

Eesti NSV Spordiühingute ja organisatsioonide Liidu Nõukogu  
Eesti NSV Vabariiklik Arstlik-Kehakultuuri Dispanser  
Tartu Riikliku Ülikooli Spordimeditsiini kateeder  
Eesti NSV Sportliku Meditsiini Föderatsioon  
Eesti NSV Spordimeditsiini ja RKK Teaduslik Selts



VI VABARIIKLIK TEADUSLIK-PRAKTILINE  
KONVERENTS SPORDIMEDITSIINI JA  
RAVIKEHAKULTUURI KÜSIMUSTES,  
PÜHENDATUD EESTI NSV 25. AASTAPÄEVALE  
**ETTEKANNETE MATERJALID**



TALLINN — 1965



A-26988

Eesti NSV Spordiühingute ja -organisatsioonide Liidu Nõukogu  
Eesti NSV Vabariiklik Arstlik-Kehakultuuri Dispanser  
Tartu Riikliku Ülikooli Spordimeditsiini kateeder  
Eesti NSV Sportliku Meditsiini Föderatsioon  
Eesti NSV Spordimeditsiini ja RKK Teaduslik Selts



VI VABARIIKLIK TEADUSLIK-PRAKTILINE  
KONVERENTS SPORDIMEDITSIINI JA  
RAVIKEHAKULTUURI KÜSIMUSTES,  
PÜHENDATUD EESTI NSV 25. AASTAPÄEVALE

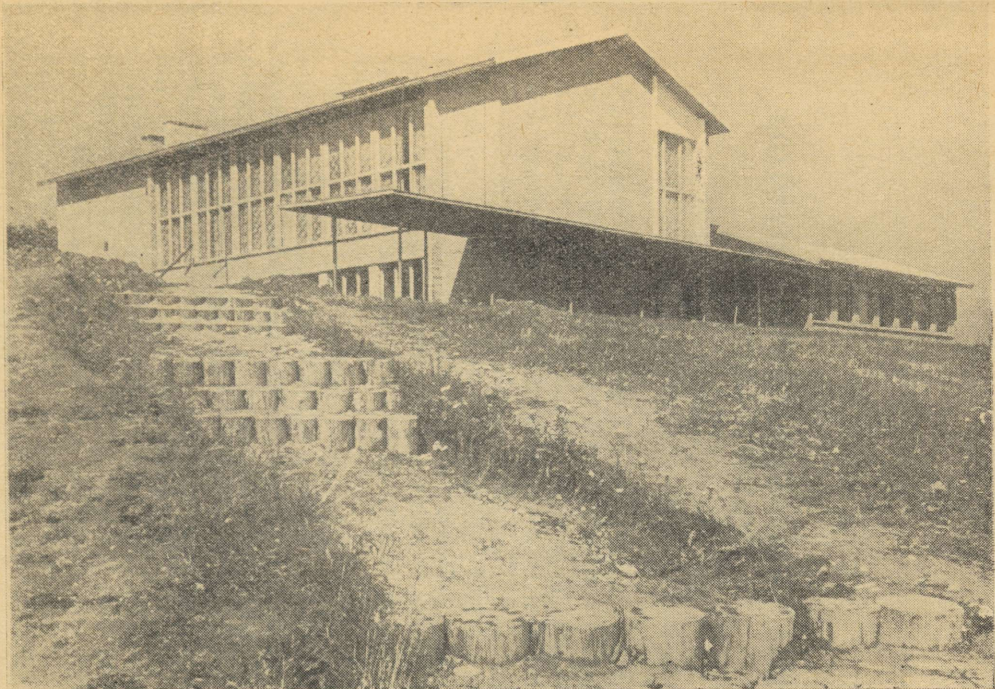
ETTEKANNETE MATERJALID

TALLINN — 1965

Toimetud

N. ELSTEIN, F. MARKUSAS, M. PAVLOV, J. SIBUL

TARTU ÜLIKOOLI  
RAAMATUKOGU



Tartu Riikliku Ülikooli spordibaasi õppekorpus Käärikul.



---

## KOLDELISE INFEKTSIOONI PROBLEEM SPORDIMEDITSIINIS

Med. teaduste kandidaat N. ELŠTEIN  
ENSV Vabariiklik Arstlik-Kehakultuuri Dispanser

Sportlaste sportlikkudele saavutustele ja tervisele negatiivset mõju avaldavate tegurite hulgas omab suurt tähtsust koldeline infektsioon (Belling'i poolt kasutusele võetud termin — focal infection).

N. Grajevskaja, E. Kukolevskaja ja J. Melnikovi andmetel (1963. a.) diagnostseeriti 16,4%-l meie maa parimal sportlasel kroonilist tonsilliiti, 13,7%-l esines karioosseid hambaid. A. Dembo (1963. a.) näitab, et 2,1%-l sportlastest esineb krooniline koletsüstiit.

Analüüsid 815 sportlase internisti poole suunamise juhtu selgus, et 16,2%-l oli tervisliku seisundi muutumise põhjuseks infektsioonikolded ülemistes hingamisteedes (8,2%-l krooniline tonsilliit, 8%-l krooniline haimoriit), 12,5%-l krooniline koletsüstiit (angiokoliit), 9,8%-l põletikuline protsess sooles, harvem karioossed hambad, adneksiit.

Infektsiooni kollete patogeenset tähtsust ilmselt alahinnatakse, tavaliselt sportlaste kaebused ja ilmenenud kõrvalekallet tervislikus seisundis ei seostata spordiarstide poolt koldelise infektsiooniga.

Kollete olemasolu kliinilisteks avaldusteks on sageli mitte kohalikud, vaid üldised sümptomid:

kiire väsimine, halb enesetunne, subfebriilne temperatuur, polümüoartralgia (harvem monoartralgia), higistamine, unehäired, südametegevuse funktsionaalsed häired (tahhükardia, valud südame piirkonnas, ekstrasüstoolia jt.), isu halvenemine jne. Koldelise infektsiooniga kaasub sageli SR mõõdukas kiirenemine, harvem patoloogiliste elementide ilmumine (koldeline nefriit).

Üldtuntud tüsistuste kõrval, milledeni viib infektsiooni kollete olemasolu, tuleks võtta arvesse, et viimased teatud määral soodustavad ka ületreenituse seisundi tekkimist.

Meie uuringutest (1960. a.) nähtub, et südamelihaste funktsionaalse puudulikkuse (müokardiodüstroofia) tekkimine sportlastel esineb sagedamini infektsiooni kollete olemasolu puhul.

Nagu näitas T. Erohina, esines sportlike resultaatide tõus üliõpilastel, kel puudusid infektsiooni kolded 76%-l, kollete esinemisel aga 25%-l juhtudest.

Koldeline infektsioon vähendades organismi reaktiivsust, halvendab adaptatsiooni suurtele koormustele, viimased aga omakorda soodustavad kollete negatiivset mõju organismile. Järelikult infektsiooni kollete negatiivne mõju sportlase organismile võib olla tugevam kui spordiga mittetegelejatel.

