiit
- , diagnoosimine 330, 351
- , —, ehokardiograafia
330, 331
- , infektsioosne 349
- , —, etioloogia 349, 350
- , —, klassifikatsioon 350
- , —, kliiniline pilt 351
- , —, levik 349
- , —, morfoloogia 351
- , —, ravi 352
- müokardiinfarkt
- , transmuraalne 16
- nakkushaigused
- , Eestis registreeritud (1991.
a.) 120
- , Eestis registreeritud (1992.
a., I kv.) 208
- , Eestis registreeritud (1992.
a., I poolaasta) 368
- neeruvähk
- , ajaline trend 246
- , haigestumus 243
- , suremus 243, 244
- Norwalki viirus 356
- , -taolised 356
- Nõmme günekoloogiahaigla
- , juurdeehitus 159
- nõupidamine
- , Näo-lõualuukirurgide
Assotsiatsiooni täidesaatva
nõukogu ja Euroopa Näo-
- lõualuukirurgide Föderat-
siooni ühine 134
- näitus
- , «Loom ja inimene» 77
- pankreasevähk
- , adjuvantravi 25, 26
- , kemoterapia 25
- pannikuliit
- , rasvkoek nekroos 278
- , —, diagnoosimine 278,
279
- , —, ravi 280
- perekonnauuring 186
- polükloneeritud bifenuülid
258
- polümeraasi ahelreaktsiooni
179
- , diagnoosimeetod 180
- pressikonverents
- , «Terve süda on tervise
tunnus» 239
- profülaktika 30
- psoriaas
- , immuunkompleksid 253
- P-substants
- , liikvor 190
- pulss
- , ööpäevarütm 168
- , —, trauma 168, 169
- , —, —, tahhükardia 169
- puukborreliosis
- , diagnoosimine 360
- , kliinik 358
- , ravi 360
- Puusepp, L. 3
- Põhja-Balti Arstideselts
- , liikmete nimekiri 377
- pärilikud haigused
- , diagnoosimine 179
- , —, geenianalüüs 182
- Pärl, E. (1935—1992) 235
- Raaga, H. (1925—1992) 236
- raamatukogu
- , meditsiiniõde 282
- radiatsioon
- , ioniseeriv 176
- , —, verepilt 176
- , —, —, muutused 177
- radikuliit
- , nime-ristlugu 403
- , —, diagnoosimine 404
- , —, venitussümptomid
404
- , —, —, Laséque'i 404, 405
- , —, —, Minor 1 ja Minor 2
404
- , —, —, Neri 404
- , —, —, Strümpelli-Matske-
vitši 404
- , —, —, Wasermanni 404
- Rammul, A. 3
- Raudam, E. (1915—1992)
464
- rasvemboolia 273, 274
- ravimid
- , kasutus 5
- , ordineerimine 5
- , —, Eesti 5, 6
- , —, Põhjamaad 5, 6
- , —, traditsioonid 6
- ravimuda
- , preparaadid 16, 106
- , —, Fibs 107
- , —, humisool 107, 108
- , —, peloidiin 107, 108
- , —, peloidodestillaat 106,
107
- , veevaene 415
- , —, saamine 415
- , —, —, tehnoloogia 415
- replantatsioon
- , ülajäseme 173
- , —, denerveeritud lihas
174, 175
- , —, —, ravi 174, 175
- , —, —, elekterstimulat-
sioon 173
- reumatoidartriit
- , algstaadium 170
- , —, klassikaline 172
- , —, monooligoartriit 172
- , —, palindroomne 172
- , —, polümüalgiline 172
- , —, plahvatuslik algus
172
- , —, vistseriitidega polü-
artriit 172
- rindkeretrauma 196
- , südameaneurüsmi rebend
196
- rinnavähk
- , pärilik 407, 428
- , perekondlik 408, 428,
429
- , —, eelsoodumus 408, 428
- rõugeviirus 39
- , kollektioonid 39
- , —, hävitamine 39
- sarkoom
- , vistseraalne 25, 27
- , —, ravi 27
- Schlossmann, K. 3
- Schotter, L. (75. sünnipäev)
142
- seminar
- , viirusnakkuste, (II) 53
- seedetraktikasvajad
- , —, ajaline trend 250
- , —, haigestumus 249
- , —, pahaloomulised 248
- serotoninergiline süsteem
189
- splenektomia
- , haigestumus 337, 338

