

ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUM
VABARIIKLIK ARSTLIK KEHAKULTUURI DISPANSER

TEINE VABARIIKLIK
TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS
SPORDI-MEDITSIINI JA RAVI-
KEHAKULTUURI KÜSIMUSTES

ETTEKANNETE TEESID



TALLINN, 1958

Eesti vabariiklik...

Teine vabariiklik...

A-22086_{III}

ENSV TERVISHOIUMINISTEERIUM
VABARIIKLIK ARSTLIK KEHAKULTUURI DISPANSER

**TEINE VABARIIKLIK
TEADUSLIK-PRAKTILINE KONVERENTS
SPORDI-MEDITSIINI JA RAVI-
KEHAKULTUURI KÜSIMUSTES**

ETTEKANNETE TEESID



TALLINN, 1958

2
Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
63209

SPORDIMEDITSIINI JA RAVI-KEHAKULTUURI EDASISEST ARENGUST EESTI NSV-s.

F. MARKUSAS,

Eesti NSV Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri peaarst

1. Võimsateks teguriteks elanikkonna tervendamisel ja haiguste vältimisel on kehakultuur ja sport. Nendega tegelemine on lahutamatu seotud vastava meditsiinilise kontrolliga. Viimaste aastate jooksul on Eesti NSV-s märgata viimase paranemist. Hästi on arstlik kontroll korraldatud Tartus, Kohtla-Järvel, Paines ja mujal. Kuid on ka kabinette, kus töö aasta-aastalt on ebarahuldav (Narva, Jõhvi), milles esmajoones on süüdi kohalikud tervishoiu juhtivad töötajad. Terviklikult ei vasta arstliku kontrolliga tegelevate kabinetide võrk vabariigis veel alaliselt kasvavale kehakultuuri liikumise nõuetele. Eriti tuleb seda märkida Tallinna kohta.

2. Tugevneb Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri poolt läbiviidav instruktiiv-metoodiline juhtimine, spordimedit siini populariseerimine, sportlaste uurimusandmete üldistamine, dispanseringu kvaliteet, konsultatiivne ja ravitöö. Märkimist väärivad trükis ilmunud tööd, mis peegeldavad uurimise materjale jalgpallurite ning raskejõustiklaste üle, millistel on suur praktiline tähtsus sportlaste meisterlikkuse tõstmisel. Palju tähelepanu omistatakse õpilaste kehalise kasvatuse ja kehakultuuri gruppidesse määramise küsimustele. Suureneb ravi-kehakultuuriga hõlmatud haigete arv, peamiselt tuleb seda märkida Tallinna, Tartu, Pärnu, Kohtla-Järve jt. linnade kohta.

3. Kõige tõsisemat tähelepanu nõuab võitlus sporditraumatismiga. On vajalik parandada sporditraumade arvestust, välja töötada meetodid nende efektiivsemaks ja kiiremaks raviks. Spordimedit siini võrk vajab parandamist füsioterapeutilise aparatuuri osas. Võitlusesse sporditraumatismiga peab lülituma kogu kirurgiline võrk.

Edasist parandamist vajavad sellised küsimused, nagu spordimedit siini populariseerimine, sportlaste karastamine ja enesemassaaž, tootmisvõimlemise rakendamine töötajate hulgas ja ravi-kehakultuur meditsiinitöötajate seas.

Kogu arstlik kehakultuuri võrk peab lähemal ajal tõsiselt tööle asuma vabariigi sportlaste ettevalmistamisel nende osavõtuks Nõukogude Liidu rahvaste II Spartakiaadist.

SPORDI PATOLOOGIAST JA EELPATOLOOGIAST

Med. teaduste doktor A. DEMBO,
Leningradi Kehakultuuri Teadusliku Uurimise Instituudi
spordimediitsiini osakonna juhataja

1. Määratu suure hulga ülesannete seas, milliseid peab lahendama spordimediitsiin, võib eraldada kolm põhilist:

- a) sportlase treenitusseisundi kindlaksmääramine ja hinnang, s. t. õieti arstlik kontroll;
- b) sportlaste patoloogiliste ja eelpatoloogiliste seisundite diagnostika, ravi ja profülaktika;
- c) sportlaste arstliku uurimise meetodite täiustamine.

2. Esimese põhilise ülesande täitmine omab suurt praktilist tähtsust, mille tõttu rakendatakse kogu spordimediitsiin selle ülesande täitmiseks, unustades teised ülesanded.

3. Esimese ülesande tähtsuse ülehindamine tõi enesega kaasa teise, mitte vähem tähtsa spordiarsti tööloigu alahindamise, s. t. spordis esinevate patoloogiliste ja eelpatoloogiliste seisundite diagnostika, ravi ja profülaktika.

See tekitaski teatud lõhe spordi- ja kliinilise mediitsiini vahel, mis praegu aset leiab.

4. Arstide tähelepanu tugevdamine spordis esinevate patoloogiliste ja eelpatoloogiliste küsimuste vastu, mõistes selle all mitte ainult spordile spetsiifilist patoloogiat, vaid ka tavalisi haigusi, millest pole vabad ka sportlased, võimaldab leida nende seisundite varase diagnostika, ratsionaalse ravi ja profülaktika teed.

5. Esimese kahe ülesande edukaks lahendamiseks on vajalik osutada erilist tähelepanu uute uurimismeetodite väljatöötamisele.

Viimase aja jooksul on käsitletud rida uusi sportlaste uurimismeetodeid, mis süvendavad meie diagnostilisi võimalusi ja millel on suur praktiline tähtsus.

6. Spordis esineva patoloogia ja eelpatoloogia uurimise vajadus ei lülita välja, vaid just vastupidi, tugevdab sportlaste treenitusseisundi küsimuste uurimuste vajadust.

ÕPILASTE RÜHMITAMISEST KEHAKULTUURI GRUPPIDESSE

J. VARES,

ENSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

1. Kehakultuur ja sport omavad suurt tähtsust elanikkonna, eriti aga kasvava noorsoo tervise tugevdamisel. Seetõttu on keheline kasvatus kohustusliku õppeainena sisse viidud kõigisse õppeasutustesse.

1957. a. sügisel töötati välja Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri poolt instruksioon kooliarstidele õige grupeeringu läbiviimiseks. Seejärel teostati 1957. a. lõpul ja 1958. a. algul kontrolli grupeeringu läbiviimise üle 39 Tallinna õppeasutuses, õpilaste koguarvuga 31 690. Analoogiline kontroll teostati ka Tartu Linna Kehakultuuri Dispanseri poolt 14 õppeasutuses (õpilaste arv 8941).

2. Teostatud uurimistöö analüüs näitab, et Tallinna õppeasutustes on põhigruppi määratud 29 957 õpilast, ettevalmistusgruppi 558 õpilast, s. o. 1,78%, erigruppi 814 õpilast, s. o. 2,6%, vabastatud 31 õpilast. Arsti poolt oli 1958. a. jaanuariks läbi vaatamata 330 õpilast. Tartus on meditsiiniline kontroll teostatud kõigil õpilastel. Tartu andmetel 8941 õpilasest on põhigrupis 8295 õpilast, ettevalmistusgrupis 279 õpilast, s. o. 4,1%, erigrupis 169 õpilast, s. o. 2%, vabastatud 198 õpilast, s. o. 2,2%. Niisiis on õpilaste arv, kes ei tegele põhigrupis, võrdlemisi väike.

Lähem andmete analüüs Tallinna koolide osas ei peegelda tõelist olukorda grupeeringu õigsuses. Näiteks toon andmed 2 kooli kohta: 23. keskkoolis ei võta põhigrupi tundidest osa ainult 0,83% õpilastest, 21. keskkoolis aga 9,7%. Sellised näited ei ole ainukesed.

3. Analüüsides kooliarstide poolt diagnoositud haigestumist, selgub, et kõige sagedamini esinevad põhjustena põhigrupi kehakultuuri tundidest vabastamisel südame-vereringe süsteemi haigused (Tallinnas 1,48%, Tartus 0,68%), hingamisorganite haigused (vastavalt 1,08% ja 0,98%, tugiliigutusaparaadi haigused (0,4% ja 0,36%) j. t. Ühe või teise diagnoosi sagedus erinevate koolide õpilastele on mitmesugune, mis, nagu näib, peasajalikult oleneb arstide kvalifikatsioonist ja nende poolt avastatud

kõrvalekaldumiste tõlgendamisest. Mõnedes koolides esinevad tihti «mitraalklapi puudulikkuse» juhud, teistes koolides — «neuroos» jne.

Õpilased, kes on määratud erigruppi, tavaliselt üldse ei võta osa kehakultuuri tundidest. Meie arvates ei ole selleks praegu praktilisi tingimusi.

4. Õpilaskonna kehakultuuri rühmadesse määramisel tehakse arstide poolt tihti tõsiseid vigu, mille põhjuseks võib lugeda:

a) õpilaste pealiskaudset meditsiinilist tervise kontrolli ning kehakultuuri tähtsuse alahindamist kooliarstide poolt;

b) mitterahuldavat kooliarstide kvalifikatsiooni. Viimane avaldub puudulikus diagnostikas ja selles, et ei osata hinnata kasvuaeg esinevaid funktsionaalseid kõrvalekaldumisi normaalsete nähtudena. Näiteks asendab väga sageli diagnoosi sellist tüüpi otsus, nagu «süstoolne kahin», «kare hingamine», «sageli minestab» jne. Meie (näilikult mittetäielikkude) andmete põhjal on selliste «diagnooside» põhjal vabastatud põhigrupi tundidest 158 Tallinna õpilast.

Kooliarstid ei ole kontrollinud ka teiste medasutuste arstide poolt välja antud tõendeid, millega tihti, ilma küllaldaste põhjusteta, vabastatakse õpilasi kehalise kasvatus tundidest. Vähe kasutatakse kooliarstide poolt Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri konsultatsioone grupi määramisel. Mitterahuldavalt on täidetud ka dokumentatsioon, mistõttu õpilaste individuaalsed kaardid alati ei kajasta seda, miks õpilane on määratud erivõi ettevalmistusgruppi.

5. Töö parandamiseks õpilaste kehakultuuri gruppidesse määramisel on vajalik:

a) et medtöötajad ise aru saaksid kehalise kasvatus tähtsusest ja selle vajadusest kasvavale organismile;

b) parandada õpilaste vanemate hulgas tehtavat sellesuunalist selgitustööd kehakultuuri ja karastusmeetodite kohta;

c) vähendada praegust kooliarstide töökoormust, tõsta nende kvalifikatsiooni, parandada kontrolli nende töö üle;

d) nõuda kogu tervishoiuvõrgu arstidelt tõsist suhtumist õpilaste kehakultuuri gruppidesse määramisel, mitte lubada põhjendamatu vabastusi kehakultuuri tundidest;

e) parandada kontakti medtöötajate ja kehakultuuri õpetajate vahel.

