

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

L. Päi ja O. Maimets

**INFEKTSIOOSNE
MITTESPETSIIFILINE
POLÜARTRIIT
(REUMATOIDARTRIIT)**

TARTU 1970

TARTU RIIKLIK ÜLIKOO

L. Päi ja O. Maimets

INFEKTSIOOSNE
MITTESPETSIIIFILINE
POLÜARTRIIT
(REUMATOIDARTRIIT)

Tartu 1970

Infektsioosne mittespetsiifiline polüartriit (lühidalt infektartriit) on üldine infektsioos-allergiline haigus, mida iseloomustab sidekoe süsteemne kahjustus. Ta on nn. kollageenhaiguste üks põhilisi vorme; samase haiguste gruppi loetakse kuuluvat ka reumatism, süsteemne luupus (lupus erythematoses disaeminatus), süsteemne sklerodermia, nodoosne periarteriit, dermatomüosiit. Kliiniliselt avaldub haigus peamiselt krooniliselt ja progresseeruvalt kulgeva polüartriidina. Protsessi tagajärjel arenevad liigeste deformatsioonid koos nende funktsioonihäiretega, mis paljudel juhtudel viib haigete invaliidistumisele. (M.G. Astapenko ja E.G. Pihlaku andmetel muutub 50 % haigeid pärast haiguse 3-aastast kestust töövõimetuks.)

Vaatamata sellele, et kaasajal üldiselt tunnustatakse infektartriidi seost koldeinfektsiooniga, jääb haiguse etioloogia endiselt ebaselgeks. Üldu peegeldub ka haiguse nomenklatuuris. Inglise keeles kasutatakse terminit "reumatoidartriit", prantsuskeelses kirjanduses - "krooniline evolutiivne artriit", saksakeelses - "primaarkrooniline polüartriit".

Nõukogude Liidus kasutatakse terminit "infektsioosne mittespetsiifiline polüartriit", mis väljendab haiguse infektsioos-allergilist olemust. Vaatamata diagnoosi mõningale kohmakusele, tuleb teiste terminite kasutamist meie ambulatoorses ja kliinilises praktikas pidada sobimatuks, sest see tekitab segadust.

Etioloogiliseks faktoriks infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi tekkel peetakse üldiselt hemolüütilist streptokokki, mille poolt põhjustatud krooniline

koldeinfektsioon ka kliiniliste tähelepanekute järgi sageli kombineerub infektartriidi arenguga. Hemolüütilise streptokoki invasioonist annavad kinnitust infektartriidihaigetel eriti haiguse algfaasis avastatavad streptokokkidevastased antikehad (antistreptolüsiin-O, antistreptokinaas, antistreptohüaluronidaas, antistreptodornaas jt.), samuti efektiivne bitsilliinprofülaktika haiguse korduvate aktivatsioonide vältimisel.

Kõrvuti sellega leidub ka töid, milles käsitletakse teiste mikroorganismide, stafülokokkide, diplokokkide, tuberkuloosikepikeste, eriti aga viiruste võimalikku osa infektartriidi tekkel.

Küsimust, miks hemolüütiline streptokokk ühel inimesel põhjustab ägeda angiini, teistel aga hoopis sarlakeid, nefriiti, reumatismi või kroonilist mittespetsiifilist polüartriiti, on püütud seletada mitmeti, oletades makroorganismi erilist dispositsiooni, mis on tingitud kas geneetilistest, professionaalsetest, olustikulistest või muudest faktoritest. Asjaolu, et reumaatilised haigused kalduvad esinema perekonniti, võiks seletada nii streptokokkinfektsiooni levikuga perekonnas kui ka geneetilise predispositsiooniga. Ammu tuntud on tõsiasi, et reumaatilised haigused tekivad hõlpsamini isikutel, kes oma töö iseloomu poolest (näit. kalurid) või ka elukondlikult (keldrikorterite elanikud) puutuvad pidevalt kokku niiskuse ja külmega. Ka liigeste kroonilises traumatiseerimises nähakse teatavat soodustavat tegurit infektartriidi arengus.*

Juhtivat osa infektartriidi patogeneesis on püütud omistada organismi mitmetele reguleerivatele süsteemidele - närvisüsteemile, veresoonekonnale, endokriinsele süsteemile jne. Kuigi kõikide nende osavõtt haiguse arengust on vaieldamatu, ei ole õigustust infektartriidi patogeneesi vaatlemiseks ainult nervismi seisukohtadelt, süsteemse vaskulii-

* Rööbiti infektsiooniteooria pooldajatega esineb autoreid, kes kalduvad absoluutselt eitama infektsiooni osatähtsust, kuid nende seisukohad ei ole leidnud üldist tunnustamist.

dina ega adaptatsioonihaigusena (Selye). Viljakaks on osutunud küll Klempereri õpetus kollageenoosidest, mis stimuleeris uuringuid sidekoe biokeemias ja patocheemias nii infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi kui ka teiste kollageenhaiguste puhul, ja immunopatoloogia arenedes viis arusaama infektartriidi patogeneesist tänapäeva tasemele.

Nii nagu reumatism, on ka infektartriit esmajoones kliinilis-immunoloogiline probleem, kuuludes oma patogeneesi poolt suurel määral immunopatoloogia valdkonda. Selle kinnituseks võib loetleda rea kliinilis-biokeemilisi ja immunoloogilisi tunnuseid, mis infektartriidil on ühised kõikide teiste "immunopaatiatega".

1. Haiguse kulg on krooniline, tsükliline, kusjuures haiguse ägenemised võivad tekkida mitmesuguste mittespetsiifiliste faktorite toimel ja kulgeda isegi septiliste palavikureaktsioonidega, infektsioonist olenemata.

2. Haigusele on iseloomulik retiikuloendoteliaalsüsteemi hüpertroofia ja hüperreaktiivsus, mis avaldub lümfoid-plasmotsütaarses reaktsioonis ja väljendab organismi immunogeenesimehhanismide ülipingsusseisundit.

3. Hüpergammaglobulineemia esineb enamikul juhtudel koos anomaalsete globuliinidega haigete veres.

4. Täheledatakse mitmeid anomaalseid ("autoallergilisi") seroloogilisi reaktsioone haige vereseerumi ja homologsete või autoloogsete koeomaste antigeenide vahel (nn. autoantikehad haige vereseerumis); selliseks "autoantikehaks" infektartriidihaikeil on nn. reumatoidfaktor, mis eriti kaugelearenenud protsesside puhul esineb reeglipäraselt, andes pretsipitatsioonireaktsiooni homologse denatureeritud gammaglobuliiniga.

5. Haigete vereseerumil on sageli antikomplementaarne toime.

6. Vereseerumi "autoantikehade" tiiter ja antikomplementaarne toime korreleerub sageli kudede destruktiooni ja funktsionaalsete häiretega.