- , immunoloogilised näitajad 337, 338
- , lapsed 337
- spordimeditsiin
- , areng 283
- , —, tendentsid 284, 285
- stenokardia 16, 324, 326
- , kliiniline remissioon 17, 324
- suveaeg
- , kommentaarid 148, 149
- süda
- , isheemiatõbi 16, 323, 326
- , —, kliiniline kulg 323, 324
- , —, koronarograafia 324
- , —, remissioon 15
- , —, riskifaktorid 324, 326
- , —, suremus 327
- sümposioon
- , «Keskfond ja tervis. Teadus ja praktika» (II, Euroopa Ühenduse ja NSV Liidu) 54
- , suhkurtõvealane (XI, rahvusvaheline, Doonau) 52
- , suitsidoloogia- (IV, Euroopa) 433
- taastusravi
- , ametiõpe 430, 431
- , invaorganisatsioon 430, 431
- , —, Tartu 431
- , võimalused 432
- , —, Tartu 432
- , —, Rootsi 432
- , ümberõpe 431, 432
- Tallinna Vabariiklik Haigla
- , sünnitusosakond 468
- Talvik, S. 3
- Tampere Urho Kaleva Kekkoneni Instituut 150, 151
- Tartu Ülikool
- , arstiteaduskond 154
- , —, arstiteaduskonna päev (XVII) 466
- , —, nõukogu 156
- , —, —, otsus (20. detsember 1991) 156, 157
- , —, professorid (1992. a.) 467
- , —, teadustöö 154, 155
- , —, 1922. a lõpetajad 365
- , au- ja teadusdoktorite promoveerimine 76
- tervis
- , rahvas 115
- , —, ravikindlustussüsteem 115
- , —, —, finantsvahekorrad 117
- terviseõpetus
- , sisu 281
- tervishoid
- , näitajad (1989—1991), Eesti 296
- trihhinelloos
- , diagnoos 112, 113
- , haigusjuhud 112, 113
- , —, Eesti 114
- , kliiniline pilt 112
- , —, inkubatsiooniperiood 112
- , levik 112
- tsentraalne puusanapanihetusega murd
- , ravi 199
- , —, konservatiivne 199, 200
- tromboos
- , makro- 274
- , —, profülaktika 276
- tsöliaakia
- , esinemine 90
- , —, Eesti 91
- , gliadiini antikehad 90
- Tšernobõli aatomielektriijaam 176
- , avarii 176
- , —, radionukliidid 176
- tuberkuloos
- , haigestumus 93, 94
- , kontingent 96
- , levik 92
- , —, Tallinn 92
- , suremus 93, 94
- täiendõpe 286
- , arstid 286
- vagotoomia
- , mõju seerumepsinogeeni I-le 87
- , retsidiivhaavand 13
- , täielikkus 12
- , —, määramine 13
- Valdes, A. 13
- Valton, A. (Eesti Punase Risti asepresident) 77
- valu
- , idiopaatiline 185
- , —, valu sündroom 185
- , krooniline 184, 185
- vastsündinu
- , asfüksia 333
- , —, vereseerum 333
- , —, hormoonisisaldus 334, 335
- , —, valguline koostis 334, 336
- , —, —, valufraktsioonid 334, 335
- vastsündinu- ja emaosakond
- , emade sünnitusjärgne taastusravi 119
- vastukajad
- , «Kaks enesetundeskaalat depressiivsete elamuste hindamiseks» 237
- Viidebaum, I. (60. sünnipäev) 142
- viirusgastroenteriit
- , diagnoosimine 356
- , epidemioloogia 354
- , etioloogia 354
- vitaminiseerimine
- , õpilased 410
- , —, haigestumus 410, 411
- , —, kehaline areng 410, 412
- , —, lipiidiainevahetus 413
- , —, vereseerumi üldvalgusisaldus 412
- , organismi vitamiinidega varustatus 410
- vähk
- , gastroenteroloogiline 428
- , Li-Fraumeni sündroom 407, 408
- , pärilik 407, 428, 429
- , —, tunnused 407, 428, 429
- , sugupuu 408, 428
- , —, uurimus 428, 429, 430
- vähiregister
- , Eesti 18
- , haigestumus 18, 19
- , —, epidemioloogia 21
- , —, elulemus 19
- , —, levimus 18, 19
- , —, suremus 19
- vähktõbi
- , profülaktika 142
- , —, programm 143
- , —, —, USA 143
- välismaalt
- , «Haigete ambulatoorse arstiabi süsteem Saksamaal» 291
- , «Külas Turu Ülikooli virooloogidel» 445
- , «Rahvusvaheline Närvi-teaduse Kool» 68
- , «Sünnitusabi korraldus Taanis» 443
- Väärtnõu, H. (Eesti Punase Risti asepresident) 77
- üldhaigestumus
- , Eestis 214
- , —, struktuur 214

