

Tartu Riiklik Ülikool
ÜTÜ Sünnitusabi ja Ginekoloogia
ring.

TRÜ SÜNNITUABI JA GÜNEKOLOOGIA KATEEDRI
AJALUGU AASTAIL 1944-1958.

Võistlustöö

Töö teostaja:

R.Tamla, VI kursus

arstiteaduskond

Juhendajad:

prof.med.dr.V.Meipalu

dotsendi kt.med.kand.H.Jalviste.

S i s u k o r d

Sissejuhatus	2	lk.
I Tartu Kliinilise Sünnitusmaja ning Tartu Riikliku Ülikooli Sünnitusabi ja günekoloogia kateedri taastamine aastail 1944 - 1951		
1. Kliinilise õppebaasi taastamine	3	lk.
2. Õppe-ja teaduslik tegevus kateedris	5	lk.
3. Professor R. Bernakoffi biograafia ja teaduslikud tööd	10	lk.
II Kateedri ja õppebaasi õppe-teaduslik tegevus aastail 1951 - 1958		
1. Kliinilise õppebaasi tegevus	23	lk.
2. Õppe-ja teaduslik tegevus kateedris.....	27	lk.
III Kokkuvõte	43	lk.
Kirjandus	44	lk.
Fotode loetelu	45	lk.

S i s s e j u h a t u s

Käesolevas töös on käsitletud TRÜ Sünnitusabi ja Günekoloogia kateedri ja tema õppebaasi tegevust sõjajärgsel perioodil, aastad 1944-1958.

See periood on jaotatud suvaliselt kateedrijuhatajate järgi peamiselt kaheks: 1944-1951 ja 1951-1958. Viimane periood hõlmab ka kolmanda kateedrijuhataja ajajärgu, mil sünnitusabi ja günekoloogia kateeder oli ühendatud pediatría kateedriga. Antakse ülevaade Tartu Kliinilise Sünnitusmaja taastamisest ja tegevusest ning TRÜ Sünnitusabi ja Günekoloogia kateedri õppe-teaduslikust tööst.

I TARTU KLIINILISE SÜNNITUSMAJA NING TRÜ SÜNNITUS-
ABI JA GÜNEKOLOOGIA KATEEDRI TAASTAMINE
AASTAIL 1944-1951

1. Kliinilise õppebaasi taastamine.

Fašistlike saksa okupatsioonivägede taganemisel Baltimaalt 1944.a. otsustas selleaegne Tartu Ülikooli administratsioon evakueerida ülikooli asutised ja varad. Sünnitusabi ja günekoloogia kateeder koos oma kliinilise baasiga saadeti Haapsallu. Kateedri koosseis lagunes ja lahkus Eesti NSV territooriumilt.

Peale Tartu vabastamist Nõukogude vägede poolt 1944.a. sügisel toodi varad Tartusse tagasi novembris 1944.a. Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi otsuse põhjal alustati koheselt kliinilise õppebaasi taastamisega, mis oli sõjategevusest tingituna tugevasti kannatada saanud ja rüüstatud.

Aasta lõpuks jõuti hiikaugele, et 25. detsembril 1944 võis naistekliinik alustada tegevust. Esialgu küll sisekliiniku ruumes, kus võeti vastu sünnitajaid ning teostati aborte.

Kuna peale alama - ja keskmise meditsiinilise personali oli puudus ka arstidest, rakendati kliinikus tööle nii VI kui ka madalamate kursuste üliõpilasi. Kui 1945. aasta esimesel poolel oli haiglas täidetud 3,5 arsti kohta, siis aasta lõpuks on neid 8. Sünnitusvoodite arv tõuseb aasta jooksul 45-lt 60-le. Lastevoodid on 8.

Tabelis nr. 1 on toodud kliiniku näitajad esimesel tööaastal.

Tartu Vabariikliku Naistekliiniku töö näitajad
aastal 1945.

	I pool- aasta	II pool- aasta	Kokku
1.Voodite arv :			
a) sünnitusvoodeid	45	60	60
b) lastevoodeid	22	22	22
2.Sünnituste arv	970	255	1225
3.Neist enneaegseid	32	9	41
4.Eklampsia juhte	4	1	5
5.Perineumi rebendeid	222	53	275
6.Keiserlõikeid	4	2	6
7.Tang sünnitusi	6	2	8
8.Loodet purustavaid operatsioone	1	1	2
9.Päramiste käsitsi eemaldamist	14	4	18
10.Vastsündinuist:			
a/ sündiselusana	960	255	1215
b) enneaegseid	34	9	43
c) surnult sündinuid	16	6	22
d) sünnitusmajas surnud	23	5	28
e) nendest enneaegseid	5	3	8
f) püodermia juhte			
g) blenorröa juhte	0	0	0
g) sepsise juhte			
11.Suri haigeid	5	0	5
12.Kirurgilisi operatsioone	58		58
a) neist koopalisi	49		49
13.Aborte	310	100	410
14.Füsioterapeutilisi protse- duure			488
15.Ravianalüüse			343

2. Õppe- ja teaduslik tegevus kateedris.

Tartu Riikliku Ülikooli Sünnitusabi ja Günekoloogia kateeder alustas õppetööd 1945 aasta sügisest uue koosseisuga, kusjuures esimeseks sõjajärgseks kateedrijuhatajaks sai professor Rudolf Bernakoff (1885-1959), kelle ülderialaline staaž oli selleks ajaks 32 aastat. R. Bernakoff täitis samal ajal ka Vabariikliku Tartu Naistekliiniku juhataja kohuseid. Kateedri koosseisu kuulusid veel assistendid Koort, Anna (samal ajal ka Günekoloogia osakonna juhataja), Veerma, Irina (olles ka Sünnitusosakonna juhataja), Piiper, Hilja. Neljas assistendi koht oli täidetud VI kursuse üliõpilasega, kelleks oli Hallik, Boris.

Õppetöös käsitleti sel ajal:

1. Naistehaiguste loengud - 4 tundi nädalas IV kursusele.
Luges professor R. Bernakoff.
2. Sünnitusabi loengud - 1 tund nädalas III kursusele,
mida luges professor
R. Bernakoff.
3. Operatiivne sünnitusabi ja fantoom - 1 tund nädalas IV kursusele. Luges I. Veerma.
4. Praktilised tööd IV ja VI kursusele.

IV kursuse üliõpilased töötasid sünnitusosakonnas ja günekoloogia osakonnas. Neil oli kohustuslik raseduse diagnoosimine, sünnituste jälgimine ja iseseisev vastuvõtmine, lapsevoodi perioodi jälgimine, vastsündinu anatoomiliste ja füsioloogiliste iseärasuste tundmaõppimine ning nende arengu jälgimine, patoloogiliste juhtude analüüs.

