



ISSN 0134—2320

NOUKOGUDE EESTI **TERVIS- HOID**



EESTI NSV TERVISHOIUMINISTEERIUMI AJAKIRI

5 • 1981



MEBICARUM

Uus kodumaine trankvillisaator erutuse, emotsionaalse labiilsuse, ärrituse ja hirmuga kulgevate haiguslike seisundite ja neurooside korral kasutamiseks.

Reguleerib und.

Pakendis 10 tabletti à 0,3 g.

RUDOTEL (MEDAZEPAM)

Hästi talutav trankvillisaator.
Võib kasutada päevasel ajal.
Sobib ka eakatele ja alaealistele.

Pakendis 20 tabletti à 10 mg.

Toodetakse Saksa DV-s.

EESTI NSV TERVISHOUMINISTEERIUMI AJAKIRI 1981 · XXIV AASTAKÄIK

SISU

TEORIA JA PRAKTIKA

K. Gross, I. Kõiv, K. Zilmer — Follikulit stimuleeriva hormooni ja luteiniseeriva hormooni tase vereseerumis anovulatsiooni korral 323

L. Saluste — Esmassünnitajate kehamassi dünaamika ja selle seos vast-sündinu kehamassiga 325

E. Zupping, E. Petermann, V. Kaselaid, U. Leisner — Loote fonokardiograafilise leiu seos vastsündinu seisundiga 327

M. Karlis — Väärarengute esinemissagedus ajavahemikul 1970...1979 330

J. Filippovitš, J. Märtin, S. Umanski, V. Naaber, V. Ilmoja — Kirurgia- ja sünnitusabiosakondade õhu sanitaarbakterioloogiline iseloomustus 332

H. Tälli, A. Arbet, M. Keronen, M. Kirss — Nitritest bakteriuria avastamiseks lastel 333

FILOSOOFIA JA MEDITSIIIN

S. Koppel — Ühiskondlik progress ja meditsiin 335

OLEVAATED

H. Väre — Naiste alkoholismi psühholoogilisi ja bioloogilisi erinevusi — 340

V. Salupere — Maohaavandi pahaloomustumine 345

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

V. Kask — Tütarlaste spetsialiseeritud günekoloogiline abi 349

350-AASTANE TARTU ÜLIKOO

J. Saarma — Sada aastat psühhiaatria kateedrit ja kliinikut 351

J. Maaroos — Teaduslikke kutseid 359

V. Kalnin, E. Lepp — Karl Friedrich Burdach 359

KOGEMUSTE VAHETAMINE JA KASUISTIKA

M. Mägi, J. Raudsepp — Penetreerunud maohaavand kaheaastasel lapsel 363

ABIKS VELSKRITELE JA ÕDEDELE

P. Krooni — Eesti NSV Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Seltsi XXVII konverents 364

MÕTTEVAHETUS

M. Annus — Haiglalapse psühhika omapära pedagoogi pilgu läbi 365

A. Ostrat — Lapsesuu haiglateemadel 367

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

Teaduslikke kutseid 368

TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1981. aastal 368

Tallinna Meditsiinikooli lõpetajad 1981. aastal 369

Tartu Meditsiinikooli lõpetajad 1981. aastal 370

Kohtla-Järve Meditsiinikooli lõpetajad 1981. aastal 370

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

I. Veldre — USA ja NSV Liidu teadlaste II sümposium põlevkiviga seotud keskkonna- ja tervisekaitse alal 371

N. Elšteín — Eesti NSV terapeutide VII kongress 372

H. Väre — VII üleliiduline neuropatoloogide ja psühhiaatrite kongress 374

U. Sibul, K. Pöder — XXX üleliiduline kirurgide kongress 375

MEIE JUUBILARE 376

Jüri Saarma, Tatjana Bogovskaja, Juho Matsalu, Elmar Jõgar, Lidia Lavrova, Ljudmila Tkatchova, Julius Koljak, Lemming Rootsmäe, Maret Malviste

UUSI RAVIMEID

A. Jürison — Dikloksatsilliinnaatrium 380

QUAESTIONES LINGUAE ESTONICAE IN MEDICINA

I. Laan — Meditsiiniterminoloogia komisjonis 381

KROONIKA 383

Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused 393

Artiklite venekeelsed resümeeid 394

Artiklite ingliskeelsed resümeeid 398

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 3 rbl., poolaastaks 1 rbl. 50 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 1. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

L. Allikmets, P. Bogovski, N. Elstein, K. Gross, L. Keres, I. Laan, V. Laos (peatoimetaja asetäitja), E. Raudam, J. Saarma, U. Sibul, M. Sikk, O. Tamm (peatoimetaja).

Toimetuse nõukogu

M. Allik (Kingissepa), S. Ellervee (Tartu rajoon), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), H. Kadastik (Tartu), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), R. Mihelson (Hiiumaa), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), T. Randlane (Rakvere), V. Randrüüt (Paide), M. Siiland (Narva), G. Sukles (Rapla), T. Tuisk (Kohtla-Järve), M. Vijard (Haapsalu), R. Vodja (Pärnu).

Korrektor L. Art. Tehniline toimetaja H. Abel. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19, Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Periiodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 19. 08. 1981. Trükkimisele antud 02. 11. 1981. Trükiarv 5850. Ofsetpaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 5,0. Tingtrükipoognaid 6,5. Arvestuspognaid 8,92. Tell. nr. 2748. MB-09170. EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda, Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ныукогуде Ээсти Тервисхойд» (Здравоохранение Советской Эстонии). Выходит 6 раз в год. На эстонском языке. Резюме на русском и английском языках. Орган Министерства здравоохранения Эстонской ССР. Издательство «Периодика», Таллин. Тираж 5850. Печ. лист. 5,0. Уч.-печ. лист 6,5. Уч.-изд. лист. 8,92. Заказ № 2748. MB-09170. Типография Издательства ЦК КП Эстонии, 200090, Таллин, Пярну маантсэ, 67-а.



Kirjastus «Periiodika».
«Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsitirjad esitatakse toimetusele kahes eksemplaris masinakirjas. Tekst lehe ühel küljel, ridade vahe kaks intervalli, leheküljel 30 rida, reas 60 täheruumi. Töö peab olema aktuaalne ja vastama tänapäeva teaduse tasemele. Artikkel koosnegu pealkirjastatud osadest: sissejuhatus ja töö eesmärk, uurimismaterjal ja -meetodid, tulemused, arutelu, kokkuvõte ja järeldused. Käsitiri peab olema keelelt korrektne, terminid, valemid, mõõtühikud, tsitaadid, nimed, initsiaalid kontrollitud. Samuti on autori kohus esitada 3...7 võtmesõna oma töö kohta (tekstist ja pealkirjast võetud tunnuslik sõna, mis väljendab artikli sisu). Uudse eestikeelse termini või mõiste kasutuselevõtmisel töös esitatagu see tõlkevaste sobivuse üle otsustamiseks võimalikult mitmes keeles (ladina, vene, inglise, saksa). Artiklid esitatagu kokkusuurtult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus sealhulgas kuni 10 ja 30 nimetust. — **Asutuse tõend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsioonil fragment, esitatakse toimetusele koos käsitirjaga. Iga teadusliku töö peab viseerima teaduslik juhendaja. — **Andmed kõikide autorite kohta** (perekonna-, ees- ja isanimi, asutuse nimetus, kodune aadress, töökoha ning koduse telefoni number, perekonnaseis, laste arv) lisatakse käsitirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümee** esitatakse vene keeles (15...20 rida masinakirjas) ja ka inglise keeles (8...12 rida) või siis lisatakse tõlkimiseks sobiv eestikeelne kokkuvõte. — **Kirjandus**. Bibliograafias paigutatakse üldreeglina ette ladina tähestikuga ja nende järele venekeelsed kirjandusallikad. Mõlemas rühmas järjestatakse autorid tähestikuliselt. Raamatutel märgitakse autori perekonnanimi, initsiaalid, pealkiri, väljaandmise koht ja ilmumisaasta. Ajakirjade puhul tuuakse kõikide autorite perekonnanimed ja initsiaalid, artikli pealkiri, ajakirja täielik nimetus, ilmumisaasta, köide, anne või number, artikli lehekülgede algus- ja lõpunumbrid. — **Fotod ja joonised** koos allkirjadega paigutatakse käsitirja lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. Lubamatu on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

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

Honorari makstakse Tallinna autoritele 11., 12. ja 26. ning 27. kuupäeval kirjastuse «Periiodika» kassas Pikk 73. Väljaspool Tallinna elavatele autoritele saadetakse honorar koju posti teel.

Teooria ja praktika

UDK 618.11-007.21:612.621.31

FOLLIKULIT STIMULEERIVA HORMOONI JA LUTEINISEERIVA HORMOONI TASE VERESEERUMIS ANOVULATSIOONI KORRAL

KADRI GROSS ILSE KÕIV KERSTI ZILMER
TARTU

hüpofüüs, gonadotroopne funktsioon, FSH ja LH
basaalproduktioon, anovulatsioon

Tingituna günekoloogilise endokrinoloogia arengust nõuavad menstruatsioonihäired akušöörilt-günekoloogilt üha rohkem tähelepanu. Järjest suureneb vajadus rakendada täpsemaid uurimismeetodeid.

Tänapäeval teatakse, milline osa on ovaariumide generatiivse funktsiooni regulatsioonis täita hüpofüüsi gonadotroopse talitlusel, eelkõige follikulit stimuleerival hormoonil (FSH) ja luteiniseerival hormoonil (LH). On teada FSH ja LH tsükliline sekretsioon, mis tagab ovulatsiooni- ja luteiinfraasi kujunemise (1, 2, 3). Vähem oleme informeeritud luteotroopse hormooni (LTH) osatähtsusest kahefaasilise menstruaaltsükli kulus. Ovulatsiooni toimumisel on määrav tähtsus FSH ja LH kindlal suhtel, nende hormoonide kindlatel kvantitatiivsetel muutustel tsükli vältel. Teatavasti anovulatoorse tsükli korral FSH ja LH tsükliline sekretsioon puudub, samal ajal võib nende tropiini basaalproduktioon olla muutunud.

Anovulatoorse tsükli korral, sõltumata etioloogiast, on vaja täpsustada kahjustuse tasand. Teatavasti võib anovulatsioon olla tingitud nii esmasest hüpo-

talamohüpofüsaarsest kui ka esmasest ovaariumide haiguslikust muutusest. Kahjustuse tasandi määramiseks on vaja täpsustada hüpofüüsi gonadotroopset funktsiooni, määrata gonadotropiinide basaalproduktioon.

Varajasemates töodes piirdusime hüpofüüsi gonadotropiinide summaarse aktiivsuse määramisega (4, 5, 6). Sellisel määratuna oli suhteliselt lihtne hinnata basaalproduktiooni, sest oli üksnes kolm võimalust: kas gonadotropiinide tase oli muutusteta, tõusnud või langenud. Teatavasti viitab gonadotropiinide basaalproduktiooni langus esmasemale hüpotalamohüpofüsaarsele puudulikkusele, tõus aga primaarsele ovariaalpuudulikkusele.

Täpsemate uurimismeetodite rakendamisel, mille puhul FSH, LH ja LTH aktiivsust määratakse eraldi, tuleb juba iga gonadotropiini osas otsustada tema basaalproduktiooni üle.

Töös esitame andmed hüpofüüsi gonadotroopse aktiivsuse kohta patsientidel, kellel oli diagnoositud sekundaarne amenorröa ja kellel oli ovaariumide talitluse puudulikkus, anovulatsioon. Sekundaarse amenorröa etioloogia oli erinev, sealjuures paljudel juhtudel jäi see lahtiseks.

Täpsustasime FSH ja LH basaalproduktiooni 69-l 22 kuni 34 aasta vanusel patsiendil. Sekundaarne amenorröa oli neil kestnud üle aasta. Anamneesi, günekoloogilise läbivaatuse (vajaduse korral täiendavad uuringud), basaalteratuuri andmeid oli kindlaks tehtud, et kasvajalisi ega põletikulisi muutusi genitaalsfääris ei esine ning et ovulatsiooni ei toimu. FSH ja LH hulka määrati vereseerumis radioimmunoloogilisel meetodil TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudis. Tropiine määrati vähemalt kolmel korral 5...7-päevaste vaheaegade järel. Vaatlusel oleme teinud 232 uuringut. Samal ajal hormonaalsete uuringutega mõõdeti ka basaalteratuuri. Patsiendid uuringute ajal ravimeid, kaasa arvatud hormoonpreparaadid, ei kasutanud.

Kontrollrühma laboratoorsete uuringute (normaalne kahefaasiline menst-

ruaaltsükkel) tulemustest lähtudes määrasime FSH ja LH basaalkonduktsiooni piirväärtused.

Analüüsinud andmeid, mis olid saadud anovulatoorse tsükli korral, selgus, et uurimise tulemused varieerusid suuresti, kuid neid oli võimalik paigutada kindlatesse rühmadesse. Et määrata FSH ja LH basaalkonduktsiooni, hindasime nende aktiivsust eraldi. Ühtlasi selgitasime välja FSH ja LH suhte. Basaalkonduktsiooni hindamisel lähtusime järgnevatest FSH ja LH väärtustest: kuni 1,9 ng/ml (langenud), 2,0...4,9 ng/ml (muutusteta), 5,0 ng/ml ja enam (tõusnud). Eristasime veel mõõdukalt (5,0...10,9 ng/ml), keskmist (11,0...19,9 ng/ml) ja tugevat basaalkonduktsiooni tõusu (20,0 ng/ml ja enam). Meie poolt täheldatavad FSH väärtused kõikusid 0,6...47,0 ng/ml ja LH väärtused 0,5...76,0 ng/ml piires. Lähtudes FSH ja LH tasemest ning nende omavahelistest suhtest, võisime eristada 25 võimalikku varianti.

Uuringute tulemusi analüüsid selgus, et 69 vaatlusalusest, kellel oli sekundaarne amenorröa ja anovulatsioon, oli ainult 14-l nii follikulit stimuleeriva kui ka luteiniseeriva hormooni basaalkonduktsioon muutusteta. Ülejäänud 55 patsiendil täheldasime nihkeid sekretsiooni languse või tõusu suunas. Nivoo muutus võis piirduda üksnes ühe gonadotropiiniga, kuid muutunud võisid üheaegselt olla nii FSH kui ka LH basaalkonduktsioon. Väärib tähelepanu, et ühe gonadotropiini sekretsioon võis olla tõusnud, teise sekretsioon aga samal ajal langenud. Seega iga kord tuli FSH ja LH basaalkonduktsiooni kohta anda eraldi hinnang.

Follikulit stimuleeriva hormooni sekretsiooni eraldi vaadeldes täheldasime, et see oli muutusteta 30-l, langenud 18-l ja tõusnud 21 juhul. Basaalkonduktsiooni tõus oli mõõdukas 7-l, keskmine 6-l ja ulatuslik 8 patsiendil. Luteiniseeriva hormooni sekretsioon oli muutusteta 26-l, langenud 13-l ja tõusnud 30 patsiendil, kusjuures tõus oli mõõdukas 18-l, keskmine 6-l ja ulatuslik samuti kuuel juhul. Luteiniseeriva hormooni

suhteliselt sage tõus oli meile mõnevõrra ootamatu.

Hinnates follikulit stimuleeriva hormooni ja luteiniseeriva hormooni produktsiooni igal patsiendil eraldi, täheldasime 21 varianti. Teoreetiliselt oleks neid võinud olla 25, nagu eespool nimetatud. Meie vaatlusalustel ei olnud selliseid kombinatsioone, et FSH tõus oleks olnud keskmine või ulatuslik ja LH basaalkonduktsioon oleks samal ajal olnud muutusteta. Samuti ei olnud juhte, et FSH tõus on vähene, kuid LH tõus mõõdukas või FSH basaalkonduktsioon muutusteta, LH nivoo samal ajal kõrge. Ülekaalus olid juhud, kui FSH basaalkonduktsioon oli langenud ja LH muutusteta (10 juhtu), kui LH basaalkonduktsioon oli langenud, FSH muutusteta (11 juhtu), kui FSH basaalkonduktsioon oli muutusteta, LH mõõdukalt tõusnud (10 juhtu).

Kliinilises töös on eespool toodud uuringute alusel oluline anda hinnang kahjustuse tasandi osas. Teatavasti võib viimane olla nii primaarne tsentraalne kui ka primaarne ovariaalne.

Uuritavatest oli 55-l gonadotropiinide basaalkonduktsioon muutunud, nendest 43-l täheldasime LH ja 39-l FSH basaalkonduktsiooni muutusi. 18-l esines ilmne FSH ja LH sekretsiooni tõus. Seda oli lihtne tõlgendada kui primaarsetest ovaariumide haiguslikest muutustest tingitud menstruaaltsiooni häiret. Märgatavalt harvem (8 juhul) esines nii FSH kui ka LH nivoo langus, mis viitas primaarsele tsentraalsele, s. t. hüpotalamohüpofüsaarsele puudulikkusele. Ainult ühel haigel oli FSH basaalkonduktsiooni langus ja LH tõus. Neil oli kliinilise leiu ja hormonaalsete uuringute alusel diagnoositud Steini-Leventhali sündroom. Diagnoos leidis kinnitust operatsioonil ja hilisemal preparaadi patoloogilisel uurimisel.

Kliinilises töös väärivad enam tähelepanu juhud, kus ainult ühe troopse hormooni basaalkonduktsioon on muutunud. Kuidas neid tulemusi igapäevases praktises töös hinnata? Kuidas hinnata sellist hüpofüüsi gonadotropse talitluse düsfunktsiooni? Arvame, et ka nendel

juhtudel tuleb lähtuda sellest, kas folliikulit stimuleeriva hormooni või luteiniseeriva hormooni sekretsioon on tõusnud või langenud ja vastavalt anda hinnang kahjustuse tasandile. Viimase seisukoha põhjendatust kinnitavad meie senised ravi tulemused.

Eespool toodu alusel tuleb veel kord rõhutada vajadust määrata hüpofüüsi gonadotroopset funktsiooni menstruaatsioonihairete, eelkõige anovulatsiooni korral. Ainult teades kahjustuse taset on võimalik ovaariumide generatiivse funktsiooni edukas taastamine.

KIRJANDUS: 1. Mankin, H. L. J. *Biochemistry of Steroid Hormones*. Oxford, 1975, 249—272. — 2. Lenton, E., Cook, I. D. *Clin. Obstet. Gynaecol.*, 1974, 1/2, 313—344. — 3. Yussman, M. A., Taymor, M. L., Miyata, J. *Fertil. Steril.*, 1970, 21, 119.

4. Гросс К. Я., Иломес Т. Я., Вельдр Т. А. Уч. зап. Тартуского гос. ун.-та. Труды по медицине, XVII. Тарту, 1968, 163—167. — 5. Гросс К. Я. Пробл. эндокринол., 1970, 3, 7—10. — 6. Гросс К. Я. В сб.: Материалы VIII республиканской конференции по актуальным вопросам акушерства и гинекологии. Таллин, 1970, 44—45.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

Insuliinravist põhjustatud tursed, mis võivad olla üldised või piirduda vaid üla- ja alajäsemete perifeerse piirkonnaga, tekivad eelkõige noorukitel ja naistel pärast ravi alustamist. Need tekivad peamiselt siis, kui organismi ainevahetusprotsessid enne ravi algust ei ole parimas korras. Tursete põhjused peituvad puudulikus soolaerituses, tõenäoliselt osalevad selles ka immunoloogilised tegurid. Tursed kaovad keedusoola hulga piiramise ja diureetikumide kasutamise tulemusena.

Dtsch. med. Wochenschr., 1980, 39.

ESMASSÜNNITAJATE KEHAMASSI DÜNAAMIKA JA SELLE SEOS VASTSÜNDINU KEHAMASSIGA

LIIDIA SALUSTE · TARTU

raseda kehamass, kaaluiive, vastsündinu kehamass, korrelatsioon

Raseduse kulu hindamise üks näitajaid on raseda kaaluiive. Kehamass tõuseb raseduse ajal 9...12,5 kg (2, 3). Raseduse teisel poolel ei tohiks kehamass tõusta üle 500 g nädalas (2).

Kehamassi tõus on tingitud eelkõige loote arengust, samuti ringleva vere, koevedeliku hulga jt. näitajate muutustest. Nii ülemäärane kui ka alamäärane kehamassi tõus võib olla patoloogiliste muutuste üks avaldumisvorm. C. Schalze, G. Schotti, R. Kaschneri jt. (4) andmetel on esmas- ning korduvrasedate kaaluiibel märgatav erinevus, samuti sõltub see raseda vanusest. Nii täheldati alla 30 aasta vanustel naistel suhteliselt suuremat kaaluiivet raseduse ajal. Arvukates uurimustes (1, 6, 7, 8) on leitud, et mida suurem on kaaluiive, seda sagedamini tekivad tüsistused, näiteks enneaegne lootevete minek, sünnitusanomaaliad, naise sünnitusteede pehmete kudede trauma, hüpotooniline verejooks sünnitusjärgsel perioodil, vastsündinu asfüksia ning traumad. Seevastu juhtudel, kui kaaluiive on normist madalam või kui rase oma kaalus juurde ei võta, võib see olla platsenta puudulikkuse üks sümptomit (3).

Töö eesmärk oli täpsustada noore terve esmassünnitaja kaaluiibe põhiliste antropomeetriliste andmete seoseid vastsündinu kehamassiga. Eelkõige huvitas meid raseda kaaluiibe ja vastsündinu kehamassi võimalik korrelatsioon. Eespool toodu kohta viiteid kirjanduses meil leida ei õnnestunud. Arvestamist leidsid Broca (Broca indeks = pikkus — 100) ja Rohrerri indeks (Rohrerri indeks = $\frac{\text{kehamass}}{\text{kehapikkus}^3} \times 10\,000$).

Uurisime 16...29 aasta vanust 95 noort tervet esmassünnitajat. Rasedus

ja sünnitus kulgesid peaaegu kõigil tüsistusteta, peale kahe: ühel oli sünnituse sekundaarne nõrkus, sünnitusel kasutati sünnitustange, teisel enneaegne sünnitus. Uurimise rasedate põhilisi antropomeetrilisi näitajaid, nimelt kehamassi eri trimestritel ja sünnituse ajal ning kehapikkust, kehamassi ja -pikkust uurisime ka vastsündinuil.

Broca indeks oli esimesel trimestril seitsmel 2,0...20,7 kg üle normi ja ühel 15,0 kg alla normi. Meie uuritud esmas-sünnitajate andmete statistiline analüüs näitas, et keskmine pikkus oli $163,0 \pm 5,42$ cm ($149,9 \dots 176,2$ cm), kehamass raseduse esimesel trimestril $61,526 \pm 8,272$ kg ($46,0 \dots 80,7$ kg), teisel $64,751 \pm 7,938$ kg ($49,0 \dots 82,55$ kg) ja kolmandal trimestril $68,505 \pm 8,065$ kg ($52,3 \dots 81,15$ kg), sünnitustegevuse algul $70,85 \pm 8,059$ kg ($51,0 \dots 97,0$ kg). Siit järeldub, et kaaluübe kõikus raseduse ajal suuresti. Varieerumised kaaluüibes raseduse teisel trimestril olid 0,25 kuni 10,5 kg (keskmiselt $3,59 \pm 2,06$ kg), kolmandal trimestril 0,7 kuni 8,95 kg (keskmiselt $3,673 \pm 1,8$ kg). Kogu raseduse vältel oli kaaluübe 2,9...19,05 kg. Kaaluübe suurele muutlikkusele vaatamata oli keskmine kaaluübe normi piires, $10,153 \pm 3,65$ kg. Uuritud noorte esmassünnitajate kaaluübe oli raseduse teisel trimestril keskmiselt $276 \pm 20,1$ g nädalas ($0 \dots 807,7$ g), kolmandal trimestril $283 \pm 18,1$ g ($54 \dots 688,5$ g).

Meie uurituil arvestati ka Rohrer'i indeksit eri trimestritel, see on keha täidluse näitaja. Kui pikkus suureneb 10 cm võrra, siis Rohrer'i indeks langeb 0,08 ühikut (5); eestlastel oli keskmine Rohrer'i indeks $1,37 \pm 0,001$ ühikut. Rohrer'i indeks oli meie andmetel raseduse esimesel trimestril 1,096...2,15 (keskmiselt $1,423 \pm 0,031$) ja sünnituse ajal 1,265...2,383 (keskmiselt $1,64 \pm 0,039$). Seega täheldasime raseduse ajal Rohrer'i indeksi tõusu.

Uurituil sündis 46 poeg- ja 49 tütarlast, kelle keskmine kehamass oli $3435 \pm 43,2$ g ja kehapikkus $50,07 \pm 1,4$ cm. Ajaliste vastsündinute minimaalne kehamass oli 2600 g ja maksimaalne 5200 g, kehapikkus vastavalt 46 kuni

53 cm. Vastsündinud poeglaste keskmine kehamass oli $3550 \pm 46,6$ g, tütarlastel $3321 \pm 36,5$ g. J. Fainbergi uurimises 1968. aastast — uurimine toimus Tartu Kliinilises Sünnitusmajas — on ajaliste vastsündinute keskmiseks kehamassiks toodud 3646 ± 14 g poeglastel ja 3483 ± 13 g tütarlastel. Ajaliste vastsündinute keskmine kehapikkus oli vastavalt $50,72 \pm 1,86$ cm ja $49,92 \pm 1,62$ cm (9).

Analüüs näitas, et rasedate ja vastsündinute antropomeetriliste näitajate vahel esinevad statistiliselt tõenäosed positiivsed seosed. Esmassünnitajate kehapikkus ja kehamass olid oluliselt korrelatiivselt seotud esimesel trimestril ($r=0,544$). Sünnitusaegse kehamassi lineaarse korrelatsiooni koefitsient oli oluliselt seotud kehapikkusega rasedal ($r=0,530$) ja kehamassiga vastsündinul ($r=0,433$). Antud uurimismaterjalis korreleerus kaaluübe oluliselt vastsündinu kehamassiga ($r=0,427$). Statistiliselt tõepäraselt, kuid negatiivselt oli seoses raseda kehapikkus tema kaaluübega ($r=-0,338$). Tähtsusetuks ei saa pidada Rohrer'i indeksi määramist, sest ta korreleerus nii raseda kehapikkusega ($r=-0,246$) kui ka kehamassiga sünnituse algamisel ($r=-0,406$). Samasugune korrelatiivne seos oli täheldatav Rohrer'i indeksi ja ajalise vastsündinu kehamassi vahel ($r=0,355$). Tunduvalt nõrgem ja negatiivne seos oli Rohrer'i indeksi esimese trimestri väärtuse ning raseda kaaluübe vahel ($r=-0,236$).

Eespool toodust võib järeldada, et esmassünnitajate kaaluübe, kehapikkuse ja kehamassi näitajad on statistiliselt tõepäraselt seotud vastsündinu kehamassiga. Raseda kehapikkus, kehamass, kaaluübe on korrelatsioonis vastsündinu kehamassiga. Uuringul selgusid seosed vastsündinu kehamassi ja ema kaaluübe ning Rohrer'i indeksi vahel.

Järelikult peaks sünnitusabis rasedate dispanseersel jälgimisel peale naise kasvu ja kehamassi senisest täpsemalt arvestama ka kaaluüvet ja Broca ning Rohrer'i indeksit. See võimaldaks õigel ajal korrigeerida raseda kehamassi ning oletatavasti ka loote kehamassi.

UDK 618.2-071.6:612.12-073.96

KIRJANDUS: 1. Frydman, R., Hajeri, H., Spira, D., Bachelier, Papiernik, E. J. Gynec. Obstet. Biol. repr., 1977, 6, 8, 1123—1132. — 2. Hüter, K. A. Dtsch. med. Wochenschr., 1970, 21, 16, 1027—1043. — 3. Kyank, H., Sommer, K.-H., Schwazz, R., Herre, H. D., Plesse, R. Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig, 1976, 439. — 4. Schalze, C., Schott, G., Kaschner, R., Georgi, H., Windisch, R. Zbl. Gynäk., 1978, 100, 4, 211—216.

5. Ауль, Ю. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та. Тарту, 1964, 158, 63—72. — 6. Бернштейн Л. М., Левинсон Л. Л., Струкова, Г. Н. Акуш. и гинек., 1980, 8, 44—46. — 7. Васильев Ю. В. В сб.: Некоторые вопросы прогнозирования в акушерско-гинекологической практике. Саратов, 1975, 76—80. — 8. Квиткова Л. В., Ушакова Г. А. Акуш. и гинек., 1980, 4, 48—51. — 9. Файнберг В. Б. Уч. зап. Тартуского гос. ун-та. Тарту, 1973, 303, 11—26.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateeder

Spermas peitub antibiootikum. India ja Saksa FV teadlased avastasid härgade spermas valkaine, mis kujutab endast antibiootikumi ning mis oma toimelt on analoogiline penitsilliiniga. Valkainel, mis nimetati seminaalplasmiiniks, on võime tungida bakterirakku ning selles takistada RNA (ribonukleiinhappe) sünteesimist, seega hävitab ta selle mikroorganismi. Seminaalplasmiini toimel hävisid laboratoorses kultuurides stafülokokid, streptokokid ja enamik teisi mikroobe sellisel viisil, kui see sünnib penitsilliini, streptomütsiini ja tetratsükliini toimel. Uurijad arvavad, et seminaalplasmiin, mida sisaldub ka mehe spermas, hoiab naistel ära tupeinfektsioonide teket, meestel endil aga mõjub surmavalt nendele bakteritele, mida mõnikord leidub mehe spermas ning mis võivad mehel viljatust põhjustada.

Мед. газета, 1980, 41.

LOOTE FONOKARDIOGRAAFILISE LEIU SEOS VASTSÜNDINU SEISUNDIGA

EVA ZUPPING EINARD PETERMANN
VALENTINA KASELAID · TALLINN
UNO LEISNER · TARTU

loote fonokardiograafia, rasedusrisk, vastsündinu seisund, lapse seisundi prognoosimine, sünnituse juhtimine

Järjest suurenev huvi loote antenataalse perioodi vastu on seletatav selle perioodi suure tähtsusega inimese edaspidisele vaimsele ja kehalisele arengule (2, 3, 4, 5). Lisaks sellele on antenataalsel profülaktikal täita suur osa perinataalse suremuse ja haigestumuse vähenemises, liati et põhjused, mis tingivad surnultsündimise ja vastsündinute haigestumise postnataalsel perioodil, on enamasti seotud loote seisundi häiretega raseduse ajal (1, 2).

Viimastel aastakümnetel on otsitud võimalusi antenataalse seisundi hindamiseks, et õigel ajal välja selgitada loote ohuseisundeid ning rakendada meetmeid loote seisundi parandamiseks (1, 2, 3, 4, 5, 6). Üks selline meetod on loote fonokardiograafia (3, 4, 5).

Käesoleva töö ülesanne oli välja selgitada, millisel määral kolmeminutilise fonokardiograafilise uuringu alusel loote seisundile antud hinnang on seoses vastsündinu seisundiga sündimisel ja esimesel elunädalal.

Uuriti 145 Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmajas ravil viibinud ja sünnitanud rasedat ning nende vastsündinuid.

Enamikul, 89 uuritul, oli rasedusrisk suur. 57-l täheldati rasedusnefroopaatiat, 21-l rasedusturset, 29-l püelonefriiti, 13-l hüpertooniatõbe, 7-l rasedusaneeemiat, 4-l reesusobimatust ja 14-l kombineeritud patoloogilisi muutusi. Uuritavatest oli esmasrasedaid 91, kordusrasedaid 54.

Loote fonokardiogramm registreeriti ema-loote fonokardiograafiaga ЭМП-2-01 3...5 minuti vältel. Uuringud tehti raseduse lõpul, iga rasedat uuriti 1...5

korral, viimane uuring toimus 1...9 päeva enne sünnitust.

Fonokardiogrammide hindamisel lähtuti sellest, et üks tähtsamaid parameetreid on loote südamelöökide sagedus ja sageduse kõikumus. Normaalselt kulgeva raseduse vältel on loote südamelöökide kõikumus kaks kuni viis lööki minutis. Tõus üle viie löögi viitab kas rütmihäiretele või nabaväädi tüsistustele. Südamelöögisageduse kõikumuse langus alla kahe löögi minutis viitab loote hüpoksiale (3, 5, 6).

Et saada loote seisundist täpsemat ülevaadet, kasutasime platsenta respiratoorse funktsiooni hindamiseks kooramustesti kontraktsiooni esilekutsuva oksütotsiini läviannusega (2). Loote südamelöökide aeglustumine reaktsioonina emaka kontraktsioonile viitab intrauteriinssele hüpoksiale ja loote sünnitustolerantsuse langusele (2, 6).

Vastsündinute seisundi võrdlemiseks jaotasime uuritavad rasedad olenevalt loote fonokardiograafilisest leiust kolme rühma:

I rühm — üsasisesse hüpoksia tunnuseid ei ole, 39 rasedat (vt. tabel).

II rühm — ilmnevad mõningad hüpoksiale viitavad tunnused: mõne üksiku jälgimisminuti vältel on südamelöökide sageduse muutus alla kahe löögi minutis, süstoolne kahin fonokardiogrammil. Intrauteriinsse hüpoksia kahtlus (algav hüpoksia), 37 rasedal (vt. tabel).

III rühm — antenataalse seisundi hindamisel ilmnevad kindlad hüpoksia tunnused, 69 rasedat (vt. tabel).

Vastsündinu seisundit hinnati Apgari skaala järgi. Et närvisüsteemi kahjustused tingituna kroonilisest hüpoksiast võivad ilmnedas alles esimestel sünnitajärgsetel päevadel, siis jälgis vastsündinu neuroloogilist staatust eriettevalmistuse saanud mikropediaater-neuroloog.

Vastavalt neuroloogilisele leiule jaotati kõik vastsündinud kolme alarühma (vt. tabel):

I alarühma kuulusid terved vastsündinud, II alarühma need, kellel olid hüpoksiast tingitud kesknärvisüsteemi kahjustuse tunnused, III alarühma vast-

Tabel. Vastsündinu seisundi hinnang sündimisel ja esimesel elunädalal olenevalt loote antenataalsest fonokardiograafilisest leiust

Vastsündinu seisund Apgari skaala järgi	Vastsündinute arv	Vastsündinu seisund esimesel elunädalal			
		arv %	normi piires	hüpoksiast tingitud kahjustus	sünnitrauma
		arv %	arv %	arv %	arv %
Ilma hüpoksia tunnusteta					
≤4	1 2,5	— —	1 11,1	— —	— —
5—7	17 43,6	8 30,8	6 66,7	3 75,0	— —
8—9	21 53,9	18 69,2	2 22,2	1 25,0	— —
Algav (ähvardav) hüpoksia					
≤4	4 10,8	— —	2 9,1	2 33,3	— —
5—7	19 51,4	5 55,6	12 54,5	2 33,3	— —
8—9	14 37,8	4 44,4	8 36,4	2 33,4	— —
Hüpoksia					
≤4	3 4,3	— —	3 6,4	— —	— —
5—7	34 49,3	3 25,0	23 48,9	8 80,0	— —
8—9	32 46,4	9 75,0	21 44,7	2 20,0	— —

sündinud, kellel olid sünnitrauma tunnused.

Tabelist nähtub, et heas seisundis sündinuid (Apgari skaala 8...9 palli) oli kõigis rühmades enam-vähem võrdselt, vastavalt 53,9%, 37,8% ja 46,4%. Esimesel elunädalal diagnoositavaid haiguslikke muutusi — hüpoksiast tingitud närvisüsteemikahjustust ning sünnitrauma tunnuseid — esines II ja III rühmas I rühma andmetega võrreldes (33,3%) märgatavalt sagedamini (75,7% ja 82,6%). Seega antenataalselt kindlaks tehtud hüpoksia korral esineb vastsündinuperioodil hüpoksiast tingitud kesknärvisüsteemikahjustust ja sünnitraumat enam kui kaks korda sagedamini. Tulemused ühtivad kirjanduses esitatutega (1, 2, 6).

Oigesti oli lapse seisundit prognoositud I rühmas 26-l (66,7%), II rühmas 22-l (59,5%) ja III rühmas 47 uuritu (68,1%).

Kui arvestada, et sünnitraumad tekiavad sagedamini loote kroonilise hüpoksia taustal, siis on vastsündinu seisundi õigeid prognoose II ja III rühma vast-

sündinuil veelgi enam, vastavalt 75,7% ja 92,6%.

Andmetest (vt. tabel) tuleneb, et kroonilisest hüpoksiast tingitud kahjustus ei pruugi avalduda vastsündinu seisundis sündimise momendil ega kajastu seega Apgari skaala järgi antud hinnangus. Vastsündinutest, kelle seisundi hindeks anti sündimise momendil Apgari skaala järgi 8 ja enam palli, esines 46,3%-l kroonilisest hüpoksiast põhjustatud närvisüsteemikahjustusi ja 7,4%-l sünnitrauma. Vastsündinu seisundi objektiivsemaks hindamiseks tuleb lisaks Apgari skaala näidule määrata ka happeleelise tasakaalu näitajad (1, 2).

Kardiotahhogrammide olid I rühma vastsündinuil kõik normi piires, II rühmas aga ilmnes patoloogilisi muutusi 27%-l. III rühmas võis praktiliselt kõikidel uuritutel vähemalt ühel korral täheldada patoloogilist kardiotahhogrammi (68,1% uuringute üldarvust).

Oksütotsiintesti kasutasime loote seisundi hindamiseks 76 juhul. Reaktsioonina emaka kontraktsioonile kiirenesid loote südamelöögid 55-l, aeglustusid aga 12 rasedal. Südamelöögid jäid muutumatuks 9 rasedal. Seega oli 12 rasedal lisaks üsasisesele ohuseisundile täheldatav loote sünnitusetolerantsuse langus.

Oksütotsiintesti tulemused olid I ja II rühmas füsioloogilise normi piires. III rühmas osutus koormustest oksütotsiiniga kroonilise intrauteriinne hüpoksia taustal kindlalt patoloogiliseks 17,4%-l.

Kõikidele rasedatele, kellel diagnoositi loote hüpoksiat, määrati loote seisundit korrigeeriv ravi.

Sünnitus lõpetati rasedatest, kellel antenataalselt hüpoksiat ei täheldatud, keisrilõikega 5,1%-l, sünnitustange kasutati 10,2%-l juhtudest, peamiselt emapoolsetel näidustustel. Kui antenataalsel perioodil ilmnes ähvardav loote asfüksia, lõpetati sünnitus keisrilõikega 10,8%-l juhtudest. Kui ilmnesid kindlad intrauteriinne hüpoksia tunnused, lõpetati sünnitus keisrilõikega 5,8%-l, sünnitustange kasutati 1,8%-l uurituist, peamiselt loote poolsetel näidustustel.

Kokku võttes võib öelda, et 3...5-minutise kestusega fonokardiograafiline

uuring on suhteliselt lihtne ja informatiivne uurimismeetod, mis võimaldab loote ohuseisundeid varakult kindlaks teha ning õigel ajal meetmeid rakendada. Loote seisundi hindamise tulemused on tihedas korrelatsioonis vastsündinu seisundiga sündimisel ja esimesel elunädalal.

KIRJANDUS: 1. Seidenschmur, H. J. Praxis der Kardiotopographie. Leipzig, 1977. — 2. Kyank, H., Sommer, K. H., Frenzel, J., Schwarz, R. Geburtshilfe. Leipzig, 1980.

3. Бенюмов В. М. Электрофонокардиографическое исследование плода. Киев, 1970. — 4. Гармашева Н. Л., Константинова Н. Н. Введение в перинатальную медицину. М., 1978. — 5. Грищенко В. И., Яковцова А. Ф. Антенальная смерть плода. М., 1978. — 6. Левинсон Л. Л. Методы оценки состояния плода во время беременности. Л., 1975.

Tallinna Pelgulinna Haigla Sünnitusmaja

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja
günekoloogia kateeder

Kas alati toimida palaviku vastu? Paljud lastearstid on seisukohal, et medikamentoos- seks palavikku vähendavaks raviks väikelapsel peavad olema ranged näidustused. Nime- tatud nõude põhjendatust argumenteerib A. Dittmer ka teistele autoritele viidates järg- miselt. Kehatemperatuuril 39 °C või üle selle viiruste paljunemine haige lapse organismis lakkab, palaviku korral suureneb inimorga- nismis interferooniproduksioon, ka fagotsü- toos kulgeb temperatuuril 39 °C optimaalselt, mistõttu võib rääkida palaviku infektsiooni- vastasest mõjust. Ensümaatiliste rakufunk- tsioonide kahjustuste võimalust tuleb arves- tada siis, kui kehatemperatuur on tõusnud 40 °C-ni või üle selle.

Kinderärztl. Praxis, 1980, 48.

VÄÄRARENGUTE ESINEMIS- SAGEDUS AJAVAHEMIKUL 1970...1979

MAIT KARLIS · TARTU

väärarengud, klassifikatsioon, pärilikud haigused, uurimismeetodid, kromosomaalsed haigused, diagnoosimine, perinataalne suremus

Nakkus-, parasitaar- ja alimentaarhaiguste ravis ning profülaktikas saavutatud edu tulemusena on laste haigestumuse ja suremuse struktuuris nimetatud haiguste osatähtsus vähenenud ning juhtivale kohale on tõusnud väärarengud ja pärilikud haigused (4).

Väärarengud on paljudel juhtudel perinataalse suremuse põhjuseks. G. Mutšijevi ja O. Frolova (3) andmetel moodustasid nad 10,2% perinataalse suremuse põhjustest. Sellega on seletatav, miks arstid on eriti nende vastu hakanud huvi tundma. Tänapäeval teatakse tuhandeid väärarenguid, mis üksteisest erinevad etioloogilise tunnuse, organismis tekkimise järjekorra, teratogeense teguri toimimise aja ja väärarengu lokalisatsiooni poolest (1). Selline erinevus raskendab väärarengute klassifitseerimist, sellega on ka seletatav, miks puudub üldtunnustatud klassifikatsioon.

Vastavalt etioloogilisele tunnusele eristatakse pärilikke, eksogeenseid ja multifaktoriaalseid väärarenguid. Sõltuvalt tekkimise järjekorrast organismis tehakse vahet esmaste ja teiseste väärarengute vahel. Olenevalt teratogeense teguri toimimise ajast rühmitatakse nad gametopaatiateks, blastopaatiateks, embrüopaatiateks ja fetopaatiateks. Sõltuvalt ulatusest eristatakse isoleeritud, süsteemseid ja hulgiväärarenguid (2).

Käesoleva töö ülesanne oli välja selgitada, kui palju Tartu Kliinilises Sünnitusmajas ajavahemikul 1970...1979 sündinuist oli väärarengutega. Analüüsi 334 sünnilugu 10 aasta jooksul sündinute kohta, kellel oli diagnoositud väärarenguid. Sel ajavahemikul oli kokku 26 768 sünnitust. Väärarengute klassifitseerimisel võeti aluseks ÜTO Ette-

valmistava Komitee soovitatud klassifikatsioon (2), mille järgi isoleeritud ja süsteemsete väärarengute klassifitseerimisel on aluseks organismi jagunemine anatoomilis-füsioloogilisel printsiibil elunditeks ja elundite süsteemideks ning mille järgi hulgiväärarengud on jaotatud vastavalt etioloogilisele tunnusele.

1. Elundite ja elundite süsteemide väärarengud.

- 1.1. Kesknärvisüsteemi ja meeleeelundite väärarengud.
- 1.2. Näo ja kaela väärarengud.
- 1.3. Kardiovaskulaarsüsteemi väärarengud.
- 1.4. Hingamissüsteemi väärarengud.
- 1.5. Seedeelundite väärarengud.
- 1.6. Luude ja lihaste süsteemi väärarengud.
- 1.7. Uroloogilise süsteemi väärarengud.
- 1.8. Suguelundite väärarengud.
- 1.9. Endokriinnäärmete väärarengud.
- 1.10. Naha ja nahaderivaatide väärarengud.
- 1.11. Muud väärarengud.

2. Hulgiväärarengud.

- 2.1. Kromosomaalsed haigused.
- 2.2. Geenisündroomid.
- 2.3. Embrüopaatiatest tingitud sündroomid.
- 2.4. Ebaselge etioloogiaga sündroomid.
- 2.5. Hulgiväärarengute täpsustamata kompleksid.

Teratoloogias kasutatakse kliinilisi, morfoloogilisi ja geneetilisi uurimismeetodeid (2). Nende kompleksne kasutamine on vajalik väärarengute diagnoosimiseks, päriliku edasikandumise tüübi määramiseks ning geneetilise riski hindamiseks. Teratoloogias kasutatavad kliinilised uurimismeetodid ei erine kliinikutes kasutatavaist. Tähtsamad on ema anamnees ja vastsündinu väline vaatlus. Spetsiifiliseks uurimismeetodiks on dermatoglüüfika, mis võimaldab diagnoosida kromosomaalseid haigusi ja otsustada väärarengu geneetilise determineerituse üle. Geneetilisest meetodist kasutatakse geneoloogilist, tsütogeneetilist, populatsiooni-statistilist ja kaksikute meetodit. Morfoloogiline uurimismeetod seisneb lahangumaterjali, embrüoloogilise materjali, operatsiooni-preparaatide ja proovitükkide uurimises. Tähtis väärarengute diagnoosimises on lahang.

Tartu Kliinilises Sünnitusmajas diag-

noositi väärarengud ema anamneesi, vastsündinu vaatluse, elundite palpeerimise, südame ja kopsude auskulteerimise, kõhuõõne ja rindkere elundite ning luude ja lihaste röntgenograafia alusel. Surnult sündinud ja haiglas surnud vastsündinutel kasutati väärarengu diagnoosimiseks või diagnoosi täpsustamiseks ka lahanguandmeid ning biopsia tulemusi. Hulgiväärarengute korral tehti diagnoosi täpsustamiseks TRÜ Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi geneetika ja molekulaarsütoloogia laboratooriumis tsütogeneetiline uuring.

Väärarengute sagedus oli Tartu Kliinilises Sünnitusmajas sündinuil keskmiselt 1,25%. See kõikus eri aastatel suuresti, nimelt 0,49...1,73%. Hulgiväärarenguid diagnoositi 33,2% kõikidest väärarengutest. Kromosomaalseid haigusi esines 16,7%-l kõikidest väärarengutest ning 50,5%-l hulgiväärarengutest. Sagedaim oli Downi sündroom — 80,4% kromosomaalhaigustest, 40,5% hulgiväärarengutest ning 13,8% kõikidest väärarengutest. Downi sündroomi sagedus oli kõikide sünnituste kohta 1:595. Kesknärvisüsteemi ja meeelundite väärarenguid 9%, näo ja kaela väärarenguid 10,2%, kardiovaskulaarsüsteemi väärarenguid 10,8%, hingamisüsteemi väärarenguid 1,8%, seedeelundite väärarenguid 4,2%, luude ja lihaste süsteemi väärarenguid 21,3%, uroloogilise süsteemi väärarenguid 5,1%, endokriinelundite väärarenguid 0,3%, naha ja nahaderivaatide väärarenguid 2,1%, muid väärarenguid 2,0%; suguelundite väärarenguid ei olnud.

