

M. Kask, A. Sarap

TERVISHOIU
SAAVUTUSI
EESTI NSV-s



KIRJASTUS „EESTI RAAMAT“ TALLINN

A-27606

M. KASK, A. SARAP.

TERVISHOIU
SAAVUTUSI
EESTI NSV-s



KIRJASTUS «EESTI RAAMAT»
TALLINN 1966

610
K 18

Kaane kujundanud L. Auriste

TERVISHOIU
SAAVUTUST
EESTI K.S.V.

TARTU ÜLIKOOLI
RAAMATUKOGU



TARTU ÜLIKOOLI RAAMATUKOGU
1918

EESSÕNA

Peaaegu igal inimesel tuleb elu jooksul kokku puutuda valges kitlis inimestega — arstide, velskrite, meditsiiniõdede ja sanitaridega. Tavaliselt toimub see siis, kui inimene haigestub.

Suur osa tervishoiutöötajatest, välja arvatud mõned üksikud erandid, on võitnud elanikkonna usalduse, nende nõuandeid ja korraldusi täidetakse, neile — eeskätt arstidele — avaldatakse mitmeidki muresid, sest arstile on arstisaladuse pidamine iseenesest mõistetav ja ka kohustuslik.

Ei ole haruldased need juhud, mil arstid ja teised meditsiinitöötajad võitlevad ennastsalgavalt, isegi ennastohverdavalt haige inimese elu eest, ei ole harvad ka need juhud, mil valges kitlis inimeste teod on sõna otseses mõttes kangelasteod.

Sõduri vaprus avaldub peamiselt sõjas. Paljud valges kitlis inimesed peavad aga vaprad olema iga päev. Näiteks nakkushaigustega haigete uurimine, ravimine ja põetamine on alati seotud nakatumisohuga. Meditsiinitöötajad peavad olema ettevaatlikud, kuid hirmu tunda nad ei tohi. Vahel peavad arstid ja teised tervishoiutöötajad oma ülesandeid täitma väga rasketes, koguni eluohtlikes tingimustes.

Tavaliselt on inimesel üsnagi lünklikud teadmised selle kohta, mida tehakse tema tervise huvides, tema tervise säilitamiseks, tema kaitsmiseks haigestumise eest. Enamasti ei teata kuigi palju ka sellest, kuidas on organiseeritud elanikkonna meditsiiniline teenindamine, millised asutused on loodud elanike tervise eest hoolitsemiseks, haiguste ravimiseks jne. Vähe teatakse konkreetsetest saavutustest tervishoiu alal.

Käesoleva kirjutise autorid on seadnud endile eesmärgiks anda üldjoontes ülevaade sellest, mida meil tervishoiu alal konkreetselt tehakse, millised on meie tervishoiutöötajate töö tulemused ja kuidas seda või teist on saavutatud. Kuna kõige konkreetsem on arvude keel, siis on autorid esitanud ka üsna rohkesti arvulisi andmeid.

Autorid loodavad, et kui elanikud paremini tunnevad tervishoiutöötajate ning ravi- ja profülaktikaasutuste tööd, siis saavad nad ka omalt poolt kaasa aidata, et seda humaanset tööd veelgi paremini korraldada; nad saavad siis kaasa aidata paljude haiguste vältimisel ja enamiku haigete ravimiselgi.

M. KASK
A. SARAP

KESKMINE ELUIGA PIKENEV

Iga inimese sooviks on elada võimalikult kauem. Tänapäeval on sellele soovile lisandunud veel üks tingimus — elada kaua ja olla ka hea tervise juures. Enamik arstiteadlasi ja biolooge, kes on uurinud eluea kestuse küsimusi, on arvamusel, et inimese füsioloogilise eluea tõenäoliseks keskmiseks piiriks võiks olla 100 aastat (sealjuures üksikud inimesed võivad elada märksa vanemaks).

Demograafilises statistikas (rahvastiku statistikas) on loodetava keskmise eluea pikkus elanikkonna tervisliku seisundi näitaja. Mida pikem see on, seda parem on elanikkonna tervislik seisund.

Keskmine loodetav eluiga on iga, milleni käesoleval aastal sündinu võiks elada. Kui loodetav keskmine eluiga on näiteks 70 aastat, siis iga käesoleval aastal sündinu võib loota, et tema eluea kestus on 70 aastat (loodetava eluea keskmist pikenemist võib arvutada ka ükskõik millises vanuses inimese eluea kohta).

Kui elanikkonna keskmine loodetav eluiga pikeneb, siis näitab see, et eluiga lühendavate tegurite osatähtsus langeb ja eluiga pikendavate tegurite osatähtsus tõuseb. Eluiga lühendavateks teguriteks on praktiliselt kõik haigused, traumad, alatoitlus, sageli ka liigsöömine, halvad tööttingimused ja korteriolud, tervistkahjustavad harjumused (alkoholi tarvitamine, suitsetamine jne.) jm. Eluiga pikendavateks teguriteks on hea arstiabikorraldus ning võitlus haiguste vastu, õige toitumine, head korteri- ja tööttingimused, tööaja lühendamine, tervislikud eluviisid, tegelemine kehakultuuri ja spordiga jne.

Arvud näitavad, et meie elanikkonna keskmine eluiga pidevalt pikeneb.

Keskmine loodetav eluiga Eestis

	Keskmine eluiga aastates	
	1934. aastal	1964. aastal
Meestel	53	64
Naistel	60	73

Neist arvudest nähtub, et kolmekümne aasta jooksul on keskmine eluiga tõusnud meestel 11 aasta ja naistel koguni 13 aasta võrra, vaatamata sellele, et Suure Isamaasõja tõttu tuli inimestel taluda suuri katsumusi. See eluea küllaltki märkimisväärne pikenedamine näitab, et eluiga pikendavad tegurid on olnud ülekaalus eluiga lühendavate tegurite suhtes. Keskmise eluea pikenedamine on teatud määral ka tervishoiutöötajate hea töö tulemuseks. On ju nende teene, et laste suremus on tunduvalt langenud, et nakkus- ja teiste haiguste vastu võitlemisel on saavutatud suurt edu. Aastail 1960—1964 oli suremus iga 100 elaniku kohta 30% väiksem kui aastail 1935—1939.

Muret tekitab asjaolu, et meeste keskmine eluiga on 9 aasta võrra lühem kui naistel. Seega peab meeste elus esinema tegureid, mis takistavad nende eluea pikenedamist võrdselt naistega. Nii see tegelikult ongi — mehed töötavad tihtipeale tervistkahjustavatel töödel (paljudel tervistkahjustavatel töödel naised ei lubatagi töötada), peale selle kahjustavad meeste tervist ka muud tegurid. Meil ei ole küll täpseid arvulisi andmeid, kuid üldiselt on teada, et mehed tarvitavad rohkem alkohoolseid jooke ja suitsetavad rohkem kui naised. Nii joomine kui ka suitsetamine õõnestavad kahtlemata inimese tervist, kahjustavad tema organismi.

Meil on kõik võimalused selleks, et keskmist eluiga veelgi tõsta — 80 aastani ja enamgi. Selleks peavad eluiga pikendavad tegurid olema ülekaalus eluiga lühendavate tegurite suhtes ja nimelt:

1) Me peame tegema kõik, et veelgi tulemusrikkamalt vältida haigusi, eeskätt südame- ja veresoonte haigusi ning vähktõbe. Selleks ei piisa ainuüksi tervishoiutöötajate tööst. Ka iga inimene peab püüdma haigustest hoiduda.

2) Me peame üheskoos võitlema igasuguse traumatismi vastu, olgu siis tööstuses või transpordis, samuti ei tohi tähelepanuta jätta elukondlikku traumatismi. Ka siin on igapäevane hoolikus esmajärgulise tähtsusega.

3) Iga inimese toitlustus tuleb seada teaduslikele alustele, sest ebaratsionaalne toitumine on paljude haiguste põhjuseks.

4) Töötingimuste parandamisele tuleb veelgi suuremat rõhku panna.

5) Korteriolusid tuleb veelgi parandada, nii et iga inimene elaks tervishoiunõuetele vastavas korteris.

6) Meid ümbritsev keskkond — õhk, vesi, maapind — tuleb hoida heas sanitaarses korras, keskkonna reostamise ning saastamise vastasest võitlusest peab osa võtma iga kodanik.

7) Alkoholi ja tubaka kuritarvitamise vastu võitlemine peab muutuma iga inimese kohuseks.

Need on kõige olulisemad võimalused tervisehäirete ja haiguste vältimiseks, kuid peale nende on inimestel veel rohkesti muidki võimalusi tervise tugevdamiseks ja oma eluea pikendamiseks.

MILLISEID HAIGUSI ME PÕEME?

Iga haigus on soovimatu sündmus inimese elus. Rasked haigused võivad lõppeda surmaga, osa haigusi muudab inimese lühemaks või pikemaks ajaks töövõimetuks, kõik haigused häirivad inimese heaolu ja rikuvad tuju. Kõik haigused on teatud määral ka kuludega seotud.

Mis puutub haigustesse, siis peab veel arvesse võtma asjaolu, et **missuguse haigusega meil tegemist ka ei oleks ning kui hea ja oskuslik haige ravi ka ei oleks, ühelgi juhul ei ole tervenemine täielik — mingid jääknähud jäävad alati järele.** Mida rohkem haigusi inimene oma elus läbi põeb, seda enam leidub tal haiguste jääknähud, seda enam nõrgeneb tema tervislik seisund. Jääknähud võivad olla kord tühise, kord tõsisema iseloomuga. Näiteks kahjustavad paljud nakkushaigused südamelihast, vahel päris tõsiselt.

Meie eesmärgiks peab olema: **elada kogu elu tervena.** Kõik üle 100 aasta vanaks elanud inimesed on tavaliselt olnud väga harva haiged.

Päris täpseid andmeid meil kõigi haigestumiste kohta ei ole, sest kergete haiguste korral ei pöördata alati arsti poole. Andmed on olemas vaid nende haigusjuhtude kohta, mille puhul on pööratud ravisutustesse, kus iga haigusjuht on registreeritud.

Elanikkonna haigestumuse analüüs meie vabariigis näitab, et kõige sagedamini esineb nn. külmetushaigusi (angiin, gripp, ülemiste hingamisteede katarr, bronhiit). Iga viies või kuues haige, kes pöörduv arsti poole, kannatab külmetushaiguste all, kuid tõenäoliselt esineb külmetushaigusi märksa rohkem, sest kõik haiged ei tule alati ravisutusse, järelikult jäävad need haigusjuhud ka registreerimata. Neid haigusi peetakse üldiselt kergeteks, ometi valmistavad nad meile ebameeldivusi, paljudel juhtudel võivad tüsistuda mõne kergema või raskema (isegi surmava) haigusega.

Külmetushaigustest hoidumiseks peame keha karastama, tegelema kehakultuuriga, riietuma otstarbekalt, toituma õigesti ja mitmekülgselt ning hoiduma alkohoolsete jookide tarvitamisest.

Seega külmetushaigustest hoidumiseks saab inimene ise palju ära teha — tervete eluviisidega inimestel külmetushaigusi peaaegu ei esinegi või kui esineb, siis harva ja kergemal kujul.

Haigestumuse analüüs näitab, et traumad on kujunenud tõsiseks terviseohuks, ehkki suur osa traumadest ei lõpe surmaga. Traumad võivad muuta inimese invaliidiks või töövõimetuks lühemaks või pikemaks ajaks ja on igal juhul inimese kannatuste allikaks. Peab ütleva, et mehhaanilisi traumasid esineb märksa rohkem, kui seda näitab statistika, sest kergete traumade puhul ei pöördu suur osa kannatanutest üldse arsti poole.

Kuid nii mõnigi tühine trauma võib osutada hoopiski mitte tühiseks — näiteks mõni torge või kriimustus võib tüsistuda mädapõletikuga, pealtnäha tühine silmavigastus võib tüsistuda tõsise nägemishäirega jne.

Kõige olulisem abinõu traumade vältimiseks on ettevaatus. Juba tekkinud trauma puhul on vaja asjatundlikku esmaabi ja vajaduse korral ka arstiabi. Suur tähtsus traumade tüsistuste vältimiseks on puhtusel — puhtal nahal tekkinud haavad ei lähe tavaliselt mädanema.

Liiklustraumasid võib, saab ja peab vältima, samuti saab ja peab vältima töötraumasid.

Meie elus on ikka veel küllaltki palju tervistkahjustavaid tegureid ja me ei oska neid ka alati vältida, seepärast esineb haigusi paraku peaaegu igal inimesel.

Luude, lihaste ja liigeste haigused moodustavad üsna suure haigestumiste rühma. Nende haiguste tekkes etendavad tähtsat osa kliimatingimused — jahedad, tuulised ja sajused ilmad. Otstarbeka riietuse ning ilmale vastavate jalanõude kandmisega on võimalik vältida suurt osa selle rühma haigustest. Nende haiguste ravi võib aga kesta kaua ega annagi igakord soovitud tulemusi. Ka nende haiguste vältimisel etendab olulist osa keha karastatus ja üldine hea tervislik seisund. Igatahes on selle rühma haiguste esinemissagedust võimalik tunduvalt vähendada.

Üsna palju esineb ka naiste suguelundite haigusi. Mõned naistehaigused (munasarjapõletik, emakakaalaplõletik jt.) on väga visad paranema. Nende haiguste ravi annab tulemusi, kuid parem on ka neid haigusi vältida. Väga oluline on naistehaiguste vältimiseks puhtuse pidamine, eriti menstruatsiooniperioodil. Tuleb kasutada rasesutumisvastaseid vahendeid, et vältida aborte — abordid kahjustavad naise suguelundeid ning võivad mõningatel juhtudel olla mitterasestumise põhjuseks.

Muudest haigustest tuleb veel nimetada mao- ja sooltekatarrre, seedehäireid, mao- ja kaksteistsõrmiksoole haavandtõbe. Igast 1000-st elanikust pöördub aasta jooksul Tallinnas arstide poole nende haiguste tõttu keskmiselt 30 inimest, s.o. 3%. Need haigused on üsna tõsised ja piinavad, eriti haavandtõved. Kui neid haigusi õigeaegselt ei ravita, võivad need pikapeale põhjustada mao- vähktõbe, mis surma põhjusena on esimesel kohal teiste vähktõveliidide hulgas. See asjaolu nõuab nende haiguste õigeaegset ravimist ja vältimist. Olgu öeldud, et peaaegu kõik mao- ja sooltekatarrid, samuti haavandid on välditavad, kui toitutakse õigesti (toitude õige valik, õige toitumisrežiim, otstarbekohane toiduainete kulinäärne töötlemine jms.). Seepärast on vaja õppida õigesti toituma.

Muude haiguste osatähtsus üldises haigestumuses on väiksem, kuid mitte ignoreeritav. **Iga haigus on inimese vaenlane.**

Iga haigestumise puhul peab inimene pöörduma arsti poole, kes otsustab, missugune ravi on kõige parem ja

kuidas haigust ravida — ambulatoorselt, kodus, haiglas või sanatooriumis.

Suurt kurja teeb hoolimatus ja käegalöömine mõne esimesel pilgul tühisena tunduva haiguse korral. Kurja teeb ka käegalöömine profülaktiliste abinõude rakendamisele, kui lihtsad või keerukad need ka poleks.

MILLISED HAIGUSED PÕHJUSTAVAD TÖÖVÕIMETUST

Töövõime seisukohalt ei ole kõik haigused ja tervisehäired ühesuguse kaaluga. Näiteks kõik palavikuga kulgevad haigused muudavad inimese ajutiselt töövõimetuks, enamiku nahahaiguste, samuti kõrva-nina-kurguhaiguste puhul on inimene küll haige, kuid siiski töövõimeline.

Töövõime hindamisel võetakse arvesse ka töö iseloomu. Näiteks kergemate südamehaiguste või -kahjustustega inimesed võivad töötada kergematel töödel, rasket kehalist pingutust nõudvat tööd nad teha ei tohi.

Üheks arsti tööloiguks on töövõimetus ekspertiis. Ekspertiis määrab kindlaks, kas olemasoleva haiguse või kehavae puhul on töötaja võimeline täitma oma tööülesandeid või mitte. Viimasel juhul töötaja vabastatakse ajutiselt töölt teatud ajaks, talle antakse töövõimetusleht ehk nn. «sinine leht». Kui aga tervisehäire on püsivama laadiga, siis viiakse töötaja üle mõnele teisele, temale sobivamale tööle. Kui pole ette näha, et töötaja haigusest peatselt paraneks, siis antakse talle ajutiselt või alatiseks invaliidsusgrupp (I, II või III järgu invaliidsus).

Kuigi töövõimetus ekspertiis on suurel määral mitmesuguste korralduste ja eeskirjadega reguleeritud, esineb tegelikus elus siiski üsna palju konfliktseid situatsioone arstide ja töötajate vahel, sest absoluutselt kõike ei saa eeskirjadega reguleerida.

Töövõimetus küsimustega seotud konflikte saab vältida, kui arstid lahendavad töövõimetus küsimusi asjatundlikult ja õiglaselt, ning kui töötajad väldivad haiguse teesklemisi ja agravatsioone — kergete haigusnähtude esitamist rasketena. Kui arstide, töötajate ja ametiühinguorganisatsioonide koostöö on asjalik, siis on konflikteid situatsioone võimalik ära hoida.

Töövõimetus põhjustavate haiguste esinemissageduse

põhjalik uurimine võimaldab paljudel juhtudel kindlaks teha töö iseloomust ja töötajate haiguste või tervisehäirete põhjused. Kui need on välja selgitatud, siis on võimalik vajalikke samme astuda nende põhjuste likvideerimiseks.

Töötajate haigestumine, nende ajutine töövõimetus ei tähenda mitte ainult inimese kannatusi haiguse vältel, vaid see tekitab kahju ka rahvamajandusele. Kui meie tervishoiuasutused ja -töötajad suudaksid tööliste ja teenistujate haigestumist vähendada, siis võidaksime rohkesti tööpäevi. Muidugi ei olene töövõimetuspäevade vähendamine ainuüksi tervishoiuvõrgu tööst ja töötajast, vaid suurel määral ka töötajate parandamisest ja muudestki asjaoludest.

Kui analüüsida haigestumust tööstusharude järgi, siis esineb ajutist töövõimetus põhjustavaid haigusi kõige rohkem põlevkivitööstuses. Järgnevad metsa-, paberi- ja puidutööstus ning naha- ja jalatsitööstus. Kõige väiksem oli töötajate kadu haiguste tõttu elektriijaamade tööstusel, side-, autotranspordi ja maanteedehituse tööstusel ning polügraafiatööstuse tööstusel. Siit järeldub, et **tööstusharudes, kus haigestumus on kõige suurem, on veel palju teha töötajate parandamisel ja tööliste tervisliku seisundi tõstmisel.**

Andmeid üksikute töövõimetus põhjustavate haiguste kohta analüüsides selgub, et **gripp ja ülemiste hingamisteede ägedad katarrid** on peamiseks töövõime ajutise kaotamisega seotud haigusteks ja jällegi eeskätt põlevkivitööstuses, samuti naha- ja jalatsitööstuses, tekstiilitööstuses jm. Olgu öeldud, et gripi ja ülemiste hingamisteede ägedate katarride esinemissagedus näitab eri aastatel suuri kõikumisi — siin sõltub palju ilmastikuoludest.