Õpetati ka günekoloogilise läbivaatuse meetodeid ja haigete diagnostikat. Praktiliselt lasti üliõpilastel sooritada lihtsamaid kirurgilisi võtteid (abrasio, excisio, vereülekanne, tupe preparaadid, laboratoorsed analüüsid, narkoosi andmine jne).

VI kursuse üliõpilases töötasid günekoloogia osakonnas 3 nädalat. Assistenti juhenduse all võeti osa haigete ravimisest, assisteerimisest operatsioonidel.

Ühe günekoloogilise haige ja ühe sünnitaja kohta tuli koostada haiguslood.

Üliõpilaste teoreetiline ettevalmistus oli pidevalt seotud ravimeetodite kirjeldusega. Paralleelselt loengutega toimus ka haigete ja preparaatide ning väiksemate operatsioonivõtete demonstreerimine.

Sisse olid seatud ajad, mil üliõpilastel oli võimalik professorit konsulteerida.

Alates 1949/50 õppeaastast seati sisse XII õppesemestri subordinatsiooni praktikum, mis võimaldas üliõpilastel õppetöö vältel omandada praktilisi kogemusi haigete ravimiseks.

Esinesid raskused kliinilise õppebaasi ajakohaseks kujundamiseks ruumide puuduse pärast, kuna naistekliiniku hoones saas veel radioloogia kliinik. Laboratooriumi puudulikkust sisse-seadest tingituna oli takistatud kateedri eksperimentaalne uurimistöö. Ka oli täitmata arst-laborandi koht. Seetõttu sel perioodil valminud tööd baseeruvad enamuses statistilisel materjalil ja säilitatakse käsikirjalistena.

Üliõpilastes teadusliku töö vastu huvi äratamiseks loodi 1949. aastal Üliõpilaste Teadusliku Ühingu Arstiteaduskonna Sünnitusabi ja Günekoloogia ning, kuhu esialgselt kuulus 8 liiget.



Foto 1. Ginekoloogia loeng Vabariikliku Tartu Naistekliiniku
auditooriumis 1948.a.

Haiget demonstreerib professor R. Bernakoff.



Foto 2. Professor R. Bernakoff lastetoas üliõpilaste praktikumi juhendamas.



Foto 3. Rudolf Bernakoff noore arstina.

3. Professor R. Bernakoffi biograafia ja teaduslikud tööd.

Bernakoff, Rudolf Kustavi p. sündis 1885.a. Rõngu vallas talupoja perekonnas. Esimese hariduse sai kohalikus ministeeriumi õppeasutuses. 1898.a. astus ta Tartu gümnaasiumi, mille lõpetas 1906.a. ja samal sügisel alustas õpinguid Tartu Ülikooli Meditsiiniteaduskonnas. 1914.a. antakse talle arstidiplom ja esimeseks töökohaks saab Tartu Eesti Punase Risti Haigla. 1918.a. detsembris valitakse R. Bernakoff Tartu Ülikooli Sünnitusabi ja Günekoloogia kateedri vanemassistendi kohale. Tema juhendajateks on professor S. D. Mihnov (1860-1924), kateedrijuhataja aastail 1903-1918 ja esimene eestlasest professor sünnitusabi ja günekoloogia alal J. Miländer (1866-1940), kes juhatas kateedrit 1920-1937. Peale assistendi ülesannete täitis R. Bernakoff ka naistekliiniku juhataja kohustusi. Ülikooli valitsuse korraldusel organiseeris ta kateedri juures ämmaemandate kooli, kus oli ka lektoriks ja juhtis praktilisi töid. Sel perioodil (1927.a.) valmib tal ka doktoriväitekirjateemal "Mõningatest veremuutustest vähihaigetel ja nende prognostilisest tähtsusest x-kiirtega ravimise puhul".

Väitekirja oponeerisid professor E. Masång, professor J. Miländer ja professor K. Schlossmann. Töö hõlmab 280 trüki-lehekülge ja sisaldab 8 koondtabelit uuritud materjali kohta, lisaks veel tabelid kõigist individuaaljuhtudest.

Sisaldab järgmised osad:

1. Sissejuhatus (1 lk.)
2. x-kiirte toimest normaalsetesse ja patoloogilistesse kudedesse (19 lk)
3. Veremuutused vähahaigetel (23 lk.)
4. Minu uurimise metoodika (11 lk)
5. Uuritud juhtude arutus ja vere uurimissaavutuste kokkuvõte (28 lk.)
6. x-kiirte toimest vere-elunditesse ja verre (28 lk.)
7. Kiiritamis-tehnika ja haigete protokollid (120 lk.)
8. x-kiirtega ravitud vähijuhtude arutus (18 lk.)
9. Kokkuvõte (3 lk.)
10. Kirjandus (23 lk.)
11. Juhtlauseid (2 lk.)

Töö on eesti keeles ja kasutatud kirjandust
188 autorilt, neist 154 saksakeelset
23 prantsuskeelset
10 ingliskeelset
1 eestikeelne

Töö on jaotatud kahte peassa. Esimene tegeleb vere muutustega vähahaigeil. Teine röntgenteraapia toimega verepildile vähahaigeil.

Esimesele peaosale eelneb kirjanduse ülevaade röntgenkiirte toimest normaalsetele ja patoloogilistele kudedele, milles on käsitletud tähtsamad selle ala tööd.

Kui varem arvati, et vere muutused omavad otsest toimet kartsinoomile, on uudne arusaamine selline, et need on sekundaarsed.

Vere muutused on tingitud mitmesugustest tegureist ja võivad ilmuda nii direktsel kui ka indirektsel teel. Vähi puhul vereloomeorganeis on tegu direktse toimega, kuid teistes organeis-indirektne.

Antakse ülevaade senini teostatud uurimistest vere morfoloogiliste, füüsikaliste ja keemiliste muutuste kohta vähahaigeil. On uuritud verd 60. vähahaigel.

Neil määrati: - Hemoglobiin Erütrotsüütide arv

Lk arv ja diferentsiaalvalem

Erütrotsüütide osmootne resistentsus

Vereseerumi antitrüptiline tiiter

Peale selle määrati 29 juhul hemaglutiniinid ja hemolüsiinid vereseerumis. 31 haigel määrati SR.

Punaverepilt. Värvusindeksi diferentsi genitaalkartsinoomi ja teiste kartsinoomide vahel ei sedastatud.

Värvusindeks oli:

60%-1 juhtudel normis (0,9-1,0)

23% " - "kergelt langenud(0,8)

16,7% " - "märgatavalt alanenud(0,4-0,7)

Enam kui pooltel juhtudel, peamiselt seal, kus polnud tunduvat aneemiat, ei leitud märgatavaid muutusi värvusindeksis. Aneemia kasvuga tõusis juhtude arv, kus esines tunduv värvusindeksi langus. Kuna ei teostatud erütrotsüütide voluumeni määramist, siis ei saa kindlalt öelda, kas see on tingitud hüpokromaasiast või voluumeni vähenemisest.