7. Haigus kombineerub sageli teiste (sümptomaatiliste) haiguste või sündroomidega, mis annavad samuti "autoimmuunseid" reaktsioone (hemolüütiline aneemia, türeoidiit jt.).

8. Hea raviefekti annavad neerupealise koore glükokortikoidid või nende sünteetilised derivaadid ja nn. immunosupressiivsed vahendid (nukleiinainete antimetaboliidid, sünteetilised antimalaarilised vahendid jne.), mis pärssides lümfoid-plasmotsütaarset reaktsiooni, pidurdavad patoloogiliste valkude ("autoantikehade") sünteesi.

9. Real juhtudel on õnnestunud ka haiguse "mudelite" reprodutseerimine loomkatsetes.

Ülaltoodud loetelus on kesksele kohale asetatud lümfoido-plasmotsütaarne reaktsioon ja ilmselt sellest tulenev autoantikehade esinemine haige vereseerumis, mis sageli korreleerub haigusele omase koekahjustusega. Sama skeemi kohaselt on üles ehitatud HOLLANDERI ja tema kaastöötajate poolt infektartriidi patogeneesi hüpotees, mille järgi patoloogilistes immuunreaktsioonides tekkinud reumatoidfaktor liigestes komplemendi juuresolekul reageerib muutunud gammaglobuliini (IgG) või selle fragmendiga, põhjustades lokaalse põletikulise reaktsiooni koos leukotsüütide emigratsiooni ja ragotsüütide (reumatoidfaktorit fagotsüteerinud leukotsüütide) tekkimisega; viimastest vabanevad lüsoosomaalsed fermenteid põhjustavad liigesekõhre erosiooni ja uue koguse muutunud gammaglobuliini vabanemise, tagades sel viisil protsessi jätkumise circulus vitiosus'e põhimõttel ja stimuleerides ühtlasi ka sünoviaalset proliferatsiooni.

Vaatamata otsingutele ei ole autoantikehade puhul üldiselt õnnestunud kindlaks teha nende agressiivset iseloomu ja on hakatud loobuma Tzanki ja Dausset' poolt esialgu püstitatud autoagressiooni-hüpoteesist, vähemasti nn. vabade kudede vastaste antikehade suhtes vereseerumis. Seepärast on viimasel ajal hakatud tähelepanu pöörama nn. seotud antikehadele haigete lümfotsüütides, mille varal on õnnestunud immunopa-

toloogilisi seisundeid üle kanda tervetele retsipientidele loomkatsetes (näit. adjuvans-artriidi puhul rottidel) ja tekitada ka sidekoerakkude kahjustusi koekultuuris. Neist andmetest olenevalt on süvenenud kalduvus pidada paljusid immunopatoloogilisi haigusi, sealhulgas eriti infektartriiti ja teisi kollageenhaigusi, hilis-allergilisteks e. tuberkulliini-tüüpi reaktsioonideks, mille puhul vereseerumis vabalt ringlevatel antikehadel vaevalt võiks olla patogeenitilist tähtsust. (Sellega kantakse aga autoagressiooni-hüpotees üle patoloogiliselt muutunud lümfotsüütidele, s. o. tsellulaarsetele antikehadele.)

Infektartriidi epidemioloogiat pole küllaldaselt uuritud, kuid olemasolevad esialgsed andmed räägivad haiguse laialdasest levikust. USA-s kannatab selle haiguse all 2,7% kogu elanikkonnast, Inglismaal - 1,4%, Rootsis - 2%. Nõukogude Liidus puudub täpne statistika infektartriidi levikust. Valikulistel andmetel moodustab see Moskvas 10 juhtu 1000 elaniku kohta. Balti vabariikide kohta on olemas Gargasas'e andmed, mille järgi infektartriiti haigestumus Leedu NSV-s on 13:1000. Eesti NSV-s ei ole infektartriidi levikut uuritud. Esialgsed uuringud Tartu linnas näitavad, et infektartriiti põeb 10 - 12 inimest 1000 elanikust, reumat aga 9 inimest 1000-st. Õeldust nähtub, et infektartriit on oluliseks haiguseks, mille vastu võitlemisel on suur sotsiaalne tähtsus.

Viimasel ajal on Nõukogude Liidus tunduvalt aktiveerunud võitlus liigeste haiguste vastu. Kuid peab tunnistama, et liigeste haigustele, eriti infektartriidile pööravad esmajoones polikliinikute ja statsionaaride arstid veel vähe tähelepanu. See on tingitud peamiselt asjaolust, et infektartriit kulgeb visalt ja allub raskesti ravile, kusjuures terapeutiliste ürituste resultaadi avalduvad tavaliselt vaid küllalt kestvate ja süstemaatiliste ravikuuride puhul, nii et tekib näilikkus, nagu oleks haigus ravimatu.

Tegelikult aga näitab viimaste aastakümnete kogemus, et ratsionaalselt rakendatud teraapia varal on paljudel juh-

tudel võimalik vältida haigete rasket invaliidistumist, osal aga saavutada püsiv remissioon. Kaasajal on infektartriidi põhilisteks ravifaktoriteks: 1) dieet ja režiim; 2) kroonilise infektsioonikolde saneerimine; 3) desensibiliseeriv ravi - a) pürasoloonderivaadid, b) salitsülaadid, c) glükokortikoidide sünteetilised derivaadid; 4) krüsoteeraapia; 5) sünteetilised antimalaarilised preparaadid; 6) füsio- ja kurortoteraapia; 7) ravikehakultuur ja massaaž; 8) kirurgilised ravimeetodid.*

Ülalöeldust nähtub, et haiguse iseloom ja terapeutiliste ürituste iseärasused nõuavad haige väsimatut jälgimist, tema dispanseerimist. Nõue leiab kinnitust veel sellest, et raviks kasutatavad medikamendid ei ole organismile indifereentsed. Näitena tuleks esmajoones meenutada hormoonpreparaate. Nagu teada, nõuab kortikosteroid-ravi haige süsteematilist jälgimist ja vahendite rakendamist selliste tüsistuste vastu, nagu hüpertoonia, vere hüübimishäired, hüpokalieemia, hüperglükeemia, düspeptilised nähud, neerupealiste puudulikkus jne. Arsti ja haige vahelise hea kontakti korral võib ravi kulgeda edukalt. Ei tohi aga unustada, et prednisolooni, deksametasooni ja teiste hormoonpreparaatide raviefekt on sageli nii hämmastav, et haiged, kaotades kontakti arstiga, lakkavad arvestamast ettekirjutusi ja käimast arstlikul kontrollil. Soov mitte enam valu tunda viib hormoonpreparaatide kuritarvitamisele, mis põhjustab sageli raskeid tagajärgi (luude spontaansed fraktuurid, maohaavandi perforatsioon, hüpertoonia, neerupealiste puudulikkus, Cushing-sündroom jne.).