Töö- ja ilmastikutingimused etendavad tähtsat osa ka **närvivalude, närvipõletike ja radikuliitide põhjustajatena.** Neist haigustest põhjustatud töövõimetuspäevi oli näiteks 1964. a. kõige enam põlevkivikaevureil, metsa-, paberi- ja puidutööstuse tööstusel ja turbatööstuse tööstusel, kõige vähem aga põlevkivitöötlemise alal töötajail, polügraafiatööstuse tööstusel ja elektriijaamade tööstusel.

Töötajate parandamise ja sobiva tööriistuse kandmise abil on võimalik närvivalusid, närvipõletikke ja radikuliite vältida. Kuna nende haiguste, eriti radikuliidi

tekkel etendab tähtsat osa raskuste tõstmine, siis on vaja mehhaanilisi seadmeid laialdasemalt kasutada.

Kuigi meil haigestumine **tuberkuloosi** on tunduvalt vähenenud, näiteks viimase 11 aasta jooksul enam kui kaks korda, põhjustab see haigus ikkagi veel töövõimetuspäevi. Tuberkuloosi haigestumisel saab töötaja töövõimetuspäevi rohkem kui mõne teise haiguse puhul. Kopsutuberkuloosi esineb kõigil tööaladel enam-vähem ühtlasel määral. Tuberkuloosivastast võitlust tuleb energiliselt jätkata, kasutades selleks laialdasemalt profülaktilisi abinõusid, nagu kaitsepookimised ja elanikkonna profülaktilised röntgenoloogilised-fluorograafilised läbivaatused, oösanaatoriumid jm.

Suuri tööpäevade kadusid ajutise töövõimetuse näol põhjustavad naistel **suguelundite haigused**. Siit järgneb, et erilist tähelepanu peavad naiste tervisele pöörama eeskätt naistehaiguste arstid, samuti tööstusettevõtete meditsiinitöötajad ja ka tööstusettevõtete juhtkonnad koos ametiühingukomiteedega. Ilmselt ei ole sellest küllalt, kui naistööliste korraldatakse profülaktilisi arstlikke läbivaatusi. Tuleb veelgi piirata naiste osavõttu neist töödest, mis soodustavad või põhjustavad naistehaiguste teket. Paremini tuleks lahendada ka naiste tööriietuse ja tööjalatõõnõude küsimus ning võib-olla mõni muugi naistehügieeni puutuv küsimus konkreetseid töötingimusi silmas pidades.

Üsna palju töövõimetuspäevi põhjustab **traumatism** (töötraumad, õnnetusjuhud kodunt tööle ja töölt koju minnes, ühiskondlike ülesannete täitmisel, elukondlikud traumad — haavad, põrutused, põletused, luumurrud, nihestused jne.).

Seoses mitmesuguste mehhanismide kasutuselevõtmisega paljudel tööaladel ja mootorsõidukite arvu kasvuga on traumade oht üldiselt suurenenud ja traumatism näitab tõusutendentsi. Töö- ja ka muid traumasid esineb eri kutsealadel töötajatel erineval määral.

Kõigil tööaladel on viimastel aastatel tehtud palju tööhutustehnika alal — tööruumid ja töökohad peavad vastama ohutustehnika nõuetele; paljudes tööstustes ja isegi asutustes on loodud ohutustehnika inseneride kohad; kõigis tööstustes ja asutustes, kus ei ole ohutustehnika inseneri, on ametiühingu liinis valitud ohutustehnika eest vastutavad isikud; töölisi instrueeritakse ohutustehnika küsimustes nende töölevõtmisel; tehakse rohkesti vastavat

selgitustööd (loengud, vestlused, seinalehed, plakatid jne.) jms. Tänu sellele on suudetud vältida töötraumade esinemissageduse tõusu. Kuid teha jääb traumatismi vastu võitlemisel siiski veel palju: töölisi, eriti noortöölisi peab õpetama ohutult töötama, nõudma neilt kõigi ohutustehnika eeskirjade täitmist. Kahjuks esineb meil ka üksikuid administraatoreid, kes püüavad töötraumasid elukondliku traumatismi alla viia, selle asemel et õigel viisil töötraumatismi vastu võidelda.

Võib kinnitada, et suuremat osa töötraumadest on võimalik vältida niisamuti nagu muidki traumasid.

Muud töövõimetust põhjustavad haigused on üldiselt väiksema tähtsusega töövõimetuse bilansis, kuid ka neid tuleb arvestada ja nende vastu võidelda. Sellistest haigustest võiks nimetada angiini, reumaatilisi haigusi, furunkuloosi ja muid naha mädapõletikke, ägedaid mao- ja sooltehaigusi, südamehaigusi, bronhiite, kopsupõletikku, hüpertooniatõbe, haavandtõbe jne. Ka nende haiguste vastu võitlemine vähendab töövõimetuspäevade arvu.

MIS PÕHJUSEL INIMESED SUREVAD?

Millega on seletatav, et kodanliku perioodiga võrreldes on elanikkonna tervislik seisund tunduvalt paranenud — keskmine eluiga rohkem kui kümne aasta võrra pikenenud, elanikkonna loomulik iive üle 5 korra tõusnud.

Püüame olukorda analüüsida. Urime eelkõige surma põhjuseid. Et suremus võiks alaneda, peab surma põhjuste osatähtsus langema. Kodanlikul perioodil oli surma põhjuste kindlakstegemine võrdlemisi madalal tasemel, eriti kahekümnendatel aastatel. Näiteks 1930. a. märgiti ligi 25 protsendil surnutest surma põhjustena: *v a n a d u s* või siis surma põhjused raskelt määratavad. Seega jäi 25% surmajuhtudest surma põhjus hoopiski määramata, sest vanadus iseenesest kunagi surma põhjuseks ei ole — otseseks põhjuseks on alati mõni haigus. Tänapäeval on surma põhjuste kindlakstegemine palju täpsem, sest suur osa surma põhjuseid tehakse kindlaks laipade lahkamisel. Muudel juhtudel teeb surma põhjuse kindlaks arst, kes vastavat isikut enne surma ravis. Kahekümnendatel-kolmekümnendatel aastatel olid peamisteks surma põhjusteks nakkushaigused, ligi $\frac{1}{5}$ kõigist enam-

vähem täpsemalt kindlakstehtud surmajuhtudest langes nende arvele, teisel kohal olid vereringesüsteemi, s.o. südame- ja veresoonte haigused, kolmandal kohal närvisüsteemi ja meeleeelundite haigused, neljandal kohal vähktõbi, viiendal — hingamiselundite haigused jne.

Surma põhjuste osatähtsus on praegu tunduvalt muutunud. Nii on nakkushaigused surma põhjusena jäänud hoopis tagaplaanile, sest intensiivne võitlus nakkushaiguste vastu on andnud nii häid tulemusi, et mitmed nakkushaigused on meil likvideeritud, teiste osatähtsus aga tunduvalt vähenenud. Eriti edukas on olnud tuberkuloosivastane võitlus.

Viiimasel ajal on üheks sagedasemaks surma põhjustajaks vähktõbi. Millega seda seletada?

Kuna vähktõbi esineb peamiselt vanematel inimestel ja vanemaealiste arv on meil tunduvalt tõusnud, siis on vähktõve esinemissagedus osaliselt sellega seletatav. Kuid see ei ole siiski ainus ja küllaldane seletus. Näib, et tänapäeva inimese elus esineb tegureid, mis soodustavad vähktõve teket. Tähtsat osa vähktõve tekkes etendavad nn. kantserogeensed ehk vähktõbe tekitavad keemilised ained, mis satuvad meie organismi saastunud õhu ja ka toiduainetega. Vähktõve vormidest esineb kõige enam maovähki, järgnevad kopsu-, emaka- ja rinnanäärme vähk, ka leukooside osatähtsus näitab tõusutendentsi.

Vähktõve esinemissagedus näitab kasvutendentsi mitte ainult Eesti NSV-s, vaid kogu Nõukogude Liidu ja kõigis tsiviliseeritud maades. Kõikjal tuntakse muret vähktõve esinemissageduse tõusu pärast. Paljud arstiteadlased uurivad vähktõve tekke ja selle olemuse küsimusi nii meil kui mujal, otsitakse ravimeid ning raviviise vähktõve vastu. Kuid senised uurimistulemused ei ole andnud rahuldavaid tulemusi. Eesti NSV-s on kõige intensiivsemalt tegelnud vähiprobleemiga NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudi juhataja professor meditsiinidoktor P. Bogovski ja mitmed tema kaastöötajad, tubliit on töötanud vähiprobleemi alal Vabariikliku Onkoloogia Dispanseri kollektiiv eesotsas paarst A. Gavriloviga.

Võib oletada, et kui meie arstid ei oleks teinud elanikkonnas suurt tööd vähktõve profülaktika alal (naiste profülaktilised läbivaatused tööstusettevõtetes ja asutustes, kopsude röntgenoloogilised läbivaatused, maovähi-eelsete

seisundite ravi jne.), siis oleks vähktõppe surnute arv märksa suurem. Siit järeldub, et ulatuslikku profülaktilist tööd ses suunas tuleb jätkata.

Paljudel juhtudel on vähktõbi välditav ja ka ravitav, kui ravi on õigeaegne, s. o. toimub haiguse varajases staadiumis.

Surma põhjuste seas tekitavad muret ka südame- ja veresoonkonna haigused. Need on nii meil kui ka mujal surma põhjuste hulgas esikohal. Kui südame- ja veresoonkonna haiguste hulka arvata ka kõrgvererõhutõbi (sel puhul esinevad alati haiguslikud nähud nii südamelihases, südame veresoontes kui ka veresoontes üldse), siis on see maksev ka meie vabariigi kohta. Need haigused näitavad mõningat tõusutendentsi.

Millega seda seletada?

Üheks seletuseks on jällegi vanemaealiste inimeste arvu suurenemine seoses keskmise eluea pikenemisega, sest mida kauem inimene elab, seda suuremad võivad olla ka südame ja veresoonte kahjustused. Nii näiteks on südamerabandus ehk infarkt muutunud niivõrd tuntud haiguseks, et selle kindlakstegemine ei valmista raskusi ka mitte meditsiinitöötajatele.

Kuid ka see seletus ei ole veel küllaldane. Ilmselt peavad tänapäeva inimese elus esinema põhjused, mis südant kahjustavad või nõrgendavad suuremal määral kui varematega. Arvatakse, et südamehaiguste tekkes etendab tähtsat osa kesknärvisüsteem, et tänapäeva inimese elus on palju närvipinget, närvilist tõttamist, kesknärvisüsteemi ülekoormamist jne. Närvisüsteem mõjutab kahtlemata kõiki elundeid ja on seotud kõigi eluvaldustega. Kuid arstid teavad, et on palju inimesi, kelle elus on rohkesti närvipinget, kelle süda ja veresoonkond on aga sellele vaatamata täiesti terved.

On olemas veel teine põhjus, ja üsna vastuoluline. Nimelt on inimene tänapäeval tööde mehhaniseerimise ja automatiseerimise ning tööpäeva lühendamise tõttu suurel määral vabanenud füüsilisest tööst. Kogu tema lihaskond, ka südamelihased, töötab üsna vähese pingega; selliste lihaste verevarustus on ka vastavalt kasinam. Nii peaks lugu olema ka südamelihasega. Tänapäeval kõneleme ikka rohkem inimese «liikumisevõlast». Siit võiks järeldada, nagu peaksime kahetsema, et meie töö on muutunud kergemaks ja tööpäev lühemaks. Seda me siiski ei tee, küll

aga peame oma ellu sisse lülitama rohkem meeldivat kehalist tegevust, tegelemist spordi ja kehakultuuriga jne. Sellega teeme tasa «liikumisevõla» — tugevdame oma südant ja väldime südamehaigusi, südamesurma.

Üheks südamesurma kaudselt põhjustavaks teguriks on ka liigsöömine. Nimelt on meie maal elanikel kõik võimalused heaks toitumiseks. Kuid paraku söövad paljud rohkem kui vaja, liigsöömise tulemuseks on aga kehakaalu ülemäärane suurenemine ja paljudel juhtudel isegi rasvtõve teke. Nagu statistilised andmed näitavad, esineb infarkti ja teisi südamehaigusi eeskätt just ülekaalulistel inimestel.

Kuidas liigtoitumine ja rasvumine lühendavad inimese eluiga, see selgub väga ilmekalt Ameerika Ühendriikide teadlase L. Breslow' poolt esitatud statistilistest andmetest.* Toome need andmed tabeli kujul.

Tabel 2

Standardne suremus mõnede surmapõhjuste järgi kõigi eluigade kohta

Surma põhjus	Suremus 100 000 elaniku kohta					
	Kehakaal alla normaalse		Normaalne kehakaal (arit. keskm.)	Kehakaal üle normaalse		
	15—34% võrra	5—14% võrra		8—14% võrra	15—24% võrra	25% võrra ja enam
Kõik põhjused	913	833	844	1027	1215	1472
Nende hulgas:						
orgaanilised südamehaigused	63	66	80	115	135	129
stenokardia	12	14	16	32	39	37
veresoonte haigused	15	17	23	34	46	41
äge ja krooniline neerupõletik	56	64	82	108	202	224
verevalumid ajju ja ajurabandus	46	50	70	101	115	170
suhkurtõbi	9	9	14	22	45	117

Tabeli andmed räägivad väga selget keelt: **liigtoitumine on otseses seoses suremuse suurenemisega loetletud haigustesse.** Mida suurem on rasvumise määr, seda rohkem

* L. Breslow, Senescence, chronic disease and disability, in adults. Rosenan. Preventive Medicine and Public Health, New York 1956, lk. 723.

esineb ka suurem südame- ja veresoonte haigustesse, neerupõletikku ja suhkurtõppe. Suremus südame- ja veresoonte haigustesse on rasvtõbistel kuni kaks korda suurem kui normaalse kehakaaluga inimestel ja kuni kolm korda suurem kui inimestel, kelle kehakaal on alla normaalse. Neerupõletike ja suhkurtõve korral on vahe veelgi suurem.

Nõukogude Liidu tuntumaid teadlasi toitumise uurimise alal professor O. Moltšanova kinnitab, et tervislik, organismi vajadustele vastav toit aitab vältida ainevahetushäireid, rasvumist ja ateroskleroosi. Toit peab olema mitmekülgne ja vitamiinirikas. Professor A. Mjasnikov väidab, et liigtoitumine, mitmete vitamiinide ja taimeõli puudumine toidus soodustavad ateroskleroosi arenemist. Väga tähtsaks profülaktiliseks abinõuks ateroskleroosi ja mitmesuguste seedeelundite haiguste vältimisel on õige toitumisrežiim.

Järelikult, kui tahame vähendada suurem südame- ja veresoonte haigustesse, samuti neerupõletikesse ja suhkurtõppe, kui tahame pikendada oma eluiga, siis on üle normaalse kehakaalu puhul vaja see viia kord-korralt normaalse määrani või isegi sellest allapoole.

Kui uurida kõiki surma põhjusi, siis selgub, et nende seas on tähtsal kohal mehhaanilised traumad (töötraumad ei ole arvesse võetud). Surmajuhud mehhaaniliste traumade tagajärjel on põhjustatud peamiselt liiklusõnnetustest. Surmajuhud liiklusõnnetustel on seda kahetsusväärsemad, et enamasti saavad surma noored, terved ja elujõulised inimesed ning et väga paljusid liiklusõnnetusi põhjustab alkoholi tarvitamine.

Me peame tegema kõik, et liiklusõnnetuste arvu vähendada. Ei saa jätta võitlust liiklusõnnetuste vastu ainult autoinspeksiooni ja muude vastavate asutuste hooleks. Võitlus liiklusõnnetuste vastu muutub aasta-aastalt veelgi aktuaalsemaks, sest mootorrataste, autode ja muude mehhaaniliste liiklusvahendite arv kasvab pidevalt. Paljude liiklusõnnetuste tõelisteks süüdlasteks on kergemeelsed inimesed meie endi seast, kes ahvatlevad sõidukijuhte alkoholi tarvitama.

Üheks surma põhjuseks on tuberkuloos. Tuberkuloosiprobleem on Eestis olnud nii valus küsimus, et seda tuleb pisut lähemalt käsitleda. Varem ei olnud Eestis peaaegu ühtki perekonda, kus ei oleks olnud tuberkuloosihageid ja suur

osa neist oli paratamatult surmale määratud. Kui palju oli tuberkuloosihageid tsaariajal ja kui palju neist iga aasta suri, selle kohta pole täpseid andmeid. Kodanlikust perioodist on säilinud mõningad statistilised andmed.

Peab ütleva, et tuberkuloosihagete tõelist arvu ei teatud ka kodanliku korra ajal, sest kaugeltki kõik tuberkuloosihagid ei olnud registreeritud. Näiteks E. Lasbergi andmeil oli ainuüksi tolleaegses Tartu maakonnas ajavahemikul 1921—1928 tuberkuloosi surnute seas 2348 niisugust inimest, kes üldse tuberkuloosihagena registreeritud ei olnud. Tartu linnas oli neid 663. Teistes maakondades ja linnades oli lugu analoogiline. Tähendab — tunduv osa tuberkuloosihagetest oli jäänud registreerimata. Registreerimise ja ka surma põhjuste kindlakstegemise ebatäpsustele vaatamata võib üldistatult öelda: kodanlikus Eestis suri igast 9 inimesest 1 tuberkuloosi, üle Eesti suri iga aasta üle 2000 inimese tuberkuloosi!

Nõukogude võimu aastail on väga palju tehtud tuberkuloosi vastu võitlemisel. Statistilised andmed kinnitavad, et 1945. aastaga võrreldes oli suurem tuberkuloosi 1956. aastal üheksa korda väiksem. Viimastel aastatel näitab suurem tuberkuloosi järjekindlalt vähenemist. Toome väljavõtte M. Kase teaduslikust uurimistööst 1933. aastast selle kohta, kuidas oli olukord tuberkuloosihagetega kodanlikul perioodil:

«Kui vaatleme tuberkuloosihagete elutingimusi Tartumaal, kuivõrd see kajastub Tartu maavalitsuse tervishoiuosakonna aastaaruannetes, siis selgub, et 1923. a. võeti ametisse üks (üks) halastajaõde, kes hoolekande kursused oli läbi teinud. See käis hagete juures kodus, registreeris hageid, saatis neid arsti juurde või haiglasse ja tutvus nende elamistingimustega. Haiged elasid enamasti väga halbades tingimustes. 1923. a. oli omaette tuba ainult 22 haigel, 54 haiget elas koos 1 terve inimesega ja ülejäänud koos 2—13 terve isikuga. Pooled haiged magasid koos (ühes voodis) tervete isikutega. Süljenõu tarvitas ainult 19 haiget, teised sülitasid, kuhu juhtus. 1924. a. nõutakse arstidelt tõsisemat tuberkuloosihagete registreerimist. Tervishoiuosakond hakkab tuberkuloosihagete registrit pidama. Haiged elavad sageli mustalt, tihedasti koos tervetega kitsastes ruumides. Vähestele haigetele on tehtud maksuta rögauurimisi ja hoopis vähesed on saanud haiglaravi.»

