



ÕUKOGUDE EESTI
**TERVISI
HOID**



EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI

5-1977



DEGMIN

Heksametüleeniimiini ühend kõrgmolekulaarsete alkoholidega. Kõva vahataoline aine, millest valmistatud 1%-line vesilahus on püsiva bakteritsiidse toimega graampositiivsete ja graamnegatiivsete mikroobide suhtes.

Sobiv käte ja operatsioonivälja töötlemiseks kirurgiapraktikas.

20 %-line CHLORHEXIDIN BIGLUCONAT

Sünonüüm: Hibitan

Desinfitseeriv ja antiseptilise toimega vesilahus graampositiivsete ja graamnegatiivsete bakterite suhtes.

Vee, alkoholi või glütseriiniga lahjendatud lahused on kasutusel haavaravis, kehaõõnte loputuseks kirurgia-, uroloogia-, günekoloogia- ja oftalmoloogiapraktikas, kirurgiliste instrumentide steriliseerimiseks ja säilitamiseks, käte ja operatsioonivälja desinfitseerimiseks ning üldiseks desinfektsiooniks.

EESTI NSV TERVISHOIU MINISTEERIUMI AJAKIRI 1977 · XX AASTAKÄIK

SISU

60 AASTAT SUUREST OKTOOBRIST

- V. Rätsep — Suur Oktoober ja nõukogude tervishoid 387
 P. Bošovski — Eesti NSV arstiteadus Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 60. aastapäeva künnisel 391
 J. Rebane — Filosoofia ja nüüdisaja maailm 399
 S. Koppel — Meditsiini ja filosoofia seosest NSV Liidus pärast Suurt Oktoobrit 404
 V. Kainin — Suur Oktoober ja rahva tervise kaitse Eestis (november 1917... veebruar 1918) 409

TEORIA JA PRAKTIKA

- L. Päi — Aasta 1977 — ülemaailmne reuma-aasta 413
 E. Müllerbek — Reumahaigete laste rehabilitatsioon 416
 A. Vapra — Reumatoidartriidi kliinilise kulu vormide esinemine Tartus 419
 E. Veinpalu, R. Trink, L. Veinpalu, H. Pöder — Reumatoidartriidihaigete ravi tõhusus Eesti NSV sanatooriumides 421
 O. Maimets, B. Varbola — Neutrofiilsete granulotsüütide fagotsütaarne aktiivsus reumatoidartriidihaigetel 424
 E. Luiga — Reumahaigete õpilaste kutsesuunitlus 426
 A. Ostrat — Autofloora muutused reumahaigetel lastel sanatoorses internaatkoolis 429
 M. Abram, A. Kivik — Tubariini toime kombineeritud narkoosis vähihaigete kirurgilise ravi korral 432

ÜLEVAATED

- I. Laan — Laste liigesevalude diferentsiaaldiagnoosimine 436

TERVISHOIUTÖÖ KORRALDUS

- I. Gurvitš, A. Levin — Reumatoidartriiti ja kollagenoosi põdevate haigete dispansseerimise kogemusi Kohtla-Järvel aastail 1971...1976 440

ABIKS VELSKRITELE JA ÕEDELE

- A. Vapra — Reumatoidartriidi ravi eakatel haigetel 442
 M. Gustavson — Meditsiiniõdede puhkelaager Kirimäel 445
 G. Varik — Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi aktiiv Võrus 446

KAADRI ETTEVALMISTAMINE

- Uusi arstiteaduse doktorid 446
 Teaduslikke kutseid 449
 TRÜ arstiteaduskonna lõpetajad 1977 a. 450

- Tallinna Meditsiiniakadeemia lõpetajad 1977. a. 450
 Tartu Meditsiiniakadeemia lõpetajad 1977. a. 451
 Kohtla-Järve Meditsiiniakadeemia lõpetajad 1977. a. 452

SANITAARHARIDUSTÖÖ

- R. Birkenfeldt — Reuma ja nüüdisaegne terviseõpetus 453

KONVERENTSID JA NÕUPIDAMISED

- H. Kreek — Ülevabariigiline ametkondadevaheline nõupidamine 454
 H. Kurul — Vabariiklik seminar teemal «Meditsiiniinformatsiooni ja raamatukogunduse aktuaalseid probleeme» 454
 S. Sibul, L. Priimägi — II rahvusvaheline kongress aerosoolide kasutamise meditsiinis 455
 L. Mehilane — Rahvusvaheline sümposium 456

ARSTIDE SELTSIDES

- E. Laane — Võru, Põlva ja Valga Rajooni Arstide Teadusliku Seltsi ja Eesti NSV Kardioloogide Vabariikliku Seltsi ühine konverents 457
 E. Arak — Apteegitöötajate konverents 458
 E. Sassi — Proviisorite seminar 458
 R. Birkenfeldt — NSV Liidu tervishoiu-minister Saaremaal 458
 V. Särkava — Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Seltsi aruandlus-valimiskoosolek 458

TÄHTPÄEVAD

- Olga Kull 80-aastane 459
 Tervishoiuministri asetäitja Oku Tamm 50-aastane 460
 Teenelise arst Endel Laamann 60-aastane 461
 Andrei Sarapil oli juubel 461

QUAESTIONES LINGVAE ESTONICAE IN MEDICINA

- E. Kindlam — Kuurordiravi ja homöomikuvõimlemine ehk hommikuvõimlemine 463

IN MEMORIAM

- Olev Toots 23. II 1930... 14. VIII 1977 465

UUSI RAVIMEID

- A. Jürison — Allopurinool, dikloksatsilliinnaatrium 466

KROONIKA 467

- Eesti NSV teadlaste publikatsioone välismaal 472
 Eesti NSV teadlaste lõpetatud uurimused 473
 Lühidalt 436, 452, 456, 464, 467

NB

«Nõukogude Eesti Tervishoid»

ilmub 6 korda aastas. Tellimishind aastaks 2 rbl. 40 kop., poolaastaks 1 rbl. 20 kop. Tellimusi võtavad vastu «Ajakirjanduslevi» osakonnad ja kõik sidekontorid. Tellimusi järgmiseks aastaks võetakse vastu 25. novembrini, II poolaastaks 15. juunini. Tellimusi välismaale saab vormistada aadressil Москва Г 200, «Международная книга».

Toimetuse kolleegium

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

Toimetuse nõukogu

I. Aaso (Kohtla-Järve), R. Birkenfeldt (Kinnisepea), S. Ellervee (Tartu rajoon), M. Holm (Jõgeva), V. Ilmoja (Tallinn), A. Juhasoo (Põlva), H. Kadastik (Tartu), R. Kariis (Viljandi), A. Klink (Võru), M. Martinson (Haapsalu), H. Raaga (Harju rajoon), P. Rahu (Valga), S. Ratnik (Paide), M. Silland (Narva), G. Sukles (Rapla), R. Vodja (Pärnu), K. Väin (Rakvere).

Vanemkorrektor L. Art. Tehniline toimetaja K. Vaher. Toimetuse aadress: Tallinn 200 090, pk. 19 Kallaku 3. Tel. 444-370. Kirjastus «Perioodika», Tallinn, Pikk 73, tel. 601-337. Ladumisele antud 11. VIII 1977. Trükkimisele antud 26. X 1977. Trükiarv 5750. Trükipaber nr. 1. 70×100/16. Trükipoognaid 6,25. Tingtrükipoognaid 8,12. Arvestuspoognaid 9,84. Tell. 2629. MB-07142.

EKP Keskkomitee Kirjastuse trükikoda. Tallinn, Pärnu mnt. 67-a.

Журнал «Ньюкогуде 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.

Kirjastus «Perioodika».

© «Nõukogude Eesti Tervishoid»

Käsikirjad 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. Käsikiri 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 kokkusearvult, sõnatihedatena, mitte üle viie ja ülevaated mitte üle kümne lehekülje, kirjandus vastavalt kuni 10 ja 40 nimetust. — **Asutuse töend** selle kohta, kas töö on plaaniline, väljaspool plaani või dissertatsiooni fragment, esitatakse toimetusele koos käsikirjaga. 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 käsikirja lõppu koos kõikide autorite allkirjadega. Kõrgkoolide ja uurimis-instituutide töötajad märkigu ka kateedri või osakonna nimetus. — **Resümeed** 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 käsikirja lõppu. Selguse mõttes on soovitatav foto tagaküljele märkida, milline serv on ülemine. **Lubamatu** on toimetusele saata töid, mis on teistes väljaannetes juba trükitud.

Toimetus ei tagasta käsikirju ka siis, kui need avaldamata jäävad.

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

60

aastat

Suurest

Oktoobrist

UDK 614.2(47+57)

SUUR OKTOOBER JA NÕUKOGUDE TERVISHOID

VAINO RÄTSEP · TALLINN

nõukogude tervishoid, V. I. Lenini tegevus, tervishoiu põhiprintsiibid, saavutused, statistilised näitajad, nõukogude tervishoiu põhimõtete rahvusvaheline levik

Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon oli eelduseks sügavatele ja kõikehõlmavatele sotsiaalsetele muutustele nii meie maal kui ka kogu maailmas. Suure Oktoobri võit kuulutas kapitalismi üldkriisi algust, ülemaailmse imperialismi jagamatu valitsemise lõppu, tähistas kapitalismilt sotsialismile ülemineku ajastu saabumist. Maailma ajaloo ei ole teist kogu inimkonna tuleviku seisukohalt nii tähtsat sündmust, mis oleks niisama kangelaslik ja grandioosne kui seda oli Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon. Kangelaslikud ja grandioossed on olnud kõik kuus aastakümnet Nõukogudemaa eksisteerimise ajaloos. Seda aega iseloomustavad ka väljapaistvad sündmused paljurahvuselise Nõukogude riigi sotsiaalses arengus, sealhulgas ka tervishoiukorralduses.

Nõukogude tervishoiusüsteemi rajamine, selle eeltingimuste loomine, nagu ka kõik nõukogude võimu kehtestamisega seotud üritused, toimusid V. I. Lenini otsesel juhtimisel ja suunamisel. Tema ideed ja juhtnöörid rahva tervise kaitse valdkonnas kujutavad endast hindamatut tarkvara, mis on ka täna-

päeval meie tervishoiukorralduse täiustamise alus.

V. I. Lenini töedes on hulgalise faktilise materjali varal veenvalt tõestatud kapitalismi hävitav mõju tööliste kehalisele ja psüühilisele seisundile. Juba aastail 1895...1896, koostades partei programmi, esitas V. I. Lenin nõuded, et seadusandlusega tuleks piirata tööpäeva pikkust 8 tunnini ning kohustada vabrikante vastutama töötajate töövigastuste eest ning tagama tööliste meditsiinilist abi. Esimeses partei programmis, mis võeti vastu VSDTP II kongressil 1903. aastal, oli formuleeritud partei nõudmised tööliklassi tervise kaitseks: 8-tunnine tööpäev, tasuta arstiabi töötasu säilitamisega haiguse kestel, riiklik kindlustatus vanaduse ja invaliidsuse korral, lastetöö keelamine, alaealistele 6-tunnine tööpäev, naistetöö keelamine tervist kahjustavates tingimustes, 10-nädalane sünnituspuhkus töötasu säilitamisega, sanitaarjärelevalve ettevõtetes ja elamutes. See oli miinimumprogramm.

Töötajate tervise kaitse oli partei muude ülesannete hulgas taas arutusel VSDTP VI ülevenemaalisel (Praha) konverentsil 1912. aastal. 1917. aasta juulis ilmus V. I. Lenini «Materjale partei programmi revideerimise kohta» (Tervishoiualaste abinõude programmi projekt sotsialistliku revolutsiooni tingimustes). Selles kirjutab V. I. Lenin tervisekaitsealaste konkreetsete nõudmiste kõrval, et üksnes uutes tingimustes, mida loob revolutsioon, üksnes eromandi likvideerimine, s. o. kapitalistliku korra likvideerimine, tagab rahva tervise tegeliku kaitse ja tervise parandamise, epideemiade likvideerimise ja haiguste vältimise. Mõned kuud hiljem pani Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon aluse sotsialistlikule tervishoiusüsteemile, põhimõtteliselt uut tüüpi, kvaliteedilt täiesti uuele etapile rahva tervise kaitse arengus, mis sellisena on esmane kogu maailma ajaloos.

Partei programmis määrati kindlaks nõukogude tervishoiu profülaktiline suund, mis on nõukogude tervishoiu konstitutsiooniliseks tunnuseks, tema

lahutamatuks koostisosaks. Nõukogude tervishoiupraktika peabki olema läbinisti profülaktilise suunaga eelkõige just printsipiaalsetest alustest lähtudes, sest lõppeesmärgiks on kogu rahva tervistamine, mitte üksnes arstiabi andmine. Nõukogude tervishoiu on tähtsaim inimene, tema kehaline ja vaimne tervis. Töötajate tervise kaitse sotsialistliku kontseptsiooni tähtsamad printsiibid on inimese ja tema elutingimuste ühtsuse, profülaktika- ja raviürituste ühtsuse ning humanismi printsiip. Humanismi mõiste on arenenud sotsialistlikus ühiskonnas, kommunismi ülesehitamisel on see mõiste veelgi avardunud, seostunud töötajate elu- ja töötingimustega ning tema vaimse arengu võimalustega. Tervis on inimese kehaline, vaimne ja sotsiaalne heaolu.

Sotsialistliku tervishoiusüsteemi keskmes on nõukogude arst. Arstikutse on sündinud humanistlikest ideedest, milliseid arst peab ellu viima. Nõukogude arstile kui spetsialistile, inimesele ja kodanikule esitatavad nõuded on eriti suured. Arst peab mõistma oma osa ja kohta tervishoiusüsteemis ning ühiskonnas. Nõukogude arst peab olema kõrge kultuuriga, erudeeritud spetsialist, kes esindab uut, sotsialistliku ühiskonna marksistliku maailmavaadega intelligenti.

Tervishoid mõjutab ühiskonda igakülgsest, alates majanduse fundamentaalsetest alustest ja lõpetades vaimse eluga. Tervishoiusüsteemi ja arsti osatähtsuse suurenemine tänapäeva ühiskonnas nõuab arsti autoriteedi jätkuvat kasvu, tema juriidilise ja ühiskondliku staatuse tugevdamist, sest iga arst on ka ühiskonnategelane. Nimetatud nõuded on tagatud tervishoiuseadusega, kuid samal ajal peab ka iga arsti ja tervishoiutöötaja töötase tagama autoriteedi kasvu.

NSV Liidu uues konstitutsioonis on nüüd esmakordselt inimkonna ajaloos fikseeritud põhiseadusega kodanike õigus tervise kaitsele. See kinnitab veel kord, et Kommunistlik Partei ja Nõuko-

gude valitsus on kogu tegevusaja vältel viinud ellu leninlikku printsiipi — tähelepanelikku suhtumist peamisse «riiklikku rikkusesse», inimese tervisesse. Samal ajal tuleb rõhutada, et iga üksikisik peab hoolikalt ja säästvalt suhtuma oma tervisesse kui ühiskondlikku varasse. Täiesti seaduspäraselt esitati NSV Liidu uue konstitutsiooni projekt üldrahvalikuks aruteluks Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni juubeli-aastal, mil toimus ka tema vastuvõtmine. Möödunud kuuekümneme aasta vältel on sotsialistliku riigi kontseptsioon ja eelised leidnud tegelikkuses igakülgse tõestuse ning üldise tunnustuse. Sotsialistlik tervishoiusüsteem on vastu pidanud ajakatumustele, tõestanud veenvalt oma üleolekut ning omandanud globaalse tähenduse tervishoiu edasiarendamisel.

Sotsialistlikus ühiskonnas on tervishoiusüsteem lahutamatu rahvamajanduse osa. Sotsialismi põhiline majandusseadus lõi esmakordselt ajaloos eeldused ühiskondliku tootmise efektiivsuse ja elanike tervishoiuvajaduse rahuldamise vaheliseks seoseks. Tervishoiu mõju majanduse arengule seisneb selles, et ta soodustab tööjõu taastootmist, tervise säilitamist, eluea pikendamist ja suremuse vähendamist. Tervishoiualase töö tulemusena vähenevad haigestumine ja ajutine töövõimetus, seoses sellega tõuseb tööviljakus, vähenevad haiguste ravi- ja sotsiaalkindlustuskulud. Teiste sõnadega, elanike töövõime säilitamine on tegur, mis soodustab majanduse arengut. Seega tööviljakuse tõstmise probleemid on lahutamatult seotud ka tervishoiusüsteemi kiirendatud arendamise vajadusega, kusjuures domineerivaks peab jääma sotsialistliku tervishoiusüsteemi profülaktiline põhisuund. Need on ka peamised põhjused, miks käesoleval ajal kasvab tervishoiu osatähtsus ühiskonnas ja suureneb nõukogude tervishoiusüsteemi humanistlik, majanduslik ja poliitiline tähtsus rahvusvahelises ulatuses.

Tervishoiu saavutuste tagatiseks Nõukogude Liidus on majanduse areng

ja sellega seoses tervishoiusüsteemi vajadusteks minevate assigneeringute pidev kasv, nõukogude inimeste elatus- ja kultuuritaseme järjekindel tõus, laialdase meditsiinasutuste võrgu olemasolu, kõrge kvalifikatsiooniga meditsiinitöötajate küllaldane hulk, arstiteaduse ning meditsiiniaparatuuride ja farmaatsiatööstuse edukas areng.

Nõukogude tervishoiukorralduse rajamise algul 1918. aastal oli laste suremus Venemaal 270 iga 1000 imikueas lapse kohta, arstide ja hambaarstide üldarv 28 100, keskastme meditsiinitöötajaid oli 46 000 ning haiglakohti 207 600. Nõukogude võimu aastail on üldine suremus vähenenud üle 3,5 korda, laste suremus aga enam kui 12 korda.

IX viisaastaku lõpul töötas NSV Liidus 835 200 arsti, 207 300 proviisorit ja farmatseuti ning enam kui 2,5 miljonit keskastme meditsiinitöötajat. IX viisaastakul kasvas arstide arv keskmiselt 27,4-lt 32,7-le iga 10 000 elaniku kohta. Voodikohtade arv suurenes haiglates viisaastaku jooksul 332 000 võrra. Viisaastaku lõpul oli NSV Liidus 197 spetsialiseeritud osakonda intensiivravipalatiitega müokardiinfarkti põdevate haigete jaoks, 122 kardioreumatoloogiaosakonda, 47 nefroloogiakeskust, 47 kardiokirurgiaosakonda, 55 veresoontekirurgiaosakonda, 20 kroonilise hemodialüüsi osakonda, 15 neerude siirdamise keskust, 269 allergoloogiakabinetti, 164 stomatoloogiapolikliinikut, 54 kiirabihaiglat. Tänavu 1. jaanuaril oli NSV Liidus arste juba 862 000, aasta jooksul tuli juurde 27 000 arsti, kellest 15 000 noort arsti suunati tööle maarajoonidesse. 1976. aasta jooksul ehitati uusi haiglaid 61 000 voodikohaga, uusi sanatooriume, puhkekodusid ja pansionaate 53 000 kohaga. X viisaastaku lõpuks on NSV Liidu haiglates keskmiselt 123,1 voodikohta 10 000 elaniku kohta, kokku aga 3,5 miljonit haiglakohta. VIII viisaastakul eraldati tervishoiuasutuste ehitamiseks 4,4 miljardit rubla, IX viisaastakul 7 miljardit, X viisaastakuks on riik sel eesmärgil eraldanud veelgi suurema summa.

Mitmed Tsaari-Venemaa rahvused, kes enne Oktoobrirevolutsiooni olid määratud väljasuremisele, elavad tänapäeval olukorras, kus nende tervise keskmised põhinäitajad on isegi paremad kui NSV Liidu keskmised. See on tõik, millel on suur rahvusvaheline tähtsus. Nimetatud faktid näitavad veenvalt sotsialistliku riigikorra eeliseid ning nõukogude tervishoiusüsteemi eesrindlikkust.

Nõukogude tervishoiusüsteemi edasine täiustamine X viisaastakul kulgeb vastavuses NLKP XXV kongressi programmile. Üks peasuundi on maaelanikele antava arstiabi tõhustamine, mis tingib vajaduse ehitada nüüdisaegseid maa-arstijaoskonna ambulatooriume, laiendada rajooni keskpolikliinikuid ja -haiglaid kui maaelanikele spetsialiseeritud arstiabi andvaid keskusi. Selle efektiivsust tõestab mitmes liiduvabariigis korraldatud uurimine, millest ilmnes, et 40...50% rajooni keskpolikliinikute ja 35...60% keskhaiulate võimsusest kulub väljaspool rajoonikeskusi elavate haigete abistamiseks.

Jätkuvad arstiabi spetsialiseerumine ja integratsioon, mis tingib suurte polikliinikute-haiglakomplekside rajamise vajaduse. Sellised asutused peavad kujunema teaduslik-praktilisteks kompleksideks, kus toimub ravi-, õppe- ja teadustöö.

Erilist tähelepanu pööratakse haiguste profülaktikale. Kapitalimaades ignoreeritakse haiguste sotsiaalseid aspekte, neid vaadeldakse ainult kui bioloogilisi faktoreid. Sagedased on juhtumid, kui kontsernid ja firmad nõuavad haigestunud tööliste tööleasumist kindlal päeval, vastasel juhul nad vallandatakse ja kohad täidetakse töötute ridadest. Vastupidine on Nõukogude valitsuse tervishoiupoliitika: tasuta arstiabi, hoolitsus emade ja laste eest, täielik sotsiaalkindlustus on muutunud meie maal iseenesestmõistetavaks, kõigile kättesaadavaks. Nüüd lisanduvad veel töötajate tervisekaitse ja riiklik hoolitsus konstitutsiooni tasemel.

Kõike eespool öeldut arvestades pea-

vad tervishoiutöötajad jätkama töökorralduse tõhustamist polikliinikuis, haiglais, apteekides ja muudes tervishoiuasutustes. Eriti tuleb seda teha ambulatooriumides ja polikliinikutes, kus 80% haigeist alustab ja lõpetab oma ravi.

Eesti NSV tervishoiu ja arstiteaduse areng ning saavutused on eriti märkimisväärsed olnud viimase 30 aasta jooksul, sest see on toimunud koos Nõukogude Liidu tervishoiusüsteemi arenguga, ta on selle vahetu osa. Tihe erialane kontakt ja koostöö paljude üleliiduliste teadusasutustega ning osalemine rahvusvahelistes uurimisprobleemides on taganud meie vabariigi arstiteaduse kõrge taseme.

Kodanlikus Eestis oli 1940. aastal enne nõukogude võimu taaskehtestamist arstiabi kättesaadavus piiratud: kehtis tasuline vorm, valdavalt tegutsesid praktiseerivad üldarstid, vähe oli raviasutusi ning neis voodikohti. Täna töötab meie vabariigis 1940. aastaga võrreldes 34 polikliinikut, 86 nais- ja lastenõuandlat, 98 statsionaarset raviasutust (haiglat ja dispanserit) rohkem. Voodikohtade arv on kasvanud 3,2 korda, kokku on neid 16 010, seega on 10 000 elaniku kohta 111 voodikohta.

1940. aastal oli Eestis üldse 313 arsti, kellest 58% töötas Tallinnas ja Tartus. Vähe oli eriarste, näiteks röntgenoloogide oli 11, psühhiaatreid 12, otorinolaringoloogide 22, ftisiaatreid 30. Keskastme meditsiinitöötajaid oli 1267. 10 000 elaniku kohta tuli tol ajal 48 haiglavoodit. Kodanlikus Eestis ei olnud traumatoloogide, ortopeedide, uroloogide, neurokirurgide ja endokrinoloogide ametikohti ega profileeritud haiglavoodideid neid haigusi põdevate patsientide jaoks, neist erialadest rääkimata, mis on välja arendatud viimastel aastakümnetel, nagu kardioloogia, anesthesioloogia, onkoloogia, gastroenteroloogia, pulmonoloogia ja mitmed teised. Täielikult puudusid sanitaar- ja epidemioloogiajamaad erilaboratooriumide ning muu juurdekuuluvaga. Tänu neile uutele erialadele ja töökorralduse uutele vormidele on tunduvalt parem

paljude haiguste diagnoosimine, ravi ja profülaktika.

Märkimisväärsed edu on saavutatud võitluses nakkushaigustega. Pikemat aega ei ole meie vabariigis inimesed haigestunud difteeriasse, poliümüeliiti ega marutaudi. Esinenud on vaid lüsköha üksikjuhte ning järsult on langenud haigestumine leetritesse. Sihipärase profülaktika, eelkõige plaanipärase gammaglobuliini manustamise ja epideemiatorje tulemusena on nakkusliku kollatõppe haigestumine vähenenud. Viiruslikest nakkushaigustest teeb periooditi muret üksnes gripp.

Kodanlikus Eestis oli tuberkuloos väga laialdaselt levinud sotsiaalne haigus. Käesolevaks ajaks on esmane haigestumine tuberkuloosi vähenenud 8,1 korda, laste seas 59 korda! Võime rõõmuga konstateerida, et laste ja noorukite hulgas on tuberkuloos praktiliselt likvideeritud. Täiskasvanud tuberkuloosihaigete kontingent on samal ajal vähenenud 6,3 korda ning tõhusa ravi tulemusena väheneb pidevalt. Seda enam tuleb laiendada ja süvendada profülaktikat.

Praegu antakse spetsialiseeritud arstiabi rajooni keskpikliinikutes juba 18...20 erialal ning enamikus maa-arstijaoskondades töötab kolm spetsialisti: terapeut, pediaater ja stomatoloog. Ulatuslikku ja tänuväärset profülaktilist tööd tehakse velskri-ämaemanda- ja tervishoiupunktides, nende arv on suurenenud 20 korda.

Praegu töötab Eesti NSV-s 5492 arsti ja üle 11 700 keskastme meditsiinitöötaja. TRÜ arstiteaduskond, meie peamine arstide ettevalmistusekoht, on läbi teinud nii kvantitatiivse kui ka kvalitatiivse arengu. Näiteks lõpetas arstiteaduskonna 20 aasta vältel kuni 1939. aastani kokku 1129 üliõpilast, kuid ajavahemikul 1956...1976 üle 3500 üliõpilase. Nõukogude korra ajal on arstiteaduskonnas juurde tulnud pediaatria, stomatoloogia ja spordimeditsiini eriala. Samal ajavahemikul on arstide arv Eesti NSV-s kasvanud 5,6 ja keskastme meditsiinitöötajate arv 9,2 korda. Nende arvude taga on kooli-

tatud spetsialistid, kes oma igapäevase tööga kaitsevad meie rahva tervist. Tänuväärne on tõik, et meie vabariigi kõikidest doktori- ja kandidaadikraadiga arstiteadlastest töötavad ravi-asutustes 9 arstiteaduse doktorit ja 64 arstiteaduse kandidaati. See on vaieldamatult suur kvalifitseeritud jõud spetsialiseeritud arstiabi tagamisel ning selle edasisel parendamisel.

Elanikkond hindab meditsiinitöötajate tööd ja rahva arusaamine tervishoiualasest ühistööst avaldub majandite ja ettevõtete koopereeritud vahendite eraldamises tervishoiuasutuste ehitamiseks ning kohalike partei- ja nõukogude organite igakülgse toetuse ehitustööde teostamisel. Üks koostöö avaldumisvorme on ka massiline osalemine Punase Risti ja Punase Poolkuu Seltsi tegevuses. Seltsi aktivistide ja liikmete sihipärane tegevus sanitaarkultuuri viljelemisel töökohtades ning avalikes paikades, profülaktiline töö ja esmaabi on päästnud nii mõnegi inimesu. Igal aastal annavad meie doonorid ligikaudu 17 000 liitrit verd tasuta. Äärmiselt suur on Nõukogude Punase Risti osa rahvusvahelises ulatuses, mis avaldub esmajoones arengumaade tervishoiusüsteemide väljaaarendamisel ja praktilises abis. See on ainult osa nõukogude tervishoiusüsteemi ülemaailmsest mõjust.

Paljudes maailma maades on hakatud sotsiaalmajandusliku ebastabiilsuse tagajärjel ümber hindama seniseid tervishoiukorralduse moodusi ning otsima uusi, täiustatud süsteeme, mis oleksid õiglasemad ja täiuslikumad tervisekaitse probleemide lahendamisel. Üha sagedamini võetakse eeskujuks nõukogude tervishoiusüsteemi põhiprintsiipe, kuid nende täielik ja ulatuslik rakendamine on võimalik üksnes sotsialismi tingimustes, mis loodi Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooniga. Pilgu heitmine möödunudle, läbikäidu meenutamine aitab selgemini näha meie tervishoiusüsteemi tänapäeva ning hinnata saavutatut objektiivsemalt.

Meie sotsialistliku ühiskonna kõigil arenguetappidel on rahva tervise eest

hoolitsemisel olnud tähtis koht partei ja riigi sotsiaalsete ning majanduslike abinõude üldises süsteemis. Kuid nii eredalt kui NLKP XXV kongressil pole seda varem väljendatud. «Sotsiaalülesannete seas ei ole tähtsamat kui hoolitsus nõukogude inimeste tervise eest», neid NLKP Keskkomitee peasekretäri seltsimees L. I. Brežnevi sõnu aruandekõnest tuleb eriti rõhutada, neis avaldub nõukogude tervishoiusüsteemi edasise arengu suund, mida viivad edukalt ellu kõik tervishoiutöötajad.

*Eesti NSV Tervishoiu
Ministeerium*

UDK 61.001(474.2)

EESTI NSV ARSTITEADUS SUURE SOTSIALISTLIKU OKTOOBRIREVOLUTSIOONI 60. AASTAPÄEVA KÜNNISEL

PAVEL BOGOVSKI · TALLINN

Eesti NSV arstiteadus, areng, kaader, saavutused, teadiaste koostöö, meditsiiniharude areng ja kujunemine, teadusliku uurimise asutused, teaduslik produktsioon

Kolme aastakümne vältel on Eesti NSV-s tähelepanuväärset edu saavutatud paljudel arstiteaduse aladel. On kujunenud tunnustust vääriivat produktsiooni andvad teadlaskollektiivid, kelle uurimistööd kätkevad tänapäeva arstiteaduse aktuaalseid suundi. Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 60. aastapäeva puhul tagasi vaadates arstiteaduse arengule meie vabariigis võib selgelt näha, kui suurt osa on selles etendanud asjaolu, et Eesti NSV on saanud paljurahvuselise NSV Liidu võrdõiguslikuks liikmeks. Varajasemates ülevaadetes, mis käsitlevad meie vabariigi teadusasutuste ja TRÜ arstiteaduskonna ajalugu, on vennasvabariikide teadlaste abi ja koostööd meie

arstiteaduse arendamises suhteliselt vähe esile toodud. Käesolevas ülevaates püüan mõningal määral reastada põhilisi abi- ja koostöövorme, mida on kasutatud loomingu suhtlemises meie maa arstiteaduse keskustega ja mis on end ajalooliselt õigustanud. Peale selle püüan põgusalt iseloomustada meie vabariigis mõne tähtsama uurimissuuna alal saavutatut.

Eesti NSV arstiteaduse arendamisele asuti pärast Suurt Isamaasõda küllaltki rasketes tingimustes. Kodanlikus Eestis ei olnud arstiteaduslik uurimistöö plaanipärane, ei olnud ka ühtegi teaduslikku eriasutust. Põhiliselt tegeldi uurimistööga mõnede silmapaistvate õppejõudude juhendamisel Tartu ülikooli arstiteaduskonnas. Pedagoogide kaader, kellel oli teadusliku töö kogemusi, kahanes Suure Isamaasõja ajal tunduvalt, mille tõttu isegi normaalse õppetöö alustamine pärast sõda nõudis suuri pingutusi.

Tunnustusväärse töö tegid sel ajal ära arstiteaduskonna vanema põlve suurte kogemustega õppejõud, kes otsekohe lülitusid õppetöösse ning asusid ka teadusliku töö teostamisele ja juhendamisele, ühtlasi kandsid hoolt järelkasvu eest. Eriti edukalt tegutsesid professorid V. Vadi, A. Valdes, F. Lepp, A. Linkberg, E. Karu, V. Hiie, A. Tomingas, N. Veiderpass, E. Käer-Kingisepp, E. Aunap, O. Kingisepp, L. Poska-Teiss, J. Haldre ja teised. Paljud neist hakkasid innukalt osa võtma üleliiduliste erialaseltside ja probleemikomisjonide tegevusest, ajakirjade toimetuskolleegiumide tööst. Hea vene keele oskus võimaldas neist enamikul suhelda meie maa silmapaistvate teadlastega ja olla vahendajaks nõukogude arstiteaduse uudsete ideede ja printsiipide levitamisel meie vabariigi noorte teadlaste ja arstiteaduskonna üliõpilaste hulgas. Professor V. Vadi valiti NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmeks, mis aitas suuresti kaasa kontaktide tihendamisele NSV Liidu juhtivate teaduskeskustega. Professor V. Vadi oli ka juhtivalt tegev meie vabariigis uudse teadusliku uuri-

misasutuse, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi organiseerimisel, mis asutati 1947. aastal üks aasta varem loodud Eesti NSV Teaduste Akadeemia süsteemis.

Professor A. Valdes oli ajakirja «Архив патологии» toimetuse kolleegiumi liige, professor E. Käer-Kingisepp I. Pavlovi nimelise Üleliidulise Füsioloogide Seltsi kesknõukogu ja presiidiumi liige, professor A. Linkberg Üleliidulise Kirurgide Seltsi juhatuse liige.

Edaspidi valiti üleliiduliste arstide teaduslike seltside juhatustesse meie vabariigi vastavate seltside esimehi või juhtivaid spetsialiste. Sellest johtvalt ongi meie vabariigi arstiteadlastel tihedad sidemed vennasvabariikide juhtivate teadlastega.

Väga pakiline ülesanne Eesti NSV arstiteaduse arengus oli teadlaste ja pedagoogide järelkasvu tagamine. Selleks rakendati mitut meetodit. Osa aspirante ja põhitöö kõrval kandidaadiväitekirja koostajaid töötas meie vanema põlve professorite juhendamisel. Nõukogude arstiteaduse põhimõtteid omandasid nad oma juhendajate kaudu, kellest tuleks eriti esile tõsta professoreid F. Leppa, A. Valdest, A. Linkbergi, A. Tomingat jt. Paljud meie vabariigi juhtivad arstiteadlased on nende õpilased.

Märkimist väärib ka mitme aktiivse vanema põlve tervishoiuorganisaatori, nagu V. Hioni, A. Reimani, H. Parise ja teiste tegevus arstiteaduse arendamisel, iseäranis uute teadusasutuste avamisel ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teadusliku meditsiininõukogu tööle rakendamisel.

Suuresti on meid abistanud vennasvabariikidest Eesti NSV-sse tööle asunud rikkalike kogemustega spetsialistid, kes on meie teadureid juhendanud või konsultatsiooni andnud. Siinkohal märgitagu vaid Eesti NSV Teaduste Akadeemia akadeemikut professor N. Tomsoni, kes aitas alustada tööstus- ja kommunaalhügieenialast uurimistööd ning oli üks esimesi, kes hakkas uurima kantserogeenseid aineid välis-

keskkonnas, professor M. Mastbaumi, tunnustatud sisehaiguste spetsialisti, kelle õpilasi töötab meil praegu teaduspõllul ja tervishoiuasutustes, ja dotsent A. Anissimovi, kes korraldas meie vabariigis tööhügieenialast uurimistööd.

Teadlaskaadri kasvatamisel nõukogude arstiteaduse põhimõtete vaimus oli suur tähtsus noorte arstide suunamisel õppima, teadmisi täiendama või aspirantuuri NSV Liidu kesksesse uurimis- ja õppeasutusse.

Juba Suure Isamaasõja ajal pöörasid NLKP ja Nõukogude valitsus suurt tähelepanu kaadri kasvatamisele. Nii demobiliseeriti 1943. aastal ja saadeti Moskvasse instituuti õpinguid jätkama G. Loogna, kes oli hiljem üks Riikliku Teadusliku Meditsiinilise Raamatukogu asutajaid Tallinnas, millel oli märkimisväärne osa arstiteaduse arenemises ja arstide kvalifikatsiooni tõstmises, ning kes on edukalt jätkanud teadustööd Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis, K. Klenski, kes oli hiljem kaua aega sama instituudi teaduslik sekretär, H. Pihl, kes viljakalt tegutses Tallinna Mikrobioloogia, Epidemioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudis sektorijuhatajana, ning E. Vagane, kelle uurimistööd meie vabariigi elanike tootumise ja ainevahetuse alal on pälvinud üldise tunnustuse.

Arvukalt meie vabariigi noori spetsialiste on viibinud lühi- või pikaajalistel täienduskursustel Moskva või Leningradi arstide täiendamise institututes ja õppekursustel erialainstitututes Moskvas, Leningradis, Kiievis, Rostovis Doni ääres, Harkovis ja teistes keskustes, kus on omandanud uusi uurimismeetodeid või sooritanud osa uurimistööst.

Eriti väärib rõhutamist aspirantuur meie maa keskses uurimis- ja õppeasutustes. Paljud meie praegused juhtivad arstiteadlased on niisuguse aspirantuuri lõpetanud. Näidetena võiks nimetada TRÜ arstiteaduskonna dekaani ja farmakoloogia kateedri juhatajat professor L. Allikmetsa, kes õppis aspirantuuris NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemiku S. Anitškovi juures,

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri juhatajat professor L. Päid, kes lõpetas aspirantuuri 1955. a. Leningradi I Meditsiiniinstituudis professor M. Tušinski juhendamisel, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tööhügieeni ning eksperimentaalse toksikoloogia laboratooriumi juhatajat I. Akkerbergi, kes lõpetas aspirantuuri NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudis professor B. Smeljanski juhendamisel. Sama instituudi aspirantuuris oli Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi varalähkunud kutsehaiguste osakonna juhataja I. Maripuu, meie vabariigi kutsehaigustealaste uurimistöõde rajaja. TRÜ arstiteaduskonna sünnitusabi ja günekoloogia kateedri juhataja professor K. Gross lõpetas 1956. aastal aspirantuuri NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Sünnitusabi ja Günekoloogia Instituudis, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi lastereumatoloogiaosakonna juhataja E. Müllerbek õppis ajavahemikul 1953...1956 Leningradi Pediaatriainstituudi aspirantuuris, kus teda juhendas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik professor A. Tur. Moskva Tuberkuloosi Keskinstituudi aspirantuuri lõpetajate hulka kuulub ka Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi pulmonoloogiaosakonna juhataja arstiteaduse doktor L. Jannus, kelle juhendajaks oli professor V. Pusik.

Mitmed Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi juhtivad teadlased on samuti lõpetanud aspirantuuri meie maa keskses institututes — bioloogiadoktor L. Priimägi NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia D. Ivanovski nimelises Viroloogia Instituudis (1964. a.), bioloogiakandidaat S. Jöks NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Poliomieliidi ja Viiruseentsefaliidi Instituudis (1964. a.), arstiteaduse kandidaat H. Lutsoja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Toitlustusinstituudis (1966. a.).

Väga paljud meie vabariigi arstiteadlased on oma kandidaadi- või doktoriväitekirja koostanud kohapeal, saades juhtnööre või konsultatsiooni meie maa silmapaistvatelt teadlastelt. Siinkohal vaid üksikuid näiteid. Bioloogiadoktor E. Vagase konsultandiks oli professor V. Jefremov, allakirjutanul NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik L. Šabad, bioloogiadoktor I. Veldrel NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige S. Tšerkinski, TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia kateedri juhatajal professor J. Sarvel Ternopoli Meditsiiniinstituudi professor J. Komorovski, meie vabariigi vähi-epidemioloogiaalaste uurimistöõde organiseerijal arstiteaduse doktor M. Purdel professor A. Tšaklin NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Teaduslikust Onkoloogiakeskusest, arstiteaduse doktor H. Kahnil professor A. Raševskaja NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tööhügieeni ja Kutsehaiguste Instituudist, arstiteaduse kandidaat B. Libermanil NSV

Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik B. Votsal.

Konsultantidena on paljusid meie vabariigi arstiteadlasi abistanud ka NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemikud L. Hotsjanov, L. Boguš, A. Višnevski, V. Iljin, silmapaistvad teadlased professorid N. Lazarev, P. Dvižkov, J. Gadaskina, V. Gorodilova ja paljud teised.

Episoodilised kontaktid nende konsultantidega on paljudel juhtudel kujunenud pikaajaliseks kollegiaalseks koostööks.

Teadusliku uurimistöö kogemusi aitasid meie vabariigi spetsialistidel omandada ka NSV Liidu juhtivate teadlaskollektiividega ühiselt tehtavad uurimistööd, näiteks Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituut on edukalt osa võtnud elusa poliomüeliidivaktsiini efektiivsuse uurimisest. Eesti NSV-s esimesena maailmas kasutati seda vaktsiini hulgaliselt. Ka nakkusliku hepatiidi gammaglobuliinprofülaktika väga laialdase rakendamise tõhusust uuriti meil koostöös üleliiduliste teadusasutustega.

Teadusliku mõtte arendamise, kogemuste ja uue informatsiooni intensiivse edasiandmise üks efektiivsemaid vahendeid on aktiivne osavõtt teaduslikust konverentsist või koosolekust. Meie vabariigi arstiteadlased hakkasid osa võtma üleliidulistest või vennesvabariikide teaduslikest üritustest peatselt pärast Suure Isamaasõja lõppu, kus nad ka oma uurimistöid tutvustasid. Algul sõitsid väljapoole vabariiki TRÜ arstiteaduskonna vanema põlve õppejõud, hiljem järjest rohkem ka muude teadusasutuste teadureid. Tunduv osa meie vabariigis praegu töötavatest kandidaadi- või doktorikraadiga arstiteadlastest on oma väitekirjad kaitsnud väljaspool meie vabariiki.

Eesti NSV-s on korraldatud arvukaid teaduslikke konverentse, kongresse, sümposioone ja muid teadlaste kogunemisi, viimase paari aastakümne vältel keskmiselt 10...12 üritust aastas. Nii meie vabariigi teadusasutused ja TRÜ arstiteaduskond kui ka vabariiklikud arstide teaduslikud seltsid on kutsunud esinema meie maa tähtsama-

te uurimisasutuste silmapaistvaid teadlasi. On iseloomulik, et paljurahvuselise spetsialistide pere liitub neil üritustel ühtseks ühiste huvide ja kokku kuuluvustundega kollektiiviks.

Tooksin mõned näited vabariiklike ürituste kohta. 1962. aasta juunis leidis Tallinnas aset Eesti NSV VI vabariiklik ftisiaatrite teaduslik-praktiline konverents, millel esinesid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik (tollal korrespondentliige) professor L. Boguš, professorid A. Rabuhhin ja I. Kotšnova, külalised Riias ning Vilniusest. 1975. aasta juunis peeti Tallinnas IX vabariiklik ftisiaatria- ja pulmonoloogiakonverents, millest oli osavõtjaid Moskvast, Leningradist, Kiievist, Tbilisist, Vilniusest, Kaunasest ja Riias. 1973. aasta juunis toimus Tartus Eesti NSV otorinolarüngoloogia rajamise 80. aastapäeva tähistamise Eesti NSV otorinolarüngoloogide V teaduslik konverents, millest oli osavõtjaid 104, nende hulgas meie maa juhtivate otorinolarüngoloogide enamik ning külalisi Moskvast, Leningradist, Kiievist, Kuibõševist, Kurskist, Taškendist, Bakuust, Tbilisist, Karagandast, Rostovist Doni ääres, Donetskist, Riias, Vilniusest ja Kaunasest.

Mitmed teaduslikud üritused on saanud kindlaks tavaks. Nii korraldati 1974. aasta sügisel Kohtla-Järvel Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi XIV väljasõidusessioon põlevkivitööstuse tööhügieeni ning kutsehaiguste alal, millest võttis osa 93 spetsialisti, nende seas 10 Moskva, Leningradi, Kuibõševi, Riia ja Slantsõ teadurit. Tänavu oktoobris toimus XV sessioon. VI vabariiklikul oftalmoloogide konverentsil, mis korraldati tänavu märtsis Tartus, oli 101 osavõtjast 31 vennesvabariikidest, nende hulgas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemik M. Putškovskaja, korrespondentliige M. Krasnov, professorid E. Avertissov, V. Volkov ja mitmeid teisi silmapaistvaid oftalmolooge. Külalisi on kutsutud ka Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi traditsioonilistele aru-

andekonverentsidele, neid on seni peetud kuus, ning samuti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi diskussioonikoosolekutele, millel arutatakse üksikute uurimissuundade perspektiive.

Mõistagi ei ole võimalik loetleda kõiki taolisi vabariiklikke või üksikasutuste üritusi, ent üks on kindel, et neist on suur kasu meie arstiteaduse arengule.

Meie maa paljurahvuselise arstiteadlaste pere ühtekuuluvust on suurel määral edendanud vabariikidevahelised üritused, nimelt regionaarset laadi Balti liiduvabariikide konverentsid, millest on sageli osa võtnud ka Valgevene teadlased.

Üks esimesi sellelaadseid üritusi — NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia ja Balti liiduvabariikide Teaduste Akadeemiate ühine koosolek — toimus 1953. aastal Riias, kus arutati arstiteadusala koordineerimist. Sel ajal kuulusid meditsiini uurimisega tegelevad teadusasutused vabariikide teaduste akadeemiate süsteemi ning nende asutuste kontakte oli vaja tugevdada NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia kesksete uurimisasutustega. Sellest ajast peale kujunes reeglipäraseks Balti liiduvabariikide teadlaste osavõtt üksikute probleemide koordineeritud uurimisest üleliidulises ulatuses.

Edukalt on korraldatud Balti liiduvabariikide vahelisi konverentse. Üks esimesi oli 1960. aasta septembris Tartus peetud Balti liiduvabariikide ja Valgevene NSV I biokeemiakonverents, millega tähistati Läti NSV, Leedu NSV ja Eesti NSV 20. aastapäeva. 1967. aasta septembris toimus Tallinnas Leedu NSV, Läti NSV ja Eesti NSV onkoloogide II kongress, millest võtsid osa NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia akadeemikud V. Blohhiin ja L. Šabad ning korrespondentliikmed A. Rakov, S. Neifach ja teised. Kolmanda samalaadse konverentsi toimumiskohaks sai 1971. aastal Riia.

Tänavu septembris toimus Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 60. aastapäeva ja Vilniuse Ülikooli

400. aastapäeva tähistamiseks toitumise teoreetilisi ja praktilisi probleeme käsitlev Balti liiduvabariikide ja Valgevene NSV ühine konverents. Ei ole kahtlust, et just Balti liiduvabariikidel on kliimaatilisi ja geograafilisi aspekte silmas pidades palju ühiseid probleeme ka arstiteaduse arendamises.

Meie vabariigi arstiteadusliku mõtte arendamisel on suur tähtsus olnud üleliiduliste kongresside, konverentside ning sümposionide korraldamisel ja läbiviimisel Eesti NSV-s. Ühelt poolt on see olnud vaieldamatu tunnustus meie vabariigi arstiteaduse tasemele, teiselt poolt aga on see meie andam üleliidulise teaduse varasalve.

Ulatuslikem oli 1972. aasta septembris Tallinnas toimunud II üleliiduline onkoloogide kongress, millest võtsid osa kõik NSV Liidu onkoloogid ning külalisi mitmelt maalt. Teine suur üritus toimus selle aasta mais, mil Tallinnas peeti NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia meditsiinilis-bioloogiliste teaduste osakonna väljasõidusessioon, kus vaatluse alla olid võetud kantserogeneesi bioloogilised aspektid.

Oluline etapp tuberkuloosialase uurimistöe edendamisel oli 1953. aasta detsembris NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Tuberkuloosinstituudi väljasõidusessioon Tallinnas, millest võtsid Moskva ja Leningradi teadlaste kõrval osa ka Ukraina, Valgevene, Läti ja Leedu teadlased.

Eesti NSV arstiteadlaste aktiivsusest mõne eriprobleemi uurimisel annab näiteks tunnistust 1966. aasta detsembris Tartus peetud Vene NFSV ja Eesti NSV neurokirurgide ühine sessioon diskogeense lumbosakraalse radikuliidi kirurgilise ravi alal, millest võttis osa üle 150 arsti. 1972. aastal toimus Tallinnas NSV Liidu Tervishoiu Ministri Sanitaar- ja Epidemioloogia Peavalitsuse Kantserogeensete Ainete Komitee pleenum, millel arutati väliskeskonna saastumise profülaktikat ja millest võttis osa akadeemik L. Šabad ning teised Moskva, Leningradi, Gorki ja teiste linnade spetsialistid. 1973. aasta oktoobris oli Tallinnas kantsero-



NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia meditsiinilis-bioloogiliste teaduste osakonna teadusliku väljasõidusessiooni avamisel 11. mail 1977. EKP Keskkomitee ja vabariigi valitsuse nimel ütleb tervitussõnu Eesti NSV Ministrite Nõukogu esimehe asetäitja A. Green. (M. Mällo foto.)

geensete N-nitrosühendite toimet, teket ja määramist käsitlev I sümposium. Osa võttis 17 asutust 10 linnast. Järjekordsel samateemalisel II sümposiumil 1975. aastal oli esindatud 11 linna 23 asutust. 1973. aasta detsembris Tartus asetleidnud sümposiumil, kus oli kõne all veenihaguste kirurgiline ravi, oli osavõtjaid 58, neist 15 vennesvabariikidest, nende hulgas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliige N. Krakovski, professorid P. Aleksejev ja M. Knjazev. I sümposium porfüriini- ja hemiainevahetuse füsioloogia ja patoloogia alal korraldati 1974. aastal Tallinnas, esindatud oli 23 asutust 16 linnast. Üleliiduline konverents, kus arutlusteemaks oli laste ja noorukite kehaline kasvatus ja spordihügieen, osavõtjaid 150 spetsialisti, neist 140 vennesvabariikidest, toimus 1975. aasta oktoobris Tallinnas.

Arstiteadusliku uurimistöö üleliiduline koordineerimine ja suunamine on meie vabariigi algpäevadest alates olnud tähtis arengutegur. Juba 1947. aastal tutvus NSV Liidu Arstiteaduse

Akadeemia meie uurimistööde plaanidega ja andis nõu puuduste kõrvaldamiseks. Järgmistel aastatel saadi abi ka NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi teaduslikult meditsiininõukogult, kes saatis meile plaanide ja aruannete koostamise juhendeid ning kandis hoolt koordineerimise efektiivsuse eest. Teadusprobleemide koordineerimisega tegelesid juhtivad keskinstituudid, kes süstemaatiliselt korraldasid koordineerimisnõupidamisi, millest võtsid osa ka meie arstiteadlased. Üleliidulise koordineerimisstruktuuri süsteemile vastavalt moodustas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi teaduslik meditsiininõukogu probleemikomisjone ja -komiteesid ka meie vabariigis. Nendel on suur osa arstiteadusliku uurimistöö korraldamisel ning töö tulemuste kasutuselevõtmisel.

Meie vabariigi arstiteadlaste kontaktid NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia instituutidega on aasta-aastalt tihenenud.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi arengus oli eriti suure

tähtsusega Eesti NSV Teaduste Akadeemia alluvusse kuulumise ajajärk (1963...1966). Sel ajal sai teoks instituudi ajakohase hoonetekompleksi ehitamine. Ka meie vabariigi teadlaste J. Saarma (1974) ja P. Bogovski (1965) valimine NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmeteks tihendas sidemeid kesksete uurimisasutuste teadlastega.

Paljud meie tunnustatud arstiteadlased on üleliiduliste probleemikomisjonide, teaduslike ajakirjade toimetuste kolleegiumide, eriotstarbeliste komiteede jms. liikmed, ka see tihendab vabariikidevahelisi sidemeid.

Praegu on meie vabariigis ligi 60-1 teadlasel arstiteaduse või bioloogiadoktori kraad. Peale selle töötavad üheksa arstiteaduse doktorit ja 64 arstiteaduse kandidaati praktiseerivate arstidena ning nad võtavad osa mitme aktuaalse probleemi lahendamisest.

NLKP XXV kongressi otsuste ja «NSVL rahvamajanduse arendamise põhisuunad 1976—1980 aastaks» põhjal on ka meie vabariigi arstiteadlased läbi vaadanud ja täiendanud oma tööplaanee eesmärgil keskendada jõud nüüdisaja aktuaalsete probleemide lahendamisele.

Nagu teisteski liiduvabariikides, nii on ka meil surma põhjuste seas esikohal südame ja veresoonte haigused, teisel kohal pahaloomulised kasvaja. Nende kahe probleemiga tegeleb ligi kolmandik meie vabariigi arstiteadlasi. Südame ja veresoonte haiguste epidemioloogia, varajase diagnoosimise ja ravi, eriti aga kirurgilise ravi kompleksse uurimisega tegelevad TRÜ arstiteaduskonnas peaaegu kõik teraapia ja kirurgia kateedrid, neuroloogia ja neurokirurgia kateeder, patofüsioloogia kateeder ning veresoontekirurgia probleemilaboratoorium. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kardioloogiaosakonnas uuritakse südame isheemiatõve varajase diagnoosimise täiustamist. Seni on Tartus kasutusele võetud mitmeid operatsioonimeetodeid, nagu südameklappide proteesimine klapiirikete puhul (professor A. Klii-

manni juhendamisel), arterite ja veenide plastilised operatsioonid (professor E. Tünderi juhendamisel), südame pärgarterite rekonstruktiivsed operatsioonid (arstiteaduse doktor T. Sullingu juhendamisel). Terapeutid (professor J. Riivi juhendamisel) ning neuroloogid (professor E. Raudami juhendamisel) on selgitanud südame ja veresoonte haiguste ohutegureid, mille seas on olulised hüperkolesterineemia, psüühilised ülepingutused, ebaratsionaalne toitumine, väheliikuv eluviis ja suitsetamine.

