

E. M. KRAVETS

ENNEAEGSED
LAPSED

RK

„PEDAGOOGILINE KIRJANDUS“ • 1948

MED. TEADUSTE KAND.

E. M. KRAVETS

NSVL TERVISHOIU MINISTEERIUMI PEDIAATRIA KESKINSTITUUDI
ENNEAEGSETE LASTE OSAKONNA JUHATAJA

ENNEAEGSED LAPSED

FUSIOLOOGILISED ISEÄRASUSED, TOITMINE,
HOOLITSEMINE JA TAHTSAMAD HAIGUSED

KÄSIRAAMAT ARSTIDELE

RK

„PEDAGOOGILINE KIRJANDUS“

TALLINN 1948



M101

A-17271

Eessõna.

Meditiiniliste teaduste kandidaadi E. M. Kravetsi poolt enneaegsete laste kohta kirjutatud väikese monograafia teise trüki ilmumine on väga ajakohane, sest enneaegse lapse hooldamisel, toitmisel ja kasvatamisel esineb palju iseärasusi ja raskusi, mis noortele, aga sageli ka vanadele arstidele on vähe tuntud.

Suured edusammud, mis on saavutatud Tervishoiu Ministeeriumi Pediaatria Keskinstituudi enneaegsete laste kliinikus, annavad meile õiguse ja isegi kohustavad meid võimalikult laiemalt levitama arstide keskel vajalikke teadmisi selle kategoria laste elu hoidmise abinõude kohta.

Silmas pidades praegu laste alal tööle rakendatud uute arstide ja velskrite suurt kaadrit, tundub meile käesoleva raamatu väljaandmine täiesti kasulikuna.

Raamat peab abistama praktilisi töötajaid nende austavas ja vastutusrohkes tegevuses — võitluses lapse elu ja tervise eest.

Teeneline teadlane
prof. Speranski.

Sissejuhatus.

Nõukogude Liidus on kallis iga lapse elu, ja võitluses selle elu eest on kõige austavam ning vastutavam koht antud lastearstile. Tema kätte on usaldatud terve, täisväärtusliku järelpõlve kasvatamine ning selleks väärikaks ülesandeks on lastearst kohustatud rakendama kõik oma teadmised, kõik oma kogemused, kogu oma jõu ja energia. Selleks, et oma vastutusrikkas ja raskes töös suurimaid tulemusi saavutada, on lastearst kohustatud pidevalt tõstma oma kvalifikatsiooni, kinnistades, rikastades ja süvendades praktikas omandatud kogemusi teoreetiliste teadmistega.

Enneaegsete laste suhtes on lastearsti osatähtsus eriti suur, sest nende laste elu oleneb enamikul juhtudel õigest meditsiinilisest teenindamisest.

Enneaegsete laste iseärasuste tundmaõppimine teaduslikust seisukohast algas Nõukogude võimu ajal. Tsaariaegsel Venemaal peeti enneaegsete laste kõrget suremust nii perekonnas kui ka eriasutistes (nagu näiteks Moskva ja Peterburi kasvatustmajades) nende laste «kaasasündinud elujõuetuse» seaduspäraseks tagajärjeks. Nõukogude teadus ja praktika näitavad aga enneaegsete laste elujõulisust ja täisväärtuslikkust, samuti diagnoosi «kaasasündinud elujõuetus» põhjendamatumust kõigi enneaegsete laste kohta.

Mõtlik ja tähelepanelik suhtumine lapsesse, võime märgata pisimaidki muutusi lapse eluviisis, oskus igal konkreetsel juhul õigeaegselt oma teadmisi kasutada — need on peamised nõuded lastearstile: neis peitub töö edukuse esimene tingimus.

Enneaegsuse etioloogia.

Kaasaegse kirjanduse andmeil jääb enneaegsete sünnituste põhjus väga sageli kindlaks tegemata (Lewi andmeil on selgitamata põhjusi 70%, Kravetsi ja Kogani järgi — 30%). See asjaolu takistab profülaktiliste abinõude rakendamist. Kuid sünnitaja tähelepaneliku ning teadliku käsitlemise teel võib tervel real juhtudel kindlaks teha ühe või mitu faktorit, mis enneaegse sünnituse esile kutsusid. Sõjaajal tavaliselt enneaegsete sünnituste protsent tõuseb mitmesuguste tegurite mõjul.

NSVL Tervishoiu Ministeriumi Pediaatria Keskinstituudi Enneaegsete Laste Osakonna andmeil on enneaegsete sünnituste kõige sagedamateks põhjusteks ägedad nakkushaigused (tüüfus, düsenteeria, kopsupõletik, gripp jne.), kroonilised nakkushaigused (süüfilis, malaaria, tuberkuloos), mitmikud ja abordid.

Ägedaist nakkushaigustest esineb enneaegselt sünnitanud naiste anamneesis kõige sagedamini gripp. Gripi suur nakkavus ja profülaktiliste vahendite ebatäpsus suurendavad tema ohtlikkust rasedaile epideemiliste puhangute ajal. On kindlaks tehtud, et enneaegselt sünnitanud naiste anamneesis esineb gripp neli korda sagedamini kui õigeaegselt sünnitanud naiste omas.

Kroonilistest nakkushaigustest on tõsiselt ohtlik süüfilis, mis prantsuse autorite andmeil on enneaegsete sünnituste sagedaseks põhjuseks.

Peale süüfilise on ohtlikkuse poolest järgmisel kohal malaa-ria ja tuberkuloos.

Kõigi ägedate ja krooniliste nakkushaiguste ohtlikkus rasedaile ei piirdu mitte üksnes sellega, et need haigused võivad esile kutsuda enneaegse sünnituse, vaid peale selle sünnivad lapsed sageli vähese elujõuga ja haigetena.

20—25%-l juhtudest on enneaegse sünnituse põhjuseks mitmikute rasedus (kaksikud, kolmikud).

Väga sageli on enneaegsete sünnituste esilekutsujajaks abordid. NSVL Tervishoiu Ministeeriumi Pediaatria Keskinstituudi enneaegsete laste kliiniku andmeil on 50%-l enneaegselt sünnitanud naistest kindlaks tehtud korduvad abordid. Pidev enneaegsete sünnituste sagenemine ühes abortide arvu suurenemisega nimetatud naiste anamneesis (Jelissejev, Kaplan) kinnitavad eriti neid andmeid. Suurt tähtsust omavad siin arvatavasti korduvate abortide tagajärjel tekkinud haiguslikud (põletikulised) nähud naise suguelundite piirkonnas. Pärast dekreeti abortide keelu kohta on enneaegsete sünnituste protsent alanenud.

Enneaegset sünnitust soodustavad füüsilised ja psüühilised traumad. Kuid traumad on tavaliselt ainult tõukeks, mitte aga enneaegse sünnituse peapõhjuseks. Tähelepaneliku küsitlemise ja uurimise teel on harilikult võimalik kindlaks teha raseda haigestumist (neeru-, südame- või nakkushaigus). Üldtuntud selles mõttes on samuti eklampsia ja neeruhaigused.

Enneaegsuse etioloogias etendavad orgaanilised ja eriti funktsionaalsed südamehaigused tähtsat osa. Südame subkompensatsiooni puhul, ödeemide, südamekloppimiste, peapöörituse, peavalude jne. korral on vajalik kiire arstlik vahelesegamine.

Organismi mürgistus raskemetallisooladega, kahjulikkude gaasidega ja teiste keemiliste vahenditega on rasedaile väga hädaohtlik ning võib esile kutsuda enneaegse sünnituse. Samuti

Enneaegsete sünnituste protsent eri maades¹.

Maa	%	Autor
Prantsusmaa	15—16	Pinard, Budin
Rumeenia	15	Zlobodriani
Itaalia	13	Salvati
Šveits	13	Hottinger
Saksamaa	10—11	Schoedel, Rott
Norra	7	Sunde
NSVL	5—7	Fogel, Stuks, Wolfson, Ivenskaja

võivad enneaegse sünnituse põhjuseks olla ka loote ja platsenta anomaaliad.

Sisesekretsiooni-näärmete, eriti kilpnäärme ja sugunäärmete osatähtsus enneaegsuse etioloogias on võrdlemisi täpselt kindlaks määratud loomkatsete põhjal. Enneaegse sünnituse seos sisesekretsiooni süsteemi sügavate muutustega rasedail naistel on samuti kindlaks tehtud. Türeoidiini tarvitamisel saadud head tulemused korduvail enneaegsete sünnituste juhtudel kinnitavad neid tähelepanekuid. Mõned autorid kalduvad teatavat osa selgitamata jäänud enneaegsetest sünnitustest panema endokriinse süsteemi düsfunktsiooni arvele, ja seda mitte asjata.

Raseduse õiges kulgemises omab suurt tähtsust toitmine. Mittetäisväärtuslik toit ning vitamiinide puudus raseda naise toidus takistavad raseduse normaalset kulgu. On kindlaks tehtud, et raseduse ajal suureneb C-vitamiini-tarvidus. Rasedate toitmise normaliseerimine on naistenõuandlate üheks tõsisemaks ülesandeks.

Väga sageli on enneaegne sünnitus, nagu iga teinegi keerukas bioloogiline protsess, liitunud põhjuste tagajärg (näit. abor-

¹ Toodud arvud on ennesõjaaegsed.

did ja neeruhaigus, gripp ja südamehaigus, gripp ja toitmisdefektid jms.). Seepärast ei ole iga kord õige enneaegset sünnitust siduda mõne üksiku põhjusega.

Enneaegsete sünnituste sagedus ei ole stabiilne, vaid kõigub, olenevalt reast faktoreist, kaunis laiades piirides (vt. enneaegsuse etioloogiat).

Elanikkonna materiaalse ja kultuurilise taseme tõstmine, sanitaar-selgitustöö ja tervendavate korraldusvõtete läbiviimine elanikkonnas, rasedate naiste tööst vabastamine — kõik see aitab vähendada enneaegsete sünnituste protsenti meie maal.

Enneaegsete laste suremus.

Aktiivne võitlus enneaegsete laste suremise vastu on tihe-
dalt seotud enneaegsuse probleemi ja enneaegsete laste iseärasuste tundmaõppimisega. Sageli surevad esimestel elukuudel need lapsed, kellel üldise arenematusse sümptoomid esinevad kõige teravamal kujul. Kuid eriti kõrge on enneaegsete laste suremus esimestel elupäevadel, moodustades 70—80% sünnitushaigla kogu laste suremusest.

Tõhusamaks võitluseks enneaegsete laste suremise vastu on tarvis välja selgitada suremise peamised põhjused. Seejuures esinevad teatavad lahkuminekid kliiniliste ja anatoomiliste diagnooside vahel. Kliiniliste andmete põhjal on enneaegsete laste surma kõige sagedasemaks põhjuseks enneaegsest sünnitusest tingitud sünnipärane elujõuetus. Lahkamise andmed viitavad sagedastele sünnitraumadele, kopsupõletikkudele ja sepsisele. Erinevus kliinilise ja patoloogilisanatoomilise diagnoosi vahel tuleneb sellest, et arstide teadmised enneaegsete laste mitmesuguste haigestumiste kliiniliste vormide kohta on puudulikud.

Enneaegsete laste suremus oleneb järgmistest asjaoludest.

1. S ü n n i k a a l. Mida väiksem on sünnikaal, seda suurem on harilikult suremus.

Kaalust olenev enneaegsete laste suremus (protsentides) ¹.

Kaal grammi- des	Nobecourt	Ylppö	Marfan	Kravets
Alla 1000	100,0	94,4	100,0	82,8
1000—1500	64,0	48,0	30,0	39,6
1500—2000	41,2	23,1	14,9	17,0
2000—2500	29,0	14,9	6,5	9,4

Moskva Emade- ja Lastekaitse Teadusliku Uurimise Kesk-
instituudi enneaegsete laste kliiniku andmeil alaneb enneaeg-
sete laste suremus regulaarselt kõigis rühmades (protsentides):

Aastal	Kaal grammides		
	1000—1500	1500—2000	2000—2500
1927—1929	41,5	20,0	12,3
1935—1937	35,4	17,2	10,1
1938—1940	23,4	20,0	3,4

2. E n n e a e g s u s e a s t e. Mida enneaegsemad on lapsed, seda tugevamini esinevad arenematusse sümptoomid ja seda suurem on laste suremus. Laialt levinud arvamus, nagu oleksid 8-ndal kuul sündinud lapsed vähem elujõulised kui 7-ndal kuul sündinud, on täiesti alusetu.

¹ Toodud arve võib võrrelda ainult ligikaudse täpsusega, sest nad pärinevad erinevaist allikaist ja eri aegadelt. Nimetatud autorite andmed põhinevad Emade- ja Lastekaitse Teadusliku Uurimise Kesk-
instituudi Enneaegsete Laste Osakonna töödel 1924.—1940. a.

3. Enneaegset sünnitamist ajendav põhjus. Suremus nende laste seas, kellele enneaegset sündimist põhjustas ema äge või krooniline nakkushaigus, on tunduvalt kõrgem kui neil juhtudel, kus enneaegse sünnituse põhjuseks on trauma või mitmikute rasedus.

4. Sünnitusabi ja operatiivse vahelesegamise parandamine. Sünnitusabi kvalifikatsiooni tõstmine enneaegsete sünnituste puhul ja näidustuste vähendamine operatiivseks vahelesegamiseks vähendavad sünnitustrau-
made sagedust ja laste suremuse protsenti.

5. Hoolitsemise viis esimestel päevadel pärast sünnitust sünnitushaiglas ja pärast haiglast lahkumist kodus.

Enneaegsete laste füsioloogilised iseärasused, hoolitsemine ja toitmine.

Enneaegsete laste iseärasused.

Enneaegsuse määramisel tuleb arvestada lapse kaalu, kasvu ja välimust, andmeid raseduse aja kohta ja lapse eluviiside iseärasusi tema esimestel elupäevadel. Statistikas piirdutakse harilikult andmetega kaalu ja kasvu kohta, kuid hoolitsemisvõtete rakendamisel niihästi kliinikus kui ka lapse kodus on vaja arvestada ka teisi andmeid.

Enneaegsete laste kaal, kasv ja välimus.

Enneaegseteks loetakse lapsi, kelle sünnikaal on 1000—2500 g. Lapsi individuaalselt uurides võib aga sageli leida sääraseid, kelle kaal on üle 2500 g, kuid keda raseduse kestuse ja muude omaduste tõttu võib arvata enneaegsete hulka. Samuti leidub sageli laste hulgas, kelle kaal on väiksem kui

2500 g, peaaegu väljakantud lapsi. Eluvõimelisuse alammääraks peetakse kaalu 1000 g. Kuid see kaalu piir ei ole siiski mitte stabiilne. Meie teadmiste täienemisega sellel alal langeb mainitud piir kindlasti veelgi.

Enneaegse lapse pikkus ei ulatu harilikult üle 45 cm. Nahk on lõtv, kortsus, kergesti voltidesse võetav; nahaalune rasvkude on nõrgalt arenenud või puudub täiesti. Kogu keha, eriti aga jäsemed ja nägu, on kaetud rohkete karvakestega.

Kõrva kõhred on arenemata, kõrvalestad pehmed, sageli asümmeetrilised ja deformeerunud. Hääl on peenike, piuksuv, erinedes teravalt ajalise lapse valjust kisast.

Suured häbememokad on tüdrukutel arenemata, mistõttu sugupilu on avali ja väikesed häbememokad tungivad teravalt esile. Poistel on munandite kõrgelseisu tõttu skrootum tühi. Nabarõngas asetseb kõhu alumisel kvadraadil.

Pea mөөted ületavad rindkere mөөteid, kael on peenike. Ajalistel lastel asetseb pea lühikese kaela tõttu otsekui õlgadel.

Juuksed on enneaegsetel lastel hästi arenenud, küüned on õhukesed. Mõned peavad enneaegsuse üheks kõige sagedamini esinevaks tunnuseks küünte puudumist. Aga see ei ole õige. Harilikult esineb küünte arenematus enneaegsetel lastel ainult kaasasündinud süüfilise puhul.

Vääraks tunnuseks on samuti koljuluude pehmus. Enneaegsete laste koljuluud on sündides küllalt tihedad ja lähevad harilikult üksteise peale, samuti nagu väljakantud lapsel.

Peale loeteldud tunnuste äratav enneaegse lapse pidevamal jälgimisel tähelepanu näo alumise osa miimiliste lihaste tõmblemine, «grimassid», mis esinevad kaunis silmatorkavalt ka sügava une ajal. Peab kohe märkima, et esialgu viibivad enneaegsed lapsed sügavas unes, millest neid on väga raske äratada. Laiad, kohmakad liigutused jäsemetega lühikestel ärkveloleku tundidel täiendavad üldist välist muljet vabalt lamava enneaegse lapse jälgimisel.