Neist abinõudest, mille rakendamisest eesrindlike vaadete-ga arstid tol ajal unistasid ja neist, millest nad tol ajal unistada ei osanudki, on paljud Nõukogude Ees-tis järkjärguliselt teostamist leidnud. Nüüd võime julgesti öelda, et **tuberkuloos kui massiline infektsiooni-haigus on meil nagu mujalgi Nõukogude Liidus likvidee-rimisel.**

Muudest surma põhjustest võib veel nimetada kopsu-põletikke. Varem oli kopsupõletik, eriti krupoosne kopsu-põletik elu tõsiselt ohustav haigus. Praegu esineb krupoosne kopsupõletik surma põhjusena väga harva, kolde-line kopsupõletik aga sagedamini. Onneks on arstiteadusel nüüd väga häid ravimeid, mille abil on võimalik kopsu-põletikke ravida.

Teiste surma põhjustavate haiguste osatähtsus on hoopis väike, kuid ei ole õige võidelda ainult nende haiguste ja hädade vastu, mis on surma põhjuste hulgas suurema tähtsusega. Võidelda tuleb ühtaegu ka kõigi muude surma põhjustada võiyate haiguste vastu, ka nende haiguste vastu, mis nõrgestavad inimese organismi ja vähendavad organismi vastupanu ohtlikumate haiguste suhtes. Külme-tushaigused on tavaliselt kerged haigused, kuid need või-vad tüsistuda raskemate südame- või muude elutähtsate elundite haigustega. Sama lugu on võrdlemisi kerge hai-gusega — angiiniga. See haigus allub suhteliselt kergesti ravile, kuid võib tõuke anda reuma tekkele, reuma aga omakorda võib kahjustada südant sellisel määral, et ini-mene võib muutuda invaliidiks või koguni sureb.

RAHVA TERVISE EEST HOOLITSEJAIST

Arstiabi või laiemas mõttes meditsiiniline abi on meil nüüd kõigile kättesaadav ja täiesti tasuta. Igaühel on igal ajal võimalik pöörduda abi saamiseks raviasutustesse. Lamava haige juurde tulevad meditsiinitöötajad koju. Vajaduse korral transporditakse haiged kiirabi autodel vastavasse raviasutusse, vahel kasutatakse haigete trans-portimiseks sanitaarlennukeid. Kui kohapeal (näiteks kes-kustest kaugemal asetsevates maa-arstijaoskondades) ei ole võimalik raskemate ja komplitseeritud haiguste korral vajalikku abi anda, siis suunatakse seesugused haiged rajoonihaiglatesse, vabariiklikesse haiglatesse või spetsi-

aalsetesse raviasutustesse, kus on olemas kõik võimalused abi andmiseks.

Meile tunduks imelik, kui arstiabi oleks teisiti korraldatud ja kui arstiabi eest hakkaks keegi tasu nõudma. Mineviku olukordadega võrreldes saame parema ettekujutuse oleviku olukordadest, seepärast toomegi mõned andmed möödunud aegadest.

Olid ajad (möödunud sajandid ja käesoleva sajandi esimesed aastakümned), millal arstiabi kättesaamatuse tõttu raske haige juurde arsti ei kutsutudki, kutsuti hoopis hingekarjane, kes pidi surejale teise ilma minemisel teed siluma. Paljudel juhtudel püüti haigeid ravida rahvameditsiini vahenditega kas siis omapead või «tarkade», roosiarstide, nikatsearstide, soolapuhujate või muude taoliste «spetsialistide» abiga. Isegi kolmekümnendatel aastatel õitses mõningate ebaarstide äri. Mõnel neist oli suur kuulsus — näiteks pastor Jaeschel, kes ravis igasuguseid haigeid nn. «magnetiseeritud» veega.

Kodanliku võimu aastail oli Eestis arste ja raviasutusi vähe, nende paiknemine ning töökorraldus halb. Suur osa arstidest oli koondunud linnadesse, pea kõik haiglad asetsesid linnades. Näiteks 1936. aastal oli ainuüksi Tallinnas ja Tartus 509 arsti, s.o. ligi 70% arstide üldarvust Eestis. Maal aga, alevikes ning alevites, oli arste üsna vähe, suurematest keskustest eemal asetsevatesse jaoskondadesse ei tahtnud keegi tööle asuda. Paljudes maakeskustes, kus varem töötas vaid üksainus jaoskonnaarst, on nüüd mitmekümne voodikohaga hästi sisustatud haigla, kus töötab 4—5 arsti ja vastav arv keskmeditsiinilist personali. Näiteks Elva alevis töötas 1938. aastal 1 aleviarst, 3 vabalt praktiseerivat arsti, 2 hambaarsti ja 1 ämmaemand. Elvas haiglat ei olnud. Nüüd on Elvas 80 voodikohaga haigla ja siin töötab mitukümmend meditsiinitöötajat. Kärđlas töötas ainult üks arst (jaoskonnaarst oli ühtlasi ka vabrikuarst), kes andis elanikkonnale nii ambulatoorset kui ka statsionaarset abi — Kärđlas oli 15 voodikohaga vabriku haigla. Nüüd on Kärđlas moodne 75 voodikohaga haigla, mis ei teeks häbi mõnele keskmise suurusega linnalegi. Selliseid näiteid võib tuua mujaltki — haiglad on nüüd Jõgeval, Mustvees, Raplas, Põlvas, Pärnu-Jaagupis, Märjamaal jm.

Kui 1940. aastal loodi Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaat, siis oli selle üheks pakilisemaks ülesandeks

arstide ümberjaotamine — suurematest linnadest, kus arste oli suhteliselt palju, paigutati osa arste üle maale, sinna, kus arste üldse ei olnud, neile loodi korralikud töö- ja elamistingimused (tasuta korter, küte ja valgustus, vajalik varustus, transport jne.). Enamik ümberpaigutatud arstidest võitis kiiresti kohalike elanike lugupidamise ja armastuse.

Arstide arv, mis 1940. aastaks oli tõusnud 874-ni, vähenes fašistliku okupatsiooni ajal tunduvalt. Pärast Eesti NSV vabastamist okupantidest oli arste 611 (1945. a.). Sõjajärgseil aastail hakkas arstide ja keskmehitsiinilise personali arv kiiresti suurenema, arste tuli Eesti NSV-sse tööle teistest liiduvabariikidest ja arstiteaduskonda hakati vastu võtma märksa enam uusi üliõpilasi, keskmehitsiinilise personali ettevalmistamiseks avati aga 4 vastavat kooli.

Arstide, stomatoloogide ja farmatseutide juurdekasvust saame ülevaate järgnevast tabelist.

Tabel 3

**Kõrgema haridusega meditsiinitöötajate arvu suurenemine
Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna lõpetanute arvel**

Aastad	TRÜ arstiteaduskonna lõpetanute arv		
	raviosakonnas	stomatoloogila- osakonnas	farmaatsia- osakonnas
1945	10	—	10
1950	65	35	37
1955	83	20	19
1960	136	24	21
1965	174	22	27

1. jaanuariks 1965 oli Eesti NSV-s (Tervishoiu ministeeriumi süsteemis) arste 2918, stomatolooge 322, keskharidusega meditsiinitöötajaid 9352, proviisoreid 453 ja keskharidusega farmatseute 452. Seega tuli 1965. aastal iga 10 000 elaniku kohta 22,3 arsti ja 73 keskharidusega meditsiinitöötajat. Tervishoiu alal töötajate üldarv aga on märksa suurem, sest peale arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate töötab ju tervishoiuvõrgus veel tuhandeid sanitarid, toidubloki töötajaid, administratiivala töötajaid jne. 1964. aastal töötas tervishoiuvõrgus kokku

28 200 inimest, 1940. aastal vaid 6500 inimest. Kui võtta arvesse, et peale Tervishoiuministeeriumi süsteemi töötab arste ja muid meditsiinitöötajaid ka teistes süsteemides (raudtee, merelaevandus jm.), siis saame veelgi kõrgemad näitajad.

See on meie tervishoiuvõrgu puhtstatistiline külge, mille kõrval aga ei tohi unustada asja sisulist külge. Need arstid ja keskharidusega meditsiinitöötajad, kes lõpetasid õpingud kodanlikul perioodil, sõja-aastatel ja esimestel sõjajärgsetel aastatel, ei saanud kaugeltki nii põhjalikku ettevalmistust kui need, kes on lõpetanud õppeasutused viimase aastakümne vältel. Arstiteadus on jõudsasti edasi arenenud, õppejõudude kvalifikatsioon Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas ja keskmehitsiinilistes õppeasutustes on märgatavalt tõusnud, õppebaasid on paremini varustatud ja õppetöö metoodilist külge on mitmeti täiustatud — kõik see tagab meditsiinitöötajate parema ettevalmistuse.

Tervishoiuministeerium on suurt tähelepanu osutanud meditsiinitöötajate kvalifikatsiooni pidevale tõstmisele. Ainuüksi ajavahemikus 1962—1964 viibis 30% arstidest täienduskursustel kohalikes spetsialiseerumisbaasides ja arstide täiendusinstituutides Moskvas, Leningradis, Harkovis, Minskis ja Tbilisis. Viimase 3 aasta jooksul on täienduskursused lõpetanud 20% terapeutidest, 18% pediaatritest, 25% kirurgidest, 28% akušöör-günekoloogidest, 51% röntgenoloogidest, 49% ftisiaatritest, 30% sanitaararstidest ja epidemioloogidest ning 25% stomatoloogidest. Iga aasta on ligi 200 keskharidusega meditsiinitöötajat end täiendanud vabariiklikes ja linnahaiglates, spetsialiseerudes kindlale erialale. Tuleb veel mainida, et Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonda sisseastujaist on paljud noored varem töötanud raviasutustes, nii et neil on juba enne ülikooli astumist kogutud üsna palju teoreetilisi ja veelgi enam praktilisi teadmisi.

Paljude arstide ja keskharidusega meditsiinitöötajate töö on saanud kõrge hinnangu: 31 arstile on antud aunimetus «Eesti NSV teeneline arst», 159 arsti ja 54 keskharidusega meditsiinitöötajat on autasustatud rinnamärgiga «Tervishoiutöö eesrindlane», paljusid meditsiinitöötajaid on autasustatud ordenite ja medalitega ning Eesti NSV Ülemnõukogu Presiidiumi aukirjadega. Märksa enam

on neid arste, kes oma tubli tööga on pälvinud elanike südamest tulnud tänu, keda inimesed armastavad ja kellest tõsiselt lugu peetakse. Sedasama võib öelda ka paljude velskrite, meditsiiniõdede ja sanitaride kohta.

TERVISE SEPIKOJAD

Ravi- ja profülaktikaasutuste rajamise alustes ja nende töö organiseerimise alal kapitalistlikes maades, sealhulgas ka kodanlikus Eestis, ning sotsialistlikes maades on suured ja printsipiaalsed erinevused.

Kodanlikus Eestis puudus ühtne riiklik tervishoiuorganisatsioon. Seepärast ei toimunud ravi- ja profülaktikaasutuste loominegi ühtse plaani kohaselt, mille aluseks oleksid olnud tegelikud vajadused. Riik hoidus kulutustest tervishoiule ja jäi tervishoiuküsimuste lahendamisel kõrvaltvaatajaks. Kodanlikus Eestis ei loodud isegi keskset tervishoiuorganit. Selle ülesandeid pidi mingil määral täitma Tervishoiu- ja Hoolekandevalitsus, mida hiljem nimetati Tervishoiuvalitsuseks. See asutus oli nii nõrk ja mannetu, et seda pilluti nagu palli kord ühe, kord teise ministeeriumi alluvusse. Tervishoiuvalitsust juhtis pea-aegu kogu kodanliku perioodi vältel loid ja väheaktiivne arst A. Mõttus, teda abistasid mõned üksikud kantseleitööjõud.

Kulutustest hoidudes jättis riik tervishoiuasutuste loomise ja nende majandamise linnade ja maakondade oma-valitsuste asjaks. Tervishoiuasutusi asutasid ka mitmesugused ametkonnad— ametiühing, mõned tööstusettevõteted (näiteks Sindi kalevivabrikul oli 20 voodikohaga haigla, Ulila turbatööstusel ambulatoorium jne), arstide grupeeringud ja eraisikud. Sellistes tingimustes ei saanud kõne alla tulla mingisugunegi plaanipärasus raviasutuste töös; samuti ei saanud juttugi olla tervishoiutöötajate plaanipärasest jaotusest, nende spetsialiseerumisest.

Kuna haigete ravimine osutus üsna tulutoovaks, siis tekkisid mõneski suuremas linnas mitmed erahaiglad. Nii töötasid Tallinnas eraettevõtetena 7 haiglat: Eesti Arstide-Klinitsistide Ühingu Erahaigla (100 voodikohta), Tallinna Diakonisside Haigla (75 v.), Tallinna Erakliinik (53 v.), Tallinna Eesti Erakliinik (38 v.), Närvikliinik-

Sanatoorium (23 v.), Naisteerakliinik (22 v.) ja «Sanatoorium dr. H. Hirsch» (18 v.); Tartus oli 3 eraettevõtet-raviasutust: Mellini Kliinik (60 v.), Erakliinik (50 v.) ja Pärmivabriku Vesiravila.

Kuressaare ja Haapsalu mudaraviasutused olid peaaegu kõik eraettevõtted. Kuressaares kuulusid mudakümblusasutus «Roomassaare» ja «Uus mudakümblusasutus» eraettevõtjaile; Haapsalus kuulus Bergfeldi-nimeline mudakümblusasutus Haapsalu linnale ja Ipsberg Co-le, teine — «Dr. Arronet'i supelasutus» — oli samuti eraettevõte. Mudaravi oli kättesaadav ainult jõukamatele kodanikele — korteriüürile kulutati 30—250 krooni hooaja eest, lisaks kulud tootlustamisele, arstidele ja mudaraviasutustele. Muda- ja mudaraviprotseduuride hinnad olid 1929. a. järgmised: 1 ämber muda — 8 senti, soojendatult — 12 s., soe mudakompress — 15 s., soojavee-kümblus — 80 s., lastekümblus — 40 s., istekümblus — 80 s., üks mõõt männiekstrakti — 15 s. jne. Isegi supluse eest meres tuli maksta.

Äritsemine ravimitega oli kodanlikul perioodil muidugi eraisikute käes — enamik apteeke ja kõik farmaatsiatöötused kuulusid eraisikutele. Ravimid olid kallid, eriti välismaalt imporditud patenteeritud ravimid.

Et arstiabi ja ravimid olid kallid, siis tuli paljudel inimestel end haiguste korral ise ravida või kasutada posijate jt. taoliste «ebaarstide» abi.

Haiglaravi oli kättesaadav põhiliselt neile, kellel oli rohkem raha. Vastavalt haigete jõukusele oli haiglaravi kvaliteet erinev. Kellel oli palju raha, see sai haiglaravi I või II klassi palatites, kus päevaraha ja tasud protseduuride ning operatsioonide eest olid kõrged. Nende haigete jaoks määratud ruumid, sisustus ja haigete toit olid märksa paremad kui III klassi haigetetel. I ja II klassi haigeid ravisid haigla kõige kompetentsemad arstid, neid põetasid kõige vilunumad õed ja sanitarid. Kolmanda klassi palatites raviti kehvemaid kodanikke, samuti neid, kelle ravi toimus riigi või ametiühingu, linna, maakonna või valla arvel.

Haiglaravi kohta kehtestati küll teatud päevarahataksid, kuid sellegipoolest osati haiglaravi tasu kunstlikult kõrgele kruvida, sest peale päevaraha pidid haiged eraldi tasuma röntgenoloogiliste ja laboratoorsete uurimiste, operatsioonide, raviprotseduuride ja isegi ravimite eest.

Sellest tingitult kasutas üsna väike arv haigeid haiglaravi, kehvemad kodanikud läksid haiglasse alles viimases hädas.

Nõukogude Liidus ei ole mingisugust äritsemist rahva tervise arvel. Rahva tervise eest hoolitsemine on riigi ülesandeks. Kohe, kui Eestis taaskehtestati nõukogude võim, natsionaliseeriti ka kõik erahaiglad ja -apteegid. Sellega tehti jäädavalt lõpp äritsemisele rahva tervise arvel.

Pisut hiljem, 1940. a. sügisel, kinnitas Eesti NSV Rahvakomissaride Nõukogu oma määrusega Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadile alluvate tervishoiuasutuste võrgu.

Tolleaegne Tervishoiu Rahvakomissariaat eesotsas tervishoiu rahvakomissari Viktor Hioniga tegi ära tohtu organisatoorse töö tervishoiuasutuste töö üleviimisel uutele põhimõtetele ning alustele. Nüüdsest peale sai töötav rahvas sellist arstiabi, nagu ta vajas. Uus nõukogulik tervishoiuvõrk sai töötada lühikest aega — algas Suur Isamaasõda. Saksa okupandid tungisid Eesti NSV-sse. Nad tekitasid meie rahvamajandusele väga suurt kahju, rängalt kannatas ka tervishoiuvõrk — 368-st tervishoiuasutusest likvideeriti või hävitati 286! Saksa okupantide poolt tervishoiuvõrgule tekitatud kahjude likvideerimisele hakati mõtlema juba enne Eesti NSV territooriumi vabastamist. Tagalasse evakueerunud Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaat alustas kaadri komplekteerimist ja selle spetsialiseerimist, töötati välja plaanid tervishoiuvõrgu taastamise kohta jne. Nõukogude Eesti vabastamise ajaks loodi operatiivgrupid, kes liikusid vahetult Nõukogude armee järel ja korraldasid tervishoiutööd vabastatud aladel.

Pärast Eesti NSV vabastamist taastati 1940. aastal loodud tervishoiuvõrk üsna lühikese aja jooksul — juba 1. jaanuariks 1945 oli tervishoiuvõrk viidud sõjaeelsele tasemele. 1945. a. lõpuks oli avatud 122 haiglat, 4 sanatoriumi, 34 lastesõime, 140 ambulatooriumi, 11 tuberkuloositõrje asutust, 36 nõuandlat, 31 tervishoiupunkti, 20 velskri-ämmaemandapunkti ja 14 sanitaar-epidemioloogia-jaama. Arstide arv suurenes 2 korda. Keskharidusega meditsiinitöötajaid hakkas ette valmistama 4 meditsiini-kooli.