Väärarengutest põhjustatud perinataalne suremus oli keskmiselt 3,8‰, kõikides eri aastatel 2,0...5,7‰ piires. Mõnel aastal moodustas väärarengutega vastsündinute suremus kuni 25% üldisest perinataalsest suremusest. Eriti kõrge on väärarengute puhul ante- ja intranataalne suremus, keskmiselt 2‰. Antud näitaja osas oli kõikumine eri aastatel suur, 0,8...3,2‰.

Kahjuks ei ole andmeid teiste uurijate andmetega võimalik võrrelda, sest väärarenguid klassifitseeritakse väga erinevalt ning diagnoositakse väärarengu-

te sagedus ei vasta faktilisele. G. Lazjuki (2) arvates ei ole faktiline väärarengute sagedus alla 7% kõikidest sünnitustest. Tema andmetel esinevad üksnes südame väärarengud, Meckeli divertikul ja ureetrite kahestumine peaaegu 4%-l vastsündinutest.

Diagnoositud väärarengute sagedus sõltub faktilisest väärarengute hulgast ja diagnoosimise tasemest.

Tartu Kliinilises Sünnitusmajas ei ole kõiki teratoloogia uurimismeetodeid, eelkõige geneetilisi, seni veel kasutatud. Üldine väärarengute esinemissagedus (1,25%) on võrreldav A. Strukovi ja V. Serovi (4) poolt toodud Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni esitatud väärarengute esinemissagedusega vastsündinutel (1,3%). Üldine esinemissagedus aga väljendab summaarseid andmeid väärarengute kohta, mis põhjustavad olulist elundi funktsiooni häiret või ulatuslikku elundi kuju muutust. Seetõttu ei võimalda antud näitaja teha järeldusi kliiniliselt vähem väljendunud, varjatud väärarengute kohta, mis aga hiljem võivad lapsel põhjustada tugevaid arenguhäireid või olla haigusi soodustavateks teguriteks.

Lähtudes vajadusest ennetada väärarengutega laste sündimist, on tarvis väärarengud välja selgitada juba enne lapse sündi, samuti on vaja geneetilist konsultatsiooni, need mõlemad aga eeldavad väärarengute struktuuri täpset tundmist. Järelikult jääb praegu esmaseks ülesandeks väärarengute täpne ning võimalikult kõikide juhtude diagnoosimine. Alles seejärel tuleb kõne alla profülaktikameetmete rakendamine.

KIRJANDUS: 1. Гулькевич Ю. В., Лазюк Г. И., Кулаженко В. П. Арх. пат., 1971, 2, 9—19. — 2. Лазюк Г. И. В кн.: Тератология человека. М., 1979, 9—23. — 3. Мучиев Г. С., Фролова О. Г. Охрана здоровья плода и новорожденного в СССР. М., 1979. — 4. Струков А. И., Серов В. В. Патологическая анатомия. М., 1979.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja
günekoloogia kateeder

KIRURGIA- JA SÜNNITUSABI- OSAKONDADE ÕHU SANITAAR-BAKTERIOLOOGILINE ISELOOMUSTUS

JURI FILIPPOVITS JAAN MÄRTIN
SEMJON UMANSKI VIRGE NAABER
VELLO ILMOJA TALLINN

Staphylococcus aureus, haiglasine nakkus, õhu mikroobne saastatus

Viimasel kahekümnel aastal on suurenenud *Staphylococcus aureus*'est põhjustatud operatsioonijärgsete mädatüsituste ning haiglasistest nakkuste arv. Tüsitused tekivad nii operatsioonide kui ka mitmesuguste protseduuride, nagu süstimise, instrumentaaluuringute järgselt. Varem hinnati õhu sanitaar-bakterioloogilist olukorda *Streptococcus viridans*'i ja *Streptococcus hemolyticus*'e arvukuse järgi (3, 6). G. Tšistovitš (5) tegi ettepaneku arvestada hindamisel peale nende ka *Staphylococcus aureus*'e (*St. aureus*) sisaldust õhus. Pöörates tähelepanu stafülokoki osatähtsusele operatsioonijärgsete tüsituste ja haiglasistest nakkuste etioloogias, on otstarbekas arvestada just teda kui näidisorganismi, jättes tähelepanuta ülejäänud, sest saastumine õhu kaudu on peamine, seega kõige ohtlikum mikroobide leviku tee haiglates.

Haiglaruumide, eriti operatsioonitubade õhu süstemaatilised sanitaar-bakterioloogilised uuringud on tähtsaks abinõuks ebasoodsa epideemilise olukorra sedastamisel.

Et kasutatakse erisuguseid õhuproovide võtmise meetodeid ja aparate (1, 2), on tulemuste hindamine raske.

Meie töö eesmärk oli Pelgulinna Haigla kirurgiaosakondade ja sünnitusmaja ruumide õhu mikroobse saastatuse uurimine.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Õhuproovid võeti Krotovi aparaadiga, määrati mikroobide üldarv ja *St. aureus*'e hulk 1 m³ õhus. Kirurgiaosakonna operatsiooniruumides võeti proovid ühe töövahetuse jooksul enne ja pärast operatsioone, teistes ruumides kogu päeva

jooksul eri aegadel. Mikroobide üldarvu määramiseks lihapeptonagaril aspireeriti läbi Krotovi aparadi 100 liitrit õhku, *St. aureus*'e isoleerimiseks 250 liitrit Tšistovitši söötmele. Kokku võeti 72 õhuproovi ning isoleeriti 135 *St. aureus*'e tüve.

Meie uuringutes moodustas *St. aureus* keskmiselt 1,2% mikroobide üldarvust. Kirurgiaosakondade ruumides oli mikroobide üldarv 18...52% üle lubatud piirväärtuse (4). Tööpäeva lõpuks mikroobide üldarv alati suurenes. Sünnitus- ja lastetubade õhu mikroobide üldarv oli vastavalt 42% ja 46,7% normeeritust madalam, kusjuures *St. aureus*'t üheski proovis ei leitud, küll aga leiti teda kõikides kirurgiaosakonna õhuproovides. Tööpäeva jooksul suurenes selle mikroobi sisaldus operatsiooniruumide õhus 1,36%-lt 2,2%-ni ning sterilisatsiooniruumis 1,05%-lt 1,35%-ni. Nende ruumide õhus ei tohi *St. aureus*'t leiduda.

Õhust eraldatud 135 *St. aureus*'e tüve bakterioloogiliseks iseärasuseks oli see, et enamik (78,3%) neid kuulus nn. epideemilisse esimesse fagorühma (52/52A/80), 36 (27,4%) olid koagulaasnegatiivsed ning samal ajal desoksüribonukleaspositiivsed.

St. aureus'e arvukus kirurgiaosakondade palatite õhus ületas lubatud normi ligikaudu kahekordselt ning moodustas 1,1% mikroobide üldarvust.

St. aureus'e nn. haiglasistest tüvede peamiseks markeriks peetakse resistentust viie või enama antibiootikumi suhtes. Uurisime isoleeritud tüvede resistentust paberzettameetodil 10 antibiootikumi suhtes. Uuritud tüvedest oli penitsilliiniresistentseid 74,2%, levomüsetiini- 58,8%, oleandomütsiini- 49,5%, erütromütsiini- 49,5%, streptomütsiini-resistentseid 39,4%. Uuritud tüved olid tundlikumad neomütsiini, kanamütsiini, monomütsiini, tetratsükliini ja ristomütsiini suhtes.

Järeldused.

1. Kirurgiaosakondade õhk on saastatud, kui mikroobide üldarv on üle lubatud piirväärtuse ja kui esineb ka *Staphylococcus aureus*.

2. Isoleeritud *St. aureus*'e tüvedele on iseloomulik resistentsus viie või enama antibiootikumi suhtes, see näitab haiglasest tsirkulatsiooni.

3. Operatsiooniruumide õhu suhteliselt kõrge *St. aureus*'ega saastatus on tingitud operatsiooniruumide suurest ülekoormusest ja loob tingimused operatsioonijärgsete püogeensete infektsioonide tekkeks.

4. Sünnitus- ja lastetubade õhu suhteliselt madal bakteriaalne saastatus on saavutatud sanitaar-hügieeniliste abinõude laitmatu rakendamisega.

KIRJANDUS: Влодавец В. В. Основы аэробиологии. М., 1972. — 2. Дробень В. В. Гиг. и сан., 1980, 4, 34—36. — 3. Карпунин Г. И. Бактериологическое исследование и обеззараживание воздуха. М., 1962. — 4. Филиппович Ю. В., Мартин Я. К., Уманский С. Ш., Наабер В. П. Методические рекомендации по санитарно-бактериологическому исследованию воздуха хирургических и родильных отделений и операционных блоков. Таллин, 1980. — 5. Чистович Г. Н. Эпидемиология и профилактика стафилококковых инфекций. Л., 1969. — 6. Шафир А. И. Микробиологический метод гигиенического исследования воздуха. Л., 1945.

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja
Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Tallinna Pelgulinna Haigla

Merevesi toimib viiruste vastu. Havai Ülikooli teadlased tegid kindlaks Havai saarte piirkonna merevetes elunevad mikroorganismid, mis inhibeerivad viiruste arengut. Proovide väga põhjaliku analüüsi tulemusena nad leidsid, et viirused kaotavad merevees suure osa oma aktiivsusest. See asjaolu ongi aluseks järelduste tegemisel, kuid esialgu ei ole veel selge, kas viiruste arengut merevees pidurdab mingi bioloogiline protsess või keemiline reaktsioon.

Neue Zürich. Zeitung, 1980, 24.

NITRITTEST BAKTERIUURIA AVASTAMISEKS LASTEL

HELJU TÄLLI ANU ARBET MARE KERONEN
MARIKA KIRSS TARTU

bakteriuria, orienteeriv avastamine, nitrittest

Neeruhaiguste korral on kliiniline sümptomatoloogia lastel sageli tagasihoidlik ja oletatava diagnoosi võib panna üksnes uriini laboratoorse analüüsi alusel. Kuseteede infektsiooni tõestab bakteriuria. Mikroobi liigi ja bakteriuria astme määramine on suure tähtsusega latentse kuluga põelonefriidi diagnoosimisel, kroonilise põelonefriidi ägenemise kiirel avastamisel, ravi tulemuste hindamisel ja asümptoomse bakteriuria väljaselgitamisel (1, 3, 6, 7).

Bakteriuria olemasolu ja astme määramine uriini bakterioloogilise külvi teel eeldab bakterioloogialaboratooriumi käepärasust, on aeganõudev ja tömahukas ega ole seetõttu massuuringuteks kasutatav.

Bakteriuria orienteerivaks väljaselgitamiseks on kasutusele võetud sõeltestid. Need põhinevad bakterite elutegevuse toimel uriinis vabanevate ainete (nitritite, dehüdrogenaaside, glükoosoksüdaasi, katalaasi jm.) avastamisel värvusreaktsioonidena (1, 2, 5, 6).

Käesoleva töö eesmärk oli uurida nitrittesti rakendatavust asümptoomse bakteriuria kindlakstegemiseks praktiliselt tervetel lastel massuuringuna, samuti hinnata testi usaldusväärsust bakteriuria avastamisel kuseteede ja neeru- ning muude elundite haigusi põdevatel lastel.

Uurimismetoodika ja -materjal. Sõeltestina kasutati nitrittesti Czokonay meetodil (1, 4). Joa keskmine uriin koguti vahetult puhtasse katsutisse. 2...3 ml uriinile lisati 4...6 tilka Czokonay reaktiivi, segu värvust ning sademe tekkimist jälgiti 1...2 minuti pärast. Segu värvumine roosakaspunaseks viitab bakteriuriale, valge sademe teke on proteinuuria näitaja. Negatiivse testi korral jääb segu selgeks ja värvusetuks.

Kokku uuriti 250 last. Neist 65 olid terved, 3...6 aasta vanused Tartu 36. lastepäevakodu

kasvandikud. 185 2...14 aasta vanust last viibis 1979. a. ravil Tartu Linna Kliinilises Lastehaiglas. Neist 71 põdes neeru- või kuse- teede haigusi, 114-l olid muude elundkondade haigused.

Uurimistulemused ja arutelu. Nitrit- test osutus negatiivseks 218-l (87%) 250 uuritust. Ühelgi tervel lapsel ei olnud test positiivne. Et kirjanduse andmetel on massuuringutega (500...10 000 last) asümptoomset bakteriuriat avastatud 0,05...6%-l uuritavatest, ei olnudki asümptoomse bakteriuria avastamine nii väikese uuritute arvu puhul tõepä- rane (2, 3, 5). Hinnatavaks sai kogemus, et nitrittest on hõlpsasti rakendatav massuuringuteks tervete laste kollektiiv- vides.

Teise uuritavate rühma kuulus 71 neeru- või kuse- teede haiguste all kan- natavat last, neist 25-l (35%) osutus nitrittest positiivseks. Teiste elundkon- dade haigusi põdevast 114 haigest osu- tus test positiivseks 7-l (6%). Seega eri- tuselundite haigusi põdevatel lastel tehti bakteriuria kindlaks oluliselt sageda- mini ($P < 0,05$).

Nitrittesti usaldusväärsuse kontrolli- miseks tehti 87 haiglaravil viibinud lap- sel ka uriini bakterioloogiline külv. Mõ- lemad uuringud olid positiivsed 27-l (31%), negatiivsed 45 uuritul (52%). Seega oli nitrittesti usaldatavus 83%. See ühtib kirjanduse andmetega (1). 15 uuritul (17%) ilmnes nitrittesti ja uriini bakterioloogilise külvi tulemuste lahk- nevus (vt. tabel).

Nitrittesti ja uriini bakterioloogilise külvi tulemused, nii positiivsed kui ka negatiivsed, ühtisid kõigil, 21 glomerulo- nefriiti ja 12 ägedat püelonefriiti põde- val haigel. 25 kroonilist püelonefriiti põdejast oli lahknevus kuuel, 13 alu- miste kuse- teede põletikke ja erituselun- dite muid haigusi (enurees, oksalaatu- ria jm.) põdejaist kolmel. Neist 9 neeru- haigest, kellel nitrittest oli negatiivne, bakteriaalne külv aga positiivne, oli kuuele enne testi määratud antibakte- riaalne ravi, uriini bakterioloogiliseks külviks oli aga võetud enne ravi alus- tamist. Tõenäoliselt oli mõnepäevane

Tabel. Nitrittesti (NT) ja bakterioloogilise külvi (B) tulemuste võrdlus

Uuritavate rühm	Arv	NT ja B positiivsed	NT ja B negatiivsed	NT negat., B posit.	NT posit., B negat.
Erituselu- dite haigus- tega	53	23	21	9	—
Muude hai- gustega	34	4	24	5	1
Kokku	87	27	45	14	1

antibakteriaalne ravi olnud edukas, mis- tõttu nitrittest osutus negatiivseks.

Võrreldes nitrittesti tulemusi uriini bakterioloogilisel külvil sedastatud bak- terite liikidega, selgus, et kõigil 9 nee- ru- või kuse- teede haiguste all kannata- val lapsel, kellel nitrittest oli negatiiv- ne, uriini bakterioloogiline külv aga positiivne, kasvas uriinis gramnegatiiv- ne mittehemolüütiline diplokakk või *Proteus*'e tüvi. Soolekepikese kasvu korral aga oli sõeltest alati positiivne. See ühtib kirjanduse andmetega, mille puhul rõhutatakse nitrittesti kõrget po- sitiivset tulemust gramnegatiivsete mik- roobide, eriti *E. coli* tüvede esinemisel.

Muid haigusi põdeval viiel haigel osu- tus nitrittest negatiivseks, bakteriolo- ogiline külv positiivseks. Ühel oli analüü- side lahknevus vastupidine (vt. tabel). Neljal diagnoositi kroonilist sapipõie-, sapiteede põletikku, kahel kasuistilisi süsteemseid ainevahetushaigusi. Uriinis kasvas kõigil mittehemolüütiline bakter, mille nitriifitseeriv toime on nõrk. Kli- niliste sümptomide puudumine lubas neil lastel ja ka neil neljal lapsel, kellel sõeltest ning uriini bakterioloogiline analüüs olid positiivsed, diagnoosida asümptoomset bakteriuriat.

Kokku võttes võib öelda, et nitrittest on küllaldaselt usaldusväärne sõeltest bakteriuria orienteerivaks avastami- seks massuuringutel. Nitrittest osutub abistavaks kiireks uuringuks, mistõttu väärib ambulatoorses praktikas laiemat rakendamist.

KIRJANDUS: 1. Breunung, M., Breunung, M. Die Harnwegeinfektion. Leipzig, 1974. — 2. Gillenwater, J. Y., Gleason, C. H., Lohr, J. A., Marion D. Pediatrics, 1976, 58, 4, 508—512. — 3. Jojart, G., Gröndzsak, E., Acta Paediatr. Acad. Sci. Hung., 1976, 17, 2, 107—116. — 4. Laidna, M., Jalviste, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1970, 2, 112—113. — 5. Pirlich, W., Skiba, G. Z. Ärtzl. Fortbild. (Jena), 1973, 67, 14, 730.

6. Калинина А. А., Тасанов М. Д. Педиатрия, 1978, 9, 80—85. — 7. Калътянис П. А., Батавичене А. П. Педиатрия, 1980, 2, 12—13.

TRÜ arstiteaduskonna pediaatria kateeder

Tallinna I Lastehaigla

Tallinna Mustamäe Lastepolikliinik

Filosoofia ja meditsiin

UDK 100:62

ÜHISKONDLIK PROGRESS JA MEDITSIIIN

SILVER KOPPEL · TALLINN

Meditsiiniline kiirabi kutsutakse Saksa DV linnas Karl-Marx-Stadtis välja 70...80 korra ööpäevas, seega antakse aastas kiirabi väljakutseid 30 000, mil arstiabi tõesti kiiresti vajatakse. Linnas on 317 000 elanikku. Meditsiinilise kiirabitalituse rajamise ja arendamisega on Saksa DV tervishoiusüsteemis tegelud eriti viimase viie aasta jooksul. Seda on tehtud Moskva, Kiievi, Leningradi ja Riia kiirabitalituste kogemusi eeskujuks võttes. Tähelepanu keskpunktis on kiirabiautode ja nende sisseseade täiustamise ning meditsiini-personali kvalifikatsiooni tõstmise kõrval ka teadussaavutuste kasutuselevõtt, väljakutsete raaltöötlus kuupäevade järgi. See aitab personalil igapäevastest kogemustest üldistusi ja järeldusi teha: väljasõitude arv ja teepikkus, ravi järjepidevus, patsientide valvehaiqlasse üleandmine ja selle kulg. Saksa DV-s on riiklikud kulutused sotsiaalseteks vajadusteks 1981. aastaks suurenenud 17,6 miljardile margale, seega kaks korda rohkem, kui oli 1971. aastal.

Freie Welt, 1981, 14.

tervis kui inimõigus, ühiskondlik tervis, tervise mõõtmine, rahvusvaheline tervishoiualane koostöö ja ideoloogiline võitlus

Ühiskondliku progressi sisuks on inimese vabaduse suurenemine: vajaduste üha täielikum rahuldamine, võimete igakülgne arenemine, põhiliste inimõiguste avardamine ning kindlustumine.

ÜRO «Üldine inimõiguste deklaratsioon» (1948) tunnustab iga inimese õigust «sellisele elutasemele, sealhulgas toidule, rõivastusele, elamule, meditsiinilisele hooldusele ja sotsiaalkindlustusele, mis on vajalik tema enese ja ta perekonna tervise ning heaolu säilitamiseks» (12, lk. 127). ÜTO põhikirja kohaselt on «kõrgeima saavutatava tervisetaseme omamine üks inimese põhiõigusi» (16, lk. 5). Kogu elanikkonna õigus tervise kaitsel on deklareeritud ka mitmete riikide konstitutsioonides.*

Kahjuks on paljude kapitalismi- ja arengumaade tegelikkus kaugel selle õiguse reaalsest tagamisest. Tänapäeva kodanlikus ideoloogias hakkab illusoorse optimismi kõrval üha enam domineerima sotsiaalne pessimism (17, lk. 64—65). Selle üks avaldusi on veendumus,

* NSV Liidu konstitutsiooni § 42 ja ka teiste sotsialismimaade konstitutsioonid näevad ette kodanike õiguse tervise kaitsel ja tagavad selle ühtlasi riiklikkude abinõudega.

et meditsiini arenemine ei ole toonud ega saagi tuua olulist muutust inimeskonna tervisesse — «teadus areneb, aga haigused jäävad».

Esimesel pilgul näib see tõesti nõnda olevat. On üldtuntud tõde, et nakkus-, parasitaar- ja vaegushaigused (erandina üksnes liikumisvaegusest tingitud!) nüüdisajal koos ühiskonna ja meditsiini progressiga vähenevad. Samas aga sa-genevad vähkkasvajad, südame ja vere-sonkonna haigused, psühhosomaatilise geneesiga haigused, paljud kutsehaigused ja traumatism.

Kui haiguste ja surma põhjuste nomenklatuur oli minevikus suhteliselt väikesearvuline, siis praegu suurendab teaduslik-tehniline progress ja sellest tulenev ökoloogilise tasakaalu muutumine enneaegse surma põhjuste arvu pidevalt (vt. ka 7, lk. 373; 14, lk. 109). Silmanähtavalt ebasoodsatest teguritest põhjustatud haigustele lisanduvad «mugavuskahjustused», mida võivad põhjustada auto ja televiisor, isegi telefon. Mitmed haigused, mis varem tabasid eelkõige kesk- ja vanemaalisi, esinevad nüüd tunduvalt noorematel.

Reaktsiooniline sotsioloogia on püüdnud rääkida isegi ühiskonna haigestumisest. W. Rostow iseloomustab sotsialismi ja kommunismi «millegi haiguse-sarnasena» (8, lk. 164). Sajandi algul väitis M. Scheler koguni, et inimene on «konstitutsionaalselt haige loom, kelles elu tegi *faux pas*» (9, lk. 295). Järelikult tuleks materia sotsiaalset liikumisvormi juba iseenesest haiguseks pidada.

On aga mindud kaugemalegi. Kui O. Spengler kinnitas, et «maailma ajalugu on kohtumõistmine maailma üle» (10, lk. 635), sisuliselt aga samastas kultuuri, ajaloo ja elu, võib teda ümberparafrasides väita: ühiskond on kohtumõistmine selle ühiskonna enese, aga võib-olla koguni elu üle üldse. Teiste sõnadega: ühiskond on pahe, kuritegu.

Tõsi, lähtudes eeldusest «mina olen norm», võiks mõtlemisvõimeline ürgookean pidada haiguseks koatservaattilgakesi, amööb hulkrakseid ja antropoid inimesi. Ja nii enne kui ka pärast Spenglerit on inkvisiitorid pidanud pa-

heks ketserlust, ahnitsevad väikekodanlased teadust ning poeesiat, kodanlased kommunismi, imperialismi ideoloogid rahvuslikku vabastusliikumist.

Soovidekohasest või tavapärasest erineva haiguseks või paheks tunnustamine võib viia piiri kaotamisele nende kategooriate vahel. See on korduvalt toonud hukatuslikke tagajärgi mitte üksnes meditsiinis, vaid ühiskonnaelus tervikuna — meenutagem rassistliku eugeenika ja genotsiidipoliitika läbipõimumist fašistlikul Saksamaal. Meditsiini kategooriad «haigus» ja «tervis» («norm» ja «patoloogia») ei sobi ühiskonnaelu seletamiseks. Materia sotsiaalse liikumisvormi põhikomponent — inimtegevus — on haige üksnes siis, kui konkreetne inimene põeb konkreetset meditsiinilist haigust.

ÜTO Alma-Ata konverentsi (septembris 1978. a.) deklaratsioon (11, lk. 144—146) seab «valitsuste, rahvusvaheliste organisatsioonide ja kogu maailma üldsuse üheks põhiliseks sotsiaalseks ülesandeks saavutada 2000. aastaks kõikidele maailma rahvastele niisugune tervisetase, mis tagab sotsiaalselt ja majanduslikult produktiivse elulaadi». Kas niisugune ülesanne on teostatav maailmas, milles praegu veel 450 miljonit inimest kannatab alatoitluse ja enam kui miljard inimest joogivee nappuse ning elementaarsete sanitaartingimuste ja arstiabi puudumise all?

Mitmed ÜTO delegaadid, peamiselt kapitalismimaadest, kõnelevadki praegu vajadusest saavutada 2000. aastaks kas või «minimaalne tervisetase», mis oleks «vastuvõetav nendele, kes annavad meditsiinilist abi, ja nendele, kes seda saavad». Teised aga soovivad orienteeruda ülemaailmsetele «keskmistele tervisenäitajatele» (vt. 14, lk. 138).

Realistlik meditsiiniline optimism peab võimalikuks rohkemat. Ta tugineb tõsiasjale, et elu- ja töötingimuste paranemine, profülaktika- ja ravivõimaluste arenemine on mitmes riigis kaasa toonud keskmise eluea pikenemise. Tsaari-Venemaal oli see 32 aastat, paljudes tänapäeva arengumaades 35...40 aastat

(13, lk. 103, 108), NSV Liidus 1978. a. 70 aastat.

Muidugi on meditsiinilisel optimismil piirid. Kui eeldame, et «hea meditsiin» või progressiivne ühiskonnakorraldus kunagi kõiki haigusi vältida ja ravida suudab, siis eeldame, et põhimõtteliselt on võimalik haiguste põhjuste kaotamine: inimese täielik kohastamine keskkonnaga. Üksiku inimorganismi võimet bioloogiliseks ja sotsiaalseks adaptatsiooniks saab tõenäoliselt tehisuhtimisega asendada. Ühiskond, kelle elutingimuste hulgast on kaotatud konflikt keskkonnaga — arenemise, kahjuks ka haiguste allikas —, hukkub paratamatult.

Et mõista meditsiini progressi reaalseid tulevikuväljavaateid, analüüsigem ühiskondliku eluviisi mõju tervisele. Ühelt poolt tagab ühiskondlik tootmine inimese eksistentsi — ja seega ka tervise — üldse. Teiselt poolt on ühiskondlik eluviis ise spetsiifiline haigusi tekitav ja nende levimist soodustav tegur.

Juba antiikajal mõisteti empiiriliste kogemuste varal, et teatavad haigused levivad koos kaubanduse, sõdade ja valutustega, seega sõltuvad ühiskondliku kooselu vormidest. Kodanlik ühiskond hakkas järjest selgemini mõistma, et haigusi ei põhjusta niivõrd kooselu vormid ja suhtlemine, kuivõrd elutingimused. Aga alles K. Marx (1, lk. 232—243) ja F. Engels (2, lk. 335—348) tõestasid ühiskondliku klassiantagonismi (konkreetselt kapitalistliku sotsiaalmajandusliku süsteemi) hukutava mõju tervisele.

Tänapäeva teadus lubab üha enam mõista inimorganismisse toimivate sotsiaalsete tegurite konkreetset patogeneetilist toimet. Kõige üldisemal kujul võib seda klassifitseerida järgnevalt (18, lk. 94—97):

1. Sotsiaalsete tegurite (näiteks hüpo- või hüperdünaamia, toitumine, informatsioon, emotsionaalne pinge) vahetu mõju inimese bioloogiale.

2. Mõne loomult bioloogilise protsessi sotsiaalne vahendatus, näiteks psühhosomaatilise geneesiga seedetrakti-, maksa- ja ainevahetushaigused.

3. Päritolult ja olemuselt sotsiaalsete protsesside (näiteks alkoholismi ja narkomaaniate) bioloogiline sisu.

Alma-Ata konverentsil püstitatud eesmärgi teostamine — majanduslikult ja sotsiaalselt produktiivset elulaadi piiravate looduslike ning ühiskondlike tegurite neutraliseerimine ja nendest tingitud haiguste ennetamine ning ravimine — on reaalse meditsiinilise optimismi piirides. Tänapäeva ühiskond suudab tagada selleks vajalikud teaduslikud (mitte üksnes arstiteaduslikud!), organisatsioonilised ja sotsiaalpsühholoogilised vahendid. Tervisetaseme tõusu ulatus aga ei olene üksnes meditsiinist; eelkõige on see sotsiaal-majanduslik probleem.

Tänapäeval on täiesti selge, et mitte ükski, ka kõige arenenum maa maailmas, ei suuda efektiivselt lahendada oma elanikkonna tervise kaitse probleeme, kui ta ei tugine ülemaailmse meditsiini teooria ning praktika saavutustele. Meditsiini progressi eelduseks, aga ka kriteeriumiks on tervishoiuteenistuse globaliseerumine.

Rahvusvahelisel meditsiini- ja tervishoiualasel koostööl on vähemalt neli objektiivse paratamatuse poolt tingitud põhisuunda.

1. Võitlus epideemiatega ja parasitaarhaigustega ei ole mõeldav ainult ühe maa piirides, ilma globaalse informatsioonisüsteemi ja koordineeritud karantiiniteenistuse ning profülaktikaabinõudeta.

2. Südame ja veresoonekonna haiguste, vähktõve, geneetiliste defektide, troopikahaiguste ja mitmete teiste võitmine on liiga mahukas ülesanne ühe riigi jaoks. On vajalik meditsiinilis-bioloogiliste, sotsiaal-hügieeniliste ja organisatsiooniliste fundamentaal- ning rakendusuringute efektiivne vabatahtlik koordineerimine, teadusliku ja organisatsioonilis-statistilise informatsiooni vahetus.

3. Leninlikkudele tervishoiuprintsiipidele tuginevat riiklikku meditsiinisüsteemi sotsialismimaades iseloomustavad kooskõlastatus ning plaanipärane areng, profülaktiline suunitlus, kvalifitseeritud

ja tasuta arstiabi kättesaadavus kõikidele, meditsiini teooria ja praktika ühtsus. Kapitalismimaades vastandub sellele eraettevõttele, heategevate, haigekassadele ja kõrgematele õppeasutustele kuuluvate ravi- ning uurimisasutuste stiihiline võrk. Viimasel ajal on sellele mitmel maal, eriti Inglismaal ja Skandinaaviamaades, lisandunud ka riiklik või omavalitsuste tervishoiusektor. Arengumaadel tuleb otsustada, kummal printsiibil ehitada oma tervishoiusüsteem.

4. Tervis sõltub elukeskkonnast. Keemilised ja füüsilised kahjustavad toimed, mis levivad vee ning õhu kaudu, ei tunne riigipiire (vt. ka 7, lk. 373; 13, lk. 107). Neid ei tunne ka paljud loodusvarud, eelkõige hapnik. Kui inimkonna varajastes arengustaadiumides oli inimese toime loodusesse vähene ja see enast tunduval määral loomulikult teel taastootis, siis tänapäeval on «vaja loodust mitte üksnes kaitsta, vaid ka taastoota» (15, lk. 65). Tuleb nõustuda seisukohaga, mille järgi inimkonna «käsutuses on piisavalt vahendeid, vältimaks ökoloogilist katastroofi» (7, lk. 375), ja ka sellega, et keskkonna tervistamine on võimalik üksnes globaalses koostöös.

NSV Liit võtab aktiivselt osa ÜTO tegevusest, abistab arengumaid majanduslikult ning meetoodiliselt ja on sõlminud mitmeid kahepoolseid koostöökokkuleppeid tervishoiuküsimustes. Lisaks sotsialismimaadele on sellised kokkulepped ka mitmete kapitalismimaadega (Prantsusmaa, USA, Inglismaa, Soome, Itaalia jt.).

Tervishoiualane koostöö eri sotsiaal-majandusliku korraga riikide vahel ei ole tänapäeval üksnes professionaalse iseloomuga, vaid ühtlasi ka osa kahe maailmasüsteemi ideoloogilisest võitlusest. Ühelt poolt on rahvusvaheline meditsiinialane koostöö tähtis rahvusvahelise pinge lõdvendamise, rahu kindlustamise ja rahvaste parema üksteisemõistmise tegur. Teiselt poolt, samuti nagu on kujunenud «kapitalismi kriitika uus vorm — ideoloogilis-ökoloogiline kriitika» — (7, lk. 378), on kujunenud

ka kapitalistliku maailmasüsteemi meditsiiniline kriitika.

NSV Liidu tervishoiusaavutuste ja tervishoiusüsteemi rahvusvaheline autoriteet tõuseb. Kodanlik propaganda püüab kõikide vahenditega eitada siit tulenevat järeldust: meditsiini progressi eelduseks on ühiskonna sotsiaal-majanduslik ümberkujundamine. Sel eesmärgil püütakse takistada arengumaadel ka omaks võtmast NSV Liidu kogemusi riikliku tervishoiusüsteemi rajamisel.

Ühiskonna tervisetase on üks tähtsaimaid ühiskondliku progressi kriteeriume. Niihästi rahvusvahelisest koostööst kui ka maailmasüsteemide ideoloogilisest võitlusest tuleneb objektiivne vajadus ühtseks terminoloogiaks meditsiinilis-sotsiaalsete nähtuste kirjeldamisel, sealhulgas ka tervise ja haiguse kvalitatiivsete ning kvantitatiivsete kriteeriumide unifitseerimiseks.

D. Venediktovi arvates ei saa ühiskondlikku tervist määratleda «kõikide ühiskonnaliikmete tervisetasemete «aritmeetilise» summamana, vaid individuaalsete tervisetasemete kogumist tuleneva kvalitatiivselt uue integratiivse suurusena, mis iseloomustab ühelt poolt iga inimese võimalikkust maksimaalse tervise ja loova töövõime saavutamiseks maksimaalselt pika individuaalse elu vältel, teiselt poolt aga kogu ühiskonna kui sotsiaalse organismi eluvõimelisust ja võimet edasiseks kasvuks ning sotsiaal-majanduslikuks arenguks, kaitseks, loodusressursside ratsionaalseks kasutamiseks ja ökoloogilise... tasakaalu säilitamiseks» (14, lk. 137). Sama autor väidab, et tervise kui «dünaamilise optimumi» kvalitatiivseks ja kvantitatiivseks mõõtmiseks ei saa kasutada absoluutarve («terviseindekseid»), vaid «suhtelisi dünaamilisi näitajaid, mis iseloomustaksid individuaalse ja ühiskondliku tervise kõrvalekaldumise astet ja selle võimalikke piire «ideaalsest tasakaalust» ümbritseva loodusliku ja sotsiaalse keskkonnaga» (14, lk. 137—138).

Nõustume D. Venediktovi põhiseisukohtadega, kuid esitame nende täpsustamiseks mõned kaalutlused.

Ühiskonna elu- ja arenguvõimelisus ei sõltu üksnes ja niivõrd inimeste meditsiinilise tervise tasemest, kuivõrd valitsevate klasside tegevuse kooskõlast ühiskonna objektiivsete arenguseadustega. Meditsiiniliselt võime ühiskonda haigeks nimetada siis, kui selles konkreetseid haigusi põdevaid (ilma meditsiinilise abita hukkumisele või töövõime alanemisele määratud) inimesi on üle bioloogilistest ja sotsiaalsetest keskkonateguritest tingitud «dünaamilise optimumi». Sotsiaalselt haige aga ei ole nälgiv arengumaa, mis võitleb ühiskondliku progressi eest, vaid näiliselt heaoluine imperialistlik riik, mis seda progressi pidurdab.

Niihästi individuaalse kui ka ühiskondliku tervise mõõtmine on selle võrdlemine ühiskonna konkreetsete võimalustega tervise tagamiseks. Need võimalused sõltuvad looduslikkudest ja ühiskondlikkudest tingimustest: majanduslikust ning kultuurilisest arengutasemest, tervishoiusüsteemi iseloomust ning ulatusest, eelkõige aga riigi sotsiaal-majanduslikust korraldusest. Tervise kui üldinimliku õiguse (järelkult ka seda tagavate tingimuste) kriteerium aga peab ühtne olema kogu inimkonnale. Need ühtsed kriteeriumid (kui enese jaoks minimaalsed, teiste jaoks aga taotletavad optimaalsed) annab igal ajaloo perioodil see ühiskond, kes on saavutanud sotsiaalse progressi kõrgeima taseme. Meie ajal on selleks arenenud sotsialistlik ühiskond.

Alates sotsialistliku korra esimestest päevadest on NLKP teostanud järjekindlat ning järjekestvat poliitikat töötajate tervise tagamiseks. 1969. a. kinistati NSV Liidu Ülemnõukogus leninlikud tervishoiuprintsiibid «NSV Liidu ja liiduvabariikide tervishoiuseadusandluse alustena». «XXV kongress nimetas hoolitsust nõukogude inimeste tervise eest üheks kõige tähtsamaks sotsiaalseks ülesandeks. NLKP Keskkomitee ja valitsus võtsid 1977. aastal vastu laiaulatusliku määruse rahva tervishoiu edasiseks parandamiseks. Selle elluviimine annab juba tulemusi», konstatee-

ris L. Brežnev NLKP XXVI kongressi aruandekõnes (4, lk. 72—73). Kongressil heaks kiidetud NSV Liidu majandusliku ja sotsiaalse arengu põhisuundades on ette nähtud pidev hoolitsus tervishoiusüsteemi arendamise eest, kusjuures «kerkib esiplaanile meditsiinilise teenindamise kvaliteedi tõstmine...» (5, lk. 17). Toimub «tervishoiuasutuste võrgu edasine laiendamine, nende struktuuri täiustamine ja ratsionaalne paigutamine», suureneb tervishoiuasutuste varustatus (6, lk. 67).

Tervis ei olene ainuüksi meditsiiniteenistuse tasemest, vaid ka teistest ühiskonnaelu valdkondadest, eelkõige tootmissfäärist, mis kujundab elulaadi materiaalsed alused. Sotsiaal-majanduslik, vaimne ja meditsiinilis-sanitaarne progress on omavahel seotud. «Üheteistkümnenda viisaastaku peaülesanne», milles kehabst «riigi sotsiaalse ja majandusliku arengu kursi järjepidevus», «on tagada nõukogude inimeste heaolu edasine kasv» (4, lk. 46, 6, lk. 17).

Inimeste elu ja tervise säilitamise ja ühiskondliku progressi peatingimus meie planeedil on rahu. Tervishoiutase tõstmiseks vajalikud kulutused maailmas on ühismöödulised kulutustega võidurelvastumiseks. NSV Liit on korduvalt tõstatanud küsimuse desarmeerimisprogrammide vastuvõtmise korral vabanevate summade üleandmise kohta tervishoiu vajadusteks, sealhulgas ka 1975. a. toimunud Helsingi rahvusvahelise julgeoleku ja koostöö nõupidamisel.

Tervituses Alma-Ata konverentsi osavõtjatele kirjutas L. Brežnev: «Hoolitsus inimeste tervise parandamise eest on lahutamatu seotud tänapäeva peamise probleemi lahendamise — rahu säilitamise ja kindlustamisega, rahvusvahelise pingelõdvenduse edasise süvendamisega, tuumasõja ohu likvideerimisega, progressi saavutamise desarmeerimise valdkonnas. Koos teiste maadega astub Nõukogude Liit järjekindlalt ja kõrvalekaldumatult välja nende kõrgete eesmärkide realiseerimise eest» (3, lk. 456).

Ülevaated

UDK 613.816:614.253.82(047)

NAISTE ALKOHOLISMI PSÜHHOLOOGILISI JA BIOLOOGILISI ERINEVUSI

HANS VÄRE - JÄMEJALA

agressiivsus, alkoholism, androgeenid, depressioon, pärilikkus, teratogeensus

Alkoholismi levik naiste hulgas üha laieneb. Pahaloomulisest kulust tingituna avaldab naiste alkoholism halba mõju perekonnale ja järglastele. Naiste alkoholismi kulul on mitmeid erinevusi, mis tinglikult võiks jaotada psühholoogilisteks ja bioloogilisteks.

Psühholoogilised erinevused. Indiviidi käitumist suunavad välised impulsid, indiviidi enese soovid ja kihud, mis pärast selekteerimist ning analüüsi nende realiseerimisel summeeruvad käitumisenähtuseks. Sageli on alkohoolikute iseloomu ühe põhijoonena nimetatud tahtejõuetust, sest nad ei suuda alkoholist loobuda. Patoloogiline alkoholitung ületab alkohoolikute tahtejõu tugevuse. Järelikult on tahtejõuetus loobuda alkoholist sekundaarne nähtus. Seni ei ole veenvaid andmeid tungi tugevuse erinevuse kohta meestel ja naistel, kuid alkoholi süstemaatilisel kasutamisel kujuneb viimastel alkoholitung juba lühema ajavahemiku jooksul.

Patoloogilist alkoholitungi tuleb pidada kihi avaldusvormiks, mis teatud alkoholismistaadiumis on suuteline kõrvale tõrjuma nii omandatud käitumismorme kui ka primaarseid kihusid, nagu nälg, seksuaalinstinkt jne. Juues kaob alkohoolikul nälgjatunne (nn. alkohol-

KIRJANDUS: 1. Marx, K. Kapital. Poliitilise ökonomia kriitika. Esimene köide. Tln., 1953. — 2. Engels, F. Teoses: K. Marx ja F. Engels. Valitud teosed kahes köites. II köide. Tallinn, 1960, 335—348. — 3. Брежнев, Л. Ленинским курсом. Речи, приветствия, статьи, воспоминания, т. 7. Москва, 1979, 458. — 4. Brežnev, L. NLKP Keskkomitee aruanne Nõukogude Liidu Kommunistliku partei XXVI kongressile ning partei järjekordsed ülesanded sise- ja välispoliitika valdkonnas. Tln., 1981. — 5. Tihhonov, N. NSV Liidu majandusliku ja sotsiaalse arengu põhisuunad aastaks 1981—1985 ning ajavahemikuks kuni 1990. aastani. Tln., 1981. — 6. NSV Liidu majandusliku ja sotsiaalse arengu põhisuunad aastaks 1981—1985 ning ajavahemikuks kuni 1990. aastani. Tln., 1981. — 7. Kährik, L. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 5, 372—378. — 8. Rostow, W. W. The stages of economic growth. A non-communist manifesto. Cambridge, 1960. — 9. Scheler, M. Vom Umsturz der Werte. Bd. I. Leipzig, 1919. — 10. Spengler, O. Der Untergang des Abendlandes. Bd. II. München, 1922. — 11. Алма-Атинская Декларация. Хроника ВОЗ, т. 33, 3. Женева, 1979, 144—146. — 12. БСЭ, 3-е изд., т. 8, 127. — 13. Венедиктов Д. Д., Чернух А. М., Лисицын Ю. П., Кричагин В. И. Вopr. философии, 7, 1979, 102—113. — 14. Венедиктов Д. Д. Вopr. философии, 4, 1980, 126—141. — 15. Нагельман О. В сб.: Стимулы рационального природопользования в условиях развитого социализма. Тезисы докладов республиканской научной конференции. Таллин, 1979, 64—67. — 16. Основные документы. Всемирная организация здравоохранения ВОЗ, 28-е изд. Женева, 1978, 5. — 17. Попов С. И. Вopr. философии, 9, 1980, 64—72. — 18. Царегородцев Г. И., Ерохин В. И. Вopr. философии, 9, 1978, 92—102.

Üleliidulise Ühingu «Teadus»
Tallinna Linna Organisatsioon

Lastehaiglaõde riietusel on ilmne osatähtsus väikeste ja haigestunud hoolealuste usalduse võitmisel. Selles on veendunud Inglismaal Charing Cross Hospital'i lastehaiglas töötavad õed. Juba kaks aastat on nad oma tavalise vormiriietuse peal kannud väikest kitlit, millele on vabalt visandatud lõbusate motiividega joonistused ja pildid. Kogemused on kinnitanud niisuguse teguviisi õigsust. Neid pilte nähes lapsed rahunevad ja nende tuju muutub rõõmsaks. Kui algul kanti sellist lisarõivast vaid lapse haiglasse vastuvõtmisel, siis nüüd lapsevanemate ja laste endi soovil kogu tööajal. Sel moel on soovitatud toimida kõikides füsioteraapiaosakondades. Meeleolu muutus ja kiire ning soodne reageering on omane eriti koolieelikutest haigetele.

Die Heilberufe, 1981, 5.

anoreksia) ja huvi vastassugupoole vastu.

Pavlovi koolkonna töödest (18) on teada, et eksperimentaalse neuroosi esilekutsumine katseloomal instinkti (toidureflekse) konflikti tasemel soodustab alkoholi kasutamist. See on kinnitust leidnud mitmes eksperimendis (12). Need lubavad alkoholismis näha üht neuroosivormi, mille sümptoomide kupeerimiseks haiged kasutavad alkoholi, kusjuures teatud aja pärast muutuvad nad alkoholist sõltuvaiks. Alkohol muutub neile reaalsusest põgenemise ja konflikti leevendamise vahendiks.

Mõned autorid näevad alkoholismis rahuldamatat seksuaalinstinkti, teised leiavad selles homoseksualismi ilmingu (5). Alkoholjoovet tõlgendatakse kui «unistuslikku autoerootilist eksaltatsiooni». Petersi printsibist lähtudes on alkoholism üks ebakompetentsuse meditsiinilisi kaasnähte, mis on nõutava võimekuse ja puuduva suutlikkuse konflikti tagajärg. Järelikult võib isiksusesisese konflikti aluseks olla eesmärkide ja sihtide saavutamatus või kadumine nii ühiskondlikul kui ka isiklikul emotsionaalsel tasandil. Viimasel tekkivad konfliktid omavad alkoholismi soodustavate teguritena suuremat tähtsust naistel.

Eesmärgi puudumine või selle saavutamatus tunnetamine võib esile kutsuda kaks emotsionaalset reaktsiooni: vaenulikkust teiste vastu (agressiooni) või depressiooni (autoagressiooni). Hävitav viha ähvardab indiviidi ja ta suudab anda löögi ainult ennast hävitaval (harvem mõrvarlikul) viisil (5). Meesalkohoolikutele on iseloomulik agressiivne hoiak ühiskonna, eriti omaste suhtes. Naisalkohoolikutel täheldatakse sagedamini depressiooni.

Alkoholismi tagajärjel toimub alkohooliku iseloomujoonte patoloogiline teravnemine: mõned iseloomujooned kustuvad, juurde tulevad aga varem mittetäheldatud. Naistel on isiksuse muutumise pildis ülekaalus (üle 50%-l juhtudest) hüsteerilised sümptoomid, nagu liialdused käitumises, välimuses, egotsentrilisus. Enese ülehindamisega

kaasneb kaaskodanike halvustamine, tõstmaks enese tähtsust. Naisalkohoolikud valetavad veelgi järjekindlamalt kui meesalkohoolikud. Selle vahel, kui võrd nad on teadlikud oma valet või kui võrd nad oma valet sellel momendil usuvad, ei ole võimalik vahet teha (3). Isiksuse muutusena täheldatakse naistel veel düstüümset tüüpi, millele on iseloomulik kas erakordne emotsionaalne labiilsus, kapriisus või muud afektiivsed reaktsioonid, eriti depressioon.