Ka teiste medikamentide kasutamine nõuab teravat tähelepanu. Ravi sünteetiliste antimalaariliste vahenditega võib tüsistuda düspeptiliste nähtude, nn. merehaiguse sündroomi, dermatiidi, leukopeenia, nägemishäirete (akkomodatsiooni parsses, vaatevälja kitsenemine, nägemise nõrgenemine jne.) ja

* Viimasel ajal on esile kerkinud lisaks nimetatutele immunosupressiivne ravi, kuid kogemused on veel liiga väikesed, et ravi saaks soovitada laiaks rakendamiseks.

muude nähtudega. Pürasoloonderivaadid võivad põhjustada agranulotsütoosi, krüsoteraapia - raskeid luuüdi ja maksa kahjustusi jne. Sellest nähtub, et medikamentooset ravi tuleb haigetele rangelt reglementeerida ja ravi läbiviimist pikkade ajavahemike jooksul väsimatult kontrollida.

Haiged, kes põevad infektsiooset mittespetsiifilist polüartriiti, tuleb dispansseerida, kusjuures peamised ülesanded on järgmised:

- 1) haigete avastamine ja arvelevõtmine;*
- 2) koldeinfektsiooni avastamine ja plaanipärane saneerimine analoogiliselt üritustega, mida selles osas tehakse reumatismi puhul;
- 3) haiguse retsidiivide profülaktika;
- 4) süstemaatilise ravi rakendamine haigetele nii haiguse ägenemisel kui ka remissiooniperioodil;
- 5) olustikuliste tingimuste ja töötingimuste reguleerimine.

Dispanserilisele arvele tuleb võtta haiged, sõltumata infektartriidi vormist, faasist ja haiguse iseloomust. Sellesse kontingenti tuleb lisada ka isikud, kelle haiguse diagnoos pole täpsustatud ja kus võib kahtlustada infektartriidi võimalust. Erilist huvi, aga ka diagnostilisi raskusi pakuvad kroonilise infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi algfaasis haiged. Selles haigete grupis võib profülaktiliste ürituste õigeaegne rakendamine nõrgendada või isegi vältida haiguse ägenemist.

Paljudel juhtudel, eriti haiguse vähe väljakujunenud pildi puhul on võimatu püstitada diagnoosi lühikese aja vältel. Neil juhtudel tuleb haiged võtta teatud ajaks (kuni mõne kuuni) dispanserilisele jälgimisele ja pärast reumatoloogide osavõtul korraldatud konsultatsiooni jätta kas arvele täpsustatud diagnoosiga või kahtluse mitte kinnituses - võtta arvelt maha.

* M ä r k u s. Haigete kontingendi avastamine ja arvelevõtt dispanseriseerimise teel ei tohi asendada üritusi infektartriidi epidemioloogia uurimiseks.

Praktilise töö kogemused Eesti NSV-s näitavad, et infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi diagnoosimisel teevad arstid vigu, mis on põhjustatud Nõukogude Liidus kehtiva liigesehaiguste klassifikatsiooni ja nomenklatuuri mitteküllaldasest tundmisest. Sellega seoses esitame alljärgnevalt vastava süsteemi.

Liigesehaiguste klassifikatsioon ja nomenklatuur.

I. Infektsioossed (põletikulised) polüartriidid ja artriidid.

A. Reumaatiline polüartriit (Sokolski-Bouillaud' haigus).

B. Haigused, mida tavaliselt käsitletakse infektsioospõletikulistena:

- a) infektsioosne mittespetsiifiline (reumatoid-) artriit, Stilli haigus, anküloseeriv spondüloartriit (Bechterewi haigus), Felty sündroom;
- b) kindla etioloogiaga infektsioossed artriidid, mis on seoses teatud infektsiooniga (tuberkuloosne, gonorröiline, süfiliitiline, septiline, brutselloosne, düsenteeriline), samuti artriidid, mis on seotud teiste infektsioonidega.

II. Düstroofilised (mitteinfektsioossed) artriidid:

- a) deformeeriv krooniline osteoartriit (osteoartroos, ealine osteoartriit);
- b) healoomulised (professionaalsed) polüartriidid - füüsilise ülepingutuse, külmetumiste, halbade töö ja olustiku hügieeni tingimuste puhul;
- c) endokriinsed (hüperparatüreosis, akromegaalia, müksödeem, türeotoksikoos, kliimaks jt.);
- d) metaboolsed (podagra, ohronoos, Kašin-Beki haigus, skorbuit jt.);

- e) aseptiline subkondraalne artriit.

III. Traumaatilised artriidid:

- a) liigeste kinniste murdude puhul;
- b) liigeste lahtiste murdude puhul;
- c) sageli korduva kerge traumatiseerimise puhul (vibratsiooniartriidid jt.).

IV. Teiste haigustega seoses olevad artriidid:

- a) dissemineeritud luupuse,
- b) nodoosse periarteriidi,
- c) dermatomüosiidi, sklerodermia, nodoosse erüteemi, polümorfse erüteemi, Reiteri sündroomi,
- d) verehaiguste (leukoos jt.),
- e) kopsuhaiguste (pulmonaalsed osteoartropaatiad, sarkoidoos jt.),
- f) intoksikatsioonide,
- g) psoriaasi,
- h) närvisüsteemi haigustega seoses olevad artriidid.

V. Haruldased liigeste haigused:

- a) intermiteeruv hüdrartroos;
- b) anafülaktilised artriidid seerumtõve ja ravimallergia puhul;
- c) liigeste kondromatoos.

Liigeste haiguste mitmesuguste vormide olemasolu nõuab diagnostilisi kogemusi ja teadmisi sel alal. On ilmne, et küsimused, mis on seotud haiguste diagnostikaga, nõuavad läbitöötamist raviasutuste vastavatel konverentsidel ja seminaridel. Küsimus ei ole siiski nii keeruline, kui alguses näib. Mitmed artriitide vormid on niivõrd kindlalt seotud teatud spetsiifiliste etioloogiliste momentidega, et see lubab neid kergesti välja lülitada. Tuleb ka märkida, et infektartriit on üks kõige sagedamini esinevaid liigeste haigusi, mis omakorda teatud määral kergendab tema diagnostikat. Kõige enam

raskusi võib pakkuda infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi ja reumatilise artriidi vaheline diferentsiaal-diagnostika. Haiguse ägedal perioodil on nende kliiniline pilt sageli väga sarnane. Täheledatakse ägedat algust, liigeste ulatuslikku kahjustust tugevate liigesevaludega, palavikku, põletikulisele protsessile omaseid patoloogilisi laboratoorseid näitajaid. Haigust selles faasis diagnoositakse sageli kui reumatilist polüartriiti. Ataki edasises kulus tekib aga diferentsiaaldiagnostiliselt olulisi momente: näiteks ilmnevad reumatismi puhul kardiidiinähud, salitsülaadid suurtes annustes annavad kiire terapeutilise efekti jne. Infektartriidi puhul tekib liigeste hommikune jäikus, puudub liigestekahjustuse lenduvus, SR püsib kiirenenuna väga kaua.