Peaaju veresoonte haiguste patogeneesi uurimise ning ravi printsiipide väljatöötamise ning praktikasse kasutuselevõtu eest määrati uurijate kollektiivile professor E. Raudamiga eesotsas 1972. aastal Nõukogude Eesti preemia. Rahvusvaheliseks tunnustuseks tuleb pidada 1973. aastal alustatud koostööd selles valdkonnas Helsingi Ülikooli teadlastega. Teadusliku töö tulemuste tervishoiupraktikas efektiivsena kasutuselevõtu tagamiseks on Tartus rajatud Vabariiklik Kardioloogiakeskus, mille uus hoone ning ajakohane sisustus võimaldavad edukalt rakendada nüüdisaegseid diagnoosimis- ja ravimeetodeid. Tallinnas on regionaalne kardioloogiakeskus, kus haigla baasi laiendamise tulemusena luuakse lähemate aastate jooksul nõuetekohased töötingimused.

Tähtsal kohal on meie vabariigis pahaloomuliste kasvajate epidemioloogia, tekkemehhanismide ning varajase diagnoosimise uurimine. Tänu onkoloogiaasutuste võrgu arengutasemele, eriti Tallinna Vabariikliku Onkoloogiadispanseri (peaarst A. Gavrilov) efektiivsele tööle, on Eesti NSV-s küllaltki täiuslik vähihaigete statistika, mille alusel on Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudis olnud võimalik teha ajakohaseid vähiepidemioloogiaalaseid uurimistöid (arstiteaduse doktor M. Purde juhendamisel), ning on koostatud rahvusvahelistele nõuetele vastav andmepank ja vähiregister (bioloogiakandidaat M. Rahu). Instituut täidab üleliidulise koordineeriva keskuse

ülesannet rinnavähi epidemioloogia uurimises ning teeb koostööd Harvardi Ülikooliga, esindades NSV Liitu kahepoolses koostööprogrammis USA-ga. 1951. aastal algas (korrespondentliikme P. Bogovski juhendamisel) vähi põhjuste eksperimentaalne uurimine Eesti NSV põlevkivitööstuse toodete kantserogeense toime selgitamiseks. Täna on läbi uuritud mitukümmend toodet ja tehtud ettepanekuid vähiprofülaktilaks. Kogemused on NSV Liidu ja USA vahelise koostööprogrammi aluseks. Programm näeb ette USA ja Eesti NSV põlevkivitoodete ja -heitmete võrdlevat uurimist, selleks et välja selgitada nende mõju inimese tervisele. Üleliidulisse koordineerimisplaani on lülitatud ka instituudis tehtavad tööd, selgitamaks väliskeskonna saastatust kantserogeensete ainetega, ensüümide aktiivsuse nihkeid pahaloomuliste kasvajate korral, ning N-nitrosühendite analüüsi ja tekke alased uurimistööd. Viimastel aastatel on instituudis (arstiteaduse doktor V. Rätsepa juhendamisel) vähi varajase diagnoosimise tõhusdamiseks hakatud muude meetodite kõrval rakendama ka immunoloogilisi meetodeid.

Paljude aastate vältel on edukalt kulgenud tööhügieeni ja kutsehaiguste uurimine Eesti NSV põlevkivitööstuses. Instituut on tunnustatud üleliiduline keskus selle probleemi uurimises. On koostatud ajutised sanitaareeskirjad põlevkivitööstuse ettevõtete tarvis, mitme uue tööstusobjekti projekteerimisel on arvesse võetud instituudi hügieenikute ettepanekuid ning paljudele põlevkivitööstuse toodetele on antud hinnang nende toksilisuse kohta. Uurimistöö tulemusena on üleliidulised instantsid kehtestanud põlevkivitööstuses esineva mitme tervist kahjustava aine suhtes sanitaarsed piirkontsentratsioonid (arstiteaduse kandidaat I. Akkerbergi juhendamisel). Kutsehaigustest on uuritud (arstiteaduse kandidaat J. Maripuu ja hiljem arstiteaduse doktor N. Loogna juhendamisel) põlevkivitööstuste kopsukahjustusi, vibratsioonitõbe, mürakahjustusi ning peri-

feerse närvisüsteemi haigusi. Välja on töötatud nende haiguste profülaktika vahendid, mis on haigestumust kutsehaiguste tagajärjel tunduvalt vähendanud. Viimasel ajal on uuritud allergilisi haigusi peamiselt põlevkivitööstustel (arstiteaduse doktor N. Loogna juhendamisel) ja tööstusmürkide toimel tekkivate varajaste haigusnähtude diagnoosimist (arstiteaduse doktor H. Kahni juhendamisel). 1970. aastal alustas tööd instituudi Kutsehaiguste Kliinik, mille baasil on kujunenud vabariiklikud kutsehaiguste ja allergoloogia spetsialiseeritud keskused.

Tähtsal kohal üldhaigestumuses on mitmesugused viirusnakkused. Viroloogiaalaseid uurimistöid alustati meil 1958. aastal. Professor E. Raudami juhendamisel võttis rühm Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi ning sanitaar- ja epidemioloogiajaamade töötajaid edukalt osa elusa poliümüeliidivaktsiini efektiivsuse üleliidulisest uurimisest. Selle töö eest pälvisid professorid E. Raudam ja A. Jannus, O. Tamm ning mitmed teised arstid 1965. aasta Nõukogude Eesti preemia. Professor A. Jannus isoleeris esmakordselt Eesti NSV-s mõned enteroviirused (*ECHO* ja *Coxsackie A* ja *B*) ning uuris nende osa nakkushaigustes.

Märgitagu ka viimaste aastate saavutusi psühhofarmakoloogias. 1975. aastal määrati Eesti NSV 35. aastapäeva puhul Nõukogude Eesti preemia neuroleptikumide ning antidepressantide kliinilise ning eksperimentaalse farmakoloogia alaste uurimistööde eest arstiteadlaste kollektiivile eesotsas NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikme professor J. Saarma ja professor L. Allikmetsaga.

Paljude teiste probleemide uurimisel võiks samuti esile tuua silmapaistvaid saavutusi. Mõned teaduslikul analüüsil põhinevad tervishoiuorganisatsiooni puudutavad üritused on üleliidulise tunnustuse leidnud. Nimetagem tuberkuloosihaigete ja kroonilisi mittespetsiifilisi kopsuhaigusi põdejate ühtse dispanserimissüsteemi loomist ning

saavutusi tuberkuloosihaigestumuse vähenemisel meie vabariigis (arstiteaduse kandidaat E. Kama juhendamisel). Samuti väärib märkimist meie vabariigi terapeutide (professor N. Elšteini juhendamisel) poolt väljatöötatud sisehaigusi põdejate dispanseerimise meetodika, mida ametlikult on soovitatud rakendada ka Moskva raviasutustes.

Aastast aastasse on kasvanud Eesti NSV arstiteadlaste teaduslik produktioon. Nii oli kahe instituudi, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi ning Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi trükitoodang aastail 1971... 1975 järgmine: monograafiaid, artiklite kogumikke ja muid trükiseid 36, teaduslikke artikleid 1545, neist avaldatud üleliidulises ajakirjanduses ja välismaal üle 300. 1976. aastal publitseerisid nende kahe instituudi ja TRÜ arstiteaduskonna teadlased kokku üle 730 teadusliku artikli ja 8 raamatut.

Meie vabariigi arstkonna perspektiivid on selged. NLKP ja Nõukogude valitsus pööravad järjest suuremat tähelepanu meie maa elanike järjest suurenevate vajaduste rahuldamisele, üldise heaolu tõusule ja rahva tervise kaitsele. Arstiteadusel on seoses sellega vastutusrikkad ülesanded.

Ei ole kahtlust, et Eesti NSV arstiteadusel on veel palju võimalusi uurimistöö efektiivsuse tõhustamiseks. Sellele aitavad kaasa edasine koostöö arendamine vennasvabariikide uurimisasutuste ning teadlastega, kaadri kvalifikatsiooni tõstmine, teaduslike jõupingutuste kontsentreerimine ja moodsa tehnika rakendamine.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK 100:«312»

FILOSOOFIA JA NÜÜDISAJA MAAILM

JAAN REBANE . TARTU

marksismi-leninismi filosoofia, kapitalismaade filosoofilised kontseptsioonid, nüüdisaja ideoloogilis-filosoofiline võitlus, reaalne humanism

Nüüdisaja maailm on astunud XX sajandi viimasesse veerandisse. Kõigile meie planeedil praegu toimuvatele olulistele sotsiaalsetele protsessidele avaldab oma saavutustega otseselt või kaudselt mõju Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon, mille 60. aastapäeva tähistab koos Nõukogude rahvaga kogu progressiivne inimkond.

On kujunenud võimas sotsialistlik maailmasüsteem, kus ühiskonna progress toimub printsiipselt uuel, ekspluateerimisest vabade inimeste koostöö ja sotsiaalse võrdsuse alusel.

Imperialismi koloniaalsüsteemi lagunemise tagajärjel on tekkinud uus ajalooline reaalsus — arengumaad, nn. kolmanda maailma riigid, kes otsivad iseseisva, paljudel juhtudel mittekapitalistliku arengu teid.

Tänapäeva kapitalism elab üldkriisi olukorras, kuid püüab kohaneda uue ajaloolise situatsiooniga, mille on tinginud sotsialistliku maailmasüsteemi olemasolu ja sotsialismi edusammude mõju kapitalistlike riikide tööraha teadvusele ning poliitilisele aktiivsusele.

Rööbiti nende tohutute sotsiaalpoliitiliste muutustega on meie sajandi teisel poolel toimumas ka enneolematult kiire teaduse ja tehnika areng, mida võib iseloomustada kui tõelist teadus- ja tehnikarevolutsiooni. Selle tulemusena on avanenud enneolematud võimalused tööviljakust tõsta, inimtööd kergendada, inimeste olmetingimusi parandada ja ka eluiga pikendada. Loomulikult ei jagune teadus- ja tehnikarevolutsiooni saavutused maailmas ühtlaselt, vaid nende kasutamine oleneb riikide sotsiaalsest korrast ja majanduslikust arengust. Tänapäeva teadusel

põhinev tootmistehnika on saavutanud niisuguse taseme, mis võimaldaks inimväärsed elutingimusi maailma kõigile elanikele. Ometi kannatab arengumaade elanike enamik seniajani elatusvahendite puuduse, alatoitluse ja sageli ka otse nälja all. Samal ajal on näiteks NATO riikide sõjalised kulutused ühe elaniku kohta aastail 1960...1970 olnud peaaegu niisama suured kui arengumaade keskmine rahvatulu ühe elaniku kohta.

Teaduse ja tootmistehnika areng on esile kutsunud mitmeid põhimõtteliselt uusi globaalseid nähtusi. Sõjatehnika on jõudnud niisuguse tasemeni, et nüüdisaegsete hävitusvahenditega peetav maailmasõda tähendaks tõelist tuumakatastroofi ja teeks üldse küsitavaks inimkonna edaspidise eksisteerimise. Kasumijahile orienteeritud kapitalistlik suurtootmine on tänapäeva tingimustes kaasa toonud elukeskkonna niitulusliku saastamise, et seda saab mingil määral kompenseerida ainult riikide organiseeritud koostöoga. Nüüdisaja arstiteaduse saavutuste tulemusena on kogu maailmas oluliselt pikenenud inimeste keskmine eluiga. Sellega seoses on enamiku arengumaade jaoks tekkinud uus, nn. demograafilise plahvatuse probleem: elatusvahendite tootmise juurdekasv ei suuda piisavalt ennetada rahvastiku juurdekasvu, inimeste elatustaseme tõus on äärmiselt raskendatud.

Millist osa etendavad tänapäeval need väga põgusalt käsitletavad tegurid marksismi-leninismi filosoofias?

Filosoofia on ühelt poolt oma ajastu sotsiaalse praktika ja vaimukultuuri teoreetiline kokkuvõte, teiselt poolt on ta maailmavaade, inimeste elu ja tegevuse orientatsioon. Loomulikult ei ole selline filosoofia iseloomustus ammendav. Filosoofia on ka teoreetiline süsteem — teadus, samuti on filosoofia eriline ühiskondliku teadvuse vorm jne. Kuid praeguses käsitluses piirdume eeltoodud aspektidega.

Rääkides filosoofiast kui oma ajastu sotsiaalse praktika ja vaimukultuuri teoreetilisest kokkuvõttest, võime

konstateerida, et kogu Oktoobrijärgne maailmaajalooline praktika on kinnitanud marksismi-leninismi teooria, kõigi selle kolme komponendi — filosoofia, poliitilise ökonoomia, teadusliku kommunismi teooria — õigsust. Maailma ajalugu on kujukalt tõendanud marksismi poolt avastatud ajaloolist seaduspärasust: kapitalistlik ühiskonnakord peab paratamatult, objektiivsete asjaolude tõttu asenduma uue, õiglase ühiskonnakorraga — sotsialistliku ja kommunistliku ühiskonnaga. Kapitalismilt kommunistlikule ühiskondlik-majanduslikule formatsioonile üleminek ongi olnud maailmaajaloo põhisisuks kapitalismi üldkriisi ja sotsialistlike revolutsioonide perioodil, mis algas Oktoobrirevolutsiooniga.

Ühiskondlik praktika on kinnitanud kõiki dialektilise ja ajaloolise materialismi põhiseisukohti: materia primaarsust teadvuse suhtes, ühiskondliku teadvuse sõltumist ühiskondlikust olemisest, arengu dialektilist, vastuolulist iseloomu jt. Ei leidu ühtki marksistliku filosoofia põhiteesi, mille kohta saaks ütelda, et see ei ole vastu pidanud aja ega praktika kontrollile. Seda tõsiasi on vaja eriti rõhutada, kui räägime marksismi filosoofia arengust, uutest probleemidest, uutest lähenemisviisidest. Need kõik realiseeruvad ühtse, tervikliku marksistliku filosoofia kindlal alusmüüril. V. I. Lenin kirjutas selle kohta: «Marksismi filosoofiast, mis on valatud ühest terasetükist, ei saa eemaldada ühtki põhieeldust, ühtki olulist osa, kui ei taheta eemaldada objektiivsest tõest, langeda kodanlik-reaktsioonilise vale embusse» (V. I. Lenin, Teosed, 14. kd., lk. 302).

Säilitades oma põhiseisukohtade tervikluse, on marksismi filosoofia pidevalt arenenud. Meie filosoofia arengu lätteks on ühelt poolt ühiskondlik-ajalooline praktika, uued sotsiaalsed protsessid ja nähtused, kommunistlike parteide poolt juhitud töörahvahulkade võitluse kogemused, teiselt poolt teaduse saavutused — uued teooriad, faktid, lähenemisviisid, mis pidevalt täiendavad teaduslikku maailmapilti.

Tihe side ühiskondlik-ajaloolise praktika ja teaduse arenguga on selle tagatis, et marksismi filosoofia on suuteline esinema teaduslikult põhjendatud maailmavaatena, inimeste elu ja tegevuse juhtnööriina.

Ülemaailmses ulatuses toimuva kommunistliku ja kodanliku ideoloogia võitluse taustal võib tänapäeval täheldada suurt maailmavaadete ja ideoloogiate kirevust. Selline kirevus ei ole absoluutselt uus nähtus, seda on olnud varemgi, kuid ajaloo areenile on tulnud uued rahvad, nüüdisaja suhtlemis- ja kommunikatsioonivahendid on laia avalikkuse ette toonud niisugused Aasia, Aafrika rahvaste ideoloogilised kontseptsioonid, mida varem tundsid ainult nende otsesed kandjad ja võibolla üksikute erialade spetsialistid. Ka kapitalistlikes riikides on järsult mitmekesistunud erinevad sotsiaalfilosoofilised kontseptsioonid, sest kapitalismi üldkriisi olukorras üha suureneb nende inimeste ja sotsiaalsete rühmade arv, kes ei ole rahul kehtiva olukorraga ja kes otsivad sellest väljapääsu, kuid ei suuda mitmesugustel põhjustel asuda teadusliku, järjekindlalt revolutsioonilise marksistlik-leninliku maailmavaate seisukohale. Kodanliku korra apoloogeedid esitavad samuti üha uusi ideoloogilis-filosoofilisi argumente kapitalistliku korra kaitseks, püüavad leida kriisist väljapääsu kapitalismis eneses ja pakuvad selleks mitmesuguseid helgemale tulevikule orienteeritud õpetusi, näiteks õpetus postindustriaalsest, tehnootroonsest jms. ühiskonnast, mis pida- vat järgnema praegusele kapitalistlikule industriaalühiskonnale ja lahendada kõik probleemid.

Iseloomulik on, et termin «kapitalism» on kogu maailmas ebapopulaarne. Isegi kapitalismi otsesed apoloogeedid on juba pikema aja jooksul püüdnud seda sõna vältida, seda on püütud asendada teiste terminitega, nagu vaba ettevõtluse ühiskond, industriaalühiskond, üldise heaolu ühiskond jms. Termin «sotsialism» on aga viimaste aastakümnetega saanud populaarseks ka nende hulgas, kes seisavad küllalt kau-

gel reaalsest, marksistlik-leninlikust teadusliku sotsialismi teooriast. Jutt ei ole mitte nüüdisaja revisionistidest, kes suvaliselt opereerivad terminitega «marksism» ja «sotsialism», vaid eelkõige arengumaade ideoloogidest, kes otsivad iseseisva, mittekapitalistliku arengu teid. Viimane asjaolu on huvitav seepärast, et siingi avaldub Oktoobrirevolutsiooni ja reaalse sotsialismi edusammude mõju. Ent samal ajal omandavad mitmedki mittemarksistliku sotsialismi ideoloogiad natsionalistliku, religioosse jms. värvingu.

Milliseid kõige olulisemaid funktsioone täidab marksismi filosoofia kui teaduslikult põhjendatud maailmavaade?

Marksismi filosoofia võimaldab õigesti orienteeruda nüüdisaja ideoloogilis-filosoofilises võitluses ja vastavas õpetuste kirevuses. Eriti tähtis on siinkohal marksismi poolt avalikult proklameeritav filosoofia parteilisuse printsiip. Seda kahelt seisukohalt, nimelt üldteoreetiliselt ja klassipositsioonilt.

Üldteoreetiliselt jagunevad kõik filosoofilised kontseptsioonid lõppkokkuvõttes materialistlikeks ja idealistlikeks. Marksismi filosoofia kui nüüdisaja teaduslik materialism seisab siin kindlalt vastasrinnas kõikvõimalike idealistlike ja poolidealistlike õpetustega.

Klassipositsioonilt toimub kogu maailma ulatuses võitlus kommunistliku ja kodanliku ideoloogia vahel. See võitlus kajastub ka filosoofias. Kuid marksistid ei ole kunagi mittemarksistlike filosoofiliste õpetuste hindamisel rakendanud primitiivset kahevalentset, mustvalge-printsiipi. Meenutagem, millise sügava lugupidamisega ja kui diferentseeritult suhtusid marksismi rajajad varajasemasse filosoofiasse. Kuigi ükski kodanlik filosoofiline õpetus pole pärast marksismi tekkimist enam progressiivne selles mõttes, nagu olid progressiivsed näiteks filosoofilised õpetused kodanlike revolutsioonide perioodil, on vaja ka tänapäeval eristada kodanlike mõtlejate õpetuste sotsiaalpoliitilisi tendentse: otseselt reakt-

sioonilistest kodanlik-liberaalsete, abstraktselt-humanistlikeni. Kas oleks näiteks õige taunida A. Schweitzeri filosoofiat, tema deviisi: «Aukartus elu ees»? Ilmselt mitte, kuigi see abstraktne printsiip ei saa olla revolutsioonilistele jõududele piisavaks tegevusjuhendiks. Veelgi komplitseeritumaks muutub olukord siis, kui tegemist on arengumaade ideoloogide poolt pakutavate filosoofiliste kontseptsioonide hindamisega.

Marksistlik-leninliku filosoofia klassilisuse, sotsiaalse parteilisuse printsiip nõuab konkreetset ajaloolist lähenemist mittemarksistlikele filosoofilistele õpetustele. Alati on vaja välja selgitada, millise sotsiaalse jõu, millise klassi huve antud õpetus väljendab. Üks asi on reaktsiooniline, militaristlik kodanlus, teine opositsiooniliselt meelestatud üliõpilased, kolmas arengumaade talupojad, kes eri maades asuvad erineval sotsiaalmajandusliku arengu tasemel. Hetkekski loobumata oma klassisotsioonist, järjekindlalt pidades oma joont, võitlevad marksistid reaktsiooniliste kodanlike filosoofiliste õpetuste vastu. Nad kritiseerivad ka teoreetilisi ja poliitilisi vigu, mida sisaldavad mitmesugused abstraktselt humanistlikud, kapitalismi vastu häälestatud väikekodanlikud, kodanlik-intelligentlikud, samuti arengumaade filosoofilised õpetused. Sellise kriitika eesmärk on aidata teatavatel sotsiaalsetel jõududel asuda teadusliku, marksistlik-leninliku ideoloogia ja filosoofia seisukohtadele. Marksismi filosoofia on täitnud ja täidab oma vastutusrikast ülesannet ülemaailmses võitluses kommunistliku ideoloogia võidu eest, mis on üks tänapäeva klassivõitluse olulisi vorme.

Sotsialistliku maailmasüsteemi riikides on kindlalt võitnud marksismi-leninismi ideoloogia. Marksismi filosoofia moodustab siin kommunistliku maailmavaate teoreetilise tuumiku, on metodoloogiliseks aluseks teadusele, on kujunenud inimeste praktilise tegevuse juhtnööriks. Filosoofia metodoloogilist funktsiooni me pikemalt ei käsitle, seda enam, et arstiteaduse seisukohalt

on käesolevas numbris artikkel olemas (vt. lk. 404). Nõukogudemaal, arenenud sotsialistliku ühiskonna tingimustes, on peaülesandeks ühelt poolt marksismi filosoofia kui kommunistliku maailmavaate ühe komponendi ja teoreetilise tuumiku üha põhjalikum, sügavam omandamine laiade töötajate hulkade poolt. Teiselt poolt on tarvilik, et filosoofia ise pidevalt areneks vastavalt nendele uutele nähtustele, mida seab meie ette ühiskonna areng. Loomulikult ei lahenda filosoofia ühiskonna arengu käigus tekkivaid probleeme üksinda, omaette. Niisugused ülesanded nagu teaduse- ja tehnikarevolutsiooni saavutuste ühendamine sotsialistliku majandussüsteemi eelistega, ühiskonna juhtimise mehhanismide täiustamine, uue, igakülgsest arenenud inimese kasvatamine, keskkonnakaitse ja palju muud nõuavad paljude teadusalade ja praktilise tegevuse valdkondade koostööd. Need ülesanded ja vastavad teoreetilised probleemid on oma olemuselt kompleksed. Rääkides NLKP XXV kongressil marksismi-leninismi teooria edasiarendamisest, rõhutas partei peasekretär L. Brežnev eriti kompleksuse printsiipi. Ta ütles: «Uued võimalused nii üldteoreetilist ja fundamentaalset kui ka rakenduslikku laadi viljakateks uuringuteks avanevad mitmete teadusharude, sealhulgas loodus- ja ühiskonnateaduste piirimail. Neid tuleb täiel määral kasutada.» (NLKP XXV kongressi materjale. Tallinn, 1976, lk. 84). Filosoofia on sel alal tähtsal kohal seepärast, et oma integratiivse iseloomu tõttu võimaldab filosoofia neid probleeme leida, tähelepanu nendele koondata. Filosoofia annab ka üldteoreetilise baasi kompleksseteks, distsipliinidevahelisteks uurimisteks. Seepärast on väga oluline marksistlike filosoofide tihe koostöö muude erialade esindajatega, koostöö, mille vajadust rõhutas V. I. Lenin oma filosoofilises testamendis, 1922. aastal kirjutatud artiklis «Võitleva materialismi tähtsusest».

Käesolevas kirjutises ei ole võimalik põgusaltki loetleda kõiki arvukaid sisulisi probleeme, millega puutub kok-

ku marksistlik filosoofia tänapäeva ühiskonnaelu nähtuste analüüsimisel. Kuid üht probleemi tahaksin siiski puudutada. See on konkreetne, reaalne humanism.

Oktoobrirevolutsioon avas põhimõtteliselt uue sotsiaalse progressi tee: ühiskonna arenemise ekspluateerimisest vabade inimeste koostöö ja sotsiaalse võrdsuse alusel. Humanismi printsiip, mida olid propageerinud ka varajasema aja silmapaistvad mõtlejad, kuid mis kapitalismi tingimustes on osutunud tühipaljaks fiktsiooniks, on leidnud reaalse, konkreetse sisu Nõukogudemaa rahvaste sotsialistlikus ülesehitustöös. Tänapäeval on see arenenud sotsialistliku ühiskonna elu ja tegevuse põhiprintsiip.

Reaalse, kommunistliku humanismi printsiibid on näiteks paljutahuliselt kajastatud NSV Liidu uues konstitutsioonis, mis fikseerib meie ühiskonna saavutused ja näitab ühtlasi ka teed tulevikuks. Ent kasutades tänapäeval väljendit «humanism», tuleb olla konkreetne. Humanismile ja sotsiaalsele progressile viitavad meie päevil peaaegu et kõik. Seda teevad demagoogilistel kaalutlustel isegi reaktioonilised jõud. Humanismi printsiip figureerib mitmesugustes variantides, selles ideoloogilis-filosoofiliste õpetuste kirevuses, millest oli juttu eespool.

Selle illustreerimiseks näide. Mõni nädal enne nende ridade kirjutamist võtsin osa rahvusvahelisest konverentsist, kus arutlusteemaks oli humanismi progress tänapäeva teadus- ja tehnikarevolutsiooni tingimustes (VII konverents teemal «Teadus ja ühiskond», mida korraldab samanimeline Jugoslaavia assotsiatsioon ja mis toimus juuni lõpul Portorožis). Peale järjekindlate marksistide-leninlaste võtsid konverentsist osa ka mitmesuguse muu maailmavaatega inimesed. Konverentsil nenditi, et humanismi idee on maailmas saanud väga populaarseks. Samal ajal võis humanismi tõlgendustes täheldada suurt vaadete mitmekesisust olenevalt esineja sotsiaalfilosoofilistest seisukohtadest. Vastandina tõeliselt

marksistlikule klassipositsioonist lähtuvale humanismikäsitlusele pakuti mõnedes ettekannetes ka abstraktset-kodanlikku humanismikäsitlust, samuti idamaalikku kurjale mittevastupanemise printsiipi. Üks esinejaid kuulutas isegi tehnoloogia arengu ja humanismi vahekorra mõistmise teoreetiliseks aluseks eksistentsialistliku pessimismi-filosoofias.

Vastandina kõigele sellisele on tänapäeval erilise kõlajõu ja praktilise tähtsusega marksistlik-leninlik konkreetse humanismi printsiip. Mitte abstraktsed viited inimesele üldse, mida harrastavad ka ekspluateerimiskorra ideoloogid, vaid konkreetne revolutsiooniline tegevus töölisklassi, kogu töörahva, maailma elanike enamiku ekspluateerimisest vabastamise ja tõelise sotsiaalse võrdsuse saavutamise nimel — selline on marksismi-leninismi humanismi printsiip, mille realiseerimine on andnud nii suuri tulemusi sotsialistliku maailmasüsteemi maades.

Marksistlik-leninlik konkreetse humanismi printsiip on väga tähtis globaalsete probleemide lahendamisel. Kuidas saab humanism näiteks olla ühendatav neutronipommide loomisega, millele on võidurelvastumise järgmist vooru alustades kursi võtnud Ameerika Ühendriikide agressiivsed ringkonnad? Reaalse, konkreetse humanismi printsiip, vastupidi, näitab kätte tee desarmeerimiseks, rahu tagamiseks, keskkonnakaitse korraldamiseks, demograafilise plahvatuse tagajärgede leevendamiseks ja muude praeguste globaalsete küsimuste lahendamiseks.

Kõik inimese heaks, kõik inimese õnne nimel — sellisena figureerib reaalne humanism marksismi filosoofias, sellisena on ta realiseeritud arenenud sotsialistlikus ühiskonnas. Ent selleni jõudmiseks oli vaja läbi teha raske ajalooline klassilahingute tee, oli vaja maha suruda ekspluateerijate vastupanu, oli vaja üles ehitada sotsialism. Sellele kõigele pani aluse Suur Oktoober.

TRU filosoofia kateeder

MEDITSIINI JA FILOSOOFIA SEOSTEST NSV LIIDUS PÄRAST SUURT OKTOOBRI

SILVER KOPPEL · TALLINN

nõukogude meditsiini põhiprintsiibid, marksistlik-leninlik meditsiinifilosoofia, areng, kontseptsioonid, seosed, meditsiinieetika, Pavlovi õpetus, kodanliku meditsiini väärkontseptsioonid

Esimesena maailmas tagab Nõukogude Liidu konstitutsioon kodanikele õiguse tervise kaitsele, näeb selleks ette mitmeid konkreetseid riiklikke abinõusid. 60 aasta jooksul saavutatu on kolossaalne edasimineku, võrreldes TsaarVenemaa mahajäänud meditsiiniga, Esimese maailmasõja tekitatud nälja ning laosega, kodusõja ning välismaise interventsiooni tagajärgedega ja Teise maailmasõja tohutute kahjustustega.

Edu aluseks on olnud praktilise meditsiini ja tervishoiuorganisatsiooni lahutamatu ühtsus meditsiiniteadusega, partei ja rahva tahe ning otsusekindlus, samuti ka meditsiini seos marksistlik-leninliku filosoofiaga.

Nõukogude Venemaa sai tsaaririigilt meditsiinipärandiks ka mõndagi vääruslikku. Venemaal oli olemas väikese-arvuline eesrindlik arstikond, kelle filosoofilisi vaateid iseloomustavad A. Tšehhov ja V. Veressajev. Samuti, ehkki suurel määral lahus praktilisest meditsiinist, oli olemas väljapaistev, sisult stiihilis-materialistlik ja dialektiline teoreetiline meditsiin. Piisab, kui nimetada füsioloogide I. Setšenovi, N. Vvedenski, A. Uhtomski ja I. Pavlovi hiilgavat plejaadi ning mainida, et tänu K. Timirjazevi, I. Metšnikovi ja vendade Kovalevskite tegevusele oli Venemaa saanud darvinismi teiseks kodumaaks.

I. Setšenov, S. Botkin ja I. Pavlov löid neurogeense teooria, mis tõestab organismi terviklikkust. 1874. aastal kirjeldas V. Betz, üks ajukoore tsütoarhitektoonika loojaid, hiid-püramiid-

rakke ajukoore motoorses piirkonnas ning näitas sellega, et ajukoor on diferentseeritud elund, mis juhib organismi mitmeid funktsioone. V. Danilevski, V. Behtereov, A. Mislavski ja I. Pavlov tõestasid, et aju suurte poolkerade koor avaldab tähtsat mõju siseelundite tegevusele. N. Vvedenski ja A. Uhtomski uurisid põhiliste närviprotsesside: erutuse ja pidurduse olemust. A. Uhtomski lõi õpetuse dominandist ning N. Vvedenski õpetuse parabioosist. S. Korsakov tõestas, et psüühilised haigused on põhjustatud ajutegevuse häiretest. S. Botkin käsitles palaviku ja mitme sisehaiguse probleemi nervismi seisukohalt lähtudes.

See kõik ja mitme teisegi väljapaistva klinitsisti ning teoreetiku tegevus oli materialistlikuks aluseks kujunvale nõukogude meditsiinile.

Lihtsustatuna võib meditsiini struktuuri esitada järgmiselt.

1. Bioloogial põhinevad ja sellega lahutamatu seotud põhiteadused (normaalne ning patomorfoloogia ja -füsioloogia, meditsiiniline geneetika, farmakoloogia).

2. Väliskeskkonna ja elutingimuste mõju uurivad distsipliinid (hügieen koos sotsiaalhügieeniga, radioloogia, mikrobioloogia koos viroloogia ning parasitoloogiaga, kosmosemeditsiin).

3. Kliinilised distsipliinid, mis tuginevad eelnimetatutele ning mis nüüdisajal üha enam diferentseeruvad. Tänapäeva meditsiinis on täheldatav üha detailsem diferentseerumine, selle teise küljena aga tuleb esile süvenev integratsioon.

Filosoofilisi probleeme võib kerkida ja kerkib igal erialal, eriti olulisel kohal on need bioloogial põhinevates teadustes. Ka üksikute teadusharude integreerumine nõuab filosoofilist mõtestamist. Eriline tähtsus nii praktilisele kui ka teoreetilisele meditsiinile on filosoofiaga tihedalt põimunud meditsiinieetikal, mille põhiline uurimisobjekt on haige ja ravija vahelised külbelised suhted. K. Marxi sõnade kohaselt muutis kodanlus arsti, juristi,

vaimuliku, poeedi ja teadlase oma palgatööliseks. Siit tuleneb, et meditsiinieetika neis riikides, kus arstiabi antakse tasuta eest, rajaneb ärilistel alustel. Töölisklassile pole see sageli piisavalt või isegi üldse kättesaadav.

Tõeliselt humaanne meditsiinieetika on kujunenud sotsialistlikus ühiskonnas, kus kvalifitseeritud meditsiinilist abi antakse kõigile tasuta ja kus arsti ning haige suhted rajanevad vastastikusel austusel. Alates Vene NFSV esimesest tervishoiu rahvakomissarist N. Semaškost on sotsialistlikku meditsiinieetikat analüüsinud paljud arstiteadlased ja filosoofid, meie vabariigis eelkõige J. Saarma.

Meditsiini ja filosoofia seosed on vastastikused. Ühelt poolt kinnitavad praktikas kontrollitud teoreetilise meditsiini saavutused, näiteks Pavlovi õpetus, dialektilist materialismi. Teiselt poolt aga võib eelkõige dialektiline materialism näidata teed uutele otsingutele, avastustele ja saavutustele, samuti neid mõtestada.

Esimestel aastatel pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni esines meditsiinis ideelisi kõikumisi, mis olid tunduval määral seotud marksistliku filosoofia puuduliku tundmisega. Nii esines näiteks võitlus nn. kliinilise ja laboratoorse suuna vahel. See ei olnud mitte ainult üksikuid patoloogia-probleeme puudutav küsimus, vaid peegeldas maailmavaatelist ja metodoloogilist võitlust.

Dialektilise materialismi seisukohalt on laboratoorium ja kliinik, haigus ja haige, objektiivne ja subjektiivne vastandite (teooria ja praktika) ühtsus, mida dialektika käsitleb ainuvõimaliku teadusliku tunnetuse meetodina.

20-ndatel aastatel kasutas väikesearvuline Arstide-Materialistide Ühing ekslikult mõningaid formaalse geneetika saavutusi, pidades eelkõige Weismanni õpetust marksismi avaldumiseks teaduses. Selle ühingu esindajad N. Koltsov, A. Serebrovski jt. lähtusid iduplasma muutumatuse õpetusest ja eitasid väliskeskkonna ja sotsiaalse miljöö tähtsust haiguste tekkel, seega

astusid nad välja profülaktilise meditsiini teoreetiliste aluste vastu, propageerides selle asemel eugeenikat. Nende vaadete vastu astusid välja N. Semaško, Z. Solovjov, I. Pavlov jt.

Artiklis «Võitleva materialismi tähtsusest» (1922. a.) püstitas V. I. Lenin ülesande luua filosoofide-marksistide ja materialistliku maailmavaatega loodusteadlaste liit, mille üks eesmärke on loodusteaduslike küsimuste uurimine materialistliku dialektika positsioonidelt. Meditsiinis tehti sellega algust juba 20-ndatel aastatel. See soodustas arstide mõtteviisi üleminekut stiihiliselt ja metafüüsiliselt materialismilt teaduslikule dialektilisele materialismile. 30-ndatel aastatel sai dialektiline materialism nõukogude arstiteaduses valdavaks teoreetilise ja praktilise tegevuse aluseks. Paljud väljapaistvad arstiteadlased olid vahetuteks osalisteks teaduse saavutuste filosoofilisel üldistamisel ja dialektilise materialismi loodusteadusliku aluse kindlustamisel.

Suur tähtsus nõukogude ja kogu meditsiinile üldse on I. Pavlovi õpetusef kõrgemast närvitegevusest, mis põhilises osas töötati välja pärast Suurt Sotsialistlikku Oktoobrirevolutsiooni. Jätkates I. Setšenovi rajatud materialistlikku suunda füsioloogias, kasutas I. Pavlov ajukooretalitluse selgitamiseks determinismiprintsiipi. Pavlovi õpetus purustas idealistlikud, dualistlikud ja agnostilised vaated valdkonnas, mis seni oli olnud idealismi viimaseks kantsiks teaduses. Põhjapanev osa kõrgema närvitegevuse mõistmisel on tingrefleksi avastamisel, mis tagab organismi täpseima kohanemise keskkonnas.

Oma loomingu viimasel perioodil tõestas I. Pavlov inimese ja loomade kõrgema närvitegevuse ning psüühika põhilise erinevuse — teise signaalsüsteemi olemasolu inimesel. See andis selgituse mitmele dialektilise materialismi põhiväitele, nagu inimõtlemise kvalitatiivne erinevus loomade psüühikast, keele ja mõtlemise, sõna ja kujundi seos inimesel.

Läänes on füsioloogias siiani mate-

rialismi peavaenlaseks dualism, mis avaldub eelkõige psühhofüüsilise parallelismi õpetuses. I. Pavlov näitas veenvalt, et psüühiline tegevus ei ole füsioloogilisest lahutatav. Ühtlasi tõestas Pavlovi õpetus organismi terviklikust, samuti organismi ja keskkonna lähütamatut ühtsust, mis mõlemad on suurel määral tingitud närvisüsteemi juhtivast osast organismi tegevuses ning ta vahekorraest keskkonnaga.

Pavlovi õpetus on ulatuslik ja mitmekesine. Selle arendamisel tema õpilaste ning pooldajate poolt, nagu see teaduse arenemises loomulik, on tekkinud mitmeid erinevaid, sageli konkureerivaidki koolkondi. Oma klassikalisel kujul ei saanud Pavlovi õpetus XX sajandi teisel poolel enam püsima jääda, eriti pavlovliku determinismi teatava mehhanistliku kallaku pärast. Igasugune teaduslik teooria muutub, Pavlovi õpetusest on aga säilinud selle põhiprintsiibid: determinismi, signaalsuse, struktuursuse, analüüsi ja sünteesi, tingitud refleksi kinnistamise printsiip. Neid arvestamata on tänapäeval võimatu mõista nii inimese normaalset kui ka patofüsioloogiat.

Pavlovlikku uurimissuunda jätkasid juba 20-ndatel aastatel L. Orbeli ja K. Bõkov. 1940. aastal lõi K. Bõkov kortikovistseraalsete seoste teooria, mis täiendab Pavlovi õpetust ajukoore mõjust siseelundite tegevuses. A. Speranski juhtis tähelepanu patoloogiliste protsesside närvimehhanismidele, väites, et haigus pole lihtsalt tervise antitees. A. Ivanov-Smolenski näitas, et tingrefleks kujuneb välja ka sõnalistele (sotsiaalsetele) ärrititele. Pärast Teist maailmasõda asus ta Pavlovi õpetust rakendama patofüsioloogias. A. Višnevski ja N. Burdenko kasutasid Pavlovi ideid kirurgias, viimane töötas välja haavandtõve neurogeense teooria. A. Sarkissov jätkas ajukoore arhitektoonika filosoofiliste probleemide läbitöötamist, langemata seejuures kitsasse lokalisatsioonismis.

1930-ndatel aastatel hakkas I. Beritov klassikalist Pavlovi õpetust pidama mitteküllaldaseks selgroogsete loomade

ja inimese käitumise selgitamisel. Tema arvates esineb selgroogsete käitumises tingimatute ja tingitud refleksi kui madalamate mehhanismide kõrval kõrgem nn. psühhoneuroloogiline tegevus. Viimast juhivad konkreetset kujundid, mis tekivad vahetult pärast eluliselt tähtsa objekti tajumist (seega kinnistamisprintsipi). I. Beritovi kontseptsioon, mis sisaldab ka väärtuslikke morfoloogilis-füsioloogilisi seisukohti, on tänapäeval diskussioonistaadiumis; üldist tunnustust ta võitnud ei ole.

Oli ka teisi Pavlovi õpetusega konkureerivaid seisukohti. Püüdes lahendada küsimust, kuidas selgitada organismide seaduspärasest muutumist mittemuutuvas väliskeskkonnas ja situatsioonile adekvaatse reaktsiooni valikut paljude võimalikkude hulgast (sellel põhineb inimtegevuse eesmärgipärasus), loobus N. Bernštein väliskeskkonna ja refleksiprintsiibi juhtiva osa tunnustamisest ja pidas selle asemel põhiliseks organismi seesmist aktiivsust. N. Bernšteini kontseptsioon sisaldab nii väärtuslikke kui ka vaieldavaid seisukohti. Allakirjutanu nõustub J. Lehtmani arvamusel: küberneetika mõisted ning terminid ei anna alust eitada eksperimentaalselt tõestatud füsioloogiliste faktide tõelist tähtsust ja neid ei saa asendada matemaatiliste arutlustega.

Pärast bioloogia valdkonnas toimunud sessiooni, mis avaldas teaduse arengule halvavat mõju, korraldati taoline 1950. aastal ka Pavlovi õpetuse probleemide alal. Vaatamata mitmele õigele seisukohale, nagu Virchow'i tsellulaarpatoloogia seisukohtade kummutamise, mida juba varem olid alustanud A. Speranski ja B. Lavrentjev, ning võitlus psühhofüüsilise parallelismi vastu ja muud, tõi see kaasa mitmeid soovimatuid tagajärgi. Sessiooni põhisinejad nimetasid peaaegu kõiki Pavlovi klassikalise õpetuse täiendamise või arendamise katseid selle õpetuse revideerimiseks, halvates sellega aastaiks mitme väljapaistva teadlase loomingulist tööd. Uue impulsi sai filosoofide ja arstiteadlaste koostöö pärast NLKP XX kongressi, mis pani aluse isikukultuse-

ga seotud ideoloogilistest vigadest üles-
saamisele ja administreerimise kõrval-
damisele teaduse juhtimisel.

Psüühika mõju somaatikale on em-
piiriliselts ammu tuntud. A. Leontjev,
S. Rubinštein, E. Šorohhova jt., tugine-
des Pavlovi õpetusele ja teistele vii-
maste aastakümnete teaduse saavutus-
tele, esitasid teadvuseprobleemi filo-
soofilise analüüsi, mis lubab täieliku-
malt mõista teadvuse toimet somaa-
tikasse. Just sellis valdkonnas ilmneb
nõukogude filosoofide, psühholoogide
ja arstiteadlaste viljakas koostöö.
P. Anohhin, E. Asratjan, F. Bassin,
N. Graštšenkov, L. Orbeli, B. Ananjev,
A. Leontjev, A. Luria jt. on põhjalikult
läbi töötanud ka materiaalse ja ideaalse
(füsioloogilise ja psühholoogilise) vas-
tastikuse seose probleemid.

I. Setšenov alustas meeleeelundite fü-
sioloogia uurimist juba Tsaari-Vene-
maal. See valdkond on tihedalt seotud
dialektilise materialismi tunnetusteo-
riaga, mille klassikaliseks analüüsiks
on V. I. Lenini teos «Materialism ja
empiriokrititsism». Hiljem analüüsisid
tunnetusteooria probleeme aastail
1932...1966 NSV Liidus töötanud sil-
mapaistev bulgaaria marksist T. Pav-
lov ja nõukogude filosoofid ning psüh-
holoogid B. Ananjev, L. Vekker,
V. Tjuhtin, B. Ukrainitsev, J. Rebane jt.

Bioloogia rakulise ja molekulaarse
taseme uurimine on lubanud läheneda
elu olemuse väljaselgitamisele. Sellel
uurimisalal on oluliseks saavutuseks
A. Oparini teooria, mis on lähedane
F. Engelsi seisukohtadele ja mis põhi-
neb dialektilise materialismi ideedel.
Vastavaid uurimusi alustas A. Oparin
juba 1936. aastal ja lõpetas need 1967.
aastaks.

Seni on välja töötamata haiguse am-
mendav määrang, kuigi selle teoreetilised
alused esitas juba I. Pavlov. Pa-
rimaks tuleb pidada vene stiihilise
materialisti-dialektiku A. Ostroumovi
seisukohta (1895), mille kohaselt on
haigus eriline seisund, mis tekib orga-
nismi ja väliskeskkonna mittevastavu-
se tõttu. Muidugi on sellel määrangul
ka puudusi: A. Ostroumov ei arvesta-

nud kompensatoorseid protsesse orga-
nismis, samuti ignoreeris sotsiaalse
keskkonna juhtivat tähtsust. Haiguse
sotsiaalset olemust rõhutas juba
V. I. Lenin. Viimastel aastatel on bio-
loogilise vahendumist sotsiaalse alusel
analüüsinud eriti A. Ado.

Peaaegu kogu meditsiiniajaloo vältel
on vaieldud, kas arstimine on teadus
või kunst ja käsitöö. Tegelikult peegel-
dub see empirismi ja ratsionalismi sa-
janditepikkust võitlust. Arstimist pidas
kunstiks ja käsitööks meditsiini isa
Hippokrates, ratsionalistlikku suunda
esindas aga Knaidose koolkond Vana-
Kreekas. Silmapaistev saksa kirurg
F. Sauerbruch (suri 1951. a.) väitis, et
arsti mõtlemine peab vältima põhjus-
likkuse printsiipi ja tuginema intui-
tsioonile. Omal viisil eitasid põhjus-
likkuse printsiipi meditsiinis M. Ver-
worn ja D. Hansemann, kes asendasid
põhjuslikkuse paljude võrdselt sama-
väärsete tingimustega (konditsiona-
lism). 20. sajandi algul võtsid selle
kontseptsiooni omaks paljud silmapaist-
vad füsioloogid ja meedikud.

Dialektiline materialism eitab nii
intuitsiooni kui ka konditsionalismi
meditsiinis. Teadusliku tunnetuse mee-
tod seisneb empirismi ja ratsionalismi
— praktika ja teooria ühtsuses.

Samuti selgitas dialektiline materia-
lism viimastel aastakümnetel olemuse
ja nähtumuse vahekorra meditsiinis.
Paljudel haigustel, näiteks entsefaliidil
ja tuberkuloosel meningiidil, on mit-
meid ühiseid sümptome. Sageli esine-
vad erinevatel inimestel ühe ja sama
haiguse puhul erisugused sümptoomid:
ei ole otsest mehhaanilist vastavust
haiguse välise avaldumise ja organis-
mide ning süsteemide seesmise kahjus-
tuse vahel. Diagnoosiks on vajalik dia-
lektiline analüüs ja süntees, mis arves-
tavad sisu ja vormi, olemuse ja nähtu-
muse, põhjuse ja tagajärje, paratama-
tuse ja juhuslikkuse dialektikat. I. Da-
võdovski väitis, et kui arst ei valda
dialektilist materialismi, hakkavad
faktid teda «valitsema» ja tõukavad ta
ühekülgsetele, pealiskaudsetele ning
subjektiivsetele hinnangutele. Dialek-

tilise loogika tähtsust meditsiinilisele diagnostikale on viimastel aastatel viljakalt analüüsinud G. Tsaregorotsev.

Bioloogia- ja meditsiiniteaduses ristuvad küsimused, millel on otsene side klasside ning parteide ideoloogilise ja poliitilise võitlusega. See seletab ideoloogilise võitluse erilise teravuse meditsiinis. Näiteks hakkasid sellist välselt apoliitilist teooriat nagu humoraalpatoloogia kasutama 19. sajandi lõpust alates rassistid, kelle arvates voolab väärtuslikkude klasside esindajate soontes õilis veri, mis tingib nende kehale ja vaimse täisväärtuslikkuse.

Viimasel ajal on V. Gott, I. Novik, A. Uemov, V. Stoff, L. Valt jt. arendanud nüüdisaegses loodusteaduses, sealhulgas ka meditsiinis kasutatavate meetodite filosoofilisi aspekte (eksperimentaalne meetod, matemaatilise hüpoteesi meetod, modelleerimismeetod). Sellega on seotud diagnoosimisvigade tunnetusteoreetiliste ja loogiliste põhjuste ning meditsiinilise tunnetuse adekvaatsuse tagamise selgitamine.

A. Kolmogorov, A. Markov, P. Novikov ja S. Janovskaja on arendanud matemaatilise loogika kui ühe nüüdisajal väga olulise meditsiinilise uurimismeetodi filosoofilisi aspekte.

Lähtudes I. Pavlovi õpetusest on P. Anohhin andnud suure panuse meditsiinilise küberneetika teoriasse. Nõukogude teadlaste seisukohalt ei ületa küberneetika masina ja aju erinevusi ega taga tehiselu loomist, küll aga tõestab küberneetika uuest küljest maailma ühtsust, avastades üldist (muidugi mitte samast) ka erinevates nähtustes. Nõukogude meditsiinile on küberneetika areng olnud kasuks eelkõige diagnostilise mõtlemise ranguse, diagnoosimisaparaatide ja küberneetiliste proteeside loomise vahendina. Vastavad filosoofilised probleemid on tänapäeval läbitöötamise staadiumis.

Nagu praktilisedki välissidemed, nii puudusid nõukogude meditsiinil esialgu ka filosoofilised välissidemed. Läänes ignoreeriti nõukogude teaduse, sealhulgas ka meditsiini saavutusi kommunismivaenulikkuse tõttu. Murrang niisu-

guses suhtumises toimus 20-ndate aastate lõpul ja 30-ndate aastate algul. 1934. aastal peeti Nõukogude Liidus IV rahvusvaheline reumatoloogide kongress, 1935. aastal aga XV rahvusvaheline füsioloogide kongress. Viimasel tunnistati I. Pavlov maailma füsioloogide nestoriks, mis oli vene ja nõukogude meditsiini tõeline triumf. Sellest ajast peale on Nõukogude Liit küllalt sageli olnud rahvusvaheliste meditsiinkongresside korraldamise paigaks.

Lahutamatu osa nõukogude meditsiiniist aga on võitlus kodanliku meditsiini filosoofiliste väärkontseptsioonide vastu. Neist ohtlikumad on tänapäeval freudism ja neofreudism, ajukoore tähtsuse alahindamine madalamate formatsioonide arvel, füsioloogilise ja psüühilise lahutamine, eugeenika, profülaktilise suuna rakendamise võimatus, mis on tingitud väärkontseptsioonist, mille järgi haigus on puhtbioloogiline nähtus, ning rassism.

Kokku võttes näeme, et nõukogude meditsiini areng pärast Suurt Oktoobrit on olnud kiire ning edukas. Kõrvuti ühiskondlik-majanduslike teguritega on selles kahtlematu tähtsus ka meditsiini lahutamatul seosel marksistlik-leninliku filosoofiaga.

*NSV Liidu Teaduste Akadeemia
Filosoofia Seltsi Eesti Osakond*

SUUR OKTOOBER JA RAHVA TERVISE KAITSE EESTIS (NOVEMBER 1917 ... VEEBRUAR 1918)

VIKTOR KALNIN . TARTU

Suur Sotsialistlik Oktoobrerevolutsioon, rahva tervise kaitse, tervishoiuorganid, D. Plau tegevus Tartus

Suur Sotsialistlik Oktoobrerevolutsioon pani aluse kvalitatiivselt uuele etapile rahvatervishoius, avas tee nõukogude tervishoiu sünnile ja arengule. Juba esimestel kuudel pärast Oktoobrerevolutsiooni võitu andis Nõukogude valitsus välja mitmeid dekreete, millel oli otsene seos rahva tervise kaitsega. Sellised olid dekreedid kaheksatunnise tööpäeva, tööliste töökaitse, emade- ja lastekaitse kohta. Tervishoiule oli suure tähtsusega dekreet sotsiaalkindlustuse, tasuta arstiabi ja kõigi tollal eksisteerinud meditsiiniuasutuste üleandmise kohta haigekassadele. Nende dekreetide alusel algas tervishoiu ümberkorraldamine ka noores Nõukogude Eestis.

Eesti Tööraha ja Sõjaväelaste Nõukogu otsustas oma koosolekul 22. novembril 1917 luua täitevkomitee juurde tervishoiuosakonna (5.). See oli riiklik keskorgan, kes hakkas Eesti elanikele arstiabi korraldama uutel, sotsialistlikel alustel. Farmaatsiaala korraldamiseks ja apteekide natsionaliseerimiseks loodi täitevkomitee juures peatselt ka apteegitoimkond eesotsas R. Vallneriga. Viimane teatas oma kirjas 2. jaanuarist 1918 administratiivosakonna juhatajale, et «meie maa rohumajandus on täielikult üle apteegitoimkonna kätte antud».¹

Imperialistliku sõja ja sellest tingitud üldise majandusliku laose olukorras oli arstiabi korraldamine väga keerukas. Suurt puudust tunti meditsiinikaadri järele. Nagu nähtub Eesti Tööraha ja Sõjaväelaste Nõukogu Täitevkomitee kirjast 15. veebruarist 1918

Eesti Arstide Seltsi (tegelikult tollal veel Põhja-Balti Arstide Seltsi) eestseisusele, polnud selleks ajaks veel täidetud täitevkomitee juures tervishoiuosakonna juhataja ametikohta. Kirjas tehti ettepanek esitada sobiv kandidaat, kes oleks valmis töötama käsikäes Nõukogude valitsusega (9). Mainitud seltsi liikmete enamik nõukogude võimuga kaasa ei läinud, vaid nõudis seltsi asumist autonoomsele ja apoliitilisele platvormile, jäi äraootavale passiivsele seisukohale. Mõned eesrindlikud liikmed pidasid vajalikuks osa võtta võitlusest tähnilise tüüfuse ja muude epideemiaste haiguste vastu (9). Ka pärast Veebruarirevolutsiooni (märtsis 1917) rajatud arstide organisatsioon — Tallinna ja Eestimaa Kubermangu Arstide Ühing, millesse võis kuuluda rahvusele vaatamata — asus nõukogude võimu üleskutsete suhtes põhiliselt samadele seisukohtadele (2).