MÜOKARDI FUNKTSIONAALSEST PUUDULIKKUSEST (MÜOKARDIODÜSTROOFIA) SPORTLASTE JUURES.

N. ELSTEIN,

ENSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

1. Müokardiodüstroofia on südamelihase funktsionaalne puudulikkus, mis on tingitud biokeemilistest füüsilis-keemilistest ja bioenergeetilistest protsessidest müokardis. Teatud ajani need muutused võivad omada üleminevat, taanduvat iseloomu, mis kaovad neid esilekutsuva põhjuse likvideerimisega. Kuna südame adaptatsioonivõime omab teatud piiri, võib kehaline koormus mõningates tingimustes esile kutsuda müokardi vererastuse suhtelise puudulikkuse, millest võivad tekkida selle troofilised häired. Sportlaste juures esineva müokardiodüstroofia peamiste põhjuste hulgas tuleb silmas pidada ületreenitust, kuigi see seisund kaugeltki mitte alati ei tekita südamelihase patoloogiat. Ületreenitus, tekkides treeningu järjekindluse printsiibi mittejälgimisest, liigsest koormusest, toidu- ja puhkuse-režiimi rikkumisest jne., on eelkõige kesknärvisüsteemi ülepingutus, sellepärast kõik, millest see on tingitud, põhjustab ka kõige kergema müokardiodüstroofia teket. Müokardi funktsionaalset puudulikkust sportlaste juures võib tekitada ka halb kehaline areng (isegi suhteliselt mitte väga suure koormuse puhul, kuid antud organismile siiski liigse), spordiga tegelemine haiguse ajal või peale haigust, krooniliste latentsete nakkuskollete olemasolu, menorrhagia, hüpovitaminoos jt.

2. Müokardiodüstroofiat alahinnatakse spordimeditsiini praktikas, millest annab tunnistust eriti see, et kättesaadavas literatuuris ei ole me leidnud ühtegi tööd, mis oleks pühendatud eriti sellele küsimusele. Teisest küljest, see diagnoos pannakse sageli siis, kui avastatud normist kõrvalekaldumised ei ole täielikult mahutatavad mingisugusesse kindlasse patoloogilisse ühikusse.

Kliiniliselt võib müokardiodüstroofia avalduda väsimuses, nõrkuses, hingeldamises, südamepekslemises, ekstrasüstoolias, südametoonide tumestuses, pigistustundes südames, arteriaalse rõhu languses, vahel — maksa ajutises, mõõdukas suurenemises. Funktsionaalse proovi puhul kerkib esile südame-veresoonkonna adaptatsioonivõime puudulikkus: asteeniline, düstooniline reakt-

sioon, maksimaalse vererõhu «astmeline» tõus, pulsi ja vererõhu aeglustunud taastumine. Röntgenoloogiliselt võib märgata järkjärguliselt progresseeruvat südame suurenemist, elektrokardiogrammil — sakkide väikest voltaaži, ülejuhtivuse ja süstolite pikenemist, P — saki laienemist, T — alanemist, sageli üle isoelektrilise joone — S—T. Kõik ülalpool nimetatud tunnused vastavad veresoonkonna I ja II astme kroonilisele puudulikkusele. Need muutused võivad vahel areneda peaaegu märkamatu sportlasele enesele (G. F. Lang). Müokardiodüstroofia diagnostikas on vajalik arvestada anamneesi andmete kompleksi, füüsilisi ja täiendavaid uurimismeetodeid.

3. Sportlaste juures esineva müokardiodüstroofia profülaktika ja ravi osas on eelkõige näidustatud selle esilekutsuvate põhjuste kõrvaldamine, eriti treeningu- ja puhkuse režiimi reguleerimine, vitamiinide tarvitamine, eriti C ja B₁ ja vajaduse korral spetsiaalne ravi. Müokardi funktsionaalse puudulikkuse puhul ületreenitusest, kestab taastumise protsess mitte vähem kui 1 kuu, keskmiselt 1½—2 kuud.

«Müokardiodüstroofia» on meie arvates ebasobiv termin. Sisuliselt mittevastav patoloogilise protsessi olemusele, mis enamikel juhtudel omab soodsa kulu, on see diagnoos sageli jatrogeensuse põhjuseks. Nimetatud seisunditele on õigem termin — südame funktsionaalne puudulikkus.

HÜPERTOONILISTE SEISUNDITE KLIINILINE HINNANG SPORTLASTE JUURES

N. VOLNOV,

Leningradi Kehalise Kasvatuse Teadusliku Uurimise Instituudi
spordimediitsiini sektori aspirant.

1. Hüpertooniliste seisundite kliiniline hinnang sportlaste juures pole tänapäevani veel küllaldast lahendust leidnud spordimediitsiini praktikas. Kõrgendatud arteriaalse rõhu diferentsiaaldiagnostikaks kliinikus kasutatavad meetodid ei ole leidnud rakendamist spordiarstide praktikas, vaatamata selle suurele tähtsusele hüpertooniatõve eelpatoloogilise seisundi ärahoidmisel.

2. Hüpertoonilised seisundid sportlaste juures, millised esinevad tunduvalt sagedamini, kui seda võiks arvata (meie andmetel arteriaalse rõhu uurimisel 15 068 sportlase juures — 11,0%), nõuavad hoolikat tundmaõppimist igal üksikul juhul, kuna tervikuna see grupp ei ole ühtlane ja ühendab isikuid ühekordse, korduva ja pideva vererõhu tõusuga 130/90 mm HG ja kõrgem.

3. Hüpertooniliste seisundite diferentsiaaldiagnostika eesmärgil kasutasime meie selleks kliinikus laialdaselt rakendatavat proovide kompleksi, mis seisnes jääkvererõhu mõõtmises, külmaproovis, hüperventilatsioonis ja hingamispeetuse proovis teatud ajavahemikul. Need proovid, nõudmata erilist aparatuuri, ravimainete veenisisesid ning nahaaluseid süstimisi, mis on oluline sportlaste uurimisel, lubavad küllaldase täpsusega teostada kõrgendatud vererõhu kliinilist hinnangut igal üksikul juhul.

4. Antud meetodika järgi on meie poolt uuritud 110 hüpertoonilise seisundiga sportlast. Vererõhu alanemisel kuni jääkvererõhuni, viimase aste, lisa-vererõhu ja vererõhu tõusu aste külmaproovile hingamispeetusega osutusid erinevaiks kõrgendatud vererõhuga sportlastel. See võimaldas grupi jagada hüperreaktoriteks ja eelhüpertoonikuteks, kes on tegelikult terved inimesed, kuid kalduvusega hüpertooniale, ja haigeteks, kes põevad I astme vererõhktõbe.

5. Sportlaste põhjalikul kliinilisel uurimisel, arvestades silmapõhja veresoonte ja südame röntgenoskoopia kohustuslike uurimuste tulemustega, lubab eelpool nimetatud proovide kompleks küllaldase täpsusega anda kõrgendatud vererõhu kliinilist hinnangut. Hüpertooniliste seisundite diferentsiaaldiagnostika võimalus aitab praktiseerival arstil õigesti hinnata sportlaste tervislikku seisundit ja kergendab küsimuste lahendamist nende osavõtust sportlikust tegevusest.

KOGEMUSI OSTSILLOGRAAFILISE UURIMISE KOHTA SPORTLASTEL

A. ARRO,

Tartu Linna Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

Töö teostati 1957. a. kevadel enne võistlusperioodi ülemineku ja ettevalmistava treeningperioodi ajal. Uurimusi teostati kergejõustiklastel, sõudjatel, ujujatel ja teistel spordialadel. Kõik sportlased omasid spordijärku. Teostati üldine arstlik läbivaatus koos röntgeni ja vere uuringuga. Funktsionaalne proov teostati Letunovi järgi ja samaaegselt registreeriti vererõhku ostsillograafilise meetodiga.

Osal kergejõustiklastel teostati ostsillograafilist mõõtmist ka enne ja pärast treeningut. Teostatud töö põhjal tehti mõningad järeldused:

1. Kõik uuritavad, välja arvatud 2 sportlast, kellel esines M. hypertonicus I astmes, osutusid terveteks.
2. Tervetel sportlastel erinevusi ostsillogrammi tüübis olenevalt spordialast ei esinenud.
3. Hüpertoonikutel muutused avaldusid ostsillogrammis peale funktsionaalset proovi eriti karaktersetena.
5. Ostsillograafiline uurimine, lisaks üldkasutatavatele uurimismeetoditele, on kergesti läbiviidav ja annab parema ülevaate veresoonekonna toonuse ja sportlase treenituse kohta. Eelpooltoodud arutlused on esialgsed. Töö jätkub.

OTORINOLARÜNGOLOOGILISTEST HAIGUSTEST UJUJATEL

V. HATSIKJAN,

Läti NSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

1957. a. pöördusid dispanseri poole 436 sportlast kõrva-kurgu-ninahaiguste puhul, nende hulgas kõige rohkem ujujaid — 103 inimest. Üheks tähtsamaks küsimuseks, millega tuleb arstliku kehakultuuri dispanseri kõrva-kurgu-ninaarstil igapäev tegelda, see on loa andmine ujumiseks sportlastele, kelle tervislikus seisundis esinevad ühed või teised kõrvalekalded.

Meie arvates on vastunäidustusteks ujumisel:

- a) ülalõua koobaste kroonilised haigestumised;
- b) kõik kroonilised mädased keskkõrva põletikud, olenemata vigastuse astmest;
- c) kroonilised mittemädased (katarraalsed adhesiivsed) keskkõrva põletikud Eustachi toru läbivuse püsivate häiretega, mis on raskelt ravitavad;
- d) otoskleroos;
- e) sisekõrva atroofiliste haigestumiste mitmesugused vormid;
- g) kõrvalesta või väliskuulmekäigu püsiv ja laialivalgav ekseem.

Sportlaste dispanserne vaatlus on otorinolarüngoloogiline kontrolli mõjuvaks meetodiks.

KOMBINEERITUD FUNKTSIONAALSE PROOVI ANDMETE HINNANGUST ARSTLIK-PEDAGOOGILISTEL VAATLUSTEL.