Sõjajärgsel perioodil taastati tervishoiuvõrk täielikult,

nüüd on loodud juurde suur hulk uusi tervishoiuasutusi, on reorganiseeritud tervishoiuasutuste töö, muretsatud uusi hinnalisi aparate jne. jne.

Tehtud tohutu töö peegeldub kõige paremini ja kõige konkreetsemalt arvudes, seepärast esitamegi tabeli andmetega Eesti NSV tervishoiuvõrgu arenemise kohta aastail 1940—1964.

Tervishoiuvõrgu arenemine Eesti NSV-s

Tabel 4

Ravi- ja profülaktikaasutuste liik	Aastad					
	1940	1945	1950	1955	1960	1964
Haiglate üldarv	58	151	157	236	224	204
Neist:						
vabariiklikke haiglaid	—	—	2	2	2	2
linnahaiglaid	36	56	20	33	46	48
rajoonahaiglaid	—	—	35	37	21	17
jaoskonnahaiglaid	8	75	72	112	103	89
spetsialiseeritud haiglaid ja dispanserite stantsionaare	14	20	30	52	52	48
polikliinikuid ja ambulatooriume (iseseisuvad ja haiglate juures olevad)	274	232	269	305	291	262
arsti- ja velskripunkte	15	45	107	137	165	192
velskri-ämmaemanda-punkte	6	29	90	160	248	261
kiirabijaamu	—	2	18	17	17	19
sanitaaraviojaamu	—	1	2	2	2	2
sanitaar-epidemioloogiajaamu ja osakondi	8	19	24	49	32	22

Esitatud andmetest nähtub, et ajavahemikus 1940—1964 on märksa kasvanud ravi- ja profülaktikaasutuste arv. Aeg näitas, et 5—10 voodikohaga kääbushaiglad ei õigustanud end. Seepärast likvideeriti ajavahemikul 1955—1964 23 jaoskonnahaiglat maal ja 27 sanitaar-epidemioloogiajaama. Perioodil, mil Eesti NSV oli administratiivselt jaotatud 28 rajooniks, loodi igasse rajooni ka sanitaar-epidemioloogiajaam. Osa neist asutustest olid nõrgad ja need likvideeriti 1962. a. seoses administratiivse jaotuse muutmisega (28 rajooni asemel jäi 15 rajooni).

Üldiselt on meil raviasutuste loomisel eesmärgiks rajada võimsamaid ravi- ja profülaktikaasutusi. Näiteks ainuüksi aastail 1950—1955 ehitati 14 uut üsna suurt haiglat —

Raplas (75 voodikohta), Nõmmel (75 v.), Kiviõlis (100 v.), Jõhvis (200 v.), Kohtla-Järvel (250 v.) jne. Aastail 1956—1960 ehitati haiglaid veelgi enam — luutuberkuloosi sanatoorium Nõmmel (150 v.), Hiiumaa rajoonihaigla Kärđlas (75 v.), Paldiski linnahaigla (50 v.), uus haiglakorpus Rakveres (125 v.), laste nakkushaigla Tallinnas (150 v.), Pelgulinna haigla Tallinnas (75 v.) jne.

Suuremad haiglad võimaldavad spetsialiseeritud haiglaravi laiendada, neis on võimalik luua mitmesuguseid osakondi, ka kitsastel erialadel. Väikestes haiglates ei ole see võimalik.

Haiglaravi saamise võimalusi kajastavad kõige paremini arvud voodikohtade kohta. Voodikohti oli 1940. a. kõigis haiglates kokku 5054, 1960. a. — 11 490 ja 1964. a. — 13 955. Voodikohti tuli iga 10 000 elaniku kohta 1940. a. 47,7, 1964. a. aga 109,7. Tänu sellele on praegu võimalik kõigile haiglaravi vajavatele kodanikele see ka tagada.

RAVI- JA PROFÜLAKTIKAASUTUSTE DIAGNOSTIKA- JA RAVIKABINETID NING LABORATOORIUMID

Haiguste diagnoosimisel ja ravimisel ei saada tänapäeval läbi ilma spetsiaalsete aparaatide ja seadeldisteta, samuti laboratoorsete uuringuteta. Ainult stetoskoobist ja reflekshaamrist haiguse diagnoosimiseks ei piisa. Üsnagi paljude haiguste diagnoosimiseks on vaja mitmesuguseid aparate ja analüüse.

Selles osas oli olukord kodanlikus Eestis üsna kehv, fašistliku okupatsiooni aja lõpuks veelgi kehvem. Alles sõjajärgseil aastail on ses osas jõutud praeguse, üsna rahuldava tasemeni.

Üheks tähtsamaks abimeheks paljude haiguste diagnoosimisel on röntgeniaparaat; neid oli 1940. aastal kõigest 50, 1964. a. aga oli meie ravi- ja profülaktikaasutustes 282 röntgeniaparati. Lisaks neile on muretsetud veel 14 fluorograafi. Need võimaldavad röntgenograafilisi uurimisi läbi viia kõikjal, kus vaja — koolides, tööstusettevõtetes, asutustes jne., sest fluorograafid on transporditavad. 1964. aastal teostati 1,5 miljonit röntgenoloogilist uurimist. Nii on võimalik avastada paljusid haigusi (eeskätt kopsutuberkuloosi ja vähki) nende algstaadiumis, mis võimaldab alustada ravimisega kohe haiguse ilmnemisel.



Pelgulinna haigla

Röntgenoloogiline diagnostika on kõigile kättesaadav, samuti on see palju täiuslikumaks muutunud — röntgeni-aparaate on kogu aeg täiustatud ja röntgenoloogilist tehnikat tunduvalt edasi arendatud.

Tabel 5

Diagnostika- ja ravikabinetid
Eesti NSV Tervishoiuministeeriumi süsteemis 1965. aasta lõpuks

Kabineti nimetus	1940	1945	1950	1955	1960	1964
Röntgenikabinetid	34	25	49	91	126	121
Röntgeniapaadid	50	37	86	164	246	282
Fluorograafid	—	—	6	6	9	14
Füsioteraapia kabinetid või osakonnad	14	26	67	59	84	177
Vereülekandejaamad ja kabinetid	—	1	2	6	16	12
Kliinilis-diagnostika- laboratooriumid	25	46	107	189	220	222
Elektrokardiograafia- kabinetid	—	—	8	9	29	42
Funktsionaalse diagnos- tika kabinetid	—	—	—	2	10	15

Ka füsioteraapia alal võib täheldada suuri edusamme. Kui 1940. aastal oli Eesti NSV ravi- ja profülaktikaasutustes ainult 14 füsioteraapia kabinetti, siis 1964. a. oli neid juba 177. Need kabinetid on loodud ka maa-arstijaoskondade haiglates. Füsioterapeutiline aparatuur on täienenud moodsate aparaatidega (ultralühilaine-, ultraheli- jt. aparaadid). Füsioterapeutiliste aparaatide abil on paljude haiguste puhul saadud häid ravitulemusi.

Uuematest aparaatidest võiks mainida veel elektrokardiograafe (EKG), mille abil on võimalik õigesti diagnoosida südamehaigusi, ja elektroentsefalograafi, mille abil uuritakse peaaegu haigusi. Elektrokardiograafiakabinette oli meil 1950. a. 8, 1964. a. oli neid juba 42. Uusi aparaate on konstrueerinud ka Eesti NSV arstiteadlased.

1955. aastast töötavad meil ka funktsionaalse diagnostika kabinetid, kus saab uurida inimorganismi funktsionaalseid võimeid.

Suur tähtsus on vereülekandejaamadel ja kabinettidel. Esimene vereülekandejaam asutati Eesti NSV-s 1945. aastal, 1964. aastal oli neid 12.

Tänapäeval on haiguste ravimine mõeldamatu ilma kliinilis-diagnostiliste laboratooriumide ja seal tehtavate analüüsides — selliseid laboratooriume oli meie vabariigis 1940. aastal 25, 1964. aastal juba 222.

Haiguste diagnostika ja ravi tehniseerimisele tuleb vaadata kui suurele edusammule arstide praktilises tegevuses; see aitab haigusi kiiremini, paremini ja täpsemalt diagnoosida ning haiguse kulgu paremini jälgida.

MAAELANIKKONNA MEDITSIINILISEST TEENINDAMISEST

Maaelanike elu- ja töötingimused on mitmeti erinevad linnaelanike omast. Nõukogude võimu aastail on maal toimunud suured muutused poliitika, majanduse ja kultuuri valdkonnas ning ka maaelanike meditsiinilise teenindamise alal.

Kodanliku korra ajal oli Eesti maarajoonides arste vähe, raviasutusi veelgi vähem ning profülaktilisi asutusi polnudki. Maa-arstijaoskonnad ei olnud komplekteeritud arstidega. Nõukogude korra kehtestamine parandas maaelanike meditsiinilist teenindamist — maale vakantsetele



Kallavere haigla

jaoskonnaarstide kohtadele suunati arste suurematest linnadest, eeskätt Tallinnast ja Tartust. Arstiabi saamine maal paranes ka seetõttu, et maaelanikud saavad arstiabi linnades asetsevatest ravi- ja profülaktikaasutustest.

Esialgsetele saavutustele andis ränga hoobi Suur Isa-maasõda. Hitlerlased purustasid ja hävitasid Eesti 368 tervishoiuasutusest 286. Raske sanitaarolukorra ja puuduliku arstiabi tõttu oli okupatsiooni ajal haigestumiste arv suur, levisid ka mõned nakkushaigused.

Kohe pärast sõja lõppu hakati tervishoiuvõrku taastama nii linnades kui ka maal. 1946. aasta lõpuks oli töö maa-arstijaoskondades ennesõjaaegsetesse rööbastesse viidud. Sõja tõttu oli haiglaravi vajavaid inimesi rohkesti, kuid voodikohti haiglates kõigile haigetele ei jätkunud. Tolleaegsetes tingimustes oli maal mõningaid hooneid haiglateks ümber ehitada kergem kui linnades. Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi korraldusel hakati maa-arstijaoskondades organiseerima jaoskonna-haiglaid. 1945. aasta lõpuks oli 75 maa-arstijaoskonnas 5—10 voodikohaga haiglad, 1950. aasta lõpuks olid need juba 103 maa-arstijaoskonnas.

Sellised haiglate jaoks kohandatud hooned ei vastanud kehtivatele sanitaarnõuetele, kuid maaelanikkonna

teenindamise seisukohast oli neil siiski suur tähtsus. Maaelanikud said vajaduse korral ikkagi haiglaravi.

Viimastel aastatel on maa-arstijaoskonna haiglate ülesanded mõnevõrra muutunud. Nüüd suunatakse haiged maaelanikud rajoonihaiglatesse või vabariiklikesse haiglatesse, kus nad saavad spetsialiseeritud arstiabi vastava eriala arstidelt. Mitmed väikesed haiglad maal (5—10 voodikohaga) on viimastel aastatel likvideeritud, mõnedes maahaiglates on aga suurendatud voodikohtade arvu ja sinna suunatakse peamiselt mitmesuguste krooniliste haigustega haigeid, kellele eriala arstid on pannud diagnoosi ja määranud ka vajaliku ravi.

Maaelanikkonna meditsiinilise teenindamise organisatsiooniliseks aluseks on maa-arstijaoskond, mille suuruse määravad elanike arv, territooriumi suurus, teedevõrk, elanike tootmisalane tegevus ja muud asjaolud. Eesti NSV-s oli 1965. a. alguses 114 maa-arstijaoskonda ja 89 jaoskonnas olid ka jaoskonnahaiglad. Jaoskonnahaiglate arvu ja nende suuruse kohta saame ülevaate järgmisest tabelist:

Jaoskonnahaiglad Eesti NSV-s

Tabel 6

Voodikohtade arv haiglas	Aastad						
	1940	1945	1950	1953	1955	1960	1964
Kuni 5 voodit . . .	3	27	31	29	22	3	1
6 kuni 10 voodit . .	4	46	40	71	86	60	41
11 kuni 15 voodit . .	1	2	1	2	4	34	33
Rohkem kui 15 voodit	—	—	—	—	—	6	14
Kokku	8	75	72	102	112	103	89

Neist arvudest nähtub, et jaoskonnahaiglaid oli 1940. aastal hoopis vähe, ainult 8. Sõjajärgsetel aastatel tõusis nende arv järsult ja seda peamiselt väikeste, 5—10 voodikohaga haiglate arvel. Kuna käbushaiglate olemasolu end muutunud tingimustes enam ei õigusta, siis on asutud nende likvideerimisele või nende laiendamisele — peamiselt juurdeehituse arvel. Nagu tabeli andmetest selgub, oli kuni 5 voodikohaga haiglaid 1964. a. lõpuks üks ja 6—10 voodikohaga haiglaid 41, selle eest aga on tunduvalt suurenenud suuremate jaoskonnahaiglate arv.

Võiks tekkida arvamus, et maaelanikele on haiglaravi nüüd vähem kättesaadav. Tegelikult ei ole asi nii. Maal on küllaldane ja korrashoitud teedevõrk, talvel hoitakse kõik teed ka kõige suurema tuisu korral lahti, autobussiliinide võrk on nii tihe, et autobussiga on võimalik ükskõik millisest maa-asulast pääseda rajoonihaiglasse või mõnesse muusse suuremasse raviasutusse. Kõigil ravi- ja profülaktikaasutustel on enam-vähem piisavalt transportivahendeid haigete transportimiseks ning ka kolhoosidel ja sovhoosidel on küllaldaselt liiklusvahendeid. Need ajad on ununemas, millal haigeid maaelanikke tuli vankril või reel 20—30 kilomeetri kaugusele arsti juurde või haiglasse viia ning kui arstil tuli samal viisil raske haige juurde sõita.

Suur osa maaelanikest saab haiglaravi võrdsetel alustel linnaelanikega linnahaiglates. Nii viibis 1964. aastal hospitaliseeritud maaelanikest üle 70% ravil linnahaiglates. Osa haigeid maaelanikke saab ka ambulatoorset või poliiklinilist abi linnade raviasutustes ja nimelt teatud erialadel (silma-, kõrva-nina-kurguhaigused, psühhoneurooloogilised ja närvisüsteemi haigused jne.).

Rajoonihaiglad on üsna mitmekülgsed raviasutused, neis on võimalik haiglaravi saada kõigi enamlevinud haiguste korral. Enamikus neist on sisehaiguste, kirurgia, sünnitusabi, günekoloogia, lastehaiguste, nakkushaiguste ja tuberkuloosi osakonnad. Rajoonihaiglate arv vabariigis ulatub nüüd 12-ni. Voodikohtade arv neis ulatub 35-st (Põlva) kuni 240-ni (Rakvere).

Tabel 7

Voodikohtade arv rajoonihaiglates

Rajoon	Voodikohti rajoonihaiglates
Haapsalu	125
Hiiumaa	75
Jõgeva	50
Kingissepa	200
Paide	150
Põlva	35
Rakvere	240
Rapla	110
Valga	130
Viljandi	210
Võru	115
Tartu (Elva)	80

Nagu toodud andmeist nähtub, ei ole voodikohtade arv kõigis rajoonihaiglates veel küllaldane.

Rajoonihaiglates on viimastel aastatel rakendatud uuemaid ravi- ja diagnostikameetodeid. Näiteks selle kohta võib tuua Paide rajoonihaigla (peaarst S. Ratnik), kus võeti kasutusele hulgaliselt uusi ravi- ja diagnostikameetodeid, sealhulgas röntgenoloogilised uuringud kontrastainega neeru- ja kuseteede, sapipõie ja bronhide haigestumisel, elektrokardiograafia ja muud täpsemad südamehaiguste diagnostika meetodid, mao ja põie otssed vaatlused vastavate instrumentidega jne. Täiustunud on laboratoorsete uurimiste meetodika. Rajoonihaiglates rakendatakse üha sagedamini füsioteraapiat. Näiteks Võru rajoonihaiglas võeti ainuüksi 1964. aastal kasutusele ligi 20 erinevat füsioterapeutilist raviprotseduuri, sealhulgas diatermia, ultralühilaine, darsonvalisatsioon, parafiinimähised, galvanisatsioon jt. Uuemaid ravi- ja diagnostikameetodeid rakendatakse üha enam ka maaarstijaoskondade haiglates.

Puuduseks rajoonihaiglate töös on see, et senini ei ole olulisel määral rakendatud muda- ja vesiravi. See on seda lubamatum, et meie vabariigis on tervisemudavarud rikkalikud. Siin peab kiidusõnu ütleva praegusele Tartu Riikliku Ülikooli mikrobioloogia kateedri assistendile E. Türiale, kes pärast ülikooli lõpetamist (1958. a.) asus Hiiu maal tööle Käina jaoskonnaarstina ja kasutas oma jaoskonnas haigete raviks kohapeal leiduvat tervisemuda. Samuti peab kiitma Kingissepa rajooni «Mereranna» kolhoosi juhtkonda: kolhoos ehitas kolhoosikeskuse juurde Kudjapä pargi äärde väikese mudaravila, mis hakkas tööle 1965. aastal, ja annab kuni 150 mudavanni päevas. Kiitma peab ka Kingissepa rajoonihaigla peaarsti E. Väärti, kelle initsiatiivil ehitatakse Kingissepa linnas suurem mudaravila, mis võib anda kuni 450 mudavanni päevas (rohkem kui endised 3 sõjas hävinud mudaravilat kokku). See mudaravila peab valmima 1967. aastal. Kahjuks ei ole meil senini haigete ravimise rakendamist leidnud turbamuda, kuigi meil leidub seda otse ülikülluses.

Maaelanike tervise eest hoolitsemisel etendavad tähtsat osa maal töötavad arstid, velskrid ja meditsiiniõed. Peab ütleva, et enamik neist töötab hästi. Eesti NSV teeneline arst Joosep Pily, 73 aastat vana, on üle 30 aasta töötanud maal, sellest ajast 15 aastat Tabivere jaoskonnahaig-

las. Tatjana Fuks on olnud Roela jaoskonnahaigla arstiks üle 16 aasta. Kiitvalt võib esile tõsta noori arste H. Ersi Muhu saarelt ja V. Mäed Tootsist.

Maa-arstide hulgast on võrsunud mitmed head organisatsioonid, kes edukalt juhivad tervishoiutöötajate tööd rajoonihaiglates. Nendest tuleb mainida E. Väärti Kingisepast, H. Kaldat Võrust, G. Suklest Raplast ja E. Tormitit Jõgevalt.

Edaspidi, kui külad muutuvad heakorrastatud linnatüüpi asulaiks, kaotavad jaoskonnahaiglad kord-korralt oma senise tähtsuse ja suurem osa neist likvideeritakse. Haiglaravi ja spetsialiseeritud polikliinilist arstiabi antakse maaelanikele tulevikus rajoonikeskustes, spetsialiseeritud arstiabi aga vabariiklikes ravi- ja profülaktikaasutustes.