Kohalike nõukogude juures toimus tervishoiuorganite moodustamine sõltuvalt eri aegadel valitsevatest tingimustest. Tallinna kohaliku tööliste ja sõjaväe saadikute nõukogu saatis (otsus 31. jaanuarist 1918) Tallinna linnavolikogu laiali ning kohustas tervishoiu juhtimise üle andma nõukogu komissarile Tsarevitšile (13, lk. 673). Uus Tallinna tervishoiuosakond asutas Eestis esimese lastenõuandla arst A. Lüüsi järelevalvel. Selle kohta käiv teadaanne avaldati ajalehes «Molot» 17. veebruaril 1918. Nõuandlas võisid emad saada tasuta nõuandeid vastsündinute ja imikute eest hoolitsemise ning nende toitmise alal, samuti arstiabi kuni kaheaastaste laste haigestumise korral. Eriti vajasis sellist asutust elanikkonna töötavad ja kehvemad kihid. Ajaleht soovitas, et ka teised linnad Tallinnast kiiresti eeskujule võtaksid (13, lk. 696). Korraldati ümber ka haiglade juhtimine. Eestimaa kubermanguhaiglas kaotati inspektoriaamet ja asjaajamine anti seitsmeliikmelisele komiteele, mille koosseisu valiti ka mitu arsti (6). Oluline oli Tallinnas ka haigla ja ambulatooriumi avamine suguhaigete tasuta ravimiseks (14).

¹ ORRKA, f. 1216, nim. 2, s.-ü. 5, l. 43.

4. detsembril 1917 avaldati teadaanne Naissaarel nõukogude võimu kehtestamise kohta. Moodustati Rahvakomissaride Nõukogu, kuhu teiste komissaride kõrval kuulus ka tervishoiukomissar. Nõukogu täitevkomitee töötas rahvakomissaride kohustuste kohta välja üksikasjalise instruksiooni, mille Tallinna nõukogu oma istungil kinnitas. Kõik saarele sõitjad kuulusid eelnevale meditsiinilisele läbivaatusele (13. lk. 502).

Oktoobrirevolutsiooni saavutuseks tuleb pidada ka Tallinnas tegutsenud haigekassade ühinemist ühishaigekassaks. Esimene Tallinna Ühise Haigekassa volinike koosolek peeti 9. detsembril 1917. Seal valiti haigekassa juhatus, kelle õlgadele pandi kassa juhtimine ja töö ümberkorraldamine nõukogude võimu poolt vastuvõetud seaduste alusel. Juhatuse korraldusse anti ka kõigi Tallinna tehaste ja vabrikute raviasutuste varad ning tööliste ravimine. Esmakordselt ajaloos said töölisel raviasutuste täieõiguslikeks peremeesteks (1).

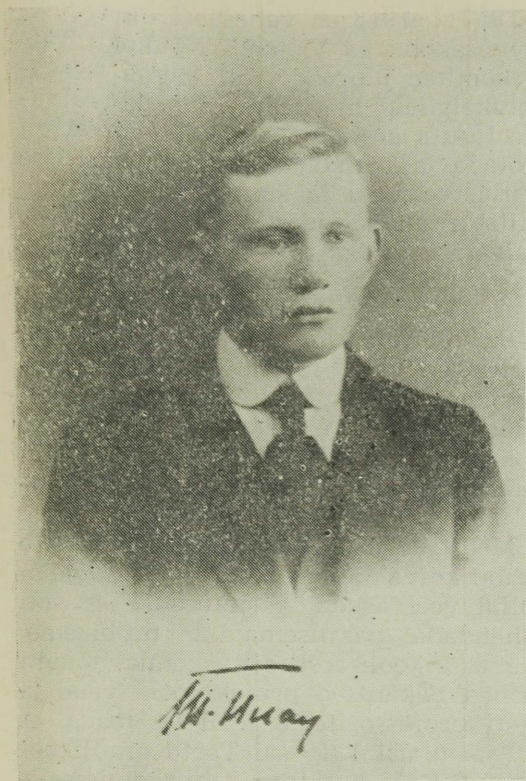
Narva Tööliste, Soldatite ja Talupoegade Saadikute Nõukogu Täitevkomitee juures oli loodud sanitaarosakond, mille juhatajaks oli Bromberg. Viimane avaldas «Rahvalehes» 1. veebruaril 1918 elanikele üleskutse rõugete leviku tõkestamise kohta. Kõigist haigeks jäänutest või rõugekahtlastest juhtudest tuli viivitamatult teatada sanitaarkomisjoni valvel olevale liikmele või linnaarsti L. Kretzerile. Kooliõpetajad, eelkõige kooliarstid, olid kohustatud koolilapsi läbi vaatama ja igast rõugehaiguse tundemärgist täitevkomitee sanitaarosakonnale teatama, õppetöö aga ajutiselt katkestama. Elanikel soovitati lasta kaitserõugeid panna maakonna haigemajas või linnaarsti juures. Nakkushaiguste leviku tõkestamiseks oli täitevkomitee sanitaarosakonna juurde rajatud «puhastajate ja rõugepanijate lendosakond», kus vajaduse korral igaühele kaitserõugeid pandi. Rõugehaigete varjajatel tuli oma kodanikukohuse täitmata jätmise eest aru anda revolutsioonilise tribunali ees (11).

Päevakorral oli ka sanitaarheakorra

parandamine. Narva nõukogu arutas 1918. aasta jaanuarikuu koosolekul tööpuuduse vastu võitlemise eesmärgil ühiskondlike tööde organiseerimist, nagu tänavate puhastamine, sildade ja kõnniteede parandamine, kanalisatsiooni sisseeadmine Juhkentali ning teistesse linnaosadesse jm. Valiti komisjon, kes nende tööde projektid pidi koostama ning koos täitevkomiteega eelarved nõukogule kinnitamiseks esitama (13, lk. 654). 15. veebruaril 1918 toimus nendes küsimustes erinõupidamine, kus räägiti, et linna veevõrk varustab elanikke reostatud joogiveega. Otsustati kõrvale jätta kõik väikesed ehitustööd ning rajada kõigepealt magistraalkanal-kollektor Kulgu jõest Paemurruni, ehitada basseini ning selle juurde keskpumbamaja. Hüdrotehnilisele salgale tehti ettepanek koostada Peetri eeslinna kuivendamise projekt ning lõpule viia bioloogiajaama ehitustööd linna nakkusbarakkide juures (13, lk. 682).

1917. a. detsembri algul toimusid Tartu Tööliste, Soldatite ja Maatameeste Saadikute Nõukogu osalised ümbervalimised, ümber valiti ka selle täitevkomitee. Viimase uueks esimeheks sai Daniel Plau, Tartu ülikooli arstiteaduskonna III kursuse üliõpilane (vt. foto), kes eestlasest üliõpilasena Tartus Oktoobrirevolutsiooni päevil ainsana bolševike parteisse astus (10). ENSV RAKA-s leiduva tema foto pöördel oli notari kinnituse järgi D. Plau ühtlasi T. Blau.² Tartu Nõukogu Täitevkomitee tegutses energiliselt uue elu rajamisel vanas ülikoolilinnas. Detsembris oli Tartu nõukogu juures tervishoiuosakond juba avatud. Tartu töötajatele hakati arstiabi andma utel alustel, uus oli arstiabi korraldus üldse, kas või see, et ülikooli kliinikud saidprodukte haigete toitlustamiseks (12). Täitevkomitee istungil arutati ka linna sanitaarolusid (14). 30. detsembril 1917 andis Tartu nõukogu 10 000 rbl. lastekodu asutamiseks. Lastekodus pidi loodama tervishoidlikud tingimused, tagatama tööliste

² ENSV RAKA, f. 402, nim. 1, s.-ü. 20768, 1. 5 pöördel.



Daniel Plau 1915. aastal (foto avaldatakse esmakordselt).

lastele korralik toitlustamine ja kasvat-
tus sel ajal, kui nende vanemad on tööl.
Lastekodu avamist korraldas täitevkomitee kultuurharidusosakond, mille komisjon alustas 1918. aasta 28. jaanuaril 2... 8 aasta vanuste laste registreerimist Veski tänavas asuvas ülikooli endises lasteambulatoriumis (13, lk. 662).

Märkimisväärseid tulemusi haigekas-
sade töö ümberkorraldamisel nõukogude võimu poolt vastuvõetud seaduste alusel saavutas 1914. aastal asutatud Tartu Üleüldine Haigekassa. Ta oli esimene Eestis, kes 1918. aasta 1. jaanuarist alates võttis töötajate ravi enda korraldusse (1). Murranguline tähtsus Eesti töörahva haiguskindlustuse ajaloos oli Nõukogude valitsuse dekreedil 22. detsembrist 1917 (4. jaanuarist 1918), milles nähti ette kõigi palgatööliste kindlustamine haiguse korral.

Selle dekreedil alusel võttis Tartu nõukogu juures loodud Rahvamajanduse Nõukogu 30. jaanuaril 1918 vastu määruse, milles öeldi: «Haiguse vastu kinnitamise seaduse alla kuuluvad ja peavad Tartu Üleüldise Haigekassa liikmed olema kõik isikud sugu, vanaduse, usu, rahvuse ja tõu pääle vaatamata, kes mingisuguses tööharus palgatööd teevad, nii vabrikute, tehaste, mäetööstuse, käsitöö, ehituse, kaubanduse, tööstuse, veoasjanduse, põllumajanduse, metsatööstuse jne. ettevõtete töölised ja teenijad kui ka majateenijad ja vaba elukutsega isikud». Määrus kohustas ettevõtjaid ja tööandjaid esitama tööliste ja teenistujate nimekirjad ning 15. veebruarist 1918 alates tasuma haigekassale kindlustusmaksu 10% suuruses summas töötajate töötasust. Järelevalve selle üle pandi vabrikute ja tehasekomiteedele ning ametiühistutele (3).

Tartumaa Tööraha Nõukogu loodi 14. detsembril 1917, peatselt selle juures ka tervishoiuosakond. Nõukogu koosolekul 14. jaanuaril 1918, millest võtsid osa 62 valdade saadikut, oli spetsiaalselt arutlusel tervishoid. Selle kohta andis lähemalt seletust D. Plau. Ühel häälel võeti vastu järgmised otsused.

«1. Nõukogu tunnistas rahva tervishoiu seisukohast välja minnes arstiabi punktide asutamise tarvilikuks ja teeb täidesaatva komitee tervishoiuosakonnale ülesandeks järgmiseks nõukogu koosolekuks täielist eelnõu ja eelarvet välja töötada.

2. Sanitar- (arstiabi-) punktide ülevõtmiseks iseäraline sundusline haigemajamaks sissetuleku järele (progressiiviline) sisse seada.

3. Arstimispunktis (haigemajas) oleksid ametis arst, velsker, ämmaemand ja haigeravitseja.

4. Avada tuleks umbes kümme haigemaja 10—15 voodiga, mille jaoks inventar Punase risti laatsarettidest tuleks omandada.» (13, lk. 605—606).

Laiuse Valla Tööraha Nõukogu pöördus juba 18. jaanuaril Maakonna Nõukogu poole, et soovitatud arstipunkt Sootaga külas asutataks, kus selleks on

kohased ruumid — vana arstimaja.³

Tartumaal tehti ära palju rōugete ja teiste nakkushaiguste leviku vastu võitlemisel. Nii suunas Maakonna Nōukogu Täitevkomitee 1918. a. jaanuaris maakonnaarsti epideemiatõrje korraldamise eesmärgil Pühajärve ja Uus-Otepää valda, 24. jaanuaril 1918 aga Lohusuu valda (14). Maakonnaarstiks oli tol ajal O. Peterson (2).

Harjumaa Tōöraha Nōukogu koosolekul 20. detsembril 1917 nõuti ülemaalist riiklikku arstiabikorraldust. Järgmisel päeval otsustas nōukogu täitevkomitee luua tervishoiuosakonna (juhataja J. Lass). 23. jaanuaril 1918 tegi nōukogu J. Lassile ülesandeks ajalehekuulutuse kaudu arste, velskreid ja loomaarste end üles andma kutsuda, kes maale tööle lähleksid, ning saata valdade tōöraha nōukogudele ringkiri, et nad naabervaldadega ühiselt tervishoiuringkonnad looksid, nii et igasse kihelkonda saaks esialgu üks tervishoiuarst ja üks haigemaja.

Toimus ka apteekide ülevõtmine. Nii kinnitati Harjumaa Tōöraha Nōukogu Täitevkomitee koosolekul 15. veebruaril 1918 Kõnnu Valla Tōöraha Nōukogu otsus üle võtta Kõnnu apteek ja apteeker leida.⁴ Raasiku Valla Tōöraha Nōukogu oma kirjas 19. veebruarist 1918 Harjumaa Tōöraha Nōukogu Täitevkomiteele teatas, et on astunud samme selleks, et kirikumõisa majast haigemaja luua ja sisseseadet muretseda (13, lk. 700—701).

Pärnumaal moodustati Tōöraha Nōukogu Täitevkomitee tervishoiuosakond 20. detsembril 1917. Valdades valiti tervishoiu hoolekandjaid, kellele tehti korralduseks selgitada rahvale tervishoiu-määrusi ja kontrollida nende täitmist ning jaoskonnaarstidele kohustuseks teatada nakkushaiguste juhtudest, näiteks 16. detsembril 1917 Koonga Valla Tōöraha Nōukogus jm.⁵

³ ORRKA, f. R-1336, nim. 1, s.-ü. 2, l. 4.

⁴ ORRKA, f. R-1291, nim. 1, s.-ü. 1, l. 11—12, 20, 24.

⁵ ORRKA, f. R-1778, nim. 1, s.-ü. 1, l. 10; s.-ü. 9, 1, 2.

1917...1918. a. vahetusel oli tervishoiuosakond ka Viljandi Nōukogu Täitevkomitee juures. Asuti looma tervishoiukohaseid töötingimusi ja korraldama tasuta arstiabi. Maakond kavatseti jaotada jaoskondadeks, panna ametisse arstid, velskrid ja ämmaemandad ning ehitada igasse jaoskonda haigla, kus haigeid ravitaks tasuta (7, 13, lk. 690). Vastavalt Eesti Tōöraha ja Sōjaväelaste Nōukogu Täitevkomitee poolt valla tōöraha nōukogudele saadetud juhendile valiti mõisates tervishoiukomisjone, mille peamine ülesanne oli mõisatöölise elukorterite puhtuse kontrollimine, näiteks Vana-Võidu mõisa tōöraha koosolekul 24. jaanuaril 1918 (4).

Meditsiinilise hariduse põhjalikule ümberkorraldamisele nōukogude võim tollal veel asuda ei suutnud, sest oli lahendada pakilisemaidki probleeme. Tartu ülikooli arstiteaduskonnas täideti mõned vakantsed professuurid vene ja eesti professoritega. Küll on teada, et 28. jaanuaril 1918 sai Tartu eraülikool Vene NFSV hariduse rahvakomissariit korralduse jätkata arstide ettevalmistamist noore, Nōukogude vabariigi tarvis. Seejuures lubati eraülikooli kuulajatest arstieksameid sooritada ka nendel, kellel ei olnud keskharidust (8).

Nōukogude võimu esimene periood Eestis kestis kõigest kolm ja pool kuud. Sotsialistlik ülesehitustöö toimus üha ägeneva klassivõitluse tingimustes. Töölisklass ja maaproletariaat näitasid üles tõelist revolutsioonilist vaimustust ja loomisindu, rajades alusmüüri sotsialismile ja nōukogude korrale Eestis. Suurt tööd alustati ka tervishoiu alal. Rasketele tingimustele vaatamata tehti ettevalmistusi nōukogude tervishoiuorganite loomiseks nii keskuses kui ka kohtadel, kes hakkasid arvele võtma raviasutusi, apteeke ja meditsiinkaadrit, looma tervislikke töötingimusi, organiseerima epideemiatõrjet ja tasuta arstiabi, töötajaid kaasa tõmbama (sealhulgas tervishoiu- ja toitluskomisjonide kaudu) osa võtma võitlusest haiguste, antisanitaaria, nälja ja laosega. Seega hakati ellu viima nōukogude ter-

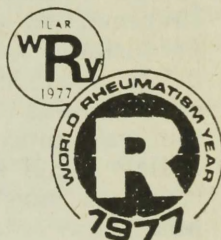
vishoiu põhimõtteid, kuid tervishoiu-süsteemi kavatsed ümberkorraldamist ei suudetud Saksamaa keisrivägede sissetungi tõttu teoks teha.

KIRJANDUS: 1. *Ahelik, S.* Arstiahist ja sotsiaalkindlustusest kodanlikus Eestis. Tallinn, 1964, 16—17. — 2. *Brennsohn, I.* Die Ärzte Estlands. Riga, 1922, 101—102, 293. — 3. «Edasi», 1918, 31. jaanuar (13. II). — 4. «Eesti Teataja», 1917, 28. november (11. XII). — 5. «Eesti Teataja», 1917, 8. detsember (21. XII). — 6. «Eesti Teataja», 1918, 5. jaanuar (18. I). — 7. *Endrikson, S.* Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon Eestis. Tallinn, 1957, 37—87. — 8. *Kalnin, V.* Mõnda mineviku Tartust. Tallinn, 1972, 114—115. — 9. *Lüüs, A.* Eesti organiseeritud arstkond. Tartu, 1938, 136—157. — 10. *Majak, R.* Daniel Plau. «Edasi», 1971, 17. juuni. — 11. «Rahvaleht», 1918, 19. jaanuar (1. II). — 12. *Siilivask, K.* Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon Eestis. Tallinn, 1957, 37—87. — 13. Suur Sotsialistlik Oktoobrirevolutsioon Eestis. Dokumentide ja materjalide kogumik. Tallinn, 1957.

14. *Тамм О.* Ученые записки ТГУ, вып. 178. Труды по медицине, XI. Тарту, 1965, 14—18.

TRÜ arstiteaduskonna
hügieeni kateeder

Teooria ja praktika



AASTA 1977 — ÜLEMAAILMNE REUMA-AASTA

LEO PÄI . TARTU

Ülemaailmne reuma-aasta, eesmärk, tegevusprogramm, teooria ja praktika küsimused, NSV Liidu Reumainstituut, Eesti NSV reumatoloogide tegevus, perspektiivid

Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon otsustas oma järjekordsel kongressil 29. märtsil 1975. a. välja kuulutada 1977. aasta reuma vastu võitluse aastaks, kuna sel ajal täitub ka 50 aastat Rahvusvahelise Reuma Vastu Võitlemise Liiga (ILAR) asutamisest.

On välja töötatud ulatuslik tegevusprogramm. ÜRO liikmesriikide valituste, reumatoloogide seltside ja mitmesuguste ühiskondlike organisatsioonide poole pöörduiti üleskutsega luua ühtne võitlusrinne reumaatiliste haiguste vastu. Sellist sammu peeti vajalikuks tingituna mainitud haiguste laialdasest levikust, raskest ravitavusest ja invaliidsust põhjustavast kulust. Oma kahjulikkuse poolest on nad sisehaiguste hulgas kolmandal kohal peale südame- ja kopsuhaigusi. Reumaprobleemi vaadeldakse tänapäeval sotsiaalse probleemina.

Et vahetevahel on tekkinud arusaamatusi reumaatiliste haiguste terminoloogias, siis on kohane mainida, et nüüdisaegse arusaama kohaselt on reumaatiliste haiguste mõiste üsna lai. Selle alla on koondunud üle 20 eri nosoloogi-

lise ühiku, millistel suurtele kliinilistele erinevustele vaatamata on siiski palju ühist. Nad on kõik sidekoe haigused, nende patogeneesis etendab suurt osa immunopatoloogiline komponent. Histoloogiliste muutuste analüüsimisel võime leida suuremal või vähemal määral fibrinoidse nekroosi elemente, suuremal või vähemal määral on alati kahjustatud ka lokomotoorne aparaat. Seega nende haiguste seas moodustab ehtne reuma ehk Bouillaud'-Sokolski tõbi vaid murdosa. Kahjuks puutume küllalt sageli kokku juhtumitega, kui reumat ei mõisteta küllaldaselt või alahinnatakse seda hoopis või piirduakse ainult mõne üksiku haiguse, näiteks reumokardiidi vastu võitlusega.

Seepärast on reuma-aastal kutsutud mobiliseerima vastavaid institutsioone ja ühiskondlikke organisatsioone, samuti teadlasi ja reumatolooge tõhusale võitlusele reumaatiliste haiguste vastu. Rahvusvahelise reuma-aasta organisatorid on kavandanud tegevuskava, mis on publitseeritud Ülemaailmse Tervishoiuorganisatsiooni ringkirjas ja mitmes erialaajakirjas. See koosneb järgmistest osadest.

1. Probleemi olemuse ja ulatuse täpne määratlus.

2. Informatsioonisüsteemi väljaarendamine, mis võimaldaks saada selliseid teateid haigestumise kohta, mis määraksid objektiivsed vajadused ja võimaldaksid jälgida ettevõtmiste kordaminekut.

3. Kõikide meetodite, eriti aga diagnostiliste testide ja kriteeriumide standardiseerimine, mille eesmärk oleks võimaldada võrrelda informatsioonikeskusesse saabuval andmeid.

4. Alternatiivsete tegevusprogrammide hinnang ja uurimine sihiga võrrelda haigete abistamise viiside tõhusust.

5. Erialapersonali ja haiget ümbritsevate inimeste väljaõpetamine, mille eesmärk on maksimaalselt kasutada mõlemapoolset abi haige ravimisel.

6. Biokeemilised diagnostilised uuringud, millest oleks kasu ravi määramisel.

7. Ühiskondliku hoolduse programmide arendamine, mille eesmärk on parandada reumahaigete situatsiooni ja lahendada nende eluprobleeme.

8. Fondide tagamine eespool mainitud ülesannete realiseerimiseks.

On arusaadav, et eeltoodud programm realiseerub erinevates riikides erinevalt, mis oleneb riigi poliitilisest struktuurist, majanduslikust potentsiaalst ja paljudest muudest teguritest, kuid faktiks jääb ikkagi see, et küsimus on algatatud ja tõuge antud. Peale programmi on reuma-aastal kuulutatud veel alljärgnevad loosungid.

1. Elanike hulgas laialdane selgitustöö reumaatiliste haiguste olemuse ja tähtsuse mõistmiseks. Tehakse ettepanekuid postmarkide trükkimise, plakatite levitamise, raadio- ja televisiooni-saadete alal. Invaliidide abistamise propageerimine, haigete endaabistamise õpetamine.

2. Sotsiaalhoolekande- ja tervishoiuorganid peavad reumaprobleeme põhjalikumalt tundma õppima. Selles peavad neid abistama spetsialiseeritud raviasutused ja teaduslikud seltsid. Vajalik on mitmesuguste institutsioonide koostöö, kõigepealt koordineeritud tegevus mitmesuguste spetsialistidega, nagu rehabiliteerijad, proteesijad, ortopeedid, neuroloogid, psühholoogid, pediatrid, sotsiaalhooldajad jt. Eriti on tähtis reguleerida pensiooni, organiseerida inventari tootmist invaliidide tarvis. Paremini on vaja korraldada tootmisalast tervishoiu organisatsiooni ja kuurordiravi. Tervishoiuorganisatooride, spetsialistide ja sotsiaalkindlustuse spetsialistide õige orientatsioon on võtmeks peamiste probleemide lahendamisel.

3. Reumatoloogid peavad loominguliselt arendama teoreetilisi ja praktilisi küsimusi. Nende tegevuse edukuse üks tingimusi on korraliku dokumentatsioonisnivormi väljatöötamine, mis võimaldaks tulemusi võrrelda ja hinnata. Rohkem tuleks propageerida ja korraldada kohtumisi ning koostööd mitmete spetsialistide, nagu pediatrite, kardioloogide, kardiokirurgide, ortopeedide vahel.

4. Neis riikides, kus töötavad teaduslikud ühinged ja seltsid, on vajalik, et nende töö ei piirduks üksnes teadusliku uurimisega, vaid et võitlusele tõmmataks kaasa ka teiste erialade spetsialiste ning haigeid endid.

Nagu nähtub eeltoodust, on Ülemaailmne Tervishoiuorganisatsioon tõstetanud mitmeid väga olulisi küsimusi, millest paljud on aktuaalsed ka meil.

Nõukogude Liit võtab ülemaailmse reuma-aasta korraldamisest innukalt osa. Meil sünnib see NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi eestvedamisel ning peamine organisatsiooniline keskus on NSV Liidu Teaduste Akadeemia Reumainstituut asukohaga Moskvas. Üritusest võtab osa ka meie vabariik. Eesti NSV-s on välja töötatud üksikajalik plaan, mis hõlmab organisatsioonilisi, teaduslikke ja populaarteaduslikke üritusi, kaasa arvatud televisioonis ning raadios esinemised. On ju reuma Eestis päevakorral olnud ammu, juba möödunud sajandil seoses mudaravi väljaarendamisega. Väga palju oli reumale tähelepanu pööranud üks Eesti NSV tähtsamaid terapeute akadeemik V. Vadi, kelle õpilastest on võrsunud palju vabariigi tuntud reumatolooge. Praegu tegelevad reuma-probleemidega meie vabariigis peamiselt Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut ning TRÜ. 15 aasta jooksul on meie vabariigi arstid kaitsnud kolm doktori- ja üle 10 kandidaadiväitekirja reumatoloogia valdkonnast. Tervishoiuvõrgus on kujundatud struktuurikas reumateenistus, mis on rajatud Nõukogude Liidu uusimatele reumatoloogia saavutustele.

Tartus koordineerib reumaalast teaduslikku ja praktilist tööd TRÜ hospitaalsehaiguste kateeder. Kateedri töö põhisuund on reumaatiliste haiguste immuunpatoloogia eeskätt selle kliinilisest aspektist. Seda küsimust uuritakse tihedas koostöös TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumi kollagenooside sektoriga. Tähelepanu väärrib kateedris väljatöötatud immunosupressiivse ravi meetodika. Kateedri töötajad on uurinud ka reumatoidartriidi ja osteoart-

roosi epidemioloogiat Eesti NSV-s ja nende haiguste etappravi. Nende uurimusi on publitseeritud mitmesugustes väljaannetes ning esitatud üleliidulistel ja rahvusvahelistel konverentsidel ning kongressidel. Suurt edu on saavutanud TRÜ hospitaalkirurgia kateedri juhataja professor A. Kliimani poolt juhitud kardiokirurgide kollektiiv. Praegu sooritatakse Tartu Kliinilise Haigla kardiokirurgiaosakonnas kõiki operatsioone omandatud klapirikete korrigeerimiseks.

Laste reuma spetsialistide kaader on koondunud Tallinna. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi baasil töötab reumasektor vanema teadusliku töötaja arstiteaduse kandidaat E. Müllerbeki juhtimisel. Siin on tehtud suurt tööd laste reuma profülaktika ja ravi alal. Eriti vajab toonitamist sanatoorse ravi ja õpetamise meetodika väljatöötamine Keila-Joa Sanatoorse Metsakooli baasil. Esiletõstmist väärrib ka reumasektori uurimus, mis käsitleb biorütmide mõju reuma kliinilisele pildile ja ravi tulemustele.

Pärnus asub Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi kurortoloogiasektor vanema teadusliku töötaja arstiteaduse doktor E. Veinpalu juhtimisel, kus uuritakse peamiselt mudaravi. Sektoris tehtud uurimistööd on üleliidulist tunnustust leidnud. Tähelepanekud mudaravi toimetehhanismide, nõndanimetatud balneoreaktsiooni olemuse kohta ja palju muud on kahtlemata suure teadusliku ja praktilise väärtusega. Pikaajaliste uurimuste tulemustena on sektor loonud uue ravi- mi humisooli.

Eesti NSV reumatoloogide kaadri väljaõpe toimub peamiselt TRÜ arstide täiendamise fakulteedis. Suures osas meie vabariigi reuma- ja kardioloogiakabinetides töötavad kvalifitseeritud spetsialistid, vaid üksikutes rajoonides jätab töö veel soovida. Eespool toodust nähtub, et Eesti NSV-s on reumaatiliste haiguste uurimisel ja ravis märkimisväärset edu saavutatud, kuid see ei tähenda veel seda, et võiksime saavutata rahule jääda. Seni on kesksel ko-

hal olnud võitlus Boillaud'-Sokolski haiguse vastu, mille tulemusena haigestumine, eriti aga retsidiivide sagedus, on märgatavalt vähenenud. See on väga hea tulemus, kuid ei tohi unustada, et ehtne reuma moodustab vaid murdosa reumatoloogias. Nii reumatoidartriiti põdevate haigete kui ka muude reumaatilisi haigusi põdejate ravis ja profülaktikas on veel liiga vähe ära tehtud. Samuti ei saa rahul olla haigete rehabiliteerimisega. Ei ole suudetud võita veel mitmete praktiseerivate arstide ja tervishoiuorganisaatorite pessimismi reumaatiliste haiguste ravi tulemustesse suhtumises. Ometigi on maailma teaduse viimase 10 aasta saavutused selgesti näidanud, et siin on võimalik edu saavutada vaid ravi õige korralduse ja haigete rehabiliteerimise korral. Nende haigete ravi on aeganõudev, kestab aastaid ja annab tulemusi vaid neil puhkudel, kui ravi toimub pidevalt ja süstemaatiliselt, teataval määral võib siin luua analoogia tuberkuloosihaige raviga. On tarvis tagada ahela polikliinik-statsioon → polikliinik-sanatoorium → rehabilitatsioon järjepanu funktsioneerimine. See nõuab täiendavaid organisatsioonilisi võtteid ja tervishoiuvõrgu täiustamist, mis peaks toimuma põhiliselt mitte niivõrd uute kohtade taotlemise teel, kui-võrd kaadri parema paigutamise, võib-olla isegi ümberpaigutamise teel. Põhjalikult peaks kaaluma kardio-reumatoloogiakabineti struktuuri ja otstarbekust. Et mitmesuguste institutsioonide tööd oleks võimalik omavahel koordineerida ja probleemi komplekselt plaanida, on vaja mõelda vabariikliku reumakeskuse rajamisele kas või Tallinnasse.

Puudustele vaatamata võib siiski tõdeda, et rahvusvahelist reuma-aastat võtab meie vabariik vastu väärilt, saavutusi meil ju on, kuid tundub, et ees seisab reumaatiliste haiguste vastu võitluses veel mahukas töö.

TRÜ arstiteaduskonna
hospitaalsisehaiguste kateeder

UDK 616.002. 77-053.5-082-084

REUMAHAIGETE LASTE REHABILITEERIMINE

ELENA MÜLLERBEK · TALLINN

reuma, lapsed, rehabilitatsioon, mudaravi, humisoolravi, ravipõhimõtted

Viimasel ajal on reumat kui muutunud kuluga haigust üha sagedamini iseloomustatud. Haigus algab tihti varjatult ja kulgeb loiult või latentset (3, 4, 7, 8). Ka pärast haiguse ägedaid hoogusid on pikema aja vältel mõnikord täheldatud teiseselt latentset kulgu.

V. Kaznatšev (5) arvab, et reumaprobleem muutub just selle haiguse latentsete vormide probleemiks, kusjuures kliinilisteks ilminguteks on südamerikked, kardioskleroos, müokardidüstroofia ja südamepuudulikkus. Eeltoodust on selge, kui tähtis on reuma latentsete või loiult kulgevate vormide väljaselgitamine ning dispanseeritud haigetel haiguse varjatud aktiivsuse ja kardiaalsete muutuste kindlakstege mine õigel ajal. See kõik nõuab polikliiniku reumatoloogidelt pidevat ning pingsat konsultatiivset ja meetodilist tööd, nende kvalifikatsiooni tõstmist ning nüüdisaegsete diagnoosimismeetodite kasutamist. Et hormonaalne, medikamentoosne ja antibakteriaalne ravi on reuma tänapäevaste vormide korral vähe mõjus, on üha suurem tähtsus ravimeetoditel, mille eesmärk on tõsta organismi üldist immunobioloogilist reaktiivsust. Haigete etapilise rehabiliteerimise süsteemis suureneb sanatoorse ja kuurordiravi osatähtsus.

A. Nesterov (9) arvab, et kuurorditegurid tagavad summaarse aktiivse toime, mis võimaldab organismil väljuda sellest adaptatsioonisüsteemi pareesist või halvatuses, mis tavaliselt moodustab reuma patogeneetilise ole muse. Nimelt seepärast, rõhutab ta, hindab nüüdismeditsiin kuurordivahendeid reuma ravis kui patogeneetilisi. Niisugune lähenemine võimaldas ümber hinnata sanatoorse ja kuurordiravi näidustused. Kui näiteks Suure Isamaa-

sõja eelseil ning esimestel sõjajärgseil aastail oli aktiivse reuma tunnustega haigete suunamine kuurorti vastunäidustatud ja neile ei määratud mudaravi, siis viimastel aastakümnetel on minimaalse aktiivsusega kulgevat reumat põdejate arv kuurordis pidevalt suurenenud. M. Kohhanovitš (6) on täheldanud varjatud aktiivsusega reumatilist protsessi 31⁰/₀-l noorukeist, keda raviti Krimmis. V. Kaznatšjevi (5) töö põhjal oli varjatud aktiivsus Siberi kuurortides ravitavatest reumahaigetest lastest kuuekümnendate aastate algul 60⁰/₀-l, aastakümne lõpul juba 88⁰/₀-l. Aastatega on muutunud ka nende haigete ravi taktika.

Paljude autorite uurimused on tõestanud minimaalse aktiivsusega kulgeva reuma korral mudaravi suurt mõjusust nii lastel kui ka täiskasvanuil (1, 2, 5, 6).

Kuurordis on mudaravi väga kallis meditsiiniabi liik. Sellele lisanduvad veel raskused, mis on seotud lapse kuurorti saatmisega ning õppetööl puudumise ja pika kohanemisperioodiga, kui see toimub teise kliimavöötme kuurordis. Halb on ka see, et tuusikute lühikesed tähtajad tingivad kuurorditegurite forsseeritud rakendamist. See tõttu oleks ratsionaalsem kasutada looduslikke ravitegureid, nagu muda- ja vesiravi, ka väljaspool kuurorti.

Meie vabariigi ravimuda tagavarad on suured, sellepärast peaksime jõudma nii kaugele, et mudaravi oleks haigetele lastele kättesaadav nii haiglas kui ka polikliinikus. Siiani on meil reumahaiged lapsed mudaravi saanud väljaspool kuurorti ainult Keila-Joa Sanatoorses Internaatkoolis.

Keila-Joa Sanatoorses Internaatkoolis viibivad lapsed õppeaasta üheksa kuu vältel. Õppetöö toimub kaheksa-aastase üldharidusliku kooli täieliku programmi alusel. Sanatoorne režiim, ratsionaalne toitumine ja värskes õhus viibimine on suure tähtsusega laste tervise tugevdamisel. Arsti pidev järelevalve ning laboratoorne ja funktsionaalne diagnostika võimaldavad määrata põh-

jendatud profülaktilist medikamentooset ravi.

Nagu juba eespool mainisime, ei ole see ravi küllalt mõjus mõnede reumavormide korral. Peale selle on suurenenud laste arv, kellele esineb ravimitalumatus. Nii on täheldatud Keila-Joa Sanatoorses Internaatkoolis viibivatest lastest 18...20⁰/₀-l ülitundlikkuse nähte penitsilliini derivaatide suhtes. Mõned lapsed ei talu atsetüülsalitsüülhapet, amidopüriini ega muid ravimeid. Kui kasutada erimeetodeid, võiks ülitundlikkust ravimite suhtes välja selgitada veelgi enamatel juhtudel. Seega on mõistetav arstide püüd kasutada reumahaigete laste rehabiliteerimiseks füüsikalisi ravimeetodeid ning looduslikke ravitegureid.

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi lastereumatoloogiaosakonna töötajad koos sanatoorse kooli pediaatritega uurisid 625 mudaravi saanud last. Mudaravi toimus säästval meetodil aplikatsioonidena «sokid», «kindad» või muda selja refleksogeensetele tsoonidele. Muda temperatuur oli 39...40°. Protseduure tehti kaks korda nädalas. Ravikuur (10...12 aplikatsiooni) kestis 1,5...2 kuud. Muda protseduure määrati mitte varem kui kaks nädalat pärast kooli saabumist, tavaliselt 2...6 kuu pärast. Peale selle raviti 78 last mudapreparaadi humisooliga ja 77 last ultraviolettkiirgusega erüteemdoosides.

Statistiliselt on juba töödeldud 378 mudaravi ja 78 humisoolravi saanud lapse ravitulemusi. Neid hindasime järgmiselt: head ja väga head, rahuldavad ja mitterahuldavad ravitulemused.

Kõikidest mudaravi saanud lastest täheldati häid ja väga häid tulemusi 80⁰/₀-l, humisoolravi saanuist aga 61,2⁰/₀-l. Kuigi humisooli kasutamise korral oli suurem rahuldavate tulemuste protsent, ei täheldanud me ühelgi juhul haiguse aktiivsuse näitajate halvenemist, küll aga täheldasime seda 2,5⁰/₀-l mudaravi saanud lastest.

Mudaravi mõjususe oli statistiliselt

tõepäraselt ($P < 0,05$) seotud laste vanusega. Häid ja väga häid tulemusi saadi 9...11 aasta vanustest ainult 69,5%⁰-l, 12...14 aasta vanustest 81,8%⁰-l ja 15 aasta vanustest ning vanematest 79,7%⁰-l. Viimati nimetatud vanuserühmas ei tõusnud haiguse aktiivsuse ühelgi juhul.

Ravitulemused sõltusid ka aastaajast, millal last raviti. Nii saadi sügisel madaga ravitud lastest häid ja väga häid tulemusi 82,6%⁰-l, kevadel ravitud lastest 70,3%⁰-l ($P < 0,01$).

Ilmnes ka statistiline tõepärasus mudaravi mõjususe ja haiguse aktiivsuse tunnuste vahel ($P < 0,02$). Meie ravitud lastest oli varjatud aktiivsuse tunnuseid (I aktiivsuseaste) 85%⁰-l. Need patsiendid jaotasime kahte rühma. Esimesse rühma kuulusid lapsed, kellel haigus oli soodsa kulu ja püsiva remissiooniga, ning teise rühma need, kelle haigus kulges dekompanseeritult ning kellel oli kaldumus protsessi aktiivsuse tõusuks. Sellist jaotust peavad otstarbekaks ka mitmed autorid (3, 5, 9). Esimeses rühmas saadi häid ja väga häid ravitulemusi 80,5%⁰-l, teises rühmas ainult 41,8%⁰-l lastest. Aktiivsuse näitajate halvenemist täheldasime 0,9%⁰-l esimese rühma lastest ja 9%⁰-l teise rühma lastest.

Lastest, kellel ei ilmnenud haiguse aktiivsuse nähte, hinnati ravitulemused heaks ja rahuldavaks 95,3%⁰-l ning neil ei esinenud haiguse aktiivsuse näitajate halvenemist kordagi.

Mudaravi korral normaliseerus düsproteineemia neli korda sagedamini kui antibakteriaalse ja medikamentoosse ravi toimeil. Suuri erinevusi ilmnes ka termoregulatsiooni mõnede näitajate dünaamikas. Nii muutusid paremaks mudaravi saanud laste naha temperatuuri näitajad, samal ajal kui bitsillinprofülaktika korral tuli ette üksikuid näitajate halvenemise juhtumeid. Mudaravi avaldas head mõju ka neil puhkudel, kui lastel ilmnes higierituse asümmeetria, nende laste arv vähenes.

Sügiskuudel suurenesid mudaravi saanud lastel hemoglobiinisisaldus ja leukotsüütide arv. Täheldati raku aine-

vahetuse nihkeid, mis avaldusid peroksüdaasi (ensüüm, mis katalüüsib neutrofiilides hapendumist) aktiivsuse normaliseerumises.

Mudaravi korral registreeriti rohkem müokardi kontraktsioonivõime ja bioelektrilise aktiivsuse selgepiirilisi soodsaid nihkeid. Mudaravi andis häid tulemusi ka südamerikkega reumahaigetel lastel, kui neil puudusid haiguse aktiivsuse tunnused. Eeltoodu ühtib ka kirjandusandmetega.

Seega võib reumahaigete mudaravi pidada efektiivseks, kui ravialuste valimisel peetakse silmas iga ja reuma sesoonset reaktiivsust ning hoovälise perioodi kulgu. Hoovälisel perioodil dekompanseeritult kulgeva reuma juhtudel tuleb mudaravist sanatoorses internaatkoolis loobuda.

Reuma, samuti mõnede muude krooniliste haiguste puhul tuleks laste rehabiliteerimisel mudaravi laialdsemalt kasutusele võtta, eriti oleks see vajalik Piusa Sanatoorses Internaatkoolis, samuti planeerida mudaravilate rajamist uute, ehitatavate lasteraviasutuste juurde.

Kui arvestada ravi mõjusust sanatoorset tüüpi internaatkoolides, on soovitatav sellist tüüpi asutustes luua tervistumisvõimalusi ka 9...11. klasside õpilastele. Üleminek üldisele kohustuslikule keskkharidusele dikteerib sanatoorsete koolide laiendamise vajaduse.

Laste reumatismi vastu võitluse edendamiseks tuleb edaspidi tõhustada kardioreumatoloogiakabinettide tööd. Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi lastereumaosakond koos Tallinna I Lastehaigla juures asuva kardioreumatoloogiakabineti peab saama keskuseks, mis organiseerib südamehaigete laste väljaselgitamist, nende dispanseerimist ja rehabiliteerimist mitte üksnes Tallinnas, vaid ka Eesti NSV teistes paikades.

Kirjandus: 1. Бояринова Н. Е., Гуляев Г. К., Тележникова Л. И. В кн.: Актуальные вопросы педиатрии. Симферополь, 1969, 21—24. — 2. Волкова Е. М., Корнюшин М. А. Педиатрия, 1970, 67—70. — 3. Долгополова А. В. Вопр. ревмат., 1969, 2, 23—28. — 4. Долгопо-

лова А. В., Кузьмина Н. Н. *Вопр. ревмат.*, 1977, 1, 20—22. — 5. Казначеев В. П., Скальская Е. А. В сб.: *Вопросы диагностики и курортного лечения больных ревматизмом*. Киев, 1968, 54—58. — 6. Коханович М. В. и др. В кн.: *Ревматизм*. Киев, 1973, вып. 6, 142—145. — 7. Любавин Я. Г. Некоторые вопросы клиники и диагностики ревматизма с латентным течением (бесприступного) у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Горький, 1960. — 8. Матулис А. А. Распространенность, диагностика и лечение латентного ревматизма. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Вильнюс, 1969. — 9. Нестеров А. И. *Ревматизм*. М., 1973

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK 616.72-002.77-022.3(474.2)

РЕУМАТОИДАРТРИИДИ КЛИНИЛИСЕ КУЛУ ВОРМИДЕ ЕСИНЕМИНЕ ТАРТУС

ARTEMI VAPRA · ТАРТУ

реуматoidартрит, клиниiline кулг, haigusvormid, Tartu

Reumatoidartriidi клиниiline пилт он митмепалгелине ning oleneb haiguse vormist, staadiumist ja haigusprotsessi aktiivsusest ning organismi individuaalsetest omadustest.

Reumatoidartriidi клиниilise кулу vorme он uuritud mitmes erinevas Nõukogude Liidu geograafilises piirkonnas ja selgitatud selle haiguse клиниilise кулу iseärasusi (12, 13, 17). Põhiliselt он tähelepanu pööratud kolme клиниilis-anatoomilise vormi uurimisele, liigesevormi erinevaid variante он käsitletud juba vähem (11). Reumatoidartriit võib кулgeda võrdlemisi erinevalt: raskest progresseeruvast kulust kuni кerge, healoomulise variandini (6, 8, 9, 14).

Materjal ja meetod. Haiguse клиниilist кулгу analüüsiti 120 reumatoidartriidihaiigel, kes olid korduvalt ravil Tartu Клиниilise Haigla sisehaiguste osakonnas ja pikaajalisel dispansersel

jälgimisel Tartu Linna Polikliinikus. Клиinikus ja polikliinikus uuriti haigeid süstemaatiliselt (labakäte ja labajalgade ning haigusprotsessist enam haaratud liigeste röntgenograafia). Haiguse aktiivsuse selgitamiseks määrati peale tavaliste vereanalüüside (SR ja leukotsüütide arv) verevalke, siaalhappesisaldus, C-reaktiivne valk, vajaduse korral tehti EKG ja fonokardiograafia. Vaatluse all olid klassikalise ja kindla diagnoosiga reumatoidartriiti põdevad haiged (5).

Tulemused ja arutelu. Vanuse ja soo järgi jaotusid haiged järgmiselt: naised oli 80, mehed 40. Kuni 44 aasta vanuste rühma kuulus 39, 45...59 aasta vanuste rühma 73 haiget. 60 aastat ja vanemaid oli 8 haiget. Seega olid ülekaalus keskealised. Suuremal osal oli haiguse algus krooniline (53 haigel), harvem allaäge (39 juhul). 34 haigel oli liigeste talitluse I astme puudulikkus, 52-l II astme puudulikkus, 12 haigel III astme puudulikkus. 22 haigel liigeste talitluse puudulikkust ei olnud.

Aeglaselt progresseeruva кулуга liigesevorm он kõige enam tuntud. Kõik haiged põdesid polüartriiti, kusjuures haigusprotsessist olid tabandunud eriti kämbla-, põlve-, hüppe- ja randmeli-

Tabel 1. Reumatoidartriidi клиниilised vormid ja variandid

Kлиниilised vormid ja кулу variandid	Haigete arv
Liigesevorm:	
tüüpiline variant progresseeruva кулуга	72
healoomulise кулуга variant mono- ja oligoartriit	18
4	
Liigese- ja vistseraalvorm:	
südamekahjustusega	7
kopsukahjustusega	1
neerukahjustusega	4
Kombineeritud vormid:	
kombineeritud esmase deformatsiooni osteoartroosiga	10
kombineeritud reumaatilise südamerikega	4
Kokku	120

gesed. Nendel ägenes haigus sageli ja see oli halvasti ravitav. Kõigil juhtudel olid liigesed deformeerunud, seejuures olid muutused peamiselt eksudatiivproliferatiivsed. Kahel kolmandikul haigetest täheldati ka liigeste juurde kuuluvate lihaste atroofiat. Röntgenoloogiliselt kindlakstehtavad muutused olid neil võrdlemisi mitmekesised. Tähdeldati osteoporoosi, luulisi pseudotsüste, liigesepilu kitsenemist ja luulisi erosioone ning anküloose.

Healoomulise kuluga kerge reumatoidartriidi liigesevarianti on vähem uuritud. Seda esines 18 haigel. Haigusprotsess oli madala aktiivsusega, liigeste talitlushäireid oli vähe ja haigus oli hästi ravitav. Eespool kirjeldatud haiged said enamasti täielikku etapilist ravi — haigla → polikliinik → kuurort. Haigus oli väldanud 3...6 aastat. Liigeste defiguratsioon oli vähene, põhiliselt leiti eksudatiivseid muutusi. Röntgenograafilisel uurimisel tehti kindlaks epifüsaarne osteoporoos ühes liigesepilu kitsenemisega, leiti ka luulisi pseudotsüste. Erosiivseid muutusi ei leitud. Selle variandi diagnoosimisel võib sageli tekkida raskusi. Haigust tuleb diferentseerida primaarsest osteoartritisist ja infektsioos-allergilisest polüartriidist. Sellest variandist annab ülevaate üksnes haiguse dünaamiline jälgimine. Haigusest olid tabandunud põhiliselt labakäe- ja labajalaliigesed. Kirjanduses on seda varianti käsitlenud N. Nikolskaja (15).

Liigesevormi mono- või oligoartriidina esines 4 haigel, kahel oli haigusprotsess põlveliigeses ja kahel hüppeliigestes. Haiged kaebasid liigeste jäikust, valu ja liikuvuse piiratust. Liigestes ilmnesid eksudatiivproliferatiivsed muutused. Haigus oli I või II aktiivsustasemes. Röntgenoloogiliselt uurimisel leiti epifüsaarset osteoporoosi ja liigesepilu kitsenemist. Seda haigusvarianti on vaja diferentseerida osteoartritisist või liigesetuberkuuloosist.

Liigese- ja vistseraalvormi diagnoosisime 14 haigel, nendest pooltel (7 korral) oli tegemist liigese-südame vormiga, kusjuures sagedamini esines müo-

kardidüstroofiat, 5 haigel. Kahel korral tehti kindlaks reumatoidne kardiid. Oluline on siin dünaamiline elektrokardiograafiline uurimine, millele on viidanud ka mitmed autorid (1, 16). Ühel haigel oli liigese-kopsu vorm, tal diagnoositi reumatoidset interstitsiaalset pneumooniat. Mainitud juhtu on A. Vapra ja T. Vapra juba kirjeldanud (10). Kopsukahjustust, mida liigese- ja vistseraalvormi korral tuleb ette üldiselt harvem, on kirjeldanud mitmed autorid (1, 2, 3, 7). Neeru reumatoidset kahjustust leiti 4 haigel, neist 3-l oli nefriit ja ühel neeru amüloidoos.

Kombineeritud vormi puhul oli haiguse kulgu aeglane, liigese talitlushäireid esines vähe. Haigete vanus oli 50...60 eluaasta vahel, haigusprotsessi aktiivsus oli madal. Röntgenograafilisel uurimisel leiti sagedamini osteoartritisile omaseid muutusi (liigesepilu äärtel osteofüüdid, osteoskleroos), samuti liigesepilu lähedast osteoporoosi. Diferentsiaaldiagnostiliselt tuleb seda haigusvormi eristada primaarsest osteoartritisist. Haigetele, kellel olid reumatoidartriit ja reumaatiline südamerike kombineeritud, oli iseloomulik healoomuline haigusprotsess liigestes ning inaktiivne südamerike.

Tabelist 2 selgub, et 15 haigel oli kiirelt progresseeruv haiguse kulgu, sagedamini liigese- ja vistseraalvormi korral.

Tabel 2. Haigusvormide kliinilise kulgu iseloomustus

Haigusvorm	Haigete üldarv	Haiged		
		aeglaselt progresseeruva kuluga	kiirelt progresseeruva kuluga	
Liigesevorm	94	86	8	
Liigese- ja vistseraalvorm	12	5	7	
Kombineeritud vorm	14	14	—	
Kokku	120	105	15	

Tabel 3. Aktiivsuse aste erinevate reumatoidartriidi vormide korral

Haigusvorm	Haigete arv	Aktiivsuse aste			
		0	I	II	III
Liigesevorm	94	—	38	48	8
Liigese- ja vistseraalvorm	12	—	—	9	3
Kombineeritud vorm	14	—	8	6	—
Kokku	120	—	46	63	11

Tabelist 3 nähtub, et suuremal osal juhtudel oli protsess II astme aktiivsusega, kusjuures aktiivsus oli kõrgem liigese- ja vistseraalvormi korral, kombineeritud vormi korral aga oli ülekaalus I astme aktiivsus.

Reumatoidartriiti põdevatel haigetel diagnoositi ülekaalukalt liigesevormi (78%), teisel kohal olid kombineeritud vormid (12%) ning kolmandal liigese- ja vistseraalvormid (10%). Haiguse algus oli peamiselt krooniline või alaäge. Haiguse kulg oli aeglaselt progresseeruv 105 ja kiirelt progresseeruv 15 haigel.

KIRJANDUS: 1. *Anderson, F.* Practical Management of the Elderly. Edinburgh, 1967. — 2. *Boyle, J. A., Buchanan, W. N.* Clinical Rheumatology, Oxford, Edinburgh, 1971. — 3. *Brüschke, G., Schulz, F. G.* Fibel für die praktische Geriatrie. Jena, 1969. — 4. *Brüschke G., Doberauer, W., Schmidt, U.* Leitfaden der praktischen Geriatrie. Jena, 1975. — 5. *Brüschke, G., Schmidt, U. J.* Einführung in die Geriatrie. Berlin, 1975. — 6. *Ott, V. R.* Münch. Med. Wochenschrift 1973, 43, 115, 1914. — 7. *Miehle, W.* Goldbehandlung bei chronischer Polyarthritits. München, 1972. — 8. *Päi, L., Maimets, O.* Infektsioosne mittepetsiifiline polüartriit (reumatoidartriit). Tartu, 1970. — 9. *Vapra, A.* Nõukogude Eesti Tervishoid 1968, 1, 335—338. — 10. *Vapra, A.* Nõukogude Eesti Tervishoid 1965, 5, 364—367. — 11. *Vapra, A., Noor, V.* Nõukogude Eesti Tervishoid 1975, 1, 51—53.

12. *Астапенко М. Г., Пихлак Э. Г.* Болезни суставов. М., 1966. — 13. *Астапенко М. Г., Павлов В. П.* Пункции суставов и внутрисуставное введение стероидных гормонов. М., 1973. — 14. *Баргельсен Н. А., Соонетс Э. С.* В кн.: Материалы IV съезда терапевтов Эстонской ССР. Тарту, 1967, 123—125. — 15. *Ванра А. Н., Пиллесаар В. А.* В кн.: Ак-

туальные вопросы ревматологии. Вильнюс, 1969, 270—272. — 16. *Вульфсон И. З.* Инфекционный неспецифический (ревматоидный) полиартрит у лиц среднего и пожилого возраста и лечение больных искусственными йодобромными ваннами. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1965. — 17. *Кайзер Г.* В сб.: Тезисы докладов 9. международного конгресса геронтологии 2—7 июля 1972 г., т. 3. Киев, 1972, 102. — 18. *Насонова В. А., Астапенко М. Г., Трофимова Т. М., Павлов В. П.* Современные принципы лечения инфекционного неспецифического (ревматоидного) полиартрита. (Методические рекомендации). М., 1974. — 19. *Насонова В. А.* Иммунодепрессанты в ревматологии. (Методические рекомендации). М., 1975. — 20. *Насонова В. А., Астапенко М. Г., Трофимова Т. М., Перельмутер Д. Л., Дринецкий Н. П., Мельников А. А.* Методические рекомендации по санаторно-курортному лечению больных ревматоидным артритом. М., 1976. — 21. *Орловская Л. В.* В кн.: Ревматизм, вып. 7. Киев, 1974, 143—145. — 22. *Пиллесаар В. А., Ванра А. Н.* В кн.: Материалы II Закавказской научной конференции геронтологов и гериатров. Баку, 1968, 94—95. — 23. *Пяй Л. Т.* Вопр. ревмат., 1974, 2, 35—39. — 24. *Янбаева Х. И., Солиев Т. С.* Ревматоидный артрит. Ташкент, 1975 г.