Rida infektsioosseid spetsiifilisi artriite (tuberkuloosne, gonorroidne, brutselloosne, düsenteeriline jne.) võivad mõnikord tekitada tõsiseid diagnostilisi raskusi. Neil juhtudel osutab olulist abi anamnees (andmed põetud spetsiifiliste infektsioonide kohta), samuti uuringud spetsiifilise infektsiooni avastamiseks haigel, kasutades selleks vastavaid seroloogilisi reaktsioone (Bordet-Gengou, Wassermann, Wright jne.). Infektartriidi algstaadiume tuleb diferentseerida healoomulistest professionaalsetest polüartriitidest. Haiged kaebavad püsivaid valusid liigestes, krampe liigestes, liigutuste mõningat piiratust valude pärast. Neil juhtudel aitab, kui arvestada haige professiooni, normaalset kehatemperatuuri ja settereaktsiooni. Väljakujunenud põletikunähte nende haigete liigestes ei täheldata.

Hilisstaadiumis infektartriiti tuleb mõnikord eristada osteoartritisist või podagrast.

Tuleb arvestada, et osteoartritis (osteoartriidi) puhul puudub pehmete kudede turse ja pole ka eksudatsiooni liigestes, ei täheldata kalduvust liigeste anküloosile. Röntgenograafiliselt täheldatakse osteoartritisile iseloomulikke vahandeid ja infektartriidile omaste usuuride puudumist liigesepeindadel. Osteoartritisahaigetel on normaalne settereaktsioon, samuti ka teised põletiku aktiivsuse laboratoorsed näitajad.

Podagra-artriidi haiguspildil on kindlapiirilise spetsiifika. Iseloomulikud on podagrasõlmed, "tophi urici", protsess algab peamiselt varvastest, lokaliseerudes hiljem ülekaalukalt alajäsemete liigestes, täheldatakse iseloomulikke ägedaid haigushooge. Vereseerumis esineb kõrgeenenud kusi happesisaldus.

Ülaltoodust nähtub, et kliiniliste ja laboratoorsete andmete õige tõlgendamine annab enamikul juhtudel võimaluse üksikute haiguste küllalt selgeks eristamiseks. Ülevaatlikkuse huvides esitame NSVL Meditsiiniakadeemia Reumatismide instituudi väljatöötatud põhiliste diferentsiaaldiagnostiliste tunnuste tabeli sagedamini esinevate liigesehaiguste diferentseerimiseks.

Diagnostiline tunnus	Infektartriit	Reumaatiline artriit	Deformeeriv osteoartriit
Valud	alati intensiivsed	ägedas faasis intensiivsed	vähesed
Hommikune liigeste jäikus	välja kujunenud	puudub	puudub
Põletikunähud	püsivalt välja kujunenud	esinevad vaid ägedas faasis	ei esine või vähe välja kujunenud
Liigeste liikuvus	alati piiratud	piiratud vaid ägedas faasis	normaalne või vähe takistatud
Südamekahjustus	müokardiodüstroofia	kardiit või rike	puudub
Kulg	progresseeruv	liigeste nähud taandarenevad	aeglaselt progresseeruv
Lihaste atroofia	välja kujunenud ja progresseeruv	puudub	nõrgalt väljendunud
Seos infektsioonikoldega	väljendunud	väljendunud	pole väljendunud

Diagnostiline tunnus	Infektartriit	Reumaatiline artriit	Deformeeriv osteoartriit
Kehatemperatuur	kõrgenenud peaaegu alati	kõrgenenud ainult ägedas faasis	normaalne
Liigeste röntgenogramm	osteoporoos, liigesevälise kitsenemine, usuurid, anküloos	muutusi ei ole	pilude kitsenemine, väljakujunenud ekstostoosid
SR	tunduvalt kiirenenud	kiirenenud ägenemiste puhul	normaalne
Hüpergamma-globulineemia	alati iseloomulik	ainult ägedas faasis	puudub
Difenüülamiinreaktsioon*	kõrgenenud	kõrgenenud	normaalne
ASL-O	võib olla kõrgenenud	ägedas faasis kõrgenenud	normaalne
Waalere-Rose'i reaktsioon**	positiivne	negatiivne	negatiivne
Salitsülaatide toime	väheefektiivne	selgesti väljendunud, kiire	peaaegu puudub

* Difenüülamiinreaktsiooni, mida soovitatakse reumainstituuudi materjalides, võib meie andmetel edukalt asendada süüalohappe reaktsiooniga, mille andmed on analoogilised.

** Waalere-Rose'i reaktsioon on keerukas ja seda pole alati võimalik teostada igas statsionaaris; Waalere-Rose'i reaktsiooni võib asendada ükskõik millise teise reaktsiooniga, millega saab avastada reumatoidfaktorit (laateks-aglutinatsioon, bentoniittest, agregeeritud gammaglobuliinide pretsipitatsioon jne.).

Haigete arvelevõtmisel ja diagnoosi vormistamisel tuleb kasutada infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi klassifikatsiooni ja nomenklatuuri, mis on koostatud NSVL Meditsiiniakadeemia Reumainstituudi poolt A.I. Nesterovi juhendamisel ja mis esitatakse allpool.

Infektsioosse mittespetsiifilise (evolutiivse)
polüartriidi nomenklatuur ja klassifikatsioon

Kliinilis-ana- toomilised vor- mid	Haiguse kulg	Aktiivsuse aste ja dünaamika	Funktsioonivõime
<u>I. Ülekaalukalt liigeste-vormid</u>	<u>A. Kulu vorm</u>	<u>A. Aktiivsuse aste **</u>	<u>A. Säilinud</u> <u>B. Häiritud</u>
1) artriit, polüartriit	1) äge 2) alaäge	1) minimaalne 2) mõõdukas 3) kõrge 4) remissioon	1) professionaalne töövõime on säilinud 2) professionaalne töövõime on kadunud 3) kaotatud võime enese teenindamiseks
2) juveniilne artriit (ka Stilli haig.)			
<u>II. Liiges-vistseraalsed vormid</u>	<u>B. Kulu iseloom</u>	<u>B. Aktiivsuse dünaamika</u>	
1. On kahjustatud:			
1) lümfisõlmed maks, põrn	aeglaselt progresseeruvad	1) tõusev 2) stabiilne 3) vaibuv	
2) serooskelmed	kiiresti progresseeruvad		
3) kopsud			
4) süda			
5) neerud			
6) seedetrakt			
7) närvisüsteem			
2. Erivormid:			
1) "septiline"			
2) Felty sündroom			
<u>III. Kombineeritud</u>			
Evolutiivse polüartriidi kombinatsioonid:			

Kliinilis-ana- toomilised vor- mid	Haiguse kulg	Aktiivsuse aste ja dünaamika	Funktsiooni- võime
1) primaarse de- formeeriva os- tecartroosiga			
2) reumaatilise südamerikkaga			
3) teiste kolla- genoosidega			

* Käesolevasse klassifikatsiooni ei ole lülitatud järgmised vormid: anküloseeriv spondüloartriit (Bechterewi haigus), Sjögreni ja Kaplani sündroomid, psoriaatiline artriit ja ültseroosse koliidi puhune artriit (pole selged nende suhted infektartriidiga).