Valgeverepilt. Näitab tendentsi leukotsüütide arvu tõusule, eriti neutrofiilide arvel. Osmootse resistentsuse kõikumised erütrotsüütides on normi piires. Kartsinoomi leviku ja SR vahel pole sõltuvust.

Autori poolt kasutatud seerumreaktsioon autohemaglutiniinidele ei näidanud ühelgi juhul positiivset tulemust. Positiivne autohemolüsiinreaktsioon esines 3 juhul. Antitrüptiline seerumtiiter oli 90% juhtudel kõrge. Normaalne 5% juhtudel. Kuigi see reaktsioon pole spetsiifiline vähahaigeil, võib ta siiski, näidates laguprotsesse, osutada väärtuslikuks ja teiste analüüsidega koos võimaldada kliinilist diagnostikat.

Teine peaosatööst-röntgenravi toimest verepildile vähahaigeil. Röntgenraviks valis autor intensiivreformaparaadi koobalttoruga, 3 mA koormusega. Aparaat andis 200 kV maksimaalselt, filter 0,8 Cu+1,0 Al. Fookus oli 40-60 cm.

Kiiritus kestis samades tingimustes 2 päeval.

- 1. päeval - kõht, selg
- 2. päeval - mõlemad küljed

Veri võeti 6-8 nädalal peale sügavkiiritust, et väljalülitada kiirituse otsene toime verepildile. Järgnevad 38 haiguslugu kirjeldustega. Need liigenduvad kaheks:

I 23 inoperaabelset carcinoma colli juhtu. Praegu elab 4 juhtu (7,4% ilma retsidiivita). See protsent on kõrgem kui teiste uurijate poolt antud, mis oleneb sellest, et vaatluse aeg 3 aastat on lühike.

Uurimistulemused on järgmised:

Süva kiiritus annab 1.seansi järel üldise paranemise, kuid peamistes patoloogilistes protsessides tunduva paranemise ja ainult väikesel osal jääb seisund endiseks või halveneb. See paranemine on näilik. Neil, kes kauem ellu jäid, esines tunduv paranemine peale esimest süvakiiritust ja kliinilised nähud taandusid. See üldseisundi ja kliinilise pildi paranemine kulgesid paralleelselt. Valgeverepilt näitab mitmesuguseid kõrvalekaldeid normist.

Muutusi, mis oleks ühised kõigile-ei esine.

Röntgenravi toimele võib esineda verepildi vasakule nihe, mis on prognostiliselt ebasoodne. Ebasoodne on ka, kui 8 nädalat peale kiiritust, esines hemoglobiini tunduv langus ja antitrüptiline tiiter on kõrge. Kuigi antitrüptilise tiitri näitajad on kõikuvad, võib seda kasutada. Erütrotsüütide osmootne resistents on süvakiiritusravi ajal normaalses piiris. SR muutused kulgevad mitteparalleelselt kliiniliste nähtude muutustega.

II 15 juhtu teiste elundite kartsinoomiga, mis on lokaliseeritud satsiooni järgi jaotatud.

Vere uurimised peale röntgenravi näitasid, et prognostiliselt halvad on:

1. Hgb langus 8-9 nädala möödumisel peale esimest süvakiiritust.
2. Kõrge antitrüptilise tiitri püsimine
3. Tunduv vasakule nihe verepildis, mis tekib hiljem, tavaliselt kui kliinilised sümptoomid on raskelt väljakujunenud.

K o k k u v ö t e .

1. Suuremal osal vähahaigeil ei leidu tunduvat muutust hemoglobiini ja erütrotsüütide vahekorras. Eriti suur näib olevat hemoglobiini langemine, võrreldes erütrotsüütidega suurema aneemia puhul.
2. Minu uurimised tõendavad arvamist, et kehveresus vähktõve puhul ei ole spetsiifilise iseloomuga.
3. Vähi puhul esineb teataval määral leukotsüütide rohkenemise tendents.
4. Leukotsüütide arvu suurenemisest võtavad osa pea alati neutrofiilid, ainult harvadel juhtudel langeb see suurenemine ka lümfotsüütidele.
5. Leukotsüütide normaalse arvu puhul püsib lümfotsüütide ja neutrofiilide vahekorrd enam-vähem normi piirides.
6. Minu poolt saadud andmete põhjal ei saa oletada erilist eosinofiiliat kartsinoomi puhul, ehk see küll harvadel juhtudel ilmsiks tuleb.
7. Vähiultseratsioon ei näi alati mõjuvat leukotsüütide arvu rohkenemisse.
8. Monotsüütide arv püsib kartsinoomi puhul enam vähem normaalsetes piirides.
9. Neutrofiilide tuuma nihkumine esineb vähahaigetel väga harva.
10. Suuremal osal närvihaigetel esineb normaalne osmootne resistents. Näib, et kahhektilistel juhtudel tekib kõrgem resistents ja suureneb resistentsi laius.

11. Näib, nagu ei oleks kartsinoomi levimine tasakaalus SR-ga. Peab oletama, et settimiskiirus ei olene ainult vähist vaid ka teistest faktoritest.
12. Minu poolt toimitud SR autohemaglutiniinide peale ei annud ühelgi juhul positiivset resultaati.
13. Autohemolüsiinide reaktsioon andis positiivse tagajärje 60 juhust 3 juhul.
14. x-kiirte sügavravi annab enamal jaol ca colli juhtudest pärast I kiiritusseanssi, peaaugjalikult patoloogilise protsessi paranemise, vähestel juhtudel hea paranemise ja ainult väiksemal osal jääb protsess endiseks või halveneb.
15. Pärast esimest sügavteraapia seanssi tekkinud vähiprotsessi osaline paranemine on suuremal osal ca colli haigetel pette-nähtuseks. Nendel haigetel, kes pikemat aega elama jäävad, tekib hästi paranemine juba pärast esimest sügavravi-seanssi ja kaovad suuremal osal kõik vähahaiguse kliinilised sümptoomid.
16. Esimese kiiritusravi järel tekkinud üldseisund ja vähiprotsessi paranemine liiguvad üldjoontes paralleelselt.
17. Valgeverepildis tekib x-kiirte ravi puhul mitmekesiseid kõrvalekaldumisi normist, kuid ei leidu sääraseid muutusi, mis oleksid ühtlased teatud rühma juhtudel.
18. Vähihaigetel võib x-kiirtega ravimise puhul tekkida üle normi tõusev tuuma pahemale nihkumine ja see näib olevat halvaks prognostiliseks tunnuseks, kuid see tekib harilikult hiljemini, kui kliinilised sümptoomid on juba omandanud raske kuju.