TRÜ arstiteaduskonna
hospitaalsisehaiguste kateeder

UDK 616.72-002-031.13:615.838(474.2)

REUMATOIDARTRIIDIHAIGETE RAVI TÕHUSUS EESTI NSV SANATOORIUMIDES

ENDEL VEINPALU ROBERT TRINK LIIDIA
VEINPALU HEINU PÖDER PÄRNU

reumatoidartriit, ravi põhimõtted ja tulemused, Eesti NSV sanatooriumid, haige organismi reaktiivsus, kaasnevate haiguste mõju

Reumatoidartriiti põdevate haigete etapilises ravis (statsioonar, polikliinik, kuurort) on kuurordiravil väga hinnatav koht (3, 4, 5, 8, 9). Mitmed autorid (4, 7, 8) on rõhutanud reumatoidartriidi muda- ja kümbelusravi häid tulemusi. Eesti NSV kuurordid kasutavad peamise ravivahendina Haapsalu lahe muda, mille keemiline koostis on teiste peloidide keemilise koostisega võrreldes küllalt omapärane (2). Et ravimudade

terapeutilise toime sõltuvust nende keemilisest koostisest ja füüsikalistest omadustest võib tänapäeval pidada juba teaduslikuks faktiks (5, 6), siis tulenes sellest vajadus uurida meie vabariigi sanatooriumides reumatoidartriiti põdevate haigete muda- ja kümblsruavi tõhusust.

Uurimisalused ja meetodika. Uurisime 572 reumatoidartriiti põdevat haiget, 15...69 aasta vanust 401 naist ja 171 meest, kes viibisid ravil Pärnu kuurordi sanatooriumides. Nendest 222-l oli haigus inaktiivses faasis, 274-l esimeses ja 76-l teises aktiivsusastmes. Haigus oli neil kestnud mõni kuu kuni mitukümmend aastat. 463 haigel diagnoositi ülekaalukalt reumatoidartriidi liigesevormi, 109-l liigese- ja vistseraalvormi. Liigeste funktsioon oli säilinud 369-l ja häiritud 203 uuritaval. 298 haiget põdes peale reumatoidartriidi veel muid kroonilisi haigusi, nagu adneksiiti, koletsüstiiti, gastriiti, hüpertooniatõbe.

Kasutati vabariigi kuurortides põhiliselt käibel olevat kolme muda- ja kümblsruavi kompleksi — Haapsalu lahe muda mähistena koos männiekstrakti- või mereveevannidega 347 haigel, mudamähiseid koos radoonivannidega (radooni kontsentratsioon 40...80 nCi/l) 156-l ja muda koos ravi-duššidega 69 haigel. Temperatuur oli mudaaplikatsioonidel 38...44°, vannidel 35...38°, duššidel 37°, kestus vastavalt 10...20, 8...15 ja 2...5 minutit. Ravikuuri ajal, mis kestis 24...28 päeva, tehti keskmiselt 11 mudaprotse-duuri ja niisama palju vanne või dušše. Enamikule haigetele määrati koos muda- ja kümblsruaviga käsimassaaži, samuti tegelesid nad ravikehakultuuriga. 109 haigele anti väikestes annustes ka põletikuravimeid: 94 haigele üheaegselt amidopüriini ja butadiooni, kumbagi 0,15 g kaks korda päevas, 15-le brufeeni 0,2 g kolm korda päevas. 105 uuritaval korral ravi umbes aastaste vaheaegade järel üks ja 54-l kaks korda.

Ravitulemusi hinnati viieballilises

süsteemis, kusjuures võeti arvesse haiguse kliinilise pildi muutusi ja protsessi aktiivsust ning organismi immunoloogilist reaktiivsust iseloomustavate laboratoorsete analüüside (SR, difenüülamiinireaktsioon, proteino- ja glüko-proteinogramm, C-reaktiivne valk, anti-O-streptolüsiini tiiter, liigese- ning südameantikehade sisaldus veres jt.) nihkeid. Nende uuringutega paralleelselt jälgiti paljudel haigetel kuurordiravi mõju veel organismi mõnedele neuroendokriinsetele ja kardiorespiratoorsetele funktsioonidele, näiteks ravi algul, keskel ja lõpul tehti Thorni test, määrati 17-ketosteroidide ja 17-oksükortikosteroidide eritus uriiniga ööpäeva jooksul, uuriti organismi põhiainevahetust, naha temperatuuri, higieritust, südameetsükli kestust, mitmeid südame faasanalüüsi ja välise hingamise spirograafilisi näite. Kõiki uurimisandmeid töödeldi statistiliselt t-testi ja χ^2 -valemi järgi, osa ka elektronarvutil.

Uurimistulemused ja arutelu. Ravitulemused olid soodsad keskmiselt 90,7%⁰-l uuritavatest. Need sõltusid oluliselt haiguse aktiivsusest. Nii saadi soodsaid tulemusi reumatoidartriidi inaktiivses faasis 95,1%⁰-l, aktiivses faasis 88%⁰-l haigetest. Kuurordiravi tulemuste olenevust reumatoidartriidi aktiivsusastmest on tähele pannud ka teised autorid (1).

Ravitulemused olid paremad rohkem haiguse liigesevormi kui liigese- ja vistseraalvormi korral. Samuti olid need paremad haigetel, kelle liigeste funktsioon ei olnud oluliselt kahjustatud. Kuurordiravi tulemused sõltusid ka protsessi kestusest. Need olid suhteliselt paremad vähem kui aasta kestnud haiguse korral. Siit järeldub, et reumatoidartriiti põdevaid haigeid tuleb lähendada kuurordiravile võimalikult varakult, soovitatav enne aasta möödumist haiguse algusest.

Kaasnevad haigused, eriti põletikulised, halvendasid reumatoidartriidi kuurordiravi tulemusi. Nii oli ravitulemuste keskmiseks hindeks reumatoidartriidi esimese aktiivsusastme korral,

kui kõrvalhaigusi ei esinenud, 3,82, nende esinemise korral aga 3,51 ($P < 0,01$). Seega enne reumatoidartriidihaigete kuurordiravile saatmist ei tohiks unustada kroonilisi põletikukoldeid nina- ja kurguruumis, sapipõies ning mujal välja selgitamast ja neid ravimast.

Reumatoidartriidi aktiivses faasis sõltuvas ravi mõjususes veel sellest, millist muda- ja vesiravikompleksi kasutati. Muda- ja vannravi ning muda- ja duššravi tulemuste keskmised hinded olid vastavalt 3,62 ja 3,28 ($P < 0,05$).

Reumatoidartriidi muda- ja kümb-lusravi tulemusi halvendas balneoreaktsioon. Reaktsiooni korral oli ravitulemuste keskmine hinne 3,55, puudumisel 4,13 ($P < 0,001$). Tulemused osutusid seda halvemaks, mida tugevam oli reaktsioon. Eriti halvendasid ravitulemusi üldine balneoreaktsioon ja reaktsioon, mis tekkis ravikuuri teisel poolel.

Põletikuvastaste preparaate kasutamine reumatoidartriiti põdevate haigete kompleksses kuurordiravis vähendas balneoreaktsiooni tekkesagedust ja intensiivsust ning tõstis ravi efektiivsust. Nii oli preparaate saanud haigete ravitulemuste keskmine hinne 4,16, teistel aga 3,79 ($P < 0,001$).

Kuurordiravi süstemaatiline kordamine parandas ravi tulemusi märgatavalt (vt. tabel). Reumatoidartriiti põdevaid haigeid kuurordiravile suunavad asutused ja arstid peaksid seda tingimata arvestama.

Organismi immunoloogilise reaktiivsuse haiguslikele nihetele mõjus kuurordiravi normaliseerivalt. Ravi taastas ka hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi häirunud funktsioone: rohkenes 17-ketosteroidide ja 17-oksükortikosteroidide eritus uriiniga ning suurenes positiivsete Thorni testide arv, vähenes mononukleaarsete leukotsüütide ja neutrofiilsete granuloosüütide indeks. Patoloogilised kõrvalekalded organismi keemilises ja füüsikalises termoregulatsioonis ravi tulemusena osal haigetel vähenesid, osal kadusid. Normaliseerumistendents ilmnes südame ja veresoonte ning väli-

Reumatoidartriidihaigete süstemaatilise korduva kuurordiravi tulemused

Ravi-kuur	Haisete arv	Hinne pallides			P
		\bar{x}	\pm^s	\pm_m	
I	105	3,5	0,80	0,08	$P_{I-II} > 0,050$
II	105	3,7	0,80	0,08	$P_{I-III} < 0,005$
III	54	4,0	0,67	0,09	

se hingamise näitade haiguslikes muutustes. Nimetatud ravipuhuse dünaamika laad sõltus peamiselt näitade algnivoost, samuti sellest, millist muda- ja kümb-lusravi kompleksi kasutati ja kas ravi käigus tekkis balneoreaktsioon.

Üksiku mudaprotseduuri toimele reageeris haige organism ravikuuri erinevatel perioodidel erisuguselt. Ravi lõpuks vähenes protseduurijärgne põhiainevahetuse kiirenemine, rohkenes higieritus, kiirenes perifeersetes kehaosades jahtumine. See näitab vastavate neuroendokriinsete funktsioonide teatavat kohanemist ravikuuri käigus regulaarselt korduva soojuskoormusega, misjuures organismi vastusreaktsioon muutub järjest otstarbekamaks.

Haigusprotsessi aktiivsuseastmest sõltuvalt avaldus kuurordiravi taastav, normaliseeriv mõju organismi paljudele häirunud funktsioonidele ravikuuri erinevatel perioodidel. Protsessi inaktiivses faasis või esimese aktiivsuseastme korral ilmnes see tavaliselt juba ravikuuri esimesel poolel, kõrgema aktiivsusega juhtudel aga ravikuuri teisel poolel või veelgi hiljem. Niisiis peaks ravi kestust haiguse laadile (eriti aktiivsusele) vastavalt varieerima, mis aga praeguse kuurordiravi korralduse puhul ei ole kahjuks võimalik.

Kokkuvõte. Reumatoidartriiti põdevate haigete kompleksse kuurordiravi efektiivsus on Eesti NSV sanatooriumides üldiselt hea. Efektiivsusest sõltub peamiselt haiguse aktiivsuse lähtenivoost, kliinilis-anatoomilisest vormist ja kestusest, samuti kaasnevatest haigustest, ravikompleksi laadist

ning balneoreaktsioonist. Väga soodsalt mõjutab reumatoidartriidi kuurordiravi tulemusi ravi süstemaatiline kordamine umbes aastaste vaheaegade järel.

KIRJANDUS: 1. Kraft, H., Lachmann, H., Wagner, H. Z. inn. Med., 1962, 13, 580—586. — 2. Veinpalu, E., Veinpalu, L. Ravimuda ja mudaravi. Tallinn, 1976, 64 lk.

3. Астапенко М. Г., Трофимова Т. М. В сб.: Ревматоидный артрит и его курортное лечение. Пятигорск, 1972, 42—43. — 4. Бельский М. С. Общие принципы комплексного курортного лечения больных инфекционным неспецифическим полиартритом. Вопр. курортол., 1965, 6, 481—485. — 5. Горчакова Г. А. В сб.: Материалы VI Всесоюзного съезда физиотерапевтов и курортологов. М., 1971, 37—67. — 6. Добровольская Л. С. В сб.: Грязелечение на курортах. Тезисы Всесоюзной научно-практической конференции. Одесса, 1974, 5—8. — 7. Лещинский А. Ф., Зуда З. И. Лечение воспалительных заболеваний. Киев, 1976. — 8. Перельмутер Д. Л., Трофимова Т. М., Дричевский Н. П., Мельников А. А., Котиков В. Е., Мылов Н. М., Тарасенкова Т. А. Вопр. ревмат., 1976, 3, 27—31. — 9. Полторанов В. В. В сб.: Материалы Всесоюзной конференции. Санаторно-курортное лечение больных ревматизмом и заболеваниями суставов. М., 1972, 3—6.

*Ekspimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK 616.72-002.77:616.15

NEUTROFIILSETE GRANULOTSÜÜ- TIDE FAGOTSÜTAARNE AKTIIV- SUS REUMATOIDARTRIIDI- HAIGETEL

OLEV MAIMETS BALDUR VARBOLA · TARTU

reumatoidartriit, fagotsütoos, immunoloogiline
reaktiivsus

Fagotsütoos on nagu immuunsuse humoraalsed mehhanismidki suunatud homöostaasi säilitamisele, sest ta võtab osa nii organismi sattunud võõrainete, antigeen-antikeha komplekside kui ka organismi enda kudede ja rakkude lammutusproduktide elimineerimisest.

Üldiselt märgitakse neutrofiilsete granulotsüütide fagotsütaarse aktiivsuse (F_{NG}) tunduvat tõusu ägedate põletike korral ja selle faasilisi muutusi adaptatsioonisündroomi vältel (2, 3, 4). Reumatoidartriidihaigetel on haiguse aktiivses faasis täheldatud neutrofiilsete granulotsüütide fagotsütaarse aktiivsuse langust (5, 6, 8) ja normaliseerumist hea raviefekti puhul (6). Kui *in vitro* katsetes fagotsütoosiobjektina kasutada immunoloogiliselt indiferentseid partikleid (karmiini), mis tõenäoliselt ei allu immuunopsoniinide toimele, siis peaks F_{NG} peegeldama organismi üldist ja mittespetsiifilist immunobioloogilist reaktiivsust, mis reumatoidartriidi erinevates faasides on ilmselt erisugune ja mis omakorda peaks andma täiendavalt võimalusi haigete seisundi hindamiseks.

Perifeerse vere F_{NG} -d määrasime reumatoidartriidihaigetel N. Putškovi ja S. Titova (7) poolt kirjeldatud meetodil, mille puhul on F_{NG} arvuliseks näitajaks ühe neutrofiilse granulotsüüdi poolt fagotsüteeritud partiklite keskmine arv (loendatud 100 rakus, nn. Wrighti indeks). Haige vere, fagotsütoosiobjekti suspensiooni ja antikoagulandi segu inkubeeriti temperatuuril 37°C termostaadis, katsetes kasutati H. Hennemanni (1) järgi silikoneeritud katsuteid.

Uuriti 63 reumatoidartriiti põdevat haiget, neist 22 meest 15...69 aasta vanuses ja 41 naist 18...72 aasta vanuses. Reumatoidartriidi liigesevorm oli 34 haiigel (14 meest, 20 naist), liigese- ja vistseraalvorm 10 haiigel (3 meest, 7 naist) ning kombineeritud vorm 19 haiigel (5 meest, 14 naist; haigus kombineerus deformeeriva osteoartriidiga). Haiguse kestuse poolest jagunesid haiged järgmiselt: alla aasta olid reumatoidartriiti põdenud kolm haiget, 1...3 aastat 14, 3...8 aastat 18 ja üle kaheksa aasta 28 haiget. Haigusprotsessi aktiivsus oli minimaalne (I aste) 35 haiigel, mõõdukas (II aste) 19 haiigel ja kõrge (III aste) 9 haiigel. Kiiresti progresseeruv reumatoidartriit oli 24 haiigel. Liigeste talitluse puudulikkust ei olnud 7 haiigel, liigeste talitluse puudulikkus

Vereseerumi biokeemilised näitajad	Neutrofiilsete granulotsüütide fagotsütaarne aktiivsus		
	$F_{NG} < 2,00$	$F_{NG} > 2,00$	$P <$
Siaalhape kontsentratsioon	$0,269 \pm 0,014$ ü.	$0,22 \pm 0,011$ ü.	0,05
α_2 -globuliinide kontsentratsioon	$1,08 \pm 0,06$ g %	$0,81 \pm 0,03$ g %	0,05
γ -globuliinide kontsentratsioon	$2,12 \pm 0,09$ g %	$1,73 \pm 0,11$ g %	0,05
C-reaktiivse valgu esinemissagedus haigete rühmas	16/24	11/39	$\lambda^2 = 9,0$

oli I astmes 21-l ja II astmes 35 haigel.

Reumatoidartriidihaigete keskmine F_{NG} näitaja oli $2,67 \pm 0,41$ ühikut. Kontrollrühmaks oli 15 kliiniliselt tervet isikut, keskmine F_{NG} näitaja oli $4,33 \pm 0,43$ ühikut.

Korrelatsiooni haiguse üldise kestuse ja F_{NG} näitajate vahel ei täheldatud. Kuigi haigetel, kelle haigus oli kestnud üle kolme aasta, oli keskmine F_{NG} näitaja madalam kui haigetel, kellel oli see kestnud alla kolme aasta (vastavalt 2,36 ja 3,51 ühikut), oli juhtude hajuvus mõlemas rühmas suur ja erinevus statistiliselt mitteusaldusväärne. Puudus ka usaldusväärne korrelatsioon aktiivse koldenakkuse olemasolu ja F_{NG} vahel.

Keskmine F_{NG} näitaja reumatoidartriidi liigesevormi puhul oli $2,65 \pm 0,42$, kombineeritud vormi puhul $3,24 \pm 0,64$ ja liigese- ja vistseraalvormi puhul $1,66 \pm 0,07$ ühikut. Statistiliselt usaldusväärseks osutus erinevus liigese- ja vistseraalvormiga haigusjuhtude F_{NG} keskmise näitaja ja kõikide ülejäänud juhtude keskmise näitaja vahel ($2,86 \pm 0,28$ ühikut). Usaldusväärne oli ka erinevus protsessi aktiivsuse I astme ($3,20 \pm 0,35$) ja II ning III astme ($2,01 \pm 0,18$) F_{NG} keskmiste näitajate vahel. Veelgi olulisem oli F_{NG} keskmiste näitajate erinevus liigeste talitluse puudulikkuse erinevates astmetes: liigeste talitluse puudulikkuse 0... I astme puhul $3,63 \pm 0,37$ ja liigeste talitluse puudulikkuse II astme puhul $1,90 \pm 0,29$ ühikut ($P < 0,025$).

Usaldusväärset korrelatsiooni uuritud haigete F_{NG} näitaja ja erütrotsüütide settimise kiiruse vahel ei

esinenud, kuigi haigetel, kelle F_{NG} näitaja oli alla 2,00, oli erütrotsüütide settimise reaktsioon tunduvalt kiirem ($26,2 \pm 3,6$ mm/t.) kui teistel haigetel [$13,9 \pm 2,2$ mm/t.; haigete arv vastavalt 24 ja 39 ($P < 0,05$)].

Seoseid F_{NG} näitajate ja leukotsüütide arvu vahel perifeerses veres nendel haigetel ei täheldatud, mis osaliselt võis oleneda ka erinevatest raviskeemidest ja selliste vahendite kasutamisest (kortisonoidid, immunosupressandid), millel on otsene toime leukotsüütide arvusse. Samuti ei täheldatud F_{NG} seoseid hemoglobiini kontsentratsiooni ja erütrotsüütide arvuga perifeerses veres.

Kuigi juhtude hajuvus vereseerumi mitme biokeemilise näitaja võrdlemisel F_{NG} näitajatega oli nendel haigetel suhteliselt suur, võis täheldada mõningaid erinevusi haigete rühmade vahel, kellel F_{NG} näitajad olid alla 2,00 ühiku või üle selle.

Huvitav on see, et 13 haigest, kes said immunosupressiivset ravi (6-merkaptopuriini, imuraani), kõrgenes F_{NG} näitaja kümnel haigel ravi esimese nelja nädala jooksul tunduvalt, kogu rühma keskmised näitajad aga olid enne ravi $1,88 \pm 0,17$ ja pärast neljanädalast ravi $2,92 \pm 0,36$ ühikut ($P < 0,05$).

Vere neutrofiilsete granulotsüütide fagotsütaarse aktiivsuse määramine indiferentse fagotsütoosiobjekti (karmii-niterakeste) abil on informatiivne, täiendav uuring, mille andmed korreleeruvad reumatoidartriiti põdevate haigete mitmete kliinilis-laboratoorsete näitajatega ja mis võimaldab haigete seisundit paremini hinnata.

KIRJANDUS: 1. *Hennemann, H. H.* — Praktikum der Immunohämatologie. Leipzig, 1958. — 2. *Schiller, E.* In: Verhandlungen der Anatomischen Gesellschaft auf der 51. Versammlung in Mainz, 14.—17. IV 1953. Jena, 1954, 361—367.

3. *Алмазов В. А., Смирнова Н. Б., Хайкина А. Г.* Тер. архив, 1962, 34, 11, 104—108. — 4. *Гурвич Г. А.* В кн.: Аннотации научных работ АМН СССР за 1954 г. М., 1955, 437—438. — 5. *Клищенко Л. Е., Кураמיшина М. Г., Лысов В. П.* В кн.: 2-ая Всероссийская конференция курортологов и физиотерапевтов, г. Краснодар. Тезисы докладов, М., 1961, 57—58. — 6. *Никулина В. М., Петрова М. Г.* В сб.: Вопросы теории и практики бальнеофизиотерапии. Свердловск, 1960, 91—92. — 7. *Пучков Н. В., Титова С. М.* Физиол. Ж. СССР им. Сеченова, 1952, 38, 6, 756—757. — 8. *Сидельникова С. М.* Вопр. ревмат. 1968, 4, 22—25.

TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateeder

UDK 616.002.77-053.5:613.6-084

REUMAHAIGETE ÕPILASTE KUTSESUUNITLUS

ESTER LUIGA · TALLINN

reuma, õpilased, õppe- ja tööhügieen, kutsevalik, reumaatilised südamekahjustused

Tänu viimase paarikümne aasta saavutustele reumaatiliste haiguste diagnoosimisel, ravis ja profülaktikas on vähenenud esmane haigestumine ja suremus reuma tagajärjel. Sealjuures huvi reumaprobleemi vastu kogu maailmas ei kahane, vaid on viimasel ajal isegi tõusnud. Põhjuseks on haiguse suur sotsiaalne tähtsus, sest reumast põhjustatud invaliidsus on sage. Viimane on eriti muret tekitav, sest inimesed invaliidistuvad kas noores eas või parimas keskeas (8, 14, 16). Ökonoomilisest seisukohast lähtudes toob haigus suurt kahju rahvamajandusele. W. Keiteli (4) andmeil on kõikidest töövõimeusjuhtudest ja enneaegsetest invaliidisjuhtudest 15...20%-l põhjuseks reumaatilised haigused. Samasuguseid andmeid on toonud ka K. Leistner (6)

ja L. V. Gargasas (10). Leningradi uurijate tähelepanekuil ei näita esmase invaliidsuse näitaja (arvestatakse 10 000 töötava inimese kohta) langustendentsi, vaid püsib endisis piires, kusjuures rohkem kui pooltel esineb I või II grupi invaliidsus.

Praegu kehtiv pikaajaline etapiline ravi ja profülaktika tagavad küll reumahaigete paranemise, puuduvad aga haigete sotsiaalse ja tööalase rehabiliteerimise kriteeriumid ning teaduslikult põhjendatud kutseunitsus ja kutsealane konsultatsioon.

Et reuma ei progresseeruks, on vajalik, et nooruki õppe- ja tööprotsessi keheline ja vaimne koormus sobiks kokku tema tervisliku seisundiga. Üleliigne koormus võib kogu organismile, eriti aga südamele ja veresoontele, mõjuda ebasoodsalt. Kahjuks pole õpilaste kutsealased huvid ning kalduvused sugugi alati vastavuses nende südame ja veresoonte seisundiga, organismi adaptatsioonimehhanismide ega vaimse töövõimega.

On väga oluline, et vastunäidustusi mingile tööle asumiseks arvestataks enne elukutse omandamist. O. Duhhovnaja (11), kes oli uurinud 1078 reumahaige töötingimusi, leidis, et 50% haigetest tegid tööd, mis oli nende tervisele kahjulik. Sealjuures 36,5%-l nendest oli reumat diagnoositud juba noorukieas enne tööle asumist. Selline suhtumine reumahaigete noorukite tööle suunamisel võib paljudel juhtudel põhjustada haiguse ägenemist ja varajast invaliidistumist, juba enne 30. eluaastat.

Põhjuseks, miks reumahaige lahkub töölt või katkestab õppimise, on sageli halb tervislik seisund, mis ei vasta valitud elukutse nõuetele. Töökohal mitetoimetulekust aga sugeneb noorukis alaväärsustunne, kaob usk oma võimesse.

Seega on edasine haridustee ja kutsevalik tõsised probleemid, mis kerkiavad 8. ja 10. klassi lõpetava nooruki ette. Õpilaste suunamisel kutsevalikul on lapsevanemate ja pedagoogide kõrval oma sõna ütelda ka arstil (7). Kah-

juks aga arst õpilaste kutseuunitlusest alati veel osa ei võta. Kirjanduses on reumahaigete laste kutseorientatsiooni kohta andmeid veel väga vähe (12, 13, 15). Meditsiiniliste näidustuste ja vastunäidustuste arvestamine aga on üks kutseuunitluse põhinõudeid (1, 3, 5).

Analüüsinud Keila-Joa Sanatoorse Internaatkooli lõpetanud reumahaigete katamnestilisi andmeid, selgus, et üleminekul sanatoorse kooli režiimilt üldharidusliku kooli, tehnikumi, kutsekooli tingimustesse või tööle asumisel oli osal nendel tervislik seisund halvenenud, oli ette tulnud reuma ägenemise juhtumeid. Ilmselt osutus uus koormus noorukile liiga raskeks, sest reumahaigetele mõeldud spetsiaalses sanatoorses koolis, säästerežiimil, adekvaatse treeningu ja pideva profülaktilise ravi korral oli nende tervislik seisund rahuldav püsinud.

Töö eesmärgiks seadsime uurida reumahaigete laste südame ja veresoonte seisundit ning hinnata õpilaste kehalist ja vaimset töövõimet. See kõik on vajalik selleks, et neid suunata õige elukutse valikule.

Kolme õppeaasta vältel uurisime Keila-Joa Sanatoorses Internaatkoolis 160 13...17 aasta vanust õpilast, kellel olid mitmesugused südamekahjustused, ülekaalus küll reumaatilised.

Kutseobivuse määramisel arvestasime organismi üldseisundit, haiguse täpsustatud diagnoosi, kaasnevaid tervisehäireid. Et kroonilist haigust põdevate noorukite töövõime sõltub suurel määral nende südame ja veresoonte muutustest, kasutasime südame ja veresoonte funktsionaalse seisundi hindamiseks veloergomeetril doseeritud kehalise koormusega katsusid. Vaimset töövõimet hindasime silma pimetähni kampigraafia ja Kraepelini testi järgi. Õpilaste huvialade ja kalduvuste väljaselgitamiseks kasutasime ankeetküsitluse andmeid, samuti vestlesime õpilase enda, tema vanemate ja klassijuhatajaga.

Koormuskatsude korral jälgisime südame löögisagedust, arteriaalset rõhku ja elektrokardiograafilisi näita-

jaid nii enne koormust, 5 minutit pärast koormust kui ka 5 minuti kestusega koormuse ajal iga minuti viimase 15 sekundi vältel. Südame löögisagedust igas minutis määrasime EKG-lt RR-intervallide mõõtmise alusel. Arteriaalset rõhku mõõtsime Korotkovi meetodil paremal õlavarrel. Koormus-EKG registreerimiseks kasutasime bipolaarset rinnalülitust F. Graseri järgi (2).

Koormus oli esimesel minutil kõigil 20W. Edasi tõstisime koormust astmeliselt kuni 0,5 W/kg. Koormuskatsu hindasime järgmiselt (vt. tabel).

Normaalse reaktsiooni puhul taastuvad südame löögisagedus ja vererõhk viie puhkeminuti jooksul.

Koormus-EKG näitajate hindamisel arvestasime iseloomulikke muutusi nii koormuse ajal kui ka pärast koormust. Patoloogiliseks pidasime koormuse ajal või järgselt PQ-intervalli kestust $>0,19$ sek., QT-koefitsiendi suurenemist $>1,10$, T-saki negatiivseks muutumist, ST-segmendi langust $\geq 1,0$ mm alla isojoone, eriti aga negatiivse T-saki ja ST-segmendi depressiooni koos eksisteerimist, rütmihäireid. P-saki kõrgenemise ≥ 3 mm ja T-saki lamemise arvasime kahtlaste muutuste hulka.

Normaalse koormus-EKG puhul patoloogilisi nihkeid ei olnud või ilmesid väga vähesed kõrvalekaldumised. Koormus-EKG-d pidasime kahtlaseks, kui oli registreeritud 1...2 patoloogilist või 2...3 kahtlast muutust. Kui

Tabel.

Koor- muse taluvus	Maksimaalne südame löögisagedus koormusel		Süstoolne arteriaalne rõhk
	poeg- lapsed	tütarlapsed	
Hea	≤ 120	≤ 125	Tõuseb 10...15 mmHg võrra
Lange- nud	121...140	126...145	Tõuseb vähe
Halb	> 140	> 145	Langeb

esine kolm või enam patoloogilist muutust, lugesime koormus-EKG patoloogiliseks. Viimane näitas südamelihase kahjustust ja sellest tulenevat halba koormuse taluvust.

Kõik uuritavad reumahaiged jagunesid kolme rühma.

1. Lapsed, kellel esinesid ilmsed reumaatilised südamekahjustuse nähud: reumaatiline klapirike või selle formeerumine, püsivad rütmi- või juhtehäired, sagedased haiguse retsidiivid. Need õpilased vajasisid elukutse valikul tõsisemaid piiramisi.

2. Lapsed, kelle tervislik seisund oli kliiniliselt täiesti rahuldav ja kelle rahuolekus oli südamekahjustus südame kompensatoorsetest mehhanismidest tingituna varjatud. Need muutused selgusid alles koormuskatsu abil. Ka nende õpilaste elukutse valik oli piiratud, kuid vähem kui esimeses rühmas.

3. Lapsed, kellel südame ja veresoonte funktsionaalne seisund ning nii kehalise koormuse taluvus kui ka vaimne töövõime olid head. Nendel elukutse valikul kitsendusi ei tehtud.

Andmete alusel määrati igale õpilasele kutsesobivus ja täideti kutsesuunitlusleht (vt. näidis) ning anti kutsevalikulist konsultatsiooni.

Me ei seadnud endale ülesandeks täpselt ütelda, millise elukutse õpilane peab valima. Tänapäeval pole arstid veel võimelised sellist nõu andma. Kuid meie püüdeks oli ära hoida, et mõni õpilane ei valiks endale ala, mis ei sobi talle tervisliku seisundi tõttu ja mis võiks tal esile kutsuda reuma kulu halvenemise. Reumahaigetele sobimatuks tuleb pidada neid elukutseid, mis on seotud väga raske kehalise koormusega, sundasendi või sundrütmi, kus töö toimub ebasobivas mikrokliimas, kas tuuletõmbuse käes, külmas ja niiskes ruumis, suures kuumuses, pidevalt välitingimustes. Reumahaigetele ei sobi ka sellised töökohad, kus tuleb kokku puutuda toksiliste ainetega, kus närvipinge on väga suur või kus on ootamatute töösituatsioonide võimalus.

Et andsime kutsevalikualast konsul-

Kutsesuunitluslehe näidis

1. Nimi
2. Vanus kooli lõpetamisel
3. Kodune aadress
4. Ema amet
5. Isa amet
6. Mis on kooli lõpetamisel kavas: keskkool, tehnikum, kutsekeskkool, kutsekool, õhtukeskkool+ töö, tööle minna?
7. Kas on kindel otsus või ei tea veel?
8. Mida vanemad soovivad (ei soovita midagi, pole juttu olnud)?
9. Mille vastu oleks huvi?
10. Kelleks tahaks saada?
11. Millised ained koolis kõige rohkem meeldivad?
12. Vanemate arvamine lapse huvialadest, annetest, kalduvustest. Mida vanemad soovivad lapsele?
13. Pedagoogide soovitus õppimise ja elukutse valiku osas
14. Testandmetel on lapsel huvi järgnevate erialade vastu
huvid puuduvad, ei meeldi
15. Kraepelini testi andmed
16. Koormuskatsude andmed
17. Diagnoos
18. Lõplik soovitus edaspidiseks õppimiseks ja kutsevalikuks

tatsiooni seitsmendate ja kaheksandate klasside õpilastele, võis loomulikult pidada, et 84-l neist polnud veel välja kujunenud oma kindlat soovi ega huvi mingi elukutse vastu. Siin piirdus konsultatsioon meiepoolsete nõuannetega. 48 õpilast olid oma edaspidise haridustee valinud sellise, et tervise osas vastunäidustusi karta ei olnud. 28 õpilase sooviga ei saanud me nõustuda ja nad pidid oma valitud erialast loobuma.

Enamik lapsi, kui nad lõpetavad sanatoorse kooli, on 14...15 aasta vanused, mis ühtib puberteedia kesk- või lõpuperioodiga, mil organismi kehaline areng pole veel lõppenud ja vastuvõtlikkus kahjustavate välistegurite suhtes on eriti suur. Üldhariduslikus koolis on koormus kahtlemata väiksem kui tehnikumis või õpingute jätkamisel paralleelselt tööga, mistõttu soovitasime enamikul jätkata õpinguid keskkoolis. Eespool öeldut arvesse võttes leiti, et südame ja veresoonte haigusi põdevatele õpilastele peaks looma rohkem võimalusi õppimiseks sanatoorses koolis kuni keskkooli lõpetamiseni.

Kirjandus: 1. Gebert, P. Z. Gesamte Hyg. 1974, 20, 12, 842—844. — 2. Graser, F. In: Procudings of the second symposion of pediatric group of working physiology Praha, 1970, 47—52. — 3. Janda, F. Ärtzl. Jugendkunde, 1968, 59, 3/4, S. 127—130. — 4. Keitel, W. Rheumafibel. Dresden 1973. — 5. Kõverjalg, A., Sõerd, J. Kutsesuunitlus ja kool. Tln., 1972. — 6. Leistner, K. Z. ärztl. Fortbild. 1975, 36, H. 19, 1035—1042. — 7. Luiga, E. Nõukogude Kool 1977, 2, 136—138. — 8. Shio-kawa, Y. Jap. Circ. J. 1973, 37, 171—180.

9. Аранович Б. Н., Захревская Л. В., Казакова К. Н., Латынникова В. А., Мнушкина Х. И., Панючина З. И., Хидекель А. Г. Вopr. ревмат., 1974, 2, 41—44. — 10. Гаргасас Л. В. Научно-организационные проблемы изучения закономерностей распространенности ревматизма. Госпитализация, трудоспособность, смертность больных и особенности борьбы. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Вильнюс, 1974. — 11. Духовная О. Л. Клинический прогноз и вопросы социально-трудовой реабилитации при ревматизме. Автореф. дисс. доктора мед. наук. М., 1973. — 12. Луйга Э. Э., Мюллербек Е. Х., Клейтсманн С. Х., Острат А. И. В сб.: Материалы съезда детских врачей Эстонской ССР. Таллин, 1975, 39—42. — 13. Луйга Э. Э., Клейтсманн С. Х., Острат А. И. В кн.: Курортология и ревматология 2, Сборник научных трудов. Таллин, 1976, 70—75. — 14. Нестеров А. И. Ревматизм. М., 1973. — 15. Реуцкий И. А. В кн.: Вопросы гигиены. Сборник научных трудов Омского мед. института им. М. И. Калинина, т. 86, Омск, 1968, 203—208. — 16. Фогельсон Л. И. Трудоспособность и показания к трудоустройству при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. М., 1972.

*Eksperimentaalse ja Kliinilise
Meditsiini Instituut*

UDK 616.002.77-053.5:576.8.097.3

AUToFLOORA MUUTUSTEST REUMAHAIGETEL LASTEL SANATOORSES INTERNAAT- KOOLIS

AINO OSTRAT · TALLINN

autofloora, reuma, sanatoorne internaatkool, lapsed, organismi vastupanuvõime

Organismi vastupanuvõime üks näitajaid on naha mikrofloora, mille moodustavad põhiliselt valged stafülokokid,

sartsiinid, difteroidid, vahel ka streptokokid ja seened (7). Autofloora on tervel inimesel püsiv nii liigiliselt kui ka hulgaliselt.

Organismi nõrgestavate tegurite mõju peegeldub autoflooras. Paljud autorid on mitmesuguste sise- ja kirurgiliste haiguste korral kindlaks teinud kolooniate arvu suurenemise, eriti manniitpositiivsete kolooniate hulga rohkendamise kahjustatud elundi kohal (2, 3, 4, 10). Kolooniate arv on suurenenud ka keemiliste ainete, kiirituse ja kasvavate mõjul (6, 12, 14). A. Zavjalov ja V. Naumov leidsid autofloora sõltuvuse hingamiselundite ägedatest haigustest ning angiinidest (5). G. Kondrašov kirjeldab autofloora kolooniate hulga suurenemist tervetel ja haigetel, kellel olid enesetunde häired, võrreldes kolooniate arvuga tervetel ja haigetel, kellel neid häireid ei olnud (8, 9). A. Monajenkov ja kaasautorid konstateerisid reumahaigetel piirkondlikke mikroobse pildi muutusi ning patogeensete (manniitpositiivsete) stafülokokkide ilmumist. Need muutused olid kahjustatud elundi (süda, liigesed) kohal maksimaalsed (11).

Et kirjanduses on reumahaigete autofloorat kirjeldavaid töid vähe ja meil ei õnnestunud leida andmeid autofloora kohta reumahaigetel lastel, siis seadsi me eesmärgiks uurida autofloorat sanatoorses internaatkoolis õppivatel reumahaigetel lastel.

Uurimismaterjal ja meetodika. Naha autofloorat määrasime 126 Keila-Joa Sanatoorse Internaatkooli õpilasel, määramine toimus N. Klemparskaja meetodil O. Aleksejeva modifikatsioonis (7) kord kuus (välja arvatud jaanuar) õppeaasta vältel. Külvid võtsime sümmeetriliselt: V roidevahemikust paremalt ja vasakult poolt rinnakut ja parema ning vasaku roidekaare alt. Arvestasime R. Silla ja M. Kopluse poolt väljatöötatud normi keskmisi väärtusi, mis moodustasid 7...18 aasta vanustel lastel 7,2...12,4 kolooniat (15).

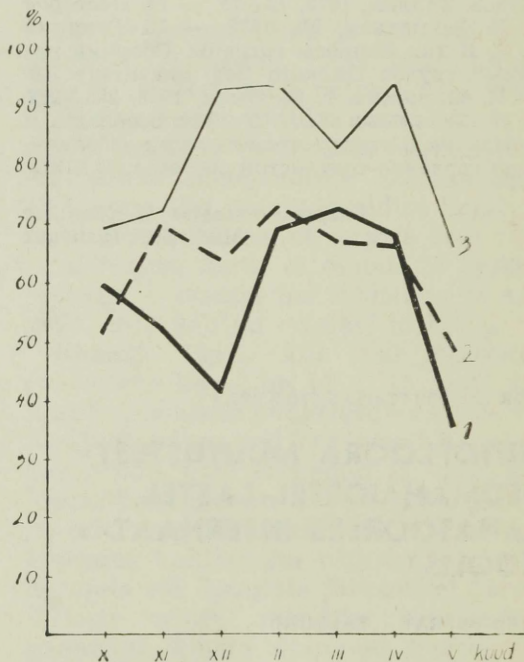
Uuritavaist oli poisse 69, tütarlapsi 57, nendest 9- ja 10-aastasi 24, 11- ja

12-aastasi 45, 13- ja 14-aastasi 41 ja vanemaid kui 14-aastasi 16 õpilast. 46 lapsel oli viimasest reumahoost möödas alla ühe aasta, 36 lapsel 1...2 aastat, 20 lapsel 2...3 aastat ja 20 lapsel üle 3 aasta. 4 lapse kohta täpsed andmed puudusid. 46 lapsel oli kardiit, 56-l kardiit koos polüartriidiga ja 18 lapsel kardiit koos koreaga. 6 lapse kohta andmeid ei olnud. 1 ja 2 aastat olid reumat põdenud 48 last, 3 ja 4 aastat 43, üle 4 aasta 33 last. Täpseid andmeid ei olnud kahe õpilase kohta. Sanatoorses koolis õppis esimest aastat 72 õpilast, teist aastat 36, kolmandat aastat 14 ja üle kolme aasta 4 last. Kaasnevaid haigusi ei põdenud 62 õpilast. Tonsilliit oli 25, sapiteede haigused 20 ja muud haigused 19 õpilasel. Interkurrentseid haigusi ei põdenud õppeaasta vältel 60 last. Üks kord olid haiged olnud 41 ja korduvalt 25 õpilast.

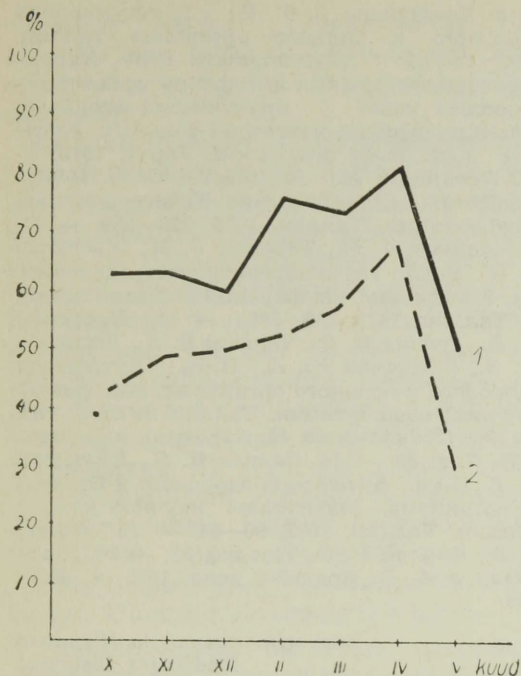
Tulemused ja arutelu. Külve omavahel võrreldes nägime, et rinnaku äärtest kasvas kolooniaid rohkem kui roidekaarte alt. Maikuuks suurenes autofloora kolooniate hulk rinnaku äärtest ja vasaku roidekaare alt võetud külvides. Parema roidekaare alt kasvas rohkem kolooniaid märtsis. Kuni 10 kolooniat saime õppeaasta vältel paremalt poolt rinnakut 55,4...65,3⁰/₀-l, vasakult poolt rinnakut 46,3...74,6⁰/₀-l, parema roidekaare alt 44,7...81,5⁰/₀-l ja vasaku roidekaare alt 55,4...82,5⁰/₀-l külvidest. Poistel oli autofloora mikroobe rohkem kui tütarlastel. Viimastel vähenes kuni 10 kolooniaga külvide hulk maiks oktoobriga võrreldes järgmiselt: paremalt poolt rinnakut 78,4⁰/₀-lt 63,0⁰/₀-le ($P > 0,05$), vasakult poolt rinnakut 66,7⁰/₀-lt 40,7⁰/₀-le ($P > 0,05$), parema roidekaare alt 88,2⁰/₀-lt 72,2⁰/₀-le ($P < 0,05$) ja vasaku roidekaare alt 86,3⁰/₀-lt 48,1⁰/₀-le ($P < 0,05$). Poistel sellist vähenemist ei olnud.

Vanuseline erinevus oli ainult oktoobris ja novembris: mida noorem laps, seda vähem kasvas kolooniaid. Alates detsembrist vähenes noorematel lastel kuni 10 kolooniaga külvide hulk, suurenes aga mikroobide üldhulk. Või-

malik, et osaliselt oli see tingitud ka atakist möödumise lühemast ajast noorematel lastel. Neil, kellel oli viimasest reumahoost möödas vähem kui aasta, vähenes maiks (võrreldes oktoobriga) vasakult poolt rinnakut kuni 10 kolooniat sisaldavate külvide hulk 61,1⁰/₀-lt 40,9⁰/₀-le ($P > 0,05$), mis oli suurem võrreldes nendega, kellel oli atakist möödunud rohkem aega. Autofloora kolooniate hulga sõltuvus viimase reumahoo kliinilisest pildist ilmnes ainult vasakult poolt rinnakut võetud külvide võrdlemisel: kõige vähem, kuni 10 kolooniaga, oli külve neil, kellel oli kardiit koos polüartriidiga, kõige rohkem aga korea puhul (vt. joonis 1). Õppeaasta vältel kõikus autofloora kolooniate hulk usutavuse piires üksnes neil, kes põdesid kardiiti koos polüartriidiga ($P < 0,05$). Viimase reumahoo kulgu autofloorale ei mõjunud. Kui internaatkoolis õppimise aeg pikenes, vähenes



Joonis 1. Autofloora kolooniate hulga sõltuvus viimase reumahoo kliinilisest pildist. Püstteljel vasakult poolt rinnakut võetud külvide hulk protsentides. 1 — kardiit koos polüartriidiga, 2 — kardiit, 3 — kardiit koos koreaga.



Joonis 2. Autofloora kolooniate hulga sõltuvus kaebuste olemasolust. Püstteljel vasakult poolt rinnakut võetud külvide hulk protsentides. 1 — kaebusi ei olnud, 2 — kaebuste korral.

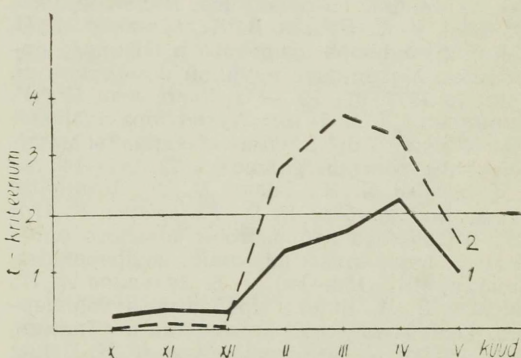
aastane kolooniate arvu kõikumise amplituud, mis kolmandal aastal oli väiksem kui esimesel ja teisel aastal ($P < 0,05$). Interkurrentseid haigusi mittepõdenutel oli kolooniaid rohkem ja nende kõikumine õppeaasta vältel suurem: 75,0% ja 35,1% vahel ($P < 0,05$).

Laste enesehinnangu ankeedist selgus, et halva enesetundega, väsimust kurtvatel ja pea-, liigese-, kõhuvalu ning südamepiirkonna valusid kaebavatel lastel oli vasakul pool rinnakut rohkem mikroobe kui neil, kellel kaebusi ei olnud (vt. joonis 2). Õppeaasta vältel kõikus kolooniate hulk kaebuste korral 68,8...30,0% ($P > 0,05$) ja kaebuste puudumisel 81,0...50,0% vahel ($P < 0,05$).

Piirkondlikud autofloora muutused väljendusid reumahaigetel lastel ka asümmeetriana parema ja vasaku kehapole vahel. Asümmeetria ilmus alles veebruaris ja oli suurem roidekaarte alt võetud külvide vahel (vt. joonis 3).

Tütarlastel ilmnes vähene asümmeetria südamepiirkonnas juba õppeaasta algul. Asümmeetria oli kõigil kuni maini kolooniate ülekaaluga paremal kehapoolel, kuid maikuus kandus ülekaal vasakule. Asümmeetria oli kõige suurem nii rinnaku äärest kui ka roidekaare alt võetud külvides esimesel haigusaastal. Asümmeetria oli suurem ka esimest aastat sanatoorses koolis õppivatel lastel ja ta vähenes koolis viibitud aja pikenemise korral, mida võib panna õige koolirežiimi arvele. Vastu ootusi saime suurema asümmeetria neil, kes ei põdenud ei kaasnevaid ega interkurrentseid haigusi.

Patogeenseid ehk manniitpositiivseid kolooniaid oli samuti rohkem südamepiirkonnas, rohkem poistel ja nende hulk suurenes koos lapse vanusega. Üheksa- ja kümneaastastel lastel oli harva üle viie manniitpositiivse koloonia. Kõige rohkem patogeenseid kolooniaid oli esimesel aastal pärast reumatakki õppeaasta esimesel poolel (vasakult poolt rinnakut võetud külvides) ja eriti neil, kes põdesid polüartriiti. Manniitpositiivsete kolooniate hulk vähenes koolis viibimise aja pikenemise korral. Nähtavasti mõjusid siin soodsalt režiim ja aastaringne bitsilliinprofülaktika. Manniitpositiivseid kolooniaid oli rohkem kaasnevaid ja interkurrentseid haigusi mittepõdevatel lastel, kõige vähem aga sapiteede haigusi põdejail



Joonis 3. Asümmeetria paremalt ja vasakult kehapoolelt võetud külvide vahel ($t > 2 = = < 0,05$). 1 — rinnaku äärest võetud külvid, 2 — roidekaare alt võetud külvid.

ning interkurrentseid haigusi korduvalt põdenuil.

Rohkem kolooniaid oli ka neil, kes keertsid halba enesetunnet, väsimust, peavalu, kõhuvalu, valusid südames ja liigestes, kolooniaid oli rohkem just vasakult poolt rinnakut võetud külvides.

Autofloora mikroobide hulga suurenemist ja selle piirkondlikku laadi ning sellest tingitud asümmeetriat võib seletada reumapuhuste segmentaarset laadi kardiodüstroofiliste häiretega (11) ning projektsiooni leukotsütoosiga veel mitte täielikult vaibunud reumaatilise kardiidi tagajärjel (1, 16).

Järeldused. 1. Reumahaigetel lastel, kes olid põdenud kardiiti koos polüartriidiga, oli autofloora kolooniate arv hoovälisel perioodil suurem kui neil, kellel oli ainult kardiit või kardiit koos koreaga.

2. Kolooniate arvu asümmeetria parema ja vasaku kehapoole vahel sõltus haiguse kestusest ja sanatoorses koolis õppimise ajast.

3. Patogeensete kolooniate arvu vähenemine olenes nii viimasest reumahoost möödunud ajast kui ka sanatoorses koolis viibimise kestusest.

4. Naha autofloora võib kasutada reumahaigete laste organismi vastupanuvõime hindamiseks.

1. Kirjandus: *Апуокаите Д.* В кн.: Адаптация организма при физических воздействиях. Материалы симпозиумов. Вильнюс, 1969, 295—299. — 2. *Бушля В. А., Коньков А. И.* В кн.: Аутофлора здорового и больного организма. Материалы научной конференции. Таллин, 1972, 97—99. — 3. *Гулордава Ш. А., Чириневич А. В.* В кн.: Аутофлора здорового и больного организма. Материалы научной конференции. Таллин, 1972, 141—142. — 4. *Гур-Арбе Б. Н., Разин В. Ф., Мяннисте Ю. Э., Вальденберг Н. В., Талихярм А. А.* В кн.: Аутофлора здорового и больного организма. Материалы научной конференции. Таллин, 1972, 138—140. — 5. *Завьялов А. П., Наумов В. А.* В кн.: Проблемы аутоаллергии. Тезисы научной конференции. Таллин, 1975, 15—17. — 6. *Клемтарская Н. Н.* В кн.: Аутофлора здорового и больного организма. Материалы научной конференции. Таллин, 1972, 3—6. — 7. *Клемтарская Н. Н., Шальнова Г. А.* Аутофлора как индикатор радиационного поражения организма. М., 1966.

— 8. *Кондрашов Г. Ф.* В кн.: Аутофлора здорового и больного организма. Таллин, 1972, 13—15. — 9. *Кондрашов Г. Ф.* Характеристика состояния аутофлоры и бактерицидности кожи у практически здоровых лиц и некоторых категорий больных. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Тарту, 1973. — 10. *Левина Р. Х., Мяннисте Ю. Э.* В кн.: Проблемы аутоаллергии. Тезисы научной конференции. Таллин, 1975, 238—239. — 11. *Мочаенков А. М., Тарский Г. М., Хусинова К. Ш.* В кн.: Иммунореактивность организма. Материалы конференции. Калининград — Таллин, 1973, 235—237. — 12. *Мосиенко М. Д., Дедков И. П., Черный В. А., Дорфман М. В., Уманский Ю. А.* В кн.: Аутофлора здорового и больного организма. Материалы научной конференции. Таллин, 1972, 81—82. — 13. *Подколызина Н. А.* Вопр. охр. мат., 1972, 7, 9, 83. — 14. *Салиев В. П., Кивистик М. К.* В кн.: Аутофлора здорового и больного организма. Материалы научной конференции. Таллин, 1972, 90—91. — 15. *Силла Р. В., Коплус М. О.* Там же, 28. — 16. *Шахназаров А. В.* Врачебн. дело, 1956, 9, 903—906.

Експериментальсе ja Kliinilise Meditsiini Instituut

UDK 616-089.5-031-81

TUBARIINI TOIME KOMBINEERITUD NARKOOSIS VÄHIHAIGETE KIRURGILISE RAVI KORRAL

MAIE ABRAM · PÄRNU ANTON KIVIK · TARTU

tubariini toime, biokeemilised muutused, happelise tasakaal, kombineeritud narkoos, vähihaigete kirurgiline ravi, transfusioon- ja infusioon-ravi

Kestva ja suhteliselt stabiilse toimega antidepolariseerivate lihaserelaksantide kasutamine kombineeritud narkoosis ulatuslikel operatsioonidel on põhjendatud. Antidepolariseerivate lihaserelaksantide toime dünaamikat kombineeritud narkoosis on pahaloomulisi kasvajaid põdevail haigeil kliiniliselt vähe uuritud. Kaugelearenenud pahaloomuliste kasvajatega haigetele iseloomulikud üldseisundi muutused, nagu üldine kurnatus, vaegtoitumus, valguaine-

vahetuse häired, hüповoleemia ja aneemia, aga lubavad eeldada nihkeid antidepolariseerivate lihaserelaksantide toimes.

Uuritud haiged ja uurimismeetodid.

