

ISSN 0235-4026

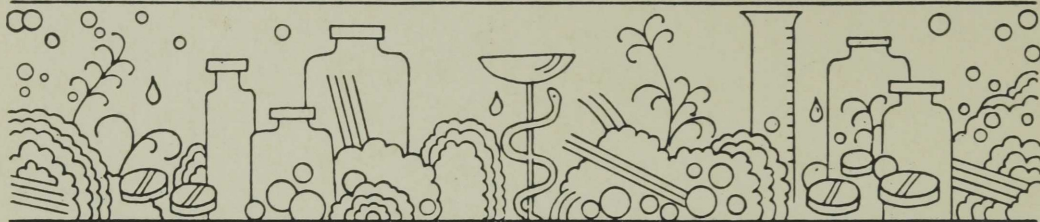
EESTI ARST



3

1989

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
ja Eesti Arstide Liidu ajakiri



ALLAPININUM

Allapiniin on arütmia ravim, mida saadakse tulikaliste sugukonda kuuluvast taimest *Aconitum leucostomum*.

Preparaat on näidustatud supraventrikulaarsete ja ventrikulaarsete ekstrasüstolite, südamekodade virvendus- ja värisemisparoksüsmide, supra-ventrikulaarse tahhükardia, südamevatsakeste paroksüsmaalse tahhükardia korral.

Pakendis on 30 tabletti á 0,025 g toimeainet.

DOPEGYT

Dopegüüt on hüpotensiivse toimega ravim, mis vähendab veresoonte perifeerset vastupanu ja on efektiivne hüpertooniatõve IIa...IIb staadiumi korral.

Pakendis on 50 tabletti á 0,25 g.

Toodetakse Ungari RV-s.

3 EESTI ARST

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ja Eesti Arstide Liidu ajakiri

1989

Asutatud 1922. aastal

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

P. Teder, H. Sillastu — Ägeda pneumoonia, kopsutuberkuloosi ja kopsuvähi diferentsiaaldiagnoosimine 163

M.-A. Riikjärv, M. Uritam, T. Zenjova — Laste kroonilise pneumoonia struktuur ja kliinik tänapäeval 168

T. Tomberg, A. Tõnnov — Peajuinfarkt subkortikaalsete struktuuride piirkonnas 171

E. Kornet, K. Siilak — Kontratseptiooni valikmeetod 176

A. Sõritsa — Raseduse kulu ja sünnituse iseärasused Tartu üliõpilastel 178

M. Tekkel — Menarhe alguse aja muutumine Eestis ja välisriikides 180

J. Laasik, A. Tähepõld, H. Tihane, L. Tähepõld — Vereplasma ja uriini proteinogramide võrdlevad iseärasused kroonilisest glomerulonefriidist ja püelonefriidist tingitud neerupuudulikkuse korral 182

H. Sibul — Vagotoomia ultseroprotektiivne mõju eksperimentaalsete kaksteistsõrmikuhaavandite korral (autoreferaat) 187

ÜLEVAATED

A. Mesikepp, R. Teesalu — Reanimatsiooni koronaraäkksurma korral 188

V. Järv — Mao röntgenoloogiline uurimine 192

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

K. Kutsar — Eesti tervishoid üleliidulisel foonil 197

J. Saarma — Psühhiaatriaalse arstiabi uuele tasemele 201

J. Männiste — Arstiabi ning meditsiinitehnika vahendid ja võimalused 205

MÖTTEVAHETUS

M. Tarum — Visioone rehabilitatsioonist 208

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Uusi meditsiinkandidaate 210

Tallinna Meditsiinkooli 1989. aasta lõpetajaid 211

Tartu Meditsiinkooli 1989. aasta lõpetajaid 211

ARSTITEADUSE AJALOOST

K. Kõrge — Arstiteaduskonna üliõpilane 1930-ndail aastail 212

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

P. Bogovski — II üleliiduline meditsiini-terminoloogia korrastamise ja standardiseerimise alane teaduskonverents 216

H. Gustavson — Läti Dermatoveneroloogide Seltsi ning Läti Sotsiaalhügieenikute ja Meditsiinialajaloolaste Seltsi ühine istung 217

EESTI ARSTIDE LIIDUS

H. Kelk — Tartu Arstide Liidus 217

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

L. Tamm — Kas suudame muuta suhtumist lastesse? 219

ARSTIDE SELTSIDES

V. Sui — 10 aastat Eesti Reumatoloogide Seltsi 221

MEIE JUUBILARE 223

Voldemar Kööp, Arnold Jannus, Endel Veinpalu, Natan Elštei, Artur Niinemägi, Lembit Tähepõld, Endel Tünder, Leo Nurmmand, Ruta Mihelson, Elin Lokk, Raissa Katai

INTERVJUU

V. Laos — Mida arwab «Eesti Arsti» toimetuskolleegiumi liige, Tampere Ülikooli audoktor Kaljo Villako haridusest ja haritusest 227

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Profesüüm, tümalin 229

IN MEMORIAM 230

Hilja Alev, Uno Leisner

TOIMETUSE VEERG

V. Laos — «Eesti Arsti» toimetuskolleegiumi koosolek 232

Ajakirja «Eesti Arst» 1988. aasta preemiad 233

TARTU ÜLIKOOLIS 233

KROONIKA 235

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimusi 239

Tartu Riikliku Ülikooli
Reamatukogu

178923

AUTOREILE

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

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

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

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

«Eesti Arst»

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

Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuskollegium

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

Korrektor H. Brus. Tehniline töötaja L. Viller. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 44 43 70. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pärnu mnt. 8, tel. 44 24 84. Ladumisele antud 23. 04. 1989. Trükkimisele antud 14. 06. 1989. Trükiarv 5800. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspoognaid 8,69. Tell. nr. 1846. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ээсти Арст» (Врач Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР и Союза врачей Эстонии. Издательство «Периодика», Tallinn. Тираж 5800. Печ. лист. 5,0. Усл.-печ. лист. 6,5. Уч.-изд. лист. 8,69. Заказ № 1846. Типография Издательства ЦК КП Эстонии. Tallinn, Пярну маантеэ, 67-а.

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

TEOORIA JA PRAKTIKA

UDK 616.24-002/.5-006-079

Ägeda pneumoonia, kopsu- tuberkuloosi ja kopsuvähi diferentsiaaldiagnoosimine

Priit Teder Heinart Sillastu · Tartu

äge pneumoonia, kopsutuberkuloos, kopsuvähk,
diagnoos, diferentsiaaldiagnoos

Oma töös tuleb tegevarstil ägedat pneumooniat, kopsutuberkuloosi ja kopsuvähki sageli diferentsiaaldiagnoosida. Seda tingib nende haiguste teatud kliiniline, eriti aga röntgenoloogiline sarnasus (1, 2, 9, 10, 11, 12, 13, 14). V. Molotkovi (9) andmeil tuleb ägedat pneumooniat kopsutuberkuloosist diferentsida 40,4%-l juhtudest ja kopsuvähist 12... 31,6%-l juhtudest. Arvestades nende kopsuhaiguste esinemissagedust (3, 4, 5, 6, 7, 8), peavad arstid hästi teadma nende diagnoosimise ja diferentsiaaldiagnoosimise kõiki aspekte.

Uurimismaterjal. Töös on analüüsitud ägeda pneumoonia, kopsutuberkuloosi ja kopsuvähi diagnoosimise tulemusi ajavahemikust 1982... 1986. Uurimiselusteks oli 4318 Tartu Kliinilisse Pulmonoloogiahaiglasse hospitaliseeritud, neist 2503 põdes ägedat pneumooniat, 1025 aktiivset kopsutuberkuloosi ja 785 kopsuvähki. 3601 haige saate- ja kliiniline diagnoos ühtisid, 717 juhul (17%) oli tegemist diferentsiaaldiagnostiliste raskustega: 302 juhul (42%) ilmnes lahknevus saatediagnoosi ja kliinilise diagnoosi vahel. 415 mitme saatediagnoosiga haiget (58%) oli suunatud uuringutele diagnoosi täpsustamiseks (vt. tabel 1).

Uurimistulemused. Uuritud olid vaatluse all kolme nosoloogilise rühmana.

Äge pneumoonia. Kliiniliselt diagnoositi 363 haigel (283 mehel ja 80 naisel) äge pneumoonia. 301 haiget (83%)

olid üle 40 aasta ja 123 haiget (34%) üle 60 aasta vanad (vt. tabel 2). Seega oli ägeda pneumoonia diagnoosimine probleemiks põhiliselt kesk- ja vanemaealistel puhul.

163 haiget oli üle toodud teistest Lõuna-Eesti raviasutustest. 7 haiget oli hospitaliseeritud kiirabibrigaadi ja 194 haiget jaoskonnaarsti poolt (polikliniku, tuberkuloosidispenseri, tuberkuloosikabineti arst). Sageli olid saatekirjal diagnoosile lisaks märgitud ainult laboratoorsete ja röntgenoloogiliste uuringute andmed. Need aga ei võimaldanud konkretiseerida haiguse algstaadiumi

Tabel 1. Haigete jaotumus saatediagnoosi ja kliinilise diagnoosi alusel

Saate- diagnoos	Haigete arv	Kliiniline diagnoos		
		äge pneu- moonia	kopsu- tuber- kuloos	kopsu- vähk
Äge pneu- moonia	107	—	35	72
Kopsu- tuberku- loos	133	95	—	38
Kopsu- vähk	62	53	9	—
Äge pneu- moonia ja kopsu- tuberku- loos	132	74	42	16
Äge pneu- moonia ja kopsu- vähk	198	106	5	87
Kopsutu- berku- loos ja kopsu- vähk	45	13	13	19
Äge pneu- moonia, kopsu- tuber- kuloos ja kopsu- vähk	40	22	4	14
Kokku	717	363	108	246

Tabel 2. Haigete sooline ja vanuseline koosseis

Kliiniline diagnoos	Naised			Mehed			Kokku
	< 40 a.	40. . 60 a.	> 60 a.	< 40 a.	40. . 60 a.	> 60 a.	
Äge pneu- moonia	15	34	31	47	144	92	363
Kopsutuber- kuloos	12	7	12	29	35	13	108
Kopsuvähk	—	19	25	2	95	105	246
Kokku	27	60	68	78	274	210	717

kliinilist pilti ega objektiivset leidu. Tavaliselt jäi selgusetuks ka suunava arsti mõttekäik. Haiglas täiendaval anamneesi kogumisel selgus, et 288 haigel (79%) oli haigus alanud ägedalt: kehatemperatuur üle 38°C ja järsk enesetunde halvenemine. 315 haigel (87%) täheldati muutusi perifeerses veres, neist 51-l oli haigus alanud hiilivalt. 24 haigel selliseid muutusi ei kaasnunud.

Haigete põhilised kaebused statsionaari saabumisel on esitatud tabelis 3. Tagasihoidlikku sümptomaatikat 87 haigel võib osaliselt põhjendada eelneva, üle kahe nädala kestnud antibakteriaalse raviga teistes raviastutustes. Profülaktilisel fluorograafilisel uuringul avastatud muutuste tõttu suunati täiendavatele uuringutele 23 haiget, kellel kaebused puudusid.

Üheks põhiliseks ja sagedamaks diferentsiaaldiagnostiliseks tunnuseks ägeda pneumoonia eristamisel kopsutuberkuloosist ja kopsuvähist osutus kiire positiivne röntgenoloogiline muutus 1. . 3 nädala jooksul. 92 haigel esines abstsedeerumine ja 25-l pleuropneumoonia, mistõttu suhteliselt aeglasema, 6. . 8 nädala vältel toimunud röntgenoloogilise muutuse interpreteerimisega tuli olla ettevaatlik. 75 haiget oli varem põdenud kopsutuberkuloosi, mistõttu neil olid värskete infiltratiivsete muutustega (äge pneumoonia) üheaegselt sedastatavad induratiivsed kolded kopsutuberkuloosi jääknähtudena. Diferentsiaaldiagnostiliselt ei tohi ägeda pneumoonia korral kopsuprotsessi lokaliseerumise ületähtsustada, ehkki äge pneumoonia lokaliseerub sageli ala-

sagarates (11, 14). Uurituid sedastati 145-l parema ülasagara, 67-l vasaku ülasagara ja 8-l mõlema ülasagara protsess (vt. tabel 4). Seega lokaliseerus äge pneumoonia 220 juhul (60%) ülasagarates. 8 haigel oli dissemineerunud haigusprotsess septilise seisundi foonil.

Bronhoskoopiliselt uuriti 194 haiget. Uurimistulemused on esitatud tabelis 5.

Röga, punktaate ja biopataate uuriti bakterioloogiliselt tuberkuloositekitajate ning tsüt- ja histoloogiliselt kasvajate suhtes. Kõikide uuringute tulemused osutusid negatiivseks, kinnitades ägeda pneumoonia diagnoosi.

Kopsutuberkuloos. Diferentsiaaldiagnoosimisel ärgu unustatagu ka kopsutuberkuloosi võimalust. Et mõnikord see ununema kipub, seda kinnitas ka antud rühma haigete saatekirjade analüüs, millest selgus, et ainult 59 haigel 108-st oli suunav arst diagnoosinud kopsutuberkuloosi. Uuritavas rühmas oli mehi 77 ja naisi 31. Haigete jaotumus vanuseliselt on ühtlasem kui ägedat pneumooniat ja kopsuvähki põdejate korral, seega esineb raskusi kopsutuberkuloosi diagnoosimisel igas vanuses (vt. tabel 2).

Kopsutuberkuloos avastati 90 haigel (83%), kui nad kaebustega pöördusid arsti poole. Täpsemal küsitlusel haiglas selgus, et 79 haigel oli haigus alanud ägedalt kehatemperatuuri tõusu ja enesetunde märgatava halvenemisega, meenutades kliiniliselt ägedat pneumooniat. See raskendab tuberkuloosi diagnoosimist. Olgu mainitud, et ka tänapäeval võib tuberkuloos kulgeda väljendunud kliiniliste nähtudega ja kiiresti progres-

seeruda. 11 haigel algas haigus hiilivalt. 18 haiget (17%) saabus uuringutele pärast seda, kui neil profülaktilisel kontrollil oli avastatud haiguslikke muutusi. Neil kas kaebused puudusid või ei pööranud haiget vähestele kõhale ega subfebriilsele kehatemperatuurile tähelepanu, sest enesetunne ei olnud neil häirunud.

Laboratoorsete uuringute andmeid täheldati 96 haigel (89%) perifeerse vere muutusi, neist 22-l oli haigus alanud hiilivalt.

36 haiget saabus uuringutele teistest raviastutustest, kus spetsiifilist tuberkuloosiravi ebaselge diagnoosi tõttu ei olnud alustatud. 5 haiget hospitaliseeriti kiirabi korras. Varem oli kopsutuberkuloosi põdenud 30 haiget. Haigete kaebused uuringutele saabumisel on esitatud tabelis 3.

Oluline kopsutuberkuloosi diagnoosimisel on röntgenuuring. Diferentsiaal-diagnostilised raskused tekivad infiltratiivse kopsutuberkuloosi eristamisel teistest, s. o. mittespetsiifilistest infiltratiiv-pneumoonilistest protsessidest. Arstikogemuse põhjal võib öelda, et infiltraat lokaliseerub sageli ülasingarates, võimaliku destruktiooni tekke ja bronhogeense külvumisega alasingarates. Uuritust 67-l avastati ülasingarates lokaliseeruv protsess, neist 13-l esines kirjeldatud kopsukoe lagunemine, millega kaasnes bronhogeenne külvumine. Dissemineerunud kopsutuberkuloosi diagnoositi 18 haigel, tuberkulooset eksudatiivset pleuriiti, mille puhul muutusi kopsudes ei olnud, kolmel haigel. 61 haigel esines kopsukoe lagunemine.

Määrav tähtsus kopsutuberkuloosi diagnoosimisel on tuberkuloositekitajate leiul. Selles rühmas leiti neid 71 haigel (66%). Kõigil tehti hospitaliseerimisel Mantoux' tuberkuliintest 2 TÜ-ga. Positiivne tulemus saadi 63 haigel (58%). Ülejäänud 45 haigest 18-l võis negatiivse tulemuse põhjuseks olla palavik, 9 haiget olid terminaalseisundis. 4 haigel oli väikesekoldeline protsess ning 3 haiget olid üle 70 aasta

Tabel 3. Haigete kaebused statsionaari saabumisel (arv ja protsent)

Kaebus	Äge pneu-moonia	Kopsutu-berkuloos	Kopsu-vähk
Köha	230/63,1	67/62,0	156/63,4
Rögaeritus	143/39,3	39/36,1	99/40,2
Nõrkus	112/30,8	42/38,9	66/26,8
Valu rindkeres	106/29,1	28/25,9	108/43,9
Õhupuudus			
rahuolekus	80/22,0	23/21,3	78/31,7
Õhupuudus käimisel	23/ 6,3	4/ 3,7	18/ 7,3
Subfebriilne temperatuur	64/17,6	25/23,1	61/14,8
Febriliteet	32/ 8,8	25/23,1	22/ 8,9
Higistamine	30/ 8,2	7/ 6,4	9/ 3,7
Veriköha	20/ 5,5	3/ 2,8	23/ 9,3
Kehakaalu langus	9/ 2,5	5/ 4,6	15/ 6,1
Häähäired	2/ 0,5	0/ 0	5/ 2,0

Tabel 4. Kopsuprotsessi röntgenoloogiline lokaliseatsioon

Lokalisatsioon	Äge pneu-moonia	Kopsutu-berkuloos	Kopsu-vähk
Parem ülasingar	145	24	66
Vasak ülasingar	67	14	43
Mõlemad ülasingarad	8	16	—
Parem kesk- või alasingar	59	4	60
Vasak alasingar	37	5	39
2...3 singarat	39	24	38
Disseminatsioon	8	18	—
Tuberkuloosne eksudatiivne pleuriit	—	3	—
Kokku	363	108	246

vanad. Negatiivse tulemuse põhjus jäi 8 haigel selgusetuks.

Abistava meetodina kopsutuberkuloosi diagnoosimisel tehti 51 juhul bronhoskoopia, neist neljal diagnoositi bronhituberkuloos (vt. tabel 5). Ka selle rühma haigetel osutusid tsüto- ja histoloogilised uuringud tuumori suhtes negatiivseks.

Kopsuvähk. Kopsuvähi ravi tulemused ja prognoos sõltuvad varajasest diagnoosist. 246 uuritust oli mehi 202 ja naisi 44. Vanuselisel analüüsil selgus,

et 130 haiget (53%) olid üle 60-aastased, vaid kaks olid alla 40-aastased (vt. tabel 2). Seega suureneb kopsuvähki haigestumise tõenäosus koos vanusega. Profülaktilisel kontrollil avastatud haiguslike muutuste tõttu kopsus suunati uuringutele 18 haiget (7%), ülejäänud 228 (93%) hospitaliseeriti kaebuste tõttu. 246 haigest vaid 120-l oli saatediagnoosis fikseeritud kopsuvähk. 101 haiget suunati uuringutele diagnoosi täpsustamiseks, neist 45 puhul ei olnud raviarstil kopsuvähikahtlust tekkinud. Need arvud viitavad vähesele onkoloogilisele valvsusele, kusjuures kopsuvähi võimalusele ei mõelda isegi kaugelearenenud juhtudel. 136 haigel osutus kopsuvähk kaugelearenenud kopsuprotsessi tõttu kirurgiliselt ravimatuks. 75 haigel leiti kaugmetastaase.

Kopsuvähki põdevate haigete olulised kaebused on toodud tabelis 3.

Nagu teistegi kopsuhaiguste korral, nii on ka kopsuvähi mitteinvasiivsetest uurimismeetoditest kõige informatiivsemad röntgenoloogiline ja bronhoskoopiline uuring. Diferentsiaaldiagnostilisel eesmärgil tehti bronhoskoopia 194 haigel. Tulemused on esitatud tabelis 5. Röntgenoloogilise ja bronhoskoopilise leiu põhjal diagnoositi 166 haigel tsentraalne ja 80-l perifeerne kopsuvähk.

Kopsuvähi diagnoos leidis kinnitust

Tabel 5. Visuaalne bronhoskoopiline leid

Leid	Äge pneu-moonia	Kopsu-tuber-kuloos	Kopsu-vähk
Endobronhiit:			
katarraalne	84	19	25
mädane	32	7	15
lobaarbronhi			
mädane	37	7	1
atroofiline	20	6	11
Peribronhiaalne			
tuumor	12	2	27
Bronhituberku-loos	—	4	—
Normi piires	7	6	5
Endobronhiaalne			
tuumor	2	—	110
Kokku	194	51	194

morfoloogiliselt 188 haigel (76%). 58 haigel diagnoositi kopsuvähk anamneesi, kliinilise pildi, laboratoorsete ja röntgenoloogiliste uuringute põhjal, neist 11 suunati diagnoosi täpsustamiseks onkoloogia- ja 10 radioloogiaosakonda kiiritusravile. 28 haiget ei saadud uurida raske üldseisundi tõttu, 7 surid enne diagnoosi morfoloogilise kinnituse saamist. 188 haigest 79-l diagnoositi kopsuvähk nii patotsütoloogiliselt kui ka patohistoloogiliselt. Patotsütoloogiliselt diagnoositi kopsuvähk 157 haigel, neist 17-l leiti vähirakke ka rögest. 194 bronhoskopeeritud haigest oli bronhiloputusvedelikus vähirakke 109-l (56%). Eksudatiivne pleuriit kaasnes 28 haigel, pleurapunktaadist leiti kasvajakke 16-l. 15 haigel kinnitus kopsuvähi diagnoos tsütoloogiliselt operatsioonimaterjali kiiruuringul. Patohistoloogiliselt leidis diagnoos kinnitust 112 haigel. Biopstaadid saadi 8 juhul bronhoskoopilise transbronhiaalse biopsia, 5 endobronhiaalse tuumoribiopsia, 5 pleurabiopsia, 9 transtorakaalse nõelbiopsia, 8 proovitorakotoomia ja 12 juhul perifeerse lümfisõlme eemaldamise teel. 19 juhul kinnitas diagnoosi histoloogiliselt alles radikaalsel operatsioonil eemaldatud materjali uurimine. Morfoloogiliselt kinnitust leidnud haigusjuhtude seas oli 109 haigel (58%) lamerakuline kopsuvähk, adenokartsinoomi diagnoositi 43 haigel (23%). 33 juhul (17,5%) oli tegemist väikerakulise vähiga ning 3 juhul (1,5%) dimorfse kopsuvähiga.

Kokku võttes võib öelda, et ebatüüpilise ägeda pneumoonia, kopsutuberkuloosi ja kopsuvähi diferentsiaaldiagnoosimine on sageli komplitseeritud. Kahtlemata sõltub diagnoosimise kiirus suurel määral arsti teadmistest ja kogemustest, kuid ka uurimismeetodite otstarbekast rakendamisest, minnes üle lihtsamalt keerulisemale. Näiteks korduvad rögaanalüüsid võivad kinnitada kopsutuberkuloosi tuberkuloositekitaja leiu põhjal bakterioloogilisel uuringul või kopsuvähki atüüpiliste rakkude leiu alusel tsütoloogilisel uuringul. Sageli on haigete röntgenoloogilisel ja bronho-

skoopilisel uuringul diagnoosi seisukohalt otsustav tähtsus. Vajaduse korral tuleb rakendada invasiivseid uurimismeetodeid, diagnostiline torakotoomia kaasa arvatud. Esineb haigusjuhte, mille korral kliiniline diagnoos selgub alles pärast pikaajalist jälgimist statsionaaris.

Kopsupatoloogia diagnoosimisel on väga vajalik üleminek üldseisundit mittemõjutatavatele meetoditele (kompuutertomograafia, sonograafia, tuumamagnetresonantstomograafia), samuti tuleb suurendada tänapäevaste immunoloogiliste ja morfoloogiliste uurimismeetodite osa.

KIRJANDUS: 1. *Anijalg, E., Kuus, E., Sachris, N.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1988, 4, 268-270. — 2. *Karolyi, A., Ádám, A., Böcskei, Cs. a.o.* Eur. Res. J., 1988, 1, (suppl. 2), 321. — 3. Lung tumors. Ed. by B. Hoogstraten, B. J. Addis, H. H. Hansen a.o. Berlin — Heidelberg—New York—London—Paris—Tokyo, 1988. — 4. *Sillastu, H.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1988, 6, 416-419. — 5. *Stylbo, K.* Bull. Int. Union Tuberc., 1988, 63, 2, 39-44. — 6. *Tala, E.* Bull. Int. Union Tuberc., 1987, 62, 1-2, 74-76.

7. *Меве Е. Б., Лантев А. Н., Мешкова В. С.* В кн.: X Всесоюзный съезд фтизиатров. Тезисы докладов. Киев, 1986, 343-344. — 8. Острые пневмонии. Дискуссия за круглым столом. Тер. арх., 1988, 3, 9-16. — 9. *Пилипчук Н. С., Молотков В. Н., Андрущенко Е. В.* Болезни органов дыхания. Киев, 1986. — 10. *Пурцхванидзе Ч. Г., Георгадзе А. С.* В кн.: X Всесоюзный съезд фтизиатров. Тезисы докладов. Киев, 1986, 329-330. — 11. *Рабинович А. М., Харчева К. А.* Дифференциальная диагностика туберкулеза легких. Л., 1965. — 12. Руководство по пульмонологии. Под ред. Н. В. Путова и Г. Б. Феодосеева. Л., 1984. — 13. *Сабуренкова Е. П., Фейгин М. И., Смирнова Л. А. и др.* В кн.: X Всесоюзный съезд фтизиатров. Тезисы докладов. Киев, 1986, 339-340. — 14. *Сильвестров В. П., Федотов П. И.* Пневмония. М., 1987.

Summary

Differential diagnosis of acute pneumonia, pulmonary tuberculosis and lung cancer. The paper is based on the study of 4318 cases of acute pneumonia, pulmonary tuberculosis and lung cancer admitted to the Tartu Chest Hospital in 1982-86. In 717 (17%) patients there were problems of differential diagnosis. 363 out of 717 patients suffered from acute pneumonia, 108 from pulmonary tuberculosis and 246 from lung cancer. In 302 cases preliminary and clinical diagnoses were different. 415 patients with several diagnoses were hospitalized to make an accurate clinical

diagnosis. The diagnostic role of the history of the disease, physical, X-ray, bronchoscopic, morphological and other studies is analysed. The experiences in dealing with problematic diagnoses are presented on the basis of relevant statistics.

Резюме

О дифференциальной диагностике острой пневмонии, легочного туберкулеза и рака легких. Обследовано 4318 больных, госпитализированных в Тартускую клиническую пульмонологическую больницу в 1982-1986 гг. с диагнозом острой пневмонии, легочного туберкулеза и рака легких. У 717 больных (17%) имели место трудности с дифференциальной диагностикой. 363 из них болели острой пневмонией, 108 — легочным туберкулезом, 246 — раком легких. У 302 из 717 больных отмечалось расхождение как в клиническом диагнозе, так и в диагнозе направления. 415 больных были госпитализированы для уточнения с несколькими диагнозами. Проанализировано диагностическое значение анамнестических данных, а также данных физикальных, рентгенологических, бронхоскопических, морфологических и других исследований в дифференциальной диагностике вышеуказанной легочной патологии. На основе представленных статистических данных обобщен опыт обследования больных с проблемными диагнозами.

TRÜ arstiteaduskonna
hospitaalsisehaiguste ja
tuberkuloosi kateeder

UDK 616.24-002.2-036-07-053.36/.5

Laste kroonilise pneumoonia struktuur ja kliinik tänapäeval

Mall-Anne Riikjärv Mare Uritam
Tatjana Zenjova Tallinn

krooniline pneumoonia, bronhoektaasid, krooniline bronhiit

Viimastel aastakümnetel on arusaam laste kroonilise pneumoonia olemusest muutunud. 1973. aastal esitati kroonilise pneumoonia kriteeriumid (7), mis jäid püsima 1981. aastal vastuvõetud laste mittespetsiifiliste kopsuhaiguste klassifikatsioonis (5). Selle klassifikatsiooni järgi on laste krooniline pneumoonia piirdunud mittespetsiifiline bronhopulmonaalne protsess, mille aluseks on pöördumatud morfoloogilised muutused ning millega kaasnevad põletiku retsidiivid kopsukoes või bronhides. Protsessi olemuse määrab krooniline bronhiit pneumoskleroosi koldes (8). Bronhopulmonaalsete muutuste laadi ja lokalisatsiooni määramisel on otsustavaks bronhograafialeid.

Tänu bronholoogilise uurimise laialdasemale kasutuselevõtmisele pediaatrias on saadud täpsem ülevaade kroonilise pneumoonia esinemissagedusest, mis NSV Liidus moodustab 0,45... 0,93 1000 lapse kohta (6).

Sagedaseks kroonilise pneumoonia põhjuseks on äge pneumoonia, eriti veniva kuluga segmentaarne pneumoonia (2). M. Tšuhlovina (10) peab küllalt oluliseks põhjuseks ka atelektaaspneumooniat, mida ta leidis 52%-l kroonilise pneumooniaga haigete anamneesis. Atelektaas on kroonilise pneumoonia arenemise aluseks ka võõrkehaaspiratsiooni ja perioodilise toiduaspiratsiooni järgselt.

Et krooniline pneumoonia kujuneb vaid väiksel osal ägedat pneumooniat põdenud lastest, otsitakse anatoomilisi või metaboolseid häireid, mis võivad kujundada eelsoodumuse ägeda protsessi üleminekul krooniliseks. Sellisteks teguriteks peetakse mukotsiliaardüsksineasiat, bronhiaalpuu kõhrelise osa kaasasündinud puudulikkust (1), kudede asünkroonset arengut, mis põhjustab koe hüpoplastilist düsplaasiat (3), immuunpuudulikkust ning surfaktandi puudulikkust (10), millest enamikku meil ei ole veel võimalik välja selgitada.

Käesoleva töö eesmärk oli anda ülevaade kroonilise pneumoonia kulu iseärasustest lastel.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uurimisalusteks oli 93 1...14 aasta vanust last, kellel ajavahemikul 1981...1986 oli Tallinna I Lastehaiglas diagnoositud esmakordselt krooniline pneumoonia. Diagnoosi aluseks olid anamneesi andmed, kliinilis-laboratoorsete uuringute, röntgenoloogiliste ja bronholoogiliste uuringute andmed haiguse remissioonifaasis. Bronhoskoopia tehti kõigil ftorotaannarkoosis, kasutades lihaserelaksante, bronhograafia tegemiseks (narkoosis) aga

Tabel 1. Kroonilise pneumoonia lokalisatsioon ja vormid uuritud lastel

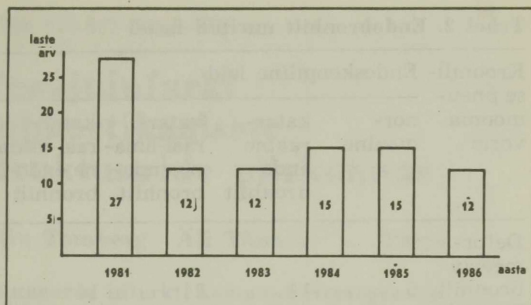
Kroonilise pneumoonia vorm	Lokalisatsioon							
	parem kops				vasak kops			
	kesk-sagar	ala-sagar	kesk- ja alasagar	kokku	kesk-sagar	ala-sagar	kopsukeeleke ja alasagar	kokku
Deformeeriv bronhiit	4	6	10	16	4	20	14	38
Bronhoektaasid	2	3	1	6	4	14	6	24
Kokku	6	9	11	22	8	34	20	62

sulfoiidooni või propüüliidooni. Mukovistsidoosi välistamiseks määrati 19 lapsel hiigi kloriidsisaldus, obstruktiivse sündroomi esinemise tõttu tehti 16 lapsel allergoloogilisi uuringuid, mis osutusid negatiivseks. Ühekordselt uuriti immunoglobuliinisaldust vereseerumis 36 lapsel. 8 juhul ilmnunud IgA- ja 6 juhul IgG-sisalduse määrdukas vähenemine ei andnud alust primaarse immuunpuudulikkuse diagnoosimiseks.

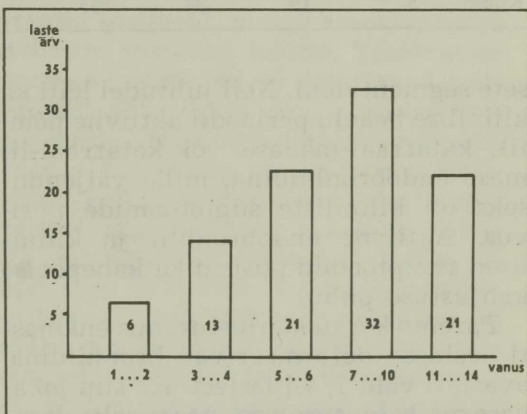
Uurimistulemused ja arutelu. Uuritute arv ja vanuseline struktuur on esitatud joonistel 1 ja 2. Üle pooltel lastest diagnoositi krooniline pneumoonia vanuses 7...14 aastat. Anamneesi andmetel oli esmast ägedat pneumooniat põdenud 64,5% alla kahe aasta vanustest lastest, neist kuuel oli esinenud stafülokokiline pneumoonia kopsukoe destruksiooniga. Ülejäänud juhtudel ei olnud esmase pneumoonia kulu iseärasusi ega lokalisatsiooni võimalik täpsustada. Bronhiiti ja pneumooniat oli korduvalt põdenud 67 last. Kroonilisele pneumooniale iseloomulikud kliinilised nähud — püsiv rögaeritusega köha ja kindla lokalisatsiooniga auskultatoorsed muutused kopsudes — olid anamneesi järgi pooltel juhtudel. 1/5-l lastest andmed kliinilise leiu kohta puudusid, ülejäänutel esinesid köha, rögaeritus ning märjad räginaid kopsudes järjekordse ägeda pneumoonia põdemise ajal või oli leid ebapüsiv. Anamneesi andmete tagasihoidlikkus lubab kirjanduse andmeile toetudes järeldada (2), et krooniline pneumoonia kujuneb pärast esmast ägedat pneumooniat ning et hilisemad korduvad põletikud on kujunenud kroonilise protsessi ägenemisel.

Pooltel lastel olid haigusnähud stationaaris viibimise ajal muutusteta ning 1/4-l perioodiliselt muutuvad. Kliinilisi sümptome ei olnud 1/5-l lastest. Röntgenoloogilised muutused väljendusid tihenenud, deformeerunud, väärtjas või kärgjas kopsujoonises, kopsumahu vähenemises, pneumatisatsiooni languses teatud piirkonnas ja need muutused esinesid enamikul lastel. Üksikjuhtudel võisid röntgenoloogilised muutused vasakpoolse kahjustuse korral ka märkamatuks jääda.

Põletiku ägeduse üle otsustamiseks vere kliiniline analüüs tugipunkte ei



Joonis 1. Haigete arv aastate lõikes.



Joonis 2. Haigete vanuseline struktuur.

pakkunud. Proteinogrammi uuriti 61 lapsel, neist 19-l leiti α_2 -globuliinide ja 39-l γ -globuliinide taseme kõrgenemist üle normväärtuse.

Bronholoogiliste uuringute alusel avastatud kroonilise pneumoonia vormidest ja lokalisatsioonist ning nende seostest bronhi limaskestast muutustega annavad ülevaate tabelid 1 ja 2. Bronhoektaatilise vormi puhul olid ülekaalus silindrilised bronhoektaasid, kotjaid bronhoektaase diagnoositi 8 lapsel. Bilateraalse kahjustuse juhtudel esines **alasagara, kesksagara ja lingulaarse** te segmentide kombineerunud kahjustus.

Nagu tabelitest selgub, esines enamasti vasaku kopsu kahjustus deformeeriva bronhiidina, järgnes vasaku kopsu bronhoektaatilise vorm peamiselt silindriliste bronhoektaasidega. Kahjustus lokaliseerus **alasagaras** (kas basaalsed segmentid või kogu alasagar) või ulatus kahjustunud ala alasagara ja lingulaar-

Tabel 2. Endobronhiit uuritud lastel

Kroonilise pneumoonia vorm	Endoskoopiline leid			
	normaalne	katarraalne endobronhiit	katarraal-limane endobronhiit	katarraal-mädane endobronhiit
Deformeeriv bronhiit	5	14	24	14
Bronhoektaasid	—	5	10	21
Kokku	5	19	34	35

sete segmentideni. Neil juhtudel leiti ka kliinilise heaolu perioodil aktiivne põletik katarraal-mädase või katarraal-limase endobronhiidina, mille väljenduseks oli kliiniliste sümptomide püsivus. Aktiivne endobronhiit ja kliinilised sümptomid püsisid ka kahepoolse kahjustuse puhul.

Parema kopsu kahjustus, mis enamasti esines deformeeriva bronhiidina, avastati vaid 1/4-l lastest. Ka siin lokaliseerus haigusprotsess peamiselt alasaras või oli kombineerunud kahjustusega kesksagaras. Peamiselt alasaraga protsessi korral oli põletiku aktiivsus bronhides tagasihoidlik, kas katarraalne või katarraal-limane endobronhiit. Neil juhtudel oli ka kliiniline leid vähene ja ebapüsiv. Kesksagara kahjustuse puhul kliinilisi haigustunnuseid paljudel juhtudel ei olnud. Kombineerunud protsess kesk- ja alasaras andis ka sel juhul raskema endobronhiidi ja ilmeka kliinilise pildi.

Töö tulemustest nähtub, et ägeda pneumoonia järgse kroonilise pneumoonia tekkimine laste hulgas on vähenenud. See seostub ägeda pneumoonia nüüdisaegsete diagnoosimis- ja raviprintsipide laialdase rakendamisega, aga ka kroonilise pneumoonia diagnoosimise kriteeriumide täpsustamisega. Sagedamini kahjustub vasak kops. Kroonilise pneumoonia kulg on kergem, puuduvad intoksikatsiooni tunnused, haigus ägeneb harvem. Kliiniliste nähtude vähesusele vaatamata on üle pooltel lastel aktiivne põletikuprotsess

bronhides olemas, mille ravis peavad esikohale jääma füüsilised ravivõtted. Katamnestilised uuringud (2) viitavad haiguse tunnuste vähenemisele ja kliinilise seisundi paranemisele lapse vanuse suurenemisel; see on sõltuvuses ägeda põletiku nõrgenemisest bronhides. Deformeeriva bronhiidi puhul võib laps kliiniliselt tervistuda, röntgenoloogilised muutused aga jäävad.

Meil kasutusel olev kliiniline klassifikatsioon ei ühti rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooniga 1975. aastast, kus mõiste «krooniline pneumoonia» puudub. Seetõttu on ametliku statistika järgi raske võrrelda haigestumist ühes või teises piirkonnas. Laste üleminekul täiskasvanute ravivõrku tuleb diagnoosi muuta, kuna täiskasvanute puhul kasutatavas kopsuhaiguste klassifikatsioonis on kroonilise pneumoonia mõistel teine tähendus. Et ka lastel sõltub kliiniline pilt kroonilise pneumoonia korral bronhiidist, mitte pneumoskleroosist, tuleks laste kroonilist pneumooniat aktiivse endobronhiidi olemasolul käsitada kroonilise bronhiidina, eriti laste üleminekul täiskasvanute ravivõrku.

KIRJANDUS: 1. Davis, P., Hubbard, V. S. J. Pediatr., 1983, 102, 2, 177-185.

2. Болезни органов дыхания у детей. Под ред. С. В. Рачинского, В. К. Таточенко. М., 1987. — 3. Вельтишев Ю. Е., Каганов С. Ю. Педиатрия, 1982, 8, 13-18. — 4. Каукиайнен А. Б. Педиатрия, 1987, 10, 21-25. — 5. Классификация неспецифических бронхолегочных болезней у детей. Педиатрия, 1981, 1, 7-9. — 6. Организация работы пульмонологического педиатрического центра. Под ред. С. Ю. Каганова. М., 1982. — 7. Проект классификации клинических форм бронхо-легочных заболеваний неспецифической этиологии у детей. Педиатрия, 1973, 9, 3-5. — 8. Рачинский С. В., Таточенко В. К., Артамонов Р. Г. и др. Бронхиты у детей. Л., 1978. — 9. Советская педиатрия. Под ред. М. Я. Студеникина. М., 1983. — 10. Чухловина М. Г., Аксенов Н. А., Лекомцева и др. Педиатрия, 1985, 12, 35-37.

Summary

The structure and clinical features of chronic pneumonia in children at present. This article presents the results of the investigation of 93 children with chronic pneumonia diagnosed for the first time at Tallinn Children's Hospital No.1 between 1981 and 1986. The final diagnosis

was made on the basis of bronchographical findings. In two-thirds of children investigated lesions in the left bronchial tree were detected, mainly in the form of deforming bronchitis in the inferior lobe or with a simultaneous lesion in the lingula segments of the inferior lobe. Bronchiectasis with the left lung lesions was found in one-third of children. Right chronic pneumonia was diagnosed in one third of children studied, mainly in the form of deforming bronchitis. Clinical features of the diseases depended upon the form and localization of diseased segments and were more pronounced in the left forms of the disease. In the majority of the children no symptoms of chronic intoxication were observed, the disease took a mild course and exacerbations were rare. The author gives reasons for the diagnosis «chronic pneumonia» instead «chronic bronchitis» in children.

Резюме

Структура и клиника хронической пневмонии у детей на современном этапе. В статье приводятся данные обследования 93 детей с хронической пневмонией, у которых диагноз был впервые поставлен в Таллиннской I детской больнице в 1981...1986 гг. Окончательный диагноз устанавливался на основании бронхографического исследования. У 2/3 детей было выявлено левостороннее поражение бронхиального дерева, преимущественно в форме деформирующего бронхита в нижней доле или с одновременным поражением язычковых сегментов нижней доли. Бронхоэктатическая форма при левостороннем поражении имела у 1/3 детей. Правосторонняя хроническая пневмония отмечалась у 1/3 детей в основном в форме деформирующего бронхита. Клиническая выраженность заболевания находилась в зависимости от формы и локализации пораженных сегментов и была более выражена при левосторонних формах. У большинства детей отсутствовали признаки хронической интоксикации, течение заболевания было более легким, обострения наблюдались редко. Дискутируется обоснованность диагноза «хроническая пневмония» вместо «хронический бронхит» у детей.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Tallinna I Lastehaigla

* Autorid paluvad honorari kanda Eesti Lastekaitse Fondi arvele.

UDK 616.831-005.1-073

Peaajuinfarkt subkortikaalsete struktuuride piirkonnas

Tiiu Tomberg Äli Tõnnov · Tartu

lakunaarne infarkt, kompuutertomograafia

Peaaju verevarustus tagatakse kahe teineteisega mitteanastomoseeruva arteriaalse süsteemi, nimelt tsentraalse ja perifeerse süsteemi kaudu. Tsentraalse arteriaalse süsteemi moodustavad väikeste arterite grupid, mis lähtuvad eesmise, vahemise ja tagumise ajuarteri põhitüvest, varustades verrega basaaltuumi, sisekihnu ja hüpotalamust. Perifeerse süsteemi moodustavad eesmise, vahemise ja tagumise ajuarteri külg- ja lõppharud. Viimaste vaskulaarne territoorium on suhteliselt konstantne ja nende arterite oklusioon põhjustab iseloomuliku kliinilise pildi. Seevastu süvade ehk perforatsioonarterite arv ja paigutus võib varieeruda, kusjuures nende arterite oklusioonist tingitud infarktid on väikeste mõõtmetega, põhjustades tüüpilistel juhtudel nn. lakunaarseid sündroome.

Tänu kompuutertomograafia kasutuselevõtmisele neuroloogias on saanud võimalikuks peaaju subkortikaalsete struktuuride infarktide diagnoosimine ja täpne lokaliseerimine.

Käesoleva töö eesmärk oli analüüsida aju subkortikaalsete struktuuride isheemilise insuldi kliinilist sümptomaatikat, etiopatogeneesi ja kulgu korrelatsioonis kompuutertomograafia andmetega.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Töö põhineb Tartu Kliinilise Haigla neuroloogiasakonnas ajavahemikul 1984...1987 ravil viibinud 36 haige kliinilisel ja kompuutertomograafilisel uurimisel. Uurituid oli 15 naist ja 21 meest vanuses 2...84 aastat. Keskmise vanus meestel oli 54 ja naistel 59 aastat. Kõigil täpsustati infarkti kolde lokaliseerimise kompuutertomograafilisel uuringul, milleks kasutati aparati «Delta-scan 190» (kujutise maatriks 256×256 punkti, kihi paksus 10 mm). Aju kompuutertomograafilisel kujutisel selgitasime välja muutunud tihedusega

alad ja nende lokalisatsiooni vastavalt anatoomiliste struktuuride hõlmatusese ja arteriaalsele piirkonnale. Viimase täpsustatud hindamisel lähtusime järgmisest jaotusest (2, 4, 10, 11, 16, 17): eesmise ajuarteri tüvest lähtuvate arterite grupp (*aa. striatae mediales* ehk *aa. centrales anteromediales*) varustab verrega *nucleus caudatus*'e, *globus pallidus*'e ja *putamen*'i eesmist osa ning sisekihnu sääre alumist osa;

vahemise ajuarteri tüvest lähtuvad arterid (*aa. striatae laterales* et *aa. centrales anterolaterales*) varustavad verrega ülejäänud osa *nucleus caudatus*'est, *putamen*'i ja *globus pallidus*'e lateraalset osa, periventrikulaarset valgeainet, sisekihnu eesmise ja tagumise sääre ülemist osa; tagumise ajuarteri tüvest lähtuvad harud (*aa. thalamogeniculatae*, *aa. thalamo-perforatae* e. *aa. centrales posteromediales*) varustavad verrega talamust ja sisekihnu põlve piirkonda;

sisemisest unearterist lähtuv *a. chorioidea anterior* varustab sisekihnu tagumise sääre alumist osa, mediaalset osa *globus pallidus*'est ja lateraalset osa talamusest.

Haigete neuroloogilisel uurimisel selgitasime välja kahjustussündroomi ja võimalikud etiopatogeneetilised tegurid ning hindasime haiguse kulgu ja lähiprognoozi ravil viibimise vältel.