Erinevusi leidub alkohoolikutel inimestevahelistes suhetes. Alkohoolikuid iseloomustab «tungiv vajadus ja võimekus ettekäändeks» (3). Joomise põhjuste ettekäändeks võivad olla palavus või külm, liikumine või paigalseisumine, ebameeldivus või preemia töö juures. «Märkimisväärne on, et nii akadeemiliselt haritud kui ka kirjaoskamata alkohoolik neid põhjusi samade sõnadega väljendavad ning võrdses usus nendest kinni hoiavad» (3). Alkohoolikutel on otsuste tegemine häiritud, puudub tahe eristada soovi täitumisest ja tegevvõimekusest. Alkohoolik ei mäleta hiljuti toimunud sündmusi. Sageli kaasnevad joobega mälulüngad. Seepärast on alkohoolikud sunnitud valetama. Samal ajal ergutab eufooriline elevus nendel ideede assotsiatsioonide ja fantaasiat. Sellest tuleneb ettekäändete ja eneseõigustuste rohkus ning valede fantaasiarikkus, mis kaines ümbruses kõlapinda ei leia. Ilma kriitikata ja etteheideteta võetakse neid vastastikku kuulda vaid pudelikaaslaste seas. Selles etapis ilmuvad halvad sõbrad ja hüljatakse endised. Enamasti ei ole halbade sõprade mõju alkoholismi tekke põhjus, vaid alkoholismi tagajärg. Alkohoolik võtab sisse kaitsepositsiooni kõigi nende vastu, kes temaga kaasa ei joo, ning tema psühholoogias tekib tõrjuv ja vaenulik hoiak kaine ümbruse vastu. Vastandina meesalkohoolikutele on naisalkohoolikud kinnised isikute suhtes, kes nende alkoholismiga kokku puutuvad (3). Sellest johtub naisalkohoolikute eripära kuritarvitada alkoholi üksinduses või kitsas, suletud ringis.

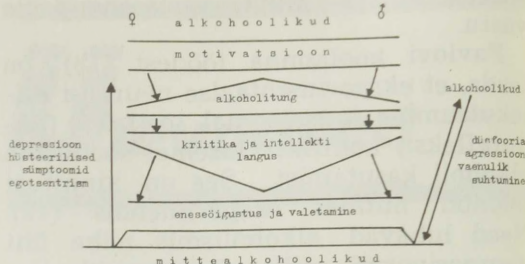
Eelnimetatud psühholoogilistest im-

pulssidest ja barjääridest lähtudes tõmbub naisalkohoolik ühiskonnast eemale, muutub kas egotsentriliseks ja hüsteeriliseks alkohoolikuks või jõuab endasse sulgunult depressiooni. Meesalkohoolik aga võtab vaenuliku, agressiivse hoiaku omaste ja ühiskonna vastu, kuid pöördub kaasalkohoolikute üha arvukamasse seltskonda (vt. skeem). Need suhtumised ja barjäärid on ka arsti ning alkohooliku vahel ning nõuavad alkohooliku psühhoterapeutilist mõjutamist.

Bioloogilised erinevused. Kortikaalsete funktsioonide hindamine meie poolt kasutatud psühhomeetriliste testide abil tervetel näitas, et naissoo tunnusega oli negatiivses korrelatsioonis korrekturesti aeg ($-0,41$) ning alkoholjoobes ($1...2$ t.) positiivses seoses õppimiskatsu valede vastuste arv e. konfabulatsiooniindeks ($+0,35$). Huvitav on see, et kontrollrühma kuulujatel konfabulatsiooniindeks e. valede vastuste arv oluliselt suureneb alkoholjoobes. Meesalkohoolikutel mainitud näitaja ei muutunud kroonilise ega ka ägeda alkoholimürgituse mõjul.

Alkohoolikute kortikaalsete funktsioonide hindamisel V. Sergejev leidis (21), et tervetel kohe pärast diferentseerivat signaali ($1...2$ sekundit) antud positiivse signaali motoorse reaktsiooni aeg oluliselt pikeneb, see on järelpidurduse fenomen. Meeste ja naiste vahelisi erinevusi ei täheldatud. Alkohoolikutel aga, vastupidi, motoorse refleksi aeg oluliselt lüheneb. Järelikult ei teki alkohoolikutel diferentseeringule järelpidurdust, vaid tekib koguni positiivne induktsioon. Võib arvata, et nimetatud kliiniliseks ilminguks on alkohoolikutele omane kõrgeenenud ärritatus ja pidurdamatus. Nagu alkohoolikutelgi, esines analoogiline induktsiooni nähtus ka depressiooni ja neuroosi all kannatajail.

Emotsionaalse sfääri häired, sealhulgas depressioon, on naisalkohoolikutel juhtival kohal. V. Anutšin leidis 320 naispatsiendist emotsionaalse sfääri häireid $72\% - 1$ (17). Neil prevaleerisid mitmesugused depressioonivormid asteeniliste hüpohondriliste ja düsfooriliste sündroomidega. Depressiooni täheldati



Skeem. Nais- ja meesalkohooliku motivatsiooni moondumine ning nende suhted ümbritseva ja enesega.

mitte ainult abstinentsisündroomi ajal, vaid ka remissioonistaadiumis. Nimetatud autor peab naisalkohoolikutel depressiooni tihedalt seotuks patoloogilise alkoholitungiga, kuna meestel esinevad sundnähud ja ülekaalukad ideed, s.o. teadvuses domineerivaks kujunenud probleem (psüühiline sõltuvus alkoholist), mis tõrjub tagaplaanile reaalsete asjaolude mõttelise analüüsi.

Depressiooni bioloogiline substraat ja mehhanismid on uurimisobjektiks olnud aastakümneid. J. J. Schildkrauti (11) esitatud katehhoolamiini hüpotees on kaasa aidanud nii katehhoolamiini retseptorite kui ka antidepressantide toimemehhanismide tundmaõppimisele. Hüpotees lähtus faktist, et esimene efektiivne antidepressant oli monoamiini oksüdaasiinhibiitor, mis, takistades monoamiinide (noradrenaliini, adrenaliini, dofamiini, serotoniini) lammutamist, kutsus esile nende sisalduse suurenemise närvilõpmetes. Selle alusel arvati, et oma olemuselt on depressioon katehhoolamiinide (peamiselt noradrenaliini) vaegus kesknärvisüsteemi struktuurides.

L. Allikmets jõudis (14) eksperimentaaluuringu põhjal järeldusele, et antidepressantide toime on seotud negatiivsete emotsioonide blokaadiga mandeltuma ja tema hüpotalaamiliste seoste tasemel ning põhineb nii tsentraalsel serotoninomimeetilisel kui ka M-kolinolüütilisel efektil.

Ka oma katsetulemuste alusel leidsime suurt samasust alkoholjoobe (eufoo-

ria) ja M-kolinolüütilise efekti vahel. Et antidepressandid kutsuvad esile nii serotoninergilise aktiivsuse tõusu kui ka kolinergilise aktiivsuse languse, siis näib depressiooni puhul olevat langenud mitte ainult serotoninergiliste süsteemide aktiivsus, vaid tõusnud on kolinergilise süsteemi aktiivsus. Viimase aja depressiooni olemuse hüpoteesid lähtuvadki mitte ainult ühe neuromediatoorse süsteemi funktsioonist, vaid mitme süsteemi tasakaalu häiretest.

Soost sõltuva ajustruktuuride diferentsitud arengu uurimisel on kindlaks tehtud, et emasloomadel arenevad ülekaalukaks serotoninergilised süsteemid (7). Uurimistulemuste alusel leiti, et kroonilise alkoholimürgituse korral suurenevad dofamiini süntees ja katabolism (16). L. Allikmetsa andmeil on dofamin- ja serotoninergilistel süsteemidel antagonistlik toime emotsionaalsesse käitumisesse, mille on esile kutsunud kolinergilised ained (2). Alkoholiga toidetud rottidel on täheldatud valgus- ja serotoniinisalduse vähenemist ajus (10).

Andmete alusel võib arvata, et soolistest tegurist sõltuvalt erinevad neuromediatoorsete süsteemide aktiivsus ja nende tasakaaluseisund, mis võib olla nii erinevate psüühika- kui ka afektiivsete häirete põhjuseks naisalkohoolikutel.

Uue perspektiivse suuna neuromediatoorsete protsesside uurimisele andis hüpotalaamiliste *releasing*-faktorite eraldamine ning nende toimeefekti määramine. Nimetatud ained — küberniinid — reguleerivad endokriinsete näärmete talitlust ning toimivad psüühilistesse funktsioonidesse.

Suurimaks erinevuseks meeste ja naiste vahel on erisugune suguhormoonide süsteem ning sellest tulenevad bioloogilised ülesanded. Hormonaalsete parameetrite määramise alusel on arvatud, et prolaktiin koos suguhormoonidega võib osaleda nii depressiooni kui ka düsfooria sümptomide kujunemises: kõrge prolaktiini nivoo koos madala estrogeenide nivooga võib esile kutsuda nii depressiooni kui ka düsfooria (4).

Teatavasti on düsfoorilise (nukra, öela, raevuka) meeleolu tekkimine sageli joomasööstu vallandaja. Katsed rottidega aga on näidanud, et eksperimentaalne prolaktineemia, mis on esile kutsutud sulpiriidiga, inhibeerib testosterooni poolt stimuleeritud alkoholitungi (15). Androgeenide osa alkoholismi patogeneesis ning testosterooni toime alkohoolikutel on avaldatud meie varajasemates töödes (13, 20). Eespool mainitud töö (15) toetab meie poolt esitatud hüpoteesi androgeenide osast alkoholismi patogeneesis. Eelnevale on täienduseks E. Karu analüüs (19) spermatogeneesi muutustest alkohoolikutel, mis näitab spermatoosidide liikuvuse häirete (hüpokinospermia) arenemist isikutele, kes on hakanud alkoholi kasutama enne seksuaalfunktsiooni väljaarenemist.

Naisel on järglaste sünnitamisel nii bioloogiline kui ka sotsiaalne funktsioon. Andmeid alkoholi kahjuliku toime kohta järglastesse (teratogeensus) leiame juba antiikajast. Aristoteles on kirjutanud: «Rumalad, joobnud ja mõtlematud naised toovad ilmale enesesarnaseid pahuraid, jõuetuid ning tuimi lapsi.» Darwini arvates sureb joomari perekond välja nelja generatsiooni jooksul, kusjuures F. Morel (9) loetleb II generatsiooni häireteks joomatõbe, maniaalseid hooge, üldist paralüüsi; III generatsioonis hüpohondriat, melanhooliat, mõrvakihu; IV generatsioonis nõrgamõistuslikkust ja perekonna kustumist. Kõik need üldistused on empiirilised, põhinedes vaid sugupuude jälgimise üksikjuhtudel. Nüüdisaja teadus aga nõuab rohkem uurimismaterjali ja selle eksperimentaalset ning statistilist tõestust.

P. Lemoire kaasautoritega (8) kirjeldas 127 naisalkohoolikute last, kellel nad täheldasid kasvupeetust ning üheaolisi muutusi näojoontes ja psühhomotoorses talitluses. Samad autorid väidavad, et naisuguste häirete laadi järgi on võimalik diagnoosida ema alkoholismi. Eespool nimetatud autoritest sõltumatult kirjeldavad K. I. Jones ja D. W. Smith (6) üheksal alkohooliku lapsel samasuguseid häireid, nimetades seda

sümptoomide kogumit föötuse e. loote alkoholisündroomiks.

Põhiliste loote alkoholisündroomi tunnuste hulka kuuluvad vähene või mõõdukas vaimse arengu peetus ja käitumise muutumine (väikelapsena kõrge-
nenud ärritatavus, lapseas hüperaktiivsus). Näojoontele on iseloomulik palpebraalpilu lühenemine, lühike nina, madal ninasadul, kujunemata lame *philtrum*, kitsas ülahuul, väike lõug, hüpoplastiline ülalõug lameda näoga, *retro-* ja *micrognathia*. Sageli esinevad *microcephalia*, halb koordineatsioon ja lihaste hüpotoonia. Loote alkoholisündroomi puhul kaasneb kehaliste hälvete rohkenemisega ka intellektuaalsete võimete nõrgenemine. Vaimse arengu peetuse tekke arvestatav risk on väiksem nendel alkohoolikust emade lastel, kellel välised loote alkoholisündroomi tunnused puuduvad. Kirjanduses (10) täheldati 23 alkohoolikust ema sünnituse kohta 6 juhul loote alkoholisündroomi. Arvatakse, et USA-s sünnib 750 sünni kohta üks loote alkoholisündroomiga laps. Detailsemal jälgimisel leiti, et naisjoomarite imikutel esinevad hüper-sensitiivsus heli suhtes, keha treemor, pea vale orientatsioon (s.o. vasakule), silmade lahtiolekuaja pikenemine, keha tahtelise aktiivsuse langus.

Eespool kirjeldatud sümptoomide kogum imikutel on ligilähedane alkohol-abstinentsisündroomile. Narkomaanide sünnitatud lastel on kirjeldatud abstinentsisündroomi arenemist, mis on kupeeritav narkootikumi manustamisega. Et alkohol, sarnaselt ainetega, mille molekulkaal on 600...1000 piires, ületab platsentaarbarjääri vabalt, siis on alkoholi (*resp.* narkootikumi) kontsentratsioon lootes niisama kõrge kui emal. Seetõttu on ema kroonilise intoksikatsiooni ootuspäraseks tagajärjeks abstinentsisündroomi kujunemine vastsündinul.

Loomkatsete tulemused loote alkoholisündroomi esilekutsumisel on olnud vasturääkivad, mis on põhjustatud erisugustest alkoholi manustamise viisidest ja doosist. E. L. Abel (1) ei leidnud alkoholi manustamise puhul (etanooli

1,0...2,0 g/kg kohta) katseloomade järglastel häireid õppimisvõimes, võrreldes kontrollrühmaga. Kuigi seos loote alkoholisündroomi ja ema alkoholismi vahel on ilmne, ei ole selge, millist koosmõju nimetatud sündroomi kujunemisele avaldavad vanemate joomise viis, ravimid (ka nikotiin) ja toit, geneetilis-
sed ja muud riskitegurid.

KIRJANDUS: 1. Abel, E. L. Psychopharmacology, 1978, 57, 5—11. — 2. Allikmets, L. H. Med. Biol., 1974, 92, 19. — 3. Bleuler, E. Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Berlin, 1920. — 4. Carroll, B. J., Steiner, M. Psychoneuroendocrinology, 1978, 3, 171—180. — 5. Chafetz, M. E. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore, 1967. — 6. Jones, K. I., Smith, D. W. Lancet, 1973, 11, 999. — 7. Ladovsky, W., Gaziri L. C. Neuroendocrinology, 1970, 6, 168—174. — 8. Lemoire, P., Harrousseau, H., Borteyru, P., Menuet, J. Quest. Med., 1968, 25, 477. — 9. Morel, F. Cit. Kraff-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl. Stuttgart, 1908. — 10. Pytkowicz-Streissguth, A., Landesmann-Dwyer, S., Martin, J. C., Smith, D. W. Science, 1980, 209, 353—361. — 11. Schildkraut, J. J. Am. J. Psychiatr., 1965, 112, 5, 509—522. — 12. Sinclair, J. D. International Conference Animal Models in Alcohol Research. Helsinki, 1979. — 13. Väre, H. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 2, 134—138.

14. Алликметс Л. Нейрофизиологический анализ действия психотропных веществ на лимбические и сопряженные с ними структуры головного мозга. Автореф дисс. доктора мед. наук. Вильнюс. 1970. — 15. Андропова Л. М., Барков Н. К., Кудрявцев Р. В., Лакоза Г. Н., Ушакова М. М. В сб.: 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. М., 1981, 1, 197—199. — 16. Анохина И. П., Морозов Г. В. В сб.: 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. М., 1981, 1, 113. — 17. Анучин В. В. В сб.: 7-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. М., 1981, 1, 199—201. — 18. Болотова З. Н. В сб.: Проблемы патологии высшей нервной деятельности. Тезисы докладов конференции. Киев, 1965, 22—23. — 19. Кару Э. Ю. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1980, 1, 131—132. — 20. Саарма Ю. М., Варе Х. Я., Лаане Х. Я. Ж. им. С. С. Корсакова (Москва), 1975, 2, 250—256. — 21. Сергеев В. Н. В сб.: Труды по медицине XXXIV. Тарту, 1977, 101—109.

Jämejala Vabariiklik Psühhoneuroloogiahaigla

UDK 616.33-002.44-072.1-006.6(047)

MAOHAAVANDI PAHALOOMUSTUMINE

VELLO SALUPERE · TARTU

maohaavand, malignisatsioon, gastroskopia, gastrobiopsia, tsütoloogiline uuring, maovähk

Maohaavandi pahaloomustumisega seoses võib kirjanduses leida kolmesuguseid seisukohti. Ühtede autorite arvates on krooniline maohaavand ilmneprekantseroos, mille puhul haavandi persisteerimises kätkeb sage ja aastastalt suurenev oht muutuda vähiks. Teise seisukoha järgi ei ole vähi teke healoomulise haavandi servades väga sage, kuid ometi arvestatav ja raske tüstus. Varajase maovähiga seotud viimase aastakümne uurimused on aga alust andnud kolmandale arvamusele, et nii väliselt kui ka kulult healoomulise haavandi servadest leitav vähkkude võis seal olla juba mao seinale haavandumise momendist peale. See esmaselt haavanduv maovähk võib nagu healoomuline haavandki vahepeal isegi armistuda, kusjuures maovähi klassikalise nn. invasiivse vormi tekkimiseks kulub mõnikord aastaid.

Üks ajendeid, miks veel paljud peavad maohaavandit sagedaseks prekantseroosiks, on see, et mitmed juhtivad klinitsistid (8) ja patoloogid (5) arvavad maohaavandi vähieelsete seisundite hulka kuuluvaks, olulisi reservatsioone sealjuures lisamata.

Teiseks, haavandi sagedase pahaloomustumise kontseptsioon pärineb ajajärgust, mil veel ei käibinud varajase maovähi mõistet ja kui arvati, et iga vähkkoe leid healoomulisena näiva haavandi servadest tähistab ilmtingimata viimase pahaloomustumist. Pealegi ei olnud niisuguste haavandite operatsioonielne uurimise metoodika tol ajal fiiberendoskoopide puudumise tõttu nõutaval tasemel. Näitena võib tuua K. Oota (25) andmed, et Jaapanis eelneb krooniline maohaavand maovähile 35% -l juhtudest, või M. J. Stewarti (20) seisukoha, et 10% maohaavanditest

läheb üle maovähiks. Maohaavandi sagedat pahaloomustumist on tihti kirjeldanud ka autorid, kes tegelevad spetsiifilise haigete kontingendiga, näiteks onkoloogiaasutuste süsteemis. V. Rätsep (13, 26) leidis, et 208 uuritud ja hiljem opereeritud haavandihaikest oli maohaavand pahaloomustunud 42-l (20,2%). Kriitiliselt tuleb suhtuda eriti nende autorite andmetesse (12), mille järgi juba vaatluse ajal võis diagnoosida haavandunud maovähki.

Eriti arvukad on kirjanduse andmed, mille järgi maohaavand pahaloomustub 1...5% -l juhtudest (6, 11, 17, 27). Et mainitud autorid on kõik patoloogid, baseeruvad nende tulemused operatsioonipreparaatide ja lahangumaterjali histoloogilisel uurimisel. Klinitsistide seisukohad on sageli ebamäärasemad, sest kuni viimaste aastakümneteni ei olnud õieti objektiivset meetodit, mis haigel elupuhuselt ja enne operatsiooni oleks malignisatsiooniprobleemi võimaldanud usutavate andmete varal lahendada. Seepärast võib, näiteks, pahatihti leida seisukohti, millel motiveeritud andmeline alus puudub. T. Massevitš (24) kinnitab, et vaid väike protsent maohaavanditest läheb üle vähiks. J. Fišzon-Röss ja E. Röss (29) on oma monograafias välja öelnud järgmist: «... vaevalt et malignisatsioonile kaldub üle 10% haavanditest».

Haavandi pahaloomustumist käsitlevatest töödest tuleb eriti esile tõsta nn. prospektiivseid kliinilisi uurimusi, milles histoloogiliselt tõestatud healoomulisi maohaavandeid on jälgitud pikema ajavahemiku jooksul. Näib, et just seda laadi uurimused võivad haavandi maligniseerimise probleemisse kõige rohkem valgust heita ning nende väärtus on väljaspool kahtlust. Mõistetavalt said niisugused tööd võimalikuks alles pärast fiiberendoskoopide kasutuselevõtmist, sest nüüd osutus võimalikuks haigete magusid korduvalt vaadelda ja fotografeerida, koetükke võtta ja tsütoloogilist uurimismaterjali saada.

Ühes oma varajasemas töös leidsid K. Kawai, Y. Akasaka ja Y. Kohli (9), et kuus kuud pärast jälgimise alustamist

oli 408 mao haavandtõbe põdejast tekkinud neljal vähk haavandi kohal, kolmel aga haavandi asukohast eemal. Hiljem diagnoosis K. Kawai kaasautoritega (10), kes ühe aasta jooksul oli jälginud 627 mao haavandtõbe põdevat haiget, maovähki 1,8% -l juhtudest.

K. Kawai arvab, et *«...it must be concluded that these cancers deriving from gastric ulcer or scar and detected during follow-up had already been cancerous at the time the lesions were originally detected»*.^{*} Veelgi silmapaistvamad on selles osas F. M. Changi, T. Saito ja S. Ashizawa (4) tulemused. Nad leidsid, et 7 kuud kuni 11 aastat hiljem tekkis maovähk seitsmel haavandihaiigel 481-st, kõigil juhtudel mitte haavandist, vaid haavandist eemal, vaatlemisel seni normaalsena näivast limaskestast. Muidugi võis see silma järgi normaalseks hinnatud limaskest tegelikult olla atroofiline, et just sellel foonil, nagu arvab O. A. A. Bock, saaks arene-ma hakata vähk (2).

J. A. Singer ja G. R. Mason (18), kes 20 kuu jooksul olid jälginud 144 mao haavandtõbe põdejat, tegid kindlaks, et vaid kahel oli kuue kuu jooksul tekkinud maovähk. H. H. Mansurov ja T. Kan (23) diagnoosisid 69 haavandihaiigest viie aasta jooksul maovähi ühel (1,4%). See nn. maligniseerumisprotsent on õige lähedane K. Kawai, samuti teiste Jaapani autorite omale (1,0...1,4%), keda W. Rösch (14) oma toimetuseartiklis mainib. Mis viimati toodud töödese puutub, siis on kõrvuti haigete suure arvuga ka nende jälgimise aeg piisavalt pikk, 12...15 aastat.

Lisame siia ka mõningad omapoolsed andmed. Ajavahemikul 1973...1975 uurisime põhjalikult endoskoopiliselt ja histoloogiliselt 113 mao haavandtõbe põdejat. Endoskoobiti ja haavandi servadest võeti proovitükke enne ravi ja kaks kuud hiljem. Kõigil olid vaatlusel nii enne ravi kui ka hiljem tüüpilised

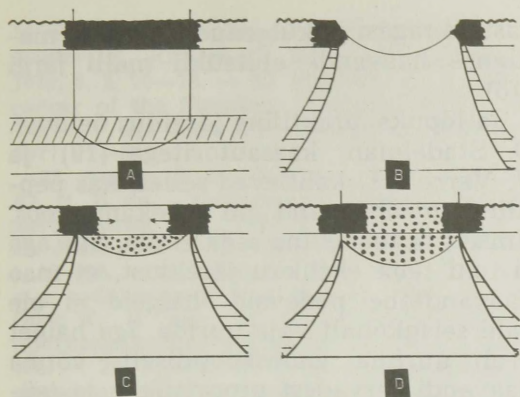
beniignsed haavandid. Neist kolmel haiigel osutus haavand biopsia põhjal kohe maliignseks, kusjuures muid kliinilisi tunnuseid ei olnud, mis oleksid osutanud pahaloomulisusele.

Neid haigeid kontrollisime uuesti 1978. ja 1980. aastal. 1978. aastal tuli kõigist kutsutuist endoskoopilisele kontrollile 75 haiget. Neist konstateeriti haavandi servast võetud proovitükkide põhjal vähki vaid ühel haiigel, muid malignisatsiooni tähiseid ei olnud. 1980. aastal vastas põhjalikule ankeedile 58 haiget. Kuigi meil ei õnnestunud korduvalt uurida kõiki haavandihaigeid, võib eespool toodud nelja vähijuhu kõrval ometi märkida, et selle aja jooksul oli surnud neli ja opereeritud 10 haiget. Kaks haavandihaiget surid kopsuvähki, üks suri äkki kodus. Ühe 82-aastase patsiendi surma põhjus jäi teadmata. Vaid kahel haiigel oli haavandit opereeritud verejooksu tõttu, ülejäänud 8 haiget oli operatsioonile saatnud mõni teine arst või olid nad läinud omal algatusel, ilma et haavandi tüsistusi oleks tekkinud.

Seega maohaavandi korral, mis esimesel uuringul osutub kliiniliselt igapidi healoomuliseks, võidakse kas kohe või hiljem leida maovähk 1,0...1,8% -l juhtudest. See ei ole nii sage (1...2 haiget 100 haavandtõbe põdeja kohta), et olla väga kaalukaks meditsiiniprobleemiks. Eriti viimasel ajal on aktuaalseks muutunud küsimus, mida enne fiiberendoskoopide kasutuselevõttu üldse ei arutatud, kas haavand maligniseerub või on pahaloomuliste haavandite korral tegemist juba tekkemomendist — *in statu nascendi* — pahaloomulise protsessiga, mis kliiniliselt ja anatoomiliselt käitub mõnes mõttes nagu healoomuline haavand.

Varajasematel aastatel peeti haavandi maligniseerumist aksioomiks ja mingit tõestamist selle õigsus näis mitte vajavat. Nüüdiskirjanduses aga on piisavalt andmeid, et maovähk võib mao-mahla peptilisele toimele alluda ja haavandiraviga osaliselt või täielikult armistuda (1, 10, 15, 16, 18, 22). Rõhutame seda tõika eriti, sest armkude maliignse

^{*} «...peab järeldama, et maohaavand või armistumine, millest arenes välja vähk haige jälgimise perioodil, oli kantseroosne juba nende kahjustuste esmase avastamise ajal...».



Joonis. Varajase haavanduva maovähi elutsükkel. Selgitusi skeemide A, B, C ja D kohta vt. tekstist.

haavandi baasil, eriti lihaskihi osaline asendumine fibrooskoega, on seni olnud üks neid argumente, mille põhjal haavandunud maovähki on peetud kroonilisest haavandist lähtunuks (28).

Seega on pahaloolumulise haavandi elutsüklis (15, 16) palju sarnasust healoomulise peptilise haavandi omaga. Muidugi kehtib see vaid varajase haavanduva maovähi kohta ning seisneb lühidalt järgmises (vt. joonis).

Elutsükel algab varajase mitteinvasiivse vähi tekkimise ja piirdumisega ainult limaskestas. See pindmine vähi ala osutub maomahla peptilisele toimele vähem vastupidavaks ning haavandub (A). Peptilise toime eelduseks on säilinud maosekretsioon, sest suurem osa mao limaskestast on suhteliselt intaktne ja sekretsioonivõimeline. Nüüd on tekkinud nn. maligne haavand, milles peptilise haavandi tunnuste kõrval leidub haavandi servades vähkkude (B). Viimane ei ole haavandi servadest tekkinud, vaid jäänud pärast vähist kahjustatud limaskesta peptilist seedumist. Kui maosisaldise peptilist toimet ravimitega pidurdada, siis säilitab niisugune haavand armistumisvõime, kusjuures vähkkude võtab nüüd enda alla suurema või väiksema osa haavandiarmist (C). Ja edasi, maomahla seediva toime tõttu võib see armistunud ala uuesti seeduda ning jällegi võib tekkida peptilise haavandi tunnustega koedefekt, mille servadest leitakse vähkkude (D).

Jooniselt muu hulgas ka selgub, kuidas vähkkude võidakse leida väga eri tunnustega kahjustusest: muutunud värvuse ja struktuuriga limaskestast (A), näiliselt healoomulise haavandi servadest (B ja D) või haavandiarmist (C).

E. Grundmann (7) väidab, et ei ole täpselt teada, kauaks võib maovähk jääda varajasse faasi. K. Kawai kaasautoritega (10) on aga veendunud, et eriti varajases faasis kasvab maovähk aeglaselt. Selle kinnituseks toovad nad röntgenuuringu põhjal kalkuleeritud aja, mis kulub kasvaja kasvamiseks kaheksa kordseks, see aeg on 3...7 aastat.

Ka meie kogemus 20 varajase maovähi puhul 7901 endoskoopiast (0,25%) ja 337 diagnoositud maovähist (5,9%) kinnitab T. Sakita seisukohta varajase maovähi elutsükli haavandisarnasuse ja küllalt pika kestuse kohta (16). Sellega seoses toome paar näidet.

Juht 1. 50-aastaselt naishaigel J. M. (gastroenteroloogiasakonna haiguslugu nr. 588 1976. aastast) olid tekkinud tugevad kõhuvalud 1976. a. mais. Valud vallandusid tund pärast soolase või hapu toidu söömist. Sama aasta septembris-oktoobris endoskoobiti magu kahel korral. Maokeha väikesel kõverikul *angulus*'e voldil leiti 2 cm läbimõõduga valge põhja ja kõrge valliga sügav haavand. Otsesed nähtavad malignisuse tunnused puudusid. Haavandi vallist võetud proovitükkide põhjal tehti kindlaks mukotsellulaarne (sõrmusrakuline) vähk. Et patsiendi isal oli olnud maohaavand ning ta oli surnud 54-aastaselt pärast operatsiooni, siis keeldus haige operatsioonist ja edasisest haiglaravist kategooriliselt.

Patsient ilmus ambulatoorsele kontrollile ise 27. oktoobril 1978. Nüüd leiti endoskoopial *angulus*'e voldil vaid pindmine $0,5 \times 0,3$ cm läbimõõduga ovaalhaavand, mille põhi oli valge, vall aga veidi konarlik. Ka nüüd puudusid selged malignisuse tunnused, ent biopsia teel leiti seegi kord vähkkude (adenomatoosne + anaplastiline vähk). Operatsioonist patsient jällegi keeldus.

Juht 2. 47 aasta vanune meespatsient S. G. oli anamneesi andmetel varem põdenud kaksteistsõrmiku haavandtõbe. Kolm korda oli viibinud haiglaravil, viimati 1975. aasta 19. septembril. 1975. a. oli kahtlustatud põLOORUSE haavandit. Endoskoopial leiti *angulus*'e piirkonna väikesel kõverikul punetava ümbrusega 1×3 cm läbimõõduga pindmine haavand, mille põhi oli kaetud sileda valkja katuga. Olgugi et haavand tundus igati healoomulise-na, oli üllatuseks see, et servadest võetud

proovitükkide põhjal tehti kindlaks mukotsellulaarne vähk. Patsient keeldus operatsioonist ja hoidus arstidest kõrvale.

Uuesti hospitaliseeriti ta 30. märtsil 1979 (haiguslugu nr. 20212 1979. aastast), sest 10 päeva enne seda olid tal tekkinud tühjakohtuvalud, iiveldus ja röhitised. Oli tarvitanud almageeli, mistõttu valud hospitaliseerimise ajaks lakkasid. Vereanalüüs: SR 7 mm/t., hgb. 14,8 g%. Peitverd väljaheites ei olnud. Endoskoopial leiti, et peaaegu kogu maokeha, eriti väike kõverik ja eesmine sein, oli haaratud ulatuslikust eksofüütsest tuumorist, mis tundus osas oli haavandunud ja nekrootilise pinnaga. Histoloogiliselt leiti ka seekord mukotsellulaarne, osalt küll juba anaplaaseerunud maovähk. Operatsioonil leid kinnitus.

Seega siis, võttes kokku haavandi maligniseerumisprobleemi, võime tõdeda, et juhtude arv, mil see küsimus reaalselt eksisteerib, ei ole väga suur, vaid 1...2% maohaavanditest. Kui maha arvata juhud, kus vähk tekkis haavandist eemal, siis mahuvad ülejäänud juhud parasjagu T. Sakita (16) poolt kokkuvõetud nn. pahaloolumulise haavandi elutsükli alla ja on sellise patogeneesimehhanismi abil teatud määral ka seletatavad. Esiteks, kahjuks aga ei saa igal juhul alati tõestada, et varajane maovähk on läbi teinud malignse haavandi elutsükli, sest haige võis uuringutele sattuda siis, kui eelnevat kulgu on juba raske reprodutseerida. Ja teiseks, kui leitakse vähkkude maohaavandi servadest, siis eetilistest tõekspidamistest lähtudes ei tule nn. elutsükli jälgimine kõne allagi, sest kliinilistel ega muudel meetoditel ei saa kindlalt öelda, millal maovähk läheb ravitavast varajase vähi faasist üle ravimatusse klassikalise vähi faasi. Nähtavasti on sellest tingitud L. L. Brandborgi (3) pessimism. Ta väidab, et see probleem on tõenäoliselt lahendamatu, kui silmas pidada absoluutse tõestamise võimalikkust kõigil juhtudel. Selleks oleks iga endoskoopia ajal vaja histoloogiliselt uurida kogu haavandi maatriksit, mis aga biopsia korral ei ole võimalik. Nähtavasti on just viimane tõik vastuseks sellele, miks ilmse healoomulise haavandi korral veel aastate pärast avastatakse üksikuid vähijuhte. Raske on eitada, et need ei olnud juhud, kui vähk oli tekkinud juba

aastaid tagasi ja kulgenud T. Sakita malignse haavandi elutsükli malli järgi (16).

Ja lõpuks, praktiline järeldus öeldust. O. Stadelman kaasautoritega (19) ja V. Varro (21) kahtlevad selles, kas peptiline maohaavand on prekantseroos. Ilmselt ta tervikuna seda ei ole. Siit aga ei tohi teha ekslikku järeldust, et mao haavandtõbe põdevaid haigeid ei ole vähi seisukohalt vaja uurida. Iga haiget peab uurima endoskoopiliselt, võtma haavandi servadest proovitükke ja tsütoloogilist uurimismaterjali, samuti kontrollima paranemist, toimides armistumise korral samal viisil. See on pant haavanduva varajase maovähi leidmiseks nn. elutsükli eri faasides. Kui haavand on niiviisi benigneuseks tunnistatud ja paranemist kontrollitud, veendumaks, kas armis ei ole pahaloolumulisi rakke, siis võib praktilises töös sellega piirduda, sest kusagil 99% tõesusega on haavand tunnistatud benigneuseks. Malignse haavandi elutsükli aastatepikkune kulg lubab niisugust taktikat rakendada.

KIRJANDUS: 1. *Bachrach, W. H.* Surg. Gynecol. Obstet., 1962, 114, 1, 69—82. — 2. *Bock, O. A. A. S. Afr. Med. J.*, 1974, 48, 2063—2066. — 3. *Brandborg, L. L.* In: *Gastrointestinal Disease. Pathophysiology, Diagnosis, Management.* Philadelphia, London, Toronto, 1973, 581—604. — 4. *Chang F. M., Saito, T., Ashizawa, S.* Endoscopy, 1978, 10, 1, 33—40. — 5. *Elster, K.* Acta Hepatogastroenterol. (Stuttg.), 1973, 20, 1, 49—51. — 6. *Evans, R. W.* Histological Appearances of Tumours. Edinburgh, London, 1966. — 7. *Grundmann, E.* Pathol. Res. Pract., 1978, 162, 4, 347—360. — 8. *Hafter, E.* Helv. Chir. Acta, 1973, 40, 593—602. — 9. *Kawai, K., Akasaka, Y., Kohli, Y.* Endoscopy, 1973, 5, 2, 53—60. — 10. *Kawai, K., Misaki, F., Kohli, Y.* In: *Gastric Precanceroses.* Budapest, 1977, 151—156. — 11. *Morson, B. C., Dawson, I. M. P.* Gastrointestinal Pathology. Oxford, London, Edinburgh, Melbourne, 1974. — 12. *Mountford, R. A., Brown, P., Salmon, P. R., Alvarrenge, C., Neumann, C. S., Read, A. L. Gut.*, 1980, 21, 1, 9—17. — 13. *Rätsep, V.* Mao vähi-eelsed seisundid. Tln., 1976. — 14. *Rösch, W. J.* Cancer Res. Clin. Oncol., 1979, 93, 1—5. — 15. *Sakita, T., Oguro, Y., Takasu, S., Fukutomi, H., Miwa, T., Yoshimori, M.* Gastroenterology, 1971, 60, 5, 835—844. — 16. *Sakita, T., Tani, N.* In: *Gastric Precanceroses.* Budapest, 1977, 165—172. — 17. *Si-Chun-Ming.* JAMA, 1974, 228, 7, 886—888. — 18. *Singer, J. A., Mason, G. R.* Am. J. Surg., 1978, 136, 302—305. —

19. Stadelman, O., Miederer, S. E., Löffler, A., Müller, R., Käufer, C., Elster, K. Endoscopy, 1973, 5, 2, 70—76. — 20. Stewart, M. J. Ulcer-cancer of the Stomach. Glasgow, 1955. — 21. Varro, V. In: Gastric Precanceroses. Budapest, 1977, 77—80.

22. Аруин Л. И., Николаев Н. С., Егоров Ю. В. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1977, т. 1, 10, 112—118. — 23. Мансуров Х. Х., Кан Ч. Тер. арх., 1979, 1, 65—68. — 24. Масевич Ц. Г. Предопухолевые заболевания желудка. Л., 1969. — 25. Оота К. В кн.: Тр. VIII Международного противоракового конгресса. М., 1963, 5, 155—156. — 26. Рятсен В. И. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. М., 1975, 8, 231—237. — 27. Самсонов В. А. Клиническая патоморфология осложнений язвенной болезни. Петрозаводск. 1966. — 28. Серов В. В. Клиническая морфология и прогноз рака желудка. М., 1970. — 29. Фишзон-Рысс Ю. И., Рысс Е. С. Гастро-дуоденальные язвы. Л., 1978.

TRÜ arstiteaduskonna teaduskonnasisehaiguste kateeder

Mittesuitsetajate õigus on kaitsta end tubakasuitsu kahjuliku toime eest. USA Marylandi osariigis tühistati mittesuitsetajate nõudmisel seadus, mis oli vastu võetud võimsa tubakamonopoli huvides. Töökohtades ja asutustes kas piirati suitsetamist või keelati see hoopis ära ega tehta juttugi «suitsetajate õigusest suitsetada». Kahjustab ju tubakasuits eriti haigete ja laste tervist. Mittesuitsetajad argumenteerivad oma kategoorilist vastuseisu taoliste tubakamonopolide huvisid teenivatele seadustele, mis tegelikult on iga üksikisiku inimõiguse rikkumine, järgmiselt: kõik tubakasuitsetamist keelavad määrused ja korraldused on võrdväärsed kõikide muude tervisekaitsenõuetega, nagu näiteks mahasülitamise keeld või kohustuslik kätepesemisenõue toitlustusettevõtetes või muudes taolistes asutustes.

Die Heilberufe, 1981, 6.

Tervishoiutöö korraldus

UDK [618.1+616-053.7]:616-084-085

TÜTARLASTE SPETSIALISEERITUD GÜNEKOLOOGILINE ABI

VIRVE KASK · TARTU

lastegünekoloogia, profülaktika, dispanseerimine, hospitaliseerimise peamised põhjused

Võitlus terve, harmooniliselt areneva uue põlvkonna eest on meditsiini tähelepanu keskpunktis. Tütarlapse kui tulevase ema tervist kontrollitakse eri arenguetappidel igakülgse, ka günekoloogiliselt (1, 2, 3). Eesti NSV-s oli lastegünekoloogia alal murranguline 1976. aasta.

Käesoleva töö ülesanne ongi analüüsida Tartus tehtavat lastegünekoloogia-alast tööd, ühtlasi ka seda, kuidas TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder on sellega tegelnud.

Tartu pandi lastegünekoloogiale alus 1960. aasta jaanuaris, kui Tartu Kliinilises Sünnitusmajas avas uksed lastegünekoloogiakabinet. Kasutusel on tütarlaste günekoloogiliste haiguste profülaktika ja ravi organisatsiooni kolme-etapiline süsteem. Et haigestumise struktuuris on saagenud sugulise arengu häired (2, 3), siis on erilist rõhku pandud profülaktikale.

Tartu rajooni 821 14...18-aastase õpilase profülaktikalist läbivaatused on näidanud, et 14-aastastest puudus suguline areng (0 palli) 12,8%-l, 15-aastastest 0,6%-l ja 16-aastastest 1%-l. Suguline areng hinnati halvaks (1 pall) 16-aastastest 3%-l, 17-aastastest 2,6%-l ja 18-aastastest 9,1%-l. Suguline areng tunnistati rahuldavaks (2 palli) 17-aas-

tastest 26,3% -1 ja 18-aastastest 36,3% -1. Suguline areng oli normaalne (3 palli) 14-aastastest 42,3% -1, 15-aastastest 78% -1, 16-aastastest 65,7% -1, 17-aastastest 70,1% -1 ja 18-aastastest 54,6% -1. Meie poolt profülaktiliselt uuritud 821 puberteediealisest tütarlapsest tuleb lastegünekoloogiakabinettides uurida valikuliselt neid, kellel 14...16 aasta vanuselt suguline areng puudus (14,4%), kellel 16...18 aasta vanuselt oli see halb (14,7%) ja kellel 18-aastaselt rahuldav (36,3%). Seega 65,4% profülaktiliselt läbivaadatuist vajaks põhjalikum uurimist.

Kuigi põhiliseks peetakse ambulatoorset abi (teine etapp) lastegünekoloogiakabinettides (2), ei saa analüüsimate jätta kolmandas etapis antavat spetsialiseeritud statsionaarset abi günekoloogiaosakondades. Vaatluse alla võeti 301 1...18 aasta vanuse tütarlapse haiguslugu. Enamik (92,3%) oli hospitaliseeritud 15...18 aasta vanuses. Alla 15 aasta oli ainult 7,6% tütarlastest.

Alla 15 aasta vanuste tütarlaste hospitaliseerimise peapõhjused olid traumad, suguelundite arenguanomaaliad ja kasvaja. Puberteedifaasi vanemas, nimelt neiuas olid 44,2% tütarlaste hospitaliseerimise näidustuseks menstruaatsioonihäired, kõrvalekalded sugulises arengus ja sisesuguelundite kroonilised põletikud. Ülejäänuid, 55,8% tütarlastest, oli hospitaliseeritud abordi tõttu.

Kui lõplikke kliinilisi diagnoose võrrelda saatediagnoosidega, selgub, et need ühtivad 84,7% -1 juhtudest. Ainult 15,3% saatediagnoosidest on kliinilistest erinevad. See kajastab kõrgema etapi günekoloogilise abi paremaid diagnoosimisvõimalusi ambulatoorse abi võimalustega võrreldes.

76,6% patsientidest pärines Tartu linnast, 6,6% Tartu rajoonist. Mujalt Eesti NSV-st oli tütarlapsi ravile saadetud 16,8%. Need näitajad kinnitavad, et Tartu Kliiniline Sünnitusmaja täidab lastegünekoloogilises abis kõrgema etapi funktsioone hästi.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder on koostanud lastegünekoloogia organisatsiooniliste

küsimuste metoodilise juhendi ja lastegünekoloogiakabineti töö analüüsi skeemi ning kehalise ning sugulise arengu hindamise metoodika. Pidevalt on korraldatud seminare kooliarstidele, pediatritele, kooli keskastme meditsiini-personalile ja akušööridele-günekoloogidele (viimati 1981. a.). Lastegünekoloogia loengud on võetud üliõpilaste ja täienduskursuslaste õppeprogrammi. Üliõpilasteadurid on regulaarselt koostanud lastegünekoloogiaalaseid referaatiivseid uurimuslikke töid ning 1964. a. alates pidanud üle 30 sanitaarharidusliku loengu. Tartu Kliinilises Sünnitusmajas toimub kõrgema etapi lastegünekoloogiaalane ravi ja konsultatsioon. 1978. a. alates on olnud lastegünekoloogide ettevalmistamise kolm täiendus-tsükli (kolm kuud tsüklikeelne ettevalmistus, üks kuu sünnitusabi ja günekoloogia kateedri baasil). Selleks on koostatud õppeprogramm koos valikkirjanduse nimistuga.

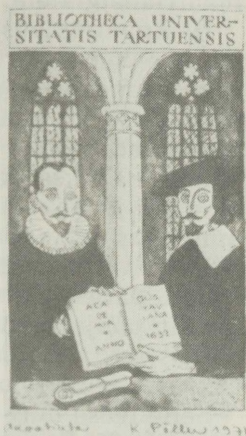
Esitatu põhjal järeldub, et TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder ning Tartu Kliiniline Sünnitusmaja on igakülgselt kaasa aidanud tütarlaste spetsialiseeritud günekoloogilise abi arendamisele meie vabariigis.

Reproduktiivse süsteemi häirete ja nende kahjustuse taseme väljaselgitamine peab algama lapseas, uurimine ja ravimine, tihti ainult reguleerimine, peab toimuma õigel ajal. Seetõttu tuleb lastegünekoloogia alal senisest enam tõhustada profülaktilist tööd ja tagada erialakaadriga kõrgema etapi töö.

KIRJANDUS: 1. Kask, V. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1980, 1, 32—34. — 2. Kauz, K. Nõukogude Eesti Tervishoid, 1979, 5, 368—369. 3. Крупко-Большова Ю. А., Корнилова А. И., Егорова А. С. Патология полового развития девочек и девушек. Киев, 1980.

TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateeder

350 - aastane Tartu Ülikool



UDK 616.89(091)(474.2)

SADA AASTAT PSÜHHIAATRIA KATEEDRIT JA KLIINIKUT TARTUS

JURI SAARMA · TARTU

Tartu Ülikool, psühhiaatria kateeder ja kliinik, ajalugu, õppejõud, teadustöö, psühhiaatria praktika ja teooria

Psühhiaatria õppetooli ja kliiniku asutamist 1802. aastal taasavatud Tartu Ülikooli arstiteaduskonnas taotleti korduvalt, kuid ikka ja jälle takerdus selle idee realiseerimine kohalike võimude ükskõiksuse ning riigiparaadi bürokraatia taha. Lõpuks õnnestus entusiastlikul ja energilisel professoril **Eduard von Wahlil** (1833...1890) luua ühiskondlik komitee, koguda eraannetustena vahendeid ja asutada Tartus kaheksa voodikohaga psühhiaatria haigla naishaigete tarvis. Haigla avas ukse 1877. aasta 4. märtsil, tema saamisloost ja esimeste aastate tegevusest on ülevaade

«Nõukogude Eesti Tervishoius» varem ilmunud (8).

Vastavalt E. Wahli kavale arvati haigla Tartu õpperingkonna kuraatori loal algusest peale Tartu Ülikooli teraapiakliiniku vaimuhaigete osakonnaks, direktoriks oli E. Wahl.¹ 1878. aasta suvel alustati komitee summadega spetsiaalselt projekteeritud uue haiglahoone ehitamist samale krundile. Ühtaegu tegi arstiteaduskond E. Wahli algatusel esilduse asutada Tartu Ülikooli koosseisus iseseisev psühhiaatria õppetool. Taotlus rahuldati keskvoimu poolt ning 1. jaanuaril 1880 avatigi ülikooli psühhiaatria kateeder.