IGALE LAPSELE ÖNNELIK LAPSEPÖLV!

Kodanlikus Eestis oli laste tervise eest hoolitsemine üheks mahajäänumaks lõiguks tervishoiutöös. Kogu Eesti kohta oli üksainus lastehaigla 48 voodikohaga (Tartu ülikooli arstiteaduskonna lastekliinik ja selle põhiliseks ülesandeks oli lastehaiguste alane õppetöö arstiteaduskonna üliõpilastele). Alates 1922. aastast hakati asutama emade ja laste nõuandlaid Ameerika Punase Risti algatusel ja esialgu selle organisatsiooni finantseerimisel. Hiljem anti need nõuandlad üle kohapealsetele organitele. Kolmekümnendatel aastatel oli emade ja laste nõuandlaid Tallinnas 3, Tartus 1 ja Pärnus 1.

Statistilised andmed kodanliku perioodi kohta kinnitavad, et imikute suremus püsis ühel ja samal tasemel kogu kodanliku aja vältel, näidates kolmekümnendatel aastatel üsna tühist langustendentsi. Nimelt suri igast 100 sündinust esimese eluaasta jooksul keskmiselt 10. Samal ajal oli imikute suremus enamarenenud Euroopa riikides ligi kaks korda madalam: Norras — 5,0, Šveitsis 5,1, Hollandis — 5,6—4,6, Rootsis — 6, Inglismaal — 6,5% jne.

Otsekohe pärast Eesti NSV Tervishoiu Rahvakomissariaadi loomist 1940. aastal hakati märksa suuremat tähelepanu pöörama laste tervishoiuasutuste loomisele. Asutati esimesed laste polikliinikud Eestis — nimelt Tallinnas ja Tartus. Tallinnas avati 75 voodikohaga lastehaigla. Üsna kiiresti laiendati laste ja naiste nõuandlate võrku, kusjuures nende nõuandlate tööd tunduvalt laiendati ning

täiustati, samuti hakati neis rohkem tähelepanu pöörama profülaktilisele tööle.

Saksa okupatsiooni aastail tekitati suurt kahju kogu Eesti NSV tervishoiuvõrgule, sealhulgas ka laste tervishoiuasutustele. Paljud neist likvideeriti. Selle tõttu suurenes laste haigestumine ja tõusis järsult suremus.

Pärast Eesti NSV vabastamist okupantidest hakati viivitamatult taastama ravi- ja profülaktikaasutuste võrku, ka laste tervishoiuasutuste võrku. Avati jälle kõik laste ja naiste nõuandlad, Tallinnas ja Tartus avati lastehaiglad, kusjuures need said uued ja paremad ruumid. Voodikohtade arv neis suurenes 225-ni. Avati lastesõimi ja väikelastekodusid, asutati laste tuberkuloosisanatooriume. Lapsi vaktsineeritakse nüüd ka rõugete, difteeria, tuberkuloosi ja poliomieliidi vastu.

Toome konkreetseid andmeid lastearstide ja lasteasutuste arvu kohta:

Tabel 8

Laste meditsiiniline teenindamine 1964. aasta lõpuks

	A a s t a d					
	1940	1945	1950	1955	1960	1964
Lastearstide arv	68	57	164	298	360	464
Naiste ja laste nõuandlate ja polikliinikute arv	57	52	100	104	123	116
Piimaköökkide arv	—	12	10	9	7	9
Haiglavoodite arv lastele, sellest:	160	261	841	1537	1827	2485
somaatiliste haigete jaoks	48	231	304	702	974	1310
nakkushaigetele	112	—	422	661	698	775
tuberkuloosihaigetele	—	30	115	174	155	400
Lastesõimede arv	13	36	81	115	101	92
neis kohti	240	942	2261	3671	5030	5510
Lastepäevakodusid	—	—	—	—	71	196
neis kohti	—	—	—	—	3102	15 433
Lasteaedu	91	104	127	170	173	185
neis kohti	5213	4142	5370	8046	12 864	15 050
Lastesananatooriumide arv (suviseid ja aastaringseid)	3	5	23	29	30	20
neis voodikohti	220	306	1122	1575	1840	1925
Väikelastekodude ning emade ja väikelastekodude arv	4	3	11	10	10	10
neis voodikohti	350	270	525	580	580	550

Toodud arvudest näeme, et lastearstide arv on praegu ligi 6 korda suurem kui 1940. aastal. Seejuures peab silmas pidama, et juba ülikoolis õppimise aja jooksul omandavad lastearstid rohkem erialaseid teadmisi ning täiendavad end hiljem täienduskursustel, seminaridel jne.

Praegu on võimalik ravida kõiki haiglaravi vajavaid lapsi haiglates. Spetsiaalseid lastehaiglaid on meie vabariigis neli: kaks neist Tallinnas, üks Tartus ja üks Kohtla-Järvel. Teistes linnades on haiglate juures lasteosakonnad (Pärnu, Rakvere, Tapa, Kingissepa, Põltsamaa jt.). Kohtla-Järvel, kus kodanlikul ajal ei olnud ühtki lastearsti, töötab nüüd 200 voodikohaga lastehaigla ja peale selle on üldhaiglas veel 25 voodikohaga lasteosakond.

Suurt edu on saavutatud võitluses tuberkuloosi vastu. Tuberkuloosi haigestunud lapsed paigutatakse sanatooriumidesse, kus lapsed saavad ravi ning jätkavad ka õppimist. Tuberkuloosihaiged lapsed kas hospitaliseeritakse või paigutatakse lastesanatooriumidesse.

Tänu hoolitsusele laste tervise eest on imikute suremus aasta-aastalt vähenenud, suremust düsenteeriasse ja kopsupõletikku esineb vaid üksikjuhtudena, samuti on laste suremus reumasse ja koldelisse kopsupõletikku tunduvalt vähenenud. Viimase kolme aasta jooksul pole ühtki surmajuhtumit tuberkuloosi või krupoosse kopsupõletiku tõttu.

Positiivselt mõjub laste tervisele nende viibimine lastesõimedes ja lasteaedades (viimastel aastatel on osa neist reorganiseeritud lastesõim-lasteaedadeks). Lasteasutuses on kehtestatud õige päevarežiim, laste toitlustamine on õigesti korraldatud, nad on alaliselt meditsiinitöötajate kontrolli all.

SÜNNITUSABI

Kodanlikus Eestis pöörati vähe tähelepanu sünnitusabi andmisele. Ligi pooled sünnitustest toimusid ilma iga-suguse meditsiinilise abita. Neil juhtudel andsid sünnitusabi külaeided, kellel õigest sünnitusabi andmisest polnud aimugi. Haiglates toimus keskmiselt 25% sünnitustest, arsti abi tarvitasid keskmiselt 10% ja ämmaemandate abi keskmiselt 15% sünnitajatest. Seega toimus kokku 75% kõigist sünnitustest kodus.

Oskusliku sünnitusabi andmine jäi paljudel juhtudel

ära rahapuuduse tõttu, sest haiglas tuli sünnitusabi eest maksta, arstile või ämmaemandale samuti. Ja mitte just vähe.

Sünnitusabi andmise halb korraldus maksis end kurjalt kätte — surnultsündimus oli suur, sünnituse vältel või selle tagajärjel surid küllaltki paljud sünnitajad. Kodanlikus Eestis tuli iga 100 elussündinu kohta keskmiselt 2 surnultsündinut.

Nõukoguliku tervishoiuorganisatsiooni loomisega 1940. aastal hakkas olukord sünnitusabi andmisel kiiresti paranema. Nõukogude Eestis taotletakse, et kõik sünnitused toimuksid haiglas, et kõigile sünnitajatele antaks oskuslikku meditsiinilist abi. Rasedad võetakse õigeaegselt arvele ja neile antakse vajalikku arstlikku nõuannet, kontrollitakse pidevalt nende tervislikku seisundit jne. Nii võeti 1964. a. kõigest rasestunudest kolme esimese raseduskuu vältel arvele 53,9%, ülejäänud võeti arvele hilisematel raseduskuudel.

Sünnitajatele on reserveeritud küllaldane arv voodikohti haiglates. Kui 1940. a. oli voodikohti rasedatele ja sünnitajatele 321, siis 1964. a. oli neid 816. Praegu toimuvad praktiliselt kõik sünnitused haiglates (1964 a. — 98,9%).

Sünnitusabi andmine haiglates on praegu tunduvalt parem kui kodanlikus Eestis. Günekoloogia on teinud suuri edusamme. Hea ja õige sünnitusabi tõttu on lapsed terved, sünnitajatele ei valmistata sünnitamise hirmu.

NAKKUSHAIGUSTE VASTU VÕITLEMISEL SAAVUTATUD EDU

Alles eelmisel sajandil olid inimesed võrdlemisi abitud nakkushaiguste ees. Arvati, et nakkushaiguste epideemiad saadab jumal inimestele karistuseks nende pattude eest. Ka Eestis nõudsid ohtlikud nakkushaigused (nagu katk, rõuged, koolera, malaaria ehk halltõbi, leepira jt.) ikka ja jälle hulgaliselt inimohvreid.

Kui möödunud sajandi viimastel aastakümnetel avastati mitmete nakkushaiguste tekitajad ja töötati välja nakkushaiguste vastu võitlemise teaduslikud alused, siis pandi ka piir mõnede haiguste epideemilisele levikule.

Nii pole Baltimaadel käesoleval sajandil katku ja koolerat esinenud; «rõugepanemisega» vaktsineeriti enamik

elanikkonnast ja seda ohtlikku nakkushaigust esines aasta-aastalt ikka vähem, kuni see likvideeriti — loodetavasti lõplikult — kahekümnendate aastate alguses. Kui veel paarkümmend aastat tagasi leidis üsna rohkesti rõugearmidega inimesi, siis nüüd alla 40-aasta vanustel inimestel rõugearme ei ole. Koolera esines Baltimaadel viimast korda 1893. aastal.

Kodanlikul perioodil mingit süstemaatilist võitlust nakkushaiguste vastu ei peetud, selleks polnud ei vastavaid asutusi ega vastavaid spetsialiste. Raskematesse ning ohtlikumatesse nakkushaigustesse haigestunud inimesed paigutati nakkushaiglatesse ja see oli peaaegu kõik. Nakkushaiguste vastu võitlemine lasus linna- või maakonnaarstil. Kodanlikus Eestis puudus riiklik organ, kes oleks juhtinud nakkushaiguste vastu võitlemise tööd.

Alles 1940. aastal, kui moodustati Tervishoiu Rahvakomissariaat, kuulus selle koosseisu riiklik sanitaarinspektsioon ja epideemiatorje valitsus. Juba 1940. a. lõpuks loodi suuremates Eesti linnades kokku 8 sanitaar-epidemioloogiajaama, kindlustati need vajaliku kaadriga ja varustati kõige vajalikuga.

Saksa okupandid hävitasid kogu Nõukogude Eesti tervishoiuvõrgu, kaasa arvatud sanitaar-epidemioloogiajaamad — Eestis puhkesid mitmesugused epideemiad. Täpsemad andmed nakkushaiguste leviku kohta okupatsiooni ajal puuduvad, sest nakkushaiguste registreerimist peaaegu ei olnudki.

Pärast Eesti NSV vabastamist taastati tervishoiuorganid, sealhulgas ka sanitaar-epidemioloogiajaamad. 1945. aastal oli neid juba 19. Praegu on meil 22 sanitaar-epidemioloogiajaama. Alates 1964/65. õppeaastast hakkas Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskond ette valmistama ka sanitaararste ja epidemiolooge. Neid töötas meie vabariigis 1940. aastal 79, 1964. aastal aga juba 239.

Praegu esineb meil nakkushaigustest veel grippi, angiini, ägedaid sooltenakkusi ja ka epideemilist maksa-põletikku.

Gripi, ägedate sooltenakkuste ja angiini vastu võitlemise muudab raskemaks asjaolu, et need on tavaliselt haigused, mille puhul inimesed ei pöördugi alati arsti poole. Ometi vajavad need haigused tõsist suhtumist, sest need õhnestavad inimese tervist üsna tunduvalt.

TUBERKULOOSI LIKVIDEERIMISE POOLE

Tuberkuloosi vastu võitlemine oli omal ajal üheks teravamaks tervishoiuprobleemiks. Igast kümnest surmajuhtumist langes üks tuberkuloosi arvele. 1930. aastal suri meil iga 10 000 elaniku kohta 18 inimest tuberkuloosi. Tuberkuloosi vastu võitlemiseks tehti aga väga vähe.

Võrreldes sellega on nüüd suuremus tuberkuloosi tunduvalt vähenenud. Sellele on kaasa aidanud rahva elujärje tõus ja elanike sanitaarhariduslike teadmiste kasv. Kõige olulisem tegur aga on sihikindel võitlus tuberkuloosi vastu.

Tabel 9

Tuberkuloositõrje asutused Eesti NSV-s

Tuberkuloosi vastu võitlemise asutused	A a s t a d					
	1940	1945	1950	1955	1960	1964
Tuberkuloosihaiqlad	2	5	4	5	6	10
Tuberkuloositõrje dispanserid	—	—	14	20	21	16
Tuberkuloosikabinetid haiglate juures	12	13	2	3	20	21
Tuberkuloosisanatooriumid	7	7	13	13	14	12

Nagu tabelis toodud andmeist nähtub, on tuberkuloositõrje asutuste arv eriti 1950. aastast alates pidevalt tõusnud. Raviasutused on varustatud uuemate aparaatidega, seal töötab kvalifitseeritud kaader.

Tuberkuloosi haigestuvad kõige sagedamini kodused inimesed ja invaliidid. Sellest tuleneb järeldus, et kodused inimesed ja invaliidid peavad teatud aja tagant pöörduma tuberkuloositõrje dispanserisse ja laskma end tuberkuloosi suhtes uurida. See aitab avastada tuberkuloosiprotsessi varajases staadiumis, kus ravi annab häid tulemusi. Sel juhul ei teki ka raskemaid tuberkuloosivorme. Tuleb rõhutada, et õigeaegselt avastamata tuberkuloosihaiqed on suureks ohuks kaasinimestele, eeskätt oma perekonnaliikmetele.

1940. aastal oli tuberkuloosihaiqlates 166 voodikohta, 1964. aastal 1754, tuberkuloosisanatooriumides oli 1940. aastal 577 voodikohta, 1964. aastal 1625. Ainuüksi Sõmera sanatooriumis Saaremaal (see sanatoorium avati 1961.



*Sõmera tuberkuloosisanatoorium
(vaade ühele korpusele)*

aastal), on 600 voodikohta, s.o. rohkem kui neid oli kodanlikul perioodil kõigis tolleaegsetes tuberkuloosisanatooriumides kokku.

Praegu on võimalik ravida kõiki tuberkuloosihageid, kes seda vajavad, tuberkuloosihaglates või -sanatooriumides. Tuberkuloosivastases võitluses on see väga oluline tegur: esiteks saavad tuberkuloosihaged ajakohast ravi ja teiseks — terved inimesed on suurel määral päästetud nakatamisohust.

Kõigis meie tuberkuloositõrje asutustes on ajakohased röntgenikabinetid. Peale selle on vabariigis 5 liikuvat autobussi-fluorograafi, mis võimaldavad kõikjal teostada ulatuslikke läbivalgustusi. Iga üksiku fluorograafi abil uuriti aastas üle 34 000 inimese.

Meil rakendatakse laste tuberkuloosivastast vaktsineerimist, millest kodanlikul perioodil vaid kõneldi või kirjutati. Tänu tuberkuloosivastasele vaktsineerimisele on laste haigestumine tuberkuloosi järsult vähenenud — meie noort generatsiooni ei laasta enam tuberkuloos.

Tunduvalt on Nõukogude Eestis tõusnud arstide-ftisiaatrite arv. Kui 1940. aastal töötas meil 31 tuberkuloosiarsti,

siis 1964. a. alguseks oli neid juba 171; suurenenud on ka tuberkuloositorje asutustes töötavate keskharidusega meditsiinitöötajate arv. Tuberkuloosiarstide kvalifikatsiooni on pidevalt tõstetud, paljusid neist on suunatud Moskva Arstide Täiendamise Keskinstituudi vastavatele kursustele, 1964. a. korraldati Tallinnas tuberkuloosiarstide täienduskursus nimetatud instituudi tuberkuloosikateetri õppejõudude osavõtul.

Paljud tuberkuloosiarstid on pärvinud elanikkonna lugupidamise ja tänu, eelkõige Vabariikliku Tuberkuloositorje Dispanseri peaarst E. Kama, sama dispanseri arstid H. Pullisaar, L. Merkulova, U. Kreegimäe, O. Pikksaar, tuberkuloosisanatooriumi «Pühajärv» peaarst A. Lepp, Tartu Linna Tuberkuloositorje Dispanseri peearsti asetäitja E. Laisaar ja paljud teised.

Raskemaid tuberkuloosivorme (tuberkuloosne ajukelmepõletik, luutuberkuloos) esineb meil vaid üksikjuhtudena. Arvatavasti võime lähemas tulevikus hakata likvideerima tuberkuloosihaiglaid ja -sanatooriume ning anda need üle muude haiguste all kannatavate haigete ravimiseks.

VÄHK AVALDAB VISA VASTUPANU

Viimastel aastatel on surma põhjuste analüüsimisel selgunud, et nii meil kui ka paljudes teistes maades on surma põhjustajaks sagedasti vähktõbi.

Põhjused on mitmesugused. Üheks põhjuseks on see, et viimastel aastatel diagnoositakse täpsemalt nii haigestumist kui ka suremust vähktõppe. Teiseks põhjuseks on asjaolu, et rahvastiku vanuseline koostis on muutunud ja nimelt nii, et vanemaealiste osatähtsus rahvaarvus on viimastel aastatel suurenenud. Eesti NSV-s oli 1959. a. rahvaloenduse andmeil 18,6% elanikest kõrgealised (mehed üle 60 ja naised üle 55 aasta vanad), vanemaealistel aga esineb vähktõbe sagedamini kui noorematel, mis nähtub ka 1962. a. statistiliste andmete analüüsi tulemustest.

Tõenäoliselt on elukeskkonnas mõningaid kantserogeen-seid (vähhkitekitavaid) aineid, nagu tööstuslik tolm, gaasid, transpordivahendite heitgaasid, tubakasuits, mitmesugused kantserogeenised ained meie igapäevases toidus jms. Vähktõve põhjused ei ole veel lõplikult selged, samuti

ei ole seni avastatud küllalt tõhusaid vähktõve ravimise meetodeid.

Peamist ohtu kujutavad endast meestel seedeelundite ja kopsuvähk, naistel — seedeelundite, emaka- ja rinnanäärmevähk. Hingamiseldite vähktõbe esineb meestel sagedamini kui naistel seepärast, et rohkem mehi suitsetab ja et neil tööaladel, kus tuleb pidevalt sisse hingata kantserogeenset tolmu ja kantserogeenseid gaasilisi aineid, töötavad peamiselt mehed.