19. Kui veel 8 nädalat pärast esimest kiiritusseansi esineb tunduv hemoglobiini hulga langemine ja kui seejuures antitrüptiline tiiter püsib kõrgel, siis on see nähtus halvaks prognostiliseks tunnuseks.

20. Vaatamata antitrüptilise tiitri arvude kõrvalekaldumistele, võiks seda reaktsiooni siiski kasutada x-kiirte toimele hästi paranenud vähijuhtude jälgimiseks ja retsidiivide varajaseks diagnoosimiseks.

21. Osmootne resistentsus püsib sügavteraapia ajal normi piirides.

22. SR ei liigu kiiritusravi ajal paralleelselt kliiniliste vähisümptomite paranemisele resp. halvenemisele, seepärast ei näi sellel reaktsioonil suurt prognostilist tähtsust olevat, nagu seda mõned autorid toonitavad.

J u h t l a u s e d.

1. Vähihaigete ravimist x-kiirtega peaks katsuma koondada ülikooli ühe kliiniku juurde ja seda ravi kombineerima raadiumi raviga.

2. Vereuurimiste juures peab arvestama perioodilisi kõikumisi, mis esinevad iga 24 tunni jooksul, olenedes mitte ainult toidu tarvitamisest ja seedimisest vaid ka teistest meile veel tundmata põhjustest.

3. Rinnalaste surma põhjuseks võib olla platsenta kaudu edasi-antud tuberkuloosi infektsioon, mis oma arenemise ja patoloogilise pildi suhtes märksa erineb klassikalisest tuberkuloosi infektsioonist ja mille uurimisele tuleks ka meil rohkem rõhku panna.

4. Vastsündinud laste immuniseerimist tuberkuloosi vastu, nn. B.C.G. vaktsiiniga peaks süstemaatilisel tarvitusele võtma eriteadlaste kontrolli all.

5. Latentse süüfilise diagnoosimiseks erilist süüfilise tõttu ilmuvate abortide kindlaksmääramisel, peab rohkem rõhku panema seljaaju vedeliku uurimisele WAR abil, mis märksa kindlamad resultaadid annab kui vereuurimine.

6. Mudaravi annab häid tagajärgi mittegonorroiliste naiste suguelandite krooniliste põletikuprotsesside puhul.

Seoses valimisaja lõppemisega vabastatakse R. Bernakoff Tartu Ülikooli teenistusest 1928. a. 1929. aastal luuakse nelja mehe (doktorid Linkberg, Volmer, Pobel, Bernakoff) eestvedamisel erahaigla. Peaarstiks saab Rudolf Bernakoff ja kui haigla 1940. a. muudetakse Tartu Linnahaiglaks, jätkab R. Bernakoff selle juhatamist, tegeledes peamiselt sünnitusabi ja günekoloogia osakondadega. 1944. a. aprillis areteeriti ta Saksa okupatsioonivalitsuse poolt, kahtlustatuna riigivastases tegevuses ja peeti Tallinna vanglas kuni sama aasta septembrini. Peale vabanemist töötas R. Bernakoff mõned kuud Tallinna Naistehaigla peaarstina, alates 31. novembrist 1944 kinnitati ta Tartu Riikliku Ülikooli Sünnitusabi ja Günekoloogia kateedri juhatajaks. Samast ajast täidab ka Tartu Vabariikliku Naistekliiniku peaarsti kohuseid. 30. märtsil 1946. a. NSVL Kõrgema Atestatsioonikomisjoni otsusega kinnitatakse Rudolf Bernakoffile meditsiiniteaduste doktori kraad ja samast kuupäevast ka professori nimetus.

R. Bernakoffi kaastöölised mäletavad teda kui väga head operatööri, väsimatut organisatorit, kelle juhendamisel ja eestvedamisel taastati kliinik, kateedri ruumid ja auditoorium. Ka oli ta mitmekülgselt haritud mees - tema eriliseks huviobjektiks oli kujutatav kunst, isiklikult oli R. Bernakoffil suur maalide ja graafiliste tööde kogus. Väljaspool töökohuseid oli R. Bernakoff aktiivne seltskonnainimene, kes armastas bridži mängida ja omas suurepäraseid vokaalseid võimeid. Aja ja võimaluste puudusel pööras Bernakoff teaduslikule tööle vähe tähelepanu. Ka temalt endalt on ilmunud vaid 11 teaduslikku artiklit ja need ka enamuses käsikirjalised:

1. Mao vähi ravimisest x-kiirtega
2. Abort
3. Narkoos sünnitusabis
4. Vastsündinu infektsioos-septiliste haiguste küsimusi.
5. Rasedus ja tuberkuloos
6. Ginekoloogiliste haigete ravimisest mudaga.
7. Teaduslik-teoreetilised uurimused naiste steriilsuse küsimuses.
8. Uute meetodite kasutuselevõtt ENSV sünnitusabis ja ginekoloogias.
9. Enakavähi profülaktikast
10. Nõukogude teaduse saavutused sünnitusabis ja ginekoloogias.
11. Hormonaalne teraapia ginekoloogias.

1951. a. jaanuaris, kui R. Bernakoff lahkus ülikooli teenistusest, ei jäänud kateedrisse ühtegi kraadiga õppejõudu.

Rudolf Bernakoff suri 1959. a. raske kroonilise haiguse tagajärjel ja on maetud Tartusse Raadi kalmistule.



Foto 4.

Professor R. Bernakoff aastal 1947.



Fotod 5 ja 6.

Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni
aastapäeva tähistamine Vabariiklikus Tartu
Naistekliinikus aastal 1947.



Foto 7. Professor R. Bernakoff koos oma assistentide
R. Mereni ja B. Hallikuga.

II Kateedri ja õppebaasi õppe-teaduslik tegevus aastail 1951-1958.

1. Kliinilise õppebaasi tegevus.

Peale professor R. Bernakoffi lahkumist sai kliiniku juhatajaks dr. A. Višnitskaja, kateedri juhataja ajutiseks kohustustetäitjaks määrati dr. Irina Veerma, kes samal ajal oli ka Tartu peakušör-günekoloog. Seega töö, mis siiani lasus ühe inimese õlul, tehti nüüd kahe poolt.

Võrreldes kliiniku töö algusega oli voodikohtade arv tõusnud 60-lt 120-le, sünnituste hulk 1220-lt 1560-le. Endise 8 arsti asemel oli neid 14. Selle ajajärgu kliiniku töö näitajaid aastaaruande põhjal võib näha tabelis nr. 2.

Õppebaas suureneb 10 voodikoha võrra, arstikohtade arv tõuseb 27,5-le, vastuvõetud sünnituste hulk 1800-le. Väheneb nii emade kui ka laste suremus. Kui 1950. a. vastsündinute haiguste hulgas esineb püodermia ja blenorröa, siis 1958. a.