Esimeseks psühhiaatria kateedri juhatajaks kutsuti **Hermann Emminghaus** (1845...1904), senine Würzburgi Ülikooli eradotsent. H. Emminghaus asus Tartus tööle 3. aprillil 1880. aastal, esialgu kasutas ta baasina Wahli komitee väikest haiglat. 1880. aasta suvel eraldas keskvalitsus Tartu Ülikoolile summa, mille eest ülikool sai Wahli komiteelt osta krundi koos juba tegutseva väikese haiglaga ja ehitamisel oleva uue hoonega. Tartu Ülikooli nimel võttis H. Emminghaus 7. oktoobril 1880. aastal haigla valitsemise Wahli komiteelt ametlikult üle.² Ülikooli ametlikkudes dokumentides säilis esialgu ikka veel nimetus «terapeutilise kliiniku vaimuhaigete osakond».

1880/1881. õppeaastal oli vastloodud psühhiaatria kateedri koosseisus üksnes professor H. Emminghaus, kes sel aastal pidas loenguid psühhiaatria algõpetusest ja kohtupsühhiaatriast üksi ilma assistentideta ning õige napil kliinilisel baasil. Tartu Ülikooli aastapäeva aktusel 12. detsembril 1880. aastal pidas H. Emminghaus kui noorima õppetooli juhataja kõne, milles ta andis ülevaatliku pildi psühhiaatria osast meditsiinis ning tulevaste arstide õpetamisel. Märkides, et ülikool võib olla õnnelik ning uhke, et tema koosseisus on loodud psühhiaatria õppetool, ütles H. Emming-

¹ ENSV RAKA f. 402, nim. 4, s. ü. 1048.

² ENSV RAKA f. 402, nim. 5, s. ü. 930.

haus: «Ma olen kindel, et teie kõik osutate sooja osavõttu sellele kliiniliste teaduste kõige nooremale harule ja et igaüks teist tunnistab, et praktilise meditsiini selle osa tundmine alles teeb arsti selleks, kes ta olla tahab ja olema peab — abimeheks igat liiki haiguste alal.» (1).

Ajakohaste põhimõtete järgi ehitatud uus haiglahoone valmis 1881. aasta kevadel, esimene patsient võeti sinna 16. aprillil. Uues haiglas oli 50 voodikohta, nüüd oli võimalik hospitaliseerida ka meeshaigeid. Kui komitee väike haigla võimaldas aastas ravile võtta 15 kuni 25 haiget, siis juba 1881. aastal hospitaliseeriti 70 haiget, järgnevatel aastatel aga tõusis vastuvõetavate arv sajani.

Psühhiaatria õppetooli ametlikus koosseisus ettenähtud kaks assistendikohta täideti 1881. aasta sügissemestri algul. Ajaloolise detailina väärib märkimist, et 1. septembrist 1881 kinnitati psühhiaatria kateedri ning kliiniku esimeseks assistendiks **Nikolai Lunin (1853...1937)**, kes vabatahtliku arstina oli kliinikus juba varem töötanud. Teatavasti oli N. Lunin 1880. aastal Tartus kaitstud doktoriväitekirjas esimesena viidanud toidukomponentidele, mis hiljem said tuntuks vitamiinidena. N. Lunin, hiljem silmapaistev vene ja nõukogude pediaater, töötas psühhiaatria kateedris 4. detsembrini 1881. aastal.^{3, 4}

Seega Tartu Ülikooli psühhiaatria kateeder töötas 1881. aasta sügissemestrist alates juba täieliku koosseisuga. 1882. aasta kevadsemestrist alates on ta ülikooli ametlikkudes dokumentides nimetatud kui iseseisev närvi- ja vaimuhaiguste kliinik (7).

Psühhiaatriakliiniku tegevus oli organiseeritud silmapaistvalt heal tasemel. Üldpalatite kõrval oli ka ühe- ja kahekohalisi palateid. Ruumid olid hubased, haigeid põetati ning toideti hästi, piiramis- ja sunnivahendeid rakendati üksnes äärmise vajaduse korral. Haigete uurimise ja raviga tegelesid professor

ja kaks assistenti, kasutati kõiki tol ajal tunnustatud ravi- ja põetusmeetodeid. Ravi efektiivsus oli väga kõrge: 1881. aastal lahkus tervistununa või paranenuna 57%, 1882. aastal koguni 87% haigetest.⁵ Seega Tartu Ülikooli psühhiaatriakliinik oli algusest peale eesrindlik ravi- ja õppeasutus, mis oli eeskujuks kõikidele Eestis hiljem asutatud psühhiaatriahaiglatele.

H. Emminghaus pani Tartu kliinikus aluse haigete uurimise, põetamise ning ravi humaansetele traditsioonidele, ta pani aluse ka psühhiaatria õpetamisele ning teadustööle. Tema juhendamisel valmis kaheksa doktoriväitekirja psühhiaatria ja närvihaiguste alalt. H. Emminghaus pühendas oma loomeenergia põhiliselt kliinilistele probleemidele. Varsti pärast Tartust lahkumist ilmus temalt põhjanev töö laste psühhikaigustest, mis suurel määral tugines Tartus kogutud uurimismaterjalile (2).

Selle teose ning hilisemate tööde põhjal võib H. Emminghausi pidada tänapäevase lastepsühhiaatria üheks rajajaks.

1886. aastal valiti H. Emminghaus Freiburgi Ülikooli psühhiaatria kateedri juhatajaks, ta lahkus Tartust 26. juunil. Tema järglaseks valiti laialdaselt tuntud psühhiaater **Emil Kraepelin (1856...1926)**, kes seni oli tegutsenud Leipzigi ja Müncheni ülikoolis eradotsendina ning mitmes psühhiaatriahaiglas arstina. Tartu psühhiaatria kateedri ning kliiniku juhataja kohale asus E. Kraepelin 23. augustil 1886. aastal (9).

Viie aasta jooksul, mil E. Kraepelin Tartus töötas, pühendas ta oma nooruseliku energia ning erakordse töövõime psühhiaatria teooria ja praktika arendamisele. Ta täiendas kliinilist tööd, laiendas psühhiaatria ning närvihaiguste õpetamist tulevastele arstidele ja juristidele, tegi innukalt uurimistööd. Ülikooli aulas 6. septembril 1886. aastal peetud loengus psühhiaatria uurimistöö suundadest rõhutas E. Kraepelin, et

³ ENSV RAKA f. 402, nim. 5, s. ü. 1019.

⁴ ENSV RAKA f. 402, nim. 3, s. ü. 1015.

⁵ ENSV RAKA f. 402, nim. 4, s. ü. 1078 ja 1086.

loodusteadusliku psühhiaatria aluseks peab olema kliinilise psühhiaatria tihe seos eksperimentaalpsühholoogiaga (4). Koos oma õpilastega tegi E. Kraepelin ära suure töö just selles valdkonnas. Tartus oli tema peamine huviobjekt selgitada ravimite toimet inimese psüühilistesse funktsioonidesse. E. Kraepelini juhendamisel valmis Tartus kaheksa doktoriväitekirja, neist seitse käsitlesid eksperimentaalpsühholoogiat ja psühhofarmakoloogiat (10). Varsti pärast Tartust lahkumist ilmus E. Kraepelinilt üldistav teos farmakonide toimest psüühilistesse protsessidesse (6), mis põhines peamiselt Tartu uurimistel ja mis sai klassikaliseks teoseks inimese psühhofarmakoloogia alal.

Tartus jätkas E. Kraepelin ka oma kliinilise kogemuse üldistamist ning süstematiseerimist. Varem ilmunud psühhiaatriaõpikust andis ta Tartu-perioodil välja põhjalikkude ümbertöötlustega teise ja kolmanda trüki (5). Hiljem kujunes sellest neljaköiteline psühhiaatria käsiraamat, mis on olnud põhivaraks kogu maailma paljude põlvkondade psühhiaatritele.

1891. aastal valiti E. Kraepelin Heidelbergi Ülikooli psühhiaatria õppetooli juhatajaks, Tartust lahkus ta 21. märtsil. Tema järglaseks määrati Peterburi psühhiaatria koolkonna esindaja, I. Merzejevski õpilane Vladimir Fjodorovič Tšiz (1855...1922), kes seni oli töötanud Peterburi Sõjaväemeditsiini Akadeemia eradotsendina ning praktiseerinud psühhiaatrina. V. Tšiz jäi Tartusse ligi veerandsajaks aastaks, ta tegi palju selle eriala arenguks Tartus ja Eestis üldse.⁶

V. Tšiz edendas nii haigete ravi- ja põetustingimusi kliinikus kui ka õppe- ning teaduslikku tegevust. Peamiseks hooleks oli ravivõimaluste avardamine, ehkki haigla voodikohtade arv oli tõusnud 60-le. V. Tšizil õnnestus ruumide ümberkorraldamise ning -ehitusega suurendada voodikohtade arvu haiglas 1905. aastast 120-le. Palju tegi V. Tšiz

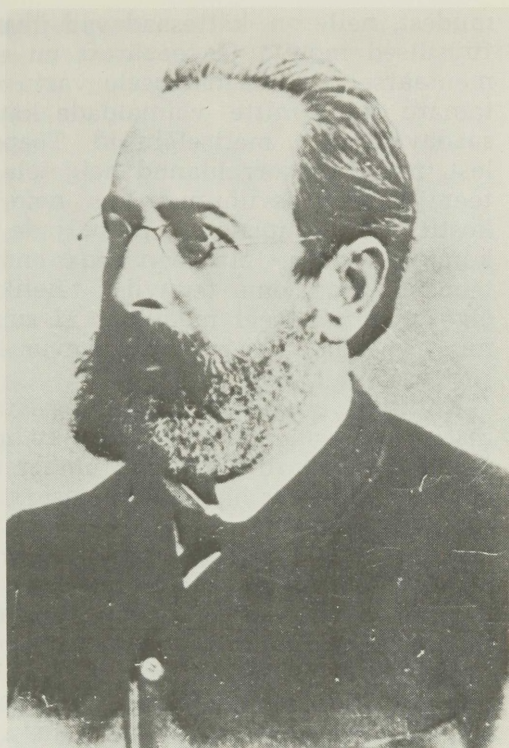


Foto 1. Hermann Emminghaus (1845...1904). Tartu Ülikooli psühhiaatria kateedri ja kliiniku esimene juhataja (1880...1886).

ka haigete olmetingimuste ning toitlustamise parandamiseks, ta tõi sisse sotsio-teraapia alged haigete ja personali ühiste koosviibimistena, rakendas ka mitmeid uusi ravivõtteid.

Suurte raskustega tuli V. Tšizil võidelda kliiniku majandamisel. Nimelt viivitasid paljud kohalikud omavalitsused nende kulul ravil viibivate kehvamate haigete eest tasu maksmisega. 1906. aastaks ulatus asutuste võlg kliinikule juba 28 500 rublani, mistõttu kliinik omakorda oli võlglane paljude varustajate ees.

Raskest majanduslikust olukorrast tingituna arenes V. Tšizil terav konflikt rektor E. Passekiga. Rektor süüdistas V. Tšizi ebamajanduslikkuses, sealhulgas ka liialdustes haigete toitlustamisel. Neile etteheidetele avalikus kirjas vastates märkis V. Tšiz: «Isegi mittepsühhiaatritele on selge, et õnnetud vaimuhaiged on ilma jätud teadlikkudest rõõ-

⁶ ГЦИА ЭССР ф. 402, сп. 3, ед. 1830 и ф. 384, сп. 1, ед. 3437.

mudest, neile on kättesaadavad üksnes füüsilised mõnud ja seepärast on elementaarsetele inimarmastusele vastuvõetamatu neile mitte võimaldada kättesaadavaid, s. t. maitsetõhusid. Tõepoolest, ma olen korraldanud haigetele ja teenijatele koosviibimisi, kus neid on kostitatud suupistete, puuviljade ja kompvekkidega. Ma loen seda endale teeneks, pean oma teguviisi täielikult õigeks, mitte keegi maailmas ei suuda mind veenda, et see minu tegevus laistust väärilib» (13).

Konflikt lahendati kõrgemalseisvate instantside vahendusel ja kliiniku majanduslik olukord korraldati ümber nii, et toitlustamiseks hakati summasid saama riigikassalt.

Alates 1895. aastast muudeti vaimu- ja närvihäiguste kursus arstiteaduskonnas kohustuslikuks. Vastavalt ravi mahule suurenemisele kliinikus suurenes järk-järgult ka õppetöö maht. V. Tšizil läks korda täiendada kateedri koosseisu: 1900. aastal oli assistente kahe asemel juba neli, hiljem koguni kuus. 1908. aastast hakati kateedris põhikursuste kõrval pidama ka eradotsendi loenguid valitud peatükkidest. Esimeseks eradotsendiks oli G. Idelson (1908. aastast), 1911. aastast pidasid eradotsentidena loenguid A. Juštšenko ja M. Bresowsky, hilisemad kateedri juhatajad.

V. Tšizi pika ametiaja jooksul töötasid tema assistentidena kokku 27 arsti, kellest mitmed hiljem läksid psühhiaatrikena tööle Venemaa teistesse raviasutustesse.

Esimese eesti soost assistendina töötas seitse aastat (1897...1904) **Juhan Ottas (1870...1941)**, kes 1903. aastal kaitses doktoriväitekirja ainevahetusest progressseeruva paralüüsi korral, hiljem aga läks üle silmahaiguste erialale. Aastail 1900...1907 töötas psühhiaatria kateedri assistendina Juhan Luiga (1873...1927), kelle 1904. aastal kaitsnud doktoritöö Balti kubermangude psühhiaatria arengust sisaldas palju väärtuslikku, ühtlasi paljastas Baltimaade aadli tagurlikku osa rahvatervishoiu selles valdkonnas. Aastail 1911...1914 oli V. Tšizi assistendiks E. Buduls, kes pä-

rast doktoriväitekirja kaitsmist (1914) siirdus Riiga, kus ta hiljem sai Riia Ülikooli psühhiaatria õppetooli juhatajaks.

V. Tšizi juhendamisel kaitsi Tartus kokku 20 doktoriväitekirja psühhiaatria ja närvihäiguste aktuaalsetel teemadel.

V. Tšizi eriliseks huvialaks sai psühhopatoloogia, eriti ajaloost tuntud isikute ja kirjanduskujude psüühikahäirete analüüs. Selles valdkonnas publitseeris ta mitmeid silmapaistvaid töid. Tartu-aastail andis V. Tšiz välja psühhiaatria õpiku (esimene trükk 1902., teine trükk 1911. a.), milles ta väga selgesti esitas psüühiliselt haigete ravimise ning põetamise omapoolsed humaansed printsiibid (12, 14). Samu põhimõtteid populariseeris ta ka üliõpilastele peetud loengutel ja avalikkudel esinemistel.

Esimese maailmasõja ajal kutsuti V. Tšiz armeesse, 1915. aasta kevadel siirdus ta Kiievisse, kus juhatas Puna-se Risti hospidali psühhiaatriaosakonda, Tartusse ta enam tagasi ei pöördunud (11).

Tartu Ülikooli psühhiaatria õppetooli ja kliiniku juhatamine tehti ülesandeks senisele eradotsendile **Aleksander Ivanovitš Juštšenkole (1868...1936)**, P. Kovalevski, V. Behterevi ja I. Pavlovi õpilasele. A. Juštšenko töötas tollal Peterburis Eksperimentaalse Meditsiini Instituudis, samal ajal ka psühhiaatria haiglas. Tartusse sõitis ta kord nädalas kaheks-kolmeks päevaks loenguid pidama ja kliiniku tööd juhatama. 1915. aasta detsembris valiti A. Juštšenko psühhiaatria kateedri erakorraliseks professoriks, 1917. aasta suvel jäigi ta Tartusse, 1918. aasta jaanuaris valiti ta korraliseks professoriks. Saksa okupatsioonivägede tuleku järel lahkus A. Juštšenko Tartust 1918. aasta mais.⁷

Vaatamata lühikesele ajale ja raskele sõjaaegsetele tingimustele, suutis A. Juštšenko Tartus palju ära teha haigete ravi- ja põetustingimuste parandamisel ning psühhiaatria õpetamisel. Tema initsiatiivil seati kliiniku hoonetesse sisse elektrivalgustus ja 1917. aastal

⁷ ЦИА ЭССР ф. 384, сп. 1, ед. 3451 и ф. 402, сп. 3, ед. 2042.

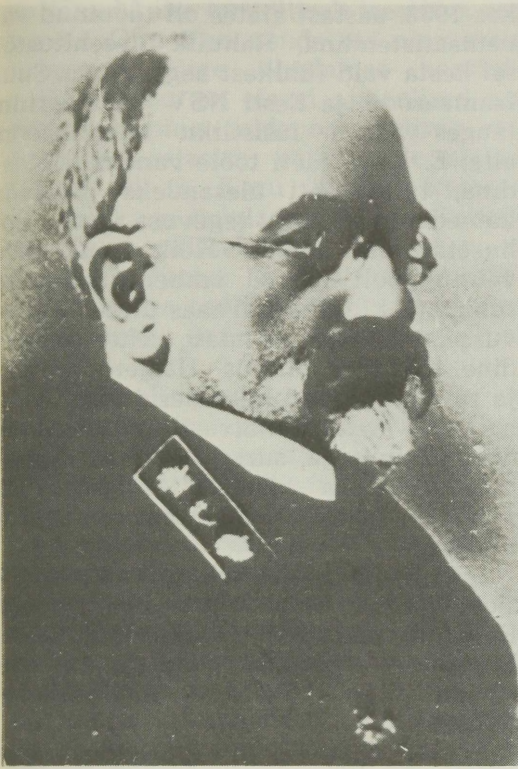


Foto 2. Vladimir Fjodorovič Tšiz (1885 ... 1922). Tartu Ülikooli psühhiaatria kateedri ja kliiniku juhataja aastail 1891 ... 1915.

tehti põhjalik remont, valmis ka juurdeehitisi. A. Juštšenko kui originaalse suunaga uurija huviala oli psüühiliste haiguste biokeemilised alused. Selles valdkonnas kujunes ta pioneeriks mitte üksnes vene, vaid ka maailma psühhiaatrias. Hiljem töötas ta Harkovis, ta valiti Ukraina NSV Teaduste Akadeemia akadeemikuks ja talle anti teenelise teadlase aunimetus (15).

Kodanliku Eesti vabariigi loomise järel määrati Tartu Ülikooli psühhiaatria kateedri ja kliiniku juhatajaks eradotsent, V. Tšizi õpilane **Maksimilian Bresowsky** (1877 ... 1945), kes sellel ametikohal töötas 1918. aasta septembrist 1941. aasta jaanuarini.⁸ Kateedri ja kliiniku tegevuses toimusid muudatused: 1920. aastal loodi iseseisev närvi-

haiguste õppetool ja kliinik Ludvig Puusepa (1875 ... 1942) juhtimisel, psühhiaatria kateedri ülesandeks jäi psühhiaatria õpetamine ning kliinik jäi üksnes psüühiliselt haigete raviasutuseks.

Kogu kodanliku perioodi jooksul oli psühhiaatriakliinikus 120 voodikohta, hospitaliseeritud oli aastas 250 ... 400 vahel. Kateedris oli peale professori üks vanem- ja kaks nooremassistenti, enamasti töötas ka mõni noorem arst või vanemate kursuste üliõpilane. Tollaste õppeplaanide kohaselt õpetati arstiteaduskonna neljandal kursusel ühe semestri jooksul psühhopatoloogiat ja viiendal kursusel kahe semestri jooksul kliinilist psühhiaatriat. 1925. aastal hakkas M. Bresowsky psühhiaatrialoenguid pidama eesti keeles, ta andis suure panuse eestikeelse terminoloogia kujundamisse (3).

Psühhiaatriakliiniku organisatsioonis ja töökorralduses kodanliku perioodi jooksul nimetamisväärsed muutusi ei toimunud. Küll aga võeti kliinikus kasutusele mitmeid uusi ravimeetodeid, mis teiste psühhiaatriakeskuste andmeil mõjusaks olid osutunud. Nii võeti kasutusele malaariaravi progresseeruva paralüüsi korral, uniravi somnifeeniga mitmete psüühikahaiguste korral jm. Esiletõstmist väärib see, et 1935. aastal erialakirjanduses avaldatud insuliinkoomaravi ja konvulsioonravi meetodid võeti Tartu kliinikus kasutusele juba 1936. aastal. Seega avardati kliinikus psüühiliselt haigete ravi võimalusi tunduvalt ja tõsteti oluliselt ravi tõhusust.

Teaduslik uurimistöö oli suunatud peamiselt kliiniliste probleemide lahendamisele. M. Bresowsky juhendamisel valmis neli väitekirja, neist ainult E. Karu doktoriväitekirja (Widmarki mikromeetodi kasutamisest alkoholi kontsentratsiooni määramiseks veres ning alkoholismi diagnoosimisest selle abil, kaitstud 1939. aastal) oli eksperimentaaluuring. Ka M. Bresowsky enda tööd olid kliinilise materjali üldistused, eriti tegeles ta psühhopaatia probleemiga.

Nõukogude võimu taaskehkestamine Eestis 1940. aastal tõi kaasa murrangu

⁸ ENSV RAKA f. 402, nim. 3, s. ü. 143 ja 144.



Foto 3. Aleksander Ivanovič Juštšenko (1868 ... 1936). Tartu Ülikooli psühhiaatria kateedri ja kliiniku juhataja aastail 1915 ... 1918.

ka rahvatervishoiu ja hariduse korralduses. Nagu kõikides raviasutustes, kehtestati ka psühhiaatriahaiglates tasuta arstiabi. Psühhiaatriakliiniku koosseisu suurendati, töötajate tööaega lühendati, töötasu tõsteti, haigete ravi- ja põetustingimusi parandati. Raviaktiivsus tõusis, Nõukogude Liidu psühhiaatriakeskuste kogemustest võeti üle mitmeid uusi ravivõtteid. Koos teiste kliinikutega viidi ka psühhiaatriakliinik 10. novembrist 1940. aastal Tervishoiu Rahvakomissariaadi alluvusse, ülikooli koosseisu jäi üksnes kateeder kui õppe- ja teadustöö üksus. Kuid psühhiaatria kateedri juhataja jäi ühtaegu edasi ka kliiniku peaarstiks.

Seoses M. Bresowsky siirdumisega Saksamaale määrati 10. veebruarist 1941. aastal psühhiaatria kateedri juhatajaks ja kliiniku peaarstiks dotsendiks kt. Elmar Karu (sündinud 1903. aastal),

kes 1938. aastast alates oli töötanud vanemassistentina. Rahulik ülesehitustöö sai kesta vaid lühikest aega. Algas Suur Isamaasõda ja Eesti NSV territoorium langes Saksa fašistliku okupatsiooni alla. E. Karu jäeti tööle vanemassistentina, talle tehti ülesandeks juhatada kateedri ja kliiniku tegevust ajutise kohusetäitmise korras. Kõik nõukogude võimu poolt tehtud ümberkorraldused tühistati: kliinik viidi taas ülikooli alluvusse, koosseise koondati, kehtestati endine tööpäeva pikkus. Haigete põetus- ja ravitingimused halvenesid tunduvalt, haiglat varustati halvasti kütte, toidu ning ravimitega, suremus tõusis. Õppetööd tuli teha kärbitud programmide järgi, teadustöö võimalused olid minimaalsed.

1944. aasta suvel evakueerisid okupatsioonivõimud ülikooli asutused Tartust. Psühhiaatriakliinik evakueeriti algul Põltsamaa lähedale Adavere rahvamajja, hiljem Tallinna psühhiaatria-haiglasse.

Pärast Eesti NSV vabastamist algas kõikjal innukas taastamistöö. Tartu Ülikooli asutused, sealhulgas ka kliinikud, reevakueeriti kiiresti. Psühhiaatria kateedri ja kliiniku kollektiiv alustas oktoobri algul Tartusse tagasi jõudnult kliiniku hoonete taastamist ja korrastamist. Juba 27. augustist 1944. aastal oli E. Karu määratud psühhiaatria kateedri juhatajaks, 23. novembril määrati ta ühtlasi psühhiaatriakliiniku peaarstiks. Kliiniku taastamine edenes jõudsasti, juba 1944. aasta 24. oktoobril võeti ravile esimene haige. Koos kogu ülikooliga oli ka psühhiaatria kateeder 17. novembril valmis alustama süstemaatilist õppetööd. E. Karu kaastöölisteks taastamisperioodi pingelistel aastatel olid kateedri assistendid J. Saarma ja P. Predik (Tikk) ning kliiniku osakonnajuhatjad F. Mendik ja V. Grüntal, kes ühtlasi oli kateedri vanemlaborandiks.

6. jaanuarist 1945 anti psühhiaatria-haigla iseseisva raviasutusena meie vabariigi tervishoiuministeeriumi alluvusse. Sellest peale on ülikooli psühhiaatria kateeder ja Tartu Vabariiklik Kliiniline Psühhoneuroloogiahaigla pidevalt te-

gutsenud kahe juriidiliselt iseseisva asutuse. Ometi on nende töö ning areng kulgenud kõige tihedamas koostöös, mille aluseks on olnud ajaloolised traditsioonid ning mida on oluliselt soodustanud asjaolu, et paljude aastate jooksul oli E. Karu ühtaegu kateedri juhatajaks ja haigla peaarstiks. Koostöö on olnud mitmekülgne, hõlmates nii haigete uurimise ja ravi, psühhiaatria õpetamise ja psühhiaatriate kaadri ettevalmistamise kui ka teadusliku uurimistöö.

Esimestel sõjajärgsetel aastatel oli psühhiaatria kateedri ülesandeks õpetada psühhiaatriat arstiteaduse ja kohtupsühhiaatriat õigusteaduse üliõpilastele. Õppekoormuse vähesus tingis õppejõudude koosseisu väikesearvulisuse, sellest tingituna tuli aastail 1949...1971 tegutseda liitkateedrina koos kohtumedit siini erialaga. Seoses uute erialadega, mille õppeprogrammid sisaldasid ka psühhiaatria valdkonna aineid, suurenes järk-järgult kateedri õppetöö maht ja koos sellega ka õppejõudude arv.

1967. aastal avati ülikooli juures spordimedit siini, psühholoogia ja defekto loogia osakonnad, 1968. aastal loodi arstide täienduskateeder (1970. aastal reorganiseeriti see arstide, stomatoloogide ja farmatseutide spetsialiseerimise ja täiendusteaduskonnaks), 1972. aastal avati pediaatriaosakond. Kateedris saadi 1953. aastal juurde dotsendikoht, 1965. aastal muudeti see professorikohaks, 1972. aastaks oli assistente kolm.

Aasta-aastalt on suurenenud ka psühhiaatriakliiniku koosseis, avardunud ja mitmekesistunud tema tegevus. Samu kuks edasi oli meie vabariigis esimese dispanseerse osakonna loomine kliiniku juurde 4. juulil 1946. aastal (esimeseks juhatajaks oli V. Grüntal). Aastate jooksul on sellest välja kasvanud diferentseeritud struktuuriga, ulatuslikku haiglavälist abi elanikkonnale tagav asutus. 1963. aastal avati dispanseerse osakonna juures laste- ja noorukite kabinet ning narkoloogiakabinet, 1965. aastal kohtupsühhiaatria ekspertiisi kabinet, 1968. aastal seksuoloogiakabinet ja 1971. aastal psühholoogiakabinet. Alates 1969.

aastast on narkoloogiakabineti juhtimisel tegutsenud alkoholist loobunute sotsioterapeutiline klubi «Anti-Bakchos», mis etendab tähtsat osa alkohoolikute sotsiaalses rehabiliteerimises ja on eeskujuks olnud analoogiliste klubide loomisele teistes keskustes.

Kliiniku diagnoosimis- ja ravivõimalused on aastate jooksul pidevalt täienenud. 1949. aastast on kliinikus oma stomatoloogiakabinet, samast aastast ka röntgenikabinet, 1953. aastast on kliinikul oma apteek. Täienenud on diagnoosimis- ja raviaparatuur, suuresti on rikkastunud ravimeetodite arsenal. Alates 1956. aastast on kliinikus nii statsionaarsete kui ka ambulatoorsete haigete raviks järjest suuremas valikus kasutatud psühhofarmakone. Täiustunud on haiglasine rehabilitatsioonisüsteem.

Et rahuldada järjest kasvavat vajadust statsionaarse psühhiaatrilise abi järele, suurendati 1957. aastal voodite arvu 160-le, alates 1958. aastast aga 200-le. Statsionaarsele ravile vastuvõetud haigete arv aastas on suurenenud 1100...1200-ni. Ravi efektiivsus on märkimisväärselt kõrge: viimastel aastatel on kuni 90%-l statsionaarsele ravile saabuvaist töötajast või õppivaist patsientidest töö- või õppimisvõime suudetud taastada.

Psühhiaatria kateedri ja kliiniku üks tähtsamaid ülesandeid on pidevalt olnud psühhiaatriate kaadri ettevalmistamine meie vabariigi järjest avarduva psühhiaatriateenistuse jaoks. Selles on tähtsat osa etendanud ÜTÜ psühhiaatriaring, mis asutati E. Karu initsiatiivil 1950. aastal. Ringi kasvandikest, psühhiaatria entusiastidest, on võrsunud meie vabariigi psühhiaatriate enamik, sealhulgas psühhiaatriaasutuste juhtiv kaader, samuti ka õppejõudude ja teadurite noorem põlvkond.

Psühhiaatria kateedris ja tema juhendamisel ka kliinikus ning meie vabariigi teistes psühhiaatriaasutustes on tehtud süstemaatilist teadustööd eriala aktuaalsete probleemide alal. Oluliseks baasiks selles on olnud 1952. aastal kateedri juures J. Saarma algatusel loodud kõrgema närvitegevuse laboratoo-

rium; 1968. aastal reorganiseeriti see koosseisuliseks psühhofarmakoloogia probleemilaboratooriumiks, 1979. aastast tegutseb see ülikooli Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi koosseisus. Tähtsamateks probleemideks on olnud skisofreenia, depressiivsed seisundid, alkoholism ja neuroosid.

Kateedri ja kliiniku kaastöötajate uurimused on andnud olulist lisa nende haiguste patogeneesi selgitamiseks ning ravi täiustamiseks. Tööde tulemusi on tutvustatud arvukatel üleliidulistel, ka rahvusvahelistel konverentsidel ja nõupidamistel, samuti rohketes publikatsioonides kodu- ja välismaal.

Silmapaistvaid tulemusi on saadud tähtsamate psühhofarmakonide toime-mehhanismide väljaselgitamisel ja nende kasutamise näidustuste täpsustamisel. Sellealaste tööde tsükli eest anti rühmale kateedri ja psühhofarmakoloogilaboratooriumi töötajale 1975. aastal Nõukogude Eesti preemia. Märkimist väärib ka ulatuslik psühhiaatriaalne epidemioloogiline uurimine, mida 1970. aastast alates on korraldanud kogu meie vabariigi psühhiaatriate pere psühhiaatria kateedri üldjuhendamisel. Andmed on aluseks psühhiaatrilise abi teaduslikule planeerimisele.

1965. aasta aprillis määrati Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla peaarstiks senine osakonnajuhataja H. Kadastik. Järgnevatel aastail rekonstrueeriti dispanseerse osakonna hoone, tänu millele haiglavälise abi tingimused oluliselt paranesid. 1976. aastal anti käiku 120 töökohaga tööravihoone, mis ka dispanseerse osakonna töötingimusi veelgi avardas.

1. septembril 1975. aastal siirdus E. Karu pensionile ja jäi kateedri konsultantprofessoriks. Kateedri juhatajaks valiti allakirjutanu.

Seoses kateedri õppekoormuse järkjärgulise suurenemisega on viimastel aastatel suurenenud ka koosseis. 1981. aasta kevadsemestrist töötab psühhiaatria kateedris kolm professorit (E. Karu, J. Saarma, H. Väre), kolm dotsenti (M. Saarma, L. Mehilane, A. Adamsoo), kaks assistenti (J. Liivamägi, T. Agan)

ja kaks vanemlaboranti (V. Vasar, H. Ulp). Mittekosseisuliste õppejõududega töötavad ka kliiniku paljud staažikamad arstid.

1. novembrist 1977. aastal määrati Tartu Vabariikliku Kliinilise Psühhoneuroloogiahaigla peaarstiks psühhiaatriaringi endine kasvandik J. Aaso, kes enne seda oli edukalt välja kujundanud psühhiaatrilise abi süsteemi Kohtla-Järvel. J. Aaso eestvõtmisel on kateedri ja kliiniku hoonetes käimas ulatuslikud rekonstrueerimistööd ja hoonete ajakohastamine. Laieneb ka kliiniku tegevus: 1981. aasta algul avati 50 voodikohaga narkoloogiaosakond Puhja soovhoosis, ettevalmistamisel on analoogilise osakonna avamine Tartus.

Psühhiaatria kateeder ja kliinik täidavad edukalt oma ülesandeid rahvatervishoiu alal ning tulevaste spetsialistide ettevalmistamisel, psühhiaatriate kvalifikatsiooni tõstmisel ja aktuaalsete probleemide teaduslikul lahendamisel. Ühtlasi tehakse agaralt ettevalmistusi Tartu psühhiaatriakeskuse uue hoone-tekomplesksi ehitamiseks Maarjamõisa meditsiinilinnakus, selle esimese järgu valmimine on XI viisaastaku riiklikus plaanis.

Tartu Ülikooli psühhiaatria kateeder ja Tartu Vabariiklik Kliiniline Psühhoneuroloogiahaigla võivad oma 100. aasta juubelil tagasi vaadata kuulsusrikkasse minevikku, hinnata töökata ning viljakat olevikku ja suunata pilgu tulevikku, mis toob endaga kaasa veelgi avaramaid võimalusi meie rahva vaimse tervise kaitseks.

KIRJANDUS: 1. *Emminghaus, H.* Festrede zur Jahresfeier der Stiftung der Universität Dorpat am 12 December 1880. Dorpat, 1881. — 2. *Emminghaus, H.* Die psychischen Störungen im Kindesalter. Tübingen, 1887. — 3. *Karu, E.* Psühhiaatria kateeder. TRÜ Arstiteaduskond. 1802—1975. Tartu, 1976, 100—105. — 4. *Kraepelin, E.* Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Leipzig, 1887. — 5. *Kraepelin, E.* Psychiatrie. 2. Auflage, Leipzig, 1887; 3. Auflage, Leipzig, 1889. — 6. *Kraepelin, E.* Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimitteln. Jena, 1892. — 7. Personal der kaiserlichen Universität zu

Dorpat nebst Beilage. Ausgaben 1880—1882. — 8. *Saarma, J.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1977, 4, 349—351. — 9. *Saarma, J.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1981, 1, 48—51. — 10. *Saarma, J., Vahing, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid, 1976, 5, 436—440. — 11. *Soans, T.* Eesti Arst, 1930, 9, 457—461.

12. *Чиж В. Ф.* Учебник психиатрии. Юрьев, 1902. — 13. *Чиж В. Ф.* Материалы к истории Юрьевского университета. Юрьев, 1909. — 14. *Чиж В. Ф.* Учебник психиатрии. Петербург—Киев, 1911. — 15. *Ющенко А. И.* Arst, 1930, 9, 457—461.

TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria
kateeder

TEADUSLIKKE KUTSEID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni kolleegiumi otsusega anti dotsendikutse järgmistele TRÜ arstiteaduskonna õppejõududele: arstiteaduse kandidaat **Peeter-Ronald Nuiamäele** hospitaalkirurgia erialal, arstiteaduse kandidaat **Ilse Kõivule** sünnitusabi ja günekoloogia erialal, arstiteaduse kandidaat **Edvitar Leiburile** stomatoloogia erialal, farmaatsiakandidaat **Ivar Tammarule** farmakognoosia erialal ja arstiteaduse kandidaat **Heidi-Ingrid Maarosile** sisehaiguste erialal.

Irene Maaros

UDK [611+612](092)(474.2)Burdach

KARL FRIEDRICH BURDACH

VIKTOR KALNIN ELA LEPP TARTU

Karl Friedrich Burdach, elukäik, teaduslik tegevus, filosoofilised vaated, monograafiad, meditsiiniperioodika, teaduslik pärand

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna professoritest paistis XIX sajandi algul eriti silma Karl Friedrich Burdach. Ta oli XIX sajandi esimese poole silmapaistev anatoom ja füsioloog, produktiivne uurija ning publitseerija.

K. F. Burdach sündis 12. juunil 1776 Leipzgis, kus lõpetas gümnaasiumi ja ka ülikooli. Anatoomiat õppis ta Gaase ja Chr. F. Ludwigi juures. Kuna tol ajal ei olnud Leipzigi Ülikoolil veel kliinikut, siis omandas ta kliinilise hariduse doktor Chr. G. K. Braunilt Jakobi hospitalis. Peale selle täiendas teadmisi Viinis kuulsal klinitsisti J. P. Franki juures. 1798. aastal kaitses K. F. Burdach doktoriväitekirja apopleksiast epilepsia puhul, samal aastal esitas kommentaarid Hippokratese teose «Epideemilistest haigustest» kohta. Seejärel tegutses eradotsendina ja 1807. aastast Leipzigi Ülikooli erakorralise professorina (7).

1811. aastal kutsuti K. E. Burdach Tartu Ülikooli anatoomia, füsioloogia ja kohtuarstiteaduse professoriks. Tema assistendiks oli Pitsch, prosektoriks L. E. von Cichorius (aastail 1814...1827 professor). Oma teaduslike huvide avaruse, erakordsete organisaatorivõimete ja kiindumusega erialasse suutis K. F. Burdach äratada üliõpilastes huvi arstiteaduse vastu. Tema anatoomia- ja füsioloogialoenguid käis kuulamas 23...26 isikut, tema juures õppinute üldarv ulatus 255 inimeseni. Anatomeerimiste arv suurenes aastast 30-ni, mis näitab, et Tartus oli tol ajal selleks laipu piisavalt. Eeskujulikku korda pandi preparaatide kogu, koostati kataloog. Mainitud aineite kõrval käsitles K. F. Burdach embrüoloogiat. Selle kuulajate seast tuleb eriti esile tõsta Chr. H. Panderit ja K. E. von Baeri, hilisemaid Peterburi

Teaduste Akadeemia akadeemikuid, kes omandasid kustumatu maine embrüoloogias (7). K. F. Burdach luges ka kursust «*Naturwissenschaft des Menschen*». See oli omapärane sissejuhatus üldbioloogiasse, oli teatud määral läbi põimunud evolutsiooniideedega ning meelitas kokku üliõpilaste ja arstide laialdase auditooriumi (11).

Palju energiat ja aega kulus K. F. Burdachil mõttevahetuslike koosolekute korraldamiseks ning teaduslike ajakirjade lugemiseks. Sel eesmärgil asutas ta 1811. aasta sügissemestril Tartu Arstiteadusliku Seltsi, esimese teaduseltsi Tartu Ülikooli juures, mis peale Vilniuse Meditsiiniseltsi oli teiseks puhtarstiteaduslikuks seltsiks Venemaal. Sellesse võisid kuuluda arstiteaduskonnaprofessorid ja üliõpilased ning juba töötavad arstid. Vastavalt põhikirjale oli seltsi üks eesmärke «üldkasulikule tegevusele kaasaaitamine ühiskonna terve huvides»¹. Selts tegutses aktiivselt, käis koos kord nädalas. Ent K. F. Burdachi võitlusele vaatamata põhikirja ikkagi ei kinnitatud ning oma 25. istungil 1812. a. aprillis oli selts sunnitud tegevuse katkestama (8).

Tartu-perioodil arendas K. F. Burdach ka innukat teaduslikku tegevust. Ta avaldas «*Enzyklopädie der Heilwissenschaft*» ja «*Anatomische Untersuchungen*», samuti mitmeid artikleid. Erilist tähelepanu pööras ta peaaegu morfoloogia uurimisele, kusjuures ta on üks aju onto- ja fülogeneetilise uurimise meetodi rakendamise pioneere. Lõhestamismeetodil selgitas ta aju valgeja hallolluse ehitust, aju seoseid väikeajuga, esitas aju sagarateks jaotamise meetodi. Ta tegi kindlaks ontogeneetilised ja morfoloogilised erinevused vagude ning kääruude vahel (10). K. F. Burdachi eriliseks teeneks on, et ta eristas peaaegu projektsioon-, komissuraal- ja assotsiatiivsed juhtesüsteemid. Tema nimi on antud seljaaju talbväädile, väärtja keha tuumale ja veel mõnele

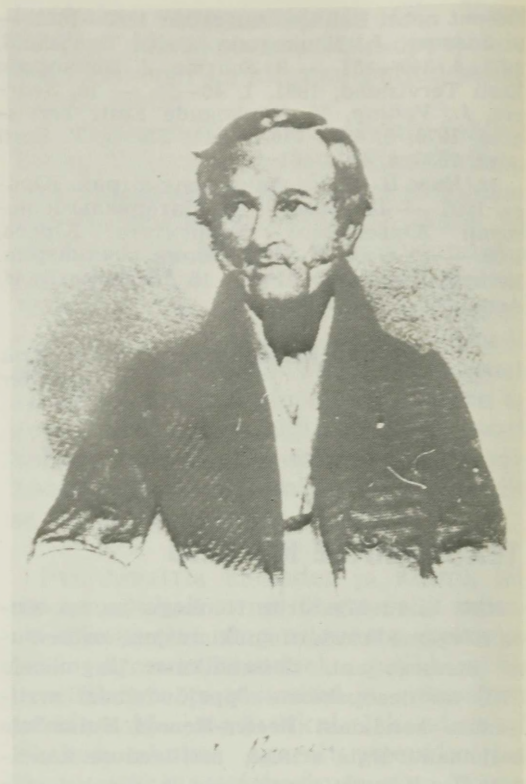


Foto 1. Karl Friedrich Burdach (1776...1847).

muulegi kesknärvisüsteemi moodustisele (9).

K. F. Burdachi uurimused närvisüsteemi anatoomia ja füsioloogia valdkonnast said aluseks kapitaalsetele töödele «*Vom Bau und Leben des Gehirns*» (1819–1822) ja «*Umriss einer Physiologie des Nervensystems*» (1844) ning eksperimentaalfüsioloogia alasele mitmekõitelisele käsiraamatule «*Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft*» (1826...1840), mille koostamisest kutsus ta osa võtma omaaegseid loodusteaduse progressiivseid esindajaid (J. Müller, K. Wagner, K. E. von Baer, M. H. Rathke jt.). K. F. Burdachi tööde anatoomilis-füsioloogiline suunitlus avaldas suurt mõju J. Purkinje, J. Mülleri, R. Remaki, F. Bidderi jt. neuroloogialastele uurimustele, kes lahendasid närvisüsteemi struktuuri ning funktsiooni tähtsamad probleemid (11). Üks ajukoore tsütoarhitektoonika tänapäeva

¹ ENSV RAKA, f. 402, nim. 4, s.-ü. 257, l. 4.

õpetuse loojaid V. A. Bets (1834... 1894) on rõhutanud: «Kaasaja ajuanatoomia tõeline ja püsiv alus rajati Burdachi (Tartu Ülikooli professor) töödega» (6).

K. F. Burdachi filosoofilised vaated leidsid teatud määral kajastust artiklis «Über die Ansichten der Natur», mille aluseks on tema ettekanded Tartus eespool mainitud seltsis (1). K. F. Burdach toonitab temaaegse natuurfilosoofia puudusi, mille all ta mõtles spekulatiivseid ja müstilisi konstruktsioone ning filosoofilist dogmatismi. Pidades end F. W. Schellingi natuurfilosoofia adeptiks, eitas K. F. Burdach ometigi tema absoluudiõpetuse universaalsust ning ei jaganud transtsendentaalse filosoofia seisukohta, mis eitas ideaalse ja materiaalse iseseisvat eksistentsi (10). K. F. Burdachi arvates peavad loodusteaduslikud vaated põhinema «osalt empiirilisel, osalt ratsionaalsel alusel» (2). Ta kuulus Schellingi nende adeptide hulka, kes maailma natuurfilosoofilisest süsteemist võtsid peajasjalikult looduse ning inimese ühtsusidee ja progressiivse arenguideo ning kes uurimuste faktilise materjali mõjul järk-järgult vabanesid natuurfilosoofilise metafüüsika koor-mast (11). K. F. Burdachi poolt looduse progressiivse arengu- ja ühtsusidee arendamine annab alust kanda teda Darwinieelse perioodi bioloogide-evo-lutionistide hulka (10).

Suure tähtsusega oli K. F. Burdachi poolt (koos A. Crichtoni ja J. Rehman-niga) ühe vanima kodumaise meditsiini-ajakirja «Russische Sammlung für Na-turwissenschaft und Heilkunst» välja-andmine (vt. foto 2). Ajakiri ilmus aastail 1815... 1817 Riias ja Leipzgis, kokku 8 vihikut. Eessõnas avaldati lootust, et «alustatud väljaanne soodustab Vene-ja välismaa arstide sidemete laienemist ning nende edasist vennalikku koostööd progressi nimel». Ajakirja peaülesanne oli Vene- ja välismaa arstide teadmiste täiendamine loodus- ja arstiteaduse alal ning Venemaa ja naabermaade looduse ning rahvaste eluolu uurimisele kaasa-aitamine. Sel eesmärgil kavatseti publit-seerida andmeid maakohtade looduslike iseärasuste, eri rahvaste tervisliku sei-

sundi, tavade, elamute, toitumise kohta, samuti haiguste iseärasuste, epideemia-te ja episootiate kulgemise, rahvamedit-siini vahendite, arstiteaduse seisukorra kohta (3). Ajakirja programm oli seega küllalt ulatuslik ja progressiivne. See ajakiri on tunduvaks teetähiseks kodu-maise meditsiiniperioodika ning vene-saksa arstiteadusalaste sidemete aren-gus.