F. MARKUSAS,

ENSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

Viimaste aastate jooksul on nõukogude sportlaste meisterlikkus tunduvalt kasvanud. Sellega seosesolevad suured treeningukoormused andsid kehakultuuri arstidele põhjust aktiivsemalt lülituda treeninguprotsessi planeerimisse, selleks, et aidata nii treenereid kui ka sportlasi enam otstarbekohase treeningu- ja puhkusereežiimi organiseerimisel. Siinjuures kerkib üles kolm küsimust:

1) Milline koormus on sportlasele vajalik selleks, et treening kutsuks esile sportlike tagajärgede paranemise? Kas antud treeningukoormus on küllaldane, kas ta võiks olla tugevam või on ta liiga suur ja võib esile kutsuda üleväsimust?

2) Milline peab olema treeningute vaheaeg, kas päev, kaks päeva või ainult mõni tund?

3) Missugune on koormuse ülim piir? Viimane küsimus omandab viimasel ajal erilise tähtsuse, arvesse võttes seda, et kõikidel spordialadel ikka sagedamini kasutatakse suuri koormusi.

Vastused neile küsimustele on väga tähtsad, kuna nende õigest lahendamisest oleneb treeningurežiimi ratsionaalne organisatsioon, sportlikud tagajärjed ja meisterlikkuse kasv. Kuid nende lahendamine ei tohi olla skemaatiline, kuna esmajärgulist tähtsust omavad just sportlase individuaalsed omadused, tema treenitusseisund ja konkreetne treeningukoormus. Abi osutamine treenerile ja sportlasele nende küsimuste lahendamisel ongi üheks tähtsamaks ja vastutavamaks spordiarsti ülesandeks.

Soovitatud arstlik-pedagoogiliste vaatluste läbiviimise metoodika — ongi üheks katseks selles suunas. Selle teostamise aluseks on kombineeritud funktsionaalne proov, S. P. Letunovi järgi, enne ja pärast treeningut, erilise metoodikaga saadud tagajärgede arvestamiseks.

Võrreldakse pulsi ja arteriaalse rõhu arve, mis on saadud funktsionaalse proovi teostamisel enne ja pärast treeningut, pulsi ja arteriaalse rõhu andmetega rahulikus olekus, enne treeningueelse proovi läbiviimist.

Seda meetodikat me kasutame juba 1953. a. alates. Alguses uuriti ainult suusatajaid, jalgrattureid ja kergejõustiklasi-jooksajaid. Meie uurimuste esialgsed andmed on ära toodud «Kehakultuuri» artiklites (1954 — nr. 144, 1955 — nr. 10) ja ettekan-des Balti vabariikide vahelisel konverentsil sportliku meditsiini alal 1954—1955. a. 740 arstlik-pedagoogilist jälgimist ENSV Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri poolt (M. M. Kir-sner «Kehakultuuri teooria ja praktika» 1957, nr. 6). 1956—1957. a. jooksul on dispanseri poolt teostatud 347 vaatlust ja minu poolt isiklikult veel 120.

Niisiis põhineb soovitatud meetodika üle 1200 meie poolt teos-tatud arstlik-pedagoogilisel vaatlusel.

Kombineeritud funktsionaalse proovi teostamisel, S. P. Letu-novi järgi, enne ja pärast 10—15-minutilist treeningut, võib mär-gata mitmesugust organismi vastureaktsiooni. Reaktsiooni eri-nevuse aste enne ja pärast treeningut teostatud proovide vahel oleneb treeningukoormusest. Kui treening oli tugev, siis võib kohe, peale kombineeritud funktsionaalset proovi, märgata pulsi järsku tõusu ja väikest arteriaalse rõhu tõusu. Nõrga treeningu-koormuse puhul on need muutused minimaalsed või puuduvad üldse.

Olenevalt saadud andmetest määratakse antud treeningu mõju aste organismile. Kogemused on näidanud, et treeningu mõju tugevuse järgi on otstarbekohane eraldada selle 4 astet: nõrk, keskmine, tugev ja liiga tugev. Sellest olenevalt tehakse vastavad parandused treeningurežiimis.

Vajaliku puhkuse määramiseks peale treeningut teostatakse funktsionaalne proov Letunovi järgi enne treeningut, vahenditult peale selle, ja 3. kord tükk aega peale treeningut (näiteks teise päeva hommikul). Kui kombineeritud funktsionaalne proov, peale selle kolmandat läbiviimist, näitab peaaegu sama and-meid, mis varem enne treeningut, siis võib lugeda, et puhkus antud koormuse puhul on küllaldane ja sportlane võib uuesti asuda treeningute juurde. Kui teise proovi tagajärjed peale tree-ningut tunduvalt erinevad tagajärgedest enne seda, siis tähen-dab see, et organism tuleb halvasti toime koormusega, milleks on vajalik lisapuhkus.

Kasutades antud metoodikat, võib:

1. Kindlaks määrata treeningukoormust ja selle mõju suurust organismile.

2. Välja selgitada optimaalset koormust.

3. Kindlaks määrata puhkuse kestvust treeningute vahel, sellest aga — treeningute sagedust antud koormuse juures.

Soovitatud metoodika abistab arsti ja treenerit sportlaste meisterlikkuse tõstmisel.

HAPNIKU KASUTAMISEST SPORTLIKE KOORMUSTE PUHUL

Med. tead. kand. O. IMELIK, asp. A. VIRU
ja asp. J. UNGER,
TRÜ Füsioloogia Kateeder.

Paremate sportlike resultaaside saavutamise eesmärgil on spordi teorias ja praktikas viimastel aastatel pööratud rohkesti tähelepanu hapniku kasutamisele seoses sportlike koormustega.

Käesoleva töö sihiks on selgitada, kuidas mõjustab hapniku sisshingamine peale füüsilise töö lõppu organismis toimuvaid taastumisprotsesse ja töövõimet.

Katsed on teostatud 18—28 aasta vanustel meessoost sportlastel kahes seerias: 1) laboratoorsetes tingimustes ja 2) staadionil.

Laboratooriumis läbiviidud katsetes teostas vaatlusalune tööd veloergomeetrial. Töö kestuseks oli 5 minutit. Ühtlase veloergomeetri koormuse juures hoidis vaatlusalune kogu töö kestel maksimaalset sõtkumistempot. Vaatlusalustel registreeriti südame löögisagedust Fleischi ordinaatajakirjutaja abil, kopsude ventilatsiooni — gaasikella abil, hingamissagedust — pneumograafi abil ja vere hapniku küllastust oksühemomeetri abil. Registreerimist teostati 5—10 minuti kestel enne tööd, töö vältel ja 10 minuti kestel peale töö lõpetamist. Iga vaatlusalune teostas sama kestuse ja intensiivusega tööd kahel korral. Peale ühe töö lõpetamist, mis osas katsetes oli järjekorras esimene, osas katsetes teine, anti vaatlusalusele 1 või 2 minuti vältel Douglase kotist sisse hingata puhast hapnikku. Ühe minuti vältel sissehingatud hapniku hulk oli keskmiselt 50 liitri piirides.

Vahetult peale töö lõpetamist toimuva hapniku sissehingamise ajal langes kopsuventilatsioon ja hingamissagedus tunduvalt suuremal määral kui tavalistes tingimustes. Samuti toimus hapniku sissehingamisel südame löögisageduse vähenemine esimesel minutil peale töö lõpetamist mõningal määral ulatuslikumalt. Edasises taastumiskõveras ei esinenud aga ei hingamise ega südametegevuse osas märgatavat erinevust. Kümnennda minuti lõpuks ei olnud kummagil juhul toimunud täielikku taastumist. Taastumise ulatuses ei olnud võimalik sedastada erinevust. Ka kohe peale töö lõpetamist toimivas vere hapniku küllastuse muutuses ei olnud võimalik sedastada erinevusi. Kõik

vaatlusalused aga märkisid, et hapniku sissehingamise puhul oli enesetunne peale töö lõpetamist tunduvalt parem. Ei olnud õhu puuduse tunnet, mis esines tugevalt peale töö lõpetamist ilma hapniku sissehingamiseta.

Staadionil teostati katseid kahel erineval treeningpäeval. Jooksjatel registreeriti 400 m distantsi läbimise aeg. Peale 5 minutilist vaheaega korrati jooksu samal distantsil. Ühel treeningpäevadest anti jooksjale, kohe peale distantsi lõpetamist, hingata Douglase kotist 2 minuti vältel puhast hapnikku.

Distantsi teistkordsel läbimisel (ilma hapnikuta) oli aeg üldreeglina halvem. Näiteks oli ühel jooksjal esimese jooksu aeg 1.01,6 min., teise jooksu aeg 1.07,4 min.; teisel jooksjal vastavalt 1.12,4 ja 1.17,0 min. Katsetes, kus samadele jooksjatele anti peale esimese jooksu lõpetamist inhaleerida hapnikku, olid ajad vastavalt järgmised: 1.03,6—1.06,4 ja 1.11,2—1.13,8 min. Seega oli toodud juhtudel kahe üksteisele järgneva jooksu aja erinevus ilma hapnikku kasutamata 5,8 ja 4,6 sekundit, hapnikku kasutades aga vastavalt 2,8 ja 2,6 sekundit.

Uurimised jätkuvad. Meie poolt seni kogutud materjali alusel võib öelda, et lühiaegne hapniku inhaleerimine peale intensiivse füüsilise töö lõpetamist ei põhjusta olulisi muutusi südame ja hingamistegevuse näitajate taastumiskõveras. Küll aga paraneb tunduvalt enesetunne ja tööjõudlus. Seetõttu võib hapniku kasutamist spordipraktikas pidada otstarbekohaseks. Eriti tuleks see arvesse spordialade puhul, kus suurt hapniku võlga põhjustavad pingutusi sooritatakse korduvalt ja lühikeste, taastumist mitte võimaldavate puhkeperioodide järele.

SPORTLASTE HINGAMISEGA SEOSOLEVATE KÜSIMUSTE KÄSITLEMISE SÜSTEEMIST

Ped. tead. kand. E. MÖTLIK (Tartu).

Paljude autorite poolt on uuritud hingamise küsimusi kehaliste harjutuste sooritamisel, kuid uurijad on peaaegjalikult kindlaks määranud gaaside vahetust ja kopsude ventilatsiooni. Küsimus, kuidas tuleb sportlastel hingata kehaliste pingutuste sooritamisel, on jäänud senini lahendamata. Seepärast kuuleme spordipraktikas tihtipeale selliseid üldsönalisi juhendamisi, nagu «hingake õigesti», «ärge pidagi hinge kinni», «hingake vabalt» jne. isegi vilunud spordipedagoogide poolt.