Autoriregister 1992

- Aareleid, T. 49
Aasvee, K. 410
Abramova, L. 32
Aimla, M.-A. 375
Allmann, A. 333
Amjärv, I. 201
Anijalg, E. 278
Annus, E. 283
Arpo, H.-E. 435, 438
Birk, K. 54
Birkenfeldt, R. 51
Bogovski, P. 142, 386
Bogovski, S. 55
Brus, H. 469
Butova, O. 39
Daniel, J. 123
Drževetskaja, I. 39
Elberg, E. 253
Ellamaa, A. 149
Everaus, H. 133
Gross, J. 194
Haavel, A. 138, 393
Haldre, S. 22
Hanstein, S. 134, 434
Harro, J. 68
Hint, E. 428
Härkönen, M. 87
Ilmoja, V. 423
Imelik, O. 150
Jents, A. 227
Jõeeste, E. 109
Jögiste, A. 340
Jöks, U. 97
Jänes, H. 456
Jürimäe, T. 55
Kaasik, A.-E. 135
Kaldaru, H. 115
Kalits, I. 52
Kaljuste, T. 326
Kallikorm, A. 333
Kalnin, V. 50, 136, 215
Kasesalu, K. 270
Kauba, T. 238, 403
Kelk, H. 129, 159, 396, 430
Kermes, R. 453
Kiivet, R.-A. 5
Kingisepp, P.-H. 48
Kleitsman, I. 92
von Knorring, L. 184
Koha, R. 168, 273
Krooni, P. 229
Kukk, E. 266
Kull, K. 362
Kull, M. 281
Kurvinen, E. 210
Kutsar, K. 3, 57, 64, 71, 125, 220, 231, 297, 298, 354, 379, 391, 460
Kutsok, A. 196
Kuusma, M. 77, 316, 467
Käär, L. 337
Laan, I. 44, 151, 386, 458
Laane, P. 15, 163, 232
Lapidus, I. 32, 196
Lapidus, N. 32, 109
Lasn, L. 173
Leibur, M. 440
Lember, M. 453
Lenzner, A. 137, 199
Leppik, T. 403
Levin, A. 119
Liiv, A. 204
Lipand, A. 224, 448
Loigom, E. 256
Loolaid, V. 333
Maaroos, J. 154
Maiste, E. 330
Marandi, T. 403
Matsin, T. 310
Meitern, K. 390
Mender, J. 237
Metspalu, A. 179
Mikelsaar, A.-V. 306
Murphy, J. 123
Mustimets, K. 403
Mägi, K. 176
Märtin, J. 206
Müller-Dietz, H.-E. 217, 301
Müür, H. 115
Nestrik, K. 447
Nurmand, L. 382
Nursi, A. 176
Nutt, H. 253
Nörko, S. 119
Ojassalu, E. 170
Ormisson, A. 289
Oro, I. 226, 373, 440
Otter, M. 145, 382, 424
Paju, A. 333
Peetsalu, A. 12, 87
Peetsalu, M. 12
Pella, M. 75, 153, 234, 315, 394, 466
Pook, A. 225
Priimägi, L. 53, 206
Prükk, T. 358
Pšenitšnikov, I. 163
Puksa, L. 403
Purde, M. 407, 428
Puussaar, N. 261
Pöder, H. 415
Pärlist, M. 337
Pärnat, J. 310
Rahu, M. 18, 372
Raie, R. 173
Rannamäe, R. 261
Rebane, L. 112
Redko, L. 261
Roots, O. 258
Rägo, T. 90
Saarma, I. 443
Saarma, J. 124
Saarma, V. 176
Saava, M. 410
Sarv, A. 449
Siigur, K. 119
Sinisalu, V. 403
Sink, R. 410
Smirnova, T. 281
Solodkaja, E. 326
Subi, K. 445
Sui, V. 106, 415
Sugarbaker, P. H. 25
Sõerde, K. 202, 312
Šipilova, T. 163
Zilmer, K. 333
Zirel, Ü. 362
Zopp, M. 337
Zupping, R. 29, 256
Žordania, R. 210
Talihärm, A. 201
Tallo, A. 229, 239, 287
Talving, P. 238
Tarum, M. 40, 148
Tamm, L. 228, 286, 290
Tedremaa, M. 69, 282
Teesalu, S. 149
Tekkel, M. 248
Tellmann, A. 410
Thomson, H. 83, 243
Tikk, A. 173
Trei, T. 97, 340, 470
Trink, R. 148, 415
Truve, R. 62
Tšaiko, L. 410
Tšernobrodov, G. 196
Tähepõld, A. 333
Uder, T. 261
Udras, A. 163
Uibo, O. 90
Ustina, V. 206
Valgma, K. 349
Vardja, T. 12
Veinpalu, E. 415
Veinpalu, L. 415
Velbri, S. 337
Veldre, I. 55
Vihalemm, T. 343, 419
Viigimaa, M. 100
Viru, A. 39, 281
Vogelberg, J. 25
Voloč, O. 326
Väli, M. 48
Värnik, A. 433
Wiehell, H. 291