Käesolevas töös uuriti antidepolariseeriva lihaserelaksandi tubariini (d-tubokurariinkloriidi) toimet kombineeritud eeter- ja ftorotaannarkoosis 83 haigel, kellel oli kaugelearenenud pahaloomuline kasvaja (I uuritute rühm). Uurimisandmeid võrreldi 65 mittekaugelearenenud pahaloomulise kasvajaga (I kliiniline staadium) haigete ja kirurgilisi haigusi põdevate haigete uurimistulemustega (II uuritute rühm, keda oli analoogiliselt ravitud ja jälgitud). I uurimisrühma haigete keskmine vanus oli 60...64 aastat ja II uurimisrühma haigete keskmine vanus 52...58 aastat. Uurituid iseloomustab tabel.

Kombineeritud narkoosis rakendati üldkasutatava premedikatsiooni taustal sissejuhatamiseks ülilühitoimelisi barbituraate ja põhinarkoosiks dietüüleetrit või ftorotaani koos naerugaasiga. Narkoos säilitati stabiilselt III₁ staadiumis ja seda kontrolliti elektroentsefaloograafia. Eranditult kõigile uurituile süstiti pärast narkoosi sissejuhatamist tubariini veeni üks kord 0,5 mg kehakaalu ühe kilogrammi kohta. Tekkivas täielikus vöötlihaste lõõgastuses intubeeriti haige hingetoru ja tagati juhitud hingamine kas narkoosiaparaadiga *Polinarkon* käsitsi või kunstliku hingamise aparaadiga RO-2 (88 haigel). Et kopsude ventilatsiooniks kasutati 30...50% hapnikusisaldusega gaasisegu, siis oli hingamisest tingitud hüpokseemia kõigil juhtudel välistatud, mida kinnitas ka vere gaasisalduse uurimine.

Tabel. Uuritute arv haiguste paiknemise järgi

Haiguse paiknemine	I haigete rühm	II haigete rühm
Seedetraktis	49	37
Kuse- ja suguelundeis	18	15
Muudes elundeis	16	13
Kokku	83	65

Kõikidel juhtudel uuriti anesteesia ajal lihaserelaksandi toimet, s. o. neuromuskulaarse erutuse ülekande pidurduse muutusi küünarluunärvi elekterstimulatsiooniga aparaadi ISE-01 abil. Seejuures registreeriti vaatluse teel viienda sõrme painutajate lihaste esimene nähtav kokkutõmme (2, 3, 5, 7).

Tubariini toimet hinnati järgmiste näitajate alusel.

1. Tubariini maksimaalse toime tekkimise aeg ja toime kestus.

2. Tubariini toime tugevus. Seda hinnati mitmesuguste ärrituskestuste puhul reaktsiooni vallandava ärritustugevuse suurenemisega protsentides algväärtuse, s. o. neuromuskulaarse erutatavuse suhtes enne tubariini manustamist.

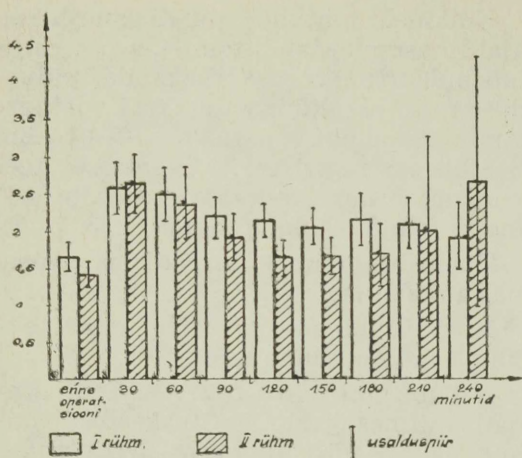
3. Et kompleksne neuromuskulaarse erutuse ülekande elektriline uurimine kajastub erinevates ärritustugevustes erinevate ärritusaegade puhul nn. ärrituse aja ja jõu kõverana (25), mis ei ole lineaarne, siis rakendasime selle kõvera ühe arvuga iseloomustamiseks elektrilise ärrituse indeksit (edaspidi Ki), mis töötati välja koostöös TRÜ matemaatilise statistika ja programmeerimise kaatedri dotsendi E. Tiiduga.

Neuromuskulaarse elektrilise ärrituse indeks arvutati valemist

$$Ki = \frac{1}{ni} \sum I_{ij} t_{ij}$$

Valemis on järgmised tähised: Ki — elektrilise ärrituse indeks, i — registreerimise kellaeg, n — vaatluste arv registreerimise kellaajal, j — samaaegne elektrilise ärrituse kestuse (m/s) ja ärrituse tugevuse (V) määramise moment, t_{ij} — elektrilise ärrituse kestus ajamomendil i ja möötmisel j, I_{ij} — kasutatud ärritustugevus ajamomendil i ja möötmisel j.

Neuromuskulaarse erutuse ülekande seisundit hinnati operatsioonitoas vahetult enne premedikatsiooni ja edasi tubariini toime ajal iga 30 minuti järel ning 15 minutit pärast ekstubatsiooni, kui kliiniliselt nähtav tubariini mõju oli möödas.



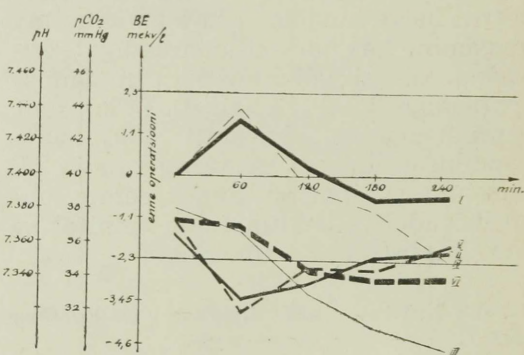
Joonis 1. Neuromuskulaarse elektrilise ärrituse keskmised indeksid ja nende usalduspiirid ($P < 0,05$) enne operatsiooni ja uurimisetappidel narkoosis pärast tubariini manustamist esimese ja teise rühma haigetel.

Samal ajal tubariini toime uurimisega määrati haigetel arteriaalse vere mitmeid biokeemilisi näitajaid: veregaaside kontsentratsioon ja happeleelise tasakaalu iseloomustus Astrupi mikromeetodil (10), vereseerumi naatriumi- ja kaaliumikontsentratsioon leekfotomeetriga, kaltsiumikontsentratsioon kompleksomeetriselt, vereplasma üldine valgusaldus refraktomeetriselt ning valgufraktsioonide sisaldus protsentides paberelektroforeesimeetodil. Uurimisandmeid töödeldi TRÜ arvutuskeskuses statistilise andmetöötlussüsteemi abil arvutil «Minsk 32».

Tulemused ja arutelu. Kliiniliselt algas tubariini toime pärast manustamist keskmiselt 3 minuti jooksul. Pärast seda oli lihaselõõgastus küllaldane pingevabaks intubatsiooniks. Nagu selgub jooniselt 1, tekkis usutav maksimaalse tugevusega neuromuskulaarne blokk nii I kui ka II rühma haigetel 30. minutiks pärast tubariini manustamist, Ki on ligikaudu võrdne. I rühma haigetel aga on tubariini toime anesteesia vältel keskmiste Ki-de järgi tunduvalt kestvam (240 min.) kui II rühma haigetel. Alles pärast seda toimub küünar-

luunärvi elekterstimulatsiooni andmetel lihaste toonuse osaline normaliseerumine, kuigi haiged sel ajal pärast narkoosi selili lamades tõstavad pead vabalt ja neil ei esine hingamispuudulikkuse tunnuseid veregaaside sisalduse alusel. Seevastu II haigete rühmas normaliseeruvad keskmised Ki väärtused 120. minutiks ($P < 0,05$). Niisugune erinevus tubariini toime dünaamikas uuritud haigete rühmade vahel ilmnis vaid elektrilise ärrituse indeksi alusel, s. t. kui uuriti komplekselt elekterstimulatsiooni aja-jõukõverat. Tubariini toime dünaamika niisugune erinevus uuritud haigete rühmade vahel ei olnud tingitud põhinarvootikumi toimest.

Esimese narkoositunni jooksul kujunes usutav hingamisalkaloos mõlemas haigete rühmas (vt. joonis 2) vastavalt pCO_2 $32,6 \pm 5,39$ mmHg ja $31,9 \pm 6,46$ mmHg ($P < 0,05$). Selles möödukas hüperventilatsiooniperioodis ei leidnud me muutusi tubariini toimes. Nagu selgub jooniselt 2, ei kujunenud I haigete rühmas anesteesia ajal olulist metabolistlikku atsidoosi ja ka II haigete rühmas leitud BE langus ei ole tõenäoline. See oli tingitud naatriumhüdrokarbonaadilahuse kasutamisest ja intensiivsest toetavast ravist anesteesia ajal.



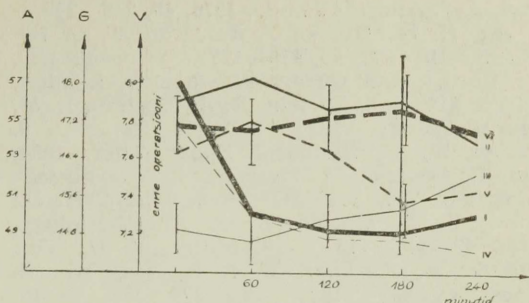
Joonis 2. Arteriaalse vere happeleelise tasakaalu näitajate (pH, pCO_2 mmHg ja BE m-ekv/l) keskmised väärtused ja nende usalduspiirid ($P < 0,05$) enne operatsiooni ja uurimisetappidel pärast tubariini manustamist esimese (I — pH, II — pCO_2 , III — BE) ja teise rühma (IV — pH, V — pCO_2 , VI — BE) haigetel.

Siiski leiti korrelatsioonanalüüsil, et mida suurem oli metabolistlik atsidoos I haigete rühmas, seda tugevam oli tubariini neuromuskulaarne blokk ($r = -0,388$, $P < 0,01$). Kuigi metabolistliku atsidoosi antidepolarisatsiooniblocki süvendav mõju lihaserelaksantide toimes on üldtunnustatud (9,13), leiab see eraldi vähe toonitamist kauglearenenud pahaloomuliste kasvaja-
tega haigete puhul.

Uuritud I rühma haigete veres esinesid tõenäolised valgufraktsioonide nihked, madal albumiinide ja kõrge γ -globuliinide protsentuaalne sisaldus ($P < 0,05$). Alati leiti anesteesia ajal vereplasma valgusisalduse ja γ -globuliinide sisalduse vähenemist ($P < 0,05$), mis oli tingitud vere lahjenemisest infusioonide tõttu, sest paralleelselt sellega vähenes usutavalt ka hematokrit: $38 \pm 5,9\%$ kuni $35 \pm 5,6\%$. Korrelatsioonanalüüsil leiti, et mida väiksem on γ -globuliinide ja mida suurem albumiinide protsentuaalne sisaldus vereplasmas, seda tugevam ja kestvam on tubariini toime Ki väärtuste põhjal ($r = -0,311$, $P < 0,02$). Seda kinnitavad ka kirjanduse andmed (1, 11, 12).

I haigete rühmas eriti, samuti ka II uuritud haigete rühmas rakendati vereeringe stabiliseerimiseks operatsiooni ajal intensiivset transfusioon- ja infusioonravi, millel oli märgatav mõju tubariini toime dünaamikale. I haigete rühmas kanti üle verd, Ringeri lahust ja 5%-list glükoosilahust kokku keskmiselt 3318 ml, II haigete rühmas mõnevõrra vähem, keskmiselt 2300 ml.

Korrelatsioonanalüüsil leiti, et mida rohkem oli üle kantud verd ($r = 0,428$, $P < 0,001$) ja lahuseid ($r = 0,350$, $P < 0,001$), seda suuremad olid Ki väärtused, s. t. seda tugevam ja kestvam oli tubariini toime. Seejuures leiti, et diureesi koguhulk operatsiooni ajal korreleerub otseproportsionaalselt Ki suurustega, eriti operatsiooni teisel poolel ja operatsiooni lõpul ($r = 0,386$, $P < 0,001$). Seega leidsime vastupidi üldiselt teadaolevale, et mida suurem oli diurees operatsiooni ajal, seda tugevam ja kestvam oli tubariini toime.



Joonis 3. Vereplasma keskmine valgusisaldus (V) ($g\%$), gammaglobuliinide (G) ja albumiinide (A) keskmine sisaldus ($\%$ -des) ja nende usalduspiirid ($P < 0,05$) enne operatsiooni ja uurimisetappidel narkoosis pärast tubariini manustamist esimese (I — valk, II — gammaglobuliinid, III — albumiinid) ja teise rühma (IV — valk, V — gammaglobuliinid, VI — albumiinid) haigetel.

Analoogilistele asjaoludele viitab R. D. Miller kaasautoritega 1976. a. (8).

Uurimistest järeldub, et tubariini toimet kombineeritud anesteesia ja toetava ravi puhul operatsiooni ajal mõjutavad mitmed asjaolud ning nende omavahelised seosed. Nii näib olevat oluliseks tubariini toimet süvendavaks teguriks suure hulga vedeliku ülekandest tingitud vere lahjenemine ja valgusisalduse vähenemine, mis eriti eelneva düsproteineemia puhul tingib tugevama ja kestvama tubariini toime. Tõenäoliselt on see seotud muutustega tubariini sidumises vere- ja koevalkudega, nn. mittespetsiifiliste retseptoriga (4). Relaksandi sidumist vere- ja koevalkudega mõjutab ka vesinikiooni kontsentratsioon veres ning kudedes (6). Sellest lähtudes tuleb toonitada, et neil juhtudel, kui suhteliselt suur diurees on tingitud ulatuslikust infusioonravist anesteesia ajal, mis tingib vere lahjenemise, ei pruugi see kaugeltki olla tubariini toime kiire möödumise kriteeriumiks, sest neis tingimustes võivad tubariini jaotumine kudedes ja elimineerumine koevalkudest olla tavalisest erinevad.

KIRJANDUS: 1. Aladjemoff, L., Dickstein, S., Shafir, E. J. *Pharmacol. Exp. Ther.*, 1958, 123, 43—47. — 2. Ali, H. H., Sava-

rese, J. J. *Anesthesiology*, 1976, 45, 216—249.—
 3. Ali, H. H., Utting, J. E., Gray, T. C. Br. J. Anaesth. 1971, 43, 473—477. — 4. Chagas, C. In: Curare and Curara-like agents. London, 1962, 2—10. — 5. Epstein, R. A., Epstein, R. M. *Anesthesiology*, 1973, 38, 212—223. — 6. Kalow, W. J. *Pharmacol. Exper. Ther.*, 1954, 110, 433—442. — 7. Katz, R. L. *Anesthesiology*, 1965, 26, 204—211. — 8. Miller, R. D., Sohn, Y. J., Matteo, R. S. *Anesthesiology*, 1976, 45, 442—445. — 9. Miller, R. D., Van Nyhuis, B. S., Eger, E. I. II, Way, W. L. *Anesthesiology*, 1975, 42, 377—383. — 10. Siggaard-Andersen, O., Engel, J., Jorgensen, K., Astrup, P. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.*, 1960, 12, 172—176. — 11. Stovner, J., Theodorsen, L., Bjelve, E. Br. J. Anaesth., 1971, 43, 385—391. — 12.

12. Камышов Я. М. Белки плазмы крови и действие мышечных релаксантов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Кишинев, 1968. — 13. Кованев В. А., Хмелевский Я. М., Белоярцев Ф. Ф. Мышечные релаксанты. М., 1970.

Pärnu Linna Haigla
 TRÜ arstiteaduskonna üldkirurgia,
 anesthesiologia ja reanimatoloogia kateeder

On teada, et antiikaja tsiviliseeritud rahvad kasutasid ravimuda naha ja juuste iluraviks. Nüüd on kosmeetikud ravimuda kasutamise taas ausse tõstnud. Muda on paljude näomaskide, näopuhastusvedelike, šampoonide, juuste toitevõõre ja isegi hambapastade koostisosaks.

Looduslikku ravimuda sisaldavate kosmeetikavahendite omaduseks on see, et nad puhastavad nahka ja juukseid ilma nendelt nende normaalset rasva eemaldamata. See tõttu muutub nahk värseks, pehmeks ja puhtaks, ent mitte liiga kuivaks. Juustes aga taastub nende loomulik happelisus, mis hoiab ära rasunäärmete liigse töö ja juuste kiiresti rasvaseks muutumise.

Vogne, 1975, 1, 132, 65

Ülevaated

UDK 616.72-002-079.4-053.5(047)

LASTE LIIGESEVALUDE DIFERENTSIAALDIAGNOOSIMINE

INGRID LAAN · TALLINN

liigesevalud, polüartriidid, diferentsiaaldiagnoosimine, etioloogia, sümptomaatika, lapsed

Liigesevalusid ei kaeba mitte üksnes terapeutide patsiendid, vaid sageli võib nende üle kurtmist kuulda ka pediatrite patsientidelt. Kõigi selgesti väljakujunenud intoksikatsiooninähtudega haiguste sümptoomkompleksi kuuluvad ka artralgiad.

Nii kaasneb artralgia ägeda viirusnakkusega (10, 13), kuid valu põhjustajaiks võivad olla sepsis, verehaigus, tuberkuloos, endokriinsed häired, nahahaigused (psoriaas) (2, 14, 15, 16, 24, 25). Kroonilised koldenakkused, nagu krooniline tonsilliit, koletsüstiit, karioossed hambad jt., põhjustavad polüartralgiad. Polüartralgiad või polüartriidid on iseloomulikud ka suurtele kollagenoosidele ja reumale (20, 24). Liigesevalusid kirjeldatakse allergiliste seisundite, nagu seerumtõve, ravimallergia puhul (7, 11, 22, 23). Isegi salitsülaadid, millega sageli ravitakse artralgiad ja artriite, võivad olla allergilise artropaatia põhjused, tekitades liigete turset ja punetust (7, 11). Artralgiad simuleerivad ka lihaste kahjustused — müosiidid ja müalgiad.

Ealistest iseärasustest tingituna on lapseas sageli raske kindlaks teha valu tõelist lokalisatsiooni, eriti siis, kui puuduvad paiksed nähud. Nii lihaste, kõõluste, närvide, luude kui ka naha haigestumise korral kaebavad

lapsed tihti valu jäsemetes, mida vanemad peavad liigesevaluks. Pseudoartralgia põhjuseks võivad olla ka lapse vanusele mittevastavad pikad jalutus-käigud, kauane seismine, sobimatud jalatsid, jäsemete halb verevarustus tugevate püksi-, suka- või sokikummi-de tõttu.

Seepärast tuleb kõigepealt selgitada 1) kas protsess on liigeses või pehmetes kudedes; 2) kas kaebuse põhjuseks ei ole hoopis närvide, veresoonte või luude kahjustus; 3) kas valud ei või irradieruda siseelundeist.

Kui tõepoolest on liigesevalud, siis tuleb diferentsida, kas on tegemist artriidi või artralgiaga. Diagnoosimisel tuleb lähtuda järgnevast: 1) kahjustatud liigete arv (mono- või polüartriit); 2) liigete kahjustuse lokalisatsioon (suured või väikesed liigesed) ja sümmeetrilisus; 3) eelnenud haigus või trauma; 4) algus: äge, märkamatu jne.; 5) kulg; 6) liigesenähtude iseloomustus: valu laad, liigese turse, punetus, deformatsioonid, liikuvus; 7) kas kaasneb vistseraalseid sümptomeid; 8) lapse vanus; 9) tegur, mis kupeerib või tugevdab valu.

Järgnevad liigete inspeksioon, palpatsioon ja mõõtmine. Vaatlusel tuleb tähelepanu pöörata kõigi liigete seisundile, ka nende, mille kohta kaebusi ei ole. Diagnostilistest abivõtetest on vajalikud: 1) röntgenülesvõtted kahjustatud liigestest otse- ja külgsuunas — ülesvõtted teha sümmeetrilistest liigestest ka sel juhul, kui ainult üks neist on kahjustatud;

2) vere kliinilised ja biokeemilised (C-reaktiivne valk, siaalhape, proteino-gramm, anti-O-streptolüsiini tiiter, vere kusihappesisaldus jne.) analüüsid.

Peale selle tuleb välja selgitada kroonilise nakkuse kolded (kurgu-, nina- ja kõrvaarsti ning stomatoloogi konsultatsioon, tuberkuliinproovid jne.) ning vajaduse korral konsulteerida ortopeediga.

Ägeda polüartriidi juhtudel peab pediaater kindlasti mõtlema eelkõige reumale. Reumaatilisele polüartriidile on iseloomulik äge algus ja see, et hai-

gusest on tabandunud mitu suurt liigest sümmeetriliselt. Turse tekib sünoviaalvedeliku hulga suurenemisest kahjustatud liigeses ja on piirdunud ulatusega. Valud on lenduvad ja kaovad reuma ravi tulemusena 1...3 päeva pärast, ainult erandjuhtudel püsivad nad kauem kui nädal (20, 22, 24, 26).

Reumaatilise polüartriidiga kaasneb alati kardiit. Ja kuigi mõne aja eest diagnoositi ka ilma kardiidinähtudeta kulgevat haigust kui reumaatilist polüartriiti, ei saa seda õigeaks pidada. Võimalik, et neil juhtudel oli tegemist infektsioos-allergilise polüartriidiga (17, 18, 22).

Infektsioos-allergilisse polüartriiti haigestuvad sagedamini lapsed, kes esimesel eluaastal on põdenud eksudatiivset diateesi, kellel on haigestumisindeks kõrge ning kes põevad kroonilisi koldenakkusi (17, 18). Haigus algab varsti pärast põetud angiini või ägedat respiratoorset nakkust. Sageli kaasneb allergiline lööve. Isegi anulaarne erüteem kui mittespetsiifiline hüperergiline reaktsioon, mida varem peeti reuma diagnostiliseks kriteeriumiks, võib infektsioos-allergilise polüartriidiga kaasneda. Laboratoorsed näitajad viitavad alul tugevatele patoloogilistele muutustele, ent need normaliseeruvad 2...3 nädala jooksul.

Infektsioos-allergilisi polüartriite ja ägedaid sünoviite täheldatakse adeno-, ECHO- ja arboviirustega nakatumise korral (10, 13, 15). Ka punetiste puhul on kirjeldatud infektsioos-allergilist polüartriiti, mis algab ägedalt ja võib välja kujuneda nii enne kui ka pärast löövet või lööbe tekke ajal. Sagedamini on haaratud sõrmeliigesed, harvem põveliigesed.

Infektsioos-allergilist polüartriiti esineb ka 2...3 nädalat pärast parotiidi põdemist. Valu lokaliseerub peamiselt põlve-, hüppe-, sõrme- ja varbaliigestes. Valu kestab 2...8 nädalat (10, 15).

Rohkesti on andmeid infektsioos-allergiliste polüartriitide kohta seedenakkuste järgselt või ajal (4, 5, 6, 12,

15). Tekitajatest on siin esiplaanil salmonellad, düsenteeriapisikuist eriti Shiga-Kruse tüvi; väliskirjanduses prevaleerib tekitajaist *Yersinia enterocolitica* (1, 6, 12). Tavaline on polüartriidi või polüartralgiate kaasnemine lambliosisiga. Viirushepatiidi prodromaalperioodil on 11...14%-l juhtudest kirjeldatud polüartriiti, haigusest on tabandunud peamiselt põlve- ja hüppeliigesed.

Infektsioos-allergiline polüartriit kaasneb ka hemorraagilise vaskuliidiga.

Viimastel aastatel on lastel sagenevad ja rohkesti diferentsiaaldiagnostilisi raskusi valmistanud reumatoidartriit. Haigusele on iseloomulik aeglane, peaaegu märkamatu algus. Kahjustatud liiges on tavalisest valutundlikum ja laps hakkab esimese sümptoomina tundma valu kukkumisel või siis, kui haige liiges satub millegi vastu, ning ta seostabki haiguse alguse traumaga. Et reumatoidartriit algab tihti põlveliigese asümmeetrilise kahjustusega, siis on üks sagedasemaid eksidiagnoose traumaatiline goniit. Varem oli selleks ka tuberkuloosne kahjustus, mida peeti peamiseks monoartriidi põhjustajaks (25).

Põlveliigese kahjustuse puhul tuleb mõelda ka siiani veel ebaselge etioloogiaga intermiteeruvale vesipõlvele (15). Harilikult tunneb laps mõni tund enne vedeliku teket kerget valu põlves. Vedelik püsib põlveliigeses 3...5 päeva, resorbeerub siis iseenesest ja võib taas tekkida 1...3 nädala pärast; võib üle minna ka teise põlveliigesesse. Vedelik kaob põlveliigesest sageli iseeneslikult.

Nagu NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Reumainstituudi juhtimisel tehtud kollektiivne uurimistöö (10) kinnitas, tuleb kindlasti mõelda reumatoidartriidile siis, kui liigesepõletik on kestnud üle kolme kuu, eriti, kui selle aja möödumisel on põletik üle läinud ka teistele liigestele. Reumatoidartriidi korral haaratakse kaasa periartikulaarsed koed ja liigese turse on seetõttu ulatuslikum, andes palpatatsioonil taigna konsistentsi. Eksudaadi

imendumisel on tunda krepitatsiooni. Haiguse kroonilise kulu tõttu tekivad hiljem liigeste deformatsioon ja funktsiooni puudulikkus. Reumatoidartriidile on tüüpiline ka väikeste liigeste sümmeetriline kahjustus ja kangus hommikuti.

Küllalt palju esineb lastel ebaselge haiguspildiga artralgiad, mille puhul nakkuskollet ei leita, kuid valu ei ole tingitud ka põhihaigusest või üldintoksikatsioonist. Enamasti tekivad valud öhtuti või öösiti. Need lapsed vajavad tingimata ortopeedi konsultatsiooni selgitamaks, kas ei ole tegemist lampjalgsuse, komppöia või lapse- ja noorukiea osteokondropaatiatega (9, 15, 25). Poistel esineb viimaseid 3...5 korda sagedamini kui tüdrukutel.

Sagedasemateks lapseas esinevateks osteokondropaatiateks on:

1) *Morbus Legg-Calvé-Perthes* — reieluupea aseptiline nekroos. Enam dispooneeritud vanus 5...12 aastat;

2) *Morbus Köhleri I* — lodiluu aseptiline nekroos, mida esineb 2...14 aasta vanustel, sagedamini 3...7-aastas- tel;

3) *Morbus Köhleri II* — II või III, harva IV metatarsaalluu pea osteokondropaatia, mida esineb sagedamini vanemas lapseas (13...18 a.), harva 3...8-aastas- tel;

4) *Morbus Calvé* — selgroolülide osteokondropaatia, mida tuleb ette 2...15-aastas- tel, eriti 4...7 aasta vanustel lastel. Lokaliseerub lülisamba kaela-, rinna- või ristluuosas;

5) *Morbus Osgood-Schlatter* — *tuberositas tibia* osteokondropaatia. Sagedamini 13...18-aastas- tel poistel, enamasti mõlemal jalal korraga.

8...14 aasta vanustel lastel on kirjeldatud ka idiopaatilist juveniilset osteoporoosi (3, 8, 15). Sel juhul on iseloomulik valu kandades ja lülisamba lumbaalosas. Sageli tekivad luumurud. Generaliseerunud osteoporoosi puhul on protsessist haaratud ka pikad toruluud. Väheneb vere kaltsiumi- ja raskematel juhtudel ka fosforisisaldus. Röntgenülesvõtetal võib luudes leida osteoporoosile iseloomulikke muutusi.

Tabel. Lastel sagedamini esinevate polüartriitide sümptomaatika

Tunnus	Reuma	Reumatoidartriit	Infektsioos-allergiline polüartriit
Kahjustatud liigeste arv	Polüartriit	60%-l juhtudest on algul mono- või oligoartriit	Polüartriit
Liigeste kahjustuse lokaliseerimine ja sümmeetrilisus	Haaratud suured liigesed, sümmeetriliselt	Algul sagedamini põlveliiges, edasi hüppe-, randme-interfalgangaalliigesed ning lülisamba kaelaosa kahjustus. Asümmeetriliselt	Esiplaanil hüppe-, põlve- ja randmeliigesed, sümmeetriliselt
Liigeste kahjustuse laad	Turse lokaliseeritud — ainult sünoviaalvedeliku hulga suurenemine kahjustatud liigeses	Turse laialdane, kuna kaasa haaratakse ka periartikulaarsed koed. Palpatsioonil taigna konsistents. Imendumisel tunda krepitatsiooni. Hommikune kangus	Esinevad ka bursiidid ja tendovaginiidid
Eelnenud haigus või trauma	10...15 päeva pärast angiini, viirusnakkust või ülepingutust	Seostatakse mõnikord traumaga	10...15 päeva pärast ägedat respiratoorset nakkust või kolde-nakkuse ägenemist, harva samaaegselt ägeda viirusnakkusega
Algus	Äge, koos kehatemperatuuri tõusu ja tugevate liigesenähtudega	Aeglane, hiiliv, sümptoomid algul vähe väljendunud	Äge, koos kehatemperatuuri tõusu ja liigesenähtudega
Kulg	Valud lenduva iseloomuga, kaovad kiiresti. Liigeste muutusi ja funktsiooni häiret ei jää	Võtab kroonilise kulu, kujunevad liigeste deformatsioon ja funktsiooni puudulikkus ning lihaste atroofia	Kestab 2...8 nädalat. Liigeste talitluse häire mõõdukas ja mööduv
Vistseraalsed nähud	Kaasub kardiit	Kujunevad välja hiljem. Sagedamini lümfadeniit, hepatosplenomegalia, neerukahjustus. Harvem müo- ja perikardiit	Harilikult puuduvad. Harva kaasub infektsioos-allergiline müokardiit
Valu kupeerivad	Salitsülaadid	Salitsülaadid avaldavad vähe mõju	Salitsülaadid, kuid mõju aeglasem kui reuma puhul

Osteoporoose põhjustavad ka endokriinsed häired, hüpokineesia ja põletikud, samuti ravimid (8, 11, 15, 23). Viimastest sagedasemad on kortikosteroidid, antikoagulandid, tetratsükliinirepreparaadid.

Luukoe metabolismi häireid, hüperostoosi moodustumist, soodustab A- ja

D-vitamiini liigne kasutamine, samuti floor (11, 15, 23).

Puusalüüsi kaasasündinud düsplaasiad ja luksatsioonid võivad olla liigese mikrotsirkulatsiooni häire aluseks, mille tagajärjel arenevad hiljem välja osteoartroosid (15).

Kindlasti on veel mitmeid muidki

haigusi, mis põhjustavad liigesevaevusi lapseeas. Käesolevas ülevaates on loetletud neist üksnes sagedamini esinevaid, mida pediaatril tuleb igapäevases töös arvestada.

KIRJANDUS: 1. *Asch, L., Kuntz J. L. J. Méd. Strasbourg.*, 1976, 7, 1, 13—16. — 2. *Blank, A., Mägora, A., Leviatan, A. Bull. Lig. int. Rheum.*, 1974, 4, 6, 533—539. — 3. *Grubbauer, H. M., Stögmann, W., Wendler, H. Klin. Pädiat.*, 1976, 188, 4, 353—359. — 4. *Haslock, I., Macrae I. F., Wright, V. Rheuma Rehab.*, 1974, 13, 3, 135—140. — 5. *Haslock, I., Wright, V. Rheum. a. Rehab.*, 1974, 13, 2, 51—61. — 6. *Jacobs, J. C. Pediatrics*, 1975, 55, 2, 205—212. — 7. *Lancu, Th., Elian, E. Am. J. clin. Path.*, 1976, 66, 3, 570—575. — 8. *Lapat-sanis, P., Kavadias, A., Vretos, K. Arch. Dis. Child.*, 1971, 46, 245, 66—71. — 9. *Mattner, H. R., Timashevski, H. Pädiat. Grenzgeb.*, 1975, 14, 2, 81—89. — 10. *Mladenovic, P. V., Kerimovic, D. Reumatizam*, 1975, 22, 4, 135—139. — 11. *Murray, R. O. Am. J. Roentgenolog. Radium, Ther Nucl. Med.*, 1976, 126, 1, 5—22. — 12. *Olhagen, B. Arthritis. Ann. clin. Res.*, 1975, 7, 3, 119—128. — 13. *Panus, R. S. Arthr. Rheum.*, 1974, 17, 5, 534—536. — 14. *Pittard, W. B., Thullen, J. D., Fanaroff, A. A. J. Pediat.*, 1976, 88, 4 (1), 621—624. — 15. *Riesz, E. Die Untersuchung der Bewegungsgorgane. Budapest.* 1973.

16. *Артамонова В. А., Кадушевич Ф. П. Вопр. охр. мат.*, 1974, 2, 51—54. — 17. *Богомолова Ф. А., Батюнина Н. Ф., Корнюшин М. А., Забияка Г. П., Астахова Л. М., Заславская В. Н., Драбкина Р. Е. Вопр. охр. мат.*, 1970, 9, 30—33. — 18. *Васильева Л. Т. Педиатрия*, 1970, 5, 42—44. — 19. *Долгополова А. В., Бисярин В. П., Алексеев Л. С. и др. Вопр. ревмат.*, 1976, 3, 8—12. — 20. *Долгополова А. В., Кузьмина Н. Н. Педиатрия*, 1969, 4, 27—31. — 21. *Иевлева Л. В., Трофимова Т. М., Ганченко Л. И., Акимова Л. И., Русякова М. С. Тер. арх.*, 1974, 11, 130—133. — 22. *Исаков И. И., Заболотных И. И. Инфекционно-аллергический полиартрит. Л.*, 1973. — 23. *Лекарственная болезнь. Под ред. Г. Маждракова и П. Попхристово. София*, 1973. — 24. *Нестеров А. И., Астапенко М. Г., Насонова В. А. Тер. арх.*, 1970, 4, 29—37. — 25. *Фанкони Т., Вальгрен А. Руководство по детским болезням. М.*, 1960. — 26. *Яковлева А. А. Инфекционный неспецифический (ревматоидный) артрит у детей. М.*, 1971.

Экспериментальсе жа
Клиинилсе Медитсиини Институт

Tervishoiutöö korraldus

UDK [616.72-002.77+616-002.5/.7]1:614.2(474.2)

REUMATOIDARTRIITI JA KOLLAGENOOSI PÕDEVATE HAIGETE DISPANSEERIMISE KOGEMUSI KOHTLA-JÄRVEL AASTAIL 1971 ... 1976

ILJA GURVITS · KOHTLA-JÄRVE
ALEKSANDER LEVIN · TALLINN

reumatoidartriit, kollagenoosid, dispanseerimine, Kohtla-Järve, laboratoorsed uuringud, raviprintsiibid

Suurte kollagenooside diagnoosimisel ja ravis on mitmeid raskusi. Eduka ravi eriti tähtis eeldus on haigete varajane väljaselgitamine ja dispanseerimine, ka adekvaatne ravi ning kompleksne taastusravi (1).

Et reumatoidartriit on visa, sageli progresseeruva kulu, samuti suhteliselt tagasihoidlike ravitulemustega haigus, on ta pidevalt reumatoloogide tähelepanu keskmes. Reumatoidartriidiprobleem on tähtis ka seetõttu, et haigus on laialdaselt levinud ja tabab peamiselt töövõimelises eas inimesi. Nii oli 1976. aastal Kohtla-Järvel reumatoidartriiti põdevaist haigeist 83,5% töötavad inimesed.

NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia Reumainstituudis on välja töötatud reumatoidartriiti põdevate haigete pikaajalise kompleksravi meetodika, mille puhul toimub ravi kolmes etapis — haiglas, polikliinikus ja kuurordis. Dispanseerimine-polikliiniline etapp on selles süsteemis peamine ja ravi eesmärk sel-

lel etapil on patoloogilise protsessi minimaalses aktiivsuse faasis hoidmine, ägenemiste profülaktika, haigete rehabiliteerimine ja nende töövõime säilitamine (3).

Samas aga tekib nende haigete dispanseerimisel territoriaalses ja tsehhi-jaoskonnas mitmeid raskusi ravi, diagnoosimise ja prognoosimise seisukohalt. Ühest küljest puuduvad küllaldased kollagenooside ravi kogemused, teisest küljest aga on kliinilis-laboratoorse uurimise võimalused arsti- või tsehhi-jaoskonna tingimustes üsnagi piiratud.

Arvame, et kõikide niisuguste haigete dispanseerimise koondamisel spetsiaalse ettevalmistusega arsti kätte on mitmeid eeliseid:

— küllalt suure hulga vaatlusaluste korral on iga haigusjuhtu võimalik tüpiseerida nii kliinilise kulu kui ka ravi- ja profülaktikataktika valiku seisukohalt;

— kujunevad soodsad tingimused haigete pikaajaliseks jälgimiseks;

— samuti on tingimused soodsad ravi- ja profülaktikaürituste standardiseerimiseks ning uute ravimeetodite laialdasemaks kasutamiseks.

Niisugused kaalutlused on kinnitust leidnud ka NSV Liidu ja Eesti NSV tervishoiuministeeriumi käskkirjades fikseerituna.

Reumatoidartriiti ja kollagenoos pödevate haigete ravi tõhustamise eesmärgil tegime Kohtla-Järve linnas ajavahemikul 1971...1976 katset koondata kõikide selliste haigete jälgimine ja ravi ühe spetsialisti hoole alla (4). Linna ühes polikliinikus eraldati nende haigete vastuvõtuks kolm tundi nädalas. Haigeid võttis vastu kardioreumatoloogiasakonna ordinaator ühiskondlikel alustel. Praegu on dispanseersel arvel 225 inimest vanuses 24...60 aastat. Dispanseeritute arv on 1971...1972. aasta andmetega võrreldes 2,8 korda suurenenud. Arvatavasti püsib selline kasvutendents ka tulevikus.

Eelkõige dispanseerime töövõimeelisi patsiente. Arsti vastuvõtul oli keskmine tunnikoormus 3,7. Sel juhul võib ta aastas vastu võtta 500...550 haiget.

Tabel. Dispanseeritud haigete struktuur 1976. a.

Nosoloogiline vorm	Dispanseeritud haigeid	
	absoluut- arv	%-des
Reumatoidartriit	190	84,4
Süsteemne erütematoosne söötraig	16	7,2
Behterevi tõbi	16	7,2
Suurte kollagenooside muud vormid	3	1,2

Haigete kohta, kellel oli reumatoidartriidi torpiidne, progresseeruv vorm, süsteemne erütematoosne söötraig või kes põdesid Behterevi tõbe, täideti peale tavalise dispanseerse jälgimise kaardi ka perfokaart, millele kanti järgmised andmed: haiguse kestus, haiguse kliiniline vorm ja kulu laad (dünaamilisi muutusi arvesse võttes), ravivariandid, tüsistused (kujunemisaeg ja laad), laboratoorsed näitajad dünaamikas.

Reumatoidartriiti pödevate haigete seisundit kontrolliti kaks korda aastas (püsiva remissiooni korral), torpiidse vormi ning liigese- ja vistseraalvormi juhtudel kord kuus. Süsteemse erütematoosse söötraia juhtudel, Behterevi tõve ja suurte kollagenooside muude vormide korral kontrolliti haigeid vähemalt kord kuus. Tüsistuste, samuti krüsoteraapia ja immunosupressiivse ravi korral toimusid haigete läbivaatused kuni neli korda kuus.

Laboratoorsetest uuringutest tegime vere üldanalüüsi, määrasime fibrinogeeni, C-reaktiivse valguga ja siaalhappesisalduse, valgufraktsioonid elektroforeesi teel, anti-O-streptolüsiini tiitri, reumatoidfaktori ning humoraalse immuunsuse ja rakuimmuunsuse mõned näitajad. Laboratoorseid uuringuid tehti 2...4 korda aastas. Tüsistuste korral ning krüso- ja immunosupressor-teraapia puhul toimusid laboratoorsed uuringud vähemalt kord nädalas.

Medikamentoosse ravi valikul peeti silmas haiguse aktiivsust, haiguse laa-

di, eelneva ravi tõhusust, samuti tüsistusi ja kaasnevaid haigusi. Kordusraviks ja pikaajalisteks ravikuurideks kasutasime laialdaselt kinoliinipreparaate, samuti salitsülaate ning pürasooloni, metindooli, brufeeni derivaate. Kortikosteroidravi määrasime haiguse aktiivsuse astet ja faasi arvesse võttes, mitmel juhul ordineerisime kortikosteroidide kombinatsioonis immunosupressoritega (6-merkaptopuriin, Tio-Tef). Näidustuste korral määrasime krüso-teraapia (krüsanool, sanokrüsiin) tavalise skeemi järgi. Laialdaselt rakendasime füsioteraapiat ja ravivõimlemist.

Dispanseersete haigete arstiabi järgivuses oli kehtestatud kindel kord. Haiged dispanseeriv arst juhtis ka nende ravimist haigla kardioreumatoloogiaosakonnas.

Kõikidele süsteemset erütematoosset söötraiga, visalt kulgevaid reumatoidartriidivorme ja Behterevi tõbe pödevatele haigetele loodi võimalused plaaniliseks, kuid näidustuste korral ka korduvaks haiglaraviks.

Järeldused. 1. Reumatoidartriidist ja suurtest kollagenoosidest põhjustatud haigestumus on küllalt suur, eriti töövõimeealiste hulgas.

2. Haigusvormide, samuti patogeneesi ja ravimeetodite mitmekesisuse tõttu peab haiged dispanseerival arstil olema küllalt palju kogemusi.

3. Dispanseerne arstiabi linna ja rajooni tervishoiupraktikas on meie arvates optimaalne sel juhul, kui kõikide seda laadi haigete väljaselgitamise ja dispanseerimisega tegeleb üks ja sama spetsialist.

Kirjandus: 1. Пяй Л. Т. В сб.: Материалы докладов V съезда терапевтов Эстонской ССР. Таллин, 1971, 41—42. — 2. Астапенко М. Г. В опр. ревмат., 1973, 4, 8—9. — 3. Вапра А. Н., Ару С. Я. Материалы докладов V съезда терапевтов Эстонской ССР. Таллин, 1971, 135—137. — 4. Гурвич И. В. Там же, 166—168.

Kohtla-Järve 3. Linnahaigla
Tallinna Vabariiklik Haigla

A**biks** velskritele ja õdedele

UDK 616.72-002.77:616-053.9

REUMATOIDARTRIIDI RAVI EAKATEL HAIGETEL

ARTEMI VAPRA . TARTU

reumatoidartriit, ravi iseärasused, eakad haiged, diferentsiaaldiagnoosimine, raviskeemid

Eakad, 60...74 aasta vanused inimesed kannatavad sageli liigesehaiguste all (1, 2). Neil esineb primaarset osteoartroosi, raskematest liigesehaigustest reumatoidartriiti. Reumatoidartriidi diferentsimisel primaarsest osteoartroosist tekib tihti raskusi. Nende kahe liigesehaiguse diagnoosimise kergendamiseks esitame tabeli.

Kui reumatoidartriit tekib esmaselt eakatel inimestel, võib tema kulg olla mitmesugune. Rohkem tuntud on healoomuliselt kulgev reumatoidartriit, mis areneb primaarse osteoartroosi taustal, on nõrga või mõõduka aktiivsusega ega kaldu progresseeruma (12, 16, 22). Ent reumatoidartriit võib ka kiiresti progresseeruda ning tema kulg olla pahaloomuline, kusjuures liigesed deformeeruvad paari aasta jooksul ja haige muutub invaliidiks (4, 15). Meie pikaajalised tähelepanekud on kinnitanud, et nooremas eas alanud reumatoidartriit võib eakas vanuses endiselt olla pahaloomuline, või siis, vaatamata liigeste deformatsioonidele, olla inaktiivne. Eakate reumatoidartriidihaigete ravimisel peab arvestama vananeva organismi iseärasusi (10). Vanemas eas

Tabel. Reumatoidartriidi ja primaarse osteoartriooni diferentsiaaldiagnoosimine

Sümptoom	Reumatoidartriit	Osteoartrioon
Valud Hommikune liigeste jäikus Põletikunähud liigestes	Püsivad Tugevasti väljendunud Selgelt väljendunud	Vähesed Ümber 10 minuti jooksul kaob Ei täheldata või vähe väljendunud
Liigeste liikuvus	Piiratud	Normaalne või vähe takistatud
Kulg Lihaste kõhetus	Progresseeruv Välja kujunenud ja progresseeruv	Aeglaselt progresseeruv Nõrgalt välja kujunenud
Südamekahjustus Seos nakkuskoldega Kehatemperatuur Liigeste röntgenogramm	Müokardi düstroofia Väljendunud Sageli veidi kõrgenenud Osteoporoos, liigesepilu kitsenemine, erosioonid	Puudub Puudub Normaalne Subkondraalne osteoskleroos, osteofüüdid, liigesepilu kitsenemine
SR	Kiirenenud	Normaalne või veidi kiirenenud
Reumatoidfaktor Düsproteineemia	Positiivne Väljendunud	Negatiivne Ei esine

on haigusest tabandunud sagedamini ka suured liigesed (14, 21). Kui noorem ja keskeas on naishaigete ülekaal, siis eakas vanuses on rohkem meeshaiged (3, 5). Reumatoidartriidi tekkimisel on oluline koht immunopatoloogilistel protsessidel organismis, kolde-nakkustel ja liigesepõletikel (8). Reumatoidartriidi ravi eesmärk on: 1) maha suruda põletiku aktiivsus; 2) taastada haigusest tabandunud liigese talitus ja haigete töövõime ning 3) ära hoida haiguse ägenemine (18).

Seega kuuluvad reumatoidartriidi ravis põletikukolde saneerimine, põletiku ja immunosupressiivne ravi. Sageli pööratakse nakkuskollete (karioossed hambad, krooniline sapiteede põletik) ravile, eriti eakate haigete puhul, vähe tähelepanu. Koldenakkuse kõrvaldamine on oluline, ägeda põletikukolde korral rakendatakse bakteritevastast ravi (penitsilliin, tetratsükliin).

Ravi peab olema individuaalne, tuleb arvestada haigusprotsessi aktiivsust liigestes, haiguse kliinilist vormi, haiguse kulgu, röntgenileidu (9). Reumatoidartriidi ravi on pikaajaline, kolmeetapiline: statsionaar — polikliinik — sa-

natoorium. Põhihaiguse ravimisel tuleb ravida ka kaasnevaid haigusi.

Reumatoidartriidi ravi printsiibiks on patogeneetiline ravi, samal ajal rakendatakse mitmesuguseid meetodeid, nagu medikamentoosid, füsioterapeutilisi, ortopeedilisi-kirurgilisi.

Ka eakate puhul valime ühe põhiravi vahendeist: 1) kinoliini derivaatidest delagiili (e. resokiini või plakeniili), 2) kullapreparaatidest krüsanooli ning 3) tsütostaatilistest vahenditest ehk immunosupressantidest 6-merkaptopüriini, sarkolüsiini või asotopüriini jt.

Põhiravimiks on delagiil e. klorokiin või plakeniil, mida antakse 0,25 (tavaliselt üks tablett öhtul) 2...3 aasta vältel. Niisama palju aega antakse neid veel 1/2 tabletti päevas. Pikaajalise ravi kuuri korral tehakse tavaliselt suvel 2...3-kuuline vaheaeg. Kui neid preparaate on tarvitatud juba pikemat aega, on vaja, et silmaarst kontrolliks silmi ennetamiseks võimalikke kõrvalnähte.

Reumatoidartriidi ravimine kullapreparaatidega on üks tõhusamaid meetodeid (7), eakate patsientide puhul tuleb aga arvestada sagedamate komplikat-

sioonide võimalust (6). Krüsoteraapiat alustatakse haiglas ja seda jätkatakse polikliinikus.

Eakatel rakendatakse samuti immunosupressiivset ravi, ka siin on vaja näidustustest täpselt kinni pidada (19, 23). Ravi alustatakse süstemaatilise kontrolli all haiglas, eakas vanuses tuleb arvestada nende ravimite teratogeenset toimet (6).

1949. aastal hakati reumatoidartriidihaigete raviks kasutama neerupealiste koore hormone. Kortikosteroidipreparaatidest on tuntumad prednisoloon, deksametasoon ja triamtsinoloon. Need on tugeva põletikuvastase toimega vahendid, nende kasutamise korral kaob liigesevalu mõne päeva jooksul ja liigese turse alaneb, kuid preparaadi ärajätmisel võivad kiiresti tekkida retsiidid. Kortikosteroidipreparaate võetakse põhiliselt kiiresti progresseeruvate ning liigese- ja vistseraalvormide korral. Et on kõrvalnähtude oht (osteoporoos, düspeptilised haigused), tuleb neid eakatel määrata mõninga ettevaatusega ning väiksemates annustes. Vanemaealistele ei ole kortikosteroidipreparaatide pikaajaline kasutamine näidustatud (17). Mingil juhul ei tohi haiged neid ise süsteemilt kasutada hakata.

Mittehormonaalsetest põletikuvastastest vahenditest on kasutusel salitsülaadid (atsetüülsalitsüülhape ehk aspiriin), mille põletikuvastane toime on nõrk. Paremad on pürasolooni derivaadid butadioon, reopüriin, pürabutool. Pürasolooni derivaatide tarvitamisel tuleb jälgida leukotsüütide hulka ja leukogrammi. Tavaliselt võetakse butadiooni 0,15 kolm kuni neli korda päevas, ravikuuriks on ette nähtud 15,0...18,0.

Viimasel ajal on olenevalt haiguse aktiivsusest reumatoidartriidi ravimisel kasutama hakatud indometatsiini ehk metindooli (0,025 *pro dosi*) 3...6 tabletti päevas. Soovitav on kasutada metindooli ka küünaldes 50...100 mg, tavaliselt öhtuti. Eespool mainitud preparaadid võivad sageli põhjustada kõrvalnähte maos. Maohäirete tekkimisel

tuleb kasutada almageeli, vismuthüdroksiidnitraati ning muid vahendeid (10).

Kui on tegemist ühe liigese haigestumise või oligoartriidiga, võib süstida hüdrokortisooni, radioaktiivset kulda liigesesse või periartikulaarsesse koesse (13).

Haiguse inaktiivses faasis ning I astme aktiivsuse korral tuleb teha mitmesuguseid füsioterapeutilisi menetlusi, nagu lühilaine, parafiinimähised, fonoforees, induktotermia. Ei tohi unustada ravikehakultuuri ega massaaži. Haiguse inaktiivses faasis ja I astme aktiivsuse korral on näidustatud sanatoorne ravi. Eakate haigete mudaravile saatmisel tuleb kontrollida südame ja veresoonekonna seisundit. Sanatooriumis on võimalik tugevdada organismi ja parandada immunoloogilist reaktiivsust (20).

H. Janbaeva ja T. Solijev soovivad oma raamatus «Reumatoidartriit» (24) mitmesuguseid raviskeeme, mis võivad rakedamist leida ka eakate haigete puhul.

I raviskeem — põhiravi — aeglase toimega preparaadid (delagiil, resokiin, klorokiin, plakeniil) ning kiire toimega reumavahendid (butadioon, aspiriin, metindool, brufeen). Seda skeemi rakendatakse reumatoidartriidi kõigi vormide puhul, kui haigus on I aktiivsustastmes ning kui on I...IV röntgenoloogiline staadium.

II raviskeem — põhiravi nagu I skeemi puhulgi ning süstida hüdrokortisooni liigesesse või periartikulaarsesse koesse. Rakendatakse liigesevormi, samuti osteoartritisega kombineerunud vormi korral, kui haigus on I ja II aktiivsustastmes ning kui on I...IV röntgenoloogiline staadium.

III raviskeemi korral toimitakse nagu II raviskeemi korralgi, võetakse lisaks veel kortikosteroide. Rakendatakse liigesevormi puhul, kui on reumatoidartriidi III astme aktiivsus, liigese- ja vistseraalvorm või kombineeritud vorm reumaatilise südamerikkega (II ja III aktiivsustaste). Röntgenoloogiliselt I...IV staadium.

IV raviskeem näeb välja nagu III raviskeemgi, erinevus on vaid see, et li-saks kortikosteroididele kasutatakse veel kullapreparaate. Rakendatakse liigesevormi korral, kui on reuma II astme aktiivsus, röntgenoloogiliselt I ja III staadium.

V raviskeem — immunosupressandid (tsüklofosfamiid, 6-merkaptopuriin jt.), kortikosteroidide võetakse sisse ja süstitakse periartikulaarsesse koesse. Rakendatakse liigesevormi korral, kui haigus on III aktiivsusastmes, liigese- ja vistseraalvormi korral, kui haigus on II ja III aktiivsusastmes ning kui eelnevate raviskeemide kasutamisel ei ole soodsaid tulemusi saadud.

Eakaid reumatoidartriidihageid ravitakse kõige enam I ja II skeemi järgi. Seega eakate reumatoidartriidihage-
gete puhul peame arvestama haigusvormi ja haiguse aktiivsust, ravimite määramisel ka vananeva organismi iseärasusi.

KIRJANDUS: 1. Cruickshank, B. Brit. Dis. Chest, 1959, 53, 3, 226—236. — 2. Ellman, P., Ball, R. E. Brit. Med., 1948, 2, 6, 816—820. — 3. Seidel, K., Reinhardt, H., Köhler, R. Deutsches Gesundheitswesen, 1958, 23, 15, 762—769.

4. Акимова М. Ю. Состояние сердечно-сосудистой системы и больных инфекционным неспецифическим полиартритом при лечении некоторыми физическими факторами. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ташкент, 1969. — 5. Астапенко М. Г., Павленко Т. М., Пухлак Э. Г., Болотина А. Ю., Сидельникова С. М., Котляр Л. И., Ганченко Л. И. Вopr. ревмат., 1966, 4, 46—53. — 6. Астапенко М. Г. Вopr. ревмат., 1973, 4, 3—9. — 7. Астапенко М. Г., Пухлак Э. Г. В кн.: Труды XV Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1964, 386—388. — 8. Астапенко М. Г. Вopr. ревмат., 1975, 2, 7—12. — 9. Астапенко М. Г., Агабабова Э. Р., Дуляпин В. А., Сидельникова С. М., Трофимова Т. М., Никольская Н. В., Фильчагин Н. М. Вopr. ревмат., 1977, 1, 25—30. — 10. Вапра А. Н., Вапра Т. А. В кн.: Легочная патология. Таллин, 1973, 4, 78—83. — 11. Дормидонтов Е. Н. Клинические варианты течения и характеристика некоторых метаболических показателей при инфекционном неспецифическом полиартрите. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Иваново, 1970. — 12. Крылов Ю. А. Распространение и клинические проявления инфекционного неспецифического (ревматоидного) полиартрита в условиях Верхневолжья (Ярославля). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ярославль, 1971. — 13. Моржуева Г. Я.