Uurimistulemused. Kompuutertomograafiliste uuringute põhjal avastatud basaaltuumade ja sisekihnu infarktid olid tavaliselt ümarovaalsed hüpodenssed kolded, mille läbimõõt oli 2...30 mm ja maht 0,04...6 cm³. Ühelgi juhul ei esinenud ajuvatsakeste kompressiooni ega dislokatsiooni tunnuseid. Anatoomilistest struktuuridest olid kõige sagedamini kahjustatud sisekihnu eri osad, eriti aga selle tagumineäär kas isoleeritud (10 juhul) või koos naaberstruktuuridega (15 juhul), seejärel *nucleus caudatus* ja *putamen* (mõlemad viiel juhul), harvem *globus pallidus* ja *thalamus* (mõlemad kolmel juhul). Tihti võttis infarktikolle enda alla ainult ühe osa basaaltuumast, sisekihnust või mitmest naaberstruktuurist korraga, seetõttu oli infarktikollete toopika varieeruvus suur. Täiesti ühesuguse koldelokalisatsiooniga juhte oli meie uurimismaterjali põhjal vaid üksikuid. Paljudel juhtudel (16 haigel) oli kahjustatud ka osa periventrikulaarsest valgeainest. Vastavalt arteriaalsetele piirkondadele paiknesid infarktikolded järgmiselt: eesmise ajuarteri tüvest lähtuvate süvavarude piirkonnas kahel juhul, vahemise ajuarteri tsentraalharude alal 15

Tabel. Neuroloogiline kahjustussündroom ja kolde lokalisatsioon peaaegu subkortikaalsete struktuuride infarktiga haigetel

Sündroom	Lokalisatsioon	Juh- tu- de arv	Arteriaalne piirkond
Isoleeritud motoorne hemiparees	CIcp CIcp+GP CIcp+CR	1 2 1	AChA AChA AaCAL
Tundlikkus-häire hemipareesiga	CIcp CIcp+CR CIcp+T GP+P+CR	2 3 1 1	AChA AaCAL AChA AaCAL
Hemiparees ataksiaga	CIcp CIcp+NC+ +CR	2 1	AChA AaCAL
Düsartria ja nn. kohmaka käe fenomen	CIcp+CR CIcp+GP+ +P+CR	1 1	AaCAL AaCAL
Isoleeritud motoorne hemiparees ja kõnehäire	CIcp CIg+CR CIcp+CR+ +NC GP+P+CR	3 1 2 1	AChA AaCPM AaCAL AaCAL
Isoleeritud motoorne hemiparees ilma näokahjustuseta	P+CR	1	AaCAL
Kõnehäire hemipareesita	CIcp CIcp+NC	1 1	AChA AaCAM
Hemiparees koos tundlikkus- ja kõnehäirega	CIcp CIcp+NC CIcp+CR CIg CIcp+CR P+CR T	3 1 1 1 1 1 1	AChA AaCAM AaCAL AaCPM AaCAL AaCAL AaCPM
Ataksia koos silmaliigutajalihaste nõrkusega	T	1	AaCPM

Tabelis kasutatud lühendid: NC — *nucleus caudatus*, P — *putamen*, GP — *globus pallidus*, CI — *capsula interna*, CR — *corona radiata*, T — *thalamus*, ca — *crus anterior*, cp — *crus posterius*, g — *genu*, AaCAM — *aa. centrales anteromediales*, AaCAL — *aa. centrales anterolaterales*, AaCPM — *aa. centrales posteromediales*, AChA — *a. chorioidea anterior*.

juhul, tagumise ajuarteri süvavarude alal neljal juhul ja *a. chorioidea anterior*'i alal 15 juhul.

Kliinilises neuroloogilises leius domineerisid motoorikahäired. Neid ei esinenud ainult kahel haigel. Enamasti (21

juhul) oli tegemist vähese jõulanguse ja toonuse tõusuga keha vastaspoolel, 10 haigel oli keskmise raskusega hemiparees ja ainult kolmel oli raske hemiparees või hemipleegia. Motoorikahäired olid suhteliselt rasked sisekihtu tagumise sääre ja periventrikulaarse valgeaine kahjustuse korral, kusjuures olulist osa etendas ka infarkticolde suurus. Tundlikkushäireid esines 16 haigel, kusjuures enamasti (14 juhul) oli alanevad pinnatundlikkus ja ainult kahel haigel süvatundlikkus. 20 haigel täheldati kõnehäireid kas düsartria või motoorse ja sensoorse afaasia elementidega. Kõnehäirete korral, välja arvatud üks juht, lokaliseerus ajuinfarkti kolle kõikidel vasakul pool.

Neuroloogilisele sümptomaatikale vastavalt võis eristada 9 kahjustussündroomi, millega seostuv kolde lokaliseerimine ja vaskularisatsiooni ala on toodud tabelis ja fotodel 1...4. Tabelist selgub, et infarkticolde lokaliseerimine varieerub üksikjuhtudel suuresti, erineva lokaliseerimisega infarkticolde korral aga võib esineda sarnane neuroloogiline leid. Sagedamini on leitud motoorsest hemipareesist koos kõnehäire, tundlikkushäirete või tundlikkus- ja kõnehäiretega.

Subkortikaalsete struktuuride infarkti kulg oli tavaliselt soodne. Enamikul haigetel taandus neuroloogiline leid haiglaravi ajal kas osaliselt (23 juhul) või täielikult (12 juhul). Surmaga lõppenud juhte ei esinenud. Ainult ühel haigel püsis sümptomatoloogia muutusteta.

Haiguse etioloogilistest faktoritest esines ateroskleroos 12 juhul, hüpertooniatõbi 13 juhul, südamepatoloogia (südame isheemiatõbi, müokardiinfarkti järgne seisund, absoluutne arütmia, reumokardiit ja mitraalklapi puudulikkus) 15 juhul, diabeet kolmel juhul. Need faktorid olid üksikjuhtudel omavahel kombineerunud.

Arutelu. Peaaju subkortikaalsete struktuuride piirkonnas esinevad väikesekoldelised infarktid, kusjuures kuni 15 mm-se läbimõõduga kolded on tuntud lakunaarsete infarkticolde nime all (5). Kompuutertomograafiaaparatuuri la-

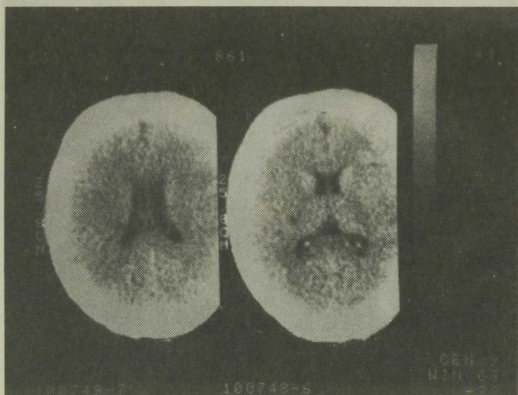


Foto 1. 23-aastane patsient R. T., kellel oli isoleeritud motoorne hemiparees ja vasakul sisekihtu tagumise sääre piirkonnas lakunaarne infarkticolle.

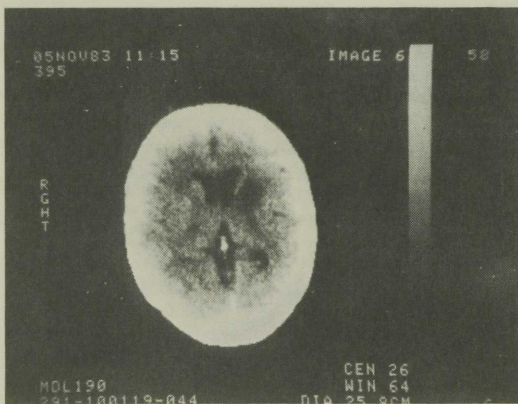


Foto 2. 50-aastane patsient P. P., kellel esinesid ataktilise hemipareesi sündroom ja paremal sisekihtu eesmise sääre, sabatuuma ja periventrikulaarse valgeaine piirkonnas ajuinfarkti kolle.

hutusvõimest olenevalt oli käesoleva töö puhul võimalik diagnoosida koldeid alates 2 mm-sest läbimõõdust. Järelikult on basaaltuumade ja sisekihtu infarkticolde tegelik esinemissagedus tõenäoliselt palju suurem, kui see käesolevast uurimusest ilmnes. Kirjanduse andmetel moodustavad lakunaarsed infarktid 19% kõikidest ajuinfarkticoldest (12).

Subkortikaalsete struktuuride infarkticolde põhjusena on kirjanduse andmetel esikohal hüpertooniatõbi, põhjustades väikeste arterite lipohüalinoosi, fibriinoidset nekroosi või mikroateroomide teket penetreerivate arterite seinas (6,

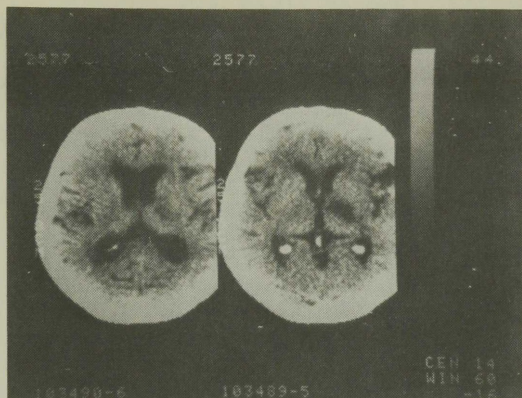


Foto 3. 60-aastane patsient N. K., kellel oli tundlikkushäire ja hemiparees ning vasakul sisekihtu tagumise sääre piirkonnas ajuinfarkti kolle.

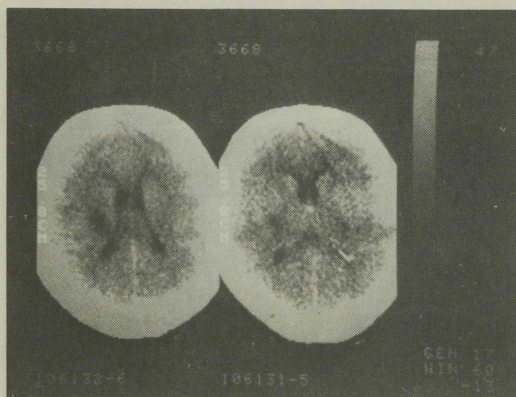


Foto 4. 53-aastane patsient M. T., kellel esinesid düsartria ja kohmaka käe sündroom ning sisekihtu tagumise sääre, putamen'i, globus pallidus'e ja corona radiata osaline kahjustus paremal.

11, 12). Teistest põhjustest on oluline ateroskleroos, mille puhul võib naast sulgeda süvavarude lähtekoha või olla arterioarteriaalsete embolite allikaks, samuti tulevad arvesse südamest lähtunud embolid (9). Viimati nimetatud põhjused on esiplaanil suuremate mõõtmatega (20 mm või enam) infarktikoletel puhul, kuna aga hüpertooniatõve alusel kujunevad sagedamini väikesed lakunaarsed kolded (9, 13, 14). Käesolevas uurimismaterjalis esinesid etiopatogeneetilistest faktoritest ühesuguse sagedusega ateroskleroos ja hüpertooniatõbi, mis sageli olid kombineerunud

südamepatoloogiaga. Arvatakse, et baasaltuumade infarktid võivad tekkida ka hemodünaamilise mehhanismi alusel tingituna perfusioonirõhu langusest süvavarude ja kortikaalsete harude piirialadel (12, 18).

Uurimise tulemustest nähtub, et sagedamini haigestuvad mehed, kusjuures haiged on suurajuinfarkte põdejaist nooremad. See ühtib ka kirjanduse andmetega (15). Infarktikoletel suuruse ja lokaliseerimise suhtes subkortikaalsete struktuuride piirkonnas oli varieeruv. See on seletatav vereringe iseärasustega, sest igal üksikjuhul võib olla kahjustunud erinev arv mitmest süvast arterist. Sellele vastavalt esines kliinilises leius mitmesuguseid kahjustussündroome. Käesolevas uurimismaterjalis ei täheldatud siiski paljusid lakunaarsete infarktidega seostatavaid kliinilisi sündroome, mis on tingitud infarktikoletel suuremate mõõtmest uuritult (5). Kõige sagedamini oli kahjustatud sisekiht, eriti selle tagumineäär eesmises ja keskmises kolmandikus, andes omakorda mitmeid toopilisi variante. Ühelgi juhul ei hõlmanud infarktikoletel sisekihtu tagumist säärt tervikuna, mistõttu ei esinenud ka kirjanduses tuntud klassikalist sisekihtu kahjustuse sündroomi (hemipleegia, hemianesteesia ja hemianopsia). Lakunaarsete infarktide korral võib esineda ka nn. osalisi lakunaarsete sündroome, näiteks isoleeritud monopareesi, ehkki monoparees on rohkem iseloomulik väikesele kortikaalkoldele (5, 15).

Kuigi kõnehäirete esinemine subkortikaalsete struktuuride infarktide korral ei ole tüüpiline, võis osal haigetel täheldada düsartria või motoorse afaasia elemente, eriti juhtudel, kui kaasnes *corona radiata* osaline kahjustus. Kõnehäirete olemasolule subkortikaalsete infarktide korral on viidanud mitmed autorid, seostades afaasia kujunemist kas kortikaalsete juhteteede kahjustusega, varjatud kolletel ajukoos või vaskulaarsete ja metaboolsete mehhanismidega (1, 7).

Et prognoosi määrab põhiliselt motoorikahäire raskus, siis oli haiguse kulg

tavaliselt soodne. Nii oli ühe kolmandiku haigete puhul tegemist RIND-tüüpi infarktiga, mille korral sümptomaatika taandarenes mõne päevaga. Haiguse soodsamat kulgu võrreldes suurajuinfarktidega on täheldanud ka teised autorid (7, 8, 14).

Ajukahjustuse üldnähte, nagu peavalu, oksendamist, teadvushäireid, võib subkortikaalsete infarktide korral küll esineda, kuid neid esineb harva ja alati on nad kergemakujulised (14). See on korrelatsioonis kompuutertomograafia andmetega, mille alusel subkortikaalsete infarktidega ei kaasne märkimisväärtset ajuturset ega dislokatsiooninähte.

Subkortikaalseid struktuure verega varustavatest arteritest olid kõige sagedamini kahjustatud *a. chorioidea anterior* ja *a. cerebri media* tsentraalsed harud. Mõningatel juhtudel osutus vaskularisatsiooniala kindlaksmääramine raskeks, mis viitab piiriala infarkti võimalusele (18).

Kokkuvõtteks võib öelda, et lakunaarsed infarktid subkortikaalsete struktuuride piirkonnas paiknevad tihti sisekihnu eri osades, võttes sageli enda alla ka naaberstruktuure, mida varustavad verega *a. chorioidea anteriori* ja *a. cerebri media* süvaharud. Vastavalt kolde lokalisatsioonile põhjustavad lakunaarsed infarktid kliiniliselt erinevaid kahjustusnähtusid, mis tavaliselt küll taandarenevad.

KIRJANDUS: 1. Alexander, M. P., Naeser, M. A., Palumbo, C. L. Brain, 1987, 110, 961—991. — 2. Berman, S. A., Hayman, L. A., Hinck, V. C. Am. J. Roentgenol., 1980, 135, 253—257. — 3. Decroix, J. P., Graveleau, P., Masson, M. a. o. Brain, 1986, 109, 1071—1085. — 4. Feneis, H. Pocket atlas of human anatomy. Stuttgart — New York, 1985. — 5. Fisher, C. M. Neurology, 1982, 32, 871—876. — 6. Fisher, C. M., Curry, H. B. Arch. Neurol. (Chicago), 1965, 13, 30—44. — 7. Fromm, D., Holland, A. L., Swindell, C. S. a. o. Arch. Neurol., 1985, 42, 943—950. — 8. Gandolfo, C., Moretti, C., Dall'Agata, D. a. o. Acta Neurol. Scand., 1986, 74, 224—229. — 9. Gorsselink, E. L., Peeters, H. P., Lodder, J. Clin. Neurol. Neurosurg., 1984, 86, 271—273. — 10. Hayman, L. A., Berman, S. A., Hinck, V. C. Am. J. Neuroradiol., 1981, 2, 219—225. — 11. Kaasik, A.-E., Zupping, R. Peaaju veresoonte haigused. Tallinn, 1982. — 12. Kashihara, M., Matsumoto, K. Neuroradiology, 1985, 27, 248—253. — 13. Miller, V. T. Arch. Neurol., 1983, 40, 129—134. — 14. Mohr, J. P.

Stroke, 1982, 13, 1, 3—11. — 15. Nelson, R. F., Pullicino, P., Kendall, B. E. a. o. Stroke, 1980, 11, 3, 256—261. — 16. Takahashi, S., Goto, K., Fukasawa, H. a. o. Radiology, 1985, 155, 107—118. — 17. Takahashi, S., Goto, K., Fukasawa, H. a. o. Radiology, 1985, 155, 119—130. — 18. Wodarz, R. Neuroradiology, 1980, 19, 245—248.

Summary

Cerebral infarction in the area of subcortical structures. In this study, clinical and computed tomographical data were analysed in 36 patients with cerebral infarction at the distribution site of deep perforating arteries. Various clinical syndromes were correlated to the anatomical localization of the lesion and to the corresponding arterial areas. In most cases CT revealed a lesion in different parts of the internal capsule. As a rule, patients with a lacunar infarction have a good prognosis and a complete or partial regression of symptoms.

Резюме

Инфаркт головного мозга в области подкорковых структур. В статье проанализированы клинические и компьютерно-томографические данные 36 больных с инфарктом головного мозга в области кровоснабжения глубоких ветвей артериальной системы мозга. Выявлены клинические варианты симптоматики в соответствии с локализацией поражения и зон кровоснабжения, а также этиопатогенетические факторы и прогноз заболевания. Чаще всего поражаются различные участки внутренней капсулы, что сопровождается появлением двигательных и других нарушений. Прогноз заболевания является благоприятным, так как у большинства больных нейрофункциональные расстройства подвергаются обратному развитию.

TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia
Instituudi ajuvereringehaiguste
laboratoorium

TRÜ arstiteaduskonna neuroloogia
ja neurokirurgia kateeder

UDK 613.888

Kontratseptsiooni valikmeetod

Ene Kornet Külliki Siilak · Valga

hälvikpere, emakasisene kontratseptsioon, kasutamine pärast aborti ja sünnitust

Perekonna plaanimise eesmärgiks on üksnes tervete ja soovitud laste sünd. Osal naistel tuleb rasestumist vältida tervislikel põhjustel. Rasestumist peakisid vältima ka naised hälvikperedest. Hälvikperedeks peab Eesti NSV Tervishoiuministeerium selliseid peresid, kus vanemad kuritarvitavad alkoholi, ema üksi või nii ema kui ka isa on oligofreenikud, puuduvad materiaalsed tingimused lapse kasvatamiseks, perekonnas on vanemate hoolimatuse tõttu lapsi hukkunud juba varem või on patronaazikülastustel korduvalt leitud, et lapsed on hooldamata.

Aastail 1978...1987 oli Valga rajoonis hälvikperesid 69...111. Alla aasta vanuseid lapsi oli neis 16...23 (3,2...4,5% vastavas vanuses laste üldarvust). Seejuures aga 94 alla aasta vanusest lapsest, kes neil aastatel surid, oli 22 (umbes 1/4) hälvikperedest.

Vanemate, eriti aga ema alkoholism on üks peamisi aeglase psühhomotoorse arengu põhjusi lapseas (3). Valga rajooni hälvikperedes kasvas vaatlusaastail 204...308 last, mis moodustas 2,2...3,5% laste üldarvust. Neist 7,7...13,2%-l olid vaimse arengu häired, tavalistes peredes aga vaid 2,0...4,4%-l, seega 2...3 korda vähem. Järelikult pärineb tunduv osa alla aasta vanuses surnud ja vaimse arengu puuetega lastest hälvikperedest. Eeltoodust selgub vajadus piirata hälvikperede laste arvu. Teatavasti aga nende perede naised ei võta midagi ette raseduse vältimiseks. Kirjandusest on teada, et ovaariumide generatiivne funktsioon pärast sünnitust ja aborti taastub suhteliselt kiiresti ja naine võib rasestuda juba esimeses menstruaaltsüklis (1, 4). Seetõttu on olu-

line, et need, kes tervislikel või sotsiaalsetel põhjustel ei tohiks rasestuda, kasutaksid rasestumisvastast vahendit kohe pärast aborti või sünnitust.

Üks efektiivsemaid kontratseptikume on emakasisene vahend (6, 7, 8). E. Hadžijeva (10) aga ei soovita seda abieluväliste seksuaalsuhete korral ega ka suguelundite põletiku riski korral.

Meie töö ülesandeks oli uurida emakasisese vahendi kasutamise võimalusi kohe pärast aborti ja varajasel sünnitusjärgsel perioodil.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Vaatluse all oli 141 naist. Neist 113-l (esimene rühm) sisestati spiraalikujuline emakasisene vahend kohe pärast raseduse katkestamist. Teise rühma kuulus 28 naist, kellele see sisestati 4...9. päeval pärast sünnitust. Küsitluse, kliinilise uuringu ja jälgimise andmed kanti statistilisele kaardile, andmed menstruaatsiooni kohta menogrammile.

Enamiku naiste vanus oli 20...40 aastat. Rasedus oli katkestamise ajaks esimese rühma naistest alla 8 nädala 71,7%-l ja üle 8 nädala 28,3%-l, 15,9%-l oli raseduse kestuseks 10...12 nädalat. Kasutati vaakumekskohleatsiooni järgneva kontrollküretaažiga. Esmasrasedaid oli selles rühmas 2,0%. 84,4%-l oli eelnevalt olnud 1...5 aborti, 15,6%-l naistest 6 või enam aborti. 1...3 korda oli sünnitanud 90,2% naistest. Eelmine rasedus oli abordi tagajärjel katkenud 77,2%-l juhtudest. Andmete analüüsimise ajaks oli spiraal vaatlusalustel olnud emakas keskmiselt 11,8 kuud.

28 teise rühma naisest olid seitse esmassünnitajad, ülejäänutel oli varem olnud 1...6 sünnitust. Aborte ei olnud tehtud 15 naisel. 13-l oli varem olnud 1...6 aborti. Sünnitus kulges normaalselt 14 naisel, ülejäänutel komplitseerus sünnitustegevuse anomaalia ning platsentaarperioodi patoloogiaga; 6 naisele tehti vereülekanne. Järelevaatuse ajaks oli spiraal emakas olnud keskmiselt 10,8 kuud.

Uurimistulemused ja arutelu. Abordi ja spiraali sisestamise järel muutus menstruaaltsüklil 14,3%-l naistest: 8,2%-l tsüklil pikenes ja 4,1%-l lühenes. 85,7%-l jäi tsükli kestus endiseks. Vere hulk menstruaatsiooni ajal ei muutunud 63,3%-l. Vere hulk suurenes 32,7%-l ja vähenes 4,0%-l juhtudest. Menstruaatsiooni kestus mõnevõrra pikenes. Kui varem oli see 41,1%-l uurituist viis päeva või enam, siis pärast aborti ja spiraali sisestamist kestis menstruaatsioon 52%-l üle viie päeva. Menstruaatsioon muutus valulikuks 1%-l uurituist.

2...3 nädalat pärast haiglast lahku-
mist esines vähest vereeritust 15,6%-l,
nõrka valu 13,1%-l, iiveldust ja halba
enesetunnet 1,6%-l ja kehatemperatuuri
tõusu 4,1%-l naistest. Emakasisene
vahend eemaldati kahel patsiendil
(1,6%) iivelduse ja kaks nädalat kest-
nud vereerituse tõttu. Iseenesest oli
see väljunud 7 naisel (5,7%). Seega ei
olnud uurimise ajal spiraali emakas 9
naisel (7,3%). Rasestumisvastasest va-
hendist hoolimata rasestus kaks naist
(1,6%), neist ühel oli emakaväline
rasedus. Hilisemal kontrollil diagnoositi
emakakaela erosioon 7,6%-l ja trihho-
monoos 6,1%-l naistest. Ülejäänud nai-
sed olid praktiliselt terved. 83,3% oli
raseduse vältimise meetodiga rahul. Ei-
tavalt suhtujaid ei olnud, küll aga ei osa-
nud 16,7% naistest seisukohta võtta.

Et ka spiraali kasutamata on pärast
aborti täheldatud varajasi tüsistusi
7,6%-l (7), menstruaaltsükli muutusi
7,1%-l ja põletiku teket 3,6%-l naistest
(1), ei saa kõiki häireid seostada
spiraaliga. Tavaliselt tekib pärast spi-
raali sisestamist hüpermenorröa 23,5%-l
ja põletik 2,05%-l juhtudest (6). Eks-
pulsioone on kirjanduse andmeil tähel-
datud 3,8...6,5%-l (5, 6, 9), meie poolt
uurituist oli neid 5,7%-l. Rasestumis-
sagedus on olnud suhteliselt väike:
kirjanduse andmeil Perli indeks 1,4...
5,9 (7), meil 2,1.

Teises rühmas, kui spiraal sisestati
varajasel sünnitusjärgsel perioodil, tä-
heldati muutusi vere hulgas ja menst-
ruaaltsükli kestuses võrreldes sünnitus-
eelsega 5 juhul 23-st. Järelevaatusel
haigusnähte suguelundites ei leitud.
Spiraali väljumist konstateeriti neljal
juhul: esimesel kuul pärast sünnitust
kahel, kuue kuu pärast ühel ja 8 kuu
pärast ühel. Ükski vaatlusalustest ei
olnud rasestunud. Seega esines pärast
sünnitust suhteliselt sageli (14,2%) spi-
raali ekspulsioone, A. Hopina (11)
ja T. Lean (2) on ekspulsioone tähel-
danud 10,1...13%-l juhtudest. Kuigi
uuritustest pooltel kulges sünnitus
komplikatsioonidega, arenes sünnitus-
järgne periood pärast spiraali sises-
tamist soodsalt.

Kokkuvõtteks võib öelda, et spiraali
sisestamine kohe pärast aborti ja vara-
jasel sünnitusjärgsel perioodil märki-
misväärsed häireid ei põhjustanud.
Võrreldes menstruaatsiooni järgse sises-
tamisega ei tekkinud tüsistusi sageda-
mini. Naistele, kellel rasedus on sotsiaa-
lsetel põhjustel vastunäidustatud, on
spiraali sisestamine pärast sünnitust või
aborti kontratseptsiooni valikmeeto-
diks.

KIRJANDUS: 1. Kornet, E. Ovaariumide gene-
ratiivse funktsiooni taastumisest pärast sotsiaa-
lsetel põhjustel katkestatud rasedust. Väitekirj
meditsiinikandidaadi kraadi taotlemiseks. Tartu,
1974. — 2. Lean, T. H. IPPF Med. Bull., 1967,
1,4. — 3. Liivamägi, J. Nõukogude Eesti Tervis-
hoid, 1983, 5, 334—336.

4. Гросс К. Я., Вуйлма Л. В. В кн.: Воп-
росы перинатологии акушерства и гинеко-
логии. Таллинн, 1975, 92—94. — 5. Калдма
С. О., Вийдебаум Л. И., Мясс Т. Е., Хийэтамм М.
Ю., Ребане Ю. Ю., Иннос С. Х. В кн.:
Факторы риска в акушерстве и гинеко-
логии. Таллинн, 1981, 114—115. — 6. Кан-
даурова В. Я. Акуш. и гинек., 1972, 2,
66—67. — 7. Мануилова И. А. Современные
контрацептивные средства. М., 1983. — 8. Нови-
ков Ю. И., Кононова Е. С. Акуш. и гинек.,
1977, 46—47. — 9. Черкашина В. С. Акуш.
и гинек., 1973, 10, 35—37. — 10. Хаджиева Э. Д.
Акуш. и гинек., 1985, 9, 55—56. — 11. Хопина А.
А., Офицерова З. Г. Акуш. и гинек., 1979, 2,
8—10.

Summary

A method of choice for contraception. 113
women were fitted with a spiral intrauterine
device (IUD) immediately after an artificial
abortion and 28 women were fitted with the
same kind of IUD during the early puerperal
period. The author points out that neither
any increase in complication rate, nor any
decrease in the effectiveness of spiral IUD were
observed, compared with those after the post-
menstrual insertion of IUD. In women whose
pregnancies are contraindicated for some social
reason, the insertion of spiral IUD after
childbirth or abortion is a method of choice.

Резюме

Выборочный метод контрацепции. Было
применено ВМС типа «петля Липпса»
у 113 женщин непосредственно после ис-
кусственного прерывания беременности и у
28 женщин в ранние сроки после родов. При
этом не было отмечено увеличения количества
осложнений и понижения эффективности ВМС
по сравнению с введением средства после
месячных. Данный метод рекомендуется как
метод выбора при предохранении от бере-
менности для женщин из проблемных семей.

Valga Rajooni Kesksaigla

Raseduse kulu ja sünnituse iseärasused Tartu üli- õpilastel

Andrei Sõritsa · Tartu

rasedus, sünnitus üliõpilastel, vastsündinu seisund

Järeltuleva põlvkonna tervist silmas pidades on erilist tähelepanu pälvinud naise elukutse, töötingimused, olme ja ökoloogiline situatsioon. Teatavasti ühtivad õpinguaastad kõrgkoolis soodsa reproduktiivse eaga. Tartus moodustavad 4...6% sünnitajatest üliõpilased. Enamik üliõpilasi ei kasuta ettenähtud sünnituseelset ega -järgset puhkust (4). Üliõpilastel võivad seetõttu sagedamini esineda somaatilised haigused ja menstruatsioonihäired (5, 6, 7). Võivad häiruda raseduse kulgu ja loote areng (1, 2, 3).

Uurimismaterjal ja -metoodika. Käesoleva uurimuse eesmärk oli retrospektiivse analüüsi põhjal täpsustada raseduse kulgu, sünnituse eripära ja vastsündinu seisundit. Vaatluse all oli 292 üliõpilast. Võrdluseks kasutasime 2385 sünnitaja andmeid Tartu Kliinilisest Sünnitusmajast. Andmete statistiline töötlus toimus TRÜ Arvutuskeskuse rakendusmatemaatika laboratooriumis väljatöötatud metoodika alusel. Vaatlusaluste vanus oli 18...28 aastat, enamikul 21...24 aastat (67,8%), ülekaalus olid III...IV kursuse üliõpilased (49,3%). Abielus oli 186 (63,7%); 70 (23,9%) registreeris abielu rasedusperioodil. Vallalisi oli 36 (12,4%). Abikaasadest oli üliõpilasi 146 (54,3%). Väärrib tähelepanu, et ligemale kolmandik vaatlusalustest ei olnud raseduse algperioodil abielus.

Elamistingimused osutusid erinevaks. Kodustes tingimustes elas 216 (73,9%) ja ühiselamus 76 (26,1%) üliõpilast.

Uurimistulemused ja arutelu. Põetud haigustest olid esiplaanil angiin 127-l (40,6%), kopsupõletik 45-l (15,4%), äge ja krooniline neeruvaagnapõletik 10-l (3,4%) ja emakamunuste põletik 12 rasedal (4,1%). Raseduse ajal diagnoositi gonorröad kahel (0,7%) ja genitaalset trihhomonoosi viiel (1,9%), viirushai-

gusi 22 juhul (7,5%). Menstruaaltsükli analüüsimisel selgus, et hiline menarhe oli 14-l (4,1%) ja ebaregulaarne menstruaaltsükkel 23-l (7,9%).

Esma- ja teinärasedaid oli 201 (68,8%), esmas- ja teinärasedaid 250 (85,5%) ja korduvsünnitajaid 42 (14,5%). Tähelepanu väärib enne esimest sünnitust raseduse iseenesliku katkemise sagedus anamneesis — 22 juhul (7,5%) — ja abortide sagedus — 38 juhul (13,0%).

Raseduse katkemise ohtu esines suhteliselt sageli — 30-l (10,2%) — ning see oli suurem V ja VI kursuse üliõpilastel. Olmel ja abikaasa elukutsel olulist tähendust ei olnud. Raseduse katkemise juhte oli rohkem (16%) nendel, kellel esinesid menstruatsioonihäired. Korrapärase menstruatsiooni korral katkes rasedus vaid 9,6%-l juhtudest ($P < 0,05$). Vallalistel oli raseduse katkemise oht suurem (22,2%) kui abielus üliõpilastel (8,6%) ($P < 0,01$).

Erilist tähelepanu väärib rasedustoksikoosi sagedus ja raskusaste. Rasedus tüsistus nefropaatiaga 29 juhul (10,0%), võrdlusrühmas 7,2%-l ($P < 0,1$). Monotoksikoosidest esines hüdropsi 19-l (6,5%) ja arteriaalset hüpertensiooni 14-l (4,8%), ka kontrollrühmas esines neid tüsistusi küllalt sageli: 4,6%-l ja 4,4%-l ($P > 0,1$). Toksikoosi täheldati sagedamini nendel juhtudel, kui ka abikaasa oli üliõpilane ning tulevane ema elas ühiselamus. Sõltuvust perekonnaseisust, pariteedi ja toksikoosi sageduse vahel antud uurimismaterjali põhjal me ei täheldanud.

Sünnitus oli ajaline 276-l (94,5%) ja enneaegne 14 üliõpilasel (4,8%). Enneaegsus ei ületanud sageduselt kontrollrühmas täheldatut (4,8...5,9%).

Sünnituseelset ja varajast lootevete minekut esines 28,4%-l, võrdlusrühmas aga 23,6%-l ($P < 0,05$). Enneaegse lootevete mineku sagedus suurenes hilise menarhe, eelnenud aborti, arteriaalse hüpertensiooni, kroonilise neeruvaagnapõletiku ägenemise juhtudel, ka nefropaatia ja tupepõletiku juhtudel.

Sünnitustegevuse nõrkus oli 78 juhul (28,7%), seejuures esines primaarset nõrkust 37-l (47,4%), sekundaarset 22-l

(28,2%) ja primaarset ning sekundaarset 11 juhul (14,8%). Sünnitustegevust stimuleeriti 28,4%-l juhtudest, mis ületab kliiniku keskmise näitaja tunduvalt — 16,1% ($P < 0,01$).

Sünnitus kestis 12...18 tundi vastavalt 26,7%-l ja 14,9%-l ning üle 24 tunni 4,0%-l ja 1,3%-l ($P < 0,0001$). Sünnitus lõpetati operatsiooniga 27 juhul (9,2%), mis ei ületa kliiniku keskmist näitajat (9,05%). Üliõpilastest sünnitajatest tehti keisrilõige 14-l (4,8%) ja kasutati sünnitustange 13-l (4,5%). Sagedamateks operatsiooninäidustusteks olid loote hüpoksia ja sünnitustegevuse nõrkus.

Elusalt sündinuid oli 291. Ühel juhul (0,34%) kaasnes intranataalne loote surm. Heas seisundis sündis 201 vastsündinut (67,1%). Keskmise raskusega hüpoksias (Apgari skaala näidu järgi 5...7 palli) sündis 77 (28,4%) ja raskes hüpoksias 13 vastsündinut (4,5%); kontrollrühmas vastavalt 22,6% ($P < 0,005$) ja 0,8% ($P < 0,001$).

Vastsündinute kaal kõikus 1700...5050 g-ni, sealhulgas alla P_{10} — kolmel vastsündinul (1,0%), P_{10-25} — 17-l (5,8%), P_{25-75} — 193-l (66,1%), P_{75-90} — 49-l (16,8%) ja üle P_{90} — 30 vastsündinul (10,3%). Seega erinevusi vastsündinute kehakaalus me ei täheldanud.

Nagu analüüsist selgus, esines uuri-tavatel üliõpilastel küllalt sageli raseduse iseeneslikku katkemist, sünnituseelset ja varajast lootevete minekut ning sünnitustegevuse nõrkust. Pikenes sünnituse kestus ja sagenes vastsündinute hüpoksia.

Teades, millised normist kõrvalekal-ded sagenevad, tuleb põhitähelepanu pöörata nende ärahoidmisele. Kõige olulisem selles töös on üliõpilaste ettevalmistus emaduseks. Oluline on ka see, et kõik üliõpilased kasutaksid neid riiklikke soodustusi (sünnituseelne ja -järgne puhkus), mis on ette nähtud ema ja lapse tervise tagamiseks.

KIRJANDUS: 1. Läpple, M. Zbl. Gynäkol., 1988, 110, 6, 325—335. — 2. Hau, T. F., Schindler, S. Pränatale und Perinatale Psychosomatik. Stuttgart, 1982. — 3. Wilson-Evered, E., Stanley, S. Br. J. Psychol., 1986, 59, 1, 57—60.

4. Гринина О. В., Паначина М. И., Кича Д. И. Сов. здравоохран., 1987, 9, 22—26. — 5. Каазик А.-Т. М., Кару Л. Э., Клейн М. П. В сб.: Успехи медицинской науки. Тарту, 1986, 1—5. — 6. Марди Р. А. В сб.: Физические и психосоциальные особенности студентов. Таллинн, 1986, 90—97. — 7. Матт К. Л. Результаты комплексного исследования репродуктивной системы студентов. Дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1988.

Summary

Peculiarities in the course of pregnancy and delivery among students in Tartu. On the basis of a retrospective analysis, 292 pregnancies and the course of deliveries and the general state of the newborns were investigated. It was found that in that group of students investigated the cases of spontaneous interruptions of pregnancy, pre-confinement and early release of waters and weakness of labour were relatively frequent. The duration of delivery was quite long and the cases of newborn's hypoxia were also frequent.

Резюме

Особенности протекания беременности и родов у студенток г. Тарту. На основании ретроспективного анализа было изучено протекание беременности и родов у 292 студенток, а также состояние новорожденных. Установили, что в исследуемой группе участились случаи самопроизвольного прерывания беременности, преждевременного отхождения вод и ослабления родовой деятельности. Продолжительность родов увеличилась, участились случаи гипоксии новорожденных.

TRÜ teadusosakonna
hormonaalse regulatsiooni
laboratoorium

Menarhe alguse aja muutumine Eestis ja välisriikides

Mare Tekkel · Tallinn

menarhe saabumise aeg, sünnikohordid, võrdlus välisriikidega

Esimese menstruatsiooni ehk menarhe saabumise aeg on tähtis kehalise arengu näitaja, teda on seostatud ka naise vanusega esmassünnituse ajal, ektoopiliste raseduste ja spontaansete abortide arvuga (5). Epidemioloogilised uurinud on näidanud varajase menarhe seost suurenenud rinnavähiriskiga (4). Üldises aktseleratsioonis ilmnev tütarlaste keskmise vanuse pidev vähenemine menarhe saabumisel enamikus riikides, sealhulgas ka Eestis, on üldteada. Käesoleva töö eesmärk oli võrrelda esimese menstruatsiooni tekke aja muutumist Eestis selle muutumisega teiste riikide tütarlastel.

Uurimismaterjal ja -meetod. Uuritavasse rühma kuulus 2406 naist, kes olid tööle asunud mõnes ettevõttes või astunud kolhoosi (koos tütardega) ajavahemikul 1950...1960. Et enne 1900. aastat ja pärast 1949. aastat sündinuid, samuti teistest rahvustest naisi oli küllaltki vähe, piirdusime analüüsil 1889 ajavahemikul 1900...1949 sündinud eesti rahvusest naise and-

Tabel. Eestlastest tütarlaste vanus esimese menstruatsiooni saabumisel erinevates sünnikohortides

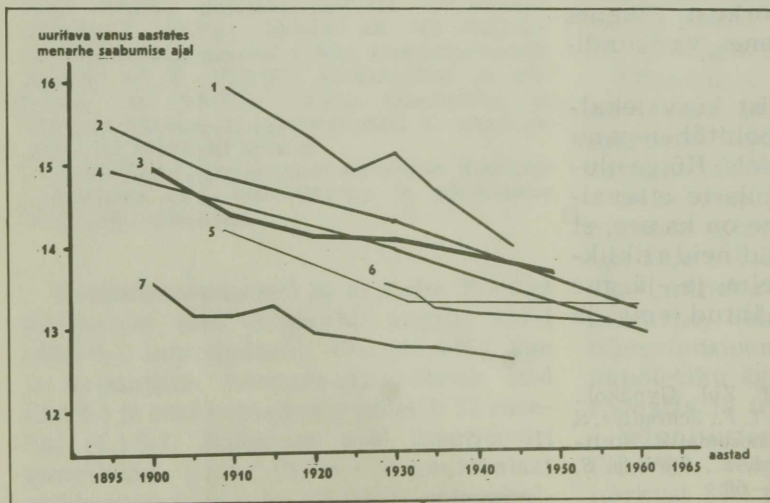
Kohort	Naiste arv	Vanuseline jaotumus (%)		Keskmine vanus $\pm m$
		≤ 12 aastat	≥ 16 aastat	
1900...1909	96	10,4	36,5	14,9 $\pm$ 0,2
1910...1919	206	10,2	26,7	14,4 $\pm$ 0,1
1920...1929	267	12,4	16,1	14,1 $\pm$ 0,1
1930...1939	508	12,2	17,9	14,1 $\pm$ 0,1
1940...1949	232	15,1	11,6	13,7 $\pm$ 0,1

metega. Kõigis uuritud 10 aasta sünnikohortides olid ülekaalus linnaelanikud (85...90%). Andmed saime ankeetküsitluse teel.

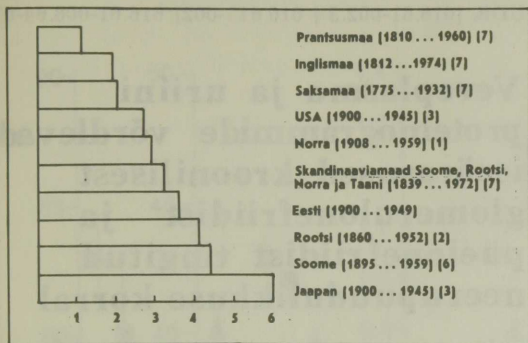
Uurimistulemused ja arutelu. Esimese menstruatsiooni oli uurituil saanud 9...20 aasta vanuselt. 1310 naisest, kellel see vanus oli teada, esines ühel primaarne amenorröa.

Analüüsi tulemused (vt. tabel) kinnitasid seisukohta, et esimene menstruatsioon saabub üha nooremas eas tütarlastel.

Tütarlaste vanuse erinevus esimese menstruatsiooni saabumisel oli sünnikohortides ajavahemikul 1900...1909 ja 1940...1949 statistiliselt oluline ($P < 0,01$). Vanuse vähenemine saavutati hilise menarhe (16-aastaselt või vanemalt) osatähtsuse tunduva vähenemise ja varajase alguse (12-aastaselt või nooremalt) osatähtsuse suurenemise arvel. Tabelist nähtub, et ajavahe-



Joonis 1. Uuritute vanus esimese menstruatsiooni ajal eri maades sõltuvalt sünnikohordist (kirjanduse andmeid). Sulgudes on märgitud ajavahemik, mil uuritavad on sündinud ning kirjandusallikas. 1 — Jaapan (1909...1944) (3); 2 — Soome (1895...1959) (6); 3 — Eesti (1900...1949); 4 — Rootsi (1895...1961) (2); 5 — Norra (1908...1959) (1); 6 — Inglismaa (1928...1959) (7); 7 — USA (1900...1944) (3).



Joonis 2. Esimese menstruatsiooni saabumise aja varajasemaks muutumine (kuudes kümne aasta kohta) erinevates maades uuritud kirjandusandmete põhjal. Sulgudes on märgitud ajavahemik, millal uuritud on sündinud, ning kirjandusallikas.

mikul 1930...1939 sündinuil ei ilmnenud menarhe saabumisel keskmise vanuse vähenemist võrreldes eelneva kohordiga. Ilmselt seletub see sellega, et nende puhul langes puberteetiperiood sõja- või vahetult sõjajärgsele ajale. Analoogiline nähtus on esile tulnud ka Jaapanis mõnevõrra varem sündinute puhul (vt. joonis 1). Joonise andmete interpreteerimisel tuleb arvestada, et osas töödes, kus uuritavate sünniaastad olid avaldamata jäetud, leidsime need andmed lähtudes uurimisajast ja naiste vanusest küsitluse ajal. Parema võrreldavuse huvides vähendasime Jaapani ja USA andmeid 0,5 võrra, sest neil oli naise enda poolt teatatud vanusele, mil tal menarhe algas, liidetud veel pool aastat (3). Ilmnes, et kui ajavahemikul 1900...1909 sündinud Jaapani ja Soome naistel oli menarhe algus tunduvalt hilisem kui Eesti naistel, siis ajavahemikul 1940...1949 sündinuist mõnevõrra hilisem ainult Jaapani naistel. Arvesse võttes viimastel aastakümnetel väga kiiret menarhe varajasema alguse tendentsi sel maal, võib oletada, et menarhe alguse aeg aastail 1950...1959 sündinuil oli ka seal varajasem kui Eestis.

Esimese menstruatsiooni algus oli eestlastel sünnikohortides aastaist 1900...1909 kuni aastateni 1940...1949 vähenenud 1,2 aastat, seega 3,6 kuud kümne aasta jooksul. Jooniselt 2 nähtub, et ligilähedaselt samasugune languse

tempo (3,2 kuud) oli ka tütarlastel Skandinaaviamaade koondandmete põhjal. Jaapanis, kus sajandi algul konstateeriti tütarlastel võrreldavatest riikidest kõige hilisemat esimese menstruatsiooni algust, on selle languse tempo kõige kiirem (6,0 kuud).

Arvestades seda, et algandmete usaldatavust on kontrollitud (8), ja seda, et uuritavate valikukriteeriumiks oli ainult tööleasumise aasta, võib muutusi tütarlaste vanuses menarhe ajal pidada iseloomulikuks teatud ajavahemikul sündinud eesti naistele.

Kokkuvõtteks võib mainida, et kuigi esimese menstruatsiooni algus on eestlastel muutunud varajasemaks (3,6 kuud kümne aasta jooksul), on see näitaja ajavahemikul 1940...1949 sündinuil võrreldavatest riikidest siiski üks suuremaid.