EESTI ARST

1992

Sisukord

Seitsekümmend aastat Eesti rahvuslikku meditsiiniajakirja 3

TEORIA JA PRAKTIKA

Elberg, E., Nutt, H. — Kompleменти siduvad immuunkompleksid psoriaasahaigetel	253
Haldre, S. — Eesti ja Soome neuroloogide ja neurokirurgide koostöö aastail 1986. 1991	22
Ilmoja, V. — Kommentaar	423
Kauba, T., Mustimets, K., Marandi, T., Sini-salu, V., Leppik, T., Puksa, L. — Venitus-sümptoomid nimmehaiguste radikulüüdi diagnoosimisel	403
Kiivet, R.-A. — Ravimikasutus Eestis ja Põhjamaades	5
Kleitsmann, I. — Tuberkuloosi levik Tallin-nas	92
Koha, R. — Trauma raskuse mõju pulsi ööpäevarütmile	168
Laane, P. — Südame isheemiatõve kliiniline remissioon	15
Laane, P. — Südame isheemiatõve kliiniline kulg koronarograafilise kontrolliga haigetel	323
Laane, P., Šipilova, T., Udras, A., Pšenitšnikov, I. — Hüpotroofilise kardiomyopaatia diagnoosimine ja kliiniline kulg	163
Lasn, L., Raie, R., Tikk, A. — Denerveeritud lihaste ravi tulemused erinevate elekter-stimulatsioonimeetodite kasutamisel üla-jäseme replantatsiooniga haigetel	173
Maiske, E. — Müokardi funktsiooni düna-mika mittereumaatilise müokardiidiga haigeil (ehkardiograafia andmed)	339
Ojassalu, E. — Reumatoidartriidi algstaadium	170
Peetsalu, A., Härkönen, M. — Operatsiooni-aegse vagotoomia mõju seerumpepsinogeen I-le duodenaalhaavandi korral	87
Peetsalu, A., Peetsalu, M., Vardja, T. — Operatsioonijärgne endoskoopiline kongo-punase test vagotoomia täielikkuse hinda-misel	12
Purde, M. — Rinnavähi perekondlik eelsoo-dumus	407

Pärlist, M., Käär, L., Zopp, M., Velbri, S. — Splenektomia mõju laste tervisele	337
Rahu, M. — Eesti Vähiregister: mis ja milleks?	18
Rannamäe, R., Redko, L., Puussaar, N., Uder, T. — Keila Teraviljasaaduste Eksperi-mentaalkombinaadi mõju hügieeniline hinnang keskkonnale ja elanike tervisele	261
Roots, O. — Toksilised kloororgaanilised ühendid Riia lahe hülge rasvkoes	258
Saarma, V., Mägi, K., Nursi, A. — Vere-pildi muutused Tšernobõli avari tagajärgede likvideerimisest osavõtnuil	176
Zilmer, K., Loolaid, V., Paju, A., Kalli-korm, A., Tähepõld, A., Allmann, A. — Hor-moonisisaldus ja valguline koostis vast-sündinu vereseerumis asfüksia tingimustes	333
Zupping, R., Loigom, E. — Ajuinfarkt noortel	256
Tekkel, M. — Pahaloomuliste seedetrakti-kasvajate haigestumus Eestis aastail 1968. 1987	248
Tellmann, A., Saava, M., Aasvee, K., Sink, R., Tšaiko, L. — Öpilaste organismi vitamiinide-ga varustatus ja profülaktilise vitamineeri-mise mõju tervisele	410
Thomson, H. — Munasarjavähi-haigestumus ja -suremus Eestis aastail 1968. 1987	83
Thomson, H. — Kusepõie- ja neeruvähihaigestumus ja -suremus Eestis aastail 1968. 1987	243
Trei, T., Jõgiste, A. — <i>Corynebacterium diphtheriae</i> kandlus Eestis 1991. aastal	340
Trei, T., Jõks, U. — Difteeria immuunsusfooni täiskasvanuil	97
Trink, R., Veinpalu, L., Veinpalu, E., Pöder, H., Sui, V. — Haapsalu meremuda veevaese massi terapeutiline toime reumatoidartriidi-ja deformeeriva osteoartroosi haigetesse	415
Uibo, O., Rägo, T. — Kas tsöliaakiat esineb Eestis harva?	90
Vihalemm, T. — Keelesituatsioonist Eesti meditsiinasutustes. I	343
Vihalemm, T. — Keelesituatsioonist Eesti meditsiinasutustes. II. Probleemi võimalikke lahendusi	419
Voloz, O., Kaljuste, T., Solodkaja, E. — 35. 59 aasta vanuste meeste suremus südame isheemiatõppe ja selle seos riski-faktoritega (prospektiivne epidemioloogiline uuring)	326