Anamneesi andmed raseduse vältuse kohta omavad tähtsust ainult koos ülalpool loeteldud enneaegse lapse väliste tunnustega. Ei saa arvestada ainult anamneesi andmeid, sest tänapäeval ei ole raseduse kestuse aeg veel täpselt teada. Samuti on tervel real juhtudel raske kindlaks teha raseduse algust. Harvad ei ole ka juhtumid, kus ema anamneesi andmed räägivad lapse objektiivse uurimise andmetele vastu, näit. laps on väga väikese kaalu ja kasvuga, aga õigeaegselt sündinud, s. o. ajaline. Kõigil vaieldavil juhtudel tuleb arvestada lapse objektiivse uurimise andmeid. Kui lapse eluavaldused, tema kisa, imemisvõime ja kehatemperatuur vastavad ajalise lapse näitajaile, siis on meil tegemist niinimetatud «hüpoplastikuga». Kui laps oma eluavalduste poolest silmatorkavalt erineb väljakantud lapsest, siis on meil tegemist kas veaga raseduse aja määramisel või haige emaga: oletatavasti olid lapse elutingimused emalikus halvad, mistõttu ta ei jõudnud raseduse lõpuks normaalseks areneda. Säärast last peetakse vastupidiselt anamneesi andmetele enneaegseks lapseks.

Kõik enneaegsed lapsed erinevad eluviisilt; nad reageerivad isesuguselt välismaailma ärritustele, mis on nende üldise arenematus, esmajoones kesk- ja perifeerse närvisüsteemi ebaküpsuse tagajärjeks. Et nende arenemist kiirendada, tuleb neile esimestel elukuudel luua eriline olukord, ümbritseda neid erilise hoolitsemisega. Välise ümbruse õige organiseerimisega sünnitamise momendist alates, teadliku hoolitsemise ja toitmisega jõuavad enneaegsed lapsed oma arenemises kiiresti ajalistele lastele järele.

Enneaegsete laste peamiste erinevuste tundmine, iga üksiku lapse individuaalne kohtlemine, oskus emalt küsitlemise teel saadud andmeid kui ka lapse uurimise andmeid objektiivselt hinnata — see on arstile peamiseks nõudeks.

Soojusregulatsiooni iseärasused ja soojendamise vahendid.

Kõigil enneaegseil lastel võib esimesel elukuul märgata soojusregulatsiooni arenematust. Enneaegne laps sarnaneb kehasoojuse suhtes esimestel elupäevadel pärast sündimist külmaverelise loomaga. Tema kehatemperatuur alaneb kiiresti ja tõuseb niisama kiiresti, olenevalt ümbruse temperatuurist. Ümbruse temperatuuri muutmisega võib enneaegsel lapsel kergesti esile kutsuda kehatemperatuuri kõikumisi $5-6^{\circ}$ piirides. Seda enneaegsete laste erilist omadust ei tohi unustada. Selline prantsuse autorite poolt kirjeldatud nn. «temperatuuri anarhia», järsud «motiveerimatud» temperatuuri tõusud, nn. «kuvöösi»-palavik, osutuvad nüüdisaja andmeil lapse ümbruse temperatuuri oskamatu ja ebaõige reguleerimise tagajärjeks. Enneaegse lapse kehatemperatuuri labiilsus on olnud peaaesjalikult kesk- ja perifeerse närvisüsteemi arenematusest, samuti aga ka hormonaalsüsteemist ning tasakaalu puudumisest soojuse produktsiooni ja soojuse äraandmise vahel. Seejuures etendavad muidugi suurt osa ka «pindade seadus» (suur pind soojuse äraandmiseks, võrreldes keha kogusega), nahaaluse rasvkoe nõrk areng ja hapendumisprotsesside vähene intensiivsus.

Enneaegsete laste suur suremus on tunduval määral põhjustatud nende oskamatust soojendamisest alates sünnimomendist. Peale kesknärvisüsteemi trauma, mille enneaegne laps saab sageli sünnituse ajal, peab ta läbi tegema veel järsu temperatuuri kõikumise: 37° emalikus, $18-20^{\circ}$ sünnitusmajas. Reguleerivate mehhanismide arenematuse tõttu mõjub selline järsk külmetamine sageli tugevasti lapse seisundile. Seepärast tuleb laps pärast sündimist kohe varem soojendatud steriilsetesse mähkmetesse mähkida ja soojendada teda soojuti, elektriühju või reflektoriga. Alles pärast seda kui last on küllalt soojendatud, mida saab kindlaks teha tema temperatuuri mõõtmisega, asutakse esimese tualeti juurde. Et see toiming võib põhjustada

lapse külmetamist, tuleb see läbi viia maksimaalse täpsuse ja kiirusega. Kõik esimese tualeti jaoks tarvisminevad asjad peavad olema valmis pandud. Lapse üldine järelevaatatus, lima ja vere kõrvaldamine, kaalumine, mõõtmine, naba korraldamine ja lõpuks lapse mähkimine tuleb teostada lühikese aja vältel.

Olenevalt kaalust ja enneaegsuse astmest asetatakse laps kas kuvöösi või voodisse, kus talle pannakse juurde soojutid, ja kaetakse vaibaga. Soojutid asetatakse mõlemale poole, samuti ka jalgade juurde. Selleks, et vältida põletushaavu, mis kergesti võivad tekkida, kui soojutid (pudelik) vett välja lasevad (vee soojus soojutis on 70°), ei tohi last asetada soojuti peale. Laps mähitakse boivaipa, ümbritsetakse soojutitega ja kaetakse vil-lase teki, vati või mitmekordselt kokkupandud boivaibaga.

Suurtes sünnitusmajades tuleb enneaegsete laste jaoks korraldada üksik, eraldiolev soojem tuba (temperatuur mitte alla $20-24^{\circ}$), korraliku õhustamisvõimalusega, või jälle eraldada nende jaoks osa toast. Toas, kus lapsed asuvad, on soovitav õhu niiskust reguleerida: niiskust peab olema 65%. Mõnede autorite poolt soovitatud kõrge temperatuur ($28-30-32^{\circ}$) enneaegsete laste ruumis on üleliigne ja põhjustab mitteküllaldase niisutamise puhul suurt kaalu langust esimestel elupäevadel. Igasuguse temperatuuri korral peab ruumi reeglipäraselt õhustama. Õhustamise kestus ja sagedus olenevad välistemperatuurist, ruumide suuruselt, nende koormatusest jne.

Laste suur kaalu langus sünnitusmajades, asfüktiliste hoo-gude sagedus ja sklereem osutavad tervele reale hoolitsemise defektidele, eriti laste mitteküllaldasele soojendamisele. See põhjustab sünnitusmajades enneaegsete laste suurt suremust; samuti on nende suremus suur esimestel päevadel pärast laste sünnitusmajadest väljakirjutamist.

Enneaegsetele lastele soovitatakse selga panna eriline jakike külgeõmmeldud tanuga ja kinniõmmeldud varrukatega. Selline jakk võimaldab last hästi kinni mähkida, jättes ainult näo

vabaks. Väga madala kaaluga lastele on soovitatav pea soojendamiseks asetada mütsi alla vatikiht; vatikiht tuleb panna ka jalgade ümber, seda sidemega viltide-kujuliselt kinnitades.

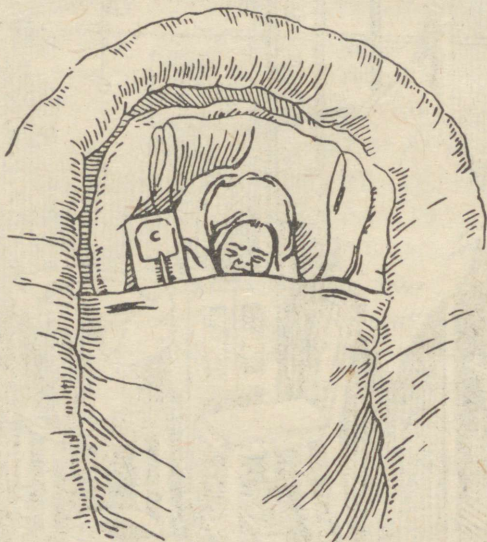


Joon. 1. Credé vann-soojuti. Üldine boksi vaade Emade- ja Lastekaitse Teadusliku Uurimise Keskinstituudi enneaegsete laste kliinikus Moskvas.

Enneaegsetel lastel peab olema soe pesu: flanellist mähkmed, boi-, flanell- või villased vaibad. Kummist või metallist soojuti

ja Credé tüüpi kuvöös on iga sünnitusmaja möödapääsematu varustus (joon. 1 ja 2).

Et jälgida last ümbritseva õhu temperatuuri, asetatakse vaiba alla soojamõõtja, mis peab näitama 30—33°. Nimetatud temperatuur on enneaegseile lastele optimaalne sel perioodil, kui nad ise veel ei ole võimelised end soojendama.



Joon. 2. Laps Credé soojutis.

Suurt tähelepanu nõuab ka lapse igapäevane tualett sünnitusmajas, sest selle oskamatu läbiviimisega võib last külmetada.

Tähtsaks momendiks on lapse kojuviimine. Harilikult rõivastatakse laps nendesse rõivastesse, mis omaksed on kodunt kaasa toonud. Rõivad ei ole sageli sobivad, ning on teada juhtumeid, kus laps, kes sünnitusmajast välja kirjutati rahuldavas seisundis, mõni päev pärast väljakirjutamist suri koduteel saadud külmetuse tagajärjel.

Sünnitusmajast väljakirjutamine peab toimuma pediaatri, laste-osakonna vanemõe või palati-õe järelevalvel. Omastele tuleb õigeaegselt teatada, millised rõivad lapsele kaasa võtta (tarvilik kogus sooje esemeid ja soojutid). Last peab rõivas-tama oskusega. Jalgade juurde tuleb asetada vaiba alla soojuti. See on eriti tähtis külmal aastaajal ja nende laste puhul, kelle vanemad elavad sünnitusmajast väga kaugel.

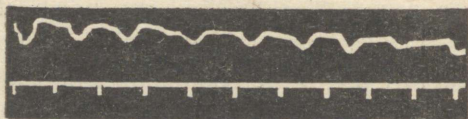
Erilist soojendamist vajab enneaegne laps peamiselt esimese elukuu kestel. Esimese kuu lõpul ja teise algul kohaneb harilikult lapse organism ja säilitab ise normaalset temperatuuri. Koduses miljöös luuakse lapse ümbruskonnas sageli liiga kõrge temperatuur. Liigne soojendamine põhjustab lapse kehatemperatuuri tõusu 40—41°-ni. See mõjub lapse seisundile halvasti, nõrgestab teda ja muudab ta vastuvõtlikuks mitmesugustele haigustele. Seepärast on eriti tähtis last õigeaegselt kordkorralt ülearustest riidest ja soojutitest vabastada. Algul eemaldatakse ümbrikutaoline väline kate, siis lõpetatakse lapse mähkimine sooja vaipa, kõrvaldatakse soojuti, tanuga ühendatud jakk ja riidatakse laps harilikku särgikesse ning sooja jakikesse, jättes pea katmata. Kõik see viiakse harilikult läbi esimese elukuu lõpul või teise algul.

Loomulik, et mida suurem on lapse kaal sündimisel, seda vähem on ta enneaegne ja seda kiiremini kujuneb tal keha normaalne temperatuur.

Hingamise iseärasused.

Enneaegsete laste üldine arenematus, mis ilmneb eriti kesk-närvisüsteemi puudulikus arengus, avaldub ka hingamises. Enneaegseil lastel esinevad esimestel elunädalatel peaaegu regulaarselt pidevad hingamisseiskused ning tähelepandavad kõikumised hingamise amplituudis ja rütmis (vt. pneumogramme jooniseil 3 ja 4).

Peaosa hingamishäirete tekkimisel etendavad enneaegsete laste omapärane anatoomiline rindkere ehitus, roiete horisontaalne seis, kõrgelseisev diafragma, lihaste lõtvus ja kogu hingamisteede kitsus koos hingamiskeskuse ärrituvuse kõrge astmega. Enneaegsete laste hingamine on peamiselt diafragmiline. Kõrgenenud kalduvus soolte puhitusele, mis eriti esineb toitmisdefektide korral, takistades diafragma liikumist, soodustab samuti hingamishäireid.



Joon. 3. Enneaegse lapse hingamine esimestel elunädalatel.



Joon. 4. Cheyne-Stokes'i hingamistüüp enneaegsel lapsel esimestel elunädalatel.

Enneaegsete laste hingamise iseärasuste tundmaõppimisel on NSVL Tervishoiu Ministeeriumi Pediaatria Keskinstituudi poolt kindlaks tehtud huvitav nähtus. Nimelt peavad enneaegsed lapsed imemise ajal hinge kinni, mistõttu tekib perioodiline hingamisseiskus (joon. 5).

Kõik need häired kutsuvad esile organismi vaesumise hapniku poolest ja süsihappegaasi kogunemise kehha. Seepärast tuleb tõsist tähelepanu pöörata enneaegsete laste hapniku ja süsihappegaasi vahetuse tasakaalus hoidmisele, hingamishäirete profülaktikale ja asfüksiale, mis eriti kergesti tekivad toitmisdefektide puhul.

Arvestades enneaegse lapse rindkere omapärast ehitust ja ka hingamiseliitide ehitust, tuleb enneaegsele lapsele anda voodis säärane asend, mis võimaldaks diafragma vaba liikumist, s. t. on vajalik kõrge peaalune. Pea alla tuleb panna 1—2 väikest patja, soovitatav jöhvist või meriheintest.

Silmas pidades kopsude ja südame tegevuse tihedat seost, tuleb südame tegevust toetada 0,5%-lise kofeiinilahuse sisseandmisega $\frac{1}{2}$ —1 teelusikatäis mõni kord päevas (*sol. Coffeini natrio-benzoici* 0,5% 1 teelusikatäis 2—3 korda päevas või $\frac{1}{2}$ teelusikatäit 4—6 korda päevas, alates esimesest päevast pärast sündi 3—4 nädala jooksul).



Joon. 5. Perioodilised hingamisseiskused imemise ajal.

Sünnitusmajas, enneaegsete laste statsionaaris ja väike-lastekodus on soovitatav kõigile enneaegseile lastele anda esimese 2—3 elunädala jooksul pisut hapnikku (5—10 sekundit enne ja pärast iga toitmist ning kõigi manipulatsioonide puhul lapsega) (joon. 6). Hapniku andmine koos toitmisega on tähtis sellepärast, et toitmine, nagu toodud pneumogrammist nähtub, on enneaegsele lapsele tõsiseks koormuseks ning häirib kergesti keha gaasivahetust. Kõik nimetatud abinõud peavad kandma profülaktilist iseloomu. Nad on igasuguseis olukordades kergesti teostatavad ning tagavad suurt suremust põhjustava asfüksia vältimist. On soovitatav, et kõigis asutistes, mis teenindavad enneaegseid lapsi, oleks hapnikukott.

Kodustes oludes on asfüksia ähvardavaks sümptoomiks, sest ta nõuab kiiret ja kvalifitseeritud abi, mida kodus on hari-



Joon. 6. Hapniku andmine.

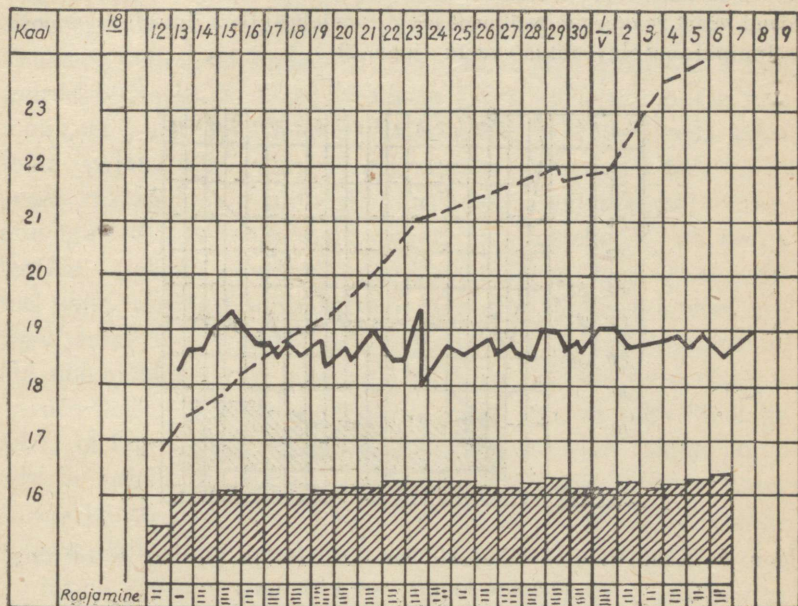
likult raske anda. Kõigepealt tuleb laps kiiresti lahti mähkida ja teha talle siis kunstlikku hingamist Silvesteri meetodi järgi, samuti südame massaaži. Soovitav on hapniku sissehingamine ja 10%-lise kofeiinilahuse süstimine nahaalusi 0,2 ccm.

Enneaegsete laste toitmine.

Enneaegsete laste toitmine on üks raskemaid ja tähtsamaid ülesandeid. Käsitelles enneaegsete laste toitmise küsimust tuleb tähelepanu pöörata järgmistele momentidele: toitmise sagedus, toitmise tehnika, toidu kaloriline väärtus ja toidu sisuline väärtus.