Распространение и особенности течения инфекционного неспецифического полиартрита в климато-географических условиях восточного Забайкалья. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Волгоград, 1969. — 14. Нестеров А. И., Крикунов В. П., Туткин Г. В., Тимофеев В. Т., Холмогорова Г. Т. Вopr. ревмат., 1977, 1, 3—6. — 15. Никольская Н. В. Вopr. ревмат., 1976, 3, 34—28. — 16. Ридала Р., Вапра А. Материалы 4-ой республиканской научной конференции. Тарту, 1973, 121—124. — 17. Солиев Т. С. Распространение и особенности клинического течения инфекционного неспецифического (ревматоидного) полиартрита в г. Ташкенте. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ташкент, 1970.

TRÜ arstiteaduskonna
hospitaalsihaiguste kateeder

Looderanna, Poslovitsa, Kauksi, Paganamaa, Lohusala, Trepimäe, Ingliste ja Valma... Käesoleva aastani on Eesti NSV Meditsiiniõdede Seltsi puhkelaagrid peetud neis paikades. Nüüd tuldi kokku Haapsalu lähedale Kirimäe saarele üheksandasse puhkelaagrisse, mis toimus 24...26. juunini. Kadakane kõrgustik Saunja lahe ääres on parisaja aasta eest omaette tükk maad olnud. Ent vaevalt on



Lipu heiskamine puhkelaagri avapäeval.
(T. Nõlvase foto.)

seal seni niisugust rahvahulka varem nähtud: laagrisse oli saabunud 1235 inimest 36 bussi ja 84 sõiduautoga. 41 kollektiivi löid üles teigid.

Korraldajaist tuleb tänada Haapsalu Rajooni Keskhaigla ülemõde Valve Kadanikku ja rajooni peaarsti Madis Martinsoni, samuti täitevkomitee, Haapsalu KEK-i, Haapsalu Rajooni Tarbijate Kooperatiivi ning maavaldajat, Linnamäe kolhoosi. Meeldiv oli tõdeda, et tuldi suurepäraselt toime alkoholsete jookideta!

Kollektiivide omavahelises võistluses tunnistati üldvõitjaks Viljandi Rajooni Keskhaigla. Üksikaladel jagunesid esikohad järgnevalt: taidluses oli parim Kiviõli Linna- haigla, mälumängus Viljandi Rajooni Keskhaigla, laagripaiga kujundamise eest pälvis esikoha Rapla Rajooni Keskhaigla. Kombineeritud teatevõistluse võitis Viljandi Rajooni Keskhaigla, võrkpallis olid samuti võitmatud viljandlased. Laste rahvastepallis tunnistati parimaks Sõmera Invaliididekodu, laste teatevõistluses Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla väikesed sportlased.

Et ka ilm harukordselt soodus oli, peab puhkelaagrilt õnnestunuks pidama. Järgmisel aastal kohtutakse Jõgeva rajoonis.

Maie Gustavson

Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Vabariikliku Seltsi aktiivi koosolek toimus 3...4. juunini Võrus. Aktiivi avas seltsi juhatuse esimees E. Saar. Tervitussõnad ütles Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst V. Holvandus. Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama osakonnajuhataja V. Vessari ettekande teemaks oli «60 aastat Suurest Sotsialistlikust Oktoobri-revolutsioonist».

H. Kreek rääkis Eesti NSV sanitaar- ja epidemioloogia teenistusest pärast Suurt Isamaasõda. Kuulati veel kuut ettekannet, mis käsitlesid sanitaar- ja epidemioloogiaalast tööd.

Teisel päeval toimus vabariikliku seltsi Lõuna-Eesti nõukogu juhatuse laiendatud koosolek. Sanitaarteenistuse seltsi kohalike komiteede vahelises võistluses saavutas möödunud aastal esikoha Lõuna-Eestis Võru kohalik komitee (esimees F. Tuvi).

Sanitaarteenistuse Lõuna-Eesti nõukogu esimees J. Matsalu tänas Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama kollektiivi, kes ürituse kordaminekuks oli ära teinud suure töö.

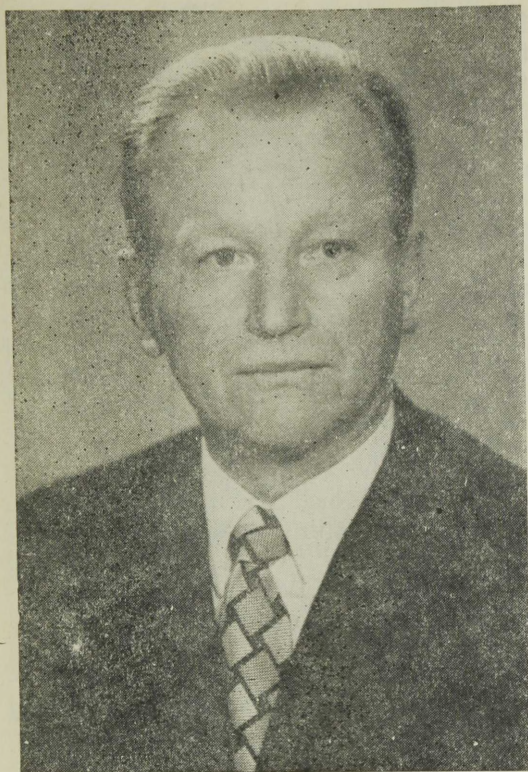
Gerhard Varik

Kaadri **ettevalmis-** **tamine**

UUSI ARSTITEADUSE DOKTOREID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidiumi otsusega 4. veebruarist 1977 kinnitati arstiteaduse doktori kraad TRÜ arstiteaduskonna biokeemia kateedri dotsendile Lembit Jaani p. Tähepõllule. L. Tähepõld kaitses doktori-väitekirja «Aju valkude pöörduva amideerimise osast ammoniaagi metabolismis ja detoksikatsioonis» TRÜ arstiteaduskonna nõukogu ees 11. detsembril 1975. Oponeerisid bioloogiadoktor professor N. Djomin Leningradist, arstiteaduse doktorid professorid I. Sibul Tallinnast ja N. Kozlov Smolenskist.

Autor on töös uurinud aju valkude amiidlämmastiku pöörduvat osavõttu ammoniaagi moodustumisest ja sidumisest. Uurimistulemustest ilmnes, et erineva kestusega elektrilise ärritamise, alloksaandiabeedi erinevate staadiumide, hüpo- ja hüpertüreoosi puhul, samuti hüpofüsaar-adrenaalsüsteemi hormoonide ja mõnede psühhotropsete ainete toime tingimustes sõltub aju valkude amiidrühmade lülitumine ammoniaagiainevahetusse kesknärvisüsteemi funktsionaalsest seisundist ja ajukoe lämmastikuainevahetuse üldisest suunast. Aju valkude erinev amideerituse aste kajastub nende füüsikalise-keemiliste omaduste pöörduvates muutustes (elektroforeetiline liikuvus, ultravioletsete neeldumisspektrite intensiivsus, külgradikaalide ionisatsiooni koefitsient ja sulfhüdrüülrühmade hulk). Autor täheldas olulisi muutusi aju ammo-



aastal Tartu rajoonis Kuuste külas talupoja perekonnas. Keskkooliõppimise omandas ta A. H. Tammsaare nimelises Tartu I Keskkoolis. 1947. aastal alustas õpinguid TRÜ arstiteaduskonna ravi- osakonnas, mille lõpetas 1953. aastal. Ülikooli lõpetamisest peale on ta seotud olnud TRÜ arstiteaduskonna biokeemia kateedriga, kus algul töötas assistendina, 1962. aastast alates dotsendina; 1963. aastast tänaseni on L. Tähepõld kateedri juhataja. 1958. aastal kaitses ta arstiteaduse kandidaadi väitekirja «Ammoniaagi moodustumine ja sidumine maksas ning ajus sõltuvalt kesknärvisüsteemi erutusest ja pidurdusest kestva uinutite toime tingimustes».

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidiumi otsusega 4. veebruarist 1977 kinnitati arstiteaduse doktori kraad TRÜ spordimediitsiini ja ravikehakultuuri kateedri juhatajale dotsent Toomas Elmari p. Karule.

T. Karu kaitses väitekirja «Automatiseeritud arstliku kontrolli süsteem

niaagiainevahetuses, valkude amideerituse astmes, nende füüsikalises-keemilistes omadustes ja ensüümide aktiivsuses eksperimentaalse akuutse ureemia puhul. Ammoniaagi kuhjumise eksperimentaalsetes tingimustes (maksakahjustused, ammooniumkloriidi parenteraalne manustamine) võtavad aju valgd osa ammoniaagi sidumisest, kusjuures nende füüsikalises-keemilised omadused ja mõnede ensüümide (glutamiinsüntetaas, adenosintrifosfataas) aktiivsus muutuvad. Väitekirja tulemustest nähtus, et ajus kuhjuva ammoniaagi sidumine nii glutamiini sünteesi kui ka ajukoe valkude amideerimise kaudu sõltub aju energeetilisest potentsiaalst ning organismi varustatusest askorbiinhappega. Askorbiinhape ja glutamiinhape avaldavad stimuleerivat toimet ammoniaagi sidumisprotsessidesse ajus, millel võib olla praktiline tähtsus nende haiguste puhul, mis kaasavad ammoniaagi kuhjumisele organismis.

Lembit Tähepõld on sündinud 1929.



kõrge kvalifikatsiooniga sportlaste treenitusseisundi komponentaalse struktuuri hindamiseks» TRÜ arstiteaduskonna nõukogu ees. Oponentidena esinesid arstiteaduse doktorid professorid L. Butšenko Leningradist, S. Hruštšov Moskvast ja E. Vasar Tartust.

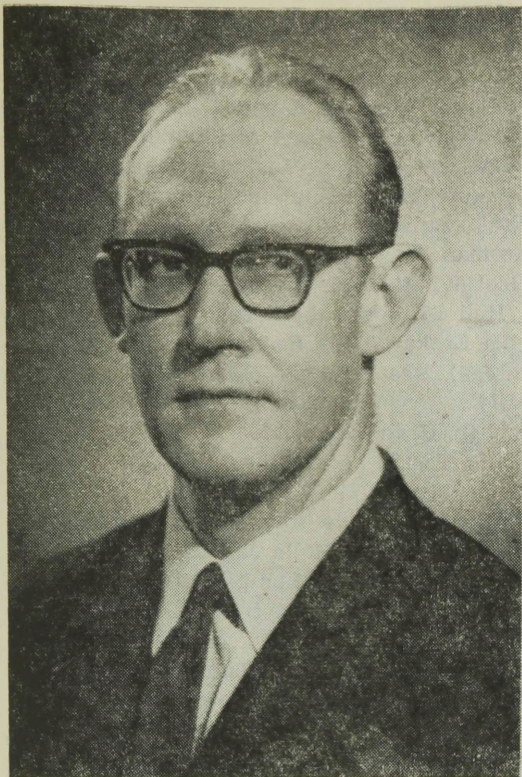
T. Karu väitekiri on üle 15 aasta kestnud uurimise, matemaatiliste meetodite spordimeditsiini funktsionaalses diagnostikas rakendamise, kokkuvõtte. Autor töötas välja praktiliseks tööks küllaldaselt formaliseeritud treenituse teooria, mille baasil töötas välja tervikliku automatiseeritud arstliku kontrolli süsteemi vastupidavusliku iseloomuga sportlaste jaoks. Ta põhjendas teoreetiliselt ning realiseeris praktikas süsteemi tähtsamad algoritmid ja programmid. Töö praktiline osa hõlmab Eesti NSV ja NSV Liidu koondvõistkondade viimase 8 aasta kompleksuuringute tulemusi, mis olid ka teoreetiliste uuringute aluseks. Kokku tegi ta 49 uuringuseerias 644 süvendatud programmiga kompleksset isikuuringut. Ta koostas treenituse komponentaalse struktuuri hindamiseks spordimeditsiinilise andmetöötlussüsteemi. Väitekirjas saadud tulemusi on kahe aasta jooksul rakendatud Eesti NSV suusatajate ja ujujate koondvõistkondade arstlikus kontrollis. Automatiseeritud informatsioonitöötluste süsteem on spordiarsti võimas abiline.

Toomas Karu on sündinud 1935. aastal Tartus ülikooli õppejõu perekonnas. Keskkhariduse omandas ta A. H. Tammsaare nimelises Tartu I Keskkoolis, mille lõpetamise järel astus 1953. aastal TRÜ arstiteaduskonna raviosakonda, mille lõpetas 1959. aastal kiitusega. Õpingute ajal tegeles ta agaralt spordiga, oli mitmekordne Eesti NSV koolinoorte ja kõrgkoolide meister mäesuusatamises. Pärast kaheaastast töötamist Tartu Linna Arstlikus Kehakultuuri Dispanseris astus ta 1961. aastal Moskva Kehakultuuri Teadusliku Uurimise Keskinstituudi spordimeditsiini sektorisse aspirantuuri. 1967. aastal kaitses ta arstiteaduse kandidaadi väitekirja «Korrelatsioonanalüüsi ra-

kendamisest korduvate jõuiseloomuliste kehaliste koormuste mõju uurimisel hemodünaamikale noortel sportlastel». Pärast aspirantuuri lõpetamist 1964. aastal asus ta tööle TRÜ arstiteaduskonna spordimeditsiini kateedrisse algul õpetajana, 1966. aastal vanemõpetajana. Dotsendikutse anti talle 1970. aastal ning 1971. aastal valiti ta arstiteaduskonna spordimeditsiini ja ravikehakultuuri kateedri juhatajaks, millisel kohal töötab tänaseni. Aastail 1973...1975 oli ta doktorantuuris TRÜ juures.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juures asuva Kõrgema Atestatsioonikomisjoni presiidiumi otsusega 4. märtsist 1977 kinnitati arstiteaduse doktori kraad TRÜ psühhofarmakoloogia laboratooriumi vanemteadurile Märt Mihkli p. Saarmale.

M. Saarma kaitses väitekirja «Depressiivsete seisundite ja nende ravi kliinilis-neurofüsioloogiline analüüs» 17. oktoobril 1975 TRÜ arstiteaduskonna nõukogu ees. Oponentidena esinesid arstiteaduse doktorid professorid I. Anohhina ja E. Kostandov Moskvast ning L. Allikmets. Uurimus oli valminud arstiteaduse doktor professor J. Saarma juhendamisel. Töö autor täpsustas depressioonide patofüsioloogilist struktuuri erinevate diagnooside ja sündroomide puhul, mitme depressioonivastase ravimeetodi (levomepromasiin, parsteiin, nialamiid, imipramiin, amitriptüliin, elekterkrampravi, ammoniumkloriid) kliinilist toimet ning nende mõju kortikaalsetele ja vegetatiivsetele funktsioonidele ning selgitas nimetatud ravimeetodite kasutamise täiendavaid diferentseeritud näidustusi. Paralleelselt kliinilise seisundi hindamisega jälgiti kõrgema ja vegetatiivse närvisüsteemi funktsionaalset seisundit. Töö tulemustest ilmnes, et depressiivsetele seisunditele on omane erutusprotsessi nõrgenemine ja närviotsesside tasakaalu halvenemine kõigis kortikaalsetes funktsioonides. Seesmise pidurduse häired on oma laadilt ja ulatuselt suhteliselt tagasihoidlikud. Kortikaalsete



ja vegetatiivsete funktsioonide häired varieeruvad sõltuvalt diagnoosist ja juhtivast sündroomist. Erinevate antidepressantide toimel asetleidvad muutused depressiivsete haigete kortikaalses ja vegetatiivses talitluses ei ole oma laadilt ühetaolised ning on seostatavad kliinilise seisundi muutumisega ravi kuuri vältel. Haige kõrgema ja vegetatiivse närvisüsteemi funktsionaalse seisundi hindamine ravikuuri eel võimaldab valida sobivaima ravimeetodi, mille kasutamine annab eeldatavalt parima efekti.

Märt Saarma on sündinud 1935. aastal Tallinnas teenistuja perekonnas. Keskkhariduse omandas ta Tallinna 20. Keskkoolis, millele järgnes õppimine TRÜ arstiteaduskonna raviosakonnas. Juba teise kursuse üliõpilasena lülitus ta ÜTÜ psühhiaatriaringi töösse. Üliõpilasena kirjutas neli võistlustööd. 1960. aastal lõpetas ta ülikooli ja siirdus tööle Tarvastu Vabariiklikku Psühhoneuroloogiahaiglasse, kus töötas

1964. aastani. Aastail 1964...1967 oli ta TRÜ arstiteaduskonna aspirant psühhiaatria alal. 1967. aastal kaitses M. Saarma kandidaadiväitekirja «Ami-nasiini, trifluoperasiini ja haloperidooli kliinilis-füsioloogiline toime kroonilise skisofreenia puhul». Ajavahemikul 1967...1968 töötas ta TRÜ Meditsiini Kesklaboratooriumis nooremteadurina. 1968. aastast alates on ta TRÜ psüh-hofarmakoloogia laboratooriumi vanemteadur. M. Saarma kuulub teadlas-te kollektiivi, kellele 1975. aastal anti Nõukogude Eesti preemia.

Irene Maaroo

TEADUSLIKKE KUTSEID

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juu-res asuva Kõrgema Atestatsioonikomis-joni kolleegiumi otsustega anti dotsen-dikutse järgnevatele TRÜ arstiteadus-konna õppejõududele:

19. jaanuari 1977 otsusega sise-haiguste propedeutika kateedri õp-pejõule arstiteaduse kandidaat **Regina Kaskmetsale**, spordimedit siini ja ravikehakultuuri kateedri õppejõule arstiteaduse doktor **Aili Pajule**, hospi-taalsisehaiguste kateedri õppejõudude-le arstiteaduse kandidaatidele **Ilse Šefferi** ja **Aleksander Šefferi**;

16. märtsi 1977 otsusega teaduskon-nasisehaiguste kateedri õppejõule arstiteaduse kandidaat **Jüri Ksenofontovile**, stomatoloogia kateedri juhatajale arstiteaduse kandidaat **Silvi Russakule** ja 16. veebruari 1977 otsusega keha-kultuuriteaduskonna spordifüsioloogia kateedri õppejõule arstiteaduse kandi-daat **Jaan Pärnatile**.

NSV Liidu Ministrite Nõukogu juu-res asuva Kõrgema Atestatsioonikomis-joni kolleegiumi 25. augusti 1976 otsu-sega kinnitati TRÜ Meditsiini Keskla-boratooriumi töötajale arstiteaduse kandidaat **Aavo-Valdur Mikkelsaarele** vanemteaduri kutse meditsiinilise ge-neetika alal.

Irene Maaroo

TRÜ ARSTITEADUSKONNA LÕPETAJAD 1977. A.

Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskond saatis 1977. aastal rahva teenistusse 212 noort spetsialisti. Farmaatsiaosakonna tänavused lõpetajad said diplomi juba 4. veebruaril.

Arstid

Reet Adamson, Eha Ader, Siiri Aesma, Isabella Aleinikova, Margus Alver, Antonina Anier, Eve Anton, Rein Anton (kiitusega), Tatjana Aro, Irina Baron, Anatoli Bljumovitš, Zoltan-Stefan Botškai, Ester Edelkind, Tõnu Eichler, Ulla Erm, Sirje Ernits, Marge Esko, Hele Everaus (kiitusega), Ljudmila Fjodorova (kiitusega), Ljudmila Gorbenko, Ülle Hallik, Küllike Heinloo, Tamara Hitrik, Eha Hörrak, Helle Jaakmees, Jüri Jõe, Anne Jõesaar, Linda Jõgisman, Ebe Kaik, Jüri Kaik, Tiit Kanarik, Ljudmila Karpenkova, Jaanus Kerge, Rein Kermes, Liidia Kiisk, Malle Kiisvek, Jekaterina Kirilenko, Sirje Kivaste, Jüri Kivimäe, Tiia Koido, Ingrid Kokk, Galina Kozlova, Estri Kruus, Katrin Kull, Marje Kupits, Elvira Kurvinen, Urve Kutsar, Erve Kõusaar, Ever Kütt, Toomas Kütt, Asta Ladva, Kristin Lamp, Tiina Laurits, Anne Lepik, Ellen Lepik, Valentina Leppik, Ruth Liivak, Sven Lindström, Marju Lohu (kiitusega), Endel Lohu, Olev Luha, Andres Luka, Heli Lusti, Valentina Lõssanova, Aare Mehik (kiitusega), Margut Mende (kiitusega), Marje Mikk (kiitusega), Miron Milerman, Jaanus Mumma, Meeli Mumma, Talvi Narusk, Sergei Neps, Reet Nõmmesalu, Agota Ortutsi, Sirje Palm, Peeter Pastik, Niina Peters, Tatjana Petsatnova, Ene Post, Anna Potašenkova, Eve Pulk, Jaak Pöder, Asta Pärli, Maie Pärn, Jüri Rannas, Galina Rannula, Sirje Rataspepp, Ludmilla Raudla, Riina Raudsik, Reet Roo, Aino Rõõm, Marika Rääts, Viktor Rüütel, Merike Salumäe, Liidia Saluste, Vera Selezņjova, Stepan Senješ, Väino Seppa, Aime Seppius, Pille Siiman, Svea Sillard (kiitusega), Anneli Sinikas, Maie Sooru, Tatjana Šmorgun, Mihhail Zemtsovski, Külliki Teder, Jaan Tepp, Raissa Tumskova, Arvo Tõnisson, Merike Uuetalu, Peeter Valvur, Tiina Vanajuur, Mati Vares, Viktor Vassiljev, Vladimir Vihljajev, Erik Veri, Rein Viilu, Elja Visut, Sirje Vilosius, Toomas Vilosius, Ziina Vähk, Maie Väli.

Liucija Andvere, Loreta-Rasute Audiniene, Olga Burova, Sevali Džašiašvili, Boris Filonov, Aleksandr Gerassenko, Rein Jalak, Kadri Kauer, Viktoria Klimova, Ištvan Koso, Juris Krievkalns, Sergei Melešenko, Ilze Naudinja, Tatjana Nei, Vladimir Netšajev, Emilia Norkute, Lilia Pljukfelder, Janis Padalevitš, Janis Pulveris, Arija Rimbeniece, Svetlana Seeman, Vladislav Selezņov, Pjotr Štšotkin, Georgi Zatkovski, Jevgeni Tšernogor.

Heli Grünberg (kiitusega), Olga Kalda, Marika Kotkas, Tiina Kutsar, Annika Laks (kiitusega), Reet Leitmäe, Maili Lõör, Mariann Miidla, Urve Pihlakpuu, Eve Põldoja, Riina Rätsep, Urve Salundi, Kai Zilmer, Kai Tamm, Malle Toomaspoeg, Tiiu Tuul, Riina Valmet, Helle Võsu, Malle Väljaots.

Edla Aas, Viive Aavoja, Teet Annus, Aive Eha, Elgi Elbla, Malle Jakobson, Rutt Kask, Kirsti Lai, Marika Lumi, Maile Mank, Irina Merusk, Valentina Motritš, Helle Org, Elle Pärnpuu, Ruthi Raaperi, Imbi Rünk, Marina Stepanova, Taimi Sults, Tiiu Tali, Virve Tamisto, Erna Tupits, Ain Överus.

Raili Anioott, Merike Kanter, Karin Kapsta, Urve Koni, Liilia Koppel, Anu Kõiv, Georg Kõur, Tiina Nõmm, Mirje Opman, Lemme Pallav, Kaja Paluoja, Elbe Prits, Anne Polovintšikova, Reet Rataspepp, Lea Roots, Maire Seema, Anita Seiler, Anne Simson, Anne Vaasa, Tarvo Vaasa, Mai Vahur, Riina Valt, Tatjana Veinberg, Laine Värk.

TALLINNA MEDITSIIKOOI LÕPETAJAD 1977. A.

Ljubov Afanasjeva, Maria Matnijaz-Ahhu-nova, Larissa Aituganova, Nina Andrejeva, Ilme Animägi, Irina Antropova (kiitusega), Svetlana Belomorskaja, Nadežda Bilogaš, Ljudmila Bobkova, Vera Bodentšuk, Irina Drigilova, Galina Dudova, Ljudmila Dulina (kiitusega), Eha Eelmaa, Liidia Honga, Jelena Jeldõševa, Irina Jurtšenko, Mai Kangro, Silvi Kangur, Tiina Karneol, Olga Katajeva, Kersti Konsen, Olga Kopjan, Jelena Kozlova, Tatjana Krupitskaja, Öie Kundrats, Maris Kõrgema, Jelena Mazur, Sofia Milaševskaja, Iraida Morozova, Viive Murgur (kiitusega), Sirje Männa, Lilli Müürel, Valentina Pampurina, Tiina Pilleson, Krista Pärn, Natalja Saal, Svetlana

Staršina, Ljubov Skurjatina, Tatjana Stjuff (kiitusega), Jelena Šmatova, Jevgenia Zelenjova, Tatjana Tomilova, Tatjana Turova, Leili Vahtramägi, Ülle Vallimaa, Virve Verpson (kiitusega), Piret Allik, Ly Eelmaa, Tatjana End, Sirje Hindrek (kiitusega), Ene Hints, Valve Jõgi, Marika Järvela (kiitusega), Raja Kiidli, Aira Lember, Liina Leppik, Anne Liiva, Virve Loopere, Eve Lõo, Maie Nurk (kiitusega), Malle Oja, Kaja Reiljan, Haide Reiska (kiitusega), Helle Suu, Marika Tamme-la, Maret Tarros, Malle Timberg, Urve Toit, Maire Tupits, Valve Vaher, Elve Varblane.

Mary Kalma, Ruth Murakas, Krista Mustkivi, Varje Pihelgas, Pille Pürgla, Maivi Reits, Anne Relo (kiitusega), Hille Risthein, Heena Roots, Aivi Sagur, Elle-Mai Sammal (kiitusega), Mary Sillaste, Urve Vain, Varje Aarna, Ene Adamson, Ljudmila Afanasjeva, Anna Aigro (kiitusega), Ruth Bjurkland, Raissa Bogdanova, Marina Duhh, Valentina Fomina, Ljudmila Grigorjeva, Ülle Hinnom, Malle Hoffmann, Ülle Kaal, Merike Kadakas, Hillu Kala, Anu Kaldam, Krista Kalju, Larissa Katkova, Irina Kaštanova, Ljudmila Kildešova, Tatjana Kisseljova, Heldi Kivi, Liivi Klassep, Marianne Koks, Žanna Kononenko, Piret Kuivallik (kiitusega), Ljubov Kujantseva (kiitusega), Anne Kullaste, Tiia Kuusmaa, Sirje Kroon, Viive Kämbrä, Maire Külvi, Pille Laanest, Silvi Laaniste, Tatjana Lazareva, Katrin Leppik (kiitusega), Irina Levskaja, Marika Liiv, Karin Lindus, Irina Maksimova, Maire Meringo, Vaike Metsatalu, Svetlana Mihhailova, Ene Möttus, Maili Naarits, Olga Nikkereva, Galina Ojaste (kiitusega), Laima Paartalu (kiitusega), Heidi Parind, Irina Parševa (kiitusega), Ilme Pedak, Tatjana Petrovitš (kiitusega), Liidia Polidovitš (kiitusega), Saima Pugal, Mai Pulk, Sirje Pöder, Valentina Ringas (kiitusega), Leili Saluvere, Ada Saksladu, Ülle Silla, Ulvi Sinep, Nadežda Sinjakova, Sirje Smittal (kiitusega), Jelena Solomonova, Vera Šegurova, Tatjana Škurko, Jelena Zaitseva, Marina Tabunova, Jelena Taimosallo, Maila Tellis, Lena Tkatšonok, Irina Tšögankova, Marianne Vaaks, Ülle Valter, Tatjana Vassiljeva, Piret Vendt, Maire Vene, Ulvi Viherpuu, Irina Volkova (kiitusega).

TARTU MEDITSIINIKOOLI LÕPETAJAD 1977. A.

Anne Allaste, Jekaterina Andrijenko, Anari Arras, Irina Barantšikova, Reet Bergmann, Ljudmila Borozdina, Valentina Bolšakova, Tatjana Bulgakova, Lilja Ginter (kiitusega), Nadežda Golokoz, Ija Golubeva, Margaretta Gorkai (kiitusega), Jelena Grinko, Miia Haidlo, Larissa Halinen, Anu Ingel (kiitusega), Sirje Kaaver, Marje Kasemets (kiitusega), Õie Kivirand (kiitusega), Liidia Kolossova, Aino Kotkas (kiitusega), Natalja Kovaljova, Ljudmila Krõlova (kiitusega), Galina Kuljova (kiitusega), Tiiu Kutsar, Kaja Kärjent, Inge Käsper, Riina Lainemurd, Kersti Lehemets, Tiiu Leiter (kiitusega), Ester Luik, Madli Liin (kiitusega), Aime Maidla (kiitusega), Maire Meentalo, Svetlana Melnikova, Aili Michelson (kiitusega), Sofia Naidis (kiitusega), Natalja Ossipova, Veera Osis, Eve Otsa, Tähti Otsing, Tiiu Peik, Ulvi Piirik, Anne Punane, Iia Puusepp, Silvi Randaru, Maie Randla (kiitusega), Silvi Rannaste, Ilme Roodla, Ülle Saat, Tiiu Sakson, Svetlana Sevastjanova (kiitusega), Ljudmila Sidulina (kiitusega), Ilve Soobik (kiitusega), Ljudmila Zingfeld, Eda Zängov, Elvi Taavet, Riina Taniel, Natalja Tereškova, Tiiu Tonts, Svetlana Tsernova, Ljudmila Velizhanina (kiitusega), Ljudmilla Viholainen, Ene Vijard, Merike Visnapuu, Ellen Võpsu, Anne Akenpärg, Liilia Heljand, Varje Jõgi, Lilja Kemp, Sirje Kolberg, Dagmar Kõiv, Hannele Käosaar, Eevi Kõsti, Malle Lillemäe, Eva Linder, Raina Lustus, Merike Läll, Helgi Malinina, Tiiu Mikk, Vaike Peterson, Reet Pihlo, Ilme-Ingrid Piigli, Juta Puu, Valentina Rannikmaa, Kersti Rosenberg, Urve Sissas, Ljubov Zlatina, Virve Trumsi, Riina Agan, Eha Eismel, Rutt Hunt, Valeri Ištšenko, Mare Janvest, Viive Jõgi (kiitusega), Aino Kalistratova (kiitusega), Aino Kallemaa (kiitusega), Anu Kedus, Tiina Kohver (kiitusega), Riina Kolk, Maire Kull, Ilme Kurgjärv, Evi Kurjama, Viive Kurvits (kiitusega), Urve Lanno (kiitusega), Iivi Luik, Ülle Lõhmus (kiitusega), Maia Lätt, Ursula Metsavaht, Olga Metsmägi, Mare Mäeorg, Maie Märtson, Eda Oppi, Li Orgus, Eili Oruväli (kiitusega), Vaike Ostra, Aime Palatu, Reet Pappel (kiitusega), Helve Peri, Eike Plado, Kersti Puusikk, Riina Pöder, Aino

Põldoja, Anu Rebane (kiitusega), Riina Rillo, Ülle Roosileht (kiitusega), Riina Saks, Sirje Saksen, Ilse Sakson, Sirje Samarüütel, Lea Sarapik (kiitusega), Svetlana Starkova, Urve Sutt (kiitusega), Siiri Sutt (kiitusega), Vilma Teigart, Liivia Teppo, Eve Tuisk (kiitusega), Ene Täht (kiitusega), Sirje Vaher, Inna Vanari, Maaja Uibo, Tiia Adamson, Urve Altonaar, Merike Andrejeva, Eve Hallik, Tiiu Helm, Valentina Jaht, Tõnu Jakobson, Külli Kikas (kiitusega), Lea Lehtna, Merike Muld, Kaja Palloson, Külli Passel, Helgi Pettai, Liilia Pille, Liia Priks, Inge Pärtelson, Eve Rooba, Inge Rappo, Gerli Tamm.

KOHTLA-JÄRVE MEDITSIINIKOO LI LÕPETAJAD 1977. A.

Ljudmila Aleksandrova, Galina Aleksejeva, Tatjana Artamanova, Valentina Aštšepkova, Jelena Balakireva, Aleksandra Belousova, Nelja Berent, Jelena Blistovskaja, Nadežda Bobõkina, Galina Bogdanova, Alla Boikova, Olga Davidenko, Nina Dektjarjeva, Tatjana Demidovets (kiitusega), Nadežda Dultseva, Galina Dossii, Marika Eimla, Ljudmila Fedotova, Ljudmila Filippova, Nadežda Frolova, Jelena Glinkina, Valentina Goljaševitš, Galina Goltseva, Margarita Gorškova, Tatjana Gulkova, Tatjana Gunja, Valentina Hohlun, Tatjana Homjakova, Margarita Hudilainen, Natalja Ivanova, Tatjana Ivanova, Svetlana Ivantsova, Rozalia Izotova, Galina Jefimova, Ljudmila Jefremova, Tatjana Juplanova, Valentina Vassiljeva, Tatjana Kailova, Ljudmila Kamardina, Jelena Karagodina, Tamara Karasjova, Tatjana Karelina, Jelena Karepina, Galina Konetskaja, Natalja Kovalenko, Galina Krivošei, Tatjana Kudrjašova, Nina Kudrjavtseva, Jelena Lešok, Svetlana Leunina, Rita Litvinenko, Galina Ljamina, Galina Maksimova, Jelena Malaja, Irina Mamõkina, Tatjana Marinina, Nadežda Matvejeva, Valentina Meštšaninova, Nadežda Mihkelson, Tatjana Mištšenko (kiitusega), Irina Molodtsova, Nadežda Muhhina, Galina Nagovitsina, Tatjana Naumenko, Galina Nesterovitš, Lia Nikolajeva, Tatjana Noskova, Tatjana Odokijenko, Ljudmila Orlova, Svetlana Ossipova, Jelena Proskurina-Petrova, Vera Petrova, Larissa Pjatõgina, Ljubov Polkovnikova, Galina Polujantšik, Irina Pomogajeva, Veera

Pöder, Galina Rebrik, Marina Rumjantseva, Ljudmila Rõšova, Irina Savitskaja, Tatjana Semenjok, Natalja Sidorova, Nadežda Sinelnikova, Irina Skrobot, Irina Sokolova, Irina Solovjova, Emilia Stjuff, Jelena Sulimtsik, Irina Suvojeva (kiitusega), Jelena Šelpova, Galina Terešina, Nina Timofejeva, Tatjana Tsapajeva, Tatjana Tšeljanova, Ljubov Tšerbunina, Jelena Tšernuhha, Nadežda Tšervotkina, Svetlana Uletjonok, Irina Urjassova, Irina Vassiljeva, Margarita Vassiljeva, Olga Vassiljeva, Tatjana Vassiljeva, Tatjana Vassiljeva, Natalja Voitkovskaja, Galina Volkova (kiitusega), Tatjana Volkova.

Alkoholismi ja narkomaania suurenev levik Põhja-Ameerika Ühendriikides on järjekindel. Demograafilistel ja korrelatsiooniandmeil kuritarvitavad alkoholi 49..81% üliõpilastest, marihuanat kasutavad regulaarselt 21% New Yorgi keskkoolide õpilastest. Mõningates USA linnades tarvitavad narkootikumi kuni 33% elanikest, kogu USA-s üldse kokku 15..20 miljonit inimest, kolledžites ja muudes õppeasutustes erinevail andmeil 13,7..50% õpilastest, kusjuures 3..6% neist tarvitavad LSD-d. Üksnes New Yorgis on 100 000 herooinipruukijat. 68 000 uuritud narkomaanist kasutavad 95% heroini.

Int. J. addict., 1975, 5, 737—760.
Экспресс-информация (Новости медицины и медицинской техники), 1976, 11.

Sanitaar- haridustöö

UDK 616.002.77:614.39

REUMA JA NÜÜDISAEGNE TERVISEÕPETUS

REINHOLD BIRKENFELDT · KINGISSEPA

reuma, profülaktika, sanitaarharidustöö

Tervishoiuõpetus ja kasvatustöö on iga meditsiinitöötaja töö kohustuslik ja lahutamatu osa, mille sisu ning eesmärgid tulenevad põhitöö ülesandeist.

A. Nesterov (2) peab väga oluliseks reuma esmases ja teiseses profülaktikas reuma olemuse ja vältimise laialdast selgitamist elanike hulgas. Reuma profülaktika esmasülesanne on elanike sanitaarkultuuri tõstmine (1). Selleks tuleb tutvustada reuma esmast profülaktikat, streptokokknakkuste vältimist, organismi tugevdamist ja karastamist ning õiget elu- ja töörežiimi. Teine ülesanne on dispanseerimisele kuuluva kontingendi hulgas hügieenilise eluviisi propageerimine ja teadmiste levitamine, kuidas vältida haiguse ägenemist ning kuidas täita profülaktikaabinõusid (1).

Reuma profülaktikat on eelkõige vaja propageerida noorte ja lastevanemate, reumast ohustatud isikute ning reumahaigete hulgas. Sobiv propagandavorm on loengud ja vestlused noortekollektiivides, tervise rahvaülikooli ja pedagoogilise rahvaülikooli lastevanemate osakondades, samuti polikliinikutes ja statsionaarides ning profülaktoriumides ja sanatooriumides.

Reuma olemuse ja profülaktika selgitamisel tuleks rõhutada angiini ning

kroonilise tonsilliidi ohtlikkust ning seda, et arsti poole pöördutaks õigel ajal. Tähelepanu tuleks juhtida võimalikele tüsistustele angiini, gripi, sarlakite ja muude haiguste põdemisel. Sanitaarselgitustöös on vaja rõhutada, et reuma on infektsioos-allergiline ning kroonilise kuluga organismi üldhaigus, millega kaasneb sageli just südamekahjustus. NSV Liidus reumavastases võitluses saavutatud edu tutvustamisel tuleb kuulajaid ühtlasi veenda profülaktika mõjususes.

Haigetel, kellel on südameklapi rike, on sageli probleemiks elukutse valik, rasedus ja sünnitamine, kehakultuuri ja spordiga tegelemine ning matkamine. Sellepärast on väga oluline klapirikke olemuse ja kompensatsioonivõime, säästva elu- ja töörežiimi selgitamine tagamaks inimesele tervise. Olgugi et reumahaiged on oma raviga kursis, tuleks medikamentooset ravi detailselt käsitlevaid kirjutisi vältida. Soovitada aga tuleks reumahaigete ja reumast ohustatud isikute meelepeasid.

Lõpetuseks esitame meie loengu «Reumatismi teke ja vältimine» lühikava: sissejuhatus, reuma mõiste rahva seas ning arstiteaduses, reuma olemus, levik, tekkepõhjused, angiin, soodustavad tegurid, sesoonsus, reuma kliinilised vormid ja kulg, südamekahjustuse olemus, õigeaegse pöördumise ja varajase ravi tähtsus, ravi etapilisus, klapirikke olemus ning õige elu- ja töörežiim, angiini põdenute ja reumast ohustatud inimeste dispanseerimine, reumahaigete dispanseerimine, esmane ja teisene profülaktika, nakkuskollete saneerimine, NSV Liidus saavutatud edu võitluses reuma vastu, kokkuvõte (reuma vältimine). Näitlikustamiseks kasutame lõike diafilmist «Laste reuma, selle ravi ja profülaktika».

Kirjandus: 1. Арустамова А. Т. Санитарное просвещение в профилактике и лечении ревматизма у взрослых. М., 1965. — 2. Нестеров А. И. Ревматизм. М., 1973.

Kingissepa Rajooni
Keskhaiгла

Konverentsid ja nõupidamised

Ülevabariigiline ametkondadevaheline nõupidamine, kus arutati piima ja piimasaaduste kvaliteeti, peeti 12...13. aprillini 1977 Viljandis. Nõupidamise peakorraldaja oli Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee.

Kokkutulnuid oli 280. Nõupidamist juhatas Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee esimehe asetäitja R. Keer. Eesti NSV riiklik peasaniitararst O. Tamm mainis avaettekandes, et piimafarmide ja -tööstuste sanitaarse olukorra ülevaatused on häid tulemusi andnud. Siiski tuleb veel ette veterinaar-, sanitaar- ja tehnoloogiaeeskirjade rikkumisi, mille vastu on tarvis resoluutselt võidelda.

Eesti NSV põllumajandusministri asetäitja A. Pärtel rääkis kvaliteetse piima tootmisest. Ta mainis, et kahjuks ei ole piima kvaliteet kõikides rajoonides ega majandites veel ühtlaselt hea. Nõupidamisel olid kõne all ka piima varumine (L. Länts) ja piimasaaduste kvaliteet (I. Kenn).

Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi tootmise ja ainevahetuse laboratooriumi juhataja bioloogiadoktor E. Vagane andis ülevaate meie vabariigi elanike toidust, mis on ikkagi liiga rasvarikas ning rafinaadirohke, seetõttu ka keemiliselt koostiselt ühekülgne ja ratsioonid tasakaalustamata. Ta soovitas piirata või tarbimist, küll aga suurendada piima ja rasvavaeste piimatoodete tarbimist nende suure toiteväärtuse tõttu. Meie maaelanikud tarvitavad keskmiselt 0,7...0,85 liitrit, tallinlased aga ainult 0,35...0,4 liitrit piima päevas, see aga ei ole küllaldane. Arutati veel teaduslikku uurimistööd piima kvaliteedi tõstmise aspektist (A. Olkonen), rõhutati piima jahutamise tähtsust (E. Must). Räägiti ka lauda- ja lüpsihügieenist (I. Vellest) ning rahvakontrolliorganite tegevusest piima tootmise kontrollimisel (U. Sarapuu). Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee aseesimees B. Pšenitšnikov oli vaatluse alla

võtnud piimafarmide sanitaarse olukorra ülevaatusete 10 aasta kogemused.

Nõupidamise lõpul fikseeriti soovitusel mitmele ministriumile ja ametkonnale. Eesti NSV Tervishoiu Ministriumil ning tema sanitaar- ja epidemioloogiaavalitsusel tuleb osa võtta lüpsjate kvalifikatsiooni tõstmisest, suunata piimatööstuste ja -farmide seisukorra parandamist, korraldada majandites farmitöötajate meditsiinilisi läbivaatusi. Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomiteel koos riikliku sanitaar- ja epidemioloogiategenitusega soovitatakse piimafarmide ülevaatusi ja konkursse ka edaspidi korraldada, ulatuslikumalt propageerida nende ülevaatusete tulemusi ja eesrindlike piimafarmide saavutusi, ühtlasi tõhustada sanitaarharidustööd.

Heino Kreek

Vabariiklik seminar teemal «Meditsiiniinformatsiooni ja -raamatukogunduse aktuaalseid probleeme» toimus 15. aprillil 1977 Tallinnas. Sellest võtsid osa linnade tervishoiuosakondade juhatajad, rajoonide ning linna-haiglate peaarstid, vabariiklike ravi- ja profülaktikaasutuste peaarstid, peaspetsialistid, meditsiiniinformatsiooni ja -raamatukogude töötajad.

Seminari avas tervishoiuminister V. Rätsep. Ta rõhutas, et paljude puhtmeditsiiniliste ülesannete kõrval ei jäänud NLKP XXV kongressil märkimata ka tegevarstide tööd kergendavate ning nende kvalifikatsiooni tõstmisele kaasaaitavate teenistuste, nagu infotalituse, raamatukogunduse ja teadusliku töökorralduse probleemid. Kongressi otsuste elluviimisel loob nende teenistuste arendamine eeldused kvaliteetseks tööks ja Suure Sotsialistliku Oktoobrirevolutsiooni 60. aastapäeva väärikaks tähistamiseks.

Meditsiiniinformatsiooni vormidest, praegusest olukorrast ja arenguteedest nii NSV Liidus kui ka mõnes välisriigis kõneles meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna juhataja I. Laan. Suurt huvi äratas Harkovi Psühhoteraapia ja Arstiteadusliku Deontoloogia Keskuse töötaja pedagoogikakandidaat A. Milleri ettekanne. Ta puudutas mitmeid esteetika-ravi tänapäeva probleeme, sealhulgas ka kogu maailmas tunnustusele pürgivat biblioteraapiat. Riikliku Teadusliku Meditsiiniiraamatukogu direktor M. Tedremaa andis ülevaate raamatukogu osast arstide

kvalifikatsiooni tõstmisel. Analüüsi põhjal võis ta väita, et paljud eriarstid kasutavad väga halvasti soodsaid eneseharimise võimalusi raamatukogus.

Seminaril kuuldu andis tervishoiuorganisaatoreile hea ülevaate meditsiiniinformatsiooni ja -raamatukogunduse olukorra, töösuundade ning perspektiivide kohta.

Hillar Kurul

II rahvusvaheline kongress, kus vaatluse all olid aerosoolid meditsiinis, toimus 20... 22. aprillini 1977 Varssavis. Osavõtjaid oli 23 riigist ligi 400. Kongressist võttis osa 10 Nõukogude Liidu teadlast, nende hulgas Nõukogude Liidu Teaduste Akadeemia korrespondentliige professor V. Beljakov (Leningradist) ning professor S. Eidelstein (Moskvast). Eesti NSV-st esinesid ettekandega Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadur bioloogiadoktor L. Priimägi ning Tallinna Linna Nakkushaigla peaarst L. Grinšpun. TRÜ-st olid kongressil dotsent S. Sibul ning füüsika- ja matemaatikakandidaat J. Salm.

Päevakorra küsimusteriing oli lai, alates aerosoolide osast keskkonna saastamisel (suits, tolm jt.) ning jätkates aerosoolravi rakendamise võimalustega otorinolarüngoloogias, teraapias, pediaatrias, immunoloogias, dermatoloogias, kirurgias, hügieenis, veterinaarmeditsiinis. Peale selle toimusid veel istungid, kus kõne all olid aerosoolide generaatorite konstrueerimine ja täiendamine. Samuti vaadeldi aerosoolide kasutamist diagnoosimise seisukohalt ning aerosoolide deponeerimist hingamisteedes.

Hollandi professor van der Lende juhtis tähelepanu tööstusettevõtete ja ka põllumajandusliku tootmises esinevale keskkonna saastamisele kahjulike aerosoolidega, nagu suits, tolm, tahm ja keemilised ühendid. Saastunud õhk mõjub inimorganismile halvasti, kutsudes esile organismi sensibiliseerumist või avaldab toksilist mõju. Mitmes ettekandes (Saksa DV, Rumeenia SV jt.) oli kõne all ka keskkonna saastumise osa hingamisteede haiguste tekkes. Kui eeltoodule lisandub suitsetamine, siis hingamisteede haigestumine on veelgi sagedam.

Paljudes ettekannetes rõhutati aerosoolravi eeliseid nii hingamisteede haiguste profülaktikas kui ka ravis. Ettekannetest selgus, et Kesk-Euroopa maades on levinud ultraheliae-

rosoolide kasutamine. Suhteliselt vähem räägiti elektroaerosoolide rakendamisest ravis ja profülaktikas, kuigi elektroaerosoolidel on aerosoolidega võrreldes mitmeid eeliseid. Ilmnes, et elektroaerosoolide kasutatakse peamiselt Nõukogude Liidus.

L. Priimägi ja J. Reinet rõhutasid elektroaerosoolimeetodi eeliseid suurte kollektiivide ulatusliku kiirvaktsineerimise korral, peamiselt respiratoorsete nakkuste profülaktikas, näiteks gripi korral. Professor S. Eidelsteini ja N. Jegorova töödest ilmnes, et vaktsiini kasutamine aerosoolina sensibiliseerib organismi 10 korda vähem kui vaktsiini naha alla manustamine.

Saksa DV teadur G. Zippel soovitas aerosoolravi kõrva-, nina- ja kurguhaiguste, eriti ninakõrvalurgete, kuulmetõrve ja keskkõrva haiguste korral. S. Sibul oli vaatluse alla võtnud elektroaerosoolide lokaalse toime ripsepiteeli funktsioonisse ja selle üldmõju organismile luminescentsmeetodil. Väga oluliseks peeti aerosooli mõju ripsepiteeli funktsioonile. Elektroaerosoolid tõstavad ripsepiteeli aktiivsust, mis on tähtis hingamisteede haiguste ravi seisukohalt. Seevastu võivad mõned ravimaerosoolid ripsepiteeli funktsiooni pidurdada, mistõttu nende kasutamine ei ole näidustatud.

Itaalia teadur G. Lombardo hindas kõrgelt elektroaerosoolravi bronhiaalastma korral. Teistes ettekannetes olid vaatluse all intaali ja bekotiidi inhalatsioonravi tulemused bronhiaalastmat põdevatel haigetel. Uudisena oli näitusel Inglise firma «Fisons» poolt eksponeeritud «*Intal Nasal*», intaal nasaalseks kasutamiseks allergilise rinopaatia korral.

Mitmes töös käsitleti aerosoolravi mukovistsidooside korral, kui kasutati mukolüütikum (mistabroon, mukosolviin jt.), viimaseid nimetati elupäästvateks droogideks.

Kongressil käsitleti ka aerosoolravi võimalusi balneoloogias (mineraalvee aerosoolid, termoaerosoolid). Äramärkimist leidis aerosoolravi tõhusus dermatoloogias. Aerosoolide ja elektroaerosoolide (lüsotsüüm, prodigiosan) kasutamine ülemiste hingamisteede haiguste profülaktikas oli Karaganda teadlase A. Brofmani ettekande teema.

Saadud tähelepanekuid on vaja silmas pidades igapäevases ravi- ja profülaktilises töös.

*Salme Sibul
Ludmilla Priimägi*

Rahvusvaheline sümposion «Depressioonid ja trazodooni osa antidepressiivses ravis» toimus 28. ja 29. juunil Moskvas. Korraldajad olid V. Serbski nimeline Kohtupsühhiaatria Keskinstituut, NSV Liidu Tervishoiu Ministeeriumi Uute Ravimite ja Meditsiinitehnika Juurutamise Valitsus, Kanada firma «*Inter Canada Pharmaceutical L. t. d.*» ning Itaalia firma «*Angelini Franesco*». Kavast oli 20 ettekannet, neist 10 väliskülalistelt ja 10 NSV Liidu teadlastelt, nende hulgas viie ettekande autorid olid tartlased: J. Saarma, L. Mehilane, M. Saarma, A. Adamsoo, H. Lepp, U. Tarve, L. Tähepõld ja E. Pae-salu.

Sümposiooni avas V. Serbski nimelise Kohtupsühhiaatria Keskinstituudi direktor G. Morozov, kes tutvustas instituudi struktuuri ja kohtupsühhiaatrilise ekspertiisi korraldust NSV Liidus.

Avaettekandes tutvustas B. Silvestrini (Itaalia) uut antidepressanti trazodooni (2- (3- [4- (m- klorofenüül) 1- piperasiin] -propüül) - S - triasolo - [4- 3a] püridiin), mis oma keemilise struktuuri, farmakoloogiliste ja kliiniliste omaduste poolest erineb seni kasutusel olevaist antidepressantidest. Nii näiteks ei pärsi trazodoon monoamino-oksidaasi, ei potentseeri katehoolamiinide ja serotoniini toimet. Tema antikolinergiline ja histamiinivastane toime on nõrk.

U. Tarve ettekandest ilmnes trazodooni suhteliselt tugev aju Na^+ , K^+ -ATPaasi pärssiv toime *in vitro* ja *in vivo* katsetes. L. Mehilase uuringu tulemused lubavad väita, et trazodooni toimemehhanismis on keskne koht mandeltooma kõrgeenenud aktiivsuse kõrvaldamisel. Erinevalt mitmest teisest psühhofarmakonist puudub trazodoonil kumulatiivne toime (F. Koss, Saksa FV).

Paljudest töödest selgus, et trazodoonil on suur terapeutiline laius, vähene toksilisus ja ilmne terapeutiline efektiivsus kõige erinevamate depressiivsete seisundite korral (M. De Gregorio, Itaalia; V. Šamanina, U. Rudenko, L. Galperina, Moskva). J. Saarma ja M. Saarma andmeil on trazodoon mõjus nii pidurdatud kui ka agiteeritud depressioonide korral. Tilkinfusioonina manustamisel on trazodoon väga mõjus ka raskekujuliste depressioonide ravis (J. Saarma, A. Adamsoo). B. Bergamasso (Itaalia) ja V. Šamanina andmeil on trazodooni efektiivsus väike

psühhootilise depressiooni puhul, kuid erinevalt tritsüklilistest antidepressantidest ei potentseeri ta produktiivset sümptomaatikat. G. Morozovi andmeil on uus preparaat vähem sobiv orgaanilise päritoluga depressiooni korral. Seevastu on saadud häid ravitulemusi alkohoolse depressiooni ravis (N. Ivanets, G. Morozov jt.). K. Rickels (USA), D. Wheatley (Inglismaa) võrdlesid trazodooni ja trankvilisaatorite tõhusust neurooside ravimisel ning tulid järeldusele, et trazodoon ei ületa oluliselt trankvilisaatorite efektiivsust, kuid trazodoon põhjustab kõrvalnähte tunduvalt vähem kui trankvilisaatorid. B. Silvestrini rõhutas, et kardiotoksiline toime on trazodoonil väiksem võrreldes olemasolevate antidepressantide samalaadse toimega. Erinevalt muudest antidepressantidest kõrvaldab trazodoon nii kolinergilise kui ka adrenergilise treemori (C. Loeb, A. Angoli, Itaalia). Kuigi trazodooni toimemehhanismi ei ole lõplikult selgitatud, lubavad olemasolevad andmed kinnitada, et trazodooni näol on tegemist uue efektiivse antidepressandiga.