ÜLEVAATED

Kasesalu, K. — Klamüüdiainfektsioon . . .	270
von Knorring, L. — Kroonilise valu ja depressiivsete häirete patogeneetilised mehhanismid . . .	184
Koha, R. — Traumajärgne düslipideemilise koagulopaatia sündroom . . .	273
Kukk, E. — Interleukiin-1: perspektiivne tsütokiin kliinilises immunoloogias . . .	266
Kutsar, K. — Kliiniline viroloogia: äge viirusgastroenteriit . . .	354
Metspalu, A. — Otsesel geenianalüüsil põhinev pärilike haiguste diagnoosimine . . .	179
Otter, M. — Kemoterapeutikumide kõrvaltoime varajases ja hilises elueas . . .	424
Prükk, T. — Puukborreliosis . . .	358
Sui, V. — Ravimudapreparaadid . . .	106
Zupping, R. — Haigestumise ja profülaktika sotsiaalsed tegurid . . .	29
Valgma, K. — Infektsioosne müokardiit . . .	349
Viigimaa, M. — Madala molekulkaaluga hepariin: kas tromboosivastase ravi uus ajastu? . . .	100
Vogelberg, J., Sugarbaker, P. H. — Pahaloomuliste mao-soolekasvajate tsütostaatilise ravi arenguperspektiive . . .	25

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

Andmeid fertiilses eas naiste kohta Eestis . . .	214
Eestis 1992. aasta I poolaastal registreeritud nakkushaigused . . .	368
Eesti Vabariigi tervishoidu iseloomustavaid näitajaid aastail 1989..1991 (jaanuar—oktoober) . . .	43
Eesti Vabariigi tervishoidu iseloomustavaid näitajaid aastail 1989..1991 (jaanuar—detsember) . . .	296
Eesti Vabariigis 1992. aasta I kvartalis registreeritud nakkushaigused . . .	208
Kaldaru, H., Müür, H. — Rahva tervis: majanduslik mõtlemine ja huvide suunamine . . .	115
Levin, A., Nörko, S., Siigur, K. — Emade sünnitusjärgne taastusravi vastasündinu- ja emaosakonnas . . .	119
Meditsiinikaader . . .	294
Pahaloomuliste kasvaja esmasjuhtude arv Eestis 1991. aastal . . .	370
Priimägi, L., Ustina, V., Martin, J. — HIV viirusnakkuse levik Eestis . . .	206
Žordania, R., Kurvinen, E. — Meditsiinilise geneetilise abi Tallinnas . . .	210
Üldhaigestumuse struktuur Eestis (protseptides) . . .	214

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

Anijalg, E. — Pannikuliit . . .	278
Gross, J. — Kliiniliste ja patoanatomiliste diagnooside lahknevuse mõningaid kliinilisi aspekte . . .	194

Hint, E., Purde, M. — Pärilik vähk: sugupuu uurimus . . .	428
Lapidus, I., Lapidus, N., Abramova, L. — Suurekoldeline müokardinekroos alkohoolse kardiomüopaatia korral . . .	32
Lapidus, I., Tšernobrodov, G., Kutsok, A. — Südameaneurüsmi rebenemine kinnise rindkeretrauma korral . . .	196
Lapidus, N., Jõeste, E. — Ebatavaliselt paiknev arteriovenoosne aneurüsm . . .	109
Lenzner, A. — Tsentraalse puusanapanihestusega murdude konservatiivne ravi . . .	199
Rebane, L. — Trihhinelloos . . .	112
Zirel, U., Kull, K. — Esimesed tulemused jõesoolest moodustatud kontinentse uriinireservuaari kasutamisel radikaalses kusepöievähi ravis . . .	362
Talihärm, A., Amjärv, J. — Alajäsemete verevarustuse taastamine pärast 10-tunnist ägedat isheemiat . . .	201

EESTI ARSTIDE LIIDUS

Arpo, H.-E. — 80 aastat Eesti organiseeritud arstkonda . . .	435
Arpo, H.-E. — Konverents «Eesti rahva vaimne ja füüsiline tervis» . . .	438
Eesti Arstide Liidu erakorraline üldkogu koosolek . . .	225
Lipand, A. — Euroopa arstide liitude ja ühenduste foorum . . .	224
Truve, R. — Eesti Arstide Liidu tegevus aastail 1990..1991 . . .	62

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

Tamm, L. — Päästa lapsed! . . .	290
---------------------------------	-----

MÖTTEVAHETUS

Annus, E. — Spordimeditsiini arengu tendentse . . .	283
Drževetskaja, I., Butova, O., Viru, A. — Järelmärgusi rasedus- ja laktatsiooniaegse alkoholtoksikatsiooni mõju kohta . . .	39
Lember, M., Kermes, R. — Perearst tänapäeva meditsiinis . . .	453
Liiv, A. — Poltergeist kimbutab arste . . .	204
Rahu, M. — Arvud ja nende võrdlemine . . .	372
Sõerde, K. — Kas Eesti meditsiinihariduse kontseptsioon on valmis? . . .	202
Tamm, L. — Kelle probleem see on? . . .	286
Tarum, M. — Võtkem kondid ninast välja . . .	40
Tedremaa, M. — Meditsiiniõde ja raamatu-kogu . . .	282
Transsendentaalne meditatsioon — <i>pro et contra</i> . . .	122
Viru, A., Smirnova, T., Kull, M. — Terviseõpetuse sisu . . .	281