** Minimaalne aktiivsus. Kerged valud liigestes, hommikune liigeste jäikus kaob mõne minuti pärast. Eksudatiivseid nähte liigestes ei esine või nad on väga nõrgad ja ebapüsivad. Vistseraalseid kahjustusi ei esine. Temperatuur normaalne. Kõik laboratoorsed testid (SR, verevalgud, BFA, CRP jt.) on normaalsed.

Mõõdukas aktiivsus. Valud liigestes on mõõdukad. Liigeste jäikus kestab kaob keelpäevani. Väljakujunenud aktiivse artriidi sümptomatoloogia. Temperatuur subfebrilne. Kõik laboratoorsed testid on positiivsed. SR 30-50 mm/l tunni jooksul. Vistseraalsed kahjustused on haruldased.

Kõrge aktiivsus. Tugevad ja kestvad valud liigestes. Liigeste jäikus püsib kogu päeva. Võivad esineda haiguse vistseraalsed nähud.

Remissioon. Valud ja liigutuste piiratus on tingitud ainult liigeste ja periartikulaarsete kudede põletikujärgsetest ja staatilistest muutustest. Puudub liigeste hommikune jäikus. Puuduvad liigesepõletiku tunnused. Kehatemperatuur, SR ja kõik laboratoorsed testid on normaalsed.

Kooskõlas ülaltooduga peab infektartriidi laiendatud diagnoos kajastama nii haiguse kliinilise-anatoomilist vormi kui ka tema kulgu, aktiivsuse dünaamikat ja liigeste funktsionaalset seisundit. Tuleb märkida, et diagnoosi vormistamisel võivad tekkida teatavad raskused, mis on tingitud sellest, et infektartriit kulgeb laineliselt, kusjuures haiguse pilt võib veidi muutuda, samuti sellest, et haiged võetakse arvele harilikult teatud aeg pärast haiguse algust, tema evolutsiooni mingisuguses staadiumis.

Nii näiteks võib polüartriidi liigesevorm üle minna tema liiges-vistseraalseks vormiks; haiguse äge vorm võib arvelevõtmise momendil kulgeda mõõduka aktiivsusega jne. Sellepärast tuleb enne diagnoosi formuleerimist hoolikalt analüüsida haige anamneesi. Kui haiguse kliinilise-anatoomiline vorm, liigeste funktsionaalse puudulikkuse aste ja aktiivsuse aste fikseeritakse haige vahetu jälgimise alusel, on haiguse kulg, kulu iseloom ja aktiivsuse dünaamika anamneesiandmete analüüsi tulemuseks.

Ülaltoodu illustreerimiseks olgu esitatud haige A.H. diagnoos:

Krooniline mittespetsiifiline infektsioosne polüartriit, aeglaselt progresseeruv, akt. II* (stabiilne dünaamika, liigeste puudulikkuse II aste**).

Haige A.H. diagnoosi dešifreerimisel tuleb aru saada, et on kahjustatud ainult liigesed, haigus on alanud märkamatult, pidevalt, progresseerub aeglaselt, käesoleval ajal esineb mõõdukas aktiivsus, mis haiguse progresseerumisel ei suurene, haige professionaalne tööviime on kadunud.

Kui kirjutasime sellise diagnoosi: äge mittespetsiifiline infektsioosne polüartriit, aeglaselt progresseeruv, akt. I, dünaamika tõusev, liigeste puudulikkuse III aste, siis mõtlesime selle all järgnevat.

Haigus tekkis ägedalt, kuid vaatamata ägedale algusele progresseerub aeglaselt, käesoleval ajal (nähtavasti ravi toimetel) õnnestus aktiivsust tunduvalt vähendada, kuigi haiguse iga järgnev ägenemine on järjest aktiivsem; sellise protsessi tulemusena on haige kaotanud viime enese teendamiseks.

* Haigusloos võib märkida aktiivsuse astme fikseerimisel sõnade "minimaalne", "mõõdukas", "kõrge" asemel numbreid: akt. I, II, III, sõna "remissioon" - akt. O.

** Analoogiliselt aktiivsuse märkimisega võib ka liigeste puudulikkuse astet tähistada O, I, II, III.

Selline laiendatud diagnoos, eriti dispanserravi puhul, võimaldab haiguse kulgu ja haige seisundit igakülgsest iseloomustada.

Peale haige kliinilise uurimise nõuab ka dispanserrimise regulaarseid uuringuid eesmärgiga kindlaks teha haiguse aktiivsus ja vältida ägenemisi.

Käesoleval ajal on infektartriidi laboratoorne diagnostika väga mitmekülgne, kuigi praktilises töös tuleb piirduda kõige lädavajalikumate uuringutega. See miinimum võib olla mitmesugune, olenevalt raviasutuse võimsusest. Vajalike laboratoorsete testide valikul tuleb arvestada, et spetsiifilisi reaktsioone infektsioosse mittespetsiifilise polüartriidi jaoks pole olemas (teatava reservatsiooniga välja arvatud ainult reumatoidfaktori avastamine).

Käesoleval ajal võib soovitada järgnevaid üldiselt tunnustatud teste:

1. SR tuleb teha igal ravi-profülaktilise teenindamise etapil. Uuringu sagedus sõltub protsessi aktiivsusest (remissiooni puhul - mitte harvem kui üks kord kvartalis). Vaatamata oma mittespetsiifilisusele ja lihtsusele on SR kuni viimase ajani jäänud protsessi aktiivsuse üheks tundlikumaks näitajaks.

2. Leukotsütoos ja leukotsüütide valem. Uuringu sageduse määramisel tuleb juhinduda samadest printsiipidest kui SR puhulgi. Haige ravimisel pürasoloonderivaatidega tuleb uurida leukotsüütide valemit enne kuuri algust ja ravi vältel korduvalt (agranulotsütoosi oht).