KIRJANDUS: 1. Brundtland, G. H., Walle, L. Nature, 1973, 24, 5399, 478-479. — 2. Bullough, V. L. Science, 1981, 213, 4505, 365-366. — 3. Hoel, D. G., Wakabayashi, T., Pike, M. C. Am. J. Epidemiol., 1983, 118, 1, 78-89. — 4. Pike, M. C., Ross, P. K. Br. Med. Bull., 1984, 40, 4, 351-354. — 5. Sandler, D. R., Wilcox, A. J., Horney, L. F. Am. J. Epidemiol., 1984, 119, 5, 765-774. — 6. Widholm, O., Kantero, R.-L. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1971, suppl. 14, 3-36. — 7. Wyshak, G., Frisch, R. E. New Engl. J. Med., 1982, 306, 17, 1033-1035.

8. Теккел М. Ю., Колле Х. А. Вopr. онкол., 1986, 32, 2, 53-56.

Summary

Age variations in menarche among girls in Estonia and abroad. Variations in the age of menarche in 1889 Estonian females, belonging to the birth cohorts of 1900-1909 up to 1940-1949, were investigated. It was found that the incidence of early menarche (at the age of 12 years or in younger subjects) had increased, whereas that of late menarche (at the age of 16 years or in older subjects) had decreased and, respectively, the average age of menarche had decreased from 14.9 ± 0.2 to 13.7 ± 0.1 years; 3.6 months per decade. Comparative data on the average age of menarche and its temporal changes in different countries are also presented in this article.

Резюме

Временное изменение возраста начала менструации в Эстонии и в зарубежных странах. Изучено временное изменение возраста менархе у 1889 эстонок когорт с 1900...1909 до 1940...1949 годов рождения в Эстонии. Средний возраст ме-

нархе за это время уменьшился с 14,9 до 13,7 года (на 3,6 месяца за десятилетие). Уменьшение среднего возраста менархе наступило вследствие значительного уменьшения позднего (16 лет и старше) и увеличения раннего (12 лет и моложе) начала менструации. Представлены сравнительные данные о среднем возрасте менархе и темпах омоложения соответствующего возраста в Эстонии и в других странах (по данным литературы).

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK [616.61-002.3+616.611-002]: 616.61-008.64-07

Vereplasma ja uriini proteinogrammide võrdlevad iseärasused kroonilisest glomerulonefriidist ja püelonefriidist tingitud neerupuudulikkuse korral

Jüri Laasik Aili Tähepõld Harri
Tihane Lembit Tähepõld Tartu

Toksilise šoki sündroom gripi tüsistusena. Paljude grippi ja teisi ägedaid ülemiste hingamisteede viirushaigusi põdevate haigete hingamisteedest leitakse tüsistuste esinemisel kuld-kollase stafülokokki toksilisi tüvesid. Viimased võivad esile kutsuda toksilise šoki sündroomi, mille tagajärjel haige võib surra.

JAMA, 1987, 257, 8.

Jersiinianakkus ja kõhuvalud. 23 %-l ägedate kõhuvalude all kannatavatest haigetest tehti kindlaks jersiinianakkus, sama nakkus avastati ka 31 %-l ägeda apenditsiidiga haigetest. *Y. pseudotuberculosis*'t leiti viis korda sagedamini kui *Y. enterocolitica*'t ning 43 %-l jersinioosi juhtudest oli haiguse põhjustajaks *Y. pseudotuberculosis*'e IV serotüüp. Seega võib jersiiniatel ägedate kõhuvalude ja eriti apenditsiidi etioloogias olla tunduvalt suurem tähtsus, kui seni on arvatud.

Lancet, 1987, 1, March.

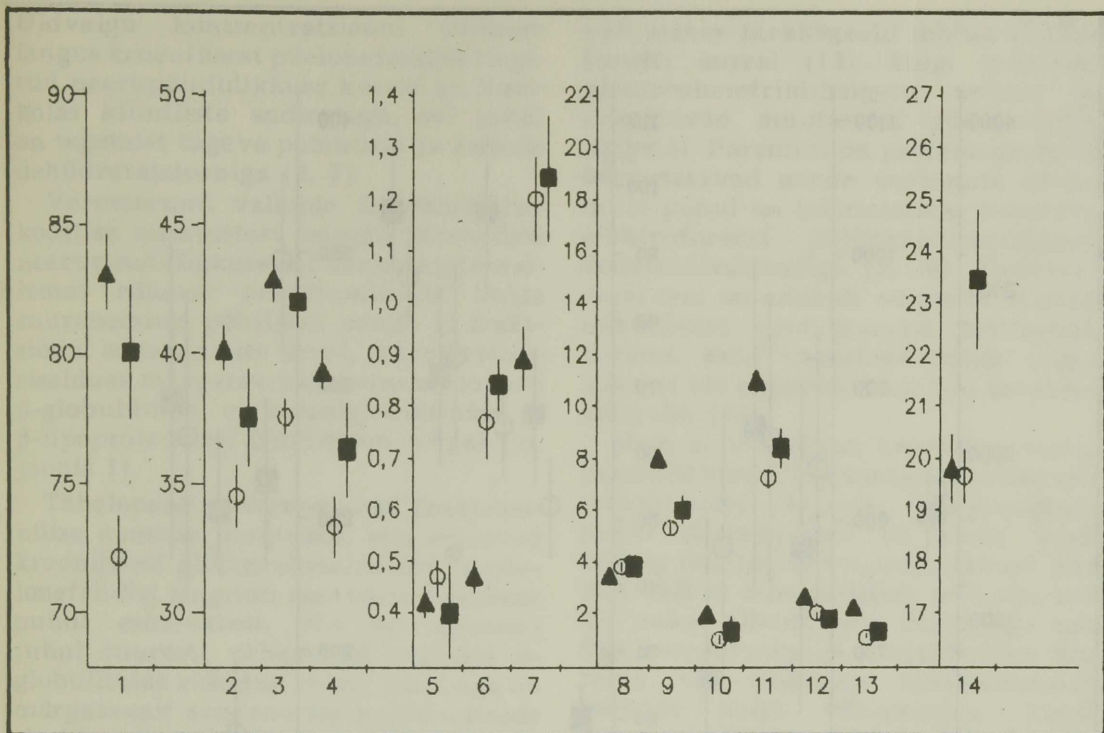
Epsteini-Barri viirus ja püsiv peavalu. 84 %-l püsiva peavalu all kannatavatest haigetest tehti kindlaks Epsteini-Barri viirusega nakatumine, kusjuures 62 %-l haigetest isoleeriti viirus ninaneelust. Siit järeldub, et Epsteini-Barri viirusnakkuse reaktiveerumisel on tähtsus igapäevaste püsivate peavalude patogeneesis ja et püsivate peavaludega haigetel on kalduvus Epsteini-Barri viirusnakkuse reaktiveerumiseks.

Lancet, 1987, 1, Feb.

krooniline neerupuudulikkus, vereplasma proteinogramm, uriini proteinogramm

Neeruhaiguste puhul on üks sagedamaid ja olulisemaid laboratoorseid leide proteinuuria: valgu eritumine uriini kaudu koguses, mis ületab füsioloogilise normi, 30...50 mg valku ööpäevas (1, 4, 5, 8, 9, 13). Viimaste aastate uuringute tulemusena, kasutades mitmesuguseid lahutamismeetodeid (SDS-polüakrüülamiidgeeli elektroforees, tärkliisgeeli elektroforees, ultratsentrifuugimine, geelfiltrimine, immunoloogilised meetodid), on välja selgitatud erinevused uriini proteinogrammis glomerulaarsete ja tubulaarsete neerukahjustuste korral (2, 6, 10, 12, 13). Nii on glomerulaarsele proteinuuriale peale albuminuuria iseloomulik ka globuliinide, transferriini, immunoglobuliinide või muude kõrgmolekulaarsete valkude ilmumine uriini. Selle vormi korral eristatakse veel selektiivset (ülekaalus on albumiin, α_1 -antitrüpsiin, transferriin) ja mitteselektiivset proteinuuriat (täiendavalt ilmuvad uriini immunoglobuliinid, teralisevad ja vahasilindrid).

Tubulaarse proteinuuria korral leidub uriinis albumiine, immunoglobuliinide kergeid ahelaid, β_2 -mikroglobuliini, retinooli sisaldavaid valke või muid madalmolekulaarseid valke. Nende ilmumine uriini on tingitud valkude reabsorptsiooni vähenemisest proksimaalsetes tuubulites.



Joonis 1. Vereplasma valgufraktsioonide sisaldus (g/l). Tähistused: 1 — üldvalk; 2 — kogualbumiinid; 3 — koguglobuliinid; 4 — albumiinid; 5 — prealbumiin-I; 6 — prealbumiin-II; 7 — summaarsed prealbumiinid; 8 — postalbumiinid; 9 — transferriin; 10 — aeglased β -globuliinid; 11 — summaarsed β -globuliinid; 12 — α_2 -makroglobuliin; 13 — β -lipoproteiidid; 14 — γ -globuliinid. Must kolmnurk tähistab kontrolli, ringike kroonilist glomerulonefriiti ja must ruut kroonilist püelonefriiti.

Vähem on uuritud vereplasma valgu-sisaldust ja valkude koostise muutusi neeruhaigetel. On teada, et tugeva proteinuuriaga kulgeva kroonilise glomerulonefriidi (KrGN), eriti nefrootilise ja segavormi korral kaasneb hüpo-proteineemia ja ilmnevad muutused vereplasma proteinogrammis (düsproteineemia). Kroonilise püelonefriidi (KrPN) juhtudel on vereplasma valkude muutused suhteliselt vähesed. Vaid haiguse ägenemisperioodil on täheldatud α_2 -globuliinide hulga ning apostematoosse vormi korral ka γ -globuliinide hulga suurenemist (5, 7).

Ebaselge on proteinuuria laad ning vereplasma proteinogrammi muutused kroonilise neerupuudulikkuse (KrNP) korral, mil domineerib ureemiline sündroom ja nõrgenevad kroonilise neerupuudulikkuse aluseks olevate glomeeru-

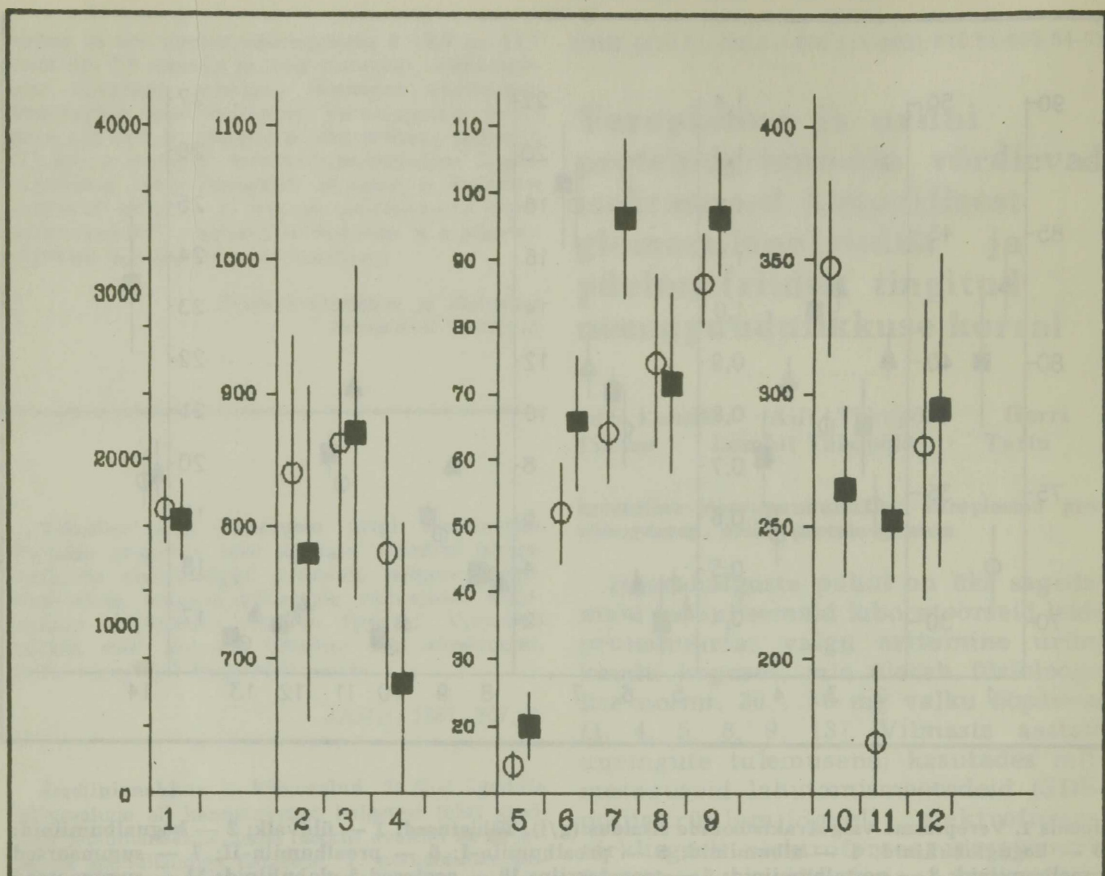
lite või tubulaarsüsteemi kahjustuse iseloomulikud tunnused (11).

Käesolevas töös on uuritud vereplasma ja uriini proteinogramme kroonilise neerupuudulikkuse all kannatavatel haigetel, arvestades neerupuudulikkuse tekke glomerulaarset või tubulaarset päritolu.

Uurimismaterjal ja -metoodika. Uuritavateks oli 21 Tartu Kliinilise Haigla tehisneeruosakonnas ravil viibinud patsienti, kellel oli diagnoositud III või IV astme krooniline neerupuudulikkus. Nendest oli mehi 12 ja naisi 9, haigete vanus oli 17...70 aastat.

Uuritavad jaotati kahte rühma: 1) need, kellel neerupuudulikkus oli tingitud kroonilisest glomerulonefriidist (n=15); 2) need, kellel neerupuudulikkuse oli põhjustanud krooniline püelonefriit (n=6). Diagnoos oli määratud kliinilise pildi ning kliinilis-laboratoorsete uuringute alusel.

Proteinogrammi uurimiseks eraldati vereplasma vahetult enne hemodialüüsi võetud verest.



Joonis 2. Uriini valgufraktsioonide sisaldus (mg/l). Tähistused: 1 — üldvalk; 2 — kogualbumiinid; 3 — koguglobuliinid; 4 — albumiinid; 5 — prealbumiin-I; 6 — prealbumiin-II; 7 — summaarsed prealbumiinid; 8 — aeglased β -globuliinid; 9 — makroglobuliinid; 10 — postalbumiinid; 11 — transferriin; 12 — γ -globuliinid. Ringike tähistab kroonilist glomerulonefriiti, must ruut kroonilist püelonefriiti.

Kontrollanalüüsiks kasutati 39 20...40 aasta vanuse doonori proteinogrammide keskmisi väärtusi. Uroproteinogrammi tegemiseks kasutati hommikust uriini. Üldvalk vereseerumis määrati refraktomeetriliselt, uriinis sulfosalitsüülhappe meetodil.

Vereseerumi ja uriini proteinogrammi uuriti TRÜ teadusosakonna elutegevuse hormonaalregulatsiooni laboratooriumis väljatöötatud disk-elektroforeesimeetodil. Üheksal haigel tehti uriini ja vereseerumi proteinogrammi analüüse korduvalt.

Uurimistulemused ja arutelu. Kontrollrühma kuulujate ja kroonilise neerupuudulikkuse all kannatajate vereseerumi võrdlevad proteinogrammid on esitatud joonisel 1. Selgub, et kroonilisest glomerulonefriidist tingitud neerupuudulikkuse korral on üldvalgu hulk

märgatavalt vähenenud, mis on tingitud nii albumiinide kui ka globuliinide hulga vähenemisest. Kroonilise püelonefriidi põhjustatud neerupuudulikkuse puhul ei ole valkude üldhulga vähenemine statistiliselt tõenäone, kusjuures oluliselt on vähenenud albumiinide, mitte aga globuliinide koguhulk.

Kroonilise glomerulonefriidi juhtudel, eriti selle nefrootilise ja segavormi korral, on vereseerumi valkude üldhulk ja albumiinisaldus ka kirjan-duse andmeil vähenenud (3, 5, 7). Seetõttu peetakse nende glomerulonefriidivormide korral tüüpiliseks laboratoorseks leiuks hüpoproteineemiat, seostades seda tursete tekkega (3).

Üldvalgu kontsentratsiooni väiksem langus kroonilisest püelonefriidist tingitud neerupuudulikkuse korral on kooskõlas kliiniliste andmetega, sel juhul on tegemist tugeva polüuuria ja kudede dehüdratatsiooniga (4, 5).

Vereseerumi valkude fraktsioonilise koostise muutustest esinesid kroonilise neerupuudulikkuse all kannatajate mõlemas rühmas prealbumiinide hulga suurenemine, põhiliselt nende II fraktsiooni suurenemise arvel, transferriinisalduse märgatav vähenemine, samuti β -globuliinide, α_2 -makroglobuliinide ja β -lipoproteiinide fraktsiooni langus (vt. joonis 1).

Tähelepanu väärivad need fraktsioonilise koostise muutused, mis erinevad kroonilisest glomerulonefriidist ja püelonefriidist tingitud neerupuudulikkuse puhul esinevatest. Nii on esimesel juhul suuresti vähenenud aeglaste β -globuliinide sisaldus, teisel juhul aga on märgatavalt suurenenud γ -globuliinide sisaldus, mis on otseselt seotud püelonefriidi infektsiosse päritoluga.

Uroproteinogrammide võrdlus kroonilisest püelonefriidist ja glomerulonefriidist tingitud kroonilise neerupuudulikkusega haigetel on esitatud joonisel 2. Nähtub, et üldvalgu kontsentratsioon uriinis mõlema rühma haigetel ei erine. Seejuures on proteinuuria intensiivsus kirjanduses esitatud skaaladest lähtudes mõõdukas (5, 8). Ka albumiinide ja globuliinide koguhulk nii kroonilisest glomerulonefriidist kui ka püelonefriidist tingitud kroonilise neerupuudulikkuse korral statistiliselt ei erine. Suure erinevusena uroproteinogrammidest on kroonilisest glomerulonefriidist tingitud neerupuudulikkuse korral tunduvalt väiksem prealbumiinide summaarne sisaldus. Tunduvalt suurem on postalbumiinide kontsentratsioon ja väiksem transferriini kontsentratsioon, võrreldes haigetega, kes põdesid kroonilist püelonefriiti. Kõrvutades meie töö tulemusi kirjanduse andmetega, tuleb kõigepealt rõhutada, et uriini proteinogrammi iseärasused sõltuvad uurimismeetodist. Nii on uriini proteinogramm tundu-

valt erinev tärklisgeelil tehtud elektroforeesi korral (13), kuigi muutused glomerulonefriidihaigete uriinis on eristatavad muutustest püelonefriidihaigetel. Paremini on proteinogrammid kõrvutatavad nende uuringute korral, mille puhul on lahutamiseks kasutatud elektroforeesi polüakrüülamiidgeelil dodetsüülsulfaadiga (2, 10). Elektroforeesi teel on edukalt võimalik eristada selektiivset proteinuuriat mitteselektiivsest, kuid vahestadiumide eristamine ei ole elektroforeesi teel tavaliselt võimalik (14).

Meie ei võrrelnud kroonilise neerupuudulikkuse all kannatajate uriini proteinogrammi tervete proteinogrammiga. Kirjandusest on siiski teada uuring (6), kui neerupuudulikkuse põhjust küll ei diferentsitud, küll aga leiti sel puhul albumiinide koguhulga tunduvalt suurenemine ja albumiinidest suurema või väiksema molekulmassiga valkude hulga vähenemine. Nende muutuste põhjusteks kroonilise neerupuudulikkuse korral võivad olla valkude suurenenud eritus uriiniga ja valguainevahetuse häired (7).

Uriini proteinogrammi meiepoolsete uuringute andmed ei võimalda kroonilist neerupuudulikkust seostada valdavalt glomerulaarse või tubulaarse proteinuuria tüübiga. Nähtavasti on kroonilise neerupuudulikkuse arenemisel tegemist difuusse ja sügava neerukoe ning tema funktsiooni kahjustusega, mille puhul tekivad nii glomerulaarse kui ka tubulaarse proteinuuria tunnused (11, 13).

Kokku võttes võib öelda, et kroonilise neerupuudulikkuse tekkes prevaleerib vereseerumi proteinogrammis glomerulaarse kahjustuse korral β -globuliinide hulga vähenemine, kroonilise püelonefriidi korral aga γ -globuliinide hulga suurenemine. Mõlemal juhul on transferriinisaldus vähenenud, mis on kroonilise neerupuudulikkuse tüüpiline tunnus (8).

Uriini proteinogramm ei võimalda selgepiiriliselt eristada kroonilisest glomerulonefriidist tingitud kroonilist neerupuudulikkust (valdavalt glomeru-

laarne kahjustus) kroonilisest püelonefriidist tingitust (valdavalt tubulaarne kahjustus). Meie arvates võiks diferentsiaaldiagnoosimise seisukohalt huvi pakkuda suurem postalbumiinide ja väiksem transferriini eritus kroonilisest glomerulonefriidist tingitud neerupuudulikkusega haigetel kroonilist püelonefriiti põdejatega võrreldes.

KIRJANDUS: 1. Abuelo, J. G. Ann. Intern. Med., 1983, 98, 186—191. — 2. Boesken, W. H. Urologie, 1977, 17, 4, 140—144. — 3. Koomans, H. A., Kortlandt, W., Geers, A. B. a.o. Nephron, 1985, 40, 4, 391—395. — 4. Kuhlmann, U., Walb, D. In: Nephrologie. Patophysiologie-Klinik-Praxis. Stuttgart — New York, 1987, 13—19. — 5. Kõrge, K., Maramaa, S., Hanson, H., Tihane, H. Nefrologia, Tallinn, 1985. — 6. Neubüser, G., Schenk, A., Kielstein, R. u.a. Z. med. Lab. diagn., 1983, 24, 2, 88—95. — 7. Wills, M. R. The biochemical consequences of chronic renal failure. Leicester, 1971.

8. Маждраков Г., Попов Н. В кн.: Болезни почек. София, 1980. — 9. Мухин Н. А., Тареева Ч. Е. В кн.: Диагностика и лечение болезни почек. М., 1985. — 10. Пушкарев И. А., Бруверис У. А., Гусева Л. Н. и др. Вопр. мед. химии, 1981, 3, 417—423. — 11. Терехов Н. Т., Пелещук А. П., Карпенко В. Ц. и др. В кн.: Хроническая почечная недостаточность. Киев, 1978, 3—40. — 12. Хашен Р., Шейх Д. В кн.: Очерки по патологической биохимии. М., 1981, 180—197. — 13. Чиж А. С. В кн.: Протеинурия. Клиническое значение и патогенез. Минск, 1983, 12—24, 59—63. — 14. Шюк О. В кн.: Функциональное исследование почек. Прага, 1981, 175—192.

Summary

Comparative study of blood plasma and urine proteinograms in patients with chronic renal failure developed on the basis of chronic glomerulonephritis and pyelonephritis. Blood plasma and urine proteinograms in 21 patients with chronic renal failure of III and IV degree were studied. The patients were divided into 2 groups: 1) 15 patients whose chronic renal failure had developed on the basis of chronic glomerulonephritis, 2) 6 patients with the diagnosis of chronic pyelonephritis. In control group 39 healthy donors were studied.

In the blood plasma from patients of the first group, as compared with control subjects, a remarkable decrease in total protein level was found. In the case of the second group only a decrease in albumin levels was detected.

In patients of the first group a decrease in β -globulin levels was found in protein fractions, while in patients of the second group an increase in prealbumin (second fraction) and a decrease in β -globulin and transferrin levels were established. In uroproteinograms in

patients of the first group a pronounced decrease in prealbumin, transferrin and an increase in postalbumine levels were detected as compared with patients of the second group.

Резюме

Сравнительные особенности протеинограмм плазмы крови и мочи при хронической почечной недостаточности, обусловленной хроническим гломерулонефритом и пиелонефритом. Исследовались протеинограммы плазмы крови и мочи 21 пациента (12 мужчин и 9 женщин) отделения искусственной почки с диагнозом хронической почечной недостаточности (ХПН) III и IV степени. По основной болезни больные были распределены на 2 группы: у больных 1-й группы (15 человек) причиной ХПН был хронический гломерулонефрит, у больных 2-й группы (6 человек) — хронический пиелонефрит. В контрольную группу вошло 39 здоровых доноров.

При сравнении протеинограмм плазмы крови здоровых лиц и больных было установлено значительное уменьшение содержания общего белка у больных 1-й группы. Во 2-й группе уменьшение общего белка было недостаточным, при этом существенно снизилось суммарное содержание альбуминов.

По сравнению с контрольной группой, у больных обеих групп с ХПН было установлено повышение содержания преальбуминов за счет фракции преальбумин-II, значительное уменьшение содержания трансферрина, а также понижение содержания бета-глобулинов, альфа-2-макроглобулинов и бета-липопротеидов. У больных 1-й группы отмечено существенное понижение содержания медленных бета-глобулинов и у больных 2-й группы — повышение содержания гамма-глобулинов.

К наиболее существенным различиям в уропротеинограммах относятся значительное уменьшение суммарного содержания преальбуминов, повышение концентрации постальбуминов и пониженное содержание трансферрина у больных 1-й группы по сравнению со 2-й.

TRÜ arstiteaduskonna bioorgaanilise ja bioloogilise keemia kateeder

TRÜ teadusosakonna elutegevuse hormonaalse regulatsiooni laboratoorium

TRÜ arstiteaduskonna operatiivkirurgia ja uroloogia kateeder

Vagotoomia ultseroprotektiivne mõju eksperimentaalsete kaksteistsõrmikuhaavandite korral (autoreferaat)

Hiljar Sibul · Tartu

vagotoomia, ultseroproteksioon, parietaalrakud

Uuringu eesmärgiks oli: esiteks välja selgitada, kas vagotoomia mõjub Takeuchi meetodil tekitatud haavandeile ultseroprotektiivselt, ja teiseks kindlaks teha, kas võimaliku ultseroprotektiivse toime avaldumine sõltub operatsioonist möödunud ajast.

Katses kasutati 200. . . 250-grammiseid valgeid rotte. Eeternarkoosis tehti kontrollrühma loomadele laparotoomia ja püloroplastika, I ja II katserühma loomadele laparotoomia ja kahepoolne tüvivagotoomia koos püloroplastikaga. Haavandi tekitamiseks süstiti kontrollrühma ja I katserühma loomadele kohe pärast narkoosi lõppu, II katserühma loomadele aga 10 päeva pärast indometatsiini ja histamiini. Duodeenumis tekkinud haavandid loendati luubiga, andmed töödeldi statistiliselt Studenti testi alusel.

Katsete tulemustest selgus, et duodeenumis tekkinud haavandite arv oli kontrollrühmas ja I katserühmas enam-vähem võrdne, II katserühmas aga viis korda väiksem kui kontrollrühmas.

Võib arvata, et parietaalrakkude funktsionaalne seisund ei ole kohe pärast vagotoomiat veel jõudnud muutuda ja nad vastavad histamiinistimulatsioonile sarnaselt kontrollrühmaga. 10 päeva pärast on parietaalrakkude histamiinitundlikkus vähenenud, see avaldub happeproduktiooni vähenemises ja seega lülitub välja ultserogeneesi hüpersekretoorne komponent.

Katsetulemuste alusel võib teha järelduse, et vagotoomia vähendab haavandite teket antud eksperimentaalses mudelis. See mõju ei avaldu kohe, vaid mõni aeg pärast vagotoomiat.

Summary

Preventive influence of vagotomy on duodenal ulcer formation in an experiment. Using a new ulcer-inducing technique developed by Takeuchi and others, a duodenal ulcer preventing effect of vagotomy was visually investigated in rats. Not immediately but ten days after vagotomy, a vigorous inhibition of ulcer formation was observed. This effect is linked to a decrease in parietal cell sensitivity, histamine stimulation, resulting in reduced acid-production, and elevated pH in the stomach and the duodenum. It is concluded that the present model can be useful in elucidating the effect of vagotomy on ulcer-formation.

Резюме

Противоязвенное действие ваготомии при экспериментальных язвах двенадцатиперстной кишки. В работе изучено противоязвенное действие ваготомии при экспериментальных язвах, полученных методом Такуши. Установлено, что противоязвенное действие проявляется не сразу, а примерно через 10 дней после ваготомии.

Представляется, что противоязвенное действие связано с понижением чувствительности перистальтических клеток к гистаминовой стимуляции. Тем самым выключается гиперсекреторный компонент ульцерогенеза.

TRÜ arstiteaduskonna
operatiivkirurgia ja uroloogia
kateeder

ÜLEVAATED

UDK [616.132.2-002:616-036.886]: 616.12.008.315-08(047)

Reanimatsioon koronaar- äkksurma korral

Arvo Mesikepp Rein Teesalu
Tallinn Tartu

koronaaräkksum, kardiopulmonaalne reanimatsioon, reanimatsioonile eelnev ja järgnev ravi

Koronaaräkksumaks peetakse ootamatut mittevägivaldset surma seni tervel inimesel või stabiilses seisundis südame isheemiatõbe põdejal (27, 32). Probleem on aktuaalne, sest arenenud tööstusmaades on koronaaräkksumajuhte rohkem kui surmajuhte vähktõve tagajärjel, näiteks USA-s 400 000 surmajuhtu aastas (13). Põhiliselt on need töövõimelised aktiivsed inimesed: iga päev tabab koronaaräkksum keskmiselt 1000 alla 65-aastast meest (25). Südameseiskust esilekutsuvaks vahetuks teguriks on tavaliselt südamevatsakeste virvendus, osal haigetel ka asüstoolia südame ülejuhtehäire tagajärjel ning vatsakeste rebend. Kui südamerebendist tingitud surmajuhud kõrvale jätta, siis enamikul muudel südameseiskuse juhtudel on «süda suremiseks veel liiga hea» (15) ja neil juhtudel on inimese elule tagasivõitmise perspektiivid suured.

Kardiopulmonaalse reanimatsiooni aluseks on 1956. aastal P. Zollil poolt kasutuselevõetud kaudne elektriline defibrilleerimine ja 1960. aastal W. Kouwenhoveni poolt rakendatud kaudne südamemassaaž. Neid võtteid rakendades on elustamine efektiivseks muutunud ka väljaspool operatsioonituba (12, 35).

Nüüdseks on ravi raskete rütmihäirete ja südamelihase elektrilise ebastabiilsuse korral oma arengus läbinud mitu etappi (18):

elektriline defibrilleerimine äkksurma tekkimisel;

arütmiaavastaste ravimite kasutuselevõtmine;

hemodünaamika monitorjälgimine südamepuudulikkuse varajaseks avastamiseks ja ravi korrigeerimiseks;

haiglaeelsete intensiivravi- ja reanimatsiooniüksuste rajamine;

äkksurma prognoosimine ja ennetavate ravimeetodite rakendamine;

infarktlikollet vähendava ravi kasutuselevõtmine.

Tänapäevaselt varustatud ja kõiki reanimatsioonivõtteid valdava personaaliga kardioloogilises intensiivraviüksuses peaks iga vatsakeste virvenduse tõttu äkksurmast tabandunud inimene olema elustatav, kui säilinud müokardi hulk on eluks piisav (37).

Vaatamata edusammudele spetsialiseeritud kardioloogilise reanimatsiooni ja intensiivraviosakondade töös, ei saa koronaaräkksumaprobleemi kaugeltki veel lahendamaks pidada. Ka tänapäeval on südamehaigete surmajuhutest pooled äkksurmajuhud (2). Õnnetusjuhtumi läbi tekib äkksurm enamalt jaolt väljaspool haiglat. Nüüdisaegsete teadmiste alusel on üldraske välja selgitada koronaaräkksumast ohustatud, et kasutusele võtta surma ennetavaid efektiivseid ravimeetodeid. Riskirühmade väljaselgitamisel jõutakse teadmiseni, tihti küll tagantjärele, et enamikul haigetel on koronaararterite ateroskleroos juba kaugelearenenud (27) ja suurel osal neist (20...94%) on äge koronaartromboos (17, 24, 28). Müokardis leitakse värske infarkti põhjustatud nekroosikoldeid ja sageli ka armistumisi varajasematest infarktides. Armistumine ja aneurüsm südamelihases on paljudel juhtudel elektrilise erutuse ringliikumise mehhanismil põhinevate raskete rütmihäirete morfoloogiliseks aluseks.

M. E. Rosenthali ja kaasautorite (21) andmetel sureb aasta jooksul pärast äge-

da infarkti põdemist 10...20% haigestest, kusjuures pooled on äkksurmajuhud. N. Mazuri ja kaasautorite (32) uurimusest nähtub, et südame eduka defibrilleerimise korral sureb alla 65-aastastest meestest rütmihäirete tõttu kuue kuu jooksul 11,8%, kolme aasta jooksul 25%. Äkksurma oht edaspidi väheneb. Koronaaräkksurma soodustavate teguritena nimetatakse (6, 31) kolesteriini- ja süsivesikute ainevahetuse häireid, kõrget vererõhku ja suitsetamist, s.t. olulisi südame isheemiatõve riskitegureid. Kindlalt on tõestatud äkksurma ja alkoholjoobe seos.

Eluohtlike rütmihäirete väljaselgitamiseks registreeritakse EKG-d pidevalt (Holteri monitorjälgimine) ja kasutatakse mitmeid elektrofüsioloogilisi uurimismeetodeid. Koronaaräkksurma prognoosimise täpsus suureneb, kui mitut meetodit rakendatakse koos (9, 11). Vatsakeste virvenduse ettekuulutajateks peetakse mitmesuguse sageduse ja kuju-ga ventrikulaarseid ekstrasüstoleid (14).

Paraku ei saa vatsakeste fibrillatsiooni raskete rütmihäirete alusel kindlalt prognoosida (11). Veelgi halvem aga on see, et vatsakeste fibrillatsioon võib tekkida ilma igasuguste eelsümptoomideta.

Kuna ühelt poolt on teada, et vatsakeste fibrillatsioon ägeda müokardiinfarkti korral tekib valdavalt esimese 24 tunni jooksul, teiselt poolt aga, et vatsakeste fibrillatsiooni tekkimist konkreetsetel juhtudel on raske prognoosida, soovatakse kõikidel haigetel 24 tunni jooksul pärast müokardiinfarkti teket profülaktika eesmärgil kasutada lido-kaiini (7). Lootusi rütmihäirete profülaktikaks ägeda müokardiinfarkti korral annab ravi kaltsiumikanalite antagonistidega (14). Eriti soovitatav on see vatsakeste virvenduse ohu redutseerimisel müokardi reperfusiooni ajal.

Äkksurma ohtu koronaarhaiguse puhul on vähendanud β -adrenoblokaatorite kasutamine (17, 22). Helsingis tehtud uurimuse põhjal (10) oli alla 65-aastaste meeste hulgas, keda oli ravitud β -adrenoblokaatoritega, äkksurmajuhte kolme aasta jooksul pärast infarkti põdemist

kolm korda vähem kui nende hulgas, kes seda ravi ei olnud saanud (äkksurma teke vastavalt 5,8%-l ja 14,4%-l haigestest). Samas uurimuses märgitakse, et suurems väheneb märgatavalt esimesel aastal, edaspidi β -adrenoblokaatorite toime nõrgeneb. Medikamentoosse arütmiaavastase ravi ebapiisava efektiivsuse kõrval tuleb arvesse võtta ka ravimite kõrvaltoimet, eriti müokardi kontraktiilsuse alandamist (19).

Meetoditest, mille eesmärk on vähendada müokardis nekroosikolde suurust, võidelda südame rütmihäirete ja südamepuudulikkuse ning teiste ägeda koronaarhaiguse tüsistustega, on tähtsal kohal müokardi varajane reperfusioon koronaararteri sulguse korral. Sellisteks on trombolüütiline ravi, perkutaanne transluminaalne koronaroangioplastika ja aortokoronaarne šunteerimine infarkti ägedal perioodil (4, 19, 26). Euroopa koronaarkirurgiakeskuste andmeil oli letaalsus alla 65-aastastel haigetel, kellel kolm koronaararterit oli sulgunud üle 50% arteri läbimõõdust, kirurgilise ravi korral kolm korda väiksem kui medikamentoosse ravi korral, vastavalt 5% ja 15% (31).

Ägeda müokardiinfarkti juhtudel peetakse soovitatavaks (26) teha koronaarlõikus hiljemalt kuue tunni jooksul arvates haiguse algusest, mil suurem on väiksem kui hilisema lõikuse korral. Kirurgilise reperfusiooni oluliseks vaheetapiks (4) on intravenoosne või intrakoronaarne trombolüüs. Kui trombolüüs on tehtud neli tundi pärast haiguse algust, siis vasaku vatsakese funktsioon ei parane ja üldine suurem ei muutu (20). Trombolüüs on seda edukam, mida varem ta tehakse.

Trombolüüsil on arütmiaavastane toime, kuid protseduuri ajal võib arütmia teke sageda ja tekkida isegi vatsakeste fibrillatsioon. Arütmiate tekkimine sulgunud pärgarteri avanemisel on seda võrd iseloomulik, et seda peetakse intravenoosse trombolüüsi korral üheks protseduuri efektiivsuse kaudseks näitajaks (29).

Aortokoronaarne šunteerimine on näidustatud edukalt reanimeeritud infarktihaigetel äkksurma kordumise ärahoidmiseks (25, 34).

Välja on töötatud automaatselt tegevusse lülituvad defibrillaatorid-kardioverterid (12, 16). Neid saab kasutada haigetel, kellel on vatsakeste virvenduse oht. Ohustatute kontingendi väljaselgitamiseks kasutatakse spetsiaalset elektrofüsioloogilist meetodit. Äkksurma ohtu võivad vähendada ka aneürismektomia ja subendokardiaalne ektoopilise kolde resektioon (8).

Koronaaräkksumajärgsed morfoloogilised uuringud (36) on näidanud, et 36,2%-l oleks olnud müokardi võimalik revaskulariseerida täielikult ja 33,1%-l oleks seda olnud võimalik teha osaliselt, niisiis 2/3-l juhtudest oleks õigeaegne kirurgiline ravi vähendanud suremust ja äkksurma tekkimist.

Pärast aortokoronaarset šunteerimist on koronaaräkksumast elustatute edasine elukvaliteet parem, ka läheb neid tööle tagasi rohkem kui samaealisi haigeid (25), kes reanimatsioonijärgselt said ainult medikamentooset ravi (vastavalt 75% ja 47% haigeist). Ka Tallinnas on ägeda müokardiinfarkti tõttu opereerituid (33) saadud häid operatsioonijärgseid tulemusi.

Südame rütmihäired tekivad siiski ka opereerituid (23), nii leiti vatsakeste tahhükardiat 21,5%-l uurituist ja kompleksid vatsakeste ekstrasüstoleid kogu 57%-l aortokoronaarse šunteerimise teel ravituist isheemiatõve all kannatajaist. See asjaolu ei vähenda kirurgilise ravi tähtsust, küll aga näitab veel kord, et koronaarhaigusi põdejate, sealhulgas ka reanimeeritute ravi peab olema kompleksne, rakendades õigeaegselt kõiki meetodeid.

Tänapäeval kasutatav elustamise meetodika põhineb nn. ABC-printsiibil. Erinevuseks peetakse vaid seda (3), et esimeseks võtteks ei pea olema mitte hingamisteede vabastamine («A» = airways), mida enne kunstliku hingamise alustamist niigi tehakse, vaid haige seisundi väga kiire hindamine («A» = assess). Sõltuvalt haige seisundist muu-

tuavad suuresti mõne elustamisvõtte kasutamise viis ja järjekord. Nii ei peeta õigeks varem paljusoovitatud lööki rindkerele, seda võib kasutada ainult harva esinevate ülejuhtehäirete puhul (5). Ka kunstliku hingamise rakendamises on erinevaid variante. Esmase südameseiskuse korral on vaja kohe alustada südame kaudset massaaži (5), mida mõne minuti vältel võib teha ka ilma kunstliku hingamiseta; «musta vere» ringlemine on hapniku kandvuse seisukohalt elutähtsam kui mitte midagi. Ka elustamisel ühe inimese poolt peetakse oluliseks massaaži esmasust. Pimesi defibrilleerimise õigsust vatsakeste virvenduse juhtudel näitab vereringe kiire taastumine; asüstoolia korral ei muutu elustatava seisund ega edasise reanimatsiooni taktika. Olgu lisatud, et enamik nüüdisaja defibrillaatoreid on varustatud EKG jälgimise või registreerimise seadmetega. Elustamine on lihtsam olukorras, kui haige on eelnevalt olnud elektrokardiograafilise ja hemodünaamilise monitorjälgimise all.

Kõige tähtsam on reanimatsiooni alustamise kiirus, sest aeg, mille jooksul peavad osaliselt taastuma elufunktsioonid, on väga lühike. Haiglavälise äkksurma puhul on vaja, et esmaabi, eriti aga erireanimatsioonibrigaad, jõuaks kiiresti abivajajani. Taoliste meetodite rakendamise tulemused on üllatavalt head (1), nii päästavad reanimatsiooniuksused USA-s igal aastal surmast 35 000 koronaarhaigusi põdejat. Kiirabi eribrigaadide eduka töö kogemusi on ka Nõukogude Liidul (37). Rütmihäiretest ohustatud haigete ja elustatute omastele on otstarbekas õpetada reanimatsiooni põhivõtteid (30). Sellega on palju inimesi elule tagasi võidetud, elustamisoskus on paljudes riikides saanud üldkultuuri osaks. Tahaks loota, et ka meie elanike sellealased teadmised süveneksid.

KIRJANDUS: 1. Adgey, A. A. J., Cramton, R. S. Am. Heart J., 1981, 102, 3, P. 473-477. — 2. Buxton, A. E. Ann. Int. Med., 1986, 104, 5, 716-718. — 3. Fisher, J. M. Br. Med. J., 1986, 292, 6526, 1002-1004. — 4. Geltman, E. M. Cardiol. Clin., 1987, 1, 146-156. — 5. Gilston, A. Intensive Care Med., 1979, 5, 49-53. — 6. Goldstein, S. PACE,

1986, 9, II, 1339-1342. — 7. Hoffman, B. F., Daugman, K. H. J. Am. Coll. Cardiol., 1986, 8, 1, Suppl. A., 104A-109A. — 8. Josephson, M. E., Horowitz, L. N., Harken, A. H. In: Sudden Coronary Death. New York, 1982, 381-393. — 9. Kaik, J., Kalde, Y., Vainu, M., Mahotina, V., Vetman, I., Malviste, M. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1987, 30, 3, 173-176. — 10. Kallio, V., Hämäläinen, H., Hakkila, J., Luurila, O. Lancet, 1979, 2, 8152, 1091-1094. — 11. Leach, M., Kehoe, R. F. New Engl. J. Med., 1984, 310, 4, 255-257. — 12. Lehmann, M. H., Steinmann, A. H. Postgrad. Med., 1987, 82, 7, 36-45. — 13. Lown, B. Circulation, 1987, 76, 1, I-186-I-196. — 14. Lown, B., Verrier, R. L. Adv. Cardiol., 1978, 25, 155-168. — 15. Meyer, J. A. Ann. Thorac. Sur., 1988, 45, 1, 103-105. — 16. Mirowski, M., Mower, M. M. JACC, 1988, 11, 2, 371-372. — 17. Norris, R. M. Myocardial Infarction. Auckland, 1982. — 18. Norris, R. M., Barnaby, P. F., Brown, M. A. a.o. Lancet, 1984, 2, 8408, 882-886. — 19. Pitt, B. Sudden Coronary Death. New York, 1982, 218-222. — 20. Rentrop, K. P. Circulation, 1985, 71, 4, 627-631. — 21. Rosenthal, M. E., Oseran, D. S., Gang, E. a.o. Am. Heart J., 1985, 109, 4, 865-867. — 22. Singh, B. N., Venkadesh, N. Am. Heart J., 1984, 107, 1, 189-200. — 23. Surawicz, B. JACC, 1987, 10, 2, 435-447. — 24. Zipes, D. P., Heger, J. J., Prystowsky, E. N. Am. J. Med., 1981, 70, 6, 1151-1154. — 25. Tresch, D. D., Keelan, M. H., Siegel, R. a.o. Am. Heart J., 1984, 108, 1, 1-5. — 26. Vismara, L. A., Miller, R. R., Price, J. E. a.o. Am. J. Cardiol., 1977, 39, 6, 919-927. — 27. WHO Scientific Group. Sudden Cardiac Death. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organization. Geneva, 1985.

28. Браждените Ю. П., Блужайте И. И., Муцуйвичене А. А. В. сб.: Тезисы докладов Эстонской республиканской конференции кардиологов. Таллинн, 1983, 31-32. — 29. Ганелина И. Е., Шальнев, В. И., Дерягина Г. П. и др. В кн.: Материалы коллоквиума «Диагностика и лечение инфаркта миокарда». Тбилиси, 1987, 56-57. — 30. Ленилин М. Г., Поспелова В. В. Тер. арх., 1988, 60, 10, 157-158. — 31. Мазур Н. А. Внезапная смерть больных ишемической болезнью сердца. М., 1986. — 32. Мазур Н. А., Докучаева Е. А., Котляров В. В. Бюлл. Всес. Кардиол. Науч. Центра АМН СССР, 1983, 6, 2, 54-57. — 33. Мерен Т. Р. Аортокоронарное шунтирование в лечении острого инфаркта миокарда. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1985. — 34. Работников В. С., Маликов В. Е. Тер. арх., 1988, 60, 10, 15-19. — 35. Сафар П. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. М., 1984. — 36. Сталиорайтиде Е. Ю., Валанчюте А. Л., Вайцекавичюс Э. Ю. и др. Кардиология, 1985, 25, 11, 25-28. — 37. Янушкевичюс З. И., Лукошевичюте А. И. В кн.: Современные проблемы реаниматологии. М., 1980, 266-271.

Summary

Resuscitation of patients with imminent sudden coronary death. This article gives a review about actual problems of resuscitation in imminent sudden coronary death.