ARSTITEADUSE AJALOOST

Aimla, M.-A., — Põhja-Balti arstideseltsi protokolliraamat . . .	375
--	-----

Kalnin, V. — Mõnda Tartu Ülikooli arsti-teaduskonna kaudsest eelkäijast	215	Värnik, A. — VII Aasia riikide telefonabi konverents	433
Kelk, H. — 100 aastat professor Ulrich Aleksander Karelli sünnist	129	ARSTIDE SELTSIDES	
Kutsar, K. — Keisrite ihuurst — päritolult ja hingelt eestlane	125	Asutati Eesti Perearstide Selts	138
Kutsar, K. — Poolteist sajandit Saaremaa tohtri, rahvalalgustaja ja estofiili Johann Wilhelm Ludwig von Luce surmast	297	Haavel, A. — VIII Lääne-Eesti arstide seltside konverents	138
Kutsar, K. — <i>Dr. med.</i> J. W. L. von Luce toitumisalased nõuanded maarahvale 175 aastat tagasi	298	Haavel, A. — Västra Nylands Läkarföreningi ja Saaremaa Arstide Seltsi ühine teaduskonverents	393
Kutsar, K. — Tervishoiukorraldus Eesti Vabariigi algaastail	379	Jents, A. — Eesti kõrva-nina-kurguarstide koosolek	227
Laan, I. — Vanemaid Eesti arstidest kultuuritegelasi	44	Lipand, A. — Eesti Manuaalse Meditsiini Selts	448
Müller-Dietz, H. E. — K. E. von Baeri avaldamata kirjad L. F. von Froriepile ja tema pojale aastaist 1823.1831	217	Nestrik, K. — Eesti Tervisekaitse Seltsi 25. aastapäev	447
Müller-Dietz, H. E. — K. E. von Baeri avaldamata kirjad L. F. von Froriepile ja tema pojale aastaist 1823.1831	301	Ormisson, A. — VIII UNEPSA peassamblee ja konverents	289
Sarv, A. — Kuuda Leprosoorium 95-aastane	449	Oro, I. — Eesti Vähiliit moodustatud	226
KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED		EESTI NOORARSTIDE ÜHENDUS	
Aareleid, T. — Põhjamaade Vähiregistrite Assotsiatsiooni aastakoosolek	49	Oro, I. — II Eesti noorarstide päevad	373
Birk, K. — II Euroopa Ühenduse ja NSV Liidu vaheline sümposion «Keskond ja tervis. Teadus ja praktika»	54	Oro, I., Leibur, M. — Eesti noorarstid esindatud soliidses kogus	440
Birkenfeldt, R. — IV üleliiduline reumatoloogide kongress	51	Pook, A. — Konverents «Võrdsed õigused naisarstidele»	225
Bogovski, S., Veldre, I. — Üleliiduline kalamajandusliku toksikoloogia konverents	55	Saarma, I. — Sünnitusabi korraldus Taanis	443
Everaus, H. — III Rahvusvahelise Neuro-immunoloogia Assotsiatsiooni kongress	133	KAADRI ETTEVALMISTAMINE	
Hanstein, S. — Euroopa Näo-lõualuukirurgide Assotsiatsiooni täidesaatva nõukogu ja Euroopa Näo-lõualuukirurgide Föderatsiooni ühine nõupidamine	134	Kohtla-Järve meditsiinikooli 1992. aasta lõpetajad	368
Hanstein, S. — XI Euroopa Näo-lõualuukirurgide Assotsiatsiooni kongress	434	Tallinna Meditsiinikooli 1992. aasta lõpetajad	230, 336
Jürimäe, T. — XI Euroopa Sisemeditsiini Assotsiatsiooni kongress	55	Tallo, A. — Tallinna meditsiinikooli lõpetas rühm sanitaarvelskreid	229
Kaasik, A.-E. — Soome arstide päevad	135	Tartu Meditsiinikooli 1992. aasta lõpetajad	230, 366
Kalits, I. — XI rahvusvaheline suhkurtõvealane Doonau sümposion	52	Tartu Ülikooli arstiteaduskonna 1992. aasta lõpetajad	365
Kalnin, V. — XVI Balti riikide teadusajaloo konverents	50	Uus meditsiinidoktor	228
Kalnin, V. — X Tartu Ülikooli ajaloo konverents	136	Uus meditsiinikandidaat	137
Kingisepp, P.-H. — Rahvusvaheline füsioloogiakonverents	48	Uus meditsiinikandidaat	229
Kingisepp, P.-H. — IX Skandinaaviamaaade kliinilise füsioloogia kongress	48	TÄHTPÄEVAD	
Meitern, K. — I maailma sporditrauma ja V Euroopa põlvekirurgia ja artroskoopia ühiskongress	390	Astrid Kokk	69
Priimägi, L. — II nakkushaiguste seminar	53	Toivo Laaniste	394
Tallo, A. — III meditsiiniajaloo päev	287	Liivia Luts	142
Väli, M. — XXVII Euroopa Diabetoloogide Assotsiatsiooni kongress	48	Maie Lõvi-Kalnin	394
Värnik, A. — IV Euroopa suitsidoloogia-sümposion	433	Leo Schotter	142
		Ivo Viidebaum	142
		VÄLISMAALT	
		Harro, J. — Rahvusvaheline Närviteaduste Kool	68
		Imelik, O. — Tampere Urho Kaleva Kekkoneni Instituudis ja Berliini Vabas Ülikoolis	150
		Subi, K. — Külaskäik Turu Ülikooli viroloogidel	445
		Wiehell, H. — Haigete ambulatoorse arstiabi süsteem Saksamaal	291