Vähivastane võitlus oli kodanlikus Eestis üsna algelisel tasemel — vähktõbiste registreerimine oli puudulik, puudusid vähi vastu võitlemisega tegelevad asutused, vähktõve ravimiseks kasutati põhiliselt kirurgilisi meetodeid.

Nõukogude Eestis hakkas olukord pikkamööda paranema, kuid alles 1950. aastal sai töö ses suunas õige hoo. Asutati spetsiaalne raviasutuste võrk. Ülevaate saame järgnevast tabelist.

Tabel 10

Vähktõvevastase võitluse arenemine Eesti NSV-s

	A a s t a d						
	1940	1945	1950	1955	1960	1962	1964
Onkoloogiliste dispanserite arv . .	—	—	2	2	2	2	2
Onkoloogiliste kabinetide (osakondade) arv . .	—	1	8	11	14	13	13
Arstide-onkoloogide arv . . .	—	—	7	13	20	18	24
Voodikohtade arv onkoloogiadispanserites ja osakondades . .	—	—	175	180	160	168	200

Praegu on meie vabariigis 2 onkoloogiadispanserit: Vabariiklik Onkoloogiadispanser Tallinnas 80 voodikohaga ja Tartu Linna Onkoloogiadispanser 60 voodikohaga. Onkoloogiaosakonnad töötavad Kohtla-Järve, Viljandi, Pärnu, Kingissepa ja Valga haigla juures. Kuues linnas on avatud onkoloogiakabinetid — Paides, Rakveres, Narvas, Jõgeval, Haapsalus ja Võrus.

Vabariikliku Onkoloogiadispanseri uus hoone on praegu ehitamisel. Dispanser hakkab tööle 1966. aastal ja selles

on 220 voodikohta. Tartu onkoloogiadispanserile anti üle endise võorastemaja «Toome» ruumid, mis võimaldas voodikohtade arvu suurendada ja avardas töötingimusi.

Onkoloogiaasutuste võrgu loomisega ja vastavate spetsialistide ettevalmistamisega on võimalik vähktõvevastast võitlust tugevdada, on võimalik enamikku abivajavatest haigetest paigutada haiglasse ja ravida neid seal uusimate meetoditega. Vähihaigeid ravitakse kombineeritud meetoditega, kasutades kirurgilisi meetodeid, radioaktiivseid preparaate, hormoonravi, keemilisi ravimeid ja ka röntgenravi. IV staadiumis haigeid põetatakse selleks määratud väiksemates haiglates.

Tähtis on märkida, et viimastel aastatel pannakse suurt rõhku vähktõve varajasele avastamisele. Selleks korraldatakse laialdasi profülaktilisi arstlikke läbivaatusi. Näiteks 1963. a. jooksul teostati profülaktilisi läbivaatusi 199 031 inimesel, kusjuures 101 avastati vähktõbi ehk viiel iga 10 000 läbivaadatu kohta, 2404 avastati vähieelsed seisundid ehk kaheteistkümmel iga 1000 läbivaadatu kohta. Varajane vähktõve või vähieelsete seisundite avastamine võimaldab vähktõve ravi alustada õigeaegselt, mis omakorda tagab paremad tulemused.

Vähktõve profülaktikas on kõige olulisem vähktõbe põhjustavate faktorite kõrvaldamine meie elust ja töökohtadest. Vähktõbe põhjustavate faktorite teadusliku uurimise alal on teinud suure töö ära NSV Liidu MTA Eesti Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut eetsas selle direktori professor P. Bogovskiga ja Tallinna Vabariiklik Onkoloogiadispanser (peaarstiks on Eesti NSV teeneline arst A. Gavrilov). Dispanseri teadusliku uurimistöo põhisuundadeks on maovähi ja vähieelsete haiguste varajane diagnoosimine ja ravi; emakakaela preinvasiivne vähk ja kliinilis-statistilised uurimised vähktõve põhiliste lokaliseerimise kohta ja ravi kaugtagajärgedest.

REUMAVASTANE VÕITLUS

Reumavastane võitlus on Eestis alati olnud aktuaalne, sest reumat esineb meil üsna palju ja see haigus põhjustab küllaltki paljude inimeste invaliidistumist, rääkimata reumahaigete kannatustest. Reuma esinemissageduse kohta on meil täpsemaid andmeid alates 1958. aastast.



Kondiitriivabriku «Kalev» tervishoiupunkti füsioteraapia kabinet

Sellest ajast alates on reumahaiged võetud arvele ja nagu andmed näitavad, on reumasse haigestumine pidevalt vähenenud. Seega on reumavastane võitlus juba andnudki positiivseid tulemusi.

Tallinna Vabariikliku Haigla juures on loodud reumakeskus ja peale selle veel 11 reumokardioloogilist kabinetti — neist 7 Tallinnas ning Tartus, Kohtla-Järvel, Pärnus ja Rakveres igaühes üks. Tänu nende asutuste moodustamisele on reumahaigete registreerimine, arvelevõtmine ja dispanseerimine aasta-aastalt paranenud. Kui 1958. aastal oli dispanseeritud 34,7% registreeritud reumahaigetest, siis 1964. aastal tõusis see protsent 91,9%-ni. Kingissepa ja Hiiumaa rajoonis on reumahaiged 100-protsendilisel dispanseerse järelevalve all.

Võrdlemisi häid tulemusi on andnud reumaretsidiivide vastane ravi, mida hakati rakendama 1959. aastal ja mida 1962. aastast peale rakendavad vabariikliku alluvusega linnade ja paljude teiste linnade ning rajoonide raviasutused. Reuma profülaktikas kasutatakse peamiselt bitsilliini ja küllap ka see profülaktiline ravi on vähendanud haigete arvu.

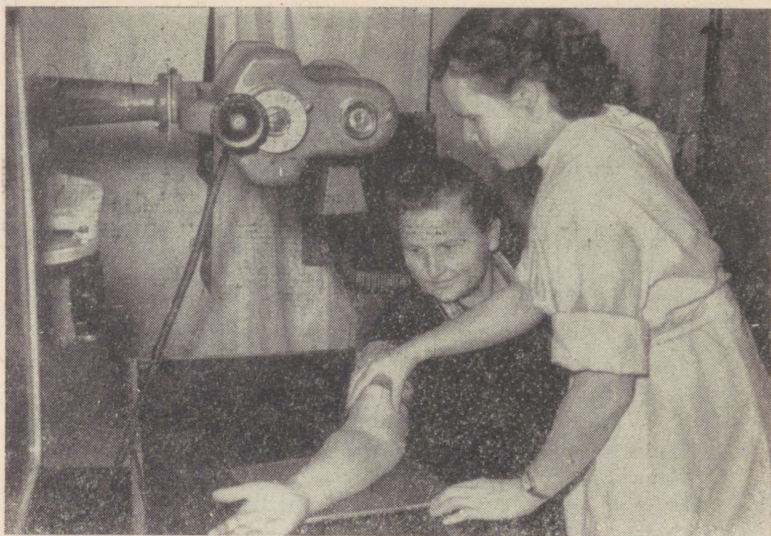
Eriti hoolikalt on tegeldud laste reuma ravi ja profülaktikaga, mille tulemusena laste haigestumine sellesse haigusesse on tunduvalt vähenenud. Reumahaigeid lapsi ravitakse haiguse ägedal perioodil haiglas, alaägedal ja reumahoo-järgsel perioodil Tallinna I Lastehaigla sanatoorses osakonnas. Keila-Joal on reumahaigetele lastele internaatkool.

ENDOKRINOLOOGILINE ABI

Kodanlikus Eestis oli endokrinoloogia, mis uurib sise-sekretsiooninäärmeid ja nende talitluse häireist tekkinud haigusi, arstiteaduses üsna kõrvaliseks alaks. Ainult mõni üksik teadlane tegeles sisesekretsiooninäärmete ja nende talitluse häiretest tingitud haigustega; mainida võiks professoreid A. Lipschützi (uuris sugunäärmete küsimusi), L. Puuseppa (uuris sisenäärmete talitlusi seoses närvihaigustega ja alkoholismiga), S. Loewet, A. Siimi (uuris joodisisaldust Eesti joogivees ja toiduainetes), V. Vadit, A. Linkbergi ja dotsent H. Petlema (viimased uurisid peamiselt struumaga seotud küsimusi).

Alles 1947. ja 1948. a. hakati tõsisemat huvi tundma sisesekretsiooninäärmete talitluse häiretest põhjustatud haiguste vastu, eeskätt struumata vastu. Koguti andmeid struumata leviku kohta Eesti NSV-s. Andmed näitasid, et meil esineb struumata paiguti üsna rohkesti. 1950. a. korraldati Pärnus esimene teaduslik-praktiline konverents struumata ja türeotoksikoosi alal. Nii struumata kui ka muude sisesekretsiooninäärmete talitluse häiretest tingitud haiguste vastu võitlemiseks asutati 1951. a. Tartus Vabariiklik Struumatõrje Dispanser, esimene omataoline Balti liiduvabariikides. Dispanseril on ambulatoorne osakond ja 45 voodikohaga haigla. Dispanseri paarstiks on Eesti NSV teeneline arst V. Paškov. Hiljem asutati endokrinoloogiline osakond Tallinna Vabariiklikus Haiglas, dispanserne osakond Tallinna Harjumäe haiglas, endokrinoloogilised kabinetid Valga, Pärnu ja Kohtla-Järve polikliinikute juures. Mitmes linnas töötavad arstid-endokrinoloogid.

Endokrinoloogiliste haigustega haigete arv Eesti NSV-s on küllaltki suur. Neist moodustavad põhilise osa struumahaiged. Struumahaigete arvelevõtmisel selgus, et



Füsioteraapia kabinet

vabariigi loode- ja põhjarajoonides, kus elab ligi 75% vabariigi elanikkonnast (kaasa arvatud Tallinn, Narva ja Kohtla-Järve), on struumahaigeid suhteliselt vähe — 22,4% nende üldarvust, edelarajoonides (kaasa arvatud Pärnu linn), kus elab 10% vabariigi elanikkonnast, on struumahaigeid 2,3% nende üldarvust; märksa enam struumahaigeid, nimelt 75,3% nende üldarvust, elab Eesti kagurajoonides (kaasa arvatud Tartu linn), kus elab ainult 15% vabariigi elanikkonnast. Seega tuleb Eesti NSV kagurajoonides eriti suurt rõhku panna struumahaiguste vastu võitlemisele.

Struumahaiguste ravi kasutatakse kirurgilisi meetodeid, röntgenkiirtega ja joodi radioaktiivse isotoobiga ning muid meetodeid. Struumahaiguste ravi on andnud üsna rahuldavaid tulemusi, kuid parem oleks, kui inimesed sellesse haigusesse ei haigestuks. Struumahaiguste profülaktikas on oluline tähtsusega organismi varustamine joodiga. Et joogivesi Eesti NSV-s, eriti Kagu-Eestis, ja toiduained sisaldavad liiga vähe joodi (prof. A. Siimi, vanema teadusliku töötaja L. Kuigi andmeil), siis on oluline elanikkonda varustada

jodeeritud soolaga, s.o. keedusoolaga, millele on lisatud paras annus joodiühendit. Samuti tarvitatakse 1959. aastast alates struuma profülaktikas preparaati antistrumiini. Eesti NSV tervishoiuministri käskkirja (8. veebruarist 1959) alusel antakse Kagu-Eesti rajoonides antistrumiini tasuta rasedatele, imetavatele emadele ja üldhariduslike koolide õpilastele. Andmed näitavad, et need profülaktilised abinõud on andnud positiivseid tulemusi.

Peale struuma vajavad tähelepanu ka teiste sisesekreetsiooninäärmete talitluse häiretest põhjustatud haigused. Neid esineb üldiselt suhteliselt vähe. Vast oleks otstarbekas edaspidi Vabariiklik Struumatõrje Dispanser endokrinoloogiadispenseriks ümber nimetada ja tema tööpõldu siis ka vastavalt laiendada.

HAMBARAVI PAREMAKS!

Terved hambad etendavad tähtsat osa inimese elus. Tervete hammastega inimene võib ja saab süüa kõiki toiduaineid, sealhulgas suure vitamiinisisaldusega köögi- ja puuvilja, mille söömisest halbade hammastega inimesed tavaliselt loobuvad. Muidugi annab see end tunda vitamiinivaeguse näol. Kui hambad on halvad, siis ei mäleta söödavat toitu vajalikul määral. See asjaolu on paljudel juhtudel seedeelundite haiguste (mao- ja sooltekatarride, maohaavandite) tekkimise põhjuseks.

Terved ja hästi hooldatud hambad kaunistavad inimest. Kõigile on teada, et hambasööbijast ehk -kaariesest tabatud hambad või puhastamata ning hooldamata hambad põhjustavad halba suulehka, mis teeb sellise inimese läheduse ebameeldivaks.

Kõike seda ja mitmeid teisigi tervisehäireid saab vältida, kui stomatoloogiline abi elanikele on hästi korraldatud.

Hambaravi ja hammaste hooldamise küsimustele pöörati kodanlikus Eestis vähe tähelepanu. Hambaarste ja hambatehnikuid oli vähe, hambaravi oli üsna kallis ja paljud inimesed ei saanud seetõttu hambaid ravida. Peamiseks ja sagedasemaks hambaravivõtteks oli tol ajal vigaste hammaste väljatõmbamine, isegi tühistel põhjustel.

Hambaarstide ja -tehnikute ettevalmistamine ei olnud



Kondiitriabriku «Kalev» tervishoiupunkti hambaravi kabinet

hästi korraldatud. Stomatoloogi, s.o. kõrgema haridusega hamba- ja suuõõnehaiguste spetsialisti nimetuski oli tundmatu.

Nõukogude tervishoiukorralduse ellurakendamisel 1940. aastal pöörati suurt tähelepanu ka hambaravi küsimustele. Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonnas loodi stomatoloogiaosakond, kus hakati ette valmistama kõrgema haridusega spetsialiste hambaravi alal. Keskmehitsiinilise haridusega hambaarste ja -tehnikuid valmistatakse ette meditsiinilistes keskkõppeasutustes.

Hambaravi alal töötavate spetsialistide arvu kasvu kohta saame ülevaate järgnevast tabelist.

Tabel II

Stomatoloogide, hambaarstide ja hambatehnikute arv Eesti NSV-s

Erlala	A a s t a d						
	1940	1950	1955	1958	1960	1963	1964
Stomatoloogid . . .	52	118	197	232	270	340	369
Hambaarstid . . .	182	92	123	133	134	155	149
Hambatehnikud . . .	61	65	72	112	126	170	159

Stomatoloogilisi raviasutusi oli enne 1940. aastat hoopis vähe, 1940. aastal avati Eesti NSV-s 47 stomatoloogilist osakonda või kabinetti (neist 36 linnades ja 11 maal). Aasta-aastalt on kasvanud stomatoloogiliste raviasutuste arv. 1964. aasta lõpuks oli meil 3 stomatoloogilist polikliinikut (üks Tallinnas, teine Tartus ja kolmas Narvas), 226 stomatoloogilist osakonda või kabinetti (neist 119 linnades ja 107 maal), 32 hambaproteesimise laboratooriumi. Hammaste ja suuõõne haigustega haigete kirurgiliseks raviks oli 50 voodikohta.

Stomatoloogiliste raviasutuste võrku täiendatakse edaspidi veelgi. On kavas avada veel teine stomatoloogiline polikliinik Tallinnas ja stomatoloogilised polikliinikud Kohtla-Järvel ja Pärnus; Tartu stomatoloogiline polikliinik sai 1963. a. ajakohased ruumid. Laiendatakse Tallinna stomatoloogilist polikliinikut ja stomatoloogilisi osakondi Kingissepas, Paides, Võrus ja Rakveres. Samuti on laiendatud või laiendamisel hambatehnilised laboratooriumid Tallinnas, Tartus, Viljandis, Kohtla-Järvel ja Pärnus.

Hambaravi asutusi varustatakse ajakohase inventari ja instrumentidega, neis võetakse pidevalt kasutusele ajakohasemaid ravimeetodeid.

Stomatoloogilise abi paremaks korraldamiseks kavatakse edaspidi luua rajoonihaiglate juurde liikuvad stomatoloogiakabinetid, mis aitavad kaasa maaelanike ja õpilaste paremale stomatoloogilisele teenindamisele. Hambaproteesimise ja muude hambatehniliste tööde paremaks korraldamiseks luuakse edaspidi võimsamad rajooni hambatehnilised laboratooriumid, mis võimaldab kasutada ajakohast sisseadet ja uusi materjale. Sellega kiireneb tunduvalt hambaproteeside valmistamise aeg ja paraneb proteeside kvaliteet.

Kuigi stomatoloogilise abi andmises on meil tehtud suurt tööd, on meil seni esinenud ka soovimatuid nähtusi — mõne linna (Tallinn, Tartu, Pärnu, Narva, Haapsalu) stomatoloogilistes polikliinikutes ja stomatoloogiaosakondades on abisaajatel tulnud end järjekorda kirjutada mitu nädalat ette. See venitab hambaravi pikale. Samal ajal aga töötavad paljud stomatoloogiakabinetid tervishoiupunktides ja jaoskonna ambulatooriumides alakoormusega. Ilmselt on siin tegemist organisatsioonilise puudusega, mis tuleb likvideerida. Eesmärk

on anda igale abivajajale abi otsekoheselt, kui selleks tekib vajadus.

Esmajärguliseks ülesandeks stomatoloogide töös on laste stomatoloogiline teenindamine. Seetõttu võib esialgu mõnevõrra kannatada täiskasvanute stomatoloogiline teenindamine. Kui suudetakse hoida laste hambad heas korras ja vältida raskemaid hambahaigusi, siis vajavad nad tulevikus vähem stomatoloogilist abi.

Lahendamist vajavad hambakaarise profülaktika küsimused. On teada, et hambakaarise all kannatab märksa sagedamini see osa elanikkonnast, kes tarvitab fluorivaest joogivett ja et joogiveele fluori lisamisega on võimalik vähendada hambakaarise levikut. Meie vabariigis ei fluoreerita ühegi veevärgi vett, kuid seda peab tehtama lähimate aastate jooksul. Eeltööd selleks toimuvad. Praegu tuleks kasutada hambakaarise profülaktikas hammaste puhastamisel fluori sisaldavat hambapastat. Olgu mainitud, et viimastel aastatel on mitmel pool Eesti NSV territooriumil leitud suure fluorisisaldusega põhjavett, mida võiks samuti kasutada võitluses hambakaarise vastu. Muidugi tuleb rakendada ka mitmesuguseid muid abinõusid, eeskätt õiget toitumist jm.

TRAUMATOLOOGILINE ABI

Kõikidest haigustest ja tervisehäiretest on traumad oma esinemissageduse poolest teisel kohal. Mitmesuguseid traumasid esineb Eesti NSV-s aasta jooksul iga 1000 elaniku kohta 70 inimesel, kusjuures arvestatud on ainult neid, mille pärast pöörduetakse arsti poole.