Aastatel 1952—1955 teostamise hingamisküsimuste pneumograafilisi uurimisi peamiselt ujumissportlastega. Hingamisliigutuste graafiliseks registreerimiseks veekeskonnas konstrueerisime spetsiaalse aparadi — pneumograafi ja kuival registreerimiseks — kaasaskantava pneumograafi.

Pneumograafiline meetod võimaldas meil sportlaste hingamises objektiivselt registreerida selliseid detaile, mida ei saa kindlaks teha «treeneri silmaga». Pneumograafiliste näitajate põhjal võisime analüüsida spordipraktikas kasutatavaid hingamisjuhi- seid ja püstitada küsimust sellise uurimismeetodi juurutamisest õppe-sportlikku töösse.

Uurimisel saadud materjali võrdlemine kirjanduslike andmetega näitas, et igal spordialal esinevad hingamisküsimustes spetsiifilised iseärasused, kuid hingamisküsimustes on ja peabki olema palju üldist, universaalset kõigi spordialade kohta. Erinevate spordialade kohta hingamisküsimustes olemasolevate näitajate, seisukohtade ja hingamisjuhiste kogumine, võrdlemine ja süstematiseerimine võimaldab teaduslikult põhjendatud hingamistehnika ja selle kujundamise meetodika väljatöötamist.

Meie oleme alustanud tööd selles suunas ja teeme ettepaneku sportlaste hingamisküsimuste süsteemi hõlmata järgmised põhi- küsimused:

1. Hingamissagedus (tempo).
2. Hingamisrütm (korrapärasus).
3. Hingamise ja käte ning jalgade liigutuste kooskõlastamine (sünkroonsus).
4. Hingamispiirkondade küsimus (hingamisliigutuste tüübid).
5. Ülemiste hingamisteede osatähtsus (nina või suu kaudu hingamine).
6. «Hingamisharjutuste» kriitika.

Põhiküsimuste valikul on rangelt arvestatud spordipraktika tingimusi ja vajadusi ning hingamise objektiivse kontrollimise võimalusi. Süsteemis loetletud põhiküsimuste füsioloogilise ja meetodilise küsitluse abil suudame (kasutades sõnalisi juhiseid) aktiivselt kontrollida ja juhistada sportlaste hingamise iseloomu kõige õigemaks, ratsionaalsemaks peetavas suunas. Ainult sel viisil jõuaksime hingamise tähtsuse rõhutamise ajajärgust hingamise teadliku kontrollini sportlase enda ja spordipedagoogi poolt.

Hingamisega seosesolevate küsimuste teoreetilis-metoodiline käsitlemine nõuab arstide, treenerite ja sportlaste loomingulist koostööd.

ARSTLIK-PEDAGOOGILISEL VAATLUSEL KASUTATA- VAST KOMBINEERITUD FUNKTSIONAALSEST PROOVIST TREENINGKOORMUSE MÄÄRAMISEL MAADLUS- JA TÖSTESPORTLASTELE

H. KAHN,

ENSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

1. Teostatud töö eesmärgiks oli selgitada, missugust väärtust omab arstlik-pedagoogilistel vaatlustel teostatav kombineeritud funktsionaalne proov maadlus- ja tõstesportlaste treeningukoormuse määramisel. Arstlik-pedagoogilised vaatlused teostati F. Markusase meetodika järgi, kusjuures viimane avaldas kahtlust selle meetodika ratsionaalsusest tõstjate treeningukoormuse määramisel. Nimetatud küsimuste lahendamiseks analüüsiti ajavahemikus 1955—1957. a. teostatud kombineeritud funktsionaalseid proove 23 maadlejal (kokku 33 funktsionaalset proovi) ja 17 tõstjal (kokku 29 funktsionaalset proovi). Kõik uuritavad sportlased kuulusid Eesti NSV koondmeeskonda.

2. Maadluspordi osas näitas kombineeritud funktsionaalsete proovide analüüs maadlejate madalat treeningukoormust. Nii selgus, et 66,7% juhtudest oli treeningukoormus nõrk, 21,2% keskmine ja ainult 12,1% juhtudest tugev. Arstlik-pedagoogilistel vaatlustel kasutatav kombineeritud funktsionaalne proov omab maadluspordis vaieldamatut tähtsust õige treeningukoormuse doseerimisel.

3. Eesti NSV maadlejate koondmeeskond peab tunduvalt tõstma treeningu koormust. Õige treeningukoormuse kindlaks-tegemiseks kasutada senisest enam kõiki arstliku kontrolli uurimuse tulemusi ning nende hulgas ka arstlik-pedagoogiliste vaatluste resultate.

4. Tõstesportlastele teostatud kombineeritud funktsionaalsed proovid ei võimaldanud teha mingeid järeltõsi treeningukoormuse suurusest. See on tingitud tõenäoliselt sellest, et tõstespordis toimub järsk ja lühiajaline lihaste töö, mis olulisel määral ei kajastu südame-veresoonkonna tegevuses. Sellepärast kombineeritud funktsionaalne proov ei abista õige treeningukoormuse määramist tõstesportlastele. Seoses sellega on vajalik tõstjate jaoks välja töötada uut arstlik-pedagoogiliste vaatluste meetodikat, milline võimaldaks määrata treeningukoormuse suurust.

MITMEKÜLGSE KEHALISE ETTEVALMISTUSE RAKENDAMISE METOODIKAST SPORTLIKU VÕIMLEMISE TREENINGUS ALGAJAILE (POEGLAPSED, KESKMINE KOOLI-IGA)

V. BAZANOV,

Tallinna Polütehnilise Instituudi kehalise kasvatuses
ja spordikateedri vanemõpetaja

1. Võimleja üldine treeninguprotsess peab koosnema järgmistest põhilistest komponentidest:

- a) spetsiaalne võimlemistreening;
- b) mitmekülgne kehaline ettevalmistus;
- c) kõlbeline ja esteetiline kasvatus, tahteliste omaduste arendamine;
- d) vaimne kasvatus;
- e) võimleja toitumine;
- g) organismi karastamine ja tervishoid;
- h) päeva- ja nädalarežiimi organiseerimine.

2. Käesoleva töö ülesandeks oli:

a) uurida mitmekülgse kehalise ettevalmistuse rakendamise võimalusi sportliku võimlemise treeningus algajate poeglastega (keskmine kooli-iga);

b) selgitada süstemaatilise mitmekülgse kehalise ettevalmistuse mõju nii poeglaste-võimlejate füüsilisele arengule kui ka nende sporditehnilisele ettevalmistusele;

c) uurida optimaalsete koormuste küsimust nii erialaliste (sportlik võimlemine) kui ka lisatreeningtundide läbiviimisel;

d) selgitada erialaliste ja lisatreeningtundide otstarbekama vahelduvuse küsimust ja selle põhjal esitada nädala treeningutsükli variant.

3. Töö eksperimentaalsena teostamiseks oli komplekteeritud kolm rühma — üks katserühm ja kaks kontrollrühma (kokku 36 õpilast). Peamiseks uurimise meetodiks oli valitud pedagoogiline eksperiment; viimasele lisaks kasutati meetodeid:

a) antropomeetriliste mõõtmete teostamine ja vastavate kontrollharjutuste läbiviimine õpilaste füüsilise arengu dünaamika selgitamiseks;

b) katse- ja kontrollrühma treeningtundide kronometreerimine tunnitiheduse kõvera selgitamise eesmärgil;

- c) pulsilöökide fikseerimine treeningtundide käigus;
- d) arstlik-pedagoogiliste vaatluste teostamine treeningtundide käigus;
- e) pedagoogiliste vaatluste teostamine kõikides rühmades;
- f) nägemisärritusele reageerimisaja mõõtmine;
- g) ankeet-küsitluse teostamine treenerite, lastevanemate, klassijuhatajate ja õpilaste seas.

Töö eksperimentaalosa viidi läbi ajavahemikul 1. XI 1955. a. kuni 9. V 1957. a. kahekuulise vaheajaga suvel 1956. a.

4. Uurimistöö tulemused näitasid, et:

a) üheks otstarbekamaks mitmekülgse kehalise ettevalmistuse vormiks võimlejate treeningu protsessis tuleb pidada välistingimustes läbiviidavaid lisatreeningtunde. Viimased peavad koosnema (antud treeninguetapil) mitmesugustest spordi- ja liikumismängudest, samuti mõningatest kergejõustiku harjutustest (lühimaa jooks, kaugus- ja kõrgushüpe, granaadivise jms.), suusatamisest ja ujumisest;

b) lisatreeningtundide süstemaatiline kasutamine kogu õpetreeningulise aasta jooksul mõjub soodustavalt õpilaste üldfüüsilisele arengule ja nende tervislikule seisundile. Eriti positiivset mõju võis täheldada hingamiseliitide osas, mille tulemuseks oli märgatav kopsumahu suurenemine katserühma õpilastel;

c) erialaliste (sportlik võimlemine) ja lisatreeningtundide (mitmekülgne ettevalmistus) vahelduvus peaks olema selline, kus erialalisele treeningtunnile järgneb järgmisel päeval lisatreeningtund. Näiteks: esmaspäeval — põhitreening, teisipäeval — lisatreening jne. Lisatreeningtundide koormus peab olema mõõdukas, see on saavutatav iga üksiku treeningtunni ajalise kestvuse ja intensiivsuse piiramise teel.

ÜLDKEHALISE ETTEVALMISTUSE TÄHTSUSEST KESK- JA PIKAMAAJOOKSJATE SPORTLIKE TAGAJÄRGEDE TÖSTMISEL

E. HEIDO,

EPA spordi ja kehalise kasvatuse kateedrist

Vastavalt nõukogude kehalise kasvatuse teooriale ja metoodikale, on sportliku täiustamise aluseks sportlase kehaliste võimete mitmekülgne areng.

Sportlikud tagajärjed olenevad suurel määral lihaste jõust, kiirusest ja vastupidavusest. Kõik need tegurid on vähemal või suuremal määral üksteisega seotud. Samaaegselt jõu juurdekasvuga arenevad kiirus ja vastupidavus. Sellepärast nõuab kergejõustiklaste tänapäeva treeningumetoodika, peale eriharjutuste, püsivat tööd ka kõikide teiste spordialade osas.