J. Hatieganu (1958. a.) rõhutab, et koldelise infektsiooni kliinilisele ilmnemisele aitavad kaasa mitmesugused eksogeensed faktorid, nagu raske töö, külmetumine, mitteküllaldane vitamiinide sisaldus toidus, kõrgeenenud emotsionaalsus.

Ülaltoodust selgub, miks vastutusrikastel võistlustel suure füüsilise ja emotsionaalse koormuse puhul sportlased, kel esineb infektsiooni koldeid, kergemini haigestuvad.

ENSV sportlaste meditsiinilise teenendamise kogemused kolmel NSV Liidu Rahvaste Spartakiaadil näitavad, et haigestumine angiini, grippi, ülemiste hingamisteede katarri ning ületreenitus tekkis sagedamini koldelise infektsiooniga isikutel.

Sihikindel metoodiline infektsiooni kollete väljalülitamine peab saama sportlaste ja kehakultuurlaste läbivaatuste koostisosaks, kollete saneerimine aga kohustuslikuks loa saamisel treeningutest ja võistlustest osavõtuks.

## TALLINNA JA TARTU MÕNINGATE KÕRGEMATE ÕPPEASUTUSTE ÜLIÕPILASTE TERVISE SEISUNDIST

H. V. TIIK

TRÜ spordimeditsiini kateeder

Käesoleva ajani puuduvad andmed suure õppekoormuse ja vaimse pinge mõju kohta üliõpilaste tervisele.

Eesti NSV üliõpilaste tervise seisundi hindamiseks on analüüsitud nende haigestumist (haigusjuhtude arv ja haiguspäevade arv 100 üliõpilase kohta) ning üliõpilaste kuuluvust meditsiinilistesse gruppidesse ajavahemikul 1958—1963.

Eesti NSV üliõpilaste haigestumus näitab mõningat languse tendentsi, kus viimase 12 aasta jooksul on üliõpilaste haigestumus vähenenud 4 korda.

Enamesinevateks haigusteks üliõpilastel on gripp ja ülemiste hingamisteede katarr. Nendele haigestumistele (1959—1963. a. keskmine) langeb Eesti Põllumajanduse Akadeemias 40%, Tartu Riiklikus Ülikoolis 47%, Tallinna Pedagoogilises Instituudis 51% ja Tallinna Polütehnilises Instituudis 57% kõikidest haigusjuhtudest.

Teiste haiguste osas võib täheldada reumatismi ja hüpertooniatõbe põdevate üliõpilaste arvu suurenemist.

Haigestumis analüüs kursuste lõikes näitab selle suurenemist kuni III kursuseni. Viimastel kursustel üliõpilaste haigestumine väheneb.

Aasta-aastalt suureneb spetsiaalsetesse meditsiinilistesse gruppidesse (ettevalmistav- ja erigrupp) kuuluvate üliõpilaste protsent. Erandi moodustab vaid Eesti Põllumajanduse Akadeemia, kus ettevalmistava ja erigrupi suurus püsib enam-vähem ülal, ja seejuures madalal, tasemel.

Äratab tähelepanu täiesti tervete noorte erikaalu vähenemine vabariigi kõrgematesse õppeasutustesse sisseastujate hulgas.

### **Ettepanekud**

1. Luua kõrgemate õppeasutuste juurde spordi- baase sellisel hulgal, et kõik üliõpilased võiksid vabal ajal tegelda kehakultuuri ja spordiga.

2. Kasutada senisest enam õppevaheaegu üliõpilaste füüsilise ettevalmistuse ja tervise parandamiseks (tervistavad suve- ja talvelaagrid, spordipäevad jne.).

3. Uurida teaduslikul alusel keskkooliõpilaste tervise seisundit ja saadud andmete alusel rakendada konkreetseid profülaktilisi abinõusid.

# ENSV PAREMATE SPORTLASTE TERVISLIKUST SEISUNDIST

A. J. ARRO

Tartu Linna Arstlik-Kehakultuuri Dispanser

Analüüsiti 200 naissportlase ja 309 meessportlase arstliku kontrolli 1964. a. andmeid.

Meistrijärku omasid 152 sportlast, I järku 349 ja II järku 8 sportlast. Üliõpilasi oli nendest 163, õpilasi 48, treenereid, õpetajaid ja instruktoreid 93, teenistujaid 92, töölisi 45, teisi 68. Sportlik staaž 1—31 aastat.

Sportlased harrastasid 27 spordiala, nendest esikohal kergejõustik 98 sportlast, korvpall 74, võrkpall 39, suusatamine 27, akadeemiline sõudmine 36, ujumine 27, jalgpall 22, laskmine 21, poks 21, aerutamine 16, tennis 15 sportlast. Teistel aladel oli tegelejaid vähem. Abielus olid 20% — 101 sportlast.

Vanuse järele rühmitusid sportlased järgmiselt: kuni 20 a. 23%; 21—25 a. — 46%; 26—30 a. — 21%; vanemad kui 30 a. — 10%. Üle 30 a. vanused sportlased tegelesid laskmise, mootorisporti, purjesporti, lauatennise, kiiruisutamise, suusatamise, aerutamise, kergejõustiku, viievõistluse, ratsasporti, orienteerimise, tennis ja korvpalliga.

Kõige pikemakasvulised olid korvpallurid, sõudjad, kergejõustiklased, võrkpallurid, tennisistid ja ujujad.

Lühemat kasvu omasid lauatennisistid, slalomistid, võimlejad, aerutajad ja ratsutajad.

Kuna suurem enamus sportlasi olid üliõpilased, võrreldi antropomeetrilisi andmeid H. Tiigi andmetega (dissertatsioonitöö autoreferaat 1965. a.).

Meie andmetel naissportlaste kasv oli 152—182,5 cm, 50%-il kasv 161—170 cm. Kehakaal 45,6—108 kg, 50%-il 56—65 kg.

Meessportlaste kasv 158—202 cm, 47%-il kasv 176—185 cm. Kaal 40%-il 71—80 kg. Need andmed vastavad antropomeetrilistele standartidele, mis on väljatöötatud H. Tiigi poolt.

Kopsumaht oli keskmistest antropomeetrilistest standartidest madalam 12% naissportlastest ja 15% meessportlastest. Tuleb tähelepanu juhtida madalale kopsumahule mõningatel spordialadel nagu laskmine, korvpall, suusatamine, lauatennis, poks, iluuisutamine. Neid andmeid on vaja eraldi analüüsida.

Dünamomeetria andmed on sportlastel keskmise piires. Keskmisest madalamad väärtused on aerutajatel, võimlejalatel, uisutajatel, kergejõustiklastel, iluuisutajatel.

Tervisehäireid esines 16,7%-il sportlastest. Sporditraumasid 22-el sportlasel, kroonilist tonsilliiti 11-el sportlasel, kirurgilisi haigusi 10-el, radikuliiti 6-el sportlasel jne.