Viimastel aastakümnetel võib täheldada traumatismi sagenemist enamikes maades. Seda seletatakse peamiselt mehhaniseeritud töö osatähtsuse tõusu ja transpordi jõudsa arenemisega — igasuguste mehhanismide ja liiklusvahendite arvu suurenemisega.

Ainuüksi Tallinna traumapunkti on iga aasta pöördunud üle 25 000 elaniku. Tallinna traumapunkti andmeil oli neist elukondlikke traumasid — 53,2%, töötraumasid — 37,6%, tänavatraumasid — 7,3 ja transporditraumasid — 1,9%. Oma iseloomult jagunesid traumad järgmiselt:

Traumade liigitus nende üldarvust protsentides
Tallinna traumapunkti andmetel 1964. aastal

Trauma iseloom	%	Neist töötraumasid
Ülajäsemete traumad . . .	39	42
Alajäsemete traumad . . .	24	42
Silmavigastused ja võõrkehad silmas . . .	14	24
Pea traumad	11	13
Põletushaavad	4,5	29
Muude kehaosade traumad	17,5	21

Arvesse võttes traumade suhteliselt suurt esinemissagedust ja seda, et teatud hulk traumasid võib lõppeda kas invaliidistumisega või koguni surmaga, on nii meil kui mujal hakatud asutama spetsiaalseid ravi-asutusi, kus antakse abi ainult traumade korral. Varem anti traumatoloogilist abi peamiselt haiglate kirurgiaosakondades ja maal jaoskonnahaiglates. Osaliselt on see praegugi nii.

1959. aastast alates hakati meil asutama traumapunkte. Esimene traumapunkt asutati Tallinna, seejärel ka Tartu ja Kohtla-Järvele. Arvatavasti tuleb edaspidi mõnes suuremas linnas asutada veel mõni iseseisev traumapunkt.

Ette valmistama hakati ka vastavaid spetsialiste — arste-traumatolooge. Neid oli 1964. aastal juba 18.

Traumapunktides peab olema ka spetsiaalne sisse-seade — röntgenikabinet, operatsiooniruum, kipsitamisruum. Traumapunktid peavad töötama kogu ööpäeva jooksul, sest traumad võivad tekkida igal kellaajal.

Peetakse soovitavaks, et traumapunktide juures asuks ka ravikehakultuuri kabinet. Täni rakendatakse ravikehakultuuri, ka traumade puhul, peamiselt kehakultuuri dispanserites.

Traumapunktis antakse kannatadasaanutele abi vahetult pärast trauma tekkimist. Nende edasine ravi toimub polikliinikute kirurgiakabinettides või haiglate kirurgiaosakondades.

Kui traumatoloogiline abi on otstarbekalt korraldatud, siis välditakse invaliidistumist ja soovimatuid tüsistusi, sest raskemate traumade korral on ju lappimist ja paikamist palju, siis saavutatakse ka paremaid ravitulemusi ning paljudel juhtudel päästetakse inimene surmast.

Tööstustraumade analüüs näitab, et nende peamisteks põhjusteks on ohutustehnika seisukohalt halvasti konstrueeritud seadmed, raskete ja ohtlike tööde vähene mehhaniseerimine, tehniliste seadmete korrastamatus ning ohutustehnika eeskirjadest mittekinnipidamine.

Väga tähtis küsimus on põllumajanduslike traumade vähendamine. Enamik põllumajanduslikest traumadest leiab aset vahetult põllul, farmides, töökodades, põllutöömashinatega töötamisel jne. Analüüs näitab, et sageli on vigastuse põhjuseks töö ebaõige organiseerimine (küllaldase tehnilise kontrolli puudumine masinate, seadmete, tööriistade korrasoleku üle). Samuti on paljud traumad tingitud ohutustehnika eeskirjade rikkumisest või nende puudulikust tundmisest, mootorite ebaõigest käivitamisest, liiga kiiresti sõitmisest jne.

Erilist tähelepanu vajavad liiklusõnnetustest põhjustatud traumad. Väga sageli on liiklusõnnetuste põhjuseks alkoholi kuritarvitamine. $\frac{2}{3}$ traumadest on elukondlikud traumad. Neid esineb elanikkonna kõigis vanuserühmades, alates lastest ja lõpetades elatanud inimestega. Kõige sagedamini tekib vigastusi kukkumisel, peamiselt just kiilasjää tõttu, kodustel töödel jm. ning jällegi — alkoholi kuritarvitamise tõttu.

Alati peab meeles pidama, et traumatismi profülaktika annab paremaid tulemusi kui ükskõik kui hea ravi.

KIIRABI

Kui näeme tänaval punase ristiga autot sõitvat, siis teame, et kuskil on inimese elu tõsisel ohus. Esineb ju üsna palju haigusi, haiguslikke seisundeid ja traumasid, kus inimese elu või surma üle otsustavad minutid.

Oma töö iseärasuste ja tingimuste tõttu võib tavaliste raviasutuste abi vahel jääda liiga hiljaks. Tuleb arvestada ka seda, et kõik arstid ei ole erakordsetel juhtudel võimelised otstarbekat abi andmaga — günekoloog ei ole õige abistaja infarkti puhul, neuroloog — emakavälise raseduse tagajärjel tekkinud verejooksu korral jne.

Sellepärast ongi loodud erilised raviasutused — kiirabiamaad. Kuni 1945. aastani andsid kiireloomulistel juhtudel abi vastavate haiglate valvestid. 1945. aastal asutati meie vabariigis kaks esimest kiirabiamaa Tallin-

nas ja Tartus. Juba 1947. aastal asutati kiirabijaamad ka Pärnus, Rakveres, Viljandis, Võrus, Valgas, Paides ja Kingissepas. 1950. aastal oli kiirabijaamu juba 18, 1965. aastaks kasvas nende arv 19-ni, neist neli on iseseisvad kiirabijaamad (Tallinnas, Tartus, Harju ja Tartu rajoonis) ning 15 kiirabijaama töötavad linnahaigla või rajoonihaigla juures (Narva, Kohtla-Järve, Pärnu, Rakvere, Rapla, Haapsalu, Kingissepa, Kärddla, Valga, Võru, Paide, Viljandi, Jõgeva, Tapa ja Põlva). Kõik need kiirabijaamad annavad ka vältimatut abi, s.o. annavad haigetele abi neil tundidel, millal polikliinikud ei tööta.

Kiirabijaamade põhiliseks ülesandeks on anda abi õnnetusjuhtude ja äkiliste haigestumiste korral (infarkt, ajuveresoonte lõhkemine või nende topistumine ehk emboolia, voolmed sapi- või neerukivindite korral, toidu- või muud mürgistused jm.). Kiirabiautod toimetavad vajaduse korral sünnitajaid sünnitushaiglasse, viivad jaoskonnaarsti korraldusel haigeid haiglasse, transpordivad vaimuhaigeid jne.

Kiirabijaamade töö kvaliteedi üheks näitajaks on abi päralejõudmise kiirus. Linnades jõuab kiirabi enamasti kohale mõne minuti jooksul pärast väljakutse vastuvõtmist, maal kulub sõitudeks loomulikult rohkem aega. Oluiseks näitajaks on ka abi andmise kvaliteet. See tõuseb pidevalt, sest kiirabijaamades loobutakse kord-korralt kohakaasluse korras töötajatest ja kiirabijaamade arstidele korraldatakse täienduskursusi.

Varem valmistas kiirabijaamade töös mõnikord raskusi transpordivahendite vähesus, kuid viimastel aastatel on juurde saadud rohkesti uusi kiirabiautosid, neid on nüüd rohkem kui 80. Ometi jääb ka nüüd mõni väljakutse täitmata või täidetakse hilinemisega.

Aastast-aastasse tõuseb kiirabijaamade töö maht. Viimastel aastatel on aasta jooksul kõigi vabariigi kiirabijaamade autodega tehtud üle 130 000 väljasõidu õnnetusjuhtude ja äkiliste haigestumiste puhul, üle 40 000 väljasõidu aastas on tehtud seoses haigete transportimisega, haigetele või kannatadasaanutele on antud abi kodus või kiirabijaamas rohkem kui 140 000 korral.

Inimese tervise eest hoolitsemine ei seisne ainult haigete ravimis, ei olene ainuüksi arstide ning muu meditsiinilise personali ja raviasutuste rohkusest, kõikvõimalike ravimite ning raviviiside rakendamisest. Pealegi tuleb alati arvestada üht väga lihtsat tõika: **pärast ükskõik millise haiguse läbipõdemist ei taastu tervis kunagi täielikult, vaid ainult teataval määral, teatava piirini.** Iga haigus jätab järele mingisugused jääknähud — vahel tühisid, vahel üsna tõsisid. Näiteks igast haavast jääb pärast paranemist järele arm, armkude ei ole aga samaväärne terve koega; iga nakkushaigus kahjustab mõnevõrra organismi jne.

Sellepärast on haiguste vältimine märksa olulisem kui haigete ravimine. Haiguste vältimise vajalikkusest on õigesti aru saanud juba vana aja silmapaistvad arstid — Hippokrates, Galenus, Abu Ali Ibn-sina jt., kuid haiguste vältimise abinõude rakendamine on vahel palju keerukam kui ravimeetodite rakendamine. Haiguste vältimise abinõudest on alles käesoleval ajal enam-vähem kindlam ettekujutus, kuid nende juurutamine edeneb siiski visalt.

Üheks tõhusamaks abinõuks on organismi tugevdamine. Tugev ning karastatud organism ei allu kergesti haigustele, nõrka ja hellitatud organismi aga tabavad kergesti igasugused hädad ja haigused. Inimese tugevdamise põhilisteks abinõudeks on kehakultuur ja sport, samuti füüsiline töö, kui see toimub tervislikes tingimustes ja kui tegevusse rakendatakse kõik lihastegrupid.

Kehakultuurile ja spordile pööratakse aasta-aastalt ikka suuremat tähelepanu, kuid kehakultuuri ning spordi vajalikkusest ja kasulikkusest ei saa veel kõik inimesed aru. Vahel võib kuulda kesk- ja vanemaealiste suust nurinat selle üle, et meie noor põlvkond muud ei tegevatki kui sõitvat ühelt võistluselt teisele või «logelevat» maad mööda ringi matkapambuga seljas. Selle üle ei saa ega tohi nuriseda, vastupidi, selle üle peab rõõmu tundma, sest eriti noortele on kehalist tegevust vaja. Veelgi enam, ka kesk- ja vanemaealised peavad rohkem muretsema iseenda kehalise tubliduse eest, nad peaksid osa võtma massilistest spordiüritustest (rahvamatkad, suusamatkad, jalgsimatkad, turism jne.). Oma võimete kohaselt peaksid nad osa võtma ka neile sobivast sportlikust tegevusest.

Sellega tugevdaks igaüks oma tervist, tõstaks organismi vastupanuvõimet haigustele, suurendaks nii kehalist kui ka vaimset töövõimet, pikendaks oma eluiga.

Eriti suur tähtsus on südamelihase tugevdamisel, südame ning veresoonte normaalse talitluse säilitamisel. Seejuures tuleb silmas pidada üht väga lihtsat tõika: **iga inimese südamelihase tubliduse mõõdupuuks on kõigi muude lihaste tublidus**, sest kui lihased on tugevad ja hästi arenenud, siis on ka südamelihas hästi arenenud. Kui näeme lõdva lihastikuga inimest, siis võime uurimise-tagi öelda, et selle inimese südamelihas on lõtv ja et sellel inimesel võib kergesti tekkida infarkt.

Viimastel aastakümnetel on kõikides tsiviliseeritud maa-des võidud täheldada südame- ja veresoonte haiguste esinemissageduse tõusu, need haigused on muutunud kõige sagedasemateks surma põhjusteks. Eialgu ei osatud sellele õiget seletust anda.

Pealiskaudsel vaatlemisel näibki lugu paradoksaalsena — inimeste elu muutub üha kergemaks ja paremaks, töö — kergemaks ja tervislikumaks, kuid südame- ja veresoonte haigusi esineb üha sagedamini, need on muutunud surmavaenlaseks number üks.

Arstiteadlased on nimetanud selle põhjusena küll tänapäeva inimese elutempo kiirenemist ja sellega kaasnevat suurt närvipinget, küll eksimusi toitluse alal (kolesteriini-rikaste toiduainete rohkuse ohtlikkus, mis põhjustavat ateroskleroosi) jne. Nüüd aga selgub üha enam, et südame- ja veresoonte haiguste peamiseks tekkepõhjuseks on kerge ja hõlbus elu, vähene ning kerge füüsiline töö — tänapäeva inimese elu ja tööd kergendavad igasugused mehhanismid, masinad ja automaadid. Paljudel inimestel on tekkinud suur «liikumisvõlg», mis toob kaasa organismi nõrgenemise ja vastupanu vähenemise haigustele.

Nüüd õpime kord-korralt õigesti hindama asjaolu, et füüsiline töö ja tegevus suurendab südame ja vereringe kohanemisvõimet, mõjub soodsalt inimorganismi energetilisele bilansile. Tugev ning terve süda ja heas seisukorras veresooned on tagatiseks, et nad nii hõlpsasti ei haigestu.

Praegu, mil meie elus vaimse töö osatähtsus kiiresti kasvab, tuleb rohkem tähelepanu pöörata mitmesugustele füüsilise tegevuse vormidele. Nendeks vormideks on kehakultuur ja sport.

Tänapäeva inimese elus omandavadki kehakultuur ja sport üha suurema tähtsuse. See avaldub kõige ilmekalt järgnevates arvudes.

Tabel 13

Kehakultuur ja sport arvudes

	Kodan- liku perioodi lõpul	1956. a.	1959. a.	1961. a.	1964. a.	1965. a.
		Kehakultuurikollektiivide arv	243	1870	1717	1745
Kehakultuurlaste üld- arv — tuhandetes . .	15	108,0	120,3	186,7	243,7	273,8
Sealhulgas naised — tu- handetes	—	42,1	38,1	68,1	93,3	108,4
protsentides	—	(39,8)	(31,7)	(36,4)	(38,3)	(39,6)

Nagu tabelis esitatud arvudest nähtub, on kehakultuurlaste arv kodanliku perioodiga võrreldes kasvanud kaheksateistkümnekordseks! Kuid ka saavutatud tulemused meid veel ei rahulda — 1970. aastaks loodetakse kehakultuurlaste arvu tõsta 340 000-ni. Kui praegu tegeleb meil kehakultuuriga iga viies elanik, siis 1970. aastal — iga neljas. Ka see ei saa piiriks olla ega jääda! Kehakultuur peab tulevikus moodustama iga inimese elu lahutamatu komponendi nagu praegune hommikune tualett.

Kehakultuur ei ole meile vajalik kehakultuuri enda pärast, sport — spordi pärast. Kehakultuur ja sport on vajalikud inimese enda, tema kehalise tubliduse ja hea tervise pärast.

Kuid kehakultuuri- ja spordiliikumise üks oluline külg ei ole kaasa teinud sama tormilist arenemist nagu kogu liikumine tervikuna. Nimelt on meil kehakultuuriarste (spordiarste) liiga vähe ja olemasolevad kehakultuuridispanserid (Tallinnas, Tartus jm.) on veel suhteliselt nõrgad. Teatud edu on siiski märgata.

1940. aastal oli meil spordiarste kõigest üks ja sellelgi puudus spetsiaalne ettevalmistus, 1964. aastaks oli spordiarste üksteist. On ilmne, et 11 spordiarsti ei ole võimelised vajalikult teenindama ligi 300 000-list kehakultuurlaste peret, pealegi vajavad spordiarstide nõuandeid ka paljud mittersportlased, kehakultuuriga mittetegelevad inimesed.

Asi on siiski paranemas. Nimelt võeti 1959. aastal Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna esimesele kursu-

sele vastu 25 noort, kes peale tavaliste raviosakonna õppeainete hakkasid õppima spordifüsioloogiat, spordihügieeni ja teisi spordiarstile vajalikke õppeaineid. Need üliõpilased olid ise kõik järgusportlased — nad olid tuttavad spordiga omaenda kogemuste põhjal, mis spordiarstile on väga vajalik. Pärast kuus aastat kestnud õpinguid lasti 1965. a. kevadel välja esimene lend spordiarste — need on esimesed spordiarstid mitte ainult Eesti NSV-s, vaid kogu Nõukogude Liidus. Spordiarstide ettevalmistamine on muutunud isenesest mõistetavaks ja järgnevatel aastatel lastakse välja uued lennud spordiarste, neid valmistatakse ette ka teiste liiduvabariikide jaoks. Spetsiaalse eriharidusega arstide (spordiarstide) tähtsus spordis ja kehakultuuris on suur.

Nii muutub meil kehakultuur ja sport järk-järgult tõesti massiliseks ja seejuures tervislikumaks, me kõneleme juba tervistavast spordist, tervisevõimlemisest jne. Sporti ja kehakultuuri peab harrastama igaüks eeskätt omaenda tervise huvides.

SANITAARKULTUURIST

Elanike tervisliku seisundi parandamiseks — haigestumuse vähendamiseks või likvideerimiseks, suremuse vähendamiseks, keskmise loodetava eluea pikendamiseks — ei piisa meditsiinitöötajate arvu suurendamisest, uute ravimpreparaatide ning uute ravi- ja profülaktikaasutuste loomisest ega plaanipärasest profülaktilisest tööst.

Olulise tähtsusega on siin sotsiaalsete ja majanduslike tingimuste parandamine, elanikkonna üldkultuurilise, eriti aga sanitaarkultuuri taseme tõstmine.

Kui inimesel on küllaldased teadmised inimese kehaehitusest (anatoomiast ja histoloogiast) ja organite talitlusest (füsioloogiast, patoloogilisest füsioloogiast, biokeemiast), haiguste ning tervisehäirete olemusest ja tekkimise põhjustest ning kui ta tunneb haiguste vältimise põhilisi viise, oskab hinnata tervislikke eluviise ning vabaneda tervistkahjustavatest harjumustest, siis oskab ja suudab ta paljudel juhtudel haigusi vältida.

Elanikkonna üldkultuuriline ja sanitaarkultuuriline tase tõuseb iga aastaga. Meil kehtib üldine kaheksaklassiline koolikohustus, suur osa noori õpib keskkoolides, kesk-eri-

õppeasutustes ja kõrgemates koolides. Pidevalt tõuseb sanitaarkultuuriline tase, sest sellealaseid teadmisi saadakse juba kodust, lasteaiast ja koolist, samuti ajakirjandusest, raadiost, televisioonist ja sellealasest kirjandusest. Üsna paljud meie arstidest esinevad loengute ja vestlustega raadios ja televisioonis. Iga aasta kirjestatakse meil hulk brošüüre mitmetelt arstiteaduse aladelt. Neis käsitletakse enamasti kõige aktuaalsemaid küsimusi: toitumise, töö ja puhkuse küsimusi, reuma vastu võitlemist jne. Paar aastat tagasi anti välja arstide ja arstiteadlaste poolt koostatud kaheköiteline ulatuslik teos «Tervishoiu käsiraamat». Selle teose vastu tundis elanikkond nii suurt huvi, et 40 000 trükiarvuga esimene trükk müüdi läbi mõne nädalaga ja kirjastus andis kiiresti välja ka teise trüki.