Резюме

Реанимация при внезапной коронарной смерти. В статье изложена система современных диагностических и лечебных мероприятий, связанных с внезапной коронарной смертью больных ишемической болезнью сердца. Дан краткий обзор развития кардиопульмональной реанимации. Представляется необходимым усовершенствовать работу специализированных реанимационных отделений и бригад скорой помощи. Не менее важной является проблема обучения методам современной реанимации не только всех врачей, но и широких кругов населения.

Tallinna Kiirabihaigla

TRÜ arstiteaduskonna
sisehaiguste propedeutika
kateeder

* Autorid paluvad honorari kanda Eesti Rohelise Liikumise arvele.

Компьютеранатомия. Colorado Ülikooli meditsiinikeskuses töötati välja süsteem, mis edastab kompuutri ekraanile anatoomilise struktuuri loomulikes värvides kolmemõõtmelise pildina. Asi sai alguse vajadusest täpselt ravida liigese ja lihaste haigusi ning traumasid. Süsteemi tööprintsip seisneb järgmises: fotografeeritakse kujundid üliõhukestest histoloogilistest lõikudest, foto sisestatakse kompuutrisse, mis sünteesib erinevatest koelõikudest kolmemõõtmelise kujundi ning tõlgib selle arvude keelde, mis salvestatakse mälusse. Loodetakse välja töötada algoritmid, mis võimaldavad kompuutril näidata isegi üksikut närvi, verekapillaari, lihaskiudu jne.

Scientific American, 1988, 6.

UDK 616.331-073.75(047)

Mao röntgenoloogiline uurimine

Vladimir Järv · Tartu

mao röntgenoloogiline uurimine, klassikaline meetod, topeltkontrasteerimismeetod

1886. aastal, aasta pärast röntgenikiirte avastamist, tegi W. Becher seedetrakti, sealhulgas ka mao esimese röntgenuuringu katseloomal (1). 1887. aastal võttis Rumpel (14) inimese söögitoru röntgenoloogilisel uurimisel kontrastainena kasutusele vismutisoolad. 1904. aastal andis Rieder (16) põhjaliku kirjelduse mao asendist, kujust ja mõõtmetest koos nende eripärasusega. 1910. aastal võtsid Bachman ja Günther (14) kasutusele kontrastainena baariumsulfaadi, mis kahjutu ja suhteliselt odava ainenä on kasutusel olnud tänaseni. Kui algul uuriti magu vaid pingsalt täidetuna, siis 1920-ndate aastate lõpul hakkas H. H. Berg (3) uurima ka limaskesta reljeefi, seega kujunes välja klassikaline mao röntgenoloogilise uurimise meetod. Juba 1911. aastal tegi J. Elischer (4) katseid uurida mao pneumoreljeefi, s. t. magu topeltkontrasteerida. Laiema leviku saavutas see meetod 1960-ndate aastate lõpul, kui loodi nõuetele vastav kontrastaine. Topeltkontrasteerimise meetod arendati täiuslikkuseni välja Jaapanis H. Shirakabe, H. Ichikawa ja K. Kawai poolt (7, 8, 21). Praeguseks on topeltkontrasteerimine maailma mas-taabis saanud rutiinmeetodiks. Nõukogude Liidus on meetod alles kasutuselevõtmisel, kusjuures praktikas tuleb sageli ette eksimusi selliste nõuete vastu nagu piisava kunstliku hüpotoonia tekitamine, sobivate gaasikoguste tarvitamine, optimaalsete parameetritega kontrastaine kasutamine, mao eri piirkondade uurimine õiges järjekorras, kontrastaine kasutamine sobivas koguses ja haige uurimine sellises asendis, mille puhul informatsiooni saada on kergem. Käesolevas töös on esitatud

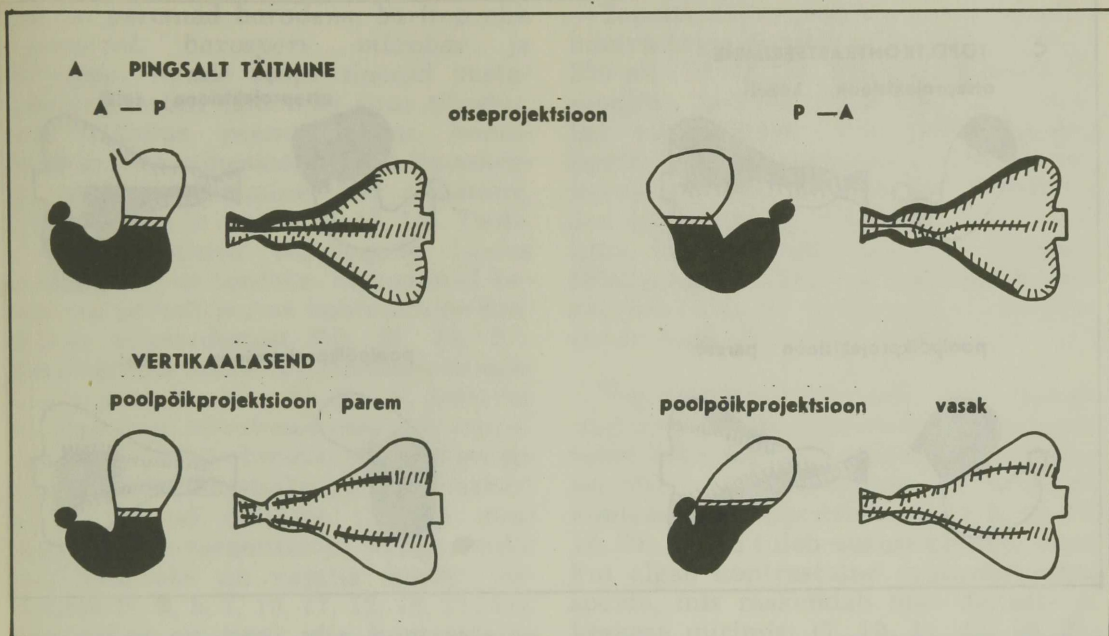
kirjanduse andmed nende aspektide kohta ning võrreldud mao röntgenoloogilise uurimise meetodite diagnostilisi võimalusi.

Mao röntgenoloogilisel uurimisel rakendatakse vähemal määral ka parieto-, pneumogastro-, elektroröntgeno-, angio-, lümfo-, tomo- ja kompuutertomograafiat.

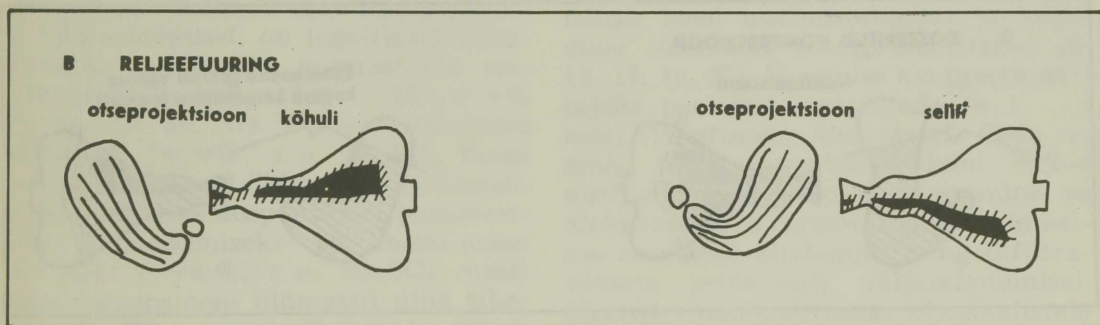
Käesolevas töös käsitletakse mao röntgenoloogilise uurimise üldpõhimõtteid ja uurimismeetodite rakendamise võimalusi. Erilist tähelepanu pööratakse asjaoludele, millest sõltub uurimise efektiivsus.

Mao röntgenuurimise klassikaline meetod. Kasutatakse väikese tihedusega (alla 100 w/v%) baariumsulfaadi suspensiooni. Uuring algab 2...3 suutäie kontrastaine sissevõtmisega, mille ajal uuritakse patsiendi söögitoru I põikpositsioonis. Järgneb mao palpeerimine mao erinevate täitumisastmete juures. Kasutatakse ka kompressioonituubust, tehakse siht- ja üldülesvõtteid. Uuring lõpeb pingsa täitmise (kokku 400...600 ml) ja peristaltika jälgimisega. Klassikaline meetod võimaldab hinnata elundi asendit, mõõtmeid, kuju, kontuuri, limaskesta makroreljeefi (voldilisust) ja peristaltikat. Meetod on väheinformatiivne juhtudel ja piirkondades, kus palpeerimine ei ole võimalik (korpulentsus või tugevad kõhukatted, roidekaaretagune piirkond). Diagnoosimisvigu on kõige enam ette tulnud mao proksimaalosa uurimisel, infiltratiivsete protsesside ja varajase maovähi korral (3, 11, 12, 17, 20, 22, 26, 28, 29).

Topeltkontrasteerimine kasutab nii pingsat täitmist kui ka reljeefi uurimist. Uuritav mao piirkond peab olema pingsalt täidetud õhu või gaasiga ja limaskest kaetud kontrastaine õhukese kihiga. Selliste tingimuste loomisel tuleb arvestada kontrastaine suspensiooni ja gaasi vastassuunalist liikumist maos raskusjõu mõjul ning silmas pidada mao topograafiat koos individuaalse eripäraga (asend, kuju ja mõõtmed igal üksikjuhul). Topeltkontrasteerimine toimub hüpotoonia tingimustes, mil õnnestub



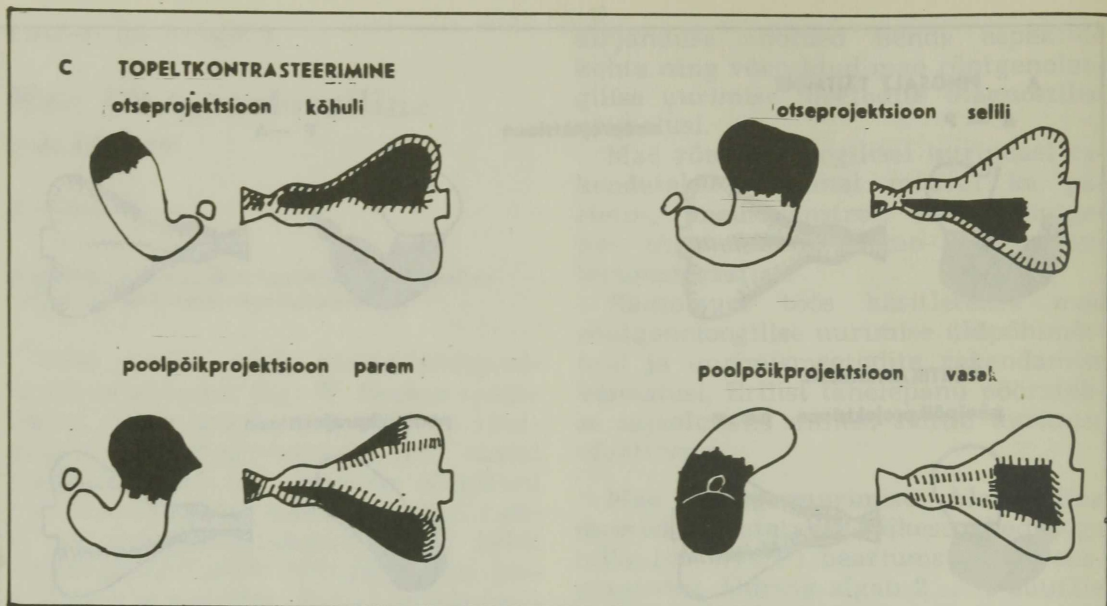
Joonisel 1 H. Ichikawa maakaardid pingsa täitmise korral (vt. teksti lk. 195).



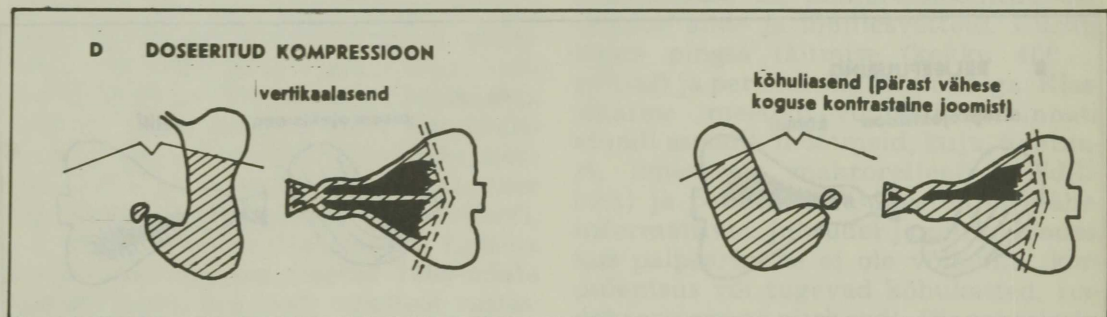
Joonis 2. Reljeefuuringul on võimalik uurida mao limaskestast makroreljeefi, mao proksimaalosa ei ole hinnatav.

maoseina kas gaasi või õhuga sedavõrd venitada, et kaob limaskestast voldilisus ja on võimalik uurida selle peen- ehk mikroreljeefi. Hüpotoonia tekitamiseks kasutatakse kõige enam järgmisi kolino-lüütilisi preparaate: glükagooni, buskopaani, atropiini ja metatsiini. Nende toimel lõõgastub seedetrakti silelihas-kond ja väheneb maonäärmete sekretsioon. Glükagoon on vastunäidustatud suhkurtõve, allergilise diateesi ja feokromotsütoomi puhul (3, 9, 11, 13, 16, 21). Buskopaani ja atropiini on vastu-

näidustatud glaukoomi, raske peaaaju-skleroosi, tahhükardia, kusemishäiretega prostata-hüpertroofia ja mehhaanilise stenoosi korral seedetraktis (3, 13, 23, 26, 29). Metatsiini tsentraalne toime ja sellega kaasnevad kõrvalnähud on nõrgemad kui atropiini. Preparaadi perifeerne kolino- ja spasmolüütiline toime on tugevam kui atropiini (3, 26, 29). Veeni manustamise korral saabub kolino-lüütiliste preparaatide toime 1... 5 minuti pärast ning kestab 15... 20 minutit. Suu kaudu manustamise korral



Joonisel 3 on nähtav, et topeltkontrasteerimisel on võimalik uurida peaaegu kogu mao limaskesta mikroreljeefi.



Joonis 4. H. Ichikawa maakaardid doseeritud kompressiooni korral.

algab atropiini toime 10...20 minuti pärast ja kestab 1...2 tundi (3, 13, 23, 26, 29). Mitu autorit on rõhutanud sügava hüpotoonia tähtsust edukaks mao topeltkontrasteerimiseks (6, 8, 9, 11, 16, 29).

Topeltkontrasteerimisel peab maos olema vähemalt 200 ml õhku või gaasi. Selline kogus CO₂ tekib 1 g sidrunhappe ja 1 g söögisooda vahelisel reaktsioonil (22). Vajaduse korral manustatakse gaasisegu korduvalt, kuid peab silmas pidama, et liiga suurte gaasikoguste puhul venivad maoseinad liigselt ja kao-

vad väikesed infiltratsioonid (6, 21). Gaasi tekitavad segud peavad olema peenepulbrilised (11). Välismaa autorid kasutavad ka patenteeritud gaasitekitavaid graanuleid ja tablette, nagu «Gastrovison» ning «Gastroluft», mille toimel tekib maos mõõduka kiirusega vajalikul hulgal gaasi (3, 11, 13).

Mõni autor (16, 18) on soovitanud viia gaasi kontrastaine koostisse, kasutades selleks šifooni. Sellisel juhul on gaasi eraldumine kontrastainest pikaajaline ja seeläbi kannatab uuringu kvaliteet (29). Patenteeritud kontrastaine-

test on paremad *barodens*, *baritop* ehk *topcontrol*, *barospers*, *mixobar* ja *micropac*. Nende suspensioonid vastavad järgmistele nõuetele: suur tihedus, hea voolavus, peendisperssus, homogeensus, hea adhesioonivõime limaskestal, aeglane settimine, hea säilimine, meeldiv lõhn ja maitse (9, 14, 15). Taolisi kontrastaineid Nõukogude Liidus tööstuslikult ei toodeta. Entusiastid kasutavad peendisperse kontrastaine saamiseks mikserdamist (10, 24, 25, 29). Kontrastaine osakeste optimaalseks suuruseks peetakse 1...2 μ (2, 14). Settivus on võrdelises sõltuvuses osakeste suurusest (14). Mao limaskesta pindmiste muutuste hindamiseks peab limaskest olema kaetud õhukese (1...3 mm) kontrastaine suspensiooni kihiga, mille saavutamiseks on vajalik madal viskoossus (2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 16, 21, 27). Soovitatud on isegi viia kontrastaine suspensiooni viskoossus ligilähedaseks vee omale (16).

Nagu on näidanud kliiniline praktika ja fantoomkatsed, on topeltkontrasteerimiseks optimaalne kontrastaine suspensioon tihedusega 200...250 w/v% (2, 10, 13, 26, 27). Peale massi-mahu protsendi (w/v%, s. o. Ba₂SO₄ massi suhe suspensiooni üldmahtu) kasutatakse kontrastaine suspensiooni parameetrite väljendamiseks ka massi-massi protsenti (w/w%, s. o. Ba₂SO₄ massi suhe suspensiooni üldmassi) ning tihedust (Ba₂SO₄ massi ja H₂O mahu suhe). Tiheduse suurendamiseks ja viskoossuse vähendamiseks lisatakse suspensioonile naatriumtsitraati. Soovitatav vahekord on 2% naatriumtsitraati 98% Ba₂SO₄ kohta (14, 16).

Vahu teket ärahoidvate ainetena kasutatakse selliseid pindaktiivseid vahendeid nagu antifomsilaani, mülikooni, simetikooni, dimetüül- ja polümetüülsiloksaani (10, 14, 16, 29). Maosisaldise toime eest kaitsevad kontrastaine suspensiooni protektorkolloidid, nagu agar, želatiin, albumiin ja dekstriin. Lõhna ja maitse parandamiseks lisatakse kontrastainele tsitrusviljade kontsentrante või essentse (14, 16).

Topeltkontrasteerimisel on kasutatud kontrastaine suspensiooni koguses 50...250 ml (10, 16, 24, 29). H. Ichikawa (7) soovitab individualiseeritud portsjonist manustamist. Suuremas koguses kontrastaine suspensiooni kasutamise korral pestakse limaskestalt paremini ära kontrastaine taklevust halvendav lima, kuid suurema hulga ja suurema tihedusega suspensiooni kasutamise korral kiireneb ka kontrastaine suspensiooni evakueerumine maost.

Topeltkontrasteerimisel on raskelt uuritavaks alaks mao eessein. Seda uuritakse kohe algul — patsient on kõhulitendendis — vähese koguse, 15...50 ml kontrastaine suspensiooniga (3, 6, 10, 11, 16, 29). Magu tuleb uurida kiiresti, enne kui algab kontrastaine evakueerumine soolde, mis raskendab mao distaal- ja keskosa uurimist (7, 10, 11, 13, 16, 21, 27). Filmikulu on topeltkontrasteerimisel suurem kui klassikalisel meetodil uurimisel. Topeltkontrasteerimine nõuab head uurimistehnikat ja kogemusi tulemuste interpreteerimisel (8, 12, 13, 16, 27). Uurimise kvaliteedi näitajaks peetakse maoväljade ($\varnothing$ 1...3 mm) ilmestumist ülesvõtetel. Seda on mõni autor saavutanud kuni 80%-l uuritavaist. Topeltkontrasteerimine on efektiivne mao tagaseina ja proksimaalosa muutuste hindamisel ning infiltratiivsete protsesside väljaselgitamisel. Meetod võimaldab lisaks klassikalistele muutustele avastada ka erosioone, lineaarhaavandeid, submukoosseid infiltratsioone ja varajast maovähki (8, 11, 12, 20, 21, 24, 28, 29).

Eri uurimismeetodite efektiivsust erinevates positsioonides näitavad H. Ichikawa koostatud nn. maokaardid (7, 8), mis on toodud joonistel. Vasakpoolne kujutis joonisel on mao «röntgenogramm». Parempoolne joonis näitab, kui võrd efektiivselt on mao piirkonnad nimetatud meetodil ja positsioonis uuritavad. Tume ala on sellel meetodil ja selles positsioonis hästi uuritav. Viirutatud ala võib antud meetodil ja antud positsioonis olla uuritav. Hele ala

antud meetodil ja antud positsioonis uuritav ei ole.

Pingsalt täitmisel (A) ei ole mao kontuuridest võimalik saada ülevaadet kogu ulatuses, sest pööramisel tekib mao eri osade superprojektsioon. Pingsalt täitmisel jääb kontrasteerimata mao proksimaalosa ja uurimata limaskesta reljeef. Reljeefiuuringul (B) on võimalik uurida mao limaskesta makroreljeefi. Mao proksimaalosa ei ole hinnatav. Topeltkontrasteerimisel (C) saab uurida suuremal osal mao sisepinnast limaskestast mikroreljeefi. Joonisel on mao eessein kujutatud uurituna patsiendi kõhualiasendis, kui kasutati väheses koguses kontrastainet. Seejuures on röntgeniparaadi statiiv kallutatud patsiendi pea poolses otsas horisontaalasendist allapoole. Mao tagasein on kujutatud uurituna patsiendi selili- ja paremas poolpöikasendis. Maolävisel piirkond on kujutatud uurituna patsiendi vasakus poolpöikasendis. Doseeritud kompressioonil (D) on hinnatavad vaid need mao piirkonnad, mis asuvad roidekaarest allpool.

Klassikalise ja topeltkontrasteerimismeetodi kombineerimisest on saadud meetod, mida nimetatakse kahefaasiliseks (10, 13, 16) või mõne autori järgi multifaasiliseks meetodiks (5). Kombineeritud meetod on täpsem kui mõlemad meetodid eraldi võetuna (5, 13).

Ühtne mao röntgenoloogilise uurimise meetodika praeguseks veel puudub. Mitmed autorid alustavad uurimist topeltkontrasteerimisest, millele järgneb uurimine klassikalisel meetodil (10, 11, 21, 30). On ka soovitatud enne topeltkontrasteerimist teha reljeefiuurimine (3, 16, 26, 29). Praktika on siiski näidanud, et pärast uurimist klassikalisel meetodil pole võimalik edukas mao topeltkontrasteerimine. Välja on töötatud mitmeid mao röntgenuurimise standardmeetodeid (5, 10, 13, 16, 27, 28). Neis püütakse anda manustatavate kontrastainete optimaalsed parameetrid ja kogused ning pakutakse optimaalset positsioonide järjestust.

Üldtunnustatud on vajadus uurida patsienti eri asendites (vertikaal-, hori-

sontaal- ja Trendelenburgi asend selili ja kõhuli) otse-, poolpöik- ja vajaduse korral külgspositsioonis, fikseerides uurimistulemused kindlasti ülesvõtetel (6, 10, 11, 13, 23, 26, 29). Mao röntgenuurimine lõpetatakse tavaliselt peristaltika jälgimisega, vajaduse korral tehakse ka polügramme.

Tänapäeva nõuetele vastavaid tulemusi maohaiguste röntgendiagnoosimisel võib saada vaid nüüdisaegsete uurimismeetodite rakendamisel. Ajakohane on magu uurida klassikalise ja topeltkontrasteerimismeetodi kombineerimise teel, s. t. bifaasiliselt. Seejuures peatagu kinni kõikidest tehnilistest nõuetest. Ainult sel teel on võimalik uurida kõiki mao piirkondi, avastada nii klassikalisi kui ka pindmisi muutusi maos.

KIRJANDUS: 1. *Becher, W.* Dtsch. med. Wochenschr., 1896, 22, 202—203. — 2. *Dietze, R.* Radiol. Diagn., 1986, 1, 146—149. — 3. *Domschke, W., Koch, H.* Diagnostik in der Gastroenterologie. Stuttgart, 1979. — 4. *Elischer, J.* Fortschr. Röntgenstrahlen Nukl. med., 1911, 18, 338—340. — 5. *Gelfand, D., Yu, M., Ott, D.* Radiology, 1987, 162, 829—834. — 6. *Hunt, J.* Clin. Radiol., 1976, 27, 89—97. — 7. *Ichikawa, H.* The basic concepts of double-contrast radiography of the stomach. Tokyo, 1973. — 8. *Kawai, K., Tanaka, H.* Differential Diagnosis of Gastric Diseases. Tokyo, 1974. — 9. *Keto, P.* Fortschr. Röntgenstrahlen Nukl. med., 1980, 5, 545—547. — 10. *Kuus, E.* Seedetrakti ülemise osa röntgenoloogiline uurimine. Meetodiline juhend. Tartu, 1987. — 11. *Laufer, I.* Radiology, 1975, 117, 513—518. — 12. *Laufer, I.* In: Progress in Gastroenterology. Vol. 3. New York — San Francisco — London, 1977, 643—649. — 13. *Levin, M., Rubesin, S., Herlinger, H.* a. o. Radiology, 1988, 168, 593—603. — 14. *Miller, R., Skucas, J.* Radiographic Contrast Agents. Baltimore — London — Tokyo, 1977. — 15. *Mohamed, S., Hegedus, W.* Arch. Radiol., 1977, 18, 249—259. — 16. *Odo Op den Orth, J.* The standard biphasic-contrast examination of the stomach and duodenum. London, 1979. — 17. *Palmer, G., Sedman, W.* Radiology, 1977, 124, 297—305. — 18. *Pochaczewsky, R.* Radiology, 1975, 117, 519—521. — 19. *Poplack, W., Paul, R., Goldsmith, M.* a. o. Radiology, 1975, 117, 519—521. — 20. *Portnoi, L., Romanov, G., Lesin, E.* Radiol. Diagn., 1985, 6, 825—833. — 21. *Shirakabe, H.* Double-contrast Studies of the Stomach. Stuttgart, 1972. — 22. *Theni, R., Cello, Y.* Radiology, 1980, 2, 305—308. — 23. *Treichel, J., Oeser, H.* Dtsch. med. Wochenschr., 1975, 100, 2226—2229. — 24. *Vlassov, P.* Radiol. Diagn., 1986, 2, 195—201.

25. Бруганский В., Гнездин Б., Герасимян В. Вестн. рентгенол. и радиол., 1985, 4, 9—11. — 26. Власов В. Клинико-рентгенологическая семиотика рака желудка. М., 1974. — 27. Волынский В., Матковский С., Цуркал Е. В. В сб.: Тезисы докладов VIII конференции рентгенологов и радиологов Прибалтийских республик. Вильнюс 1987. — 28. Петерсон Б. Рак проксимального отдела желудка. М., 1974. — 29. Рябин И., Ставицкий Р., Хасидашвили И. и др. Вестн. рентг. и радиол., 1985, 5, 57—61. — 30. Рябухина Н. Первичное двойное контрастирование желудочно-кишечного тракта. М., 1985.

Summary

Radiography used in the diagnosis of gastric disorders. The article gives a literature review of the radiography of the stomach. The author describes the principles of the classical X-ray and double contrasting techniques and their diagnostic features. Special attention is paid to some specific aspects which determine the effectiveness of radiography. The author points out that the best results can be achieved by using contemporary methods, especially by a skilful use of biphasic radiography techniques.

Резюме

О рентгенологическом исследовании желудка. Статья содержит обзор литературы, посвященной вопросам рентгенологического исследования желудка. Описываются основные принципы применения и диагностические возможности классического метода и метода двойного контрастирования. Особое внимание уделяется проблемам, от которых зависит эффективность исследования, но которые между тем недостаточно учитываются в практической деятельности. Результатов, отвечающих современным требованиям, можно достичь лишь при умелом использовании современных методов исследования, и в первую очередь метода бифазного контрастирования.

TRÜ arstiteaduskonna
radioloogia ja onkoloogia kateeder

TERVISHOIUTOÖ KORRALDUS

UDK 61:31(474.2)+(47+57)

Eesti tervishoid üleliidulisel foonil

Nüüdisajal arutame elavalt IME tingimustes töötamise võimalusi, püüame leida parimat varianti, milliseks kujun-

Tabel 1. Tervishoiu arengu põhinäitajad Nõukogude Liidus 1987. aastal

Liiduvabariik, pealinn	10 000 inimese kohta		
	arste	keskaste- me me- ditsiini- töötajaid	voodi- kohti
NSV Liidus üldse	43,3	116,0	130,6
Vene NFSV	46,3	121,6	135,9
Moskva	105,6	175,5	138,6
Leningrad	86,8	144,9	118,3
Ukraina	42,7	114,8	133,0
Kiiev	83,8	146,9	137,3
Valgevene	39,1	111,0	133,9
Minsk	68,7	131,7	133,5
Usbeki	34,7	101,2	120,4
Taškent	79,4	149,0	149,4
Kasahhi	38,7	117,1	133,1
Alma-Ata	93,5	164,3	161,9
Gruusia	56,7	122,3	108,1
Tbilisi	127,9	164,1	142,2
Aserbaidžaan	38,7	94,7	98,0
Bakuu	80,2	141,4	126,4
Leedu	44,3	125,7	126,0
Vilnius	76,7	160,6	178,7
Moldaavia	39,3	116,1	128,6
Kišinjov	99,3	179,8	200,2
Läti	49,3	126,8	140,5
Riia	81,3	159,5	160,9
Kirgiisia	35,1	100,5	118,6
Frunze	86,7	145,0	162,9
Tadžiki	27,2	75,1	104,2
Dušanbe	81,5	150,4	134,9
Armeenias	39,2	96,9	85,8
Jerevan	73,5	104,4	106,4
Turkmeenias	34,7	97,1	109,2
Ašhabad	95,0	132,2	158,6
Eesti	47,9	116,3	122,5
Tallinn	71,7	145,4	134,6

Tabel 2. Väikelaste suremus liiduvabariikides ja liiduvabariikide pediatrite arv

Liiduvabariik	Alla aasta vanuste surnud laste arv 1000 sünni kohta			Liiduvabariikide pediatrite arv 10 000 0...14 aasta vanuse lapse kohta		
	1980	1985	1987	1980	1985	1987
NSV Liidus kokku	27,3	26,0	25,4	17,7	19,9	20,8
Vene NFSV	22,1	20,7	19,4	21,3	23,2	24,1
Ukraina	16,6	15,7	14,5	17,7	20,5	21,3
Valgevene	16,3	14,5	13,4	17,3	18,8	19,6
Usbeki	47,0	45,3	45,9	10,0	12,8	13,9
Kasahhi	32,7	30,1	29,4	13,1	15,8	17,5
Gruusia	25,4	24,0	24,3	21,9	25,5	27,6
Aserbaidžaan	30,4	29,4	28,6	14,2	16,8	17,9
Leedu	14,5	14,2	12,3	19,2	20,7	22,2
Moldaavia	35,0	30,9	25,9	15,0	16,6	17,0
Läti	15,4	13,0	11,3	24,4	25,8	26,0
Kirgiisia	43,3	41,9	37,8	11,3	13,9	15,0
Tadžiki	58,1	46,8	48,9	9,1	11,6	12,2
Armeenia	26,2	24,8	22,6	15,3	16,9	17,8
Turkmeenia	53,6	52,4	56,4	9,6	11,5	14,2
Eesti	17,1	14,0	16,1	22,7	23,8	26,0

Tabel 3. Psüühilistesse haigustesse haigestumine liiduvabariikides (100 000 inimese kohta)

Liiduvabariik	Esmakordselt diagnoositud haigusega		sealhulgas			
			alkoholism ja alkohoolne psühhoos		narkomaania ja toksikomaania	
	1986	1987	1986	1987	1986	1987
NSV Liidus kokku	416,3	396,2	195,8	180,7	5,8	8,6
Vene NFSV	463,4	440,3	241,8	223,5	4,5	8,0
Ukraina	502,8	480,6	191,6	180,4	13,0	13,9
Valgevene	448,5	397,3	219,3	195,7	1,9	2,4
Usbeki	182,5	181,4	45,8	39,8	5,0	6,2
Kasahhi	367,4	377,3	183,1	186,7	5,0	9,7
Gruusia	119,8	120,0	29,3	29,2	2,2	3,0
Aserbaidžaan	110,6	124,8	12,5	14,5	1,8	4,5
Leedu	444,8	399,0	202,2	183,9	2,8	6,1
Moldaavia	622,1	586,0	293,1	254,6	3,4	4,7
Läti	558,8	500,0	302,4	229,4	5,4	7,8
Kirgiisia	252,8	214,5	92,2	68,7	4,8	9,2
Tadžiki	123,3	118,5	53,5	40,8	2,0	3,7
Armeenia	96,5	91,7	16,2	13,3	1,2	1,5
Turkmeenia	138,9	154,1	49,5	38,8	13,3	21,4
Eesti	403,4	340,8	158,6	142,7	1,4	4,6

dada Eesti tervishoid ja tema valdkonnad uutes majandustingimustes. Enam ei saa edasi minna tsentraliseerimise ega ekstensiivsuse teel, selle efektiivsus ning ideevaesus on ilmselge. Tervishoiu tänast seisu aitab analüüsida ja tulevikupilku teravdada see, kui me teame, millises seisus on Eesti tervishoid Nõukogude Liidu taustal tervikuna ning teiste liiduvabariikide tervishoiuga võr-

relduna. Sellist analüüsi- ja mõttematerjali pakume lugeda ajakirjas «Вестник статистики», 1988, nr. 12 ja 1989, nr. 1 avaldatud materjalide alusel. Juhime tähelepanu sellele, et statistilised näitajad on summaarsed, s. t. sisaldavad andmeid enam-vähem kõikide antud vabariigi territooriumil arstiabi andvate süsteemide kohta (tervishoiuministeerium, raudteekond, siseministeerium, laevan-

Tabel 4. Suguhaigustesse haigestumine liiduvabariikides (100 000 inimese kohta)

Liiduvabariik	Esmasdiagnoosiga haiged			
	süüfilise kõik vormid		gonorröa	
	1986	1987	1986	1987
NSV Liidus kokku	7,6	5,6	94,6	86,3
Vene NFSV	7,2	5,1	117,9	105,7
Ukraina	7,3	5,7	77,7	73,5
Valgevene	2,8	1,6	85,9	87,0
Usbeki	7,6	6,1	27,2	23,4
Kasahhi	8,2	4,7	96,8	89,3
Gruusia	21,5	25,5	112,3	95,9
Aserbaidžaan	5,0	4,7	18,7	15,2
Leedu	2,4	2,9	96,3	87,2
Moldaavia	9,7	7,4	110,7	115,2
Läti	8,8	6,1	92,6	79,9
Kirgiisia	9,6	6,1	58,1	55,9
Tadžiki	10,6	7,9	24,4	24,5
Armeenia	8,5	5,9	44,3	54,8
Turkmeenia	14,2	12,1	31,5	35,0
Eesti	5,4	3,3	117,2	102,5

Tabel 5. Mõnda nakkushaigusesse haigestumine liiduvabariikides (100 000 inimese kohta)

Liiduvabariik	Ägedad soolenakkushaigused		Kõhu- ja paratüüfused A, B, C		Viirushepatiit (ka seerumhepatiit)		Gripp ja ülemiste hingamisteede nakkused		Meningokokknakkused		Esmastuberkuloos	
	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987	1986	1987
NSV Liidus kokku	594	602	4,7	4,5	301	305	27383	21025	5,9	5,4	44,8	43,7
Vene NFSV	727	768	1,3	1,1	188	151	32743	24965	7,0	6,2	43,6	42,4
Ukraina	389	304	0,9	0,8	213	178	29336	23304	5,1	4,8	39,4	38,2
Valgevene	176	172	0,6	0,5	206	183	26042	21080	7,3	9,4	37,6	35,0
Usbeki	744	722	17,5	19,1	1205	1451	10543	8613	3,2	3,3	48,1	48,2
Kasahhi	481	532	6,0	5,7	400	359	20316	15002	6,5	5,3	73,8	73,3
Gruusia	362	326	3,4	2,3	329	306	15415	11976	1,2	1,2	34,2	33,5
Aserbaidžaan	253	247	5,2	4,3	256	264	14294	12700	0,2	0,3	53,9	51,6
Leedu	165	156	1,6	1,5	266	212	13656	8825	4,3	5,1	32,9	31,7
Moldaavia	618	606	0,7	1,0	390	295	17658	13628	10,4	10,1	64,7	60,0
Läti	205	151	1,3	0,4	204	161	30739	17157	5,5	5,0	30,8	29,3
Kirgiisia	528	644	14,5	15,7	592	1074	13602	10938	6,2	6,5	51,9	50,0
Tadžiki	1072	1069	71,4	60,7	642	1121	14638	10215	3,2	3,9	52,7	53,2
Armeenia	242	238	2,5	2,0	203	194	17231	14417	0,8	0,6	23,8	21,6
Turkmeenia	611	622	56,5	47,9	602	775	12387	9454	1,8	2,2	47,1	55,5
Eesti	355	323	0,5	0,6	190	96	28950	17387	3,7	3,6	28,3	23,5

dus ja kalatööstus, meditsiinilis-sanitaarosakond 17). Seetõttu on statistilised näitajad ainult Eesti NSV Tervishouministeeriumi süsteemi kohta eeltoodutest erinevad. Näiteks oli tervishouministeeriumi süsteemis arste 10 000 inimese kohta 1987. aastal 40,7 ja 1988. aastal 40,8, keskastme meditsiinitöötajaid 91,3 ja 90,7, pediaatreid 22,1 ja 22,9, voodikohti 119,5 ja 118,7

ning pahaloomuliste kasvajate esinemis-sagedus 100 000 inimese kohta oli 1987. aastal 299,7 ja 1988. aastal 305,3.

Arstide arvult 10 000 inimese kohta on Eesti Gruusia ja Läti järel kolmandal kohal, kusjuures Tallinn on pealin-nadest Minski ees eelviimane. Tuletan meelde, et 1934. aastal oli Eestis 10 000 inimese kohta 8,5 arsti, arstiabi said kõik soovijad ning Eesti Arstideseltside

Tabel. 6. Pahaloomuliste kasvajate esinemissagedus (100 000 inimese kohta)

Liiduvabariik	Standardnäitajad	
	1986	1987
NSV Liidus kokku	190,8	192,5
Vene NFSV	202,1	198,9
Ukraina	202,0	206,9
Valgevene	173,0	186,0
Usbeki	128,0	129,2
Kasahhi	207,1	190,5
Gruusia	110,7	108,1
Aserbaidžaan	154,2	157,2
Leedu	208,8	202,8
Moldaavia	170,3	169,4
Läti	191,6	206,7
Kirgiisia	146,6	162,6
Tadžiki	121,4	122,1
Armeenia	157,7	160,6
Turkmeenia	156,9	151,6
Eesti	215,4	214,1

Liidus räägiti arstide üleproduktsooni. 1987. aastal oli Eestis sama näitaja 47,9, hea arsti jutule pääseda oli raske ja järjekorrad üsna pikad. Sisuliselt on praegugi tegemist arstide üleproduktsooniga, seda varjavad vaid üleliidulise tervishoiusüsteemi ülikeerukas bürokraatlik organisatsioon ning loogikata töökorraldus. Ka ei saa järjest suurenev arstide arv mitte kunagi kompenseerida meie tehnilist mahajäämust võimalikust tänapäeva tasemest. Oma suure keskastme meditsiinitöötajate puuduse juures oleme üleliidulise keskmise tasemel, vaid Kesk-Aasia liiduvabariikide edestamine pole meile kuigi suureks auks. Voodikohtade arvult jääme üleliidulisest keskmisest märksa allapoole, kitsikus nendega on igapäevane mure. Ilmselt oleks olukord haigla voodikohtade osas Eesti ajupotentsiaaliga keskustes, eeskätt Tartus, märksa parem, kui meie tervishoiu juhid oleksid uute raviasutuste rajamisele möödunud aastakümnetel vaadanud kvaliteetset ravi vajavate tavaliste patsientide silmades läbi.

Alla aasta vanuste laste suremus on rahva taastootmise oluline näitaja, eriti sellise väikerahva puhul nagu eestlased. Euroopa tasemele jõudmiseks peame veel palju vaeva nägema. Väike-

laste suremus ei korreleeru mitte alati lastearstide arvuga, sest selle näitaja parandamisel domineerivad sotsiaalhügieenilised tegurid.

Haigestumine mitmesugustesse psüühilistesse haigustesse on üsna tundlik ühiskonna sotsiaal-majanduslike muutuste näitaja. Alkohoolismi esinemissagedus Balti liiduvabariikides on üsna suur, kuigi Eesti jääb alkoholi tarbimise poolest Lätist ja Leedust, ka NSV Liidu keskmisest suuresti maha. Narkomaania ja toksikomaania esinemissagedus näitab aga märgatavat suurenemistendentsi nii meil kui ka mujal.

Pahaloomuliste kasvajate esinemissagedus Eestis on NSV Liidu suurim. Küllap on siin oluline osa meie ökoloogilise kriisini jõudnud keskkonnaseisundil.

Ka suguhaigused kuuluvad ühiskonna tundlike sotsiaalsete indikaatorite hulka. Kui süüfilisse haigestumise poolest kuulume üleliidulise pingerea teise poolde, siis haigestumises gonorröasse kuulub Eestile häbiväärne kolmas koht üleliidulist keskmist märgatavalt ületava näitajaga. Paratamatult tekib küsimus: kui haigestumine suguhaigustesse on meil nii kõrge, siis kui kaugel oleme me aktiivse lülitumisega AIDS-i pandeemiasse?

Nakkushaiguste esinemissagedus ise loomustab üsna täpselt ühiskonna sanitaarkultuuri taset. Seda, et meil kõik korras pole, näitab kas või sage haigestumine ägedatesse soolenakkushaigustesse. Edusamme oleme teinud viirushepatiidihaigestumuse vähendamisel. Probleemiks on jäänud laste meningokokknakkused ja gripp.

Summary

Estonian health care against the all-Union background. What is Estonian health care like compared to other Soviet republics and the USSR as a whole? The author has analyzed relevant health statistics for the last few years, including doctors, nurses and hospital beds per 10,000 residents, infant mortality rate per 1,000 births, pediatricians per 1,000 0-14-year-old children, the incidence rate for malignant tumours, sexually transmitted diseases, mental disorders and most common infectious diseases per 100,000 residents.

Здравоохранение Эстонии на общесоюзном фоне. В статье сопоставляются следующие статистические показатели по Эстонии, другим союзным республикам и Советскому Союзу в целом: количество врачей, среднего медперсонала и больничных коек на 10 тыс. населения, смертность детей в возрасте до одного года на 1000 родов, число педиатров на 1000 детей в возрасте 0...14 лет, заболеваемость злокачественными опухолями, венерическими болезнями, психическими болезнями и наиболее распространенными инфекционными болезнями на 100 тыс. человек.

Kuulo Kutsar

Spetsialiseeritud ambulatoorne ravi. Nõukogude Liidus esimese seda liiki asutuse, Moskva artroloogiakeskuse direktor E. Pihlak peab spetsialiseeritud ambulatoorset ravi statsionaarse ravi ekvivalendiks. Selliseid keskusi (ka pulmonoloogia, neuroloogia, gastroenteroloogia jne.), millel on vaid väike statsionaar, on ajendanud rajama enamikule patsientidele lubatud liikumine, üha kallinev statsionaarne ravi ning kesk- ja noorema astme meditsiinipersonali puudus. Moskva artroloogiakeskuse andmetel suureneb sellise ravikorralduse puhul abisaajate arv 2,5 korda, ravi efektiivsus on 80% piires, ravikuuri vältel viibib patsient haiguslehel ainult 4...5 päeva. Haiguse ägenemise korral ning vajalike ravi- ja diagnoosimisprotseduuride tegemiseks viibib haige statsionaaris 10...14 päeva. Taolisi ravikeskusi asutatakse neis kohtades, kus teeninduspiirkonda kuulub 600 000...800 000 inimest.

Медицинская газета, 1989, 37.

Psühhiaatriaalne arstiabi uuele tasemele

Jüri Saarma · Tartu

Psüühikahaigustel on alati olnud ulatuslik sotsiaalne kõlapind. Viimaste aastakümnete jooksul psühhiaatrias toimunud muutused on seda veelgi süvendanud ja mitmekesisistanud. Võrreldes abivajajate arvuga pool sajandit tagasi, on psühhiaatrite abi kasutajate arv mitmekordistunud. Eestis on psühhiaatriliselt ja narkoloogiliselt dispanseeritud 4,1% rahvastikust, epidemioloogiliste uuringute andmeil on meil psüühikahäiretega isikuid ligikaudu 8% elanikkonnast.

Varem olid psühhiaatrilist abi saajate enamik vaimuhaiged selle sõna kitsas tähenduses, s.t. raskete psüühikahäiretega, tihti ümbrust häiriva ja vahel ohtlikugi käitumisega haiged. Tänapäeval on ligikaudu 80% psühhiaatrilist abi saajaist hingehaigustega isikud, see tähendab inimesed, kes oma peamiselt tunde- ja tahteelu haiguslike hälvete all ise kannatavad, kuid ümbursele üldjuhul häirivaks ei osutu. Oluliselt on suurenenud psühhiaatria terapeutiline aktiivsus ja tõhusus. Varajasematel kümnenditel said psühhiaatrid psüühikahaiguste kulgu üsna vähe mõjutada, nad suutsid vaid mõnda haigusilmingut leevendada. Tänapäeval on psühhiaatrite käsutuses hulgaliselt mõjusaid ravivahendeid. Nendega suudetakse 90%-l esmashaigestunuist tervis ja töövõime ennistada.

Tänu neile asjaoludele on psühhiaatrilise arstiabi raskuspunkt haiglaravilt üle läinud ambulatoorsele ravile. Suur osa psüühikahaiged ei vaja haiglaravi kogu haiguse vältel, nende tervis suudetakse taastada ambulatoorse raviga. Osa haiged vajab küll statsionaarset uurimist ja ravi, kuid enamasti üpris lühikest aega. Tänapäeval kestab statsionaarne psühhiaatriline ravi keskmiselt poolteist kuni kaks kuud. Muutunud on psühhiaatria haiglate ilme ja

õhkkond. Varem olid psühhiaatriahaiglad kinnised, ühiskonnast isoleeritud asutused, kus patsientide tegevus- ja liikumisvabadus oli tugevasti piiratud. Tänapäeval on need haiglad valdavalt vaba režiimiga, ühiskonnast isoleerimata ravilad ja enamiku haigete puhul ei erine need muudest ravi-asutustest.