Mitmekülgsus kui üldfüüsilise arengu põhiprintsiip leiab täielikku rakendamist kesk- ja pikamaajooksjate treeningumetoodikas. Võimlemine, suusatamine, spordimängud, raskuste tõstmine jne. omab erilist tähtsust algajatele sportlastele, kergendades neil üleminekut suuremate koormustega treeningutele. Sportlase edasises ettevalmistuses üha suuremat osa omab erialane ettevalmistus: harjutused jooksutehnika täiustamiseks ja treeningud valitud distantsidel.

Kesk- ja pikamaajooksjale on eriti vajalik vastupidavus distantside läbimiseks hea tempoga. Mida kiirem on jooksutempo, seda väiksem on vahe jooksja keskmise ja absoluutse kiiruse vahel. Väike absoluutne kiirus valmistab keskmaa jooksjale suuri raskusi, kuna sel puhul kaob võimalus taktikaliste eeliste kasutamiseks. Kõrge tempo säilitamine kogu distantsi läbimisel nõuab ääretult suurt pingutust.

Hea sportlik vorm on jooksjale vajalik vähemalt 5 kuu jooksul. Praktika sel alal näitab, et võistlustel tulevad võitjateks mitte ainult kõige kiiremad ja vastupidavamad osavõtjad, vaid ka need, kes esinevad julgelt ja kellel on vajalikud moraalsed-tahtelised omadused. See aga omakorda oleneb teatud määral üldkehalisest ettevalmistusest.

Üheks teguriks, mis raskendab kesk- ja pikamaajooksjate treeningut, on treeningute ratsionaalne planeerimine vastavalt sportlase individuaalsetele iseärasustele ja tema üldkehalise arengu õigele hinnangule. Kahjuks leiab viimane veel ebaõiget

arusaamist sportlaste eneste poolt. Näitena võiks tuua ENSV mitmekordse rekordiomaniku, R. Virkuse, esinemiste analüüsi, kes saavutas häid tulemusi alles peale süstemaatilisi treeninguid, mis koosnesid sportlikest mängudest, raskuste tõstmisest jne. See aitas kaasa tema kehalise arengu paranemisele (antropomeetrilised näitajad) ja märkimisväärsetele saavutustele 5000 ja 10 000 m jooksudes. Seda võis märgata ka teiste ENSV sportlaste-jooksjate juures. Selliselt võib vastu pidada suurtele treeningukoormustele ainult hea üldkehalise ettevalmistusega sportlane, kuna viimane on põhiliseks eelduseks sportlike näitajate tõusul.

SPORDITRAUMATISMIST TALLINNA LINNAS 1957. a.

H. KAUR,

ENSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

Käesoleva töö aluseks on võetud andmed traumade kohta, mis registreeritud spordibaasides vorm nr. 228 järgi. Registratsioon spordibaasides oli sageli puudulik ja seetõttu meie töö ei hõlma kõiki sporditrauma juhte, mis aset leidsid Tallinna linnas.

Võrreldes 1956. aastaga on 1957. a. langenud registreeritud sporditraumade üldarv: 1957. a. — 422, 1956. a. — 784. See langus ei põhine registratsiooni halvenemisel (see paranes), vaid traumajuhtude arvu tegelikul vähenemisel.

Traumade raskuse järgi esines 1957. a. kergeid 65%, keskmise raskusega — 29,4%, raskeid — 5,6%. Rasketest traumadest kõige kandvam osa langeb maadlusele ja poksile (15 juhtu), tunduvalt vähem motospordile (4 juhtu).

Spordialade järgi langes raskejõustikule 33,4%, sportlikele mängudele — 22%. Raskejõustikust oli vigastuste arv kõige suurem just maadluse osas (71,5%) ja poksile (24,6%). Sportlikest mängudest oli traumasid korvpallis 41,3%.

Vigastuste lokalisatsiooni järgi: peavigastusi — 22%, põlveliigese — 14,9%. Vigastuste iseloomu järgi kuulus kõige suurem protsent haavadele — 26,3% ja lihaselis-kõõluselise aparadi vigastustele — 25,3%.

1957. a. vähenesid põrutuste ja haavade arv, kuna tõusis luumurdude, ajupõrutuste ja nihetuste arv.

Isiklike tähelepanekute ja teiste autorite (Landa, Mihhailov jt.) andmeil on spordivigastuste peamisteks põhjusteks:

a) treeningute ja võistluste ebaõige organiseerimine ja eriti ebarahuldavad kaitseabinõud;

b) sportlase mitteküllaldane füüsiline ettevalmistus;

c) süsteemitu treening, ületreening ja väsimus;

d) eelsoojenduse alahindamine;

e) toorete ja ebasportlike võtete kasutamine, nõrk distsipliin;

f) arstliku kontrolli ignoreerimine.

Järeldused ja ettepanekud

1. Et vähendada sporditraumade arvu, on tarvilik kõigepealt reguleerida ja täpsustada nende arvele võtmist, ilma milleta ei saa olla traumatismi täielikku analüüsi. Tungivalt on vajalik, et Üleliiduline Tervishoiuministeerium kehtestaks uued arvelevõtmise vormid.

2. Tuleb tugevdada sidet meditsiiniliste asutuste ja spordiorganisatsioonide vahel ravi-profülaktiliste abinõude paremaks rakendamiseks ja traumajuhtude täpsemaks analüüsiks.

3. Võidelda selliste tendentsidega spordis, kus sporditrauma puhul treenerid püüavad asendada arsti ja ignoreerivad nii tegelikku meditsiinilist abi.

4. Erilist tähelepanu tuleb pöörata raskejõustikule ja sportlikele mängudele, kus on märgata sporditraumade arvulist kasvu.

SPORDITRAUMADE ANALÜÜS TARTU LINNA ARSTLIKU KEHAKULTUURI DISPANSERI ANDMEIL

1956—1957. a. kohta.

E. LIIV,

Tartu Linna Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

Töö aluseks on võetud 1956. ja 1957. aastal Tartus toimunud spordivõistlustel esinenud spordivigastused. Andmeid on võrreldud üksikute spordialade, traumade lokalisatsiooni, vigastuse liigi ja tekkepõhjuse järgi. Osaliselt on võrdluseks võetud ka olemasolevad andmed 1954. ja 1955. a. kohta.

Analüüsi tulemusel selgub, et vigastuste hulk oleneb osaliselt võistluste sagedusest vastavatel spordialadel ja võistlustest osavõtjate arvust, osaliselt aga sportlaste füüsilisest ettevalmistusest, sportlikust kvalifikatsioonist ja distsipliinist.

Traumade lokalisatsiooni järgi on disponeeritud rohkem väljulatuvamad kehaosad, eriti jäsemed (60—70% vigastustest), kusjuurs vigastuste lokalisatsioon ning iseloom on tüüpiline üksikutel spordialadel.

Sagedamini esinevad kergemad traumad: marrastused ja kriimustused 35—40%, venitused (distorsioonid) ca 20%, haavad 15% ja põrutused 15% traumade üldarvust. Sagedamaks vigastuste tekkepõhjuseks on kukkumine (50—55%), hoolimatu või distsiplineerimatu mäng (25% vigastustest), sporditehnilised vead (15—20%); harvemini nõuetele mittevastav spordiinventar (5—7%) ja sportlase hooletus (kuni 1%).

Arvestades analüüsi tulemusi, mis näitab sportlaste sportliku ettevalmistuse, võistluste organiseerimise ja spordiinventariga varustamise tähtsust, võiks spordivigastuste arvu märksa vähendada.

PÕLVELIIGESE MENISKITE VIGASTUSTE DIAGNOSTIKAST JA RAVIST SPORTLASTEL

M. PREISAS,

Leedu Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist ja Vilniuse Vaba-riikliku Kliinilise Haigla ortopeedia-traumatoloogia osakonnast

Põlveliigese meniskite vigastused esinevad peamiselt sportlaste juures. See traumade liik leiab aset siis, kui sportlane sooritab üheaegselt põlveliigese eemaleviimise, kerge painutuse, väljapoole roteerimise ning sellele järgneva kiire väljasirutamise.

Tundma õppides põlveliigese meniskite vigastusi 1955. a. teisest poolest alates ja omades võimaluse jälgida vigastada saanud sportlasi peaaegu traumamomendist alates, meie teostasime ravi (kaasa arvatud ka operatiivne) kõikidel selle etappidel ja jätkasime sportlaste vaatlemist nende edasise sportliku täiustamise ja treeninguprotsessis.

30 meniskite vigastuse juhu analüüsimise ja tundmaõppimise põhjal võib öelda, et põlveliigese kinnised vigastused sportlastel, võrreldes kõikide alumiste jäsemete kinniste traumadega, moodustavad 48,5%. Kinniste vigastuste hulgas on märgitud põlveliigese meniskite vigastusi 16,4%. Kõige sagedamini esinesid need võimlejal, kergejõustiklastel, korvpalluritel, jalgpalluritel ja suusatajal. Meestel esines see 65%, naistel 35%. Mediaalse meniski vigastusi esines umbes 4 korda rohkem kui lateraalse, mõlema meniski vigastusi aga ainult 3,8% juhtudest.

Diagnoosida meniski vigastusi kohe peale ägedat traumat ei ole alati kerge, kuna meniski rebend on sageli maskeeritud põlveliigese vigastuse, külgmiste sidemete venituse, liigese ümburse verevalumi ja hemartroosi tõttu. Põlveliigese äge blokaad annab põhjuse kohe peale traumat kahelda meniski vigastuses, kuid alati ei ole see nii. Enamikel juhtudel on võimalik diagnoosi püstitada alles hiljem, peale vastavat konservatiivset ravi. Enam esinevatest tunnustest märgitakse reie- ja säärelihaste atroofiat, põlve täieliku sirutamise piiratust, valulikkust põlveliigese piirkonnas ja Baikovi sümptoomi, valulikkust sääre välisel roteerimisel (mediaalse meniski rebendi puhul) ja «redeli» sümptoomi. Paljudel juhtudel otsustab diagnoosi anamnees ja traumade mehhanism. Vaatamata soovile põlve röntgenoloogiliseks uurimuseks meniskite vigastuste puhul, me siiski arvame,

et diagnostika aluseks on kliiniline pilt. Viimane, aga mitte röntgen, määrabki operatiivse või konservatiivse ravi taktika.