Hüpertoonilist või ebarahuldavat reaktsiooni koor-musele leiti 28-l korral, algavat ületreeningut diagnoositi 2-el korral.

Antropomeetriliste andmete ja tervisliku seisundi halvenemise peamised põhjused peituvad ebaregulaarses treeningrežiimis ja kõrvalekaldumistes tervislikust seisundist.

Analüüsiti ka põhjusi, miks naissportlased loobuvad spordist. Ankeedi andmetel selgus, et peapõhjusteks on: 1) lapse sünn ja nende eest hoolitsemine, 2) abiellumine, 3) kooli lõpetamine ja tööle asumine, 4) sporditraumad, 5) tööiseloom, mis ei luba regulaarselt treenida, 6) treeneri puudumine, 7) pikemaajalised haigused, 8) vanuse suurenemine ja resultaaside langus, 9) uute huvialade tekkimine.

Suurem osa naissportlastest ankeedi andmetel jätkavad tegelemist kehakultuuriga: võimlemise, suusa-

tamise ja võrkpalliga. Ainult 5 naist olid täielikult loobunud kehakultuurist.

Küsimused kehalisest arengust, tervislikust seisundist ja spordist loobumise põhjustest vajavad edasiuurimist.

## ARSTLIK-PEDAGOOGILISE KONTROLLI TULEMUSTEST TARTU LINNA LASTEAEDADE KEHALISE KASVATUSE TUNDIDES

J. A. FRORIP ja H. V. TIIK

Tartu Linna Arstlik-Kehakultuuri Dispanser  
ja TRU Spordimeditsiini kateeder

Arstlik-pedagoogilise kontrolliga hõlmati 11 Tartu linna lasteaeda (töö viidud läbi 1964/65. a.).

Arstlik-pedagoogilise kontrolli käigus analüüsiti lasteaia vanema laste rühma (6—6,5 aastased) füüsilist arengut kolme näitaja alusel: kaalu, pikkuse ja rinnaümbermõõdu alusel kasutades D. D. Lebedevi poolt väljatöötatud standarte (1953. a.).

47% lastel oli füüsiline areng keskmine

33% lastel oli füüsiline areng üle keskmise ja

20% lastel esines füüsiline areng alla keskmise.

Järgnevalt kontrolli käigus võeti vaatluse alla (kõigis laste rühmades) rühihäireid, rahhiidi jääknähte, põlavõlvi lamenumist ja väljakujunenud lamppöidu.

Algav skolioos, küfoos ja lõtv kehahoiak esines 4% lastest (Tartu linna koolides on see 6%).

Rahhiidi jääknähud esinesid 8,4% lastest ja lamppöiad — 5,6% lastest.

Arstlik-pedagoogilist kontrolli kehalise kasvatuse tundides viidi läbi ainult vanemates laste rühmades. Seejuures hinnati hügieenilist olukorda, distsipliini.

tunni ülesehitust, pulsi sagedust enne ja pärast tundi, väsimuse välisnähte (Minkevitsi skeemi järgi, 1957. a.).

Arstlik-pedagoogilise kontrolli tulemusi analüüsi-des võib märkida järgmist:

Hügieeniline olukord kehalise kasvatuses tundides on lasteaedades täiesti rahuldav. Lapsed võimlevad eririietega.

Distsipliin on tunni kestel kogu aeg hea. See asja-olu, meie arvates, räägib selle poolt, et 6—6,5 aasta-sed lapsed on võimelised häiredeta fikseerima tähe-lepanu teostatavatel harjutustel ning tunnevad vii-maste vastu huvi.

Tunni kestvus oli 20—25 min., tavaliselt muusika saatel.

Kõigis kontrollitud lasteaedades (välja arvatud 1) kehalise kasvatuses tunnid olid jaotatud kolme ossa: sissejuhatav, põhi- ja lõpposa. Lõpposa sisaldas alati võistluse iseloomuga mängu ning lõdvestus toi-mus laste rivistumise ja ruumist lahkumise ajal (aeglases tempos). Kõigis kontrollitud tundides rakendati rühiharjutusi (suuremal või vähemal mää-ral) nagu tasakaaluharjutused, harjutused selja- ja õlavöötme lihastele, roomamised kumera ja nõgusa seljaga jne.

Lasteaedadel on ka küllaldane sportinventar. Tun-duva puudusena tuleb märkida seda, et umbes poo-led lasteaiad ruumipuudusel pole varbseinu üles pannud.

Pulsi sagedus ühelgi kontrollitud juhul ei olnud liiga kõrge tunni lõpul. Kõige kiirem pulss oli ühel tütarlapsel — 120 lööki/min. (kusjuures algsagedus

oli 90 lööki/min.). Märkimisväärseid väsimuse välis-tunnuseid ei saanud samuti täheldada, esines vaid kerge näonaha punetus ja vähesel määral sagenenud hingamine.

Pikemalt tuleb peatuda temaatilise kehalise kasva-tuse tunni analüüsil (viidi läbi ühes lasteaias). Sel-les tunnis harjutusi anti mängu kujul: «pargis jalu-tamine ja lehtede korjamine». Peab mainima, et sel-lise kehalise kasvatus tunni organisatsiooni puhul (arvestades veel seda, et tunnist võttis osa 28 last), harjutuste sooritamine oli ebarahuldav, liigutused väikese amplituudiga, ebatäpsed, tunni andja ei saa-nud kontrollida laste kehahoiakut harjutuste soorita-misel, sest olid ruumis gruppides, mitte ülesrivista-tud, passiivsemad lapsed hoidusid harjutuste soori-tamisest kõrvale. Kirjeldata alusel peame meie vaja-likuks temaatilised tunnis vanemate rühmade prog-rammist täielikult välja jätta, ning asendada neid tavaliste kehalise kasvatus tundidega, kus mängu elemente antakse piiratud ajal ja rohkem võistluste kujul.

Meie arvates selline nõudmine on põhjendatud, kui arvestada kaunis suurt rühvigade protsenti ja asjaolu, et nende profülaktika ja ravi on kehaliste harjutustega kõrvaldatav just selles vanuses kõige efektiivsemalt.

Samadel kaalutlustel oleks sovitav ka keskmistes lasteaiarühmades (5 aastastel) temaatilised tunnid samuti asendada tavaliste kehalise kasvatus tundi-dega, vähendades neis mänguelemente ning asenda-des neid läbimõeldud harjutustega. Muidugi vajab viimane küsimus veel edasist uurimist mitte ainult spordiarstide, vaid ka lasteasutuste pedagoogide poolt.