1813. a. suvel oli K. F. Burdach Peterburis, kus jälgis teadusasutuste tegevust ning sai tuttavaks kirurgiaakadeemia professorite P. Zagorski ja J. Kaidanoviga, ajutiselt pealinnas viibinud Vilniuse Ülikooli professori ja embrüo-loogi L. Bojanusega, tulevase dekabristi N. Turgeneviga jt. K. F. Burdachi võt-tis vastu ka haridusminister A. Razumovski, kes pakkus talle professuuri Peterburis või Moskvast (2). K. F. Bur-

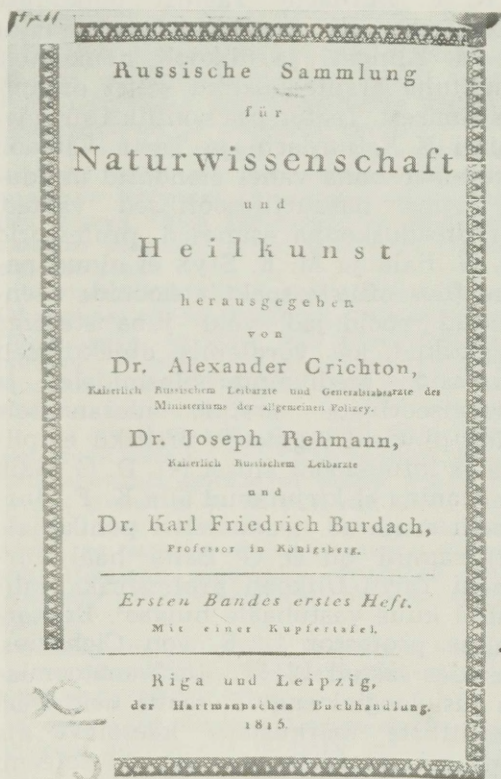


Foto 2. K. F. Burdachi poolt väljaantud ühe vanima kodumaise meditsiiniajakirja esikaas. Ajakiri ilmus aastail 1815... 1817.

dachi tihedate sidemete säilimisest vene teadusega annab tunnistust ka tema valimine Moskva Loodusuurijate Seltsi auliikmeks ja 1818. aastal Peterburi Teaduste Akadeemia korrespondentliikmeks.

1814. aastal siirdus K. F. Burdach professoriks Königsbergi Ülikooli, kus asutas esimese teadusliku anatoomia-instituudi Saksamaal, ning koos K. E. von Baeri (kutsuti K. F. Burdachi ettepanekul professoriks Königsbergi) ja M. H. Rathkega (hilisem Tartu Ülikooli füsioloogia- ja patoloogiaprofessor, 1828 ... 1836) rajas seal anatoomiamuuseumi. Ta jätkas peaasjalikult ajuanatoomia ja arenemisõpetuse viljelemist, avaldas arvukalt sisult sügavaid teadustöid, meditsiinilaseid teatme- ja tõlketöid. K. F. Burdach suri Königsbergis 16. juunil 1847. aastal.

K. F. Burdachi Tartust lahkumise põhjuseks oli konflikt õppekuraator F. M. Klingeriga ja ülikooli nõukoguga tingituna arstiteadusliku seltsi organiseerimisest. Teatud osa konflikti süvenemisel K. F. Burdachi ja Tartu Ülikooli professorkonna vahel etendasid muidugi tema natuurfilosoofilised vaated. Arstiteaduskonna esimesed professorid D. G. Balk ja M. E. Styx ei olnud natuurfilosoofiliste spekulatsioonide veendunud pooldajad, vaid juba staažiga praktikud, kes võrdlemisi objektiivselt vaatasid meditsiiniprobleemidele ja praktiseerivate arstide ülesannetele ning püüdsid tegutseda arstliku empiiria ja intuitsiooni alusel (4). D. G. Balk dekaanina ei kirjutanud alla K. F. Burdachi asutatud teaduseltsi põhikirjale (2), samuti oli D. G. Balki hääl Burdachi Tartu Ülikooli professoriks valimisel kuue vastuhääle hulgas². Erakorraline professor L. E. von Cichorius pidades aastail 1811 ... 1812 anatoomia- ja füsioloogialoenguid, saatis neid isegi «kriitiliste märkustega käesoleva aja natuurfilosoofilise müstika filosoofeemi kohta» (5). Seda võib vaadelda kui üht

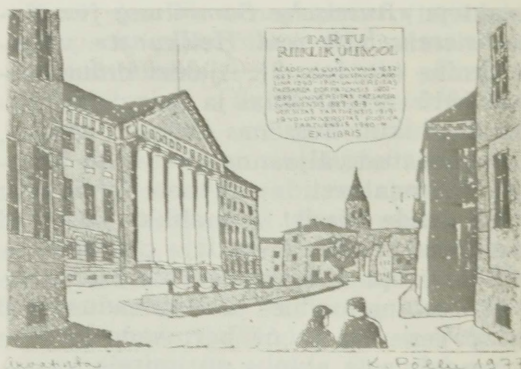
võitluse avaldust materialismi ja idealismi vahel Tartu Ülikoolis XIX sajandi algul. Iseloomulik on, et tolle aja enamik professoreid astus välja Schellingi natuurfilosoofia vastu, mis oli isegi nii silmapaistva teadlase nagu K. F. Burdachi ülikoolis lühiajalise viibimise ja sealt lahkumise põhjuseks.

KIRJANDUS: 1. Burdach, K. F. Über die Ansichten der Natur. Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunst. Riga u. Leipzig, 1817, II, 13–90. — 2. Burdach, K. F. Rückblick auf mein Leben. Selbstbiographie. Leipzig, 1848. — 3. Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunst. Riga u. Leipzig, 1815, I, I, I–VIII. — 4. Vadi, V. Eesti Arst, 1931, 1, 6–7. — 5. Verzeichnis der haltenden Vorlesungen auf der Kaiserlichen Universität zu Dorpat. Dorpat, 1811–1812.

6. Беч В. А. Избранные труды. М., 1950, 15. — 7. Биографический словарь профессоров и преподавателей Юрьевского университета (1802–1902). Юрьев, 1903, 2, 3–8. — 8. Калнин В. В. В сб.: Материалы к конференции по истории естествознания и техники в Прибалтике. Вильнюс, 1969, 111–115. — 9. Калнин В. В., Лойт А. О. Tartu Ülikooli ajaloo küsimusi IX. Tartu, 1979, 74. — 10. Райков Б. Е. Германские биологи-эволюционисты до Дарвина. Л. Окен, К. Ф. Бурдах, М. Г. Ратке. Л., 1969. — 11. Хазанов А. Folia Baeriana, II. Таллин, 1976, 39–44.

TRÜ arstiteaduskonna hügieeni ja
tervishoiuorganisatsiooni kateeder

TRÜ arstiteaduskonna anatoomia ja
histoloogia kateeder



² ENSV RAKA, f. 402, nim. 3, s.-ü. 1818, l. 31.

Kogemuste vahetamine ja kasuistika

UDK 616.33-002.44:616-053.37

PENETREERUNUD MAOHAAVAND KAHEAASTASEL LAPSEL

MANFRED MÄGI JÜRI RAUDSEPP · TALLINN

väikelaps, maohaavand, penetratsioon

Väikelapseas maohaavandi tüsistumine verejooksu, penetratsiooni või perforatsiooniga on kirjanduse andmeil võrdlemisi harv näht. Sellest siis ka kirjandusviidete nappus. Nii õnnestus kodumaises kirjanduses leida teateid 25 päeva vanusel lapsel perforeerunud maohaavandi (4), kolme ja poole aastasel lapsel verejooksu, penetratsiooni ning perforatsiooniga tüsistunud maohaavandi (3) ja viieaastasel lapsel perforeerunud maohaavandi kohta (1).

Kirurgiaosakonda hospitaliseeritud haavandtõbe põdevatel lastel on haavand eranditult tüsistunud kas verejooksu, penetratsiooni või perforatsiooniga. Seejuures on lapseas iseloomulikud mitmitüsistused, s.o. haavandi üheaegne tüsistumine verejooksu, penetratsiooni või perforatsiooniga (2).

Haigusjuht. Kaheaastane poeglaps V. A. Rakvere rajoonist (haiguslugu nr. 2821/1980) haigestus 30. oktoobril 1980. a. Oksendas kaks-kolm korda päevas ning keeldus toitu võtmast. Järgmisel päeval toimetati ta Rakvere Haiglasse. Tekkis veriokse. 1. novembril oli lapse seisund küll rahuldav, kuid isutus püsis. 2. novembri hommikul oksendas laps jälle.

Kõht puhitunud, pinge all, väljaheide vereisaldusest must. Vereanalüüs: SR 26 mm/t., hgb. 6,7 g%, leukots. 12000. Verepilt: keppt. 15%. Samal päeval viidi laps üle Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla kirurgiaosakonda. Saatediagnoos: *Invaginatio? Vasculitis haemorrhagica?*

Saabumisel oli laps loid ja kahvatu; kõhukatted veidi pinge all. Et laps toodi haiglasse üksinda, ilma vanemateta, puuduvad anamneesi andmed. Need saime teada hiljem, tervisliku seisundi järelkontrollil. Vereanalüüs: SR 33 mm/t., hgb. 7,5 g%, leukots. 19000; erütrots. 1 620 000, hematokriti näit 19%. Valem: keppt. 9%, segmentt. 73%, lümfots. 15%, monots. 3%.

Kliinilise pildi ja vereanalüüside järgi otsustades näis tegemist olevat seedetrakti ülalosa verejooksust tingitud akuutse aneemiaga. Esialgu langes kahtlus portaalhüpertensioonile. Kohe alustati aneemiavastast ravi vereülekannetega.

4. novembril oli aneemia veelgi süvenenud: hgb. 6,8%, hematokriti näit 21%. Laps oksendanud ei olnud, iste puudus. Konsiiliumi otsuse põhjal viidi laps üle reanimatsiooniosakonda.

9. novembriks oli vereanalüüside järgi otsustades toimunud nihe paremuse poole: hgb. 11 g%, hematokriti näit 33%. Ka koagulogramm oli normaliseerunud. Samal päeval toodi laps tagasi kirurgiaosakonda diagnoosi täpsustamiseks ja edasiseks raviks.

13. novembril tehtud maoröntgenogrammiel võis näha, et mao väikesel kõverikul *angulus*'e ümbruses oli subkardiaalselt paiknev sügava nišiga täitumisdefekt. Röntgenoloogiline diagnoos: *tumor ventriculi* (vajalik endoskoopia).

18. novembril tehtud gastroduodenoskoopia (M. Koljak) põhjal: magu tugevasti deformeerunud, väike kurvatuur lühenenud. *Angulus*'e piirkonna tugevasti konvergeerunud turseliste limaskestast voltide keskele jääb sügava halli põhjaga haavandi kraater, mille läbimõõt 1...1,5 cm (haavandi sissekäik). Mao limaskest mujal intaktne, liviidse varjundiga. Söögi- toru tagaseinas sammasjad veenid, mis on tugevasti laienenud ja mille pinnal ca 0,5...1-cm-line katt; võimalik, et ka veritsuskoht. Arvati, et tegemist võiks olla makku väljastpoolt tunginud protsessiga. Diagnoos: *ulcus penetrans corporis ventriculi. Varices oesophageales.*

Gastroskoopia ajal tehti ka biopsia, kusjuures koetüki histoloogilisel uurimisel leiti lümfotsütaarne infiltratsioon.

5. detsembril otsustati last opereerida. Operatsioon: *laparotomia mediana superior*. Selgus, et magu on väikese kõveriku ümbruses väga tugevasti liitunud vasaku maksasagaraga, mis oli suurenenud. Mao liidetest vabastamisel tuli nähtavale maksa penetreerinud kalloosne haavand. Haavandile tehti siidõmb-lused seromuskulaarselt. Pärast operatsiooni

oli haige seisund rahuldav, tüsistusi ei tekkinud.

Vereanalüüs 15. detsembril: SR 5 mm/t., hgb. 15,4 g%, leukots. 11200; verevalem normis.

23. detsembril haiglast lahkudes oli lapse üldseisund hea. 22. jaanuaril 1981. a. toodi ta kirurgiaosakonda seisundi järelkontrolliks (haiguslugu nr. 382/1981). Anamnees: sünnikaal 3650 g, sündinud perekonnas teise lapsena. Rasedus ja sünnituse kulg normaalsed. Rinnaga toidetud viienda kuuni. 10-kuusena viibinud Väike-Maarja Haiglas ravil subfebrilise kehatemperatuuri tõttu, mis arvatavasti oli tingitud olnud bronhiidist. Laps hormoonravi ei ole saanud. Söögiisu hea, laps kaalus juurde võtnud.

26. jaanuaril gastroduodenoskoopia (M. Koljak): mao limaskest puhas, väikesel kõverikul kergesti traumeeritav põletikuline paks vilt, mis keskelt pindmiselt haavandunud, rigiidne. Histoloogilise uuringu andmeil gastriit.

Järeldub, et väikelapseas esineva aneemia ja sisemise verejooksu tunnuste korral (verioксе, meleena) tuleb arvestada ka tüsistunud maohaavandi võimalust. Ilmselt oli tegemist esmase maohaavandiga, mitte aga lapsel mitmesuguste haigustega kaasneda võiva teisese maohaavandi, nn. stresshaavandiga.

Tüsistunud maohaavandi kirurgiline ravi väikelapseas olgu maksimaalselt säästev, piirdugu tavaliselt vaid haavandi sutureerimisega.

KIRJANDUS: 1. Бережной В. И., Трутяк Я. В. Вестн. хирургии, 1977, 119, 7, 39. — 2. Нетахата Ж. Н., Жуков Б. П., Ляпун С. Н. Клинич. хирургия, 1976, 4, 50—53. — 3. Панченко К. П. В сб.: Сборник научных работ по педиатрии, 1968, 1, 100—104. — 4. Шульмина Н. А. Сов. здравоохран. Туркмении, 1940, 2, 27.

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla

Kõrvarõngastega imlk. Vaid neljanädalane tütarlaps toodi haiglasse mõlema kõrva taga tekkinud mädahaavandite tõttu, mis andis raviarstil põhjust kahtlustada algavat meningiiti ja sepsist. Tegelik põhjus peitus hoopis kuldsetes kõrvarõngastes, mida mõistmatud vanemad olid lasknud oma tütrele kõrva pan-na juba kaheksandal elupäeval!

J. Amer. Med. Assoc., 1980, 243.

A**biks** velskritele ja õdedele

Eesti NSV Sanitaarala Keskkastme Meditsiinitöötajate Seltsi XXVII konverents toimus 12...13. juunini Narvas. Seekordne oli tööhügieeni alalt. Tervishoiuministri asetäitja O. Tamm ütles, et konverentsi kohaks valiti Narva, arvestades linna suurt tööstuslikku potentsiaali ning kohaliku sanitaar- ja epidemioloogiajaama head tööd.

Põhiettekanne oli Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi inspektorarstilt E. Vassiljevilt. 16 ettekannet oli keskkastme meditsiinitöötajalt. Parematena märgiti ära kolme, neist ka M. Petrova ja G. Parfejeva ettekannet (Narva Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast).

K. Pritson Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast tõestas rajooni mööblitööstuste arengu näite varal vajadust rakendada tootmise laiendamisel laialdasemalt ka sanitaar-hügieenilisi meetmeid. Töö-, puhke-, olme- ja ravitingimusi õmblustootmiskombinaadi «Marat» Mustvee tehhis käsitles E. Alter Jõgeva Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast, esitades ühtlasi sanitaarjärelevalve korraldamise kogemusi.

Huvi pakkusid paljud teisedki ettekanded. Viljandi Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama kogemustest mehhanisaatorite töötingimuste kontrollimisel rääkis M. Külm. M. Laane Harju Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast kõneles sanitaar-hügieeniliste abinõude sotsioloogilisest ja majanduslikust tähtsusest, olenevad ju nendest kaadrivoolavus, töötajate töötahe ja tööviljakus. Televisoorite remonditöökodade kontrollimisel saadud häid kogemusi jagas J. Loktjušina Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaamast.

Konverentsist osavõtjad käisid õppekursioonil Kreenholmi Manufaktuuris ning kohalikus sanitaar- ja epidemioloogiajaamas.

Paul Krooni

Mõtte- vahetus

UDK 614.253.81:614.2:615.851(049.2)

HAIGLALAPSE PSÜÜHIKA OMAPÄRA PEDAGOOGI PILGU LÄBI

MALL ANNUS · TALLINN

suhtlemine haiglalapsega, kasvatusprobleemid
haiglas, mäng ja õppimine

Haiglalapsed — lapsed mugavatest ja headest, lapsed ükskõiksetest ja hoolituseta kodudest, samuti lastekodudest, lapsed vastsündinueast kuni 14. eluaastani, igaüks oma mure ja valuga.

Juba üle aasta on Tallinna Linna Kliinilise Lastehaigla avarad ruumid laste päralt. On nuttu, on naeru nagu laste puhul ikka. On ka igatsus kodu ja vanemate järele, on kartus raviprotseduuride ees ja võõristustunne. Haiglasse tulles astub laps talle tundmatusse maailma. Selline laps vajab abi, mõistva ja lapsi armastava inimese abi. Kalkus lastehaiglas on äärmiselt kohatu.

Kirjutise eesmärk on juhtida meditsiinitöötajate tähelepanu haiglalapse psüühika iseärasustele, selle mõistmisele, kuivõrd tähtis on õige suhtlemismanner, lastepärane haigla kujundus ja mäng.

Kõige rohkem abi haiglamiljööga kohanemiseks vajavad maimikud ja koolieelikud. Lasteaialastega on kergem, sest nad on julgemad ja sõbrunevad kiiremini. Lasteaialapsele on kergem leida seoseid lasteaia ja haigla vahel. Juba siis, kui last palatisse viiakse, tuleks talle rääkida, et haiglas on palju lapsi nagu lasteaiaaski, ainult rühmaruumi asemel on palat. Kõik lapsed on haiged nagu temagi ja head arstid ning õed ravivad

nad terveks. Ka siin mängitakse, loetakse, joonistatakse.

Kodustele lastele on raske tuttava miljööga seoseid leida. Tuleb anda aega vaatlemiseks ja kohanemiseks. Olenevalt lapse temperamenditüübist on kohanemisaeg väga erisuguse pikkusega. Ebaõiglane oleks jätta laps oma murega üksi. Nädal möödub küll kiiresti, kuid kui laps peab selle aja elama üksi oma murega, siis tundub see aeg talle kohutavalt pikana. Iga laps elab õnnestust läbi omamoodi. Ühele piisab lahkest sõnast ja tal läheb kergemaks, teisele põhjustab lahke sõna üksnes uut valu. Niisugustel juhtudel peitub pedagoogimeisterlikkus ennekõike tolles inimtarkuses, mis ütleb: oska säästa valutavat südant*.

Lastehaigla meditsiinitöötaja töö ei piirdu kaugeltki üksnes raviprotseduuridega. Lastehaigla arstid ja õed on paratamatult ka kasvatajad, kasvatusprobleeme aga jätkub. Vastavalt igale iseloomule tuleb lähenemisviis leida, lapsed kollektiiviks liita ja laste elu emotsionaalseks muuta. On lapsi, keda tuleb tegevusele õhutada, teisi jälle tagasi hoida ja haiglakorrrast lugu pidama sundida.

Lapse sisemaailm on täiskasvanu omaga võrdselt keeruline, tulvil vastuolusid, sedasama traagilist võitlust mis täiskasvanulgi: püüan, kuid ei suuda, tean, mida on tarvis, aga ei oska end sundida.

Kasvataja, kes ei suru lapse tahet maha, vaid suunab, ei dikteeri, vaid õpetab, mitte ainult ei nõua, vaid ka küsib, kes leiab aega koos lapsega olukorra üle nõu pidada ning ühiselt järeldustele tulla, saavutab haige lapsega peagi hea kontakti.

Tallinna Linna Kliinilises Lastehaiglas on selle üle mõeldud. Haiglas töötavad pedagoogid. Meditsiiniõdedele toimuvad seminarid lapse psüühikast, mängu vajalikkusest, lapse kohtlemisest raviprotseduuridel jne.

Osakondades on avarad lastepäraselt

* V. Suhhomlini. Mõtteid kasvatuses. Tallinn, 1978.

sisustatud mängutoad mänguasjadega. Päevarežiimi alusel on kindlad kellad mängudeks ja õppimiseks. Haiglastel käib regulaarselt külas «Kehra Nukk» toredade nukuetendustega. Lammavate laste jaoks on eriprogramm palatiteatri näol. Pole tänulikumat kuulajat-vaatajat kui voodirežiimil laps.

Laps paneb tähele ja matkib võrratult. Palatis võib sageli imetleda arsti ja ödesid mängivaid lapsi — kui tõetruult nad seda teevad oma primitiivsete vahenditega. «Haigla on natuke hirmuäratav (muinasjutus peab aga sedagi olema), seal on omamoodi põnevust ja võimalust kaasa tunda, hoolitseda». (V. Suhhomlinski).

Sama autor on väitnud, et lapsepõlvest peab saama headuse, inimlikkuse ning peenetundelisuse kooliaeg. On igaühe meeldiv, kuidas tervenunud lapsed heas mõttes meenutavad haiglat ning unistavad meedikukutsest.

«Kui meie, täiskasvanud, suudaksime näha maailma ning iseendid 7-aastase lapse silmadega, näeksime kõige lihtsaski mängus tõsisemad asju, nähtusi ning sündmusi. Ei ole tõsisemat inimest kui mängiv väikelaps. Mängides ta mitte üksi ei naera, vaid elab mängitavat ka sügavalt läbi» (V. Suhhomlinski).

Aktiivsus on vajalik lapse tervenemiseks. Just mäng ongi see, mis köidab ja liidab lapsi. Mängides tunnevad nad end teataval määral sõltumatutena täiskasvanuist. Haigla ranguse ja ebameeldivuste vastukaaluks vajab laps toredaid mänguasju, köitvat mõttepinget, muidugi ka sõbralikku kohtlemist.

Kõige raskemini korraldatav on haiglas õppimine. Kui laps on haiglas viibinud korduvalt, kaotab ta huvi õppimise vastu, pigem viidab ta aega tegevusetult. Ilmselt on tervisehäired olnud selle põhjuseks, kuid ei saa arvestamata jätta ka harjumist tegevusetusega. Paraneemisperioodil peaksid haiglalapsed siiski õppima. Tänapäeva kooliprogrammide puhul tähendab kuu aega koolist puudumine suurt mahajäämist õppetöös. Tallinna Linna Kliinilises Lastehaiglas oli 1980. aastal 95 kooliealist last ravil üle 30 päeva. Kui arvestada, et ka enne

haiglaravi on laps sageli juba kodus haige olnud, tuleb koolist puudumise päevade arv küllaltki suur. Pärast haiguse põdemist vajab laps säästvat režiimi veel edaspidigi, kuid kooliprogrammid seda ei võimalda. Järelikult peaks kindlasti ka haiglas tervenemisperioodil õppima, et vältida pärastist ülekoormust.

Täiskasvanu on haiglas täielikult vabastatud tööst, õppimine on ju lapse töö, ja kas ei vaja haige lapski tööst vabastamist? Kui aga õppimine jätta vabatahtlikuks, siis õpivad üksnes koolis hästi edasijõudnud. Ajalukku on läinud klassikursust kordama jäävad õpilased. Raske tervisehäire tõttu koolist kaua puudunud õpilased peavad klassi igal juhul lõpetama, olgugi et puudulike teadmiste ja rahuldavate hinnetega. Kas nii toimida on ikkagi õige? Haiguse tõttu kaua koolist puudunud õpilase klassikursust kordama jäämine ei tohiks küll õpetajate töö hinnangus määrav olla. Probleemiks võib olla lapse kohanemine uue klassikollektiiviga, kuid hea õppe-
edukuse nimel tuleb ka kohanemisraskustest üle saada.

Raviprotseduurid tekitavad lastes hirmu. See on loomulik. Asjatu on last noomida, kui ta ei ole nõus valutegemisega. Protseduuritoas peaksid kõik instrumendid olema varjatud, lapse tähelepanu peaksid köitma lastepärased esemed ja pildid. Kui laps on lasknud ennast rahulikult süstida või muu protseduuri vapralt välja kannatanud, tuleb teda kindlasti kiita. See innustab teda järgnevatelgi kordadel vapper olema.

Tuleb võimalikult palju luua olukordi, et saaksid tekkida meeldivad emotsioonid. Mida rikkalikuma fantaasiaga laps on, seda rohkem on tal eeldusi pingest vabaneda. Suurematele lastele võib rõhutada, et tahtejõud on vahend, mida tuleb endas kasvatada. Tahta, tugevalt tahta tähendab sageli olla nii vastu-
pidav, nagu seda nõuab elusituatsioon.

Kroonilisi haigusi põdevad keskmise kooliea lapsed tavatsevad mõnikord uhkustada oma haigusega. Nad tunnevad ennast kangelasena, et on palju kordi haiglas olnud. Kodus hellitatakse

neid üleliia ja räägitakse palju lapse haigusest. Haigus kujuneb ka lapse meeldivamaks jutuaineks, iga süsti ja raviprotseduuri puhul loodab ta suuri mat kaasatundmist ning haletsemist teiste poolt. Kõige muu vastu aga muutub laps passiivseks, õppida ei taha, sest ta on ju «nii väga haige». Mida sellise lapsega ette võtta? Haigusest saavad arstid jagu, kuid on kurb, kui laps harjub rääkima oma haigusest ja virisema ilma tõelise põhjuseeta. Lastesse tuleb sisendada, et haige olla pole kangelastegu. Ka haigena peab laps säilitama huvi maailmaprobleemide vastu, õppima ja tegutsema oma võimete kohaselt.

Nii laste ümberkasvatamiseks kui ka kõigi haiglas viibivate laste olukorra normaliseerimiseks on vaja võimalikult palju muuta lasteosakonna haiglapärasust. Olgu lastele mänguasjad, raamatud, mängutuba, kus võiks unustada haiglamured. Korraldatagu muinasjutuõhtuid, lastesaateid, pidupäevi, antagu välja seinalehte.

«Lapsepõlv on inimelu tähtsaim periood — see pole üksnes ettevalmistus tulevaseks eluks, vaid tõeline, kirgas, omapärane ja kordumatu elu» (V. Suhhomlinski).

Palatis valitsegu kollektiivsustunne. «Kasvatades kollektiivi, tuleb selles näha iga üksikut last tema kordumatu vaimse maailmaga, hoolitsusega kasvatada iga kasvandikku. Kollektiiv, kus laps ei leia oma vaimuelu tarbeks mitte midagi, kus talle ei saa omaks kõrgemaid huve, kaotab lapse silmis igasuguse autoriteedi» (V. Suhhomlinski).

Lapse meeoleolu sõltub suuresti palatikaaslaste hoiakust. Tähtis on luua optimistlik, rõõmsameelne miljö. Mitte rääkida haigustest, püüda lapse tähelepanu neist kõrvale juhtida. Korraldada võimete- ja tervisekohaseid üritusi.

Pikaajaliselt lamavate lastega saab hea tahtmise juures palju korda saata: mängu korraldada, äratada neis huvi muinasjuttude, juttude ja luuletuste kirjutamise vastu.

Lasteosakonnas ja ka palatis, kui seal on lamavad haiged, peaks olema nurga-

ke laste töödega. See valmistab palju rõõmu. Laps peab ka haiglas elama loomemaailmas.

V. Suhhomlinski on väitnud, et pedagoogikast peab saama teadus igauhele, nii õpetajale kui ka lapsevanemale, ilmtingimata ka lastehaigla meditsiinipersonalile. On hea, kui haiglast lahkudes võtab laps kaasa peale tervise ka meeldivaid mälestusi ja uusi oskusi.

Tallinna Linna Kliiniline Lastehaigla

LAPSESUU HAIGLATEEMADEL

Silmapaistvad pedagoogid ja pediaatrid on väikelast nimetanud geniaalseks olendiks, sest kõik, mida ta näeb, märkab, tunnetab, selle kõik salvestab ta mällu, südamesse. Isegi haige laps võib olla väga elav ja terane.

Järgnevad ütlemissed ja mõtted ongi kirja pandud haiglaravil viibivate väikelaste suust.

Kolme ja poole aastase Peetri jalgadel on sinised laigud. Ise ütleb ta nende kohta: «Need on ema näpupäljed, kui ta mulle sukki jalga paneb».

Väike nelja-aastane Mati uriini analüüsiks andes: «Ütle, kui ma hästi palju pissin, kas ma siis ka rutem koju saan?».

«Mulle väga meeldib, et sa siin käid, aga ütle, millal sa tööl käid?», küsis nelja-aastane Erkki oma raviarstilt.

«Kui mul vererõhku mõõdetakse, siis ei ole mul ühtegi tunnet.» (kolme ja poole aastane Vahur).

«Arstitädi, tule, palun, üleni palatisse!» (viieaastane Erkki).

Arst: «Kas ema käib sind sageli vaatamas?» Nelja-aastane Anneli: «Ei, ta käib iga päev.»

Kolmeaastane Mart arsti küsimusele, kui vana ta on: «Ma ei ole vana, olen kolm.»

«Kui vana sa oled, Katrin?» — «Kolmveerand neli.»

«Ütle, mis sa öösel unes nägid?» Kahe ja poole aastane Anne: «Pime oli, midagi ei näinud.»

Aasta ja 11 kuud vana Mari seisab kraanikausi ees toolil ja peseb käsi. Hoiatusele, et ta maha ei kukuks, vastab: «Ei ma kuku, ma hoian ju seebist kinni.»

Väikesel, nelja ja poole aastasel Mardil valutas öösel käsi. Kui temalt küsiti, et kumb käsi tal valutas, siis vastas Mart: «See käsi, mis oli selle väikese kapi pool.»

Kogunud ja kirja pannud Aino Ostrat

Kaadri ettevalmis- tamine

TEADUSLIKKE KUTSEID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni preisiidiumi otsusega 26. juunist 1981 a. (protokoll nr. 24) anti professorikutse hügieeni erialal Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi direktori asetäitjale teaduse alal arstiteaduse doktor **Raiot Sillale** ning professorikutse epidemioloogia erialal sama instituudi epidemioloogiaosakonna juhatajale arstiteaduse doktor **Joosep Reinarule**.

TRÜ ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1981. A.

Thea Aarma, Boris Abarbartšuk (kiitusega), Svetlana Ajapova, Merike Alvere, Ilmar Amjärv, Tamara Andronnikova, Maire Anter, Valeri Arbuzov (kiitusega), Ly Aru, Ain Aus, Jüri Ausmees, Birute Bagužyte, Teimuras Bakuradze, Olga Baranovskaja, Anneli Beilmann, Ilze Brežinska, Olga Buslajeva, Viktor Buslajev, Galina Cepili, Natalia Cepili, Aldis Cirulis, Olga Djumina, Reet Eelmäe, Anne Eerma (kiitusega), Mare Enn, Auli Esko, Enna Ester, Regina Feldman, Gennadi Gorelašvili, Heli Grossberg, Lauri Gustavson, Katrin Hannimägi, Lia Hanson, Helgi Hansar (kiitusega), Oganess Hatšijan, Maret Ilves, Aleksandr Ištšenko, Jelena-Maria Jakimenko, Maie Jakobson, Riina Jents, Merike Johanson, Kaja Julge, Villu Jurss, Merle Jänes, Virge Jänes (kiitusega), Ene Järve, Ülle Kadastik, Sergei Kajumov, Irja Kalbe, Tiit Kalmel, Anu Kangro (kiitusega), Olga Karhu, Helle Karro, Gin-

tautas Kekštas, Üllar Kerner, Jüri Kolesnikov, Ivo Kolts, Larissa Konoplenko, Jelena Konovalova (kiitusega), Aleksandr Košelov, Boris Kotin, Aleksandra Kotina, Luule Klaar, Vera Kravtšenko, Vassili Kripakov, Lea Kuhi, Urve Kukk, Goar Kuldsaar, Ingrid Kull, Katrin Kull, Maarika Kull, Mart Kull, Givi Kurdgelia, Epp Kurvits, Mark Kusnetski, Aivar Kuusik, Irja Kuusik, Marju Kuusik, Marko Kõdar, Sirje Kõiv, Riina Kütner, Tiit Kütner, Hindrek Laanemäe, Reet Laasik, Carmen Laineste, Tivadar Lakatoš, Mare Lall, Veera Lan, Kaie Lauter, Marge Lepik, Ludmilla Leppikson, Ülle Lestmann, Signe Lieberg, Virgi Linnamägi, Sirje Linntam, Eha Lipmann, Tiit Lipstok (kiitusega), Galina Litter, Natalia Loboda, Imbrit Loogna, Ruti Loorits, Kaja Luhtmaa, Silja Lukas, Heli Lust, Peeter Lust, Anne Luuri, Imbi Lõo, Reet Lõoke, Mati Lüdimois, Siiri Lüdimois, Reet Madisson, Piret Maidlas, Gatis Makstenieks, Aleksei Mali, Aleksandr Malinovski, Valentina Melnišuk, Andres Meos, Leila Metsallik, Margus Mihkelsoo (kiitusega), Heli Murumets, Anu Mõtsnik, Andres Mäe, Inge Mäe, Malle Määrmann, Sirje Nedelko, Riina Niibo, Mare Normak, Aime Olesk, Sergei Omeltšenko, Raili Paal, Urve Paaver, Tatjana Pahhomova, Heli Paist, Natalia Pakina, Valdeko Pallav, Reet Palusalu (kiitusega), Olga Pankova, Kaja Pauklin, Meelis Pauklin, Aleksandr Pavlov, Rita Pihlak, Ene Piho, Taimi Pors, Anna Preobraženskaja (kiitusega), Svetlana Proškina, Jaan Pruler, Sirje Puhasmägi, Maarika Pukka, Kaja Pukk, Aleksandr Puskarjov, Gennadi Putkaradze, Märt Puusalu, Imbi Puusepp, Sirje Puusepp, Kaja Põldroo, Reet Pärnapuu, Eve Raamets, Olga Ragulja, Piret Rändver, Sirje Reinberg, Sirje Reinmets, Liidia Risto, Karin Roop, Meeli Robsi, Tiina Roosimägi, Svea Rosenthal (kiitusega), Riina Rämson, Riina Räni, Heikki Rändvee, Rašida Sadõkova, Vapu Sahk, Tiia Saks, Riina Salupere (kiitusega), Jaroslav Savka, Merle Seedre, Zinaida Serahnova, Saale Siht, Ingrid Siigur, Urmas Siigur (kiitusega), Sanja Smirnova, Vassili Sofilkanits (kiitusega), Olga Sojuzova, Marje Solbaja, Mare Soova, Madis Steinberg, Marina Sungalovskaja (kiitusega), Ülo Sõmer, Svetlana Šestakova, Ülo Zirel, Mari Tagen, Heidi Tago, Reet Tamm, Tiia Tamme-känd, Thea Tartes, Auri Taruste, Tiina Teder, Galina Tihhomirova, Urve Tiidla, Liilia

Tiisler (kiitusega), Virge Tiisma, Ljudmila Timofejeva, Larissa Timošenko, Inga Tommer, Hipp Toomsalu, Aade Topnik, Natalia Trofimova, Anne Trumm, Olga Trõnkina, Svetlana Tsepurko, Lilia Tsvang, Katrin Tuttelberg, Aleksandr Tutubalin, Heli Uba, Karl Urberg, Signe Ustav, Meelis Uustulnd, Tamara Vahtera, Pille Varik, Nina Vassiljeva, Heli Veeber, Tiit Veeber, Marlit Veldi, Allan Vibur, Signe Viira (kiitusega), Liina Viitas, Mare Vingel, Krista Vinkel, Tiiu Voitek, Aira Voll (kiitusega), Ljudmila Voskanjan, Vladimir Voskanjan, Helve Väli, Sille Väli, Reet Väljaots.

TALLINNA MEDITSIIKOOOLI LÕPETAJAD 1981. A.

Viire Aamisepp, Tea Aasma, Kersti Alle, Tatjana Andrianova, Inna Angelskaja, Svetlana Atrošenko, Tatjana Balašova, Jelena Barabaš, Tamara Bašlõkova (kiitusega), Larissa Borovskaja, Oksana Bugrova, Galina Demidenko, Natela Demetrašvili (kiitusega), Katrin Eesaru (kiitusega), Raili Ehrlich, Iivika Elva, Raissa Erin (kiitusega), Marina Gavrilova, Natalia Gorjunova, Lilia Gutjar (kiitusega), Anu Heidmets, Sirje Heidok, Viive Heinmets, Eda Hiob (kiitusega), Tiina Innos (kiitusega), Natalia Ivleva, Natalia Jakovenko (kiitusega), Tatjana Jassinskaja (kiitusega), Viive Järviste (kiitusega), Jelena Kainelainen, Ülle Kaljas, Imbi Kalmet, Ljudmila Kamalejeva, Anneli Kangust, Svetlana Kapišnikova, Merike Karileet (kiitusega), Sirje Kelu, Tiina Kilakova, Maila Kink (kiitusega), Helje Kitsing, Eda Kivistik, Sofia Komar, Erika Kordzadze, Anne Korjus, Kersti Korm, Tatjana Kriušenko, Marina Kulikovskaja, Anu Kull (kiitusega), Külli Kurik (kiitusega), Ede Kurme, Kersti Kurrel, Maire Kurvits, Sirje Kuuben, Draudel Könning, Mare Küber, Tiina Laast, Maiu Lahtvee, Marina Lall, Piia Leevik, Lea Leitmäe, Hannela Lemmik, Maire Liho, Ave Liiv, Taimi Loik, Lilia Maerko (kiitusega), Irina Malõševa, Irina Martõnjuk (kiitusega), Ljudmila Matlahhova, Tiiu Meerits (kiitusega), Merike Meindok, Ulvi Mellis, Vilme Meresmäe, Signe Meriste, Lidia Mezentsseva, Tiina Mitt (kiitusega), Sirje Moorast, Larissa Moroz, Ene Mägi, Lea Mägi, Reet Müls, Külli

Mündi, Irina Netsetova (kiitusega), Tatjana Nikulina, Tatjana Nilova, Silvi Nõmm, Olga Oleinikova, Ülla Ots, Kaia Otto, Nina Perel (kiitusega), Silje Petersoo (kiitusega), Ljudmila Piskunova (kiitusega), Hilli Plakso, Sirje Polding, Juliana Poltova, Külli Pomerants, Natalia Protassova, Sirje Rapp, Marianne Reitsekas, Virve Rimmelg, Mai Reppo, Riina Ridar, Anneli Rokka, Helle Saar, Marika Sahtel (kiitusega), Marianne Salm, Liivi Sass, Tatjana Sažinova, Ulvi Sinijärv (kiitusega), Tiiu Sinikas, Ljubov Smirnova, Tatjana Smirnova, Marika Soodla, Ulvi Sooru, Inna Starilova, Natalia Stogova, Ljudmila Saab, Irina Škunova, Ljudmila Šutjak, Jelena Zaržitskaja (kiitusega), Ruti Talts, Lia Tang (kiitusega), Liivi Teder, Margarita Teresk, Thea Themas, Ruth Tiitmaa, Irina Tolotsko, Katrin Toodu, Leelo Tšerepanov, Venera Tuljakova, Irina Turkina, Eve Vahi, Evelyn Vahtra, Katti Vaiküll, Krista Vainula, Raissa Vassiljeva, Ave Vesker, Tiia Viiand, Ülle Viikov, Indira Viiralt, Juta Vilimaa, Siiri Voit (kiitusega), Maime Volodko, Marina Vorožekina.

TARTU MEDITSIIKOOOLI LÕPETAJAD 1981. A.

Heli Alliksoo (kiitusega), Merike Anderson, Tatjana Andrejeva, Nadežda Antonova (kiitusega), Ly Arst-Rebane, Helgi Beier, Tiina Beljajeva (kiitusega), Galina Dautova (kiitusega), Heli Einman, Jevgenia Ganitšenko (kiitusega), Eve Gerf, Svetlana Govoruhhina (kiitusega), Piret Hecht, Maire Henno (kiitusega), Külli Hiovein, Sirje Härmaste (kiitusega), Liina-Regina Ivan, Irina Ivanova, Malle Juhkam, Ülle Jõema (kiitusega), Siiri Jürisoo, Tiia Kaldas (kiitusega), Marika Kallas, Maire Kasak, Aita Keerd, Tiia Kelder, Marju Kindma, Tiia Kivvi, Ellen Klazer, Tiiu Kook, Reet Koord (kiitusega), Maire Krillo, Olavi Kruusamägi, Marina Kubi, Aime Kukk, Marina Kuznetsova, Aklaida Käpp, Loore Kärtner (kiitusega), Olga Laan, Merike Laas, Sirje Laasma, Maivi Leppoja, Malle Lilleberg (kiitusega), Helle Lindre, Reet Loim (kiitusega), Jelena Lutšina, Ahti Maidla, Urve Marjapuu, Riina Matros (kiitusega), Alla Matrossova (kii-

tusega), Reet Mets, Ülle Miitel, Jelena Modenova, Raja Montikova, Ene Murumets, Mariika Mõtus, Siiri Mällo, Saima Mälton, Virve Mürk, Nadežda Netšipailo, Maire Nieländer, Liivi Niitvägi, Merle Ohtla, Ene Orav, Linda Ots, Imbi Palm, Oksana Papõrnikova, Eve Parts, Tatjana Pastik, Olga Pavlihhina, Tiina Pedak, Ülle Pettai, Svetlana Plitonova, Liilia Pohlak (kiitusega), Karin Press, Liy Puusepp, Pille Pärna, Liivi Ratas, Tiina Rebane, Ljudmila Romanenkova, Ene Romanovski (kiitusega), Marika Roosi (kiitusega), Tiina Rüütel, Lea Saar, Reet Saia (kiitusega), Helve Sarapuu, Ive Schmuul (kiitusega), Hele Seimer, Meeli Sepp (kiitusega), Olga Severikova (kiitusega), Margarita Sikk, Imbi Sillasoo, Riina Sinisoo, Luule Sulamägi, Sirje Sõrmus, Tiina Sütt, Györgyi Subo (kiitusega), Jelena Šebanova, Jelena Zameta (kiitusega), Irene Zaslavskaja (kiitusega), Galina Žabina (kiitusega), Ljubova Ždanova, Maia Tari, Tatjana Tarassova, Ulvi Tasane (kiitusega), Karin Tennosaar, Marina Tepljukova (kiitusega), Tiia Tilga, Helve Tinnuri, Riina Toding, Tiina Tomberg, Eve Toomsalu, Liina Toomsoo, Marge Toots, Marina Tšatsina, Ave Tulp, Mari Tõnisson, Liivi Vadi, Aire Vaher, Hille Vaht (kiitusega), Maie Vahur, Vaike Vankov (kiitusega), Ülle Vares (kiitusega), Raili Viholainen, Juta Viira, Külli Visnapuu, Ruth Visse, Vena Vorobei, Anne Õunapuu (kiitusega).

nia Kazakevitš, Kira Kello, Svetlana Kolotuškina, Lidia Komogortseva, Svetlana Kontas, Maria Kozlova, Svetlana Kozlova, Tatjana Kožuhhova, Zoja Kralle, Nina Kružilina, Ljubov Kupa, Jelena Kurat, Larissa Kurilo, Tatjana Kuzmina, Svetlana Lebedeva, Irina Liimenko, Svetlana Lipina, Mari Ljubogaštinskaja, Natalia Lukanenkova, Natalia Lukas, Svetlana Luštšik, Irina Maksutova, Tatjana Matvejeva, Marina Mei, Irina Mihhaljova, Margarita Mištšenko, Ljubov Mitskevitiš, Rudolf Neifeld, Valentina Netšajeva, Valentina Ojamäe, Irina Ossipova, Tatjana Petrova, Vera Pilitsina, Antonina Plesnjavtseva, Tiina Poddubnaja, Valentina Ponomarjova, Tatjana Potanova, Nina Poznjak, Ljubov Puško, Vera Rak, Olga Rilluka, Zoja Russakevitš, Irina Semjonova, Šurvanat Serderova, Natalia Smirnova (kiitusega), Nina Soboljova, Tatjana Sohranitiš, Lidia Sokolova, Natalia Solomatina, Olga Solovjova, Jelena Starinskaja (kiitusega), Marina Suhhoverhova (kiitusega), Tatjana Sutškova, Svetlana Suvorova, Jekaterina Sahhunova, Natalia Šaparjeva, Valentina Šelepen, Tatjana Šiparjeva, Jelena Šmeljova, Valentina Stukar, Marina Zaitseva, Stella Talling, Lidia Tempenova, Anelia Topiši, Angelina Tšižova, Valentina Tšuvakk, Marika Vallas (kiitusega), Olga Vassiljeva, Natalia Vikman, Tatjana Vinogradova, Olga Viskova, Svetlana Vodnjeva (kiitusega), Irina Volkova, Jelena Vorobei, Marina Ustova.

KOHTLA-JÄRVE MEDITSIIINI- KOOLI LÕPETAJAD 1981. A.

Ljubov Aleksandrova, Jelena Aleksejeva, Marina Andronova, Irina Antonova, Jelena Averjanova, Irina Baburina, Tatjana Bakulina, Ljubov Balega, Galina Bessaga, Marina Boldõreva, Gultšira Boltajeva, Natalia Boriškova, Natalia Borzenko, Margarita Buivolova, Olga Dementjeva, Tatjana Djatlova, Tatjana Dmitrijeva, Tatjana Evve, Irina Fester, Raissa Filon, Valentina Gavriljuk, Natalia Gilina, Jelena Golovina, Ljudmila Golubenko, Galina Gontšarik, Tatjana Gorbunova, Tatjana Gratišjeva, Ljubov Gural, Inna Hmeljovskaja, Tatjana Izumrudova, Tamara Ivanova, Valentina Jakovleva, Jelena Jegorova, Leili Jermolajeva, Ljubov Kalinina, Gulsina Kanzafarova, Mela-

Konverentsid ja nõupidamised

USA ja NSV Liidu teadlaste II sümposion põlevkiviga seotud keskkonna- ja tervisekaitse alal toimus 22. juunist 23. juunini 1981 Tallinnas, 24. ja 25. juunil arutati koostööplaane 1981...1983. aastaks. Esimene samateemaline sümposion oli 1977. aastal Denveris Colorado osariigis.

Nõupidamisest, mida juhatasid Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor prof. P. Bogovski ning USA delegatsiooni juht M. Holland, võttis osa ka kuus USA teadlast.

Kuulati 9 ettekannet USA ja 9 meie teadlastelt. M. Purde käsitles põlevkivitööstuse tööliste vähki haigestumist ja V. Jaakmees rääkis atmosfääri saastumise mõjust põlevkivibasseini elanike tervisele. Ohuproovide võtmisest põlevkivitööstuses rääkis doktor M. Tillery (USA). Põlevkiviõlide keemilisest koostisest ja mutageensusest andis ülevaate doktor M. Guerin (USA). Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi poolt USA-sse saadetud põlevkiviõlide ning -tuha proovid võimaldasid paralleelselt teha uurimistöid. Nii näiteks andsid Los Alamose teadlased Eesti ja USA põlevkivi võrdleva füüsikalise ja keemilise iseloomustuse. M. Holland võrdles USA ja Eesti põlevkiviõli toimet katseloomadesse, kusjuures põlevkiviõli oli manustatud inhalatsiooni teel.

Mitmed tööd selgitasid põlevkiviõlide, fenoolide jt. põlevkivitoodete toimet katseloomadesse (M. Tillery, M. Holland, P. Bogovski, A. Küng jt.). Keskkonna saastumist põlevkivitoodetega käsitlesid seekord ainult Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadlased. Nende ettekanded andsid ülevaate



Foto 1. Fotomälestus NSV Liidu ja USA teadlaste II sümposionilt Tallinnas 1981. a. juunis. Esireas vasakult: A. Itra, I. Veldre, A. Küng; teises reas: O. Kirret, D. A. Smith, M. R. Guerin, M. I. Tillery; kolmandas reas: M. Gubergrits, V. Jaakmees, W. R. Chapell, T. Veidebaum, Ph. E. Schambra, S. Bogovski, L. M. Holland, F. Vinkmann, P. Bogovski. M. Mällo fotod.