Meie vaatlused näitasid, et kui traumamomendil tekivad alaaegedad, peatselt vähenevad valud ja sportlane võib jätkata tööd, on meil tegemist ainult meniski kerge vigastusega (põrutus, venitus). Kui aga tekivad kohe ägedad püsivad valud, kaob põlveliigese funktsioon ja sportlane on sunnitud katkestama treeningu — siis on tavaliselt tegu meniski rebendiga.

Kui hemartroos ilmub kiirelt ja on suur, siis annab see sageli tunnistust põlveliigese kombineeritud vigastusest. Kui aga hemartroosi ei ilmne ja on vähetuntav või ilmub alles järgmisel päeval, räägib see rohkem meniski vigastuse poolt. Seroosne, pisut veresegune, vedelik peale traumad juhib tähelepanu enim meniski vigastusele, suur verehulk liigeses annab tunnistust meniski klassilise vigastuse vastu. Sellepärast omab liigese punktsioon tähtsat diagnostilist osa. Ülaltoodust järgneb, et mida enam on väljendatud põlve ägeda vigastuse pilt, seda vähem on arvatavasti meniski vigastus ja parem prognoos ning ümberpöörduvalt, mida vähem on väljendunud traumajärgsed nähud (hemartroosi puudumine), seda suurem on meniski vigastus. Diagnoosimise eesmärgil ja alumiste jäsemete funktsioonide taastamise astme kindlakstegemiseks peale vastavat ravi kasutasime ka ostsillograafilist ja kronaksimeetrilist meetodit, millised, kahtlemata, annavad väärtuslikke andmeid vigastatute dünaamilises vaatluste käigus.

Põlveliigese meniskite vigastuse ravi protsess jaguneb järgmisteks etappideks:

- a) esmaabi osutamine;
- b) konservatiivne ravi;
- c) operatiivne ravi näidustuste puhul;
- d) põlveliigese funktsiooni taastamine.

Väikesed meniski vigastused (põrutused, venitused) võivad paraneda kestva konservatiivse ravi mõjul 3—4 kuu jooksul. Kõik juhud peale tagajärjetut konservatiivset ravi, samuti peale korduvaid blokaade, või perioodilise ägenemise juhud, kuuluvad operatiivsele ravile.

Meniski eemaldamise operatsioon teostatakse meie poolt kohaliku luusise või veenisise anesteesia all, koos žguti asetamisega reiele. Kõige sobivam meie arvates on parapatellaarne, kergelt loogasarnane, lõige.

Pärast operatsiooni asetatakse jalg Bölleri lahasele (ilma kipssideme immobilisatsioonita), põlv painutatakse kuni 150° nurgani. Operatsioonijärgne ravimetoodika omab otsustavat

tähtsust põlveliigese funktsiooni taastumise astmele ja kestvusele. 2—4 päevast alates kasutatakse eriliselt väljatöötatud ravivõimlemise kompleksi. Umbes 7.—9. päeval saab haige tavaliselt põlve painutada kuni 90°, 10.—11. päeval hakkab haige karkude abil käima, kuid toetumata haigele jalale. 14.—15. päevast alates lubatakse toetada opereeritud jalale ja keskmiselt 17.—20. päeva pärast kirjutatakse haige statsionaarist välja. Võimlemine, massaaž ja füsioterapeutiline ravi jätkub ambulatoorselt 1½—2 kuu vältel. Treeningutele võib sportlane asuda mitte varem, kui 2,5—3 kuu möödumisel operatsioonist tingimisel, kui täielikult puudub eksudaat. Kõik meie poolt opereeritud sportlased pöördusid tagasi sportliku tegevuse juurde.

JOOD-PASTA KASUTAMISEST SPORTLASTE JUURES PEHMETE KUDEDE TRAUMAATILISTE HAIGESTUMISTE PUHUL

A. SELLEND,

ENSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

1. Pehmeete kudede traumaatiliste haigestumiste teraapia sportlaste juures on väga aktuaalne. 1957. a. prooviti sel eesmärgil dispanseris jood-pasta ravi, milline varem, kuigi vähesel määral, leidis kasutamist ainult neuroloogilises praktikas. Jood-pasta koosneb joodi, etüülpiirituse, parafiini ja kloroformi segust. Eriti viimane on pastas põhiline toimeaine. Patogeneetiliselt põhineb teraapia valuärritaja rakendamisel.

2. Kokku raviti 52 sportlast; 33 neist pöördusid dispanseri poole esmakordselt, 19 inimest olid saanud teisi ravimeetodeid 2 kuu kuni 3 aasta jooksul: füsioterapeutilisi, vitamiin B₁ jt. Haigestumise iseloomu järgi võib ravil viibinud isikuid liigitada järgmiselt:

a) perifeerse närvisüsteemi traumaatilised haigestumised (traumaatilised neuralgiad ja neuriidid). Ravil oli 20 sportlast. Peale ühekordse määrimise jood-pastaga võis märgata täielikku paranemist 4, peale 2—4-kordset määrimist — 6. Paranemist võis märgata 8, efektiivsus puudus 2 sportlasel;

b) traumaatilised müosiidid ja müalgiad. Ravil viibis 17 sportlast. Peale ühekordset määrimist jood-pastaga kadusid kaebused täielikult 7 sportlasel, peale 2—4-kordset määrimist 6. Paranemist võis märgata 3. inimesel. Ühel juhul puudus efektiivsus;

c) 8 juhul kõõluste ja sidemete venituste ning 7 juhul tendovaginiitide, lumbago ja periostiitide puhul ravitulemused osutusid eitavaks.

Sel viisil saavutati 52 sportlase ravimisel jood-pastaga häid tagajärgi $\frac{2}{3}$ juhtudest.

3. Jood-pasta kasutamise esialgsetest andmetest sportlaste juures pehmete kudede traumaatiliste haigestumiste puhul võib teha järgmisi järeldusi:

a) jood-pasta kasutamine on otstarbekohane traumaatiliste neuriitide, neuralgiate, müalgiate ja müosiitide puhul;

b) jood-pasta tarvitamine side- ja luu-liigeste aparadi traumaatiliste haigestumiste puhul ei ole efektiivne, kuigi real juhtudel võib märgata valusündroomi vähenemist;

c) parimaid tagajärgi võib märgata jood-pasta kasutamisel lühikest aega peale trauma tekkimist.

KEHALISTE HARJUTUSTE RAVIVA TOIME PÕHILISED MEHCHANISMID

Prof. V. DOBROVOLSKI,

Leningradi Lesgafti nimelisest Riiklikust Kehakultuuri Instituudist

1. Nervismi laialdane ja teaduslik juurutamine nõukogude meditsiinis on loonud eriti soodsad tingimused kehaliste harjutuste raviva toime tundmaõppimiseks. Hulgalistes uurimustes, mis on teostatud mitmesuguste autorite poolt peale Suurt Isa-maasõda, õpiti seda tundma lähtudes haiguste olemusest, nende arengu seadusepärasusest ja raviabinõude põhilistest nõuetest.

2. Nõukogude meditsiinis mõistetakse «haiguse» all organismi normaalse elu häirumist, mis toimub mitmesuguste vigastuste mõjul, mida iseloomustab kohanemisvõime halvenemine ümbritsevasse keskkonda ja töövõime langus.

Raviabinõude aluse moodustavad: haiguse tekkimisel ja progresseeruval arenemisel — organismi füsioloogiliste kaitsevahendite stimulatsioon haiguse vastu, ta põhjuste kiire likvideerimine aitab kaasa ajutiste kompensatsioonide moodustamisele; tervenemise käigus — organismi häiritud tasakaalu aktiivne taastamine keskkonnaga ja parandamata häirete puhul — püsivate kompensatsioonide väljatöötlemine.

Vastavalt ülaltoodule on välja selgitatud kehaliste harjutuste neli põhilist ravivat mehhanismi: toniseeriv toime, mõju troofilistele protsessidele, kompensatsioonide moodustamine, funktsioonide normaliseerimine.

3. Kehaliste harjutuste toniseeriva toime aluseks on koordineeritud impulsside juurdevoolu kasv analüsaatorite perifeersetest osadest, siseorganite retseptoritelt ja teiselt signaalsüsteemilt. Nende impulsside mõjul paraneb ajukoore toonus ja kõikide organismis toimuvate protsesside aktiivne ajukoore regulatsioon. Samaaegselt ilmneb kehaliste harjutuste toniseeriv toime, mis avaldub kõikide vegetatiivsete funktsioonide tegevuse tõusus, organismi füsioloogilise kaitseabinõude stimulatsioonis ja troofikas.

4. Troofilise funktsiooni toime aluseks on troofika muutumine, mis on adekvaatne funktsionaalsele ärritajale.

See ilmneb:

a) regeneratsiooniprotsesside stimulatsioonis;

b) kudede struktuuri ja biokeemilise koosseisu kohandumises funktsioonide nõuetele, muutuste profülaktikas, mis on seotud funktsioonide piiratusega või ajutise väljalülitumisega;

c) mitmesuguste ainevahetuse liikide stimulatsioonis;

d) mitmesuguste füsioloogiliste kaitseabinõude stimulatsioonis haiguste vastu.

5. Kompensatsioonimehhanismi põhiline olemus — kaotatud või muudetud funktsioonide enam-vähem täisväärtuslik asendamine vastava õpetamisega, järgneva automatiseerimise ja selle kinnitamisega vastavalt harjumuse tüübile. Kompensatsioonid võivad omada nii ajutist kui ka alalist iseloomu.

Kompensatsioonide moodustamine on kergemalt teostatav funktsioonide osas, millised kas otse või kaudselt reguleeritakse teise signaalsüsteemi kaudu.

6. Funktsiooni normaliseerimise mehhanismi aluseks on patoloogiliste tingseoste moodustumise hävitamine haiguse käigus ja tervele organismile omase tingitud-tingimata funktsioonide reguleerimise taastamine. Funktsioonide normaliseerimise mehhanism kindlustab samuti organismi tasakaalu aktiivse taastamise keskkonnaga, või teisiti — töövõime taastamise.

7. Raviva toime mehhanismid inimese organismis avaldavad alati kooskõlalist mõju. Kehaliste harjutuste toniseeriv toime loob fooni teiste mehhanismide täisväärtuslikumaks kasutamiseks. Eriti oluline on kehaliste harjutuste toniseeriva ja troofilise mõju ühendamine, kuna rohkearvulised uurimused on näidanud, et ajukoore dünaamika häired võivad viia düstroofiliste protsessideni.

8. Kehalised harjutused on patogeneetilise ravi vahendiks. Üksikutel juhtudel nad võivad mõjuda ka kui sümptomaatilisel mõjuv ravivahend.