ülemiste hingamisteede haigused - 6 juhtu

kopsupõletik 4 juhtu

Tabel nr.2

Tartu Kliinilise Sünnitusmaja näitajad
aastail 1950 ja 1958

	1950.a.	1958.a.
1.Voodite arv		
a) sünnitusvoodeid	55	70
b) günekoloogilisi voodeid	65	80
2.Sünnitusi	1559	1783
3.Neist enneaegseid	69	
4.Eklampsia juhte	5	
5.Perineumi rebendid	70	
6.Keiserlõikeid	22	25
7.Tangsünnitusi	40	48
8.Loodet purustavaid operatsioone	2	6
9.Päramiste käsitsi eemaldamist	67	60
10.Perineotoomia teostamist		359
11.Vastsündinuist:		
a) sündiselusana	1549	1798
b) enneaegseid neist	68	93
c) surnult sündinuid	31	34
d) haigestus püodermissse	9	0
e) " blenorrasse	3	0
f) " sepsisesse	0	0
g) muud	28	36
h) suri lapsi	15	24
i) sellest enneaegseid	5	17
12.Suri haigeid	8	6
a) sepsisesse	4	2
b) pelvioperitoniiti	2	1
c) eklampsiasse	1	0
d) platsenta enneaegse irdumise tõttu	0	1
e) pahaloomulise kasvaja tõttu	1	2

	<u>1950.a.</u>	<u>1958.a.</u>
13. Kirurgilisi operatsiooneteostati	1149	1408
a) emaka amputatsioonid	33	33
b) " ekstirpatsioonid	20	5
c) tsüstotseele	36	56
d) emakaväline rasedus	61	86
e) plastilisi operatsioonid	36	45
f) abrasiidid	394	406
g) biopsiad	210	62
h) muud	359	
14. Füsioterapeutilisi protseduure	5182	1365
15. Ravianalüüse	49156	
16. Röntgenläbivalgustusi	1114	



Foto 8 . Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni
aastapäeva tähistamine Tartu Kliinilises
Sünnitusmajas.

2. Õppe- ja teaduslik tegevus kateedris.

Muutusi oli ka kateedri koosseisus. Vanemõpetajateks kinnitati dr. A. Koort ja dr. I. Veerma. Assistentidena lisanduvad kateedrisse tööle V. Liivrand ja K. Toomari (Gross). 1952. aastast määrati kateedrisse assistentidena E. Mägi (lahkus 1953), M. Salmre (Laidna) ja V. Meipalu, aastast 1955 V. Soo (Kask) ja 1956 U. Leisner.

Kateedri juures tegutsevasse ÜTÜ ringi kuulus 1950/51 õppeaastal 21 üliõpilast, aktiivsematena neist mainitakse VI kursuse üliõpilasi L. Redelit ja H. Erntsonit ning V kursuselt R. Meren ja V. Meipalu.

Kaks korda kuus korraldatakse töökoosolekuid. Hakkab suurenema teaduslike tööde hulk nii õppejõudude kui ka üliõpilaste hulgas.

Selle perioodi üliõpilastöödest võiks mainida:

- | | |
|------------|---|
| R. Meren | "Tservitsiitide diatermikirurgilisest ravist" |
| A. Jäätma | "Tangsunnituste esinemine Tartu Kliinilises Sünnitusmajas 1945-1959. a." |
| H. Järv | "Tservitsiitide ravist ja ravimeetodikast Gorobjovi vedelikuga nr. 2." |
| H. Joaste | |
| R. Pöld | "Ragaadide profülaktika ja ravi Šostakovski balsamiga". |
| V. Loolaid | |
| R. Pöld | "Filatovi kuderavi kasutamise tulemustest valgetel rottidel nahadefekti taastamisel". |
| K. Väin | "Konservere kasutamisest kuderavina güneko-
loogiliste haiguste puhul". |

Kõigi eelpoolnimetatud tööde juhendajaks oli dr I.Veerma.Dr.A.Koorti juhendusel valmis üliõpilaste J.Varese ja V.Loolaiu poolt töö "Ovulatsiooni tähtaja määramisest".Dr.H.Piiper juhendas M.Matsi tööd"S.D.Mihnovi elu ja teaduslik tegevus".

Kateedri õppejõudude tööd sel perioodil on enamuses käsikirjalised.

Dr.J.Veermalt on ilmunud:

"Aniinasiinravi tulemustest varastoksikooside ravis".

"Koprotsütoloogiliste uurimiste tulemused vastsündinul".

"Enneaegse vastsündinu väärarengu juht".

"Ovariaal-menstruaaltsükkel ja naise generatiivne võime erinevates hüpertooniatõve staadiumites".

"Enneaegne sünnitus"

"Sünnitusabi organisatsioon"

"Operatiivse sünnitusabi praktikumi läbiviimise meetodika

Dr.A.Koortilt:

"Emakaväline väljakantud rasedus"

"Emakaväline raseduse põhjuste uurimine Tartu Kliinilise Sünnitusmaja andmeil".



Foto 9. ERÜ Sünnitusabi ja Ginekoloogia kateedri juhataja J.Veerma.



Foto 10. I. Veerma loengut pidamas Tartu Sünnitusmaja
auditooriumis.



Foto 11.

I.Veerma ÜTÜ Sünnitusabi ja GÜnekoloogia
ringi koosolekul.

"Androgeensete hormoonide kasutamisest klimakteeriliste verejooksude puhul".

Dr.H.Jalvistelt:

"Placenta praevia juhud ja nende ravi naistekliinikus 25 aasta materjalide põhjal".

"Emade suremusest ja selle vältimisest".

"Kolmikute juht Tartu Kliinilises Sünnitusmajas".

"Maspiitidest"

"Sünnituspatoloogia esinemine Tartu Kliinilises Sünnitusmajas 1949/50 a. andmeil".

- a) ekstragenitaalsed haigused ja muu sünnituspatoloogia
- b) väärseisud
- c) septilised infektsioonid
- d) toksikoosid

"Valguvaegusest rasedustoksikooside puhul ja selle vältimisest".

"Verevaegusest rasedustoksikooside puhul ja selle vältimisest".

Dr.V.Liivrennalt:

"Surnultsündivuse põhjused ja profülaktika".

"Sünnitustrauumatism"

"Naistöötajate günekoloogiline haigestumus seoses töötingimustega Tartu käitistes".

"Emakavähk"

"Abordi ohtlikkus".

Kaks viimast on san.-haridustöö artiklid, mis on esitatud Vabariiklikule San.-Hariduse Majale.

Dr.V.Meipalult:

"Ovariaal-menstruaaltsükkel tuberkuloosihaigetel".

"Võimalikud kliinilised põhjused varasel ja enneaegsel lootevete puhkemisel ja tema kliiniline tähendus".