Enneaegsete laste üldine nõrkus, imemisrefleksi puudumine, suur kalduvus röhitustele ja oksendamisele kõneleksid nagu nende laste sagedase toitmise poolt, ja tõepoolest ongi tegelikult laialt rakendatud 10—16-kordset toitmist. Mida väiksem on lapse kaal, seda sagedamini teda harilikult toidetakse, minnes

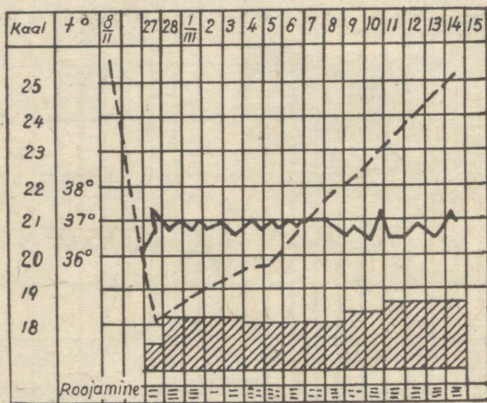
tihti kuni 20-kordse toitmiseni ööpäevas. Kuid selline sage toitmine rikub lapse rahu, ilma milleta aga on võimatu tema õige arenemine. Lapse sagedase toitmise tagajärjeks on tihti tema pidev kurnamine.



Joon. 7. Kaalu langus oskamatu hoolitsemise ja toitmise tõttu ning järgnev kaalu tõus kliinikus.

Laps K. Kaal sündimisel 2500 g, enneaegsus 1 kuu. Enneaegsuse põhjus — ema mingi nakkushaigus viimastel raseduskuudel. Sünnitusmajas ja edaspidi kodus pandi laps rinda imema algul iga 2 tunni tagant, hiljem aga $\frac{1}{2}$ —1 tunni järel. Öist vaheaega ei peetud. 23 päeva vanuselt võeti laps kliinikusse. Kaal oli selles vanuses langenud 1670 g-ni, laps oli äärmiselt kurnatud, nahk jäi seisvasse volti, nahaalune rasvkude puudus. Siseelundites leidis algav vasakpoolne kopsupõletik. Väga tumedad südametoonid. Laps tuli haiglasse diag-

noosiga: sünnipärane elujõuetus ja kopsupõletik. Kliinikus määrati lapsele 7-kordne toitmine emariinaga ja lisatoit väljalüpsitud rinnapiimaga + plasmoon: ühe kg kehakaalu kohta 120—125 kalorit. Esimestest päevadest alates hakkas lapse kaal kiiresti tõusma ja 3 nädala jooksul võttis laps kaalus juurde 700 g. Sama aja jooksul põdes ta läbi kopsupõletiku. Kõik see annab tunnistust lapse organismi heast reageerimisvõimest ning kõneleb ühtlasi ilmselt diagnoosi „sünnipärane elujõuetus“ vastu (joon. 7).



Joon. 8. Kaalu langus oskamatu hoolitsemise ja toitmise tõttu ning järgnev kaalu tõus kliinikus.

Laps M. Sünnikaal 2500 g, üks kuu enneaegne. Enneaegsuse põhjuseks arvatavasti abordid. Sünnitusmajas ja kodus asetati laps rinda imema iga 2 tunni järel, siis aga lapse kehakaalu langemise tõttu iga 1 tunni järel. 29 päeva vanuselt kliinikusse tulles kaalus laps 1800 g ja oli väga kurnatud. Kaelal vasakul pool lõua all leidis fluktueringiv tuimuna-suurune mädanik. Kliinikusse tulekul diagnoos: sünnipärane elujõuetus ja müosiit. Paise avati kohe. Selgus, et oli tegemist lõuaaluse süljenäärme mädase põletikuga.

Määrati 7-kordne emapiimaga toitmine ja lisatoit väljalüpsitud rinnapiimaga, 115—130 kalorit ühe kg kehakaalu kohta. Esimestest päevadest alates hakkas laps kiiresti kosuma ja võttis 15 päeva jooksul 600 g kaalus juurde (joon. 8).

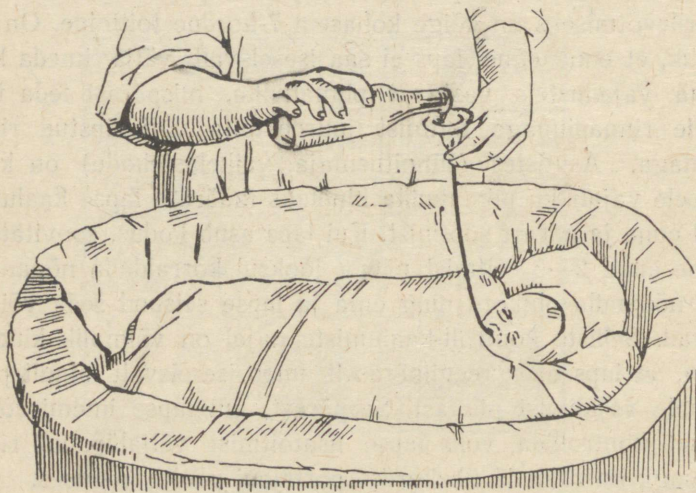
Need mõlemad juhud tõendavad ilmselt diagnoosi «sünnipärane elujõuetus» mitteõigustatust. Lapsed olid ebaõige režiimi, sagedase söötmise ja kroonilise alatoitmisega lihtsalt kurnatud. Küllaldase toidu määramine ning hariliku režiimi taastamine andsid häid tulemusi. Pediaatria Keskinstituudi enneaegsete laste kliiniku hulgaliste tähelepanekute põhjal on kindlaks tehtud, et lapse elu hoidmiseks ja korralikuks kaalu juurdevõtmiseks on kõige kohasem 7-kordne toitmine. On loomulik, et enneaegne laps ei saa iseseisvalt välja imeda kogu tema vajadustele vastavat piimahulka, mis pärast teda tuleb peale rinnapiimaga toitmist juurde toita väljalüpsstud rinnapiimaga. Asutistes (sünnitusmaja, väikelastekodu) on kerge lapsele vajalikku piimahulka kindlaks määrata lapse kaalumise teel enne ja pärast söötmist. Kui laps asub kodus, soovitatakse lapse emal 2—3 toitmist päeva jooksul korraldada nõuandlas, kui nõuandla olukord ning ema ja lapse seisund seda võimaldavad. Selliste kontroll-kaalumiste najal on võimalik kindlaks teha, et laps otse reeglipäraselt imeb iseseisvalt ainult poole temale vajalikust piimast. Seepärast, kui lapse imemisvõimet ei saa kontrollida, võib lapse lisatoitmist väljalüpsstud rinnapiimaga korraldada ühekordse portsjoni pooles koguses.

Näide: Laps kaalub 2000 g, tema ööpäevane toiduvajadus on järelikult 400 g ($\frac{1}{5}$ kehakaalust), s. t. 7-kordsel toitmisel saab ta 60 g iga toitmise ajal. Sel juhul tuleb lapsele iga toitmise järel 2—3 nädala jooksul juurde anda 20—30 g väljalüpsstud rinnapiima. Harilikult hakkavad lapsed õige hoolitsemise ja toitmise korral varsti aktiivselt imema ja lisatoitmise väljalüpsstud rinnapiimaga võib ära jätta.

Kaalu tõus on kõigi korralduste parimaks objektiivseks näitajaks.

Erilist tähelepanu nõuab toitmise tehnika. Enneaegsed lapsed harilikult kas ei ime üldse iseseisvalt või imevad loiult ja väsivad kiiresti. Mõned lapsed ei neela. Seepärast tuleb neile

piima anda sondi abil. Sondiks sobib kateeter nr. 13—15, mis on klaastoru kaudu ühenduses lehtriga (joon. 9). Sond viiakse sisse suu kaudu. Toitmise tehnika on väga lihtne, sest neil lastel puudub veel oksendamisrefleks. Sondi sisseviimine nina kaudu on hädaohtlik enneaegsete laste ninakäikude kitsuse ja limanahkade õrnuse tõttu. Sondi sisseviimisel nina



Joon. 9. Sondi kaudu toitmine.

kaudu võib tekitada limanahkade vigastusi ja esile kutsuda asfüksiahooge.

Sondi kaudu toitmine on enneaegsete laste puhul kõige ratsionaalsem toitmise meetod. Toitmisprotsessile ei kulutata seejuures üle 5 minuti. Peale selle mõjub lapsele hästi tema vabastamine nii kurnavast toimingust nagu imemine; ta areneb paremini ja võtab kaalus juurde.

Sondiga toitmisel esinevate komplikatsioonide vältimiseks tuleb tähele panna järgmisi reegleid:

Lapsele võib sondi sisse viia siis, kui laps on rahulikus olekus. Kui ta nutab või on rahutu, siis ei tohi seda teha. Enne ja pärast sondi sisseviiimist tuleb lapsel võimaldada 5—10 sekundit hapnikku hingata gaasivahetuse tasakaalu säilitamiseks.

Sond tuleb sisse viia ainult suu kaudu.

Nende juhendite jälgimisel ei kutsu korduv sondi sisseviiimine esile mingeid komplikatsioone.

Tunnustades selle toitmismeetodi kõiki paremusi peab siiski ütlema, et selle tähtsus on piiratud, sest seda võib soovitada ainult statsionaarides. Kodustes tingimustes tuleb tarvitada teisi abinõusid.

Juhul, kui laps ei ime ega neela, antakse talle toitu pipetiga nina kaudu. Selle toitmismeetodi tehnika on samuti lihtne ja iga ema võib selle lühikese ajaga omandada. Piim valatakse puhtasse klaasi, mis pannakse sooja vette, ja lastakse siis hariliku silmapipetiga tilkhaaval otse ninasõõrmetesse. Ohuvooluga tõmmatakse piim sisse ja ta voolab tagumist kurguseina kaudu söögitorusse. Harilikult muutuvad lapsed mõne päeva pärast aktiivsemaks, neil ilmub neelamisrefleks, ja siis võib juba piima anda lusikaga või sondiga suu kaudu, kuna imemisrefleksi ilmunisel pannakse laps rinna juurde. Kuni selle refleksi ilmuniseni tuleb laste rinna juurde asetamisest hoiduda. Sel perioodil soovitatakse last toita väljalüpstud rinnapiimaga.

Imemisrefleksi ilmunisel tuleb last esialgu toita nibukaitsja kaudu. See on ülemineku vormiks iseseisvale, aktiivsele imemisele. Piim pigistatakse nibukaitsjasse ja sealt imeb laps juba iseseisvalt. Ta kulutab selleks vähem jõudu, saab aga samal ajal piima juba otseselt rinnast. Kuid tuleb silmas pidada, et ka imemisliigutuste esinemise puhul laps sageli imeb tühjalt. Seepärast on lapse juurdetoitmine väljalüpstud rinnapiimaga esimese elukuu jooksul kohustuslik. Selleks ajaks kor-

raldub ka ema laktatsioon ja ta võib oma piimaga katta lapse toidutarbe.

Erilist tähelepanu nõuavad madala sünnikaaluga lapsed (alla 1500 g); nad vajavad statsionaari paigutamist. Esimeste elunädalate jooksul tuleb neid toita iga 2¹/₂ ja isegi iga 2 tunni järel. Kodustes tingimustes on tarvis neile regulaarselt hapnikku anda ja kindlustada nende eest pidev hoolitsemine. Kõigile enneaegseile lastele soovitatakse organismi veekaotuse vähendamiseks anda esimese elukuu jooksul vedelikku — füsioloogilist lahust glükoosiga 30,0—50,0 g ööpäeva jooksul (*Glucosae* 10,0, *sol. physiologicae* 100,0).

Ameerikas asetatakse lapsed sel eesmärgil kondenseeritud õhu tingimustesse¹.

Soolalahuste andmine soodustab vee säilimist organismis ja kaalu suurenemist. Vedelikku võib anda kas toitmise vaheaegadel, kui laps on rahutu, või öisel toitmise vaheajal.

Kolmetunnised toitmise vaheajad on füsioloogiliselt põhjendatud. Kirjandusest on teada, et enneaegsete laste mao fermentatiivne võime on esimestel elukuudel osalt alanenud. Alanenud fermentatiivse võime puhul võib tavaliselt märgata ka mao evakuatsiooni aeglustunud funktsiooni. Seetõttu viibib toit (rinnapiim) enneaegse lapse maos mitte vähem kui 2¹/₂ tundi. Samuti on teada, et toidu maos püsimise kestus ei olene ühekordse toiduannuse hulgast; järelikult toimub sagedaste toitmistekorral mao täitumine ka vähese piimahulgaga. Sellega nähtavasti seletuvadki visalt püsivad röhitused ja oksendamine enneaegsetel lastel.

Niisiis põhjustab sagedane toitmine lapsel seedimise füsioloogia häireid ja tema kurnamist.

Harilikult lõpeb asi sellega, et kahe kuu vanusena tuleb laps, kes on viidud raskekujulise hüpotroofiani, panna sega-

¹ Seal toimub temperatuuri, õhuvahetuse ja õhu niiskuse reguleerimine.

või isegi kunstlikule toidule. Selliste vahendite tarvituselevõtmine on aga enneaegsetele lastele väga ohtlik.

Kolmetunnised toitmise vaheajad mõjuvad hästi ka lapse emale, kes esialgu pärast sünnitamist rahu vajab. Sagedane toitmine segab ema und, kurnab teda ja viib piimahulga vähenemisele.

Kaksikute sündimisel määratakse kindlaks 7-kordne toitmine ööpäevas. Esialgu ei jätku emal piima ja lapsi tuleb juurde toita teise naise väljalüpsstud rinnapiimaga. Õigesti organiseeritud piima väljalüpsmise puhul jätkub sünnitusmajades väljalüpsstud rinnapiima alati küllaldaselt määralt. Soovitatav on, et ema ka pärast sünnitusmajast väljakirjutamist sealt mõne aja vältel väljalüpsstud rinnapiima saaks. Edaspidi korraldub emal laktatsioon ja ta toidab ise mõlemaid lapsi. Neil juhtudel, kui emal on piima vähe, võib teda varustada väljalüpsstud piimaga rinnapiima kogumise punkti kaudu või lapsed segatoitmisele üle viia, määrates vahel võipiima, kahekuuselt aga B-riisi või B-kaera (herkulot) ($\frac{1}{3}$ tummi + $\frac{2}{3}$ piima). Kahel esimesel kuul on otstarbekam määrata kunstlikku toitu vähestes annustes rinnapiimaga kombineeritult.

Mõned autorid arvavad, et enneaegsed lapsed vajavad kiire kasvutempo tõttu ööpäeva jooksul suuremal määralt toitu (160—180 kalorit 1 kg kehakaalu kohta). Teised, vastupidi, on arvamusel, et enneaegsed lapsed rahulduvad vähese liikumise, üldise nõrkuse ja seede-elundite alanenud fermentatiivse võime tõttu väiksema toiduhulgaga (70—90 kalorit 1 kg kehakaalu kohta). Meie tähelepanekud näitavad, et õige toitmise-tehnika, küllaldaste toitmisvaheageade säilitamise ja hoolsa soojendamise korral arenevad enneaegsed lapsed 110—130 kalori puhul 1 kg kehakaalu kohta hästi; ööpäevane toiduhulk vastab seejuures $\frac{1}{5}$ lapse kehakaalule. Sama hulk määratakse esimestel elukuudel ka normaalsele imikule. Suur toiduhulk kutsub esile

pideva rõhitamise ja oksendamise, milledele enneaegseil lastel üldse on kalduvus.

Enneaegsete laste õigeks arenemiseks on eriti tähtis toidu doosimine, õigeaegne toidu hulga suurendamine ja toidu koostise muutmine.

Küllalt sagedased on juhud, kus emal on pärast sünnitust piima veel vähe ja laps ei saa söönuks. Kaalu langus ja lapse üldise seisundi halvenemine on vahelesegamise signaaliks. Kontrollimiseks ja edaspidiste abinõude tarvituselevõtmiseks määratakse nõuandlas kindlaks lapse poolt väljajäetud piima hulk, last enne ja pärast söötmist kaaludes. Neil juhtudel antakse lapsele lisatoitu väljalüpsitud rinnapiima või vähese hulga võipiima näol (3—5% suhkrut, 1—2% jahu). Harilikult vajab laps sellist juurdetoitmist ainult väga lühikest aega. Õige režiimi korral suureneb emal piima hulk kiiresti ja siis jäetakse lisatoit ära. Võipiima andmine on sageli näidustatud ka sisulisest küljest (valgu, süsivesikute ja soola hulga suurendamine).

Kõige sobivamaks toiduks on enneaegsele lapsele rinnapiim. Igasuguseid surrogaate ja kunstlikke segusid omastavad nad halvasti; seepärast peab enneaegne laps esimestel elukuudel olema rinnapiimaga kindlustatud ja alles pärast 1¹/₂—2 kuud võib äärmistel juhtudel määrata segatoitmist. Segu ei anta aga mitte iseseisva toidukorrana, vaid rinnapiimaga kombineeritult; näiteks 50 g segu või võipiima ei määrata mitte üheks korraks, vaid 3—4 toidukorra peale. Seejuures ei ole tarvidust määrata äärmiselt lahjendatud segusid. Ülalnäidatud toitmismeetodi korral omandab enneaegne laps juba 1¹/₂—2-kuuselt hästi nr. 3 B-riisi ja B-kaera.