3. C-reaktiivse valguga määramist tuleb teha igas linna statsionaaris ja polikliinikus, samuti rajoonihaiglates. CRP annab väga olulisi andmeid protsessi aktiivsuse kohta. Uuringute sagedus sama kui SR puhul.

4. Difenüülamiinreaktsioon või ka reaktsioon siaalhappele tehakse samaaegselt eelnevatega. Need reaktsioonid on teostatavad linna ravi-asutustes ja rajoonihaiglates.

5. Reumatoidfaktori määramist tuleb korraldada mitte harvem kui üks kord kvartalis ja seda on võimalik teha linna ja rajooni laboratooriumides. RF pole kõlblik infektartriidi algvormide diagnoosimiseks, kuna ta on positiivne haiguse hilisemates staadiumides. RF tuleb lugeda tinglikult spetsiifiliseks reaktsiooniks infektartriidile.

6. Antistreptolüsiin-O (ASL-O) tiitri määramist on sobiv teha ainult suurtes statsionaarides eesmärgiga uurida koldeinfektsiooni aktiivsuse dünaamikat (ambulaatorisel dispanserimisel pole ASL-O tiitri määramine kohustuslik).

7. Vereseerumi valkude elektroforegrammi uurimine. See meetod on protsessi aktiivsuse mittespetsiifilise diagnostilise meetodina väga oluline abivahend. Kohustuslikuks tuleb seda pidada linna statsionaarides ja rajoonikeskustes. Võimaluse piires tuleb seda juurutada ka linna polikliinikutes.

Loetletud testid ei piira haige kliinilis-laboratoorse uurimise võimalusi, kuid nad moodustavad teatava miinimumi, mille ellurakendamist tuleb pidada soovitavaks.

Kõikide uuringute tegemine ambulaatorsest ei ole väikesse võimsusega polikliinikutes alati võimalik, sellepärast on sellistel juhtudel vajalik perioodiliselt kasutada tsentraalsete haiglate ja polikliinikute konsultatsioone.

Laboratoorseid analüüse tuleb teha mitte ainult haiguse ägedas staadiumis, vaid ka remissioonistaadiumis, et varakult avastada haiguse võimalikku ägenemist.

Kõrvuti laboratoorsete uuringutega on infektartriidi ja teiste artriitide diagnoosimisel ja diferentseerimisel suure tähtsusega ka liigeste röntgenograafia, mida tuleks teha mitte ainult statsionaarides, vaid ka haige dispanserimise käigus ambulaatorsest. Kahjuks on röntgenograafia kasutamine käesoleval ajal tagasihoidlike tehniliste võimaluste tõttu veel piiratud. Röntgenogrammidel on infektartriidi diagnostilisteks tunnusteks difuusne osteoporoos, liigesevälise kitesenemine (osteoporoosi foonil), mis sõrmede interfalangeaal-

liigestes ja põveliigestes tavaliselt varem välja kujunevad, liigesepindade usuurid ja servavohandid, luulised anküloosid, sublüksatsioonid.

Ameerika reumaassotsiatsiooni ettepanekul võib röntgenogrammide alusel eristada infektartriidi nelja staadiumi: I staadium - osteoporoos, II - kõhre ja luu vähene destruktioon, liigesepilu väheldane kitsenemine, luude üksikud usuurid, III - kõhre ja luu tunduv destruktioon, liigesepilu märgatav kitsenemine, hulgalised usuurid, ulnaardeviatsioon, IV - eelmiste staadiumide sümptoomid koos ankülooside moodustumisega.

Infektartriidi diagnostikas ja ravis tuleb otstarbekohaselt seostada statsionaarseid ja ambulatoorseid üritusi. Iga haige, eriti haiguse algfaasis, tuleb uurimiseks ja raviskeemi koostamiseks suunata statsionaari. Samuti tuleb hospitaliseerida haigeid haiguse ägenemise faasis. Võimaluse piires tuleb selleks kasutada spetsialiseeritud osakondi (kardioreumatoloogiaosakondi) vabariigi suuremates haiglates või äärmisel juhul rajoonikeskustes, kus on võimalus kasutada reumatoloogide konsultatsiooni ja tagada küllaldase kestusega ravi (mitte alla 1 - 2 kuu). Vaatamata aga haigete perioodilise statsionaarse ravi vajadusele, tingib haiguse kestav kulg seda, et enamik ravi-profülaktilisi üritusi korraldatakse ambulatoorselt.

Haigete ravi põhiprintsiibid seisnevad alljärgnevas.

Profülaktiliste ürituste eesmärk on peamiselt võidelda koldeinfektsiooniga. Eriti tähtis on profülaktika selliste isikute puhul, kes on vastuvõtlikud "külmetushaigustele", angiinidele, samuti kelle perekonnas esineb reumaatilisi haigusi.

Võitlus koldeinfektsiooniga peab olema võimaluse piires radikaalne (kolde operatiivne eemaldamine). Kui see mõnel põhjusel pole võimalik, tuleb rakendada kestvat antibiootilist ravi kombinatsioonis füsioterapeutiliste protseduuridega.

Kooskõlas viimase aja andmetega on infektartriidi pro-

fülaktikas täiesti efektiivseks osunud sesoonne bitsilliin-medikamentoosne profülaktika, mis seisneb selles, et kevaditi ja sügiseti saab haige 2,4 milj. ü. bitsilliini koos iga päev sissevõetava aspiriiniga (2,0 pro die) või butadiooniga (0,6 pro die).

Infektartriidahaigete medikamentoosne ravi tuleb läbi viia individuaalse skeemi kohaselt, mis on koostatud statsionaaris, võttes arvesse haiguse vormi ja kulu iseärasusi, aktiivsuse astet ning dünaamikat. Sellepärast on raviviiside iseloomustamisel võimalik anda vaid mõningaid üldisi juhendeid.

Infektartriidi ravis on üldise tunnustuse võitnud aspiriin, samuti analgiin ja teised pürasoloonderivaadid. Tuleb märkida, et aspiriin ja analgiin toimivad lühiajaliselt ja neid ordineeritakse vaid väheaktiivsete protsesside puhul või juhtudel, kus mingil põhjusel on vastunäidustatud teiste pürasoloonderivaatide kasutamine (peale analgiini).