Psühhiaatrilise abi kvalitatiivse muutusega koos on muutunud ka üldsuse suhtumine psüühikahaigetesse ja psühhiaatriaasutustesse. Varem domineeris vaimuhaigete suhtes tõrjuv hoiak ja tihti isoleeriti nad suletud asutustesse sooviga neist vabaneda. Järk-järgult on selline hoiak taandunud ja praegu on valdavaks mõistev ning toetav suhtumine psüühikahaigetesse ja psühhiaatriaasutustesse. Tänapäeval pöördub enamik psüühikahäirete all kannatajaid psühhiaatrite poole omal algatusel. Paljud vaimuhaigusigi põdevad haiged, kes on juba psühhiaatrilise abi tõhusust kogenud, pöörduvad oma vaevuste ägenemise korral ise uuesti psühhiaatrite poole kindlas abilootuses.

Kahjuks ei ole taoline asjalik hoiak veel lõplikult juurdunud. Suhtumises psüühikahaigetesse ja psühhiaatriaasutustesse võib aeg-ajalt ikka veel kohata eelarvamuslikkust. Leidub inimesi, kes peavad psüühikahaiguse diagnoosi häbiasjaks ja psühhiaatriahaiglas viibimist inimvääriskust alandavaks. Selliseid seisukohti esineb psüühikahaigusi põdejate, aga ka tervete hulgas. Osa haigete, eriti mõne paranoilisi psüühikahäireid põdeva isiku puhul tekib psühhiaatrilise abi andmisel raskusi seetõttu, et nad ise oma haiguslikke hälbeid ei suuda objektiivselt hinnata, vaid peavad end psüühiliselt terveks. Soovitusi konsulteerida psühhiaatriga, psühhiaatrilise diagnoosi panemist ja psühhiaatriahaiglasse paigutamist hindavad need haiged kui vaenlaste septsusi ning tagakiusamist.

Mõni paranoiliste häiretega haige võib väliselt käituda asjalikult, oma kutsetööga rahuldavalt toime tulla ja kaaslastele mitte eriti silma paista, nii et ka viimased ei saa psühhiaatrilise abi vajadusest aru. Arusaamine tekib alles siis,

kui haige oma luulumõtete ja muude psüühikahäirete ajal paneb toime mõne ohtliku teo. Esineb ka kurvameelsuse juhte, mida haige on suuteline oma kaaslaste ja koguni omaste eest varjama ja haigus avaldub alles ootamatu enesetapukatsena. Niisugustele psüühikahäirete tegelikult hädavajaliku psühhiaatrilise abi andmisel tekib arusaamatusi ja konfliktisituatsioone eriti siis, kui psühhiaater ei kohtle haiget vajaliku tähelepanu, mõistvuse ja delikaatsusega. Taolistest kahetsusväärsetest juhtudest on juttu olnud ka meie massiteabevahendeis.

Seoses psüühikahaiguste osa pideva suurenemisega rahvatervishoius ja arvestades tüsistuste võimalusi psühhiaatrilise arstiabi andmisel, kujunes välja vajadus seadusandlikult fikseerida selle valdkonna põhilised tegevusjuhendid ja sotsiaal-eetilised alused. NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi 1988. aasta 5. jaanuari seadlusega kehtestati 1. märtsist 1988. aastast «Psühhiaatrilise abi andmise tingimuste ja korra põhimäärus» (2). Selle täpsustamiseks on välja antud NSV Liidu Ministrite Nõukogu määrus (3) ning NSV Liidu Tervishoiuministerium kehtestanud uusi instruktsioone (5).

Nendes dokumentides sisalduvad elanikkonnale psühhiaatrilise abi andmise põhimõttelised seisukohad ning juhendid, samuti psühhiaatrilise abi organisatsioonilised alused. Psühhiaatrilise arstiabi organisatsioonilise ladususe tagamiseks ja kehtestatud põhimõtetest kõrvalekaldumiste vältimiseks on vaja, et nende dokumentide sisust ei oleks informeeritud mitte ainult psühhiaatrid, vaid ka tervishoiutöötajate üldsus.

Põhimäärus sätestab psüühikahäiretega isikutele eriarstiabi andmise tingimused ja korra. Esmaseks nõudeks on, et seejuures tagataks psüühikahäiretega kodanike õiguste kaitse ning kindlustataks ühiskonna kaitse psüühikahaigete võimaliku ohtliku tegevuse eest. Põhimääruses on rõhutatud, et psühhiaatrilise abi andmisel tuleb juhinduda demokraatia, sotsialistliku seaduslikkuse, humaansuse ja heasoov-

likkuse põhimõtetest. Täpsustatud on psühhiaatrilist abi vajavate isikute õigused. Neile on tagatud: tasuta kvalifitseeritud arstiabi teaduse nüüdistasemel, ametlikult lubatud säästvate meditsiini meetmete rakendamine kõige vähem piiravates tingimustes, austav ja humaanne kohtlemine inimväärikust alandamata, sotsiaal- ja õigusabi, kohtulik kaitse, prokuröri järelevalve ning advokaadi abi nende õiguste ja seaduslike huvide realiseerimiseks.

Üksikasjalikult on sätestatud psühhiaatrilise läbivaatuse, psüühikahaiguse diagnoosimise, haigete dispanseerimise, haiglasse paigutamise ja haiglast väljakirjutamise kord. Psüühikahaiguse diagnoosimine kuulub psühhiaatrite ainupädevusse. Teiste erialade arstid võivad psüühikahaiguse diagnoosi panna ainult oletamisi, seejuures märkides, et patsienti ei ole psühhiaatriliselt uuritud. Psühhiaater on kohustatud enda juurde tulnud või toodud läbivaadatavale isikule end tutvustama kui psühhiaater. Isik, kes ei ole nõus psühhiaatri otsusega oma psüühilise seisundi kohta või psühhiaatriaiglasse paigutamise, võib ise või sugulaste või seaduslike esindajate vahendusel esitada läbivaatamise taotluse vastava paikkonna (linna, rajooni) peapsühhiaatrile, vajaduse korral kõrgema astme (vabariigi) peapsühhiaatrile või siis kaebuse prokurörile või kohtule.

Psühhiaatrilise abi andmisel on vaja abistatava enda, alaealise puhul aga tema vanemate või seadusliku esindaja soovi või nõusolekut selliseks abiks. Juhul, kui abistatav oma psüühilise seisundi tõttu ei ole objektiivseks seisukohavõtuks võimeline, antakse talle psühhiaatrilist abi tema perekonnaliikme või seadusliku esindaja nõusolekul. Juhul aga, kui inimene muutub psüühikahaiguse tõttu endale (enese vigastamine, suitsiidioht) või ümbrusele ohtlikuks (agressiivsus teiste inimeste või materiaalsete väärtuste vastu), peab psühhiaater kellestki sõltumatult, ainuüksi haige ja üldsuse huvidest lähtudes ning meditsiinilistele näidustustele tu-

ginedes otsustama vajaliku abi rakendamise.

Psüühiliselt haige paigutamine psühhiaatriaiglasse vältimatu abi korras on täpselt reglementeeritud menetlus ja selle kuritarvitamine on täielikult välistatud. Veelgi enam, põhimääruse kohaselt toob vaimselt terve isiku teadlik psühhiaatriaiglasse paigutamine kaasa kriminaalvastutuse. Vastav säte on lülitatud ka «Eesti NSV kriminaalkodeksisse».

Uudse meetmena luuakse liidu- ja autonoomsete vabariikide tervishoiuministriumides ja oblastite, kraide ning üle poole miljoni elanikuga linnade tervishoiuosakondades koosseisulised peapsühhiaatrite ametikohad, teistes linnades ja maarajoonides mittekoosseisulised. See tähendab psühhiaatria osa olulist suurenemist rahvatervishoiusüsteemis. Peapsühhiaatrite ülesandeks on elanikkonna vaimse tervise kaitse ja psüühikahaigetele arstiabi korraldamise ettepanekute väljatöötamine, psühhiaatriaasutuste tegevuse juhendamine ning kontrollimine, psüühikahaigete õiguste kaitse ning kodanike avalduste ja kaebuste lahendamine psühhiaatrilise abi valdkonnas.

Põhimäärusega on täiustatud ühiskonnaohtlikke tegusid toime pannud vaimuhaigete sundravi süsteemi. Kõik psühhiaatriaiglad, kus sundravi toimub, kuuluvad nüüdsest tervishoiuministriumide alluvusse. Vastavalt haiguse laadile ja haige ühiskonnaohtlikkuse astmele toimub sundravi kas tavalise, tugevdatud või range järelevalvega psühhiaatriaiglas või -osakonnas. Sundravi vajalikkuse, eksperitiisi, sundravi määramise, muutmise ning lõpetamise kord on üksikasjalikult sätestatud kriminaal- ja kriminaalprotsessi koodeksis.

Põhimääruse alusel välja antud muudes juhenddokumentides on kavandatud psühhiaatrilise arstiabi tõhustamise täiendavad meetmed. Ette on nähtud psühhiaatriliste öö- ja päevastatsionaaride arvu suurendamine, samuti psühhosomaatiliste ja somatopsühhiaatriliste

osakondade avamine nii psühhiaatrilistes kui ka üldsomaatilistes haiglates. Psüühikahaigete, samuti alkoholismi-, toksikomaania- ja narkomaaniahaigete dispanseerimise korda on täiendatud ning mitmekesistatud. Seejuures on rõhutatud, et ainuüksi psühhiaatrilisel jälgimisel (dispanseeritud) olemine ja psühhiaatriahaiglas viibimine ei saa olla isiku kodanikuõiguste ükskõik millise piiramise aluseks. Õppimis- ja tööalaste, samuti ka muude kitsenduste rakendamine võib toimuda ainult seadustega sätestatud korras, igal üksikjuhul individuaalselt otsustades.

Põhimäärusest tuleneb kohustusi ka tervishoiu administratiivsetele instantsidele. Nende esmajärguliseks ülesandeks on hoolitsus psühhiaatrilise abi materiaalse baasi eest. Tuleb märkida, et psüühikahaigetele inimväärsete põetus-, ravi- ja taastustingimuste tagamiseks vajavad mitu Eesti psühhiaatriaasutust olulist abi, kõigepealt EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu 1980. aasta ja NLKP Keskkomitee ja NSV Liidu Ministrite Nõukogu 1988. aasta määrustes (1, 4) ettenähtud meetmete rakendamist. Lähemal ajal on vaja koostada Eesti elanikkonna vaimse tervise tagamise ning psühhiaatrilise ja narkoloogilise abi arendamise kompleksne perspektiivplan.

KIRJANDUS: 1. EKP Keskkomitee ja Eesti NSV Ministrite Nõukogu määrus 11. novembrist 1980. a. nr. 675 «Elanikele antava psühhoneuroloogilise ja narkoloogilise abi edasise parandamise kohta». — 2. «Psühhiaatrilise abi andmise tingimuste ja korra põhimäärus». Kinnitatud NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi 5. jaanuari 1988. a. seadlusega nr. 8282 — XI.

3. Постановление CM СССР от 5 января 1988 г. nr. 19 «О мерах по совершенствованию организации принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния». — 4. Постановление ЦК КПСС и CM СССР от 20 июня 1988 г. nr. 764 «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения». — 5. Приказ Министерства Здравоохранения СССР nr. 225 от 21 марта 1988 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию психиатрической помощи» (21 приложение).

Summary

Psychiatric services to a new level. Psychiatric disturbances always have had wide social resonance. In connection with essential changes in psychiatric services during last decades this resonance has grown more acute. Since March 1st, 1988 new rules to regulate all kinds of psychiatric services have been established by the Presidium of the Supreme Soviet of the USSR. Main principles of these rules are: democracy, legality and humanity. The principle of informed consent of the patient or his or her relatives at every step of psychiatric aid is stressed. Legal mechanisms have been introduced to effectively protect the human rights of mental patients and of all persons having contact with psychiatric institutions. For every mentally ill person special care at contemporary scientific level, in possibly lenient form and with possibly less restrictions, must be guaranteed. It is recommendable to draw up a perspective program for a complex development of mental health service system in the Estonian SSR.

Резюме

Психиатрическую помощь на новый уровень. Психические заболевания всегда имели обширный социальный резонанс. В связи со значительными сдвигами в организации психиатрической помощи в течение последних десятилетий этот резонанс стал еще более актуальным. Начиная с 1 марта 1988 г. действует новое положение об оказании психиатрической помощи, утвержденное Президиумом Верховного Совета СССР. Основными принципами положения являются демократизм, законность и гуманизм. Подчеркнут принцип необходимости информированного согласия пациента или его родственников на каждом этапе психиатрической помощи. Установлены законодательные механизмы, которые обеспечивают действенную защиту прав человека — как пациента, так и каждого лица, имеющего контакт с психиатрическими учреждениями. Каждому психически больному гарантируется необходимая специальная медицинская помощь на современном уровне науки, в наиболее щадящей форме и в наименее ограничительных условиях. Автор считает необходимым создать перспективный план комплексного развития защиты психического здоровья населения и психиатрической помощи в Эстонской ССР.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

UDK [616-082:615.478](474.2)

Arstiabi ning meditsiinitehnika vahendid ja võimalused

Jüri Männiste · Tallinn

Kvalifitseeritud meditsiinkaader ja nüüdisaegne meditsiiniaparatuur koos esmasvahenditega loovad reaalse eelduse selliseks arstiabiks, mis ei põhjusta enam õigustatult nurinat Eestimaa elanike hulgas. Kõik lootused asendada arstiabi kvaliteedi üks tegur teisega kas või osaliselt on võrdväärne katsega püstitada kõrghoone liivale. Need tõed on hästi teada küll tervishoiujuhtidele (1), küll oma eriala spetsialistidele, kuid on aastakümneid olnud üldsõnaliseks loosungiks seal, kus otsustatakse rahva sotsiaalse arengu perspektiivide üle nii üleliidulisel, vabariiklikul, linna- või rajoonitasandil.

Viimasel ajal oleme sattunud lummusesse, et üldarsti, perearsti, vallaarsti abiga või tasulise arstiabiga suudame muuta arstiabi kvaliteeti. Tõsi küll, inimsõbralikkus on tõepoolest hädavajalik, kuid selle ostmiseks ei peaks ükski kodanik kergendama oma rahakotti, sest kvaliteeti ei ole sageli võimeline tagama isegi mitte eraarst, kui tal puuduvad meditsiinitehnikavahendid. Inimsõbralikkus peab aga kohustuslikult saama arstiabi üheks atribuudiks, ja ta saab selleks niipea, kui ühiskond tervikuna muutub inimsõbralikumaks.

Ilmselt on ekslik ka seisukoht pidada prioriteetseks ning ökonoomseks esmase arstiabi arendamist kõrgtehnoloogiat vajava ja seega hästi kuluka spetsialiseeritud arstiabi ees. Üks ei saa arenda ilma teiseta. Haiguste varajane avastamine, riskitegurite uurimine, haiguste epidemioloogia väljaselgitamine on mõtestatud vaid siis, kui järgnevad tase- mel ravi, õige dieet ning tagatakse medikamentidega küllaldane varustatus.

Nagu Eesti majanduspoliitika, nii näeb ka meie tervishoiupoliitika tervenemistendentsi üksnes strateegilises

detsentraliseerimises, sõltumata mõningatest üleliidulistest erimeelsustest mitme probleemi osas. Olles küll päri de- tsentraliseerimisega, ei saa aga minna seda teed, et niigi nappe vahendeid killustada valla-, rajooni- või mõne ametkondliku tasandi piires (2). Materiaal-tehniliselt tugev spetsialiseeritud arstiabi keskus (mõistagi riigieelarve- liselt finantseerituna) saab koostöös teiste meie vabariigi sama eriala ravi- asutustega täita nii ravi, organisat- sioonilis-metoodilisi (kui seda vaja on), teadustöö kui ka pedagoogilisi (kaadri kvalifikatsiooni tõstmine) ülesandeid. Kahtlemata lahendab selline erialakes- kus kõige paremini oma eriala mediti- siiniaparatuuri paigutusse ning eks- pluatatsiooni puutuva. Seejuures on täiesti väär näha antagonistlikke aren- gusuundi nende erialade piires, kus raviobjekt on ühine.

Enamasti kirurgiliste ja terapeutiliste erialade areng gastroenteroloogia, kardioloogia, diabetoloogia, neuroloogia või onkoloogia valdkonnas on võimalik üksnes nende omavahelises tihedas koostöös, samuti koostöös meditsiini- väliste talitustega (elektroonika, kü- berneetika, analüütiline ja sünteesiv biokeemia). Kõikide erialade teadus- potentsiaal ja loometegevus eeldavad kindlasti eksperimentaalset aparaadi- ehitust ning katsetöökoda oma ideede realiseerimise tehnilise baasina.

Sellise teaduspargi idee on juba for- meerunud Tartu Ülikoolis EKP Tartu Linnakomitee ja Tartu Linna RSN Täi- tevkomitee initsiatiivil teadusmahuka tootmise, kõrgtehnoloogia kasutusele- võtu plaanina. Loomulikult peaksid kaasa lööma Eesti NSV Teaduste Aka- deemia instituudid ja rajatav Eesti Meditsiinitehnika Tootmiskoondis (seni- se kommertskoondise kõrvale või ase- mele).

Meditsiiniaparatuuri ja ka esmas- vahendite osas on olukord ülimalt raske peaaegu kõikidel erialadel. Mahajäämus ei ole mitte üksnes Euroopa arenenud kapitalistlike riikidega, vaid ka sotsia- lismimaade ning isegi meie naaberliidu- vabariikidega võrreldes. Selle kohta

vaid mõningaid näiteid: ultrahelisonograafid (puudub ligikaudu 60% vajaminevast), endoskoopiatehnika (puudub 45...60% vajaminevast), kompuutertomograafid, laboritehnika, intensiivravi ning reanimatsiooni jälgimissüsteemid, reaktiivid jms. Nimetatuist on olemas vaid amortiseerunud üksikeksplare. Alati ei kasutata isegi neid väheseid seadmeid optimaalse koormusega, sest reguleerimata on ikka veel taustamissüsteem.

Koronaarkirurgialaboratoorium on meil kõige vajalikuga hästi varustatud tänu sellele, et kommertsalusel tehakse uuringuid ja operatsioone ka välismaalastele. On tekkinud ka diskussioon selle väga hinnalise kirurgilise abi rahvamajandusliku ning meditsiiniökonomilise rentaabluse üle. Kuigi südame isheemiatõve profülaktika, selle medikamentoosne ravi, riskitegurite kõrvaldamise muud teed on suurema ökonoomilise kasuteguriga kui kirurgiline suund, vajab tervise ressursside sotsiaalne säilitamine veelgi suuremaid kulutusi. Niisama ei saa eitada elundite siirdamise, neurokirurgiliste, ortopeediliste ega teiste suuri kulutusi nõudvate operatsioonide otstarbekust üldise ja preventiivse arstiabi prioriteedi ees, sest arstiabi arengus on meil praegu paratamatu, et eelisareneda saab vaid üks suund.

Meditsiinitehnika lähituleviku vajaduste prognoosimiseks on igal erialal võimalik ette näha selle arengusuundi juba praegu. Sellest lähtudes võib täheldada kirurgiliste haiguste pildi muutumist sajandivahetuseks järgmiselt:

1) südame- ja veresoonte haiguste esinemissageduse tõus ning nende kirurgilise ravi ulatuse ja mahu suurenemine (veeni, arterite, lümfiteede, elundite veresoonekonna mikrokirurgia ja revaskularisatsiooni ning transplantoloogia alal);

2) diabeedi osatähtsuse suurenemine elundite haiguste korral, mis tingib bioenergeetiliste protsesside hindamise ja korrigeerimise vajaduse;

3) maksa-, sapiteede ja kõhunäärmehaiguste osatähtsuse suurenemine, sel-

lest tulenevalt ka endoskoopia, kliinilise morfoloogia, immunodiagnostika osatähtsuse suurendamise vajadus;

4) ortopeedilise abi kvaliteedi paranemine ja mahu suurenemine, lähtudes eeskätt artroosi kirurgilise ravi vajadusest;

5) onkoloogilise abi osatähtsuse suurenemine tõve varajasel avastamisel (raku mikrostruktuuride uurimise vajadus, laserdiagnostika kasutuselevõtmine kliinikus);

6) kirurgiliste haigete voodikohtade maksumuse oluline suurenemine, mis tingib põetushaigete ning üldhaigete voodikohtade arvu vähendamise;

7) taastusravi võimaluste avarumise haiguse laadi ning regioonide järgi;

8) ambulatoorse kirurgia osatähtsuse suurenemine (päevaste statsionaaride avamine diagnoosimise ja ravi eesmärgil);

9) meditsiiniökonomika võtmine kõrgkooli õppeprogrammi;

10) meditsiinidokumentatsiooni paljundamise süsteemi ning infopanga kasutuselevõtmine, andmete statistilise töötamise võimaluste avarumise;

11) arsti diplomijärgse spetsialiseerumise ja kvalifikatsiooni tõstmise senistavade muutmine (eriala omandamiseks kulub 3...5 aastat, tekib keskastme meditsiinipersonali erialase väljaõppe vajadus, arstide stažeerimine eesrindlikes kliinikutes);

12) eriarsti ja abistava ning keskastme meditsiinipersonali suhtarvu muutumine (1:4,5 kuni 1:6,0-ni).

Prognoosi reaalsuses võivad loomulikult tekkida suured muutused diagnoosimisprotsessi või ravimeetodite täiustumisest tingituna. Haiguspildi muutumine peab vastama ka meditsiinitehnika vastavasuunalisele arengule nii kvaliteedi kui ka kvantiteedi poolest.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium mõistab täielikult üleliidulistest fondidest tuleneva tsentraliseeritud varustamise alalist defitsiiti ja otsib võimalusi, kuidas kriisiseisundist oma jõude ja vahenditega välja tulla.

Paljud raviasutused on juba omal alatusel asunud hankima mõningaid

esmasvahendeid. Taolise ettevõtluse laiendamiseks korraldasime 27. veebruarist 3. märtsini ettevõtete ja kooperatiivide juhtidega seminari ja näituse. Üleskutsele reageerisid paljud ettevõtted. Praegu jätkuvad juba pingsad otsingud, et leida võimalusi kinnaste, koristus- ja põetusvahendite, ühekordseks kasutuseks ettenähtud süstalde, infusioonisüsteemide tootmiseks. Raskesti on tooraine hankimisega, mis on samuti fondeeritud.

Mitmed kooperatiivid on suutnud luua isegi originaalseid meditsiiniseadmeid, millele kahtlemata leiaks isegi välisturu, näiteks «Vagos» — uitnärvi elektrilise blokeerimise seade, mis on edukalt kasutatav gastroenteroloogias. Loomulikult kõike vajaminevat meie ise tootma ei ole suutelised, kuid ühisettevõtete rajamine välisfirmadega, tootmisliinide ostmine kooperatiivsel alusel kahasse naaberliiduvabariikidega võib suuresti vähendada puudujääki meditsiinivarustuses.

Kutsume üles kõikide rajoonide tervishoiujuhte ja meditsiinispetsialiste pöörduma rajoonide ning linnade ettevõtete poole, et otsida võimalusi meditsiinile vajalike abivahendite tootmiseks. Tervishoiuministeerium pöördub ka Eesti NSV valitsuse poole palvega kaasa aidata Eesti Meditsiinitehnika Tootmis-koondise rajamisele.

KIRJANDUS: 1. Karu, L. Eesti Arst, 1989, 1, 16—19. — 2 Männik, G. Eesti Arst, 1989, 1, 46—49.

Summary

Medical aid and medical technology: means and possibilities. To ensure better quality of medical aid much attention should be paid to the doctors' advanced training, and our medical institutions should be provided with all necessary highly sophisticated medical equipment. Many ideas for new devices and instruments should be tested and realized at specialized experimental workshops.

Резюме

Медицинская помощь и средства и возможности медтехники. Квалифицированные медицинские кадры и современная медицинская

аппаратура создают реальные предпосылки для оказания медицинской помощи на должном уровне. Научный потенциал и творческая деятельность по всем специальностям предполагают наличие в качестве технической базы для реализации своих идей экспериментального аппаратостроения и опытных мастерских.

Eesti NSV Tervishoiuministeerium

Perekonnameditsiin majandusmehe pilgu läbi.

Perekonnameditsiinist on räägitud, kuid selle realiseerimise majanduslikule küljele on vähe mõeldud. Perekonnaarsti töölerakendamise hea idee võib ilma majandusliku seisundi fikseerimiseta muutuda järjekordseks kampaaniaks — asi võib lõppeda sellega, et jaoskonnaarst nimetatakse lihtsalt ümber perekonnaarstiks.

Perekonnaarst on kvalitatiivselt uut tüüpi arst, kes peab töötama terapeudi, pediaatri ja akušöör-günekoloogina. Tema töö majanduslikud alused tuleb muuta sellisteks, et ta ei peaks mõtlema igapäevasele leiva teenimisele. Välismaal kuulub selline üldarst väga hästi tasustatud töötajate hulka, kelle töötasu ületab 3...5 korda tööliste ja teenistuja keskmise kuupalga. Muidugi töötavad sealsed arstid väga palju ja intensiivselt: USA-s on erapraksisega arsti tööaeg pikem 60 tundi, millest 45 tundi kulub vahetule ravitööle. Akadeemik S. Fjodorovi andmetel ravib meie arst 3...4 korda vähem keerukate haigustega patsientide kui tema kolleeg juhtivates välisriikides.

Perekonnameditsiini süsteemile ülemineku vormiks võiks olla individuaalne rühmaviisiline renditöövõtt: perekonnaarst(id) töötaksid lepingu alusel rendile võetud ruumides renditud meditsiiniaparatuuriga, palkaksid tööle meditsiiniõed ning looksid tihedaid sidemeid raviasutustega. Nende töö tasustamine peaks toimuma vastavalt ravitud patsientide arvule. Selline arst hakkab tööle intensiivselt ja ta ravib oma hoolealuseid hoolikalt, et endale rohkem patsiente saada. Kaob arstide arvu suurendamise vajadus, väheneb meditsiiniõde-koolide üliõpilaste arv ning paraneb nende ettevalmistus. Perekonnaarsti töö tulemusena peab vähenema väljaantavate haiguslehtede arv ning selle kaudu ühtlasi kaduma patsientide tarbijamentaliteet. Arstide töö peab olema kontrollitav nii riigi kui ka arstide liidu poolt.

Üleminekut uuele süsteemile peab kiirendama dunaamiline majandusrežiim. Selleks tuleks kehtestada uus individuaalne haiguskindlustus, mis annaks patsiendile eeliseid ning eeskätt ravivõimaluse valitud perekonnaarsti juures. Haiguskindlustuse kaudu kujunebki perekonnameditsiini finantsbaas ning ühtlasi tagatakse arstile küllalt kõrge tasu. Nii muutub perekonnaarsti töö majanduslikult motiveerituks.

Медицинская газета, 1989, 37.

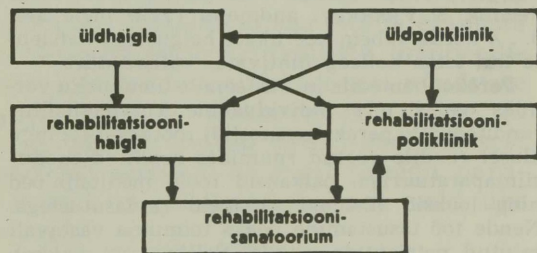
MÖTTEVAHETUS

UDK 616-003.96(049.3)

Visioone rehabilitatsioonist

Kätte on jõudmas aeg, mil peame hakkama tõsiselt tegelema rehabilitatsiooniga. Peame endile teadvustama asjade praeguse seisu ning võimalikud arenguvariandid, läbi arutama, mida võiksime teha juba täna-homme, mida järgmistel aastatel. Alljärgnev on ühe mittespetsialisti (aga kes meist on spetsialist rehabilitoloogia alal!) uitmõtted rehabilitatsioonist.

Otstarbekaim süsteem rehabilitatsiooni jaoks oleks tõenäoliselt järgmine.



Kuni aastani 2000 seda skeemi praktiliselt rakendada ei saa, sest ei ole materiaalseid vahendeid. Sisuliselt on meil olemas vaid kaks lüli: üldhaigla ja üldpolikliinik. Suurte reservatsioonidega võib Haapsalu haiglat pidada rehabilitatsioonihaiглаks ning Haapsalu sanatooriumi «Laine» rehabilitatsioonisanatooriumiks. Maahaiglate nimetamine järeldravihaiglateks on pehmelt öeldes vastutustundet. Vaadelgem parem, mida saab ära teha sellega, mis meil on.

BAASID.

Üldpolikliinik. Mitmes polikliinikus on rehabilitatsiooniosakonnad, kuid

tegelikult on tegemist füsioteraapia ja ravikehakultuuri mehhaanilise liitmisega. Sealjuures on füsioteraapia maht polikliinikuis üsnagi erinev ning rehabilitatsioonis nii suure tähtsusega vesiravi võimalus enamasti (eriti rajoonides) puudub. Mudaravist ei tasu rääkida. Isegi ehitatavasse Tartu polikliinikusse, mis oleks võinud saada tulevaste taastusravispetsialistide heaks õppebaasiks, ei tule mudaravilat. Leian, et üldpolikliinikus asuvas rehabilitatsiooniosakonnas peaksid olema järgmised allüksused: füsioteraapia (elektterravi, valgus- ja soojusravi, kusjuures väiksemas polikliinikuis võiks parafiinravi asendada Kenny mähistega), massaaž ja ravikehakultuur koos mehhanoteraapiaga, samuti logopeed ja psühholoog. Soovitavad oleksid ka nõelravi, manuaalteraapia, perspektiivis vesiravi ja mudaravi.

Üldhaiglad. Üldhaiglas peaks rehabilitatsiooniosakonna organiseerima enam-vähem samadel põhimõtetel, nagu see on üldpolikliinikus. Mõelda tuleb, kas rehabilitatsiooniosakondi suuremates haiglates üldse rajada, ja kui, siis kuidas. Võiks kaaluda järgmisi variante: 1) iseseisva (voodikohti omava) rehabilitatsiooniosakonna moodustamine; 2) rehabilitatsioonipalatid neis osakondades, kus on kõige rohkem rehabilitatsiooni vajavaid haigeid (infarkti-, traumatoloogia-, ortopeedia-, neurokirurgia- ja neuroloogiaosakond); 3) üldpalatid, kus rehabilitatsiooni vajavad haiged on koos teiste haigetega, kuid neid kureerivad vastava eriala taastusraviarstid; 4) osakond, kus haigeid ravib algusest lõpuni, s. t. haiguse ägedast perioodist kuni rehabilitatsiooni haigla-perioodi lõppemiseni üks ja sama arst; muidugi peavad tal olema mingid teadmised vastava eriala rehabilitatsioonist. Kahe esimese variandi korral kureerivad haigeid taastusravispetsialistid.

Reaalsem, sõltuvalt haigla suuruselt, on 1., 2. ja 4. variant. Muidugi tuleks pidada eriarvestust «tavaliste» ja «rehabilitatsiooni-voodikohtade» üle (voodipäevade arv jne.).

Tuleb välja töötada enam-vähem standardised rehabilitatsiooni kompleksid nii haiglates kui ka polikliinikutes kõige enam seda vajavate haigete rühmade jaoks. Just rehabilitatsioonis peaks rakendama meeskonnaprinsiipi.

KAADER.

Taastusraviarste meil ametlikult ei ole ning selle eriala arste Nõukogude Liidus ette ei valmistatagi. On kaks võimalust: kas mingi kitsama eriala arst omandab kvalifikatsiooni tõstmise korras teadmised ja võtted, mis on vajalikud rehabilitatsiooniks just sellel erialal, või mingi eriala arst, kas traumatoolog-ortopeed, neuroloog või ka südame- või hingamisteede haigustele spetsialiseerunud terapeut (arvestades kõige enam rehabilitatsiooni vajavat kontingenti) õpib selgeks ka teistel erialadel tarvismineva rehabilitatsiooni. Kummaldi variandil on omad head ja vead. Esimene variant sobib rohkem erihaiglas, teine hulgiarstidele haiglas.

Oleks muidugi hea, kui sellisel arstil, eriti rajooni keskaiglas, oleksid algteadmised ka massaažist, manuaalteraapiast ja akupunktuurist. Õdede kohta nii palju, et eelkõige peaks kaotatama ebaloogiline süsteem, kus ühed tegelevad massaažiga, teised aga ravikehakuks. Need erialad on orgaaniliselt nii seotud, et peaksid ühe protseduuri ajal ühest teiseks üle minema. Oleks täiesti loomulik, et massaaž ja ravikehakuks oleksid ühe ja sama spetsialisti pärisosaks.

Et nii kõrgema kui ka keskeriharidusega taastusravispetsialistide väljaõpetamise üleliidulist ühtset süsteemi ei ole, võiks neid minu arvates suures osas koolitada Tartu Ülikooli baasil, kandes taolised muudatused õppe- ja diplomijärgse kvalifikatsiooni tõstmise programmidesse.

Kõik eelnev puudutas meditsiinilist rehabilitatsiooni. Osalt siia, osalt sotsiaalsesse rehabilitatsiooni kuuluvad logopeediline ja psühholoogiline abi. Arvan, et selle teostegijaks sobib kõige paremini vastava ettevalmistuse saanud

pedagoog. Eestis töötades peaks ta kindlasti hästi valdama eesti ja vene keelt.

Tuleks kaaluda ja leida võimalusi, kuidas õpetada (seda eriti polikliinikus) rehabiliteeritavaid end ise abistama igapäevases elus. Ka ei peaks Eesti tööstusel üle jõu käima invaliididele vajalike lihtsamate abivahendite tootmine.

Üldiselt aga mõelgem tuleviku peale: ei maksa leiutada jalgratast, otsigem parem huvilisi tudengeid, keda pärast lõpetamist saata aastaks-paariks õppima rehabiliteerimist nendesse riikidesse, kus tase on meie omast kõrgem.

Matti Tarum

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi
peafüsioterapeut

Meditsiiniõdede atesteerimisest 73 aastat tagasi.

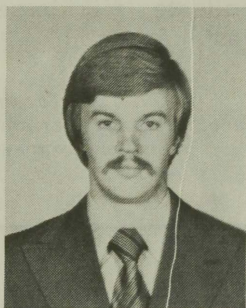
5. oktoobri 1916. aasta «Postimehest» on peal kirja «Halastajate õdede revideerimine» all lugeda järgmist: «Walitsuse poolt on rutuline käsk antud kõigis sõjaväe, Punase Risti ja erahaigemajades teenivaid halastajaid õdesid järele revideerida ja neid, kes määratud nõudmistele ei vasta, viibimata ametist wabastada. Pääle selle on nõudmine maksma pandud, et kõigil halastajatel õdedel isikutunnistused kaasas peawad olema.»

Heino Gustavson

Peroraalsed kontratseptikumid ja endomeetriumiivähi tekke risk. Kaheksa peroraalse kontratseptikumi uurimine on näidanud, et nende tarvitamine vähemalt 12 kuu jooksul tagab pikaajalise kaitse (kuni 15 aastat pärast preparaadi tarvitamise lõpetamist) endomeetriumiivähi kolme põhilise histoloogilise alaliigi suhtes.

JAMA, 1987, 257, 6.

KAADRI ETTEVALMISTAMINE



14. oktoobril 1988 kaitses TRÜ kardiovaskulaarkirurgia ja kardioloogia erialanõukogu ees kandidaativäitekirja «Südamelihaseinfarkti ravi hilistulemuste sõltuvus konservatiivse ja kirurgilise ravi taktikast» TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi nooremteadur

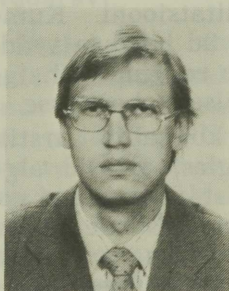
Arvo Rosenthal. Väitekirja on valminud prof. J. Maaroosi juhendamisel. Oponeerisid prof. N. Andrejev Läti Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudist ja prof. A. Kliiman. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 1. märtsist 1989. aastast kinnitati A. Rosenthalile meditsiinikandidaadi kraad.

A. Rosenthal on oma uurimistöös käsitlenud ägedat müokardiinfarkti põdejate aortokoronaarse šunteerimise ja konservatiivse ravi taktika hilistulemuste võrdlevat kompleksset uurimist, optimaalse ravitaktika väljaselgitamist, rehabiliteerimisrežiimi ja riskitegurite korrigeerimist. Ta on näidanud, et edukas kirurgiline ravi südamelihaseinfarkti puhul tagab tulevikus kardiovaskulaarsüsteemi hea funktsionaalse seisundi. Uurides südame ja veresoonkonna funktsionaalset seisundit dünaamikas, analüüsides mitmekülgset ja detailselt saadud tulemusi, põhjendab autor argumenteeritult kirurgilise ravitaktika eeliseid konservatiivse ravi ees, seda eeskätt nooremate haigete puhul. Suur praktiline tähtsus on A. Rosenthali välja töötatud müokardiinfarkti ravi hilistulemuste uurimise kompleksel meetodikal ja

iga uurimismeetodi prognostilise informatiivsuse määratlusel. Töö väärtust tõstab sellise töö esmasus meie maal.

Väitekirja teemal on A. Rosenthalil ilmunud 17 teadustööd.

A. Rosenthal on sündinud 1954. aastal Tartus teenistujate perekonnas. 1973. aastal lõpetas ta Tartu 5. Keskkooli, 1979. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Üliõpilasena sai ta südame ehkardiograafiaalase uurimistöö eest NSV Liidu Meditsiiniakadeemia kuldmedali. Aastail 1979...1980 oli ta internatuuris Tartu Kliinilises Haiglas. Ajavahemikul 1980...1982 teenis ohvitserina Nõukogude armees. Pärast armeeteenistusest vabanemist asus tööle TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi kardioloogia ja koronaarkirurgia osakonda nooremteadurina, praegu töötab teadurina TRÜ Eesti Südamekeskuses.



14. oktoobril 1988 kaitses TRÜ kardiovaskulaarkirurgia ja kardioloogia erialanõukogu ees kandidaativäitekirja «Medikamentoosne ravi pärast intrakoronaarset trombolüüsi» Tallinna Kiirabihaigla infarkti-osakonna ordinaator **Toivo Laks.**

Kandidaativäitekirja on valminud tegevarsti töö kõrvalt meditsiinikandidaat J. Eha juhendamisel. Oponeerisid prof. A. Savtšenko Valgevene Kardioloogia Teadusliku Uurimise Instituudist ja prof. K. Valgma TRÜ-st. NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni Presiidiumi otsusega 1. märtsist 1989 kinnitati T. Laksile meditsiinikandidaadi kraad.

T. Laks on uurinud ravimite efektiivsust reoklusiooni (reinfarkti) profülaktikas ägedat müokardiinfarkti pödenutel pärast edukat intrakoronaarset trombolüüsi ja koronaarangioplastikat. Uurimistöös on analüüsitud 153 haige ravi tulemusi. Oma töös on T. Laks andnud soovitusi reoklusiooni vältimiseks olenevalt intrakoronaarsest protseduurist ja jääkstenooosi astmest. Ta on selgitanud, et pärast trombolüüsi on reoklusiooni profülaktikas efektiivne kasutada antikoagulante ja pärast angioplastikat antiagregante.

Uurimistulemuste analüüsi põhjal on ta kindlaks teinud, et reklusiooni korral halveneb oluliselt vasaku südamevatsakese kokkutõmbe funktsioon ning haigete funktsionaalne seisund. Ebaeduka trombolüüsi korral suureneb märgatavalt letaalsus. Korduvate uuringutega on välja selgitatud hilise trombolüüsi sagedus ja selle soodne mõju müokardi talitlusele. T. Laks on soovitanud ägeda müokardiinfarkti korral vastunäidustuste puudumisel trombolüüsida võimalikult varakult ja seejärel likvideerida radikaalselt jääkstenooos, mis tagab vasaku südamevatsakese talitluse paranemise ja südamepuudulikkuse ning letaalsuse olulise vähenemise.

Väitekirja teemal on autorilt ilmunud 15 publikatsiooni.

T. Laks on sündinud 1956. aastal Tallinnas. 1974. aastal lõpetas ta Tallinna 24. Keskkooli. Samal aastal astus T. Laks TRÜ arstiteaduskonda, mille raviosakonna lõpetas 1980. aastal. Ajavahemikul 1980... 1981 oli ta internatuuris Tallinna Kiirabihaiglas. Aastail 1981... 1988 töötas sama haigla infarktiosakonnas, 1988. aastal oli kardioreanimatsiooni osakonna ordinaator. 1989. aastast alates on T. Laks töötanud vastloodud TRÜ Eesti Südamekeskuse vanemteadurina.

Jaan Eha

Tallinna Meditsiinikooli 1989. aasta lõpetajaid

Valentina Arhipova, Irina Beljašova, Irina Bindjugova, Natalia Bolunova, Anatoli Bragin, Andrei Burnossov, Marina Burnossova, Olga Djubanova (kiitusega), Svea Dreyersdorff, Imbi Dronova, Olga Dubkina, Irina Gorbunova (kiitusega), Svetlana Gruško, Hanna Iskül (kiitusega), Anna Ivanova, Anne Ivanova, Lilian Ivanova, Svetlana Ivanova, Jelena Jemeljanova (kiitusega), Dmitri Jevsejenko, Marianne Kala, Toomas Kangur (kiitusega), Jaanika Kiviloo, Kaire Kivirand, Larissa Kolesnikova, Tatjana Kontšakova, Christel Kossareva (kiitusega), Alla Kotovitš, Jelizaveta Kovrižnõhh, Ljudmila Kulikova, Lende Kulp, Georgi Kuprašvili, Svetlana Kuzitškina (kiitusega), Elviira Leizan, Tatjana Ljubenko, Aleksandra Lobanova, Natalia Makarenko, Farida Marupova, Jelena Mensko, Svetlana Mišenko, Žanna Naumova, Jelena Niki-

forova (kiitusega), Jelena Olotar, Julia Onišenko, Larissa Ossipok, Svetlana Ovtšinnikova, Merike Perk (kiitusega), Jana Pištšako, Svetlana Poznahirko (kiitusega), Jelena Presnaja, Anu Rohtla, Ivi Prits, Natalia Rubtsova, Ljudmila Rumjantseva, Natalia Russakova, Sille Sagor, Natalia Semakina, Svetlana Sergejenko (kiitusega), Angela Siidra, Viktoria Sjomina (kiitusega), Svetlana Smirnova, Vera Smirnova (kiitusega), Natalia Stenina (kiitusega), Žanna Spakovskaja, Olga Zinovkina (kiitusega), Tatjana Žmurko, Tatjana Talabajeva, Heli Tau (kiitusega), Tiina Tipner, Svetlana Tokareva, Galina Tšerepova, Jelena Tšõpljuk, Tatjana Tšitšenkova.

Tartu Meditsiinikooli 1989. aasta lõpetajaid

Merike Aavik (kiitusega), Svea Anto, Tiia Esula, Lea Ilves, Kati Jalakas, Tiina Juhanson, Signe Järv, Terje Järvoja, Ulve Kelder, Merike Kikas, Seila Kitsing, Maire Kreisling (kiitusega), Heli Kruusa, Ene Kulbert (kiitusega), Liily Kõomägi, Liia Leesmaa, Liina Lehemets, Aide Leit, Marika Lossman, Astrid Luha, Kalmer Mäe, Riho Nool, Anne Oitsalu, Helle Paikre (kiitusega), Pille-Riika Plees, Merje Puusta, Marelle Randoja, Ene Rauba (kiitusega), Liia Rehtla, Aare Roos, Kaja Sadam, Karin Sõnna, Hele Sündeva, Monika Tamman, Liia Tera (kiitusega), Eda Tiit, Lea Tõnts, Rene Vahtra (kiitusega).

ARSTITEADUSE AJALOOST

UDK 61-052.63(474.2)(091)

Arstiteaduskonna üliõpilane 1930-ndail aastail

Kuno Kõrge · Tartu

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna üliõpilaseks sain 1931. aasta sügisel. Olles üles kasvanud Audaku leprosooriumis, mis oli minu isa töökohaks asutuse rajamisest peale, tundus arstikutse valik pärast Saaremaa ühiskõnnuasi lõpetamist ainuõigena. Ent kui ma riskisin selles asjas nõu küsida leprosooriumi igal suvel külastavalt professor A. Paldrokilt, avaldas ta niisuguse kutsevaliku suhtes kahtlust, sest arste olevat Eestis juba üleku palju.* Oma eitavat suhtumist minu valikusse pehendas professor väitega, et häid arste olevat ikkagi vaja.

Nii saabusin siis ühel ilusal sügis-päeval esmakordselt Tartusse, et alustada meediku rasket teed. Ülikooli sai tol ajal astuda ilma eksamiteta, piisas avaldusest ja küpsustunnistusest. Sis-seastumiseksamid kehtestati viis aastat hiljem. Koos minuga immatrikuleeriti arstiteaduskonda umbes 80 noort tudengit. Matrikli andis 12. septembril aualas aktusel kätte rektor Joh. Köpp.

Elama asusin Lepiku tänava lõpus, kus sain kingseppmeister Jaurami korteris toa. Ühiselamuid üliõpilaste jaoks tol ajal ei olnud, üliõpilased elasid

allüürnikena Tartu maja- ja korteri-omanike juures. Sõltuvalt toa suurus-est ja mugavusest oli üür 10...15 krooni või enam. Hommiku- ja õhtu-eine söödi tavaliselt kodus, nii kuidas keegi oskas ja suutis oma menüüd korraldada. Lõunatati enamasti üliõpilasmaja sööklas, kus paarikümne sendi eest võis kõhu täis süüa (näiteks supp ja tasuta leib laual).

Õppemaks oli 60 krooni semestris pluss praktikumi- ja eksamimaks, seega kokku küllalt kõrge. Stipendiumi said vähesed ja ka õppemaksust vabastati vaid üksikuid majanduslikult eriti kehvas olukorras üliõpilasi.