Kui laps areneb hästi, siis ei ole tarvidust varakult anda igasuguseid toidu ingrediense. Kuid on juhtumeid, kus laps rinnapiima saades halvasti areneb ja küllaldast kaalu kasvu ei näita. Seda võib tavaliselt märgata väga enneaegsete laste juures. Puudulikku kaalu kasvu on võimalik kindlaks teha kolmandal

elu-dekaadil ehk esimese kuu lõpul ja siis on otstarbekohane määrata valgurohket või valgu- ja süsivesikuterohket toitu (plasmoon, kohupiim või võipiim suhkruga ja jahuga). Plasmoon on lehmapiimast valmistatud vabrikupreparaat, mis sisaldab ligi 80% valku ja mida ka kõige pisemad lapsed hästi omastavad. Plasmooni doosimine: 1—2% ööpäevasest toiduhulgast. Valmistamisviis: täpselt kaalutud plasmooni kvantum lahustatakse rinnapiimas vahekorraga 1 : 10 ja keedetakse kogu aja segades mõni minut väikesel tulel. Saadud pudrutaolist massi lisatakse 10—15 g kaupa rinnapiimale 2—3 korda ööpäevas. Arvestus tehakse järgmiselt: oletame, et laps saab ööpäevas 400 g piima, järelikult määratakse talle 1%, s. o. 4 g plasmooni, mis lahustatakse 40 g väljalüpsstud piimas ja antakse 10 g kaupa neljal toidukorral. Kuivas olekus plasmoon ei rikne ja on väga sobiv täpseks doosimiseks. Ta ei tekita kunagi halbu kõrvalnähte ja omastatakse hästi.

Laps Z. Sünnikaal 2000 g, 1½ kuud enneaegne. Enneaegsuse põhjus teadmata. Kliinikusse võetud 15 päeva vanuselt, kaaluga 1700 g. Määratud 7-kordsele rinnaga toitmisele + väljalüpsstud rinnapiim; kuu lõpul lisatakse 1% plasmooni. 1 kg kehakaalu kohta 115—125 kalorit. Laps võttis kuu jooksul juurde 820 g.

Seni ei ole plasmoon leidnud kuigi laialdast tarvitamist tema müügilt puudumise tõttu.

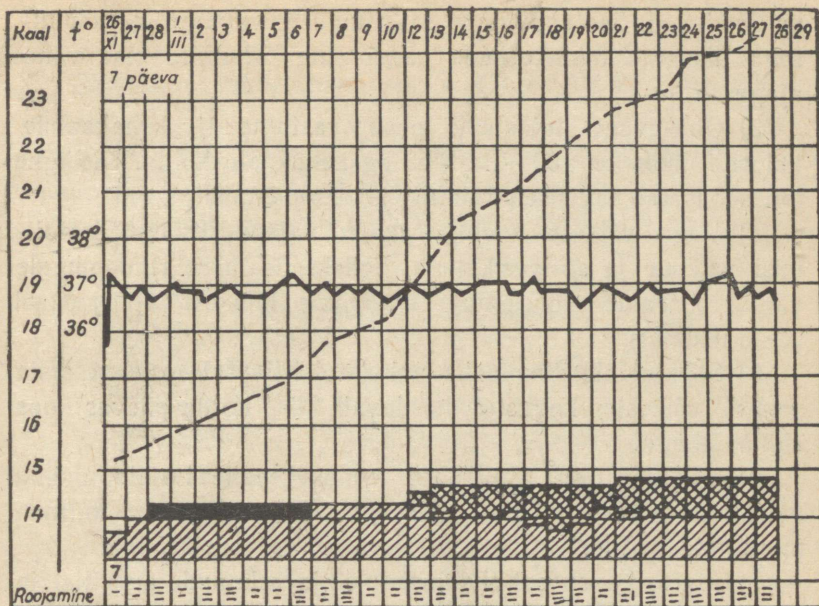
Kergemini kättesaadav produkt on kohupiim. Lapsed omastavad kohupiima hästi ja võtavad kiiresti kaalus juurde. Kohupiima antakse kaks korda rohkem kui plasmooni, arvesse võttes tema suurt veesisaldust (kuni 50%). Tarvitamisviis: isehapendatud või laabi-kohupiim hõõrutakse kaks korda läbi peene sõela, lahjendatakse rinnapiimaga vahekorraneni 1 : 10 ja lisatakse vähesel hulgal peatoidule. Kohupiim rikneb plasmooniga võrreldes kiiresti, seetõttu võib teda kodustes tingimustes tarvitada ainult õige valmistamise puhul ja sedagi ainult külmal aastaajal. Kiire riknemise tõttu ei ole kohupiim massiliseks tarvitamiseks sobiv.

Kõige kohasem segu on võpiim (1—2% jahu, 3—5% suhkrut). Enneaegsed lapsed omastavad võpiima hästi ja võtavad kaalus suurepäraselt juurde, sest võpiim sisaldab valku, soolaid ja süsivesikuid — seega kõike, mida organism normaalseks arenemiseks vajab. Võpiima peab samuti andma rinnapiimaga kombineeritult (10—12 g haaval 2—3 korda). Pediaatria Keskinstituudi enneaegsete laste kliiniku tähelepanekute järgi annab valgurohke toit esimestel elukuudel süsivesikuterohke toiduga võrreldes paremaid tulemusi.

Laps K. Sünnikaal 1700 g, 2 kuud enneaegne. Enneaegsuse põhjus — endokardiit, mistõttu ema 8-ndal päeval pärast sünnitust suri. Laps võeti enneaegsete laste kliinikusse 7 päeva vanuselt kaaluga 1400 g. Talle määrati 7-kordne toitmine väljalüpsstud rinnapiimaga + võpiim väikeste hulkadena (10 g viisi) kolm korda. Üldine ööpäevane toiduhulk vastas $\frac{1}{5}$ kehakaalule, kalorite hulk 120 ühe kg kehakaalu kohta. Teisel elukuul hakkas laps ühel toidukorral võpiima saama. $1\frac{1}{2}$ kuu vanuselt asendati võpiim B-riisiga. Laps võttis kuu jooksul kaalus 730 g juurde (joon. 10).

Enneaegsete laste ainevahetuse mõnede erinevuste tõttu on soovitav neile tõhustustoitu määrata harilikust pisut varem. 4—4 $\frac{1}{2}$ kuu vanuselt võib neile hakata andma putru ning 5—5 $\frac{1}{2}$ kuu vanuselt puuviljakisselli. Seejuures on otse kohustuslikuks tingimuseks anda tõhustustoitu väga väikestes annustes, ilma et rinnaga toitmist muudetaks. Putru söödetakse 10—20 g (2—4 teelusikatäit) kaupa 2—3 korda lisaks rinnapiimale. Sama põhimõtet rakendatakse ka iga teise uue toidu andmisel enneaegsele lapsele.

6-kuuselt võib ühe rinnaga-toitmise korra asendada pudru ja kisselliga. Selleks ajaks saab laps ööpäevas juba 5 korda toitu — iga 4 tunni järel päeval; öine vaheaeg kestab 8 tundi. 6-kordsele toitmisele üleminek võib toimuda 3-kuuselt, 5-kordsele — 5-kuuselt. Aedviljapüreed lihapuljongiga hakatakse andma 6-kuuselt, lihapüreed 7-kuuselt. 6—7-kuuselt võib hakata andma munakollast, paksemat putru (8%), võid ja kuivikuid.



Joon. 10. Lapse K. kaalukõver seitsmekordse toitmise puhul.

Suvisel ajal on soovitatav täispiimale üle minnes anda hapusid segusid — keefirit ja hapupiima. On keelatud last suvel rinnast võõrutada.

Kokku võttes enneaegsete laste toitmise peamisi nõudeid märgime järgmist:

1) Toitmise efekti saavutamiseks tuleb tõsist tähelepanu osutada toitmise tehnikale. Arvestades enneaegse lapse üldist nõrkust ja arenematust tuleb teda vabastada iseseisva imemise vajadusest. Statsionaarides viiakse see läbi sondiga toitmisel teel, kodustes tingimustes aga andes väljalüpsitud rinna- piima pipetiga või lusikaga.

2) Enneaegsele lapsele peab tingimata võimaldatama sellised tingimused, mis tema seedimist ja üldist toidu omastamist

kergendavad. See saavutatakse 3-tunniste vaheaegade pidamisega üksikute toidukordade vahel ning 6-tunnise öise vaheajaga.

3) Ööpäevane toiduhulk peab vastama $\frac{1}{5}$ kehakaalule, kalorite hulk on 130—160 ühe kg kehakaalu kohta. Üleliigne toit soodustab tavaliselt rõhitusi ja oksendamist.

4) Väga väikese kaaluga lapsed vajavad esialgu lisatoitmist valkude ja süsivesikutega. Selleks lisatakse rinnapiimale valgupreparaate või antakse võipiima lühikese aja jooksul (2—3 nädalat).

5) Segatoidule ülemineku puhul tuleb lapsele esialgu anda segusid väikestes kogustes, korduvalt 2—3 korda päevas koos rinnapiimaga.

6) Tõhustustoitu hakatakse enneaegsetele lastele andma veidi varem (4—4 $\frac{1}{2}$ -kuuselt), seejuures rinnapiimaga toitmist muutmata.

7) Alates kuuendast elukuust tuleb lapsele anda aedvilja- ja puuviljatoite.

Alates 1 kuu vanusest vajab enneaegne laps C-vitamiini kas ekstraktide või loomulikude aedvilja-, puuvilja- või marjamahlade näol. Alata võib 1 teelusika suuruse annusega, suurendades mahla hulka iga 5—6 päeva tagant, nii et laps saaks 2-kuuselt 20—25 g mahla või 1 teelusikatäis ekstrakti.

Arvamus, nagu võiksid mahlad esile kutsuda düspeptilisi nähte — oksendamist ja kõhulahtisust, ei ole millegagi põhjendatud. Düspeptilised nähud ilmuvad ainult käärima läinud ja ebapuhaste mahlade tarvitamisel. Seepärast ei tohi mahla järgmiseks päevaks ette valmis teha. Käed pestakse enne mahla valmistamisele asumist hoolikalt seebiga puhtaks. Nõud ja mahla pigistamise marli tuleb enne mahla valmistamist läbi keeta. Hapud mahlad magustatakse suhkrusiirupiga, aga mitte suhkruga (suhkrusiirup valmistatakse korruga mitmeks päevaks, suhkrut vähesse veega keetes).

Mahla võib lapsele anda toitmisvaheaegadel, kui laps on ärkvel, või ka pärast söötmist.

Ekstrakte lahjendatakse veega, lisades maitse järgi suhkrusiirupit.

Kõigi nende nõuete silmaspidamisel ei põhjusta mahlade andmine kunagi düspeptilisi nähte.

Lapsele võib anda askorbiinhapet 0,025—0,04 g ööpäevas.

Rindade eest hoolitsemine.

Enneaegsete sünnituste puhul on sagedaseks tüsistuseks rinnanäärmete puudulik laktatsioon.

Süsteemaatiline piima väljalüpsmine pärast iga toitmist koos ema õige režiimiga on parim abinõu ema piimaanni kiireks tõstmiseks. Rindade pakatamise vältimiseks tuleb piim välja pigistada käega, sest rinnapumbad vigastavad tavaliselt õrna rinnanibu nahka.

Eriti sagedasti tekivad tüsistused rindade ja rinnanibude juures sagedase söötmise, ebaõige rindade eest hoolitsemise ja hügieeni peanõuete mittetäitmise tõttu. Rinnanibusid ei ole tarvis iga söötmise eel pesta. See kutsub esile naha pakatamist ja pragunemist ning võib ema organismi vastupanuvõime vähenemisel põhjustada rinnanäärmete põletikku.

Küllalt on sellest, kui rinda pestakse hommikuti sooja vee ja seebiga ning kuivatatakse puhta rätikuga. Niihästi pesu kui ka käterätikut on soovitatav sageli vahetada. On esinenud juhtumeid, kus nõrga enneaegse lapse sündimisel seotakse emal piimarohkuse pärast rind kinni, selle asemel et piima regulaarselt välja lüpsata. Sünnitusmajade pediatrid peavad igati võitlema seda laadi lapse elule kahjulike ja ohtlike võtete vastu. Hügieeni peanõuete (puhtaks pestud rind ja käed ning puhas pesu) silmaspidamisel ei tekita piima väljalüpsmine kunagi tüsistusi. Rinnanibude pakatised ja mastiit tekivad tavaliselt

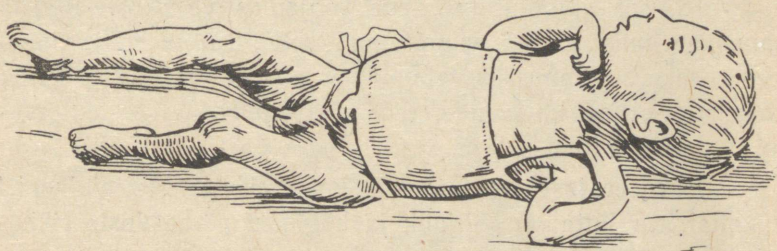
hügieeninõuete mittetäitmise tõttu; rinnanibude naha matse-ratsioonid on põhjustatud rindade liigsest pesemisest ja lapse sagedasest imemapanemisest. Rinnanäärmete puuduliku hoolitsemise otseseks tagajärjeks on tervel real juhtudel varajane üleminek sega- ja kunstlikule toidule. Enneaegsete laste kliinikus aastate jooksul tehtud tähelepanekud näitavad, et niihästi rinna ühekordse pesemise puhul hommikuti sooja vee ja seebiga kui ka rinnanibude naha korduvate pesemiste puhul iga söötmise eel on rinnanibude naha bakteriaalne mustus ühesugune. Niihästi ühel kui ka teisel juhul leitakse stafülokokke ja sartsiiine. Pakatiste ja mastiidi sagedus on tunduvalt väiksem rinna ühekordse pesemise puhul.

Naba eest hoolitsemine.

Kõige vastutusrikkam ja raskem on enneaegse lapse eest hoolitsemine tema esimesel elukuul, ajal, mil lapse organismi funktsioonide arenematus esineb kõige teravamalt. Sellel perioodil tuleb tõsist tähelepanu osutada nabale ja naba haavale (joon. 11).

Nabaväädi mumifikatsiooni ja irdumise protsess enneaegsetel lastel tavaliselt pikeneb. Harva irdub nabaväät 5—7 päeva jooksul, nagu see sünnib ajalise lapse juures. Harilikult toimub see teisel elunädalal, mõnikord aga ka 20.—25. päeval. Mida väiksem on lapse kaal ja mida rohkem ta on enneaegne, seda kauemaks lükkub nabaväädi irdumine. On tähtis, et sünnitusmajade ja lastenõuandlate arstid juhiks ema tähelepanu nabaväädi eest hoolitsemise vajadusele, kuid nõuda selleks sagedast nõuandlas käimist ei ole vajalik. Tuleb õpetada, kuidas toimida igapäevasel sidumisel. Nabale pannakse kuiv steriilne marlilapp. Sideme asemel, mis sageli ära libiseb, urineerimisel märjaks saab ja lapse õrna nahka ärritab, võib kasutada Flick'i põllsidet (joon. 11). Nelinurkne pestud riide-

tükk suurusega 6×6 cm palistatakse servadest. Selle külge õmmeldakse kaks paari paelu põllsideme keha ümber kinnitamiseks ja üks pikk pael, mis visatakse üle õla. See tuleb kaela tagant teise õla kaudu alla ja kinnitub ülemise horisontaalse ääre külge. Need põllsidemed vähendavad sidumismaterjali tarvitamist sünnitusmajas ja lastenõuandlas. Nende suureks paremuseks on veel seegi, et nad väldivad lapse naha ärritamist märja sidemega. Nimetatud põllsidemeid pestakse ja steriliseeritakse või triigitakse kuuma triikrauaga. Vahetuseks läheb tarvis 4—6 säärast põllsidet.



Joon. 11. Flick'i põllside.

Pärast nabaväädi irdumist põletatakse haava joodiga ning pannakse peale steriilne marlilapp. Neil juhtudel, kui pärast nabaväädi irdumist nabahaav on märg ja kergelt mädaneb, pestakse teda iga päev vesinikülihapendiga, põletatakse joodiga ning pannakse peale steriilne lapp steriilse õliga. Säärase ravi puhul paraneb nabahaav harilikult kiiresti. Lapse igapäevane nõuandlasse toomine naba sidumiseks, nagu seda tavaliselt tehakse, ei ole isegi funguse esinemisel tarvilik. Ei ole soovitatav nabahaava põrgukiviga mitmel korral põletada, sest see tekitab põletikku ja takistab paranemist. Õige hoolitsemise korral toimuvad nabaväädi irdumine ja nabahaava paranemine harilikult ilma igasuguste kõrvalnähtudeta.

Hügieeniline režiim.

Nagu kõik lapsed, nii vajab ka enneaegne laps varases eas korralikuks kasvamiseks ja arenemiseks vastavat hügieenilist režiimi.

Pärast nabaväadi irdumist vannitatakse enneaegset last iga päev või ülepäeviti, olenevalt lapse kehakaalust. Soe vann on lapsele vajalik mitte ainult tema keha puhtuse hoidmiseks, vaid ka hingamise ja vereringe tõhustamiseks.

Kui lapsel esinevad üldise arenematuse sümptoomid väga tugevasti, siis vannitatakse teda soojemas vees ($39-40^{\circ}$) ja pannakse talle pärast vannitamist selga varem soojendatud pesu. Kõik vannitamiseks vajalikud asjad ja pesu peavad olema käepärast, et last mitte külmetada. Aeg-ajalt võib vee temperatuuri alandada kuni 37° -ni.