Kuna sünnitusabi ja günekoloogia kateedris puudusid inimesed, kes oluks võimelised juhendama kandidaaditöid, tuli dr.Liivrannal ja dr.Jalvistel otsida omale juhendajad teistest ülikooli kateedritest.H.Jalviste kandidaativäitekirja teemal

"Vereseerumvalkude nihetest rasedal seoses dieediga, eriti rasedustoksikoosi puhul". juhendas professor med.doktor, ENSV teeneline teadlane Feliks Lepp.

Kaitsmine toimus 6.VI 1958.a.Töö on eesti keeles.Sisaldab 307 masinakirja lehekülge.Töös on 102 tabelit, 143 joonist.

Sisaldab järgmised osad:

sissejuhatus (4 lk.)

literatuuri ülevaade(142 lk.)

töö ülesanded (4 lk.)

metoodika (20 lk.)

töötulemused ja analüüs(164 lk.)

arutelu ja kokkuvõte(64 lk.)

järeldused(2 lk.)

literatuuri loetelu(37 lk.)

Töös on kasutatud 357 kirjanduslikku allikat.

Töö ülesandeks olid:

1.Uurida raseda toitumise tingimusi peamiselt valkude ratsiooni osas ja leida teid rasedustoksikoosi võimalikuks ennetamiseks.

2. Rasedustoksikoosi seisundi hindamisega seoses uurida seerumproteiinide nihkeid eriti eri toitumisrežiimi rakendamisel.

3. Selgitada raseda toitumisrežiimi tähtsust, eriti verevalkude osas, sõltuvuses vastsündinu arenemisega.

Metoodikas toimus eriuuringuna seerumivalkude määramine refraktomeetriliselt (üldvalk, albumiinid ja globuliinid) ja elektroforeetiliselt F.V. Flynn'i ja P. de Mayo järgi, seejuures kvantitatiivne hindamine toimus elektroforeogrammide otsesel fotomeetrimisel W. Grassmani ja K. Hannigi järgi. Ekstinktsioonväärtuste alusel joonistati elektroforeesidiagrammid, millede kvantitatiivne hindamine toimus kaaluväärtuste määramisel. Režiimina rakendati kõrvuti valguvaest dieeti 7 ja 7a ning autori koostatud valgurikast (200 g valku) ja piiramatu vedelikuhulgaga dieeti.

Kokkuvõttes uuriti seerumivalkude suhtes ühekordselt 956 rasedat, 200 sünnitajat ja vastsündinut, 573 sünnitanud ja 209 toksikoosihaiget. Korduvalt teostati dünaamilisi uurimisi 20 rasedal, 25 sünnitajal, 48 sünnitanul ja 123 hilis-toksikoosiga rasedal. Toiteanamnestilisi uurimusi teostati vastava ankeedi alusel, 388 dispansseersel rasedal ja 89 toksikoosiga haigel statsionaaris, samaaegselt hinnati toitumuslikku seisundit 5 palli süsteemis. Töö tulemused on esitatud 14. järelduses:

1. Rasedustoksikoosi triaadsündromist esigeb hüdrops 88%-l, albuminuuria 76%-l ja hüpertoonia 64%-l juhtudel.

2. Rasedustoksikoosi puhul esineb seerumiproteiinide taseme langus (6,5-7,0 g %) võrreldes füsioloogilise rasedusega (7,0-7,5 g%) ENSV dieetrežiimi tingimustes.
3. Hüpoproteineemia, olles üheks rasedustoksikoosi patogeneetiliseks näitajaks, esineb sagedamini hüdropsi, siis albuminuuria ja harvem hüpertoonia puhul.
4. Hüpoproteineemia, esinedes toksikoosi korral 3-4 korda sagedamini kui füsioloogilise raseduse puhul ja osutades proteiinide metabolismi häireile, omab diagnostilist-prognostilist tähtsust.
5. Toksikoosi puhul toimunud verevalgupeegli nihked (albumiinide vähenemine, alfa- ja beeta-globuliinfraktsioonide tõus) viitavad toksikoosile kui raseduse tingimustes võrsunud organismi üldhaigestumisele, mistõttu ei ole õige seda pidada organofunktsionaalseks haiguseks ja trakteerida vastavalt sellele verevalgupeegli muutusi.
6. Toksikoosijuhused vereseerumpeegli nihked ei ole alati tüüpiliselt karakterised vaid näitavad individuaalselt suuremat variaabelsust, võrreldes füsioloogilise rasedusega.
7. Keskmist, päevast loomse päritoluga valguratsiooni raseda ja toksikoosihai ge dieedis, eriti raseduse lõpul (rasedal 100 g, toksikoosihai gel alla 100 g) ei saa pidada küllaldaseks.
8. Loomsete valkude piiramist raseda dieedis, eriti raseduse lõpul, peamiselt süsiveskute kvantumi vastaval suurendamisel, tuleb pidada ebaratsionaalseks ja rasedale isegi ohtlikuks.

9. Raseda dieet on korrelatsioonis tema vere seerumproteiinide tasemega, mida tuleb lugeda üheks objektiivseks näitajaks toitumusliku seisundi hindamisel rasedal.
10. Kõrgendatud valgusisaldusega dieedi manustamine toksikoosihaigeile mõjustab soodsamalt haiguskulgu (ödeemide ja albumiinuuria taandumine) ja vastavalt verevalgupeeglit võrreldes madala valgusisaldusega dieediga.
11. Albumiin-globuliin Üksikfraktsioonide suhted analoogiliselt albumiini-globuliini koefitsiendile kajastavad selgemalt seerumiproteiinfraktsioonide vastastikust liikumist kui fraktsioonid omaette, omades teatavat prognostilist tähendust haiguskulu hindamisel.
12. Vastsündinute füüsilis-funktsionaalne areng on kindlas korrelatsioonis ema rasedusaegse dieediga, lähtudes täisväärtuslike valkude tarviduse seisukohalt.
13. Vastsündinu seerumiproteiinid on sõltuvuses ema verevalgupeeglist (sel teel ka ema dieedist), kajastades muutusi selles.
14. Adekvaatne valkude tarvitamine raseduse eel ja ajal on üheks peamiseks eelduseks raseduse ja loote arenemise normaalseks kuluks.

Antud küsimustes vastavate uurimistulemuste juurutamine praktikasse aitaks senisest edukamalt ennetada rasedustoksikoosi.

Professor K. Kõrge TRÜ Sisehaiguste kateedrist juhendas assistent V. Liivranna kandidaadidissertatsiooni, mille teemaks oli: "Raseduse ja sünnituse mõjust reumaatilise protsessi kulule".

Kaitmine toimus 13.novembril 1959.a.

Töö on eesti keeles ja sisaldab 220 masinakirja lehekülge.

Töö sisaldab järgmised osad:

sissejuhatus (3 lk.)

literatuuri ülevaade(56 lk.)

töö ülesanded(21k.)

metoodika (9 lk.)

töötulemused ja analüüs(80 lk.)

arutelu ja kokkuvõte(38 lk.)

järeldused (3 lk.)

kirjanduse loetelu(25 lk.)