# ELEKTROKARDIOGRAAFILISED TUNNUSED PIDEVA ÜLEKOORMUSE KORRAL

F. G. MARKUSAS

ENSV Vabariiklik Arstlik-Kehakultuuri Dispanser

Pidev ületreening omab kindlaid sümptomeid objektiivsete näitajate ja subjektiivsete tunnete osas. Kui sportlastel tekivad kaebused väsimusele, kergele ärritatavusele, halvale unele, halvale isule, nad ei soovi enam tegelda oma lemmikspordialaga, siis võib juba püstitada diagnoosi — ületreening ja saata teda edasistele uuringutele.

Antud töös on käsitletud südame-veresoonkonna süsteemi muutusi ületreeningu korral EKG osas.

Selleks, et selgitada EKG muutuste iseloomu teostasime 216 elektrokardiogrammi, 62 esimese järgu ja meistersportlasel. EKG on tehtud peale seda kui arstlik-pedagoogiline jälgimine ja eelnev analüüs on osutanud ületreeningule.

Siinjuures 46 inimesel esines normaalsest EKG-st kõrvalekalduvusi.

EKG muutusi iseloomustasid järgmised tunnused:

- 1) elektrilise süstoli pikenemine s. t. intervall Q — T oli 0,05—0,09 sek. rohkem kui normis — 10 inimesel;
- 2) S — T lühenemine alla isojoont ja negatiivne T II, III ja aVF lülituses — 16 inimesel; neist 4 inimesel esines veel negatiivne T sakk  $V_2$ — $V_5$  lülituses;
- 3) T sakk negatiivne ja S — T lühenemine alla isojoont III lülituses peale 2 minutilist jooksu kohapeal (kuni koormuseni EKG oli normis) — esines 4 inimesel;
- 4) ekstrasüstolite ilmumine neil, kel seda varem ei esinenud ja mis kadusid peale puhkust, esines 6 inimesel;

- 5) vatsakeste juhtivuse aeglustumine, QRS = = 0,11—0,12 sek. kusjuures puuduvad teised vasaku vatsakese hüpertroofia tunnused ja kus senini selliseid muutusi ei olnud, see esines 6 inimesel;
- 6) mittetäieliku atrioventrikulaarse blokaadi esinemine EKG-s esines 4 inimesel.

Neil 46 sportlasel oli 30 juhul EKG tehtud 2 korral: esimesel korral kui tekkis ületreenituse kahtlus ja teine kord peale koormuse vähendamist 1—2 kuud hiljem, kusjuures neil juhtudel ületreenitusele iseloomulikke muutusi enam ei esinenud. 16 juhul oli vajalik veel kolmekordne EKG kontroll ja pikemaajalisem puhkus (kuni 4 kuud), et EKG muutused kaoksid. Seda teostati neil juhtudel, mis esinesid punkt 2 näidatud muutuste korral.

Peale antud 216 EKG meie analüüserisime veel 44 EKG, millised olid teostatud profülaktilisel eesmärgil 22 sportlasel, kellel esinesid muutused, millised on näidatud punktides: 1. — 7 korda; 3. — 3 korda; 4. — 1 kord, 5. — 4 korda, 6. — 7 korda.

Vaatamata EKG patoloogilistele muutustele sportlased mingeid kaebusi ei esitanud ja sportlikud resultaadid ei langenud. Antud anamneesi alusel võis mõelda ainult ületreeningule. EKG muutused neil kordadel olid hinnatud kui ületreeningu esmased sümptomid s. t. eelpatoloogiline seisund.

Võib arvata, et meie jälgimised aitavad praktilisel arstil kergemini kindlaks teha eelpatoloogilist ja patoloogilist seisundit, aga samuti lubavad need aktiivsemalt korrigeerida treeningu protsessi.

# SÜDAME-VERESOONTE JA HINGAMIS- SÜSTEEMI TALITLUSE DÜNAAMIKA KUI TREENITUSE KRITEERIUM

Biol. teaduste kandidaat A. A. VIRU, E. A. VIRU  
ja J. K. PÄRNAT

Tartu Riikliku Ülikooli spordimeditsiini kateeder  
ja spordifüsioloogia laboratoorium

Iga füsioloogilise funktsiooni tase organismis on määratletud reguleerivate süsteemide peene talitlusega. Üldiselt on omaks võetud, et füsioloogiliste funktsioonide ümberkorraldamise kiirus organismi vajaduste muutudes kajastab treenituse astet. On teada, et hästi treenitud jooksjatel tõuseb südame löögisagedus töötasemele märksa kiiremalt kui vähe treenituil. Pärast töö lakkamist kestab viimastel südame löögisageduse taastumine märksa kauem. Mitteküllaldaselt ettevalmistatud sportlastel tekivad mõnikord isegi vereringe ajutised häired — ortostaatilise kollapsi nähud. Viimaste nähtude põhjuseks võib pidada vereseisaku teket töötanud lihastes. Organite talitluse kiiruse ja stabiilsuse uurimiseks tuleb kasutada dünaamiliselt registreerivaid meetodeid, et kindlustada toimivate muutuste kiiruse ja amplituudi sedastamise ja et oleks võimalik välja arvutada reguleerimise efektiivsust iseloomustavaid integraalseid näitajaid.

Vaatlused teostati treenituse ja vanuse poolest erinevate kontingentidega. Südame löögisagedus registreeriti kardiotahhograafi abil, EKG muutused — rinnalülituse  $N_1$  (Butšenko) abil, kopsude ventilatsioon ja hapniku tarbimine — spirograafi abil ja arteriaalne rõhk — minutis 6—8 kordse mõõtmise abil Korotkovi järgi.

Saadud tulemuste analüüs näitas, et seoses treenituse tõusuga alanes südame löögisageduse tööpühune tase ja kiirenes tööjärgne taastumine nii kergele kui ka tugevate kehaliste treeningute puhul. Arteriaalse rõhu reaktsioon tööle osal juhtudel suurenes, osal vähenes. Hästi treenitud sportlastele on iseloomulik veel pulsi respiratoorse arütmia tugev suurenemine pärast tööd ja nn. negatiivse faasi esinemine südame löögisageduse taastumises. Mitteküllaldaste funktsionaalsete võimete näitajateks osutusid lühiaegne arteriaalse rõhu langus vahetule pärast töö lõppu, EKG S-T lõigu depressioon, Hegglini sündroom, elektrilise süstoli pikenedamine, ekstrasüstoolia ilmumine, hapniku tarbimise ja hapniku utilisatsiooni koefitsiendi langus nii enne kui ka vahetult pärast töö lõppu.

Üheks integraalseks näitajaks regulatsiooni efektiivsuse iseloomustamisel on regulatsiooni pindala. Arteriaalse rõhu muutustes võib teatud reservatsiooniga selleks lugeda pulsirõhu pindala. Treenituse hindamine pulsirõhu pindala alusel on aga võimalik vaid arvestades südame löögisageduse muutusi. Südame löögisageduse muutuste hindamisel on informatiivseks ja integraalseks näitajaks nn. taastumispulsi summa — südamelöökide koguarv esimese kolme taastumisminuti vältel. Saadud tulemuste analüüs näitab, et taastumispulsi summa langus koos pulsirõhu pindala suurenemisega viitab reaktsiooni ökonomiseerumisele, mõlema näitaja üheaegne alanemine — organismi vajaduste kahane-misele antud koormuse sooritamisel.