Enneaegset last külmetamise kartusel esimestel elukuudel vannitamata jätta on kahjulik ja hügieeni peaseaduste rikumine.

Enneaegse lapse õige arenemise ja kasvamise nõutavaiks eeltingimusteks on samuti ka regulaarne jalutuskäik ja ruumi õhustamine. Soojal aastaajal hoitakse aknad kogu päev lahti. Talvel võib tuba õhustada ka lapse toas viibimisel, asetades tema voodi aknast kaugemale ja kattes ta soojalt kinni.

Esimese jalutuskäigu võib Nõukogude Liidu keskosas talvel sooritada mitte alla -10° õhutemperatuuril vaikse ilmaga. Jalutuskäike soovitatakse alustada 10—20 minutiga, nende kestust aeg-ajalt pikendades. Peab silmas pidama, et parem on last päevas kaks korda välja viia, kui teha seda üks kord pikemat aega. Esmakordselt on soovitatav jalutuskäigu ajaks lapse jalgade juurde asetada soojuti ja laps soojalt, kuid kergelt riietada (joon. 12). Laps peab välisõhus rahulikult magama ning tagasitulekul peavad ta jäsed soojad olema. Kui laps muu-



Joon. 12. Õues viibimine.

tub väljas kahvatuks või siniseks ning on rahutu, tuuakse ta kohe tuppa ja selgitatakse nende nähtuste põhjus. Soojal aastaajal võib last kolmandast nädalast alates hakata õue viima ja lasta tal seal kauem viibida. Kuumadel päevadel riietatakse laps kergelt ja hoitakse varjus, et vältida päikesekiirte otsesest mõju. Liiga soe riietus ja päikese käes viibimine mõjuvad lapse seisundile halvasti, ajendades sageli tõsisemaid haigestumisi.

Enneaegsete laste füüsiline ja psüühiline arenemine.

Enneaegsete laste arenemine esimese elukuu jooksul erineb teataval määral ajaliselt sündinud laste omast.

Füsioloogiline kaalu langus on enneaegseil lastel tunduvalt suurem, samuti kui kaalu kasv toimub harilikult palju aeglasmalt. Suur kaalu kaotus sünnitusmajas, mis sageli moodustab kuni 20% esialgsest kaalust, on ebaõige soojendamise, toitmise ja mitteküllaldasel määral vedeliku andmise tagajärg. Tundes enneaegse lapse erinevusi võib profülaktiliste vahendite abil ja õige ümbruse organiseerimise teel kaalu langust takistada.

Enneaegsed lapsed kahekordistavad oma kaalu teise ja kolmanda elukuu vahel, kolme- või neljakordistavad oma kaalu kuueks ja kuueks aastaks selle aasta jooksul. Sel viisil jõuab enamik enneaegseid lapsi samavanustele ajaliselt sündinuile järele. Kuid neid lapsi, kes liiga madala sünnikaalu tõttu siiski ei saavuta toodud näitajate alusel normaalkaalu, ei tule veel arvata hüpotroofikute hulka. Enneaegse lapse hüpotroofia määramisel ei arvestata mitte ainult tema olemasolevat kaalu, vaid ka sünnikaalu. Keskmise kaalu kasv esimestel elukuudel on 600—800 g, kusjuures see järgmistel kuudel aegajalt alaneb, s. t. kaalu kasvu näitajad on samad, mis ajalisel lapsel. Kui laps võtab kaalus juurde ainult 200—300 g kuus, siis viib see hüpotroofiani, mis on enneaegsete laste seas ebaõige hoolitsemise ja toitmise tagajärjel laialdaselt levinud.

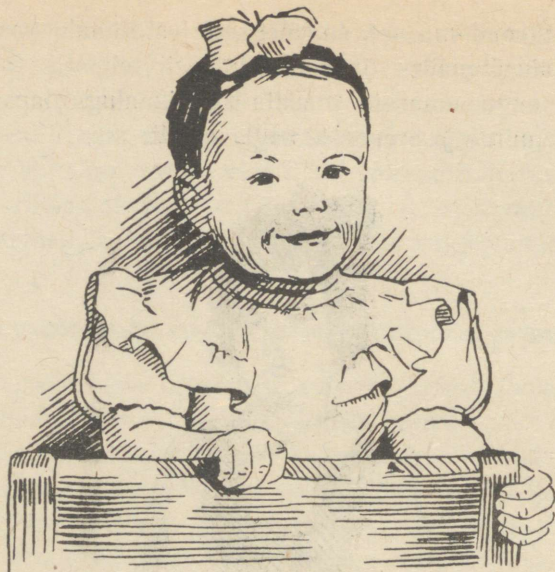
Peab tähendama, et enneaegsete laste kaalu kasv toimub kõigis kaalurühmades ühevõrra intensiivselt. Ei vasta tõele arvamus, nagu võtaksid madala sünnikaaluga lapsed kaalus halvemini juurde ja areneksid aeglasemalt.



Joon. 13. Laps G. 5 aasta vanusena. Kaalus sündides 1200 g.

Lapse pikkus suureneb 2—4 cm kuus, keskmiselt 30—40 cm aastas.

Oma psüühilise arenemise poolest ei erine enneaegsed lapsed ajalistest. Mõnedes maades laialt levinud arvamus enneaegsete laste psüühilise mahajäämuse (joon. 13) ja mitte-täis-



Joon. 14. Laps H., vanus 1 a. 1 k., kaalus sündides 1150 g.



Joon. 15. Laps B., vanus 10¹/₂ k.

väärtuslikkuse kohta on ilmselt tendentslik ning faktidele vasturääkiv (joon. 14).

Närvisüsteemi arenemine toimub enneaegsetel lastel esimestel kuudel pärast sündi samadel alustel nagu ajalistel lastel.

Edaspidi ei erine enneaegne laps mitte milleski teistest samaealistest lastest.

Õige kasvatusel puhul toimub liigutusoskuste arenemine, samuti ka kõnevõime arenemine, normaalseil tähtaegadel.

Sel viisil jõuavad enneaegsed lapsed nende elu õige organiseerimise puhul juba alates esimesest päevast pärast sündi nii füüsilise kui ka psüühilise arenemise suhtes ajalistele lastele järele, ja seda eriti siis, kui õigeaegselt võetakse tarvitusele profülaktilised vahendid (joon. 13—15).

Mitmesuguste haiguste kliinilised nähud ja ravi.

Enneaegsete laste organismi reageerimisvõime.

Enneaegse lapse organismi üldine arenematus ei ilmne mitte ainult tema eluviiside omapärasuses, vaid ka organismi reageerimise erinevuses nakkushaigustele.

Pealiskaudse käsitluse ja enneaegsete laste puuduliku tundmise korral on raske haigust õigel ajal ära tunda. Sellega ongi seletatav laialt levinud arvamus, nagu kulgeks enneaegsetel lastel suurem osa haigusi ilma sümptoomideta, samuti ka suur valediagnooside arv (lahkumineku kliinilise ja anatoomilise diagnoosi vahel) ja laialt tarvitatud diagnoos: kaasasündinud elujõuetus surma ainuke põhjus.

Ometi saab haigust praegusaja teadmistega enamikul juhtudel täpselt ja õigeaegselt diagnoosida ning selles suhtes ei või enneaegsed lapsed kõigi teiste varase-ealiste lastega võrreldes eri olukorras olla.

Kesknärvisüsteemi häirete puhul (trauma, nakkus) ei esine enneaegseil lastel harilikult krampe. Nakkusprotsessiga ei kaasne neil sageli temperatuuri tõusu; nii näiteks võivad meningiit, kopsupõletik ja sepsis kulgeda normaaltemperatuuriga. Kopsupõletiku puhul puuduvad iseloomulik kopsupõletiku-

line kõha ja tähkv hingeldamine — sagedasemad ning iseloomulikud sümptomid ajalistel lastel ja täiskasvanuil kopsupõletiku korral.

Kliinilised tähelepanekud näitavad, et enneaegsete laste haigestumine kannab harilikult üldist ning mitte kohalikku iseloomu. Bakteritsiidsed, hemolüütilised ja antitoksilised vereomadused on neil ajaliste laste verrega võrreldes nõrgenenud (Hammerstein). Mädaste protsesside puhul toimub neil fibriini tekkimine loiult (Ylppö), kuigi perifeerse vere muutused kannavad nakkuse sissetungimisel harilikult sama iseloomu, mis ajalistel lastel (kõrge leukotsütoos, segmenttuumaliste, kepptuumaliste ja noorte vormide suurenemine, erütrotsüütide setereaktsiooni tunduv kiirenemine).

Kui arvestada enneaegse lapse organismi üldist labiilsust ja alanenud reageerimist, siis peab profülaktikat ja haiguste varajast ravi teostama eriti energiliselt.

Profülaktilistest abinõudest osutuvad tõhusamaiks lihastesisesed ema või isa tsitraat- või värske vere süsted 5 ccm 3—4 korda ülepäeviti. Suuremal osal juhtudest soodustab see söögiisu ja põhjustab kaalu tõusu. Hemoteraapia annab mitmesuguste haiguste puhul häid tulemusi, kuid ainult üsna algstaadiumis või prodromaalperioodil. Tehnika lihtsus teeb hemoteraapia nõuandlate ja ambulatooriumide töös väga väärtuslikuks meetodiks.

Häid tulemusi saadakse mõnikord ka hormoonpreparaatide tarvitamisel (prolaan, follikuliin, travidaan jne.), samuti rasedate seerumitega või verega kaheksandal-üheksandal kuul. Kuid real juhtudel on hormonaalne teraapia tagajärjetuks osutunud, mistõttu ta ei ole ka laiemalt levinud. On võimalik, et pluriglandulaarne teraapia oleks tõhusam. Nimetatud preparate tuleb naha alla viia 0,2—0,3 ccm ülepäeviti 2—3 nädala jooksul.

Aju verevalumid.

Lahkamisandmete põhjal on kindlaks tehtud, et enneaegsete laste kõige sagedasemaks surma põhjuseks on aju verevalum. Seda võib seletada nende veresoonte omapärase ehitusega. Plastilise koe nõrga arenemise tõttu on neil veresoonte seinad vähe vastupidavad ning veresooned rebenevad sünnituse väituste mõjul kergesti. Peale selle tuleb arvestada, et sünnitusakt osutub enneaegsele lapsele suureks traumaks, kuna tema pea peab läbima veel ettevalmistamata sünnitustee. Harilikult ei jõua koljuluud sünnitusemomendiks veel kokku kasvada ja pea konfiguratsiooni puhul vigastuvad esimeses järjekorras need sooned, mis viivad *sinus longitudinalis*'esse. See on sagedasem verevalumi koht. Harva leidub verevalumeid ka aju põhimikul ja väikeaju piirkonnas, veel harvemini aju kambreis ja aju olluses.

Vaatamata aju verevalumite sagedusele on nende kliiniline diagnoosimine raske, sest iseloomustavad sümptoomid, mis ajalistel lastel sel puhul harilikult esinevad, kas puuduvad üldse või võivad olla mitte verevalumi, vaid üldise arenematuse tagajärjeks.

Nii ei ole enneaegsetel lastel verevalumite puhul krampe, kuna ajalistel lastel on krambid seejuures kõige sagedasemaks sümptomiks. Mis puutub teistesse tunnustesse, nagu imemise ja neelamishäired ning asfüksiahood, siis võivad need enneaegsetel lastel olla üldise arenematuse tagajärjeks.

Kuid kõigile raskustele vaatamata võib suurel hulgal juhtudest määrata aju verevalumi diagnoosi õigeaegselt. Seejuures ei tule arvestada mitte ainult kliinilisi sümptomeid, vaid ka anamneesi andmeid — sünnituse anamneesi.

Kuivad sünnitused, kiired ja pikalevenivad sünnitused, samuti operatiivne vahelesegamine sünnitusakti ajal soodustavad aju verevalumit.

Sellise trauma kliinilised nähud ei ole praeguseni veel küllaldaselt selgitatud. Kuid on rida sümptome, mis lubavad oletada aju verevalumit. Äge kollatõbi, korduvad asfüksiahood, imemis- ja neelamisrefleksi puudumine võrdlemisi hea kaalu puhul, korduv oksendamine ja suur kaalu kaotus esimestel elupäevadel — kõik see viitab sünnitustrauma olemasolule.

Mitte kõik aju verevalumiga lapsed ei hukku esimestel elupäevadel; suur osa neist jääb ellu. Seda tõendavad vanade verevalumite jäljed lastel, kes surevad esimestel elukuudel infektsiooni tagajärjel, samuti arenevad peaaegu paralüüsid (Little'i sümptoomkompleks).

Laialdased verevalumid kutsuvad mõnikord esile organismi proteiin-autointoksikatsiooni ja surma 2.—3. elunädalal aseptilise iseloomuga toksikoosi nähtudega verevalkude imendumise tõttu (NSVL Tervishoiu Ministeeriumi Pediaatria Keskinstituudi enneaegsete laste kliiniku tähelepanekud).

Ravi on järgmine. Lapsele määratakse täielik rahu, südamevahendeid seepidisel või nahaalusi vastavalt korraldustele, hapnikku ja küllaldane soojendamine. Selliseid lapsi ei tohi rinna juurde asetada, neid tuleb toita voodis sondi või pipeti abil, sest et nad ei ime ja neelavad halvasti.

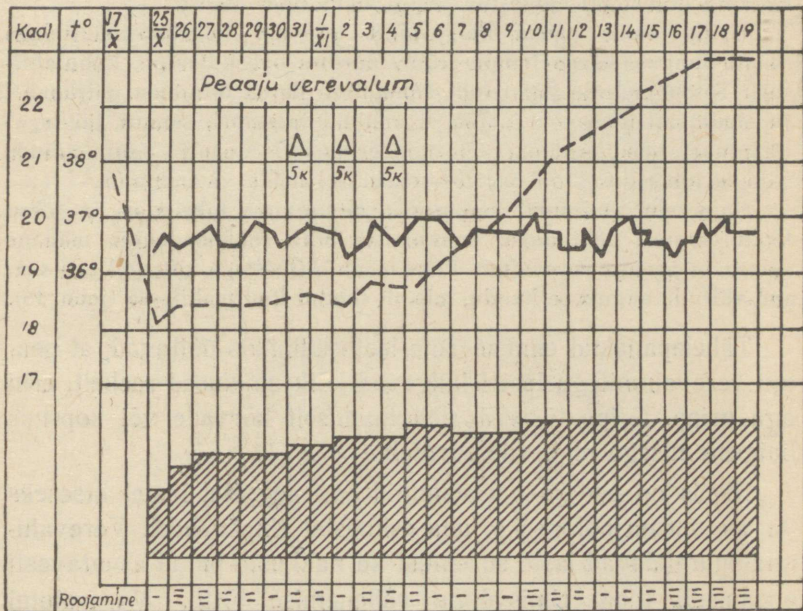
Häid tulemusi annab hemoteraapia (5 ccm tsitraatverd 3—5 korda lihasesisesi).

Laps Š. Sünnikaal 2100 g, 2½ kuud enneaegne. Enneaegsuse põhjus — ema südamehaigus subkompenseeritud nähtudega ja abordid.

Sünnitus oli pikaleveniv, laps sündis asfüksias. Asfüksiahood kordusid esimestel elupäevadel. Peale sünnitusmajast väljakirjutamist täheldatav raske tsüanoos toiduvõtmise järel. Korduvate asfüksiahoogude tõttu paigutati laps 8 päeva vanuselt kliinikusse. Kaal oli 1800 g. Vastuvõtmisel esines uuesti asfüksiahoog. Arvestades anamneesi (pikaleveniv sünnitus), korduvaid asfüksiahooge, intensiivset kollatõbe ja nõrka imemisvõimet, diagnoositi, vaatamata võrdlemisi heale sünnikaalule: peaaegu verevalum. Määrati pidev hoolitsemine, soojendamine, sondi kaudu toitmine, hapnik ja südamevahendid. Kliinikus jäid asfüksiahood ära, kuid püsisid üldine loidus ja halb

kaalu kasv. Peale hemoteraapiat hakkas laps aktiivselt imema ja kaalus juurde võtma. 20 päeva kestel võttis ta juurde 600 g (joon. 16).

Laps U. Sünnikaal 1500 g, 2¹/₂ kuud enneaegne. Enneaegsuse põhjus — ema abordid, psüühiline trauma ja gripp mõni päev enne sünnitamist. Sünnitus pikaleveniv, kunstlik lootepeie avamine. Laps sündis asfüksiaga ja järgnevail päevil sünnitusmajas märgiti korduvaid asfük-



Joon. 16.

siahooge, mistõttu laps viidi 4 päeva vanusena enneaegsete laste kliinikusse. Kaal 1200 g. Esimestel päevadel täheldati tugevat kollatõbe, imemis- ja neelamisrefleksi puudumist ning mõnikord tsüanoosi. Kaalu langus jätkus. Kliiniline diagnoos: peaaju verevalum. Raske seisundi tõttu määrati hemoteraapia (5 ccm verd 3 korda lihasesisesi). Juba pärast teist süstimist hakkas laps neelama. Kolmanda süstimise järel hakkas laps imema ja võttis kaalus hästi juurde, kasvades 2 nädalaga 500 g. Aasta vanusena avastati vasaku jala kerge parees,

mis kinnitab, et diagnoos oli õige. Üldiselt on laps hästi arenenud ega erine millegagi normaalselt sündinuist (joon. 17).