9. Kehaliste harjutuste raviva toime mehhanismide kasutamisel leiab alati aset ühendatud mõju haiguse «kohalikele» ja «üldistele» nähtudele, kuivõrd iga «kohalik» protsess paratamatult kutsub esile «üldised» muutused organismis.

10. Kehaliste harjutuste raviva toime mehhanismide tundmaõppimine lubab kinnitada, et kehalised harjutused kui patogeneetilise teraapia vahend on väga lähedased nõuetele, millised S. P. Pavlov esitas ravimeetoditele, rääkides, et «kogu meie teraapia... on järelduseks füsioloogilisest ja eksperimentaal-patoloogilisest teadusest ja siis eksperimentaal-laboratoorne teraapia ise näitab kliinikule... täieliku kompensatsiooniga otstarbekohase tegevusviisi».

TOOTMISVÕIMLEMISE RAKENDAMISE KOGEMUSTEST EESTI NSV-s.

M. KIRSNER,

ENSV Vabariiklikust Arstlikust Kehakultuuri Dispanserist

1. Tootmisvõimlemine on üheks tähtsaks vahendiks töötajate tervise ja töötootlikkuse tõstmisel. Seda kinnitab täielikult 1932. a. Nõukogude Liidus läbiviidud teaduslik uurimistöö. Katset rakendada tootmisvõimlemist ENSV-s, tehti vabariikliku dispanseri poolt juba 1951. a. Siis viidi läbi kehakultuuripause 30 Tallinna ettevõttes. Seoses aga vastavate kogemuste ja meetodikute koosseisuliste kohtade puudumisega ning vajaliku abita ühiskondlikelt organisatsioonidelt, ühe aasta pärast tootmisvõimlemise läbiviimine katkes.

2. Vastavalt Ametiühingute Kesknõukogu Presiidiumi määrusele 22. 06. 1956. a. tehti kehakultuuripauside läbiviimine käitistes, ettevõtetes ja asutustes ametiühingu-organisatsioonidele kohustuslikuks. Positiivselt mõjus meetodikute koosseisuliste üksuste eraldamine, mis andis tunnistust sellest tähtsusest, milist riik omistab sellele üritusele.

3. Käesoleval ajal on tootmisvõimlemine ENSV-s leidnud rakendamist Tallinnas, Tartus, Narvas, Pärnus, Viljandis, Sindis, Rakveres — kokku 48 tootmisettevõttes.

Seda arvu tuleb lugeda mitteküllaldaseks. Tootmisvõimlemise laialdasemat rakendamist takistavad:

- a) meetodikute koosseisuliste üksuste ebaõige planeerimine;
- b) vastavate tingimuste puudumine real juhtudel (ruumide suurus, ventilatsioon, õhu temperatuur jne);
- c) mitteküllaldane kontroll ja püsivus kehakultuuripauside rakendamisel ühiskondlike organisatsioonide, eriti ametiühingute poolt.

4. 1957. a. jooksul on vabariikliku dispanseri baasil läbi viidud 32 seminari medtöötajatele, koosseisulistele meetodikutele ja ühiskondlikele instruktoritele nende kvalifikatsiooni tõstmiseks tootmisvõimlemise alal. Selle aja jooksul on dispanseri töötajate poolt kontrollitud tootmisvõimlemise organiseerimise olukorda ja osutatud meetodilist abi 42 Tallinna ettevõttes ja teistes ENSV linnades ja rajoonides. Kohalikes ajalehtedes ja ajakirjades on

avaldatud artikleid, trükitud vastavaid ringkirju, peetud loenguid ja ettekandeid. Dispanseris ja VSÜ «Kalev» on eraldatud vastavad isikud selle tööloigu läbiviimiseks.

5. Tootmisvõimlemise töö osas ENSV käitistes ja asutustes leidub kuni käesoleva ajani rida puudusi. Võib märkida mõningate koosseisuliste meetodikute ja ühiskondlike instruktorite formaalset suhtumist oma ülesannetesse, kehakultuuri tähtsusest mitteamisvõimlemise mõningate administraatorite poolt. Sellest tähtsast üritusest seisavad sageli eemal medtöötajad. Kontrolli tootmisvõimlemise läbiviimise ja selle rakendamise üle ei teosta keegi peale vabariikliku dispanseri.

6. Tootmisvõimlemise süstemaatilise läbiviimise organiseerimisest peavad peale meetodikute ja medtöötajate osa võtma ettevõtete administraatorid ja ühiskondlikud organisatsioonid. Töölised tuleb kasvatada teadlikku huvi kehakultuuripauside vastu. Medtöötajad, samuti kui meetodikud, peavad hästi tundma antud ettevõtte iseärasusi, tundma õppima harjutuste mõju osavõtjate organismile.

Tootmisvõimlemise propageerimisse peab lülituma kogu ravi-profülaktiline võrk; laiemalt tuleb kasutada kohalikke ja seinalehti. Tungivalt vajalikud on teaduslikult põhjendavad materjalid, millised kinnitavad tootmisvõimlemise mõju töötootlikkuse tõusule.

RAVI-KEHAKULTUUR MAO-SOOLETRAKTI KIRURGI- LISTE HAIGETE PRE- JA POSTOPERATIIVSES KOMPLEKSRAVIS

Dots. A. SEPPO. (Tallinn)

1. Haige operatsiooniks ettevalmistamisel peamiseks eesmärgiks on organismi füsioloogiliste funktsioonide normaliseerimine piirini, mida võimaldab antud patoloogiline protsess.

2. Pikaajaline valuärritus kõhuõõnes, eriti mao ja kaksteistsõrmiksoole piirkonnas kujundab välja diafragma vähese liikuvuse ning pindmise hingamise. See omakorda soodustab ainevahetuse häireid haige organismis.

3. Peale operatsiooni ei võta kõhulihased enam osa hingamisprotsessist. Patsient on sunnitud üle minema rinnahingamistüübile. Ettevalmistamata organismis selline üleminek kutsub esile suuri raskusi, vähendades tugevasti kopsu ventilatsiooni.

Näiteks operatsioonipäeva öhtul hingamissagedus suureneb ühe kolmandiku kuni poole võrra operatsioonieelse seisundiga võrreldes. Samal ajal aga sisse- ja väljahingatava õhu hulk väheneb 2—3 korda. Kopsu ventilatsioon langeb 30—50% võrra. Stange proov lüheneb 2—3 korda. Välise hingamise normaliseerimine toimub aeglaselt, jõudes operatsioonieelsele tasemele alles 2—3. nädalal peale operatsiooni. Seetõttu organismis püsib kaua aega hapniku puudus.

4. Operatsioonieelne ravi-kehakultuur peab aitama haigel ümber kõlastada rinna-hingamistüübile ja hingamismahu suurendamisele. Valu faktor ei saa siin olla enam takistuseks operatsiooniks vastava ettevalmistus-teraapia tõttu. Selline hingamistüübi ümberkujundamine enne operatsiooni soodustab operatsioonijärgsel perioodil hingamise kiiremat normaliseerimist. Hingamisharjutusi tuleb jätkata ka pärast operatsiooni, alates esimesest postoperatiivsest päevast. Subfebriilne temperatuur ei ole vastunäidustuseks hingamisharjutuste läbiviimisel. Viimane soodustab temperatuuri normaliseerimist, eriti, kui see toimub koos antibiootikute aerosooli sissehingamisega. Selline ravi võimaldab normaliseerida välist hingamist 5—6. postoperatiivseks päevaks.

5. Operatsioonieelsed ja operatsioonijärgsed hingamisharjutused viiakse läbi röõbiti valu vaigistava ja hingamisteede infektsioonivastase teraapiaga.

6. Operatsioonieelne tugevdatud dieet ja operatsioonijärgne varajane dieet koos närvisüsteemi säästerežiimi, hingamisteede infektsiooni profülaktika ja hingamisharjutustega soodustavad ainevahetuse normaliseerimist, vähendavad tüsistusi, kergendavad haigel üleminekut aktiivsetele liigutustele ning sisendavad veendumust paranemiseks. Mainitud kompleksse ravi efektiivsus on kontrollitud 267 laparatoomia korral.

ÕLAVARRELUU KÕRGETE MURDUDE FUNKTSIO- NAALSEST RAVIST

Med. tead. kand. N. HAUG ja H. NIITRA,
ENSV TA Eksperimentaalse ja Kliinilise Meditsiini Instituudist
ja Tallinna Vabariiklikust Haiglast

Tallinna Vabariikliku Haigla Traumatoloogia Osakonnas on viimastel aastatel õlavarreluu ülemise osa murdude puhul rakendatud enamikul juhtudest funktsionaalset ravimeetodit. Senini ravitud 60-st haigest (12 meest, 48 naist) olid 7 vanuses 17—50 a., 43 vanuses üle 50 a. Vastavalt murru iseloomule jaotusid haiged järgmiselt: sissekiildunud murruga 42 (70,1%), sissekiildunud murd koos suure kõbru lahtirebenemisega 5 (8,3%), abduktsioonimurruga 9 (15,0%), adduktsioonimurruga 2 (3,3%) ja suure kõbru isoleeritud lahtirebimisega 2 haiget (3,3%). Üksikutel juhtudel esines peale õlavarreluumurru samaaegselt veel teisi vigastusi.

Enamikul juhtudest alustati ravi statsionaarselt ning jätkati ambulatoorselt. Osa haigeid raviti ainult ambulatoorselt. Ravivõimlemine viidi põhiliselt läbi E. F. Dreving'i poolt antud süsteemi järgi. Järelkontrollid teostati kuni kahe aasta möödumisel vigastusest. Alljärgnevalt esitame lühidalt saadud ravitulemused:

1. Funktsionaalne ravimeetod õlavarreluu ülemise osa murdude puhul omab suuri eeliseid teiste meetoditega võrreldes, kuna ta väldib pikaldase venituse või fiksatsiooni rakendamisel esinevaid tüsistusi, võimaldab paljudel juhtudel ravi ambulatoorselt läbi viia ning kiiremini taastada jäseme normaalse funktsionaalse seisundi. Meie poolt ravitud 60-st haigest saavutati funktsiooni täielik taastamine 43 (71,7%). Liigutuste piiratus õlaliigeses kuni 30° võrra esines ravi lõpul 11 haigel (18,3%), kuni 50° võrra 6 (10,0%).