KRIITIKA JA BIBLIOGRAAFIA

- Jänes, H. — Pilk prostitutsiooni ajalukku . . . 456
Pärnat, J., Matsin, T. — R. Viiru ja A. Eskola
uus raamat . . . 310
Sõerde, K. — Taas ilmub ajakiri «Eesti
Rohuteadlane» . . . 312

MITMESUGUST

- Bogovski, P. — Raskustest USA vähi-
profülaktika programmi täitmisel . . . 142
Kelk, H. — Taastusravi võimalused Tartus . 430
Kommentaariid . . . 149
Kutsar, K. — Arstieetika, arstietikett,
nende kriis ning tulevikuväljavaated . . . 71
Otter, M. — *Contra* suveaeg . . . 145
Tedremaa, M. — Eesti Meditsiiniraamatu-
kogu sidemed välismaa kolleegidega . . . 69
Tervishoiutöötajate, eriti arstide meditsiini-
eetika printsiibid vangistatud või kinnipeetud
isikute kaitsmiseks piinamise või muude
julmade, ebainimlike või väärikust alanda-
vate kohtlemis- ja karistamisviiside eest . . 233

IN MEMORIAM

- Harry Ernits 23. IV 1924. . . 7. VIII 1992 . . 396
Viktor Kalnin 21. VIII 1929. . . 22. III 1992 . 236
Jaan Karusoo 2. III 1928. . . 12. IV 1992 . . 314
Maano Kivilo 22. XII 1935. . . 4. XII 1991 . . 74
Evi Päril 14. IV 1935. . . 29. II 1992 . . . 235
Harry Raaga 2. I 1925. . . 14. II 1992 . . . 236
Ernst Raudam 21. IV 1915. . . 11. VIII 1992 . 464

INTERVJUU

- Dr. med. Argo Kõvamees*: «. . . Eesti kirurgid
on väga head». 231
Eesti Arstide Liit kutseliiduks ja iga arst selle
liikmeks! (intervjuu V. Sinisaluga) 64
Inimese tervist mõjutab arst, rahva tervist
poliitik (intervjuu A. Haugiga) 460
Eesti epidemioloogiline olukord on kontrolli
all (intervjuu A. Jõgistega) 391
Eesti geneetika on rahvusvahelisel tõusu-
teel (intervjuu A.-V. Mikelsaarega) 306
Usaldusväärne arst ja sõltumatu poliitik
Toomas Vilosius 139

ASKLEPIOSE KLUBIS

- Eesti Noorarstide Ühendus — uus jõud Eesti
meditsiinis 220
Muusikateraapia ja vibroakustiline ravi on
võitmas eluõigust 57

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

- Bogovski, P., Laan, I. — Eestikeelne rahvus-
vaheline haiguste klassifikatsioon 386
Laan, I. — Uusi oskussõnu 151
Laan, I. — Sada koosolekut 15 aasta vältel . . 458

- Nurmand, L., Otter, M. — Raviminimetusi
Eestis 382

JURIIDILINE NÕUANNE

- Pella, M. — Pensionide ümberarvutamisest . 75
Pella, M. — Testamendi tegemisest haiglas 153
Pella, M. — Lastetoetuste seadus 234
Pella, M. — Väljateenitud aastate pensionid 315
Pella, M. — Ema ja laps Eesti Vabariigi
töölepingu seaduses 394
Pella, M. — Uut puhkuseseaduses 466

VASTUKAJAD 237

- TARTU ÜLIKOOLIS 76, 154, 315, 466

- KROONIKA 77, 157, 238, 316, 396, 468

- Eesti teadlaste lõpetatud uurimusi . . . 78, 317, 397

- Eesti teadlaste publikatsioone välismaal . . 316

- Aineregister 469

- Autoriregister 474

Eesti Vabariigi Tervishoiuministeerium
Riiklik Ettevõte
Tartu Ravitootla



Estonian Health Ministry
State Company
Tartu Ravitootla

Lugupeetud tervishoiuasutuste majandusjuhid!