Lembit Mehilane

Koronarogeenne äkksurm on tänapäeva teerapia tähtsaim probleem nii Põhja-Ameerikas kui ka Lääne-Euroopa riikides. Nisuguse äkksurma üks peamisi põhjusi on südamevatsakeste fibrillatsioon, mis soodsates tingimustes täiesti kõrvaldatav ning ennetatav sihipärase profülaktikaga. Igal aastal tabab koronarogeenne äkksurm USA-s südame isheemiatõbe põdejaist 300 000. Oletatakse, et sihipärase ravi ja profülaktika tulemusena on äkksurmajuhtude arvu võimalik vähendada 100 000-le. Epidemioloogilised uurimised veenavad, et südame isheemiatõve ja koronarogeenne äkksurma ohutegurid kattuvad. Need on hüperlipideemia, hüpertoonia, sigaretisuitsetamine, vasaku südamevatsakese hüpertroofia ja vähene kehaline aktiivsus (liikumisvaegus), kusjuures eriti kaalukas ohutegur on hüperlipideemia ja hüpertooniaga võrreldes suitsetamine. On kogunenud kirjandusandmeid, mille järgi suitsetamisest loobumine on müokardiinfarktihai-geil koronarogeenne äkksurma ohtu lähema kahe aasta jooksul tunduvalt kahandanud.

Circulation, 1976, 3, 360-364.

Экспресс-информация (Заболевания сердечно-сосудистой системы), 1977, 5.

Arstide seltsides

Võru, Põlva ja Valga Rajooni Arstide Teadusliku Seltsi ja Eesti NSV Kardioloogide Vabariikliku Seltsi ühine konverents toimus 24...25. juunini 1977 Võrus ning sellega tähistati Võru Haigla 150. aastapäeva. Konverentsi istungeid juhatasid professorid K. Kõrge ja J. Riiv, arstiteaduse kandidaat R. Suija ja allakirjutanu.

Päevakavas oli südame ja veresoonte haigusi analüüsivate kõrval ka tervishoiuajalugu käsitlevaid ettekandeid. Avaettekannet, mille autoriks oli H. Soopõld, oli pühendatud Fr. R. Kreutzwaldile kui esimese eestikeelse sünnitusabiõpiku autorile. E. Kongo andis ülevaate tuberkuloosi kui levinud haiguse likvideerimisest Võru rajoonis. V. Kapp ja E. Allikvee olid vaatluse alla võtnud kirurgilise ravi Võru Haiglas aastail 1933... 1937 ja 1950... 1976.

Mainitud ülevaadetele järgnesid ettekanded, milles käsitleti südame ja vereringe kohanemisvõime mõjutamise võimalusi kliimaatiliste ja füüsikaliste tegurite otsesel ning kaudsel toimel. Ettekannetes käsitleti saunaprotseduuride mõju südame ja veresoonte seisundile, hingamisele ja gaasivahetusele. P. Huik koos kaasautoritega analüüsis väga põhjalikult sauna osa spordimeditsiinis. Ta tuli järeldusele, et saun on asendamatu võistluste- ja treeningujärgsel taastumisperioodil. Viimane seisukoht põhines nii Võrus tehtud eksperimentaaltööde tulemustel kui ka maailmakirjanduse andmetel. A. Klink väitis oma tööde põhjal, et pärast sauna vähenes olulisel määral ka tundlikkus hüpertooniatõbe põdevatel haigetel koos süstoolse rõhu langusega naha kaudu manustatud adrenaliini suhtes. Allakirjutanu ja R. Suija rõhutasid, et hüpertooniatõbe põdevatel haigetel on vererõhu langus pärast sauna tingitud vegetatiivse regulatsiooni muutustest. Viimase väite tõestuseks peavad autorid nende poolt esmakordselt kir-

jeldatud negatiivset gaasivahetuse faasi ja südame vastusreaktsioonide vähenemist — puudumist intratorakaalsetele rõhu muutustele pärast sauna. Ka Blohmke meetodil tehtud elektrokardiograafiliste uuringute analüüs näitas, et pärast sauna hakkab vegetatiivses regulatsioonis domineerima parasümpatikotoonia. R. Suija tööst ilmnnes, et poolteise aasta jooksul oli hüpertooniatõbe põdevatel haigel hüpertensiooni mitmel juhul võimalik langetada või säilitada madalamana ainult saunaprotseduuride abil. Saunaprotseduuridega on võimalik mõjutada ka kesknärvisüsteemi talitlust: hommikul pärast sauna oli katsealustel õpilastel mõtlemiskiirus kiirenenud.

E. Laane ja J. Riivi ühises töös «Gaasivahetus ja füüsiline rehabiliteerimine südame isheemiatõve korral» tehti ettepanekuid, kuidas südame isheemiatõve vastu peetavat võitlust tõhusamaks muuta. Erilist tähelepanu pöörati haigete rehabiliteerimisele. Professor J. Riivi ettekanne «Südame ja veresoonele ebasoodsate meteoroloogiliste mõjutuste profülaktika» nagu võttis kokku ja täiendas kuuldut ning samal ajal püstitas ka programmülesande, milles põhjendas väliskeskonna tegurite tähtsust ning nende mõju uurimise vajadust nii südame ja veresoonte haigusi põdejail kui ka terveil. Väljaselgitamist ja täpsustamist vajab mitme väliskeskonnateguri mõju südame ja veresoonte talitlusele. On vaja selgitada ka nende tegurite rakendatavust südame ja veresoonte treeninguks südame isheemiatõbe põdevatel haigetel ning vajaduse korral ka nende tegurite eest kaitse loomist (näiteks koronaarverevarustuse ägeda puudulikkuse perioodil).

Konverentsi teisel päeval käsitleti üksikuid südame ja veresoonte adaptatsioonimehhanisme ja kompensatsioonivõime languse põhjusti ning selgitati põhjuste olemust (H. Ersi ja kaasautorite töö, H. Paidre, E. Laane jt.).

Eriti tõstaksin esile J. Eha ja A. Leissoo tööd, kes on uurinud ventrikulograafiat südame vasaku vatsakese kontraktsioonivõime hindamisel, ning Ü. Lepa ja R. Mardi ettekannet «Vasaku südamevatsakese süstoli faasid suhkurtõvehaigetel rahuoleku ja koormuse korral». Viimati mainitud töös kajastub meie vabariigis viimastel aastatel saavutatud edu südame ja veresoonte talitluse uurimises.

Funktsionaaldiagnoosimisel kasutatakse programmisüsteemil töötavaid arvuteid.

Konverentsi ettekanded on põhiliselt esitatud ka kogumikus «Aktuaalseid meditsiini-probleeme Võru rajoonis».

Elmut Laane

Apteegitöötajate konverents toimus 1977. aasta mais Tartus. Kavas oli farmatseutide ettevalmistamine ja täiendamine. Osavõtjaid oli 91. Konverentsi avas Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatuse esimees dotsent J. Tammeorg.

Meie farmatseutide kaadrist ja perspektiividest rääkis Apteekide Peavalitsuse juhataja **O. Toots**. Spetsialistide vajadus apteegiala asutustes on suurenenud ning seepärast peaks apteegivõrk saama senisest rohkem proviisoreid ja farmatseute. Proviisorite ettevalmistamise uut õppeplaani tutvustas A.-L. Padar. Proviisorite ettevalmistuse aeg on nüüd viis aastat, mille jooksul toimub ka üliõpilaste spetsialiseerumine (organisaatorid, tehnoloogid, analüütikud). J. Tammeorg käsitles spetsialiseerumisprobleeme 1978. a. kevadsemestril. Arutati ka menetluspraktika baaside tugevdamist tingituna uuest õppeplaanist ning noorte spetsialistide stažeerimisest töökohtadel. B. Luik tegi kokkuvõtte farmatseutide täiendamise kursusest TRÜ-s ning P. Zobel rääkis teadmiste täiendamise võimalustest apteegivõrgus. T. Veebel ja A. Tobreluts rääkisid neist probleemidest, mis tekivad noortel proviisoritel esimesel tööaastal.

Toimus ka Tartu Farmatseutide Teadusliku Seltsi aruandlus-valimiskoosolek. Uus juhatuse valiti järgmises koosseisus: B. Luik, J. Tammeorg, I. Kruse, N. Looming, A. Selli, A. Silm, E. Kuigo, V. Ruga ja E. Arak ning revisjonikomisjoni A. Thomas, H. Peet ja L. Pedajas.

Elmar Arak

Proviisorite seminar peeti 6...9. juunini 1977. Kavas oli Lahemaa Rahvusparki territooriumil ravimtaimede ressursside tundmaõppimine. Osa võttis 24 proviisorit 11 rajoonist. Seminaril tutvustati ravimtaimede määramise metoodikat. Üksiktaimemeetodil katsetati nurmenuku lehtede ja juurte ning laigu-

meetodil pohlalehtede varude määramist. Jätkati eelmisel seminaril alustatud kadakavarude määramist. Edaspidi jätkub töö rajoonides, kus esimeseks sammuks on ravimtaimede kasvukohtade arvelevõtmine.

Eduard Sassi

NSV Liidu tervishoiuminister akadeemik B. Petrovski külastas juulikuus Kingissepa Rajooni Keskhaiglat. Külalist saatis Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep.

Tutvuti haigla osakondadega ja tervishoiuarengu probleemidega Saaremaal. Akadeemik B. Petrovski esines Kingissepa Arstide Teadusliku Seltsi koosolekul. Ta rääkis tervishoiu ees seisvatest ülesannetest X viisaastakul ning vastas kuulajate küsimustele.

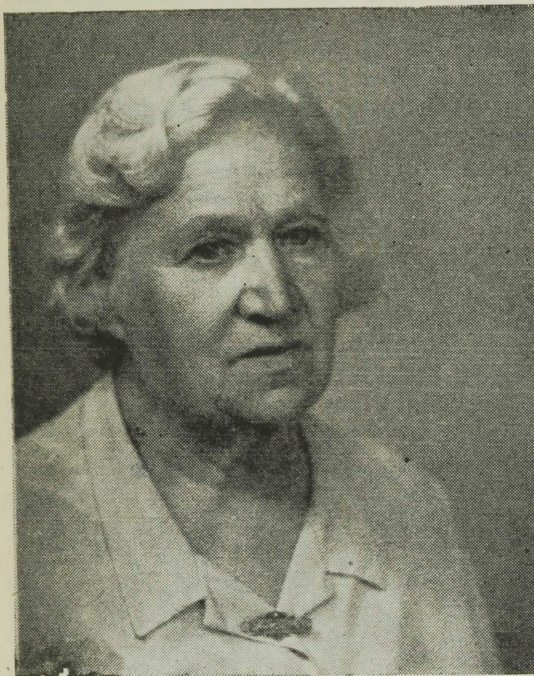
Reinhold Birkenfeldt

26. novembril 1976. a. toimus Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Seltsi aruandlus-valimiskoosolek. Aruande esitas seltsi juhatuse esimees E. Siirde. Saavutuste kõrval toodi esile mitmeid puudusi: arstide kaadri vananemine ja mittepiisav juurdekasv, vähene voodikohtade arv otorinolarüngoloogiliste haigete tarvis, eriti Tallinnas, kus puudub isegi foniatriakabinet. V. Liiv esitas revisjonikomisjoni aruande. Peeti vajalikuks taastada internatuur otorinolarüngoloogia alal. Juhatuse töö tunnistati rahuldavaks ning tema volitusi pikendati järgmiseks tööperioodiks.

Viktor Särghava

Tähtpäevad

OLGA KULL 80-AASTANE



21. augustil 1977 sai Tallinna Merimetsa Haigla Kalinini Rajooni Lastepolikliiniku meditsiiniõde Olga Augusti t. Kull 80-aastaseks.

Juubilar on sündinud Leningradis töölisperekonnas. O. Kulli koolitee kulges Narvas. 1914. aastal alanud I maailmasõda viis tütarlapse meditsiiniõdede lühikursustele, mille ta lõpetas 1914. aasta novembris. Sellest ajast alates on kogu juubilaril elu olnud seotud meditsiiniga — tööaastaid aga on kokku 63.

Pärast meditsiiniõdede kursuse lõpetamist töötas O. Kull Narva Linavabrikus Laatsaretis, aastail 1917...1921 Vene sanitaarrongil nr. 83. Järgnesid

tööaastad Narva Lasteambulatooriumis ning 1930. aastast alates, mil O. Kull asus elama Tallinna, Tallinna Ühises Haigekassas ning hiljem Tallinna Linna Keskhaiglas. 1951. aastast töötab juubilar Tallinna I Lastehaigla Polikliinikus meditsiiniõena. 1973. aastal ühendati polikliinik Tallinna Merimetsa Haiglaga, selle haigla kollektiivis töötab O. Kull tänaseni.

Juubilarile on omane täpsus ja korrektus töös, rõõmsameelsus ja heasoovlikkus suhtlemises kaastöötajatega. O. Kull on töötanud erinevatel ametikohtadel, ent alati on ta silma paistnud võimeka meditsiiniõena. Suurtele töökogemustele vaatamata peab ta vajalikuks ikka ja jälle erialateadmisi täiendada. Oma rikkalikke kogemusi ja teadmisi on juubilar jaganud noorte kolleegidega. Paljud meditsiiniõed on alustanud töötamist tema käe all.

Suurele töökoormusele vaatamata on O. Kull leidnud aega osa võtta ühiskondlikust tööst. Ta on kuulunud ametiühingu kohalikku komiteesse ja Punase Risti Seltsi kohalikku komiteesse ning on pidanud korras polikliiniku raamatukogu. Hea töö eest on O. Kullile antud kommunistliku tööeesrindlase nimetus.

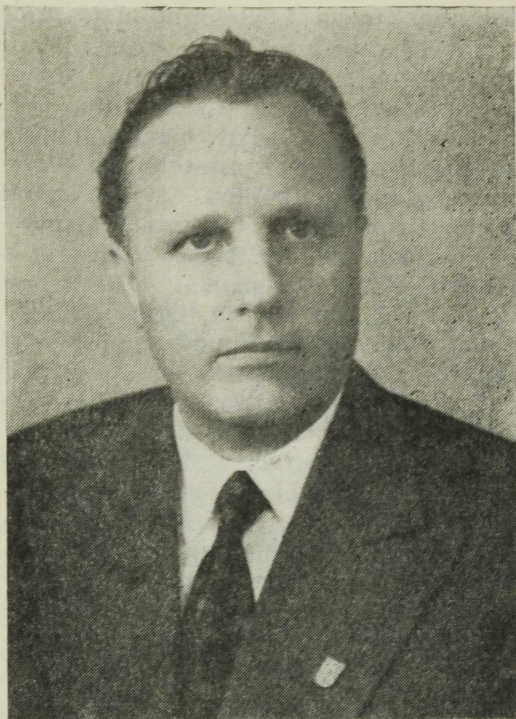
Soovime juubilarile õnne, jõudu ja reipust paljudeks aastateks!

Tallinna Merimetsa Haigla

TERVISHOIUMINISTRI ASETÄITJA OKU TAMM 50-AASTANE

20. oktoobril 1977 tähistati Eesti NSV tervishoiuministri asetäitja ja ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» peatoimetaja Oku Tamme 50. sünnipäeva.

Juubilar on sündinud ja õppinud Tartus. Tartu I Keskkooli lõpetas ta 1946. aastal, TRÜ arstiteaduskonna raviosakonna 1952. aasta kevadel. Seejärel töötas ta ajavahemikul 1952...1954 Suure-Jaani Rajooni Sanitaar- ja Epi-



demioloogiajaama peaarstina, 1954... 1964 Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarstina, praegusele tööpostile edutati ta 1964. aasta juulis. Põhitöö kõrval on O. Tamm ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» peatoimetaja 1965. aasta detsembrist alates.

1967. aasta novembris kaitses juubilar kandidaadiväitekirja «Eesti NSV elanikkonna sanitaar-epidemioloogilise teenindamise areng (XIX sajandi teisest poolest kuni 1965. aastani) ja selle edaspidised perspektiivid». Väitekirjas oli oluline kaal ettepanekutel meie vabariigi sanitaar- ja epidemioloogiategenistuse edendamiseks.

O. Tamm on trükkis avaldanud enam kui poolsada artiklit peamiselt sanitaaria ja epidemioloogia valdkonnast, neist mõned Saksa DV ja Soome ajakirjades, lisaks veel palju populaartheaduslikke kirjutisi ajalehtede ja ajakirjade veergudel. Juubilaril sõnavõtte on meil sageli olnud võimalik kuulata nii raadios kui ka televisioonis. Autorite kollektiivi liikmena on tema sulest ilmunud nii mõnigi raamat või brošüür sanitaaria

ja nakkushaiguste epidemioloogia alalt, seejuures on ta tähelepanu pööranud eriti sotsiaalmajanduslikele probleemidele ja tervishoiuökonoomikale.

Juubilaril põhitoöks Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumis on sanitaar- ja epidemioloogiaavalitsuse, Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» ja ministeeriumi kapitaalehitusosakonna tegevuse juhtimine, samuti Vabariikliku Sanitaarharidusmaja töö juhendamine.

O. Tamm on NLKP liige 1960. aastast.

Ta kuulus arstide kollektiivi, keda Eesti NSV-s poliomieliidi elusvaktsiini meditsiinipraktikasse kasutuselevõtu eest autasustati 1965. aastal Nõukogude Eesti preemiaga. Teda on autasustatud Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga kolmel korral, peale selle Tööpunalipu ordeni ja V. I. Lenini juubelimedali, «Tervishoiu eesrindlase» ja «Sanitaarkaitse eesrindlase» rinnamärkide ning Nõukogude Punase Risti kõrgeima autasuga.

O. Tamm on lõpetanud EKP Tartu Linnakomitee Marksismi-Leninismi Õhtuülikooli filosoofia alal ning EKP Tallinna Linnakomitee Marksismi-Leninismi Ülikooli juhtimise alal.

Juubilar on olnud silmapaistvalt aktiivne ühiskondlikus tegevuses. Ta on Tallinna Linna TSN saadik, Eesti NSV Ühingu «Teadus» juhatuse esimehe asetäitja, Eesti NSV Hügienistide ja Tervishoiuorganisaatorite Teadusliku Seltsi juhatuse liige, teda on valitud Sanitaarala Keskastme Meditsiinitöötajate Seltsi auliikmeks. Agaralt võtab ta osa ministeeriumi tervisliku toitumise nõukogu tööst, kuulub Eesti NSV Vetelpäästeühingu Keskkomiteesse, VSÜ-sse «Kalev» ja mitmesse muusse ühiskondlikku organisatsiooni.

Energilisele juubilarile soovime palju õnne elus, jaksu vastutusrikkal tööpostil ning head koostööd ajakirja tegemisel!

Kolleegid

TEENELINE ARST ENDEL LAAMANN 60-AASTANE

17. juunil sai 60-aastaseks Tartu Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhataja, Eesti NSV teeneline arst Endel Kustase p. Laamann.

Juubilar on töötanud kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhatajana 1951. aastast tänaseni. E. Laamanni tuntakse abivalmis ja võimeka arstina, hea organisaatorina ning administraatorina. Alati on ta suurt rõhku pannud erialakvalifikatsiooni tõstmisele. Juubilar on korduvalt viibinud täienduskursustel Moskvas ning käinud kogemusi vahetamas Saksa DV-s. Nii täiendas ta oma teadmisi bronhologia alal 1970. aastal Lostaus professor H. Friedeli juures ning 1975. aastal Magdeburgis Arstiteaduse Akadeemia Kõrva-, Nina- ja Kurguhaiguste Kliinikus, kus pidas ka loengu objektiivsetest kõrva-kohinatest.



E. Laamann on pidevalt tegelnud teadusliku tööga, avaldanud rohkesti publikatsioone ning esinenud paljudel konverentsidel. Erilist huvi on ta tundnud kuulmetõrve talitluse ja selle häirete ning endoskoopia, endoskoopiliste diagnoosimis- ja ravimeetodite vastu. Endoskoopiliselt diagnoositakse ja ravitakse kõri, neelu, söögitoru ning bronhide haigusi, kõrvaldatakse kasvajaid ja võõrkehi. Nende elundite suure tundlikkuse tõttu on vajalik narkoos. Tartu Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonnas on kasutusele võetud aparaat, mis on ette nähtud otseseks larüngoskoopiaks. See võimaldab operatsiooni vältel teha kunstlikku hingamist. Koostöös TRÜ eksperimentaaltöökoha juhataja A. Jaagosilla ja meister A. Susiga valmis vastav instrumentarium. Tartus on tehtud üle poole tuhande niisuguse operatsiooni.

Juubilar on alati aega leidnud noorte arstide juhendamiseks ning ühiskondlikuks tööks. Mitme ühiskondliku ameti kõrval on ta kuulunud Eesti NSV Otorinolarüngoloogide Teadusliku Seltsi juhatusse selle asutamisest peale.

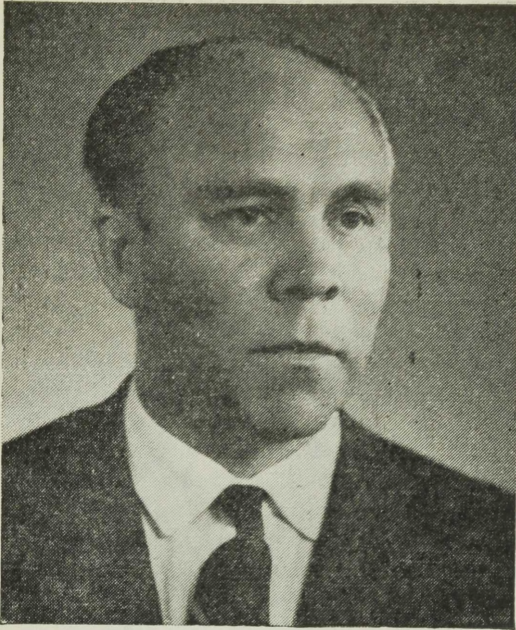
Soovime Endel Laamannile jätkuvat nooruslikku energiat ning edu viljakas arstitöös!

Kolleegid

ANDREI SARAPIL OLI JUUBEL

30. augustil 1977 sai 60-aastaseks Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi teadusliku töökorralduse ja meetodika osakonna juhataja Andrei Aleksandri p. Sarap.

A. Sarap on sündinud Omski oblastis talupoja perekonnas. 1937. aastal lõpetas ta Omski velskri-ämmaemanda kooli ning asus tööle velskrina. 1938. aastal astus ta M. I. Kalinini nimelise Omski Meditsiiniinstituudi sanitaarhügieeni teaduskonda, mille lõpetas 1944. aastal. Seejärel suunati juubilar Leningradi Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi käsutusse ja algas noore arsti töö vanemate sünnimaal.



Aastail 1944...1947 oli A. Sarap Tallinnas vanemsanitaarinspektor koolihügieeni alal, pärast seda 1949. aastani Pärnu Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama peaarst ja edasi 1954. aastani Virumaa tervishoiuosakonna juhataja.

1945. aastal täiendas A. Sarap oma teadmisi koolihügieeni alal Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudis ja 1953. aastal sealsamas juhtivate töötajate üheaastastel kursustel, mille lõpetamise järel 1954. aastal määrati ta Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhatajaks, kus ta töötas 1967. aastani.

Juubilaril hoolsat tööd vabariigi tervishoiuvõrgu arendamisel märkis talle 1965. aastal antud tervishoiuorganisatori kvalifikatsiooni kõrgem kategooria. Samaks aastaks oli A. Sarapil valminud rikkalike töökogemuste põhjal koostatud kandidaadiväitekiri «Eesti NSV täisealiste ravi-profülaktilise teininduse olukord, arenguteed ja perspektiivid», mida ta kaitses TRÜ arstiteaduskonna nõukogus.

1967. aastal valiti A. Sarap Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi äsjaloodud organisatsioonilismetoodilise osakonna juhatajaks. Täna-

seks on juubilaril juhtimisel selle väikese osakonna tähtsus märgatavalt suurenenud ja osakond on alustanud vabariikliku ulatusega uurimistöid tervishoiuorganisatsiooni alal. Selles valdkonnas on A. Sarapil trükkis avaldatud üle 80 teadusliku ja üle 90 populaarteadusliku artikli. Vanemteaduri kutse tervishoiu teooria ja organisatsiooni alal anti talle 1969. aastal.

NLKP liige on A. Sarap 1947. aastast alates ning ta on alati aktiivselt osa võtnud ühiskondlikust tööst. Korduvalt on ta olnud tervishoiuministeeriumi ja instituudi parteibüroo liige, samuti vastutaval tööl ametiühingu kohalikus komitees, ühingu «Teadus» meditsiinipropaganda teaduslikus meetodikanõukogus, Eesti NSV Punase Risti Seltsi Keskkomitee Presiidiumis, Eesti NSV Hügienistide ja Tervishoiuorganisatorite Teadusliku Seltsi juhatuses ning tervishoiuministeeriumi teadusliku meditsiin nõukogu presiidiumis.

Juubilaril energia ja suutlikkuse üks allikaid on ilmselt aastaid kestnud spordilembus. Tema sportlasete parim tulemus oli esimene koht üliõpilaste üleliidulistel võistlustel 100 km murdmaasuusatamises 1939. aastal.

Kohusetruu erialase ja ühiskondliku töö eest on A. Sarapil autasustatud ordeniga «Austuse märk», nelja medali, kolme rinnamärgi ja kolme Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjaga.

Soovime juubilarile õnne, head tervist ja tööroõmu veel paljudeks aastateks!

Kolleegid

Quaestiones linguae Estonicae in medicina

KUURORDIRAVI JA HOMMIKUVÕIMLEMINE EHK HOMMIKVÕIMLEMINE

ESTER KINDLAM . TALLINN

kuurortravi või siiski *kuurordiravi*? Kui liitumi põhisõnaks on *ravi*, siis täiendsõna, mis näitab vahendit, *abinõu*, millega *ravi* toime pannakse, on nimetavas — see põhimõte on nüüd meditsiiniterminoloogias üsna järjekindlalt rakendust leidnud: *uniravi*, *vesiravi*, *õhkrindravi*, *apomorfiinravi*, *dieetravi*, *stugeroonravi* jne. Reeglipärase *elekterravi* kõrvale on siiski ruumi jäetud ka rahvasuus kõvasti läbilõõnud omastavalisele *elektiravile* (vähemalt populaarsemates, laiematele lugejahulkadele mõeldud kirjutistes, samuti suulises lävimises patsientidega tohiks see täiesti omal kohal olla).

Kas nende nimetavaliste liitumite ahelasse lülitub ka *kuurortravi*? 1960. a. «Õigekeelsuse sõnaraamat» fikseeris omastavalise *kuurordiravi*, aga seal olid ka muud *ravid* (mõne üksiku erandiga) omastavalise täiendosisega, seega ainult *elektirravi*, *röntgeniravi*, *uneravi* jne. Vastses «Õigekeelsussõnaraamatus» (1976) aga leiame *kuurortravi*. Ja asi tundub sellega olevat ühel poolel: on moodustatud üks ühtlane nimetavaline *ravi*-liitsõnade rühm. Sisulisel süvenemisel sugeneb aga kahtlus, kas niisuguse lapiti löögiga pole siiski pisut viltu

löödud. *Dieetravi*, *õhkrindravi*, *röntgenravi* ja teiste seesuguste puhul tähistab esimene komponent (täiendsõna) mõjurit, tegurit, vahendit, *abinõu*, *kuurortravi* puhul aga näitab *kuurort* kohta, kus *ravi* tehakse. Selle liitsõna analoogiaid tuleks seega otsida teistsugustest juhtedest, kas või niisugustest nagu *metsajooks*, *ringrajasõit*, *tänavasõit*, *tänavavõitlus*, *saalitreening*, *väljakumäng*, millede eeskujul peaksime õigeks tunnistama ka uuest sõnaraamatust väljajäetud *kuurordiravi*. Kahjuks ei selgu sageli kasutatavast liitsõnast *haiglaravi*, kas esiosa on nimetavas või omastavas. Kui aga kellelgi läheb vaja ravimist näiteks kliinikus või polikliinikus, siis küllap ta ei kõhkle keelevaistu põhjal valimast omastavalist liitumit *kliinikuravi*, *polikliinikuravi*. *Sanatoorse ravi* kõrvale oleks võimalik ka kompaktsem *sanatooriumiravi*.

Järelikult ei tohiks eksiili saadetud *kuurordiravi* siitpeale hakata vääraks pidama. See on täiesti korras keelend, mida võiks julgesti edasi kasutada. Jäävad ju selle kõrvale keelde eksisteerima muudki *kuurordi*-sõnad, nagu *kuurordiarst*, *kuurordielanik*, *kuurordiehitus* jms.

Täiesti põhjendatud on nimetavaline täiendsõna aga juhtudel nagu *kuurortlinn* (s. t. linn, mis on ühtlasi *kuurort*), *kuurortasula*, *kuurortalev* (nende eeskujuks on seesugused moodustised nagu *treeningmäng*, s. o. mäng, mis on ühtlasi *treening*, *arhiivraamatukogu*, *tänavpuiestee*, *kittelkleit*, *sukkpüksid*, *saunsuvila* jms.). *Kuurorti* suunatule antakse aga *kuurordikaart* (mitte *kuurortkaart*!) või siis *sanatooriumikaart*.

Ainult *hommikumantel*, ent siiski ka *hommikuvõimlemine*: 1960. a. «Õigekeelsuse sõnaraamatust» ei leia me ühtegi *hommik*-täiendsõna, on aina *hommiku*-: *hommikueine*, *-kingad*, *-kuub*, *-kohv*, *-kontsert*, *-mantel*, *-muusika*... ja siit loogiliselt tulenev *hommikuvõimlemine*. Tõe-

poolest, a ega märkivad täiendsõnad annavad enamasti omastavalisi liitumusi, nagu tõendavad *päevatoiming*, *päevasündmus*, *päevasoeng* jts. Kummatigi kaldub rahvasuu *hommik*-sõna puhul *u*-d ära jätma, nii et *hommik*-*mantli*, *hommik*-*kinga* kõrval võib kuulda ka *hommik*-*mantlit*, *hommik*-*kleiti*, *hommik*-*kinga*. 1920-ndail aastail tegutses Tallinnas «Hommikteater». Kui *hommik*une virgutusvõimlemine laiemalt levima hakkas, olid selle harastajad algul kahevahel, kas tegemist on *hommik*- või *hommik*-*võimlemisega*. Kahevahel olid ka keelekorraldajad (vaheetapina normiti isegi kord, 1951. a., paralleelkeelendid *hommik*-*king* = *hommik*-*king*, *hommik*-*kuub* = *hommik*-*kuub*, *hommik*-*mantel* = *hommik*-*mantel*). 1953. a. «Väike õigekeelsuse sõnaraamat» peegeldas seda kõhklust ka uue termini puhul, andes selle *hommik*[*u*]*võimlemise* kujul. 1960. a. sõnaraamat aga otsustas asja ühele poole suunata ja, nagu öeldud, tunnustas üksnes *hommik*-*võimlemist*. Nähtavasti ei suutnud see ainunorming tõrksat suulist pruuki taltsutada, nii et uus OS on *u*-ta kujule taas kaaned avanud. Kuigi *hommik*-*võimlemine* on seal muude *hommik*-sõnade seas nagu äraeksinud talleke, erand, mida eraldi peab meelde suruma ja meeles hoidma, on tal nüüdsest peale «seadusjõud». Aga nii või teisiti, eksida ei olegi võimalik: reeglipärane *hommik*-*võimlemine* ja erandlik *hommik*-*võimlemine* on mõlemad lubatud.

suvespartakiaad: Aega tähistava täiendsõnaga liitumitest võiks eriti spordiarstide tähelepanu pälvida veel senine *suvispartakiaad*, mis OS-i uustrükis on muutunud *suvespartakiaadiks*. Endine *suvispartakiaad* oli liitumistüübi poolest korrelatsioonis *talisparkiaadiga* (mõlema täiendsõnad on nimetavas). Normingu muutmisega on see korrelatsioon kaduma läinud, kuid nüüd astub omastavaline *suvespartakiaad* ühte jalga *suvelaagri-*

ga, *suvekooliga*, *suvekursustega*, *suvepeoga*. Nimetavaline täiendsõna *suvi* on jäetud eeskätt põllundus- ja aian-
dusterminite tarvis (*suvisort*, *suvinisu*, *suvirukis*, *suvivili*, *suvipirn*, *suviõun*).

Ajakirja «Keel ja Kirjandus»
toimetus

Üks suuremaid tragöödiad perekonnas on lapse surm. Väliselt täiesti terve imiku äkksurma juhte on tänapäeval kirjeldatud küllalt sageli ning enamasti on põhjus olnud ebaselge.

Arvatakse, et see võib tingitud olla laialdasest rasestumisvastaste vahendite kasutamisest teismeliste hulgas. Mõned tunnused viitavad sellele, et surma põhjuseks võib olla viirus. Üks teooria viitab vere hapnikusalduse märgatavale vähenemisele nädalaid enne surma. Kui see tõesti nii on, siis võiks sellise haigusnähu lapsel juba varakult välja selgitada ja teda ravida.

U. S. News and World Report, 1976, 26, 53

Möödunud sajandil kasvas ameeriklaste iga järgnev generatsioon pikemaks ja suguküpses varem kui eelnev, millest ta põlvnes. Praeguseks tundub see fenomen möödunud olevat. Tervishoiu Statistika Riikliku Keskuse avaldatud andmetel tasakaalustus pidev kasvutendents kõikide elanike sotsiaalsetes rühmades 1955...1956. aastaks. Enam kui 20 000 lapse uurimised viimase 15 aasta jooksul on näidanud, et nn. normaalse pikkuse ja kaalu, samuti suguküpsuse kiirus on ühtlustunud.

Keskmine 18-aastaste tütarlaste pikkus on nüüd 163,93 cm ning kaal 69,04 kg. Keskmine 18-aastaste poeglaste pikkus aga on 175,36 cm ja kaal 82,63 kg.

U.S. News and World Report, 1976, 26, 53

In memoriam

OLEV TOOTS

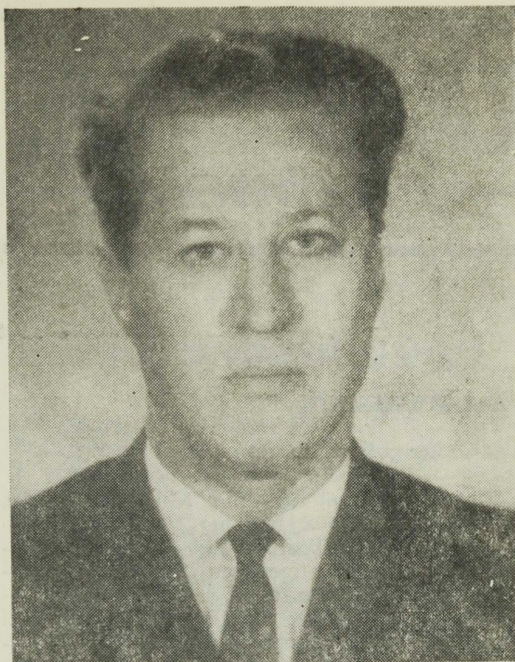
23. II 1930 ... 14. VIII 1977

Eesti NSV farmatseutide peret on tabanud raske kaotus. 14. augustil 1977 suri ootamatult Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsuse juhataja, Eesti NSV teeneline tervishoiutöötaja Olev Reinu p. Toots.

O. Toots sündis 23. veebruaril 1930. aastal Tallinnas töölisperekonnas. Keskkhariduse omandas ta Tallinna VII Keskkoolis, mille lõpetas kuldmedaliga. Järgnesid õpingud TRÜ arstiteaduskonna farmaatsiaosakonnas, mille järel 1954. aastal suunati ta tööle Rakvere apteeki nr. 57. Aastail 1956...1963 juhatas ta Tõrva ja 1963...1975. aastani Tartu Raekoja apteeki. 1975. aastal edutati O. Toots Apteekide Peavalitsuse juhatajaks.

Oma kutsetöö kõrval osales O. Toots elavalt ühiskondlikus töös. Ta oli valitud Tõrva ja hiljem Tartu linnanõukogu saadikuks. Pikemat aega oli ta Tartu Linna TSN alalise tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjoni esimees, mõned aastad ka Tartu Linna TSN Täitevkomitee liige. 1977. aastal valiti ta Tallinna Oktoobri Rajooni Rahva-kohtu kaasistujaks.

Proviisor O. Toots oli ka Eesti NSV Farmatseutide Teadusliku Seltsi juhatusel liige, apteeginõukogu esimees, TRÜ arstide, stomatoloogide ja farmatseutide täiendamise ja spetsialiseerimise teaduskonna ja Tallinna Meditsiini- ja farmatseutide instituudi lektor. Tema sulest ilmus artikleid erialajakirjades. Lahkunu esinemised olid alati sisukad ja oodatud. O. Toots kuulus ajakirja «Nõukogude Eesti Tervishoid» toimetuse nõukogusse.



Apteekide Peavalitsuse juhataja ülesandeid asus O. Toots täitma suure energiaga, paljude uute plaanide ja mõtetega. Tema vaevalt kahe ja poole aastast tegevust kroonis edu: üleliidulises sotsialistlikus võistluses saavutas Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Apteekide Peavalitsus mitmel korral auhinna kohti, 1976. aasta III kvartali töötulemuste eest aga esikoha ja rändpunalipu.

O. Tootsi töö leidis tunnustust. Teda oli autasustatud V. I. Lenini juubelimedaliga, arvukate aukirjade ja rinnamärkidega «Tervishoiu eesrindlane» ning «IX viisaastaku lööklane». Talle omistati proviisori-organisaatori kõrgem kategooria.

Meie vabariigi apteegitöötajad on kaotanud silmapaistva juhi ja võimeka apteegiala organisaatori.

Mälestus O. Tootsist kui elurõõmsast kolleegist ning abivalmis sooja südamega inimesest jääb kauaks püsima.

*Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi
Apteekide Peavalitsus
Eesti NSV Farmatseutide Teaduslik
Selts*

Uusi ravimeid

ALLOPURINOOL

(Аллопуринол, аллопуринол)

Allopurinool (sünonüüme: Milurit, Apurin, Atisuril, Zylorik, Zyloprim, Uridozid, Uripirim jt.) on keemiliselt 4-oksi-pürasolo-/3,4/-pürimidiin, seega hüpoksaantiini isomeer. Meditsiin on ta kasutusel valgete või kreemikasvalgete tablettidena. Inhibeerides ensüümi ksantiinoksidaasi pärsib allopurinool kusihappe tekkimist organismis. Tagajärg on uraatide vähenemine vereseerumis ja uriinis, nende ladestumise vähenemine kudedes.

Preparaat on mõjus sissevõetuna. Allopurinooli metabolismi käigus tekkiv oksipurinool on ksantiinoksidaasi inhibiitor.

Allopurinooli peetakse soovitatavaks kasutada nende haiguste korral, millega kaasneb hüperurikeemia või leidub uraate uriinis, ja juhtudel, kui ei esine neerude talitluse puudulikkust:

- primaarne ja sekundaarne podagra, primaarne hüperurikeemia,
- neerukivitõbi, mille puhul esineb uraat-konkremente,
- sekundaarne hüperurikeemia, mis on põhjustatud nukleoproteiidide kiirenenud lagunemisest (äge leukoos, krooniline müeloleukoos, lümfosarkoom jm.) või on seotud kemo- või kiiritusraviga, steroidipreparaatide manustamisega jne.,
- eelnenimetatud patoloogiliste seisundite profülaktikaks.

Allopurinooli võetakse sisse pärast sööki. Ööpäevane annus sõltub vere kusihappesisaldusest. Minimaalne ööpäevane annus täiskasvanuile on 0,1 g allopurinooli, maksimaalne 0,8 g. Keskmise raskusega hüperurikeemia korral (kuni 7 mg⁰/₀) ordineeritakse 0,3...0,4 g päevas 2...3 nädala vältel. Edasi antakse toimet säilitava annusena 0,2...0,3 g ööpäevas, mis aitab hoida vere kusihappesisaldust normi piires (alla 5 mg⁰/₀). Ööpäevane annus manustatakse 2...3 üksikannusena.

Rasketel haigusjuhtudel, kui kudedes esineb ladestunud uraate nn. toofustena, samuti tugeva hüperurikeemia (üle 7 mg⁰/₀) korral ordineeritakse allopurinooli 0,6...0,8 g päevas. Seda võetakse sisse pärast sööki mitte

üle 0,2 g korraga. Ravikuur kestab 2...4 nädalat. Kogu ravi kestel määratakse süstemaatiliselt kusihappesisaldust veres ning kontrollitakse maksa- ja neerude talitlust. Edaspidi manustatakse toime säilitamiseks 0,1...0,3 g allopurinooli päevas, mida tehakse mitme kuu jooksul.

Neerude talitluse puudulikkuse korral peab ravimit kasutama väga ettevaatlikult ja korrapäraselt määrama jääklämmastiku- või kusihappesisaldust veres.

Intensiivse kiiritusravi või kemoterapia korral ordineeritakse hüperurikeemia profülaktikaks allopurinooli keskmiselt 0,4 g ööpäevas. Preparaadi manustamist alustatakse 2...3 päeva enne spetsiifilise ravi algust või nimetatuga samal ajal ja lõpetatakse mõni päev pärast eriravi lõppu.

Allopurinooli manustamise algul võib haigus podagrahaigetel ägeneda. Ägenemist kupeeritakse muude ravimite, nagu kolhitsiini, metindooli jt. Mõnedel haigetel võib allopurinool esile kutsuda kõhulahtisust, iiveldust, kõhuvalu, nahalööbeid, palavikku, eosinofiiliat.

Tuleb arvesse võtta, et allopurinool tugevdab 6-merkaptopuriini toksilist toimet. Allopurinooli ja 6-merkaptopuriini koosmanustamisel peab viimase annust vähemalt poole võrra vähendama.

Allopurinooliga samal ajal ei ole soovitatav kasutada rauapreparaate.

Allopurinooli kasutamise vastunäidustuseks on neerude talitluse puudulikkus ja rasedus.

Lastakse välja tablettides. Pakendis 50 tabletti à 0,1 g, hind 3 rubla 2 kopikat. Ravimit säilitatakse valguse eest kaitstult. Ta kuulub B-nimekirja.

DIKLOKSATSILLIINNAATRIUM

(Dichloxacillinum natrium, диклоксациллина натриевая соль)

Dikloksatsilliin on uus, poolsünteetiline penitsilliin, mis toimib penitsillinaasi tekitavasse stafülokokkidesse. Antimikroobne toime on bensüülpenitsilliini toime sarnane. Toimespekter on ligilähedane teiste penitsillinaasiresistentsete penitsilliinide toimespekt-rile (metitsilliin, oksatsilliin).

Dikloksatsilliinnaatriumi sool on näidustatud eeskätt nende nakkushaiguste puhul, mille on põhjustanud penitsillinaasi tekitavad stafülokokiid ja mis ei allu teiste antibiootikumide toimele. Toime strepto- ja pneumokokkidesse on nõrgem kui bensüülpenitsilliinil. Graamnegatiivsetesse mikroobidesse ei toimi *E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Bac. Proteus*.

Dikloksatsilliinnaatrium on happelises keskkonnas püsiv ühend ja seega suu kaudu manustatav. Maost ja seedetraktist imendub preparaati kiiresti ja ületab ses suhtes oksatsilliini. Ravimi kontsentratsioon veres on maksimaalne juba pärast seda, kui manustamisest

on möödas tund. Terapeutilistes kontsentratsioonides ringleb 4...5 tundi.

Ravimit kasutatakse hingamiselundite ägedate haiguste korral, nagu kopsupõletik ja bronhiit, samuti osteomüeliidi, pehmete kudede nakkuste, furunkuloosi, flegmoonide, abstsesside, mastiitide, püodermia, infitseeritud põletushaavade, haavanakkuste puhul.

Ravimit võetakse sisse tund enne sööki või 1...1,5 tundi pärast sööki.

Täiskasvanute ja üle 12 aasta vanuste laste ühekordne ravimiannus on 0,25 g, päevane 1,0 g. Alla 12 aasta vanustele lastele ordineeritakse 12,5...25 mg kehakaalu ühe kg kohta ööpäevas. Ööpäevane annus jaotatakse 4 üksikannuseks ja manustatakse iga 6 tunni tagant. Ravi kestus sõltub haiguse laadist ja raskusest: 5...7 päevast 2 nädalani või veelgi kauem.

Vastunäidustuseks on allergia penitsilliini suhtes, mao ja kaksteistsõrmiksoole haavandõbi ning gastriidid.

Et dikloksatsilliinnaatriumi lastakse välja kapslites, pole ta kasutatav väikelaste ravivis.

Kõrvaltoimena võib põhjustada allergilisi reaktsioone, nimelt kihelust, nõgesetõbe, löövet, raskustunnet ja valusid kõhus, söögiisu halvenemist, iiveldust, kõhulahtisust. Kõrvaltoime ilmnenisel ravimi manustamine katkestatakse ning kasutatakse antihistamiinseid preparaate ja kaltsiumkloriidi.

Ravimi ärajätmise korral düspeptilised kõrvalnähd kaovad.

Lastakse välja kapslites 0,25 g. Kuulub B-nimekirja. Säilitatakse toatemperatuuril valguse eest kaitstult. Uus defitsiitne kodumaine ravim.

Aino Jürison

Lähtudes narkootiliste ravimite nomenklatuuri edasisest piiramisest pidas NSV Liidu Tervishoiu Ministeerium vajalikuks kustutada riiklikust ravimite registrist järgmised narkootilised raviained:

hüdrokodoonfosfaat(ka tablettides), dimorfaan, lemoraan, 0,2%-line lemoraanilahus ampullides, lemoraanitabletid (0,002 g), eskodoolilahus süstimiseks, tekodiin, 2%-line tekodiinilahus süstimiseks, tekodiinitabletid (0,005 g), amidopüriini-kofeiinnaatriumbensoadi-kodeiini tabletid, amidopüriini-analgiini-kodeiini-fenobarbitaali tabletid, amidopüriini-streptotsiidi-kofeiinnaatriumbensoadi-kodeiini tabletid, fenadoon.

Narkootilised ained hüdrokodoonfosfaat, dimorfaan, lemoraan, tekodiin ja denadoon ning neid sisaldavad ravimvormid on võetud nende narkootiliste ainete nimekirja, mida on keelatud kasutada inimeste ravimiseks. Need ei kuulu avaldamisele retseptuurikäsiraamatuis ega õpikuis.

Экспресс-информация (Новые лекарственные препараты), 1977, 7.

Kroonika

TERVISHOIU MINISTEERIUMIS

3. juunil 1977 toimus Viljandi Rajooni TSN Täitevkomitee ja Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi ühine kolleegium. Kolleegiumi juhatasid Viljandi Rajooni TSN Täitevkomitee esimehe asetäitja, plaanikomisjoni esimees A. Lund ja Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep.

Viljandi Rajooni Kesksaigla paarstilt R. Kariisilt oli põhiettekanne, milles oli vaatluse alla võetud meditsiinilise teenindamise tõhustamine Viljandi rajoonis. Kaasettekanne olid Tartu Kliinilise Haigla paarsti asetäitjalt polikliinilise töö alal H. Noorelt ja Viljandi Rajooni TSN Täitevkomitee alalise tervishoiu- ja sotsiaalkindlustuskomisjoni esimehelt J. Niinesalult.

Ettekandest ilmnas, et viimasel aastal on rakendatud mitmeid organisatsioonilisi abinõusid Viljandi rajooni elanikele antava arstiabi tõhustamisel. Peatähelepanu on pööratud erialase arstiabi kättesaadavusele ja kvaliteedi parandamisele. Kesksaigla laboratooriumi töö on ümber korraldatud. Paremaks on muutunud kiirabijaama töö, kiirabiautod on radiofitseeritud. Arstlike kontrollkomisjonide ja ajutise töövõimetuse ekspertiisi töö tervikuna on paranenud. On astutud samme rajooni raviasutuste ruumide laiendamiseks.

Ent elanikele antava arstiabi korralduses on ikkagi ebakohti. Stomatoloogi ja neuroloogi vastuvõtule esineb veel järjekordi. Ka laste ja naiste spetsialiseeritud arstiabi ei ole alati kättesaadav. Rajooni tervishoiuasutuste materiaalne baas on ebarahuldav. Kaadri voolavus on suur, mille peamine põhjus on elamispinna nappus. Esineb nakkushaiguste puhanguid.

Kolleegium kohustas rakendama Viljandi rajooni elanikele antava arstiabi parandamise ja tervishoiuvõrgu arendamise kompleksplaanis aastaiks 1976...1980 ettenähtud üritusi. Erilist tähelepanu tuleb pöörata spetsialiseeritud arstiabi kvaliteedi ja kättesaadavuse parandamisele. Et alustada Viljandi Rajooni Kesksaigla ehitamist 1978. aasta II kvartalis, tuleb Eesti NSV Ministrite Nõukogu Riiklikult Plaanikomiteelt taotleda kapitaal-ehituse limiidi eraldamist. Kolleegium pidas vajalikuks projekteerida Viljandi meditsiinitöötajatele 45 korteriga lammut. Et hoonet

saaks ehitama hakata 1981. aastal, tuleb projekteerimistöid alustada 1979...1980. aastal.

9. juunil 1977 toimus Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi kolleegium tervishoiuministri esimese asetäitja E. Kama eesistumisel. Arutati kolme küsimust. Arstiteaduse saavutuste elluviimise perspektiivplaani aastaks 1977...1980 informeeris teadusliku meditsiinikogu esimehe asetäitja S. Gulordava. Plaan on koostatud TRÜ arstiteaduskonna, Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi, Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudi teadlaste lõpetatud teaduslike tööde ning praktiseerivate arstide poolt kaitstud dissertatsioonide alusel. Plaan sisaldab 109 ettepanekut, neist on 23 üleliidulises plaanis. 37 ettepanekut on profülaktika vallas, 48 käsitlevad diagnoosimist ning 24 ravi.

Kaitseüstimistest Hiiumaa ja Jõgeva rajoonis rääkisid Hiiumaa Rajooni Keskaigla peaarst D. Pärn ja Jõgeva Rajooni Keskaigla peaarst E. Tormet. Kaasettekanne oli tervishoiuministeriumi peaepidemioloogilt J. Märtinilt. Nenditi, et kaitseüstimistele töö on Hiiumaa ja Jõgeva rajoonis mõningal määral paranenud. Hästi on korraldatud laste arvelevõtmine, peetakse vaktsiinide arvestust ja peetakse kinni vaktsiinide säilitamise eeskirjadest. Hästi on Jõgeva rajoonis korraldatud ka eelkutealuste ja täiskasvanute immuniseerimine kombineeritud vaktsiiniga. Mõlemas rajoonis toimus 1976. aastal kaitseüstimisalane seminar.

Saavutustele vaatamata esineb nii Hiiumaa kui ka Jõgeva rajoonis veel mitmeid ebakohti. Nimetati vigu laste kaitseüstimisel, samuti teetanuse profülaktikas. Rõugete vastu ei kaitseüstita veel kõiki täiskasvanuid. Kolleegium näeb oma otsuses ette tagada senisest rangem kontroll NSV Liidu Tervishoiu Ministeriumi käskkirja nr. 322 (25. 04. 73. a.) ning nende käskkirjade ja instruksioonide täitmise üle ning kõrvaldada kõik kontrollimisel avastatud puudused.

Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi kolleegiumi otsuse nr. 31 (10. juunist 1976. a.) täitmisest Tallinna linnas, Valga ja Põlva rajoonis andis informatsiooni Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiavalitsuse inspektor A. Holstein. Põhilised otsuse punktid on täidetud või täitmisel. Paremaks on muutunud vaktsiinide transpordi- ja säilitamistingimused. Peaspetsialistid on tugevdanud kontrolli nii täiskasvanute kui ka laste vaktsineerimise üle.

Puudustest nimetati ebatäpsusi vaktsineerimise planeerimisel (Tallinn). Halvasti on korraldatud tuberkuloosivastane vaktsineerimine (Tallinna linn, Põlva ja Valga rajoon), on ette tulnud kaitseüstimise skeemi rikkumisi teetanuse puhul ning ebakohti kiirprofülaktikas traumade puhul (Tallinn).

9. juunil 1977 toimus Eesti NSV Haridusministeriumi ja Eesti NSV Tervishoiu Minis-

teriumi ühine kolleegium. Põhiettekanne, milles oli vaatluse all laste tervise tugevdamine ja haigestumuse vähendamine Jõgeva rajooni koolieelsetes asutustes, oli Jõgeva Rajooni TSN Täitevkomitee Haridusosakonna juhatajalt A. Orgulaselt.

Haridusosakonna ja lasteasutuste töös on selle õppeaasta põhiülesanne olnud laste keheline arendamine ja nende tervise tugevdamine. Tihenenud on meditsiinitöötajate ja pedagoogide koostöö laste tervise eest hoolitsemisel. Lasteasutustes on hakatud rohkem tähelepanu pöörama toitlustamisele. Lastehaigestumine lastepäevakodudes on vähenenud 25,9 päevalt 18,7 päevale (1975. ja 1976. a.).

Edasiminekuks vaatamata on lasteasutuste töös veel vajakajäämist: mitmes lasteasutuses ei karastata lapsi nõuetekohaselt. Mustvee ja Torma sovhoosi lastepäevakodus on meditsiinilised ametikohad täitmata. Rajooni pediatri kontroll koolieelsete lasteasutuste meditsiinilise abi üle jätab soovida. Mitme lastepäevakodu mänguväljakud on halvasti sisustatud või ei ole neid korras hoitud.

Kolleegium näeb oma otsuses ette kõrvaldada puudused ja tõsta nõudlikkust lasteasutuste juhtkondade töö suhtes.

Itta Levin

NSV Liidu tervishoiuminister akadeemik B. Petrovski külastas 2. augustil Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi, kus leidis aset vestlus Eesti NSV tervishoiuministri V. Rätsepa, tervishoiuministri asetäitja O. Tamme ning tervishoiuministeriumi valitsuste juhatajate ja peaspetsialistidega.