Töös on kasutatud 224 kirjanduslikku allikat.

Uuriti raseduse ja sünnituse mõju reumaatilisele protsessile.

Püüti selgitada küsimust,kuivõrd ja missuguses suunas rasedusaegsed funktsionaalsed nihked neurohormonaalses süsteemis mõjustavad organismi reaktiivsust ja sellega seostuvad või pidurdavad reumatismi arenemist,resp.selle üleminekut reumoseptiliseks protsessiks.

Uuritavate kontingendi moodustasid 50 reumatismi põdenud naist.Nendest 26-l esines ainult reumatismi liigestevorm,27-l aga südamekahjustus klapirikke või müokardioskleroosi näol.Kontrollrühmaks võeti 20 tervet naist.

Peale üldiste kliiniliste uuringute(leukotsüüdid, erütrotsüüdid,leukotsüütide valem,Hgb,SR,pulss EKG,kupu -ja formaliiniproov) jälgiti reaktiivsuse näitajatena kõigil vaatlusalustel dünaamiliselt vereseerumi Valkude ja perifeerse vere eosinofiilsete leukotsüütide nihkeid raseduse väitel sünnituse ajal ja sünnitusjärgsel perioodil.

Hilistagajärgede selgitamiseks teostati ühekordne kontroll veel aasta peale sünnitust. Vereseerumi koguvalk määrati Pulfrichi refraktomeetriga. Üksikute fraktsioonide (albumiinide, alfa₁, -alfa₂, -beeta -ja gammaglobuliini) määramiseks kasutati paberelektroforeesi meetodit. Eosinofiilseid leukotsüüte loeti Dungeri järgi. Töö tulemused on statistiliselt töödeldud ja esitatud 50 tabeli, 19 koondtabeli ja 111 joonise näol.

Täheldati, et retsidiveeruvat reumaatilist polüartriiti põdevad naised vabanesid rõhuvas enamuses juba alates esimestest raseduskuudest reumaatilistest liigestevaludest ja tursetest. Liigestevaevused taastusid aga 1-6 kuud peale sünnitust. Organismi hüperergilise seisundi taustal kujunevat reumaatilise protsessi üleminekut reumosepsiseks ei täheldatud.

Ka vereseerumivalkude nihked näitasid, et rasedus ei avaldanud ebasoodsat toimet reumaatilise protsessi kulule. Kuigi reumatismi põdenud esinesid kogu raseduse vältel, sünnituse ajal ja ka sünnitusjärgses perioodis iseloomulikud kõrgemad koguvalku ja gammaglobuliini väärtused, ei sedastatud neil reumaatilise protsessi ägenemisele viitavat alfa₂-globuliini ega gamma-globuliini esilekerkimist ajutist tõusu. Asjaolu, et gamma-globuliin ja koguvalk näitasid raseduse vältel reumat põdenud suuremat langust kui tervetel naistel, vihjab rasedusaegsele paranemistendentsile latentse reumaatilise protsessi kulus.

Kokkuvõttes sedastati, et sõltuvalt hormonaalse tasekaalu nihkeist toimub raseduse ajal organismi teatav ümberkõlastus desensibiliseerimise suunas, mida oli võimalik demonstreerida ka vere eosinofiilsete leukotsüütide tugeva languse resp. kadumise näol. Hüperergiliste reaktsioonide intensiivsuse langus raseduse ajal on autori arvates tõenäoliselt tingitud neerupealiste koore hüperfunktsioonist seoses üldise hormonaalse ümberkõlastusega raseduse puhul.

Kodumaise kaadri kasvatamiseks suunati 1952.a. Leningradi aspirantuuri K. Toomari-Gross, kes saabus sealt tagasi 1956.a. juba kaitstud kandidaadiväitekirjaga teemal "Vaagnapõhja sünnitrauma ja selle profülaktika".

Töö teostati NSVL Meditsiini-Teaduste Akadeemia Sünnitusabi ja Ginekoloogia Instituudis (direktor on prof. P.A. Belotapko) 1952-1956. aastani. Töö teaduslik juhendaja professor S.G. Hasken. Kaitsmine toimus 26. juunil 1956.a. Leningradis.

Töö vahetuks ülesandeks oli üldiselt tuntud manuaalse lahkliha kaitsmise meetodi väärtuste ja puuduste selgitamine. Ka uuriti profülaktilisi lahkliha pilustusloike tulemusi.

Õige lahkliha kaitsmise meetodi valik jääb kuni tänaseni raskeks. Teaduslike aluseid selle kohta, et vältida lootepea ^atrumat vaagnapõhjale, pole. Tuntud on nn. lahkliha kinnise kahjustuse olemasolu naha ja limaskestast terviklikkuse puhul.

2525 sünnituse kliinilis-statistilised tulemused näitasid, et manuaalsel lahkliha kaitsmisel vaagnapõhja traumasid,

alates limaskestast rebendist, kuni III järgu rebendini esines 32%-l, perineotomiat kasutati 18,7 %-l.

Täheldatav kõrge vigastuste protsent andis alust arvata, et üldtuntud manuaalne lahkliha kaitsmise meetod ei täida oma profülaktilist eesmärki - ei väldi vaagnapõhja traumasid. Vaagnapõhja seisundi uurimine peale sünnitust günekoloogilise läbivaatuse ja funktsionaalsete proovide alusel näitas tema mittetäisväärtuslikkust sünnitanud naistel (madal lahkliha, rigiidne lahkliha, sugupilu avatus, vaagnapõhja lihaste funktsionaalne mittetäisväärtuslikkus, emaka ja tupe allavajumine). Eelpooltoodust võib järeldada manuaalse lahkliha kaitsmise meetodi vähest efektiivsust.

Tähtis on ka see asjaolu, et vaagnapõhja mittetäisväärtuslikkust täheldati ka neil naistel, kes sünnitasid ilma nähtava sünnitusteede kahjustuseta. See kinnitab D.O. Otti poolt väidetut, et lahtised vaagnapõhja traumad ei ole ainsaks vigastamise vormiks, vaid eksisteerivad ka kahjustused naha ja limaskestast terviklikkuse puhul.

Statistilistest andmetest järeldub, et kõige sagedasemaks pehmete kudede traumaks sünnitusel on limaskestast rebend ja lahkliha I järgi rebend, s.o. need trauma liigid, mille puhul lihaste kahjustust ei täheldata ja mida seepärast loetakse vähetahtsaks. Uuringute tulemused, mis viidi läbi 1-1,5 aastat peale sünnitust, andsid alust mitte nõustuda eelpooltoodud arvamusel. Neil naistel täheldati tihti vaagnapõhja funktsionaalset ebatäisväärtuslikkust.