Loenguist osavõtu üle kontrolli ei olnud, loenguil aga käidi, sest loengukonspekt oli tihti väärtuslikuks õppematerjaliks. Eestikeelseid õpperaamatuid oli üksikuid, näiteks K. Schlossmanni «Mikrobioloogia», G. Rooksi «Kohtuarstiteadus», A. Paldroki «Suguhai-gused». Õppekirjandus oli enamasti saksa- ja ingliskeelne, raamatute hinnad (ka antikvariaatides) olid üsna kõrged. Pärast eksami sooritamist oli muidugi võimalus raamat antikvariaadile uuesti tagasi müüa. Mõnes aines andsid ettevõtlikud tudengid müügiks välja paljundatud loengukonspekte. Õppekirjanduse väljaandmisega tegeles ka Üliõpilaskonna Edustus koos Akadeemilise Kooperatiiviga.

Järjekindlalt tuli osa võtta praktiku-midest, kus toimus teadmiste kontrollimine (kollokviumid ja tentaamenid), mille tulemusi arvestati ka eksamil. Täpseid õppeprogramme ei olnud, eksamil tuli lihtsalt ainet teada. Muidugi oli ka üliõpilastel teada, millised olid professorite lemmikküsimused, millele siis ka õppimisel erilist tähelepanu pöö-rati.

Enamik loenguid peeti tol ajal eesti keeles. 1930-ndatel aastatel oli eesti ülikool oma sünniraskustest põhiliselt üle saanud, arstiteaduskonnas oli kujunenud üsna arvestatav rahvuslik õppe-jõudude kaader. Kui vanema põlve õppejõud pärinesid veel tsaariaegsest ülikoolist, siis nooremad kvalifitseerusid stipendiaatidena välismaal (näiteks

* 1931. aastal oli Eestis 895 arsti, nende arv suurenes 1936. aastal 934-ni. Juba 1920-ndate aastate lõpul hakkas Eesti Arstideseltside Liit nõudma arstide juurdekasvu piiramist (N. Sarv).

töötasid prof. L. Puusepa assistentidest mitmed USA-s, Prantsusmaal, Inglismaal, Rootsis) või töötasid nad välismaalt Tartu Ülikooli kutsutud silmapaistvate teadlaste juhendamisel (näiteks füsioloogid A. Lipschütz ja A. Fleisch, farmakoloogid S. Loewe ja G. Barkan). Suvist õppevaheaega kasutasid paljud õppejõud välismaareisideks, et omal algatusel tutvuda oma eriala uuemate saavutustega teistes riikides.

Anorgaanilise keemia (prof. G. Landesen), füsioloogia (prof. A. Fleisch), farmakoloogia (prof. G. Barkan) ja teaduskonnasisehaiguste (prof. E. Masing) loenguid tuli mul kuulata saksa keeles. Samas keeles tuli nende õppejõudude juures ka eksamid sooritada. Õppejõudude hulgas oli mitu väga meeldejäävat isiksust. Hea mälestus on jäänud esimesest eksamist botaanikas prof. T. Lippmaa juures, kellelt sain oma esimese «*maxime sufficit*» ja kes paari sõbraliku sõnaga soovis mulle edu ka edaspidises õppetöös. Prof. T. Lippmaa hukkus teatavasti 1943. aasta jaanuaris ülikooli botaanikaaias, saades tabamuse esimeselt Tartule heidetud pommilt.

Esimestel kursustel oli üliõpilaste hirmuks oma nõudlikkuse poolest tuntud anorgaanilise keemia professor G. Landesen, väga kardeti ka anatoomiaprofessor E. Veinbergi. Et pääseda kolmandale kursusele, tuli pärast üldainetes eksamite õiendamist teise kursuse kevadel sooritada kolm eksamit — anatoomia, histoloogia koos embrüoloogiaga ning füsioloogia koos biokeemiaga (*examen philosophicum*). Ühe eksami ebaõnnestumise korral võis seda uuesti sooritada sügisel (või jätta ühe eksami sügiseks). Kui aga ühes aines jäi ikkagi mitterahuldav hinne, tuli järgmisel kevadel kõik kolm eksamit sooritada uuesti, ka need, mis eelmisel aastal olid hästi õnnestunud. Üleminekul teiselt kursusele kolmandale tegi eriti professor E. Veinberg anatoomiaeksamil halastamatu selektsiooni. Piisas väikesest puudujäägist, et saada hinne «*non sufficit*» ja kolmandale kursusele mitte pääseda. Nii sai minuga koos immatri-

kuleerituist kolmandale kursusele 12... 13 üliõpilast, sama arv tudengeid sooritas eksami korduva katse järel. Nii jõudis meid kolmandale kursusele 25 üliõpilast, kes siis ülikooli põhiliselt ka lõpetasid. Nii piiratigi arstide arvu liigset kasvu, millest algul juttu oli. Ka minul tuli anatoomiaeksam sügisel korrata, sest ainsa puudujäägina jäin hätta koronaararterite harudega, mille tähtsust teise kursuse tudeng ei taibanud (pealegi oli see tekstiosa Rauberi-Kopschi õpperaamatus antud peenkirjas!). Sügisel sain anatoomias «*maxime sufficit*».

Vanematel kursustel peeti raskemaiks eksameiks sisehaiguste eksamit prof. E. Masingu juures ja psühhiaatriaeksamit, mida võttis vastu prof. M. Bresowsky. Paaris aines, nimelt orgaanilises keemias (prof. P. Kogerman) ja zooloogias (prof. H. Riikoja), oli eksam kirjalik, testi vormis, kus tuli välja nuputada vajalik punktide arv. Kuues kursus oli praktilise töö aasta, töötati klinikuis nagu praegugi. Spetsiaalset riigieksamit ei olnud. Kuuenda kursuse vältel toimusid kliiniliste ainete eksamid. Kui aga viimane oli õiendatud, oli ka õpingutele punkt pandud.

Teisel kursusel jätsid sügava mulje prof. A. Fleischi füsioloogia loengud, mis olid minu arvates ülikooli vältel parimad, kus demonstratsioon järgnes demonstratsioonile (enamasti valmistas neid ette assistent Ilo Sibul) ja mis aina sädelesid vaimukustest. Originaalseks kujuks oli füüsikaprofessor J. Vilip, rahvusvahelise mainega teadlane, kelle loengute maamehelikku keelepruuki põimusid tema enda loodud ja mõnikord üsna omapärased terminid. Kolmandal kursusel oli meeldejäävaks professoriks patoanatom A. Valdes, kes oli nõudlik ning kes kasvas noortes meedikutes täpsust ja korralikkust. Koloriitne kuju oli dermatoloogiaprofessor A. Paldrok, üks esimesi eesti rahvusest Tartu Ülikooli õppejõude käesoleva sajandi algul. Ta oli tuntud leproloog ja Uppsala Ülikooli audoktor, kes oma loenguid armastas võrtsitada mahlakate anekdootidega. Prof. L. Puusepp, üks neuro-

kirurgia rajajaid, kes Eestisse tuli Petrogradist 1920. aastal, pidas loenguid küll eesti keeles, kuid vajas aeg-ajalt loengul viibiva assistendi abi mõne sõna leidmiseks, mille viimane temale siis hõikas.

Edasi mõni sõna üliõpilaste tööst teadusevallas. Üleülikoolilist ÜTÜ-tüüpi organisatsiooni tol ajal ei olnud, samuti puudusid üliõpilaste teadusringid, nagu neid praegu tunneme. Tegutsesid aga arvukad akadeemilised seltsid, neid oli ülikooli juures registreeritud kolmekümne ringis. Osa neist olid erialased, nagu Akadeemiline Arstiteaduse Selts ja Akadeemiline Ajaloo Selts, osa tegeles spordiga, osa rahvusvaheliste suhete, rahvusprobleemide, poliitika, majandusega. Seltside esimeesteks olid enamasti nimekad õppejõud, mõnel seltsil ka üliõpilane. Akadeemilises Arstiteaduse Seltsis võis olla üle 100 liikme, seltsi töös osalesid nii üliõpilased, arstid kui ka õppejõud. Seltsi esimeheks oli prof. A. Valdes. Kord kuus korraldas selts referaatkoosoleku, tavaliselt teealaua taga, kus üliõpilased said esimesi kogemusi teadusettekande esitamiseks. Koosolekuist osavõtjaid oli 30...40. Populaarsed olid seltsi jõuluõhtud ja igakevadised ekskursioonid, millest ka prof. A. Valdes alati osa võttis.

Tõhusaks teadmiste ja oskuste süvendamise teeks oli üliõpilase töötamine vabatahtliku subassistentina mõnes neid huvitavas kliinikus või instituudis (kateedris). See toimus enamasti pärast kolmandat kursust ja õnnelik oli see tudeng, kes kateedrijuhatajalt töötamiseks nõusoleku sai. Töö toimus mõne assistendi «sellina» enamasti õhtupoolikul, viimastel kursustel võimalust mööda ka hommikupoolikul. Niisugustest subassistentidest sirgus ka õppejõudude järelkasv. Hoolsalt töötav vanema kursuse üliõpilane võis saada palgalise koha kas ajutise abijõu või ka noorema assistendi kohusetäitjana ja pärast ülikooli lõpetamist koha vabanemise puhul saada nooremaks assistendiks. Olgu lisatud, et nooremad assistendid kinnitati kohale piiratud ajaks, 3...4 aastaks. Selle aja jooksul omandasid nad

vastava kliinilise eriala. Kui nad teadustööst huvitatud ei olnud, siis neid edasi ei kinnitatud ja nad läksid eriarstidena tööle Tallinna või maakonnahaiglatesse või töötasid vabapraktiseerivate arstidena. Kui assistent sooritas doktorandiekksamid ja kaitses doktoriväitekirja, oli tal võimalus saada vanemaks assistendiks, eradotsendiks jne.

Subassistentina töötades avanes üliõpilasel soodne võimalus võistlustöö kirjutamiseks. Iga aasta 1. detsembril, ülikooli aastapäeva aktusel, tegi rektor aulas teatavaks võistlustöö eest auhinna saanud üliõpilaste nimed. Tööd esitati märgusõna all, ja kui töö auhinda ei saanud, põletati ümbrik autori nimega sealsamas ära. Samal päeval tehti teatavaks ka järgmise aasta võistlustööde teemad. I auhinna saanud autorit premeeris ülikool 100 krooniga, enamik üliõpilasorganisatsioon lisas oma liikmeskonda kuuluvale autorile veel 100 krooni ja ülikooli valitsuse poolt korraldati laureaatilede bankett. Seega andis I auhind peale au ka soliidsed preemia, mis tol ajal võrdus hea kuupalgaga ja aitas nii tõhusalt saneerida tudengi finantsolukorda.

Ka minu tudengielu kulges kirjeldatud rada pidi. Tundsin suurt huvi neuroloogia vastu ja kui olin (neljanda kursuse üliõpilasena) küllalt julgust kogunud, palusin prof. L. Puusepalt nõusolekut äsja väljakuulutatud võistlustöö kirjutamiseks. Saades temalt jaatava vastuse, olin muidugi üliõnnelik. Võistlustöö käsitles aju rauasisaldust mitmesuguste haiguste puhul (histokeemiline uurimus). Samal ajal hakkasin subassistentina ka närvikliiniku palatis töötama. Järgmisel aastal valmis mul teine võistlustöö, kliinilis-morfoloogiline uurimus peaaegu glioomidest. Kumbki töö tõi mulle I auhinna. Ja kui siis üks prof. L. Puusepa assistente komandeeriti 1936. aasta sügisel stipendiaadina Rootsi, kinnitati tema asemele närvikliiniku nooremassistendi kohusetäitjaks mind, kuuenda kursuse üliõpilast.

Tartu Ülikoolis oli neil aastail registreeritud üle 30 üliõpilasorganisatsiooni: eesti üliõpilasselts ja korporatsioonid

ning saksa, vene ning juudi organisatsioon, enamasti korporatsioon. Esi-
 algu külastasin ma mõningaid korpo-
 ratsioone nende külalisõhtutel, esime-
 sena prof. A. Paldroki poolt nimetatud
 korporatsiooni «*Estica*», kuhu ta ka ise
 kuulus. Muidugi imponeerisid noorele
 tudengile uljas korporatsiooniriitus ja
 läikiva rapiiriga dirigeeritud *cantus*,
 kuid otsustasin eelkõige sooritada *exa-*
men philosophicum'i. Kolmandale kur-
 susele jõudnud, astusin aga üliõpilas-
 seltsi «Põhjala», huvi korporatsiooni
 vastu oli siis juba jahtunud. Olgugi
 et sisulised erinevused korporatsioonide
 ja seltside vahel aasta-aastalt vähenesid,
 võis teatavat rivaliteeti nende vahel ka
 tol ajal tunda. Nii esinesid Eesti Üliõpi-
 lasseltside Liit ja Eesti Korporatsioo-
 nide Liit üliõpilasp Parlamendi, Üliõpilas-
 konna Edustuse valimistel omaette kan-
 didaatide nimekirjaga.

1936. aastal muutis valitsus ülikooli
 seaduse, ülikooli autonoomiat piirati ja
 Edustuse töö katkes. Määrati üliõpilas-
 konna kuraator ja ajutine juhatus. See
 kõik põhjustas üliõpilaskonnas oposi-
 tsioonilist meeleolu ja protestidemonst-
 ratsioone.

1930-ndail aastail hakkas ülikoolis
 kaduma nn. igavese üliõpilase tüüp,
 kelle majanduslikud tingimused või-
 maldasid tal aastaid Tartus rõõmsat
 tudengielu elada ja kellel tänu tema
 rohketele semestritele oli omas organi-
 satsioonis autoriteetne positsioon. Ena-
 mik üliõpilasi tegi siiski tõsist tööd,
 sest konkurents ülikoolis ja muidugi ka
 pärast lõpetamist muutus üha pingeli-
 semaks.

Meeldejäävaks päevaks aastas oli
 1. mai. Maiõhtul toimus üliõpilaste tõr-
 vikrongkäik, ülikooli ees tervitas neid
 rektor ja lauldi «*Vivat academia*». Siis
 põletati tõrvikud Toome orus, pesti
 suurem tahm näolt ja algasid kogu öö
 kestvad vastastikused üliõpilasorgani-
 satsioonide külastused — kõigi organi-
 satsioonide ukSED olid külalistele ava-
 tud. 1. mai hommikul sõideti enamasti
 mootorpaatidega Kvistentali või Jäne-
 sele, kus kevadpidu jätkus.

Üliõpilassegakoori lauljana oli mul

võimalus osa võtta ka Tartu Ülikooli
 300. aastapäeva pidustustest 1932. aasta
 suvel. Koor esines Alfred Karafini
 (Karindi) juhatusel juubeliaktusel aulas
 ja vabaõhu-kontsertaktusel «Vanemui-
 se» aias.

Nii möödusid tudengiaastad ja saabus
 1937. aasta kevad, mil tuli sooritada
 viimased eksamid. Viimase eksami soo-
 ritasin kirurgias prof. U. Karelli juures.
 Ülikooli lõpetamine oli tol ajal üpris
 proosaline sündmus. Kui viimane eksam
 tehtud, tuli ülikooli kassasse maksta
 5 krooni diplomi eest (mida igale lõpe-
 tajale spetsiaalselt trükiti), kohe anti
 välja ajutine tunnistus lõpetamise koh-
 ta. Aktust, nagu praegu, ei korraldatud,
 igaüks tähistas arstiks saamist nii nagu
 ta ise soovis ja oskas.

Et ma lõpetamise ajal olin juba assis-
 tent, siis töökoha leidmise muret mul
 esialgu ei olnud. Niisugune mure oli aga
 enamikul lõpetanutel, kellel juba üliõpi-
 laspõlves ei õnnestunud mõnda ülikooli
 kliinikusse või instituuti (kateedrisse)
 «juurduda». Töökoht tuli leida endal.
 Kui finantsid seda lubasid, jäid mõned
 noored arstid palgata volontääradena
 neid huvitavasse ülikoolikliinikusse
 tööle, et omandada eriala. Oli võimalus,
 et edukalt töötav volontäär hakkas klii-
 niku poolt saama ajutise abijõu tasu
 (umbes 50 krooni kuus) ja assistendi-
 koha vabanemise korral oli tal muidugi
 võimalus assistendiks saada.

KIRJANDUS: Sarv, N. Rmt.: Sugemeid Eesti
 arstinduse ajaloo. Tartu, 1940, 83—128.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonna-
 sisehaiguste kateeder

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

II üleliiduline meditsiinterminoloogia korrastamise ja standardiseerimise alane teaduskonverents toimus Jūrmalas 27. veebruarist 1. märtsini 1989. Konverentsi korraldasid NSV Liidu Tervishoiuministeerium, NSV Liidu Meditsiinaakadeemia terminoloogiakomisjon, NSV Liidu Meditsiinaakadeemia «Suure meditsiinientsüklopeedia» peatoimetuse, Läti NSV Tervishoiuministeerium ja Läti NSV Teaduste Akadeemia terminoloogiakomisjon. Koos oli üle 200 terminoloogiaga aktiivselt tegeleva arsti- ja keeleteadlase, arutati läbi 190 ettekannet, neist pooled olid stenditettekanded.

Plenaaristungil konverentsi avapäeval esines allakirjutanu teemal «Eesti meditsiinterminoloogia korrastamisest» (kaasautor Ilmar Laan). Ettekandes olid ajaloolised andmed süstemaatilise meditsiinterminite korrastamise kohta 1920-ndatest aastatest alates. Eriline vajadus terminoloogia järele tekkis 1919. aastal, mil Tartu Ülikoolis alustati eestikeelset õppetegevust. Eesti arstiteadusliku oskuskeele loojaiks võib õigusega pidada prof. A. Valdest (1884...1971) ja akadeemik J.-V. Veskit (1873...1968), kelle ainulaadse viljaka koostöö tulemusena sel alal ilmus aastail 1982...1983 V. Sillastu ja P. Alvre toimetatud kaheköiteline «Ladina—eesti—vene meditsiini-sõnaraamat».

1977. a. asutatud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi meditsiinterminoloogia komisjon, mille koosseisus on neli filoloog ja 11 meedikut, on süstemaatiliselt töötanud peamiselt uute terminite fikseerimise ja olemasolevate kohta soovitude andmise suunas. On korrastatud tervishoiuasutuste ja arstide seltside nimetusi, täpsustatud nomenklatuure ja taotletud ametkondadevahelist ühtlustamist. Rohkem kui 10 aasta vältel on peetud üle 60 koosoleku, fikseeritud ligikaudu 2000 terminit, arutatud uue ENE märksõnastikku, mitut retsensiooni jne. Üle 25 komisjoni tööd puudutava info võib leida ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid». Samas on komisjoniliige filoloog E. Kindlam avaldanud 30 instruktiiivset artiklit arstiteaduslike oskussõnade õigekirjutuse ja loomise sõlmküsimuste kohta.

Ettekandes tehtud ettepanekud üleliiduliste ja vabariiklike terminoloogiakomisjonide töö parandamise ja ainelise toetamise vajaduste kohta leidsid poolehoidu ka teistes ettekannetes ja sõnavõttudes ning kajastusid konverentsi otsuses. Mitu sõnavõtjat märkis tunnustavalt Eestis teh-

tud tööd, demonstratsioonimaterjalina kaasa võetud separaadid ja mõned «Nõukogude Eesti Tervishoiu» üksiknumbrid leidsid kiiresti uued uudishimulikud omanikud.

Konverentsil käsitleti väga mitmesuguseid probleeme. Mitu esinejat, peamiselt anatoomid, analüüsis anatoomianomenklatuuri ja kliiniliste distsipliinide terminite lahkuminekut ja nende erialade mõnevõrra erinevaid nõudeid ning tavaid, mis sageli on terminoloogilise ebaühtluse põhjuseks. Kliiniliste distsipliinide esindajale heideti ette suhteliselt vähest huvi terminite korrastamise ja ühtlustamise vastu ning liigset eponüümide kasutamist. Paljud kohalolijad kurtisid arstide puudulikkust või kohati hoopis puuduvat ettevalmistust vanade keelte alal, mis nüüdisaegsete terminite õiget kasutamist suurel määral kahjustab. Oli juttu ka nüüdiskeeltest tehtavate toorlaenude risustavast ja desorienteerivast mõjust mõne keele terminite loomisel. Peale allakirjutanu väljendasid seda seisukohta ka Läti Teaduste Akadeemia terminoloogiakomisjoni teadussekretär V. Skuinja ja teised sõnavõtjad.

Mitu ettekannet puudutas terminoloogiasõnastike koostamist peamiselt kitsaste erialade, nagu psühhiaatria, kohtuarstiteaduse, südamekirurgia, kutsehaiguste, patoanatomia, onkoloogia jaoks. Suurte terminopöessi kogemustega Tšitaa meditsiiniinstituudi õppejõu N. Kuliši esinemine pakus suurt huvi. Paistab kasulik olevat tema koostatud nomenklatuuridega lähemalt tutvuda, võiks isegi kaaluda nende eesti keelde tõlkimist. Samasugust huvi võiks pakkuda ka mõne teise esineja koostatud terminikogud.

Huvitav ettekanne oli Riia meditsiiniinstituudi professorilt I. Lazovskiselt, kes demonstreeris terminite loomise järjest kiirenevat tempot ning analüüsis raskusi terminite korrastamisel. Raskuste põhjusteks peab esineja: a) vähest üldharitust, emakeele, võõrkeelte ja vanade keelte halba tundmist, mis on seotud kirjanduse ja rahvuskultuuri alaste puudulike teadmistega, b) passiivsust ja terminite täpsuse vastu huvi puudumist, c) rahvuskeele rikkuse ja võimaluste ignoreerimist, d) ameerika teaduse ja inglise keele tähtsuse ülehindamist, e) ambitsiooni (eponüümide suhtes). Paljud konverentsi osavõtjad, sealhulgas ka allakirjutanu, toetasid oma sõnavõttudes prof. I. Lazovskise ettepanekut suunata üldharidust rohkem humanitaarteaduste poole ja taastada vanade keelte keskkoolides õpetamine selle asemel, et arstiteaduse õppimise ajal neile aega kulutada.

Eponüümidega liialdamise kohta tegi oma sõnavõtus märkuse konverentsi organiseerimiskomitee esimees, NSV Liidu Meditsiinaakadeemia akadeemik D. Sarkissov, öeldes, et kahjuks ruttavad paljud ennast jäädvustama tähistades oma nimega mingit operatsiooni, manipulatsiooni või meetodit. See annab tunnistust esmaajoonde tagasihoidlikkuse puudumisest ja sageli ka oma eriala halvast tundmisest.

Kontaktide tihenemist, ülikast infot ja häid eeskujusid silmas pidades oli konverents kokkuvõttes väga kasulik. Küsitav on vaid see, kas kõik otsuses kirja pandud soovid (koosseisud, arvitid jne.) kohe täitmist leiavad, kuid ühiste

eesmärkide sõnastamine on igal juhul samm edasi. Rõhutati, et 1975. aastal toimunud esimesest konverentsist on möödunud liiga pikk (14 a.) aeg ja et järgmine konverents ei tohi end nii kaua oodata lasta.

Pavel Bogovski

Läti Dermatoveneroloogide Selts ning Läti Sotsiaalhügieenikute ja Meditsiiniajaloolaste Selts korraldasid Riias P. Stradiņši nimelises Meditsiiniajaloo Muuseumis 22. veebruaril 1989. aastal ühise istungi. Kavas oli kolm ettekannet.

J. Branti, kelle sünnist möödus 100 aastat, elust ja teadustegevusest rääkis dotsent A. Mil-tinš (Riia). Ajalookandidaat H. Gustavsoni ette-kanne (Tallinn) oli prostitutsiooni ajaloost. Läti haigekassade tegevust käsitles E. Kronitis (Riia). Teisena nimetatud ettekanne tekitas ele-vust ning põhjustas isegi diskussiooni. Otsus-tati ka Lätis alustada vastava teema uurimist.

Heino Gustavson

Leetrite-punetiste-parotiidi assotsieeritud vaktsiin. Epidemioloogiline olukord Nõukogude Liidus tingib punetiste elusvaktsiini taasloo-mise ning selle alusel ka leetrite-punetiste-parotiidi assotsieeritud vaktsiini loomise. Välis-riikide kogemused kinnitavad sellise vaktsiini efektiivsust. Kanadas vaktsineeriti selle vaktsii-niga 11...19 kuu vanuseid lapsi. Serokonver-sioon leetrite suhtes saadi 91...96 %-l, paro-tiidi suhtes 100 %-l ja punetiste suhtes 96...99 %-l lastest. Rootsi kasutas esimesena kahe-kordset vaktsineerimist assotsieeritud vaktsiiniga 8 kuu ja 12 aasta vanustel lastel. Serokonver-sioon leetrite suhtes saadi vastavalt 96 %-l ja 82 %-l, parotiidi suhtes 93 %-l ja 80 %-l ning punetiste suhtes 99 %-l ja 100 %-l lastest. Sama-suguseid vaktsineerimise skeme on edukalt kasu-tanud ka Soome (14...16 kuu ja 6 aasta vanustel lastel) ning Norra (15 kuu ja 13 aasta vanus-tel lastel).

Вопросы вирусологии, 1989, 1.

Leetripuhang täielikult immuniseeritud õpilas-te seas. USA-s Texases tehtud uurimine näitas, et leetripuhangud võivad vallanduda keskkooli-õpilaste hulgas isegi siis, kui üle 99% nendest on vaktsineeritud ja üle 95 %-l on leetri-viiruse antikehi.

N. Engl. J. Med., 1987, 316, 13.

EESTI ARSTIDE LIIDUS

Tartu Arstide Liidus

Esimene 1989. aasta Tartu Arstide Liidu üld-kogu koosolek oli 22. veebruaril, sellega tähistati Eesti Vabariigi 71. aastapäeva. Tähtpäevakõne oli prof. H. Piirimäelt, kes rõhutas, et iseseisva riigi väljakuulutamine on iga rahva ajaloos kõige olulisem etapp. Selle päeva valmistasid ette rah-vuslik liikumine ning ärkamisaja vaimsus. Peame väärtustama töö, mida tehti iseseisvusaastatel, ja andma hinnangu kõigele, mis rahvaga on juhtunud. «Peab olema lõpmata palju meelekind-lust, et tõusta ühtse rahvana, kosuda vaimses ja moraalis», lõpetas prof. H. Piirimäe.

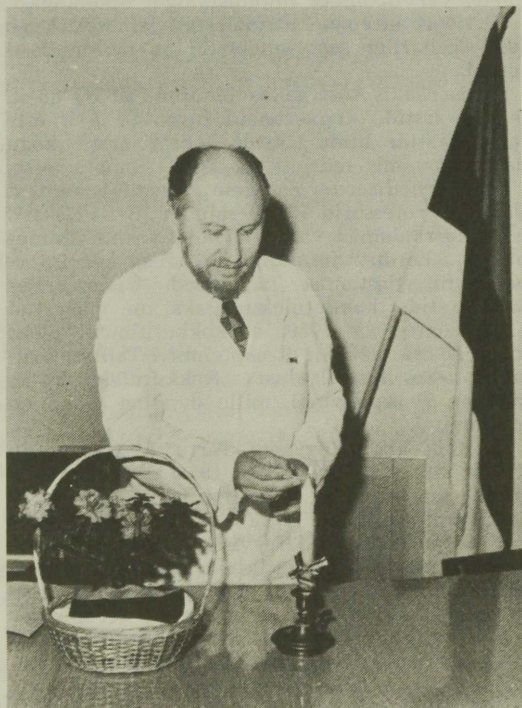


Foto 1. Prof. R. Teesalu süütab küünla ohvrite ja langenute mälestuseks.



Foto 2. Sõnavõtnud olid prof. H. Piirimäelt ja H. Noorelt. V. Kutsari fotod.

H. Noor luges ette katkendeid 1918. aasta 21. veebruari «Manifestist Eestimaa rahvastele». Eesti rahvas ei ole aastasade jooksul kaotanud tungi iseseisvuse järele. H. Noor toonitas Päästekomitee tähtsust, Konstantin Pätsi, Jüri Vilmsi ja Konstantin Koniku vaprust ja poliitilist tarkust. K. Konik oli esimene eestikeelse arstiteaduskonna dekaan ja esimene hospitaalkirurgia kateedri juhataja. H. Noor tegi Tartu Arstide Liidu nimel kaks ettepanekut: 1) K. Koniku mälestuse jäädvustamiseks avada Maarjamõisa kliiniku vanas hoones mälestustahvel; 2) et meie rahvuslipp on praegu nagu hingeravi vahend, tegi ta Plaanikomiteele ettepaneku hakata tootma õigetes värvitoonides sinimustvalget lipukangast.

H. Noore ettepanekul mälestati leinaseisakuga Eesti Vabariigi eest langenuid ja lauldi Eesti hümni.

S. Aru rääkis Austraalias toimunud ESTO '88-st. Sealsel arstide konverentsil luges S. Aru ette Tartu Arstide Liidu läkituse «Eesti arstid kogu maailmas», mis märgiti ka ESTO annaalisidesse.

Forum medicorum Estoniae ettevalmistamisest rääkisid professorid R. Teesalu ja A.-E. Kaasik. Selle korraldamist raskendavad foorumi toimumise aja korduv muutmine ja välismaale informatsiooni edastamise takistused. Ülemaailmse eesti arstide kokkutuleku ajaks on määratud 5. .8. september 1989, et kokkutulnutel oleks võimalik osa võtta ka 8. septembril Tallinnas algavast «Eestimaa laulust». Kokkutuleku Tartu päev on 7. septembril, mille detailne plaan on koostamisel.

H. Kelk andis ülevaate Tartu Arstide Liidu üheksa kuu tegevuse kohta. 1988. aasta suvel ja sügisel saadeti meie vabariigi valitsusele, EKP Keskkomiteele, NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumile ja Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumile läkitusi, taotlusi, protestikirju. Need olid ühis-läkitus kogu Eestimaa elanikkonnale, taotlus vööndiaja kehtestamise kohta, eesti keele riigikeeleks kuulutamise ja keeleseaduse ning kodakondsuse seaduse vastuvõtmise kohta, toetus-avaldus Eesti NSV Ülemnõukogu 1988. aasta 16. novembri otsustele ja muud.

Keskkonnakaitse ja tervishoiupoliitika teemadel on H. Noor korduvalt esinenud Eesti Raadios, Eesti TV-s, samuti ajakirjanduses. Ta

on rõhutanud, et kõrvuti suure keskkonnasaastatusega on süvenenud psüühiline saastatus, seda eriti oluliste otsuste vastuvõtmisega viivitamise tõttu. On kujunemas koostöö Eesti Rohelise Liikumisega. Tartu Arstide Liidu korraldatud Tartu arstide päeval Sangastes 28. augustil 1988 koostati deklaratsioon, mis võeti aluseks Eesti arstide konverentsile saadetud Tartu arstkonna platvormi väljatöötamisel.

Koos Eesti Muinsuskaitse Seltsi ja Õpetatud Eesti Seltsiga tähistasid Tartu ja Eesti arstide liit 20. detsembril 1988. aastal Tartu Riikliku Ülikooli aulas F. R. Faehlmanni 190. sünniaasta-päeva.

Tartu Arstide Liidu üldkogu otsustas 1988. aasta mais, et Tartu Tervishoiutöötajate Maja peaks saama Tartu Arstide Liidu majaks. Praegu seda remonditakse.

Üldkogu võttis H.-E. Arpo ettepanekul vastu otsuse välja selgitada aastail 1940. .1960 Eestis represseritud arstid ja õed, samuti otsuse Akadeemilise Baltisaksa Kultuuri Ühingu koostöö arendamise kohta.

Tartu Arstide Liit tahab luua sidemeid välismaa arstidega, et saada erialase täiendamise ja kollegiaalse suhtlemise võimalusi. Arendamisel on suhted Rootsi Eesti Arstide Seltsi ja Soome kolleegidega. Rootsi «Sihtasutis Eesti Ühisabi» saatis Tartu Arstide Liidule jõuluannetusena püüratud koguses ravimeid, mis jaotatakse Tartu Arstide Liidu usaldusarstide kaudu peamiselt ambulatoorsele haigetele.

Tartu Arstide Liidul on kaks välisliiget: Jüri Vello Kaude ja Miralda Tarikas USA-st.

Üldkogul oli tutvumiseks väljas Tartu Arstide Liidu lipu kavand, millel on Eesti Arstide Liiduga ühine sümbolika. Kõik liiduliikmed said ka põhikirja. Otsustati korraldada liidu aastapäevaball.

Tartu Arstide Liidul oli 22. veebruaril 265 liiget. Selleks ajaks oli peetud kuus üldkogu ja kümme eestseisuse koosolekut.

Prof. K. Kõrge vaidlustas arstide aukohute senise struktuuri. Hääletamisel oli kaks varianti: 1) Eesti arstide aukohus, 2) erialade ja liitude ning seltside aukohud. Jõuti seisukohale, et Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi juurde oleks otstarbekas luua üks Eesti arstide aukohus.

Põhjalikult arutati Tartu keskkonnakaitset. Ettekande esitas Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama juhataja T. Arr. Keskkonnakaitse olukord Tartus on halb. Paljusid keskkonda reostavaid tegureid ega allikaid ei uurita, ei võimaldata uurida Tartu sõjaväelennuvälja keskkonda reostavaid tegureid. Üldkogu võttis vastu otsuse, et Tartule on lennukohala asukoha küsimuse lahendamine elulise tähtsusega. Selle kohta otsustati Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumile saata märgukiri.

Tallinna Arstide Liidult ja Eesti Arstide Liidult tõi tervitusi A. Värnik, kes teatas ka Eesti Arstide Liidu infolehe ilmuma hakkamisest ja kutsus üles tegema kaastööd.

Helli Kelk

EESTI LASTEKAITSE LIIDUS

UDK 616-053.2/.6-362.74

Kas suudame muuta suhtumist lastesse?

Leo Tamm · Tallinn

Laste optimaalse arengu tagamiseks peavad täiskasvanud ümber hindama oma senised seisukohad ja tegevuse. Tuleb kohe astuda samme, et rahvatulu ümber jaotataks ja suurendataks assigneringuid laste tervishoiu, hoolekande ja hariduse tarvis. Kahjuks on IME kontseptsioonis lastele vähe tähelepanu pööratud.

Võttes osa novembris toimunud Soome lepitusprojekti konverentsist, tuli tõdeda, kui tihedalt on omavahel läbi põimunud sotsiaalhooldus ja tervishoid Soomes ning kui suur tähtsus on lastekaitsele. Paneb imestama, kuidas need kaks meil lahus olevat ametkonda on lasteküsimusi üldse seni suutnud lahendada. Ja ega nad parimat endast veel andnud olegi.

Tervishoid kui vähetasustatav ja odavaks muudetud institutsioon peab tegema ka selliste probleemidega, mis on kaugel meditsiinist. Võib tunduda imelikuna, et isegi Perefondi peavad lõppsihile viima arstid.

Seepärast ongi laste eest hoolitsemine meie riigis viletsal järjel. Ega meiegi, kes me oleme lastega aastakümneid tegelnud, ole suutnud ametimeestega võidelda, vastu seista otsustele, mis ei lähtu laste huvidest, mis ei ole optimaalsed ega perspektiivsed. Täna-seni on otsustajad sageli olnud ikka ühed ja samad, kes oleksid juba ammu pidanud tooma pöörde laste tervishoidu, hoolekandesse ja haridusse. Ikka ja jälle püütakse täita üleliidulisi käskkirju. See aga takistab üldsuse suhtumise muutumist lastesse.

Eesti Lastekaitse Liit toetab kõiki asutusi ja inimesi, kes tahavad sisuliselt muuta Eestimaa laste olukorda, mitte aga ainult silte vahetada. Peaks olema selge, et kogu ühiskond peab tegutsema uut moodi, seistes laste heaolu, arengu ja tervise tagamise eest.

Eesti Lastekaitse Liidu pöördumises Eesti NSV Ülemnõukogu saadikute poole 16. jaanuaril 1989. a. oli kirjas: «Tulevased põlvkonnad ei andesta meile kunagi, et lubame end lahustada juurtega ja rahvusest inimmassiks. Kasutuks jäävad üleskutsed eesti rahva liibe tõstmiseks, kui puudub kindlustunne tuleviku suhtes...». Keeleseaduse rakendamine on üks tugisambaid, mis muudab meie suhtumist lastesse.

20. detsembril 1988 arutas Eesti Lastekaitse Liidu volikogu vabariiklike toimekondade ning regionaalsete toimekondade ja liitude tööd. Energiliselt on tegutsenud vaegurlaste vanemate initsiatiivgrupp. Seda toetavad Eesti Lastefond ning Eesti Lastekaitse Liidu puuetega ja kroonilisi haigusi põdevate laste tervise ja olme toimekond. Loodame Eesti NSV Ministrite Nõukogult kinnitust puuetega laste vanemate initsiatiivgrupi maksimumprojekti kohta. Volikogu otsustas jätkata Soome—Eesti ühistööd lepitusprojekti osas. Ühiskonverents «Meie laste mured» toimus 18... 19. märtsini Viljandis. Ka Soome juhtkonna tehtud koostööettepanek turvaküla, nn. SOS-lasteküla rajamiseks leidis heakskiitu. Lastekaitse Liidu eestseisuse initsiatiivil saab võimalikuks 40 eesti ja soome lapse vastastikune külas-käik tuleval sügisel. Eesti kooli ja õpilaste olukorda vaagis oma seisukohast volikogu liige I. Õunpuu.

Tööd on alustanud ka tervishoiutoimekond, kelle eesmärgiks on muuta lastearstide töö lapsesõbralikumaks, tõeliselt laste jaoks.

Eestseisuse nõupidamistel arutati 18. jaanuari konverentsi ettevalmistamist, ka Eesti Naiste Nõukogule saadetud seisukohti, mis peaksid üheskoos Eesti Naiste Liiduga aitama muuta laste olukorda. Eesti Lastekaitse Liit on sei-

sukohal, et meie, täiskasvanute, otsene kohustus on tagada kõigile lastele turvalisus, tervis ja areng, mis on kooskõlas rahvusvahelise inimõiguste seadusandlusega, seejuures lähtugu kogu meie tegevus laste huvidest ja vajadustest. On tehtud ettevalmistusi sellise Eesti NSV lastekaitse seaduse projekti koostamiseks, mis vastaks ÜRO «Lapse õiguste deklaratsioonile», mille 30. aastapäeva tänavu tähistame, ja ÜRO laste õiguste konventsioonile, oleks lähedane Skandinaaviamaade lastekaitse seadustele. Ilma seadust vastu võtmata lastekaitse probleeme võimalik lahendada ei ole. Tuleks asuda kohe planeerima ülemaailmselt tunnustatud turvaküla tüüpi asutusi vanemateta lastele. Et õpilasi perekonnaeluks ette valmistada, on vaja suurendada tervise- ja tervishoiukasvatuse tundide arvu, alustada ka pedagoogide sellealast ettevalmistamist. Eesti Lastekaitse Liidu noorte seksuaalkasvatuse ja seksuaaltervishoiu toimikond jätkab otsinguid sellealase töö parandamiseks koolides. Suurt vajadust tuntakse eestikeelse pereajakirja järele. Ei saa mööda minna ka neidude ja naiste töötingimuste parandamise vajadusest üldse. Keelata tuleb töötamine puuduliku ventilatsiooniga ruumides, samuti ruumides, kus on madal või kõrge temperatuur, keelata ka töötamine mürgiste ainetega, raskuste tõstmine. Vajalik on turvakodude ja usaldusabi väljaarendamine kõigis Eestimaa regioonides. Vaegurlapsed tuleb võrdsustada ravimatute kroonilisi haigusi põdejatega. Meditsiin, eeskätt emade ja laste tervishoid, peab muutuma tegelikult ja sisuliselt prioriteetseks rahvamajandusharuks Eestis. Arvestades seda, et aastaid on meil olnud lapsi ja emasid eirav majandus-, tervishoiu- ja hariduspoliitika, tuleb muuta ehitusplaanide täitmise järjekorda, eriti Tallinnas ja Tartus, tunduvalt suurendades raha eraldamist laste otstarbeks. Oleme küll vaesed, aga ehitame ringrada. Petame endid, kui räägime, et seda hakkavad kasutama lapsed. Lastele peab kõik olema kodu lähedal. Ehitada tuleb regionaalsed tervisekompleksid ning

tasustada treenerite ja pedagoogide töö.

Laste puhkus tuleb muuta mitmekesisemaks, tingimused paremaks. Suvel saab laste töö ümber korraldada. Laste töökasvatuse huvides on vaja läbi vaadata tööseaduse need punktid, mis keelustavad alaealiste töö täielikult. Läbi vaatamist vajavad ka erikoolide, abikoolide töökasvatus, kutseorientatsioon ja tööle rakendamine. Puhketsooniks peame tagasi saama Harju rajoonis (Jüssi järvede piirkond) suured suletud territooriumid, kus võiksid puhata lapsed.

Keskkonna ökoloogilise tasakaalu rikkumine kahjustab praegu ja hakkab tulevikus laste tervist veelgi rohkem kahjustama. Suuri lubadusi on antud, kuid neid on täidetud harva, näiteks Tallinnas (Tselluloosi- ja Paberikombinaadi, tootmiskoondise «Eesti Fosforiit» sulgemine, sideministeeriumi objekti nr. 15 likvideerimine jms.), Tartus, Haapsalus ja Tapal (lennuvälja müra, reostatud kaevud), ka kogu Kirde-Eestis (tööstuse arendamise peatamine). Puhtama ökoloogilise keskkonna nimel nõuda ametkondadelt, et nad tervistkahjustava tegevuse kas lõpetaksid või muudaksid oma tegevuse kahjutuks.

Laste toitlustamine tuleb ümber korraldada selliselt, et tagataks neile keemiliste ainete vaba toit nõutavas sortimendis. Lasteriiete ja -jalatsite tootmist tuleb suurendada kõigi Eestimaa laste vajaduste optimaalseks rahuldamiseks.

22. veebruaril arutati volikogus koostööd laste pesu ja rõivaid õmblevate väikefirmadega. Otsustati sõlmida leping. TKE «Optika» moodustas Eesti Lastekaitse Liidu kaitse all toimikonna, kes varustab Eesti erilasteasutuste lapsi nägemist korrigeerivate prillidega. Toimikond on juba tööd alustanud.

Arutusel oli Eesti Perefondi projekt. Oldi üksmeelel selles, et projekti tuleb muuta. Toetuse suuruse ja jaotamiskorra võiks otsustada kohtadel, kus komisjonid moodustatakse. Kuigi üks ajutine Perefondi määrus ei saa likvideerida

või vältida demograafilisi keerulisi probleeme ega peatada migratsiooni, oldi seisukohal, et kuni Eesti kodakondsuse seaduse vastuvõtmiseni peaks olema määrukses säte — kumbki lapsevanem peab olema sündinud Eestis.

Eesti Lastekaitse Liidu koostöö Tartu Pereliiduga on alanud. Lastekaitse-nädala korraldamine jääb juunikuusse. Oma tegevuses tahame sammu pidada rahvusvahelise lastekaitse liikumisega ja juhendada selle plaanidest. Soome Lastekaitse Keskliidu esimehe Kalle Just-anderi visiit Tallinna käesoleva aasta 24. märtsil aitas koostööd laiendada ja planeerida.

Lastekaitse liidud töötavad Viljandis, Tallinnas, Tartus, Pärnus, Raplas ja Valgas. Ootame regionaalsete toimkondade ning liitude asutamist Tallinnas, Narvas, Rakveres ja Kohtla-Järvel.

Töö jätkub.

*Kardioloogia Teadusliku
Uurimise Instituut*

Eesti Lastekaitse Liit

ARSTIDE SELTSIDES

UDK 614.258 «1979/1989»

10 aastat Eesti Reumatoloogide Seltsi

Eesti Reumatoloogide Selts asutati 1. märtsil 1979. aastal. Seltsi esimesse juhatusse kuulusid O. Maimets (esimees), I. Laan, A. Levin (sekretär), E. Müllerbek, L. Päi, A. Šeffler ja A. Vapra. 27. mail 1983 valiti järgmine juhatus, mille koosseisus olid A. Vapra (esimees), O. Aakre, R. Birkenfeldt, I. Laan, E. Müllerbek, L. Päi ja V. Sui (sekretär).

Seltsi liikmeteks on linnade ja rajoonide reumatoloogid ning reumatoloogias huvitatud arstid. Praegu on liikmeid 60. Reumatoloogiaga tegelevad arstid on alati peaaegu kõik olnud seltsi liikmed, seetõttu olulist liikmete arvu suurenemist aastate vältel ei ole olnud. Seltsi liikmetest on kolm meditsiinidoktorid ja 13 -kandidaadid. Eesti Reumatoloogide Selts kuulub NSV Liidu Reumatoloogide Seltsi koosseisu ja meie seltsi liikmetest on prof. L. Päi ja dotsent A. Vapra üleliidulise seltsi juhatuse liikmed.

Seltsi töö eesmärgiks on olnud reumatoloogide erialateadmiste täiendamine ja reumatoloogiaalase praktilise töö tõhustamine. Teadusprogrammi kavandamises ja täitmises on olnud oluline osa TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedril. Igal aastal on toimunud enamasti neli seltsi koosolekut, kus on peetud kaks kuni neli ettekannet või loengut. 1985. aasta algul avati akadeemik V. Nassonova loenguga «Reumatoloogias kasutatavate farmakoloogiliste preparaatide positiivsed omadused ja kõrvalnähtud» meie vabariigi reumatoloogide kool. Kooli ülesandeks on süs-

temaatiliselt täiendada reumaatiliste haiguste alaseid teadmisi. Reumatoloogide seltsi ja kooli koosolekutel on loenguid pidanud peamiselt oma seltsi liikmed. On palutud esinema ka lähedaste erialade esindajaid ja kõrge kvalifikatsiooniga spetsialiste väljastpoolt Eestit. Nii on sisukaid loenguid pidanud professorid E. Agababova, M. Ivanova, J. Grinštein ja teised.