Oleme 15 aastat valmistanud Teile **ÕMBLUSTOOTEID**
ja tahame edaspidi rahuldada Teie vajadusi veelgi paremini

Tellides otse meilt, saate vajaliku

ERIRIIE TUSE — operatsiooniülikonnad, kitlid, särgid,
mütsid, kostüümid, pidžaamad, tööpüksid, töökombinesoonid,
kindad ja muu

VOODIPESU — linad, tekikotid, padjapüürid,
lastelinad, -padjapüürid, -tekikotid,
madratsikotid, käterätikud

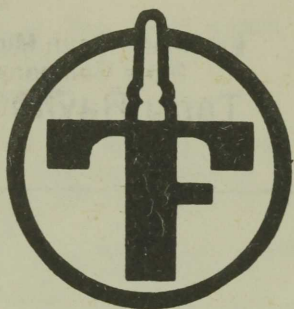
ÕMBLUSTOOTED — kaitsesussid, üleriie kotid, kindakotid,
operatsioonirätikud, ristlinad, doonorivarrukad, mütsid, põlled,
mähkmed, naistesidemed, siputuspuksid ja muu

KARDINAD, eesriided ja muu

SOODSAIMA hinnaga ja Teie soovidele vastavalt

Tellimused palume esitada tervishoiuministeeriumi ettevõttele
TARTU RAVITOOTLA
aadress: EE2400 Tartu, Staadioni 52
või telefaksil 79 144
Info telefonil 33 991

Tellides meilt, aitate kaasa vaimsete puuetega inimeste taastus-
ravile!



Tallinna Keemia- ja
Farmaatsiatehaselt
nüüdisaegne ravim

RANISAN

Üks tablett sisaldab 150 mg ranitidiini

TOIME

Ranitidiin ühineb selektiivselt histamiini H_2 -retseptoritega, blokeerides sellega histamiini toimet. Maohappe sekretsioon väheneb, koos sellega ka pepsiini hulk. Seetõttu on ranitidiin kasutatav kõigi haiguste korral, millega kaasneb maohappe hüpersekretsioon.

NÄIDUSTUS

Ravimit kasutatakse kaksteistsõrmiku- ja maohaavandi, Zollingeri-Ellisoni sündroomi, tagasivooluga söögitorupõletiku, mis tahes põhjusega mao ülihappesuse korral.

ANNUS

Ravimit võetakse üks tablett kaks korda päevas, olenemata toidust. Ravi kestab 4 . . . 6 nädalat. Retsidiivi profülaktikaks võetakse üks tablett öhtuti kuni 12 kuu jooksul ning iga nelja kuu järel tehakse endoskoopiline kontroll. Zollingeri-Ellisoni sündroomi raviks võetakse üks tablett kolm korda päevas, vajaduse korral 4 . . . 6 tabletti päevas. Piiratud neerutalitlusega haigetel, kellel vereseerumi kreatiinisaldus ületab 3,3 mg/100 ml-s, on ööpäevane annus 0,075 g kaks korda päevas.

KÕRVALTOIME

Kõrvaltoimet on harva ja see ei nõua ravi katkestamist. Esineda võib peavalu, väsimust, peapööritust või nahalöövet.

VASTUNÄIDUSTUS

Ravim on vastunäidustatud raseduse ja rinnaga toitmise ajal. Seda ei määrata alla 14 aasta vanustele lastele.

Ravimit väljastatakse apteegist retsepti alusel.

Ranisani toodab Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehas koostöös Tšehhi ja Slovaki Liitvabariigi firmaga PRO.MED.CS.

NB!

**Tellige farmaatsiaajakirja
«Eesti Rohuteadlane»
1993. aastaks!**

**Nelja ajakirjanumbri hind on 20 krooni, lisaks
saatekulu 4 krooni.**

**Tellimuse vormistamiseks on kaks võimalust:
Saata raha ajakirja toimetusse kontaktaadressil
EE2400 Tartu, Jakobi t. 2.**

**Tulla toimetusse. Toimetaja leiate farmakognoosia
ja farmaatsia organisatsiooni kateedrist
(Jakobi t. 2, ruum 412). Tel. 35 280.**

**Ajakiri on müügil ka raamatukaupluses «Teadus».
Avaldame ravimeid, kosmeetika- ja meditsiinkaupu
või nendega seotud teenuseid puuduvat
reklaami ning kuulutusi.**

**Infot tellimise kohta võite lugeda ka «Eesti
Rohuteadlase» 1992. aasta 2. numbrist.**



POLYVINYLPYRROLIDONUM

Polüvinüülpürrolidoon on polümeerne ühend, mis moodustab veega kolloidlahuse ning sarnaneb omaduste poolest sünoviaalvedelikuga. Preparaati kasutatakse esmase ja teisese deformeeriva osteoartroosi puhul jäsemeliigeste funktsionaalse puudulikkuse korral, kui puudub teisene sünoviit.

Ravimit süstitakse liigesesse 1...2 korda nädalas annuses 1...10 ml olenevalt liigese suurusest.

Ravikuur on 4...6 süsti, 6...12 kuu pärast ravikuuri korratakse.

Originaalpakendis on 10 ampulli à 5 ml 15%-list vesilahust.