# NEERUPEALISTE KOOROLLUSE FUNKTSIOONIST FÜÜSILISTE PINGUTUSTE PUHUL

Dotsent O. J. IMELIK ja H. J. MÖLDER  
Ed. Vilde nim. Tallinna Pedagoogilise Instituudi  
spordifüsioloogia laboratoorium

Käesoleva töö eesmärgiks oli jälgida neerupealiste koorolluse funktsiooni mitmesuguste näitajate abil füüsiliste pingutuste puhul. Kasutatavateks näitajateks olid: 17-oksükortikosteroidide eritumine uriiniga (Silver-Porteri meetodi Jundajevi modifikatsioon), 17-ketosteroidide eritumine uriiniga (Zimmermanni meetodi Miloslavski modifikatsioon), kolesteriini sisaldus veres (Pljura meetod) ja leukotsüütide hulk ja valem.

Kõikide näitajate puhkeolukorra tase määrati hommikul enne sööki võetud proovidega. Järgnevalt määrati kõik näitajad vahetult peale füüsilist pingutust. 17-oksükortikosteroidid ja 17-ketosteroidid määrati lisaks veel kaks tundi peale pingutuse lõppu kogutud uriinis.

Uurimisi teostati 29-l Pedagoogilise Instituudi statsionaarsel ja mittestatsionaarsel mees- ja naissoost kehakultuuri üliõpilasel peale hokimängu ja peale võistlusi suusatamises mitmesugustel distant-sidel.

17-oksükortikosteroidide sisaldus uriinis oli enamikul sportlastest peale pingutust kõrgemal pingutuse eelsest tasemest, kaks tundi peale pingutust oli aga langenud puhkeolukorra taseme lähedale või koguni sellest madalamale. Neil sportlastel, kellede 17-oksükortikosteroidide sisaldus uriinis oli peale pingutust langenud madalamale lähteväärtusest, oli kaks tundi peale pingutuse lõpetamist nende eritus uriiniga suurem, kui pingutusele eelnevalt. Seega ei

ole õigustatud füüsilise pingutuse mõju hindamine 17-oksükortikosteroidide eritusele ja selle alusel neerupealiste koorolluse funktsioonile mitme tunni vältel peale pingutust kogutud uriini proovi alusel.

17-ketosteroidide eritus oli kõigil sportlastel kohe peale pingutuse lõpetamist langenud. Kaks tundi peale pingutuse lõpetamist oli eritus uuesti suurenenud, ei ulatunud aga veel puhkeolukorra tasemele.

Veres kolesteriini peegel oli kõigil hokimängijail peale pingutust tõusnud tunduvalt üle puhkeolukorra väärtuste, lühemat distantsi läbinud suusatajail oli aga jäänud puhkeolukorra väärtuste piiridesse.

Enamikul vaatlusalustest esines peale pingutust leukotsütoos, selle suurus oli aga individuaalselt väga erinev. Korrelatsiooni 17-oksükortikosteroidide erituse ja leukotsüütide valemi muutuste vahel ei olnud meie seniste katsete alusel võimalik konstateerida.

## KEHALISE KASVATUSE MÖJUST 11—13 A. LASTE KESKNÄRVISÜSTEEMI FUNKTSIONAALSELE SEISUNDILE

Med. teaduste kandidaat Õ. M. REINTAM  
TRU Spordimeditsiini kateeder

Üldtunnustatud vaate kohaselt nägemisanalüsaatori labiilsus iseloomustab ajukoore funktsionaalset seisundit. (E. Semenovskaja 1948, 1949, 1953. a.). Tsentraalnärvisüsteemi (t. n. s.) labiilsuse uurimiseks sportlastel määratakse nägemisanalüsaatori elektrilise fosfeeni vilkumise kadumise kriitiline sagedus — kui närvisüsteemi funktsionaalse labiilsuse hinnatavat näitajat (N. Medvedjeva 1961, 1962; O. Reintam 1964).

Käesolevas töös määrasime silma elektrilise läviärrituse suuruse ja kahekordse reobaasiga — elektrilise fosfeeni nähtuse kadumise kriitilise sageduse sajal 11—13 a. kooliõpilasel (tütarlapsi — 45 ja poisse — 55). Nimetatud näitajad registreeriti poolaasta algul ja lõpul enne ja peale tunde. Uuritavad jaotati gruppideks järgnevalt:

### A. Kontrollklassid:

1. rühm — nädalas kaks kehalise kasvatus tundi koolis.
2. rühm — koolis kaks kasvatus tundi ja spordikoolis 2—3 tundi nädalas.

### B. Eksperimentaalklassid:

3. rühm — nädalas kuus kehalise kasvatus tundi koolis, s. t. iga päev üks tund.
4. rühm — koolis kuus kehalise kasvatus tundi ja spordikoolis 2—3 tundi nädalas.

Treenituse aste õppeaasta lõpul määrati funktsionaalsete näitajate alusel peale 30 kükki.

Uuringute resultaadid olid järgmised:

Teise poolaasta algul, tundide eel silma elektriline erutuvus kõige suurem oli 4. rühma tüdrukutel. Teistel gruppidel silma erutuvus oli väiksem ja nende gruppidevaheline erinevus polnud tõenäoline. Tsentriraalnärvisüsteemi funktsionaalne labiilsus oli vastava eanormi piires ja üksikute gruppide vahel oluliselt ei erinenud. Kooliõpilastel, kes treenisid koolis spordikoolis, pulsagedus oli madalam teistest rühmadest.

Koolipäeva lõpuks silma elektriline erutuvus tõusis poeglastel, kellel oli iga päev kehalise kasvatus tundi koolis. Tüdrukutel samasuguse koormusega

rühmades aga vastupidi — silma erutuvus langes. Samaaegselt silmaerutuvuse suurenemisega 4. grupi poistel t. n. s. labiilsus langes.

Õppeaasta lõpuks erutuvus poiste rühmades tõusis, kuid tütarlaste näitajate osas oli just vastupidine tendents. Tsentraalnärvisüsteemi labiilsus poiste 4. rühmas tõusis aga tagasi normi piiridesse. Lisakoormus — 30 kükki — kutsus poeglastel esile t. n. s. erutuvuse tõusu aga tütarlastel — erutuvuse langemise. Pulsisagedus taastus spordikoolis treeningtunde omavatel lastel kiiremini kui teistes rühmades.

Esitatud materjal näitab igapäevase kehalise kasvatus tunnirežiimi sisseviimise otstarbekust kui kehalise ettevalmistuse minimaalset programmi viiendates klassides.