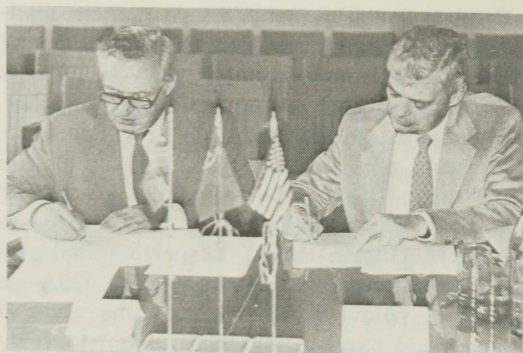


Foto 2. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktor P. Bogovski ja Los Alamose teadusliku laboratooriumi imetajate bioloogia osakonna juhataja L. M. Holland koostöödokumendile alla kirjutamas.

benso(a)püreeeni kui põlevkivitööstuse heitproduktidega saastumise indikaatoraine sisaldusest meie vabariigi veekogude vees ja eri hüdrobiontides (I. Veldre) ning benso(a)püreeeni lagunemise kiirusest põhjasetetes (A. Itä). Kasvajate esinemist Soome lahe haugil ja selle võimalikkusest vee saastumisega käsitles S. Bogovski.

Ameerika teadurid tutvusid Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi laboratooriumidega ning külastasid Eesti NSV Teaduste Akadeemia Keemia Instituuti. Eesti NSV Teaduste Akadeemia korrespondentliige O. Kirret, prof. M. Gubergrits jt. tutvustasid Keemia Instituudis põlevkivi keemilise koostise uurimise alal tehtavat tööd.

Arutati vastastikust huvi pakkuvaid probleeme ja tehti edasise koostöö plaane.

Viimasel päeval kirjutasid mõlema maa esindajad (prof. P. Bogovski ja doktor M. Holland) alla dokumendile, milles nähakse ette jätkata uurimistöid põlevkivitoodete toksilise, mutageense ja kantserogeense toime selgitamiseks, saata Eesti põlevkiviõlide, -tuha ja heitvete proovid USA-sse võrdlevaks uurimiseks, samuti jätkata teadlaste vastastikuseid külaskäike kogemuste vahetamise eesmärgil. Järgmine sümposium on kavas korraldada 1984. a. USA-s.

Ingeborg Veldre

Eesti NSV terapeutide VII kongress toimus 19...21. maini 1981 Tallinnas. Kongressi avas tervishoiuministri esimene asetäitja E. Väärt. Loeti ette Üleliidulise Terapeutide Teadusliku Seltsi esimehe akadeemik F. Komarovi tervitus. Osavõtjaid oli üle 350 arsti, nende hulgas ka Moskva, Leningradi, Kaliningradi, Krasnodari jt. linnade, samuti Ukraina, Läti, Leedu, Gruusia, Moldaavia liiduvabariikide arstiteadlasi. Kongressist võttis osa Eesti NSV tervishoiuminister prof. V. Rätsep.

Arutati kolme põhiprobleemi, kuulati 50 teaduslikku ettekannet. Kongressi materjalide kogumikus «Aktuaalsed teraapiaprobleemid» trükiti ära üle 140 töö kokkuvõtet.

Polikliinilisest arstiabist ja arenguperspektiividest meie vabariigis andis ülevaate allakirjutanu. Möödunud viisaastaku lõpuks tuli ühe terapeudiametikoha kohta keskmiselt 2232 elanikku, 1975. aastal aga 2770. Terapeudikohad on komplekteeritud aastati keskmiselt 99-protsendiliselt, terapeudi tunnikoormus ei ületa normatiivset enamikus linnades ja rajoonides. Palju on ära tehtud dispanseerimise täiustamisel ning see töö jätkub, samuti spetsialiseeritud abi laiendamisel polikliinikus, eelkõige kardioloogia, gastroenteroloogia ja reumatoloogia alal. Viisaastakul alustasid tegevust kardioloogia-, gastroenteroloogia-, pulmonoloogia-, allergoloogia- ja kutsehaiguste keskused. Eesti NSV terapeutide VI ja VII kongressi vahemikus on korraldatud 61 seminari, koostatud 46 meetoodilist kirja, välja antud 52 monograafiat ja teadustööde kogumikku, on saadud tunnistused 38 ratsionaliseerimisettepaneku kohta. Teha on veel nii mõndagi. Meil seisab ees kardioloogiainstituudi avamine, on juba mõeldud tulevase instituudi ruumide ja kaadri üle. Raskusi on reumatoloogide, gastroenteroloogide jt. eriarstide kohtade komplekteerimisega.

Polikliiniku terapeutide tööst rääkides rõhutas prof. K. Kõrge jaoskonnaterapeudi ülesannete üha suurenevat komplitseeritust ja ka vastutust. Terapeutide ettevalmistamisel peab meditsiini tänapäevaseid tendentse silmas pidama. Teises ettekandes käsitleti veel gastroenteroloogiliste haigete polikliinilise abi parendamise võimalusi, terapeutide töö eksperitiisi meetoodikat, polikliiniku kardioloogia- ja gastroenteroloogiakabinettide ning allergoloogiakeskuse tegevust. Mitu esinejat analüüsisid dispanseerimist eri aspektist.



Foto 1. Vasakult: N. Skuja (Riia), V. Saarma, A. Loginov (Moskva), N. Elšteín, V. Aleksejev (Moskva), I. Silinš (Riia).

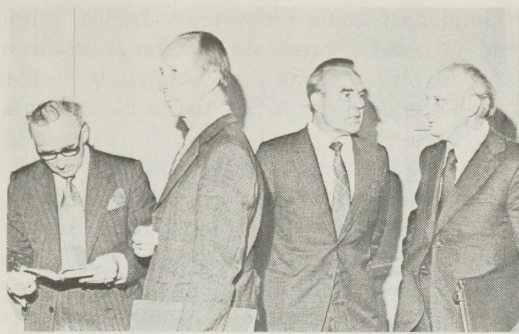


Foto 2. Ü. Lepp, K. Kõrge, J. Narma, R. Malviste.



Foto 3. E. Laane, R. Toots, L. Valdes



Foto 4. V. Saarma, G. Dorofejev (Leningrad), L. Piel. G. Lossi fotod.

Kolmel istungil kuulati töid, milles vaeti uut tänapäeva kardioloogias, reumatoloogias, pulmonoloogias ja gastroenteroloogias. Saadi teada, milliseid muutusi on pärgarterite seisundis infarktieelse sündroomi korral, kuulati uut müokardi radioisotooptsintigraafiast, EKG automaatanalüüsist, ehhokardiograafiast isheemiatõbe põdejail, bioenergeetilistest muutustest südamehaigeil.

Esitati kokkuvõtteid uute ravimite kasutamise kohta südamehaigeil, räägiti infarktihaigete sanatoorsest rehabiliteerimisest. Kõne all olid veel reumatoidartriidi antiflogistiline ravi, D-penitsillamiini kasutamine, kuurordiravi reumatoidartriidi korral, ägeda kopsupõletiku kulu ja ravi iseärasused, bronhiaalastma ravi ja muud.

NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi peaterapeut prof. A. Loginov esitas ülevaatliku analüüsi krooniliste maksahaiguste arengu patogeneetilistest mehhanismidest. H.-I. Maarooši, V. Salupere jt. töös oli vaatluse all pahaloomustunud maohaavandi diagnoosimise

võimalused gastroskoopia ja kantseroembrüonaalse antigeeni määramise teel. Käsitleti ka mao- ja kaksteistsõrmikuhaavandi ägedate haigusvormide diagnoosimist (G. Dorofejev jt. Leningradist), haavandtõve koosinemist arteriaalse hüpertensiooni ja suhkurtõvega, selle haiguse endoskoopilist ja röntgenoloogilist diagnoosimist võrdlevalt. Analüüsiti healoomulise hüperbilirubineemia kliinilist tähendust, kroonilise kolestaatilise hepatiidi diagnoosimise ja ravi raskusi, räägiti humoraalsetest immuunreaktsioonidest pankreatiidi korral.

Mitmes töös esitati uut ravimite toime kohta haavandtõve ja seedetrakti krooniliste haiguste ravis.

Kongressi kolmas põhiprobleem oli arstivaid ja nende vältimine. Kuulati väga erinevaid ettekandeid sisehaiguste diagnoosimise ja ravimise vigade kohta. Nagu meil teada on, oli arstide tähelepanu juhtimine sellele arstiteadusliku foorumi programmis esmakordselt. Arstivigadest ja arstide kutsealaste õiguse-

rikkumistest andis ülevaate A. Lukaš, kliiniliste ja patoanatomiliste diagnooside kõrvutamistest teraapiapraktikas kõneles V. Valdes. Teised ettekanded käsitlesid südame isheemiatõve, kopsuarteri trombemboolia, müokardiinfarkti, kopsupõletiku diagnoosimisel ettetulevaid arstivigu. Vigu on tehtud ka Behterevi tõve, suhkurtõve, ägedate leukooside diagnoosimisel, sellest kõnelesid Moskva ja Tartu arstiteadlased. Mitmes töös analüüsiti jämesoole, haavandilise koliidi, kroonilise koletsüstiidi ja muude gastroenteroloogiliste haiguste diagnoosimise vigu.

Sellel istungil kuuldust tulenes tees, et paljusid arstivigu on võimalik vältida. Probleem ise aga nõuab igalt arstilt rohkem tähelepanu. Mitmed külalisesinejad (A. Dembo, I. Silinš jt.) rõhutasid, et arstivigade arutelu peaks võtma üleliidulise foorumi kavasse.

Natan Elšteín

VII üleliiduline neuropatoloogide ja psühhiaatrite kongress toimus 26...30. maini 1981. aastal Moskvast.

Kongressi avas NSV Liidu tervishoiuminister S. Burenkov. Avakõne oli üleliidulise seltsi juhatuse esimehelt, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemikult G. Morozovilt. NSV Liidu tervishoiuministri asetäitja A. Safonov käsitles samal plenaaristungil nõukogude neuroloogia ja psühhiaatria saavutusi ning arenguperspektiive.

Avapäeva teise plenaaristungi teemaks oli närvi- ja psüühiliste haiguste õpetamise teoreetilised ning metodoloogilised alused. Istungil esitasid psühhiaatrilisi haigusi käsitlevaid ettekandeid juhtivad teadlased Moskvast. Akadeemik G. Morozovi ja I. Anohhina ettekandest ilmnas, kui suur tähtsus on dofaminergilisel süsteemil skisofreenia ja alkoholismi patogeneesis. Töö järeldused põhinesid dofamiini metaboliitide biokeemilise määramise andmetel ja dofamiini antagonistide ning agonistide toime hindamisel. A. Zurabašvili (Tbilisi) käsitles psüühho- ja somatostressi tegurite, mikrosotsiaalse miljöö, haige kompensatoorsete võimete osa psüühikahäirete etiopatogeneesis. H. Žarikov metodoloogilisi küsimusi epidemioloogiliste uuringute puhul. Standardiseeritud uurimisskeemide kasutuselevõtmine, glossariumide väljaandmine psühhopatoloogiliste sündroomide kohta, ühtsete skaalade kasutamine on võimaldanud

edukalt sooritada epidemioloogilisi uuringuid psühhiaatrias.

Järgneva kongressipäeva kolmas plenaaristung oli angioneuroloogia ja neljas alkoholismi alalt. NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikme prof. J. Saarma, H. Väre, V. Sergejevi ja L. Toomaspoja ettekanne tõi esile alkoholliku organismi valgu-sünteesi ja immunoloogilise reaktiivsuse nihete seosed psüühikahäirete tekkega, kusjuures esitati mitmeid originaalseid meetodeid, mis on kasutusel alkoholismi diagnostiliste testidena. Alkoholismi immunoloogilisi aspekte käsitles ka N. Kuznetsova (Moskva) ning biokeemiliste uuringute tulemusi M. Guljamov ja V. Kolomiets (Dušanbe).

Järgnevate istungite temaatika oli mitmekülgne. E. Babajan iseloomustas narkoloogilise organisatsiooni struktuuri järgmistes lüli-des: haiglaväline, poolstatsionaarne, statsionaarne. Mõnedes ettekannetes rõhutati laste ja noorukite psühhiaatrilise abi väljaarendamise vajadust. Vajalikuks tunnistati intensiivravi narkoloogilistel ja psühhiaatrilistel haigetel (I. Abezgaus ja J. Korotin). L. Kovalevskaja kaasautoritega (Donetsk) esitas tähelepanekuid tööstusettevõtete juures asuva narkoloogiaosakonna sotsiaal-majandusliku efekti kohta.

NSV Liidu Tervishoiuministeeriumi peapsühhiaater A. Tšurkin loetles tänapäeva psühhiaatria ülesannetena lastele ja noorukitele erialaabi tagamist, haigete rehabiliteerimise täiustamist tööstusettevõtetes ning iseseisva narkoloogilise abi väljaarendamist. Uuematest ravimeetoditest tutvustati alkoholpsühhhooside ravi barokambris (E. Tšurkin) ja hemosorptsiooni abil (E. Lužnikov kaasautoritega, Moskva). Närvi- ning psüühiliste haiguste õpetamise teoreetiliste ja metodoloogiliste aluste istungil esitas prof. J. Saarma psühhopatoloogiliste sündroomide Tartu klassifikatsiooni, mis aitab unifitseerida terminoloogiat nii praktilises kui ka teaduslikus uurimistöös. Sümpoosionidel käsitleti ka mitmeid selliseid teemasid nagu aju elektriline aktiivsus ja psüühiline talitlus, neuromediaatorid ja neuropeptiidid, epilepsia patogenees ning ravi jt. Kongress valis uue juhatuse, mille koosseisu meie vabariigist valiti NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige prof. J. Saarma ja prof. E. Raudam.

Hans Väre

XXX üleliiduline kirurgide kongress toimus 2...6. juunini 1981. a. Minskis. Juubelikongress oli pühendatud eeskätt ühele tänapäeva kõige aktuaalsemale probleemile — infektsioonile kirurgias, selle profülaktikale ja ravile.

Sektsioonides leidsid käsitlemist elatunud inimeste ning vanurite kirurgia, südame- ja veresoontekirurgia, kopsukirurgia, kirurgiline gastroenteroloogia, laste- ning mikrokirurgia.

Kongressil olid esindatud kõik liiduvabariigid, osavõtjaid 1345, väliskülalisi 26, nende hulgas üks tuntumaid kirurgilise infektsiooni eriteadlasi prof. W. Schmitt Rostockist. Eesti kirurgide delegatsioon oli kümneliikmeline eesotsas peakirurgi prof. Š. Gulordavaga.

Plenaaristungit, mis toimus Minski ooperiteatris, juhatas juubelikongressi presidendiks valitud NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik V. Strutškov.

Avaettekandeks sai sõna Üleliidulise Kirurgide Seltsi juhatuse esimees akadeemik B. Petrovski. Ta mainis, et kirurgia arengut on suuresti edendanud kodumaise meditsiinitehnika ja -aparatuuri laialdane kasutuselevõtt ning teadussaavutuste evitamine meditsiinipraktikas. Uute suundadena kirurgiliste haigete ravis leiavad kasutamist mikrokirurgia ja endoskoopiline kirurgia. Ulatuslikumalt kui eelmise kongressi eelsel perioodil on rakendatud ultraheli-, laser- ja baroterapiat. Suure töö uute diagnoosimis- ja ravimeetodite kasutuselevõtmisel, nende populariseerimisel on ära teinud kirurgide seltsid, kelle liikmetel on tihedaid sidemeid paljude välismaa juhtivate kirurgiakeskustega.

V. Strutškovi ettekanne puudutas kongressi põhiteemat — infektsiooni kirurgias. Esineja märkis, et kirurgia pahupooleks on mädapõletike all kannatavate haigete arvu rohkenemine. Samal ajal on infektsiooni tekitanud mikrofloora 80...90% -l juhtudest resistentne antibiootikumide suhtes. Uute antibiootikumide sünteesimine pole aidanud, ei ole andnud oodatavaid tulemusi. Üle 2500 linnahaigla struktuuris puuduvad antiseptilise kirurgia osakonnad. Autor toonitas, et infektsioon kirurgias on riikliku tähtsusega probleem. Raskustest aitaksid üle saada kirurgilise töö parem organiseerimine, sanitaar-epidemioloogiliste ürituste kompleksne rakendamine ja laboratoorse teenistuse väljakujundamine, saajandi algul kehtestatud aseptika- ning anti-septikanõuete range järgimine.



Eesti NSV delegatsioon XXX üleliidulisel kirurgide kongressil Minskis. Esireas vasakult: T. Sulling, S. Sulling, E. Sepp, A. Haavel; tagareas: E. Küüra, K. Pöder, A. Kliiman, U. Sibul, J. Sarv, E. Tünder. Fotolt puudub delegatsiooni juht Š. Gulordava.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik V. Burakovski iseloomustas kardiovaskulaarkirurgia viimaste aastate edusamme. Ta andis kiitva hinnangu Eesti NSV kirurgide töödele, tõstis esile T. Sullingu ja kaasautori heatasemelist ettekannet kongressil.

Akadeemik M. Kuzin märkis oma ulatuslikus gastroenteroloogilise kirurgia aktuaalseid probleeme käsitavas ettekandes, et võrreldes eelmise, XXIX üleliidulise kirurgide kongressi suunistega on toimunud murrang haavandtõve kirurgilises ravis, nimelt elundit säästvate, mao funktsiooni korrigeerivate operatsioonide — vagotoomia — kasuks. Nende operatsioonide tehnika väljatöötamisel ja kasutuselevõtmisel on eesti kirurgid olnud esimeste hulgas.

Kongressi delegatidel oli võimalus tutvuda originaalse vene ja nõukogude juhtivate kirurgide portreede galeriiga ning näha mikrokirurgia, kardiovaskulaarkirurgia ja proksi-maalse selektiivse vagotoomia alaseid filme.

Viimasel plenaaristungil valiti uus üleliidulise seltsi juhatus, kelle esimeheks sai järjekordselt akadeemik B. Petrovski.

Uno Sibul
Kalju Pöder

Meie juubilar

JUUBILAR ON NSV LIIDU ARSTITEADUSE AKADEEMIA KORRESPONDENTLIIGE PROFESSOR JÜRI SAARMA

Meie vabariigi silmapaistev arstiteadlane, TRÜ arstiteaduskonna psühhiaatria kateedri juhataja, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige professor Jüri Saarma sai 24. oktoobril 1981 60-aastaseks. Rahvusvahelise mainega teadlane, Rahvusvahelise Kõrgeima Närvitegevuse Assotsiatsiooni president, Eesti NSV teeneline arst J. Saarma on palju teinud, palju näinud, palju haigeid ravinud arst ja õppejõud. Tema viljakast kõikejõudmisest õppe- ja teadustöös on «Nõukogude Eesti Tervishoiu» veergudel juba varem kirjutatud. Ajakirja toimetuse palus juubilari avaldada mõtteid mõnele küsimusele vastates.

1. Milline on olnud psühhiaatria areng Eesti NSV-s 35 aasta jooksul Teie silme all?

See on olnud rõõmustavalt ulatuslik ning mitmekülgne. Endisest suletud, intramuraalsest psühhiaatriast on kujunenud kompleksne haiglavälise ja statsionaarse psühhiaatrilise



Fotol näeme prof. J. Saarmat arstiteaduskonnas päeval TRÜ aulas 15. oktoobril 1976 akadeemilist loengut pidamas.

abi süsteem. Endisest kitsa haardega erialast on välja arenenud kogu meditsiiniga tihedalt integreerunud spetsialiseeritud arstiabi süsteem. Endisest üksnes raviga tegelevast psühhiaatriast on saanud ulatusliku profülaktikaga, tõhusa ravi ning laialdase rehabilitatsiooniga tegelev nüüdispsühhiaatria. Samal ajal on meie vabariigi spetsialistid andnud märkimisväärse panuse ka psühhiaatria teooriasse.

Need suured muutused on võimalikuks saanud meie sotsialistliku korra ning ühtse riikliku tervishoiusüsteemi tõttu, nad on tuginevad nõukogude psühhiaatria üldarengule ning meie vabariigi juhtinstantside ja üldsuse üha enam soodsamale hoiakule. Muutuste elluviijaiks on olnud põhiliselt noorema põlvkonna rohkearvuline psühhiaatrite pere. Rahuldustundega võib nentida, et psühhiaatriatalituse tänapäevase materiaalse baasi väljahitamine ulatuslik programm on koostatud ning on alustatud selle elluviimist.

2. Mida peate tervishoiu populariseerimise põhiülesanneteks?

Tervis ja haigus huvitavad igat inimest. Piisav informeeritus hügieeni põhinõuetest tagab haiguste profülaktika, piisav teadlikkus haigustest toob kaasa õigeaegse pöördumise arstiabi saama. Psüühikahaiguste vältimises ning ravis on üldsuse teadlikkusel eriline tähtsus. On säilinud veel palju igandlikke eelarvamusi nende haiguste kohta.

Tervishoiu populariseerija tegevuses olen põhiülesannet näinud selliste igandlike eelarvamuste hajutamises. Olen püüdnud levitada tänapäevaseid ratsionalistlikke arusaamasid psüühikahaiguste olemusest, näidata nüüdispsühhiaatria mõjusaid ravivõimalusi, süvendada asjalikku hoiakut psüühiliselt haigetesse ning psühhiaatriaasutustesse, kaasata üldsust haigete laialdasse rehabiliteerimisse.

3. Teie kui arstiteadlase tegevus on ulatunud ja viinud Teid kaugetele maadele. Mis on selle eeldus, et teadlane suudaks oma teadustöös jõuda globaalsele tasandile?

Tõepoolest, Nõukogudemaa psühhiaatria ühe esindajana on mul võimalik olnud osa võtta rahvusvahelistest kongressidest ja nõupidamistest. Olen tunnetanud vahetute kontaktide stimuleerivat toimet, kogenud informatsiooni otseallikast ammutamise väärtust. Olen tundnud ka rahuldust kodumaise psühhiaatria väarikast kohast rahvusvahelises ulatuses. Nii mõnedki diagnoosimis- ja ravi- võtted oleme kasutusele võtnud rajataguste kolleegide kogemustega otsese tutvumise põhjal. Meil omakorda on olnud võimalik välismaa kolleegidele omapoolseid psühhiaatria praktika ning teooria saavutusi üle anda ja rõõmu tunda selle üle, kui neid on raken- datud mujal. Pole kahtlust, et vaimse tervise programmi, nagu kogu tervishoiualast edasiminekut, on tänapäeva maailmas võimalik tagada üksnes kõikide rahvaste koostööga.

Keeruline on vastata, mis aitab spetsialistil jõuda internatsionaalsele tasandile. Arvan, et küllap andumus ning oma erialasse järjekindel süvenemine, sihipärane teadustöö ja selle publitseerimine ning mõningal määral erialaprobleemidele omamoodi ja uudne lähenemine ongi kokku selleks aluseks, millelt pikka- mööda kasvab välja niisuguseid teadustöö tulemusi, mida häbenemata võib tutvustada ka teiste maade kolleegidele. Eriti noortele tahaksin ütelda, et rahvusvaheliseks suhtle- miseks on tingimata tarvilik keelteoskus. On väga hea, kui eriteadlasel on kolleegidele mi- dagi ütelda, eriti veel, kui midagi uut. On aga väga halb, kui see võimalus jääb kasuta- mata keelebarjääri tõttu, sel juhul võib isegi väga väärtuslik uus idee isoleerituks ning laiale teadlasüldsusele tundmatuks jääda.

4. Mis on psühhiaatri, inimese hinge salaja- simate soppide tundja ja mõistataja, töös suu- rima tähtsusega?

Paljude väga vajalike iseloomuomaduste ja kutseoskuste kõrval on määrav tähtsus lihtsal eetilisel põhimõttel — austusel inimese vastu. Psüühikahaigused põhjustavad nii mõnigi kord raskeid käitumishäireid, üldsuse silmis võivad need haiged minetada oma inimlikud omadused, mistõttu neisse suhtutakse lausa tõrjuvalt. Psühhiaater peab ka nendesse suut- ma suhtuda ikka kui haigetesse inimestesse. Teha kõik selleks, et haigel taastuks tema mi- na, tema inimlik mõistus ning käitumine, väl- tides seejuures kõike, mis võiks kahjustada või solvata ravialuse inimväarikust — see on

psühhiaatrikutse olemus ning mõte, tema õilis kohus. Vahel on see üsnagi raske, sest tugevate psüühikahäirete korral minetab hai- ge võime oma seisundit õigesti hinnata. Ta ei pea end haigeks ega arstiabi vajalikuks, ta keeldub haiglasse paigutamisest, ei ole nõus raviprotseduuridega. Niisugusel juhul peab psühhiaater tegutsema vastu haige tahtmist ning vahel isegi sunnivahendeid kasutades. Arusaadavalt nõuab see sügavasti läbitunne- tatud eetilisi põhimõtteid ning suurt vastutus- tunnet. Muidu ei oleks ta suuteline diferent- sima tõelist humaansust pseudohumaansusest, tõelist austust inimese vastu pseudodelikaat- susest.

Nii mõnigi kord kohtab psühhiaater patsien- tidel tava-, moraali- ja korravastast käitu- mist. Kuid ta ei tohi kunagi asuda patsiendi suhtes süüdistaja ossa, vaid alati jääma hai- gete poolele kui sõbralikult mõistev ning toe- tav abimees.

5. Mida soovitaksite noorel arstil kõige tähtsamaks pidada?

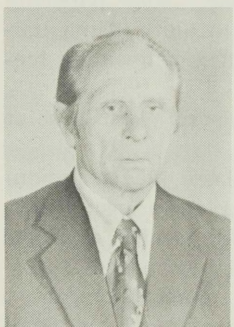
Meediku töö nõuab erialasse jäägitut andu- mist, see töö peab olema elule sisu andev kutsumus. Arst pidagu alati meeles, et haigel on peale oma haiguse veel tundmused, kujut- lused ning mõtted. Haiget inimest saame hästi abistada üksnes siis, kui ravime tema põhi- haigust ning aitame taastada ka psüühilise heaolu. Säilitada ja süvendada haigega suht- lemisel lihtsat inimlikku kontakti — see on tänapäeval üha suurema kaaluga. Kätkevad ju meditsiini järjest edenev spetsialiseerumi- ne ja tehnifitseerumine ohtu, et haige — arsti suhetes tekib samalaadne võõrandumine, mi- da paljudel inimtegevuse aladel võime tähel- dada. Meditsiinis aga tähendaks taoline võõ- randumine meditsiini põhiolemusest lahtiütle- mist.

Nõukogudemaa meedikute tegevusel on kõi- gele lisaks täiesti spetsiifiline, eriline osa: ta- gada inimesele põhiseadusliku õiguse — õigu- se tervise kaitsele ja tasuta arstiabile — rea- liseerimine. Seepärast peab iga arst kutsetege- vuses tunnetama oma töö suurt sotsiaalset kaalu ning vastutust kogu ühiskonna ees. Nõukogude arsti vandes talletatud õilsad printsiibid olgu tulikirjaga kinnistatud iga meediku teadvusse.

*Juubilarile esitas küsimused
Vello Laos*



Tatjana Bogovskaja, teenekas meditsiinitöötaja, sai 29. oktoobril 1981 85-aastaseks. Esimesest maailmasõjast võttis osa õena, Kodusõja kee-
rises sattus Eestisse. Aastail 1920...1927 elas Saaremaal ning kasva-
tas kahte last. Pärast abikaasa, Kihelkonna jaoskonnaarsti A. Bogovski
surma asus elama Tartusse, kus lõpetas velskri-ämmaemandate kooli.
Ajavahemikul 1928...1941 oli Tartu Ülikooli I Haavakliiniku rönt-
geniõde. Paljud vanema põlvkonna arstid mäletavad teda sellest ajast
õde Tanja nime all, kelle kutsealane tublidus, optimism ja heasüdam-
likkus võitsid kõikide lugupidamise. Suure Isamaasõja ajal evakuee-
rus perega tagalasse. Alma-Ata oblastis töötas velskriinika arstijaoskon-
nas, 1942...1944 oli selle juhatajaks. 1944. a. lõpetas Leningradis sani-
taaararstide täienduskursused ning töötas Leningradi Oblasti Sanitaar-
ja Epidemioloogiajaamas. Tartusse tuli tagasi vahetult pärast selle
vabastamist ning määrati linna vanemsanitaarinspektoriks. Aastail
1944...1950 täitis korduvalt ka tervishoiuosakonna juhataja kohus-
tusi. Ajavahemikul 1950...1957 töötas Tallinnas Punase Risti Seltsi
Vabariikliku Komitee aseesimehena ning Seltsi Üleliidulise Komitee
liikmena. Vabariikliku tähtsusega personaalpensionär. T. Bogovskaja
on NLKP liige 1948. a. alates. Ka pensionärina ei ole ta minetanud
huvi meie vabariigi tervishoiuprobleemide vastu. Soovime auväärsele
juubilarile suurt rahuldust, õnne ja tervist veel paljudeks aastateks.



Juho Matsalu, Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sani-
taaararsti abi, sai 22. augustil 1981. a. 70-aastaseks. Sündinud Pärnu-
maal käsitöölise perekonnas. 1940. a. lõpetas Tallinna Erakolledži. Suu-
rest Isamaasõjast võttis osa sõjaväevelskrina. On õppinud Sverdlovskis
sanitaararsti abide ja Leningradis sanitaarkeemia laborantide kursus-
tel. Tartu Meditsiiniikooli lõpetas 1957. a. Ajavahemikul 1944...1945
oli Tartumaa tervishoiuosakonna juhataja asetäitja, 1946...1949 Tar-
tumaa riiklik sanitaarinspektor ja epidemioloog, 1950...1978 Tartu
Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama toitlustussanitaararsti abi.
Aastail 1966...1980 oli Sanitaarteenistuse Keskastme Meditsiinitöötä-
jate Seltsi Lõuna-Eesti Nõukogu esimees, 1967. aastast seltsi juhatus-
aseesimees. Juubilari hobid on kalastamine ja sport. J. Matsalu on
autasustatud Tööpunalipu ordeniga, rinnamärgiga «Tervishoiu ees-
rindlane» ning mitme aukirjaga.



Elmar Jõgar, Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri konsultant,
sai 12. septembril 1981. a. 70-aastaseks. Sündinud Tartumaal töolis-
perekonnas. 1932. a. lõpetas Tartu Õpetajate Seminari, pärast seda
töötas kooliõpetajana. 1938. a. alustas taas õpinguid ning 1946. a. lõpe-
tas TRÜ arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1951...1981 oli Tallinna
Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri kirurgiaosakonna juhataja. Ta on
aluse pannud näo- ja kaelapiirkonna pahaloomuliste kasvaja kirur-
gilisele ravile meie vabariigis. Korduvalt on ta oma teadmisi täien-
danud Moskva ja Leningradi instituutides, on kõrgema kategooria
onkokirurg. Oma rikkalikke teadmisi ja kogemusi on ta jaganud noo-
rematele kolleegidele. Võtab agaralt osa Eesti NSV Onkoloogide Teadusliku Seltsi tegevusest. Teda on autasustatud rinnamärgiga «Tervis-
hoiu eesrindlane», Tööveterani medaliga ja paljude aukirjadega.



Lidia Lavrova, Eesti NSV teeneline arst, Eesti NSV Tervishoiuminis-
teeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla vastuvõtuosakonna juha-
taja, sai 31. märtsil 1981 60-aastaseks. Sündinud Jaroslavlis teenistuja
perekonnas. 1944. aastal lõpetas Ivanovo Meditsiiniinstituudi. Aastail
1950...1976 töötas Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Laste ja Emade
Ravi-Profülaktilise Abi Osakonna juhataja ametikohal, kuuludes aja-
vahemikul 1959...1976 ministeeriumi kolleegiumi koosseisu. Aastaid
on olnud samas teadusliku meditsiininõukogu liige, korduvalt on teda
valitud ministeeriumi parteialgorganisatsiooni sekretäriks. Seejärel
töötas kolm aastat arstina Tallinna Linna Tuberkuloosidispanseris.
L. Lavrova on kõrgema kategooria tervishoiuorganisaator, on avalda-
nud artikleid tervishoiukorralduse teemadel. Juubilari on autasustatud
ordeniga «Austuse märk», V. I. Lenini juubelimedaliga ja Eesti NSV
Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga. NLKP ridadesse kuulub 1947.
aastast alates.



Ljudmila Tkatsova (Dzidzarija), Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla laevastikumeditiini osakonna arst, sai 2. juulil 1981. a. 60-aastaseks. Sündinud Gudautas õpetaja perekonnas. 1939. a. lõpetas Suhhumis keskkooli. Pärast seda alustas õpinguid Krasnodari Meditsiiniinstituudis ning jätkas neid Leningradi I Meditsiiniinstituudis ning Tbilisi Meditsiiniinstituudis. Pärast viimase lõpetamist suunati L. Tkatsova 1944. a. Eesti Laskurkorpuse 23. suurtükiväepolgu meditsiinipunkti ülemaks. Demobiliseerus 1945. a. oktoobris ning asus tööle Eesti Vee-transporti Tervishoiuosakonna ravi ja profülaktika vaneminspektori. Ajavahemikul 1951...1976 oli Riikliku Vee-transporti Sanitaar- ja Epidemioloogia teenistuse juhataja. 1976. a. alates on töötanud praegusel ametikohal. Mitmel korral on ta olnud täienduskursustel kesk-täiendusbaasides. Ühiskondlikust tööst on juubilar alati innukalt osa võtnud. Meelistegevuseks on pisikalendrite kollektioneerimine ja turism. Hea töö eest on L. Tkatsova pälvinud Tervishoiu eesrindlase rinnamärgi ja mitu medalit.



Julius Koljak, Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri peaarsti asetäitja, sai 17. augustil 1981. a. 60-aastaseks. Sündinud Tallinnas töölis perekonnas. TRÜ arstiteaduskonna lõpetas 1952. a. Seejärel asus tööle Viljandi Rajooni Keskhaiglas, kus oli onkoloogiakabineti juhataja ning ühtlasi ka sünnitus- ja günekoloogiaosakonna ordinaator. Koostöös A. Põllumaaga omandas täielikult sünnitusabi ja günekoloogiliste operatsioonide tehnika. 1968. a. alates on töötanud praegusel ametikohal. Korraldades polikliinilist tööd võttis J. Koljak meie vabariigi ravisutustes esimesena kasutusele reiterperfokaartide süsteemi. Suur on olnud tema osa Tervise Rahvaülikooli Nõmme osakonna töö organiseerimisel Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri baasil. J. Koljak on kõrgema kategooria onkogünekoloog ning meie vabariigi peaoogünekoloog. Hea töö eest on juubilar pälvinud mitmeid autasusid: V. I. Lenini juubelimedali, rinnamärgi «Tervishoiu eesrindlane», Eesti NSV Tervishoiu ministeeriumi ning ühingu «Teadus» aukirja.



Lemming Rootsmäe, Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama tootlustushügieeni osakonna juhataja, sai 25. augustil 1981. a. 60-aastaseks. Sündinud Tartus teadlase perekonnas. 1941. a. lõpetas Tartu 1. Keskkooli ning 1951. a. TRÜ arstiteaduskonna. Ajavahemikul 1951...1957 oli Mustvee rajooni peaarst, 1957...1960 Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi aspirant mikrobioloogia alal. 1960. a. alates on töötanud tootlustushügieeni spetsialistina Tartus. Oma erialal kohusetruu, nõudlik ja erudeeritud sanitaararst. On osa võtnud Eesti NSV Meditsiiniajaloolaste Teadusliku Seltsi tööst, uurinud nakkushaiguste osa eesti rahvastiku suremuses aastail 1711...1850. Trükis avaldanud sellealaseid töid ning esitanud ettekandeid konverentsidel. Juubilari meelisalaks on ornitoloogia. Osaleb Eesti NSV TA Loodusuurijate Seltsi ornitoloogiasektsiooni töös, esitanud ettekandeid Balti liiduvabariikide ja rahvusvahelistel konverentsidel. Avaldanud rohkesti ornitoloogiaalaseid artikleid. Juubilari on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» ning mitme aukirjaga.



Maret Malviste, Tallinna Vabariikliku Haigla günekoloogiaosakonna juhataja, sai 13. juunil 1981. a. 50-aastaseks. Sündinud Tallinnas, lõpetanud Tallinna 4. Keskkooli, 1956. aastal TRÜ arstiteaduskonna. Seejärel töötas kolm aastat Kohtla-Järve Linna Haiglas akušöörina-günekoloogina. Tallinna Vabariiklikus Haiglas on töötanud ligi kaks aastakümnet. 1971. aastast I kategooria akušöör-günekoloog. 1978. aastast günekoloogiaosakonna juhataja. Saanud hea teoreetilise ettevalmistuse ja omandanud rohkesti töökogemusi, eriti kirurgilise günekoloogia alal, on ta meie vabariigi üks juhtivamaid akušööre-günekolooge. Et Tallinna Vabariiklik Haigla on meie vabariigi õppebaasiks, tegeleb ta noore kaadri väljaõpetamisega. Võtab energiliselt osa Tallinna Akušööride-Günekoloogide Teadusliku Seltsi ja sünnitusabi nõukogu tööst, tegeleb organisatsioonilis-metoodilise juhendamisega rajoonides, on ühingu «Teadus» lektor. Ühiskonnatöös aktiivne, kuulub haigla rahvakontrolligruppi.

Uusi ravimeid

DIKLOKSATSILLIINNAATRIUM

(*Dicloxacillinum natrium*,
диклоксациллина натриевая соль)
Sünonüüme: *veracillin, stampen, cons-*
taphyl, dicloclil

Dikloksatsilliin kuulub poolsünteetiliste penitsilliinide rühma. Kristalne, spetsiifilise lõhnaga valge pulber, millel on mõru maitse. Lahustub kergesti vees, raskesti alkoholis. Mõjub bakteritsiidset.

Toimespektri poolest sarnaneb dikloksatsilliinnaatrium teiste penitsillinaasi suhtes püsivate poolsünteetiliste penitsilliinidega (metitsilliin, oksatsilliin jt.). Ravim on eriti mõjus penitsillinaasi tekitavate stafülokokknakkuste korral.

Dikloksatsilliinnaatrium on näidustatud eeskätt penitsillinaasi produtseerivatest stafülokokkidest põhjustatud haiguste raviks, mis muude antibiootikumidega ravitavad ei ole, samuti strepto- ja pneumokokkide ning muude, antud ravimi suhtes tundlike mikroobide puhul.

Näidustusteks ravimi kasutamisel on sepsis, septiline endokardiit, osteomüeliit, hingamisteede haigused (bronhiit, pneumoonia, pleuraempüem, kopsuabstsess); kuseteede haigused, mida on põhjustanud grampositiivsed mikroobid (prostaatit, uretriit, põelonefriit, tsüstiit), naha ja pehmete kudede nakkused, haavanakkused jm.

Ravim imendub sissevõtmisel kiiresti, tungides hästi kudedesse ja koeverelikesse. Põhiliselt eritub neerude kaudu.

Dikloksatsilliinnaatriumi võetakse sisse, süstitakse lihasesse või veeni; teda ei tohi süstida arterisse.

Täiskasvanu ööpäevane annus on 2 g dikloksatsilliini (kõikide manustamisviiside korral).

Raske kuluga nakkushaiguste korral võib annust suurendada 4 grammi ööpäevas.

Lastele antakse preparaati sisse võtta või süstitakse veeni:

enneaegsetele	20 mg/kg ööpäevas
vastsündinutele	40 mg/kg ööpäevas
kuni 1 aasta vanustele	60...80 mg/kg ööpäevas
1...6-aastastele	60 mg/kg ööpäevas
üle 6-aastastele	2 g ööpäevas.

Ööpäevane annus jaotatakse neljaks üksikannuseks. Sisse võetakse ravimit tund enne sööki. Lihasesse süstimiseks lahustatakse 0,5 g dikloksatsilliini 4 ml 0,5%-lises novokaiinilahuses. Veeni süstimiseks lahustatakse 0,5 g preparaati 10...15 ml lahustis (*aqua pro injectionibus*). Süstitakse 2...3 minuti jooksul. Vältima peab lahuse sattumist naha alla.

Veeni manustamisel tilkinfusioonina lahustatakse 0,5...1 g preparaati 100 ml isotoonilises naatriumkloriidilahuses, seejärel infundeeritakse 60...80 tilka minutis.

Olenevalt haiguse raskusest kestab ravi dikloksatsilliinnaatriumiga 1...3 nädalat. Mõnikord võib kõrvaltoimena põhjustada allergilist reaktsiooni, mis nõuab ravi katkestamist. Veeni süstimisel võib mõnikord esile kutsuda flebiiti ja periflebiiti.

Ravimi sissevõtmisel võivad ilmneda düspepsianähud, nagu meteorism, isutus, iiveldus, kõhulahtisus, mis pärast ravi katkestamist kaovad.

Vastunäidustuseks dikloksatsilliinnaatriumi kasutamisel on ülitundlikkus penitsilliinide suhtes. Bronhiaalastma, nõgestõve, heinapalaviku jt. allergiliste haiguste korral antakse samal ajal antibiootikumiga antihistamiinseid preparaate. Teda on keelatud ordineerida mao ja kaksteistsõrmiku haavandtõve ning gastriidi korral.

0,25 g dikloksatsilliinnaatriumi süstimiseks maksab 32 kopikat, kapslid sissevõtmiseks (0,25 g nr. 20) 3 rubla 12 kopikat.

Uus kodumaine antibiootikum. Kuulub B-nimekirja. Säilitatakse toatemperatuuril, kuivas, valguse eest kaitstud kohas.

Aino Jürison

Uut valuvaigistit «Anecotan», mis on ette nähtud kasutamiseks inhalatsioonipreparaadina, hakkas tootma üks Tšehhoslovakkia SV ravimifirmadest. Uut ravimit on otstarbekas kasutada sünnitusabis ja meditsiinilises esmaabis ning stomatoloogiapraktikas. Ta muudab võimalikuks raskesti haigete transportimise. Tootmisviis, tehnoloogia, milleks on kasutatud üksnes kodumaiseid tooraineid, töötati välja Praha Keemilise Tehnoloogia Ülikoolis. Esialgu on plaanis uut valuvaigistit valmistada 50 tonni aastas.

Humanitas, 1981, 15.

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

MEDITSIIINTERMINOLOOGIA KOMISJONIS

Meditsiini terminoloogia komisjoni 17. koosolekul 6. veebruaril 1981 tutvustati algul komisjonile laekunud keele- ja terminoloogia materjale:

1. Vabariikliku õigekeelsuskomisjoni otsused (mai '79 — august '80). Tallinn, 1980, 20 lk. Väljaanne hakkab ilmuma vastavalt vajadusele.

2. Pahaloomuliste kasvaja TNM klassifikatsioon. Kolmas trükk. Tallinn, 1980, 154 lk.

3. Kolm Eesti NSV terministandardit «Inimene-masin-süsteem». Tallinn, 1979.

4. ETA keelesõnumik. Ilmub juba kolmandat aastat väikeses tiraažis kseropaljunduses.

Järgmisena arutati terminoloogiakomisjoni le laekunud üksikpäringuid:

1. Kuidas kanda eesti teksti üle kreeka hiid (ladina keelde translitereeritult *ch*)? Sama küsimust käsitleb ka E. Kindlami artikkel «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1978, 3, 265—266.

Meditsiini terminite kohta kehtib reeglipärast: termini absoluutses alguses vahendab hiid *k*, terminisiseselt aga *h* (*hh*). Raskusi tekib prefiksrite lisandumisel ja liitsõnade korral.

Meditsiini terminoloogia komisjon asus seisukohale, et iseseisva ja väljakujunenud termini õigekirjutust ei ole otstarbekas muuta (näiteks *perikonder*, *hüpohondria*). Uute oskussõnade kujunemisel tuleb aga otsustada, kas *k* või *h*.

Prefiksrite komplitseeritud probleemi osaliseks lahendamiseks soovitab komisjon reeglit: kui prefiks lõpeb *k*-ga, vahendab hiid *h*. See-

ga *ekhümoos*, *ekhondroom*, *ekhondroos* jt.

2. Kas kirjutada *-kefaal-* või *-tsefaal-*? (vt. ka E. Kindlami artiklit «Nõukogude Eesti Tervishoid» 1978, 4, 369—371).

Selles küsimuses on segadus mitte ainult eesti, vaid paljudes keeltes. Kuid viimasel ajal valitseb teistes keeltes ja ka meie spetsialistide keelepruugis tendents eelistada *-tsefaal-*vormi. Seda arvestades ja lähtudes meditsiini terminite ühtlustamise vajadusest soovitab meditsiini terminoloogia komisjon kõikidel juhtudel *k* asemel ts: **tsefaalhema-****toom**, **tsefalomeetria**, **mikrotsefaal** jt.

3. Kas termin *septiline kirurgia* on õige, sest sepsist ju veel ei ole ja ka kirurgia ise ei ole septiline? Kas ei oleks õigem *antiseptiline kirurgia*?

Et siin on tegemist ajalooliste mõistetega: antiseptika (pärast Listerit, 1867) ja aseptika (pärast Bergmanni, 1886), ei saa terminit *antiseptiline kirurgia* tarvitama hakata teises tähenduses. **Septiline kirurgia** oskussõnana peaks jääma, kuid kasutada võiks ka oma-keelset **mädane kirurgia**.

4. Kas «Eesti NSV punane raamat» või «Eesti NSV Punane Raamat»?

Teosena oleks ta jutumärkides ja esisuurtähega, kuid õigem on kirjutada jutumärgideta ja väiketähtedega: **Eesti NSV punane raamat**.

5. Kasutusel on terminid *eelnev läbivaatus* ja *eelläbivaatus*. Kas ei oleks õigem *tööeelne läbivaatus*?

Võimalik on kasutada kõiki kolme. **Eelläbivaatuse** keeleline paralleel on *eelnev läbivaatus*, **tööeelne läbivaatus** aga tehakse näiteks taksojuhtidele iga päev.

6. Kas sanitar enam ei olegi olemas? Tööraamatusse kirjutatakse hooldusõde.

Ametlikus nomenklatuuris oleks tööpoolest vaja taastada sanitarikutse, mis võimaldaks nii meest kui ka naist sellele kohale võtta. Selleks aga oleks vaja kõrgemate instantside otsust. Hooldusõe kohale mees tööle ei lähe.

Meditsiini terminoloogia komisjoni 18. koosolekul 3. aprillil vahetati mõtteid senise töö üle T.-R. Viitso artiklis «Eesti linnunimedest» («Sirp ja Vasar» 13. märts 1981, lk. 4) tõstatatud probleemist lähtudes.