Peab ütleva, et sanitaarharidustööd teeb iga meditsiinitöötaja ka oma igapäevaseid tööülesandeid täites. Sanitaarharidustöö kuulub iga ravi- ja profülaktikaasutuse kohustusliku töö hulka. Peale selle töötab meil 2 sanitaarharidusmaja (Tallinnas ja Tartus), mille ülesandeks on elanike sanitaarkultuuri tõstmine. Vabariiklikuks Sanitaarharidusmajaks on 1965. aastast alates Tallinna oma. Arstid peavad iga aasta tuhandeid loenguid kultuurihoonetes, klubides, tervishoiutöötajate majades, tööstusettevõtetes, koolides ja muudes asutustes. Elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmiseks on suurt tööd teinud ka ühingu «Teadus» liikmed. Sedasama peab ütleva Eesti NSV Punase Risti Seltsi kohta. Kui kodanlikus Eestis Punase Risti Seltsi liikmete arv oli 2000 piires, siis Eesti NSV Punase Risti Seltsi liikmete arv oli juba 1948. aastaks kasvanud üle 65 000. Käesoleval ajal on Eesti NSV Punase Risti Selts oma 350 000 liikmega üks meie suuremaid massiorganisatioone. Seega on iga neljas Eesti NSV kodanik Punase Risti Seltsi liige.

Mööname, et kõik seltsi liikmed ei ole aktiivsed, kuid aktiivi hulka kuuluvad kindlasti ühiskondlikud sanitaarinstruktorid ning sanitaarsalkade ja -postide liikmed.

Sanitaarharidustööd teevad meil tervishoiu rahvaülikoolid, kultuuriülikoolide tervishoiuteaduskonnad ja tervise koolid.

Esimesed tervishoiu rahvaülikoolid asutati 1959. a. Tartus ja Tallinnas. Esimeste koolide töö oli sedavõrd tulemusrikas, et järgnevatel aastatel hakati neid asutama ka mujal (Jõgeval, Põltsamaal, Võrus, Viljandis, Pärnus

jne.). Nüüd on tervishoiu rahvaülikoolid olemas ka igas linnas ja tervise koolid paljudes väiksemates keskustes. Selle kohta annab ülevaate järgnev tabel.

Tabel 14

Tervishoiu teaduskonnad, tervishoiu rahvaülikoolid ja tervise koolid Eesti NSV-s 1964/65. õppeaastal

Linn, rajoon	Tervishoiuliste õppeasutuste arv	Kuulajate arv 1964/1965 õ.-a.	Kuulajaid iga 10000 elaniku kohta
Tallinn	3	282	8,6
Tartu	1	312	37,6
Kohtla-Järve	1	22	3,4
Pärnu	2	179	43,7
Haapsalu rajoon	2	83	28,6
Harju „	1	57	7,4
Hiiumaa „	1	20	20,0
Jõgeva „	3	210	51,2
Kingissepa „	5	291	74,6
Paide „	2	55	13,7
Pärnu „	3	167	37,1
Põlva „	1	124	33,5
Rakvere „	2	70	9,2
Rapla „	2	119	31,3
Võru „	3	241	48,0
Kokku	32	2232	17,7

Suhteliselt heal järjel on sanitaarharidustöö tervishoiu rahvaülikoolides Kingissepa, Jõgeva ja Võru rajoonis, Pärnu linnas, samuti Pärnu rajoonis ja Tartu linnas. Nende järgi peaksid joonduma ka teised linnad ja rajoonid.

Neis ühiskondlikel alustel töötavates õppeasutustes õpivad teatud kindla õppeplaani järgi tuhanded inimesed. Tervishoiu rahvaülikoolide kuulajad saavad 1—2-aastase kursuse vältel suure hulga vajalikke teadmisi tervise tugevdamise ja haiguste vältimise kohta.

Paljust meie arstidest on kujunenud väga head lektorid, kelle loenguid alati kuulatakse suure huviga, kes suure innuga on osa võtnud tervishoiuteaduskondade, tervishoiu rahvaülikoolide ja tervise koolide organiseerimisest ja nende tööst. Esiletõstmist väärivad Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna õppejõud, kes on loenguid pidanud mitte ainult Tartu linna kultuuriülikoolide tervis-

hoiuteaduskonnas, vaid ka teistes linnades ja rajoonides. Suurt huvi ja rahuldust tervishoiu rahvaülikooli kuulajaskonnale pakuvad õppe-ekskursioonid.

Võib öelda, et elanikkonna sanitaarkultuuri tõstmine toimub intensiivselt ja tänu sellele on välditud ka paljusid haigusi. Tänapäeva rahvameditsiin on tundmatuse ni muutunud. Kui aastat 30—40 tagasi olid rahvameditsiinis levinud soolapuhumine, kupulaskmine, igasuguste sõnade pealelugemine, posimine ja muud ebakohased raviviisid, mis kasu asemel sageli kurja tegid, siis tänapäeva rahvameditsiin on tänu sanitaarharidusliku taseme tõusule jõudsalt lähenemas teaduslikule meditsiinile.

Tänu elanikkonna sanitaarharidusliku taseme tõusule on levimas ka profülaktilise meditsiini põhimõtted. Inimesed saavad üha paremini aru, et kasulik on haigusi vältida, kui nende all kannatada.

ARSTITEADUSE ARENDAMINE EESTI NSV-s

Teaduslike alusteta ei saa areneda ükski elu- ega tööala. Nii on lugu ka arstiteadusega — haigete ravimine ja haiguste vältimine ei saa areneda, kui teadus teed ei raja.

Varem arendasid arstiteadust Eestis eelkõige Tartu ülikooli õppejõud. Mõõdunud sajandi esimesel poolel olid need peamiselt saksa rahvusest, sajandi teisel poolel ja käesoleva sajandi alguses võtsid teaduslikust tööst osa vene rahvusest õppejõud. Nende õpetlaste teaduslikud tööd ei peegeldanud kuigi suurel määral Eesti elu ega mõjutanud seda ka kuigi palju.

Ka kodanlikus Eestis oli arstiteadus põhiliselt kosmopoliitiline. Kodanlikul perioodil avaldati arstiteaduslikud tööd peamiselt ajakirjas «Eesti Arst», näiteks ülikooli õppejõudude-professorite H. Koppeli, E. Käer-Kingissepa, A. Paldrocki, K. Schlossmanni, M. Tiitso, A. Valdese, V. Vadi ja teiste tööd. Professor L. Puusepa ja tema koolkonna teaduslikud tööd avaldati peamiselt tema poolt asutatud ajakirjas «Folia neuropathologica Estoniana» (hiljem ilmus see ajakiri pealkirja all «Folia Neurochirurgica Estoniana»). Professor A. Rammuli ja tema kaastöötajate tööde väärtuslikum osa avaldati Eesti maa-

kondade tervishoiuliste kirjelduste sarjas. Mitte-eestlastest õppejõud avaldasid oma tööd enamasti välismaade ajakirjades.

Tol ajal tehtud teaduslik töö ei olnud plaanipärane ega ka mingil määral koordineeritud. Võimalused teadusliku töö tegemiseks olid väikesed.

Nõukogude Eestis ei omandanud teaduslik uurimistöö esimestel sõjajärgsetel aastatel ka otsekohe suurt hoogu — õppejõudude ja arstide tööjõud kulus põhiliselt õppetöö organiseerimiseks ja tervishoiuvõrgu arendamiseks. Kuid teadusliku tööga tehti algust juba 1945. aastal — märtsikuus toimus Eesti NSV tervishoiutöötajate esimene kongress, kus arutati ka teadusliku uurimistöö küsimusi. Sama aasta juulikuus aga toimus esimene Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna teaduslik konverents.

Siit peale hakkas teaduslik töö järk-järgult hoogsamalt arenema. Arstiteaduslaste teaduslike uurimistega tegelesid tol ajal peamiselt ülikooli arstiteaduskonna õppejõud. 1947. a. asutati teine teadusliku töö keskus — Eesti NSV Teaduste Akadeemia Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituut. Selle asutuse ette seati ülesanne uurida kohalike iseärasustega seotud haigestumisi, tööhügieeni, kutsehaigusi ja teisi taolisi küsimusi. Sellest asutusest on nüüd kujunenud võimas, mitmekülgne ja eesrindlik teadusliku uurimise asutus (1964. a. viidi see NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia alluvusse) ning sealt on võrsunud mitmed teaduste doktorid ja üle kümne teaduste kandidaadi. Nimetatud instituudi direktor meditsiinidoktor professor P. Bogovski valiti 1965. a. NSV Liidu Meditsiiniteaduste Akadeemia korrespondentliikmeks.

1952. aastaks oli Eesti NSV arstiteadlaste töö paisunud juba nii ulatuslikuks, et tekkis teadusliku töö ühtse juhtimise, suunamise ja koordineerimise vajadus. Seda hakkas tegema Eesti NSV Tervishoiu Ministeriumi Opetatud Meditsiiniline Nõukogu, kes juhib teadlaste tähelepanu eeskätt uurimistöödele kohalikele probleemidele. Arstiteaduslikke uurimistöid koordineerivad ka mitmed NSV Liidu kesksed teadusliku uurimise asutused Moskvas ja mujal.

1952. aastal reorganiseeriti Vabariiklik Vaktsiinide ja Seerumi Instituut Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni Teadusliku Uurimise Instituudiks. Ka sel-

lest asutusest on kujunenud teadusliku töö keskus meie vabariigis. Seda instituuti juhivad meditsiinikandidaat A. Jannus.

Seega oli juba 1952. a. Eesti NSV-s kolm arstiteaduslase teadusliku töö keskust, kuid nende kõrval teevad teadusliku tööd mitme ravi- ja profülaktikaasutuse töötajad. Nimetama peaks Vabariiklikku Tuberkuloositõrje Dispanserit (peaarst E. Kama), Vabariiklikku Onkoloogia Dispanserit (peaarst A. Gavrilov), Vabariiklikku Struumatõrje Dispanserit (peaarst V. Paškov) jt. Väärivad märkimist, et teaduslik töö on välja kasvanud teaduslike asutuste raamidest — teaduslikke tööd teevad ka paljude tervishoiuasutuste töötajad, Eesti NSV Tervishoiu Ministeeriumi töötajad.

Teaduslike töötajate ja õppejõudude arvu kohta on toodud andmed järgnevas tabelis.

Tabel 15

Teaduslike töötajate ja õppejõudude arvu kasv Eesti NSV teaduslikes asutustes aastail 1945—1965

	Aastad				
	1945	1950	1955	1960	1965
Teaduslike töötajaid ja õppejõude kokku . . .	78	104	141	181	220
Neist:					
doktorikraadiga . . .	15	16	15	15	16
kandidaadikraadiga . . .	—	25	44	73	97

Nagu näeme, on teaduslike töötajate arv 20 aasta jooksul kasvanud ligi kolmekordselt. Doktorikraadiga isikute arv on püsinud enam-vähem ühel tasemel. Teaduste kandidaatide arv aga näitab jõudsat kasvu, paljudel neist on valminas doktoritööd.

Vastavalt teaduslike töötajate arvu kasvule on suurenenud ka nende teaduslike tööde arv. Kui näiteks Tartu Riikliku Ülikooli arstiteaduskonna õppejõud avaldasid 1945. a. trükis kõigest 13 teaduslikku tööd, siis 1964. a. avaldasid nad trükis 251 teaduslikku tööd. Üldse ilmus 1964. a. trükis 315 arstiteaduslikku tööd, enamik neist ilmus ajakirjas «Nõukogude Eesti Tervishoid» ja paljudes teaduslike tööde kogumikes, üsna paljud meie arstiteadlaste töödest on avaldatud NSV Liidu keskajakirjades, liidu-

vabariikide kogumikes ja ka välismaa arstiteaduslikes väljaannetes. Teaduslike tööde tulemused rakendatakse meil kiiresti praktikasse.

Ei ole võimalik nimeliselt esile tõsta kõiki meie arstiteadlasi, kes on kaasa aidanud arstiteaduse edusammudele, samuti ei ole siinkohal võimalik põhjalikumalt käsitleda probleeme, millele teadlased on lahenduse leidnud. Kuid võime kindlalt väita, et meie vabariigi arstiteadlaste pere täidab kõik ülesanded, mida Nõukogude Liidu Kommunistlik Partei on nende ette seadnud partei programmis: «Arstiteadus peab koondama oma jõupingutused selleks, et avastada vahendid niisuguste haiguste ärahoidmiseks ja ravimiseks, nagu vähk, viirushaigused, südame- ja veresoontehaigused ning teised inimeste elule ohtlikud haigused. Suure tähtsuse omandab mikroorganismide uurimine ja laialdane rakendamine... tervishoius, sealhulgas toiduainete, vitamiinide, antibiootikumide ja fermentide loomisel.»

LÖPPSÕNA

Käesolevas brošüüris on antud lühiülevaade Eesti NSV tervishoiuõrgust, nõukogude tervishoiusüsteemi loomis- perioodist ja arengust ning selles töös saavutatud edu- sammudest.

Kuid ei tohi unustada, et kodanike tervis ei sõltu ainu- üksi tervishoiuasutuste tööst, kui hea see ka ei oleks. In- mese tervislik seisund on seotud ka ühiskonna poliitiliste, sotsiaalsete, majanduslike ja kultuuriliste tingimustega. Näiteks meie kodanike kindlustatus tööga on suure psüh- holoogilise tähtsusega — kellelgi ei tarvitse karta tööpuu- dust ja sellest tulenevaid raskusi; naistel ei ole vaja karta rasedust ega tunda muret laste kasvatamise pärast — iga naine teab, et talle on kindlustatud sünnituseelne ja -järgne puhkus, sünnitusabi heades haiglatingimustes, talle säili- tatakse töökoht ja tema lapse eest aitab hoolitseda riik; kellelgi ei tarvitse hirmu tunda ei haiguse, invaliidistumise ega vanaduse ees — neil juhtudel abistab inimest riiklik sotsiaalkindlustus.

Inimese tervis oleneb suurel määral ka tööst, töö orga- niseerimisest, töötingimustest ja töö ohutusest. Ka selles valdkonnas on meil suuri edusamme. Raske füüsiline töö on põhiliselt likvideeritud, tööpäeva on lühendatud ja töö- tingimused paranevad pidevalt. Töö on meil suurel mää- ral mehhaniseeritud ja automatiseeritud. Tööliliste ja kol- hoosnikute töö on muutunud kergemaks ja see avaldub ka tervisliku seisundi paranemises.

Tervislikule seisundile avaldavad tunduvat mõju korteri- tingimused. Üldiselt on teada, et halvad korteriolud on paljude haiguste otseseks või kaudseks tekkepõhjuseks (tuberkuloos, piisknakkuse teel levivad nakkushaigused,

sooltenakkused, helmintoosid, närvipõletikud jne.), head korteriolud mõjutavad soodsalt elanike tervist. Ajavahemikul 1946—1964 on riiklike, kooperatiivsete ettevõtete ning organisatsioonide ja linnaelanike endi poolt ehitatud elumaju üldpinnaga 6 166 000 m², sellele lisaks on kolhoosnike ja külaelanike poolt ehitatud 7000 elumaja. Elamuehitus aga jätkub hoogsalt.

Suurt mõju avaldab inimese tervislikule seisundile toit. Meil on 1940. aastaga võrreldes tunduvalt tõusnud selliste kõrge toiteväärtusega toiduainete, nagu liha, piima, või, munade, kala, puu- ja köögiviljade tootmine ja tarbimine.

Mida kõrgem on elanike üldkultuuriline tase, seda kõrgem on ka nende sanitaarkultuuriline tase.

Nii võime kõigilt elualadelt tuua näiteid edusammude kohta, mis inimese tervist soodsalt mõjutavad. Kuid saavutatuga ei saa me ka rahule jääda, sest meie elust ei ole täielikult likvideeritud kaugelki mitte kõik tegurid, mis põhjustavad või soodustavad haiguste või tervisekahjustuste teket. Me ei tohi ka arvata, et kõik, mida tehakse elanike tervise huvides, on meditsiinitöötajate asi. Igäihe tervis on siiski eeskätt tema enda asi, kollektiivi tervis aga kogu kollektiivi ja iga kollektiivi liikme asi. Kõigi inimeste ühiste jõupingutustega suudame veelgi edukamalt võidelda haiguste vastu, veelgi enam tõsta igäihe kehalist ja vaimset tublidust, veelgi pikendada keskmist eluiga.

SISUKORD

Eessõna	3
Keskmine eluiga pikeneb	5
Milliseid haigusi me põeme?	7
Millised haigused põhjustavad töövõimetust	10
Mis põhjusel inimesed surevad?	13
Rahva tervise eest hoolitsejaist	19
Tervise sepikojad	23
Ravi- ja profülaktikaasutuste diagnostika- ja ravikabinetid ning laboratooriumid	27
Maaelanikkonna meditsiinilisest teenindamisest	29
Igale lapsele õnnelik lapsepõlv!	34
Sünnitusabi	36
Nakkushaiguste vastu võitlemisel saavutatud edu	37
Tuberkuloosi likvideerimise poole	39
Vähk avaldab visa vastupanu	41
Reumavastane võitlus	43
Endokrinoloogiline abi	45
Hambaravi paremaks!	47
Traumatoloogiline abi	50
Kiirabi	52
Kehakultuur ja sport — hea tervise alus	54
Sanitaarkultuurist	57
Arstiteaduse arendamine Eesti NSV-s	60
Lõppsõna	64

Сарап Андрей Александрович
Касък Михкель Андросович
ДОСТИЖЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЭСТОНСКОЙ ССР

Обложка Л. Ауристе

На эстонском языке

Издательство «Ээсти Раамат»
Таллин, Пярнуское шоссе, 10

*

Toimetaja S. Härma

Kunstiline toimetaja L. Kruusmaa

Tehniline toimetaja L. Kann

Korrektor A. Suurvärav

Ladumisele antud 18. I 1966. Trükkimisele
antud 25. III 1966. Paber 54×84, 1/16. Trüki-
poognaid 4,25. Tingtrükipoognaid 3,57. Arves-
tuspoognaid 3,75. Trükiarv 3000. MB-00887.
Tellimise nr. 192.

Trükikoda «Ühiselu», Tallinn, Pikk t. 40/42.

Trükipaber nr. 2 — Kohila Paberivabrik

Hind 13 kop.



13 kop.

A
27606
471 8393
<small>16</small>

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00471839 3