## MÕNINGAID ANDMEID TALLINNA NOORTE SPORTLASTE MOTOORSEST AKTIIVSUSEST

Med. teaduste kandidaat M. PAVLOV

ENSV Vabariiklik Arstlik-Kehakultuuri Dispanser.  
Tallinna Epidemioloogia, Mikrobioloogia ja Hügieeni  
Teadusliku Uurimise Instituut

Vanusele vastav mitmekesine motoorne aktiivsus on üheks tähtsamaks kooliõpilaste harmoonilist arengut tagavaks tingimuseks.

Süstemaatiline tegelemine spordiga on laste ja noorukite arengut mõjutavaks oluliseks faktoriks. Samal ajal esitab ta aga kõrgendatud nõudmisi ratsionaalseks elurežiimi organiseerimiseks.

K. J. Smirnov juhib tähelepanu selleks, et kooliõpilaste füüsiline koormus treeningul on sageli nii suur, et osutub vajalikuks spetsiaalse puhkuse organiseerimine.

Meie vaatluse all oli üle saja Tallinna Linna Kalinini rajooni lastespordikooli õpilase.

Esialgsete andmete alusel 88% uuritutest spordikooli õpilastest tegeleb ühe spordialaga, 12% regulaarselt kahe spordialaga. 68% noortest sportlastest tegeleb spordiga üle kahe aasta ning omab spordijärku. Hommikuvõimlemisega tegeleb regulaarselt 14%, mitteregulaarselt 49% ja ei tegele — 37% uuritutest.

Peale selle 37% uuritutest tegeleb kunstilise ise-tegevusega (tantsuring, koorilaul, muusikakool jne.). 18% uuritutest tegelevad matemaatika, keemia, kirjanduse, võõrkeelte jne. ringides. Ealise struktuuri järgi kuulub 55% laste spordikooli õpilastest keskmisse kooliikka.

Ettekandes tuuakse andmeid noorte sportlaste elurežiimi ja nende motoorse aktiivsuse kohta.

## «TERVISE GRUPPIDES» TEGELEMISE MÕJU SÜDAME-VERESOONTE SÜSTEEMI TALITLUSELE

Med. teaduste kandidaat S. M. OJA ja biol. teaduste  
kandidaadid A. A. VIRU ja E. A. VIRU  
Tartu Riikliku Ülikooli spordifüsioloogia laboratoorium

Kehakultuur on omandanud suure populaarsuse kesk- ja vanema-ealiste hulgas. Et uurida, millist mõju südame veresoonte süsteemi funktsionaalsetele võimetele avaldab süstemaatiline tegelemine «tervise gruppides» teostati kaks korda aastas vaatlused 120 naise ja mehega, kes TRÜ ja EPA juures tegelevad vastavates gruppides.

Funktsionaalsete võimete hindamisel võeti arvesse südame löögisageduse ja arteriaalse rõhu muutuste

dünaamikat. Meestel registreeriti andmed 1-minutilise paigaljooksu korral, naistel 1-minutilise töö korral veloergomeetril, kusjuures mõlemad pingutused sooritati võimalikult maksimaalses tempos.

Saadud tulemuste analüüs näitas, et tegelemine «tervise gruppides» avaldab soodsat mõju südame-veresoonte süsteemi funktsionaalsete võimete arenemisele. Seejuures omab aga tähtsust sooritatavate kehaliste harjutuste iseloom. Nii muutusid naistel, kes tegelevad ainult võimlemisega, südame-veresoonte süsteemi funktsionaalsed võimed vähe. Funktsionaalsete võimete ilmikas paranemine täheldus meeste rühmades, kes tegelevad lisaks võimlemisele veel teiste kehaliste harjutustega, mis arendavad vastupidavust (suusatamine, matkad jm.). Seega on südame-veresoonte süsteemi funktsionaalsete võimete arendamiseks vajalik võimlemisele lisada veel vastupidavust arendavaid harjutusi.

## KEHAKULTUUR JA SPORT SISEHAIGUSTE PROFÜLAKTIKA JA RAVI KOMPLEKSIS

Med. teaduste kandidaat N. V. ELSTEIN

Tallinna linna peaterapeut

Vaatamata sellele, et profülaktika on «nõukogude tervishoiu arengus peamiseks suunaks» (N. A. Vinogradov, 1964. a.), ei pöörata sellele internistide töös veel vajalikku tähelepanu. Sellise suhtumise erijuhiks on kehakultuuri ja spordi alahindamine sisehaiguste profülaktika ja ravi kompleksis.

Ambulatoorse ravi praktikas sageli liialdatakse ravimite määramisega (polüpragmasioon), seejuures aga soovitud kehakultuuriga ja spordiga tegemiseks on harukordsed. Ebapiisavalt kasutatakse kehakultuuri ka haigete ravimisel haiglates.

Haigete ravimisel nii ambulatoorsetes kui ka stationaarsetes tingimustes on vaja kehaliste harjutuste läbiviimisel laiemalt kasutada grupimeetodit. Suvisel ajal tuleb haiglates ravikehakultuuri harjutused ja hommikvõimlemine teha vabas õhus (kui pole vastunäidustusi). Võimaluse korral on soovitatav organiseerida doseeritud jalutuse marsruudid.

Ravikehakultuuriga tegelemine haiglas peab andma haigele harjumuse jätkata iseseisvalt harjutuste sooritamist kodustes tingimustes.

Ravikehakultuuri tuleb eriti laialdaselt määrata neile haigetele, kes põevad järgmisi sisehaigusi: a) stenokardiat ja müokardi infarkti järgset seisundit, hüpertooniatõbe I ja II staadiumis; b) kroonilist kopsupõletikku, pneumoskleroosi, bronhiiti, kopsuemfüseemi; c) polüartriiti, eriti kroonilise kulu puhul; d) rasvumist; e) kroonilist koletsüstiiti (angiokoliiti), kroonilist kõhukinnisust.

Neuroosihaigetele on ravikehakultuuri kõrval eriti kasulik sport — mitmesugused sportmängud (tennis, võrkpall, badminton, lauatenis), veesport, uisutamine ja suusatamine.

Loengud kehakultuuri ja spordi tervistavast mõjust peavad saama internistide poolt teostatavas selgitustöös tähtsama koha; on vaja rohkem trükikida vastavaid brošüüre ja meelepeasid, suurendada raadio- ja televisiooniesinemiste arvu.

Kehakultuuri-ravile suunatud isikute arvu tuleb arvestada haiglate sisehaiguste osakondade töö kvaliteedi analüüsimisel ja dispansseerimise kvaliteedi hindamisel.

# KEHALISTE HARJUTUSTE RAKENDAMISEST SÜDAMELIHASE INFARKTI MITMESUGUSTES STAADIUMITES

H. G. NIITRA

Tallinna Vabariiklik Haigla Arstlik-Kehakultuuri  
kabineti juhataja

Käesoleval ajal, südamelihase infarktiga haigete kompleksravis, leiab ravikehakultuur laiaulatuslikku rakendamist koos teiste ravivahenditega.