Komisjoni liikmed olid ühel nõul selles, et nimetatud artikkel (ja ka M. Hindi varasem «Ahime sukelkeetlit» «Sirbis ja Vasaras» 29.

veebruari 1980, lk. 5) on liiga teravalt ning ühekülgsest kirjutatud ja võib spetsialiste terminoloogiakorrastustööst eemale peletada. On ju keeleteadlastelgi ühe ja sama probleemi kohta erisuguseid arvamusi, kaasa arvatud terminoloogia, ja vaevalt võib korrastustöö printsiipide muutumist ja täiustamist nimetada «teaduslikuks moesuks».

Mis puutub meditsiiniterminoloogia komisjoni töösse, siis oli meeldiv kuulda filoloogidest liikmete tunnustussõnu, et komisjon on alati austanud keelepärandit ja meditsiiniterminidki on sündinud rahvakeele baasil; et terminikorrastus ongi keelekaitse; et terminoloogia korrastamine nõuab järjekindlust ja visa tööd, mida on alati teinud erialainimeste eesrindlik osa.

Samal ajal äratas võõrastust fakt, et meie vabariigis on terminoloogia alal olukord ebanormaalne ja äärmiselt ebasoodne. Keele ja Kirjanduse Instituudis tegelevad vahetult terminoloogiaga ainult kolm inimest, kes peale selle on koormatud ka muude ülesannetega. Näiteks Gruusia NSV-s töötab terminoloogiasektoris aga 14 inimest.

Terminoloogiakomisjon avaldas veendumust, et terminoloogidele on vaja jõudu juurde. Naaberteadustevahelisi kontakte on tarvis tihendada ja nende oskussõnavara kooskõlastada. Tingimata tuleks tugevdada Tartu ja Tallinna terminoloogiaalast koostööd. Nähtavasti oleks otstarbekohane Eesti NSV Teaduste Akadeemia juurde tugeva koosseisuga terminoloogiakeskuse moodustamine.

Päevakorra viimase punktina arutati arstiteaduse doktor S. Velbri koostatud immunoloogiatervimite teist valikut, mis täiendab ja avardab «Nõukogude Eesti Tervishoiu» 1981, 3, 225—227 toodud oskussõnade loetelu.

Immuunmälu e. immunoloogiline mälu

Иммунологическая память
Immunological memory
Immunologisches Gedächtnis

Immuunparalüüs e. immunoloogiline paralüüs

Иммунологический паралич
Immune paralysis

Immuunjärelevalve

Иммунологический надзор
Immunological surveillance
Immunüberwachung

Immuunbarjäär

Иммунологический барьер
Immunologische Isolierschicht

Immuuneliminatsioon

Immune elimination
Immunelimination

Immuunagregaat

Иммуный агрегат
Immunagregat

Immuuninterferoon

Иммуный интерферон
Immune interferon

Immunopatoloogia

Иммуносупрессия
Immunopathology
Immunpathologie

Immuunsupressioon

Иммуносупрессия
Immunosuppression
Immunsuppression

Immuunstimulatsioon

Иммуностимуляция
Immunostimulation
Immunstimulation

Immuunseleksioon

Иммуноселекция
Immunoselection
Immunselektion

Immuunmodulatsioon

Иммуномодуляция
Immunomodulation
Immunmodulation

Immunogeneetiline e. immuungeneetiline

Autoimmunogenees e. autoimmuungenees

Klooniseleksiooniteooria

Клонально-селекционная теория
Clonal selection
Klon-Selektion-Theorie

Immunoglobuliin G e. G-immuunglobuliin

Иммуноглобулин Г

Hüperimmuunsed seerumid e. preparaadid, hüperimmuunseerumid e. preparaadid

Гипериммунные сыворотки, препараты

Immunoensüümmeetod

Иммуноферментный метод

Immunosorptsioonimeetod
Immunosorbenstechnik

Radioallergeensorbenttest
Radioallergensorbent-Test

Nahaaknameetod
Тест кожного окошка

Immuungastriit
Иммунологический гастрит
Immungastritis

Autoimmuunne maksahaigus e. hepatiit
Аутоиммунный гепатит
Autoimmunhepatitis

Immuunkompleksnefriit
Immunkomplexnephritis

Makrofaagi tõhustav tegur
Macrophage arming factor
Makrophagen-armierenden Faktor

Kestva toimega kilpnäärmestimulaator
Long acting thyroid stimulator, LATS

Immuunkompetentne rakk
Иммунокомпетентная клетка
Immunocompetent cell
Immunkompetente Zelle

Immuunlümfootsüüt
Иммунный лимфоцит
Immune lymphocyte
Immunlymphozyt

T-pärssija (rakk) e. T-supressor(rakk)
Т-супрессор, Т-клетка-супрессор
Suppressor-T-cell, T-suppressor
Suppressor-T-Zelle

Marker e. märkur
Маркер
Marker
Marker, Merkmal

Lookus
Локус
Locus
Lokus, Locus

Pealisvedelik
Надснадочная жидкость
Supernatant

*Meditšiiniterminoloogia komisjoni
sekretär Ilmar Laan*

Kroonika

TERVISHOIUMINISTEERIUMIS

12. märtsil toimunud kolleegiumi koosolekul, mida juhatas tervishoiuminister prof. V. Rätsep, arutati ägedate soolenakkushaiguste epidemioloogilist järelevalvet aastail 1980... 1981. Tagasivaates võis sellealase töö hinnata kordaläinuks. Sellel ajavahemikul toimus Tallinnas olümpiaregatt, kus oli palju sissesõitnuid ja külalisi. Vaatamata kõigele olid tervishoiuorganid ja tööde-tegemistega hõivatud meditsiinitöötajad suutnud teha hästi kõik mis vaja. Kolleegiumi otsuses fikseeriti uued ülesanded olümpiakogemustest lähtudes, peeti soovitavaks ikka ja jälle täiendada kõikide arstide teadmisi, teravdada nende tähelepanu ägedate soolenakkuste diagnoosimises, et ei oleks mingeid raskeid eksimusi.

Samal koosolekul kuulati valitsusejuhataja R. Tootsi ettekannet arstiabi parendamise kohta. Ta andis ülevaate tervishoiuehituste, meditsiiniikaadri, ravimiabi ja muude näitajate osas, selgitas spetsialiseeritud abi arengusuundi, analüüsis ajutist töövõimetust, mis on mõtlemapanevalt suurenenud, samal ajal aga tööstusrajoonis Kohtla-Järvel vähenenud, ka griepideemia aastail. Ta tutvustas ministriumi uut, juba kooskõlastatud tegevusplaani aastaiks 1981...1983, mis arutelu lõpul kinnitati. Kinnitati ka ravimite ja muude apteegikaupade 1982. aasta tellimused.

Kooliõpilaste ratsionaalne toitlustamine on alati olnud tervishoiuorganite, hügienistide ja lastearstide hoole all. Kolleegiumi koosolekul 19. märtsil arutati Tartu õpilaste toitlustamist. Ehkki selles osas on asjad aasta-aastalt paranenud, nii toit kui ka selle kvaliteet, jääb nii mõndagi veel teha. See kõik fikseeriti kolleegiumi otsuses.

Kuulati informatsiooni kahe üksikjuhu kohta, mis olid lõppenud sünnitaja surmaga. Ühel juhul oli surma põhjuseks tromboembolia, teisel tõrjaliselt ja atüüpiliselt kulgenud sepsis. Kolleegium kuulas ära ka informatsiooni laste suremuse kohta 1980. aastal. See on elmise aasta andmetega võrreldes vähenenud.

Vastsündinute surma põhjused olid eelkõige seoses ema kroonilise haigusega ja raseduse ajal põetud nakkushaigustega. Imikute peamised surma põhjused olid varajase lapseea haigused, seejärel kaasasündinud arengu- ja nomaaliad ja ägedad hingamisteede haigused. Edaspidi on oluline jätkata laste suremuse süste-

maatulist analüüsi ning sellest tulenevalt rakendada igakülgseid meetmeid, mille hulgas tähtsal kohal on laialdane tervete eluviiside propageerimine ning tubakasuitsetamise ja joomarluse tõrje, samuti ka akušööride-günekoloogide ning pediaatrite kvalifikatsiooni järjekindl tõstmine.

Arutati veel arstide ja proviisorite kvalifikatsiooni tõstmist 1980. aastal ning sellealast uut, 1982. aasta plaani. Kolleegiumi otsuse seitsmes punktis fikseeriti nõuded ja juhendid, mille täitmine tagab edaspidi kvalifikatsiooni tõstmise parema ning kooskõlastatud planeerimise.

2. aprillil peetud koosolekul, mida juhatas tervishoiuminister prof. V. Rätsep, arutas kolleegium Tallinna Kiirabihaigla Kiirabijaama, Kohtla-Järve linna ja Haapsalu rajooni kiirabi tööd. Aruannete, kaasaruande, väga põhjaliku analüüsiva arutelu ja sõnavõttude põhjal koorusid välja need pakilised vajadused ning edasilükkamatud ülesanded, millega tuleb tegelema hakata, et tagada ülevabariigiline häireteta funktsioneeriv kiirabitalitus ning -süsteem. Seni on kogu meie vabariigis puudunud ühtne kiirabialane töökorraldus, ei ole analüüsitud kiirabijaamade ja -osakondade tööd. Tallinnas, veel enam aga Kohtla-Järvel reageeritakse osale väljakutsetele hilinemisega. Põhjuseks on puudulik komplekteeritus arstidega, liiga suur pensionäridest arstide osatähtsus kiirabiasutuste koosseisus, kiirabi-alajaamade vähesus Tallinnas. Samal ajal aga meditsiinipersonali puuduse tõttu kiirabiautod sageli seisavad.

Eriti Tallinnas raskendab kiirabitööd polikliinikute ebarahuldav töökorraldus öhtusel ajal. Polikliinikud ei taga kroonilistele ja ambulatoorsetele haigetele kodust abi. Kontroll näitas, et 1980. a. detsembris sõitis Tallinna kiirabi välja ja täitis 34% ulatuses oma tööst mitte kiirabi kompetentsi kuuluvaid ülesandeid. Kiirabitalituse, haiglate ja polikliinikute tööalane side on ebarahuldav, Kohtla-Järve kiirabitalituses puudub pediaatrite brigaad. Ehkki meditsiinilise kiirabi autoriteet on kõigjal märkimisväärselt tõusnud, võib esialgu nimetada laimatuks vaid Narva kiirabi tegevust.

Kolleegiumi otsusega nähti üksikasjalikult ja kaugeleulatuvalt ette tegevussuuna ja ülesanded ning meetmed, mille ellurakendamine tagab kiirabitalituse organisatsiooni ja kogu meditsiinilise kiirabi jõudsa arengu terves meie vabariigis. Otsuses on antud näpunäited ja juhised kiirabiasutuste tegevuse igakülgseks parendamiseks ja täiustamiseks.

Linnade ja rajoonide tervishoiujuhtidel on vaja tegutseda tihedas koostöös rahvasaadikute nõukogu täitevkomiteedega. On vaja kehtestada kiirabi põhimäärus ning kiirabi väljakutsumise kord. Peaspetsialistid peavad kogu oma põhitöös ka meditsiinilise kiirabi probleemidega senisest rohkem tegelema. Tallinna RSN TK Tervishoiuosakond peab südameasjaks võtma polikliinikute töö parendamise, eriti arstiabi tagamise öhtuti ja puhkepäeval, tingimata tuleb lisaks Tallinna Kiirabi-jaama alajaamadele kesklinnas ja Lasnamäel avada veel uus alajaam Koplis. On väga tähtis, et kiirabiasutuste, polikliinikute ja haiglate vahel valitseksid latusad töösuhted. Endiselt aktuaalseks tervishoiupraktikas, sealhulgas ka kiirabitalituses, jäävad meditsiinilise deontoloogia küsimused. Meditsiiniline kiirabi, mille argipäev on täis komplitseeritud olukordi ja ootamatusi, vajab püsivalt pingosat tähelepanu ja abistamist ning tuge, aga ka häid sideliine, töökindlaid portatiivseid eriaparaate ning ka küllaldasel arvul põhitöökohaga meditsiinitöötajaid.

Samal koosolekul arutati ajutise töövõimetuse vähendamist ning haigestumuse analüüsi parendamist ja teavitavate meetmete täiustamist. See nõuab täit tähelepanu, sest 1980. aastal suurenes ajutise töövõimetusega haigusjuhtude arv 6,6%. Miks see nii on, seda on analüüsitud pealiskaudselt. Peaspetsialistidel ja osakonnajuhatajatel on vaja töövõimetusekspektiivi alaste küsimustega tegelda tõsisemalt ning süvenenult, sest liiga sageli on vigu just töövõimetusekspektiivis.

Kolleegiumi koosolekust võttis osa EKP Keskkomitee tervishoiusektori juhataja L. Jakobson.

Meie vabariigi tervishoiuorganite ja -asutuste tegutsemine alkoholismi leviku vastu on



eriti elavnenud 1972. aastast alates, tubakasuitsetamise vastu aga viimastel aastatel. Täna naseks on avarunud ravivõimalused haiglate narkoloogiaosakondades, narkoloogiapoolstatsioonarides, tegutsevad narkoloogiakabinetid ja -postid, antakse narkoloogiaalast konsultatsiooni perekonnanõuandlates. On tõusnud arstide kvalifikatsioon, on välja kujunenud alkoholi kuritarvitamist ja tubakasuitsetamist hukkamõistev üldsuse hoiak, järjekindlalt on tehtud narkoloogiaalast sanitaarselgustööd, ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» veergudel on alkoholi- ja suitsetamisprobleeme valgustatud regulaarselt. 9. aprillil 1981 tehtigi kolleegiumi koosolekul narkoloogilisest abist kokkuvõtteid ning otsuses fikseeriti edasine tegevuskava sellealase töö täiustamiseks ja edendamiseks.

Teiseks arutati tervishoiuministeeriumi isemajandavate organisatsioonide ning vabariigilise alluvusega riigieelarveliste tervishoiuasutuste finants-majanduslikku tegevust 1980. aastal ja kinnitati nende aastabilansid.

23. aprillil toimus Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi kolleegiumi ja Tervishoiutöotajate Ametiühingu Eesti Vabariikliku Komitee presiidiumi laiendatud istung, millest tervishoiujuhtide ja peaspetsialistide kõrval võtsid osa ka TRÜ arstiteaduskonna kateedrijuhatajad. Põhietekande «Meie vabariigi tervishoiusüsteemi töötulemustest X viisaastakul ja NLKP XXVI kongressi otsustest tulenevad ülesanded XI viisaastakuks» esitas tervishoiuminister prof. V. Rätsep. Kaasettekanne «Meie vabariigi ravi- ja profülaktikaasutuste 1980. aasta töö analüüs statistiliste aastaaruannete põhjal» oli Tallinna Vabariikliku Haigla meditsinistatistikaosakonna juhatajalt I. Levinilt.

Tervishoiuminister tegi oma ettekandes kokkuvõtte viie aasta kestel saavutatust ning analüüsis seda tööd igakülgset ja põhjalikult. Meil on ehitatud suuri haiglaid ja polikliinikuid, mistõttu haiglates on nüüd 2480 voodikohta rohkem, polikliinikutes on võimalik vastu võtta vahetuses 2240 inimest enam kui seni. Arste tuli juurde 776, farmatseute 115. Viisaastaku põhiülesanne oli täiustada ambulatoorset ja polikliinilist arstiabi, edendada veelgi spetsialiseeritud arstiabi, eriti kardioloogia, stomatoloogia, narkoloogia ja psühhiaatria alal. Samuti on alaliselt tähelepanu keskmes olnud laste ja naiste tervis ning arstiabi.

Arutlust kokkuvõtet tehes rõhutas tervishoiuminister prof. V. Rätsep veel kord ümmiskohti ja pakilisimaid kohustusi. Ta pidas tähtsaks tervishoiujuhtide algatusvõimet, majandusprobleemide ning kogu tervishoiusüsteemi ühtse olemuse õigesti mõistmist. Nii Tallinna kui ka Tartu tervishoiuasutused töötavad kogu vabariigi rahvastiku hüvanguks. On vaja kindlat ja selget korda just esmase arstiabi tagamisel, s.o. ambulatoorses ja polikliinilises abis. Arstiteadlaste töösuunad olgu ka-

vandatud sotsiaalse tellimuse põhjal. Tervishoiusüsteemis on vaja kõikjal parandada tööstiili ja -meetodeid, tõösse suhtumist üldse. Suhtumise parandamiseks, vastutustunde tõstmiseks ei ole ju tarvis materiaalseid kulutusi, vaid soovi, seda aga suudavad kõik meditsiintöötajad. «Ehkki tänases arutelus oli peaarh ümmiskohtadel ja puudustel, jäid ikkagi tõlmetamata kiidusõnad kogu kümnendal viisaastakul tehtu eest. Sest neil aastail tehti tõesti palju», ütles minister kõnet lõpetades.

Meie vabariigi tervishoiuorganite ja -töotajate lähimad ülesanded fikseeriti ühisistungi otsuses.

Laiendatud istungist võttis osa EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja A. Aben.

Vello Laos

Eesti NSV Ministrite Nõukogu Presiidiumi istungil 25. mail 1981 olid arutusel ka meditsiiniline kiirabi ja vältimatu abi meie vabariigis. Kiirabijaamade võrk on meil laienenud, nende varustatus aparatuuri, instrumentide ja ravimitega paranenud. Töötavad spetsialiseeritud kiirabibrigaadid — kardioloogilised, pediaatrilised ja neuroloogilised — ning neid luuakse veel juurde. Samal ajal on mitmes paigas hilinev väljakutsetele reageerimises, puudulikult on komplekteeritud arstikohad ning osa sanitaarausosid jääb meditsiinipersonali puudumise tõttu kasutamata. Puudused polikliinike töös toovad õhtutundidel kaasa kiirabijaamade koormuse kunstliku suurenemise.

Ministrite Nõukogu Presiidium võttis teadmiseks, et tervishoiuministeerium on kavandanud abinõud sellealase meditsiinilise abi parandamiseks ning organisatsioonilise ja meetodilise abi andmise üle kontrolli tugevdamiseks. Linnade ja rajoonide täitevkomiteed peavad rakendama täiendavaid meetmeid kiirabijaamade ja -osakondade materiaalse baasi tugevdamiseks ning kinnitama kiirabi ja vältimatu abi väljakutsumise eeskirjad.

Tallinna Linna RSN Täitevkomitee istungil 24. juulil 1981 kinnitati meditsiinilise kiirabi ja vältimatu abi eeskirjad, mille eesmärk on parendada ning kooskõlastatult suunata arstiabi andmist kõigile Tallinna elanikele. Millal kutsuda välja kiirabi, millal vältimatu abi, kuidas toimida laste ägedate haiguste korral või tervise järsu halvenemise puhkudel, misguseid andmeid peab väljakutse esitaja kiirabijaama valvestile andma — see kõik on nüüd fikseeritud eeskirjades.

Eeskirjades on öeldud, et kiirabitöötajad annavad ainult esmaabi, nad ei kirjuta välja töövõimetuslehti, ei vormista kohtumeditsiinilisi dokumente ega muid tõendeid ei haigetele ega nende sugulastele. Teateid haigete hospitaliseerimise kohta saab valvelauaõelt, telefonil 03 elanikele teateid ei anta. Kui haige polikliinikusse ise pöörduda ei saa (kõrge palavik, haiguse ägenemine), tuleb koju kut-

suda polikliinikust jaoskonnaarst (kella 9...12) või valvearst (kella 12...22). Kui lastel on palavik, kutsuda koju lastearst elukohajärgsest lastepolikliinikust (kella 9...13), hiljem aga laste vältimatust abist.

Kiirabitöötajate solvamise eest ja põhjendamatata väljakutsete puhul võetakse süüdiolavad isikud vastutusele seaduses ettenähtud korras.

TARTU RIIKLIKUS ÜLIKOOLIS

TRÜ arstiteaduskonna nõukogu koosolekul 26. mail analüüsiti kateedrites tunnitasu alusel töötavate õppejõudude tööd. Ettekanne oli metoodikakomisjoni esimehelt prof. V. Saarmalt. Enamik kateedreid kasutab õppeülesannete täitjaid tunnitasu alusel, teaduskonna 25 kateedris kokku ligi 150 arsti ja farmatseuti. Prekliinilisi (meditsiinilis-bioloogilisi) õppeaineid õpetavates kateedrites töötavad tavaliselt ÜMPI teadurid ja aspirandid, kliinilistes kateedrites baasraviasutuste arstid. Suur osa õppeülesannete täitjaid on seda tööd teinud juba aastaid, pooled üle 10 aasta. Regulaarselt on nad viibinud erialasel täiendusel, kateedrite koosolekul on analüüsitud nende tööd ning kateedrijuhatajad on külastanud nende õppejõudude poolt juhendatavaid praktikume ja seminare. Puudusena tõi nõukogu esile seda, et täiendusfakultetides on olnud üksikud õppeülesannete täitjad. Selline täiendusvorm tuleb kasuks eriti noorematele arstidele. On vaja, et õppeülesannete täitjad valitaks arstide hulgast, kes tunnevad huvi teadusliku uurimistöö vastu.

Dekaan prof. L. Allikmets analüüsis õppetöö koormust ja õppejõudude jaotatust kateedrites. Teaduskonna 25 kateedris on 192 õppejõukohal 204 inimest, neist osa on kohakaaslased veerandi või poole koormusega. Kui pidada õppejõu maksimaalkoormuseks ligikaudu 800 tundi õppeaastas, siis on suhteliselt heas olukorras biokeemia, farmaatsia, farmakoloogia, füsioloogia, hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni, mikrobioloogia, dermatoveneroloogia, neuroloogia ja neurokirurgia, operatiivkirurgia ja topograafilise anatoomia, otorinolaringoloogia ja oftalmoloogia, patoanatoomia ja kohtuarstiteaduse, patofüsioloogia, psühhiaatria, radioloogia ja onkoloogia ning üldkirurgia kateedrid. Et üliõpilaste arv on viimasel kolmel aastal tunduvalt suurenenud, on hädasti vaja tööle võtta uusi õppejõude stomatoloogia, pediaatria, farmaatsia, teaduskonnakirurgia, teaduskonnasisehaiguste, hospitaalkirurgia, hospitaalsisehaiguste, sünnitusabi ja günekoloogia, spordimeditsiini, nakkushaiguste, anatoomia ja histoloogia kateedritesse. Arstide täiendusteaduskonnal on 20 õppejõukohta, üliõpilastega tegeleb 172 õppejõudu. Varem tuli arstiteaduskonnas 9,5 üliõpilase kohta üks õppejõukoht, praegu on suhe 10,5:1. Nõukogu esitas õppejõukohtade lisataotluse rektoraadile.

Dekaan käsitles ka aspirantuuri olukorda

teaduskonnas. Mitmetel erialadel, eriti kirurgilistel, on kandidaadiväitekirjade kaitsmine soikunud, aspirandid kas ei lõpeta tööd või arvatakse nad aspirantuurst välja. Nõukogus oli juttu kateedrijuhatajatest ja professoritest, kes piisavalt ei tegele teadlaste järelkasvuga.

Teadusprodekaan prof. E. Sepp käsitles lühidalt teadustöö tulemuste kasutuselevõttu. On suurenenud autoritunnistuste ja ratsionaliseerimistunnistuste arv. Kiidusõnu öeldi farmakoloogia, neuroloogia ja spordimeditsiini kateedrite kohta. Vähene on teaduskonna osa arstikkonnale metoodiliste juhendite väljaandmisel tervishoiuministeriumi kaudu, samuti originaalsete uurimismetoodikate väljatöötamisel ja propageerimisel. Õppetöös rakendatakse teadustöö tulemusi järjekindlalt.

Arstiteaduskonna nõukogu ja parteiorganisatsiooni ühisel koosolekul 16. juunil 1981, millest võtsid osa ka kõigi Tartu raviasutuste peaarstid, olid põhiküsimuseks teaduskonna kliinilised baasid. Ettekanne oli dekaan prof. L. Allikmetsalt.

10 aasta jooksul on kliiniliste kateedrite baas ehituse või rekonstrueerimise tõttu täienenud. Pärast kirurgia- ja kardioloogiakorpuse ning dispanseri pulmonoloogiaosakonna valmimist üliõpilaste õpetamise tingimused seitsmes kliinilises kateedris suuresti paranesisid. Ka Tartu Kliinilise Sünnitusmaja ja Tartu Kliinilise Lastehaigla rekonstrueerimine parandas vastavate kateedrite õppebaase. Õppetööks tarvismineva voodikohtade arvu poolest haiglates on rahuldavas olukorras kõik kirurgia kateedrid, neuroloogia ja neurokirurgia, teaduskonnasisehaiguste, sisehaiguste propedeutika jt. kateedrid. 1981. aasta lõpul peaks valmima lastehaigla nakkushaiguste korpus. XI viisaastakul on plaanis ehitada psühhiaatriadispanser koos statsionaari esimese järguga, alustada polikliinikukompleksi ehitamist.

Kliiniliste kateedrite baashaiglate ja polikliinikute üldine olukord on ebarahuldav. Kliiniline nakkushaigla on pidevalt avariiolekorras, amortiseerunud on psühhiaatria- ja onkoloogiadispanser, linna polikliinik, struumadispanser, lastepolikliinik, naha- ja suguhaiguste dispanseri statsionaar, sisehaiguste kliinik Toomel, naistenõuandla. Linna tervishoiuosakonnale eraldatud kapitaalremondi mahud on liiga väikesed, ka kapitaalremondi tegemine kulgeb halvasti. Kõigis polikliinilistes õppebaasides puuduvad õpperuumid. Olukord on kõige kriitilisem stomatoloogia- ja lastepolikliinikus, sest seal on suur pinna- ja õpperuumide puudus, kuigi üliõpilaste arv nendel erialadel on ju kasvanud: praegu võetakse pediaatriaosakonda endise 25 asemel 50, stomatoloogiaosakonda 40.

Polikliinilise õppebaasi tunduv halvenemine on teatud määral tingitud Eesti NSV Tervishoiuministeriumi vähesest tähelepanust Tartu kui ülikoolilinna ehitismuredele.

TRÜ arstiteaduskonna nõukogu ja partei-

organisatsiooni üldkoosolek tunnistasid TRÜ arstiteaduskonna õppebaasideks olevate polikliinikute praeguse materiaalse baasi täiesti ebarahuldavaks. Otsustati taotleda Tartu Linna RSN Täitevkomiteelt ja Eesti NSV Tervishouministeeriumilt, et kiires korras leitaks võimalus avada stomatoloogiapoliikliiniku ja lastepoliikliiniku filiaalid, näiteks kas või Anne linnaosas ehitatavate majade esimestel korrustel.

Otsuses on üksikasjalikult ära toodud kõik vajadused kapitaalremondiks, hoonete ümberehituseks ja -soojustamiseks, meditsiinikeskuse territoriaalseks planeerimiseks, uute ehituste projekteerimiseks jne.

Prodekaan prof. E. Sepp informeeris lepinguliste tööde täitmisest. 1981. aastal tehakse neid töid kokku ligi 300 tuhande rubla eest (peamiselt hügieeni, farmakoloogia, mikrobioloogia, sisehaiguste propedeutika, spordimeditsiini, sünnitusabi ja günekoloogia ning oftalmoloogia kateedrid). Arstiteaduskonna osa moodustab ülikooli lepingute üldmahust vaid 10%. Üld- ja Molekulaarpatoloogia Instituudi teadlastel on 1981. aastal lepingulisi töid teha 607 tuhande rubla eest. Nõukogu pidas vajalikuks lepingulistesse uurimistöödesse senisest enam kaasata üliõpilasi.

PUNASE RISTI SELTSIS

Õpilaste sanitaar-hügieenialases kasvatus-töös on kaalukas osa täita koolide sanitaarpostidel. Nemad on kooli meditsiinitöötajate ning Punase Risti Seltsi algorganisatsiooni abilised oma koolis korra loomisel ja selle jälgimisel.

Igal aastal korraldatavatel koolide sanitaarpostide linna- ja rajoonivõistlustel selgitatakse välja paremini ettevalmistatud sanitaarpostid, kes pääsevad võistlema ülevabariigiliste võistlustele.

Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee poolt korraldatud koolide sanitaarpostide XI ülevabariigiline kokkutulek-võistlus toimus 16...18. juunini 1981. a. Paide rajoonis Saunametsas. Võistlustest võtsid peale linna- ja rajoonivõistluste võitjate osa ka X ülevabariigiliste võistluste üldvõitjad Räpina Keskkooli 7. klassi ja Rakvere 1. Keskkooli 9. klassi sanitaarpostid.

Võistluste peakohtunik oli Tartu Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja J. Lepp ja peakohtuniku asetäitja Türi Haigla peaarst E. Raudsepp.

Kokkutulnuid tervitasid Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee esimees U. Vagur, Eesti NSV haridusministri asetäitja A. Tükk, Eesti NSV Tervishouministeeriumi osakonnajuhataja V. Roosileht ja Punase Risti Seltsi Paide Rajoonikomitee esimees P. Piik.

Võisteldi kolmes vanuserühmas: 5...6. kl., 7...8. kl., 9...11. kl. Peamiseks võistlusalaiks oli maastikumäng, mille kontrollpunktides kontrolliti esmaabioskusi, meditsiiniteadmisi

ja tsiviilkaitsetundides õpitut. Toimusid sanitaride individuaalvõistlus, väiklehtede konkurss, tervishoiuteemaline isetegevuskonkurss, 7...8. kl. vanuserühmal tuli võistelda elustamisvõtete oskuses, 9...11. kl. vanuserühmal osa võtta haigete põetamise konkursist.

Teistest tublimad olid maastikumängus järgmiste koolide sanitaarpostid: 5...6. kl. Iisaku Keskkooli 5. klass; 7...8. kl. Nõo Keskkooli 8. klass ning 9...11. kl. Pärnu 2. Keskkool.

Sanitaride individuaalvõistluste võitjateks tulid A. Maidla Tornimäe 8-kl. kooli 6. klassist, K. Harkmaa Räpina Keskkooli 7. klassist, T. Haljak Alatskivi Keskkooli 11. klassist.

Elustamisvõtete konkursi parimad olid T. Selge ja E. Reismaa Tallinna 8. Keskkooli 7a klassist.

Haigete põetamise konkursi võitsid T. Karu ja T. Ardan Tallinna 3. Keskkoolist.

Kõigi võistlusalade arvestuses kokku tulid üldvõitjateks 5...6. kl. vanuserühmas Iisaku Keskkooli 5. klassi sanitaarpost (ettevalmistajad velsker H. Saare ja õpetaja M. Prodel), 7...8. kl. vanuserühmas Räpina Keskkooli 7. klassi sanitaarpost (ettevalmistajad meditsiiniõde M. Kivistik ja õpetaja V. Narusk), 9...11. kl. vanuserühmas Pärnu 2. Keskkooli 9. klassi sanitaarpost (ettevalmistajad meditsiiniõde A. Adamson ja õpetaja E. Lipp).

Võistlejad näitasid põhjalikke teadmisi tervishoiu ja esmaabi alal. Tase on ühtlustunud, väga nõrkade teadmistega võistkondi ei olnudki, nagu seda võis täheldada varasematel aastatel. Oma ea- ja huvialakaaslastega teadmisi mõõtes oli võitja iga osavõtja.

Helvi Kurvet

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 18. juunist 1981 anti kauaaegse eduka töö ja teenete eest tervishoiu edendamisel ning elanikkonnale meditsiinilise abi andmisel Eesti NSV teenelise arsti aunimetus järgmistele arstidele:

Allmägi, Tiit Karli t. — Harju rajooni Kuusalu ambulatooriumi juhataja

Ivanov, Mihhail Levi p. — Eesti NSV Sise-ministeeriumi meditsiini osakonna ülem

Kullamaa, Evald Johani p. — Tallinna Raudtee Haigla kirurgiaosakonna juhataja

Subi, Vello Oskari p. — Tallinna Vabariiklik Sadamahaigla peaarst

Tsentropova, Niina Peetri t. — Võru Rajooni Keskaigla sisehaiguste osakonna juhataja

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sama seadlusega anti Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetus järgmistele tervishoiutöötajatele:

Kallip, Harri Alfredi p. — Rakvere Rajooni Keskaigla kiirabivelsker

Kirss, Arnold Rudolfi p. — Rapla rajooni Kehtna ambulatooriumi velsker

Kuigo, Eike Juhani t. — Tartu Rajooni Keskaigla juhataja

Rannik, Leya Rudolfi t. — Pärnu rajooni Tõstamaa Jaoskonnahaigla velsker

Kauaaegse eduka töö eest tervishoiuüsteemis autasustas NSV Liidu Tervishoiu-ministeerium rinna-märgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Aamer, Ülle Evaldi t. — Tallinna Vabariikliku Haigla osakonnajuhataja

Aavaste, Noora — Rakvere Rajooni Keskhaigla vanemõde

Adari, Anne Juhani t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla Stomatoloogia Polikliiniku juhataja

Aganovitš, Galina Juri t. — Narva Linna Haigla akušöör

Allikas, Ester Eduardi t. — Vabariikliku Vereülekandaja arst

Anton, Erika Hermani t. — Jõgeva Rajooni Keskapteegi juhataja

Borkman, Anu Villemi t. — Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri osakonnajuhataja

Bugajeva, Aleksandra Ilja t. — Tallinna Merimetsa Haigla peaarsti asetäitja

Elgula, Hilja Evaldi t. — Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla vanemõde

Haug, Arvo Voldemari p. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst

Hendrikson, Tamara Andrei t. — Harju Rajooni Keskpolikliiniku osakonnajuhataja

Gubareva, Vera Nikolai t. — Vabariikliku Tuberkuloositõrje Dispanseri arst

Ivanova, Raissa Nikolai t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla arst

Kaasik, Aasa Johanni t. — Põlva Rajooni Keskhaigla pediaater

Kaeli, Loreida Kaarli t. — Seli Haigla vanemõde

Kalda, Maimo Karli t. — Võru Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Kiisk, Sale-Reet Oskari t. — Jõgeva rajooni Põltsamaa Haigla velsker-laborant

Kikoš, Galina Vassili t. — Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja

Kilemit, Helle Borisi t. — Tallinna Vabariikliku Lastesanatoomiumi «Tervis» õde

Killemet, Erna Karli t. — Haapsalu Rajooni Keskhaigla Polikliiniku vanemõde

Kingisepp, Endel Jaani p. — Rapla Rajooni Keskhaigla arst

Kokk, Eduard-Heino Eduardi p. — Tartu Kliinilise Haigla peaarsti asetäitja

Kool, Jüri Osvaldi p. — Tartu Rajoonidevahelise Kohtumeditiini Ekspertiisi osakonnajuhataja

Kot, Julia Jakovi t. — Kohtla-Järve 2. Linnahaigla pediaater

Krooni, Paul Eugeni p. — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarsti asetäitja

Kreek, Heino Jaani p. — Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogia Valitsuse juhataja

Kõpper, Anne Augusti t. — Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla arst

Käsper, Maie Kristjani t. — Taagepera Vabariikliku Kopsutuberkuloosi Sanatooriumi õde

Laks, Hille Evaldi t. — Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi Vabariikliku IV Valitsuse Haigla stomatoloog

Loolaid, Valve Edgari t. — Tartu Kliinilise Sünnitusmaja osakonnajuhataja

Luiga, Ester Eduardi t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Mardi, Raul Aleksandri p. — E. Vilde nimelise Tallinna Pedagoogilise Instituudi vanemõpetaja

Mardna, Peeter Leonhardi p. — Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi pearöntgenoloog-radioloog

Mardu, Virve Oskari t. — Pärnu rajooni Kilingi-Nõmme Linnahaigla peaarst

Marleen, Reet Johannese t. — Haapsalu Vabariikliku Neuroloogia ja Ortopeedia Haigla vanemõde

Männik, Georg Hendriku p. — Tartu rajooni Elva Haigla arst

Naumenko, Maria Henriku t. — Narva Linna Haigla vanemõde

Nisu, Vello Arturi p. — Eesti NSV Tervishoiu-ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse juhataja

Nokkur, Helgi Pauli t. — Kose Rajoonidevahelise Tuberkuloosahaigla vanemõde

Norden, Kaius-Julius Andrease p. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla röntgenlaborant

Nõvandi, Silvia Voldemari t. — Tartu Linna Stomatoloogia Polikliiniku osakonnajuhataja

Paasmaa, Helju Johannese t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla arst

Padrik, Edgar Otto p. — A. Seppo nimelise Metallosteosünteesi Teadusliku Uurimise Laboratooriumi röntgenikabineti juhataja

Palm, Inna Feliks-Teodori t. — Tallinna apteegi nr. 13 juhataja

Põldsepp, Oie Augusti t. — Valga Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Põlluaas, Liivi Jaani t. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi kiirabiautojuht

Radik, Maie Hermani t. — Tallinna Tõnismäe Haigla vanemõde

Rand, Virve Antsu t. — Tallinna Harjumäe Haigla peaarsti asetäitja

Randvere, Toomas Oskari p. — Tallinna Kiirabihaigla osakonnajuhataja

Relvik, Inge Elmari t. — Tartu Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla vanemõde

Rootsmäe, Lemming Taaveti p. — Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja

Rosenbaum, Endla Eduardi t. — Tallinna Nõmme Haigla peaarsti asetäitja

Sarv, Anne Raimondi t. — Vabariikliku Naha- ja Suguhaiguste Dispanseri epidemioloog abi

Soonets, Ene-Reet Osvaldi t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi Kutsehaiguste Kliiniku peaarst

Sõerd, Hilja Jaani t. — Tallinna Stomatoloogia Polikliiniku õde

Sõlg, Hiie Karli t. — Hiiumaa Rajooni Keskhaigla õde

Salagina, Aleksandra Andrei t. — Narva Stomatoloogia Polikliiniku hambaarst

Tamm, Ella Karli t. — Tallinna I Lastehaigla statistik

Tempel, Inna Indreku t. — Paide rajooni Türi Linnahaigla stomatoloog

Tetsov, Anatoli Andrei p. — Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teaduslik sekretär

Tobreluts, Leonhard Karli p. — Taevaskoja Vabariikliku Lastesanatoomiumi peaarsti asetäitja

Tõlp, Valve Aleksandri t. — Pärnu Linna Haigla peaarsti asetäitja

Uusõue, Arveld Johannese p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» remondiettevõtte elektromehhaanik

Vakkur, Helgi Juhani t. — Tallinna Pelgulinna Haigla osakonnajuhataja

Valdre, Aime Nikolai t. — Tallinna apteegi nr. 2 juhataja

Veinberg, Oie Johannese t. — Kohtla-Järve 1. Linnahaigla osakonnajuhataja

Viirmaa, Agu Aleksandri p. — Tallinna Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri osakonnajuhataja

Kauaaegse kohusetruu töö eest ja seoses pensioniikka jõudmisega autasustati NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidumi nimel Tööveterani medaliga järgmisi tervishoiutöötajaid:

Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut

Aliide Anniko, Maria Gloor, Zoja Klenskaja, Ella Kool, Salme Napp, Vaike Tavast, Hilda Tomingas, Ella Valsberg.

Tallinna 1. Lastehaigla

Vera Berkovitš, Anna Denissova, Linda Karge, Olga Kotova, Aleksandra Kušanova, Helmi Künnapuu, Salme Laan, Salme Libe, Ursula Lipping, Linda Loit, Vilhelmine Lübek, Maria Mereska, Ekaterina Meri, Liidia Veski, Elise Viitpoom.

Tallinna Harjumäe Haigla

Aleksandra Aleksejeva, Lea Aun, Nadežda Bereznaja, Leida Ernits, Valentina Fjodorova, Anastassia Gorskaja, Erika Keskküla, Reveka Klugman, Rufina Koopuu, Zinaida Loeke, Arnold Liikane, Priidu Naruskov, Ilmar Piirvee, Maria Rõkunova, Eleonora Zatvornitskaja, Senta Trilljärv, Aliide Tõnur.

Tallinna Linna Kliiniline Haigla

Adele Hint, Laine Ilmjärv, Eleonore Koks,

Jenny Kübar, Ellen Laanemets, Aleksandr Multatuli, Valter-Konstantin Pahla, Maria Skarina, Virve Tamm, Richard Vaiga.

Tallinna Noorukite Polikliinik

Loola Lepik, Milvi Padur, Olga Pašun.

Tallinna Pelgulinna Haigla

Anna Balinskaja, Heljo Preast, Maimu Tiikerber, Linda Urvet.

Tallinna Stomatoloogia Polikliinik

Vaike Allas, Margarita Beljakova, Heljo Ennosaar, Endla Heinvars, Taissia Ivanova,

Liis Jõesaar, Helmi Järs, Hildegard Kaber, Linda Kodres, Evi Kolk, Valentina Kozitševa, Herbert Kristjansen, Evi Kruuda, Aleksandra Kuznetsova, Eha Laas, Olli-Marianne Liivet, Jelena Lutsakova, Jevstolia Makušenko, Niina Migdal, Linda Mitt, Helgi Nahkar, Leontine Ney, Borghild-Evelin Oravas, Silvi Paiso, Heljo Paljak, Linda Rebane, Nikolai Romanov, Heldi Saar, Berta Taigro, Heljo Tammik, Stella Vinnal, Antonina Vorobei.

Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla Ravi- ja Tootmistöökojad

Antonina Alajaan, Marta Mertsina, Linda Mägi, Herbert Nopason, Ilse-Hermine Pappel, Hermilde Pötter, Vilma Rohtvee, Ellen Tepp, Hans-Mihkel Tohvi.

Taevaskoja Vabariiklik Lastesanatoomium

Aliide Hämelane, Salme Kadak, Ida Kiik, Veera Kivine, Serafima Kolenkova, Linda Puusepp, Marta Pärnaste, Liidia Veiken, Olga Veiken.

Tallinna Vabariiklik Sadamahaigla

Nikolai Batkov, Matvei Demjanko, Vera Feskova, Tatjana Gontšarova, Nikolai Gorbatsjuk, Olga Kabrits, Jevgenia Kovaljova, Karl Kuhi, Sofia Kuld, Valli Lään, Faina Olinskaja, Jekaterina Orlova, Vera Orlova, Meeri Parve, Valentina Putilova, Linda Raudpere, Zoja Safronova, Jakov Schneer, Anna Soboleva, Margarete Soomeri, Tamara Tomson, Nadežda Turanova, Nikolai Vernidub.

Vabariiklik Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Lidia Manajeva, Maria Tšernõšova.

Taagepera Vabariiklik Kopsutuberkuloosi Sanatoomium

Leida Sumberg, Heljo-Luule Veeremaa.

Taheva Vabariiklik Laste Tuberkuloosisanatoomium

Aleksander Aab, Luule Eisler, Jadviga Gonestova, Aleksander Harak, Hilda Kasak, Valentina Korobova, Anna-Elise Kõiv, Regina Ottel, Ella-Pauline Ploomipuu, Mara Samoilova, Linda Soots, Nadežda Steinbelt, Luule Teemägi, Valentina Uibo, Anna Viirsalu.

Vaiga Krooniliste Haigete Haigla

Niina Aalde, Larissa Brekotskina, Valve-Miralda Hanson, Erna Jaanimägi, Aino Kalda, Endla Kallas, Aleksandra Petrova, Herta Soboleva, Elmerise-Helentine Tamberg, Alvina Teder.

Valga Rajooni Keskhaigla

Melita Järvmägi, Endla Kersna, Salme Kikas, Vilma Kinnas, Salme Koitjäär, Endla Kosemets, Linda Kõomägi, Valve-Rosalie Maidre, Nikolai Mihno, Irina Ool, Vanda Pikk, Eleedia Rohtlaan, Leida Vaske, Leida Vilberg, Olga Vint.

Viljandi Rajooni Keskhaigla

Vambola Ehassalu, Leida Kiilaspea, Erika-Eha Kurik, Alma Leesment, Erna Ohtla, Leida Päeva, Laine Reha, Helgi Reissaar, Aino Sillaots, Leida Vigur.

Võru Rajooni Keskhaigla

Klavdia Artemkina, Oie Ernits, Henrietta Johnson, Erna Juul, Leili Kokk, Helene Kõiv, Veera Liiv, Milli Loos, Koit Melts, Feliks Mõistus, Väino Ots, Pärja-Johanna Pappel, Leida Pilt, Virve Rannula, Oie Raud, Salme Rossi, Elfriede Solna, Henny Tattar, Senni Tein, Olga Tolgatševa.

Teenete eest meie vabariigi rahvamajanduse arendamisel ja seoses Eesti NSV 41. aastapäevaga paigutati Eesti NSV Ministrite Nõukogu ja Eesti NSV Armetiühingute Nõukogu otsuse põhjal vabariiklikule autahvile 60 eesrindliku töötaja fotod, nende hulgas ka Harju rajooni Kuusalu Ambulatooriumi juhataja, Eesti NSV teenelise arsti **Tiiu Allmäe** foto.

Ülevabariigilised intensiivravialased täienduskursused korraldati 4...30. maini 1981 Tallinna Kiirabihaiglas. Osavõtjaid oli 35 meditsiiniõde. Õppekavas oli 74 teoreetilist ja 70 praktilist õppetundi, lektoriteks üldreanimatsiooniosakonna juhataja L. Dmitrijev, sama osakonna reanimatoloogid L. Raudla, I. Kamennik ja L. Pärn ning haigla peaarsti asetäitja A. Talihärm. Tähtsamad teemad kursustel olid: elustamismõtete oskused esmaabi korral, ravimiallergiast põhjustatud eluohtlikud seisundid (esmaabi, ravi), esmaabi ja ravi raskekujuliste mürgituste puhul, traumaatilise ja verekaotusest põhjustatud šokk (esmaabi, ravi), sepsis, ägedad puudulikkused ja esmaabi. Nagu kinnitasid osavõtjad, oli täienduskursustest suur kasu.

Aktuaalsetest tervishoiuprobleemidest ja meditsiinalastest uurimistöödest andis ülevaate Haapsalu rajoonirahvatarkogus juunis peetud infopäeval bioloogiakandidaat S. Jõks, kes juhatab Eesti Informatsiooniinstituudi tervishoiuteabesektorit.

Ratsionaalse toitumise probleemi teadusliku nõukogu järjekordne koosolek toimus 16. juunil 1981. a. Haapsalus kalurikolhoosi «Lääne Kalur» ruumes. Teadusliku nõukogu liikmed tutvusid kalurikolhoosi töö ja toodanguga ning arutasid kala tarbimist meie vabariigis.

Statistiliste andmete järgi söödi Eesti NSV-s ajavahemikul 1970...1979 keskmiselt 25...29,5 kg kala ja kalasaadusi elaniku kohta aastas. NSV Liidu tarbimisnormiga (18,2 kg) võrreldes ei ole seda vähe, kuid võiks olla rohkem, nimelt 35...40 kg. See on oluline ratsionaalse toitumise seisukohalt, sest Eesti NSV elanike peamised toiduained — liha- ja piimasaadused — on rohkem rasva- kui valguallikad. TPI teadurite andmeil andsid liha- ja piimasaadused meie toidulauale kokku kaks korda rohkem rasva kui valku. Söödud lihasaadustes oli valgu ja rasva kaaluline suhe 1:1,8 ja piimasaadustes (kaasa arvatud või) 1:2,2. Meie vabariigis ületab liha rasvasisaldus Nõukogude Liidu lihasortide keskmise rasvasisalduse tunduvalt. Kui 1939. a. oli valgu ja rasva suhe Eestimaa elanike toiduratsioonis normilähedane, 1:0,9 (norm 1:1), siis aastail 1975...1977 uuritud Tallinna tööstustöölise toidus oli see keskmiselt 1:1,35, mõnikord isegi 1:1,5.