Arutati tervishoiutöötajate tegevust ja kohustusi elanikele arstiabi andmisel. Akadeemik B. Petrovski rõhutas, et võimekate spetsialistide kõrval on arstiabi tõhustamisel vaieldamatult tähtis materaal-tehniline baas. Selles osas on meil veel palju ära teha. Samuti ei tohi linnades suurte spetsialiseeritud keskuste loomise kõrval unarusse jätta maaelanikele antava arstiabi täiustamist. Arsti-



NSV Liidu tervishoiuminister akadeemik B. Petrovski.

abi maal peab olema niisama kvalifitseeritud kui linnas. Tervishoiu arendamisel tuleks rohkem kasutada ettevõtete, kolhooside ja sovhooside eraldatud vahendeid mitte ainult sanatooriumide ja profülaktooriumide rajamiseks, vaid ka haiglate ehitamiseks.

Teaduse ja tehnika saavutuste rakendamise tulemusena vähktõve ning südame ja veresoonte haiguste ravis on saavutatud teatavat edu. Akadeemik B. Petrovski toonitas profülaktika tähtsust mitte üksnes eelnimetatud haiguste korral, vaid tervishoius üldse ning avaldas arvamust, et seoses mikroaailma muutumisega peaks profülaktika algama juba sünnitusmajas. Palju tuleb ära teha emade ja laste tervise kaitsel.

Lõpetuseks soovis minister meie tervishoiutöötajatele edu edaspidiseks.

* * *

Selle suve alguspäeval kogunes Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi saali rohkesti peomeeleolus inimesi tähistamaks instituudi 30. aastapäeva.

Aukülalised EKP Keskkomitee teaduse ja õppeasutuste osakonna juhataja asetäitja E. Keskküla, Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep, Tervishoiu Ministeriumi Ravi- ja Profülaktilise Abi Valitsuse juhataja E. Väärt, TRÜ arstiteaduskonna prodekaan V. Salupere ja teised osavõtjad jälgisid huviga instituudi direktori, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikme, äsja Eesti NSV teenealise teadlase aunimetuse pälvinud professor P. Bogovski töigatihedat ülevaadet instituudi kujunemisest hea mainega teadlaskollektiiviks. Seda kinnitavad ulatuslikud teaduslikud sidemed ja koostöö NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia ning välismaa uurimisasutustega.

Teabeküllane oli ka instituudi direktori teadusala asetäitja professor V. Künigi ettekanne instituudi teaduslik-praktilisest tegevusest. Kolme aastakümne vältel on meie teadlased tegevarste abistanud nii sõna otseses mõttes

kui ka metoodiliste juhendite väljatöötamise ja teadustöö tulemuste kasutuselevõtu kaudu.

Õnnitlejate eesotsas olid V. Rätsep ja E. Väärt, kes andsid instituudile üle Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi aukirja ning vanemteadur E. Hindile rinnamärgi «Tervishoiu eesrindlane». Õeldi palju häid sõnu. Õnnitlejate hulgas olid mitme uurimisinstituudi, TRÜ arstiteaduskonna, TPI toiduainete tehnoloogia kateedri, Tallinna haiglate ja sanitaarteenistuse esindajaid. Telegrammi teel õnnitlesid EKP Tallinna Linna Lenini Rajoonikomitee, Eesti NSV Teaduste Akadeemia Presiidium ja veel paljud teised asutused.

Aktuse lõpetuseks andsid meeoleluka kontserdi instituudi mees- ja naisansambel.

Ilmar Laan

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 17. juunist 1977 anti väljapaistva edu eest teaduslikus uurimistöös ning teenete eest arstiteaduse arendamisel Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi direktorile, NSV Liidu Arstiteaduse Akadeemia korrespondentliikmele arstiteaduse doktor professor **Pavel Aleksandri p. Bogovskile** Eesti NSV teenelise teadlase aunimetuseks.

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi seadlusega 17. juunist 1977 anti Eesti NSV teenelise arsti aunimetuse järgmistele arstidele:

Böstrova, Lilia Mihhaili t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla osakonnajuhataja

Kasik, Selma Vilhelmi t. — Viljandi Rajooni Tuberkuloositorje Dispanseri peaarst

Saarma, Valve Augusti t. — TRÜ arstiteaduskonna hospitaalsisehaiguste kateedri professor

Sikk, Maido Karli p. — Tartu Linna TSN Täitevkomitee Tervishoiuosakonna juhataja

Sapovalova, Maria Semjoni t. — Tallinna II Lastehaigla kabinetijuhataja

Trofimova, Ingeborg Juliuše t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi IV Valitsuse Vabariikliku Haigla kabinetijuhataja

Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi sama seadlusega anti Eesti NSV teenelise tervishoiutöötaja aunimetuse järgmistele töötajatele:

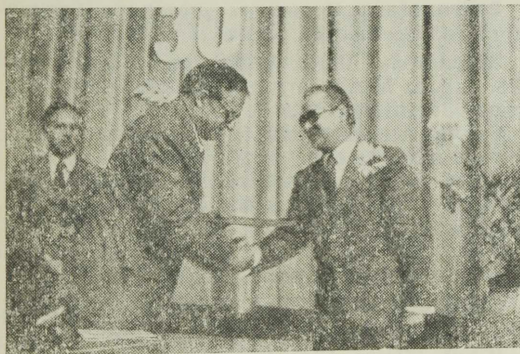
Ankur, Helgi Aleksei t. — Kingissepa rajooni Vätta velskri-ämmaemandapunkti juhataja.

Luik, Dagmar Ernsti t. — Tartu Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi juhataja

Mängli, Laine Osvaldi t. — Võru rajooni Haanja velskri-ämmaemandapunkti juhataja

Noskov, Semjon Semjoni p. — Narva Linna Haigla vanemvelsker

Saar, Edgar Vladimiri p. — Vabariikliku Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloogi abi



Tervishoiuminister V. Rätsep annab professor P. Bogovskile üle Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi aukirja. (M. Mällo foto.)

Kauaaegse eduka töö eest tervishoiusüsteemis autasustas NSV Liidu Tervishoiu Ministerium rinnamärgiga «Tervishoiu eesrindlane» järgmisi Eesti NSV tervishoiutöötajaid:

Allik, Esmeralda-Renate Peetri t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla patoanatoomiakabineti juhataja

Antsmäe, Aime Juhani t. — Pärnu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama sanitaararsti abi

Arak, Elmar Hansu p. — Tartu Kontrollanalüüsi Kesklaboratooriumi juhataja

Ausmees, Salme Elmari t. — Tallinna Kiirabi jaama peadiaater

Bekker, Vladimir Semjoni p. — Tallinna Linna Tuberkuloositorje Dispanseri peaarsti asetäitja

Farberova, Inna Mihhaili t. — Tallinna I Sünnitusmaja naistenõuandla juhataja

Gerassimova, Aleksandra Vassili t. — Tartu Kliinilise Haigla nina-, kõrva- ja kurguhaiguste osakonna juhataja

Hint, Evi Karli t. — Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi vanemteadur

Holstein, Anna Aleksandri t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Sanitaar- ja Epidemioloogiaavalitsuse inspektor

Hämäläinen, Viivi Augusti t. — Põlva rajooni Vastse-Kuuste jaoskonnahaigla velsker

Ilijna, Valentina Mihhaili t. — Narva Linna Haigla jaoskonnaarst

Joonas, Eha Hugo t. — Jõgeva rajooni velskri-ämmaemandapunkti juhataja

Keich, Evi Aleksandri t. — Türi apteegi nr. 122 juhataja

Kornelt, Leonora Eduardi t. — Eesti NSV Punase Risti Seltsi Rakvere Rajooni komitee esimehe asetäitja

Kredemann, Edgar Antsu p. — Paide rajooni Türi Haigla peadiaater

Kruuse, Eha Juliuse t. — Tartu Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborant

Kuraksa, Juhhim Arseni p. — Tallinna Vabariikliku Haigla patoanatoomiaosakonna arst

Leiger, Ilse Roberti t. — Tallinna Linna Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama laborantbakterioloog

Lindpere, Öie Aleksei t. — Tartu rajooni Uderna Tuberkuloosihaiigla peaarst

Liivjõe, Asta Mihkli t. — Rapla Rajooni Keskapteegi juhataja

Lillemaa, Ervin Mihkli p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi meditsiinitöötajate kursuste metoodik

Lind, Norma-Vivian Johannese t. — Pärnu Linna Haigla stomatoloogiaosakonna juhataja

Luka, Helga Augusti t. — Tallinna I Lastehaigla peaarsti asetäitja

Lees, Leida Gustavi t. — Hiiumaa Rajooni Keskhaigla statistik

Luha, Gluuni Jaani t. — Pärnu rajooni Varbla jaoskonnahaigla juhataja

Merila, Helbe Roberti t. — Tallinna Pelgulinna Haigla uroloog

Molodtsova, Svetlana Georgi t. — Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla polikliiniku juhataja

Murumäe, Maimo Otto t. — Tallinna Vabariikliku Haigla lastekirurgiaosakonna vanemõde

Müür, Ariadne Levi t. — Tallinna Stomatoloogiapolikliiniku peaarsti asetäitja

Nazalevitš, Leo Moissei p. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla II osakonna juhataja

Narma, Jüri Juhani p. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi IV Valitsuse ülem

Nestrik, Kalju Herberti p. — Tallinna Desinfektsioonijaama epidemioloogi abi

Otsasoo, Lembit Juhani p. — Paide Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Otsasoo, Helju Augusti t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Apteekide Peavalitsuse Keskapteegilao juhataja asetäitja

Peidung, Maimu Gustavi t. — Harju rajooni Keila Haigla peaarst

Pels, Linda Jaani t. — Võru Rajooni Keskhaigla registraator

Pervik, Maie Jaani t. — Rapla Rajooni Keskhaigla peaarsti asetäitja

Petruhhin, Pavel Fjodori p. — Tallinna II Lastehaigla peaarst

Pettai, Inna Pauli t. — Valga rajooni Otepää Haigla meditsiiniõde

Piirsalu, Uno Eduardi p. — Rakvere Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Plato, Elki Johannese t. — Tartu Kiirabi jaama vanemõde

Porilo, Tiiu Antsu t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla röntgenikabineti juhataja

Prikk, Ilmar Jaani p. — Põlva Rajooni TSN Täitevkomitee esimees

Pruuli, Vilma Arno t. — Tallinna Merimetsa Haigla meditsiiniõde

Puhhalsakaja, Jevgenia Konstantini t. — Tallinna Keskrajooni ATEK-i esimees

Pöder, Aasa Hermani t. — Valga Rajooni Keskhaigla lasteosakonna juhataja

Peets, Rein Karli p. — Põlva Rajooni Keskhaigla Leevi osakonna juhataja

Pääro, Maria Grigori t. — Maardu Keemia-kombinaadi meditsiini punkti vanemõde

Romanova, Vera Vassili t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Apteekide Peavalitsuse vaneminspektor

Saava, Aino Augusti t. — Tallinna Nõmme Haigla stomatoloog

Salm, Stella Aleksandri t. — Rapla Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloogi abi

Seim, Ilvi Johannese t. — Võru rajooni Vastseliina jaoskonnahaigla juhataja

Semjonovskaja, Ellen Pauli t. — Viljandi Rajooni Keskhaigla osakonnajuhataja

Sibul, Henno-Jüri Eduardi p. — Jämejala Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla funktsionaalse diagnostika kabineti juhataja

Silland, Salme Peetri t. — Narva Linna Haigla osakonnajuhataja

Simm, Alla Augusti t. — Kohtla-Järve rajooni Kiviõli Haigla peaarsti asetäitja

Skoredke, Ivan Aleksandri p. — Tallinna Vabariikliku Sadamahaigla osakonnajuhataja

Sopp, Maie Rudolphi t. — Jõgeva rajooni Põltsamaa Haigla günekoloog

Stein, Aime Eduardi t. — Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi Vabariikliku IV Haigla vanemõde

Tallermo, Susanna Jaani t. — Tallinna Nakkushaigla peaarsti asetäitja

Timm, Helle Eduardi t. — Rakvere rajooni Kunda Haigla tervishoiupunkti juhataja

Tiits, Taavi Romani p. — Tallinna Vabariikliku Psühhoneuroloogiahaigla tootmistöökodade direktor

Tubi, Feiga Rudolphi t. — Võru Rajooni Sanitaar- ja Epidemioloogiajaama epidemioloogi abi

Urm, Heino Karli p. — Narva Linna TSN Täitevkomitee esimees

Varvas, Evi Bernhardi t. — Kingissepa Rajooni Keskhaigla onkoloogiakabineti meditsiiniõde

Vedder, Ants Jüri p. — Haapsalu rajooni Kullamaa jaoskonnahaigla peaarst

Veersoo, Vello Jüri p. — Vabariikliku Koondise «Eesti Meditsiinitehnika» autopargi ülem

Veiksar, Maria Jakobi t. — Rakvere Rajooni Keskhaigla stomatoloog

Vodneva, Nina Tihhoni t. — Kohtla-Järve 3. Linnahaigla osakonnajuhataja

Ütsi, Aino Jaani t. — Tartu Onkoloogia Dispanseri meditsiiniõde

Kauaaegse viljaka töö eest autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium 16. juunil oma aukirjaga Tartu Kliinilise Haigla kõrva-, nina- ja kurguhaiguste osakonna juhatajat, Eesti NSV teenelist arsti **Endel Laamanni** tema 60. sünnipäeva puhul.

Kauaaegse kohusetruu töö eest ja seoses pensioniikka jõudmisega autasustas Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidium NSV Liidu Ülemnõukogu Presiidiumi nimel Tööveterani medaliga järgmisi töötajaid:

Tallinna Nakkushaigla

Lehte Demidenko, Lidia Gordeenko (Gordejenko), Aino Heistonen, Raissa Ignatjeva, Jekaterina Karagodskaja, Maria Kozõreva, Vanda Krihvel, Anna Kuivjõgi, Tatjana Kurotškina, Hildegard Lesdori, Maria Lovtšukova, Tatjana Mõlnikova, Veera Mäeots, Miralda Nurk, Ella Rosin, Pauline Saprõkina, Valentina Smirnova, Maria Topkina, Asta Treude, Olga Tsutsar, Linda Varendi, Jelena Želandovskaja.

Tallinna Vabariiklik Haigla

Helene Ilves, Jekaterina Kolesnikova, Virve Lukas, Meeri Mürsepp, Dora Puumann, Helmi Raidna, Jevdokia Sepp, Aino Sinioja, Valentina Tamm, Adele Uusmaa, Helmi Võsu.

Vabariiklik Naha- ja Suguhaiguste Dispanser

Veera Granat, Elfriede Kaasik, Jekaterina Krivonossova, Herta Mägisoo, Jevgenia Mänart, Hedvig Osanik, Anni Reinlo.

Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi Kohtumediitsiini Peaekspertiisi Büroo

Antonina Kotjarovat, Maria Popova, Boris Žutškov, Hilma Valentin.

Tartu Kliiniline Sünnitusmaja

Helga Miitra, Erika Peets, Alma Valtmann.

Tartu Linna Kiirabijaam

Endla Voitk.

Tartu Meditsiiniikool

Anto Korp, Helmi Käär, Marie Lille, Arnold Mitt.

Apteekide Peavalitsuse Tartu osakond

Seedona Aidnik, Alviine Elmet, Tiina Helmeste, Ella Inselberg, Lehte Johanson, Endla Joonas, Aarne Kaljundi, Vilma Kivima, Elsa Klaus, Olga Martinson, Elli Miina, Herta Müür, Koidula Paasik, Elviire Pugast, Asta Selli, Natalja Straus, Agate Themas, Ella Uus, Virve Vares.

Balti Raudtee Tartu Sanitaar- ja Epidemioloogiajaam

Nadežda Bõltškova, Jelizaveta Jakovleva, Zinaida Jakuševa, Niina Puzik, Evgenia Raihtsaum, Aleksei Rostokin, Tatjana Spiridonova, Varvara Stšerbak, Olga Tsvetkova, Maria Tšernenko, Olga Tõrra.

Balti Raudtee Tartu Sõlme Polikliinik

Anna Nikitina, Lidia Sirk, Jekaterina Šulitsenko, Ilja Zingfeld, Zinaida Ustinova.

Tartu Kliiniline Haigla

Leida Aas, Eleonore Aaslava, Endla Ahun, Ida Alla, Amalie Arna, Antonina Avakova, Aino Elplaus, Sara Feldmann, Natalia Grozdova, Siina Heinsoo, Linda Ilp, Linda Ink, Alma Jaanimäe, Ella Karelson, Armilde Kiik, Erika Kink, Nelli Kipik, Maria Kitsel, Vilja Klaassepp, Linda Konks, Ida Kool, Ada Koppe, Ada Koppel, Jekaterina Korihhova, Laos Koskvee, Peeter Kukk, Eduard Kull, Liidia Kullik, Linda Kuus, Adeele Kütt, Hedvig Laanemann, Salme Laar, Endla Lemmats, Aino Lepik, Aleftina Lodde, Linda Logina, Karola Luts, Salme Lätt, Elviine Maikalo, Maret Meresmaa, Alma Molok, Endla Mägi, Aino Mölder, Paul Narusk, Lehte Oinus, Ruth Paimre, Veera Paklar, Amanda Pedak, Emma Pedak, Laine Pruuli, Armilde Päll, Agathe Pärn, Hella Raidoja, Mare Rajamets, Liidia Rivis, Elsa Roht, Eva Roode, Anneliise Rähni, Olga Räpin, Leida Saar, Helmi Saaring, Nils Sachris, Linda Sastok, Hilda Savi, Armilde Siiman, Erik Siliksaar, Ella Sirol, Hendrik Sirol, Hilja Songi, Klara Zernask, Luule Zujeva, Helvia Tenga, Elisabeth Toim, Nora Toots, Heleene Ust, Helgi Vadi, Vilma Vahi, Anna Verro, Leida Viit, Alma Vint.

Võru Haigla 150. aastapäeva tähistati pidulikult 24. juunil Võru kultuurimajas «Kannel».

Aktuse avas EKP Võru Rajoonikomitee esimene sekretär E. Saia, kes ütles häid sõnu Võru linna ja rajooni tervishoiutöötajate kohta, kes on hästi korraldanud profülaktilise töö, kelle abiga on likvideeritud mitmed rasked nakkushaigused ja tagatud igakülgne hoolitsus töötajate tervise eest. Võru rajooni arstid ja keskastme meditsiinitöötajad on kohusetruu ning ennastsalgava tööga pälvinud elanike austuse ning lugupidamise. EKP Võru Rajoonikomitee ja Võru Rajooni TSN Täitevkomitee tervituse Võru rajooni meditsiinitöötajatele luges ette EKP Võru Rajoonikomitee sekretär E. Saarik. Päevakohase kõne pidas Võru Rajooni Kesksaigla peaarst H. Kalda, Fr. R. Kreutzwaldi arstitööst Võrus rääkis arstiteaduse doktor E. Laane.

Juubelitervituseks võtsid sõna tervishoiu-ministri asetäitja O. Tamm, naaberajoonide kesksaiglate ja Võru rajooni haiglate peaarstid. Seejärel autasustati rajooni meditsiinitöötajaid.

Pärast aktust algas Võru, Põlva ja Valga Arstide Teadusliku Seltsi ja Eesti Vabariikliku Kardioloogide Seltsi ühine teaduslik-praktiline konverents. Juubeli puhuks oli trükitist ilmunud teaduslike tööde kogumik «Aktuaalseid meditsiiniprobleeme Võru rajoonis».

Ain Klink

Looduslikult kaunisse kohta Võru Kubija mändide vahele kerkib Võru uus haiglahoone, mille nurgakivi pandi 24. juunil 1977. Piduliku miitingu avas Võru Rajooni TSN Täitevkomitee aseesimees J. Uibopuu. Päevakohase kõne pidas Võru Rajooni TSN Täitevkomitee esimees F. Pärtelpoeg, kes ütles järgmist: «Võru Rajooni Kesksaigla uue hoone maksumus on 5,3 miljonit rubla. Sellele hoonele nurgakivi panemisega võtavad võrulased endile töörohkeid kohustusi. Me pöördume kogu rajooni üldsuse poole, et see ehitus muutuks meie ühistööks.»

Nurgakivipaneku puhul võttis sõna Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep, kes ütles: «Meie maal ei ole sotsiaalsete ülesannete hulgas tähtsamat kui hoolitsus nõukogude inimese eest. Selle üks tõendeid on Võru uue, 400 voodikohaga haigla ehituse algus. Haiglahoone valmimisega on Võru rajoonis olemas täielik materiaal-tehniline baas, eelmisel viis-aastakul valmis ju uus, igati ajakohane Võru Polikliinik.» Ehitajate nimel rääkis Võru Mehhaniseeritud Ehituskolonna juhataja A. Urb, kes lubas teha kõik selleks, et haiglahoone valmiks tähtaegselt.

Eesti NSV tervishoiuminister V. Rätsep, EKP Võru Rajoonikomitee esimene sekretär E. Saia ja Võru Rajooni TSN Täitevkomitee

esimees F. Pärtelpoeg asetasis silindri uue haiglahoone vundamenti.

Nurgakivipanekul olid Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi, EKP Võru Rajoonikomitee, Võru Rajooni TSN Täitevkomitee, Võru Rajooni Kesksaigla, RPI «Eesti Projekt» Tartu osakonna, Eesti NSV Ehitusministeriumi Tartu Maehitustrusti ja Võru Mehhaniseeritud Ehituskolonna juhtivad töötajad, samuti hulgaliselt Võru linna ja rajooni rahvast.

Pärast nurgakivipanekut siirduti Võru linna parki Fr. R. Kreutzwaldi ausamba juurde, kus allakirjutanu meenutas sündmusi Võru esimese linnaarsti Fr. R. Kreutzwaldi elust ja arstitööst.

Ain Klink

Põlvas tähistati meditsiinitöötajate päeva 17. juunil 1977 piduliku koosolekuga. Sellest võtsid osa ka Eesti NSV tervishoiu-ministri asetäitja O. Tamm, Eesti NSV Rahvakontrolli Komitee inspektor V. Roos ning EKP Põlva Rajoonikomitee ja TSN Täitevkomitee juhtivad töötajad. Peokõne pidas rajooni peaarst A. Juhasoo. Autasustati parimaid töötajaid. «Tervishoiu eesrindlase» rinnamärk anti kätte ka Põlva Rajooni TSN Täitevkomitee esimehele I. Prikile. Aktus lõppes kontserdiga, mille andsid üleliidulise tunnustuse võitnud Põlva noorteansambel ja lastemuusikakooli õpilased.

Ado Juhasoo

EESTI NSV TEADLASTE PUBLIKATSIOONE VÄLISMAAL

Bogovski, P., Day, N., Chvedoff, M., Lafaverge, F. Accelerating Action of Tea on Mouse Skin Carcinogenesis. *Cancer Letters*, 1977, 3, 9—13.

Grinshpun, L., Priimägi, L., Subi, K., Reinnet, J., Visnapuu, L. An Electroaerosol Device for Group Vaccination against Influenza. — In: Abstracts of the 2nd Congress of International Society for Aerosol in Medicine. Warsaw, 20—22 April, 1977, 30.

Saarma, J., Saarma, M., Liivamägi, J. Reflexological Study in Therapeutic Action of Neuroleptics. — In: Abstracts, VI World Congress of Psychiatry, Honolulu, 1977, p. 103.

Saarma, J., Saarma, M., Mehilane, L. Comparative Reflexological Studies in Psychic Disorders. — In: Abstracts, VI World Congress of Psychiatry, Honolulu, 1977, p. 102.

Saarma, J., Saarma, M., Mehilane, L. Corticodynamics in Depression and Effects of Some Antidepressants. — In: Book of Abstracts, IX International Congress on Suicide prevention and Crisis Intervention, Helsinki, 1977, p. 200.

EESTI NSV TEADLASTE LÕPETATUD UURIMUSED

Jätkame Eesti NSV meditsiiniinstituutide ja TRÜ arstiteaduskonna teadlaste lõpetatud teaduslike tööde venekeelsete autoreferaatide avaldamist. Lõpetatud teaduslike tööde kooplaid või mikrofilme saavad asutused tellida Üleliidulisest Teaduslik-Tehnilise Informatsiooni Keskusest. Teadete saamiseks pöörduda meditsiiniinformatsiooni vabariikliku osakonna poole, 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 данные исследование.

Копии отчетов или микрофильмов учреждения могут заказать во ВНТИ центре. За справками обращаться в Республиканское отделение научной медицинской информации (РОНМИ), Таллин, ул. Хийу, 42. РОНМИ, тел. 514-307.

Клинические формы течения и результаты лечения больных ревматоидным артритом (РА) в пожилом возрасте. Тартуский государственный университет, кафедра госпитальной терапии Эстонской ССР. *Ванра А. Н.* Тарту, 1977, 21 стр. (на эстонском языке).

Пожилой возраст, клинические формы течения ревматоидного артрита, результаты лечения.

Приводятся данные о клиническом течении и результатах лечения ревматического артрита (РА) у 100 больных в пожилом возрасте (по данным гор. Тарту). У 50 больных, вошедших в I группу, заболевание было впервые выявлено в пожилом возрасте (60 лет и старше), а у 50 больных (II группа) заболевание началось в более ранние сроки (в среднем и молодом возрасте). У 38 больных I группы наиболее часто встречалась комбинированная форма заболевания (РА в комбинации с первичным остеоартрозом). Здесь РА возник на фоне остеоартроза и протекал доброкачественно, активность патологического процесса была минимальной или умеренной, с

редкими обострениями. Рентгенологически на первом плане оказались признаки остеоартроза (подхрящевый остеоэроз, остеофиты), сужение суставной щели и эпифизарный остеопороз. У 12 больных данной группы было обнаружено быстро прогрессирующее течение, с частными обострениями, с высокой активностью патологического процесса. У больных II группы, которые подвергались в ходе болезни длительным курсам лечения, можно выделить в основном четыре варианта течения заболевания. У большинства (32) больных данной группы, достигших пожилого возраста, отмечается более длительная ремиссия. Хорошие результаты лечения и прогноз имели место у больных комбинированной формой заболевания, с хорошей переносимостью препаратов (делагил, бутадиян, индометацин). Удовлетворительные (8) и неудовлетворительные (4) результаты достигнуты у больных с быстро прогрессирующим течением болезни.

Соотношение локальных проявлений патологического процесса и общей клинической картины болезни у больных ревматоидным артритом (отчет). Сектор коллагенозов ЦНИЛ Тартуского государственного университета. *Микельсаар Р. Н., Вихалемм Р. Э., Вихляева С. В.*

У 33 больных ревматоидным артритом результаты гистологического исследования биопсийного материала коленного сустава были сопоставлены с величиной «острофазовых» показателей (РОЭ, лейкоцитоз, содержание сиаловой кислоты, С-реактивного белка и фибриногена в крови, протеинограмма), количеством циркулирующих антител в сыворотке и данными реакции торможения миграции лейкоцитов. Интенсивность воспалительных явлений в синовиальной оболочке сустава коррелировалась как с «острофазовыми» показателями (в первую очередь с содержанием сиаловой кислоты, С-реактивного белка и фибриногена в крови), так и с результатами иммунологических исследований. Морфологические изменения в суставах часто оказались более тяжелыми, чем можно было предположить на основании клинической картины.

Морфологический анализ синовиальной оболочки, хряща и субхондральной костной ткани в зависимости от их иммунологических характеристик (миф, антигенные свойства, содержание РФ и классов иммуноглобулинов у больных ревматоидным артритом (отчет). Сектор коллагенозов ЦНИЛ Тартуского государственного университета. *Микельсаар Р. Н., Вихалемм Р. Э., Вихляева С. В.*

У 33 больных ревматоидным артритом была произведена пункционная биопсия коленного сустава с морфологическим ана-

лизом полученного материала (кусочки кожи, хряща, кости, фиброзной и синовиальной оболочки сустава). У тех же людей микрометодом по Кузовлевой исследовались сывороточные антитела против агрегированного гамма-глобулина и водно-солевого экстракта синови и актиномиозина, а также (в стеклянных капиллярах модификация Трошанова—2) осуществлялась реакция торможения миграции лейкоцитов. Интенсивность морфологических изменений синовиальной оболочки (лимфо-гистιο-плазмотарная инфильтрация, отложение фибриноидных масс и связь солей кальция) не имела видимой связи с формой и фазой заболевания, но коррелировалась с количеством сывороточных антител и реакцией торможения миграции лейкоцитов.

Изучение состояния сердечно-сосудистой системы и некоторых показателей школьной утомляемости у детей, больных ревматизмом, в санаторной лесной школе и в связи с вопросом их дальнейшей профориентации (отчет). Институт экспериментальной и клинической медицины МЗ Эстонской ССР. Мюллербек Е. Х., Луйга Э. Э., Клейтсманн С. А., Острат А. И. Таллин, 1976, 107 стр. (на эстонском языке).

Ревматизм у детей, профориентация школьников, велоэргометрия.

У 160 школьников в возрасте 13—17 лет с поражением сердца главным образом ревматической этиологии исследовалось функциональное состояние миокарда с помощью дозированной физической нагрузки на велоэргометре, умственная работоспособность и утомляемость с помощью кампиграфии и пробы Крепелина, экскреция катехоламинов в связи с физической нагрузкой. Полученные данные использовались в целях профориентации детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В результате исследования предложена модификация методики проведения функциональной пробы с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре для детей, больных ревматизмом. Рекомендовано начинать работу с детьми по вопросу профориентации уже на седьмом году обучения. Создать для данного контингента детей санаторные школы с программой обучения средней школы.

О роли наследственных и средовых факторов в развитии физической и умственной работоспособности школьников (отчет). Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены МЗ Эстонской ССР. Силла Р. В., Шварц В. Б., Салиева К. И. Таллин, 1975, 25 стр.

Дети и подростки, физическая работоспособ-

ность, умственная работоспособность, близнецовый метод.

Обследовано 92 пары близнецов в возрасте от 5 до 18 лет — 38 монозиготных и 54 дизиготных пары. Близнецов мужского пола было 40 пар, женского — 52 пары.

Изучались следующие показатели: морфометрия — 16 конституционных индексов, состав тела (жировой и безжировой компоненты, удельный вес тела, поверхность тела); физиометрия — 15 показателей; психомоторика — 11 показателей; ЭЭГ — 48 показателей; интеллектуальные способности — 2 показателя; внимание — 2 показателя; память — 5 показателей.

Было установлено, что развитие физической и умственной работоспособности детей и подростков происходит не только при участии факторов внешней среды, но также генетических факторов. Генетически обусловленными оказались почти все показатели морфометрии, активная масса тела, максимальное потребление кислорода, качество гибкости, вестибулярной устойчивости, максимальной скорости, долговременная зрительная память, внимание, интеллектуальные способности и школьная успеваемость. Все эти показатели могут быть рекомендованы в качестве критериев профессиональной пригодности и спортивного отбора.

Лонгитудинальное исследование развития организма девочек в зависимости от условий жизни (отчет). Таллинский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии и гигиены МЗ Эстонской ССР. Силла Р. В., Теосте М. Э. Таллин, 1975, 38 стр.

Лонгитудинальное исследование, девочки, половое созревание, физическое развитие, двигательная активность, половые гормоны.

Повторно обследовано 268 школьниц разных школ г. Таллина в 14-, 16 и 18-летнем возрасте. Определялись рост, стоя, окружность грудной клетки, жировотложение в пяти регионах тела, вес тела, развитие грудных желез, оволосение на лобке и в подмышечных впадинах, возраст менархе, регулярность менструаций, выделение эстрогенов, прегнандиола и 17-кетостероидов с мочой у части девочек, жизненная емкость легких, частота пульса в покое, гарвардский степ-тест, сила рук и становая сила, режим дня (в частности, двигательная активность).

Было установлено, что скорость развития организма индивидуально варьирует, причем чем быстрее происходит рост и развитие организма, тем раньше и более высокими показателями они заканчиваются. Ретарданты догоняют к 18-летнему возрасту акселерантов только в том случае, если низкий уровень физического развития сопровождается низким уровнем созревания организма (полового созревания), и лишь по

функциональным показателям. У ретардантов хорошо развиваются показатели физической работоспособности, в то время как у акселерантов они не изменяются или даже ухудшаются. В период от 14 до 18 лет двигательная активность девочек снижается. Величина и динамика выделения половых гормонов в течение менструального цикла достигают уровня взрослых лишь к 18-летнему возрасту. Толщина подкожной жировой складки, особенно в нижней части тела, положительно коррелирует со скоростью полового созревания девочек.

Влияние ПАВ на процесс экстрагирования цветков ромашки аптечной и безъязычковой. (Выработка методов количественного определения азулена, кумаринов и флавоноидов в препаратах ромашки аптечной и безъязычковой в присутствии ПАВ и экстрактивных веществ (промежуточный отчет). Тартуский государственный университет, медфакультет. *Кири Л. А.* Тарту, 1976, 10 стр.

Ромашка аптечная, ромашка безъязычковая, водные вытяжки, твин-80, количественное определение, эфирное масло, кумарины, флавоноиды, фотоэлектронколориметрия, спектрофотометрия.

Водные вытяжки приготавливали 1:20 в присутствии 0,1% твина 80 и без него.

Количественное определение: а) эфирного масла произвели путем его перегонки с водяным паром в присутствии 50% глицерина; б) азулена — фотоколориметрическим методом при длине волны 610 мкм; в) кумаринов и флавоноидов — в очищенных от балластных веществ вытяжках. Кумарины извлекали хлороформом, после диазотирования определяли их содержание фотоколориметрическим путем при длине волны 455 мкм. В оставшемся водном растворе, освобожденном от кумаринов, можно определить содержание флавоноидов после добавления хлорида алюминия как фотоколориметрическим, так и спектрофотометрическим методами при длине волны соответственно 415 и 420 мкм.

Nõukogude Eesti Tervishoid

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СОВЕТСКОЙ ЭСТОНИИ

Медицинский журнал Министерства здравоохранения Эстонской ССР

№ 5 сентябрь, октябрь, 1977 г.

В. И. Рятсеп — Великая Октябрьская социалистическая революция и советское здравоохранение (стр. 387).

П. А. Боговский — Медицинская наука Эстонской ССР к 60-летию Великой Октябрьской социалистической революции (стр. 391).

В обзоре рассматриваются существенные факторы, способствовавшие сравнительно быстрому развитию медицинской науки в Эстонской ССР после победного конца Великой Отечественной Войны, и в частности, многообразные контакты с учеными и ведущими научными и педагогическими медицинскими учреждениями СССР. При воспитании молодых ученых и врачей в Эстонской ССР в духе советской науки в первые послевоенные годы сыграли большую роль опытные владевшие русским языком преподаватели старшего поколения медицинского факультета Тартуского государственного университета. Большую пользу принесли приглашенные на работу в Эст. ССР специалисты, имевшие опыт работы в советских научных учреждениях. Весьма эффективным в повышении квалификации кадров было направление молодых специалистов в аспирантуру, на курсы усовершенствования и на рабочие места в ведущие научные и педагогические учреждения страны. Участие с докладами в научных конференциях в братских республиках, приглашение оттуда видных ученых на республиканские конференции и симпозиумы также содействовали развитию медицинской науки в Эст. ССР, где в дальнейшем стали проводиться и представительные всесоюзные съезды, выездные сес-

сии и конференции, а также симпозиумы по узким вопросам, по которым ученые Эстонской ССР проявляли активность. Большое значение имела координирующая деятельность Ученого Медицинского Совета Министерства здравоохранения СССР и головных институтов АМН СССР.

Приводятся некоторые данные об исследованиях по кардиологии и кардиохирургии, онкологии, гигиене труда и профзаболеваниям, вирусологии и психофармакологии в Эстонской ССР, об участии в международном сотрудничестве, о премиях Советской Эстонии, полученных учеными-медиками Эстонской ССР и об их печатной продукции.

Я. К. Ребане — **Философия и современный мир** (стр. 399).

С. Д. Коппел — **Связи медицины и философии в СССР после Великого Октября** (стр. 404).

В. В. Калнин — **Великий Октябрь и охрана здоровья народа в Эстонии (ноябрь 1917 — февраль 1918)** (стр. 409).

Великий Октябрь положил начало качественно новому этапу в охране здоровья народа. На основе декретов, изданных Советским правительством в первые месяцы после победы Октября, была начата реорганизация здравоохранения также в молодой Советской Эстонии. При Исполкоме Совета рабочих и солдатских депутатов Эстонии в ноябре 1917 г. были созданы здравотдел и аптечный подотдел, начавшие организацию медицинского обслуживания населения на новой, социалистической основе. В городах (Нарва, Тарту, Таллин) и уездах (Тартуский, Хартюский, Пярнуский, Вильяндиский) тоже были образованы здравотделы при исполкомах местных Советов. Образование их в зависимости от сложившихся условий происходило в различное время, также мероприятия по здравоохранению намечались и проводились ими в различном объеме. Ощущался острый недостаток в медицинских кадрах, так как большинство членов врачебных обществ заняты в отношении Советской власти пассивную, выжидательную позицию. Несмотря на это, создавались новые детские дошкольные и лечебные учреждения, выбирались комитеты для руководства, больницами, национализировались аптеки, привлекались медработники, проводилась противозидемическая борьба, на заседаниях Советов обсуждались вопросы сани-

тарного благоустройства, противозидемической борьбы, питания, намечалось создание на селе медпунктов и больниц для бесплатного лечения. Во многих волостях и имениях избирались санитарные комиссии или попечители здоровья, которые должны были следить за чистотой, сообщать врачам о случаях инфекционных болезней. Возникли объединенные больничные кассы (Таллин, Тарту), взявшие лечение рабочих в свои руки. Особенно энергично ставил и решал вопросы здравоохранения председатель Исполкома Совета г. Тарту, эстонский большевик студент-медик Д. Плау. Однако намеченное переустройство здравоохранения не удалось довести до конца в результате вторжения немецких кайзерских войск в феврале 1918 г.

Л. Т. Пяй — **1977-й год — международный год борьбы с ревматизмом** (стр. 413).

Е. Х. Мюллербек — **Реабилитация детей, больных ревматизмом** (стр. 416).

В связи с тем, что гормонально-медикаментозная и антибактериальная терапия современных форм ревматизма малоэффективна, все большее значение приобретают мероприятия, направленные на повышение общей иммунобиологической сопротивляемости организма, в числе которых значительное место принадлежит санаторно-курортным факторам.

Проанализированы результаты лечения 378 детей, находившихся на внекурортном грязелечении. Среди них оказалось в четыре раза больше детей с нормализовавшейся диспротеинемией, чем среди детей, которые получали только антибактериальное и медикаментозное лечение. Помимо того, у них наблюдались более благоприятные изменения терморегуляции. Эффективность лечения была выше среди детей 12—14 лет, чем среди более младших (9—11 лет) или старших (старше 15 лет). Наличие признаков скрытой активности болезни (I степень активности) является препятствием к грязелечению только при декомпенсированном течении внеприступного периода. В осенние месяцы года результаты грязелечения более благоприятны.

А. Н. Вапра — **Клинические формы течения ревматоидного артрита в гор. Тарту** (стр. 419).

Проведено изучение клинических форм течения ревматоидного артрита (РА) у 120 больных, проживающих в гор. Тарту и

находящихся на длительном этапном лечении. Среди больных было 80 женщин и 40 мужчин. По возрастному составу больные распределились следующим образом: 39 человек молодого возраста, 73 — среднего и 8 больных пожилого возраста.

Все больные были подвергнуты всестороннему клиническому исследованию. Помимо общего клинического исследования, проводилось подробное изучение рентгенограмм костно-суставного аппарата, биохимические тесты активности заболевания и оценки функционального состояния суставов. На основании комплексных данных ставился точный диагноз с указанием формы, типа течения, активности заболевания, рентгенологической стадии и степени функциональной недостаточности суставов. Распределение больных РА по формам и вариантам течения было следующим: преимущественно суставная форма типичного прогрессирующего течения отмечалась у 71 больного, легкое, доброкачественное течение имело место у 18 и моно- или олигоартрит — у 4 больных.

Суставно-висцеральная форма наблюдалась у 12 больных, из них суставно-сердечная у 7, суставно-почечная — у 4 и суставно-легочная форма у 1 больного.

Комбинированная форма (сочетание с первичным деформирующим остеоартрозом) наблюдалась у 11 и сочетание с ревматическим пороком сердца у 4 больных.

Быстро прогрессирующее течение болезни отмечалось у 15 и медленно прогрессирующее течение — у 105 больных.

Э. Ю. Вейнпалу, Р. Ф. Тринк, Л. Э. Вейнпалу, Х. А. Пыдер — **Эффективность лечения больных ревматоидным артритом в санаториях Эстонской ССР** (стр. 421).

Различными клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования изучалась эффективность лечения в санаториях Эстонской ССР у 572 больных ревматоидным артритом. Установлено, что результаты комплексной курортотерапии ревматоидного артрита в общем хорошие (положительные результаты достигнуты у 88...95% больных). При этом степень терапевтической эффективности зависит прежде всего от исходного уровня активности болезни, а также от ее клинико-анатомической формы и продолжительности, от сопутствующих заболеваний, примененного комплекса лечения и бальнеореакции. Весьма положительно сказывается на терапевтической эффективности систематическое повторение курса курортного лечения (с перерывами примерно в один год). Упомянутое лечение больных ревматоидным артритом оказывает нормализующее действие на многие нарушенные функции организма.

О. М. Майметс, Б. О. Варбола — **Определение фагоцитарной активности нейтрофильных гранулоцитов у больных ревматоидным артритом** (стр. 424).

Определялась фагоцитарная активность нейтрофильных гранулоцитов периферической крови у 63 больных ревматоидным артритом. Показатели фагоцитарной активности у больных оказались существенно более низкими по сравнению с контрольной группой и коррелировались с клинической формой заболевания, с активностью процесса, со степенью недостаточности суставов и с некоторыми биохимическими показателями сыворотки крови (сиаловые кислоты, α_2 - и γ -глобулины).

Э. Э. Луйга — **Профориентация школьников, больных ревматизмом** (стр. 426).

У 160 учеников восьмилетней санаторной школы в возрасте 13—17 лет с поражением сердца главным образом ревматической этиологии с помощью дозированной физической нагрузки на велоэргометре исследовалось функциональное состояние миокарда. Были прослежены частота сердечных сокращений, артериальное давление и данные ЭКГ. Полученные данные использовались в целях профориентации детей. Для лучшего решения проблемы профориентации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы желательно создать специализированные школы с программой обучения полной средней школы.

А. И. Острат — **Об изменениях состояния аутофлоры у детей, больных ревматизмом, в условиях санаторной школы-интерната** (стр. 429).

В статье представлены результаты изучения состояния аутофлоры кожи у детей, больных ревматизмом, в динамике учебного года. Посевы были взяты симметрично с пятого межреберья справа и слева от грудины и из-под правого и левого подреберья. Выявлена связь количества колоний аутофлоры с клинической характеристикой последнего приступа ревматизма, временем пребывания в санаторной школе и с расстройствами здоровья у учащихся. Асимметрия в количестве колоний выявлена с февраля по май; более выраженной она оказалась в первый год обучения в санаторной школе. Рост патогенных (маннит-положительных) колоний в области сердца был активнее в первой половине первого учебного года после приступа, особенно у детей, перенесших кардит с полиартритом, либо с жалобами на расстройства здоровья. Определение аутофлоры кожи является ценным показателем состояния организма детей, больных ревматизмом.

М. А. Абрам, А. А. Кивик — Действие тубарина в комбинированном наркозе при оперативном лечении больных со злокачественными опухолями (стр. 432).

В данной клинической работе изучалась динамика действия тубарина у 83 больных с тяжелыми злокачественными опухолями в комбинированном наркозе и полученные данные сравнивались с результатами аналогичных исследований у 65 больных с различными хирургическими заболеваниями. По данным изучения нейромускулярной возбудимости при помощи раздражения локтевого нерва электростимулятором установили, что действие тубарина у больных с тяжелыми злокачественными опухолями выражено сильнее и является более продолжительным, чем у больных в контрольной группе. Действие тубарина тем сильнее, чем больше выражен метаболический ацидоз, снижение содержания общего белка и γ -глобулинов в плазме крови. Названные сдвиги были пропорциональны объему перелитой консервированной крови и количеству инфузионной терапии во время операции. Результаты исследования доказывают, что изменения в действии тубарина во время анестезии существенно связаны с факторами, определяющими связь тубарина с белками плазмы и белковыми неспецифическими рецепторами релаксанта в тканях.

И. Ю. Лаан — Дифференциальная диагностика болей в суставах у детей (стр. 436).

И. В. Гурвич, А. Б. Левин — Опыт проведения диспансеризации больных ревматоидным артритом и коллагенозами (стр. 440).

Распространенность ревматоидного артрита и больших коллагенозов является весьма высокой.

Для улучшения обслуживания больных ревматоидным артритом и большими коллагенозами, а также болезнью Бехтерева в гор. Кохтла-Ярве начиная с 1971 г. при поликлинике № 1 (обслуживает 29 000 населения) было произведено сосредоточение всего объема диспансерной помощи в руках одного специалиста, проводившего прием на общественных началах.

С 1971 г. по 1976 г. число диспансеризованных больных возросло в 2,8 раза и составило в 1976 г. 225 человек.

Результаты шестилетней работы показывают, что организация специализированной помощи указанным больным является целесообразной. Это соображение нашло свое подтверждение в приказах МЗ СССР и МЗ ЭССР от 1975 г.

Оптимальным вариантом диспансерной помощи является сосредоточение ее в руках одного специалиста.

А. Н. Вапра — Лечение больных ревматоидным артритом в пожилом возрасте (стр. 442).

В пожилом возрасте (60—74 года) люди часто страдают поражениями двигательного аппарата, в том числе и ревматоидным артритом (РА). Практические врачи часто испытывают трудности при дифференциальной диагностике ревматоидного артрита и первичного остеоартроза у больных данной возрастной группы.

Задачами комплексной патогенетической терапии РА в пожилом возрасте являются: подавление активности патологического процесса в суставах, профилактика обострений заболевания и восстановление функции суставов и трудоспособности больных. Лечение данного контингента больных должно быть длительным, трехэтапным как в стационаре, так и в поликлинике и на курортах.

Дается обзор принципов и методов лечения больных ревматоидным артритом в пожилом возрасте.

Подготовка кадров (стр. 446).

Р. Р. Биркенфельдт — Ревматизм и современное санитарное просвещение (стр. 453).

Х. Я. Крезк — Общереспубликанское межведомственное совещание по вопросам качества молока и молочных продуктов (стр. 454).

Х. А. Курул — Республиканский семинар «Актуальные проблемы медицинской информации и библиотекведения» (стр. 454).

С. Ф. Сибуль, — Л. С. Приймаги — II международный съезд по вопросам аэрозолей (стр. 455).

Л. С. Мехилане — Международный симпозиум «Депрессия и роль тразодона в лечении антидепрессантами» (стр. 456).

Э. Я. Лаане — Совместная конференция Вырусского межрайонного научного общества врачей и республиканского общества кардиологов Эстонской ССР (стр. 457).

Э. Х. Арак — Конференция аптечных работников (стр. 458).

Э. В. Сасси — Семинар провизоров (стр. 458).

Юбилейные даты (стр. 459).

Э. К. Киндлам — Терминологические вопросы эстонского языка (стр. 463).

Некрологи (стр. 465).

Новые лекарственные препараты (стр. 466).

Хроника (стр. 467).

Публикации ученых Эстонской ССР в зарубежной печати (стр. 472).

Законченные исследования ученых Эстонской ССР (стр. 473).

Nõukogude Eesti Tervishoid

[SOVIET ESTONIAN HEALTH]

**Medical Journal of the Ministry of Health
of the Estonian S.S.R.**

№ 5. September, October 1977

V. Rätsep — **The Great Socialist October
Revolution and Soviet Health** (p. 387).

P. Bogovski — **Medical Research in the Es-
tonian SSR at the 60-th Anniversary of the
Great October Revolution** (p. 391).

The review presents data on various contacts and collaboration between Estonian medical scientists and scientists from other republics and research centres of the USSR as a major factor in the postwar development of medical research in the Estonian SSR. Postgraduate studentships in central Institutes, participation of invited lecturers in local meetings and other means of cooperation have proved to be very useful. Estonian scientists are collaborating in a number of projects coordinated by leading Institutes. Some of their achievements are mentioned.

J. Rebane — **Philosophy and the Contem-
porary World** (p. 399).

S. Koppel — **The Links between Medicine
and Philosophy in the USSR after the Great
Socialist October Revolution** (p. 404).

V. Kalnin — **The Great Socialist October
Revolution and Health Protection in Estonia
(from November 1917 to February 1918)**
(p. 409).

L. Päi — **The Year 1977 is the Internatio-
nal Anti-Rheumatism Year** (p. 413).

E. Müllerbek — **Rehabilitation of Rheu-
matic Children** (p. 416).

A. Vapra — **The Clinical Course of Rheu-
matoid Arthritis in Tartu** (p. 419).

This report from Tartu describes the result of long-term staged treatment of 120 patients with rheumatoid arthritis. There were 80 females and 40 males. 39 of the patients were youngsters, 73 were adults and 8 elderly.

In 71 cases the arthritic form of the disease took a typical progressive course, in 18 cases it took a mild, benign course; oligo-monoarthritis was seen in 4 cases.

12 patients suffered from arthro-visceral form, 7 of these had developed an arthro-cardiac form, 4 patients had a arthro-nephric form 1 had an arthropulmonary form. Mixed forms of rheumatoid arthritis were seen in 14 patients (in 10 cases it was accompanied by osteo-arthritis and in 4 cases by a rheumatic cardiac affection). 15 cases took a rapid progressive course and 105 cases had a slow progressive course of the disease.

E. Veinpalu, R. Trink, L. Veinpalu, H. Põder — **The Efficiency of the Treatment of
Patients with Rheumatoid Arthritis in Sa-
natoriums of the Estonian SSR** (p. 421).

The efficiency of the treatment of 572 patients with rheumatoid arthritis in sanatoriums of the Estonian SSR was studied. It was found that the results of complex health-resort therapy in above-mentioned establishments are rather good (the treatment gave positive results in 88—95 per cent of the patients). The results of the treatment depend on the duration, the severity and clinical-anatomical form of the disease, on accompanying processes, on the therapeutic measures used and balneoreaction. Still it was found that the therapeutic effect increased with a systematic repetition of the treatment courses (intervals between the courses about one year). In patients with rheumatoid arthritis the complex mud-balneotherapy has a normalizing, reproducing effect on various altered functions of the organism.

O. Maimets, B. Varbola — **Phagocytic Acti-
vity of Neutrophilic Granulocytes in Rheu-
matoid Arthritis** (p. 424).

Phagocytic activity of neutrophilic granulocytes in the peripheral blood was determined in 63 patients with rheumatoid arthritis. It was found that the phagocytic activity of these blood cells was much weaker in patients with rheumatoid arthritis than that in the control group and the decline in phagocytic activity correlated well with the clinical form and the severity of the disease as well as the degree of joint incompetence and also a number of biochemical character-

ristics e. g. blood sialic acid, α_2 and gamm-globulin levels.

E. Luiga — Professional Orientation of Schoolchildren Suffering from Rheumatism (p. 426).

160 schoolchildren from a sanatorium-school, aged from 13 to 17, suffering mainly from rheumatic heart disease were examined by bicycle ergometer tests. The pulse rate, arterial blood pressure and exercise-ECG were studied. The results of the study were used to assess occupational fitness, on the basis of which the choice of occupation was suggested.

A. Ostrat — Changes in the Autoflora of Rheumatic Children in a Children's Sanatorium (p. 429).

Skin autoflora was examined in 126 inmates of the Keila Joa Sanatorium-Type Boarding School. As a result, it was found that the number of bacterial colonies from the skin depended on the clinical picture of a rheumatic attack, on the lapse of time from the attack and the duration of schooling in the Boarding School. Asymmetry between the right and left side of the body was observed in February and it persisted until the end of school-year, being at its height during the first year of schooling. The greatest number of colonies were found in the heart's region, especially during the first semester after a rheumatic attack and in those patients who had developed carditis with polyarthrititis. An increased number of manitol-positive colonies were obtained from patients suffering from discomfort.

M. Abram, A. Kivik — The Effect of Tubarin during Combined Anaesthesia and Surgery of Malignant Tumours (p. 432).

In this article results of a clinical trial of Tubarin are presented. 89 patients with advanced malignant tumours received Tubarin during combined anaesthesia while operated on. The effect of Tubarin during surgery was compared with that in 65 patients with various surgical diseases serving as a control group. Neuromuscular excitability was studied by nerve electrostimulator. As a result, it was found that the effect of Tubarin was much stronger and more prolonged in patients with malignant tumours than that in the control group. A correlation was noted between the action of Tubarin and the degree of metabolic acidosis, on the one hand, and general blood plasma protein and globulin content, on the other: the higher the degree of acidosis in the blood and the lower the plasma protein and globulin content, the stronger the Tubarin action. Tubarin effect correlated also with the amount of transfused conserved blood

and infusion solutions infused into the body during the operation and resulting dysproteinaemia and blood dilution.

It is concluded that these findings are linked with the factors which influence the binding of Tubarin to blood and tissue proteins regulating the distribution of the relaxant in the body tissues.

I. Laan — Differential Diagnosis of Children's Arthralgia (p. 436).

I. Gurvitsh, A. Levin — Experience in the Follow-Up of Patients with Rheumatoid Arthritis and Collagenoses in Kohtla-Järve in 1971—76 (p. 440).

A. Vapra — The Treatment of Rheumatoid Arthritis in the Elderly (p. 442).

Training of Personnel (p. 446).

R. Birkenfeldt — Rheumatism and Present-Day Medical Teaching (p. 453).

Conferences and Medical Meetings (p. 454).

Dates (p. 459).

E. Kindlam — Linguistical Notes (p. 463).

Necrologies (p. 465).

New Drugs (p. 466).

Chronicle (p. 467).

Research Work Carried out by the Scientists of the Estonian SSR (p. 473).

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
1978. AASTAKS ON

I. DETSEMBER



**Kasemahl on karastav keelekaste.
Tänu Tartu Konservitehasele võime kasemahlaga janu
kustutada aasta ringi.**