Viimane on tõendiks vaagnapõhja lihaste kahjustusest sünnitusel. limaskestast rebendi ja lahkliha I järgu ruptuuri puhul. Vaagnapõhja kudede mittetäisväärtuslikkust sünnitusejärgselt, süvade lihaste kahjustuse näol (enamuses m. levator ani), täheldati sagedamini naistel, kel esines sünnituse ajal lahkliha II järgu rebend. See tõestab, et II järgu rebendite puhul peale lahkliha lihaste kahjustuse häirub tihti ka m. levator ani terviklikkus, mis kompenseeritakse aga kaasaaegse õmblemise tehnika juures.

Kõige paremaid tulemusi sünnitusjärgselt täheldati naistel, kel sünnitus toimus lahkliha pilustuslõikega. Siit järeldub, et perineotomia on tõeliseks profülaktiliseks meetodiks vaagnapõhja terviklikkuse säilitamisel. Lõige tehakse lahkliha keskjoonel, kuna sel moel kõige vähem kahjustatakse lihaseid, närvikiude ja veresooni. Lahkliha pilustuslõige tuleb teha õigeaegselt. Ta peab ennetama vaagnapõhja lihaste kahjustust, ainult sel juhul täidab pilustuslõige oma profülaktilist eesmärki.

1955. aastal suunati kolmeks aastaks Leningradi NSVL Meditsiini Teaduste Akadeemia Sünnitusabi ja Ginekoloogia Instituuti sihtaspirantuuri dr. V. Soo (Kask), kes seal viibides kogus enamuse oma kandidaaditöö materjalidest. Kuna kateedris puudusid teadusliku kraadiga isikud, ühendati 1955. aasta sügisest TRÜ Sünnitusabi ja Ginekoloogia kateeder pediatria kateedriga, mille juhatajaks oli dotsent Zinaida Saar, kes sai nüüd ühtlasi ka sünnitusabi ja ginekoloogia kateedri juhatajaks.

TRÜ Sünnitusabi ja Günekoloogia ja Pediaatria kateedri koosseis oli 10-liikmeline-sinna kuulusid veel pediaatrid dotsent Keres, L ja assistent Sildver, L. Niisugune ühendamine oli aga kunstlik ja 1957. a. sügisel kateedrid lahutati.

Teadusliku kaadri kasvatamiseks suunati TRÜ Sünnitusabi ja Günekoloogia kateedri juhatajaks Pihkvast peaskušöri kohalt dotsent, dr. med. Fainberg, V. B., kelle erialaline staaz selleks ajaks oli 37 aastat ja pedagoogiline üle 10 aasta.

K o k k u v ä t e .

Tehes lühikokkuvõtet aastaist 1944-1958 võib jaotada selle perioodi kateedrijuhatajate järgi peamiselt kaheks.

Esimest perioodi iseloomustab kliiniku taastamine, kaadri komplekteerimine ja väljaõpetamine. Kateedri juhataja, professor R. Bernakoff on ühtlasi kliiniku peaarstiks ja organisatoriks nii majandus- kui ravialal. Seega on esikohal kliinilis-organisatoorne tegevus. Teaduslikule tööle pööratakse vähem tähelepanu.

Teise perioodi vältel algab dissertatsioonitöödeks materjalide kogumine teiste kateedrite professorite juhendusel. Kaks kateedri assistenti suunatakse Leningradi aspirantuuri. Selle perioodi lõpuks ilmuvad esimesed sõja-järgsed kandidaaditööd.

Teaduslikud tööd on alul statistilised, hiljem lisanduvad kliinilis-laboratoorsed tööd, kusjuures ülekaalus on sünnitusabi alane temaatika. Alustab oma tegevust ÜTÜ Sünnitusabi ja Günekoloogia ring 1949. a. esialgu üksikute ringiliikmetega. Antud perioodis esineb kaks kateedrijuhatajat.

Käesolevas töös käsitletud lõik kateedri ajaloost lõpeb dotsent, dr. med. Fainberg, V. B. määramisega TRÜ Sünnitusabi ja Günekoloogia kateedri juhatajaks 1958. a.

Kasutatud kirjandus

1. Tartu Kliinilise Sünnitusmaja aastaaruanded alates 1944.aastast.
2. TRÜ Sünnitusabi ja günekoloogia kateedri aastaaruanded alates 1947.aastast.
3. TRÜ Keskarhiivi materjalid R.Bernakoffi kohta.
4. ÜTÜ arhiivi materjalid.
5. R.Bernakoff "Mönesugustest veremuutustest vähihaigetel ja nende prognostilisest tähtsusest x-kiirtega ravimise puhul" Tartu, 1927.a., 1-280.
6. A.Tamm "Tartu Ülikooli Naistekliiniku asutamine, juhatajad ja meditsiiniline koosseis". " Eesti Arst" XXII aastakäik, 1943, 11 , 581 - 608.
7. H.Piiper , TRÜ Günekoloogia ja sünnitusabi kateedri ajalugu, Tartu, 1955, 1- 17.
8. K.Toomari , Vaagnapõhja sünnitrauma ja selle profülaktika, Leningrad, 1956.
9. H.Jalviste, Vereseerumvalkude nihetest rasedail seoses diceediga, eriti rasedustoksikoosi puhul, Tartu, 1958, 1 - 307.
10. V.Liivrand, Vereseerumvalkude dünaamikast reumatismi pödenuil seoses raseduse ja sünnitusega, Tartu, 1959, 1 - 220.
11. V.Fainberg, I.Köiv, Valitud loengud sünnitusabi ja günekoloogia alalt - I osa, Tartu, 1972, 22-34.
12. Endise operatsioonibloki vanemõe E.Hurda suulised seletused.

Fotode loetelu.

- Foto 1. - Ginekoloogia loeng Vabariikliku Tartu Naistekliiniku auditooriumis 1948.a.
Haiget demonstreerib prof.R.Bernakoff.
- Foto 2. - Prof.R.Bernakoff lastetoas üliõpilaste praktikumi juhendamas.
- Foto 3.- - Prof.R.Bernakoff noore arstina
- Foto 4. - Prof.R.Bernakoff aastal 1947
- Foto 5.6. - Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni aastapäeva tähistamine Vabariiklikus Tartu Naistekliinikus aastal 1947
- Foto 7. - Prof.R.Bernakoff oma assistentide R.Meremi ja B.Hallikuga.
- Foto 8.- - Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni aastapäeva tähistamine Tartu Kliinilises Sünnitusmajas.
- Foto 9. - TRÜ Sünnitusabi ja Ginekoloogia kateedri juhataja dr.I.Veerma.
- Foto 10. - Dr.I.Veerma loengut pidamas Tartu Kliinilise Sünnitusmaja auditooriumis.
- Foto 11. - Dr.I.Veerma ÜTÜ Sünnitusabi ja Ginekoloogia ringi koosolekul.