Teistest pürasoloonderivaatidest on kõige väiksema efektiivsusega püramidoon (=amidopüriin), samal ajal kui teisi, näiteks Nõukogude Liidus sünteesitud butadiooni, võib pidada soovitamaks. Butadiooni võib tarvitada koos paljude teiste medikamentidega infektartriidi aktiivses faasis. Preparaadi ravidoosiks on 0,15 3 - 4 korda päevas, kuuri kestuseks 20 - 30 päeva. Ravikuuri vältel tuleb piirata vedeliku ja keedusoola tarvitamist. Butadioon kergendab oluliselt haige seisundit: vähenevad valud, nõrgeneb üldine jäikus, langeb kehatemperatuur, veidi aeglustub settereaktsioon. Vastunäidustusteks tema kasutamisele on neeru- ja maksahaigused, gastriit, haavandtõbi, leukopeenia (leukotsüütide arv alla 4000). Butadioon võib põhjustada kõrvalnähte, nagu düspeptilised vaevused, hematuuria, vedeliku retentsioon. Tunduvalt ohtlikumaks, kuigi suhteliselt haruldasemaks on leukopeenia ja isegi agranulotsütoosi arenemine. Selle tõttu on kohustuslik butadioonikuuri vältel jälgida leukotsüütide arvu ja verevalemit.

Järgmiseks infektartriidi ravimeetodiks on hormoon-teraapia, mis on samuti laialt levinud. Käesoleval ajal rakendatakse selleks peamiselt neerupealise koore hormoonide sünteetilisi derivaate (prednisoloon, deksametasoon, triamsinoloon jt.).

Hormoonravi tulemuste uurimine näitab, et vaatamata ajutisele soodsale efektile preparaatide kasutamise ajal (temperatuuri ja SR langus, valude tunduv vähenemine ja liigeste liikuvuse paranemine), ei saavutata tervenemist ega isegi mitte haiguse kulu nihkeid soodsas suunas. Samal ajal põhjustab aga kortikosteroidide kestev tarvitamine kõrvalnähte ja hüperkortsismi.

Ülaltoodust järeldub, et hormoonteraapia näidustusi tuleb võimalikult kitsendada. Neerupealise koore hormoonide sünteetilisi analooge rakendatakse infektartriidi raskete vormide puhul, mis ei allu teistele ravimeetoditele, intensiivse ja kiiresti progresseeruva põletikuprotsessi, eriti siseorganite kahjustuste ja haiguse septilise vormi puhul.

Mitmetel juhtudel tuleb rakendada hormoonpreparaate selleks, et haige seisundit kergendada, näiteks siis, kui ainult hormoonravi annab haigele võimaluse enese eest hoolitsemiseks või kui ühel või teisel põhjusel on haigel vajalik säilitada organismi üldine aktiivsus.

Hormoonpreparaate tuleb samuti ordineerida neil juhtudel, kui mingisuguste teiste vahenditega ei õnnestu haigel kupeerida tugevasti väljendunud valusündroomi. Lõpuks rakendatakse hormoonpreparaate ka teiste antireumaatiliste vahendite mittetalumise ja tugeva allergilise diateesi puhul.

Hormoonid on vastunäidustatud juhul, kui haigel esineb haavandtõbi, diabeet, psüühilisi haigusi, neerupuudulikkus, Cushingi haigus, II või III astme hüpertooniatõbi, IIb või III astme kardiovaskulaarne puudulikkus, aktiivne tuberkuloos, rasvumine, tunduv osteoporoos ja koronaarvereringe häired.

Hormoonpreparaatide doseerimine sõltub haiguse raskusest. Haiguse ägeda ja raske kulu puhul tuleb ordineerida prednisolooni 30 - 40 mg või deksametasooni 6 mg päevas. Alaägeda kulu puhul kasutatakse vastavalt 20 mg prednisolooni või 2 - 3 mg deksametasooni päevas. Remissioonifaasis ei ole prednisolooni ja deksametasooni kasutamine põhjendatud. Pärast terapeutilise efekti saabumist vähendatakse doosi miinimumini, mille puhul haige tunneb end veel enam-vähem rahuldavalt. Preparaate ordineeritakse mitmesuguse kestusega kuuridena (keskmiselt 1 kuu). Hormoonravi katkestamissündroomi vältimiseks lõpetatakse kuur ettevaatlikult, preparaadi annuse järkjärgulise vähendamisega. Korduva kuuri või esmase, aga kestva kuuri puhul kasutatakse samaaegselt anaboolseid hormoone (näiteks metüülandrostendiolooli 0,05) ja kaaliumkloriidi.

Ravikuuride vältel tuleb haigeid tüsistuste vältimiseks regulaarselt jälgida:

1. Teha maomahla uuringuid (düspeptiliste vaevuste puudumisel mitte harvem kui 1 kord iga nelja kuu järel), mao röntgenoskoopia (mitte harvem kui 1 kord aastas, juhul kui ei ole vajadust süstemaatiliseimateks uuringuteks), kuna esineb oht seedetrakti funktsionaalsete häirete ja haavandtõve tekkimiseks.

2. Kõhuvalude tekkimise puhul - väljaheite uurimine vere suhtes.

3. Uriini ja vere uurimine suhkrusisalduse suhtes (mitte harvem kui 1 kord iga kahe kuu tagant).

4. Kaaliumisisalduse uurimine vereseerumis (statsionaari tingimustes mitte harvem kui 1 kord iga 2 nädala tagant).

5. Vererõhu ja ööpäevase diureesi süstemaatiline mõõtmine.

Viimastel aastatel on infektartriidihaigete ravis laialdaselt levinud sünteetiliste antimalaariliste vahen-

dite - resohiini, delagilli, klorohiini jt. kasutamine. Nendele preparaatidele omistatakse efekti, mis väljendub protsessi aktiivsuse pidevas vähenemises, edasise progresseerumise peatumises ja osal juhtudest isegi taandarengus.

Erinevalt salitsülaatidest, pürasoloonderivaatidest ja hormoonidest on antimalaariliste vahendite kasutamine näidustatud haiguse igas staadiumis (remissioon ei tohi olla ravikuuri katkemise põhjuseks), neid ordineeritakse kestvalt (1 - 2 aasta vältel). Lühiajalisel kasutamisel pole efekt püsiv. Haige seisundi paranemist ei täheldata tavaliselt enne kui 3 - 6 nädalat (mõnikord aga alles 5 - 6 kuud) pärast kuuri alustamist.

Preparaate (resohiini, klorohiini) kasutatakse annuses 0,25 g 1 kord päevas pidevalt.

Ravimisel akrihiinrea preparaatidega tuleb hoolikalt jälgida nägemisorganite funktsionaalset seisundit, samuti ka haige üldseisundit (peapööritus, iiveldus, dermatiidid jne.).

Infektartriidi-vastases võitluses kasutatavate ravimite seas väärivad tähelepanu kullapreparaadid, millel on püsiv toime ja mis võivad katkestada haiguse progresseerumise. Nõukogude Liidus kasutatakse kodumaist preparaati krüsanooli. A. I. Nesterov ja M.G. Astapenko töötasid välja järgmise krüsoteraapia meetodika: esimesel nädalal süstitakse 1 ml 5%-list lahust (1 kord nädalas), teisel nädalal 2 ml 5%-list lahust. Alates kolmandast nädalast saab haige kaks injektsiooni nädalas: 1 kord 1 ml ja teine kord 2 ml. Kui algab paranemine, siis pärast haiglast väljakirjutamist saab haige ühe injektsiooni nädalas, à 2 ml 5%-list lahust. Ravikuuri jätkatakse 6 - 8 kuud selle arvestusega, et ravikuuri kohta saaks haige mitte vähem kui 1 g kulda (1 ml 5%-list lahust sisaldab 17 mg metalset kulda).