Laps G. Sünnikaal 1800 g, 2 kuud enneaegne. Tuli kliinikusse 13 päeva vanuselt, kaalus 1700 g. Esimestel päevadel pärast sissevõtmist oli märgata suurt loidust, imemisrefleksi puudumist, tugevat kol-latõbe ja halba kaalu juurdekasvu. Neljandal elunädalal paranes pisut, hakkas aktiivsemalt imema ja vähehaaval kaalus juurde võtma. Esimese kuu lõpul haigestus grippi, nakatudes emast.

Gripp andis ägeda haiguspildi teravate toksikoosinähtudega (kaalu langus, kõrge temperatuur, korduv oksendamine, kõhulahtisus). Toidu muutus (kooritud rinnapiim) pärast 6-tunnist näljapausi ja medikamentoosne teraapia ei andnud tulemusi, samuti jäi tagajärjetuks hemoteraapia. Otoskopeerimisel avastati kuulmekilede vähene tumestus, kuid paratsenteerimisel mäda ei eritunud.

Laps suri neljandal haigusepäeval areneva toksikoosi ja järsu kaalu-languse nähtudega. Lahkamisel leiti: mõlemapoolne mädane antriit ja peaaegu verevalum. Paks mäda täitis kogu antrumi ega saanud väljuda augukese kaudu, mis oli tehtud kuulmekillesse (joon. 18).

Tähelepanekud enneaegsete laste kliinikus näitavad, et peaaegu verevalumitega lastel kulgevad kõik nakkused raskelt, eriti aga gripp. Gripp tüsistub neil tavaliselt kõrvade või kopsude haigestumisega ning viib surmale.

Niisiis on peaaegu verevalumid enneaegsetel lastel otseseks varase surma põhjuseks juba esimestel elupäevadel. Verevalumid suurendavad laste suremust ka nakkuste puhul arvatavasti organismi reageerimisvõime vähenemise tõttu. Verevalumi hilisemaks tagajärjeks on Little'i haigus — kesknärvisüsteemi raske orgaaniline kahjustus. Seepärast peab peaaegu verevalumi profülaktikale osutama tõsist tähelepanu.

Teades, missugust hädadohtu sisaldavad enneaegsetele lastele isegi kõige kergemad nakkused, tuleb lapsi, kelle suhtes tekib peaaegu verevalumi kahtlus, nakkuste eest eriti hoida, isoleerides nad võimalike kontaktide eest.

Sünnitustrauma tagajärjel on verevalumeid täheldatud ka teistes elundites — kopsudes, maksas, maos, neerudes, neeru-

Sklereem.

Sklereem ehk *skleroderma* on isesugune naha ja nahaaluste kudede tihenemine. Algul ilmneb see tihenemine alumistel jäsemetel ja laubal, ning ainult protsessi halvenemisel levib ka ülemistele jäsemetele ja näole. Neil juhtudel on diagnoos halb. Sklereemi diagnoosimine ei ole raske. Harilikult on sklerematoossed jäsemed katsudes külmad, koed on tihenenud ja naha värvus kahvatu või kergelt tsüanootiline.

Protsessi olemus pole seni teada. Kudede sklerematoossed tihendused tekivad tavaliselt hoolitsemise defektide tõttu, peasjalikult aga laste mitteküllaldase soojendamise tagajärjel.

Suur osa autoreist arvab, et enneaegsete laste rasvkoe tihenemine tekib kergesti sellepärast, et nende rasv sisaldab vähem oleiinhapet ja rohkem palmitiin- ning steariinhapet. Vähem levinud on «kuivamise» põhimõte — organismi veekaotus: kaalu langus mitteküllaldase soojendamise puhul soodustab kudede sklerematooset tihenemist. Lõpuks on olemas veel arvamus, et sklerematoosne kudede tihenemine on seoses raku protoplasma muutusega. Sellega seletatakse sklereemi ilmumist toksikoosiga lastel agooniaperioodil.

Varase ja energilise ravi puhul möödub sklereem harilikult kiiresti. Soovitatakse kuumi vanne ($40-41^{\circ}$) tihenenud jäsemete massaažiga. Vanni kestus on 8—10 minutit, kusjuures kogu aeg valatakse kuuma vett juurde. Kuum vann on näidustatud ka sel juhul, kui lapsel ei ole nabaväät veel irdunud.

Et sklereemiga kaasneb südametegevuse langus, tuleb määrata südamevahendeid kas seepidiselt või nahaalusi. Häid tulemusi annavad tsitraatvere lihasesisesed süsted (5 ccm 2—3 korda ülepäeviti) või 10%-line glükoos (10—20 ccm).

Sklereemiga lapsi tuleb väga hoolikalt soojendada. Soovitav on asetada nad kuvöösi, kui see on olemas, või voodisse, ümbritsedes nad soojutitega. Peale hariliku rinnapiima vajavad

need lapsed glükoosiga soolalahuste sisseandmist (kuni 40—50 ccm ööpäevas). Suurte kaalukaotuste puhul on näidustatud 70—80 ccm glükoosiga füsioloogilise lahuse naha alla viimine (*Glucosae* 10,0, *sol. physiologicae* 100,0).

Sklerematoosne kudede tihenemine toksikoosi tunnustega lastel ilmneb tavaliselt agooniaperioodil. Haigus lõpeb surmaga.

Asfüksia.

Enneaegseil lastel on esimestel elupäevadel, mõnikord aga ka esimese kuu jooksul kalduvus hingamishäiretele, mis võivad lõppeda asfüktiliste hoogudega¹.

Asfüksia puhul jääb hingamine seisma; sellega kaasnevad enam või vähem intensiivne naha tsüanootiline värvus, südame-tegevuse langus ja reflekside kadumine. Asfüksiat on kerge ära tunda. Asfüksia patogeneesi kohta on olemas terve rida hüpoteese. Ühed autorid arvavad, et asfüksia ajendajaks on ületoitmine, mao liigne täitumine (Henri), teised tõendavad vastupidiselt, et asfüksia tekkimist soodustab alatoitus (Buden), kolmandad seostavad asfüksiat neelamisaktiga (Birk). Mõned seletavad asfüktiliste hoogude tekkimist peaaegu verevalumitega. Lõppeks peab rida autoreid asfüksia esmaseks põhjuseks kesknärvisüsteemi arenematust (Finkelstein).

Hingamise füsioloogia tundmaõppimine näitas hingamisfunktsioonide labiilsust enneaegseil lastel. Neil esinevad kõik patoloogilise hingamise tüübid, mis on kesknärvisüsteemi, eriti hingamiskeskuse arenematuse tagajärjeks. Seetõttu võivad kõik need toimingud, mis põhjustavad hingamise sagenemist, enneaegseil lastel esile kutsuda hingamise seiskust. Seega on seletatav asfüksia, mis esineb sageli seoses lapse toitmisega, eriti kui seda teostatakse oskamatult.

¹ Kõne all on teisene asfüksia, mitte aga vastündimute esmane asfüksia.

Ex bibl. univ. Tartu

Meie ei pea asfüksiat iseseisvaks nosoloogiliseks üksuseks. Asfüksia on sümptoom, mida võib esile kutsuda väga erisuguste faktoritega. Mitteküllaldane soojendamise, üle- või alatoitmine, vale asend voodis ja üldse kõik hoolitsemise vead, südame-tegevuse langus, peaaegu verevalum — kõik need võivad põhjustada hingamishäireid ja asfüksiat. Sellise käsituse puhul langeb ära vajadus vaielda asfüksia patogeneesi ja selle üksikute faktorite osatähtsuse üle.

Asfüksia on väga raske seisund, mis sageli lõpeb surmaga kas juba haigushoo ajal, kui ei õnnestu hingamist taastada, või sellele järgneva kopsupõletiku tõttu.

Asfüksia puhul tuleb lapsele kiiresti abi anda. Radikaalsemaks osutuvad kunstliku hingamise tegemine Silvesteri meetodi järgi (Schultze meetod on keelatud võimaliku verevalumi tõttu), südamepiirkonna massaaž, hapniku andmine kas sporaadiliste sissehingamiste ajal või sondiga makku ja südamevahendid nahaalusi. Vahelduvad vannid on enneaegseile lastele vastunäidustatud. Lapse kiireks soojendamiseks ja tema hingamise ergutamiseks võib teha ainult kuuma vanni. Hingamiskeskuse ergutamiseks tarvitatakse ka medikamentoosseid vahendeid, nagu lobeliini (0,5—1% lahusega nahaalusi). Funktsionaalse iseloomuga asfüksia puhul annab lobeliin väga kiire efekti. Ilmuvad hingamisliigutused, nahk läheb roosaks, südametegevus muutub paremaks.

Korduvate asfüksiahoogude profülaktika on efektiivses võitluses enneaegsete laste elu eest üheks peatingimuseks. Praegusa aja teadmiste tase võimaldab asfüksiat ennetada isegi kõige pisematel enneaegsetel lastel.

Gripp.

Gripp on enneaegsetel lastel väga levinud ja raske haigus. Infektsiooni põhjustajaks on tavaliselt ümbritsevad täiskasvanud.

Gripi kliinilised nähud on enneaegseil väga mitmesugused. Kõige levinumaks osutub niinimetatud katarraalne vorm, mis iseloomustub haigus-nähtudega nina-kurgu ja ülemiste hingamisteede piirkonnas: nohu, kurgu hüpereemia, raginad kopsudes. Temperatuuri reaktsioon puudub või esineb nõrgalt ($37,2-37,5^{\circ}$). Kõha puudub. Kaalukõver langeb veidi või püsib samal tasemel. Tüsistuste puudumisel kestab haigus 5—8 päeva. See on üks kergemini kulgevaid gripi vorme.

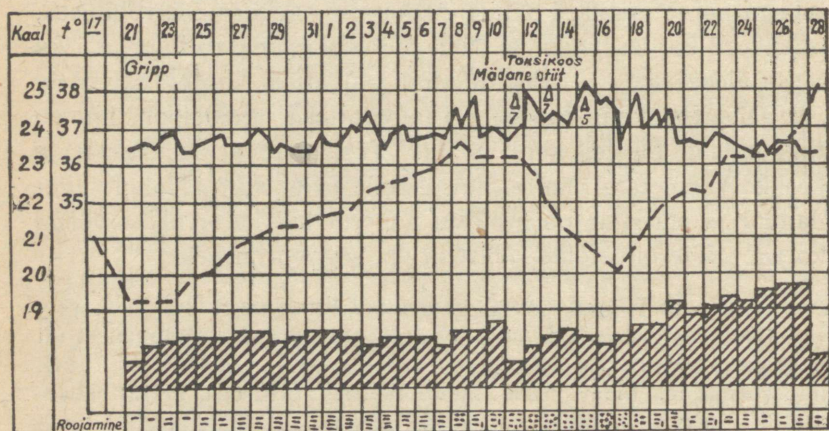
Üsna sageli liituvad ülemiste hingamisteede piirkonna nähtudega parenteraalsed nähud: roojamise sagenemine, röhitused, mõnikord ka oksendamine. Neil juhtudel kannatab tugevasti ka lapse üldseisund — nahk muutub kahvatuks, turgor halveneb, isu väheneb, kaal langeb. Temperatuuri reaktsioon ilmneb tugevamini, tõustes kuni 38° -ni. Tüsistused köpsupõletiku ja keskkõrvapõletiku näol esinevad selle gripi vormi puhul sagedamini ja suremus on seetõttu suurem kui katarraalse vormi korral. Meie nimetame sellist grippi segavormiliseks.

Laps H. Sünnikaal 2100 g, kaks kuud enneaegne. Osakonda võetud 17 päeva vanuselt, kaal 1700 g (kaotus 400 g). Saabumisel oli märgata segavormilist grippi: roojamine sage, roe vedelavõitu, kurk hüperemiline, tugev nohu limase-mädase eritisega, palju suuremullilisi märgi raginaid kopsudes, tumenenud südametoonid, halb isu ja sagedased röhitused. Temperatuur normaalne. Lapse kaal ei muutunud esimese 5—6 päeva jooksul. Mitterahuldava seisundi tõttu määrati ema tsitraatvere lihasesisesed süstid kolm korda ülepäeviti 5 ccm korraga, kuumad vannid, seepidiseltselt $1/2\%$ -list kofeiini, hapnikku ja korralik soojendamine. Laps oli seitsmekordsel rinnaga toitmisel ja sai lisaks väljalüpsstud rinnapiima. Üldse oli laps haige 10 päeva (juun. 19).

Kuid mitte alati ei ole gripp sellise heatahtliku loomuga. Mõnikord kutsub ta esile rasked toksikoosi ja ekssikoosi nähud. Gripi toksiline vorm areneb harilikult peaaegu verevalumiga enneaegseil või lastel, kes on lühikese aja jooksul korduvalt grippi haigestunud. Esiplaanile ilmuvad siin üldise toksikoosi ja

ekssikoosi nähud ühes kesknärvisüsteemi raske kahjustusega; mõnikord esineb kõrge, ebamäärast tüüpi temperatuur.

Haigus areneb tormiliselt ja lõpeb peaaegu reeglipäraselt 2—3 päeva pärast surmaga. Laps jätab raske haige mulje. Nahk on kahvatu-hallika varjundiga, turgor halb. Mõnedel juhtudel prevaleerib soporoosne seisund, millega kaasnevad järsud karjatused; mõnikord paistavad silma lapse ägedad erutatud liigutused, vahel ta oigab. Kaal langeb pidevalt, roe on vedel,



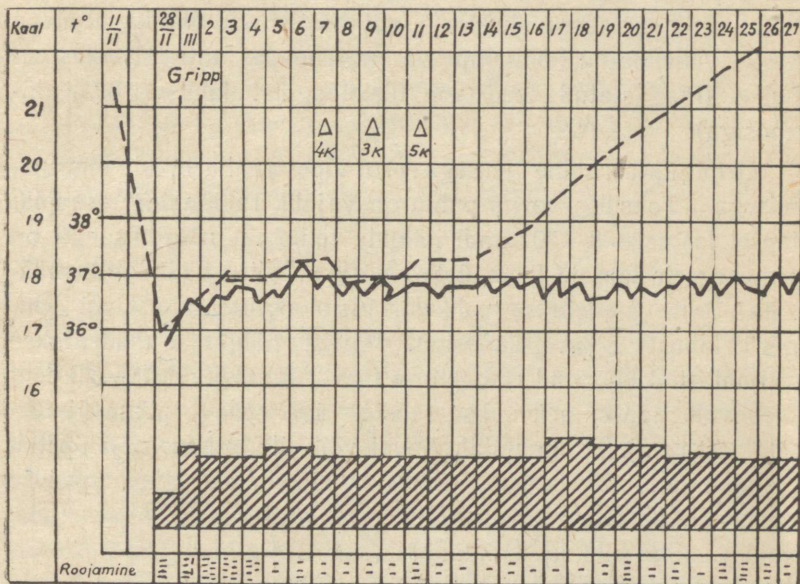
Joon. 19. Toksilise vormiga gripp.

roojamine sage, korduv oksendamine, isu on tugevasti halvenenud. Lahkamisel leitakse harilikult mädane otitiit ja ühe- või mõlemapoolne antriit, sageli kopsupõletik ja $\frac{1}{3}$ juhtudest peaju verevalum (joon. 19).

Laps O. Sünnikaal 2100 g, $1\frac{1}{2}$ kuud enneaegne. Kliinikusse võetud 1 kuu 7 päeva vanuselt, kaaluga 1900 g, äärmiselt nõrgestatud seisundis, gripinähtudega. Laps viidi seitsmekordsele toitmisele; ta sai $1\frac{1}{2}\%$ -list kofeiinilahust seespidiselt ja kuumi vanne. Alates esimes-

test päevadest hakkas ta kaalus hästi juurde võtma ja sai gripist kiiresti jagu.

Kliinikus viibimise teise nädala lõpul haigestus laps uuesti grippi, mis seekord andis ägedaloomulise pildi. Sellega kaasnesid äge toksikoos ja ekssikoos, kõrge korrapäratut tüüpi temperatuur, kõhulahtisus, oksendamine ja kesknärvisüsteemi kahjustus. Määrati 8-tunnine nälginine, seejärel vähestes annustes toitmine kooritud rinnapiimaga



Joon. 20. Segavormiline gripp.

(10 ccm) 10 korda ööpäeva jooksul, Ringer'i lahus seespidiselt ja nahaalusi, ema vere süsted 7 ccm kolm korda.

Haigus tüsistus kolmandal päeval mõlemapoolse mädase kesk-kõrvapõletikuga. 5 päeva kestel kaotas laps kaalus 400 g, kuid seitsmendal päeval hakkas ta paranema; tekkis isu, oksendamine kadus, roojamine jäi harvemaks, kuid temperatuur oli veel mõni aeg kõrgeenenud. Kaal hakkas kaunis kiiresti kasvama. 20-ndaks haiguse-

päevaks laps paranes ja taastas oma kaalu. See on üks vähestest gripi toksilistest vormidest, mis lõppes tervenemisega.