Rasv valku ei asenda ja nii tekib selle disproportsiooni tõttu suhteline valgupuudus. Ratsiooni tasakaalustamiseks on vaja piirata rasvarikaste toiduainete tarbimist ja suurendada valgurohkete toiduainete söömist. Nendele nõuetele vastab hästi kala, sest enamik kalaliike sisaldab valku tunduvalt rohkem kui rasva. Tursas, lutsus ja haugis on valku 18...19%, rasva aga ainult 0,6...0,7%; kilus, räimes ja lestas on valku 14...17%, rasva 3...9%. Ainult angerjas, sügisene silm ja rasvaheeringas sisaldavad rasva rohkem kui valku.

«Lääne Kaluri» konservitööstuse toodangust moodustavad 70% õlikonservid ja 30% kala tomatis. Sprotid on tunnustatud konserviliik. Seda ei saa ütelda Tartu Kalakombinaadis toodetava konservi «Heik eesti moodi» kohta, sest selles on kalale lisatud rohkesti searasva. Äratub vöörastust, et selliselt valmistatud konservile omistatakse rahvusliku omapära jooni.

Kala ja kalasaadused on väärtuslikud toiduained, mis aitavad tasakaalustada elanike toitu, rikastades seda valgu, mineraalainete ja vitamiinidega. Neid tuleks veelgi rohkem tarbida.

Einar Vagane

12. juulil 1981 tutvus Tallinna Kiirabihaigla uusehitisega Vietnam SV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja, Riikliku Kapitaaletituse Komitee esimees Huynh Tan Phat. Temaga koos olid selle vabariigi juhtivad ehitustöötajad, kes olid saanud NSV Liidu valitsuse kutsel, et tutvuda ehituse korralduse, projekteerimise ja ehituslase teadusliku uurimis-

töö kogemustega. Delegatsiooni saatsid Eesti NSV Riikliku Ehituskomitee esimees R. Kvell ja NSV Liidu Riikliku Ehituskomitee välissuhete osakonna juhataja V. Škvarko. Külalised tundsid huvi kiirabihaigla osakondade ja ruumide paiknemise, reanimatsiooni- ja röntgeniosakonna, ka sisseseade ja aparatuuri vastu, selle kohta andsid seletusi Tallinna Kiirabihaigla peaarst U. Meikas ja asetäitja ravi alal A. Talihärm.

16. juunil 1981 külastas Tallinna Kiirabihaiglat Saksa DV Schwerini ringkonna 13-liikmeline meditsiinitöötajate delegatsioon. Nad tutvusid infarkti-, vastuvõtu-, kardioreanimatsiooniosakondade ja laboratooriumi tööga, nad huvitusid ka vereülekandeosakonna tegevusest ning tundsid huvi organisatsiooniliste küsimuste vastu.

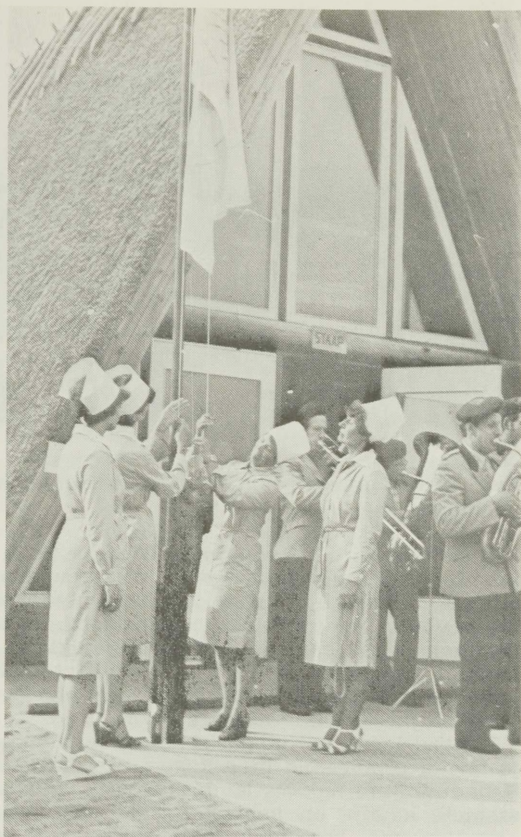
Tallinna Kiirabihaigla külaliseks oli juuni algul Tšehhoslovakkia arstiteaduse doktor Milan Melichak Prahast, kelle tööpöld on samuti meditsiiniline kiirabi. Eriti huvitas teda haigla töökorraldus, reanimatsiooniosakonnas ja operatsioonihoones tehtav, meditsiinilised uuringud ja laboratooriumide töö.

Tallinna Linna RSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja M. Martinson ja Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla peaarst A. Haug käisid maikuu algul Soomes tervishoiukogemusi vahetamas. Nad külastasid Järvenpää narkoloogiahaiglat, Kellokoski psühhiaatriaiglat, Kotka linnahaiglat ja sealset tervisekeskust, mis on ambulatoorne tervishoiuasutus. Kohtumistel meditsiiniüldsuse esindajatega rääkis M. Martinson Tallinna tervishoiukorraldusest, A. Haug tutvustas Järvenpää nõukogude psühhiaatrilise arstiabi süsteemi ja selle arengusuundi.

Eesti Meditsiiniõdede Seltsi 13. puhkelaager oli seekord 19...21. juunini Rakvere rajoonis Lammasmäel.

Kui mitte arvestada ilma tujukust, siis võib kokkutulekut pidada õnnestunuks. Osavõtjaid oli 1332, neist lapsi 184. Telke loeti kokku 481, parkimisplatsil seisis 39 bussi, 14 mikrobussi ja 139 sõiduautot. Nagu alati, prooviti seegi kord vaimu- ja ihuõudu. Mälumängus saavutas esikoha Keila Haigla, isetegevuses Põltsamaa Linna Haigla, rahvastepallis Tallinna Kiirabihaigla. Vaimukaim välkleht oli Rapla Keskhaiglal ja parim laagrikujundus Haapsalu Rajooni Keskhaiglal. Punktide kokkuvõtte näitas, et Rapla Rajooni Keskhaigla oli ka sel aastal parim, teisele kohale tulid Põltsamaa, kolmandale Keila ja Otepää meditsiiniõded.

Laagrirahvast olid tulnud lõbustama Rakvere rajooni taidlejad, kelle lausa professionaalsed võimed kutsusid esile tugeva aplausi. Kuid külalisi oli kaugemaltki: Užgorodi rah-



Rakvere rajooni meditsiiniõded heiskavad laagrilipu. H. Kalle foto.

vakunstiansambel pakkus ehtmägilasliku temperamendiga tantse ja laule.

Järgmine puhkelaager otsustati pidada Pärnu rajoonis.

Maie Gustavson

Tänavu mais viibis Kielis toimunud Tallinna kultuuripäevadel ka Eesti NSV teeneline arst V. Ilmoja. Saksamaa Kommunistliku Partei klubis — Marxi klubis — kohtus ta kohalike arstidega. 40-minutises ettekandes andis V. Ilmoja põhjaliku ülevaate nõukogude tervishoiukorraldusest, selle tegevussuundadest, tasuta arstiabi süsteemist ja muudest tervishoiuprobleemidest. Arstid tundsid suurt huvi meie tervishoiu profülaktilise suuna vastu. Saksa FV-s on arstiabi saamise eelduseks olla haigekassa liige, vastasel korral on see kättesaadamatult kallis. Haigekassamaks on 10...12% brutopalgast. Saksa FV kommunistid on päevakorrale tõstnud haiguste profülaktika; nad tegelevad ka rahukaitsega.

V. Ilmoja külastas Kieli Ülikooli kliinikuid, ka ühte lasteaeda ja Dietrichsdorfis asuvat vanadekodu, mis olevat parim ja moodsaim kogu Saksa FV-s, 560 voodikohaga Kieli linnahaiglat, kus osakondades on vaid 15...40



Fotol vasakult: E. Vagane, L. Kildema, P. Bogovski, V. KÜng. M. Mällo foto.

Eesti NSV delegatsioon Kieli ülemlinnapea vastuvõtul.

kohta, ta tutvus ka arstide ja õdede ettevalmistusega. Huviäratavat ja mõtlemapanevat oli nii mõndagi: vanadekodusse lubatakse kaasa võtta isegi mööbliesemeid, vähendamaks psühholoogilist barjääri, väikesed haiglaosakonnad olevat paremini ja operatiivsemalt juhitavad, kolme õppeaastaga õdedekooli võetakse üksnes keskharidusega noori.

Tähtsal kohal on haiglasise nakkuse tekke ja leviku probleemid ning kogemuste üldistus. Veendunud, et nakkus levib peamiselt käte ja esemete kaudu, on kehtestatud kätepesemise erirežiim nii personali, külastajate kui ka haigete kohta. Huvitav oli ka see, et arstid valivad teatud tähtjaks peaarsti, ülemõdede nõukogu valib määramata ajaks ülemõed, ülikooli õppejõud saavad palgalisa vastavalt laste arvule perekonnas jms. Jäätmete ratsionaalne hävitamine, elukeskkonna saastatuse ennetamine, on globaalne probleem. Sellest seisukohast oli huvipakkuv käik jäätme põletusvabrikusse, ainulaadsesse ettevõttesse, mille majanduslik efekt on suur: põletamisest vabaneva soojusenergiaga kütakse 2000 korterit, sel teel hoitakse kokku aastas 16 000 tonni kütteõli, põletuse jääkräbu kasutatakse ära tee-ehitustel.

V. Ilmoja viibis ka Lübeckis ja Hamburgis, viimases külastas ka E. Thälmanni majamuuseumi.

Jaanikuu viimasel päeval oli Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis pidulik sündmus — tähistati tootumise ja ainevahetuse laboratooriumi juhataja Einar Vagase hiljutist 65. sünnipäeva ning teenitud vanaduspukusele minekut.

Eesti NSV teenelise teadlase bioloogiadoktor E. Vagase elukäigust andis ülevaate meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna juhataja I. Laan. Rohkearvulised koosviibijad kuulsid, et E. Vagane tuli instituuti tööle

varsti pärast selle moodustamist ja on siin töötanud 33 aastat ja üks kuu.

Selle pika aja vältel on kommunist E. Vagane uurinud meie põlevkivibasseini õhu saastatust, Haapsalu ravimuda mitmesuguseid omadusi, tuberkuloosipreparaatide efektiivsust ja muid probleeme. Tema elutööks on aga saanud Eesti NSV elanike toitumise ja ainevahetuse uurimine ning instituudis vastava labori ja töörühma loomine.

E. Vagane on hinnatud ratsionaalse toitumise põhimõtete tutvustaja, kes on pidanud rohkem kui 120 populaarteaduslikku loengut ja trükkis avaldanud üle 130 artikli ning brošüüri.

Tema teadustööde hulgas on 21 lõpetatud plaanilist tööd, üks monograafia ja 89 artiklit ning 49 ettekannete teesi. Tema juhendamisel on koostatud ja kaitstud 15 diplomitööd ning kolm kandidaadidissertatsiooni.

Oma uurimistulemuste rakendamiseks osaleb E. Vagane innukalt nelja ministeeriumi kuues nõukogus või komisjonis ning on teinud kõrgemalseisvatele instantsidele üle 40 juurutamisettepaneku, millest enamikku on aktsepteeritud.

E. Vagase ühiskondlikest ülesannetest on kaalukamad olnud instituudi parteialgorganisatsiooni juhtimine ja 26 aastat kestnud propagandistitöö. Ta on suur looduse ja ajaloo armastaja ning instituudi ühiskondlik giid, kellena on tutvustanud paljudele külalistele vennasvabariikidest ja välismaalt iidset ja ühtlasi tänapäevast Tallinna.

Tööpunalipu ordeniga autasustatud Suure Isamaasõja ja tööveteran E. Vagane on keskajakirja «Вопросы питания» toimetuspõhikogu liige.

Instituudi staažikaimale töötajale soovisid head tervist, meeldivat puhkust kodusaarel Hiiumaal ja jätkuvat koostööd instituudi direktor P. Bogovski, parteialgorganisatsiooni sekretär J. Uibu, ametiühingu kohaliku komitee esimees L. Kildema, TRÜ hügieeni ja tervishoiuorganisatsiooni kateedri õppejõud M. Niit, «Nõukogude Eesti Tervishoiu» peatoimetaja asetäitja V. Laos jpt.

EESTI NSV TEADLASTE LÕPETATUD UURIMUSED

Jätkame Eesti NSV meditsiiniinstituutide ja TRÜ arstiteaduskonna teadlaste lõpetatud teaduslike tööde venekeelsete autoreferaatide avaldamist. Lugejat huvitavate töödega on võimalik tutvuda teadusasutustes, kus töö on valminud. Lõpetatud teaduslike tööde koopiaid või mikrofilme saavad asutused tellida Üleliidulisest Teaduslik-Tehnilise Informatsiooni Keskusest. Teadete saamiseks pööruda meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna (MIVO) poole, 200 015 Tallinn, Hiiu 42, tel. 514-307.

ЗАКОНЧЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧЕНЫХ ЭСТОНСКОЙ ССР

Продолжаем публиковать на русском языке авторефераты открытых законченных научно-исследовательских работ (НИР) ученых медицинских институтов Эстонской ССР и медицинского факультета Тартуского государственного университета. С самими работами читатели могут познакомиться в научном учреждении, где проводилось данное исследование.

Копии ответов или микрофильмы учреждения могут заказать во ВНИИ Центре. За справками обращаться в Республиканское отделение научной медицинской информации (РОНМИ), 200 015 Таллин, ул. Хийу, 42, тел. 514-307.

Комплексное лечение больных с врожденными расщелинами неба (отчет). Тартуский государственный университет. М. О. Лыви-Калнин, А. М. Кыдар, П. О. Роосаар, К. В. Паю, Л. Э. Лалл, Р. Л. Реди, Б. Х. Сеньеш. Тарту, 1981. 28 с.

Расщелина неба, уранопластика, нарушение роста челюстей, остеометрия зубных дуг, денервация и вазотомия неба, тканевые нарушения, остеопороз, вторичная деформация, плавающий obturator, компактостеотомия, ортодонтическое перемещение зубов, пониженный интеллект.

В комплексном клинико-экспериментальном исследовании, проведенном кафедрой стоматологии Тартуского госуниверситета в 1975—1980 гг., представляются данные, полученные при изучении причин вторичных деформаций верхней челюсти, и рассматриваются меры по их устранению в период постоянного прикуса у больных с врожденными расщелинами неба.

Измерения моделей челюстей у 223 боль-

ных в возрасте 2,5—13 лет и старше с расщелинами неба показали, что уже до операции расщелины неба, т. е. уранопластики, имеют место нарушения роста челюстей, состоящие в сужении и укорочении зубной дуги верхней челюсти, особенно ее переднего отдела, что усугубляется с возрастом ребенка вследствие уранопластики, ранней хейлопластики и отсутствия плавающего obturatora. Изменения динамики роста нижней зубной дуги носят компенсаторный характер.

Аналогичное сужение верхней зубной дуги возникало и в эксперименте вследствие хирургического вмешательства в области твердого неба, произведенного у 58 щенков (контрольных животных было 7) с последующим измерением (остеометрией) зубной дуги верхней челюсти. Гистологическим методом исследования у оперированных животных (48 подопытных и 5 контрольных животных) были выявлены структурные изменения как слизистой оболочки, так и кости твердого неба, сводящиеся к частичной замене их грубоволокнистой соединительной тканью. Наиболее тяжелые тканевые нарушения возникали при денервации и вазотомии твердого неба. Если при изолированном вмешательстве на мягких тканях наблюдалось образование костной ткани, содержащей $21,8 \pm 2,5\%$ соединительной ткани в канальцах, то при отслойке слизистой-надкостничных лоскутов и пересечении сосудисто-нервных пучков неба соединительной ткани было уже $27,3 \pm 5,3\%$, в случае же одновременного повреждения мягких тканей, сосудов и нервов, а также кости соединительная ткань составляла уже $39,6 \pm 5,3\%$ всего объема кости, вследствие чего возникал сильный остеопороз кости, являющийся одной из причин деформации верхней челюсти.

Наиболее эффективным способом устранения вторичных деформаций верхней зубной дуги и нарушения прикуса у больных старше 13 лет (в период постоянного прикуса), возникающих вследствие уранопластики, является компактостеотомия с последующим ортодонтическим перемещением зубов с помощью несъемной аппаратуры (произведена у 16 больных). При помощи словесных тестов у больных с врожденными расщелинами губы и неба было выявлено понижение интеллекта и психологические трудности социальной адаптации, что позволяет диагностировать торможение психического развития у этих больных.

Изучение распространенности и патогенеза заболеваемости пародонта и твердых тканей зуба. Тартуский государственный университет, Институт ОМП, Республиканский противозобный диспансер. С. А. Русак, Н. А. Вихм, Э. Э. Лейбур, Э.-М. И. Метса, М. Х. Саар, В. М. Лауранд, В. Х. Кийк, Т. Э. Вихалемм, А. П. Калликорм, И. А. Калитс.

В комплексном исследовании, проведенном кафедрой стоматологии Тартуского государственного университета в 1978—1980 гг., представлены данные об эпидемиологии кариеса зубов и заболеваний пародонта у населения Эстонской ССР в зависимости от содержания фтора в питьевой воде и от питания. Распространенность кариеса весьма высока (от 81,07 до 99,02%). Изучались связи между стоматологическими заболеваниями и нарушениями функции эндокринной системы (сахарным диабетом, тиреотоксикозом) и заболеваниями желудочно-кишечного тракта (хроническим гастритом, язвами двенадцатиперстной кишки). Исследования биохимических изменений слюны показали, что белковый состав слюны при различных заболеваниях зубов и пародонта является относительно стабильным (в среднем 14—16 фракций). Повышенная активность некоторых ферментов слюны (амилазы, кислой фосфатазы) обнаружена при кариесе и заболевании пародонта у больных диффузным токсическим зобом и сахарным диабетом. Количество лактобацилл и стрептококков слюны зависит от общей гигиены полости рта и от методов применения фтора в профилактике кариеса.

Результаты изучения микроэлементов твердых тканей зубов подтвердили, что содержание в эмали зубов марганца, никеля, железа и меди оказалось повышенным у жителей районов с пониженным содержанием фтора в питьевой воде. В эксперименте на животных исследовалось проникновение ^{32}P в твердые ткани зуба.

На базе морфологических исследований выявлено влияние некоторых факторов на зубные зачатки и на резорбцию и образование альвеолярной кости в культуре ткани, которые могут оказать воздействие на метаболизм альвеолярной кости и зубных тканей *in vivo*. Оценка функциональной активности эпителиальных клеток при репаративной регенерации произведена авторграфическим методом, т. е. включением H_3 -тимидина в эпителиальные клетки маргинального пародонта белых крыс.

Teadmiseks lugejatele!

1. jaanuarist 1982 maksab meie ajakirja eksemplar 50 kopikat ja aastatellimus 3 rubla. See on seotud trükipaberi maksumuse, polügraafilise teostuse ja levitamiskulude suurenemisega.

Toimetuse

Nõukogude Eesti Tervishoid

[ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ]

Медицинский журнал Министерства
здравоохранения Эстонской ССР

№ 5, сентябрь, октябрь 1981 г.

К. Я. Гросс, И. К. Кыйв, К. Я. Цильмер —
Уровень ФСГ и ЛГ в сыворотке крови
при ановуляции

Уровень ФСГ и ЛГ в сыворотке крови определяли радиоиммунологическим методом у 69 больных со вторичной аменореей и ановуляцией. Всего произведено 232 исследования. Результаты оценивались по базальной продукции ФСГ и ЛГ. Базальная продукция ФСГ и ЛГ оказалась без изменений лишь у 14 больных. При измененной продукции этих гормонов отмечался 21 различный вариант ФСГ и ЛГ. Среди них чаще всего наблюдались случаи с пониженной продукцией ФСГ при одновременном нормальном уровне ЛГ (10 случаев), с пониженным уровнем ЛГ при нормальном уровне ФСГ (11 случаев) или с нормальной продукцией ФСГ при незначительном повышении секреции ЛГ (10 случаев). Определение базального уровня ФСГ и ЛГ позволяет уточнить звено поражения в системе гипоталамус — гипофиз — яичники и применять рациональное гормональное лечение для восстановления овуляции.

Л. Н. Салусте — Динамика массы тела
первородящих и ее связь с весом новорожденного

Исследованию было подвергнуто 95 молодых, здоровых первородящих женщин в возрасте от 16 до 29 лет. У первородящих и у новорожденных измеряли основные антропометрические показатели (у первых — массу тела в триместрах и во время родов, привес, рост и у последних — массу тела и рост). Также рассчитывали индексы Брока и Рорера.

Были выявлены существенные линейные коррелятивные связи между антропометрическими показателями: привесом беременной и массой тела новорожденного. Такие же коррелятивные связи отмечались и с индексом Рорера. Следовательно, при дис-

пансеризаций беременных надо точнее следить за привесом и учитывать индексы Брока и Рорера.

Э. Э. Цуппинг, Э. Х. Петерманн, У. Т. Лейснер, В. А. Касалайд — Взаимосвязь фонокардиографических данных о состоянии внутриутробного плода с состоянием новорожденных

Авторы исследовали методом фонокардиографии состояние внутриутробного плода у 145 беременных, сопоставляя полученные данные с состоянием новорожденных. Признаки выраженной гипоксии были установлены у 69 и угрожающей гипоксии — у 37 беременных. Гипоксическое повреждение центральной нервной системы и родовая травма наблюдались у новорожденных при явлениях внутриутробной гипоксии вдвое чаще.

Метод фонокардиографии внутриутробного плода является относительно информативным методом исследования, который позволяет распознавать ранние признаки гипоксии.

Состояние внутриутробного плода, определенное фонокардиографом, тесно коррелируется с состоянием новорожденных.

М. Э. Карлис — О врожденных пороках развития в 1970—1979 гг. по данным Тартуского клинического родильного дома

В 1970—1979 гг. в Тартуском клиническом родильном доме зарегистрировано 26 768 родов. В 334 случаях родились новорожденные с пороками развития. У 33,2% из них пороки являлись множественными. В этой группе хромосомальные болезни составляли 50,5%. Наиболее частым был синдром Дауна — 80,4% всех хромосомальных болезней, 40,5% всех множественных пороков и 13,8% всех пороков развития новорожденных. Частота синдрома Дауна в целом выражается соотношением 1:595. Изолированные и системные врожденные пороки были диагностированы со следующей частотой: пороки центральной нервной системы и органов чувств — 9%, пороки лица и шеи — 10,2%, пороки сердечно-сосудистой системы — 10,8%, пороки дыхательной системы — 1,8%, пороки органов пищеварения — 4,2%, пороки костно-мышечной системы — 21,3%, пороки мочевой системы — 5,1%, пороки половых органов — 0%, пороки эндокринных желез — 0,3%, пороки кожи и ее придатков — 2,1%, прочие пороки — 2,0%.

Перинатальная смертность при пороках развития в течение 10 лет составляла в среднем 3,8%, со значительными колебаниями в отдельные годы — от 2,0‰ до 5,7‰. В некоторые годы на долю перинатальной смертности при пороках развития приходилось до 25% от общей перинаталь-

ной смертности. Особенно высокими были ante- и интранатальная смертность — в среднем 2‰.

Ю. В. Филиппович, Я. К. Мартин, С. Ш. Уманский, В. П. Наабер, В. А. Ильмоя — Санитарно-бактериологическая характеристика воздуха хирургических и родо-вспомогательных стационаров

С целью изучения причин послеоперационных гнойных осложнений в помещениях Пельгулиннаской больницы исследовалось микробное число и наличие золотистого стафилококка в 72 пробах воздуха. Выделено 135 штаммов золотистого стафилококка.

Установлено, что общее микробное число воздуха хирургических отделений и операционных превышало допустимые нормы на 18—52% и к концу рабочего дня возрастало. Выделенные штаммы золотистого стафилококка обладали полиантибиотикорезистентностью и, значит, могли реализовывать инфекционный процесс.

Х. Э. Тялли, А. К. Арбет, М. С. Керонен, М. А. Кирсс — Значение нитрит-теста в выявлении бактериурии у детей

Для срочного ориентирующего выявления бактериурии был использован нитрит-тест по Чокунаи у 250 детей от 2- до 14-летнего возраста. Тест оказался отрицательным у всех здоровых воспитанников детского сада. Положительный результат анализа отмечался у 35% из 71 больного с заболеваниями почек и мочевыводящих путей и у 6% из 114 больных с заболеваниями других органов-систем ($P < 0,05$). Параллельность результатов нитрит-теста и бактериологического посева мочи подтверждают достоверность нитрит-теста в 83% случаев.

С. Д. Коппель — Общественный прогресс и медицина

Социально-экономический, культурный и санитарно-медицинский прогресс общества неразрывно связаны между собой; уровень здоровья общества является одним из важнейших критериев общественного прогресса. В настоящее время прогресс в области медицины может быть достигнут лишь в результате международного сотрудничества. Как международное профессиональное сотрудничество, так и идеологическая борьба обуславливают необходимость в качественном и количественном измерении здоровья. Измерение индивидуального и общественного здоровья состоит в его сопоставлении с конкретными возможностями общества по обеспечению здоровья. Эти возможности зависят в первую очередь от социально-экономического общественного устройства. В то же время критерий здоровья, а следовательно и обус-

ловливающих его условий, должен быть единым для всего человечества. Эти общие критерии вырабатывает в каждый исторический период то общество, которое достигло наиболее высокого уровня социального прогресса. В наше время таковым является развитое социалистическое общество. Основным условием сохранения жизни и здоровья людей и общественного прогресса на нашей планете является мир.

Х. Я. Вяре — Психологические и биологические особенности алкоголизма женщин

Поскольку распространение алкоголизма среди женщин все увеличивается, исследование этого явления выдвинулось в число наиболее актуальных социальных и наркологических проблем. В статье на основании литературных данных рассматриваются особенности протекания алкоголизма у женщин. Алкоголизм формируется у женщин за более короткий период, чем у мужчин. Среди факторов, способствующих развитию алкоголизма, особенно большое значение у женщин имеют конфликты, возникшие на личностно-эмоциональном уровне. Алкоголь превращается для них в средство бегства от реальности и смягчения конфликта. Проявляется патологическое обострение черт характера. Часто имеет место депрессия, которая тесно связана с патологической потребностью в алкоголе, появляются симптомы истерии, снижается интерес к противоположному полу, формируются эгоцентризм, стремление к самооправданию, лживость, появляется настоятельная необходимость и способность находить всевозможные отговорки, провалы памяти, враждебное отношение к трезвому окружению. По данным психометрических тестов, время моторных рефлексов у алкоголиков значительно сокращается, что является проявлением свойственной им повышенной раздражительности и несдержанности, аналогично страдающим депрессией и неврозом. В статье анализируются данные исследования нейромедиаторных процессов, необходимость определения гормональных параметров для выявления патогенеза алкоголизма, соматические и психические нарушения в состоянии здоровья у детей женщин, страдающих алкоголизмом.

В. П. Салупере — Озлокачествление язвы желудка

В статье на основании литературных данных анализируется процесс озлокачествления язвы желудка и приводятся мнения различных авторов по этой проблеме. Подчеркивается значение т. н. проспективных клинических исследований, в ходе которых гистологически установленные доброкачественные язвы желудка наблюдались на про-

тяжении длительного времени. Именно такого рода исследования наилучшим образом освещают проблему малигнизации язвы. Автор статьи приводит также данные, полученные им в процессе исследования и наблюдения 113 больных язвой желудка в 1973—1975, в 1978 и 1980 гг. Рассматривается жизненный цикл злокачественной язвы, который сопоставляется с циклом доброкачественной пептической язвы, всесторонне обсуждается проблема малигнизации.

В. А. Каск — Специализированная гинекологическая помощь девочкам

В аспекте проблем дальнейшего развития детской гинекологии в ЭССР произведен анализ работы кафедры акушерства и гинекологии ТГУ. На профилактических осмотрах девочек пубертатного возраста (821) выяснен контингент, требующий диспансеризации по комплексной оценке полового развития (65,46%). Проведен анализ стационарной помощи девочкам по 301 истории гинекологической болезни. Большинство девочек (92,37%) госпитализировано в возрасте 15—18 лет. Основными показаниями госпитализации (44,19%) являлись нарушения менструальной функции, отклонения в половом развитии и воспалительные процессы гениталий. В 55,81% случаев причиной госпитализации был аборт.

Кафедра акушерства и гинекологии ТГУ является центром оргметодической, научной и практической работы в области детской гинекологии, а Тартуский клинический родильный дом — высшим этапом соответствующей лечебно-профилактической работы в ЭССР.

На данном этапе необходимо усилить профилактическую работу и обеспечить специальными кадрами детские гинекологические больницы.

Ю. М. Саарма — Сто лет кафедре и клинике психиатрии в Тарту

По инициативе профессора Тартуского университета Эдуарда Валя 4 марта 1877 г. на средства общественного комитета в Тарту была открыта 8-коечная психиатрическая больница. 1 января 1880 г. была основана кафедра психиатрии университета. Первым заведующим кафедрой был Герман Эммингауз (с 1880 г. по 1886 г.). 7 октября 1880 г. больница перешла в ведение университета, в апреле 1881 г. сдали в эксплуатацию новое здание больницы. С 1886 г. по 1891 г. кафедрой и клиникой заведовал Эмиль Крепелин, который проводил в Тарту важные психофармакологические исследования. С 1891 г. по 1915 г. заведующим кафедрой и клиникой был Владимир Федорович Чиж, с 1915 г. по 1918 г. — Александр Иванович Ющенко, много сделавший для расширения клиники. В буржуазный пери-

од в Эстонии кафедрой и клиникой заведовал Максимилиан Брезовский (1918—1941). С 10 января 1941 г. по 1 сентября 1975 г. заведующим кафедрой был Эльмар Юганович Кару, который до 1965 г. по совместительству работал и главврачом Тартуской республиканской клинической психоневрологической больницы (с 1945 г. в ведении Минздрава республики). С 1 сентября 1975 г. заведующим кафедрой является Юрий Мартынович Саарма. С 1965 г. главным врачом больницы работал Хэйти Юганнесович Кадастик, а с 1 ноября 1977 г. — Юрий Эдуардович Аасо. В годы Советской власти кафедра и клиника психиатрии в Тарту значительно расширили свою деятельность, ими достигнуты большие успехи в лечебно-профилактической, педагогической и научной работе. В государственном плане на XI пятилетку предусмотрено строительство первой очереди нового психиатрического центра в Тарту.

В. В. Калнин, Э. П. Лепп — Карл Фридрих Бурдах

К. Ф. Бурдах (1776—1847), профессор анатомии, физиологии и судебной медицины Тартуского университета с 1811 г. по 1814 г., был одним из наиболее крупных ученых на медицинском факультете в начале XIX в. Он содействовал повышению уровня преподавания анатомии, читал также эмбриологию. Работы в этой области его учеников Х. И. Пандера и К. М. Бэра приобрели мировую известность. Особое внимание К. Ф. Бурдах уделял изучению морфологии, онто- и филогенеза головного мозга, был одним из эволюционистов додарвиновского периода и развивал в своих трудах идею единства и прогрессивного развития природы, изложенную в духе шеллингианской натурфилософии. Бурдахом было организовано врачебное общество в Тарту, одно из первых в России. Он принимал участие в издании старейшего отечественного медицинского журнала «Русский сборник естествознания и медицины» (1815—1817), который является значительной вехой в развитии отечественной медицинской периодики и русско-немецких медицинских связей.

М. О. Мяги, Ю. Ю. Раудсепп — Пенетрация язвы желудка у двухлетнего ребенка

В статье описывается случай пенетрации язвы желудка в область левой доли печени у двухлетнего ребенка, госпитализированного в хирургическом отделении Таллинской городской детской клинической больницы 2 ноября 1980 г. Во время поступления у больного были явно выражены явления резкой анемии (гем 6,7 гр%, эритроциты 1 620 000), а также наблюдались рвота с кровью и дегтеобразный стул. С 4 ноября

1980 г. по 9 ноября 1980 г. ребенок находился в реанимационном отделении, где были ликвидированы последствия анемии и осуществлена предоперационная подготовка. Гастроскопия, проведенная 18 ноября 1980 г., показала язву желудка на малой кривизне диаметром 1—1,5 см. 5 декабря 1980 г. была произведена операция, в результате которой язва была ушита серозномышечными швами. Послеоперационный период прошел нормально.

М. А. Аннус — Своеобразие психики больного ребенка

Автор статьи, педагог Таллинской клинической детской больницы, размышляет о проблемах учебы и воспитания в детской больнице. Центральной проблемой является учебная работа в больнице. Большинство родителей и учителей высказываются за то, чтобы больные дети продолжали учебу, среди медиков по этому вопросу имеют место разногласия.

Правильно ли доводить интенсивность учебного процесса в больнице до максимума. Учеба — это работа ребенка. Если сделать ее добровольной, то учиться будут только старательные школьники с отличной и хорошей успеваемостью. Если же исходить из состояния здоровья, то встанет вопрос о том, каким должен быть критерий допуска детей к занятиям.

По мнению автора, решающее слово в решении вопроса о режиме больного ребенка должно оставаться за врачами.

Автор рассматривает также вопросы общения с больными детьми, необходимости создания для него мира игрушек и значение положительных эмоций при выздоровлении ребенка.

Подготовка кадров

И. А. Велдре — II симпозиум ученых США и СССР по вопросам защиты биосферы и здоровья людей в сланцевой промышленности

Н. В. Эльштейн — VII съезд терапевтов Эстонской ССР

Х. Я. Вяре — VII Всесоюзный съезд негепатологов и психиатров

У. Ф. Сибуль, К. А. Пыдер — XXX Всесоюзный съезд хирургов

Юбилейные даты

Новые лекарственные препараты

Вопросы эстонского языка в медицине

Хроника

В Министерстве здравоохранения Эстонской ССР

В Тартуском государственном университете

Законченные исследования ученых Эстонской ССР

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

**Medical Journal of the Ministry of
Health of the Estonian SSR**

No 5. September, October 1981

K. Gross, I. Kõiv, K. Zilmer — Serum levels of FSH and LH in Patients with An-ovulation

In 69 patients, aged between 22 and 34 years, with secondary amenorrhoea and an-ovulation the serum values of FSH and LH (232 blood samples) were measured by radio-immunoassay. The results obtained in various groups of patients were compared with basal levels of FSH and LH in the normal menstruating females. As a result, 21 different variations in the patterns of FSH and LH were found. The most common ones were cases with a decreased secretion of FSH and a normal level of LH (10 cases), a decreased basal level of LH and a normal secretion of FSH (11 cases), or a normal basal level of FSH and somewhat elevated basal level of LH (10 cases). This information refers to a possible practical clinical application of the hormone in the future.

L. Saluste — Primiparas' Weight Curves Related to their Newborns' Weight

The article deals with primiparas' main anthropometric characteristics, on the one hand, and their newborns' weight gain, body size and height, on the other. As a result, some important correlations between the primiparas' anthropometric characteristics and their newborns' weight gain and body size were observed. Rohrer's index has been found to be in close correlation with the primipara's anthropometric characteristics and the newborn's body size.

It is concluded that, apart from the expectant mother's height and weight, weight gain and Rohrer's index is of value in the follow-up of the pregnant woman.

E. Zupping, E. Petermann, V. Kaselaid, U. Leisner — Phonocardiography in Relation to Newborn's Condition

The authors have studied the intrauterine fetal state by phonocardiography in 145 pregnant women and the state of health in their newborns. Intrauterine hypoxia was detected in 69 and incipient hypoxia in 37 pregnant women. The authors point out that hypoxic lesions of the central nervous system during the first week of life are twice more likely in the group with intrauterine hypoxia than in those suffering no intrauterine hypoxia.

Phonocardiography is a comparatively simple and informative method which allows to detect early intrauterine hypoxia. There is a high correlation between the condition of the newborn during the first week of life and antenatal condition determined by phonocardiography.

M. Karlis — The Incidence of Abnormalities in 1970—79 at the Tartu Clinical Maternity Hospital

A total of 26,768 newborns were examined for the presence of congenital abnormalities. Several abnormalities were detected in 334 newborns. Multiple abnormalities made up 33.2 per cent of the cases studied. Down's syndrome was the most frequent multiple abnormality: one case in 595 deliveries. Bone and muscular malformations constituted 21.3 per cent, cardiovascular abnormalities 10.8 per cent, facial and neck abnormalities 10.2 per cent and cardiac, central nervous system and sensory organ abnormalities 9 per cent of the abnormalities of various organs and organ systems. The incidence of other abnormalities was significantly lower.

T. Filippovich, J. Märtin, S. Umanski, V. Naaber, V. Ilmoya — Sanitary-Bacteriological Assessment of the Air in Surgical and Maternity Hospitals

The total amount of microbes and the presence of *Staphylococcus aureus* were determined in operating rooms of the surgical and maternity departments of the Pelgulinna Hospital in order to find out the main causes of postoperative pyogenic infections.

The composition of the microbes were investigated in 72 air samples and 135 strains of *Staphylococcus aureus* were isolated. It was found that the total amount of microbes in surgical departments and operating rooms exceeded the maximum permissible limit by 18—52 per cent. The *Staphylococcus aureus* strains isolated from the air were found to be resistant to the commonest antibiotics used, and were considered to be responsible for the post-operative infections at this hospital.

**H. Tälli, A. Arbet, M. Keronen, M. Kirss —
The Value of Nitrite-Test for Detecting
Bacteruria in Children**

A rapid screening for bacteruria, using the Czokonay nitrite-test, was carried out in 250 children aged from 2 to 14 years. The test proved negative in all healthy children examined at a kindergarten. Positive results were observed in 35 per cent of 71 children suffering from renal or urogenital tract diseases and in 6 per cent of 114 children with diseases of other internal organs ($P < 0.05$). The similar results of both nitrite-test and bacteriological examination of urine samples confirmed the reliability of nitrite-test for detecting bacteruria in 83 per cent of cases.

S. Koppel — Social Progress and Medicine

Socio-economic progress and advances in the field of culture, medicine and sanitation are inseparably linked together. Better health conditions of the people are the chief criteria of social progress. Today, advances in medicine can be achieved only as a result of international cooperation. Both international, professional cooperation and ideological struggle makes it necessary to evaluate health conditions and facilities qualitatively and quantitatively. A comparison between individual and social health conditions and concrete social conditions helps to guarantee better health. Such conditions, first of all, depend upon the socio-economic structure of the state. The criteria of health, as a general human right, and of health facilities should be universal for the whole mankind. Such common criteria (minimum for themselves, and desirably optimum for others) are given, during a certain historical period, by the society that has reached the highest level of social progress. At present, a developed Socialist society guarantees such a level of social progress. The chief prerequisite for health protection and for social progress is world peace.

**H. Väre — Psychological and Biological
Features of Female Alcoholism**

Research into female alcoholism is of paramount importance, since alcohol abuse among women is on the increase. On the basis of the literature, the author describes some characteristic features in the development of alcohol dependence among women. It is well-known that alcoholism among women develops more rapidly compared with that in men. The most important problem encountered by female alcoholics is personal, emotional conflicts which are conducive to alcoholism. In female alcoholics alcohol becomes a means of escaping from everyday life and alleviating sorrows. Personality traits become pathologically pronounced. Occasionally, both depression,

which is closely connected with alcoholic craving, and hysteria occur. Female alcoholics show a declining interest in the opposite sex. Such women also show and increasing tendency to egocentrism, self-justification and telling lies, they also have a strong inclination to make false pretences. Loss of memory and a hostile attitude toward a sober atmosphere are common. According to psychometric tests, a marked shortening of motor-reflex time, which is characteristic of an elevated irritability and uncontrollability, occurs. This phenomenon is analogous to that in patients suffering from neuroses and depression. The article also deals with laboratory data on neuro-mediatory processes, and emphasizes the necessity to determine various hormonal parameters in order to elucidate the pathogenesis of female alcoholism and assess somatic and mental damages in children of female alcoholics.

**V. Salupere — Malignization of Gastric
Ulcer**

According to the literature, the article deals with the malignization of gastric ulcers and presents different views on the problem. The author emphasizes the importance of so-called prospective clinical studies during which histologically confirmed benign gastric ulcers undergo a long-term follow-up. Only such investigations make it possible to elucidate the malignization phenomenon to the best advantage.

The author presents clinical data on 113 patients suffering from gastric ulcers. The patients underwent a thorough long-term follow-up in 1973—75 and in 1978—80.

Also the life-cycle of the malignant ulcer is described and it is compared with that of the benign peptic ulcer. The problem of malignization process is discussed from every point of view.

**V. Kask — Specialized Gynaecological Care
of Teenagers**

Taking account of the necessity for a further development of child gynaecology in the Estonian SSR, the author has analysed the gynaecological care facilities offered to children and teenagers in Tartu by the Chair of Obstetrics and Gynaecology of Tartu State University. As a result, on the basis of a complex evaluation of girls' sexual development, it has been found that 65.46 per cent of girls of pubertal age (821) need constant follow-up. According to gynaecological case records, 301 girls taken into hospital were analysed. The majority of the hospitalized girls were between 15 and 18 years. 44.19 per cent of those suffered from menstrual disorders, abnormalities of sexual development and chronic inflammations of the internal genitals. 55.81 per cent of teenagers were hospitalized owing to abortion.

The Chair of Obstetrics and Gynaecology of Tartu State University has become a centre of child gynaecology, a centre of scientific research and gynaecological practice. The Tartu Clinical Maternity Hospital represents the highest form of gynaecological care and prophylaxis in the Estonian SSR. The author points out that a further improvement in prophylaxis and provision of specialist facilities is necessary.

J. Saarma — A Hundred Years of Psychiatry in Tartu

Thanks to the initiative of Eduard von Wahl, professor of Tartu University, and to public support, an eight-bed private mental hospital was founded at Tartu on March 4, 1877. On January 1, 1880 the department of psychiatry was established at Tartu University. First head of that department, from 1880 to 1886, was Hermann Emminghaus. On October 7, 1880 the mental hospital was attached to the University, in April 1881 a new building of the hospital was opened. From 1886 to 1891 Emil Kraepelin was chairman of the department. He carried out significant research into human psychopharmacology at Tartu. From 1891 to 1915 the department was headed by Vladimir Tshizh and from 1915 to 1918 by Alexander Yushchenko who contributed greatly to the development of the hospital.

During the years of bourgeois rule in Estonia Maximilian Bresowsky was head of the department from 1918 to 1941. On January 10, 1941 Elmar Karu was appointed chairman of the department. Until 1965 he also headed the mental hospital (since 1945 it has been subordinated to the Ministry of Health). From 1965 to 1977 Heiti Kadastik was physician-in-chief of the hospital. On November 1, 1977 Jüri Aaso was appointed to this post. E. Karu retired from the department on September 1, 1975. Then Jüri Saarma was elected chairman of the department. Under Soviet rule the department of psychiatry and mental hospital in Tartu have developed significantly and achieved marked results in treating patients, in teaching psychiatry and in scientific research. The construction of the first part of a new psychiatric centre in Tartu is included into the state plan for the 11th five-year period.

V. Kalnin, E. Lepp — Karl Friedrich Burdach

At the beginning of the 19th century K. F. Burdach (1776—1847), Professor of anatomy, physiology and forensic medicine at the Faculty of Medicine of Tartu University was a prominent man of science. He improved the teaching of anatomy at Tartu and lectured on embryology. His disciples H. J. Pander and K. E. von Baer gained indelible fame in the

field of embryology. K. F. Burdach carried out research into morphology and onto- and phylogenesis of the brain. He was one of pre-Darwinian evolutionists and he elaborated the concept of unity and progressive development of nature in a spirit of Shelling's natural philosophy. Burdach was the first to set up a physicians' society at Tartu, which was one of the first societies of its kind in Russia. He was also one of the editors of the journal "Russian Proceedings on Natural Science and Medicine" (1815—1817), which was an important landmark in the development of Russian scientific thought and Russo-German cooperation in the field of medicine.

M. Mägi, J. Raudsepp — A Penetrated Gastric Ulcer in a 2-Year Child

M. Annus — A Teacher's View on the Hospitalized Child's Mentality

Does the sick child in hospital need catch-up classes? This question has been raised by the author of this article, who is a teacher from the Tallinn Clinical Children's Hospital. Education and upbringing in children's hospitals is the main problem dealt with in this article. In this respect most parents and teachers have proposed that catch-up courses should be offered in children's hospitals. Some doctors, however, point out the difficulties that such courses can impose. The author asks whether it is necessary to speed up teaching in hospitals. Learning means working. Voluntary learning in hospitals can lead to inconsistencies in education: those who are not able to keep up with their studies will fail to participate in such classes. But the less severe is the illness the cleverer the child.

This article also deals with problems of human relationships with the sick child, points out the necessity for proper playing conditions and stresses the effect of positive emotions on recovery from the disease.

Training of Personnel

Conferences and Medical Meetings

Our Heroes of the Day

New Drugs

Quaestiones Linguae in Medicina

Chronicle

Research Work Carried out by Scientists of the Estonian SSR

English text edited and translated by E. Saarnok

KES KOOLIST KAASA
ANTUD TEADMISI
EI TAHA TÄIENDADA,
JÄÄB PARATAMATULT
AJAST MAHA,
SEST ARSTITEADUS
TOOB IGA PÄEVAGA
JUURDE PALJU UUT.
SEDA UUT ON VAJA
TEADA IGAL MEDITSIINI-
TÖÖTAJAL

**«NÕUKOGUDE
EESTI
TERVISHOIU»**

TELLIMISE VIIMANE
TÄHTAEG
1982. AASTAKS ON

20. NOVEMBER

APIPHORUM

Mesilasmürgipreparaat. Viiakse organismi elektroforeesi teel. Laiendab artereid ja kapillaare, suurendades haige elundi verevarustust, vähendab valu ja põletikku. Kasutatakse reumaatiliste, perifeerse närvisüsteemi, veresoonekonna haiguste, mittespetsiifiliste nakkuslike polüartriitide, deformeerivate spondüloartrooside, põletikuliste infiltraatide korral ja muudel juhtudel.

Preparaati väljastatakse tablettidena, mis lahustatakse enne kasutamist vees.

Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehase originaalpreparaat.

PROPOCEUM

Proopoliseekstrakti 10⁰/₀-line salvvesiemulsioon. Efektiivne krooniliste ekseemide, neurodermiitide ja muude dermatoside puhul. Eriti mõjus raskesti paranevate haavade ja troofiliste haavandite puhul.

Vähendab kihelemist, kutsub esile limaskestade ja naha analgeesi, soodustab granulatsiooni, kiirendab haavade regeneratsiooni ja epitelisatsooni. Põletikuvastase toimega.

Väljastatakse tuubides à 50 g.

Toodetakse Tallinna Keemia- ja Farmaatsiatehases.