Kehaliste harjutuste õigeaegne rakendamine pidevalt tõusva koormuse ja aktiivsusega soodustab kahjustatud südamelihase funktsionaalsete võimete kiiremat taastamist, lihasjõu ja sideaparaadi tugevdamist, valmistades sellega haiget ette tõusmisele ja kõndimisele, hiljem aga igapäevasele ja kutsealasele kehalisele koormusele.

Viimase 3-e aasta jooksul on Tallinna Vabariiklikus Haiglas rakendatud ravivõimlemist 252 südamelihase infarktiga haigele, haiguse kerge, keskmise raskusega ja raske kulu puhul.

Ravivõimlemisega alustati järgmistel tähtaegadel, arvestades haigestumise päevast: 7.—13. päeval 35%, 14.—20. päeval 33%, 21.—27. päeval 12%, 28. päeval ja hiljem 20%.

Ravivõimlemise rakendamisel kompleksravis südamelihase infarktiga haigetele on vajalik õigesti organiseerida haige kogu liikumisrežiimi. Peab olema tihe seos rakendatavate harjutuste ja liikumisrežiimi vahel. Haigele ettenähtud liikumisrežiim määrab ühtlasi ära ka tema aktiivsuse astme osavõtmisel kehalistest harjutustest, millised omakorda on ettevalmistuseks järgnevale liikumisrežiimi muutmisele.

Ravivõimlemise meetodika koostamisel südame-  
lihase infarktiga haigetele on arvestatud nelja režiimiga, kusjuures koormus on hoolikalt täpsustatud igas režiimis.

I režiim — range voodirežiim, jaguneb Ia ja Ib-ks. Ia režiimil rakendatakse staatilisi hingamisharjutusi mõõduka sügavusega, vahelduvalt aktiivsete liigutustega jäsemete väikestele liigestele ja passiivsete liigutustega suurematele liigestele väikese ulatusega või abistamisega.

Ib režiimil rakendatakse hingamisharjutusi ja aktiivseid liigutusi jäsemete väikestele, keskmistele ja suurtele liigestele, viimaseid tehakse väikese ulatusega. Erilist tähelepanu pööratakse õige hingamise õpetamisele. Koormus tõuseb peamiselt harjutuste kordamise arvu suurendamise arvel ja kereharjutuste sisselülitamisega nagu puusavöö tõstmine ja pööramine paremale küljele.

II režiim — laiendatud voodirežiim. Selles režiimis koormus tõuseb liigutuste ulatuse suurendamise arvel ja istesse tõusmise sisselülitamisega. Ettevalmistus istumiseks algab sellega, et haigele tõstetakse peaalune, pidevalt suurendades istesse tõusmise nurka, kuni istuva asendini jalad voodil; hiljem istub haige jalad üle voodi ääre, siis toimub istumine toolile, seejuures püsti tõusmata. Istumise kestust suurendatakse järkjärgult.

III režiim — palatirežiim. Selles režiimis koormust tõstetakse peamiselt sellega, et harjutusi täidetakse täieliku ulatusega lamavas ja istuvas asendis püstitõusmise ja kõndimisega. Püstitõusmine toimub pärast seda, kui haige adaptatsioon kehalistele harjutustele istuvas asendis on hea. Rakendatakse võimlemisharjutusi suurtele lihasegruppidele lamades, istudes ja osaliselt püsti. Kõndimine toimub alul

palatis, hiljem koridoris, koormust doseeritakse distantsti muutustega ja puhkepeatuste sisselülitamise-ga.

IV režiim — vabarežiim. Selles režiimis nõutakse haigete adaptiooni taastamist igapäevasele ja kodussele kehalisele koormusele. Rakendatakse võimlemis-harjutusi abinõudega ja suurendatud koordinatsiooni-ga mitmesugustes lähtasendites. Jätkatakse kõndi-mise treeningut, lülitatakse sisse kõndi trepil ja jalutatakse.

Kogemused näitavad, et pärast õigesti organiseeritud ravivõimlemist, mis on kooskõlas üldise liikumisrežiimiga, haige enesetunne ja meeleolu paraneb; ta on teadlik oma kehalistes võimetes, oskab doseerida ja kohandada oma liikumisrežiimi kodustele tingimustele ja hiljem kutsealasele tööle.

Varajane ravivõimlemise rakendamine tagab haige raviaja lühenemise statsionaaris.

Ravikehakultuuri instruktori hea töö südamelihase infarktiga haigete ravimisel oleneb täiel määral tihedast kontaktist raviva arstiga, kes vastavalt haiguse kliinilise kulu dünaamikale määrab liikumisrežiimi muutused, mida tuleb arvestada ravivõimlemise doseerimisel.

Vastasel korral tekivad lahkkelid ravi taktikas, mis võib mõjuda negatiivselt haigele või ravikehakultuuri meetod ei anna soovitud tulemusi.

## **PÕLVELIIGESE KÜLGSIDEMETE VIGASTUSTE RAVIST**

M. O. MÄGI

Vabariiklik Arstlik-Kehakultuuri Dispanser

Analüüsitud 46 sportlast, kes pöördusid VAKD-sse põlveliigese külgsidemete vigastusega, mis moodustas 2,8% kõikidest spordivigastustest ja 9% põlvevigastustest.

Tunduvalt sagedamini võis täheldada põveliigese sisemiste külgsidemete vigastust (37-l sportlasel), kusjuures mõlemad jalad kahjustusid ühesuguse sagedusega (dex — 22, sin — 24). Vigastatute hulgas ei täheldatud mõlema põveliigese üheaegset vigastust, samuti ei esinenud üheaegselt ühe põveliigese väliste- ja sisemiste sidemete vigastust. 46-st sportlasest põveliigese külgsidemete vigastusega 3-l sportlasel esines kombineeritud vigastus (2-l vigastatul kaasnes sisemise külgsideme rebendile sisemise meniski rebend, ühel sportlasel oli üheaegselt vigastatud eesmise-sisemise sidemesüsteemi kõik kolm komponenti — sisemine külgside, menisk ja eesmine ristside). Spordialade järgi esines vigastus 12-nel maadlejal, 11-nel suusatajal, 8-l korvpalluril. Ülejäänud spordialade sportlastel esines vigastus harvemini.

44-l sportlasel oli vigastus esile kutsutud kaudse trauma poolt ja ainult 2-l tekkis vigastus otsese löögi tagajärjel säärele.

Sidemete vigastuse ulatuse kindlaks määramiseks kasutati kohalike sümptomite väljakujunemist, kusjuures eriti pöörati tähelepanu selle vigastuse klassikalisele fenomeenile s. o. sirutatud sääre patoloogilisele abduktsioonile (adduktsioonile).

Kõigil juhtudel oli teostatud röntgenogrammid luuliste vigastuste väljalülitamiseks.