Meie vabariigi peareumatoloog O. Aakre on koos prof. L. Päi, O. Maimetsa, R. Birkenfeldti ja I. Sepaga korraldanud rajoonikeskustes aastas kuus kuni seitse ühepäevast reumatoloogia-seminari. Selts on kaasa aidanud uute ravimeetodite (pulssteraapia, hemosorptsiooni, plasmaforeesi, krüo- ja laserteraapia) kasutuselevõtmisele. Rajoonide reumatoloogid on nende ravi- viiside rakendamise võimalustest tead-

likud ja vajaduse korral suunavad haige Tartusse või Tallinnasse ravile.

Seltsi koosolekute, reumatoloogide kooli ja rajoonides korraldatud seminaride töö tulemuseks võib tõenäoliselt pidada ka seda, et reumahaigete dispanseerimine on Eestis suhteliselt hea, et on paranenud meditsiiniline rehabiliteerimine, et pidevalt on vähenenud reumast ja liigesehaigustest põhjustatud töövõimetus ning invaliidsus.

Eesti Reumatoloogide Seltsi tegevuse omapäraks võrreldes teiste liiduvabariikide reumatoloogide seltside tegevusega on tihe koostöö pediaatrite ja kurortoloogidega, mis mõistagi on reumahaigete ravi muutnud järjepidevamaks ja komplekssemaks.

Seltsi liikmed on igal aastal avaldanud artikleid vabariiklikus ja keskajakirjanduses ning ka välismaa väljaannetes. Eriti palju publikatsioone ilmus trükist 1988. aastal, üle 30. On koostatud ja välja antud meditsiinilisi soovitusi reumatoidartriidi, reuma, podagra ja deformeeriva osteoartroosi diagnoosimise ja ravi kohta. 1987. aastal ilmus trükist prof. L. Päi monograafia «Основы клинической ревматологии».

On korraldatud kolm Eesti reumatoloogide konverentsi (1978., 1982. ja 1988. aastal), trükist on ilmunud ka nende konverentside teesid. Viimasel konverentsil, mille teemaks oli reumaatiliste haigete dispanseerimine, ravi ja profülaktika, oli osavõtjaid pisut üle 200. Osavõtjaid oli ka väljastpoolt Eestit (Helsingist, Moskvast, Vilniusest, Volgogradist, Saraatovist, Jaroslavlist). Seltsi liikmed on aktiivselt osalenud nii vabariiklikel, üleliidulistel kui ka rahvusvahelistel konverentsidel. Ei ole unustatud ka meditsiini- ja hügieeniteadmiste propageerimist, aastas on peetud 30... 56 loengut.

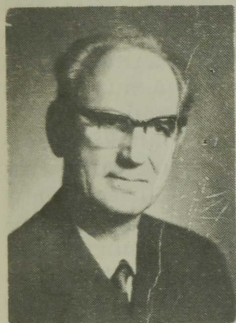
Seltsi tegevust kokkuvõtlikult hinnates võib ütelda, et see on olnud laiahaardeline, mitmekülgne ja sisukas ning ühendanud reumatoloogid teadmishimuliseks pereks.

Virve Sui



Fotol Eesti Reumatoloogide Seltsi juhatus, mis valiti 1. märtsil 1989. Esireas vasakult: V. Sui (sekretär), prof. L. Päi, O. Aakre (aseesimees); teises reas A. Vapra, I. Laan (laekur), R. Birkenfeldt (esimees). Fotolt puudub I. Sepp. V. Kutsari foto.

MEIE JUUBILARE



Voldemar Kõöp, Tallinna Kiirabihaigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna ordinaator, sai 7. mail 80-aastaseks. Juubilar on sündinud Harjumaal. 1947. aastal lõpetas ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Juba üliõpilasena asus 1944. aastal tööle Tartu Ülikooli sisehaiguste kliiniku kõrva-, nina- ja

kurguhaiguste osakonnas. 1949. aastal tuli V. Kõöp kõrva-nina-kurguarstiks Tallinna II Haiglasse (praegune Tallinna Tõnismäe Haigla), kus ta 1950. aastal organiseeris Tallinna esimese kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna, mille juhatajaks ta sai. Aastail 1959...1963 oli V. Kõöp Tallinna III Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhataja, ajavahemikul 1963...1977 Tallinna Tõnismäe Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhataja. Seejärel töötas ta 1980. aastani samas osakonnas ordinaatorina. 1980. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. V. Kõöp on Eesti vanim kõrva-nina-kurguarst. Ta on olnud paljude Tallinna kõrva-nina-kurguarstide õpetaja. Ta on heatahtlik ja abivalmis. V. Kõöbi hobiks on male. Juubilar on saanud V. I. Lenini juubelimedali ning palju aukirju.



Arnold Jannus, TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri juhataja, professor, sai 27. mail 70-aastaseks. A. Jannus on sündinud Peterburis teenistuja perekonnas. 1938. aastal astus ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonda, mille lõpetas aga 1949. aastal. Aastail 1942...1945 võitles Eesti las-

kurkorpuse ridades sanitaarrühma komandörina. 1952. aastal kaitses A. Jannus kandidaadiväitekirja mikrobioloogia ja nakkushaiguste erialal. Seejärel töötas TRÜ arstiteaduskonna mikrobioloogia ja nakkushaiguste kateedris vanemõpetajana. 1954. aastal määrati A. Jannus Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktoriks, sel ametikohal oli ta üle 23 aasta. A. Jannus komplekteeris selle instituudi kaadri, rajas uued laboratooriumid, nende seas esimese viroloogialaboratooriumi Eesti NSV-s. Doktoriväitekirja kaitses ta 1967. aastal viroloogia alal. Professor A. Jannus on võimekas teadlane. Ta on teinud viroloogiaalaste töömeetodite täiendamise ettepanekuid. Poliümüeliidivastase võitluse teadusliku ja organisatoorse töö eest sai A. Jannus kollektiivi liikmena Nõukogude Eesti preemia. A. Jannus avastas esimesena Eesti NSV territooriumil tsirkuleerivad *Coxsackie*, *ECHO*- ja adenoviirused ning tegi kindlaks nende osatähtsuse viirusnakkushaigustesse haigestumises Eestis. Ta oli Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiini-nõukogu esimehe asetäitja ja väitekirjade kaitsmise erialanõukogu liige. A. Jannuselt on ilmunud üle 170 teadusartikli ja üks monograafia viroloogia alalt. Aastaid oli ta Vabariikliku I. Metšnikovi nimelise Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Seltsi esimees. Alates 1977. aastast on prof. A. Jannus töötanud TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedris. 1980. aastast on ta olnud üleliidulise teaduslik-tehnilise kompleksprogrammi «Inimene ja väliskeskkond» probleeminõukogu «Keskkonnakaitse meditsiinilised aspektid» esimees. Juubilari on autastatud kahe ordeni ja paljude medallitega. Ta on saanud tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirja..



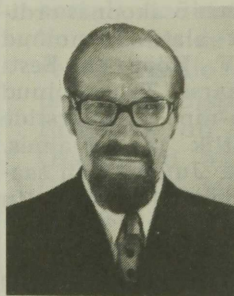
Endel Veinpalu, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonna juhataja, sai 27. veebruaril 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Läänemaal talupidaja perekonnas. 1948. aastal lõpetas ta Lihula Keskkooli kuld-

medaliga ning 1954. aastal TRÜ arstiteaduskonna kiitusega. Aastail 1954...1957 oli TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateedri aspirant. 1957. aastast tänaseni on töötanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiaosakonnas, algul teadurina, 1961. aastast alates praegusel ametikohal. 1959. aastal kaitses E. Veinpalu kandidaadiväitekirja. 1972. aastal valmis tal doktoriväitekirja, mis käsitleb reumaatiliste haiguste muda- ja humisoolravi. Edasise teadustöö põhisuunaks on samuti olnud mudaravi, kuid ka meditsiinilis-klimatoloogiliste küsimuste uurimine. Ta on avaldanud üle 130 teaduspublikatsiooni, osa nendest välismaal, ja hulgaliselt populaarteaduslikke kirjutisi. Teadusliku uurimistöö kõrvalt on E. Veinpalu täitnud mitmesuguseid muid kohustusi. Üle 20 aasta on E. Veinpalu olnud Eesti Füsioterapeutide ja Kurortoloogide Seltsi juhatus ning Ametiühingute Kuurortide Valitsemise Eesti Vabariikliku Nõukogu teadusliku kuurordikomisjoni esimees, samanimelise üleliidulise seltsi juhatuse ja NSV Liidu Meditsiiniakadeemia kurortoloogia ja füsioterapia probleeminoökogu ning kurortoloogiaalase keskajakirja toimetuskolleegiumi liige. Ta on pidanud TRÜ arstiteaduskonna üliõpilastele kurortoloogia põhialuste loenguid, olnud korduvalt TRÜ arstiteaduskonna riikliku eksamikomisjoni esimees. Kahel korral on teda valitud Pärnu Linna RSN saadikuks, seejuures ühel korral ka Pärnu Linna RSN Täitevkomitee liikmeks. Hea töö eest on juubilar pälvinud mitu autasu.



Natan Elšteín, Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi peaterapeut, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonna juhataja, professor, sai 7. märtsil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Kišinjovis teenistuja perekonnas. 1951. aastal lõpetas Tšernovtšõ Meditsiiniinstituudi kiitusega, seejärel on elanud ja töötanud Eestis. Alustas tööd arstina kaevanduses «Käva II», on töötanud terapeutina Kohtla-Järvel, ordinaatorina Tallinna Vabariiklikus Haiglas, teerapiaosakonna juhatajana Tallinna Raudteehaiglas. 1962. aastal sai Tallinna peaterapeutiks. 1967. aastast alates on N. Elš-

tein juhatanud Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi gastroenteroloogiaosakonda. 1968. aastast on ta olnud Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi peaterapeut. N. Elšteín on avaldanud üle 350 teadusliku ja 250 populaarteadusliku publikatsiooni, sealhulgas ka monograafiaid. Artikleid on ilmunud ka välismaal. N. Elšteín on uurinud gastroenteroloogiaprobleeme, on kirjutanud ka arstitöö vigadest ja teraapia üldküsimustest. Ta on välja töötanud ägedaid haigusi põdenud haigete dispanseerimise alused. 1960. aastal kaitses N. Elšteín kandidaadiväitekirja, mis käsitles lambliooosi kliinikut, diagnoosimist ja ravi. 1967. aastal kaitses doktoriväitekirja teemaks olid elanikkonna terapeutilise abi arengu kliinilis-organisatsioonilised aspektid. 1971. aastal omistati talle professorikutse. N. Elšteín on olnud juhendajaks või konsultandiks kolme doktori- ja 11 kandidaadiväitekirja koostamisel. Juubilar on mitme teadusnõukogu liige, Eesti Terapeutide Seltsi ja Eesti Gastroenteroloogide Seltsi ning üleliiduliste terapeutide ja gastroenteroloogide seltside juhatuste liige; ajakirja «Eesti Arst» toimetuskolleegiumi ja ajakirja «Терапевтический архив» toimetuskõukogu liige, «Suure meditsiinientsüklopeedia» üldosakonna toimetaja. Juubilar on Eesti NSV teeneline arst ja Eesti NSV riikliku preemia laureaat. Teda on autasustatud Tööpunalipu ordeniga, ordeniga «Austuse märk» ja medalitega.



Artur Niinemägi, Põlva Rajooni Keskhaigla Polikliniku terapeut, sai 11. mail 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Paide rajoonis põllupidaja peres. 1948. aastal lõpetas ta Paide Keskkooli ja 1954. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel

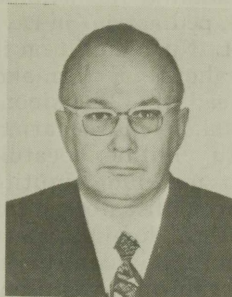
töötas aastail 1954...1959 Vastseliina Rajoonihaigla ja 1959...1986 Ahja Jaoskonna-haigla peaarstina. Ajavahemikul 1986...1988 oli samas terapeut. 1988. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Ahja haigla oli tema peaarstiks oleku ajal rajooni parim haigla ja üks paremaid haiglaid Eestis. Korduvalt on A. Niinemägi täiendanud oma erialateadmisi. A. Niinemägi on esimese kateooria terapeut ja tervishoiu eesrindlane. Juubilar on aktiivselt osalenud ühiskondlikus töös: aastaid oli ta EKP rajoonikomitee liige, rajooninõukogu saadik,

nõukogulike kombetalituste propageerija. A. Niinemägi on ühingu «Teadus» lektor ja Ahja külanõukogu rahvakontrolligrupi liige. Teda on autasustatud Lenini ordeni, paljude medalite ning Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.



Lembit Tähepõld, TRÜ arstiteaduskonna bioorgaanilise ja bioloogilise keemia kateedri juhataja, professor, Eesti NSV teeneline teadlane, sai 27. märtsil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartu rajoonis Kuuste vallas põllumehe perekonnas. 1947. aastal lõpetas ta Tartu 1.

Keskkooli ja 1953. aastal TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna. Pärast seda on L. Tähepõld töötanud TRÜ arstiteaduskonna bioorgaanilise ja bioloogilise keemia kateedris, algul assistendina, aastail 1962... 1963 dotsendina. 1963. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Kandidaativäitekirja kaitses L. Tähepõld 1958. aastal ning doktoriväitekirja 1975. aastal. Nendes käsitles ta funktsionaalse neurokeemia probleeme. 1977. aastal sai L. Tähepõld professorikutse. Juubilar on 35 aasta pikkuse pedagoogilise töö vältel õpetanud üliõpilastele biokeemiat, füüsikalist ja kolloidkeemiat, viimased aastakümnel ka kliinilist biokeemiat ja bioorgaanilist keemiat. L. Tähepõld on avaldanud 190 teaduspublikatsiooni neurokeemia ja teoreetilise gastroenteroloogia alalt, osa neist on ilmunud välismaal. L. Tähepõllu juhendamisel on valminud 20 kandidaativäitekirja, ta on juhendanud ka üliõpilasi võistlustööde koostamisel. Aastail 1964...1969 oli TRÜ arstiteaduskonna teadusprodekaan, ta on kuulunud arstiteaduskonna parteibüroo ja EKP TRÜ komitee koosseisu. 1981. aastast alates on L. Tähepõld olnud TRÜ rahvakontrolli peagrupi esimees. Aastail 1969...1975 oli ta arstiteaduskonna teaduskraadide kaitsmise erialanõukogu teadussekretär. Praegu on ta kahe erialanõukogu liige. L. Tähepõld kuulub NSV Liidu Teaduste Akadeemia kahe teadusnõukogu ja kolme üleliidulise teadusajakirja toimetusunõukogu koosseisu. Aktiivse teadusliku, pedagoogilise ja ühiskondliku tegevuse eest on juubilar autasustatud V. I. Lenini juubelimedali ja Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.



Endel Tünder, Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV riikliku preemia laureaat, professor, TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedri juhataja, sai 5. mail 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Viljandi rajoonis. 1949. aastal lõpetas ta Abja Keskkooli, 1955. aastal TRÜ arstiteaduskonna

raviosakonna. Aastail 1955...1961 oli ta Tartu Kliinilise Haigla kirurg. TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnakirurgia kateedris on E. Tünder töötanud 1961. aastast alates. Samal aastal kaitses ta kandidaativäitekirja «Ostsillograafia, arteriograafia ja pletüsmograafia kasutamisest alajäsemete tuiksoonte tromboblitereeriva haiguse diagnoosimisel», 1967. aastal doktoriväitekirja «Näidustused alajäsemete arterite taastavateks operatsioonideks oblitereriva ateroskleroosi puhul». Alates 1970. aastast on E. Tünder töötanud praegusel ametikohal. E. Tünderilt on ilmunud uurimusi veresoontekirurgia, üldkirurgia ja mikrokirurgia alalt. Ta on avaldanud 210 publikatsiooni, neist ühe monograafia. Juubilar on olnud kümne kandidaaditöö juhendaja ning kuue doktoriväitekirja konsultant. Laialdaselt tuntud teadlase, pedagoogi ja kirurgina on professor E. Tünder Ülemaailmse Kirurgide Assotsiatsiooni, üleliidulise veresoontekirurgia erakorralise probleemikomisjoni ning Üleliidulise Kirurgide Seltsi juhatuse liige, sama seltsi südame- ja veresoontekirurgia büroo ja mikrokirurgiaosakonna liige.



Leo Nurmand, TRÜ arstiteaduskonna farmakoloogia kateedri professor, sai 12. juunil 60-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus. 1953. aastal lõpetas ta Tartu Ülikooli arstiteaduskonna ja asus tööle farmakoloogia kateedri assistendina. Aastail 1965... 1971 oli L. Nurmand vanemõpetaja, 1971...

1976 dotsent. 1976. aastast alates on töötanud praegusel ametikohal. Meditsiinidoktor on ta 1975. aastast. L. Nurmand on suurte kogemustega pedagoog. Ta on

kolmkümmend aastat pidanud farmakoloogialoenguid farmaatsia-, pediaatria- ja ravi-osakonna üliõpilastele. L. Nurmandilt on ilmunud rohkesti õppevahendeid, farmakoloogia õpik ja üle 100 teaduspublikatsiooni. Ta on ka kliinilise farmakoloogia ja farmakoteraapia käsiraamatu mitme peatüki autor. L. Nurmand on uurinud uinutite, analgeetikumide ja trankvillisaatorite toimemehhanismi ja kineetikat, kusjuures erist tähelepanu on ta pööranud adaptiivsete muutuste uurimisele organismis vastusena ravimite manustamisele. Ta on mitme teadusnõukogu liige, Eesti Farmakoloogide Seltsi teadussekretär. Alates 1984. aastast on L. Nurmand olnud arstiteaduskonna meetodikakomisjoni esimees. Oma eeskujuliku teadusliku ja pedagoogilise tegevuse eest on juubilar pälvinud palju aukirju.



Ruta Mihelson, Hiiu-maa Rajooni Keskaigla peaterapeut, sai 2. märtsil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Riias teenistuja perekonnas. 1962. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna ja suunati tööle Hiiumaale. Aastail 1962...1963 oli Selja Maahaigla juhataja,

seejärel töötas ta rajooni keskaigla terapeutina. Ajavahemikul 1977...1986 oli R. Mihelson Hiiu-maa Rajooni Keskaigla peaarst, jätkates tööd ka terapeutina. 1986. aastast alates on olnud praegusel ametikohal. Korduvalt on R. Mihelson osa võtnud erialastest täienduskursustest. Ta on kõrgema kategooria terapeut. Aktiivselt on ta osalenud Lääne-Eesti Arstide Seltsi teaduslikus tegevuses. R. Mihelson on ka Eesti Arstide Liidu volikogu liige. Juubilar on autasustatud ordeniga «Austuse märk» ja medalitega.



Elin Loka, Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi vanemteadur, sai 26. märtsil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Tartus õpetajate perekonnas. 1957. aastal lõpetas ta Tartu 2. Keskkooli ja 1962. aastal TRÜ bioloogia-geograafiateaduskonna. Üliõpilasena võttis

E. Loka osa ÜTÜ taimefüsioloogia-ja looduskaitseringi tööst. Aastail 1962...1964 töötas ta Valga Veinitehases. Ajavahemikul 1964...1967 oli ta Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalbioloogia Instituudi aspirant, hiljem töötas samas nooremteadurina. 1971. aastal kaitses E. Loka kandidaadiväitekirja «Röntgenikiirguse toimel mõnel mügarbakteriliigil tekkivast biokeemilisest defitsiitsusest». 1981. aastal sai ta vanemteadurikutse. 1974. aastast alates on juubilar olnud praegusel ametikohal. Ta võttis aktiivselt osa sanitaarbakterioloogia laboratooriumi asutamisest. E. Loka on tegelnud nii joogivee, supluskohtade vee kui ka reovee bakteriaalse saastatuse uurimisega. Trükis on ta avaldanud üle 50 teadustöö, neist ühe välismaal. E. Loka on võtnud osa mitme meetodilise juhendi ja soovitus koostamisest. Juubilar on aktiivne ka ühiskondlikus töös. Aastail 1982...1987 oli ta Kalinini Rajooni RSN rahvasaadik, 1975...1983 instituudi ametiühingukomitee liige. Ta on ühingu «Teadus» lektor. Alates 1988. aastast on olnud I. Metšnikovi nim. Epidemioloogide, Mikrobioloogide ja Infektsionistide Seltsi Tallinna osakonna juhatuse liige. Juubilar on erakordselt tähelepanelik, töökas ja abivalmis.



Raissa Katai, Kohtla-Järve 2. Linnahaigla peaarsti asetäitja töövõimetuse ekspertiisi alal, sai 7. augustil 50-aastaseks. Juubilar on sündinud Frunzes sõjaväelase perekonnas. 1969. aastal lõpetas ta Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna. Seejärel suunati R. Katai

tööle Kohtla-Järve 1. Poliklinikusse, kus ta oli neuroloogi ametikohal. Aastail 1973...1978 töötas ta neurokirurgiaosakonna ordinaatorina. R. Katai täiendas pidevalt oma teadmisi ja saavutas arvestatava kvalifikatsioonitaseme. 1978. aastal määrati ta linna peaneuroloogiks. Alates 1982. aastast on R. Katai töötanud praegusel ametikohal, olles samal ajal ka Eesti NSV Ametiühingute Nõukogu mittekoosseisuline usaldusarst. Tubli ja kohusetundliku töö eest on juubilar saanud palju aukirju.

INTERVJUU

Mida arvab «Eesti Arsti» toimetuskolleegiumi liige, Tampere Ülikooli audoktor haridusest ja haritusest

Tartu Ülikooli kauaaegne õppejõud, arstiteaduskonna radioloogia ja onkoloogia kateedri juhataja, meditsiinidoktor professor Kaljo Villako sai 19. mail 1989 70-aastaseks. Auväärsetel juubilaril, rahvusvahelise mainega teadlasel, kes on Tampere Ülikooli audoktor, Euroopa Gastroklubi liige, Soome Sisehaiguste Arstide Ühingu ja Saaremaa Arstide Seltsi auliige, on suurte elu- ja arstikogemuste tõttu noorematele kolleegidele nii mõndagi ütelda. «Eesti Arsti» toimetuse küsimustele oli juubilar meeleldi nõus vastama.



Missugune on Teie kui ülikooli õppejõu arvamus tänase üliõpilase haritusest?

Ülikoolis töötamise ja üliõpilaste õpetamise ajal on ka õpetajale endale nii mõnigi asi paremini selgeks saanud. Varem räägiti, et noorus on tore ja hea ning et temale võib loota. Nüüd räägime juba noorsoo mõningatest puudustest, ja mis minule on igapäevases töös noortega silma hakanud, on see, et keskhariduse, s. o. harituse tase on viimasel ajal vähikäiku teinud. Ja siin, ülikoolis, ei suudeta enam korvata neid puudujääke, mis

on tekkinud juba keskkoolis õppimise ajal. Kui rääkida arstide koolitamisest ja ettevalmistamisest üldse, siis arvan, et juttu tuleb alustada keskkooliharidusest. Keelte õpetamine ja ühiskondliku mõtte kujunemine peaks toimuma juba keskkoolis. Väikesele rahvale ühest-kahest keelest ei piisa ja tuleks, eriti arstiteadust silmas pidades, lisaks vene keelele üks suur keel veel juurde õppida. Kui see oleks minu teha, taastaksin vähemalt osas keskkoolides ladina keele lühikursuse. Märtsikuu «Noorte Hääles» avaldatigi ilus haridust puudutav kirjutis, millega ma põhimõtteliselt ühinen. Selles on toodud ettepanek jaotada haridus alghariduseks ja põhikoolituseks, s. o. keskkooliks ja gümnaasiumiks. Kogemused on näidanud, et 12-klassiline haridus andis tõesti hästi arenenud mõistuse ja mõtlemisvõimega inimesi. Olin hiljuti koos kunagise koolivennaga, väliseestlasest arsti doktor Harald Keilandiga, kes on sündinud ja koolis käinud Tartus, meditsiinikõrgkooli lõpetanud ning aastakümneid töötanud Rootsis. Tema sõnutsi, ka minu enda arvates andis meie kool, Hugo Treffneri Gümnaasium, tõesti väga hea hariduse. Doktor H. Keiland mainis sedagi, et Rootsi keskkooliharidus ei küüni nimetatud koolis antud hariduse tasemeni.

Eriti just arstiks õppimise eelduseks on hea humanitaarharidus. Arsti ettevalmistus senisel viisil end ei õigusta. Ei tohiks olla varajast spetsialiseerumist, sest arsti haritus peaks tunduval määral ületama patsiendi keskmise haridustaset, vaid siis suudab arst oma ülesandeid korralikult täita. Meie mõttemaailm kujundati Stalini ajal omapäraselt välja, tolle aja võimule oli vaja mitte väga tarku, mitte eriti mõtlemaid inimesi, ning hakatigi koolitama spetsialiste, mitte aga haritlasi. Ja nii on see tänapäevani: püütakse spetsialiseeruda liiga varakult ning tulemused on muidugi kesised. Haridus ei peaks olema diferentseeritud mitte üksnes teadmiste osas, vaid ka soo järgi: on vaja eraldi poiste ja tütarlaste koole, alles siis on võimalik kasvatada tublisid mehi ja häid naisi.

Kas mõttevahetus ja vaidlus arstiteadlaste koolitusviiside ja kasvatamise osas on endaga kaasa toonud midagi uut?

Tõenäoliselt juba tulevikus, vähemalt arstiteaduskonnas muutub olukord selliselt, et kaotatakse kandidaadikraadi taotlemine. Mujal maailmas, Põhjamaades eriti, on vahepealne aste, arstiteaduse litsentsiaat. Selle nimetuse saamiseks tehakse üks väiksem teadustöö, meie mõiste järgi

on see laiendatud akadeemiline haiguslugu. See on töö, mida ei kaitsta ja pärast selle valmimist annab teaduskonna nõukogu litsentsiaadi kraadi. Küsimus aga ei ole nimetatud kraadis, vaid hoopis selles, et paljudki, muidugi mitte kõik, meie kandidaadi- ja doktoritööd ei vasta maailmatasemele. On ju ka väga häid uurimusi.

Seda olukorda on vaja kardinaalselt muuta, eriti siis, kui ülikool saab meil õiguse anda teaduskraade. Ma olen kahel korral olnud opponendiks doktoritöö kaitsmisel Soomes ja võrrelnud nende ning meie teaduskraadide taset. Opponent peab andma vastuse, kas doktoritöö vastab maailmatasemele, millisel määral, mis selles on täiesti uut. Selline suhtumine, mis valitseb meil, näiteks et kaitstav väitekiri on Nõukogude Liidus esimene, ei ole ju mingi kriteerium. Sellest tuleb kindlasti loobuda. Suheldes kolleegidega, nendega koostööd tehes olen jõudnud arusaamisele, et meil ei ole niipalju vahendeid, energiat ega töökäsi, et võiksime teha teadusuuringuid alla maailmataseme. See tähendab, et peame valima ka vahendeid, mis igal juhul lubavad töötada maailmatasemel. Ei ole ühe või teise rahvuse teadust, teadus on alati rahvusvaheline ja see on määrav. Teadlane peab oskama võõrkeeli, see on ka iseenesest mõistetav, sest üksnes venekeelse teaduskirjanduse vahendusel ei ole võimalik maailma teadusega kursis olla. Teadlane peab valdama vähemalt kaht suurt keelt ning peale nende peab ta oskama ka ladina keelt, seda eeskätt terminoloogia või siis rahvusvaheliste sõnade pärast. Selle väite kohta lisan, et kord oli mul vaja endale selgeks teha ühe itaaliakeelse artikli sisu, kuid ma ei ole itaalia keelt õppinud. Võtsin kokku oma teadmised ladina keele vallas, muidugi võtsin ka itaalia keele sõnastiku ja sain artiklis toodud meetoodika endale nii ära tõlkida, et see meetoodika «töötas», seega olin itaaliakeelsest tekstist enam-vähem aru saanud.

Nagu teada on, pidasime oma professoritest väga lugu, paljusid küll ka kartsime, kuid see oli positiivse toimega kartus, sest suhtusime õppejõududesse sügava respektiga. Meenub üks seik. Olin õppejõuna töötanud juba aastaid, kui mul tuli Vanas Anatoomikumis loengut pidada. Pulti minnes oli mul äärmiselt ebamugav tunne, sest mõistsin, et see on professorite Veinbergi ja Aunapi koht, mitte minu. Miks ma sellest räägin? On ju nii, et õppejõu ja üliõpilase vahel ei tohi olla vaenlase positsiooni, kuid üliõpilasel peab tingimata kujunema respekt õppejõu vastu. Sel-

lest tulenevalt peab ka õppejõu käitumine olema selline, et see respekt kujuneda saaks: nõudlik, aga õiglane; range, aga aus ning korrektne. Nooremate kolleegide puhul torkab silma täpsuse puudumine. Arsti elus on aga täpsus väga tähtis, ja kui rääkida suhtlemisest välismaalastega, siis nende täpsus äratub suurt lugupidamist. Seevastu tekitab kokkulepitud kellaajust või muust mittekinnipidamine neis võõrastust ja mõistmatust. Näiteks mulle ei ole oluline, et mind tervitatakse, kuid mind häirib, kui noored püüavad tervitamist vältida. Mõistan, et see on korrektsuse küsimus, mitte et see tervitus teeks kedagi õndsaks. Meenub taas kallis kooliaeg, mil direktor kutsus poisid kokku ning targastas, kas nad viisakalt tervitada oskavad. Marssisime hanereas kooliõues ringi, tema aga heitis pilgu kord ühe, kord teise suunas ning siis tuli tervitada.

Mida peate tähtsaks rahva terviseõpetuses?

Teadussaavutused peavad jõudma rahva hulka, sealhulgas ka arstiteaduse saavutused, milles abistab meid teaduse populariseerimine. Kuid selles vallas on minu arvates käibel veel valed põhimõtted. Me peame populariseerima üldhügieeni põhimõtteid ja rangelt vältima ravimise õpetamist. Seetõttu on minu silmis kõik need rahvavahimite ja looduslike ravivahendite kasutamist või ravimenetlusi käsitlevad ülesastumised, olgu nad ükskõik kui kõrgel positsioonil oleva inimese poolt, siiski tulutud. Mida aga tuleks laialdaselt levitada ja selgitada, on esmaabi andmise oskus. Võib-olla tuleks taastada samariitlaste kursused, mille lõpetajatest sai omal ajal väga tublisid esmaabiandjaid. Ma olen neid kohanud sõja ajal. Ravimine saab toimuda üksnes pärast diagnoosimist ja populaarne rahvadiagnoos ei tarvitse ühtida tõelise diagnoosiga. Järelikult soovitame ravimist huupi, see aga võib viia üsna kurbade tagajärgedeni. Ka populaarteaduslikus kirjanduses tuleks järgida sama joont, sest meil on rahva hulgas puudu üldhügieeniteadmistest. Eelkõige ja esmajoones peaksid koduhügieen ja toitus-hügieen, ka kõik teised alaliigid kajastuma meie populariseerivas tegevuses.

Kuidas on laabunud Teie koostöö Soome teadlastega?

Koostöö Soome teadlastega on kestnud 18 aastat, alustasime 1971. aastal. Tallinnas oli esimene koosolek 1972. aastal. Tänavu aprillis kohtusime taas Helsingis. Algaastail ei olnud selline koostöö eriti populaarne. Meie teadlaste rühm sai kohe alguses

hoo sisse, tekkis vastastikune usaldus, mis aga on väga vajalik. Teiste koostöörühmade tegevus on kulgenud oma rada. 1980-ndatel aastatel hakkas niisuguseid koostöörühmi tekkima üle maailma, tekkis ka segarühmi. Nüüd räägime juba multisentrilistest uurimustest. Need rühmad ei ole loodud mitte üksnes kahe riigi, vaid mitme, 5...6 ja isegi 10 või rohkema riigi teadlaste vahel. Olen palju mõelnud selle üle, miks meie koostöö kulgeb hästi. Siin etendavad suurt osa inimeste omavaheline sobivus, teadmiste tase, teaduslike tõekspidamiste vastavus ja oskus ning keel. Töökoosolekud toimuvad meil inglise keeles, kuid neli meie rühmast valdavad ka soome keelt. Suhtlemisraskusi meil ei ole. Lihtsam on rääkida muidugi emakeeles, see mõjub läbisaamisele ja koostööle hästi. Soodsalt mõjub ka koostöös ilmev sportlik võistluselement, mis tahes või tahtmata ikkagi tekib. See viib tööd edasi. Ideede genereerimine on sellises koostöös kõige loominguilisem külg.

*Juubilari mõtted on
kirja pannud Vello Laos*

UUSI RAVIMEID

PROFESÜÜM

(*Profezumum, Protosubtillin,*
профезим, протосубтиллин)

Profesüüm on *Bacillus subtilis*'e vahendusel saadud kollakaspruun ensüümpreparaat, mis sisaldab proteaase ja millel on pikendatud proteolüütiline toime.

Ravim mõjub nekrolüütiliselt ja põletikuvas- taselt, stimuleerib regeneratiivseid protsesse ning kiirendab granulatsioonkoe tekkimist. Paiksel- ärritavat toimet ei avalda.

Preparaat on näidustatud mitmesuguse etio- loogiaga mädaste ja nekrootiliste protsesside kor- ral. Teda kasutatakse mädaste operatsioonihaa- vade korral, samuti pärast abstsesside ja flegmo- nide avamist ning infitseeritud haavade korral. Profesüümi kasutatakse ka halvasti paranevate haavade, troofiliste ja kiiritusjärgsete haavan- dite ning kroonilise osteomüeliidi ravis.

Profesüüm on välispidine ravim. Ravimit tuleb enne tarvitamist tugevasti loksutada. Enne prepa- raadi manustamist tuleb puhastada haav mädast ja lahtistest nekrooskudedest, manustada kes- miselt 1 ml profesüümi 10 cm² haavapinna kohta. Seejärel asetada haavale 2...3-kihiline marlitükk, mis on läbi immutatud isotoonilise naatriumklo- riidilahusega. Marli hoidmiseks niiskena niisu- tatakse seda eelnimetatud lahusega regulaarselt 6...8 tunni tagant.

Sideme vahetamise sagedus sõltub haavast im- buva eritise hulgast. Sidet vahetatakse vastavalt vajadusele kord päevas või paari päeva tagant. Krooniliste mädaste haavade korral, ka troofi- liste haavandite ohu korral võib haava siduda viie päeva tagant.

Profesüümi manustatakse seni, kuni haav saab mädast ja nekrooskudedest puhtaks ning kui hakkab tekkima armkude.

Profesüümi kasutamine mädaste haavade ravis on kaasnevate verejooksude korral vastunäidus- tatud.

Pakend, mis sisaldab 10 ml 10%-list profesüü- mi suspensiooni, maksab 1 rbl. ja 6 kop. Ravimit säilitatakse temperatuuril +4...+8°C. Teda väljastatakse apteegist retsepti alusel.

TÜMALIIN

(*Thymalinum, тималин*)

Tümaliin on polüpeptiidide kompleks, mida saadakse veiste harknäärme (tüümuse) ekstra- heerimisel.

Ravimit toodetakse lüofiliseeritud valget või kollakat värvi steriilse pulbrina, mis meditsiinipraktikas on kasutusel suspensioonina.

Tümaliin stimuleerib organismi immunoloogilist reaktiivsust. Ta reguleerib lümfotsüütide hulka ja suhet, stimuleerib rakulise immuunsuse reaktsiooni, pärstunud regeneratsiooni ja vereloome, tugevdab fagotsütoosi, parandab raku ainevahetust.

Tümaliini kasutatakse täiskasvanute immuunmodulaatori ja biostimulaatorina: a) haiguste korral, kui rakusisene immuunsus on alanenud, nagu ägedad ja kroonilised luude ning pehmete kudede mädapõletikud; b) regeneratsioonihäirete korral (luumurrud, troofilised haavandid, kiiritusjärgsed kudede nekroosid, mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbi); c) harknäärme alatalitluse korral; d) pärstunud immuunsuse ja vereloomehäirete puhul onkoloogilistel haigetel pärast kiiritusravi ning kemoterapiat.

Tümaliini kasutatakse ka profülaktika eesmärgil, näiteks nakkuslike tüsistuste ning vereloome- ja immuunsushäirete ennetamiseks, operatsiooni- ja traumajärgsete regeneratsiooniprotsesside kiirendamiseks, kiiritusravi ja kemoterapiat rakendamisel ning antibiootikumide suurte annuste korral.

Tümaliini süstitakse suspensioonina sügavale lihasesse. Eelnevalt lisatakse 10 mg steriilsele tümaliinile 1...2 ml isotoonilist naatriumklooriidilahust. Loksutatakse kergelt kuni ühtlase segu tekkimiseni. Välditagu seejuures vahu tekkimist!

Täiskasvanuile manustatakse korraga 5...20 mg tümaliini. Raviks kulub 30...100 mg preparaati. Ravi kestuseks on 3...10 päeva, ravi võib 1...6 kuu pärast korrata.

Profülaktiliseks annuseks on 5...10 mg, sellises annuses manustatakse tümaliini 3...5 päeva järjest.

Pakend, milles on 10 pudelit lüofiliseeritud tümaliinipulbrit à 10 mg, maksab 3 rubl. ja 22 kop. Ravimit säilitatakse valguse eest kaitstult kuivas kohas temperatuuril alla +20 °C.

Aino Jürison

IN MEMORIAM

Hilja Alev



15. jaanuaril 1989. aastal suri pärast raskest haigust Tartu Kliinilise Haigla surdoloogopeedia kabineti juhataja Hilja Alev.

H. Alev sündis 15. septembril 1923. aastal Tartus. 1949. aastal lõpetas ta TRÜ arstiteaduskonna ja asus tööle Tartu Kõrva-, Nina- ja Kurguhaiguste Kliinikusse, mis 1951. aastal reorganiseeriti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnaks. H. Alev oli seal juba üliõpilasena aastail 1946...1949 olnud vanemlaborandiks. Aastail 1949...1950 oli ta TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedri assistent, 1950...1955 kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna ordinaator ja 1955. aastast kuni pensionile siirdumiseni 1988. aastal surdoloogopeedia-kabineti juhataja.

Kohakaasluse alusel õpetas H. Alev ajavahemikul 1952...1960 kõrva-, nina- ja kurguhaigusi Tartu Meditsiinikoolis, 1960...1978 oli ta Tartu I Eriinternaatkooli kõrvaarst ning alates 1968. aastast TRÜ arstiteaduskonna otorinolarüngoloogia kateedri mittekooresseisuline õppejõud. H. Alev pidas surdoloogopeedia loenguid ja juhendas selle ala praktikume. Ta oli suurte kogemuste ja teadmistega esimese kategooria otorinolarüngoloog ning surdoloogopeed.

Üliõpilasena sai H. Alev võistlustöö «Seljaaju vedeliku muutustest keskkõrva-põletikkude ja nende tüsistuste puhul» eest esimese auhinna. 1971. aastal kaitses ta kandidaadiväitekirja «Elektronüstagraafilisi vaatlusi kuulmis-, tasakaalu- ja kõnehäiretega isikutel», millega pani aluse

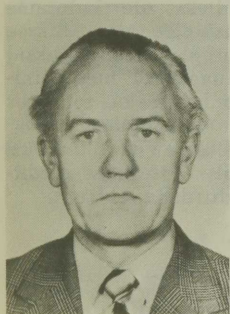
nüüdisaegsele tasakaaluaparaadi uurimisele Eestis. Ta osales aktiivselt logopeedilise abi korraldamises. H. Alev oli õpiku «Logopeedia alused» (1973) kaasautor, meetoodilise juhendi «Kõnedefektide diferentsiaaldiagnostika ja kõnehäirikute meditsiiniline teenindamine» (1970) koostaja ning 37 teadusartikli autor.

H. Alev võttis aktiivselt osa ühiskondlikust tööst. Ta oli Eesti Otorinolarünnoloogide Seltsi juhatuse liige. Kõiki ülesandeid täitis H. Alev temale omase täpsusega. Tema tööd hinnati korduvalt aukirjadega. 1955. aastal anti talle tervishoiu eesrindlase rinnamärk, 1970. aastal V. I. Lenini juubelimedal, 1974. aastal Eesti Kurtide Ühingu keskjuhatuse rinnamärk «Teenete eest».

Helge mälestus Hilja Alevist kui abivalmis ja töökast Eestimaa tütrest jääb alatiseks kolleegide südameisse.

Kolleegid

Uno Leisner



Raske haigus viis 4. märtsil 1989. aastal meie hulgast Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri dotsendi Uno Leisneri.

U. Leisner sündis 22. augustil 1929. aastal Tartus teenistujate perekonnas. Keskkoolis, mille lõpetas 1947. aastal hõbemedaliga. Haridustee jätkus Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas. Pärast ülikooli lõpetamist 1953. aastal suunati U. Leisner tööle Kohtla-Järve Linnahaiglasse, kus ta oli lühikest aega peaarsti asetäitja ravi alal ja sünnitusosakonna akušöörgünekoloog.

Pürgimus sügavate erialateadmiste poole viis U. Leisneri kliinilisse ordinatuuri. Aastail 1953... 1956 täiendas ta oma teadmisi ja erialaoskusi Tartu Kliinilises Sünnitusmajas. Seejärel asus U. Leisner 1956. aastal tööle Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedrisse. Algul oli ta assistent, 1980. aastast kuni surmani dotsent.

Pedagoogitööga kõrvuti olid tal vastutusrikkad ülesanded ka tervishoiuorganisatorina. Aastail 1959... 1961 oli U. Leisner Tartu Kliinilise Sünnitusmaja Naistenõuandla juhataja, 1963... 1965 kirurgilise günekoloogia osakonna juhataja. Hea võõrkeelte oskus aitas teda kursis hoida kõige uuega sünnitusabi ja günekoloogia valdkonnas.

U. Leisner oli loote üsasisesese seisundi funktsionaaldiagnostikale alusepanijaid Eestis. 1983. aastal avati tema initsiatiivil kateedri baaskliinikus funktsionaaldiagnostika kabinet. U. Leisnerist sai vastava ala spetsialistide koolitaja ning sellealaste uurimistööde organiseerija.

Suur töövõime, enesedistsipliin, ausus ja põhjalikkus, äärmine kollegiaalsus oli U. Leisneri elukreedit. Põhitöö kõrvalt tehtud teadusuuringute põhjal valmis tal kandidaadiväitekirj.

U. Leisnerilt on ilmunud üle 100 erialaartikli, eriti loov oli ta viimasel viiel aastal. Ta esitas ettekandeid paljudel konverentsidel nii koduvabariigis kui ka mujal Nõukogude Liidus. Agaralt võttis ta osa Eesti Akušöörgünekoloogide Seltsi ja Tartu Akušöörgünekoloogide Seltsi tööst.

Uno Leisneri ühiskondliku töö koormus oli suur. Ta oli Tartu Linna RSN saadik, TRÜ ametiühingukomitee ja arstiteaduskonna ametiühingubüroo liige, toimetuskolleegiumide liige, üks teadusväljaannete koostajaid.

Jääme kauaks leinama varalahkunud kolleegi ja sõpra!

TRÜ arstiteaduskond

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

Tartu Akušöörgünekoloogide Selts

TOIMETUSE VEERG

15. märtsil oli «Eesti Arsti» toimetuse järjekordne töökoosolek, 28. märtsil tuli kokku toimetuskolleegium. Enne seda oli toimunud premeerimiskomisjoni istung, kus selgitati välja 1988. aastal avaldatud paremad artiklid.

Peamine arutlusteema nendel koosolekutel oli ajakirja sisu ja uus kujundus, ka veel tänavu ilmuvate ajakirjanumbrite sisuplaanid. «Eesti Arsti» on kujundanud graafik Andrus Peegel «Edasi» toimetusest, viimistlus aga veel jätkub, mille läbi saab kujundus veelgi kompaktsemaks. Sisu osas on varuks uusi rubriike, toimetus arvab edaspidigi ajakirja lugejaskonda ka öed ja teised keskastme meditsiinitöötajad. Tõsi küll, erirubriiki nende jaoks kavandatud ei ole, see aga ei takista toimetust avaldamast kaastöid, mis nende tööd otseselt käsitlevad. Tulenevalt sellest, et nüüd on «Eesti Arst» ka Eesti Arstide Liidu häälekandja, ootab toimetus temalt ja Eesti Lastekaitse Liidult kaastööd ja teavet regulaarselt, samuti selgitustööd arstide hulgas ajakirja tellimise osas. Ehkki igas numbris on toimetus pöördunud autorite poole nõuannete ja soovidega kaastöö vormistamise kohta, patustavad autorid selles osas veel tihti. Autoreile esitatud nõuete ja soovitusete ignoreerimine toob kaasa ebakõla nii töö retsenseerimisel kui ka publitseerimisel.

Kolleegium arutas suhtumist nendesse käsi- kirjadesse, mis ei ole kirjutatud eesti keeles. Silmas pidades, et kõik maailmas ilmuvad teadusajakirjad nõuavad kaastöö esitamist ajakirja keeles, olgu see siis inglise, saksa, vene, rootsi, soome, prantsuse või hispaania keel, otsustas kolleegium, et edaspidi tuleb «Eesti Arstile» teadusartikkel esitada eesti keeles vältimaks arusaamatusi ja sisulisi vääratusi tõlkimisel. Endiselt lisatakse juurde inglise- ja venekeelne resümee. Möistagi on erandjuhte, mil toimetus ei keeldu oma abist ja nõuandest algselt teistes keeltes kirjutatud aktuaalsete originaaltööde käsikirjade kohandamisel toimetuse kolleegiumi nõuetele vastavaks. Toimetus on varemgi saanud töid Soome, Rootsi, Tšehhi ja Ungari autoritelt, kuid need käsi- kirjad on eesti keelde tõlkinud autorite kolleegid, koostöökaaslased.