2. Kõige efektiivsemaks osutus funktsionaalne ravi neil juhtudel, kus esines sissekiildunud murd õlavarre anatoomilise või kirurgilise naela kõrgusel. Ümbritsevate pehmete kudede väiksem vigastus ja murdotste fikseerumine võimaldas 2—3. päeval peale vigastust alustada ravivõimlemisega ja pidevalt suurendada liigutuste ekskursioone. Seetõttu selle rühma haigetel kõige kiiremini saavutati õlaliigeses normaalne liikuvus. Neil juhtudel, kus kaasus veel suure kõbru lahtirebimine, püsis murrupiirkonnas valulikkus kauem, eriti abduktseerivate liigutuste sooritamisel.

3. Hea funktsionaalne tulemus saadi ka neil haigetel, kellel esinesid ristimurrud kirurgilise kaela kõrgusel tunduva dislokatsiooniga telje suhtes, kusjuures murdotste nihkumine külgsuunas ei ületanud diafüüsi laiuse. Röntgenograafilisel uurimisel sedastati murdotste reponeerumist ravi vältel mitte ainult telje suhtes, vaid ka külgsuunas.

4. Ulatusliku dislokatsiooniga abduktsioonimurrud, kus esines murdotste nihkumine külgsuunas, kogu diafüüsi laiuse ulatuses ning pähiku tunduv pöördumine (6 haiget), osutus vajalikuks rakendada skelettvenitus kestusega kuni 14 päeva, mille järel alustati ravivõimlemisega. Ühel haigel teostati verine murdotste paigaldamine koos üdiõone naelastusega. Ravi lõpul esines nimetatud haigetel õlaliigeses veel piiratud liikuvus 30° – 50° võrra.

5. Neil juhtudel, kus koos õlavarreluu kirurgilise kaela murruga esineb veel rangluu murd, saab edukalt rakendada funktsionaalset ravimeetodit, kui rangluumurdu osutub võimalikuks fikseerida vastavate rõngastega.

6. Õlavarreluu kirurgilise kaela murruga võib kaasuda pähiku täielik nihetus. Juhul, kui ei õnnestu viimast reponeerida ja verine paigaldamine on haige üldseisundi tõttu vastunäidustatud, osutub funktsionaalne ravimeetod ainsaks võimaluseks taastada mõningal määral jäseme funktsiooni. Nagu ravi vältel tehtud röntgenogrammidest nähtub, kujuneb sel puhul mõne kuu möödumisel distaalse fragmendi proksimaalsest otsast välja uus pähikutaoline sileda pinnaga moodustis, mis võimaldab sooritada liigutusi sageli isegi kõrgemale horisontaaltasapinnast.

7. Funktsionaalne ravimeetod õlavarreluu kirurgilise kaela murdude puhul võib olla edukas ainult ravi süstemaatilisel ja järjekindlal läbiviimisel. Väga oluline on individuaalne lähene mine igale haigele, eriti neil juhtudel, kus esinevad komplitseeritud vigastused.

RAVI-KEHAKULTUURI RAKENDAMISEST KODARLUU TÜÜPILISE KOHA MURDUDE PUHUL

A. VAAB ja E. KURRIK,

ENSV Vabariikliku Arstliku Kehakultuuri Dispanseri ravi-
kehakultuuri kabinetist

1. 1954—1957. a. olid dispanseris ravil 165 inimest, kellel oli kodarлуу murd tüüpilises kohas; sellest 134 naist ja 31 meest. Vanusega kuni 50 a. oli 44 haiget, üle 50 a. — 121 haiget. 65%-l haigetest tekkis luumurd jaanuari-märtsi kuudel, millel, nähtavasti, on põhjuseks Tallinna linna tänavate ebarahuldav olukord sellel aastaajal.

2 Peale luumurdu. esimeste 10 päeva jooksul saabus funktsionaalsele ravile 5 inimest, 20—30 päeva järel — 20, 40—50 päeva järel — 81, 60—100 päeva järel ja veelgi hiljem — 18 haiget. Ravil viibisid vähem kui kuu aega — 63 inimest, 1 kuu — 45, 2 kuud — 23, 3—4 kuud ja kauem — 34 haiget. Haiged, kes viibisid ravil vähem kui 1 kuu, tavaliselt ise katkestasid ravi, vaatamata meie aktiivsetele väljakutsetele. Sellepärast on neil juhtudel ka võimata otsustada ravi tulemuste üle.

3. Ravi tulemused kodarлуу tüüpilise koha murru puhul olenevad:

- a) vigastuse suuruselt ja iseloomust;
- b) kildude reponeerimise õigsusest;
- c) kipsisidemete õigest asetamisest (V. Maarits);
- d) kompleksteraapia kasutamisest, eriti ravi-kehakultuuri varajast määramisest. Kodarлуу tüüpilise koha murdude tavaliste juhtude puhul, kui eelnev ravi oli õige ja kui varakult rakendati ravi-kehakultuuri, saabus jäseme funktsiooni täelik taastumine umbes 1—1½ kuu pärast (keskmiselt 30 protseduuri). Kasutati tavalist meetodikat, mis on soovitatud juhistes.

4. Meie uurimuste analüüs lubab teha mõningaid järeldusi:

- a) ravi-kehakultuur on võimsaks teguriks kompleksteraapias kodarлуу tüüpilise koha murdude puhul;
- b) jäseme funktsiooni taastumise efektiivsus on suurel määral funktsionaalse teraapia varajast määramisest;
- c) väga sageli suunavad kirurgid haigeid ravi-kehakultuuri protseduuridele liiga hilja, mis annab tunnistust, et arstid alahindavad ravi-kehakultuuri.

LÜLISAMBA JA VAAGNA MURDUDE RAVIST TARTU
LINNA KLIINILISE HAIGLA HAAVAOSAKONNAS
1945—1957. a.

E. SULTS,

Tartu Riikliku Ülikooli Teaduskonna-, operatiivse kirurgia ja
topograafilise anatoomia kateedri assistent

1. Lülisamba ja vaagna murrud on inimkeha raskemaid vigastusi. Nad nõuavad pikaajalist, järjekindlat ja hoolast ravi. Ravi meetodeid on mitu. Tartu Linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas alates 1950. a. on rakendatud hea eduga funktsionaalset ravimeetodit.

2. 1945—1957. a. on Tartu Linna kliinilise Haigla haavaosakonnas viibinud ravil 62 lülisamba ja vaagna murruga haiget.

3. Lülisamba ja vaagna murdude tekkemehhanismiks on kliiniku andmeil olnud ülekaalukalt autotranspordi vigastused.

4. Lülisamba ja vaagna murdude diagnoosimiseks on vajalik kaks kahes projektsioonis tehtud head röntgeniülesvõtet.

5. Lülisamba ja vaagna murdude funktsionaalseks raviks on vajalik:

- a) haige pikemaajaline lamamine seljal kõval alusel;
- b) võimlemine, mida tuleb alustada esimese nädala lõpul ja mis koosneb üldorganismi toniseerivatest ja spetsiaalsetest harjutustest selja ja vaagna lihastele;
- c) massaaž.

6. Käimist alustavad haiged lülisamba murru korral keskmiselt 8 nädala ja vaagna murru korral 3—5 nädala möödumisel.

7. Kergemale tööle haiged asuvad 4—5 kuu möödumisel, raskemale füüsilisele tööle enamik 1 a. möödumisel.

Närvinähtudega haigete ravi on pikem.

8. Peale kliinikust lahkumist haiged peavad olema 1 aasta vältel arsti kontrolli all.

9. Lülisamba ja vaagna murdude funktsionaalse ravi meetod on õigustatud kliinilise ravi valikmeetodina.

S I S U K O R D

	lhk.
F. MARKUSAS — Spordimeditsiini ja ravi-kehakultuuri edasisest arengust Eesti NSV-s	3
A. DEMBO — Spordi patoloogiast ja eelpatoloogiast	4
J. VARES — Õpilaste rühmitamisest kehakultuuri gruppidesse	5
N. ELSTEIN — Müokardi funktsionaalsest puudulikkusest (müokardiodüstroofia) sportlaste juures	7
N. VOLNOV — Hüpertooniliste seisundite kliiniline hinnang sportlaste juures	9
A. ARRO — Kogemusi otsillograafilise uurimise kohta sportlastel	10
V. HATSIKJAN — Otorinolarüngoloogilistest haigustest ujujatel	11
F. MARKUSAS — Kombineeritud funktsionaalse proovi andmete hinnangust arstlik-pedagoogilistel vaatlustel	12
O. IMELIK, A. VIRU ja J. UNGER — Hapniku kasutamisest sportlike koormuste puhul	15
E. MÖTLIK — Sportlaste hingamisega seosesolevate küsimuste käsitlemise süsteemist	17
H. KAHN — Arstlik-pedagoogilistel vaatlustel kasutatavast kombineeritud funktsionaalsest proovist treeningkoormuse määramisel maadlus- ja tõstesportlastele	19
V. BAZANOV — Mitmekülgse kehalise ettevalmistuse rakendamise meetodikast sportliku võimlemise treeningus algajaile (poeg-lapsed, keskmine kooli-iga)	20
E. HEIDO — Üldkehalise ettevalmistuse tähtsusest kesk- ja pikamaajooksjate sportlike tagajärgede tõstmisel	22
H. KAUR — Sporditraumatismist Tallinna linnas 1957. a.	24
E. LIIV — Sporditraumade analüüs Tartu linna Arstliku Kehakultuuri Dispanseri andmel 1956—1957. a. kohta	26
M. PREISAS — Põlveliigese meniskite vigastuse diagnostikast ja ravist sportlastel	27
A. SELLEND — Jood-pasta kasutamisest sportlaste juures pehmete kudede traumaatiliste haigestumiste puhul	30

V. DOBROVOLSKI — Kehaliste harjutuste raviva toime põhilised mehhanismid	31
M. KIRSNER — Tootmisvõimlemise rakendamise kogemustest ENSV-s .	33
A. SEPPO — Ravi-kehakultuur mao-sooletrakti kirurgiliste haigete pre- ja postoperatiivses kompleksravis	35
M. HAUG ja H. NIITRA — Ölavarreлуу kõrgete murdude funktsionaalsest ravist	37
A. VAAB ja E. KURRIK — Ravi-kehakultuuri rakendamisest kodarлуу tüüpilise koha murdude puhul	39
E. SULTS — Lülisamba ja vaagna murdude ravist Tartu linna Kliinilise Haigla haavaosakonnas	40

Toimetuse kolleegium:

N. ELSTEIN, H. KAUR, M. JAAMA.

A-22086

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00388491 5