Kuuri vältel kulgeb paranemine aeglaselt, alates liigikaudu 1,5 - 2 kuust pärast kuuri alustamist.

Krüsoteraapia võib põhjustada tüsistusi, mis esmajoonel on tingitud toksikoallergilistest reaktsioonidest (löö-

ve nahal, stomatiit, artriidi ägenemine koos temperatuuri tõusuga, naha allergilised reaktsioonid injektsiooni kohal jne.). Sellised tüsistused tekivad tavaliselt haiguse algul ja pole ohtlikud, taandarenedes pärast ravi ajutist katkestamist. Ohtlikumad tüsistused tekivad hiljem ja on toksilise iseloomuga (peen sügelev lööve, peamiselt rinnal, kõhul ja kaelal - nn. kulladermatiit, kõhulahtisus, nõrkus, toksiline hepatiit, toksiline nefriit, agranulotsütoos, polüneuriit). Nimetatud tüsistuste tekkevõimalus tingib haige regulaarse jälgimise vajaduse.

Krüsoteraapia vastunäidustusteks on neeruhaigused, maksa-, naha- ja soole- ning verehaigused, suured kollagenoosid, leukopeenia, aneemia, üldine kurtumus.

Peale medikamentoosse ravi on suure tähtsusega veel füüsilised ravimeetodid ja kuurorravi. Need meetodid omandavad erilise tähtsuse protsessi aktiivsuse vaibumisel ja remissioonistaadiumis.

Haigete režiim peab olema küllalt liikuv, et vältida liigeste anküloosi. Tähtis koht haigete ravis on ravikehakuksel ja massaažil; nimetatud protseduure tuleb teha pidevalt kogu ravikuuri vältel. Haiged omandavad RKK instruktori juhendamisel kergesti neile vajalikud harjutused ja on hiljem tavaliselt võimalised samu harjutusi iseseisvalt jätkama.

RKK ja massaaži kõrval on tähtis koht füsioterapeutilistel protseduuridel, mida tuleb ordineerida perioodiliste kuuridena, olenevalt haige seisundist.

Tugeva valusündroomi puhul annab hea efekti ravi ultraheliga. Veelgi laialdasema leviku oma desensibiliseeriva efekti tõttu on saanud ravi ultraviolettkiirgusega.

Eesti NSV tingimustes on väga oluline tabada sobiv moment haige seisundis (püsiva, minimaalse aktiivsusega remissiooni saabumine) tema suunamiseks kuurorravile (mudaravile) Pärnu sanatooriumidesse.

Peale ülalkirjeldatud meetodite on veel hulk erinevaid võtteid ja skeeme infektartriidahaigete raviks, kuid paljud neist on vananenud (näit. püroteraapia), mõnedel on aga vaid

vähene efekt (ravi ussimürgiga), mille tõttu neid käesolevas töös üksikasjalikumalt ei vaadelda.

Dispanseerimismeetodite läbitöötamine, nende täiustamine ja haiguse raviskeemide süstematiseerimine on väga olulised võitluses selle raske tõve vastu Eesti NSV territooriumil. Ülalesitatud teese võitlusest mittespetsiafilise infektartriidiga ei tule vaadelda dogmaatilise eeskirjana, vaid organisatsiooni orienteeriva skeemina.

Võitlus infektartriidiga nõuab ennastsalgavaid otsinguid ja suurt loomungulist initsiatiivi. Eesti NSV tingimustes tuleb sellealane töö koordineerida ENSV Tervishoiu-ministeeriumi reumakomiteega, kuhu tuleb saata ka vastavad ettepanekud. Metoodilist abi infektartriidi diagnostiliste meetodite omandamisel võib anda Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kardioreumatoloogiasakond (TRÜ hospitaalteraapia kateeder).

Väga keerukaks küsimuseks on haigete dispanseerimise metoodika. Käesoleval etapil tuleb pidada ratsionaalseks haigete dispanseerimist jaoskonnaarstide poolt, kasutades seejuures kardioreumatoloogiakabinettide ja vabariigi statistikaarstide vastavate osakondade juhatajate konsultatsioone.

S o o v i t a t a v a d m o n o g r a a f i a d
p r o b l e e m i t e a d u s l i k u k s
a n a l ü ü s i k s .

1. M.Т.Астапенко. Э.Г.Пихлак.

Болезни суставов.

М., Медицина, 1966.

2. R. Emrich.

Chronische Krankheiten des Bindegewebes.

Leipzig. Georg Thieme. 1961.

3. В.И.Иоффе. А.Б.Воловик.
Острая и хроническая стрептококковая инфекция.
Л., Медицина, 1967.
4. Ю.К.Купчинская.
Клиника и иммунология аутоаллергических заболеваний и лекарственной аллергии.
М., Медгиз, 1963.
5. К. Кõrge.
Organismi reaktiivsuse ja desensibiliseeriva ravi probleem.
Tallinn, ERK, 1963.
6. И.Мишер. К.О.Форлендер.
Иммунопатология в клинике и эксперименте и проблема аутоантител.
М., Медицина, 1966.
7. А.И.Нестеров. Я.А.Сигидин.
Клиника коллагеновых болезней.
М., Медицина, 1966.
8. А.И.Струков. А.Г.Бегларян.
Патологическая анатомия и патогенез коллагеновых болезней.
М., Медгиз, 1963.
9. Е.М.Тареев.
Ревматоидный артрит.
М., Медгиз, 1959.
10. Н. Tichy, К. Seidel, G. Heidelmann.
Lehrbuch der Rheumatologie.
Berlin, VEB. Volk und Gesundheit, 1959.

И.Т.Цинь и О.М.Майнго
ИНФЕКЦИОННЫЙ НЕСИНУСИАЛЬНЫЙ ПОЛИАРТРИТ
(РЕМАТОИДНЫЙ АРТРИТ)

На есголанное кенке

Тарзуонкий государецвенный уагверонкет
СССР, г.Тарзу, ул. Динкоонн, 18

Vastutav soimetaja L. Põi
Korrektor H. Raiana

TRU rotaprint 1969. Paljundmisele antud 30. XII 1969.
Trükipoognaid 1,75. Tingtrükipoognaid 1,63. Arvestua-
poognaid 1,17. Trükiaav 1500. Paber 30 x 42. 1/4.
MB 06076. Tell. nr. 1011.

Hind 10 kop.

Hind 10 kop.