Arutati ka konverentse ja teadusalaseid nõupidamisi käsitlevaid kirjutisi. Jõuti ühisele arvamusle, et tähtsaim on teave selle kohta, mis oli konverentsil uut, progressiivset. See, kes ja millest rääkis, eriti siis, kui kõneldu kujutas endast üksnes kuuldu-teatu kordamist, ei vääri trükisõnas avaldamist. Rahvusvahelistest ja üleliidulistest konverentsidest kirjutades on oluline esitada teave vaid uudse kohta ning lühidalt ära tuua meie vabariigi teadlaste ettekanded ja nende sisu. «Eesti Arst» hakkab vanade heade eeskujude järgi regulaarselt avaldama meditsiinstatistilist informatsiooni. See oli kolleegiumi soov. Samuti peeti soovitatavaks, et ilmuks kirjutisi, millest nähtuks, kui palju ja milleks me kulutame tervishoiufinantse. Toimetuskolleegiumi liikme kohustuseks peeti leida autoreid, kes kirjutaksid ülevaateid ja uurimusi aktuaalsetel meditsiini- teemadel. Just selles valdkonnas vajab toimetus kolleegiumiliikmete elavat loogutsemist, kaasa- muretsemist ajakirja töös. Ootame enam kaastööd välisestlastelt, välisautoritelt üldse, sest meditsiini arengut riigipiirid pidurdada ei tohi.



Foto toimetuskolleegiumi 28. märtsil toimunud koosolekult. V. Salupuu foto.

Kolleegium kinnitas premeerimiskomisjoni poolt esitatud ettepaneku parimate kirjutiste premeerimise kohta. Värskele laureaatidele antakse peale rahapreemia ka ajakirja toimetuskolleegiumi aukiri.

Vello Laos

TARTU ÜLIKOOLIS

Ajakirja «Eesti Arst» 1988. aasta preemiad

Toimetuskolleegiumi premeerimiskomisjon arutas 6. märtsil 1989 toimunud koosolekul 1988. aastal publitseeritud artikleid. Arutelu alla võeti kokku 19 kirjutist, millest ülevaateid oli 11, rubriiki «Teooria ja praktika» kuuluvaid 7 ning üks töö oli avaldatud rubriigis «Mõttevahetus». Kõigis nendes töodes oli puudutatud meditsiini aktuaalseid küsimusi, nad paistsid silma originaalsete andmete ning hoolika kirjandusandmete analüüsi poolest. Rahapreemiad määrati järgmiste kirjutiste eest.

Toivo Laks, Ülle Planken, Arvo Rosenthal, Jaan Eha, Tiit Kõöbi — «Müokardiinfarkti lähija hilisprognoos pärast intrakoronaarset trombolüüsi», 1988, 6, 403-407;

Leo Nurmand — «Organismi kohanemine ravimitega», 1988, 4, 255-258;

Vello Valdes — «Mis saab patoanatoomiast?», 1988, 4, 273-278.

Premeerimiskomisjoni otsus on kinnitatud toimetuskolleegiumi koosolekul 28. märtsil 1989.

Oiendus

Ajakirja «Eesti Arst» 1989. aasta teises numbris lk-del 90...92 avaldatud artikli «Pikendatud toimeajaga teofülliinipreparaadi — teolongi — kasutamine bronhiaalastma ravis» autorite hulgast puudub kahetsusväärse autoritepoolse eksituse tõttu Ludmilla Raudla nimi, kes aga samuti kuulub selle artikli autorite kollektiivi.

Lii Jannus

Arstiteaduskonna ja ÜMPI nõukogu ühisel koosolekul 17. jaanuaril 1989. aastal olid arutluseks 1988. aasta teadustöö tulemused. Aruande esitasid professorid E. Sepp ja A.-V. Mikelsaar. 1988. aasta lõpul oli arstiteaduskonnas 27 kateedrit 216 õppejõuga ja ÜMPI-s 12 laboratooriumi. Ülikooli alluvuses asutati Tallinnas Eesti Südamekeskus. Lepingulisi töid täideti kogumaksumuses 1 miljon rubla, uut teadusaparatuuri muretseti 450 000 rubla eest.

Oluliselt suurenes 1988. aastal teaduskonnas käinud välismaa teadlaste arv, samuti meie töötajate väliskomandeeringute arv. Tartus toimus kaheksa teaduskonverentsi. Uurimistöid tehti 55 teemal, mis kuuluvad 35 suurema meditsiiniteaduse probleemi alla. Eesti NSV rahvamajanduse plaani kuulus 22 teemat, üleliiduliste sihtprogrammide täitmisega oli seotud üle 30 teema, seitse olid koordineeritud NSV Liidu Teaduste Akadeemia plaaniga.

1988. aastal avaldati trükkis üle 850 töö, neist seitse monograafiat ja 50 õppe-metoodilist vahendit. 40 publikatsiooni avaldati välismaal. Võeti osa ka näitustest. Kõige rohkem tehti teadustöid farmakoloogia, neuroloogia ja neurokirurgia, psühhiaatria, sisehaiguste propedeutika, patoloogilise anatoomia ja kohtuarstiteaduse kateedris. Teadustööd materiaal-tehnilist baasi võib pidada rahuldavaks spordimediitsiini ja ravikehakultuuri, bioorgaanilise ja bioloogilise keemia, psühhiaatria ning neuroloogia ja neurokirurgia kateedris. Endiselt on suures ruumikitsikuses kõik prekliinilisi meditsiinilisi-bioloogilisi distsipliine õpetavad kateedrid.

1988. aastal kaitsesid doktoriväitekirja A. Žarkovski farmakoloogia ja R. Birkenfeldt reumatoloogia alal. Kandidaativäitekirju kaitsi arstiteaduskonnas ja ÜMPI-s kokku 23: H. Sinimäe, R.-A. Kiivet, K. Matt, J. Eelmäe, A. Ilves, K. Varik, A. Panov, M. Mälsko, S. Haldre, T. Podar, K. Dimitriev, M. Gus, E. Juronen, J. Vedru, E. Narbekov, T. Laks, A. Tamm, A. Rosenthal, S. Noodla, J. Aru, O. Luha, V. Loolaid ja M. Sirel. Samas tuleb märkida, et 1988. aastal aspirantuuri lõpetanutest esitasid väitekirja tähtajaliselt ainult pooled.

Jaanuaris arutas teadustöö tulemusi ka ülikooli nõukogu. 1988. aasta lõpul oli ülikoolis kokku 1300 õppejõudu ja teadurit, kes töötasid 87 kateedris, 47 laboratooriumis, teadusraamatukogus ja muuseumides. Neist on 116 teadusdoktorid ja 543 -kandidaadid. 1988. aastal asutati seitse uut

laboratooriumi, sealhulgas laserbioloogia- ja -meditsiinilaboratoorium. On asutatud ka kaks väikeettevõtet. Ülikool on võtnud osa kahe harukondadevahelise teaduse ja tehnika arendamise kompleksi tegevusest — «Personaalarvutid» ja «Tehnoloogilised laserid».

Koostöölepingud on sõlmitud 15 välismaa kõrgkooli ja teadusasutusega, sealhulgas meditsiini valdkonnas Turu, Kuopio, Greifswaldi, Brno, Karli, Uppsala, Kieli, Lublini ülikooliga ning Ungari RV, Saksa DV ja Tšehhoslovakkia SV teaduste akadeemia instituutidega.

Ülikoolis tervikuna avaldati 1988. aastal ligikaudu 2400 publikatsiooni, neist 32 monograafiat, kolm õpikut, 41 TRÜ toimetiste köidet. Arstiteaduskonna väljaannetest pärvisid ülikooli teadustööde konkursil preemiad V. Salupere «Kliiniline gastroenteroloogia» ning L. Allikmetsa ja kaasautorite «Kliiniline farmakoloogia». Teadustööd tehti 1988. aastal ülikoolis 7 miljoni rubla eest, sellest lepingulisi töid 5,05 miljoni rubla eest (72,1%). Tõstatati Tartu teaduspargi idee. Ülikooli nõukogu otsuses 27. jaanuarist 1989. aastast soovitati ülikooli teadusväljaannete prioriteetkeeleks inglise keelt.

TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna dekaani prof. H. Tikko andmel korraldati 1988. aastal 38 täienduskursust. Neist võttis osa 510 arsti. Väljasõidutsüklid toimusid teraapia, pediatraia ja stomatoloogia alal. Teaduskonnas on 21 õppejõukohta.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteialgorganisatsiooni ühisel koosolekul 21. veebruaril olid arutlusel sügissemestri õppetöö tulemused. Aruanne oli prodekaan prof. L. Pokilt. On jätkunud ülemineku uutele, 1987. aastal rakendatud õppeplaanidele, mille järgi toimus õppetöö esimesel, teisel, viiendal ja kuuendal kursusel. Vastavalt uutele plaanidele toimus ka 1988/1989. õppeaasta talvine eksamissessioon. II kursusel tuli sooritada kolm ülemineku riigieksamit: anatoomias, histoloogias ja füsioloogias. Talvisel eksamissessioonil oli arstiteaduskonna õppeedukus 89,6%, mis on 3,7% väiksem 1987/1988. õppeaasta talvise sessiooni omast. Õppeedukus halvenes eeskätt II kursusel seoses kolme raske riigieksamiga ja arstiteaduskond jäi talvise eksamissessiooni tulemuste poolest ülikooli teaduskondade seas kaheksandale kohale (1987/1988. õppeaastal oli kolmandal kohal).

Parim oli õppeedukus farmaatsiaosakonnas (98,8%), mille kolm kursust (II, IV ja V kursus) saavutasid 100%-lise õppeedukuse. Edukuselt järgmised olid stomatoloogiaosakond (90,9%), pediatraiaosakond (88,5%), eesti õppekeelega raviosakond (88,4%), vene õppekeelega raviosakond (87,6%) ja spordimeditsiinosakond (87,4%).

Kõige halvema õppeedukusega kursused arstiteaduskonnas olid pediatraiaosakonna II kursus (70,5%), spordimeditsiinosakonna IV (72,4%) ja vene õppekeelega raviosakonna III kursus (78,0%).

Sessiooni lõppemisel jäi arstiteaduskonda 148 eksamivõlglast. Võlgnevused tuleb likvideerida kevadsemestri alguseks. Möödunud semestril

eksmatrikuleeriti 60 arstiteaduskonna üliõpilast, neist 33 edasijõudmatusse tõttu. Aasta tagasi olid vastavad arvud 36 ja 14. 20 üliõpilast on käesoleval õppeaastal lahkunud omal soovil. Prof. L. Pokk märkis, et nende hulgas oli kaheksa esimese kursuse üliõpilast (viis eesti õppekeelega raviosakonna I kursuselt), kes lahkusid sügissemestril juba enne eksamissessiooni algust. Nõukogu liikmed leidsid, et õppeedukuse mõningane langus tuleneb kateedrite nõudlikkuse suurenemisest seoses ülikooli autonoomia suurendamisega. Kritispeeriti ka mõne meditsiini fundamendaalaine (füsioloogia, patofüsioloogia ja mitme teise) liiga varajast õpetamist.

Positiivsena märkis dekaan prof. A.-E. Kaasik diplomieelse spetsialiseerumise vähenemist V ja VI kursusel, mis võimaldab paremini ette valmistada üldarste (perekonnaarste). Suurenenud on nõudlikkuse internide töö suhtes. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas toimub eksperimendi korras ka süvendatud kaheaastane internatuur kateedrite juures. Käesoleval õppeaastal on selliseid interne kokku 35 (põhiliselt teraapia ja pediatraia erialal).

Seoses eestikeelse Tartu Ülikooli läheneva 70. aastapäevaga (1. detsembril 1989) valis ülikooli nõukogu 3. märtsil 13 kandidaadi seast seitse uut audoktorit: kirjanik Jaan Kross, Üleliidulise Kirurgiakeskuse direktor akadeemik Boriss Petrovski, Stokholmi Ülikooli Balti Uurimiskeskuse juhataja ajalooprofessor Aleksander Loit, Colorado Ülikooli astrofüüsik Jüri Toomre, Ohio Ülikooli keeleteadlane prof. Ilse Lehiste, Turu Ülikooli kantsler akadeemik Olavi Johannes Granö ja Toronto Ülikooli psühholoogiaprofessor Endel Tulving.

Samal nõukogu koosolekul võeti vastu ka otsus rahvusteaduste arendamise kohta ülikoolis. Selles käsitletakse nii õpetamise süvendamist kui ka uute kateedrite ja laboratooriumide asutamist filoloogias ja ajalooteaduskonna juures.

1. märtsil sai TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituut kümneaastaseks. Seda tähistati 3. märtsil teadustööde näitusel, aktuse ja piduliku õhtusöögiga. Instituudi direktor A.-V. Mikelsaar andis teadus- ja majandustegevusest põhjaliku ülevaate, rääkis kümne aasta jooksul toimunud struktuurimuutustest ja tulevikuplaanidest. Avaldatud on 1800 teaduspublikatsiooni, kaitstud 54 kandidaadi- ja neli doktoriväitekirja. Aspirantuur edukuselt on ÜMPI ülikooli allasutustest üks paremaid. Pidevalt on laienenud instituudi side- med ja koostöö teiste NSV Liidu teadusasutuste, samuti välisriikidega. Koostöölepingud on sõlmitud 19 riigi ülikoolidega. ÜMPI teadlased on saanud Eesti NSV ja NSV Liidu riiklikke preemiaid ning auhinnalisi kohti NSV Liidu kõrgkoolide teadusinstituutide ülevaatustel. Näiteks saadi 1986. aastal esikoht, kahel korral on saadud teine ja kahel korral kolmas koht.

Aktusest võttis osa ülikooli rektor prof. J. Käner, juubeli puhul tervitasid ÜMPI kollektiivi ka selle eelmised direktorid — ülikooli teadusprorektor prof. A. Kallikorm ja Eesti NSV tervishoiuminister L. Karu. Viimane andis instituudile üle ka raha materiaalse baasi tugevdamiseks.

13..15. märtsini toimus 1989. aasta arstiteaduskonna lõpetajate töölesuunamine. Tööle suunati 114 ravi-, 31 pediaatria-, 27 stomatoloogia-, 22 farmaatsia- ja 29 spordimeditsiiniosakonna lõpetajat.

1989. aasta märtsis käisid Tampere Ülikoolis gastroenteroloogiaalase koostöö lepingu alusel prof. K. Villako ja ÜMPI laborijuhataja A. Tamm.

Prof. A. Lenzner oli 10..30. märtsini Greifswaldi Ülikoolis seoses eubiootikumide uurimise alase koostöölepingu täitmisega.

5..15. märtsini oli prof. H. Sillastu Soome kopsuarstide teaduspäevadel, kus ta esitas ka ettekande. 12..17. märtsini võttis Soomes toimunud rahvusvahelisest diabeedialasest sümpoosionist osa assistent T. Podar. 9..13. märtsini olid Helsingi Ülikooli arstiteaduskonna aastapäeval VI kursuse üliõpilased E. Allikmets, K. Känd ja aspirandid A. Lehtmets ning T. Särev. Sõlmiti üliõpilaste vahetuse leping menetluspraktika ajaks.

Neuroloogia eriala aspirant J. Tjuvajev oli veebruaris ühe nädala firma «Baxter Dade Inc.» kutsel Sveitsis tutvumas koostöövõimalustega.

Lembit Allikmets

KROONIKA

Tervishoiuministeeriumis

16. veebruaril 1989. aastal arutas Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegium noorukite arstiabi. Ülevaate selle kohta esitasid tervishoiuministeeriumi mittekooresseisuline peaspetsialist noorukite alal A. Tsingisser, Tartu Linna Polikliiniku peaarst S. Aru ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Peavalitsuse juhataja asetäitja E. Tomberg.

Räägiti mõningatest positiivsetest muutustest, mis on meie vabariigi noorukite arstiabis toimunud pärast 1987. aasta 2. juuli kolleegiumi. Ent viimase poolteise aasta jooksul ei ole Tallinna Noorukite Polikliiniku kui Eesti noorukite arstiabi keskuse organisatsioonilis-metoodiline tähtsus suurenenud. Eelmise kolleegiumi otsus, mille põhjal osa noorukite kabinette tuli asutada Tallinna linna polikliinikutes, on täitmata. Selle peapõhjuseks on ruumipuudus.

Sõnavõttudes rõhutati korduvalt noorukite ebarahuldavat arstiabi, profülaktiliste läbivaatuste formaalsust ja noorukite suurt haigestumust. Ei rahulda ka praegune arstiabikorraldus. Haigestunud nooruk saab arstiabi killustatult: osaliselt Noorukite Polikliinikus, osaliselt aga territoriaalse polikliiniku jaoskonnaarsti poolt. Sel juhul jääb üldse ära ka nooruki tervise huvides vajalik side tema kodu ja vanematega. Häid tulemusi on saadud Tartu Linna Keskpolikliinikus, kus noorukite kabineti arstid teevad ka koduvisiite.

Tallinna Noorukite Polikliiniku halvast materiaalsest baasist ja tehnilisest varustatusest tingituna jäävad seal diagnoosimine ja ravi madalale tasemele kui täiskasvanute ravivõrgus.

Kolleegiumil märgiti korduvalt ka seda, et Tallinna Noorukite Polikliiniku osa noorukite arstiabi metoodilisel juhendamisel on vähene.

Noorukite arstiabi parandamiseks tehti järgmised ettepanekud: 1) pediaatrid peavad lapsi ravi- ma kuni 16 aasta vanuseni; 2) Tallinna Noorukite Polikliinik peab koostöös Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla, Tartu Vabariikliku Endokrinoloogiadispenseri ja Tallinna Vabariikliku Arstliku Kehakultuuridispenseriga välja töötama noorukite arstiabi metoodilise juhendamise programmi kogu Eesti tarvis.

Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonda kohustati leidma võimalusi noorukite funktsionaalsete uuringute nomenklatuuri ja ma-

hu laiendamiseks linna teiste ravi- ja profülaktikaasutuste ja tulevikus valmiva diagnostikakeskuse baasil.

Tuleb leida võimalusi, et haigestunute juurde teeksid koduviisi teoorukite terapeudid.

Arvestades noorukitel sagedamini esinevaid haigusi, tuleb senisest enam tähelepanu pöörata psüühiliste hälvete, krooniliste ja endokrinoloogiliste haiguste ning nägemishäirete varajasele avastamisele ja ravile. Seni on peatähelepanu pööratud just noormeeste tervisele seoses sõjaväeteenistusega, kahjuks on tahaplaanile jäetud tütarlaste, tulevaste emade tervis.

Kollegium otsustas, et noorukite arstiabikorraldus vajab põhjalikku reorganiseerimist. Selleks moodustati spetsialistide komisjon, kellele tehti ülesandeks oma ettepanekud esitada ühe kuu jooksul.

23. märtsil 1989 toimunud Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kollegiumi koosoleku päevakorras oli emade ja laste suremus Eestis 1988. aastal.

Informatsiooni emade suremuse kohta andis tervishoiuministeeriumi peaakušöörigünekoloog H. Karro. Ta mainis, et viimastel aastatel on suremus endiseks jäänud, möödunud aastal oli see 0,2 ‰ (viis surmajuhtu). Surma põhjuseks oli kolmel sünnituspatoloogia (ühel juhul eklampsia, ühel emakarebend, ühel emakaverejooks DIC-sündroomiga) ja kahel ekstragenitaalne patoloogia (ühel aordianeürüsmi rebend ja ühel hüpertooniatõbi, tüsistunud verevalumiga peaajju). Arutlusel sünnitusabinõukogus toodi esile sagedamini esinevad puudused nii akušöörigünekoloogide kui ka anesthesioloogide töös. Vigu on ette tulnud sünnitajate transportimisel verejooksude korral, reanimatoloogiline abi on hilineunud ja intensiivravi on osutunud puudulikuks. Parem peaks olema akušööride ja anesthesioloogide vaheline koostöö. Akušöörid peavad reanimatsiooni- ja intensiivravivõtteid paremini valdama. Peeti vajalikuks analüüsida emade suremust pikema ajavahemiku, viimase 10 aasta vältel.

Laste suremust 1988. aastal analüüsis oma ettekandes vabariigi peapediaater M.-A. Riikjärv. Ta mainis, et suremus vähenes eelmisel aastal 4,3 ‰ 1987. aasta andmetega võrreldes ja oli kõige madalam, vaid 12,36 ‰. Vähenemine oli märgatav varajase neonataalse suremuse osas, mis moodustas 3,0 ‰. Postneonataalne suremus vähenes 1 ‰. Varajase neonataalse suremuse vähenemine on tingitud ühelt poolt rasedate uurimise ja ravi paranemisest, teiselt poolt kahjustustega vastsündinute ja enneaegsete reanimatsiooni ning intensiivjälgimise ja -ravi paranemisest nii sünnitusmajades kui ka laste reanimatsiooniosakondades. Põhja-Eestis on varajane neonataalne suremus tunduvalt suurem kui Lõuna-Eestis, vastavalt 7,10 ‰ ja 3,46 ‰. Varajase neonataalse suremuse üks olulisi põhjusi on enneaegsus, mida Põhja-Eestis registreeriti 6,77 ‰-l ja Lõuna-Eestis 5,31 ‰-l juhtudest.

Kuigi Lõuna-Eestis registreeriti rasedatel haigusi tunduvalt enam kui Põhja-Eestis (214,8 ‰ ja 150 ‰), oli Lõuna-Eestis normaalseid sün-

nitusi 35,5 ‰ Põhja-Eesti 29,7 ‰ vastu. Lõuna-Eestis diagnoositi ka vastsündinute haigusi enam kui Põhja-Eestis, vastavalt 230,9 ‰ ja 178,8 ‰.

Ka sünnitusmajadest vastsündinute üleviimises järgmisse ravietappi on Eesti eri piirkondades suuri erinevusi (Tallinnas 6,8 ‰, kogu Põhja-Eestis 1,1 ‰, Tartus 5,5 ‰ ja kogu Lõuna-Eestis 3,3 ‰ vastsündinuist). Ka reanimatsiooniosakondadesse viidi Lõuna-Eesti sünnitusosakondadest vastsündinuid kaks korda enam kui Põhja-Eestist (1,25 ‰ ja 0,62 ‰).

Laste suremuse struktuuris püsib esikohal perinataalse perioodi patoloogia (51,6 ‰, sellest on 56,9 ‰ asfüksia, 23,1 ‰ üsasine infektsioon, 7,5 ‰ sünnitrauma). Teisel kohal on loote arenguanomaaliad (25,2 ‰), kolmandal õnnetusjuhtumid (5,8 ‰) ja neljandal hingamisteede haigused (4,83 ‰).

Sõna võtsid mitmed Tartu Ülikooli arstiteaduskonna kateedrijuhatajad ja õppejõud ning vabariigi peaspetsialistid. Toodi esile puudusi emade ja laste arstiabis ja tehti konstruktiivseid ettepanekuid. Pearõhk tuleb panna varajase neonataalse suremuse vähendamisele. Selle tagamiseks on vaja, et naistenõuandlad, sünnitusmajad ja vastsündinute osakonnad oleksid varustatud nüüdisaegse aparatuuriga ning et seal oleksid nüüdisaegsed laboratoorse diagnoosimise võimalused loote antenataalse seisundi hindamiseks, sünnitajate monitorijälgimiseks ning vastsündinute intensiivjälgimiseks ja -raviks. Ka olemasolevat aparatuuri tuleb kasutada ratsionaalselt. Esmajärjekorras tuleb aparatuuriga kindlustada kesksed sünnitusabiasutused ja laste reanimatsiooniosakonnad. Rajooni peaarste kohustati avama vastsündinute intensiivravipalatiid.

Tallinna Kliinilisel Lastehaiglal tuleb leida reanimatsiooniosakonna laiendamise ja kaadriga komplekteerimise võimalus, seda koos Tallinna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonnaga.

Tänavu luuakse Tallinna Kliinilise Lastehaigla baasil vastsündinute reanimatsiooni väljasõidubrigaad.

Kaasasündinud arenguanomaaliade diagnoosimises ei ole olulist paranemist märgata. Geneetikatalitus ei rahulda vajadusi: rasedatele ei tehta sõelteste ega uurita täiendavalt riskirühma rasedaid. Tuleb organiseerida kliinilise geneetika talitus. Selleks aga on vaja ette valmistada spetsialiste.

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna pediatría ning sünnitusabi ja günekoloogia kateedri ning Tartu Kliinilise Lastehaigla ja Tartu Kliinilise Sünnitusmaja baasil on rajamisel Eesti perekonna tervisekeskus, millest saab emade ja laste arstiabi keskus, mis koordineerib nii teadustööd kui ka organisatsioonilis-metoodilist tööd.

Ene Palo

5. aprillil 1989 toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiin nõukogu presiidiumi koosolek prof. P. Bogovski eesistumisel.

1988. aasta uurimistöö tulemustest rääkis A. Tetsov. 1988. aastal töötas Eesti meditsiiniteadusasutustes 269 teadurit, TRÜ arstiteaduskonnas 219. Teaduritest on 68 teadusdoktorid ja 244

-kandidaadid. Eesti NSV raviautustes töötab 11 meditsiinidoktorit ja 79 -kandidaati. 1988. aastal kinnitati viis doktori- ja 13 kandidaadikraadi. Teadustöid tehti 138 teemal 65 probleemi alal, kusjuures 31 teadustööd kuuluvad teaduse ja tehnika riiklike programmide valdkonda. Eelmisel aastal täideti kokku 28 teemat, rakendati 105 ettepanekut. Autoritunnistusi saadi 16 ja rationaliseerimisetpanekuid tehti 50.

1988. aastal kirjastati 11 monograafiat ja 53 õppevahendit. Publitseeriti 1106 artiklit, neist 71 välismaal ja 74 keskajakirjanduses. Uurimistööde tulemusena võeti kasutusele 105 ettepanekut haiguste profülaktika, diagnoosimise ja ravi alal. Teadustöötajad osalesid ka meditsiini- ja hügieeniteadmiste propageerimises.

Teadusliku meditsiininõukogu juures tegutseb 13 probleemikomisjon: teraapia, onkoloogia, kirurgia, gastroenteroloogia, reumatoloogia, pulmonoloogia ja ftisiaatria, emade ja laste kaitse, hügieeni, epidemioloogia ja nakkushaiguste, traumatoloogia ja ortopeedia, narkoloogia, psühhiaatria ning neuroloogia ja neurokirurgia alal. Kahjuks töötab osa neist halvasti.

Teadusliku meditsiininõukogu juures tegutseb Eesti Arstiteadusseltside Nõukogu, kes koordineerib ja juhendab 32 seltsi tegevust.

Teadusliku meditsiininõukogu presiidiumis tõstatati küsimus selle kohta, et probleemikomisjonide ja arstide seltside tegevuses esineb sageli dubleerimist. Võib-olla on otstarbekohane osa neid liita. Arutati ka teadusliku meditsiininõukogu koosseisu ja põhimääruse uuendamise vajadust.

Eesti NSV tervishoiuminister L. Karu kinnitas teadusliku meditsiininõukogu uue koosseisu ja põhimääruse.

Andrei Sarap

27. veebruaril 1989 tehti kokkuvõtte Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi, Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee ja Üleliidulise Meditsiini Teaduslik-Tehnilise Ühingu Eesti Vabariikliku Juhatus poolt aastateks 1987...1988 välja kuulutatud rationaliseerimisetpanekute konkursist.

Esimese preemia vääriliseks tunnistati Narva Linna Keskhaigla apteegi juhataja M. Tarask rationaliseerimisetpaneku «Tsellofaanist ja pärgamendist ketaste lõikamise käsipress» eest ning Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla kirurg V. Suvidov «Sissekasvanud küüne radiakaalse ravi meetod lastel» eest.

Teise preemia pälvivad Meditsiinitehnika Remondiettevõtte elektromehhaanikud A. Vinogradov ja A. Danilov «Röntgeniaparaadi peaahele ja ajarele töö kontrollimise seade», Tallinna Vabariikliku Onkoloogiakeskuse arst M. Eisen «Lokaalanesteetikumide ja ravimite pihustamise meditsiinilise pulverisaatori» ning Tallinna Vabariikliku Haigla peainsener J. Videnski ning Meditsiinitehnika Remondiettevõtte elektromehhaanikud O. Gitin ja V. Živodrov «Diktofonika-masinakirja kompleksi» eest.

Kolmas preemia määrati Profülaktilise Meditsiini Teadusliku Uurimise Instituudi laboriju-

hatajale S. Etlinile ja teadussekretärile A. Povarovile ratsionaliseerimisetpaneku «Tsentrifuugikolb» eest, Vabariikliku Vereülekandajaama peainsenerile J. Laurile ja Meditsiinitehnika Remondiettevõtte elektromehhaanikule F. Sidorenkole «Vibratsiooniaparaadi» eest, Vabariikliku Laevanduse Keskhaigla vaneminsenerile E. Udrasele ja osakonnajuhatajale A. Sinitskajale «Standardse videosignaali formeerimise seade» ning tootmiskoondise «Eesti Meditsiinitehnika» kaubabaasi peainsenerile M. Vellikule «Akna klaasi ladustamise stellaaži» eest.

Lembit Mitt

20. veebruarist 1989 on Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Peavalitsuse juhataja Vahur Arnoldi p. **Keldrima**. Sündinud 1961. aastal. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetas 1985. aastal. Ajavahe-
mikul 1985...1989 oli Tallinna Vabariiklikus Onkoloogiakeskuses arstiks.

Ainsana Eesti arstidest valiti NSV Liidu rahvasaadikuks Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst **Arvo Haug**, kes kandideeris Tallinna Õismäe rahvuslik-territoriaalses valimisringkonnas. A. Haugi poolt hääletas 52,84% valijaist.

Tervishoiutöötajate ametiühingus

6. veebruaril 1989 arutati Tervishoiutöötajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi koosolekul Viljandi Rajooni Keskhaigla, Võru Rajooni Keskhaigla ja Vabariikliku Jämejala Psühhoneuroloogiahaigla töötajatele tasuta kommunaalteenuste andmist ning Eesti NSV Rahandusministeeriumi ja Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi ühist käskkirja 7. aprillist 1988, mis põhjendamatult kitsendab tervishoiutöötajate sotsiaalsete vajaduste rahuldamist. Silmas pidades tõsiasja, et haridustöötajatele ja riigiasutuste töötajatele samade tingimuste juures on ette nähtud tasuta kommunaalteenuseid, otsustas presiidium eespool nimetatud käskkirja vabariikliku komitee esimehe T. Hendriksoni kooskõlastuse tühistada.

Koosolekul arutati ka ametiühinguaktiivi ja -kaadri väljaõpetamist ning välisturismiga seonduvat. Vabariikliku komitee pearaamatupidaja E. Nõva esitas 1988. aasta ametiühingueelarve täitmise aruande, mille presiidium ka kinnitas.

28. veebruaril oli koosolekul põhiküsimusena päevakorras Tallinna Linna Kiirabihaigla, A. Sepo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi ja Kliiniku (MTULK) ning Tallinna Kliinilise Lastehaigla töötajate toitlustamise võimaluste halvenemine tingituna MTULK-i ehitamisest Tallinna Linna Kiirabihaigla juurde. Presiidium, ära kuulanud kiirabihaigla peaarsti T. Lainevee ettekande, E. Risti

kaasettekande ning sõnavõttud, leidis, et Tallinna Linna Kiirabihaigla ning MTULK-i personalil peab olema normikohane söökla, s. t. 20 istekohta 100 töötaja kohta (seega 250-kohaline).

Koosolekul arutati ka Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja M. Martinsoni ettekande põhjal, kuidas täidetakse programmi «Tervis» Tallinna tervishoiuasutustes. Ilmnes, et asutustes, kus töötajate haigestumus on olnud suur, ei ole ka programmis planeeritud tervise tugevdamise ja kaitse üritusi korraldatud. Peeti õigeks mitte premeerida niisuguste tervishoiuasutuste peaarste ega nende asetäitjaid, kus ei ole rakendatud meetmeid töötajate tervise kaitseks. Otsustati teha tervishoiuosakonnale ettepanek muuta programm «Tervis» tervishoiuasutuste töötajate sotsiaalsete vajaduste lahendamise koondprogrammiks.

Mall Kuusma

Punase Risti Seltsis

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee korraldas 2. märtsil Vabariikliku Õpetajate Täiendatusinstituudi saalis Punase Risti Seltsi koolitöölalise seminarnõupidamise, kus ühiselt arutati ja otsiti valusate probleemide lahendusi. Arutlusel oli ka Punase Risti töö ümberkorraldamine.

Hariduselu uuendustest rääkis Eesti NSV Hariduskomitee esimehe esimene asetäitja M. Piirmaa, kelle sõnade kohaselt üheks sisuliseks muudatuseks peaks olema koolikorralduse muutmine, sest praegu on kool paljude organisatsioonide ning ametiasutuste käsualune. Nüüd aga tuleb luua kool, kellel on õigus ise otsustada ja tegutseda, et vastavalt ühiskonna nõudmistele kasvatada haritud, tarku ja töökaid teatatelisi inimesi.

Mure on meie laste tervise pärast. Lapsed kannatavad eriti meie ühiskonna vajakajäämistest, olgu selleks siis puudulik arstiabi, vilets toitlustamine või mõni muu sotsiaalne väärnähtus.

Laste tervisest andis ülevaate E. Tomberg. Vabariiklikust Autoinspektsioonist oli ettekanne V. Vanelt. Lastekodude ja puuetega laste muredest rääkisid Hariduskomitee spetsialistid E. Nõmme ja P. Elmre.

Külastatena viibisid seminaril Läti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee töötajad esotsas Läti NSV teenelise arsti U. Laucisega. Ta rääkis sellest, kuidas on Punase Risti töö ümber korraldatud Lätis.

Ive Schmuul

9. märtsil toimus Eesti NSV Looduskaitse ja Metsamajanduse Komitees Eesti NSV Ajakirjanike Liidu keskkonnakaitsepressi töökoosolek,

mille teemaks olid looduse valukohad Eestis 1988. aastal. Ülevaate nende kohta esitas looduskaitsekomitee esimehe asetäitja T. Kaasik.

Võrreldes looduse olukorda 1988. aastal olukorraga 1987. aastal, märkis T. Kaasik, et ühtegi eriliselt märgatavat sammu paremuse poole ei astunud. Käiku anti mõned puhastusseadmed, näiteks Kunda tsemenditehases. Kohtla-Järve ja Narva soojuselektrijaamas asendati vanad filtrid uutega, mis samuti peaksid õhku paisatava saaste kogust vähendama.

Kõige suuremad õhu saastajad ongi energiat tootvad ettevõtted — neilt tuleb 59% kogu Eesti õhu saastatusest. Narva Soojuselektrijaama korstnatest paisati eelmisel aastal õhku 280 000 tonni heitmeid, Kohtla-Järvelt 59 000 tonni ja Tallinnast 40 000 tonni heitmeid. 1988. aastal suurenes Iru elektrijaama tekitatud reostus.

Saastunud on Eesti veekogud. Korduvalt on naftasaadused sattunud Peipsi järve ja Peipsi vesikonna jõgedesse. Ent T. Kaasik ütles ka, et seoses «Estonia» kaevanduse põlemisega Peipsi järve olukord praegu halvenenud ei ole. Fenoolirikad veed on suletud kaevandustesse.

Veekogudest on kõige saastunud Soome lahe vesikonda kuuluv Purtse jõgi. Selle jõe vee fenoolisisaldus on 729 korda lubatust suurem (1978. aastal ületas lubatu umbes 3000 korda). Pühajões, kuhu lähevad Jõhvi reoveed, on fenooli lubatust 10 korda rohkem. Edaspidi saadetakse Jõhvi reoveed kollektori kaudu Kohtla-Järve puhastusseadmetesse. Riia lahe piirkonnas on olukord mõnevõrra parem.

Eestis on välja antud kolm looduskaitseadust, neist esimene 1935. aastal, teine 1938. ja kolmas 1957. aastal. Nüüd on plaanis hakata koostama uut, neljandat looduskaitseadust, mis peab loodust kaitsma senisest seadusest tõhusamalt.

Ajakirjanike küsimustele vastasid T. Kaasik, Looduskasutuse Teadusliku Informatsiooni Keskuse direktor H. Luik, Looduskaitse Peavalitsuse juhataja E. Koljat ja teised. Räägiti kodukaevude reostatud veest ja selle kontrollimisest, loodusvarade müümisest ja säilitamisest, Lahemaa Rahvusparki tulevikust, vareste ja kajakate paljususest ning muust.

Looduse kaitsmisel ja hoidmisel peavad Roeline Liikumine ja riiklik looduskaitse üksteist täiendama ja toetama.

Anne Tallo

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Судебно-медицинская экспертиза при возбуждении уголовного дела (из докторской диссертации на тему «Уголовно-процессуальные аспекты судебной экспертизы». Рооп Х. А. Таллинн, 1989. 295 с.)

Соотношение судебно-медицинской экспертизы и возбуждения уголовного дела. Законодательный парадокс в этом вопросе. Анализ данных процессуального оформления в Эстонской, а также в Латвийской и Литовской ССР. Предлагаемый выход из сложившегося положения.

В некоторых случаях одним из признаков события преступления являются определенный характер (точнее, вид) телесного повреждения или причина смерти, установление которых в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 58 УПК ЭССР обязательно производится путем экспертизы. Поэтому без экспертизы, т. е. без производства следственного (процессуального) действия нельзя установить те признаки преступления, которые являются основанием для возбуждения уголовного дела. Здесь возникает как бы противоречие между нормами процессуального закона, поскольку, с одной стороны, ч. 3 ст. 93 УПК ЭССР запрещает проведение следственных действий до акта возбуждения уголовного дела, с другой же стороны, ч. 2 ст. 90 УПК ЭССР требует, чтобы уголовные дела возбуждались лишь при наличии достаточных данных, указывающих на совершение преступления, которые, согласно п. 1 ч. 2 ст. 58 УПК ЭССР, можно в некоторых случаях установить только путем экспертизы, т. е. производством следственного (процессуального) действия.

Далее диссертант анализирует различие судебно-медицинской экспертизы и судебно-медицинского освидетельствования и их процессуальное значение в качестве доказательств. Ранее в практике РСФСР до возбуждения уголовного дела взамен экспертизы проводились медицинские освидетельствования даже врачами, не являющимися экспертами.

Что касается того, что был найден выход из вышеуказанного тупика путем производства ведомственной медицинской экспертизы на основании п. 2.1 Инструкции Министерства здравоохранения СССР от 21 июля 1978 г. № 694, то она как вид доказательств относится к «иным документам» и не может по процессуальному закону заменить другой вид доказательств — «заключение эксперта». Поэтому приходится дублировать те же самые вопросы в порядке судебной экспертизы. Но следы преступления могут исчезнуть или видо-

измениться, а телесное повреждение быть излечено. Изучение трупа требует эксгумации, а лишь в виде особо излишней деятельности.

Кстати, по данным Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы Министерства здравоохранения ЭССР, в течение последних 10 лет (т. е. во время действия упомянутой инструкции) проведено 5 эксгумаций для производства судебно-медицинской экспертизы, причем до того в течение 16 лет и более не имело места ни одной эксгумации с этой целью. А в двух случаях (убийства) были даны заключения, которые полностью отличались от содержания акта ведомственной экспертизы. В других союзных республиках, особенно в среднеазиатских, эксгумаций относительно больше. Если до издания названной инструкции в 1978 г. (включая декабрь полностью) на основании постановления было назначено экспертиз на живых лиц — 32,0 % (на трупы — 17,5%), то после ее издания в 1979 г. — 71,7% на живых лиц (на трупы — 33,6) из всех случаев. Итак, парадоксально даже, что в обоих случаях постановлений оформлялось больше примерно в два раза. В 1985 г. соответствующие данные уже составляли 97,27% и 37,62%. А это весьма положительно и по той причине, что в письмах, как правило, даже нет элементарных исходных данных, необходимых эксперту. Однако процессуальное оформление постановления о назначении экспертизы уже само по себе заставляет указать в нем все необходимые сведения (основание и т. п.).

Процент оформления постановления о назначении в целом как экспертиз, так и исследований из всех направленных экспертам трупов составлял, напр., по Латвийской и Литовской ССР соответственно в 1985 г. — 13,01 и 9,29; в 1986 г. — 14,7 и 10,98 и в 1987 г. — 10,86 и 9,22 (по сведениям РБСМЭ). В Эстонской ССР этот процент выше.

По административно-территориальным единицам ЭССР названный процент в 1985 г. был нижеследующим:

Хаапсалукский район	100,0
город Пярну	97,0
Раквереский район	88,0
город Таллинн	35,0
город Нарва	13,0
город Кохтла-Ярве	10,7
Хийумааский район	5,0

Отсюда видно, что в следственной практике выбор между судебно-медицинской и ведомственной медицинской экспертизой (предполагается, что назначение первых оформляется постановлением, а вторых письмом) колеблется в пределах от 5 до 100 %. Итак, выход из вышеуказанного тупика не был найден.

Уже давно имеются законодательные прецеденты о разрешении производить осмотр места происшествия, т. е. следственное действие на стадии возбуждения уголовного дела (см., напр., УПК Каз. ССР, РСФСР и ЭССР). По нормам УПК Венгерской Народной Республики, это касается косвенно даже судебной экспер-

тизы. Диссертантом предлагается в законодательном порядке предусмотреть эту возможность в части судебно-медицинской экспертизы: как следственного действия или, что было бы правильнее в порядке аутентичного толкования закона, считая, что судебная экспертиза является не следственным, а лишь процессуальным действием и тогда — в отношении всех видов экспертиз. При положительном решении данного вопроса следует помнить о дополнении уголовного закона (напр., ст. 175 УК ЭССР) указанием на то, чтобы эксперт, в том числе и судебно-медицинский, нес ответственность за дачу заведомо ложного заключения не только на досудебном следствии и в суде, но также и в стадии возбуждения уголовного дела. Только таким образом возможно вывести судебно-медицинскую экспертизу по этой давней и важной проблеме из тупика.

Изучение влияния гемосорбции и энтеросорбции на снижение интоксикации в остром периоде ожоговой болезни (отчет).

Научно-исследовательская лаборатория металлоостеосинтеза с клиникой им. А. Сеппо Министерства здравоохранения ЭССР. Гур-Арье Б. Н., Соловьев К. В., Левшунов В. С., Абарбарчук В. В., Полисар Н. Э., Лийгер М. И.

Ожоговая токсемия, влияние гемосорбции и энтеросорбции

Исследовано более 500 больных с тяжелой ожоговой болезнью. У 32 больных проведены операции гемосорбции, у 108 назначался энтеросорбент полифепан.

Цель работы: уточнить место и эффективность гемосорбции и энтеросорбции в комплексе лечебных мероприятий по дезинтоксикации организма в остром периоде ожоговой болезни.

Методы исследования: оценка клинического состояния пострадавших, данных клинического, биохимического, иммунологического и микробиологического обследования.

Аппаратура: спектрофотометр, ФЕК-56, осмометр, электронный микроскоп, рентгеновская аппаратура, микроанализатор электролитов.

Полученные нами данные в целом не могут достоверно свидетельствовать о том, что введение гемосорбционной детоксикации в комплексе лечения тяжелообожженных позволило стойко уменьшить проявления интоксикации и улучшить состояние больных, а также снизить летальность.

Наиболее отчетливое положительное влияние гемосорбции отмечалось у больных с глубокими ожогами, занимающими более 20% общей поверхности тела. При лечении больных с глубокими ожогами, занимающими более 20% поверхности тела (при наличии влажных некрозов при значительно меньших поражениях), положительного влияния гемосорбции либо не отмечалось, либо оно было очень крат-

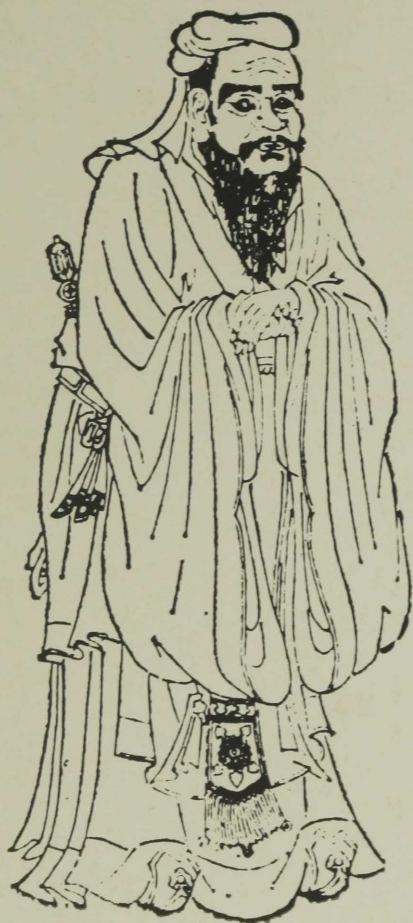
ковременным. У данной группы больных имело место и отрицательное влияние гемосорбции на состояние больных. Отсутствие существенного влияния гемосорбции на исход лечения пострадавших с ожоговой травмой подтверждается снижением общей летальности за последние 5 лет, которая отмечалась независимо от проведения гемосорбции.

Положительно оценивается опыт совместного применения метода гемосорбционной детоксикации организма и мембранного оксигенатора, позволяющего корректировать некоторые отрицательные проявления гемосорбции, связанные с сорбцией кислорода на активированных углях.

Отмечено несовершенство метода гемосорбции из-за отсутствия апиогенных углей с узко заданными свойствами.

Совместное использование гемосорбции и энтеросорбции усиливает и удлиняет положительные проявления гемосорбции. При изолированном применении энтеросорбции не отмечено существенных изменений в клинике тяжелой ожоговой болезни.

Таким образом, применение гемосорбционной дезинтоксикации у больных с термической травмой является паллиативным методом, обладает кратковременным положительным эффектом, может вызывать ухудшение состояния больных из-за несовершенства метода и многочисленных осложнений.



Kong-zi ütles:

«õilis mõtleb üheksast
nägemisest mõtleb
olgu selge
kuulmisest mõtleb
olgu terav
näoilimest mõtleb
olgu leebe
välimusest mõtleb
olgu aupaklik
kõnelemisest mõtleb
olgu ustav
töötamisest mõtleb
olgu austus
kahtlemisest mõtleb
olgu küsimused
vihastumisest mõtleb
tulevad raskused
saavutusi nähes mõtleb
olgu kohased»



CALEFLONUM

Kalefloon on põletikuvastase ning mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõve korral reparaatiivseid protsesse stimuleeriva toimega ravim.

Manustatakse koos antatsiidide ja spasmolüütikumidega. Preparaadi kasutamine on näidustatud mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõve ning gastriitide ägenemise korral.

Manustatakse 0,1...0,2 g kolm korda päevas pärast sööki. Pakendis on 50 tabletti á 0,1 g toimeainet.