Gripi kõigi vormide algstaadiumis annavad häid tulemusi hemoteraapia (5 ccm tsitraatvere süsted lihasesisesi 3—4 korda ülepäeviti), kuumad vannid (40°), sinepimähised, südamevahendid seespidiselt ja õige toitmine. Parenteraalsete nähtude puhul on soovitatav läbi viia toiduhulga vähendamine — üks-kaks toidukorda jäetakse vahele, siis antakse lapsele ühe-kahe päeva kestel vähendatud toiduannused, suurendades antavat vedelikuhulka (magustatud teed või füsioloogilist lahust 10% glükoosiga).

Gripi katarraalne ja segavorm lõpevad harilikult tervenemisega. Toksilise vormi puhul on vajalik radikaalne teraapia: lapsel lastakse 8—10 tundi nälgida (pikemat nälgimisaega on enneaegsele lapsele tema üldise nõrkuse tõttu hädaohtlik määrata), talle joodetakse rohkesti füsioloogilist lahust või Ringer'i lahust 10% glükoosiga. Pärast nälgimist määratakse väljalüpsstud kooritud rinnapiima (iga 2 tunni järel 10—20 ccm olenevalt lapse seisundist, tõstes iga päev piima hulka 50—100 ccm). Kolmandal päeval võib üle minna väljalüpsstud rinnapiimale. Arvestades rasket südamehäiret gripi toksilise vormi puhul, tuleb südamevahendeid mitte ainult sisse anda, vaid süstida neid ka nahaalusi (*sol. Coffeini natrio-benzoici* 10% 0,2 kaks korda päevas). Samuti on näidustatud hemoteraapia, kuumad vannid ja sinepimähised. Sulfamiidipreparaatide tarvitamine — valge streptotsiid gripi puhul ja sulfidiin toksikooside puhul — kutsub paljudel juhtudel esile haiguse soodsa kulu, haigusnähtude kiire kadumise ja täieliku tervistumise. Neid preparaate määratakse 0,2 ühe kg kehakaalu kohta ööpäevas jaotatult kuude annusesse (iga 4 tunni tagant). Sulfamiidipreparaate tuleb tingimata anda varakult — kohe haiguse esimeste tunnuste ilmunisel. Kuid need tähelepanekud nõuavad edaspidist kontrolli suure materjaliga.

Nagu ülaltoodust nähtub, tuleb gripi profülaktikale osutada tõsisist tähelepanu. Peab püüdma vältida lapse kokkupuutumist gripihaigetega, juba haigestunud laps aga tuleb võimalikult varakult teistest lastest isoleerida. Juhul, kui ema on grippi haigestunud, peab ta endale lapse imetamise ajaks maski näo ette asetama ja lapse juures rääkimisest ning kõhimisest hoiduma.

Eriti ohtlikud on selles mõttes grippi haigestunud sünnitajad, kes haiguse vastsündinule kergesti edasi annavad. Infektsiooni leviku vältimiseks tuleb ema lapsest eraldada, andes lapsele mõne päeva jooksul väljalüpsitud rinnapiima.

Spetsiifiline profülaktika gripi antiivirusega ei ole seni selle vähese efekti tõttu kuigi laialdaselt tarvitusel.

Kopsupõletik.

Kopsupõletik on üks sagedasemaid enneaegsete laste surma põhjusi. Gripp, düspepsia, asfüksia ja teised atelektaasid tüsistuvad sageli kopsupõletikuga. See on seletatav enneaegsete laste rindkere ja hingamiselundite ehituse anatoomiliste erinevustega, millest oli juttu eespool.

Kopsupõletik kulgeb enneaegseil lastel eriliselt, millega seletuvad tema diagnoosimise raskus ning sel puhul tehtavad vead. Iseloomulikumaks erinevuseks on temperatuuri reaktsiooni puudumine. Temperatuur on harilikult subnormaalne, normaalne või subfebriilne; kõrge temperatuur esineb väga harva. Seetõttu ei saa seda tunnust enneaegsete laste kopsupõletiku diagnoosimisel arvestada.

Samuti puuduvad neil tähtsiv hingamine ja karakterne pneumooniline kõha.

Kõige varasem sümptoom on Pediaatria Keskinstituudi enneaegsete laste kliiniku tähelepanekute järgi vahuse lima eritumine suu ja nina kaudu. Harilikult eritub lastel selles eas

nina limanaha kuivuse tõttu vähe sülge, mistõttu rohke vahuse lima ilmumine on väga demonstriivseks sümptomiks, mida võib kergesti märgata mitte ainult meditsiiniline personal, vaid ka tähelepanelik lapse ema. Teiseks iseloomustavaks sümptomiks on lapse näo tsüanoos. Ja lõpuks ilmuvad väga varakult ka perkutoorsed ja auskultatoorsed muutused kopsudes: hääle lühenemine, peenemullilised märjad raginad, bronhofoonia ja bronhiaalhingamine.

Laps K. Sünnikaal 1900 g, 2 kuud enneaegne. Osakonda võetud 12 päeva vanuselt kaaluga 1700 g. Vastuvõtmisel diagnoositi segavormiline gripp, mis 8-ndal päeval tüsistus vasakpoolse kopsupõletikuga. Haigusega kaasnesid tunduv kaalu langus ning auskultatoorsed ja perkutoorsed muutused kopsudes. Temperatuur 37,2—37,5⁰ kolme päeva kestel, sagedane köha, korduvad tsüanoosihood, üldise toksikoosi nähud. Kohe esimesel haigusepäeval süstiti tsitraatverd, mida korrati 5 korda ülepäeviti. Sinepimähised ja kuumad vannid, 6 korda päevas kofeiini seespidiselt 1/2 teelusikat korraga ja 0,2 10%-list kofeiini nahaalusi, hapnik, sagedane toitmine ja üldine hoolitsemine. Laps oli 12 päeva haige, paranes ja võttis järgneva 15 päeva jooksul 500 g kaalus juurde.

Kõige efektiivsemaks ravimisvahendiks on sulfidiin (0,2—0,3 ühe kg kehakaalu kohta ööpäevas, jaotatult kuude annusesse, iga 4 tunni järel). Kuid häid tulemusi annab sulfidiin ainult varase tarvitamise korral, mis osutub võimalikuks üksnes haiguse varasel diagnoosimisel. Sulfidiini antakse 2—5 päeva jooksul, olenevalt objektiivsest olukorrast.

Ühes sulfidiiniga tuleb teha kuumi vanne või sinepimähiseid, anda hapnikku, südamevahendeid, samuti ka C-vitamiini.

Keskkõrvapõletik.

Kõrvapõletik on enneaegseil lastel sagedaseks tüsistuseks mitmesuguste haiguste puhul. Eustachi tõrve võrdlemisi lai avaus ja limaskestast kuivus soodustavad keskkõrvas põletiku-

liste protsesside tekkimist, mis kergesti levivad antrumisse. Selle haiguse kliinilised sümptoomid avalduvad harilikult lühiajalises temperatuuri tõus, lapse üldises rahutuses, roojamise sagenemises, okse ja valu ilmumises traagusele vajutamisel. Oskopeerides on märgata kuulmekile epiteeli tugevat deskvamatsiooni selle väga vähese hüperemia ja tuhmumise juures. Väikestel lastel tüsistub haigus sageli raske toksikoosi ja ekssikoosiga (täpsem kirjeldus gripi toksilise vormi peatükis). Paratsentees annab harva paremust; antrotoomiat enneaegsele lastele kuni praeguse ajani ei tehta. Haigus kulgeb ägedalt ja lõpeb harilikult 2—3 päeva pärast surmaga.

Lahkamisel ilmneb lastel ühes mädase keskkõrva- ja antrumipõletikuga sageli peaaegu verevalum. Nähtavasti ajendavad trauma ja suure hulga vere imendumine organismi reageerimisvõime järsu vähenemise, muudavad ainevahetust ning põhjustavad haiguse rasket kulgu ja surma.

Süljenäärmete mädane põletik.

Enneaegseil lastel on esimesel elukuul sageli märgata süljenäärmete — lõuaaluste ja kõrvaäärsete — mädast põletikku. Haigestumine võib olla ühe- või mõlemapoolne; üheaegselt võivad haigestuda ka mõlemad näärmete grupid. Kliiniliselt ilmneb haigus näärme paistetuses, valulikkuses ja fluktueerimise esinemises 2.—3. päeval pärast haiguse algust. Diagnoosimine ei ole raske. Mäda eritumine haigestunud näärme juhast kinnitab diagnoosi.

Selle haiguse patogenees on mitmesugune:

1) Ülenev infektsioon, mis tekib suus asetseva süljenäärme kanali kaudu. Neil juhtudel kulgeb haigus healoomuliselt, mõnikord isegi normaalse temperatuuriga, ja laps paraneb. Haiguse tekitajaks on sel puhul suu floora (stafülokokid, sartsina, diplokokid, *B. coli* jt.).

2) Metastaas süljenäärmesse üldise septilise infektsiooni puhul. Loomulik, et neil juhtudel kulgeb haigus raskelt ja lõpeb surmaga.

Ravi: a) konservatiivne — soojendavad kompressid Burowi lahuse või kampriõliga haigele näärmele ja suu kaudu mäda eemaldamine ettevaatlikult näärmele vajutamise teel. Avausest eralduv mäda kõrvaldatakse kohe vesinikülihapendis niisutatud vatitupsutiga; b) radikaalne — mädaneva näärme lahtilõikamine ja järgnev mädase haava ravi hariliku meetodi järgi.

Nahahaigused.

Enneaegse lapse nahk on õhuke, kuiv ja seetõttu kergesti vigastuv. Hoolikalt teostatud lapse soojendamine esimestel aegadel pärast sündi on naha haigestumise, eriti stafülokokilise iseloomuga haiguste tekkimise soodustavaks momendiks. Kartus enneaegseid lapsi esimestel elukuudel vannitada halvendab tunduvalt nende naha olukorda. See soodustab haudumise, püodermia, dermatiitide ja pemfiguse tekkimist. Peatingimuseks nahahaiguste edukal ravimisel on steriilse pesu tarvitamine. Kodustes oludes võib steriliseerimist teostada mähkmeid mõlemapoolselt kuuma triikrauaga triikides. Korralik ravi seisab desinfitseerivate ja põletavate vahendite tarvitamises; head efekti annab ka hemoteraapia. Põletamiseks võib tarvitada 10%-list joodilahust, kanget *Kalium hypermang.* lahust või 1%-list briljantrohelise alkoholset lahust. Abstesside tekkimisel on soovitatav intsisioon. Pikalevenivate haigusvormide puhul on näidustatud *Kalium hypermang.* vannid. Häid tulemusi annab kvartslambiga kiiritamine.

Laialdased dermatiidid, mis enneaegseil lastel sageli esinevad, vajavad eriti hoolikat järelevalvet ja ravi, sest neis peitub septilise haigestumise oht. Neil juhtudel annab häid tulemusi koos kirjeldatud raviga kogu keha sisseäärimine mõne

taimeõli või *linimentum calcareum*’iga. Vaseliiniõli kutsub mõnikord esile nahaärrituse, arvatavasti naftaproduktide-sisalduse tõttu.

Ekssudatiivse iseloomuga naha-afektide puhul annab häid tulemusi järgmise salvi tarvitamine:

Rp: *Ol. Camphorae* 6,0
Zinci oxydati
Ol. Vaselini aa 10,0

Hoolitsemise ja soojendamise õige organiseerimise ning regulaarse vannitamise korral ei näita enneaegsed lapsed erilist kalduvust naha haigestumisele.

Ägedad nakkushaigused.

Ägedaist nakkushaigustest on enneaegsed lapsed vastuvõtlikud läkaköhale, nina difteeriale ja tuulerõugetele. Leetritesse, sarlakitesse ja punetitesse nad nähtavasti ei haigestu.

L ä k a k ö h a on enneaegseile lastele väga ohtlik haigus. Vastuvõtlikkus läkaköhale on märgatav juba vastsündinuperioodil. Haigus tüsistub pärast lühikest katarraalperioodi kopsupõletikuga. Esimesel elukuul ei ole lastel ägedaid köha-hooge, köha ja temperatuuri reaktsioon puuduvad ja seetõttu jääb haigus sageli avastamata. Meie tähelepanekute järgi on inkubatsiooniaeg pisut lühem. Haigestumisi ei ole kliiniliselt veel küllalt uuritud. Tõhusa efekti annab varane hemoteraapia; kopsupõletikku ravitakse tavalise meetodi järgi.

Difteeria tabab enneaegseil lastel peaaesjalikult nina limaskestast; kliiniliselt on märgata verist eritist ja mõnikord tähtsusetuid kattusid nina limaskestal. Ravi on spetsiifiline: difteeriaseerumi lihasesisene süstimine 2000—3000 antitoksiinist ühikut; hariliku iseloomuga epidemioloogilised korrastusvõtted. Haigus kulgeb tavaliselt healoomuliselt, raskeid tüsistusi esile kutsumata.

Tuulerõuged kulgevad enneaegseil lastel harilikult kergelt, normaalse temperatuuri ja väheste löövetega. Nad paranevad harilikult mõne päeva jooksul, kui ei kaasne teisest naha stafülokokilist haigestumist. Haigus ei vaja spetsiifilist ravi, nõuab aga üldist hoolitsemist ja hügieeninõuetest kinni-
pidamist.

Aneemia.

Aneemia tekib suuremal osal enneaegseist lastest alates kolmandast elunädalast. Hemoglobiini ja erütrotsüütide hulk langeb kiiresti esimese elukuu jooksul.

Kui erütrotsüütide lagunemine ja hemoglobiini vähenemine kestab, areneb aneemia, mis tõuseb esimeseks poolaastaks tunduva astmeni.

Hoolimata sellest, et peaaegu kõigil enneaegseil lastel esineb aneemia, ei ole tema põhjusi ega patogeneesi seni täpselt selgitatud ega tundma õpitud.

On olemas küll palju hüpoteese ja teooriaid, mis püüavad selgust tuua aneemia tekkimise mehhanismi. Üheks vanemaks teooriaks on Bunge oma, mille järgi enneaegsed lapsed sünnivad erütrotsüütide produtseerimiseks liiga väheste rauavarudega.

Moodsam ja vastuvõetavam on Stranski teooria, kes seletab enneaegsete laste aneemiat verd tekitavate elundite hüpo-funktsiooniga. Mõned autorid peavad aneemia põhjuseks kõrge-nenud hemolüüsiprotsesse mitteküllaldase regeneratiivse võime juures. Prantsuse autorid kalduvad aneemiat seostama krooniliste infektsioonidega (näit. süüfilisega).

Enneaegsete laste aneemia ei ole kõigi arvestuste järgi ise-seisev nosoloogiline üksus, vaid sümptoom, tekkinud mitme-suguste põhjuste tagajärjel, millede hulgas olulist tähtsust omavad puudulik hoolitsemine ning toitmine, rahhiit ja läbi-põetud ägedad ning kroonilised haigused. Aneemia arengut

soodustab verd tekitavate elundite hüpofunktsioon, mis on omane enneaegse lapse veel mittevalmis organismile. Varane rahhiidi profülaktika, õige hoolitsemine ja toitmine, infektsioonide vältimine vähendavad aneemia arengu intensiivsust ning aitavad kaasa tema healoomulisemale kulule.

Medikamentoosseist vahendeist mõjub hästi raua sisseandmine üheaegselt maomahlagaga (*Ferri reducti* 0,1 kaks korda esimestel elukuudel ja 0,2 kaks korda teisel poolaastal; maomahla pooleks veega $\frac{1}{2}$ teelusikat kaks korda samadel tundidel). Niisama head mõju osutavad aneemia kulgemisele rea autorite andmeil ka teised rauapreparaadid, vere injektsioonid ja ülekanne ning maksapreparaadid.

Harilikult stabiliseerub hemoglobiini ja erütrotsüütide hulk kuuendaks kuuks, hakkab aga teisel poolaastal aeglaselt tõusma. Energilise aneemiavastase võitluse korral lüheneb hemoglobiini ja erütrotsüütide languse periood ning väheneb selle languse aste.

Peab tähendama, et enneaegse lapse välimus ei võimalda iga kord otsust teha verepildi üle. Võrdlemisi sagedased on juhud, kus nahk on normaalse värvusega, vere uurimine avastab aga aneemia.

Arvestades sügavaid ainevahetuse muutusi aneemia puhul, tuleb ravi määrata mitte hiljem kui neljandal elunädalal.

Ravi teostatakse vere uurimise kontrolli all, perioodiliselt kuu kestel, järgnevate ühe-kahekuuste vaheaegadega (olenevalt vere koostisest).

Rahhiit ja selle profülaktika.

Kõigil enneaegseil lastel areneb rahhiit, kui ei võeta õigeaegselt tarvitusele profülaktilisi abinõusid. Seetõttu on laialt levinud arvamus, et rahhiit on enneaegse sünnituse paratamatu tagajärg. Kuid tähelepanekud, mis tehti Pediaatria Keskinstituudi enneaegsete laste kliinikus, kinnitasid, et raske rah-

hiidi vorm on tunduval protsendil juhtudest ainult defektse hoolitsemise ning toitmise tagajärg. Enneaegsetel lastel on rahhiidi kliinilised nähud peamiselt samad, mis ajalistel lastel varases elueas, vahe on ainult selles, et nad ilmuvad neil tavaliselt varem. Teise kuu lõpul võib märgata kuklaluude pehmumist (*craniotabes*), roosikrantsi, kiiru- ja laubakühmude suurenemist, põrna ja maksa laienemist ning higistamist. Kaunis sageli võib enneaegseil lastel esimese elukuu lõpul või teise algul täheldada kiiruluude ühe- või kahepoolset pärغامentsust. 2—3 nädala möödudes kaob see harilikult ilma igasuguse ravita. Pärغامentsuse seos rahhiidiga ei ole seniajani veel kindlaks tehtud.