Raviks kasutatud kergetel juhtudel immobilisatsiooni elastse sidemega kahe nädala vältel, keskmise raskusega juhtudel kipstuutoriga 5 nädala vältel, rasketel juhtudel immobilisatsioon kipsis 7 nädala vältel. Järeldravi eesmärgiks oli reie- ja säärelihaste tugevdamine ning liigese funktsiooni taastamine (aktiivne ravikehakultuur, lihaste massaaž). Sportlik vorm taastus olenevalt vigastuse ulatusest 1—3 kuu vältel täielikult.

Kolmel sportlasel teostatud sisemiste külgsidemete operatiivne ravi. Sportlik vorm taastus 5—6 kuu möödudes.

J ä r e l d u s e d:

1. Põlveliigese külgsidemete vigastus esineb sportlastel sageli ning hilja alustatud ja ebaõige ravi puhul lülitab sportlase pikemaks ajaks sportlikust tegevusest.
2. Külgsidemete isoleeritud (mittekombineeritud) vigastuste ravi on konservatiivne ja annab häid tulemusi, kui raviga on alustatud varakult.
3. Operatiivsele ravile kuuluvad hilja raviga alustatud ja kombineeritud vigastustega sportlased.

## SPORDITRAUMATISMIST

Med. teaduste kandidaat M. J. TORM

Tartu Vabariiklik Kliiniline Haigla

Analüüsidest traumatismi struktuuri Tartu linnas 1964. a. polikliiniku ja traumatoloogilise punkti andmetel selgus, et sporditraumad moodustavad 4% kõigist traumadest.

Enamik sporditraumasid kuuluvad kergete hulka (89%); rasked traumad esinevad harva (2,2%).

Vigastuse iseloomu järgi esimesel kohal (38%) on liigeskapsli- ja sidemete venitus, teisel kohal (28%) — põrutused. Eriti sageli esineb alajäseme liigeste vigastust (hüppeliigesed — 19% ja põlveliigesed — 11%).

Suhteliselt suur on luumurdude esinemise protsent (11%).

Sporditraumad tekkisid järgmistel põhjustel: võistlusreeglite rikkumine sportlaste poolt — 16% juhtudest, õpilaste müramine enne võimlemis- ja kerge-

jõustiku tundide algust — 13% juhtudest, mittekül-  
laldane treening — 11,2% juhtudest, spordiinven-  
tari ja võistluspaikade mittekorrasolek — 2,3% juh-  
tudest jne.

«Organiseerimata» spordiga tegelemisel suvel  
sagedamini traumasid esines võrk- ja korvpalli män-  
gimisel, talvel aga suusatamisel ja uisutamisel.

Sporditraumade puhul tuleb pöörduda koheselt  
spetsialistide poole ja nende poolt määratud ravi  
peab leidma ka treeneritelt toetust.

## TARTUS ELAVATE EESTI NSV KERGE- JÕUSTIKU KOONDVÕISTKONNA LIIKMETE SPORDITRAUMATISMIST JA TERVISE SEISUNDIST

H. H. TIIK ja H. V. TIIK  
TRÜ spordimeditsiini kateeder

Viimasel aastakümnel on enamiku spordialade  
treeningus toimunud suured muudatused, mis väl-  
jenduvad eelkõige mitmekülgsuse nõudmises, suurte  
treeningkoormuste rakendamises ja sagedases võist-  
lemises.

Selline süstemaatiline treening nõuab suuri vaim-  
seid ja füüsilisi pingutusi. Kui organismi omadused  
ja tema kohanemisvõime ei vasta neile nõudmistele,  
võivad tekkida mitmesugused spordivigastused või  
koguni sportlase haigestumine.

Käesolevas töös on vaadeldud Eesti NSV Kerge-  
jõustiku koondvõistkonda kuuluvate Tartus elavate  
sportlaste (13 naist ja 39 meest) haigestumist ja  
traumasid ajavahemikus 1958—1963. a.

Analüüsi juures on haigusseisundid jaotatud 3 gruppi: sporditraumad A, üldhaigestumised B, ning kõrvalekaldumised südame veresoonekonna funktsionaalses seisundis C.

Andmed sportlaste haigestumise kohta on võetud Tartu Linna Arstlik-Kehakultuuri Dispanserist.

Analüüsil on kasutatud väikeste arvude statistika meetodeid.

	M e h e d				N a i s e d			
	A	B	C	kokku	A	B	C	kokku
1958/59	4	8	3	15	2	4	—	6
1959/60	7	4	3	14	2	1	—	3
1960/61	15	10	4	29	4	7	—	11
1961/62	22	13	4	39	3	10	—	13
1962/63	15	15	4	34	5	4	—	9

Tabelist nähtub, et nii mees- kui ka naissportlaste haigestumine erinevatel aastatel on muutuv. Kõige suurem haigestumus oli 1960/61. a.

Sporditraumade lähemal analüüsimisel võib öelda järgmist:

5 aasta jooksul esinenud 79 registreeritud traumajuhust langes 63 meestele. Seejuures oli 73 juhul tegemist alajäsemete spordivigastusega. Neist 29 olid lihasevenitused või rebestused, 17 hüppeliigese vigastust, 15 Achillese kõõluse ümbrise põletikku, 14 luuümbrise põletikku, 4 meniski vigastust ja 8 muud vigastust. Analüüsist on välja jäänud väiketraumad, kuna nendega tavaliselt arsti poole ei pöördata.

Üldhaigestumiste täpsemat analüüsi takistab erinevate diagnooside rohkus.

Vaadeldes haigestumist ja traumasid kuude lõikes võib täheldada nende koondumist kevad- ja suvekuudele (mai, juuni, juuli, august).

#### Järeldused:

1. Tartu kergejõustiklaste spordivigastused on tüüpilised.
2. Enamus spordivigastusi langeb võistlusperioodile.
3. Spordivigastuste arv on muutuv aastast aastasse.
4. Spordivigastuste profülaktika ei ole küllaldane.

#### Ettepanekud:

1. Lugeda tingimata vajalikuks kõikide traumade, haigestumiste ja tervishäirete registreerimist treeningpäevikusse.
2. Treeningpäeviku abil kanda dispanseerimisel kõik esinenud tervishäired vormile 227.
3. Süvendada maksimaalselt ravi ja profülaktiliste ürituste läbiviimist treeningkogunemistel.
4. Varustada spordibaaside med. punkte kõige hädavajalikumaga füsioterapeutilise aparatuuri ja teenitava personaliga.

---

Материалы докладов VI. республиканской научно-практической конференции по вопросам спортивной медицины и лечебной физкультуры, посвященной 25-летию Эстонской ССР

На эстонском языке.

---

Ladumisele antud 5. V 1965. a. Trükkimisele antud 8. V 1965.

Paber 60×84 1/16. Tiraaž 200. Trükipoognaid 2. Tell. nr. 865.

MB-05401. 8. 05. 65.

---

Tallinna trükikoda nr. 2. Sügise t. 14.

Hind 5 kop.



Hind 5 kop.

A

26988

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00970718 5