Profülaktiliste vahendite õige rakendamisega on võimalik tunduvalt vähendada rahhiidi esinemise sagedust enneaegsete laste hulgas. Kui rahhiit neil juhtudel profülaktilistele vahenditele vaatamata siiski esineb, kulgeb ta healoomuliselt, ei pidurda kasvu ega kaalu, ei jäta järele luude deformatsioone ja möödub võrdlemisi kiiresti. Ylppö poolt kirjeldatud sümptoomkompleks «*megacephalia*» seisneb enneaegsete laste isesuguses välises ilmes (suurenenud kiiru- ja laubakühmud, veenide võrk peanahal, sisselangenud ninajuur, *exophthalmus* ja tugevasti suurenenud suur lõge). Praegusel ajal *megacephalia*'t peaaegu ei esine. Seepärast, kuigi Ylppö seletas *megacephalia*'t näo- ja koljuluude erilise kasvu düsfunktsiooniga ja endokriinsete häiretega, mis on seoses enneaegsusega, kaldume meie *megacephalia*'t seostama peamiselt raske rahhiidiga. Varane profülaktika ja õigeaegne rahhiidi ravi on peaaegu viinud *megacephalia* sümptomide puudumisele enneaegsetel lastel.

Rahhiidi sageduse ja raskuse vähenemine annab end tunda samuti hammaste tuleku ja liigutusoskuse arengu aegadel.

Vaatamata esimese hamba mõningasele hilinemisele (7—8-kuuselt) on suuremal osal lastest aastaselt 6—8 hammast. Elu õige organiseerimise puhul hakkavad enneaegsed lapsed

istuma ja kõndima samal ajal kui ajaliselt sündinud lapsed. Nii siis peab tunnistama, et liigutusoskuse arengu hilinemine on samuti rahhiidi ja mitte enneaegsuse tagajärg ning allub välis-tele teguritele.

Rahhiidi profülaktikaks, samuti ka raviks tuleb lapsele anda kalamaksaõli ja D-vitamiini ning teda küritada kvartslambiga. Profülaktiliselt võib D-vitamiini, nagu ka kalamaksaõli, määrata $1\frac{1}{2}$ -kuuselt, kuid doosimisega peab olema väga ettevaatlik. Kalamaksaõli antakse 5 tilga kaupa rinnapiimaga enne toitmist kaks korda päevas, aegamööda kvantumit suurendades kuni 1 teelusikani kaks korda päevas. D-vitamiini andmist alustatakse 2 tilgast kaks korda päevas rinnapiimaga ja suurendatakse kuni 8 tilgani.

Kui laps talub kalamaksaõli halvasti, kui tal ilmuvad okse ja röhitused, siis tuleb kalamaksaõli asendada D-vitamiiniga.

Üheks radikaalsemaks profülaktiliseks ja terapeutiliseks vahendiks on kvartslambiga kiiritamine. Kiiritamist võib alustada statsionaaris ühe kuu vanuselt, aga nõuandlas $1\frac{1}{2}$ —2 kuu vanuselt. Et kvartslamp on tugevasti mõjuv vahend, siis tuleb tema tarvitamisel hoolikalt jälgida lapse reageerimist (kuse ja vere uurimine, kaalu kasv, uni). Toas, kus toimetatakse kiiritamist, ei tohi temperatuur langeda alla 18 — 20° . Lapse külmetamine protseduuri ajal on kahjulik. Samuti tuleb jälgida lapse käitumist. Nutt ja suur ärritus kiiritamise ajal vähendavad kiiritamise efekti, seepärast peab püüdma last rahustada, tema tähelepanu mujale juhtides.

Nabasongade profülaktika ja ravi.

Nabasongad kuuluvad nende arenguliste defektide hulka, mis enneaegseil lastel sageli esinevad teise kuu lõpul ja kolmanda kuu algul. Nad tekivad naba fastsia arenematus tagajärjel kogu muskulatuuri loiduse ja nõrkuse tõttu. Nabasongad

on mõnikord väga suured. Radikaalsemate ravimeetodite puudumisel on hakatud rakendama nabasongade kleepimist plaastriga. Üldiselt arvatakse, et songad on kahjutud ega tekita valu, ja seepärast on nendevastasele aktiivsele võitlusele vähe tähelepanu juhitud.

Kuid mõnedel juhtudel, nagu kõhu täitumise ja kiire peristaltika tagajärjel, kutsuvad nabasongad esile ka valutunde. Nabasongi võib likvideerida lapse süstemaatilise kõhuli asetamisega. See on kindlaks tehtud tähelepanekutega paljude aastate jooksul NSVL Tervishoiu Ministeriumi Pediaatria Keskinstituudi enneaegsete laste statsionaaris ja konsultatsioonitöö praktikas.

1¹/₂—2 kuu vanuselt, kui laps hakkab katseid tegema pea hoidmiseks, tuleb teda 2—4 korda ööpäevas 1—2 minutiks kõhuli asetada. Sellises asendis teevad lapsed jalgadega kokkutõmbamis- ja sirutamisliigutusi, nad «ujuvad»; nende liigutuste sooritamisest võtab osa ka kõhupress. See vahend on väga lihtne, võtab päevas aega umbes 10 minutit ja tuleks nõuandla töö praktikasse sisse võtta. Kõhuli asetamine teostatakse ema juuresolekul. Harilikult kaob song kuu aja pärast, kui ta jõudis juba ilmuda, või ei ilmu üldse. Peab tähendama, et kõhuli asetamine soodustab samal ajal kuklalihaste töölerakendamist, mistõttu laps hakkab paremini ja varem pead hoidma.

Organisatoorsed üritused.

Kontakt sünnitusmaja ja lastenõuandla vahel.

Peale lapse elu õige organiseerimise sünnitusmajas tuleb luua tihe kontakt sünnitusmaja ja lastenõuandla vahel. Pärast sünnitusmajast väljakirjutamist peab laps minema lastenõuandla arsti ja õe järelevalve alla. 2—3 päeva enne lapse väljakirjutamist teatab sünnitusmaja sellest lastenõuandlale (telefoni,

posti või mõnel muul teel, olenevalt kohalikest oludest). Selle teate põhjal külastab nõuandla õde perekonda, tutvub olukorraga, annab juhendeid selle kohta, mida lapsele tuleb valmistada, missuguseid riideid tema jaoks kaasa viia. Kui ema on lapsega koju tulnud, peab arst neid külastama. Ta vaatab lapse läbi ja annab juhendeid hoolitsemise suhtes.

Edaspidi võib last kodus külastada õde, kes teostab ulatuslikku patronaazi, õpetades emale lapse eest hoolitsemise kõiki iseärasusi, kuna arst vaatab last nõuandlas, kuhu ema teda regulaarselt viib. Neil juhtudel, kui laps on väga väike ja nõrk, samuti ka siis, kui vahemaa lapse elukoha ja nõuandla vahel on suur ja ema veel pärast sünnitust ei ole paranenud, külastab arst last kodus. Eriti on see tähtis talvel, arvestades enneaegse lapse kehatemperatuuri kõikumust.

Nõuandla külastamisel kontrollitakse ema laktatsioonivõimet ja lapse imemisvõimet, last enne ja pärast toitmist kaaludes.

Emale teatatakse varem, et tal tuleb last nõuandlas toita. Soovitav on toitmist korraldada enne arsti vastuvõttu, et viimane võiks juba objektiivsete andmete alusel lapse seisukorras orienteeruda ja edaspidiseid korraldusi teha.

Seni, kuni ema laktatsioon ei ole rahuldav, peab nõuandla enneaegset last varustama väljalüpstud rinnapiimaga. Vastuvõtu ajal nõuandlas kontrollib arst õe patroneerimistöö tulemusi, tehes muudatusi ja uusi korraldusi. Harilikult tuleb esimese elukuu jooksul teha patroneerimisvisiite üsna sageli. Edaspidi õpib ema lapse eest hoolitsema, laps muutub aktiivsemaks ega vaja enam erilisi hooldusvõtteid. Siis võivad ka õe patroneerimisvisiidid harveneda.

Aktiivset osavõttu enneaegsete laste teenindamise tööst peab osutama rajooni või linna pediaater, konsulteerides ja aidates arstidel orienteeruda raskeil juhtudel.

Enneaegsete laste teenindamist teostavad kas jaoskonnaarstid, igaüks oma jaoskonnas, või nad teevad selle ülesandeks

ühele brigaadile — arstile ja õele, kes on selleks tööks eraldi määratud. Oluline on ainult, et töötajad, kellele see ülesanne usaldati, tunneksid enneaegsete laste iseärasusi. Infektsiooni vältimiseks on soovitatav enneaegsete laste vastuvõtmiseks määrata aeg, millal nõuandla on kõige vähem koormatud. Seda tuleks arvestada ka füsioteraapiliste protseduuride teostamisel. Vastuvõtu ajaks tuleb valmis panna tarvilikud vahendid — lamp-reflektor või elektriahi, kummist soojutid, hapnikukott, kaalud. Soovitatav on nõuandlas vaatamiseks välja panna enneaegse lapse jaoks vajalikud hoolitsemisvahendid ja tema rietus.

Iga enneaegse lapse surmajuhtum tema esimesel elukuul tuleb ravival arstil ja nõuandla juhatajal koos sünnitusmaja arstiga läbi arutada, surmajuhtum hilisemal perioodil — ravival arstil koos nõuandla juhatajaga.

Otstarbekad on ka sünnitusmaja ja lastenõuandla pediatrite ühised konverentsid, vajaduse korral isegi koos ämmaemandatega. Ka sellest tööst peab aktiivselt osa võtma linna või rajooni pediaater.

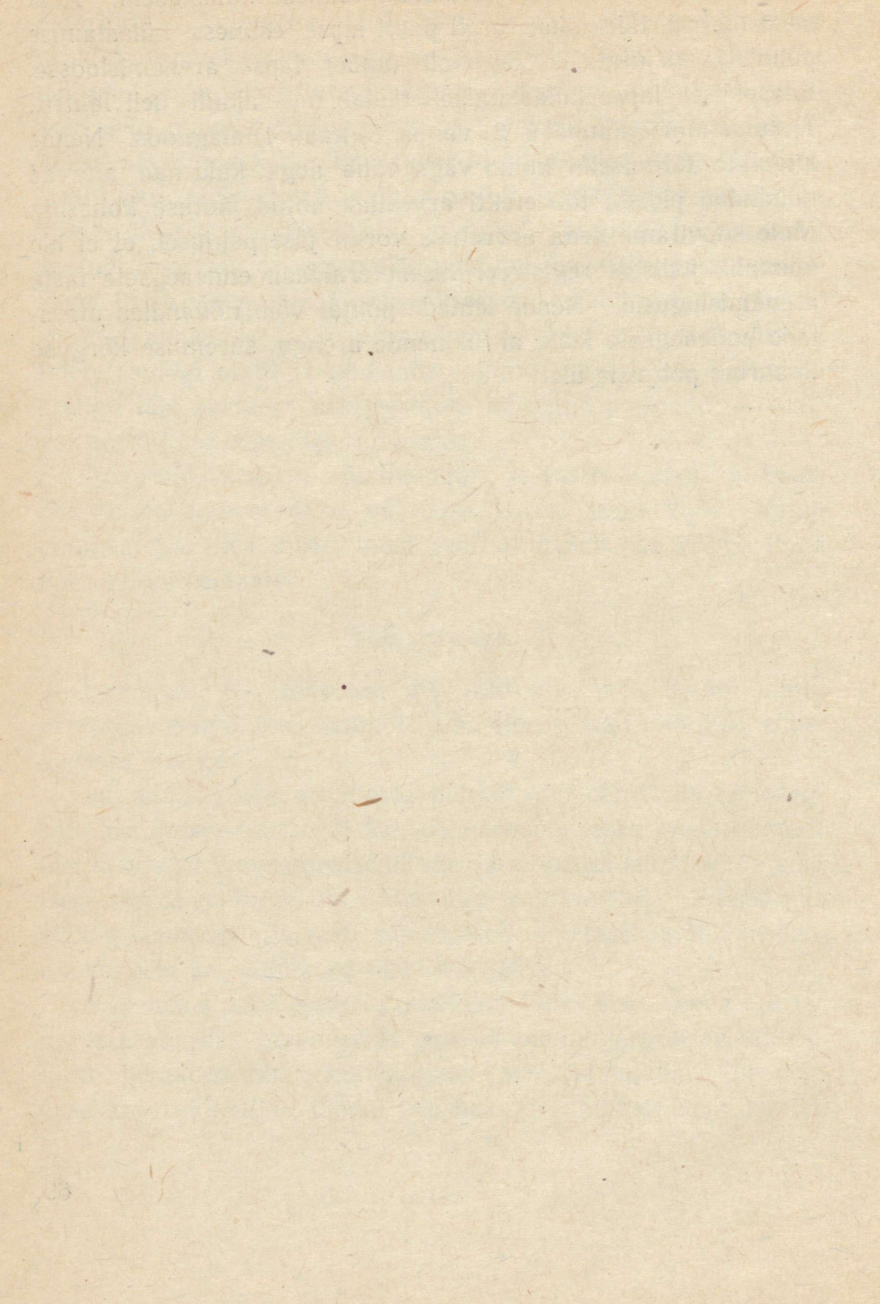
Töö arvestus.

Igasuguse töö tõhususe üle võib otsustada ikkagi ainult arvestuse põhjal. See põhimõte jääb aluseks ka töötamisel enneaegsete lastega.

Sünnitusmajade aruannete põhjal võib otsustada enneaegsete sünnituste protsendi üle, enneaegsete laste kaalurühmade üle, nende suremuse protsendi üle ja mõnedes sünnitusmajades isegi surma põhjuste üle. Soovitatav on arvestada ka lapsi alla 1000 g sünnikaaluga, keda ofitsiaalselt nimetatakse hilis-heiden-diteks, kuid kes mõnikord siiski ellu jäävad.

Nõuandlas tuleb enneaegsete laste jaoks sisse seada erilised arvestuskaardid. Igal kaardil peavad olema järgmised lahtrid: lapse perekonnanimi, enneaegsuse aste, sünnikaal, enneaegsuse arvatav põhjus, lühike raseduse ja sünnituse käik, samuti

ka lapse anamnees kuni nõuandla esimese külastuseni. Kõik need lahtrid täidetakse arsti poolt lapse esimese külastamise puhul ja kirjutatakse õe poolt ümber lapse arenemisloosse. Edaspidisel lapse külastamisel täidab õde ainult neli lahtrit: 1) külastamise kuupäev, 2) vanus, 3) kaal, 4) diagnoos. Nende andmete täitmiseks kulub väga vähe aega, kuid nad aitavad nõuandlal pidada töö efekti arvestust antud jaotuse kohaselt. Meie soovitame seda arvestuse vormi just põhjusel, et ei ole võimalik üldisest registreerimisest eraldada enneaegsete laste arenemislugusid. Nende lehtede põhjal võib nõuandlas otsustada enneaegsete laste arvu, nende arengu, suremuse kõrguse ja surma põhjuste üle.



SISUKORD.

	Lk.
Eessõna	3
Sissejuhatus	5
Enneaegsuse etioloogia	7
Enneaegsete laste suremus	10
Enneaegsete laste füsioloogilised iseärasused, hoolitsemine ja toitmine	12
Enneaegsete laste iseärasused	12
Soojusregulatsiooni iseärasused ja soojendamise vahendid	15
Hingamise iseärasused	19
Enneaegsete laste toitmine	22
Rindade eest hoolitsemine	35
Naba eest hoolitsemine	36
Hügieeniline režiim	38
Enneaegsete laste füüsiline ja psüühiline arenemine	40
Mitmesuguste haigestumiste kliinilised nähud ja ravi	43
Enneaegsete laste organismi reageerimisvõime	43
Aju verevalumid	45
Sklereem	50
Asfüksia	51
Gripp	52
Kopsupõletik	57
Keskkõrvapõletik	58
Süljenäärmete mädane põletik	59
Nahahaigused	60
Ägedad nakkushaigused	61
Aneemia	62
Rahhiit ja selle profülaktika	63
Nabasongade profülaktika ja ravi	65
Organisatoorsed üritused	66
Kontakt sünnitusmaja ja lastenõuandla vahel	66
Töö arvestus	68

330XJ82

Tõlkinud dr. L. Juhkam.
Vastutav toimetaja dr. L. Keres.
Keeleline toimetaja E. Kindlam.

Ladumisele antud 13. IV 1948. Trükkimisele antud 14. V 1948. Trüki-
arv 3200. Paber 56 × 79, 1/16. Trükipoognaid 4,5. Trükitähti trükipoog-
nas 35.690. Arvutuspoognaid 4. MB-01092. Trükikoda „Noor-Eesti“,
Tartu, Kastani 38. Tellimise nr. 371.

На эстонском языке.
Э. М. Кравец. Недоношенные дети.

Rbl. 1.—